

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

İlayda YELKEN

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU’NUN YAŞAM KALİTESİ, TRAVMA SONRASI BÜYÜME
VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Özlem MESTÇİOĞLU

İSTANBUL, Haziran 2022

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE TRAVMA SONRASI
STRES BOZUKLUĞU'NUN YAŞAM KALİTESİ, TRAVMA
SONRASI BÜYÜME VE BELİRSİZLİĞE
TAHAMMÜLSÜZLÜK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

İlayda YELKEN
(192005055)

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :
Tezin Savunulduğu Tarih : 02.06.2022

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Özlem MESTÇİOĞLU _____
(İstanbul Okan Üniversitesi)

Diğer Jüri Üyeleri : Dr. Öğr. Üyesi Pınar ARSLANTÜRK _____
(İstanbul Okan Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Galip BAHÇEKAPILI _____
(İstanbul Medipol Üniversitesi)

İSTANBUL, Haziran 2022

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

İlayda YELKEN
192005055

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU'NUN YAŞAM KALİTESİ, TRAVMA SONRASI BÜYÜME
VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Özlem MESTÇİOĞLU

İSTANBUL, Haziran 2022

ÖNSÖZ

Öncelikle beni her koşulda destekleyen ve yol gösteren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Özlem MESTÇİOĞLU'na en derin ve samimi şükranlarımı sunuyorum. Kendisi ile birlikte çalışmış olmaktan dolayı kendimi ne kadar şanslı ve ayrıcalıklı hissettiğimi belirtmek isterim. Kendisinin, birlikte geçirdiğimiz üç yıl boyunca bana olan desteğini ve inancını her zaman hissettirmesi bu çalışmayı başarılı bir şekilde tamamlamamdaki en büyük etkenlerden biridir. Bir insanı gerçekten anlamanın ve onun hayatına dokunmanın arkasında yer alması gereken samimiyetin, anlayışın, merhametin ve uzmanlığın önemini her şeyden önce birini dinlemenin ve anlamaya çalışmanın psikolojideki en önemli nokta olduğunu her fırsatta bana hatırlatması ve uzmanlığını ve işine olan aşkını hissettirmesi beni büyüleyen ve kendisini rol model olarak almamı sağlayan en önemli faktörlerdir. İşini böylesine severek yaptığı ve biz klinik psikolog adaylarına da bunu aşlamaya çabaladığı için bir kez daha kendisine teşekkür etmek isterim.

Aynı zamanda saygıdeğer jüri üyelerimden, öğrenim hayatımda psikolojiye duyduğu büyük tutku ile bize hem bu alana dair heyecanını hem de bilgilerini aşılamış, akademik hayatımda başarılı olmam adına hiçbir yardımı benden esirgememiş olan kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi Hasan BAHÇEKAPILI'ya ve zaman ayırarak savunmamı değerlendiren sayın Dr. Öğr. Üyesi Pınar ARSLANTÜRK'e yürekten teşekkürlerimi sunmak isterim.

Bununla birlikte, beni her zaman el üstünde tutup gözümün içine bakan, Mustafa Kemal ATATÜRK'ün izinden gitmeyi benimseterek, özgür, bilimin yolunda çağdaş bir Türk kadını olmamı sağlayan ve ne olursa olsun mutlu olmamı önemseyerek beni yetiştiren sevgili annem Hale ANIL ve babam Mehmet Kenan YELKEN'e bugüne dek ne olursa olsun, her koşulda yanımda ve arkamda oldukları ve her sabah ne kadar şanslı olduğumu bana hissettirerek yeni bir güne başlamamı sağladıkları için bir kez daha teşekkür ediyorum. Ayrıca, her ihtiyacım olduğunda bana elini uzatan, sevgisiyle, desteğiyle ve bana olan güveniyle hep yanımda olduğunu hissettiren sevgili hayat arkadaşım Yarkın HOCAOĞLU'na da teşekkürlerimi sunuyorum.

Haziran, 2022

İlayda YELKEN

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
BÖLÜM 1. GİRİŞ VE ARAŞTIRMANIN AMACI.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	5
1.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ.....	5
BÖLÜM 2. KURAMSAL ÇERÇEVE	6
2.1. TRAVMA KAVRAMI VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	6
2.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM-I.....	10
2.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM-II.	10
2.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM-III.....	11
2.1.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM-IV	12
2.1.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM 5.....	12
2.1.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve COVID-19 Pandemisi Süreci	14
2.2. TRAVMA SONRASI BÜYÜME	16
2.2.1. Calhoun & Tedeschi – İşletimsel Betimleme Modeli.....	17
2.2.2. Schaefer & Moss – Travma Sonrası Büyüme Modeli	18
2.2.3. Janoff-Bulman – Travma Sonrası Büyüme Modelleri.....	18
2.2.3.1. Acının Getirdiği Güç.....	19
2.2.3.2. Psikolojik Hazırlık... ..	20
2.2.3.3. Varoluşsal Yeniden Değerlendirme	21
2.2.4. Antonovsky – Salutojenik Model	22

2.2.4.1. Travma Sonrası Büyüme ve Tutarlılık Duygusu (SOC).....	22
2.2.5. Travma Sonrası Büyüme ve COVID-19 Pandemisi Süreci.....	24
2.3. YAŞAM KALİTESİ.....	25
2.3.1. Yaşam Kalitesi Modelleri.....	26
2.3.1.1. Nesnel Göstergeler... ..	27
2.3.1.2. Öznel Göstergeler... ..	27
2.3.1.3. İnsani İhtiyaçların Karşılanması.....	27
2.3.1.4. Psikolojik Model	27
2.3.1.5. Sağlık ve İşleyiş Modeli	28
2.3.1.6. Toplumsal Sağlık Modeli	28
2.3.1.7. Sosyal Uyum ve Sermaye.....	28
2.3.1.8. Çevresel Modeller... ..	29
2.3.2. Yaşam Kalitesi ve SOC	29
2.3.3. Yaşam Kalitesi ve COVID-19 Pandemisi Süreci	30
24. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK	31
2.4.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve COVID-19 Pandemisi Süreci	32
BÖLÜM 3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	34
3.1. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM.....	34
3.2. ANALİZLER.....	35
3.4. ARAŞTIRMA ARAÇLARI	35
3.4.1. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5).....	35
3.4.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (PTGI)... ..	36
3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF).....	36

3.4.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12).....	37
BÖLÜM 4. BULGULAR	38
4.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ SONUÇLARI	38
BÖLÜM 5. TARTIŞMA.....	84
BÖLÜM 6. ÖNERİLER.....	88
KAYNAKÇA... ..	89
EKLER	111
EKA.....	111
EKB... ..	112
EKC.....	115
EKD.....	117
EKE... ..	119
EKF	120
EKG.....	121

ÖZET

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU'NUN YAŞAM KALİTESİ, TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Bu çalışma kişilerin COVID-19 pandemisi sürecinde travma sonrası stres bozukluğu geliştirme riskine bağlı olarak yaşam kalitesi, travma sonrası büyüme ve belirsizliğe tahammülsüzlük üzerindeki etkiyi saptamak ve psikolojik bütünlüğü sarsan böyle bir süreçten sonra psikososyal iyilik halini tekrar geri kazanmak/kazandırmak adına kişilerde farkındalık yaratmak amacıyla yapılmıştır. Pandemi sürecinde travma sonrası stres bozukluğu geliştiren kişilerin travma sonrası büyümeyi daha çok deneyimleyeceği; yaşam kalitesi ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün de bu doğrultuda olumsuz bir şekilde etkileneceği ön görülmüştür. Aynı zamanda belirlenmiş olan sosyo-demografik değişkenlerin de (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, COVID-19 tanısı alma, sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alması, sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı, COVID-19 sebebiyle refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi ve aşı olma durumu) travma sonrası stres bozukluğu geliştirme, travma sonrası büyümeyi deneyimleme, yaşam kalitesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinde etki sahibi olduğu ileri sürülmüştür. Ortaya atılan hipotezler ışığında travma sonrası stres bozukluğuna sahip kişilerin diğer gruba göre travma sonrası büyümeyi daha çok deneyimlediği, yaşam kalitesinin daha düşük, belirsizliğe tahammülsüzlüğünün daha yüksek olduğu savunulmuştur. Yaşam kalitesi yüksek olan ve travma sonrası büyümeyi deneyimleyen kişilerin belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin daha yüksek olduğu düşünülmüştür. Buna ek olarak travma sonrası stres bozukluğunun travma sonrası büyüme üzerinde; belirsizliğe tahammülsüzlüğün ise yaşam kalitesi ve travma sonrası stres bozukluğu üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olduğu var sayılmıştır. Bu kapsamda Türkiye'deki nüfus dağılımına göre, en kalabalık, pandemi süreci

boyunca vaka artışı ve ölüm oranlarının en çok görüldüğü ve kısıtlamaların en çok uygulandığı yedi ilinde ikamet eden kişilerden Ekim 2021’de (N=485, %57,7’si erkek) kendi kendini değerlendirme yöntemi ile, çevrimiçi platform üzerinden veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler ışığında sosyo-demografik sorular için frekans analizi yapılmıştır. Normallik varsayımı için ölçeklerdeki veri dağılımına ve grup sayısına bağlı olarak bağımsız iki örneklem t-testi ve tek yönlü anova analizi kullanılmıştır. Tek yönlü anova analizi sonucunda gruplar arasındaki bağlantıları gösterebilmek amacıyla hoc analizleri uygulanmıştır. Grup gözlem sayısı yetersiz olan 2 gruplu değişkenlerde mann whitney-u analizi yapılmıştır. Ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişkiyi ve yönünü öğrenmek için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini görmek üzere basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analizler alfa=0,05 seviyesinde uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen verilere göre kadınlarda travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme erkeklerle göre daha sık görülmüşken; erkeklerin algılanan genel yaşam kalitesi ve psikolojik sağlık ortalamaları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca erkeklerde kadınlara göre ileriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlük skoru daha yüksek çıkmıştır. Travma sonrası stres bozukluğuna sahip kişilerin travma sonrası büyümeyi deneyimleme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi yüksek olan kişilerin travma sonrası stres bozukluğu geliştirme riskleri daha yüksek olarak saptanmıştır. Buna ek olarak, travma sonrası stres bozukluğuna sahip kişiler yaşam kalitelerini diğer gruba göre daha düşük algılamışlardır. Bununla birlikte travma sonrası stres bozukluğunun, travma sonrası büyüme; ileriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlüğün ise travma sonrası stres bozukluğu üzerinde pozitif bir yordayıcılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün ise algılanan yaşam kalitesi ve travma sonrası stres bozukluğu; yaşam kalitesinin alt boyutlarından olan algılanan fiziksel sağlık ve çevresel faktörlerin ise yine travma sonrası stres bozukluğu üzerinde negatif bir yordayıcılığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: travma sonrası stres bozukluğu, travma sonrası büyüme, yaşam kalitesi, belirsizliğe tahammülsüzlük, COVID-19, pandemi

Tarih: 10.06.2022

ABSTRACT

THE EFFECT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER ON QUALITY OF LIFE, POST-TRAUMATIC GROWTH AND INTOLERANCE TO UNCERTAINTY IN THE COVID-19 PANDEMIC

This study was conducted to determine the impact on quality of life, post-traumatic growth, and intolerance to uncertainty due to the risk of developing post-traumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic. After the study, it was aimed to create awareness in people in order to restore their psychosocial well-being after such a process that shook their psychological integrity. People who develop post-traumatic stress disorder during the pandemic process will experience post-traumatic growth more; it has been foreseen that the quality of life and intolerance to uncertainty will also be negatively affected in this direction. It has also been suggested that the socio-demographic variables (age, gender, educational status, economic status, be diagnosed with COVID-19, the loved one was diagnosed with COVID-19, the loved one's death because of COVID-19 impairment of the level of well-being, and the condition of being vaccinated) that have been determined have an effect on the development of post-traumatic stress disorder, the experience of post-traumatic growth, the quality of life and intolerance to uncertainty. According to hypotheses, it has been argued that people with post-traumatic stress disorder experience post-traumatic growth more than the other group, have a lower quality of life, and have a higher intolerance to uncertainty. It has been argued that people with a high quality of life and who have experienced post-traumatic growth have a higher intolerance to uncertainty. In addition, it has been thought that post-traumatic stress disorder has a predictive effect on post-traumatic growth, and intolerance to uncertainty has a predictive effect on the quality of life and post-traumatic stress disorder. In this context, according to the population distribution in Turkey, the most populous, the most common case increase and

mortality rates during the pandemic process, and the data were collected from residents of the seven provinces where restrictions were mostly applied in October 2021 (N= 485, 57.7% of them are men) through an online platform by self-assessment method. According to the data, frequency analysis was performed for sociodemographic questions. For the assumption of normality, two independent sample t-test and one-way anova analysis were used depending on the data distribution and the number of groups on the scales. As a result of one-way anova analysis, hoc analyses were applied to show the dec between the groups. Mann whitney-u analysis was performed on 2 groups of variables with insufficient number of group observations. Pearson correlation analysis was applied to find out the relationship and direction between scales and subscales. In order to see the effect of independent variables on the dependent variable, a simple linear regression analysis was performed. According to analyzes, post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth were more common in women, while men's perceived overall quality of life and psychological health averages were higher. In addition, the intolerance score for prospective intolerance of uncertainty was higher in men. It has been found that people with post-traumatic stress disorder are more likely to experience post-traumatic growth. It has been found that people with a high level of intolerance of uncertainty have a higher risk of developing post-traumatic stress disorder. In addition, those who had post-traumatic stress disorder, detected their quality of life lower than the other group. Post-traumatic stress disorder detected post-traumatic growth, and prospective intolerance of uncertainty also detected traumatic stress disorder positively. Intolerance of uncertainty is detected in the quality of life, and post-traumatic stress disorder. Perceived physical health, and environmental factors, which were sub-dimensions of quality of life, negatively detected post-traumatic stress disorder.

Keywords: post-traumatic stress disorder, post-traumatic growth, quality of life, intolerance of uncertainty, COVID-19, pandemic

Date: 10.06.2022

KISALTMALAR

TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSB	: Travma Sonrası Büyüme
YK	: Yaşam Kalitesi
BT	: Belirsizliğe Tahammülsüzlük
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
SOC	: Tutarlılık Duygusu
PCL-5	: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Listesi
PTGI	: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği
WHOQOL-BREEF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu
BTÖ-12	: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
PIU	: İleriye Yönelik Belirsizliğe Tahammülsüzlük
IIU	: Engelleyici Belirsizliğe Tahammülsüzlük

TABLO LİSTESİ (LIST OF TABLES)

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 8.1 Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi Tablosu.....	38
Tablo 8.2 Sosyo-Demografik Bilgiler Tablosu	39
Tablo 8.3 PCL-5 ve PTGI'ya Göre Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu.....	40
Tablo 8.4 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu	41
Tablo 8.5 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu	42
Tablo 8.6 PCL-5 ve PTGI'ya Göre COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu	43
Tablo 8.7 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu	44
Tablo 8.8 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu... ..	45
Tablo 8.9 PCL-5 ve PTG'ya Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu	46
Tablo 8.10 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu	47
Tablo 8.11 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu	48
Tablo 8.12 PCL-5 ve PTGI Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Kaynaklı Kaybı Değişkeni T-Test Tablosu	49
Tablo 8.13 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Kaynaklı Kaybı Değişkeni T-Test Tablosu	50
Tablo 8.14 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Kaynaklı Kaybı Değişkeni T-Test Tablosu	51
Tablo 8.15 PCL-5 ve PTGI'ya Göre Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi Değişkeni T-Test Tablosu	52

Tablo 8.16 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi Değişkeni T-Test Tablosu	53
Tablo 8.17 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi Değişkeni T-Test Tablosu	54
Tablo 8.18 PCL-5 ve PTGI Göre Ekonomik Durum Değişkeni T-Test Tablosu	56
Tablo 8.19 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Ekonomik Durum Değişkeni T-Test Tablosu	56
Tablo 8.20 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Ekonomik Durum Değişkeni T-Test Tablosu	57
Tablo 8.21 PCL-5 Göre Travma Sonrası Büyüme Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu	59
Tablo 8.22 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Travma Sonrası Büyüme Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu	59
Tablo 8.23 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Travma Sonrası Büyüme Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu	60
Tablo 8.24 PTGI Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu	61
Tablo 8.25 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu	62
Tablo 8.26 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu.....	63
Tablo 8.27 PCL-5 ve PTGI'ya Göre Aşı Olma Değişkeni Mann Whitney-U Analizi Tablosu... ..	65
Tablo 8.28 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Aşı Olma Değişkeni Mann Whitney-U Analizi Tablosu	65
Tablo 8.29 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Aşı Olma Değişkeni Mann Whitney-U Analizi Tablosu	66
Tablo 8.30 PCL-5 ve PTGI'ya Göre Yaş Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu... ..	68
Tablo 8.31 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Yaş Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu... ..	69
Tablo 8.32 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Yaş Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu... ..	70
Tablo 8.33 PCL-5 ve PTGI'ya Göre Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu	73
Tablo 8.34 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) ve Alt Boyutlarına Göre Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu	74
Tablo 8.35 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu.....	75

Tablo 8.36 Korelasyon Analizi Tablosu	79
Tablo 8.37 Tanısı Alma Değişkenin PCL-5 Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin Regresyon Analizi Tablosu	82
Tablo 8.38 PCL-5 Sonuçlarının PTGI Sonuçları Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin Regresyon Analizi Tablosu	83
Tablo 8.39 BTÖ-12 Sonuçlarının WHOQOL-BREF Sonuçları Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin Regresyon Analizi Tablosu.....	83
Tablo 8.40 BTÖ-12 Sonuçlarının PCL-5 Sonuçları Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin Regresyon Analizi Tablosu	84
Tablo 8.41 Fiziksel Sağlık, Çevre, Psikolojik Sağlık, PIU Alt Boyutlarının; Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi, Cinsiyet Değişkenlerinin ve PTGI Sonuçlarının PCL-5 Sonuçları Üzerindeki Yordayıcılık Etkilerinin Regresyon Analizi Tablosu... ..	84



BÖLÜM 1 GİRİŞ VE ARAŞTIRMANIN AMACI

COVID-19 pandemisi, şu anda dünya üzerinde yaşayan pek çok insanın daha önce deneyimlemediği ve ilk kez dünyadaki bütün insanların ortak olarak bir olay ile ilgili hemen hemen aynı duygu/düşünce/davranış üçgeninde yaşamlarını sürdürdükleri bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Pandemi kelimesi, dünya üzerindeki bir kıtayı ya da birden fazla kıtayı etkisi altına alan salgın hastalıkları tanımlamaktadır. Pandemi kelimesi köken olarak Eski Yunanca'daki “tüm” anlamına gelen “pan” ve insanlar anlamına gelen “demos” sözcüklerinden türemiştir. Bu dönemde, şu zamana kadar “anormal” olarak tanımlanan birçok duygu, düşünce ve davranış insan hayatının tam içine entegre edilmiş durumdadır. Salgınlar, kişilerde fiziksel olarak yıkıcı ve hayati etkiler bıraksa da bu tür zamanlarda ortaya çıkan psikolojik tepkiler, kişilerde bedensel etkilerden çok daha uzun süreli ruhsal etkiler bırakmaktadır (Taylor, 2019).

Görülmeyen ve nasıl ve nerelere etki ettiği tam olarak bilinemeyen bir virüs tarafından yaşamsal risk altında olmak, pandemi sürecinin getirdiği ekonomik çöküşler, sosyal ilişkilerin azalması ve tüm bunlarla beraber artan yalnızlık duygusu ve de toplumun geneline hakim olan mutsuzluk, çaresizlik, umutsuzluk, belirsizlik ve korku hali küresel olarak psikolojik bir pandemi durumu da yaratmıştır. Salgın döneminde yapılan araştırmalar sonucu, diğer zamanlarda gözlemlenen ve travma sonrasında ortaya çıkması beklenen psikolojik tepkilerin hemen hemen hepsi salgın döneminde de görülmüştür (Wu et al., 2009; Sim et al., 2010). Pandemi ile birlikte yaşanan kısıtlamalar, yoğun kaygı durumu kişilerde bazı psikolojik tepkilere yol açmaktadır. Bunlar çok şiddetli korku hissinden kayıtsızlığa kadar uzanan geniş bir spektrumda ortaya çıkabilmektedir. Bu tür etkiler kısa süreli olabildiği gibi aynı zamanda, şiddetli ve kalıcı ruhsal sorunlara da yol açabilmektedir. Pandeminin kişilerde bu tür yoğun psikolojik etkiler ve tepkilere neden olmasının

arkasındaki en önemli nedenler enfeksiyonun bulaşıcı olması, insan yaşamı için ciddi bir tehdit oluşturması, gözle görülememesi ve etki alanının her geçen gün genişlemesidir (Pappas et al., 2009). Pandemi döneminde kişilerin verdikleri başlıca psikolojik tepkiler şunlardır; hastalanma ve ölüm korkusu, enfekte olma korkusu ile gerekli durumlarda bile hastaneye gitmekten çekinme, sosyal izolasyon süreci ile birlikte çalışmama durumu, işten çıkarılma korkusu, refah seviyesinde azalma, enfekte olma durumunda toplum tarafından dışlanma korkusu, temaslı olma durumunda karantinaya alınma korkusu, sevdiği birine virüs bulaşması/bulaştırma ya da bu sebeple onları kaybetme korkusu, sosyal izolasyona ya da karantina nedeniyle sevdiklerinden ayrı kalma korkusu, sosyal izolasyondan dolayı çaresizlik, sıkıntı, yalnızlık ve depresyon hissi (IASC, 2020). Pandemi döneminde kişilerin enfekte olmamak için yineleyici kontrol ve güvence arama davranışı sergiledikleri görülmektedir. Bir noktaya kadar kendilerinin ve diğerlerinin sağlıklarını korumak için bu davranışları sergilemeleri gerekse de aşırıya kaçan bu tür davranışlar kişilerin yaşamlarının büyük bir kısmını kaplamaya başlayabilmektedir. Tüm bu sebeplerden ötürü pandemide en sık görülen ruhsal bozukluklar; duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğudur. TSSB, virüs sebebiyle diğerlerinin ölümüne tanık olmak ve sevdiği kişileri COVID-19 sebebiyle kaybetmek gibi çeşitli stres faktörleri tarafından tetiklenebilmektedir. 2-46 aylık süren bir çalışmada, SARS hastalarının %44'ünde TSSB saptanmıştır (Hong et. al., 2009). Birçok SARS hastasında TSSB belirtileri de dahil olmak üzere psikolojik sorunların, salgın bittikten yıllar sonra bile devam ettiği bildirilmiştir (Gardner & Moallem, 2015). Salgın sebebiyle sevdiği birini kaybeden insanlarda depresyon gelişebildiği bilinmektedir. Böyle durumlarda eğer kişi, sevdiklerini kurtarması gerektiğine inanır veya bir şekilde hastalığın yayılmasından kendisini sorumlu tutarsa, yoğun suçluluk duygularının ortaya çıktığı bilinmektedir. Pandemi dönemi ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen ilk kanıtlar, COVID-19'un ruhsal hastalıklar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Lai et. al., 2020). Bazı insanların ise pandemi gibi felaket durumlarını diğerlerine göre daha soğukkanlı ve dayanışmacı bir tutum karşıladığı gözlemlenmiştir. Bu tutumla birlikte bu kişilerin başa çıkma ve direnç gösterme yollarını uygulama konusunda daha pozitif davranma gibi olumlu deneyimler yaşamaktan ve diğerlerine yardım etmekten dolayı anlamlı bir doyum yaşadıkları tespit edilmiştir (Tükel, 2020).

TSSB ile birlikte kişinin yaşamına dair olumsuz inançların artması ve maruz kalınan travmatik olayla birlikte kimi kişilerde oluşan fiziksel yaralanmalar kişinin algıladığı yaşam

kalitesini olumsuz etkilemektedir. Travma sonrası kişinin zamanını hastanede normalden daha fazla geçirmesi, sađlým hizmetlerine diğer kişilere göre daha fazla ihtiyaç duyması, aldığı hem fiziksel hem de psikolojik yaralarla birlikte travma öncesinde yaşadığı hayata hemen dönememesi de yaşam kalitesini düşüren etkenler arasındadır. Yapılan çalışmalarda kadınların TSSB'den erkeklere oranla daha fazla etkilendiğini ve TSSB ile birlikte yaşam kalitelerinde de daha fazla düşüş yaşadıkları görülmüştür (Butterfield et. al., 2000; Holbrook et. al., 2002; Miller & Wiegartz, 2003). Savař gazileri ile yapılan bir başka çalışmada ise özellikle savaşa bağlı TSSB deneyimleyen kişilerin yaşam kalitelerinde kronik ve önemli ölçüde düşüş olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, savaşa maruz kalmadan önce daha düşük yaşam kalitesine sahip olan kişilerin TSSB geliştirme ve yaşam kalitelerinin daha da bozulma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ek olarak, TSSB semptomatolojisinin, travmatik yaralanmaların çeşitli alt tiplerinde bozulmuş yaşam kalitesinin, yaralanmanın ciddiyetinden daha büyük bir belirleyicisi olduğu saptanmıştır (Schnurr et. al., 2009). TSSB'nin kişilerde önemli ölçüde refah algısı kaybı için bağımsız bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Kiely et. al., 2006). TSSB yaşayan kişilerin hastaneye başvurma hatta hastanede kalma süreleri arttığı için bu yaşam kalitesi için olumsuz bir faktör olarak karşımıza çıkmaktır. Bununla birlikte iyi bir şekilde tedavi edilmeyen TSSB'nin uzun vadede başka ruhsal bozukluklara zemin hazırlaması ile birlikte böyle durumlarda yaşam kalitesi oldukça olumsuz etkilenmektedir (Erbes, 2007).

nceki paragraflarda bahsedildiği gibi travmatik olaylar olumsuz psikolojik sonuçlara neden olabilmektedir ve TSSB travmaya bağlı olarak en sık ortaya çıkan ruhsal bozukluklardan biridir (Koenen et. al., 2017). Bununla birlikte travmanın, travma sonrası büyüme (TSB) gibi olumlu psikolojik değişikliklere de zemin hazırlayabildiği ortaya çıkmıştır. TSB, travmaya maruz kalmak sonucunda ortaya çıkan olumlu değişiklikler olarak tanımlanabilir (Tedeschi & Calhoun, 1995) ve pozitif psikolojinin gelişmesiyle birlikte giderek daha fazla araştırılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Kişi bir travmaya maruz kaldığında kendisiyle ve yaşamla ilgili varsayımları bozulur ve maruz kalınan travma ile birlikte kendini, yaşamı ve içinde bulunduğu düzenin dinamiklerini sorgulamaya başlar. Kişi bu sorgulama sonucunda olumsuz çıktılara ulaşabilir ya da sorgulamalarını iyimserlikle yaparak varsayımlarını yeniden yapılandırabilir. Bu sayede maruz kaldığı travma ile daha sağlıklı bir şekilde başa çıkabilir, içsel dünyasını yeniden oluşturabilir ve yaşamına yeni bir kişi olarak devam

edebilir. İşte bu yapılanma süreci TSB'nin tümünü oluşturur. Hem TSSB hem de TSB travma sonrası kişilerin verdiği tepkilerdir. Bununla birlikte, bu iki kavram arasındaki ilişkiyi kanıtlamak için çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda TSSB ve TSB arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur (Tiamiyu et. al., 2016; Liu et. al., 2017; Zalta et. al., 2017).

Yaş ve cinsiyet gibi TSSB için risk taşıyan çeşitli faktörler tanımlanmış olmasına rağmen bu faktörlerin çoğu sabittir ve değiştirilemez. Bu nedenle, TSSB'ye müdahale sırasında etkisi hafifletilebilecek risk faktörlerini belirlemek oldukça önemlidir. TSSB için potansiyel bir risk göstergesi olarak ortaya çıkan psikolojik kırılganlık faktörlerinden birisi de belirsizliğe tahammülsüzlüktür (BT). BT kısaca "bireyin, net bir öngörüye sahip olamaması veya yeterli bilgiye ulaşamamasıyla birlikte tetiklenen ve buna bağlı olarak belirsizlik algısı tarafından sürdürülen, süregelen tepkiye dayanma eğilimindeki yetersizliği" olarak tanımlanmaktadır. BT'si yüksek olan bireyler, olumsuz bir olayın meydana gelme olasılığını kabul edilemez ve tehdit edici olarak görmektedirler. Bu da belirsiz durumlardan kaçınma girişimlerine yol açmakta ve zaman içinde kaygı belirtilerinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Hali hazırda travmaya maruz kalmış bir kişi eğer TSSB'ye de sahipse kendisi ve dünya ile ilgili bilişsel olarak bir boşluk ve olumsuz içerisine düşer. Kişinin bu olumsuzluğu bir de BT ile desteklemesi TSSB'nin tedavi edilmesini güçleştirmektedir. Çünkü geleceğe yönelik belirsizlikten dolayı yoğun kaygı hissetmek, TSSB semptomlarını desteklemekte ve travma ile birlikte kişinin geliştirebileceği iyimser bakış açısını zedeleyerek TSB'yi de deneyimlemesine engel olmaktadır. Bununla birlikte, kişinin travma sonucu aldığı fiziksel ve psikolojik yaralar ve TSSB belirtileri ile birlikte bozulan yaşam kalitesi, belirsizliğe tahammülsüzlük durumu ile gelişen yoğun kaygı ve endişe durumu da kişinin kendi yaşamı ile ilgili olumsuz algılar oluşturmaya neden olacaktır. Tüm bunlara bakıldığında BT kavramı TSSB, TSB ve YK için olumsuz bir etken olarak yorumlanabilmektedir.

Bu araştırmada; COVID-19 pandemisi sürecinde travma sonrası stres bozukluğu gelişme riski ve TSSB'nin yaşam kalitesi, travma sonrası büyüme ve belirsizliğe tahammülsüzlük üzerindeki etkisini saptamak, bu süreçte psikososyal iyilik halini yakalayabilmek ve bu iyilik halini sürdürebilmek adına neler yapılabileceğini anlamaya yardımcı olmak hedeflenmektedir.

1.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Travma kavramı insanlık tarihinde çok uzun yıllardır var oluyor olmakla birlikte, her ne kadar bu döneme kadar daha lokal salgınlarla karşılaşmış olursa da çağdaş dünyada global anlamda bir salgın ile ilk defa karşı karşıya kalınmaktadır. Mevcutta bilenen ve hem fiziksel hem de psikolojik etkilerine aşına olunan travmatik olaylarla birlikte ilk defa neyden kaynaklandığı bilinmeyen fakat bulaş alanı insan varlığı ile genişleyen travmatik bir olayın hem insan yaşamına hem de TSSB'ye olan etkilerinin neler olabileceğini anlamak oldukça kıymetlidir. Bununla birlikte sadece fiziksel hasar olarak değil hastalığı yaşamayan kişiler için de psikolojik etkileri bu kadar yoğun olan bir dönemin kişilerin yaşam kalitesine yansıyan etkileri kaçınılmaz olacaktır. Birçok travmatik olaya nazaran etki süresinin bu kadar uzun olması ve belirsizlik durumunun her geçen gün artması ile birlikte kişilerde hem TSSB ve hem de belirsizliğe tahammülsüzlük açısından etkileri de kaçınılmazdır. İnsanlar böylesine uzun ve yaşam dinamikleri kökten değişen bir süreçte yaşama tutunmak için TSB geliştireceklerdir. Bu süreçte olumsuz etkilerin TSB karşısında nasıl konumlandığı ve TSB ile birlikte kişilerin yaşam kalitelerinin ne denli değiştiğinin belirlenmesi de sadece bu süreçte TSSB'yi değil insanı anlamak adına da oldukça kıymetli bir çıktı olacaktır.

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırma kapsamında incelenen hipotezler aşağıda listelenmiştir.

- H1:** COVID-19 pandemisi sürecinde yaşam kalitesi ve travma sonrası büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- H2:** COVID-19 pandemisi sürecinde yaşam kalitesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.
- H3:** COVID-19 pandemisi sürecinde sosyodemografik değişkenler ile travma sonrası stres bozukluğu semptomları arasında ilişki vardır.
- H4:** COVID-19 pandemisi sürecinde travma sonrası büyüme ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.
- H5:** COVID-19 pandemisi sürecinde, COVID-19 tanısı almak, travma sonrası büyüme üzerinde yordayıcı bir etkiye sahiptir.

- H6:** COVID-19 pandemisi sürecinde TSSB tanısı alan kişilerde belirsizliğe tahammülsüzlük daha sık görülür.
- H7:** COVID-19 pandemisi sürecinde travmatik stres belirtisi uzun süren kişilerde travma sonrası büyüme daha sık görülür.
- H8:** COVID-19 pandemisi süreci ile birlikte uzun süre yaşanan TSSB belirtileri travma sonrası büyüme üzerinde yordayıcı bir etkiye sahiptir.
- H9:** COVID-19 pandemisi sürecinde belirsizliğe tahammülsüzlük yaşam kalitesi ve travma sonrası stres bozukluğu üzerinde yordayıcı bir etkiye sahiptir.

BÖLÜM 2 KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. TRAVMA KAVRAMI VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travmatik olaylar, bireyi etkileyen, süregelen yaşamın dışında kalan, kişinin olaylarla başa çıkma yeteneğini aşan ve kişide yoğun stres kaynağı yaratan olaylardır. Bu tür olaylara doğal afetler, kişisel saldırılar, tecavüzler, savaşlar gibi olayların birebirde yaşanması yaşandığına şahit olunması ya da kişinin sevdiği değer verdiği birinin ölümüne ya da bahsi geçen olaylarla birlikte zor ve çaresiz bir durumda kaldığına şahit olunması örnek verilebilir. DSM-5'te travmalar üç ana başlığa ayrılmıştır; başka biri tarafından kasıtlı bir şekilde yapılan travmalar (savaş, terör, tecavüz vb.), başka birinin neden olduğu fakat herhangi bir kasıt barındırmayan travmalar (kaza, yangın vb.) ve doğal afetler (deprem, sel, tsunami vb.). Bir olayın kişide travmatik bir etki yaratması için, kendi yaşamını, fiziksel ve/veya ruhsal bütünlüğünü, kişinin dünyadaki yerini ve kendisi hakkındaki görüşlerini tehdit etmesi gerekmektedir. Kişinin kendini değerli ve güvende hissetmesi, dünyayı adil ve güvenli bir yer olarak görmesi, diğer kişileri iyi olarak tanımlaması, kırılmazlık ve incinmezlik gibi duygu ve düşüncelerini tehdit altında bırakır (Levine, 2019). Bir kişinin travmatik olaylara maruziyetini artıran bazı etkenler vardır. Bunlar erkek olmak, düşük eğitim seviyesine sahip olmak, ailede psikiyatrik öyküye sahip olmak, nörotisizm ve içe dönüklük kişilik

özelliklerine sahip olmak, geçmişte yaşanmış bir travma deneyimine sahip olmak ve şehirde yaşıyor olmak olarak sıralanabilir. Bununla birlikte kişinin medeni durumu(özellikle bekar, dul ya da boşanmış olmak), yoksul olmak veya düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak, düşük eğitim düzeyine sahip olmak, kişinin çocuk veya yaşlı olması, toplumdaki bir azınlığın üyesi olmak, kişinin kendisinde veya ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsüne sahip olmak, çocukluk çağı ruhsal travmaları, travmatik olay sonrasında dayanıklılıkta yetersiz kalmak ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerine başvurmak da travmatik olaya maruz kalmayı ve maruz kalınan travmatik olayın psikolojik olarak birey üzerinde etkisini artırmasına sebep olan ve buna bağlı olarak travma ilişkili bir bozukluk gelişmesine zemin hazırlayan kişisel özelliklerden sıralanabilir (Hapke, et. al., 2006). Bir kişi travmatik bir olay yaşadktan sonra travma sonrası stres bozukluğu, akut stres tepkisi ve akut stres bozukluğunun yanı sıra psikolojik uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, dissoyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu, alkol ve madde kullanımı ve depresyon sıklıkla görülen psikopatolojik durum ve bozukluklardır.

Kaynaklardan elde edilen bilgilere göre 19. yüzyıldan 20. yüzyılın ortalarına kadar travma sözcüğünün daha çok fiziksel travma için kullanıldığı karşımıza çıkmaktadır (Jones, 2007). 18. yüzyıl öncesinde travmanın kişilere fiziksel olarak zarar verdiği ve psikolojik olarak herhangi bir etkisi olmadığı düşüncesinin yanı sıra herhangi bir travma sonrasında psikolojik sorunlar yaşayan kişilerin zihinsel bir hastalıkları olduğu inancı hakimdi. Doktorlar bu tür durumda kişilerde ya bir kişilik bozukluğu olduğuna ya da yaşanan sıkıntının biyolojik temelli olduğu düşünmekteydiler. Temelinde kişinin yaşadığı sıkıntının kendisinden kaynaklı olduğu hakim olan bu düşüncenin temelinde de yine kişinin sorununu kendisinin halletmesi gerekliliği yatmaktaydı (Micale, 1989). Eğer yapılan bütün tetkikler sonucunda kişide herhangi bir kişilik sorununa ya da biyolojik faktöre rastlanılmıyorsa durumun kendi kendine düzeleceği ön görülüyordu. Bu algıyı 1870 yılında Fransa’da yaşanan Prusya Savaşı kıracaktı. Her ne kadar savaştan dönen askerlerin psikolojik travma yaşayacakları ön görülme de kişilerdeki psikolojik semptomlar birçok psikiyatristin ilginı çekmiş ve ilk olarak “travmatik nevroz” tanısı konulmuştur (Veith, 1977; Kardiner, 1959). Bu tanı kapsamında askerlerde gözlemlenen yeniden yaşantılama ya da yaşam olaylarına karşı isteksizlik semptomları şimdiki TSSB belirtilerine benzer olarak kabul edilebilir. Daha sonra Birinci Dünya Savaşı’nın sonlanması ile cepheden dönen askerlerde gözlemlenen stresle başa çıkmadaki yetersizliklerle birlikte gözlemlenen semptomlara Psikolog Charles Myres

tarafından bomba şoku (shell shock) ismi verilmiştir. Her ne kadar travmanın psikolojik etkilerine dikkat çekilmeye çalışılmış olsa da travma ilişkili bozukluklara yeterli ilgi gösterilmemiştir. Travmanın psikolojik çerçevesi ile ilgili ilk araştırmalar Fransız nörolog Jean-Martin Charcot tarafından histeri hastaları ile yapılmıştır (Veith, 1977). Charcot çalışmalarında histeri semptomlarının özellikle hareket felci, duyu kaybı, konvülsiyon ve unutma gibi nörolojik deformasyonu andıran taraflarına odaklanarak yapmıştır. Çalıştığı hastalarının şiddet, tecavüz ve işkence sonucu Salpetriere’e sığınmış genç kadınlar olması ve karşılaştığı psikolojik belirtileri yapay ortamlarda tetikleyerek ve hipnoz yöntemiyle ortadan kaldırarak açıklamaya çalışması travma psikolojisi üzerine çok büyük bir adım olmuştur (Micale, 1989). Charcot’tan sonra histeri ile çalışan Breuer ve Freud da Charcot’un bulgularına benzer sonuçları elde etmiş ve travmatize olmuş bireylerin bilinç durumlarının etkilendiğini ve bu etkilenmeyle birlikte histerik belirtilerin ortaya çıktığını savunmuşlardır (Ellenberger, 1970). Savaştan sonra yaşanan travmatik bozukluklar ile ilgili ilk ciddi ve bugünkü kullanıma benzer çalışma 1941 yılında Freud tarafından analizi yapılan ve savaş gazilerini analiz ederek “Travmatik Savaş Nevrozları” eseri yayınlayan Abram Kardiner tarafında yapılmıştır (Ellis, 1980). İkinci Dünya Savaşı’nın başlamasıyla birlikte savaş nevrozuna olan ilgi artmıştır. Savaş durumunun kişide ruhsal yaralanmalara sebep olabileceği ve maruz kalınan şiddetle orantılı olarak psikolojik yaralanmaların şiddetinin artabileceği gerçeği ilk kez kabul edilmiştir. Bu doğrultuda psikolojik çöküşün ortaya çıkmasında belirleyici faktörlerden biri olan maruz kalmanın hangi seviyede olması gerektiğini belirlemek için ciddi çalışmalar yapılmıştır (O’Brien, 1990). Appel ve Beebe başta olmak üzere Amerikalı psikiyatristler akut psikolojik etkilere karşı kişiyi koruyacak ya da daha hızlı iyileşmeyi sağlayacak çözümler üretmeye çalışmışlardır. Çalışmalar sırasında değişmiş bilinç ile psikolojik travma arasındaki bağlantı ile bir kez daha karşılaşmıştır (Grinker & Spiegel, 1945). Bu doğrultuda yapay olarak yaratılan durumlar ile kişide travmaya sebep olan anılara ulaşmak için kullanılabileceğini öne sürüldü ve bunun için hipnoz yönetimi tercih edildi. Tüm bu çalışmalar sonucunda travmatik anılardan kurtulmanın uzun süreli iyileşme için yeterli olmadığı sonucuna varıldı (Kardiner & Spiegel, 1947). Vietnam Savaşı’ndan sonra yaşanan bir olay travma psikolojisine farklı bir bakış açısı getirmiştir. Savaştan dönen bir grup gazi madalya almayı reddederek kahraman olarak anılmak istememişlerdir. Bu doğrultuda örgütlenerek savaş karşıtı protestolar başlatmış ve savaş sonrası psikolojik travma yaşamış olan diğer gazilere teselli vermeye ve savaşın psikolojik

etkileri hakkında farkındalık oluşturmaya amaçlayan çalışmalar yapmaya başlamışlardır. Bu olay psikiyatri alanındaki travma araştırmalarının tekrar hız kazanmasına sebep olmuştur. Yapılan çalışmalar sonucunda savaşa maruz kalma sonucu kişide oluşan psikolojik deformasyonların doğrudan ilişkisi kanıtlanmış ve bugünkü TSSB'nin ana hatları ortaya çıkmıştır (Gerson, 1992).

Buna ek olarak, 1970'lerde kadınların ev içinde yaşadıkları şiddete ve eşit haklara sahip olmak adına örgütlenmeye başlamaları da travmanın günlük hayatı nasıl etkilediğinin araştırılması adına büyük katkı sağlamıştır (Avina & O'Donohue, 2002). Ahlak ve mahremiyeti kadın ile özdeşleştiren sosyal normlar neticesinde kadının özel hayatında yaşadığı şeylere susması, susturulması ve bu durumun normalleştirilmesi psikolojik sömürünün giderek yaygınlaşmasına olanak sağlamıştır (Herman, 2016). Bu durum savaş ortamıyla birlikte erkeklerde görülen travma belirtilerinin, sivil hayatta özellikle de kadınlarda görülmez algısı oluşmasına sebep olmuştur (Yehuda, 1995). Amerika'da başlayan kadın hareketi ile cinsel tacize karşı kamuoyu oluşmaya başlamıştır. Bunun sonucunda 1975'te Ulusal Akıl Sağlığı enstitüsü içinde tarihte ilk kez tecavüz araştırma merkezi kurulmuştur. Burada yapılan araştırmalar sonucunda Freud'un fantezi olarak adlandırdığı cinsel şiddetin varlığı iyice ortaya çıkmıştır. Feminist hareketin temelini tecavüz oluşturmuş olsa da zaman içerisinde yetişkin ve çocuk istismarı, ev içi şiddet ve özel hayattaki zorlamalar da suç eylemi sayılarak psikolojik etkileri araştırılmış ve sonuçlar cinsel şiddet çalışmalarına benzer çıkmıştır (Burgess & Holmstrom, 1974).

Hem Vietnam Savaşı sonrası ortaya çıkan ayaklanmalar hem de bahsi geçen feminist hareketler sonucunda travma konusu psikolojide tekrar önem kazanmış ve yapılan çalışmalar travmanın psikiyatrik bozukluğa yol açtığı bilimsel olarak kabul edilmiştir. Bu doğrultuda 1980 yılında ilk kez karakteristik psikolojik travma sendromu gerçek bir tanı haline gelmiştir. 1980'de Amerikan Psikiyatri Birliği "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" adı altında yeni bir kategoriye DSM'e dahil etmiştir. Travma kavramının psikoloji ve psikiyatri alanlarında gösterdiği bu değişim, tüm psikolojik temelli hastaların bilimsel alanlarda geçirdiği süreçleri anlayabilmek için önemli bir yere sahiptir.

2.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM-I

DSM-I Amerika Birleşik Devletleri'nde İkinci Dünya Savaşı sonrasında yayımlanmıştır. İlk olarak ordu bülteninde paylaşılmış daha sonra herhangi ciddi bir değişime uğramadan halka arz edilmiştir. DSM-I'de "Büyük Stres Reaksiyonu" isimli bir tanı yer almıştır. Bu tanıya göre;

- Travmaya sebep olan olay savaş veya sivil bir felaket olarak belirtilmelidir.
- Travmayı yaşayan kişinin travma sonrasında fiziksel olarak ciddi şekilde etkilenmiş olması veya ruhsal olarak yoğun strese sebep olacak bir olaya maruz kalmış olması gerekmektedir.
- Travmatize olmuş kişinin durumu yaşamasını meşru kılan kişiliğine yönelik ya da biyolojik temelli bir sorunu olması gerekmektedir.
- Ayrıca, bu tanı sınıfı psikojenik temelli ya da organik herhangi bir sebebi gösterilemeyen hastalıkların alt grubu olarak duruma bağlı ve "geçici" olan bir "kişilik bozukluğu" olarak değerlendirilmelidir (APA, 1952).

Burada özellikle üç vurgu dikkat çekmektedir;

- Travmanın etkisi geçicidir ve ortaya çıkan semptomlar psikoz-nevroz spektrumunda değişkenlik gösterse de bir süre sonra ortadan kalkar.
- Eğer semptomlar zaman içerisinde geçmezse o zaman tanın başka bir tanı ile değiştirilmesi gerekmektedir.
- Olay tanımı oldukça yüzeysel tutularak sadece savaş ve sivil felaketler gibi büyük olaylar tanımlamaya alınmış kişilerarası şiddet ve saldırı temelli olaylara hiç yer verilmemiştir (APA, 1952).

2.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM-II

DSM-II 1966 yılında, İkinci Dünya Savaşı'ndan uzun süre sonra fakat Vietnam Savaşı'nın ortasında yayımlanmıştır. O zamanlar Vietnam Savaşı daha bitmediği için, kişiler üzerindeki etkileri su yüzüne çıkmamış bu yüzden de tanıda herhangi önemli bir değişikliğe gidilmemiştir. Hatta tanımlara bakıldığı zaman DSM-I'e göre daha geriye düştüğü gözlemlenmektedir (Wilson, 1994).

DSM-II'nin travma ilişkili hastalık tanımı şöyledir;

- Altta yatan herhangi bir psikiyatrik tanıya bağlı olmaksızın kişilerde görülen, çok yoğun ve baskılı çevresel bir olaya maruz kalındıktan sonra ortaya çıkan belirtilerdir.
- Bu belirtiler tanımlanan stresli olay sona erdikten sonra ortadan kalkar. Eğer semptomlar sürüyorsa tanı değiştirilmelidir (APA, 1966).

Burada özellikle iki vurgu dikkat çekmektedir;

- Travma ilişkisi hastalık tanımlamasında “travma” kavramına yer verilmemiştir.
- “Çok yoğun ve baskılı çevresel bir olay” olarak tanımlanan durum muğlak olarak kalmaktadır. Hatta bu olay ile ortaya çıkan semptomlar “uyum bozukluğu” ile sınırlandırılmıştır (APA, 1966).

2.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM-III

Travma kavramı ve buna bağlı olarak TSSB ilk defa DSM-III’te tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya kadar travmatik temelli ortaya çıkan semptomlar kişinin psikolojik ve biyolojik yapısına bağlanmış ve travmatik olay hep bunları tetikleyen bir unsur olarak görülmüştür. DSM-III ile TSSB’nin birincil nedeni kişi merkezli olmaktan çıkmış ve travma merkezli hale gelmiştir (Turnbull, 1998). DSM-III’te TSSB kaygı bozuklukları ana kategorisinin altında tanımlanmıştır. Buna göre TSBB ana kriteri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

Kriter A: Hemen herkeste belirgin olarak sıkıntı yaratacak bariz bir olayın varlığı (APA, 1980)

Travmatik olayın “hemen herkeste belirgin olarak sıkıntı yaratacak” tanımı ile birlikte önceki DSM’lerden farklı olarak anormal yaşam olayı resmen tanımlanmıştır. Fakat yine bu olayın ayrıntılı bir şekilde belirtilmemesi akıllarda soru işaretlerinin oluşmasına sebep olmuştur. Bu sebeple DSM-III-R’de bu tanım revize edilmiş ve kavram örneklendirilmiştir. Buna göre;

Kriter A: Normal insan deneyiminin ötesinde, herkes için sıkıntı yaratan bir olay. Örnek olarak kişinin hayatına veya fiziksel bütünlüğüne tehdit, kişinin çocuğuna, eşine, yakın akrabasına veya arkadaşlarına yönelik tehdit veya zarar verme, kişinin evine veya yaşadığı ortama zarar verme veya başka kişilerin kazara veya fiziksel şiddet sonucu yaralandığına veya öldürüldüğüne şahit olmak verilebilir. DSM-III-R metin bölümünün de ise travma şu şekilde ayrıntılandırılır; bu durumlara sebep olan tablolar arasında işkence, tecavüz, savaş, deprem gibi doğal felaketler, fiziksel bütünlüğe tehdit oluşturan her türlü kaza, bombalama

gibi olaylar sayılabilir. Yine de bazı olaylar sıklıkla TSBB'ye sebep olurken (işkence vb.) bazıları (trafik kazası vb.) bazen TSBB'ye sebep olur (APA, 1987).

2.1.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM-IV

DSM-IV'te DSM-III ve DSM-III-R'den farklı olarak travma kavramının daha ayrıntılı bir şekilde ele alınabilmesi için tek olan tanı kriteri ikiye çıkarılmıştır. DSM-IV için TSSB kriteri;

Kriter A: Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır.

- Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
- Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

Not: Çocuklar bunların yerine deorganize ya da ajite davranışlarla tepkilerini dışa vurabilirler.

DSM-IV'ün en büyük farklarından biri ise ikincil travmatizasyonun varlığının kabul edilmiş olmasıdır.

2.1.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve DSM-5

2010 yılında yayımlanan ve hala kullanmakta olduğumuz DSM-5 ile travma ilişkili bozukluklar ayrı bir kategori olarak düzenlenmiştir ve TSSB bu kategori dahilinde ayrı bir tanı olarak ele alınmaya başlanmıştır. DSM-5'e göre TSSB iki ana kriter dahilinde tanımlanmaktadır;

Travma;

- Doğrudan (gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde ölümle, ağır yaralanmayla ya da cinsel saldırıya maruz kalmış olmak) örseleyici olay/olaylar yaşamak,
- Başkalarının başına gelen olay/olayları doğrudan görmek veya tanıklık etmek,
- Kişinin yakınlık kurmuş olduğu bir kişinin başına örseleyici olay/olaylar geldiğini öğrenmesi ve/veya bu kişinin kaba güç/kaza sonucu ölmesi ya da ölüm olasılığı ile karşı karşıya kalması ya da örseleyici olayların sevimsiz ayrıntıları ile yineleyici bir şekilde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalmak olarak tanımlanabilir (APA).

TSSB ise, bahsi geçen travmatik olayların yaşanılmasından sonra kişinin bir aydan daha uzun bir süre boyunca;

- Yeniden yaşantılama (travmatik olayın sık sık akla gelmesi, rüyada görmek vb.),
- Kaçınma-küntleşme (travmatik olayı hatırlatan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınmak, olayın önemli bir yönünü anımsayamamak vb.),
- Aşırı uyarılmışlık (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük yaşamak, sürekli tetikte olma hali vb.) semptomlarına sahip olması olarak ifade edilmektedir (Amerika Psikiyatri Birliği, 2014).

TSSB'nin ana belirtileri dışında kişide aynı zamanda uyuşukluk, dalgınlık ya da duygusal tepkisizlik, çevrede olup bitenlerin farkında olma düzeyinde azalma, derealizasyon, depersonalizasyon, dissosiyatif amnezi gibi belirtiler de görülebilir (Amerika Psikiyatri Birliği, 2014).

Epidemiyolojik araştırmalara göre erkeklerin %60'nın kadınların ise %51'nin yaşamları boyunca en az bir kez travmatik olaya maruz kaldıkları bilinmekte iken aynı zamanda yaşam boyu yaygınlık oranı kadınlarda %11, erkeklerde ise %6'tır. Yapılan araştırmalar kadınlarda belirtilerin daha şiddetli ve hastalık seyrinin daha uzun sürdüğünü ortaya koymuştur. Yaş faktörüne bakıldığında ise her yaşta görülebilse de TSSB'nin genç erişkinlerde daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır. TSSB'nin yaşam boyu görülme prevalansı toplum içinde %1-3 olarak bulunmuştur. Fiziksel saldırı, savaş, tehdit, esaret, kaçırılma gibi travmatik olayların sıklığı erkeklerde daha sık görülürken, tecavüz, cinsel taciz, çocuklukta yaşanan ebeveyn ihmal ve fiziksel istismar gibi travmatik olaylara maruz kalma kadınlarda daha sık görülmektedir. Bununla birlikte erkeklerin travmatik bir olaya maruz kalma olasılıklarının kadınlara oranla üç kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (E: %16,8; K: %12,5). Yapılan araştırmalar insanların en çok birinin ağır bir şekilde yaralandığını veya öldüğünü görerek (E: %35,6; K: %15,5), deprem, yangın gibi bir doğal afete maruz kalmak (E: %18,9; K: %15,2) ve yaşamın bütünlüğünü tehdit eden bir kaza yaşayarak (E: %25,1; K: %13,8) travmaya maruz kaldığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte travmatik olayın insan kaynaklı olması, olay sırasında verilen tepkinin yoğunluğunun fazla olması, TSSB belirtilerinin şiddeti ve niteliği, eşlik eden diğer psikiyatrik ve tıbbi hastalıkların varlığı, olay öncesinde ruhsal bozuklukların varlığı, sosyal destek azlığı, travmaya bağlı kayıpların yaşanması TSSB'nin süregelenleşmesini kolaylaştıran etkenlerdir. (Kessler et. al., 1995).

2.1.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve COVID-19 Pandemisi Süreci

COVID-19 pandemisi ve benzer diğer global salgın hastalık dönemlerinde, SARS, MERS ve Ebola gibi, nedeni bilinmeyen ve çözümü henüz bulunmamış olan bir hastalığa yakalanmış olmanın ya da yakalanma tehlikesi ile karşı karşıya kalmanın, kişilerde mental sağlığın bozulmasına sebebiyet verdiği bilinmektedir. Bu tür epidemik dönemlerden sonra kişilerde en sık görülen ruhsal rahatsızlıklardan biri TSSB'dir.

Bireysel düzeydeki travmatik olayların aksine, COVID-19 salgını toplumun her üyesi için süregelen bir kriz olmuştur. Doğal afetler ve insan yapımı travmalar gibi stresli olayların ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olabileceği ve TSSB ve depresyon gibi durumlarla sonuçlanabileceği iyi bilinmektedir. Bununla birlikte, akut, yaygın ve devam eden streslerin, yüksek bulaşıcı ve ölümcül hastalık salgınlarıyla ilişkili olanlar gibi toplumsal ve bireysel psikolojiler üzerindeki etkisi tam olarak anlaşılamamıştır. Ayrıca, bu tür stresörlerle karşı karşıya kaldıklarında zihinsel sağlık sorunları için yaygınlık ve risk faktörleri hakkında çok az şey bilinmektedir (Tang et al., 2020).

COVID-19 pandemisi hem bireylerin yakınlık kurduğu kişilerin hem de kendilerinin ciddi bir şekilde hastalanmalarına ve buna tanık olmalarına ve hatta ölüme yol açabileceği için tehdit edici ve potansiyel olarak travmatik bir olayı temsil eder. Dünya üzerinde birçok hükümetin, söz konusu virüsün yayılımını engellemek adına aldığı önlemler; hareket özgürlüğünün kısıtlanması, iş yerlerinin kapatılması ve buna bağlı olarak kişilerin yaşadığı ekonomik zorluklar, sürekli evde vakit geçirmek durumunda olmak, yiyecek ve kaynak yetersizliği, sevdikleriyle bir araya gelememek, sürekli içinde bulunulan endişe hali bu durumu iyice kötü hale getirmiş durumdadır. Özellikle pandeminin ruhsal etkilerinin iyice tetikleyeceği, kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon gibi ruhsal hastalık öyküsü olan kişiler için, rahatsızlıkların tekrar alevlenmesi ya da seyrinin kötüleşmesi açısından oldukça riskli bir dönemdir. Bununla birlikte özellikle yakın olarak COVID-19'un insan hayatına olan tehdidini ya da olumsuz etkisini sürekli görmek ve yaşamak durumunda kalan sağlık çalışanları, paramedikler, cenaze işleriyle uğraşan kişiler, polisler gibi meslek sahibi olan kişiler de TSSB için öncelikli risk grupları arasındadır. Depresyon, kaygı bozuklukları, özellikle hijyenin ön plana çıkmasıyla birlikte iyice tetiklenen obsesif

kompulsif bozukluklar, travma ilişkili bozukluklar, psikosomatik bozukluklar ve yeme bozuklukları bu dönemde en sık görülen ruhsal bozukluklardandır (Masiero et al., 2020).

İrlanda'da yapılan bir araştırmada, pandemi sürecini yaşayan kişiler arasında gençlerde, erkeklerde, büyük şehirlerde yaşayanlarda ve ekonomik kayıplarla birlikte birden fazla çocuğa bakmak durumunda olanlar kişilerde TSSB semptomlarının daha sık görüldüğü tespit edilmiş ve yetişkinlerin %17,7'sinde TSSB belirtilerinin görüldüğü bildirilmiştir (Karatzias et al., 2020). Çin'de 2485 üniversite öğrencisi ile yapılan bir diğer araştırmada ise muhtemel TSSB görülme oranı %2,7 olarak bulunmuştur ve demografik değişkenlere bakıldığında zaman evde geçirilen izolasyon süresinin TSSB belirtileri geliştirme açısından yordayıcı bir etkiye sahip olduğu ortaya koyulmuştur (Tang et al., 2020). Tunus'ta yapılan bir araştırma sonucunda ise Ebola salgını sürecinde TSSB belirtilerin genel varlığı %4 iken COVID-19 pandemi süreci ile birlikte bu oran %41'e çıkmıştır (Torales et al., 2020). Bireysel farklılıklar ele alındığında zaman ise, İtalya'da 4121 katılımcı ile online ortamda gerçekleştirilen bir araştırmanın sonucunda örneklem grubunun %35,59'unda TSSB belirtilerine rastlanırken, kadın, tam zamanlı çalışan, eğitim durumu lise mezunu veya daha az olan ve birileriyle birlikte yaşayan bireylerin; erkek, işsiz, daha yüksek eğitim düzeyine sahip ve yalnız yaşayan bireylere kıyasla TSSB belirtileri geliştirmeye daha yatkın olduğu tespit edilmiştir (Crosta et. al., 2020). Kıtalararası yapılan araştırmalara göre ise toplam popülasyonun ABD'de %31,8 (Liu et. al., 2020), İngiltere'de %16,8 (Shevlin et. al., 2020), İspanya'da %15,8 (Gonzalez-Sanguine et. al., 2020) ve Lübnan'da %33'ü TSSB ile mücadele etmektedir (Fawaz al Samaha, 2020). 2020'de McKinsey and Company'nin yaptığı başka bir araştırmaya göre ise, yalnızca ABD'de, COVID-19'dan kaynaklanan doğrudan kayıplar ve pandeminin sağlık sistemi, ekonomi ve toplum üzerindeki dolaylı etkileri nedeniyle zihinsel sağlık ihtiyacı olan ek 35 milyon bireyin ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir.

Önceki salgınlardan elde edilen kanıtlar, COVID-19'un sadece bireysel bir travma değil, aynı zamanda kolektif bir travmaya da sebep olduğunu göstermektedir. Bundan dolayı, gelecekteki klinik müdahaleler hem bireyde hem de toplumda ayrılmış parçaları yeniden birleştirmeyi amaçlamalıdır (Masiero et al., 2020). Tüm bu bağlamlara bakıldığında, pandeminin kişiler üzerinde yaratmış olduğu travmatik durum ve akabinde gelişen TSSB ile, kişilerde ortaya çıkartabileceği olumlu ve gelişimsel durum incelenmeli ve ileriye dönük terapi ve yaklaşımlarda buna uygun olarak yöntemler seçilmelidir.

2.2. TRAVMA SONRASI BÜYÜME

Travma sonrası büyüme 1999 yılında Calhoun ve Tedeschi tarafından, bir kişinin travmatik bir olayla mücadele etmesi sonucunda ortaya çıkan, öznel bir pozitif psikolojik değişim olarak tanımlanmıştır (Calhoun & Tedeschi, 1999). Varoluşçu felsefede de Kierkegaard ve Nietzsche gibi düşünürlerin fikirlerinden yola çıkılarak, travmatik olayların kişilerin yaşamlarında anlam sorgulatma deneyimine olanak sağlayabileceği düşünülmektedir. Travma yaşayan her bireyde bir gelişim ve olgunlaşma süreci gözlemlenmediği gibi, bazı koşullar ve etkenler travmanın, kişide bir büyüme etkisi yaratmasına da katkıda bulunabilmektedir. TSB'yi etkileyen faktörler üç ana başlık etrafında toplanmıştır. Bunlar, kişisel özellikler, çevresel özellikler ve travmatik olayla ilgili değişkenler olarak sıralanabilir. Kişisel faktörlere bakıldığında zaman TSB'yi kadınların erkeklere göre daha çok deneyimlediği görülmektedir. Aynı zaman TSB'nin yaşa göre de değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir; genç yetişkinlerin yaşlılara göre TSB yaşama olasılıkları daha yüksektir. Sosyoekonomik düzeyi ve eğitim durumu da TSB'yi etkileyen diğer faktörler arasındadır; sosyoekonomik düzey ve eğitim durumu arttıkça TSB yaşama olasılığının paralel olarak arttığı gözlemlenmiştir. Açık, dışadönük, bir grup içinde kabul gören ve iyimser kişilerin nörotik, titiz ve sıklıkla hayatında utanma duygusunun hakim olduğu kişilere göre TSB'yi yaşamaya daha yatkın olduğu bilinmektedir. Çevresel faktörlere baktığımızda ise sosyal destek ağının varlığının TSB'yi deneyimle üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte kişinin sahip olduğu ekonomik kaynakların fazlalığı ve verimliliği ile kişinin içinde bulunduğu kültürel yapının daha açık olması da TSB'yi olumlu etkileyen çevresel faktörlerdendir (Ramos & Leal, 2013; Calhoun & Tedeschi, 2006). Travmatik olay sırasında kişinin algıladığı tehdit durumu, olayın şiddeti, olay sırasındaki farkındalığı, olayın kontrol edilebilirliği, yaşam döngüsündeki zamanı, kişiyi etkileme boyutu ve süresi de yine TSB üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Buna ek olarak yapılan araştırmalar TSB'nin depresyon ve anksiyete ile negatif ilişkisini de ortaya koymuştur. Ayrıca, TSB'nin başa çıkma stratejileri ile olan ilişkisi de açıklanmıştır (Loomes et. al., 2019; Rzeszutek & Gruszczyńska, 2018; Casellas-Grau et al., 2017; Jeon et. al., 2017; Rzeszutek et al., 2017; An et al., 2017; Ogińska-Bulik & Kobylarczyk, 2015; Wang et. al., 2014).

TSB kavramı ele alınırken kişide yarattığı tek bir etki düşünülmemelidir. Travmanın kişinin üzerindeki gelişim ve değişim etkisi başkalarına ve/veya onlarla ilişkisine, hayatta karşısına çıkabilecek ya da yakalayabileceği yeni fırsatlara olan inanç ve tutumlarına, kişinin kendi içinde güç bulmasına ve/veya içindeki güce karşı bakış açısının değişmesine, yaşamın bileşenlerine ve yaşamda kendisinin bulunduğu yere karşı olan düşüncelerinin birinde veya birkaçında gözlemlenmektedir (Duman, 2019). TSB süreci, yaşanan travmatik olayın ardından, temel varsayımların sorgulanması olarak başlar ve zaman içerisinde yerini bu sorgulanmaların yeniden yapılandırılmasına bırakır. Bu anlamda, TSB kavramını bir süreç olarak ele almak çok daha doğru olacaktır. Bazı boyutlardaki değişimler hemen ortaya çıkabileceği gibi, bazı durumlarda ise pozitif çıkarımlarda bulunmak zaman almaktadır.

2.2.1. Calhoun & Tedeschi – İşletimsel Betimleme Modeli

TSB kavramını tanımlamadan önce 1998’de Calhoun ve Tedeschi’nin TSB’nin bilişsel sürecine açıklık getirmişler ve bu sürece İşletimsel Betimleme Modeli adını vermişleridir. İşletimsel Betimleme Modeli’nin temelinde TSB’nin travmanın doğrudan bir sonucu olmaktansa kişinin travma ile mücadelesi sonrası ortaya çıktığı anlayışı yatar. Bu durumun Calhoun ve Tedeschi tarafından açıklanan en yaygın metaforu depremdir. Kişinin dünyaya dair maruz kaldığı travmatik olaya kadar oluşturduğu tüm varsayımlar, travmatik olay tarafından, tıpkı bir depremde olduğu gibi yıkılır. Bu durum kişinin sahip olduğu bilişsel şemaların da sarsılmasına, bu şemaların tehditle karşılaşmasına ya da tamamen yıkılmasına neden olabilir. Bu noktadan sonra kişinin bu duruma karşı vereceği mücadele TSB’yi belirleyecektir. Modele göre, kişinin verdiği mücadelede önemli olan etkenlerden biri de kişinin bu travmatik olaya maruz kalmadan önce sahip olduğu kişisel özellikleridir. Dışadönüklük ve yeni deneyimlere açıklık gibi kişilik özelliklerinin TSB üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Buna ek olarak, böyle bir olaydan sonra kişinin hayatındaki olumlu yanları görebilmesi, yaşadıklarından anlamlar çıkarması ve buna yönelik bilişsel altyapısını yeniden yapılandırması kritik önem taşımaktadır. Bir kişide TSB oluşabilmesi için maruz kalınan travmatik olayın, kişinin sahip olduğu yaşama karşı olan inançlarını ve bilişsel şemalarını ciddi derecede sarsması gerekmektedir. Bu durumu açıklamak için modelde “sismik” kelimesi kullanılır. Bu durum yine deprem metaforu ile açıklanabilir; nasıl deprem sonrasında yenilenme işlemi sadece zarar gören binalarda

yapılıyorsa aynı durum kişinin inanç sistemi ve bilişsel süreçleri için de geçerlidir. TSB kişinin hayatını öncesi ve sonrası şeklinde ikiye bölmektedir. Kişi eğer maruz kaldığı olaydan önce sahip olduğu inanç, duygu, düşünce ve amaçların artık işe yaramaz ve gereksiz olduğunun farkına varırsa yeniden yapılandırma sürecine geçebilir (Tedeschi & Calhoun, 1998).

2.2.2. Schaefer & Moss – Travma Sonrası Büyüme Modeli

Schaefer ve Moss tarafından 1992 yılında yapılandırılan TSB modeline göre çevresel ve kişisel faktörler travmatik olayı ve sonrasını, bilişsel değerlendirme ve yeniden yapılandırma sürecini ve kişinin ortaya koyduğu baş etme stratejilerini belirlemektedir. İşletimsel Betimleme Modeli'nden farklı olarak burada tüm faktörler birbirileri ile etkileşim halindedirler. Burada bahsi geçen kişisel faktörlerin içerisinde sosyo-demografik değişkenler, öz-etkililik, sağlamlık iyimserlik, kendine güven, uyumlu mizah, motivasyon, sağlık durumu ve varsa daha önce kişinin maruz kaldığı travmatik durumlar yer alır. Çevresel faktörler ise kişisel ilişkileri, kişinin çevresinden aldığı desteği, maddi kaynakları ve yaşam koşullarını içermektedir. Maruz kalınan travmatik olayın şiddeti, etki süresi, zamanlaması ve kişi üzerindeki etkisi ise olaya özgü faktörleri oluşturmaktadır. Modelde kişinin bir travmaya maruz kaldıktan sonra bununla baş etmesi iki farklı şekilde gerçekleştiğine dikkat çekilir; aktif baş etme ve kaçınmacı baş etme. Aktif baş etmeyi benimseyen kişiler yaşadıkları durumu mantıklı yollarla analiz ederler. Deneyimlerini daha olumlu bir bakış ile değerlendirmeye çalışırlar. Aynı zamanda destek ve çözüm için aksiyon almaya hazırdırlar. Kaçınmacı baş etmeyi benimseyen kişiler ise olumsuzluğa odaklanırlar. Yaşadıkları durumu hiçbir şekilde çözmeyeceklerini ve tekrar yaşama dönemeyeceklerini düşünürler. Bu odaklanmayla birlikte kişiler olumsuz düşünce sistemlerini pekiştirebilecekleri yollara yönelirler ve duygularını dışarıya vurmayı tercih ederler (Schaefer & Moss, 1992).

2.2.3. Janoff-Bulman – Travma Sonrası Büyüme Modelleri

Calhoun ve Tedeschi'nin TSB modeline baktığımız zaman en önemli bileşen olarak bilişsel işleme ve şema rekonstrüksiyonu karşımıza çıkar. Burada temel olan travma mağdurlarının paramparça olan dünya ve kendileriyle ilgili temel varsayımlarının yeniden inşa edilmesidir. Kişi kendi varsayımsal dünyasını yeniden inşa etmek için maruz kaldığı travmayla ilgili duygularını ve düşüncelerini birleştirmek ve travma sonrasında başa çıkma stratejisi olarak kullandığı, kendisine yaşadığı travmayı anımsatan duygu, düşünce ve imgelerden kaçınma davranışı arasında bir denge kurmaya zorundadır. Zaman içerisinde bilişsel yeniden yapılanmanın gerçekleşmesi ve kişinin çevresinden gördüğü destek ile birlikte kişi iç dünyasını yeniden oluşturmayı başarır. Artık hayatının temelinde maruz kaldığı travma yer almaz. Bu sebeple travma maruz kalınan bir halden hayatta başarılan ve üstesinden geline bir yaşamışlığa dönüşür. Tabi burada travmanın etkilerinden ya da kalıntılarından tamamen kurtulma ya da onları yok saymadan bahsedemeyiz. Kişi yaşadığı travmatik olayı kabul ederek rahat ve olayın kendisinde yarattığı değişimlerle entegre bir düzen oluşturur. Bir önceki başlıkta açıklandığı gibi Calhoun ve Tedeschi'nin modeli tamamen kişinin yaşadığı olumlu dönüşüme işaret etmektedir. Burada bilişsel olarak kişilerin bahsi geçen noktalara nasıl geldikleri açık bir nokta olarak kalmıştır. 2004 yılında Ronnie Janoff-Bulman bu noktayı aydınlatabilmek adına TSB'ye olanak sağlayan bilişsel süreçleri üç model olarak ele almıştır. Her üç model de travmadan kurtulan kişilerin, birebirde karşı karşıya kaldıkları bilişsel işleme çözümlerinin bir sonucu olarak karşıya çıkmaktadır. Bunlar acının getirdiği güç, psikolojik hazırlık ve varoluşsal yeniden değerlendirmedir.

2.2.3.1. Acının Getirdiği Güç

Burada en belirgin olarak “beni öldürmeyen şey güçlendirir” anlayışı karşımıza çıkar. Bu anlayış, birçok inanç sisteminin altında yatan “acı yoksa kazançta yok” mesajının başka bir şeklidir. Spor yaparken zorlandığımızda vücudumuzu güçlendirdiğimiz gibi psikolojik olarak zorlandığımızda da bu bizi daha güçlü biri yapar. Calhoun ve Tedeschi'nin TSB modelinin temelini oluşturan beş faktörden ikisi olan kişinin hayatta karşısına çıkabilecek ya da yakalayabileceği yeni fırsatlara olan inanç ve tutumlarındaki değişimlere ve kendi

içindeki gücü yeniden fark etmesine ve/veya içindeki güce karşı bakış açısının değişimine işaret eder. Yapılan araştırmalar travmaya maruz kalan kişilerin ortak noktalarından birinin kişilerin acı çektiklerini ve bunun için daha güçlü olduklarını kabul etmeleri olduğunu ortaya koymaktadır. Burada kişinin sadece yaşanan acı ile başa çıkmak değil aynı zaman yeni baş etme stratejilerini oluşturmak ve karşısına çıkacak fırsatları değerlendirmeye daha açık yaklaşması da önemlidir. Kişiler travma sonrasında yaşama uyum sağlamaya çalışırken oldukça ciddi bir çaba ve kararlılık gösterirler ve kendileriyle ilgili yeni farkındalıklar kazanırlar. Yani benlik, travmatik olayı yaşadktan sonra kendine yeni bir değerlendirme sistemi kurar ve bu da kişinin yeni oluşturduğu baş etme yöntemleriyle birlikte kendi içine dönmesi ve benliğini farklılaştırması anlamına gelir (Janoff-Bulmann, 2004).

2.2.3.2. Psikolojik Hazırlık

Modelin bu kısmı travmaya maruz kalan kişinin durumla başarılı bir şekilde başa çıkmayı öğrenip hayatına devam etmesiyle birlikte bundan sonra başına gelebilecek travmatik olaylar için daha hazırlıklı olduğunu ve bu tür durumlarda daha evvel hiç travmatik bir olaya maruz kalmamış kişilere kıyasla daha az travmatize olacağını ileri sürmektedir. Başa çıkma stratejilerinin temelinde kişinin kendisine daha yaşanabilir bir dünya oluşturması yatar. Bir diğer deyişle kişi aslında içinde var olabileceği ve var olmak istediği bir dünya yapılandırır. Calhoun ile Tedeschi'nin TSB modelinin bileşenlerine bakıldığı zaman psikolojik hazırlık modeli bu bileşenlerden hiçbirine karşılık gelmez ancak bir bütün olarak düşünüldüğünde bu modelin tamamlayıcısı olarak görülebilir. Calhoun ve Tedeschi'nin TSB modelinde bahsettikleri deprem metaforu aslında bu bilişsel süreci başarılı bir şekilde tanımlar; depremler yapıları temelinden sarsan ve bina bütünlüğünü sarsan sismik olaylardır. Travmatik yaşam olayları da tıpkı depremler gibi kişilerin bu olaya kadar inşa ettikleri ve benimsedikleri dünya ve yaşam görüşlerini temelinden sarsmakta ve kişisel bütünlüklerini bozmaktadır. Nasılsa depremden sonra yapılar tekrar bir deprem yaşanma riskine karşı daha sağlam hale getiriliyorsa, kişiler de bundan sonra karşılaşılabilecekleri ya da yaşayabilecekleri travmatik olaylara karşı daha sağlam bir benlik oluştururlar. Bu durum aynı zamanda 1985 yılında Meichenbaum'un stres aşılama modelinin temelindeki görüş ile paralellik gösterir (Janoff-Bulmann, 2004).

2.2.3.3. Varoluşsal Yeniden Değerlendirme

İnsanlar, bilinçaltının en temelinde güvende olduklarını hissetme ihtiyacı duyarlar. Bu o anda bulunan yer ve zaman için geçerli olduğu gibi daha geniş çerçevede içinde bulunulan dünya ve yaşam koşulları için de geçerlidir. İnsan çevrede ne kadar çok trajik durum ve yaşamı tehdit eden olay olduğunu bilirse bilsin en dipte ona bir şey olmayacağı ya da bunun onun başına gelmeyeceği inancını taşır. Aynı zamanda bu tür olayların yaşanmışlığı ile karşılaştığında kişilerin davranışlarının bu duruma yön verebileceğini iddia eder. Aslında bu temelde, mağduru suçlamaktan ziyade, kişinin kontrolün kendi elinde olduğunu hissetmesine duyduğu ihtiyaçtan kaynaklanır. Eğer iyi bir insansa ve doğru bir şekilde davranıyorsa başına bir şey gelmeyeceğini düşünür. Dünya'nın amaçsızca gerçekleşen travmatik olaylara ev sahipliği yapabileceğine inanmak, onu iyi ve anlamlı bir dünya olarak kabul etmek ister. Travma mağdurlarının bilişsel benliğinin parçalanmasına sebep olan en temeldeki düşüncelerden biri budur. Kişinin dünya ve kendi yaşamına karşı sahip olduğu temel varsayımlar paramparça olur ve kişi dünyanın temelde kötü ve anlamsız olduğu gerçeği ile karşı karşıya kalır. Bu paramparça olmuş varsayımla birlikte kişi öncelikle başına gelen olayı anlamlandırma ihtiyacı duyar. Bu anlamlandırma ihtiyacı iki basamak halinde gerçekleşir; ilki bu travmatik olayın neden yaşandığı ikincisi ise neden onun başına geldiği. Bu anlamlandırma ihtiyacı ile birlikte ilk olarak kendini suçlama eğilimi görülür. Kişi travmatik olay olduğu sırada daha farklı davranırsa ya da davranmış olsa bu olayın yaşanmayacağı gerçeğini kendine kabul ettirmek ister. Çünkü çevresinde değiştiremeyeceği ve adaletsiz bir dünyanın var olduğu gerçeğini kabul etmek suçu kendinde aramaktan çok daha zordur. Bu süreçte ise kişi farklı davranırsa bile aynı travmaya maruz kalabileceği gerçeği ile yüzleşmeye başlayınca kendi içindeki yıkıntıları toplama ve yeniden yapılandırma ihtiyacı gün yüzüne çıkar. Kişi bu yapılandırma sürecinde yaşamın kıymetini ve kendi varoluşunun önemini, travmadan önceki “bu benim başıma gelmez” algısından ziyade başına gelebileceklerinin bilincinde olarak yeniden kavrar. Hayatın temelindeki o kaygının yerini yaşamın anlamı ile değiştirir. Bunun için kişi yaşamdaki önceliklerini değiştirmeye başlar. Varoluşsal Yeniden Değerlendirme, Tedeschi ve Calhoun'un TSB bileşenlerinden üçüne işaret eder; yaşamı takdir etmek, çevresindeki kişilerle ilişkisini yapılandırmak ve ruhani değişim. Bu bahsi geçen üç bileşen de kişinin hayatta kalmış olmasıyla birlikte, buna karşı duyduğu minnetten kaynaklanır (Janoff-Bulmann, 2004).

2.2.4. Antonovsky – Salutojenik Model

Salutojenik Model, ilk olarak soykırıma uğrayan insanların sağlık, stres ve başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkiyi anlamak üzere yola çıkan, temelinde “kişinin daha sağlıklı olması için neler yapılabilir” sorusunu bulunduran ve 1979 yılında çıkardığı “*Heath, Stress and Coping*” isimli kitabında temellerini işleyen Aaron Antonovsky tarafından ortaya atılmıştır. Salutojenik Model, sağlığın kökenini temel alan ve hastalıktan ziyade kişinin sağlığına ve refahına odaklanan bir teori olarak tanımlanabilir. Salutojenik Model, fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal, entellektüel, mesleki ve çevresel bütün boyutlarla ilişkili ve iç içedir. Antonovsky’ye göre (1979,1987) var olma durumu; toplam sağlık (*ease*) ve toplam hastalık (*dis-ease*) arasında sürekli bir hareketlilik içinde olan ve belirli bir eksen üzerinde ilerleyen bir kavramdır. Sağlık, iki uç arasında ve belirli bir düzlemde ilerleyen bir bilye gibi hareket halinde olduğu için kişi ne kadar hasta olursa olsun, bir dereceye kadar hala sağlıklıdır. Bu yüzden bu noktada kişinin kendisi ile birlikte yaşam koşulları ve çevresel faktörlerin de anlaşılması gerekir. Salutojenik Model, Tutarlılık Duygusu (SOC) ve Genelleştirilmiş ve Spesifik Direnç Kaynakları (GRRs) olmak üzere iki temel konseptte dayanır. TSB kavramını desteklediği için SOC’nin açıklanması yeterli görülmüştür. Bu sebeple SOC kavramı ile TSB arasındaki ilişki bir alt başlıkta ele alınacaktır.

2.2.4.1. Travma Sonrası Büyüme ve SOC

Tutarlılık Duygusu (SOC), insanların günlük yaşamdaki stresörlerle başa çıkma kapasiteleri hakkındaki inançlarını ifade eder. Kişilerin karşılaştıkları stresli ve/veya travmatik olayı yönetmelerini, dış ve iç kaynakları hakkında düşünmelerini ve etkili başa çıkmayı teşvik etmek için onları tanımlamalarını ve harekete geçirmelerini sağlayan bir kaynaktır. SOC, kişinin anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık gibi başa çıkma çabalarının bilişsel, davranışsal ve motivasyonel etkilerini kapsar. SOC, dünyayı anlaşılır, yönetilebilir ve anlamlı görmenin bir yolu olan bir yaşam yönelimidir (Antonovsky 1987; Eriksson 2021a, b; Eriksson ve Contu 2021). Yapılan çalışmalar, daha yüksek SOC'ye sahip kişilerin, daha olumlu yeniden yapılandırma, doğrudan eyleme geçme ve sosyal destek ile travmatik olaylarla daha iyi başa çıkma eğiliminde olduklarını ve daha fazla PTG elde ettiklerini göstermiştir (López et. al., 2015; Ragger et al., 2019; Schäfer et al, 2019). Temel

varsayım, işlerin iyi gideceğidir; hayatta olan her şeyi yönetebilecek güvene sahip olmak; kişinin yaşam deneyimlerinden öğrenebilme veya kendi başına yönetebilme arzusu; ya da birine güvenme, yakın çevreden gereken desteği alma eğilimi olarak tanımlanabilir.

Yukarı da belirtildiği gibi SOC üç temel bileşenden oluşur. Bunlardan ilk “anlaşılabilirlik”tir ve SOC’nin bilişsel tarafını simgeler. Kişinin anlaşılabilirlik bileşeni yüksekse; bilişsel olarak karşısına çıkan ve strese neden olan olayların düzenli ve öngörülebilir bir şekilde gerçekleştiğine dair bir inanç besler. Bu inanç, kişide, başına gelen olayları doğru bir şekilde yorumlayabileceği ve gelecekte başına gelebilecek olayları makul bir seviyede tahmin edebileceği duygusunu yaratır. Tanımlamaya bakıldığı zaman karşımıza Janoff-Bulmann’ın TSB’nin bilişsel süreçlerinden biri olarak tanımladığı Varoluşsal Yeniden Değerlendirme kavramıyla bir paralellik çıkar. Kişi yaşadığı travmatik olaylar sonrasında bir büyüme yaşadığı kadar aynı zaman bundan sonra hayatta karşılaşılabilecekleri üzerine bir farkındalık kazanır ve bunlar için psikolojik hazırlık yapar. İkinci bileşen, “yönetilebilirlik”tir ve SOC’nin davranışsal tarafını simgeler. Kişinin yönetilebilirlik bileşeni yüksekse; bilişsel olarak karşısına çıkan ve strese neden olan olayın, sahip olduğu beceri, yetenek, destek, yardım ve kaynaklarla birlikte yönetilebilir ve kendi kontrolünde olduğu inancını besler. Üçüncü bileşen ise “anamlılık”tır ve SOC’nin motivasyonel tarafını temsil eder. Kişinin anlamlılık bileşeni yüksekse; bilişsel olarak karşısına çıkan ve strese neden olan olayın, ilginç ve varoluşsal olarak tatmin edici bir durum olduğu ve hayatı değerli ve anlamlı olarak yorumlamak için yaşadıklarının iyi bir araç olduğu inancını besler (Antonovsky, 1987). Bu bileşen de yine Janoff-Bulmann’ın Varoluşsal Yeniden Değerlendirme bilişsel süreci ile paralellik gösterir. Kişi psikolojik olarak her ne kadar bundan sonra karşısına çıkabilecek ya da deneyimleyebileceği travmatik olaylara karşı bir farkındalık oluşturup kendisine göre bunlara karşı bir savunma mekanizması oluşturmuş olsa da aynı zamanda hayatın değerini ve anlamlılığını kaybetmez; tam tersi farklı bir minnet ve olumlu bir inanç sistemi oluşturur (Rogan, et al., 2013).

2.2.5. Travma Sonrası Büyüme ve COVID-19 Pandemisi

Süreci

Pandemi süreci, insan yaşamının tüm alanlarını büyük ölçüde etkileyen, sadece yaşamı tehdit eden bir etken olmasından dolayı değil, aynı zamanda kişinin birçok üzücü olayı aynı anda deneyimlemesine ve buna bağlı olarak ciddi bir korku ve sorgulamaya sebep olduğu için aynı zamanda psikolojik varoluşsal kriz nedeni olarak da tanımlanmaktadır. Spesifik olarak yalnızlık duygusu, sosyal geri çekilme ve profesyonel destek eksikliğinin yanı sıra, stres, kaygı ve diğer ruh sağlığı sorunlarında da artışa sebep olmaktadır. Tüm bunlara bakıldığı zaman travmatik etkiler özellikle gençler için kaçınılmaz bir durum olsa da bu tür olaylar aynı zamanda insanların gelecekteki stresli yaşam olaylarıyla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmelerini de sağlamaktadır. Kişiler, olumsuz duygularla ve yaşam zorluklarıyla daha aktif bir şekilde yüzleşmekte ve böylece COVID-19'un ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisine karşı koruyabilecek yeni yaşam fikirleri oluşturmaktadırlar (Yang et al., 2020). COVID-19 global alanda tüm insanların ortak olarak maruz kaldığı travmatik bir deneyimdir. Tüm bunlar en nihayetinde kişinin kendi varoluşuyla ilgili inançları değiştirebileceği gibi geçmişte yaşadığı zor olayların önemini de tekrar düşünmesine olanak sağlamaktadır. Sun ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları bir araştırma, sadece TSB'nin COVID-19 süreci ile bağlantısını ele almamış, aynı zamanda da bundan önceki başlıklarda tartışıldığı kavramların hem TSB hem de COVID-19 süreci ile olan ilişkisini de ortaya koymuştur (Sun, et al., 2021). Araştırma 2019 Aralık-2020 Nisan tarihleri arasında COVID-19 sebebiyle enfekte olmuş ve resmi olarak hastanede bununla ilgili kaydı bulunan, yaşları 19-68 arasında değişen 40 hasta ile yapılmıştır. Hastalarla araştırma kapsamında yüz yüze görüşülmüş ve her birine aynı sorular yöneltilmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda hastaların çoğu, medikal olarak herhangi bir korunma ve tedavi yönetimi bulunmayan böyle bir hastalığa yakalanmanın, tüm bu belirsizlikler içerisinde son derece ürkütücü olduğunu ancak tüm bunlara rağmen hayatta kalmış olmalarının hayatlarında değer verdikleri en önemli şey olduğunu, davranışları ve hayata karşı sahip oldukları görüşlerde de ciddi derecede değişim yaşadıklarını, bundan sonraki süreçte hayattan zevk almaya odaklanacaklarını, uzun bir karantina süresi ile birlikte sevdikleri kişilerle bir arada olmanın önemini fark ettiklerini, hastalık sürecinde yaşadıkları zorlu süreçler ile birlikte bu hastalığa

yakalanan diğer kişilere karşı yardım etme isteklerinin arttığını ve hastalık sürecinden sonra karşılaştıkları olumsuz durumlara daha olgun davranmaya başladıklarını paylaşmışlardır (Sun et al., 2021). Lau ve arkadaşlarının COVID-19 teşhisi almış, karantina sürecinde risk grubundaki bir kişiyle aynı evi paylaşmış, sevdiği bir yakını bu dönemde COVID-19 tanısı almış ve ekonomik durumu değişkenlik gösteren, karışık bir gruptan oluşan 327 katılımcı ile gerçekleştirdikleri bir diğer araştırmaya göre ise her beş katılımcıdan yaklaşık birinin (%18) TSB'nin alt kırılımlarından olan benlik, kişilerarası, ruhsal ya da yaşam yöneliminde (Calhoun & Tedeschi, 1999) ya da bunların herhangi bir kombinasyonunda TSB'yi deneyimlediği; ayrıca katılımcılardan %13,1'inin de bahsi geçen alt kırılımlarından birinde TSB gerçekleştiği bildirilmiştir. Bununla birlikte yapılan araştırmada SOC ve TSB düzeyi yüksek olan katılımcılarda TSB görülme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yani, kişinin COVID-19 salgınına şiddetli bir şekilde deneyimleyen fakat aynı zamanda bu krizi anlamlandırabilen ve yönetebilen kişilerde TSB görülme olasılığı daha yüksek ve işlevseldir. Bunun yanı sıra, baş etme yöntemlerinin yaşanan durumla birlikte evrilmesi ve çoğalması da yine TSB için belirleyici bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna ek olarak, yüksek eğitim düzeyi ile başa çıkma stratejileri arasında da önemli bir ilişki bulunmuştur. Tüm bu bulgular, başa çıkma stratejilerinin sürdürülmesinin ve yeniden yapılandırılmasının TSB için önemini ortaya koymakta (Lau, et al., 2021) ayrıca COVID-19 sürecinin, kişilerin deneyimledikleri stresli olaylarla birlikte psikolojik büyümeye olanak sağladığı yadsınamaz bir gerçek olarak gözler önüne serilmektedir.

2.3. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi sözlük anlamı olarak “bir kişinin yaşama dair olayları rahat ve keyifli bir şekilde deneyimlemesi” olarak tanımlanmaktadır (Crispin, 2020). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ise “bireyin içinde bulunduğu kültür ve sahip olduğu değer sistemleri açısından, geleceğe dair beklentileri, hedefleri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak yaşamdaki konumunu algılama biçimi” olarak betimlenmektedir (World Health Organization, 2012). Yaşam kalitesinin belirleyicileri ekonomik refah seviyesi, istihdam, çevresel faktörler, fiziksel ve ruhsal sağlık, eğitim, rekreasyon ve boş zaman, sosyal aidiyet, dini inançlar, emniyette olma, güvende hissetme ve özgürlük olarak karşımıza çıkmaktadır. (Nussbaum & Sen, 1993; Gregory, et al., 2009; Barbara, 2013). Bahsi geçen etkenlere ek olarak Dünya

Sağlık Örgütü, uluslararası kalkınma ve politika gibi oldukça dışta gözüken etkenlerin de kişilerin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedir (Bottomley, 2002). Tüm bu etkenler her yaştan yetişkin için önemli olsa da önem dereceleri yaş gruplarına göre değişkenlik göstermektedir. Etkileşimli Teori ile birlikte, kişilerin yaşam kalitesi değerlendirilirken dört ana alan göz önünde bulundurulur. Bunlar, ekoloji, ekonomi, politika ve kültürdür (Magee, et. al., 2012). Kültür ölçümlenirken; inanç ve fikirler, yaratıcılık ve rekreasyon, sorgulama ve öğrenme, cinsiyet ve jenerasyonlar, kimlik ve kalıtım, bellek ve yansıma, refah ve sağlık alt bileşenleri de dikkate alınır. Tüm bu bileşenler dikkate alındığında yaşa, yaşanılan ortama ve kişinin öznel durumuna göre farklı kombinasyonların ön plana çıktığı farklı yaşam kalitesi modelleri ortaya çıkmıştır.

2.3.1. Yaşam Kalitesi Modelleri

Bir önceki paragrafta belirtilen belirleyiciler makro ve mikro olmak üzere iki ana başlık altında ele alınmaktadır. Makro belirleyiciler dediğimiz daha toplumsal ve nesnel kavramları içerisinde barındıran; istihdam, barınma, eğitim ve diğer yaşam ve çevresel koşullardır. Mikro belirleyiciler ise daha ziyade öznel ve bireysel olarak tanımlanan kişiden kişiye göre değişkenlik gösteren, kişinin genel yaşam kalitesini algılayış biçimini, deneyimlerini ve değerlerini içeren belirleyicilerdir. Bu iki ana başlık altındaki belirleyicilerin kişinin yaşı, durumu ve buna bağlı olarak değişkenlik gösteren beklentilerinin ele alınış biçimleriyle birlikte farklı yaşam kalitesi modelleri ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesi modelleri temelin de Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi yatar. Piramitte yer ala her bir ihtiyaca mutluluk, etik değerler, sosyal beklentileri gibi psikolojik etkenler de dahil edilerek farklı modeller ortaya çıkmıştır. Bu nedenle yaşam kalitesi modelleri bizlere, ağırlıkları kişi, durum ve yaşa göre değişkenlik gösterse de mikro ve makro belirleyicilerinin entegre modellerini sunmaktadır. Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır her bir boyutu oluşturan parçalar birbirilerini etkilemektedir (Brown, et al., 2004). Literatürde en çok öne çıkan yaşam kalitesi modelleri sonraki paragraflarda açıklanacaktır.

2.3.1.1. Nesnel Göstergeler

Nesnel göstergeler, kişinin sahip olduğu yaşam standardını, sağlıklı ve uzun bir ömrü, kişinin yaşadığı evi ve konumu kapsar. Aynı zamanda tüm bu göstergeler kişinin içinde yaşadığı toplumun yaşam ve ölüm oranlarıyla, sağlık hizmetleriyle, eğitim seviyesiyle, gelir eşitliğiyle, çalışma koşullarıyla ve suç oranlarıyla birlikte ele alınır ve ölçülür (Flax, 1972; Rogerson, et al., 1989; Sherman & Schiffman, 1991; Muntaner & Lynch, 2002). Veenhoven 1999 yılında, tarafsız göstergelere bireyselleşmeyi de eklemiştir. Bununla birlikte bireyselleşmeyi etkileyen göstergelerden olan kişisel değerler; seçme hakkı (eğitim ve bilgi edinme gibi), politik seçimlerdeki özgürlük (politik, sivil ve demokratik haklar), ekonomik seçim özgürlüğü (gelir güvenliği, kişinin istediğini üretmesi ve tüketmesi, kazandığını koruyabilmesi ya da değiştirebilmesi) ve kişisel seçim özgürlüğü olarak tanımlanabilir (boşanma, kürtaj, eşcinsellik, ötenazi vb.).

2.3.1.2. Öznel Göstergeler

Öznel göstergeler, yaşamdan duyulan tatmin, psikolojik iyi oluş hali, maneviyat ve kişisel ihtiyaçların karşılanması ve mutlulukla ilişkilidir. Bu göstergeler yaşamdan duyulan tatmin, maneviyat, etki dengesi ve öz saygı ile birlikte ele alınır ve ölçülür (Brown, et al., 2004).

2.3.1.3. İnsani İhtiyaçların Karşılanması

İnsani ihtiyaçların karşılanması Maslow'un (1954; 1962) İhtiyaçlar Hiyerarşisi'nin en alt basamağında bulunan barınma, güvenlik, yiyecek, ısınma, aidiyet duygusu, ego, statü ve öz saygı gibi temel ihtiyaçlar ve aynı zamanda piramidin son basamağını oluşturan kendini gerçekleştirme imkanları ile ilişkilidir. Kişinin insani ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığı, kişilerin kendi beyanları ve/veya ruhsal sağlık araştırmaları ile ölçümlenmektedir (Brown, et al., 2004)

2.3.1.4. Psikolojik Model

Psikolojik model, kişinin hayatta karşılaştığı şeylerden karşın nasıl etkilendiğini ve hayatına devam edebilmek için bunları hayatına nasıl entegre ettiği ile ilgilidir. Temel olarak bakıldığında bu durum, kişisel büyüme, bilişsel yeterlilikler, verimlilik ve uyarlanabilirlik, onur, algılanan özgürlük, sosyal yeterlilikler, kontrol, otonomi, öz yeterlilik, kendine hakim

olma durumu ve iyimserlik-kötümserlik durumlarıyla da ilişkilidir (Larson ,1978; Grundy & Bowling, 1999; Bowling, et al., 2003). Aynı zamanda tüm bu kavramlar sosyal karşılaştırmalar; geçmiş deneyimlerin, mevcut koşulların ve geleceğe yönelik beklentilerin, umutların ve isteklerin bireysel başarısı ile yakından ilintilidir (Calman, 1984; Michalos, 1986; Garratt & Ruta, 1999; Krupinski, 1980). Tüm bu kavramların yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği bilinse de psikolojik modelin nasıl ölçümlenebileceği durumu hala belirsizliğini korumaktadır

2.3.1.5. Sağlık ve İşleyiş Modelleri

Sağlık durumlarıyla ilişkilidir. Hem fiziksel fonksiyonlar hem de psikolojik durumları ölçmeye yarayan test ve envanter yoluyla ölçümlenebilir (Brown, et al., 2004).

2.3.1.6. Toplumsal Sağlık Modelleri

Sosyal ve güçlü ilişki ağları, sosyal ve toplumsal destek ile aktiviteler, çevresel imkanlar, toplumsal beklentiler ve normlar, kişisel ve iş yerindeki başarılar, kişinin toplumsal hiyerarşideki yeri, sosyal alanda kişinin kendini güvende hissetmesi, toplumdaki felsefi görüşlerle ilişkilidir (Kaplan, 1975; Bowling, 1991; 1994; Bowling & Grundy, 1998).

2.3.1.7. Sosyal Uyum ve Sermaye

Sosyal uyum ve sermaye insanların sahip oldukları karşılıklı sosyal bağlantıları ve güvenilirlikleri kolaylaştıran sosyal tesislerin ve kaynakların varlığı ve bunların çeşitliliği ile ilişkilidir. Sosyal uyum ve sermayenin nesnel göstergeleri arasında, suç endeksleri, popülasyon, maliyetler, alışveriş olanakları, doğal alanlara erişim, konut sahibi olma maliyetleri, eğitim olanakları, politikalar, istihdam, maaş ve işsizlik oranı, iklim, açık/kapalı alan sporlarına erişim, kişinin sahip olduğu konutu kiraya vermek için ihtiyacı olan danışmanlıklara erişim imkanı ve seyahat imkanı, ulaşım imkanı ve maliyeti ile ölçülür. Öznel göstergeler arasında ise, kamusal değerler, kişinin ikamet ettiği yere karşı duyduğu tatmin, ikamet ettiği yerin kişiye sunduğu sosyalleşme imkanlarına karşı duyduğu tatmin, işe gidiş-geliş süresi, kişinin komşuculuk ilişkileri ve güvenlik ile ilgili duyduğu memnuniyet yer alır (Rogerson, et al., 1989; Flax, 1972; Rogerson, 1995; Cooper, et. al., 1999; Putnam, 2000).

2.3.1.8. Çevresel Modeller

Çevresel modeller daha ziyade ileriki yaşlardaki kişilerin yaşam kalitesini etkileyen noktalarla ilgilenir. Bu kavram ilk olarak 2003 yılında Schaie ve arkadaşları tarafından, yaşlıların bağımsızlığını ve aktif sosyal katılımını teşvik etmek amacıyla ortaya atılmıştır. Çevresel modeller psikoloji, coğrafya, mimarlık, sağlık, sosyal bakım ve bunlarla ilgili disiplinleri kapsayan çevresel gerontoloji ile yakından ilişkilidir. Bu kapsamda yaşam kalitesini artırmak adına yaşlanma ile birlikte uygun ortamın, çevresel koşulların ve bakım olanaklarının oluşturulması hedeflenmektedir çünkü temelde bakıldığında yaşam kalitesi, kişilerin bunu hedeflemesine, hedeflerine ulaşabilme fırsatlarına ve bu fırsatları değerlendirmek için uygun ekonomik, kişisel ve toplumsal kaynaklara erişebilmeye bağlıdır (Brown, et al., 2004).

2.3.2. Yaşam Kalitesi ve SOC

TSB alt başlığında da tanımlandığı gibi (Bkz. 3.2.1) tutarlılık duygusu kişilerin yaşamları boyunca karşılaştıkları/karşılaşabilecekleri stres yaratıcı durumlarla nasıl başa çıkabileceklerine yönelik sahip oldukları inancı temsil eder. Yapılan araştırmalar SOC'nin TSB kadar yaşam kalitesi üzerinde de belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Genel olarak bakıldığında güçlü bir SOC'ye sahip olmak beraberinde sahip olduğu imkanlar ve çevresel faktörlere karşı iyi bir bilişsel işleyiş, refah ve daha güçlü bir zihinsel sağlığı getirmektedir. Özellikle yaşam kalitesi ile güçlü bir negatif ilişki içerisinde bulunan depresyon, kaygı, tükenmişlik ve umutsuzluk durumlarına karşı iyimserlik, dayanıklılık, kontrol ve sağlıklı başa çıkma stratejilerini ön plana çıkararak koruma sağladığı bilinmektedir. Tek bir yaş gurubuna bağlı kalmaksızın yapılan araştırmalar ergenlikten yaşlılığa kadar tüm yaş gruplarında güçlü bir SOC'ye sahip olmanın aynı korumayı sağladığını ön görmektedir (Eriksson, 2021).

2.3.3. Yaşam Kalitesi ve COVID-19 Pandemisi Süreci

Şu zamana kadar yapılan araştırmalarının elde edilen sonuçların pek çoğu olumsuz gibi görünse de TSB gibi yaşam kalitesinin de psikolojik açıdan hem önleyici hem de olumlu etkilere sahip olan bir değişken olarak, COVID-19 pandemisi sonuçlarının incelendiği bir çalışmada değerlendirilmesi önemli olacaktır. Yaşam kalitesinin temelini oluşturan tüm bu ana ve alt bileşenlere bakıldığı zaman; pandemi dönemi ile birlikte kişilerin içerisinde bulundukları kaos ortamının, sosyal izolasyon ile birlikte başlayan yalnızlaşma ve topluma karşı aidiyet duygusunu yitirme hissinin, işsizlik ve beraberindeki ekonomik sorunların, yaşamda kalma mücadelesinin, ölüme yakından tanık olma durumuyla birlikte ortaya çıkan sorgulama halinin, yaşam kalitesi üzerinde etkili olması yadsınamaz bir gerçektir. Her ne kadar aşılamanın yaygınlaşması ve normalleşme adına adımlar atılmaya başlansa da insanların bu yeni virüs ile bir süre daha yaşama durumuna uyum sağlaması gerekmektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesini ve onu etkileyen psikolojik ve demografik faktörleri anlamak, özellikle rehabilitasyon sürecini daha iyi anlama ve kolaylaştırma anlamında ciddi katkılar yapacaktır. Hollanda’da pandemi sürecinde COVID-19 sebebiyle akciğer iltihaplanması yaşayan 101 katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, yaşam kalitesinin bedensel ağrı ile özellikle fiziksel sınırlanma, hareketlilik ve canlılık alt kırımlarında ciddi düşüşler yaşandığı saptanmıştır ($r=0.255$; $p<0,05$) (Van der Sar-Van der Brugge, et. al., 2021). Portekiz’de 915 katılımcı ile gerçekleştirilen bir başka araştırmaya göre pandemi döneminde karantina sürecini tek başına geçiren kişilerin yaşam kalitesi ($=0.949$), kalabalık bir ev ortamında geçiren kişilere göre daha yüksek bulunmuştur ($=0.919$). Buna ek olarak, kronik bir hastalığa sahip kişilerin ve karantina sürecini kronik bir hastalığa sahip ya da buna bir benzer bir risk grubunda bulunan biri ile birlikte geçiren kişilerin yaşam kalitesi, diğer gruplara oranla daha düşük çıkmıştır. Demografik değişkenlere bakıldığı zaman ise, kadınların ve karantina sürecinde işi olmayan ve 65 yaş ve üzeri kişilerin de yaşam kalitesi diğer gruplara oranla daha düşük olarak görülmüştür (Ferreira, et. al., 2021). Tüm bu veriler bizlere COVID-19 pandemisi ile birlikte yaşam kalitesinin saptanabilir olarak olumsuz bir şekilde etkilendiğini ve pandemiden etkilenen diğer kavramlar ile birlikte ele alınarak ne şekilde etkilendiğinin ve bağlantılarının nasıl olduğunu sorgulama ihtiyacını göstermektedir.

2.4. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK

Belirsizliğe tahammülsüz kavramı ilk olarak 1949 yılında Else Frenkel-Brunswick tarafından çocuklarda etnosentrizm ve otoriter kişiliğe karşı hoşgörüsüzlük üzerine yaptığı bir araştırma sırasında “muğlaklığa tahammülsüzlük” ismi ile bir kişilik özelliği olarak ele alınmıştır (Frenkel-Brunswick, 1949). Ona göre muğlaklığa tahammülsüzlük “bireyin belirsiz bir uyaran veya durumla karşılaşması durumunda, mevcut olaya karşı sergilediği güçsüzlük”tür. 1962 yılında ise Budner, bu durumun bir kişilik özelliği değil, gerçekliği algılama biçimi olduğunu öne sürmüştür (Budner, 1962). 2009 yılında ise kavram belirsizliğe tahammülsüzlük ismi ile Buhr ve Dugas tarafından “belirsizlik ve belirsizliğin etkileri ile ilgili bir takım olumsuz inançlardan kaynaklanan, kişinin özellikle belirsiz durumlara ve olaylara karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal bağlamda öznel olumsuz tepki verme eğilimi” olarak ortaya konulmuştur (Buhr & Dugas, 2009). Muğlaklığa tahammülsüzlük ve belirsizliğe tahammülsüzlük uzun yıllar boyunca benzer anlam ve durumları açıklamak için bir arada kullanılan kavramlar olarak karşımıza çıkmıştır. 2012 yılında Grenier ve arkadaşları, bu iki kavramı ayırtmak üzere çalışmalara başlamış ve bu ayırtırmayı yaparak temel olarak tanımlamalarını ele almışlardır. Buna göre muğlaklığa tahammülsüzlüğün “şimdi ve burada” üzerinde etkili olduğunu ve daha çok muğlak olan bir tetikleyici ile birlikte o ana dair ortaya çıkan rahatsızlık ve kaçınma tepkisi ile ilişki olduğu ve belirsizliğe tahammülsüzlüğe zemin hazırladığını öne sürmüşlerdir. (Birrell, et al., 2011; Greco & Roger, 2011). Belirsizliğe tahammülsüzlük ise temel olarak bir olayı yorumlarken bilişsel olarak ortaya çıkan ve algı ve değerlendirmeleri etkileyen, kişinin geleceğe yönelik sahip olduğu duygu durumunu tanımlamaktadır ve kısaca bireyin kaygı uyandırıcı olay ve durumlar karşısında ortaya koyduğu savunma mekanizmaları olarak değerlendirilmektedir (Grenier, et al., 2015). Belirsizliğe tahammülsüzlük dört alt bileşenden oluşmaktadır; belirsizliğin kişide yarattığı stres ve üzüntü, kişinin aksiyon alması gereken durumlarda hissettiği yetersizlik, olumsuz duygu durum ile ortaya çıkan kaçınma isteği ve durumu adaletsizlik olarak değerlendirme durumu. Olumsuz olan belirsiz durumlara tahammül edememekle ilgili bireysel farklılıklar bu kavramda öne çıkar. Belirsizliğe tahammülsüzlük durumu kişilerde iki şekilde kendini göstermektedir; bunlardan ilki İleriye Yönelik Belirsizliğe Tahammülsüzlük’tür (PIU). Bu durum kişinin içinde bulunduğu belirsizlik durumu ile birlikte geleceğe yönelik öngörülebilir bir durum içerisinde olma arzusu ile

birlikte ortaya çıkar. Bu arzu ile birlikte kişi içinde bulunduğu duruma yönelik belirsizliği azaltmak için bir bilgi arayışına girmek gibi bazı davranışlarda bulunur. Belirsizlik durumunu bu şekilde deneyimleyen kişilerde daha ziyade dışadönük davranışlar görülür; kişi yoğun bir endişe duygusu yaşar ve bu duyguyla başa çıkabilmek adına kaygısını azaltacak olumlu inançlar edinmeye çalışır. Burada temel olan belirsiz olan durumu ortadan kaldırmak ya da çözümlmek değil yaşadığı olumsuz duygu durumu ile başa çıkmaya çalışmaktır. İkinci durum ise Engelleyici Belirsizliğe Tahammülsüzlük'tür (IIU). Burada temel durum PIU'dan farklı olarak belirsizlik durumunun getirdiği çaresizlik hissidir. Belirsizlik durumunu bu şekilde deneyimleyen kişilerde içedönük davranışlar daha sık görülür; kişi belirsizlik durumu karşısında adete donar ve bu durumdan sıkla bilişsel olarak kaçınma eğiliminde bulunur. Bu kişilerin en yoğun hissettikleri duygular üzüntü ve korkudur (Hong & Lee, 2015). Diğer durumdan farklı olarak IIU deneyimleyen kişi kaçınma durumlarıyla birlikte uzun vadede başa çıkma stratejileri üretemez ve bu durum psikolojik uyumsuzluk yaşamasına sebep olur (Chen & Hong, 2010; Zlomke & Jeter, 2014).

2.4.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve COVID-19 Pandemisi Süreci

COVID-19 pandemisi, şu anda eşi benzeri görülmemiş belirsiz bir durumu temsil etmektedir (Satıcı, et. al., 2020); virüsü kişilerin kendilerinin veya sevdiklerinin kapıp kapmadığı, kaparlarsa ne şiddette hastalanacakları, işyerlerinin ne zamana kadar kapalı olacağı, gidişatı belli olmayan sosyal izolasyon süreçleri ve buna benzer süreç ve durumların ön görülemezliği mevcut küresel pandeminin en stresli yönlerinden biridir ve yanlış bilgilendirme ve önyargılı haberlerle de bir araya geldiği zaman ruhsal sağlığı ciddi derecede etkileyebilecek bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Moreland & Sanacroe, 2018; Satıcı, et. al., 2020). Sağlığın bütün bir şekilde ele alınması gerektiğinin farkında olan ruh sağlığı çalışanları, pandeminin fiziksel etkileri kadar psikolojik etkilerinin de dikkate alınması gerektiğine vurgu yapmaktadırlar. Yapılan araştırmalarda belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişe, kaygı, stres ve genel kaygı bozukluğu ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Dugas, et. al., 1997; Dugas, 1998; Ladouceur, et. al., 2000; Dugas, et. al., 2001; Greco & Roger, 2003; Birrell, et. al., 2011). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün kişilerin duygu durumlarına

etkisi olduğu kadar davranışları üzerinde de etkileri bulunmaktadır. Belirsizlik Yönetimi Kuramı'na göre bir kiři belirsiz bir durum ile karşı karşıya kaldığında sahip olduğu dünya görüşü ve değer yargılarına daha çok sahip çıkmaya başlar ve buna bağılı olarak kiři kendi görüş ve inançlarına paralellik gösteren kişilere olumlu bir tutumla yaklaşırken, karşıt görüşlü kişilere öfke ve suçlama davranışı gösterebilir (Van den Bos, et. al., 2007; Van den Bos, et. al., 2006; Bal & Van den Bos, 2012). Pandemi dönemiyle birlikte ortaya çıkan ve belirsiz durumlarla artan psikopatolojik belirtiler normaldir ancak uzun vadeli sonuçlar göz önünde bulundurulmalı (TSSB gibi) ve ruhsal sağlığın korunması için harekete geçilmelidir (Peitl, Zatezola & Karlovic, 2020; Brooks, et. al., 2020). Pandemi döneminde 548 katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmanın sonucuna göre işini kaybeden, kaybetme riski ile karşı karşıya olan ve işini kaybetme korkusu yaşayan kişilerde belirsizliğe tahammülsüzlük diğer gruplara oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Blanuša, et. al., 2021). Sırbistan'da 1,409 katılımcı ile gerçekleştirilen bir diğer araştırmaya göre ise, direkt bir şekilde olmasa da sosyal anlamda güvensizlik hisseden kişilerde belirsizliğe tahammülsüzlük diğer kişilere oranda daha yüksektir (Gvozden, et. al., 2021). 1017 üniversite öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirilen bir diğer araştırmaya göre ise belirsizliğe tahammülsüzlük, COVID-19 pandemi dönemi ile birlikte ortaya çıkan başta kaygı bozukluğu ve depresyon gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyen hastalıkların önemli bir yordayıcısı olarak ortaya çıkmıştır. Sosyal destek ile, bahsi geçen ruh sağlığını tehdit eden unsurlarla negatif bir ilişki içerisindeyken aynı zamanda belirsizliğe tahammülsüzlüğün bu noktada tampon görevi gördüğü saptanmıştır. Bu bulgu ile birlikte belirsizliğe tahammülsüzlüğün sosyal desteğin kaygı ve depresyon üzerindeki etkisinin zayıflatılabileceği ortaya çıkmıştır (Zhuo, et. al., 2021). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün ortaya çıkması ile birlikte psikolojik müdahaleler sırasında karşılaşılabilecek anormal tepkiler daha kolay bir şekilde saptanarak, pandemi sürecinde ve daha sonrasında uygulanacak tedavi planları buna uygun olarak yapılandırılabilir (Ciacchini, et al., 2020).

BÖLÜM 3 ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Çalışma, COVID-19 pandemisi sürecinde İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Antalya, Adana ve Konya’da ikamet etmiş 485 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bu illerdeki katılımcıların seçilme nedeni pandeminin başından beri vaka ve ölüm sayılarının bu illerde diğer illere göre fazla olması ve ayrıca kısıtlamaların en çok uygulandığı illerin başında gelmeleridir. Katılımcılar kendi kendi değerlendirme yöntemi ile tamamen gönüllülük esası ile çalışmaya dahil olmuşlardır. Katılımcılara online yanıtlama platformu olan Google Forms üzerinden Onam Formu (Ek 1), Sosyo-demografik Değişkenler Anket Soruları (Ek 2), DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) (Ek 3), Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (PTGI) (Ek 4), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF) (Ek5) ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) (Ek 6) gönderilmiştir. Katılımcıların cevapları anonim bir şekilde tutulmuştur.

3.1. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Antalya, Adana ve Konya illerinden oluşmaktadır. Bir önceki paragrafta da belirtildiği gibi bu illerin seçilmesindeki temel amaç, pandeminin başından beri vaka ve ölüm sayılarının fazla olması ve ayrıca kısıtlamaların en çok uygulandığı illerin başında gelmeleridir. Araştırmada, kişilerin sosyodemografik değişkenlerinin etkileri baz alınacağı için tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Tabakalandırma evreni içinde kısıtlayıcılıklar kullanılarak sağlanmıştır. Bu kısıtlamalar; internet kullanmayı bilmek ve en az lise mezunu olma şartıdır. Ayrıca katılımcıların yetişkin olma şartı konulmuştur. Bununla birlikte 60 yaşından itibaren hafıza, öğrenme gibi bilişsel fonksiyonların belirgin bir şekilde yavaşlamaya başladığı gözlemlendiği (Karaman, et. al., 1997) 55 + ve üzeri katılımcılar ayrı bir yaş kategorisinde değerlendirilmiştir. TÜİK’in 2020 yılına ait Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları’na göre İstanbul: 9,946,314, Ankara: 3,563,445, İzmir: 2,732,178, Bursa: 2,905,852, Antalya: 1,590,541, Adana: 1,328,959, Konya: 1,318,982) illere ait 18-60 yaş arasındaki kişi bazlı örneklem büyüklüğü 384 çıkmıştır ($n = N \cdot t \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N - 1) + t \cdot p \cdot q$; $t = 1.96$, $p = 0.5$, $q = 0.5$ ($1 - \alpha = 0.5$), $d = 0.05$). Her bir ilin, Türkiye’nin en kalabalık 7 ilinde yaşayan 18-60 yaş arasındaki toplam nüfusa oranına

bakarak, il bazında toplanacak 18-60 yaş arasında en az lise mezunu ve internet kullanmayı bilen kişilerden oluşan 485 kişilik örneklem grubunun 179'u İstanbul'dan, 76'sı Ankara'dan, 58'i İzmir'den, 67'si Bursa'dan, 41'i Antalya'dan, 34'ü Adana'dan ve 30'u Konya'dan katılım göstermiştir.

3.2. ANALİZLER

Elde edilen veriler IBM SPSS programı ile analiz edilmiştir. Bu kapsamda sosyodemografik sorular için frekans tabloları oluşturulmuştur. Normallik varsayımına uyan ölçekler için değişkenlerin ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız iki örneklem t-testi; 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde tek yönlü anova analizi uygulanmıştır. Tek yönlü anova analizleri sonucunda anlamlı fark bulunan değişkenlerde hangi gruplar arasında fark oluştuğunu görmek üzere uygun post-hoc analizleri uygulanmıştır. Grup gözlem sayısı yetersiz 2 gruplu değişkenlerde mann whitney-u analizi uygulanmıştır. Ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişkiyi ve yönünü öğrenmek için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini görmek üzere basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler $\alpha=0,05$ seviyesinde uygulanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMA ARAÇLARI

Araştırma kapsamında kullanılan ölçekler ayrıntılı bir şekilde aşağıda açıklanmıştır.

3.3.1. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL) ilk olarak 1993 yılında Weathers ve arkadaşları tarafından, danışanın/hastanın TSSB tanı kriterlerini karşılayıp karşılanmadığını görmek için öz raporlama tekniği ile doldurulmak üzere tasarlanmıştır. DSM-5'e geçilmesi ve tanı kriterlerinin değişmesiyle birlikte, PCL'nin revize edilmesi gerekliliği doğmuş ve 2013 yılında Weathers ve arkadaşları revizyonu tamamlayarak PCL-5 halini kullanıma sunmuşlardır

(Weathers, et. al., 1993). PCL-5 toplam 20 madde ve TSSB semptom kümelerini temsil eden 4 ana alt ölçekten oluşur. Bunlar; yeniden yaşantılama (B Kriteri), kaçınma (C Kriteri), negatif alterasyonlar (D Kriteri) ve aşırı uyarılmadır (E Kriteri). Ölçekte, kişinin her bir maddeyi son 1 ay içerisinde deneyimle durumuna göre 0(hiç)-4(aşırı) arası puanlaması istenir. Ölçekten alınabilecek en düşük skor 0, en yüksek skor ise 80'dir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ise 2017 yılında Boysan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Boysan, et. al., 2017). Yapılan araştırmalar sonucu PCL-5'in Türkçe uyarlamasının Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur.

3.3.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (PTGI)

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği 1996 yılında Tedeschi ve Calhoun tarafından kişilerin yaşadığı travmatik olaylar sonucu, kişilerde oluşan değişimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Tedeschi, & Calhoun, 1996). Ölçek 21 madde ve 5 alt boyuttan oluşur. Bunlar; Başkalarıyla İlişkiler, Yeni Fırsatlar, Kişisel Güçlülük, Manevi Değişim ve Yaşamı Takdir Etme'dir. 2006 yılında Dürü ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasını yapmıştır (Dürü, 2006). Ölçekte kişiden COVID-19 pandemi sürecinde yaşamında ve düşüncelerinde meydana gelen her bir maddede belirtilen değişimi deneyimleme durumlarını "Hiçbir şekilde yaşamadım (0) – Çok büyük ölçüde yaşadım (5)" arasında değerlendirmeleri istenmektedir. Türkçe versiyonunda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Testin orijinalinin Cronbach alfa toplam puan iç tutarlılığı 0.96, madde-toplam korelasyonlar ise 0.59 ile 0.82 arasında değişmektedir.

3.3.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kişilerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilen 100 soruluk Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)'nin (WHO, 1998) 26 soruluk kısa formudur (WHOQOL-BREF). Ölçek genel algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumunun birlikte sorgulandığı iki soru ile birlikte toplam 26 soru ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. WHOQOL-BREF'in Türkçe uyarlamasını Eser ve arkadaşları 1999 yılında yapmışlardır (Eser, E., 1999). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan uluslararası

alışmalar neticesinde, 4 alt boyuta ek sosyal baskıyı değerlendirmek amacıyla ulusal alt boyut da ilave edilmiş böylelikle WHOQOL-BREF 5 alt boyutu ölçen toplam 27 soruluk bir ölçek haline gelmiştir. Bu alt boyutlar; Fiziksel Sağlık, Ruhsal Sağlık, Sosyal İlişkiler, evresel Algı ve Ulusal Algı'dır. Ölçek 1-5 arasında Likert tipi puanlamaya sahiptir ve öz raporlama tekniği ile tamamlanır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda, ölçekteki maddelerin her biri için hesaplanan test-tekrar test güvenilirliği sonucunda hesaplanan Pearson katsayıları 0.57 ile 0.81 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığını belirten Cronbach alfa değerleri ise, Fiziksel Sağlık=0.83, Ruhsal Sağlık=0.66, evresel Algı=0.73 ve Sosyal İlişkiler=0.53'tür. Ölçeğin orijinal dildeki değerlerine baktığımızda ise test-tekrar test sonucu elde edilen güvenilirlik; Fiziksel Sağlık=0.66, Ruhsal Sağlık= 0.72, evresel Algı= 0.86 ve Sosyal İlişkiler= 0.76'dır. İç tutarlılık Cronbach alfa değerleri ise; Fiziksel Sağlık= 0.84, Ruhsal Sağlık= 0.77, evresel Algı= 0.80 ve Sosyal İlişkiler= 0.69'dur.

3.3.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük leği (BT-12)

Belirsizliğe Tahammülsüzlük leği Kısa Formu 2007 yılında Carleton, Norton ve Asmundson tarafından, 1994 yılında Freeston, Rheume, Letarte, Dugas ve Ladoucer'ın geliştirdiği 27 maddelik Belirsizliğe Tahammülsüzlük leğini temel alarak geliştirilmiştir (Freeston, et. al., 1994; Carleton, et. al., 2007). Belirsizliğe Tahammülsüzlük leği biri İleriye Yönelik Kaygı diğeri Engelleyici Kaygı olmak üzere iki alt boyuttan oluşur. Ölçek, kendi kendini değerlendirme yöntemiyle ve 5 Likert tipi puanlamayla yapılır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasını 2014 yılında Sarıçam, Erguvan, Akın ve Akça yürütmüştür (Sarıçam, et. al., 2014). Türkçe leğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

BÖLÜM 4 BULGULAR

4.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ SONUÇLARI

Elde edilen veriler ışığında yapılan istatistiksel analiz sonuçları aşağıdaki tablolarda ayrı ayrı ve ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

Tablo 8.1 Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi Tablosu

Değişken	N	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach Alpha
PCL-5	485	29,42	17,01	,000	,406	-,441	,942
PTGI	485	53,26	22,83	,000	-,246	-,576	,952
BTÖ-12	485	39,77	9,93	,106*	-,170	-,204	,902
PIU							
Alt Boyutu	485	24,42	5,69	,001	-,288	-,204	,820
IIU							
Alt Boyutu	485	15,36	5,09	,001	-,064	-,554	,891
WHOQOL-							
BREEF	485	66,90	14,81	,000	-,348	-,401	,918
Genel Sağlık							
Durumu	485	58,86	19,41	,000	-,338	,076	,656
Alt Boyutu							
Fiziksel Sağlık	485	71,67	18,70	,000	-,645	,123	,803
Alt Boyutu							
Psikolojik Sağlık	485	65,67	18,30	,000	-,429	-,121	,795
Alt Boyutu							
Sosyal İlişkiler	485	64,15	20,93	,000	-,243	-,374	,673
Alt Boyutu							
Çevre	485	67,39	15,83	,000	-,450	-,086	,794
Alt Boyutu							

* p > 0,05

Tablo 8.1’de normallik ve güvenilirlik analizi sonuçları verilmiştir.

Kolmogorov-Smirnov analizi sonucunda Belirsizliğe Tahammülsüzlük ölçeğinin normal dağılım gösterdiği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını aşmadığından analizlerde parametrik testler kullanılacaktır (George & Mallery, 2010). Bütün ölçekler için güvenilirlik seviyeleri yeterli düzeydedir. Cronbach Alpha katsayısının 0,60 ile 0,80 arasında olması ölçeğin orta güvenilir, 0,80 ile 1,00 arasında olması ise ölçeğin yüksek güvenilir olduğunu göstermektedir (Kayış, 2009; Kılıç, 2016).

Tablo 8.2 Sosyo-Demografik Bilgiler Tablosu

Değişken	Grup	N	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	205	%42,3
	Erkek	280	%57,7
Aşı Olma	Evet	465	%95,9
	Hayır	20	%4,1
COVID-19 Tanısı Alma	Evet	66	%13,6
	Hayır	419	%86,4
Sevilen Bir Yakının COVID-19 Tanısı Alması	Evet	369	%76,1
	Hayır	116	%23,9
Sevilen Bir Yakının COVID-19 Kaynaklı Kaybı	Evet	112	%23,1
	Hayır	373	%76,9
Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi	Evet	160	%33,0
	Hayır	325	%67,0
Yaş	18-24	30	%6,2
	25-34	84	%17,3
	35-44	69	%14,2
	45-54	90	%18,6
	55+	212	%43,7
Eğitim Durumu	Lise mezunu	44	%9,1
	Üniversite mezunu	265	%54,6
	Yüksek lisans mezunu	157	%32,4
	Doktora mezunu	19	%3,9
Ekonomik Durum	Fakir	10	%2,1
	Orta gelirli	379	%78,1
	Yüksek gelirli	94	%19,4
	Zengin	2	%0,4

Tablo 8.2’de katılımcıların sosyo-demografik bilgileri verilmiştir.

Katılımcıların 205’i kadın (%42,3), 280’i ise erkektir (%57,7). Pandemi sürecinde, 465 katılımcı aşı olmuşken (%95,9), 20’si aşı olmamıştır (%4,1). 66 katılımcı COVID-19 tanısı almışken (%13,6), 419’u ise COVID-19 tanısı almamıştır (%86,4). 369 katılımcının sevdiği bir tanıdığı COVID-19 tanısı almışken (%76,1), 116 katılımcının sevdiği bir tanıdığı COVID-19 tanısı almamıştır (%23,9). 112 katılımcı COVID-19 sebebi ile sevdiği bir yakınını kaybetmişken (%23,1), 373’ü COVID-19 sebebi ile sevdiği bir yakınını kaybetmemiştir (%76,9). 160 katılımcının refahı COVID-19 pandemisi sebebi ile olumsuz etkilenmişken (%33,0), 325’inin ise COVID-19 pandemisi sebebi ile refahı olumsuz etkilenmemiştir (%67,0). 30 katılımcı 18-24 yaş aralığında (%6,2), 84’ü 25-34 yaş aralığında (%17,3), 69’u 35-44 yaş aralığında (%14,2), 90’ı 45-54 yaş aralığında (%18,6) ve 212’si 55 yaş üstündedir (%43,7). 44 katılımcı lise (%9,1), 265 katılımcı üniversite (%54,6), 176 katılımcı yüksek lisans (%32,4) ve 19 katılımcı doktora (%3,9) mezundur. 10 katılımcı ekonomik durumunu fakir (%2,1), 379’u orta gelirli (%78,1), 94’ü yüksek gelirli (%19,4) ve 2’si zengin (%0,4) olarak belirtmiştir.

Tablo 8.3 PCL-5 ve PTGI’ya Göre Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
PCL-5	Kadın	205	34,33	17,02	5,609	483	,000*
	Erkek	280	25,82	16,10			
PTGI	Kadın	205	58,80	22,20	4,666	483	,000*
	Erkek	280	49,21	22,46			

* p> 0,05

Tablo 8.3’te cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Cinsiyet değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). Kadınların PCL-5 puan ortalaması ($34,33\pm17,02$), erkeklerin PCL-5 puan ortalamasından ($25,82\pm16,10$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Cinsiyet değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). Kadınların PTGI puan ortalaması ($58,80\pm22,20$), erkeklerin PTGI puan ortalamasından ($49,21\pm22,46$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.4 BT-12 ve Alt Boyutlarına Göre Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
BT-12	Kadın	205	39,36	10,58	-,772	483	,440
	Erkek	280	40,07	9,44			
PIU Alt Boyutu	Kadın	205	23,76	6,07	-2,163	483	,031*
	Erkek	280	24,89	5,35			
IIU Alt Boyutu	Kadın	205	15,60	5,36	,899	483	,369
	Erkek	280	15,17	4,90			

* $p>0,05$

Tablo 8.4'te cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Cinsiyet değişkeni açısından BT-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,440>0,05$).

Cinsiyet değişkeni açısından PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,031<0,05$). Erkeklerin PIU alt boyutu puan ortalaması ($24,89\pm5,35$), kadınların PIU puan ortalamasından ($23,76\pm6,07$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Cinsiyet değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,369>0,05$).

Tablo 8.5 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
WHOQOL-BREF	Kadın	205	64,94	15,06	-2,511	483	,012*
	Erkek	280	68,34	14,48			
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Kadın	205	58,90	19,60	,035	483	,972
	Erkek	280	58,83	19,31			
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Kadın	205	69,73	19,96	-1,961	483	,050
	Erkek	280	73,09	17,62			
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	Kadın	205	61,70	18,31	-4,156	483	,000*
	Erkek	280	68,58	17,77			
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	Kadın	205	63,49	21,39	-,595	483	,552
	Erkek	280	64,64	20,62			
Çevre Alt Boyutu	Kadın	205	65,97	16,23	-1,687	483	,092
	Erkek	280	68,42	15,47			

* $p > 0,05$

Tablo 8.5'te cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Cinsiyet değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,012<0,05$). Erkeklerin WHOQOL-BREF puan ortalaması ($68,34\pm14,48$), kadınların WHOQOL-BREF puan ortalamasından ($64,94\pm15,06$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Cinsiyet değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,972>0,05$).

Cinsiyet değişkeni açısından Fiziksel Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,050>0,05$).

Cinsiyet değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). Erkeklerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puan ortalaması ($68,58\pm17,77$), kadınların Psikolojik Sağlık alt boyutu puan ortalamasından ($61,70\pm18,31$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Cinsiyet değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,552>0,05$).

Cinsiyet değişkeni açısından Çevre alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,092>0,05$).

Tablo 8.6 PCL-5 ve PTGI'ya Göre COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
PCL-5	Evet	66	30,46	17,33	,539	483	,590
	Hayır	419	29,25	16,97			
PTGI	Evet	66	51,51	25,27	-,669	483	,504
	Hayır	419	53,53	22,44			

* $p>0,05$

Tablo 8.6'da COVID-19 tanısı alma değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,590>0,05$).

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,504>0,05$).

Tablo 8.7 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
BTÖ-12	Evet	66	39,84	10,49	,066	483	,947
	Hayır	419	39,76	9,85			
PIU Alt Boyutu	Evet	66	24,04	5,97	-,569	483	,569
	Hayır	419	24,47	5,65			
IIU Alt Boyutu	Evet	66	15,80	5,25	,765	483	,445
	Hayır	419	15,28	5,07			

* $p > 0,05$

Tablo 8.7’de COVID-19 tanısı alma değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,947>0,05$).

COVID-19 tanısı alma değişkeni PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,569>0,05$).

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,445>0,05$).

Tablo 8.8 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
WHOQOL-BREF	Evet	66	64,61	14,81	-1,353	483	,177
	Hayır	419	67,27	14,79			
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Evet	66	55,49	20,70	-1,521	483	,129
	Hayır	419	59,39	19,18			
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Evet	66	70,07	19,48	-,749	483	,454
	Hayır	419	71,93	18,58			
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	Evet	66	62,56	18,36	-1,489	483	,137
	Hayır	419	66,16	18,26			
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	Evet	66	58,45	21,25	-2,390	483	,017*
	Hayır	419	65,05	20,77			
Çevre Alt Boyutu	Evet	66	67,18	15,71	-,112	483	,911
	Hayır	419	67,42	15,86			

* $p > 0,05$

Tablo 8.8’de COVID-19 tanısı değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = ,177 > 0,05$).

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = ,129 > 0,05$).

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Fiziksel Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = ,454 > 0,05$).

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,137>0,05$).

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,017<0,05$). COVID-19 tanısı almayanların Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı ortalaması ($65,05\pm20,77$), COVID-19 tanısı alanların Sosyal İlişkiler alt boyutu puan ortalamasından ($58,45\pm21,25$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Çevre alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,911>0,05$).

Tablo 8.9 PCL-5 ve PTG'ya Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
PCL-5	Evet	369	30,76	16,70	3,143	483	,002*
	Hayır	116	25,12	17,34			
PTGI	Evet	369	53,64	23,02	,660	483	,510
	Hayır	116	52,04	22,24			

* $p>0,05$

Tablo 8.9'da sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,002<0,05$). Sevdiği bir tanıdığı COVID-19 tanısı alanların PCL-5 puan ortalaması ($30,76\pm16,70$), sevdiği bir tanıdığı COVID-19 tanısı almayanlara göre ($25,12\pm17,34$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Sevilen yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,510>0,05$).

Tablo 8.10 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
BTÖ-12	Evet	369	39,79	9,94	,093	483	,926
	Hayır	116	39,69	9,95			
PIU Alt Boyutu	Evet	369	24,41	5,59	,006	483	,995
	Hayır	116	24,41	6,01			
IIU Alt Boyutu	Evet	369	15,37	5,20	,175	483	,861
	Hayır	116	15,28	4,78			

* $p > 0,05$

Tablo 8.10’da sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,926>0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından PIU alt boyutu puanlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,995>0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından IIU alt boyutu puanlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,861>0,05$).

Tablo 8.11 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Tanısı Alma Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
WHOQOL-BREF	Evet	369	66,23	15,12	-1,805	483	,072
	Hayır	116	69,06	13,61			
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Evet	369	57,58	19,76	-2,600	483	,010*
	Hayır	116	62,93	17,74			
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Evet	369	70,58	19,11	-2,305	483	,022*
	Hayır	116	75,15	16,91			
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	Evet	369	64,71	18,27	-2,079	483	,038*
	Hayır	116	68,75	18,15			
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	Evet	369	64,97	21,03	1,531	483	,127
	Hayır	116	61,56	20,49			
Çevre Alt Boyutu	Evet	369	66,87	16,07	-1,271	483	,204
	Hayır	116	69,01	14,98			

* $p > 0,05$

Tablo 8.11’de sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,072>0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,010<0,05$). Sevdği bir tanıdığı COVID-19 tanısı almayanların Genel Sağlık Durumu alt boyut puanı ortalaması ($62,93\pm 17,74$), sevdği bir tanıdığı COVID-19 tanısı alanların

Genel Sağlık Durumu alt boyutu puan ortalamasına ($57,58 \pm 19,76$) göre anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Fiziksel Sağlık ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,022 < 0,05$). Sevdği bir tanıdığı COVID-19 tanısı almayanların Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($75,15 \pm 16,91$), sevdiği bir tanıdığı COVID-10 tanısı alanların Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($70,58 \pm 19,11$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,038 < 0,05$). Sevdği bir tanıdığı COVID-19 tanısı almayanların Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($68,75 \pm 18,15$), sevdiği bir tanıdığı COVID-19 tanısı alanların Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($64,71 \pm 18,27$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,127 > 0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 tanısı alma değişkeni açısından Çevre alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,204 > 0,05$).

Tablo 8.12 PCL-5 ve PTGI Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Kaynaklı Kaybı Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
PCL-5	Evet	112	31,49	17,61	1,470	483	,142
	Hayır	373	28,79	16,79			
PTGI	Evet	112	56,84	21,48	1,900	483	,058
	Hayır	373	52,18	23,13			

* $p > 0,05$

Tablo 8.12’de sevilen bir yakının kaybı değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,142>0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,058>0,05$).

Tablo 8.13 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Kaynaklı Kaybı Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
BTÖ-12	Evet	112	41,16	10,02	1,699	483	,090
	Hayır	373	39,35	9,88			
PIU Alt Boyutu	Evet	112	25,06	5,52	1,371	483	,171
	Hayır	373	24,22	5,73			
IIU Alt Boyutu	Evet	112	16,10	5,35	1,780	483	,076
	Hayır	373	15,13	5,00			

* $p> 0,05$

Tablo 8.13’te sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,090>0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkeni açısından PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,171>0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,076>0,05$).

Tablo 8.14 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Sevilen Bir Yakının COVID-19 Kaynaklı Kaybı Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
WHOQOL-BREF	Evet	112	65,26	14,83	-1,343	483	,180
	Hayır	373	67,40	14,79			
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Evet	112	54,91	18,71	-2,471	483	,014*
	Hayır	373	60,05	19,49			
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Evet	112	68,43	18,82	-2,103	483	,036*
	Hayır	373	72,65	18,57			
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	Evet	112	64,58	17,48	-,722	483	,471
	Hayır	373	66,00	18,55			
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	Evet	112	64,43	21,13	,159	483	,874
	Hayır	373	64,07	20,90			
Çevre Alt Boyutu	Evet	112	66,82	16,40	-,431	483	,667
	Hayır	373	67,56	15,67			

* p> 0,05

Tablo 8.14'te sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,180>0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,014<0,05$). Sevdiği bir yakınının COVID-19 sebebiyle kaybını yaşamayan kişilerin Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalaması ($60,05\pm19,49$), sevdiği bir yakının

COVID-19 sebebiyle kaybını yaşayanların Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalamasından ($54,91 \pm 18,71$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkeni açısından Fiziksel Sağlık ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,036 < 0,05$). Sevdigi bir yakının COVID-19 sebebiyle kaybını yaşamayanların Fiziksel Sağlık alt boyut puanı ortalaması ($72,65 \pm 18,57$), sevdigi bir yakının COVID-19 sebebiyle kaybını yaşayanların Fiziksel Sağlık alt boyut puanı ortalamasından ($68,43 \pm 18,82$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,471 > 0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı kaybı değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,874 > 0,05$).

Sevilen bir yakının COVID-19 kaynaklı Çevre alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,667 > 0,05$).

Tablo 8.15 PCL-5 ve PTGI'ya Göre Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
PCL-5	Evet	160	36,18	17,14	6,395	483	,000*
	Hayır	325	26,08	15,94			
PTGI	Evet	160	54,08	22,27	,553	483	,581
	Hayır	325	52,86	23,12			

* $p > 0,05$

Tablo 8.15'te refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000 < 0,05$). COVID-

19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenenlerin PCL-5 puanı ortalaması ($36,18 \pm 17,14$), COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilemeyenlerin PCL-5 puanı ortalamasından ($26,08 \pm 15,94$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = ,581 > 0,05$).

Tablo 8.16 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
BTÖ-12	Evet	160	39,27	10,31	-,774	483	,439
	Hayır	325	40,01	9,74			
PIU Alt Boyutu	Evet	160	24,09	5,95	-,876	483	,381
	Hayır	325	24,57	5,55			
IIU Alt Boyutu	Evet	160	15,18	5,14	-,531	483	,596
	Hayır	325	15,44	5,08			

* $p > 0,05$

Tablo 8.16’da refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = ,439 > 0,05$).

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = ,381 > 0,05$).

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = ,596 > 0,05$).

Tablo 8.17 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
WHOQOL-BREF	Evet	160	62,47	14,59	-4,730	483	,000*
	Hayır	325	69,09	14,44			
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Evet	160	52,96	19,39	-4,798	483	,000*
	Hayır	325	61,76	18,78			
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Evet	160	68,34	19,98	-2,771	483	,006*
	Hayır	325	73,31	17,83			
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	Evet	160	61,90	18,44	-3,220	483	,001*
	Hayır	325	67,53	17,97			
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	Evet	160	60,05	20,96	-3,056	483	,002*
	Hayır	325	66,17	20,66			
Çevre Alt Boyutu	Evet	160	61,91	15,52	-5,504	483	,000*
	Hayır	325	70,08	15,30			

* p> 0,05

Tablo 8.17’de refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenmeyenlerin WHOQOL-BREF puan ortalaması ($69,09\pm14,44$), COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenenlerin WHOQOL-BREF puan ortalamasından ($62,47\pm14,59$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenmeyenlerin Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalaması ($61,76\pm18,78$), COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenenlerin Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalamasından ($52,96\pm19,39$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından Fiziksel Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,006<0,05$). COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenmeyenlerin Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($73,31\pm17,83$), COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenenlerin Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($68,34\pm19,98$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,001<0,05$). COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenmeyenlerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puan ortalaması ($67,53\pm17,97$), COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenenlerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($61,90\pm18,44$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,002<0,05$). COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenmeyenlerin Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı ortalaması ($66,17\pm20,66$), COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenenlerin Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı ortalamasından ($60,05\pm20,96$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Refah seviyesinin olumsuz etkisi değişkeni açısından Çevre alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz etkilenmeyenlerin Çevre alt boyutu puanı ortalaması ($70,08\pm15,30$), COVID-19 pandemisi sürecinde refah seviyesi olumsuz

etkilenenlerin Çevre alt boyutu puanı ortalamasından ($61,91 \pm 15,52$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.18 PCL-5 ve PTGI Göre Ekonomik Durum Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
PCL-5	Orta gelirli	379	29,98	16,84	2,111	471	,035*
	Yüksek gelirli	94	25,87	17,07			
PTGI	Orta gelirli	379	53,53	22,88	,276	471	,782
	Yüksek gelirli	94	52,79	23,41			

* $p > 0,05$

Tablo 8.18’de ekonomik durum değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Ekonomik durum değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p = ,035 < 0,05$). Ekonomik durumu orta gelirli olanların PCL-5 puanı ortalaması ($29,98 \pm 16,84$), ekonomik durumu yüksek gelirli olanların PCL-5 puanı ortalamasından ($25,87 \pm 17,07$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Ekonomik durum değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = ,782 > 0,05$).

Tablo 8.19 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Ekonomik Durum Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
BTÖ-12	Orta gelirli	379	39,84	9,70	,469	471	,639
	Yüksek gelirli	94	39,30	10,76			
PIU Alt Boyutu	Orta gelirli	379	24,41	5,56	,027	471	,978
	Yüksek gelirli	94	24,39	6,17			
IIU Alt Boyutu	Orta gelirli	379	15,43	4,98	,886	471	,376
	Yüksek gelirli	94	14,91	5,40			

* $p > 0,05$

Tablo 8.19’da ekonomik durum değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Ekonomik durum değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,639>0,05$).

Ekonomik durum değişkeni açısından PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,978>0,05$).

Ekonomik durum değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,376>0,05$).

Tablo 8.20 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Ekonomik Durum Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
WHOQOL-BREF	Orta gelirli	379	66,38	14,74	-3,024	471	,003*
	Yüksek gelirli	94	71,44	13,54			
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Orta gelirli	379	57,02	18,71	-5,362	471	,000*
	Yüksek gelirli	94	68,48	17,84			
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Orta gelirli	379	71,56	18,82	-1,304	471	,193
	Yüksek gelirli	94	74,35	17,29			
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	Orta gelirli	379	65,51	17,68	-1,751	471	,081
	Yüksek gelirli	94	69,14	19,36			
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	Orta gelirli	379	64,35	20,71	-,591	471	,555
	Yüksek gelirli	94	65,78	21,49			
Çevre Alt Boyutu	Orta gelirli	379	66,26	15,91	-4,588	471	,000*
	Yüksek gelirli	94	74,30	11,83			

* $p> 0,05$

Tablo 8.20’de ekonomik durum değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

Ekonomik durum değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,003<0,05$). Ekonomik seviyesi yüksek gelirli olanların WHOQOL-BREF puanı ortalaması ($71,44\pm13,54$), ekonomik seviyesi orta gelirli olanların WHOQOL-BREF puanı ortalamasından ($66,38\pm14,74$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Ekonomik durum değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). Ekonomik seviyesi yüksek gelirli olanların Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalaması ($68,48\pm17,84$), ekonomik seviyesi orta gelirli olanların Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalamasından ($57,02\pm18,71$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Ekonomik durum değişkeni açısından Fiziksel Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,193>0,05$).

Ekonomik durum değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,081>0,05$).

Ekonomik durum değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,555>0,05$).

Ekonomik durum değişkeni açısından evre alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). Ekonomik seviyesi yüksek gelirli olanların evre alt boyutu puanı ortalaması ($74,30\pm11,83$), ekonomik seviyesi orta gelirli olanların evre alt boyutu puanı ortalamasından ($66,26\pm15,91$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.21 PCL-5 Göre TSB Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
PCL-5	Yok	49	21,22	18,35	-3,601	483	,000*
	Var	436	30,34	16,62			

* $p > 0,05$

Tablo 8.21’de TSB teşhisi değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

TSB teşhisi değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). TSB teşhisi olanların PCL-5 puanı ortalaması ($30,34\pm 16,62$), TSB teşhisi olmayanların PCL-5 puanı ortalamasından ($21,22\pm 18,35$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.22 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre TSB Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
BTO-12	Yok	49	37,26	13,01	-1,457	483	,151
	Var	436	40,05	9,50			
PIU Alt Boyutu	Yok	49	22,55	7,14	-1,968	483	,054
	Var	436	24,62	5,47			
IIU Alt Boyutu	Yok	49	14,71	6,47	-,749	483	,457
	Var	436	15,42	4,92			

* $p > 0,05$

Tablo 8.22’de TSB değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

TSB teşhisi değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,151>0,05$).

TSB teşhisi değişkeni açısından PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,054>0,05$).

TSB teşhisi değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,457>0,05$).

Tablo 8.23 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre TSB Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
WHOQOL-BREF	Yok	49	66,87	18,57	-,014	483	,989
	Var	436	66,91	14,35			
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Yok	49	57,14	25,25	-,516	483	,608
	Var	436	59,05	18,67			
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Yok	49	71,50	24,99	-,054	483	,957
	Var	436	71,69	17,89			
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	Yok	49	65,73	24,97	,016	483	,987
	Var	436	65,67	17,43			
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	Yok	49	63,77	21,14	-,135	483	,893
	Var	436	64,20	20,94			
Çevre Alt Boyutu	Yok	49	67,15	16,70	-,109	483	,913
	Var	436	67,41	15,75			

* $p> 0,05$

Tablo 8.23'te TSB teşhisi değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

TSB teşhisi değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,989>0,05$).

TSB teşhisi değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,608>0,05$).

TSB teşhisi değişkeni açısından Fiziksel Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,957>0,05$).

TSB teşhisi değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,987>0,05$).

TSB teşhisi değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,893>0,05$).

TSB teşhisi değişkeni açısından Çevre alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,913>0,05$).

Tablo 8.24 PTGI Göre TSSB Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
PTGI	Yok	341	51,65	23,06	-2,393	483	,017*
	Var	144	57,06	21,87			

* $p> 0,05$

Tablo 8.24'te TSSB teşhisi değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

TSSB teşhisi değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,017<0,05$). TSSB teşhisi olanların PTGI puanı ortalaması ($57,06\pm21,87$), TSSB teşhisi olmayanların PTGI puanı ortalamasından ($51,65\pm23,06$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.25 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre TSSB Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
BTÖ-12	Yok	341	38,39	9,76	-4,804	483	,000*
	Var	144	43,03	9,61			
PIU Alt Boyutu	Yok	341	23,78	5,63	-3,825	483	,000*
	Var	144	25,91	5,56			
IIU Alt Boyutu	Yok	341	14,61	5,01	-5,067	483	,000*
	Var	144	17,11	4,88			

* $p > 0,05$

Tablo 8.25'te TSSB teşhisi değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

TSSB teşhisi değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). TSSB teşhisi olanların BTÖ-12 puanı ortalaması ($43,03\pm 9,61$), TSSB teşhisi BTÖ-12 puanı ortalamasından ($38,39\pm 9,76$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

TSSB teşhisi değişkeni açısından PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). TSSB teşhisi olanların PIU alt boyutu puanı ortalaması ($25,91\pm 5,56$), TSSB teşhisi olmayanların PIU alt boyutu puanı ortalamasından ($23,78\pm 5,63$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

TSSB teşhisi değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). TSSB teşhisi olanların IIU alt boyutu puanı ortalaması ($17,11\pm 4,88$), TSSB teşhisi olmayanların IIU alt boyutu puanı ortalamasından ($14,61\pm 5,01$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.26 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre TSSB Teşhisi Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	p
WHOQOL-BREF	Yok	341	70,85	13,15	9,876	483	,000*
	Var	144	57,57	14,37			
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Yok	341	61,76	18,72	5,197	483	,000*
	Var	144	51,99	19,36			
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Yok	341	76,13	16,54	8,138	483	,000*
	Var	144	61,13	19,32			
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	Yok	341	70,29	16,00	9,267	483	,000*
	Var	144	54,74	18,81			
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	Yok	341	68,20	19,51	6,856	483	,000*
	Var	144	54,57	21,13			
Çevre Alt Boyutu	Yok	341	70,44	14,85	6,842	483	,000*
	Var	144	60,15	15,76			

* p> 0,05

Tablo 8.26’da TSSB teşhisi değişkenine göre bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları verilmiştir.

TSSB teşhisi değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). TSSB teşhisi olmayanların WHOQOL-BREF puanı ortalaması ($70,85\pm13,15$), TSSB teşhisi olanların WHOQOL-BREF puanı ortalamasından ($57,57\pm14,37$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

TSSB teşhisi değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). TSSB teşhisi olmayanların Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalaması ($61,76\pm18,72$), TSSB teşhisi

olanların Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalamasından ($51,99 \pm 19,36$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

TSSB teşhisi değişkeni açısından Fiziksel Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000 < 0,05$). TSSB teşhisi olmayanların Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($76,13 \pm 16,54$), TSSB teşhisi olanların Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($61,13 \pm 19,32$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

TSSB teşhisi değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000 < 0,05$). TSSB teşhisi olmayanların Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($70,29 \pm 16,00$), TSSB teşhisi olanların Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($54,74 \pm 18,81$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

TSSB teşhisi değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000 < 0,05$). TSSB teşhisi olmayanların Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı ortalaması ($68,20 \pm 19,51$), TSSB teşhisi olanların Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı ortalamasından ($54,57 \pm 21,13$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

TSSB teşhisi değişkeni açısından Çevre alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000 < 0,05$). TSSB teşhisi olmayanların Çevre alt boyutu puanı ortalaması ($70,44 \pm 14,85$), TSSB teşhisi olanların Çevre alt boyutu puanı ortalamasından ($60,15 \pm 15,76$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.27 PCL-5 ve PTGI'ya Göre Aşı Olma Değişkeni Mann Whitney-U Analizi Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	z	Sd	p
PCL-5	Evet	465	29,53	16,94	-,898	483	,369
	Hayır	20	26,85	18,80			
PTGI	Evet	465	52,85	22,65	-1,973	483	,049*
	Hayır	20	62,70	25,41			

* $p > 0,05$

Tablo 8.27'de aşı olma değişkenine göre bağımsız örneklem mann whitney-u analizi sonuçları verilmiştir.

Aşı olma değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,369>0,05$).

Aşı olma değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,049<0,05$). Aşı olmayanların PTGI puanı ortalaması ($62,70\pm 25,41$), aşı olanların PTGI puanı ortalamasından ($52,85\pm 22,65$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.28 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Aşı Olma Değişkeni Mann Whitney-U Analizi Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	z	Sd	p
BTÖ-12	Evet	465	39,68	9,91	-1,272	483	,204
	Hayır	20	41,90	10,50			
PIU Alt Boyu	Evet	465	24,37	5,63	-,954	483	,340
	Hayır	20	25,35	7,05			
IIU Alt Boyu	Evet	465	15,30	5,10	-1,202	483	,229
	Hayır	20	16,55	4,93			

* $p > 0,05$

Tablo 8.28'de aşı olma değişkenine göre mann whitney-u analizi sonuçları verilmiştir.

Aşı olma değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,204>0,05$).

Aşı olma değişkeni açısından PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,340>0,05$).

Aşı olma değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,229>0,05$).

Tablo 8.29 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Aşı Olma Değişkeni Mann Whitney-U Analizi Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	z	Sd	p
WHOQOL-BREF	Evet	465	66,72	14,95	-1,408	483	,159
	Hayır	20	71,25	10,22			
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Evet	465	58,52	19,51	-1,926	483	,054
	Hayır	20	66,87	15,32			
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Evet	465	71,49	18,59	-1,317	483	,188
	Hayır	20	76,07	21,14			
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	Evet	465	65,58	18,38	-,564	483	,573
	Hayır	20	67,91	16,72			
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	Evet	465	63,96	20,94	-1,128	483	,259
	Hayır	20	68,75	20,74			
Çevre Alt Boyutu	Evet	465	67,13	15,97	-1,686	483	,092
	Hayır	20	73,28	10,89			

* $p > 0,05$

Tablo 8.29’da aşı olma değişkenine göre mann whitney-u analizi sonuçları verilmiştir.

Aşı olma değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,159>0,05$).

Aşı olma değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,054>0,05$).

Aşı olma değişkeni açısından Fiziksel Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,188>0,05$).

Aşı olma değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,573>0,05$).

Aşı olma değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,259>0,05$).

Aşı olma değişkeni açısından Çevre ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,092>0,05$).

Tablo 8.30 PCL-5 ve PTGI'ya Göre Yaş Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	p
PCL-5	18-24	30	37,03	14,33	GA	10432,12	4	2608,03	9,66	,000*
	25-34	84	34,23	16,58	GI	129638,073	480	270,079		
	35-44	69	35,05	17,92	Toplam	140070,194	484			
	45-54	90	28,95	17,58						
	55+	212	24,79	15,62						
	Total	485	29,42	17,01						
PTGI	18-24	30	54,7	23,07	GA	6639,538	4	1659,89	3,24	,012*
	25-34	84	54,16	21,59	GI	245664,68	480	511,801		
	35-44	69	56,3	23,37	Toplam	252304,219	484			
	45-54	90	58,73	22,5						
	55+	212	49,39	22,75						
	Total	485	53,26	22,83						

*p<0.05

Tablo 8.30'da yaş değişkenine göre tek yönlü anova analizi sonuçları verilmiştir.

Yaş değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). 18-24 yaş arasında olan kişilerin PCL-5 puanı ortalaması ($37,03\pm14,33$), 55 yaş üstü olan kişilerin PCL-5 puanı ortalamasından ($24,79\pm15,62$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 25-34 yaş arasında olan kişilerin PCL-5 puanı ortalaması ($34,23\pm16,58$), 55 yaş üstü olan kişilerin PCL-5 puanı ortalamasından ($24,79\pm15,62$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 35-44 yaş arasında olan kişilerin PCL-5 puanı ortalaması ($35,05\pm17,92$), 55 yaş üstü olan kişilerin PCL-5 puanı ortalamasından ($24,79\pm15,62$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Yaş değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,012<0,05$). 45-54 yaş arasında olan kişilerin PTGI puanı ortalaması ($35,05\pm17,92$), 55 yaş üstü olan kişilerin PTGI puanı ortalamasından ($49,39\pm22,75$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.31 BTÖ-12 ve Alt Boyutlarına Göre Yaş Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	p
BTÖ-12	18-24	30	39,63	12,17	GA	62,003	4	15,501	0,16	0,96
	25-34	84	39,47	11,04	GI	47721,049	480	99,419		
	35-44	69	39,17	9,87	Toplam	47783,052	484			
	45-54	90	40,32	9,24						
	55+	212	39,87	9,5						
	Total	485	39,77	9,93						
PIU Alt Boyutu	18-24	30	24,56	6,99	GA	63,497	4	15,874	0,49	0,75
	25-34	84	24,29	6,3	GI	15612,371	480	32,526		
	35-44	69	23,57	5,74	Toplam	15675,868	484			
	45-54	90	24,6	5,18						
	55+	212	24,63	5,44						
	Total	485	24,41	5,69						
IIU Alt Boyutu	18-24	30	15,06	6,43	GA	24,202	4	6,05	0,23	0,92
	25-34	84	15,17	5,53	GI	12563,089	480	26,173		
	35-44	69	15,59	5,13	Toplam	12587,291	484			
	45-54	90	15,72	4,74						
	55+	212	15,23	4,88						
	Total	485	15,35	5,09						

*p<0.05

Tablo 8.31’de yaş değişkenine göre tek yönlü anova analizi sonuçları verilmiştir.

Yaş değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,960>0,05$).

Yaş değişkeni açısından PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,745>0,05$).

Yaş değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,921>0,05$).

Tablo 8.32 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Yaş Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	p
WHOQOL-BREF	18-24	30	61,32	14,4	GA	7264,525	4	1816,13	8,81	,000*
	25-34	84	61,54	15,51	GI	98954,392	480	206,155		
	35-44	69	63,24	15,57	Toplam	106218,92	484			
	45-54	90	67,88	14,03						
	55+	212	70,6	13,58						
	Total	485	66,9	14,81						
Genel Sağlık Durumu	18-24	30	61,25	22,34	GA	2286,146	4	571,537	1,52	0,19
	25-34	84	55,35	20,28	GI	180215,14	480	375,448		
	35-44	69	56,88	18,63	Toplam	182501,29	484			
	45-54	90	58,33	22,64						
	55+	212	60,79	17,18						
	Total	485	58,86	19,41						
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	18-24	30	65,95	21,38	GA	5097,284	4	1274,32	3,73	,005*
	25-34	84	67,47	19,49	GI	164158,03	480	341,996		
	35-44	69	68,68	20,96	Toplam	169255,31	484			
	45-54	90	72,73	18,96						
	55+	212	74,67	16,49						
	Total	485	71,67	18,7						
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	18-24	30	53,47	16,52	GA	19316,42	4	4829,11	16,2	,000*
	25-34	84	57,14	19,66	GI	142866,43	480	297,638		
	35-44	69	60,68	18,33	Toplam	162182,85	484			
	45-54	90	68,98	16,96						

	55+	212	71,01	16,04						
	Total	485	65,67	18,3						
	18-24	30	61,94	19,28	GA	2103,647	4	525,912	1,2	0,31
Sosyal	25-34	84	62,69	23,97	GI	210122,01	480	437,754		
İlişkiler	35-44	69	61,23	22,67	Toplam	212225,66	484			
Alt	45-54	90	63,14	19,23						
Boyutu	55+	212	66,43	19,92						
	Total	485	64,15	20,93						
	18-24	30	63,75	19,51	GA	7593,011	4	1898,25	8,01	,000*
	25-34	84	61,3	15,77	GI	113727,34	480	236,932		
Çevre	35-44	69	63,94	15,75	Toplam	121320,35	484			
Alt	45-54	90	67,67	14,6						
Boyutu	55+	212	71,31	14,79						
	Total	485	67,39	15,83						

*p<0.05

Tablo 8.32’de yaş değişkenine göre tek yönlü anova analizi sonuçları verilmiştir.

Yaş değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). 45-54 yaş arasında olan kişilerin WHOQOL-BREF puanı ortalaması ($67,88\pm14,03$), 25-34 yaş arasında olan kişilerin WHOQOL-BREF puanı ortalamasından ($61,54\pm15,51$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 55 yaş üstünde olan kişilerin WHOQOL-BREF puanı ortalaması ($70,60\pm13,58$), 18-24 yaş arasında olan kişilerin WHOQOL-BREF puanı ortalamasından ($61,32\pm14,40$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 55 yaş üstünde olan kişilerin WHOQOL-BREF puanı ortalaması ($70,60\pm13,58$), 25-34 yaş arasında olan kişilerin WHOQOL-BREF puanı ortalamasından ($61,54\pm15,51$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 55 yaş üstünde olan kişilerin WHOQOL-BREF puanı ortalaması ($70,60\pm13,58$), 35-44 yaş arasında olan kişilerin WHOQOL-BREF ölçeği puanı ortalamasından ($63,24\pm15,57$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Yaş değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,194>0,05$).

Yaş değişkeni açısından Fiziksel Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,005<0,05$). 55 yaş üstünde olan kişilerin Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($74,67\pm16,49$), 25-34 yaş arasında olan kişilerin Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($67,47\pm19,49$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Yaş değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). 45-54 yaş arasında olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($68,98\pm16,96$), 18-24 yaş arasında olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($53,47\pm16,52$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 45-54 yaş arasında olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($68,98\pm16,96$), 25-34 yaş arasında olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($57,14\pm19,66$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 45-54 yaş arasında olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($68,98\pm16,96$), 35-44 yaş arasında olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($60,68\pm18,33$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 55 yaş üstünde olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($71,01\pm16,04$), 18-24 yaş arasında olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($53,47\pm16,52$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 55 yaş üstünde olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($71,01\pm16,04$), 25-34 yaş arasında olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($57,14\pm19,66$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 55 yaş üstünde olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($71,01\pm16,04$), 35-44 yaş arasında olan kişilerin Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($60,68\pm18,33$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Yaş değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,309>0,05$).

Yaş değişkeni açısından Çevre alt boyutu göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,000<0,05$). 55 yaş üstünde olan kişilerin Çevre alt boyutu puanı ortalaması ($71,31\pm14,79$), 25-34 yaş arasında olan kişilerin Çevre alt boyutu puanı ortalamasından ($61,30\pm15,77$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. 55 yaş üstünde olan

kişilerin Çevre alt boyutu puanı ortalaması (71,31±14,79), 35-44 yaş arasında olan kişilerin Çevre alt boyutu puanı ortalamasından (63,94±15,75) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.33 PCL-5 ve PTGI'ya Göre Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	p
PCL-5	Lise mezunu	44	30,25	18,748	GA	204,247	2	102,124	0,4	0,7
	Üniversite mezunu	265	29,845	16,787	GI	139865,95	482	290,178		
	Yüksek lisans mezunu ve üstü	176	28,574	16,963	Toplam	140070,19	484			
	Total	485	29,421	17,012						
PTGI	Lise mezunu	44	58,886	22,075	GA	2290,826	2	1145,41	2,2	0,1
	Üniversite mezunu	265	53,774	22,523	GI	250013,39	482	518,7		
	Yüksek lisans mezunu ve üstü	176	51,091	23,316	Toplam	252304,22	484			
	Total	485	53,264	22,832						

*p<0.05

Tablo 8.33'te eğitim durumu değişkenine göre tek yönlü anova analizi sonuçları verilmiştir.

Eğitim durumu değişkeni açısından PCL-5 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=,704>0,05).

Eğitim durumu değişkeni açısından PTGI sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=,111>0,05).

Tablo 8.34 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) ve Alt Boyutlarına Göre Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	p
BTÖ-12 Yüksek	Lise mezunu	44	38,95	12,04	GA	79,37	2	39,685	0,4	0,7
	Üniversite mezunu	265	40,12	9,77	GI	47703,681	482	98,97		
	lisans mezunu ve üstü	176	39,45	9,62	Toplam	47783,052	484			
	Total	485	39,77	9,93						
PIU Alt Boyutu	Lise mezunu	44	23,54	6,88	GA	36,738	2	18,369	0,6	0,6
	Üniversite mezunu	265	24,5	5,72	GI	15639,13	482	32,446		
	Yüksek lisans mezunu ve üstü	176	24,49	5,31	Toplam	15675,868	484			
	Total	485	24,41	5,69						
IIU Alt Boyutu	Lise mezunu	44	15,4	5,87	GA	44,967	2	22,483	0,9	0,4
	Üniversite mezunu	265	15,61	5,02	GI	12542,324	482	26,021		
	Yüksek lisans mezunu ve üstü	176	14,96	5	Toplam	12587,291	484			
	Total	485	15,35	5,09						

*p<0.05

Tablo 8.34'te eğitim durumu değişkenine göre tek yönlü anova analizi analizi sonuçları verilmiştir.

Eğitim durumu değişkeni açısından BTÖ-12 sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,670>0,05$).

Eğitim durumu değişkeni açısından PIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,568>0,05$).

Eğitim durumu değişkeni açısından IIU alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,422>0,05$)

Tablo 8.35 WHOQOL-BREF ve Alt Boyutlarına Göre Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	p
WHOQOL-BREF	Lise mezunu	44	66,7	17,17	GA	1487,708	2	743,854	3,42	,033*
	Üniversite mezunu	265	65,43	15,39	GI	104731,209	482	217,285		
	Yüksek lisans mezunu ve üstü	176	69,18	12,98	Toplam	106218,917	484			
	Total	485	66,9	14,81						
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu	Lise mezunu	44	60,22	22,27	GA	2582,817	2	1291,409	3,46	,032*
	Üniversite mezunu	265	56,79	19,9	GI	179918,471	482	373,275		
	Yüksek lisans mezunu ve üstü	176	61,64	17,55	Toplam	182501,289	484			
	Total	485	58,86	19,41						
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	Lise mezunu	44	73,7	18,5	GA	2192,635	2	1096,318	3,16	,043*
	Üniversite mezunu	265	69,74	19,8	GI	167062,677	482	346,603		
	Yüksek lisans mezunu ve üstü	176	74,08	16,7	Toplam	169255,312	484			
	Total	485	71,67	18,7						

	Lise mezunu	44	64,48	20,85	GA	2500,494	2	1250,247	3,77	,024*
Psikolojik	Üniversite									
Sağlık	mezunu	265	63,88	18,51	GI	159682,352	482	331,291		
Alt	Yüksek lisans									
Boyutu	mezunu ve	176	68,67	16,98	Toplam	162182,847	484			
	üstü									
	Total	485	65,67	18,3						
	Lise mezunu	44	62,31	25,7	GA	400,002	2	200,001	0,46	0,635
Sosyal	Üniversite									
İlişkiler	mezunu	265	64,93	20,76	GI	211825,656	482	439,472		
Alt	Yüksek lisans									
Boyutu	mezunu ve	176	63,44	19,93	Toplam	212225,659	484			
	üstü									
	Total	485	64,15	20,93						
	Lise mezunu	44	66,12	19,38	GA	1771,741	2	885,87	3,57	,029*
Çevre	Üniversite									
Alt	mezunu	265	65,91	16,62	GI	119548,612	482	248,026		
Boyutu	Yüksek lisans									
	mezunu ve	176	69,92	13,18	Toplam	121320,353	484			
	üstü									
	Total	485	67,39	15,83						

*p<0.05

Tablo 8.35'te eğitim durumu değişkenine göre tek yönlü anova analizi sonuçları verilmiştir.

Eğitim durumu değişkeni açısından WHOQOL-BREF sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,033<0,05$). Yüksek lisans veya üstü düzeyde mezunların WHOQOL-BREF puanı ortalaması ($69,18\pm12,98$), üniversite mezunlarının WHOQOL-BREF puanı ortalamasından ($65,43\pm15,39$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Eğitim durumu değişkeni açısından Genel Sağlık Durumu al boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,032<0,05$). Yüksek lisans veya üstü düzeyde mezunların Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalaması ($61,64\pm17,55$), niversite mezunlarının Genel Sağlık Durumu alt boyutu puanı ortalamasından ($56,79\pm19,90$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Eğitim durumu değişkeni açısından Fiziksel Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,043<0,05$). Yüksek lisans veya üstü düzeyde mezunların Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($74,08\pm16,70$), niversite mezunlarının Fiziksel Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($69,74\pm19,80$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Eğitim durumu değişkeni açısından Psikolojik Sağlık alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,024<0,05$). Yüksek lisans veya üstü düzeyde mezunların Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalaması ($68,67\pm16,98$), niversite mezunlarının Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı ortalamasından ($63,88\pm18,51$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Eğitim durumu değişkeni açısından Sosyal İlişkiler alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,635>0,05$).

Eğitim durumu değişkeni açısından evre alt boyutuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=,029<0,05$). Yüksek lisans veya üstü düzeyde mezunların evre alt boyutu puanı ortalaması ($69,92\pm13,18$), niversite mezunlarının evre alt boyutu puanı ortalamasından ($65,91\pm16,62$) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 8.36 Korelasyon Analizi Tablosu

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.PCL-5	1										
2.PTGI	,193** ,000	1									
3.BTÖ-12	,281** ,000	,199** ,000	1								
4.PIU	,239** ,000	,212** ,000	,929** ,000	1							
Alt Boyutu											
5.IIU	,280** ,000	,151** ,001	,911** ,000	,695** ,000	1						
Alt Boyutu											
6.WHOQOL-BREEF	-,558** ,000	,153** ,001	-,242** ,000	-,166** ,000	-,285** ,000	1					
7.Genel Sağlık Durumu	-,377** ,000	,160** ,000	-,159** ,000	-,115** ,011	-,181** ,000	,703** ,000	1				
Alt Boyutu											
8.Fiziksel Sağlık	-,510** ,000	,110* ,016	-,245** ,000	-,189** ,000	-,267** ,000	,875** ,000	,592** ,000	1			
Alt Boyutu											
9.Psikolojik Sağlık	-,480** ,000	,125** ,006	-,200** ,000	-,130** ,004	-,245** ,000	,857** ,000	,521** ,000	,696** ,000	1		
Alt Boyutu											
10.Sosyal İlişkiler	-,364** ,000	,156** ,001	-,154** ,001	-,088 ,052	-,202** ,000	,709** ,000	,448** ,000	,514** ,000	,577** ,000	1	
Alt Boyutu											
11.Çevre	-,435** ,000	,138** ,002	-,169** ,000	-,103* ,023	-,214** ,000	,826** ,000	,555** ,000	,596** ,000	,571** ,000	,494** ,000	1
Alt Boyutu											

Tablo 8.36’da korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

PCL-5 ile PTGI arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,193$; $p=,000$). PCL-5 ile BTÖ-12 arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,281$; $p=,000$). PCL-5 ile PIU alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,239$; $p=,000$). PCL-5 ile IIU arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,280$; $p=,000$). PCL-5 ile WHOQOL-BREF arasında %99 güvenle negatif yönlü ve orta

seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,558;p=,000$). PCL-5 ile Genel Sağlık Durumu alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,377;p=,000$). PCL-5 ile Fiziksel Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,510;p=,000$). PCL-5 ile Psikolojik Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,480;p=,000$). PCL-5 ile Sosyal İlişkiler alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,364;p=,000$). PCL-5 ile Çevre alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,435;p=,000$).

PTGI ile BTÖ-12 arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,199;p=,000$). PTGI ile PIU alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,212;p=,000$). PTGI ile IIU alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,151;p=,001$). PTGI ile WHOQOL-BREF arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,153;p=,001$). PTGI ile Genel Sağlık Durumu alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,160;p=,000$). PTGI ile Fiziksel Sağlık alt boyutu arasında %95 güvenle pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,110;p=,016$). PTGI ile Psikolojik Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,125;p=,006$). PTGI ile Sosyal İlişkiler alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,156;p=,001$). PTGI ile Çevre alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,138;p=,002$).

BTÖ-12 ile PIU alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,929;p=,000$). BTÖ-12 ile IIU alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,911;p=,000$). BTÖ-12 ile

WHOQOL-BREF arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,242;p=,000$). BTÖ-12 ile Genel Sağlık Durumu alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,159;p=,000$). BTÖ-12 ile Fiziksel Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,245;p=,000$). BTÖ-12 ile Psikolojik Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,200;p=,000$). BTÖ-

12 ölçeği ile Sosyal İlişkiler alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,154;p=,001$). BTÖ-12 ile Çevre alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,169;p=,000$).

PIU alt boyutu ile IIU alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,695;p=,000$). PIU alt boyutu ile WHOQOL-BREF arasında %99 güvenle negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,166;p=,000$). PIU alt boyutu ile Genel Sağlık Durumu alt boyutu arasında %95 güvenle negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,115;p=,011$). PIU alt boyutu ile Fiziksel Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,189;p=,000$). PIU alt boyutu ile Psikolojik Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,130;p=,004$). PIU alt boyutu ile Çevre alt boyutu arasında %95 güvenle negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,103;p=,023$).

IIU alt boyutu ile WHOQOL-BREF arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,285;p=,000$). IIU alt boyutu ile Genel Sağlık Durumu alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,181;p=,000$). IIU alt boyutu ile Fiziksel Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,267;p=,000$). IIU alt boyutu ile Psikolojik Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,245;p=,000$). IIU alt boyutu ile Sosyal İlişkiler alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,202;p=,000$). IIU alt boyutu ile Çevre alt boyutu arasında %99 güvenle negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,214;p=,000$).

WHOQOL-BREF ile Genel Sağlık Durumu alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,703;p=,000$). WHOQOL-BREF ile Fiziksel Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,875;p=,000$). WHOQOL-BREF ile Psikolojik Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,857;p=,000$). WHOQOL-BREF ile Sosyal İlişkiler alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,709;p=,000$). WHOQOL-BREF ile Çevre alt boyutu

arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,826;p=,000$).

Genel Sağlık Durumu alt boyutu ile Fiziksel Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,592;p=,000$). Genel Sağlık Durumu alt boyutu ile Psikolojik Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,521;p=,000$). Genel Sağlık Durumu alt boyutu ile Sosyal İlişkiler alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,448;p=,000$). Genel Sağlık Durumu alt boyutu ile Çevre alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,555;p=,000$).

Fiziksel Sağlık alt boyutu ile Psikolojik Sağlık alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,696;p=,000$). Fiziksel Sağlık alt boyutu ile Sosyal İlişkiler alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,514;p=,000$). Fiziksel Sağlık alt boyutu ile Çevre alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,596;p=,000$).

Psikolojik Sağlık alt boyutu ile Sosyal İlişkiler alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,577;p=,000$). Psikolojik Sağlık alt boyutu ile Çevre alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,571;p=,000$).

Sosyal İlişkiler alt boyutu ile Çevre alt boyutu arasında %99 güvenle pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,494;p=,000$).

Tablo 8.37 COVID19 Tanısı Alma Değişkenin PCL-5 Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin Regresyon Analizi Tablosu

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.	Std.	t	p	F	R ²
		B	S.H.	B		(p)	AdjR ²
PCL-5	(Sabit)	49,491	5,734		8,632	,000*	0,030
	COVID-19 Tanısı Alma	2,024	3,025	,030	,669	,504	(0,504) (0,001)

Tablo 8.37’de COVID-19 tanısı alma PCL-5 sonuçlarını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. COVID-19 tanısı alma değişkeni, PCL-5’i yordamamaktadır ($\beta = 2,024$; $p > 0,05$).

Tablo 8.38 PCL-5 Sonuçlarının PTGI Sonuçları Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin Regresyon Analizi Tablosu

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.		Std.	t	p	F	R ²
		B	S.H.	B			(p)	AdjR ²
PTGI	(Sabit)	46,257	3,105		14,898	,000*	5,724	0,108
	PCL-5	5,403	2,258	,108	2,393	,017*	(0,017*)	(0,012)

Tablo 8.38’de PCL-5 sonuçlarının, PTGI sonuçlarını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. PCL-5, PTGI’nın %1,2’sini açıklamaktadır. PCL-5 puanı PTGI puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ($\beta = 5,403$; $p < 0,05$).

Tablo 8.39 BTÖ-12 Sonuçlarının WHOQOL-BREF Sonuçları Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin Regresyon Analizi Tablosu

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.		Std.	t	p	F	R ²
		B	S.H.	B			(p)	AdjR ²
WHOQOL-BREF	(Sabit)	81,251	2,698		30,111	,000*	30,009	0,242
	BTÖ-12	-,361	,066	-,242	-5,478	,000*	(0,000*)	(0,058)

Tablo 8.39’de BTÖ-12 sonuçlarının, WHOQOL-BREF puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. BTÖ-12, WHOQOL-BREF sonuçlarının %5,8’ini açıklamaktadır. BTÖ-12 puanı WHOQOL-BREF puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta = -,361$; $p < 0,05$).

Tablo 8.40 BTÖ-12 Sonuçlarının PCL-5 Sonuçları Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin Regresyon Analizi Tablosu

Yordanan	Yordayan	Std. Olm. B	Std. S.H.	Std. B	t	p	F (p)	R ² AdjR ²
PCL-5	(Sabit)	10,311	3,065		3,364	,001*	41,288	0,281
	BTÖ-12	,480	,075	,281	6,426	,000*	(0,000*)	(0,079)

Tablo 8.40'ta BTÖ-12 sonuçlarının, PCL-5 puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. BTÖ-12, PCL-5'in %7,9'unu açıklamaktadır. BTÖ-12 puanı, PCL-5 puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-,361$; $p<0,05$).

Tablo 8.41 Fiziksel Sağlık, Çevre, Psikolojik Sağlık, PIU Alt Boyutlarının; Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi, Cinsiyet Değişkenlerinin ve PTGI Sonuçlarının PCL-5 Sonuçları Üzerindeki Yordayıcılık Etkilerinin Regresyon Analizi Tablosu

Yordanan	Yordayan	Std. Olm. B	Std. S.H.	Std. B	t	p	F (p)	R ² AdjR ²
PCL-5	(Sabit)	58,467	5,807		10,068	,000*	47,430	0,645
	Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	-,229	,049	-,250	-4,682	,000*	(0,000*)	(0,417)
	Refah Seviyesinin Olumsuz Etkilenmesi	-6,801	1,326	-,188	-5,128	,000*		
	Cinsiyet	-6,363	1,256	-,186	-5,065	,000*		
	PIU Alt Boyutu	,543	,110	,182	4,944	,000*		
	PTGI	7,304	2,008	,130	3,637	,000*		
	Çevre Alt Boyutu	-,149	,051	-,136	-2,890	,004*		
	Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	-,127	,048	-,135	-2,617	,009*		

Tablo 8.41’de PCL-5 sonuçlarını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, PCL-5’in %41,7’sini açıklamaktadır. Fiziksel Sağlık alt boyut puanı PCL-5 puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-0,229$; $p<0,05$). PIU puanı PCL-5 puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ($\beta=0,543$; $p<0,05$).

Çevre alt boyutu puanı PCL-5 puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-0,149$; $p<0,05$).

Psikolojik Sağlık alt boyutu puanı PCL-5 puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-0,127$; $p<0,05$).

Refah seviyesinin olumsuz etkilenmesi (referans=olumsuz etkilendi) ise PCL-5 puanı 6,801 puan azalmaktadır ($\beta=-6,801$; $p<0,05$).

Cinsiyet erkek (referans=kadın) ise PCL-5 puanı 6,363 puan azalmaktadır ($\beta=-6,363$; $p<0,05$).

TSB teşhisi var (referans=TSB teşhisi yok) ise PCL-5 puanı 7,304 puan artmaktadır ($\beta=7,304$; $p<0,05$).

BÖLÜM 5 TARTIŞMA

Varsayıldığı gibi ve Tomich ve Helgeson’ın 2021 yılında kanser hastaları ile yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarıyla tutarlı olarak PTG ile YK arasında pozitif yönlü bir etki tespit edilmiştir (Tomich & Helgeson, 2012). Bu etki sadece algılanan YK üzerinde değil, YK kalitesinin tüm alt boyutlarında da görülmektedir (genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre). Bununla birlikte bulgular, YK ile BT arasındaki negatif yönlü ilişkinin varlığını da desteklemektedir. PIU ve IIU, YK ve alt boyutları ile negatif bir ilişki içerisindeyken buna paralel olarak genel BT özellikle psikolojik sağlık, algılanan YK ve fiziksel sağlık ile negatif ilişki içerisinde. Bu bulgular Barahmand ve Haji’nin 2014 yılında Epilepsi hastaları ile yürüttükleri çalışmanın sonuçlarıyla paralellik

göstermektedir (Barahmand & Haji, 2014). Diğer taraftan varsayılanın aksine BT ile TSB arasında negatif bir iletişimden ziyade çok zayıf da olsa pozitif bir ilişki saptanmıştır. Belki bu durum özellikle IIU ile TSB arasında pozitif yönlü ilişki ile birlikte, kişilerin belirsizlik durumlarında, oluşan kaygı ve korku durumunu yok sayarak daha pozitif durumlara odaklanarak TSB'nin bu şekilde desteklendiği sonucu çıkarılabilir. Tabi ki etkileşim yönünün ne şekilde gerçekleştiği bilinmemekle birlikte bu durum detaylı bir şekilde araştırılması gereken bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna ek olarak pandemi döneminde COVID-19 tanısı alanların beklenildiği gibi TSB üzerinde bir yordayıcılığa sahip olmadığı ortaya çıkmıştır. Sonuçlar, literatürde yapılan araştırmaların sonucunu destekler şekildedir (Tiamiyu, et. al., 2016; Liu, et. al., 2017; Zalta, et. al., 2017). TSB üzerindeki en büyük yordayıcılığın TSSB varlığı olduğu ortaya koyulmaktadır. Öngörüldüğü gibi COVID-19 pandemisi döneminde TSSB belirtileri gösteren kişilerde BT daha yüksek seviyede çıkmıştır. Bu durum maruz kalınan travma ile birlikte kişinin hem belirsiz olan pandemi koşullarına karşı daha fazla korku ve kaygı hissetmesi hem de belirsizliğe karşı hissedilen korku ve kaygı durumunun mevcutta kişinin sahip olduğu TSSB belirtilerini şiddetlendirmesi olarak yorumlanabilmektedir. Buna ek olarak, beklenildiği gibi BT hem YK hem de TSSB üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olarak ortaya çıkmıştır. Bir önceki satırda açıklandığı gibi bu durum kişinin belirsizliğe karşı geliştirdiği korku ve kaygı durumunun TSSB belirtilerini olumsuz etkilediği aynı zamanda bu belirtilerle birlikte kişilerin yaşadıkları hem fiziksel hem psikolojik olumsuz durumların YK'nın olumsuz etkilendiği şeklinde yorumlanabilir. BT'nin alt boyutlarına bakıldığı zaman ise özellikle PIU'nun TSSB üzerindeki yordayıcılık etkisi dikkat çekmektedir. Bu durum kişilerin belirsizliğe karşı hissettikleri olumsuz duygulanımın ve bu duygulanımla başa çıkmak için yapılan eylemlerin TSSB belirtilerini olumsuz yönde etkilenmesi olarak yorumlanabilir. Burada gelecekte yapılacak araştırmalarda ne tür davranışların TSSB belirtilerini olumsuz şekilde etkilediği detaylı bir şekilde ele alınabilir. Benzer şekilde YK alt boyutlarından olan çevre faktörü, TSSB üzerinde diğer alt boyutlara göre daha fazla yordayıcılığa sahiptir. Burada pandemi dönemi ile birlikte çevresel koşulların olumsuz etkilenmesi, özellikle daha ileriki yaşlarda temel ihtiyaçların karşılanma durumlarının kısıtlanması ve çevre ile bağlantılarının bu şekilde olumsuz etkilenmesi, özellikle örneklem grubundaki yaş dağılımına bakıldığı zaman öngörülebilir bir sonuç olarak yorumlanmaktadır. Diğer taraftan pandemi dönemiyle birlikte gelen kısıtlamalarla kişilerin fiziksel aktivitelerinin sınırlanması ve hareket düzenlerinin

değişmesi ve COVID-19 virüsünün iyileşme sürecinden sonra bile çabuk yorulma, öksürük ve nefes darlığı ile birlikte YK'nın fiziksel sağlık kısmı diğer alt boyutlara göre olumsuz etkilenmiş ve bu durum TSSB belirtilerinin gelişmesine katkıda bulunmuştur. Tüm bu bulgular daha önce TSSB tanısı almış kişilerle yürütülen ile YK ve TSSB ile BT arasındaki ilişkiyi araştıran literatür araştırmalarının sonuçları ile paralellik göstermektedir (Cohen, et. al., 2009; Fetzner, et. al., 2013; Oglesby, et. al., 2017, Hollingsworth, et. al., 2018; Danielsson, et. al., 2018)

Sosyo-demografik değişkenler açısından bakıldığı zaman ise literatür bulgularıyla paralel olarak TSSB ve TSB kadınlarda daha sık görülmüştür (Butterfield, et. al., 2000; Holbrook, et. al., 2002; Miller & Wiegartz, 2003; Casellas-Grau et al., 2017; Rzeszutek & Gruszczyńska, 2018; Ogińska-Bulik & Kobylarczyk, 2015). Bununla paralel olarak bulgular YK'nın ve psikolojik sağlık alt boyutunun erkeklerin kadınlara göre daha yüksek algıladıklarını desteklemektedir. Bu bulgu 2012 yılında Bansaksen'in yürütmüş olduğu YK ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasındaki sonuçlar ile tutarlılık göstermektedir (Bansaksen, 2012). Diğer taraftan PIU erkeklerde daha sık görülmektedir. Bu durum ataerkil toplum yapısıyla birlikte erkeğin evine bakma sorumluluğuna sahip olması ve ileriye yönelik bu tür bir belirsizlik durumuyla ilgili kadınlara göre daha fazla kaygı ve korkuya sahip olması ve bununla ilgili aksiyon almaya çalışmaları mantıklı bir çıkarım gibi gözükmemektedir. Refah seviyesinde pandemi dönemiyle birlikte herhangi bir olumsuz etkilenme olmayan kişilerin YK ve alt boyutlarında daha yüksek skorlar alması bu yorumu destekler niteliktedir. Ayrıca bu bulgular Zhang ve Xiang'ın 2019 yılında ABD'de yürüttükleri gelir ve YK arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sonuçları ile de paralellik göstermektedir (Zhang & Xiang, 2019). Aynı zamanda benzer şekilde pandemi dönemiyle birlikte refah seviyesi olumsuz etkilenen kişilerde TSSB belirtilerinin daha yüksek bulunması şaşırtıcı olmayan bir sonuç olarak yorumlanmaktadır. COVID-19 döneminde tanı alan kişilerin sosyal ilişkilerini diğer gruba göre daha kalitesiz olarak yorumlamaları beklenen bir sonuçtur. Çünkü tanı alınmasıyla birlikte karantinaya girmek ve zaten kısıtlı olan sosyal etkileşimin sifıra inmesi kişilerde sosyal ilişkilerinin zedelenmiş algısı oluşturmuş olabilir. Sevdiği bir tanıdığı tanı alan ya da COVID-19 sebebiyle sevilen bir yakını kaybeden kişilerin hem genel sağlık hem de fiziksel sağlık durumları diğer gruplara göre daha düşük çıkmaktadır. Buradaki bulgu akıllara psikosomatik hastalıkları getirmektedir. COVID-19 dönemi ile birlikte

psikosomatik hastalıklarda herhangi bir artış olup olmadığı ya da bu durumun ne derece bir yordayıcılığa ya da etkiye sahip olduğunun araştırılması halinde bu bulgunun neden ortaya çıktığı daha net bir şekilde yorumlanabilir. Benzer şekilde sevdiği bir tanıdığı COVID-19 tanısı alan kişilerde TSSB belirtileri daha sık görülmekte ve psikolojik sağlık diğer grubu göre olumsuz bir şekilde etkilenmektedir. Sevdiği birinin etkisi ne olacağı bilinmeyen ve hastalık sürecinde fiziksel olarak pek çok tahribata sebep olan bir hastalığa yakalanmış olduğunu bilmek ve buna şahit olmak TSSB belirtileri geliştirmek için güçlü nedenler olarak yorumlanabilir. Ayrıca karantina süreci ile birlikte ondan uzak kalmak, “acaba ben mi bulaştırdım?” gibi suçluluk duygularıyla baş etmeye çalışmak ve bu durumun ona ciddi zararlar verebileceği gerçeği ile yüzleşmeye çalışmak TSSB belirtileri geliştirmek ile birlikte psikolojik sağlığı da olumsuz etkileyen etkenlerdendir. Diğer taraftan beklenildiği gibi pandemi döneminde refah seviyesinde olumsuz bir etkilenme yaşamayan kişilerin YK’sı diğer gruba oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebepleri olarak ekonomik olarak herhangi bir belirsizlik yaşamamak, bununla ilgili olumsuz bir duygulanım halinde olmamak ve kısıtlamalar dışında ekonomik olarak yaşantısına aynı şekilde devam etmek sayılabilir. Benzer olarak mevcut ekonomik durumunu yüksek olarak tanımlayan kişilerin de YK’sı yüksek, TSSB belirtileri geliştirme riski daha düşük olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bulgu Zhang ve Xiang’ın araştırma sonuçlarını da desteklemektedir (Zhang & Xiang, 2019). Şaşırtıcı bir şekilde aşı olmayan kişilerde TSB görölme ihtimali diğer gruba oranla daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi şu şekilde açıklanabilir; Aşı olmak kişide bir koruma mekanizması yaratır. Bu koruma mekanizmasıyla birlikte kişinin hem mevcut duruma hem de geleceğe yönelik endişe ve korku duyguları azalmaya başlar. Böylece travmatik durum ile daha kolay başa çıkabilir ya da mevcut travmatik etkiler kaybolmaya başlayabilir ve kişi herhangi bir olumsuz değerlendirme sürecini deneyimlemeyebilir. Diğer taraftan aşı olmayan kişi kendi koruma mekanizmasını kendisi yaratmak durumundadır. Bu tür koruma mekanizmaları genellikle inanç yoluyla ortaya çıkar. Kişi kendisinin ya da sevdiklerinin korunmasını bir güce atfeder. Böylece aslında TSB için gerekli olan bileşenlerden biri olan inanç sistemi yeniden yapılanmış ve eskisine göre daha da güçlenmiş olur. Aşı olmayan kişi bu şekilde TSB’yi diğer gruba göre daha çok deneyimleyebilir. Yaş faktörüne bakıldığı zaman ise tüm yaş grupları arasında TSSB belirtilerinin en az görüldüğü yaş 55 ve üzeri iken TSB’yi en çok deneyimleyen grup ise yine 55 yaş ve üzeri kişilerdir. Uzun bir hayatla birlikte diğer yaş gruplarına göre daha fazla travma deneyimlemiş olmak ve bununla birlikte başa

çıkma stratejilerinin daha fazla oturması ve TSB geliştirmekle birlikte TSSB belirtilerinin kaybolması bu bulguyu desteklemektedir. Eğitim durumu ile birlikte kişilerin algıladıkları YK'ları değişiklik görmektedir; yüksek lisans ve üzeri eğitim durumuna sahip katılımcıları YK'yı diğer gruplara göre daha yüksek olarak algılamaktadırlar. Bu durumun nedeni Skevington'ın da 2010 yılında YK, eğitim seviyesi ve kişisel gelişim arasındaki ilişkiyi saptamak için yapmış olduğu çalışma sonuçlarıyla açıklanabilir. Bulgularla paralel olarak eğitim durumunun artmasıyla birlikte sahip olunan işin ve refah düzeyinin daha tatmin olunan bir seviyeye gelmesi ve bununla birlikte yaşamla ilgili beklentileri daha kolay bir şekilde temin edebilirler (Skevington, 2010).

BÖLÜM 6 ÖNERİLER

Bu çalışma pandemi dönemi ile birlikte gelişen olumsuz şartlar ve kısıtlamalar nedeni ile çevrimiçi ve kendi kendini değerlendirme yönetimi ile yürütülmüştür. Sonuçların mevcut durumda kişilerin yaşadıkları psikolojik sıkıntılara ve ileride ortaya çıkabilecek sorunlara terapi planlamalarına ışık tutması amaçlanmıştır ancak kişilerin hem klinik özgeçmişleri ve mevcut psikopatolojik sorunları daha derinlemesine incelenerek hem de pandeminin kişilerin hayatlarına olan etkisi daha detaylı bir şekilde ele alınarak verilerin bu doğrultuda kullanılması önerilmektedir. Bununla birlikte özellikle araştırmanın şaşırtıcı bulgularından olan IIU ve TSB arasındaki pozitif ilişki detaylı bir şekilde araştırılmalıdır. Ayrıca kişilerin aşı olmamaları durumunda TSB'yi hangi faktörler nezdinde geliştirdikleri ve bunun uzun dönem kişilere o zaman kazanımları daha açık bir şekilde ele alınmalıdır. Bununla birlikte pandemi dönemi ile birlikte psikosomatik hastalıklardaki artış oranı incelenmeli ve bu tür durumlarda TSSB etkeni derinlemesine incelenmelidir. Ayrıca TSSB ve BT arasındaki ilişkinin anlaşılması birçok açıdan travmatik olayların insan hayatına olan ciddi etkisini anlamak ve farklı bir perspektiften bakmak adına büyük katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR (REFERENCES)

- [1] Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. (Çev. Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal yayın tarihi, 2013)
- [2] An, Y., Ding, X. & Fu, F. (2017). Personality and Post-traumatic Growth of Adolescents 42 Months after the Wenchuan Earthquake: A Mediated Model. *Frontiers in Psychology*, 8: 2152. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02152
- [3] Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- [4] Antonovsky, A. (1985). The Life Cycle, Mental Health and The Sense of Coherence. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 22, 273–280.
- [5] Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- [6] Baglama, B. & Atak, I. E. (2015). Relationship Between Posttraumatic Growth and Demographic and Clinical Factors Among Turkish Cypriot Breast Cancer Survivors. *Social and Behavioral Sciences*, 205, 709-716.
- [7] Barahmand, U. & Haji, A. (2014). The Impact of Intolerance of Uncertainty, Worry and Irritability on Quality of Life in Persons With Epilepsy: Irritability As Mediator.

- Epilepsy Res*, 108(8), 1335-1344. DOI: 10.1016/j.eplepsyres.2014.07.002. Epub 2014 Jul 23. PMID: 25138986.
- [8] Barbara, B. (2013). Quality Of Life: Everyone Wants It, But What Is It?. Forbes/Education. Retrieved from: <https://www.forbes.com/sites/iese/2013/09/04/quality-of-life-everyone-wants-it-but-what-is-it/?sh=3683091e635d>
- [9] Bal, M. & Van den Bos, K. (2012). Blaming for a Better Future Future Orientation and Associated Intolerance of Personal Uncertainty Lead to Harsher Reactions Toward Innocent Victims. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38, 7, 835-844.
- [10] Balayan, K., Kahloon, M., Tobia, G., Postolova, A., Peek, H., et. al. (2014). The Impact of Posttraumatic Stress Disorder on the Quality of Life: A Systematic Review. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 2(5), 214-233.
- [11] Başer, İ. G. (2016). Bozukluğa Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BÖBTÖ) Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- [12] Birrell J., Meares K., Wilkinson A. & Freeston M. (2011). Toward a Definition of Intolerance of Uncertainty: A Review of Factor Analytical Studies of The Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31 (7), 1198-1208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>
- [13] Blanuša, J., Barzut, V., & Knežević, J. (2021). Intolerance of Uncertainty and Fear of COVID-19 Moderating Role in Relationship Between Job Insecurity and Work-Related Distress in the Republic of Serbia. *Front. Psychol.*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.647972

- [14] Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. DOI: 10.1002/jts.22059
- [15] Brown, J., Bowling, A., & Flynn, T. N. (2004). *Models of Quality of Life: A Taxonomy and Systematic Review of The Literature*. In Report commissioned by European Forum on Population Ageing Research/Quality Life, University of Sheffield.
- [16] Bobdey, S. & Ray, S. (2020). Going Viral–Covid-19 Impact Assessment: A Perspective Beyond Clinical Practice. *J. Mar. Med. Soc.*, 22, 9–12.
- [17] Bottomley, A. (2021). The Cancer Patient and Quality of Life. **The Oncologist**, 7 (2), 120-125. DOI: 10.1634/theoncologist.7-2-120
- [18] Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2015). Psychometric Properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000254>
- [19] Bowling, A. (1991). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. New York, NY: Open University Press.
- [20] Bowling, A. (1994). Social Networks and Social Support Among Older People and Implications for Emotional Well-being and Psychiatric Morbidity. *International Review of Psychiatry*, 9, 447–459.
- [21] Bowling, A. & Grundy, E. (1998) Longitudinal Studies of Social Networks and Mortality in Later Life. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 353-361.

- [22] Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., et al. (2003). Let's Ask Them: A National Survey of Definitions of Quality of Life and Its Enhancement Among People Aged 65 and Over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56, 269-306.
- [23] Boysan, M., Güzel Özdemir, P., Özdemir, O., Selvi, Y., Yılmaz, E. & Kaya, N. (2017). Psychometric Properties of The Turkish Version of The PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27:3, 300-310. DOI: 10.1080/24750573.2017.1342769
- [24] Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-exposed Adults. *J Consult Clin Psychol.* 68, 748-766.
- [25] Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of The Evidence. *The Lancet*, 395, 912–920. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- [26] Budner, S. (1962). Intolerance of Ambiguity as a Personality Variable. *Journal of Personality*, 30(1), 29–50. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1962.tb02303.x>
- [27] Buhr, K. & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric Properties of The English Version. *Behaviour Research and Therapy*, 40 (8), 931-945. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)
- [28] Buhr, K. & Dugas, M. J. (2009). The Role of Fear of Anxiety and Intolerance of Uncertainty in Worry: An Experimental Manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 215-223.

- [29] Butterfield, M. I., Forneris, C. A., Feldman, M. E. & Beckham, J. C. (2000). Hostility and Functional Health Status in Women Veterans With and Without Posttraumatic Stress Disorder: A Preliminary Study. *J Trauma Stress*, 13, 735-741.
- [30] Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- [31] Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). *The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework*. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *The Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* (pp. 1-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- [32] Calman, K. C. (1984). Quality of Life in Cancer Patients – A Hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- [33] Cao, C., Wang, L., Wu, J., Li, G., Fang, R., Cao, X., Liu, P., Luo, S., Hall, B. J. & Elhai, J. D. (2018). Patterns of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Posttraumatic Growth in an Epidemiological Sample of Chinese Earthquake Survivors: A Latent Profile Analysis. *Front. Psychol.* 9, 1549. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01549
- [34] Carleton, R. N., Norton, M. A., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the Unknown: A Short Version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105-117. DOI: S0887-6185(06)00051-X [pii]10.1016/j.janxdis.2006.03.014
- [35] Carleton R.N. (2012). The Intolerance of Uncertainty Construct in The Context of Anxiety Disorders: Theoretical and Practical Perspectives, *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12 (8), 937-947. DOI: <http://dx.doi.org/10.1586/ern.12.82>
- [36] Carleton, R. N. (2016). Into The Unknown: A Review and Synthesis of Contemporary Models Involving Uncertainty. *J Anxiety Disord*, 39, 30-43.

- [37] Casellas-Grau, A., Ochoa, C., & Ruini, C. (2017). Psychological and Clinical Correlates of Posttraumatic Growth in Cancer: A SYstematic and Critical Review. *Psycho-oncology*, 26(12), 2007–2018. <https://doi.org/10.1002/pon.4426>
- [38] Chen, C. Y., & Hong, R. Y. (2010). Intolerance of Uncertainty Moderates The Relation Between Negative Life Events and Anxiety. *Personality and Individual Differences*, 49, 49-53. <http://dx.doi.Org/10.1016/j.paid.2010.03.006>
- [39] Ciacchini, R., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). Psychological Intervention Measures During the COVID-19 Pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 76-79. DOI: <https://doi.org/10.36131/CN20200208>
- [40] Crispin, J. (2020). *Quality Of Life*. Encyclopedia Britannica.
- [41] Crosta, A. D., Palumbo, R., Marchetti, D., Ceccato, I., Malva, P. L., Maiella, R., Cipi, M., Roma, P., Mammarella, N., Verrocchio, M. C. & Domenica, A. D. (2020). Individual Differences, Economic Stability, and Fear of Contagion as Risk Factors for PTSD Symptoms in the COVID-19 *Emergency*. *Front. Psychol.* 11:567367. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.567367
- [42] Cohen, B. E., Marmar, C. R., Neylan, T. C., Schiller, N. B., Ali, S. & Whooley, M. A. (2009). Posttraumatic Stress Disorder and Health-Related Quality of Life in Patients With Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study. *Arch Gen Psychiatry*. 66(11), 1214–1220. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.149
- [43] Cooper, K., Arber, S., Fee, L. & Ginn, J. (1999). *The Influence of Social Support and Social Capital on Health: A Review and Analysis of British Data*. London: Health Education Authority.

- [44] Danielsson, F. B., Schultz Larsen, M., Nørgaard, B. et al. (2018). Quality of Life and Level of Post-traumatic Stress Disorder Among Trauma Patients: A Comparative Study Between a Regional and A University Hospital. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 26, 44. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0507-0>
- [45] Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. (1998). *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. DOI: 10.1017/s0033291798006667
- [46] Dugas M.J., Freeston M.H. and Ladouceur R. (1997) Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21 (6), 593-606. DOI: 10.1023/A:1021890322153
- [47] Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. & Freeston, M. H. (1998). Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Test of a Conceptual Model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 2, 215-226.
- [48] Dugas, M. J., Gosselin, P. & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 5, 551-558.
- [49] Duman, N. (2019). Travma Sonrası Büyüme ve Gelişim. *International Journal of Afro-Eurasian Research*, 4(7), 178-184. E-ISSN 2602-215X
- [50] Dürü, Ç. (2006). Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- [51] Erbes, C. (2007). Post-Traumatic Stress Disorder and Service Utilization in a Sample of Service Members from Iraq and Afghanistan. *Mil Med*, 172(4), 359.

- [52] Eriksson, M. (2021a). *Key Concepts in The Salutogenic Model of Health*. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, B. Lindström, J. M. Pelikan, M. Eriksson, S. Sagy, & M. C. Meier (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed.). Cham: In Press.
- [53] Eriksson, M., & Contu, P. (2021). *The Sense of Coherence: Measurement Issues*. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, B. Lindström, J. M. Pelikan, M. Eriksson, S. Sagy, & M. C. Meier (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed.). Cham: In Press.
- [54] Ferreira, L. N., Pereira, L. N., da Fé Brás, M. & Ilchu, K. (2021). Quality of Life Under The COVID-19 Quarantine. *Quality of Life Research*, 30, 1389-1405.
- [55] Eser, E., H. Fidaner, C. Fidaner, S.Y. Eser ve ark. (1999). Psychometric Properties of WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*, 7.2, 23-40.
- [56] Fetzner, M. G., Horswill, S. C., Boelen, P. A. et al. (2013). Intolerance of Uncertainty and PTSD Symptoms: Exploring the Construct Relationship in a Community Sample with a Heterogeneous Trauma History. *Cogn Ther Res*, 37, 725–734. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9531-6>
- [57] Flax, M. J. (1972). *A Study in Comparative Urban Indicators: Conditions in 18 Large Metropolitan Areas*. Washington DC: The Urban Institute.
- [58] Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why Do People Worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791–802. DOI:10.1016/0191-8869(94)90048-5
- [59] Frenkel-Brunswik, E. (1948). Intolerance of Ambiguity as an Emotional and Perceptual Personality Variable. *Journal of Personality*, 18, 108–143.

- [60] Frenkel-Brunswik, E. (1949). Tolerance Towards Ambiguity as a Personality Variable. *American Psychologist*, 3, 268.
- [61] Garratt, A. M. & Ruta, D. A. (1999). *The Patient Generated Index*. Switzerland: Harwood Academic Publisher.
- [62] Gardner, P.J. & Moallef, P. (2015) Psychological Impact on SARS Survivors: Critical Review of The English Language Literature. *Canadian Psychology* 56, 123-135.
- [63] Geçgin, F. M. ve Sahranç, Ü. (2017). Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişki. *Sakarya University Journal of Education*, 7(4), 739-755.
- [64] George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
- [65] Greco., V. & Roger, D. (2001). Coping with Uncertainty: The Construction and Validation of A New Measure. *Personal and Individual Differences*, 31 (4), 519-534. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00156-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00156-2)
- [66] Greco, V. ve Roger, D. (2003). Uncertainty, Stress, and Health. *Personality and Individual Differences*, 34, 6, 1057-1068.
- [67] Gregory, D., Johnston, R., Pratt, G., Watts, M., et. al. (2009). *Quality of Life. Dictionary of Human Geography*. Oxford: Wiley-Blackwell. ISBN: 978-1-4051-3287-9
- [68] Grenier, S., Barrette, A., & Ladouceur, R. (2005). Intolerance of Uncertainty and Intolerance of Ambiguity: Similarities and Differences. *Personality and Individual Differences*, 39, 593-600. DOI: 10.1016/j.paid.2005.02.014

- [69] Grundy, E. & Bowling, A. (1999). Enhancing The Quality of Extended Life Year: Identification of The Oldest Old With A Very Good and Very Poor Quality of Life. *Ageing and Mental Health*, 3, 199-212.
- [70] Gvozden, T. V., Baucal, A., Krstic, K. & Filipovic, S. (2021). Intolerance of Uncertainty and Tendency to Worry as Mediators Between Trust in Institutions and Social Support and Fear of Coronavirus and Consequences of the Pandemic. *Front. Psychol.*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.737188
- [71] Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H., Jouhn, U. & Meyer, C. Post Traumatic Stress Disorder, The Role of Trauma, Preexisting Psychiatry Disorder and Gender, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299-306.
- [72] Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B. & Sieber, W. J. (2002). Gender Differences in Long-term Posttraumatic Stress Disorder Outcomes After Major Trauma: Women are at Higher Risk of Adverse Outcomes Than Men. *J Trauma*, 53, 882-888.
- [73] Hollingsworth, D. W., Gauthier, J. M., McGuire, A. P., Peck, K. R., Hahn, K. S, & Connolly, K. M. (2018). Intolerance of Uncertainty Mediates Symptoms of PTSD and Depression in African American Veterans With Comorbid PTSD and Substance Use Disorders. *Journal of Black Psychology*, 44(7), 667-688.
DOI:10.1177/0095798418809201
- [74] Hong, R. Y. & Lee, S. S. M. (2015). Further Clarifying Prospective and Inhibitory Intolerance of Uncertainty: Factorial and Construct Validity of Test Scores From the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment*, 27(2), 605-620.
- [75] Hong, X., Currier, G.W., Zhao, X., Jiang, Y., Zhou, W. & Wei, J. (2009) Posttraumatic Stress Disorder in Convalescent Severe Acute Respiratory Syndrome Patients: A 4-year Follow-up Study. *Gen Hosp Psychiatry* 31(6), 546-554.

- [76] Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34.
- [77] Jeon, G.-S., Park, S. Y. & Bernstein, K.-S. (2017). Socio-demographic and Psychological Correlates of Posttraumatic Growth among Korean Americans with a History of Traumatic Life Experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 265-262.
- [78] İnci, F. & Boztepe, H. (2013). Travma Sonrası Büyüme: Öldürmeyen Acı Güçlendirir mi? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 80-84.
- [79] Kaplan, B. H. (1975). *An Epilogue: Toward Further Research on Family and Health*. New York: University of North Carolina, Institute for Research and Social Science.
- [80] Karaman, Y., Aksu, M., Çatakoğlu, Ö., Ersoy, A. Ö. & Arman, F. (1997). Normal Yaşlılıkta Kognitif Fonksiyonların İncelenmesi: Mental Durum Testleri Standardizasyon Çalışması. *Erciyes Tıp Dergisi*, 19 (1), 11-20.
- [81] Karasar, N. (2011). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayınları
- [82] Karatzias, T., Shevlin, M., Murphy, J., McBride, O., Ben-Erza, M., Bentall, R.P., Vallières, F. & Hyland, P. (2020). Posttraumatic Stress Symptoms and Associated Comorbidity During the COVID-19 Pandemic in Ireland: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, 33, 365-370. DOI: 10.1002/jts.22565
- [83] Kayış, A., 2009. Güvenirlilik Analizi. Ş. Kalaycı (Ed), SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. (403-419). Ankara: Asil Yayıncılık.
- [84] Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen*

- [85] Kharshiing, K. D., Kashyap, D., Gupta, K., Khursheed, M., Shahnawaz, M. G., Khan, N. H., Rehman, U. (2020). Quality of Life in the COVID-19 Pandemic in India: Exploring the Role of Individual and Group Variables. *Community Mental Health Journal*. DOI: 10.1007/s10597-020-00712-6
- [86] Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48
- [87] Kiely, J. M., Brasel, K. J., Weidner KL, et al. (2006). Predicting Quality of Life Six Months After Traumatic Injury. *J Trauma*, 61, 791-798.
- [88] Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A, Ng, L., Mclaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., et al. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in The World Mental Health Surveys. *Psychol. Med.* 47, 1–15. DOI: 10.1017/S0033291717000708
- [89] Kopala-Sibley, D.C., Danzig, A.P., Kotov, R., Bromet, E.J., Carlson, G.A., Olino, T.M., Bhatia, V., Black, S.R. & Klein, D.N. (2016). Negative Emotionality And Its Facets Moderate The Effects of Exposure to Hurricane Sandy on Children's Postdisaster Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 47.
- [90] Kraemer, H. C., Lowe, K. K. & Kupfer, D. J. (2005). *To Your Health: How To Understand What Research Tells Us About Risk*. Oxford: Oxford University Press.
- [91] Krupinski, J. (1980). Health and Quality of Life. *Social Science and Medicine*, 14A, 203-211.

- [92] Kuruluşlararası Daimi Komite (IASC) Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Referans Grubu (2020) COVID-19 Salgının Ruh Sağlığı ve Psikososyal Etkenler Açısından Ele Alınması, Versiyon 1.5, 17 Mart.
- [93] Küçükkömürler, S. (2017). Belirsizliğin Psikolojik Etkileri. *Nesne Psikolojisi Dergisi*, 5(10), 329-344. DOI: 10.7816/nesne-05-10-07
- [94] Lai, J., Ma, S., Wang, Y, et. al.. (2020) Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed To Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3).
- [95] Ladouceur, R., Gosselin, P. & Dugas, M. J. (2000). Experimental Manipulation of Intolerance of Uncertainty: A Study of a Theoretical Model of Worry. *Behavior Research and Therapy*, 38, 9, 933-941.
- [96] Larson, R. (1978). Thirty Years of Research On The Subjective Well-being of Older Americans. *Journal of Gerontology*, 33,109-125.
- [97] Lau, B. H. P., Chan, C. L. W., & Ng, S. M. (2021). Post-traumatic Growth in the First COVID Outbreak in Hong Kong. *Front. Psychol.* 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.675132
- [98] Leppin, A. & Aro, A.R. (2009). Risk Perceptions Related to SARS and Avian Influenza: Theoretical Foundations of Current Empirical Research. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 7–29.
- [99] Levine, P.A. (2015). *Travma ve Anı*. (Çev. Pınar Savaş). İstanbul: Butik Yayıncılık ve Kişisel Gelişim Hiz. Tic. A.Ş. (Orijinal yayın tarihi, 2019)
- [100] Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 15–23). New York: Springer International Publishing AG Switzerland.

- [101] Liu, A. N., Wang, L. L., Li, H. P., Gong, J., and Liu, X. H. (2017). Correlation Between Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Based on Pearson Correlation Coefficient: A Meta-analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 205, 380–389. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000605
- [102] Loh, L. C., Ali, A. M., Ang, T. H. & Chelliah, A. (2005). Impact of a Spreading Epidemic on Medical Students. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, 12, 43.
- [103] Loomes, M. W. & Butt, Z. (2019). Posttraumatic Growth and Big-Five Personality Traits: A Systematic Review. DOI: 10.13140/RG.2.2.13003.85286
- [104] López, J., Camilli, C., and Noriega, C. (2015). Posttraumatic Growth in Widowed and Non-widowed Older Adults: Religiosity and Sense of Coherence. *J. Relig. Health* 54, 1612–1628. DOI: 10.1007/s10943-014-9876-5
- [105] Magee, L., James, P. & Scerri, A. (2012). Measuring Social Sustainability: A Community-Centred Approach. *Applied Research in the Quality of Life*, 7(3), 239-261. DOI: 10.1007/is11482-012-9166
- [106] Masiero, M., Mazzocco, K., Harnois, C., Cropley, M. & Pravettoni, G. (2020). From Individual To Social Trauma: Sources Of Everyday Trauma In Italy, The US And UK During The Covid-19 Pandemic, *Journal of Trauma & Dissociation*, DOI: 10.1080/15299732.2020.1787296
- [107] Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- [108] Maslow, A. (1962). *The Farther Reaches of Human Nature*. New York: Viking Press.
- [109] Michalos, A. C (1986). *Job Satisfaction, Marital Satisfaction and The Quality of Life: A Review and Preview*. In: FM. Andrews (ed). *Research On The Quality of*

Life. Michigan: Ann Arbor Survey Research Center, Institute for Social research, University of Michigan.

- [110] Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M. & Ishitake, T. (2009). Predictive Factors of Psychological Disorder Development During Recovery Following SARS Outbreak. *Health Psychology*, 28, 91.
- [111] Miller, L. J. & Wiegartz, P. (2003). Posttraumatic Stress Disorder: How to Meet Women's Specific Needs. *Current Psychiatry*, 2, 35–9.
- [112] Moreland, P., & Santacroce, S. J. (2018). Illness Uncertainty and Posttraumatic Stress in Young Adults with Congenital Heart Disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(4), 356- 362. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000471>
- [113] Muntaner, C. & Lynch, J. (2002). Social Capital, Class Gender and Race Conflict, and Population Health: An Essay Review of Bowling Alone's Implications For Social Epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 31, 261-267.
- [114] Nussbaum, M. & Sen, A. (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- [115] Oglesby, M. E., Gibby, B. A., Mathes, B. M., Short, N. A. & Schmidt, N. B. (2017). Intolerance of Uncertainty and Post-traumatic Stress Symptoms: An Investigation Within a Treatment Seeking Trauma-exposed Sample. *Compr Psychiatry*, 72, 34-40. DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.08.011. Epub 2016 Aug 21. PMID: 27710835.
- [116] Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2015). Relation between resiliency and post-traumatic growth in a group of paramedics: The mediating role of coping strategies. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(4), 707–719. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00323>

- [117] Padilla, G. V., Mishel, M. H., & Grant, M. M. (1992). Uncertainty, Appraisal and Quality of Life. *Quality of Life Research*, 1(3), 155–165. doi:10.1007/bf00635615
- [118] Pappas, G., Kiriaze, I.J., Giannakis, P., Falagas, M.E. (2009) Psychosocial Consequences of Infectious Diseases. *Clin Microbiol Infect* 15(8), 743-747
- [119] Páez, D., Reyes, C., & Villagrán, L. (2012). *Evaluación del Crecimiento Postraumático Colectivo en Víctimas de Catástrofes Humanitarias*. Manuscrito. Facultad de Psicología: Universidad del País Vasco.
- [120] Pérez-San-Gregorio, M.Á., Martín-Rodríguez, A., Borda-Mas, M., et al. (2017). Post-traumatic Growth and Its Relationship to Quality of Life up to 9 Years After Liver Transplantation: A Cross-sectional Study in Spain. *BMJ Open*, 7:017455. DOI:10.1136/bmjopen-2017-017455
- [121] Peitl, V., Zatezalo, V. G., & Karlović, D. (2020). Mental Health Issues and Psychological Crisis Interventions During the COVID-19 Pandemic and Earthquakes in Croatia. *Archives of Psychiatry Research*, 56, 193–198. DOI: <https://doi.org/10.20471/dec.2020.56.02.07>
- [122] Plexousakis, S.S., Kourkoutas, E., Giovazolias, T., Chatira, K. & Nikolopoulos, D. (2019). School Bullying and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms: The Role of Parental Bonding. *Frontiers in Public Health*, 7, 75.
- [123] Prieto-Ursúa, M., & Jódar, R. (2020). Finding Meaning in Hell. The Role of Meaning, Religiosity and Spirituality in Posttraumatic Growth During the Coronavirus Crisis in Spain. *Front. Psychol.* 11:567836. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.567836
- [124] Putnam, R. D. (2000). *The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.

- [125] Ragger, K., Hiebler-Ragger, M., Herzog, G., Kapfhammer, H. P. & Unterrainer, H. F. (2019). Sense of Coherence is Linked to Post-traumatic Growth After Critical Incidents in Austrian Ambulance Personnel. *BMC Psychiatry*, 19, 89. doi: 10.1186/s12888-019-2065-z
- [126] Ramos, C. & Leal, I. (2013). Posttraumatic Growth in The Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Aontexts. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 43–54. DOI:10.5964/pch.v2i1.39
- [127] Rogan, C., Fortune, D. G., & Prentice, G. (2013). Post-traumatic Growth, Illness Perceptions and Coping in People With Acquired Brain Injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 639–657. DOI: 10.1080/09602011.2013.799076
- [128] Rogerson, R. J, Findlay, A. M., Coombes, M. G. & Morris, A. (1989). Indicators of Quality of Life. *Environment and Planning*, 21, 1655-1666.
- [129] Rogerson, R. J. (1995). Environmental and Health-related Quality of Life: Conceptual and Methodological Similarities. *Social Science and Medicine*, 41, 1373-1382.
- [130] Rzeszutek, M., & Gruszczyńska, E. (2018). Posttraumatic Growth Among People Living with HIV: A Systematic Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.006>
- [131] Rzeszutek, M., Oniszczenko, W. & Gruszczyńska, E. (2019). Satisfaction with Life, Big-Five Personality Traits and Posttraumatic Growth Among People Living with HIV. *Journal of Happiness Studies*, 20, 35-50.
- [132] Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A. & Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Route Educational and Social Science Journal*, 1(3), 148-157.

- [133] Satıcı, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M. E. & Satıcı, S. A. (2020). Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association With Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health Addiction*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00294-0>.
- [134] Schaie, K. W., Wahl, H. W., Mollenkopf, H. & Oswald, F. (2003) *Aging independently: Living Arrangements and Mobility*. New York: Springer Publishing Co.
- [135] Schäfer, S. K., Becker, N., King, L., Horsch, A. & Michael, T. (2019). The Relationship Between Sense of Coherence and Posttraumatic Stress: A Meta-Analysis. *Eur. J. Psychotraumatol.* 10. DOI: 10.1080/20008198.2018.1562839
- [136] Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). *Life Crises and Personal Growth*. B. N. Carpenter (Ed.), *Personal Coping: Theory, Research and Application* (s. 149–170). Westport, CT: Praeger.
- [137] Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Bovin, M. J. & Marx, B. P. (2009). Posttraumatic Stress Disorder and Quality of Life: Extension of Findings to Veterans of The Wars in Iraq and Afghanistan. *Clin Psychol Review*, 29, 727-735.
- [138] Schwartz, R.M., Rasul, R., Gargano, L.M., Lieberman-Cribbin, W., Brackbill, R.M. & Taioli, E. (2019). Examining Associations Between Hurricane Sandy Exposure and Posttraumatic Stress Disorder by Community of Residence. *Journal of Traumatic Stress*, 32, 677–687.
- [139] Shakespeare-Finch, J., and Lurie-Beck, J. (2014). A Meta-analytic Clarification of The Relationship Between Posttraumatic Growth and Symptoms of Posttraumatic Distress Disorder. *J. Anxiety Disord.* 28, 223–229. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.10.005

- [140] Sherman. E., & Schiffman, L. G. (1991) Quality of Life (QoL) Assessment of Older Consumers: A Retrospective Review. *Journal of Business and Psychology*, 6, 10719.
- [141] Sim, K., Chan, Y. H., Chong, P. N., Chua, H. C. & Soon, S. W. (2010). Psychosocial and Coping Responses Within the Community Health Care Setting Towards A National Outbreak of An Infectious Disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 195- 202. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.004>
- [142] Siqveland, J., Nygaard, E., Hussain, A. & Tedeschi, R. G. (2015). Posttraumatic Growth, Depression and Posttraumatic Stress in relation to Quality of Life in Tsunami Survivors: A Longitudinal Study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13:18. DOI 10.1186/s12955-014-0202-4
- [143] Skevington, S. M. (2010). Qualities of life, Educational Level and Human Development: An International Investigation of Health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(10), 999-1009. DOI: 10.1007/s00127-009-0138-x.
- [144] Sun, W., Chen, W., Zhang, Q., Ma, S., Huang, F., Zhang, L. & Lu, H. (2021). Post-Traumatic Growth Experiences Among COVID-19 Confirmed Cases in China: A Qualitative Study. *Clinical Nursing Research*, 30(7), 1079-1087. DOI:10.1177/10547738211016951
- [145] Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., Chen, S. & Xu, J. (2020). Prevalence and Correlates of PTSD and Depressive Symptoms One Month After The Outbreak of The COVID-19 Epidemic in A Sample of Home Quarantined Chinese University Students. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1-7.
- [146] Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.

- [147] Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic Growth: Positive Changes In The Aftermath of Crisis*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- [148] Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring The Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. DOI: 10.1007/bf02103658
- [149] Tiamiyu, M. F., Gan, Y., Kwiatkowski, D., Foreman, K. C., Dietrich, A., Elliott, K., et al. (2016). Relationship between latent factors of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth. *J. Nerv. Ment. Dis.* 204, 344–348. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000490
- [150] Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2012). Posttraumatic Growth Following Cancer: Links to Quality of Life. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 567–573. DOI:10.1002/jts.21738
- [151] Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M., & Ventriglio, A. (2020). The Outbreak of COVID-19 Coronavirus and Its Impact on Global Mental Health. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 20764020915212.
- [152] Bonsaksen, T. (2012). Exploring Gender Differences in Quality of Life. *Mental Health Review Journal*. DOI: 10.1108/13619321211231815
- [153] Trauma (n.d.). In American Psychology Association. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/trauma>
- [154] Tükel, R. (2020, Eylül 20). COVID-19 Pandemi Sürecinde Ruh Sağlığı. 25 Nisan 2022 tarihinde https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=42ee49a2-fb2d-11ea-abf2-539a0e741e38 adresinden erişildi.

- [155] Van den Bos, K., Euwema, M. C., Poortvliet, P. M. & Maas, M. (2007). Uncertainty Management and Social Issues: Uncertainty as an Important Determinant of Reactions to Socially Deviating People. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 8, 1726-1756.
- [156] Van den Bos, K., Van Ameijde, J. & Van Gorp, H. (2006). On the Psychology of Religion: The Role of Personal Uncertainty in Religious Worldview Defense. *Basic and Applied Social Psychology*, 28, 4, 333-341.
- [157] Wang, M.L., Liu, J.E., Wang, H.Y., Chen, J. & Li, Y.Y. (2014). Posttraumatic Growth and Associates Socio-demographic and Clinical Factors in Chinese Breast Cancer Survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 478-483.
- [158] World Health Organization (2021). *WHOQOL: User Manual*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- [159] Wu, P., Fang., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z. & Hoven, C. W. (2009). The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.
- [160] van der Sar-van der Brugge, S., Talman, S., Boonman- de Winter, L. J. M., de Mol, M., Hoefman, E., van Etten, R. W. & De Backer, L. C. (2021). Pulmonary Function and Health-related Quality of Life After COVID-19 Pneumonia. *Respiratory Medicine*, 176.
- [161] Veenhoven, R. (1999). Quality-of-life In Individualistic Society. *Social Indicators Research*, 48, 157- 186.
- [162] [Yang, G., Tu, C. & Dai, X. (2020). The Effect of the 2019 Novel Coronavirus Pandemic on College Students in Wuhan. *American Psychological Association*, 12, 6-14. ISSN: 1942-9681

- [163] Zalta, A., Gerhardt, J., Hall, B. J., Rajan, K. B., Vecchiu, C., Canetti, D., et al. (2017). Self-reported Posttraumatic Growth Predicts Greater Subsequent Posttraumatic Stress Amidst War and Terrorism. *Anxiety Stress Coping*, 30, 176–187. DOI: 10.1080/10615806.2016.1229467
- [164] Zlomke, K. R., & Jeter, K. M. (2014). Stress and Worry: Examining Intolerance of Uncertainty's Moderating Effect. *Anxiety, Stress, and Coping*, 27, 202-215. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2013.835400>
- [165] Zhuo, L., Wu, Q., Le, H., Li, H., Zheng, L., Ma, G. & Tao, H. (2021). COVID-19-Related Intolerance of Uncertainty and Mental Health among Back-To-School Students in Wuhan: The Moderation Effect of Social Support. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030981>

EKLER (APPENDICES)

EK A ONAM FORMU

Bu çalışma Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Özlem MESTÇİOĞLU danışmanlığında, İstanbul Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi İlayda YELKEN tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı COVID-19 pandemi sürecinin kişiler üzerinde yarattığı etkileri saptamaktır. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ölçeklere verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Çalışma içerisinde değerlendirilmesi üzere size birtakım sorular içeren bazı anketler verilecektir. Anketleri cevaplarırken herhangi bir rahatsızlık hissetmeniz durumunda, çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz. Anketi doldurmayı tamamladıktan sonra çalışma ile ilgili tüm sorularınızı e-mail adresine gönderebilirsiniz. Çalışma ile ilgili tüm sorularınız, araştırmacı tarafından cevaplanacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman çalışmayı yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Evet/Hayır

EK B DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ KISA FORMU (WHOQOL-BREF)

Bu ölçek sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları **son 2 haftayı** göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	Çok kötü (1)	Biraz kötü (2)	Ne iyi ne kötü (3)	Oldukça iyi (4)	Çok iyi (5)
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?					
	Hiç hoşnut değilim (1)	Çok az hoşnutum (2)	Ne hoşnutum ne değilim (3)	Epeyce hoşnutum (4)	Çok hoşnutum (5)
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
	Aşırı derecede (1)	Çokça (2)	Orta derecede (3)	Çok az (4)	Hiç (5)
Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?					
Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?					
Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?					
Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?					
	Hiç (1)	Çok az (2)	Orta derecede (3)	Çokça (4)	Son derecede (5)

Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?					
Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					
	Hiç (1)	Çok az (2)	Orta derecede (3)	Çokça (4)	Tamamen (5)
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?					
Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?					
İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?					
Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?					
Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?					
	Çok kötü (1)	Biraz kötü (2)	Ne iyi ne kötü (3)	Oldukça iyi (4)	Çok iyi (5)
Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?					
	Hiç hoşnut değilim (1)	Çok hoşnutum (2)	Ne hoşnutum ne de değilim (3)	Epeyce hoşnutum (4)	Çok hoşnutum (5)
Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					

Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					
Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
	Her zaman (1)	Çoğunlukla (2)	Ara sıra (3)	Nadiren (4)	Hiçbir zaman (5)
Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?					
	Aşırı derecede (1)	Çokça (2)	Orta derecede (3)	Çok az (4)	Hiç (1)
Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					

EK C TRAVMA SONRASI BÜYÜME ÖLÇEĞİ (PTGI)

Bu ölçek, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğunu sorgulamaktadır. Lütfen soruları **COVID-19 pandemi sürecinde** yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre değerlendiriniz.

	Hiçbir şekilde yaşamadım (0)	Çok az bir düzeyde yaşadım (1)	Bir miktar yaşadım (2)	Orta düzeyde yaşadım (3)	Oldukça fazla yaşadım (4)	Çok büyük ölçüde yaşadım (5)
Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti.						
Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.						
Yeni ilgi alanları keşfettim.						
Kendime güven hissinde artış oldu.						
Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.						
Başım sıkıştığında insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım.						
Yaşamım için yeni bir yön belirledim.						
Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım.						
Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim.						
Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım.						

Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum.						
Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum.						
Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.						
Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.						
Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim.						
İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım.						
Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum.						
Daha güçlü bir inanca sahibim.						
Düşündüğümde çok daha güçlü olduğumu keşfettim.						
İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim.						
Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim.						

EK D DSM-5 İÇİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KONTROL LİSTESİ (PCL-5)

Bu ölçek, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde negatif değişikliklere sebep olduğunu sorgulamaktadır. Aşağıdaki ölçekte travmatik veya stresli yaşam olaylarından sonra insanların deneyimlediği bazı sorunlar yer almaktadır. Sizden ifadelerde yer alan “stresli olay” tanımını **pandemi dönemi** olarak düşünmenizi istiyoruz. Lütfen hepsini dikkatlice okuyun ve **son 1 ay içerisinde** bu problemlerin sizi **ne kadar rahatsız ettiğine ve bunalttığına** göre cevapları işaretleyiniz.

	Hiç (0)	Çok az (1)	Orta derecede (2)	Oldukça fazla (3)	Aşırı (4)
Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları					
Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar					
Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (<i>sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi</i>)					
Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi					
Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (<i>örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi</i>)					
Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak					
Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (<i>örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan</i>) kaçınmaya çalışmak					
Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler					
Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (<i>örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye</i>					

<i>güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler)</i>					
Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak					
Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular					
Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek					
Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek					
Olumlu duyguları yaşayamamak (<i>örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak</i>)					
Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler					
Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak					
Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak					
Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek					
Dikkati toplamada güçlükler					
Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri					

EK E BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ (BTÖ-12)

Bu ölçek beklenmedik durumlara karşı verdiğiniz tepkileri sorgulamaktadır. Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren ifadelerden size en uygun olanını işaretleyiniz.

	Bana hiç uygun değil (1)	Bana çok az uygun (2)	Bana biraz uygun (3)	Bana çok uygun (4)	Bana tamamen uygun (5)
Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.					
Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.					
İnsan beklenmedik olaylardan (sürprizlerden) kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.					
En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.					
Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.					
Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.					
Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.					
Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.					
Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.					
Belirsizlik yaşadığımda pek iyi çalışmam.					
En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.					
Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.					

EK F DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ANKET SORULARI

Cinsiyet	Kadın Erkek Belirtmek İstemiyorum
Yaşınız	18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65+
Eğitim durumunuz nedir?	Lise mezunu Üniversite mezunu Yüksek lisans mezunu Doktora mezunu
Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	Fakir Orta gelirli Yüksek gelirli Zengin
Pandemi sürecinde aşı oldunuz mu?	Evet Hayır
Pandemi başladığından beri COVID-19 tanısı aldınız mı?	Evet Hayır
Pandemi başladığından beri sevdiğiniz bir yakınınız COVID-19 tanısı aldı mı?	Evet Hayır
Pandemi sürecinde COVID-19'dan dolayı sevdiğiniz bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Evet Hayır
Pandemi sürecinde, pandemiden kaynaklanan sebeplerden ötürü işinizi kaybettiniz mi ya da pandemiye bağlı olarak refah seviyenizde olumsuz anlamda bir değişim oldu mu?	Evet Hayır

EK G TRAVMA SONRASI BÜYÜME ÖLÇEĞİ (PTGI) KULLANIM İZİN BELGESİ

İlgili makama,

İlayda Yelken, Türkçe'ye uyarlamasını yaptığım "Travma Sonrası Büyüme Ölçeği'ni" tez çalışmasında kullanabilir.

Saygılarımla

Çağay Dürü (PhD)

