

**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE HASTANE
PERSONELİNİN DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Fırat ÖTÜN

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

İstanbul – 2023

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Fırat ÖTÜN

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Covid-19 Pandemi Döneminde Hastane Personelinin
Depresyon Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin
İncelenmesi

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Psikoloji

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 11.01.2023

Sayfa Sayısı : 105

Tez : Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

Danışmanları

Dizin Terimleri : Covid-19, Pandemi, Depresyon, Yaşam Kalitesi

Türkçe Özet : Bu araştırmada, Covid-19 pandemisinde hastane çalışanlarının depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Fırat ÖTÜN

**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı**

**COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE HASTANE
PERSONELİNİN DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Fırat ÖTÜN

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL**

İstanbul – 2023

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Fırat ÖTÜN

.../.../2023



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Fırat ÖTÜN'ün Covid-19 Pandemi Döneminde Hastane Personelinin Depresyon Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ anabilim dalı, KLİNİK PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL
(Danışman)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hasan
SEZEROĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

... / ... / 2023

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırmanın temel amacı, Covid-19 pandemisi döneminde hastane personelinin depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi tespit etmektir. Bu doğrultuda, araştırmaya tarama modelinde yön verilmiştir. Araştırmanın evrenini Türkiye'deki il ve ilçelerde bulunan özel veya devlet hastanelerinin personelidir. Örneklem grubu ise amaçlı örnekleme yöntemlerinden olan ölçüt örnekleme yöntemiyle seçilen 224 kadın ve 212 erkek olmak üzere 436 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan verilerin analizinde ise mann whitney u testi, kruskal wallis testi ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonunda;Covid-19 pandemisinde hastane personelinin depresyon düzeyinin hafif-ortta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, depresyonun cinsiyet, ikamet yeri ve gelir düzeyi bağlamında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Genel yaşam kalitesi ile fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşam kalitesi boyutlarının medeni durum, ikamet yeri ve gelir düzeyine göre anlamlı düzeyde fark gösterdiği sonucuna varılmıştır. Ek olarak, çevresel yaşam kalitesi boyutunun medeni duruma göre anlamlı fark göstermediği; ikamet yeri ve gelir düzeyine göre anlamlı sonuçlar verdiği belirlenmiştir. Son olarak, Covid-19 pandemisi döneminde hastane personelinin depresyon düzeyleri ile genel yaşam kalitesi ve fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, pandemi, depresyon, yaşam kalitesi

SUMMARY

The main purpose of this research is to determine the relationship between the depression levels of hospital staff and their quality of life during the Covid-19 pandemic. In this direction, the research was directed in the scanning model. The population of the research is the personnel of private or public hospitals in the provinces and districts of Turkey. The sample group consists of 436 healthcare professionals, 224 women and 212 men, selected by the criterion sampling method, which is one of the purposive sampling methods. Personal Information Form, Beck Depression Inventory and WHO Quality of Life Scale were used to collect the data of the study. In the analysis of the collected data, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman correlation analysis were used.

At the end of the research; It was concluded that the depression level of the hospital staff in the Covid-19 pandemic was mild-moderate. In addition, it was determined that depression differed significantly in terms of gender, place of residence and income level. It was concluded that the dimensions of general quality of life and physical, mental and social quality of life differed significantly according to marital status, place of residence and income level. In addition, the environmental quality of life dimension did not differ significantly according to marital status; It was determined that it gave significant results according to the place of residence and income level. Finally, it was concluded that there was a negative significant relationship between the depression levels of the hospital staff and the general quality of life and physical, mental, social and environmental quality of life dimensions during the Covid-19 pandemic period.

Keywords: Covid-19, pandemic, depression, quality of life

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vii
TABLOLAR LİSTESİ.....	vii
ÖNSÖZ.....	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Amaç.....	3
1.2. Önem.....	3
1.3. Problem.....	4
1.4. Varsayımlar.....	5
1.5. Sınırlılıklar.....	5
1.6. Hipotezler	5
1.7. Tanımlar.....	6

İKİNCİ BÖLÜM KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Covid-19 Kavramı	7
2.1.1. Tanım ve belirtileri	7
2.1.2. Tedavi süreci ve önlemler.....	8
2.1.3. Covid-19 pandemisi üzerine yürütülen araştırmalar	12
2.2. Depresyon Kavramı	15
2.2.1. Tarihçesi	15
2.2.2. Tanımı.....	16
2.2.3. Depresyon ve insan fizyolojisi arasındaki ilişki	16
2.2.4. Depresyonu açıklayan kuramsal yaklaşımlar	17
2.2.4.1. Varoluşsal yaklaşım.....	17
2.2.4.2. Bilişsel kuramlar.....	17
2.2.4.3. Psikososyal etkenler	18
2.2.4.4. Kişilerarası kuram	18
2.2.4.5. Kendini aşırı değerlendirme	18
2.2.4.6. Öğrenilmiş çaresizlik modeli.....	18
2.2.4.7. Bağlanma kuramı.....	19
2.2.4.8. Ellis'in düşünsel duygulanımcı terapi yaklaşımı.....	19
2.2.5. Nedenleri	19

2.2.5.1. Biyolojik nedenler	19
2.2.5.2. Kişilik yapısı.....	19
2.2.5.3. Medeni durum	20
2.2.5.4. Biyo-kimyasal nedenler.....	20
2.2.5.5. Cinsiyete bağlı nedenler	20
2.2.5.6. Yaşam olayları ve çevresel stres etkenleri.....	21
2.2.5.7. Sağlık ve depresyon.....	21
2.2.6. Depresyon epidemiyolojisi	21
2.2.7. DSM-V: Depresyon bozuklukları.....	22
2.2.8. Depresyon türleri	22
2.2.8.1. Manik-depresif (bipolar) bozukluk.....	23
2.2.8.2. Maskeli depresyon.....	23
2.2.8.3. Yas ve melankoli	24
2.2.8.4. Yaşlılık çağında depresyon.....	24
2.2.8.5. Reaktif depresyonlar.....	25
2.2.8.6. Atipik depresyon	25
2.2.8.7. Distimi ya da depresif nevroz.....	25
2.2.8.8. Siklotimik hastalıklar.....	26
2.2.8.9. Çocuk ve ergenlerde depresyon.....	26
2.2.8.10. Doğum sonrası hüznün ve doğum sonrası depresyon	26
2.2.8.11. Yaş dönümü depresyonu	27
2.2.8.12. Mevsimsel depresyon	27
2.2.9. Depresyon tedavisi	27
2.2.9.1. Destekleyici psikoterapi.....	28
2.2.9.2. Bilişsel tedavi	28
2.2.9.3. Davranış tedavisi	29
2.2.9.4. Psikanalitik yaklaşımlar.....	30
2.3. Yaşam Kalitesi.....	30
2.3.1. Tanımı ve tarihsel gelişimi	32
2.3.2. Unsurları	35
2.3.3. Etkileyen Etmenler	37
2.3.4. Hastane personelinin yaşam kalitesiyle ilişkili faktörler.....	38
2.3.4.1. Bireysel faktörler	38
2.3.4.2. Çevresel faktörler	40
2.3.4.3. Örgütsel faktörler.....	40

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli.....	42
3.2. Evren ve Örneklem	42
3.3. Veri Toplama Araçları.....	43

3.3.1. Kişisel bilgi formu	43
3.3.2. Beck depresyon envanteri.....	43
3.3.3. DSÖ yaşam kalitesi ölçeği.....	44
3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi	45

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere Yönelik Bulgular	46
4.2. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular	48
4.3. Depresyon Puanları İlişkin Bulgular.....	50
4.4. Depresyon Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	51
4.5. Yaşam Kalitesine Yönelik Bulgular	52
4.6. Yaşam Kalitesinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	53
4.7. Depresyon Puanları ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	56

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Sosyo-Demografik Bulguların Tartışılması.....	58
5.2. Sağlık Durumu ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	59
5.3. Depresyona İlişkin Bulguların Tartışılması.....	59
5.4. Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	62
5.5. Yaşam Kalitesi ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	64

SONUÇLAR VE ÖNERİLER 66

KAYNAKÇA 68

EKLER..... 80

Ek-1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu.....	80
Ek-2: Sosyo-Demografik Veri Formu	81
Ek-3: Beck Depresyon Envanteri.....	84
Ek-4: DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	87

KISALTMALAR

f	:	Frekans
n	:	Katılımcı Sayısı
p	:	Anlamlılık Değeri
r	:	Korelasyon Değeri
sd	:	Serbestlik Değeri
ss	:	Standart Sapma
\bar{x}	:	Aritmetik Ortalama



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların yaşları	46
Tablo 2. Katılımcıların cinsiyet dağılımı.....	46
Tablo 3. Katılımcıların meslek durumuna göre dağılımı	47
Tablo 4. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı	47
Tablo 5. Katılımcıların medeni duruma göre dağılımı.....	48
Tablo 6. Katılımcıların pandemi döneminde ikamet durumuna göre dağılımı	48
Tablo 7. Katılımcıların haftalık çalışma saatine göre dağılımları.....	48
Tablo 8. Katılımcıların alkol kullanım durumları.....	49
Tablo 9. Katılımcıların sigara kullanım durumları	49
Tablo 10. Katılımcıların tıbbi rahatsızlık durumları	49
Tablo 11. Katılımcıların düzenli ilaç kullanma durumları	49
Tablo 12. Katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumları.....	50
Tablo 13. Katılımcıların depresyon puanlarına ilişkin betimsel istatistikler.....	50
Tablo 14. Katılımcıların depresyon düzeylerine göre dağılımı	50
Tablo 15. Depresyon ölçeği puanlarının normalliği	51
Tablo 16. Depresyon puanlarının medeni duruma göre farklılaşma durumu	51
Tablo 17. Depresyon puanlarının ikamet yerine göre farklılaşma durumu	51
Tablo 18. Depresyon puanlarının gelir düzeyine göre farklılaşma durumu	52
Tablo 19. Katılımcıların Yaşam kalitesine yönelik genel algılarına ilişkin betimsel istatistikler	52
Tablo 20. Katılımcıların yaşam kalitesi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	52
Tablo 21. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarının normalliği	53
Tablo 22. Yaşam kalitesi puanlarının medeni duruma göre farklılaşma durumu	54
Tablo 23. Yaşam kalitesi puanlarının ikamet yerine göre farklılaşma durumu.....	55
Tablo 24. Yaşam kalitesi puanlarının gelir düzeyine göre farklılaşma durumu.....	56
Tablo 25. Depresyon puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki.....	57

ÖNSÖZ

Zorlu yüksek lisans sürecinde, yardımlarını benden esirgemeyen, sabırlı ve olumlu yaklaşımlarıyla tamamlamamı sağlayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL'a,

Tüm hayatım boyunca maddi ve manevi destek olan, beni cesaretlendiren, her zaman değerli hissettiren annem Fatma Ötün, babam Özgür Metin Ötün, kardeşim Ekim Ötün'e

Bilgileriyle destek olan, eksikliklerini hissetmediğim meslektaşlarım Güllü Çelik, Okan Göklen, Fahrettin Kayar ve Süleyman Fatih Seven'e sonsuz şükran ve teşekkür ederim.

GİRİŞ

Dünya üzerinde yaşanan doğal çevre beklenmedik bir anda insanlığın büyük çoğunluğunu etkisi altına alan birçok afet, hastalık, salgın durumu ortaya çıkarmaktadır (Aslan, 2020). Bu problemler insan toplumu üzerinde büyük felaketlere yol açabilmektedir. Genellikle insanoğlunun hayatını derinden etkileyen, insanların hayat standartlarını düşüren, can kayıplarına yol açan, hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz yönde etkileyen durumlar küresel bir sorun haline gelmesine “pandemi” adı verilmektedir (Morens, Folkers & Fauci, 2009). 2019 yılı insanlık tarihi için çok zor bir dönem olmuştur. Bu tarihte Çin’in Wuhan eyaletinde ortaya çıkan Covid-19 pandemisi, insanlık tarihi üzerinde ortaya çıkmış en önemli pandemik vakalardan bir tanesi olarak görülmektedir. Bu Covid-19 virüsü kıta, ülke, ırk, din, mezhep, genç, yaşlı, fakir veya zengin ayırt etmeksizin tüm dünya geneline yayılan ve çok sayıda insanın virüs kapmasına ve ölmesine sebep olmuştur. Covid-19 virüsü insanları sadece fizyolojik olarak etkilemekle kalmayıp aynı zamanda psikolojik olarak etkilemiştir. Covid-19 virüsün getirdiği pandemi şartlarında insanlar toplumdaki uzaklaşıp bireyselleşmeye başlamış, ekonomik olarak zor günler geçirmiş, hastalığın ne zaman son bulacağını bilmemesi ve tedavi sürecinin kesin sonuç vermemesi insanlarda ümitsizliğe ve kaygıya sebep olmaktadır (Koçak ve Harmancı, 2020). Covid-19 pandemisi insanları psikolojik olarak farklı şekilde etkisinin olduğu belirtilmiştir (Bandelow & Michaelis, 2015).

Salgın döneminde çok fazla stres düzeyinde artış görülmektedir. Enfekte olma korkusu, ölüm korkusu, güvende olmadığı bir alanda yaşadığı düşüncesi, geleceğe yönelik belirsizlikler, sosyal hayatın yok denecek kadar azalması, eğitim ve iş yaşamının ertelenmesi gibi durumlar bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği, virüs bulaşma riskinin yüksek oluşu, hastanede tedavi gören hastaların aile ile iletişimi, aile desteğinin az oluşu ve Covid-19 pandemisi belirsizlik durumlarını çok fazla barındırdığı için yoğun kaygıya ve anksiyete sebep olmaktadır (Çölgeçen ve Çölgeçen, 2020; Öz, 2001).

Covid-19 bulaşmış kişilerde depresyon, stres bozukluğu, korku, uyku problemleri gibi birçok tinsel problem yaygın olarak görülmektedir. Tedavinin kesin sonuç vermemesi ve uzun sürmesi kişilerde karamsarlığa ve umutlarının tükenmesine

sebepler olurken, hastalarda depresyon durumu görülebilmektedir (Fidaner, Tunca ve Cimilli, 1998).

Depresyon, insanlarda görülme sıklığı yüksek olan, en az iki hafta boyunca kişinin işlevselliğine zarar veren tıbbi bir hastalık olmakla beraber tedavisi mümkündür. Depresyonun kişiden kişiye değişim gösteren birçok nedeni vardır. Birey düşük enerji seviyesi, düşük benlik saygısı ve özgüven eksikliği gibi durumlar gözlenebilir. Depresyon tedavisi için etki eden bazı durumlar söz konusudur. Tanı konulurken belirleyici etkilerine, bireyler arası yaygınlığına, cinsiyet gibi durumlar etkili olmaktadır. Yapılan çalışmalar kapsamında insanların, eğitim seviyesi düşüklüğü, yaşam kalitesinin olumsuz olması, maddi sorunların olması ve cinsiyet gibi değişkenler depresyon olma olasılığını değiştirmektedir (Ünal & Özcan, 2000).

Yaşam kalitesi hayatın çeşitli alanlarında etkili olan, bireyin ruh halini etkileyen ve kişiden kişiye değişim gösteren bir ifadedir. Yaşam kalitesi insanın gelir durumu, hayatında gerçekleştirmek istediği hayalleri, cinsiyeti, yaşadığı toplumun özellikleri, refah seviyesi gibi konuları kapsamakla birlikte hayattan aldığı zevk ve pozitif duygudurumunu etkileyebilmektedir (Aygencel ve Öztürk, 2001).

Bu araştırmanın temel amacı, pandemi döneminde hastane personellerinin depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu bağlamda, her iki değişken arasındaki korelasyonel ilişkiler değerlendirilmiş olup depresyon ile yaşam kalitesinin demografik değişkenlere göre mukayese edilmesi sağlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde, Covid-19 pandemisi döneminde hastane çalışanlarının depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi tespit etmeye yönelik ele alınan araştırmanın giriş bilgileri verilmiştir.

1.1. Amaç

Bu araştırmanın ana amacı, Covid-19 pandemi döneminde hastane personelinin depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmanın alt amaçlarında ise depresyon düzeyinin hem de yaşam kalitesinin demografik değişkenlere göre farklılaşma durumunun belirlenmesi yer almaktadır.

1.2. Önem

Covid-19 pandemi dönemi tüm dünya ve ülkemizde büyük bir kaosa neden olmuştur (Aşkın, Bozkurt ve Zeybek, 2020). Virüsün bulaşma hızının çok yüksek ve kolay olması, herhangi bir aşı veya tedavinin kesin sonuç vermemesinin dolayı ülkemizde aşırı endişe, stres durumu çok üst seviyededir. Ülkemizde virüsün insanlar üzerindeki bu psikolojik etkilerinin en büyük nedenlerinden bir tanesi, bulaşan bireylerde hastalığın çok ağır seyretmesi ve ölüm oranının yüksek olmasıdır. Dahası, hastane personelinin çalıştıkları ortamdan dolayı Covid-19'a yakalanma riskinin yüksek olması, virüs bulaşan kişilerin belirtilerinin çok ağır olması ve bu pandemi durumunun ne zaman sonlanacağını belli olmadığı için, hastane personelinin depresyon düzeylerini arttırabilmekte ve yaşam kalitelerini düşürebilmektedir. Hastane personelinin çalışma koşullarından dolayı büyük risk altında oldukları ve bu riskli durumu çevresi veya yakınlarını da etkilediği için çoğun bir endişe durumu söz konusudur.

Öte yandan, depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Hastane personelindeki depresyon düzeyleri kişilerin yaşam kalitelerini düşürmekle birlikte halihazırdaki mutluluk düzeylerini de etkileyebilmektedir (Kutlu, Çivi, Börüban ve Demir, 2011). Depresyon ve yaşam kalitesiyle ilgili çeşitli alanlarda yapılmış çok sayıda çalışmanın olmasına karşın yapılan literatür taramasında Covid-19 pandemi döneminin hastane personeli üzerinde

depresyon ve yaşam kalitesi ile ilgili bir araştırma veya çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırılması istenen bu problem durumunun günümüz koşullarında önemli olduğu açıktır. Dahası, böyle bir çalışmada elde edilecek olan bulguların psikoloji bilimine katkı sağlanması beklenmektedir. Bunlara ek olarak, araştırmada elde edilen bulgularına dayanılarak Covid-19 pandemi döneminde hastane personelinin bu depresyon durumunun azaltılması ve yaşam kalitelerinin arttırılmasına yönelik çeşitli önerilerde bulunulması ve daha ileri çalışmaların yapılması mümkün olmaktadır.

1.3. Problem

Bu çalışmada araştırma konusu yapılan ilk değişken katılımcıların depresyon düzeyidir. Depresyon duygudurum olarak derin üzüntü ile karakterize olan bir bozukluktur. Depresyonun bu duygudurumuna karamsar düşünme eğiliminde olma, kendini değersiz hissetme, genel bir isteksizlik durumu, konuşma ve hareketlerde yavaşlama eşlik etmektedir. Depresyon bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını etkilediği için depresyon kaynaklı çeşitli duygusal ve davranışsal sorunlar belirebilmektedir. Bu kapsamda örneğin bireyler sıradan günlük etkinliklerini yaparken bazı sorun yaşayabilmektedir. Bu sorunların altında ise depresyonda olan bireyin dünyayı kötü bir yer ve hayatı da yaşanmaya değmez olarak görmesinin yattığı yorumu yapılabilir.

Çalışmada ele alınan bir diğer değişken ise yaşam kalitesidir. Bu durum, kişisel iyilik durumunun bir anlatım şekli ve hayatın çeşitli alanlarında kişisel bir doyumdur. Yaşam kalitesi aile, iş hayatı ve gelir durumunu ihtiva etmesine ek olarak; bireysel amaçları, kişinin beklentilerini, hayallerini, kişinin günlük yaşamından aldığı haz ve iyilik algısını da içerir. Pandemi döneminde hastane personelinin omuzlarına büyük bir yük binmektedir. Pandemi döneminden dolayı hastanedeki çalışma şartlarının yoğunlaşması, virüsün bulaşma riski ve ölüm korkusu gibi birçok risk unsurları bireylerde anksiyete ve depresyon durumlarını etkileyecek en büyük unsurlardan biridir. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi düzeylerinin bazı etmenlerce olumsuz yönde etkileneceği varsayılabilir. Hastane personelinin hastane ortamında bulunmaları sebebiyle hastalık belirtilerinin oluşturduğu fiziksel ve duygusal sorunların yanı sıra bulaş riskinden de olumsuz anlamda etkilenecekleri açıktır. Yanı sıra bu kişilerin televizyon, gazete ve radyodan

dinledikleri veya izledikleri pandemi haberlerinin de depresyon düzeylerinde artışa neden olabileceği söylenebilir.

Covid-19 virüsünün bulaşma riskinin en yoğun olduğu yerlerden biri olan hastane ortamında çalıştıkları için çevresine veya yakınlarına bulaştırma riskinden dolayı büyük endişe duymaktadır. Bu durum da sağlık çalışanlarında depresyon düzeyini etkileyebilecek bir etmen olarak değerlendirilebilir ve bu artış sonucunda hastane personelinin yaşam kalitesinde düşmeye yol açabilir.

Kısacası, pandemi döneminde hastane personelinin depresyon düzeylerinin yaşam kalitelerini negatif yönde etkilediği düşünülmektedir. Yapılan bu araştırma kapsamında Covid-19 pandemi döneminde hastane personelinin depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkisi incelenmiştir.

1.4. Varsayımlar

Araştırmanın ilk varsayımı Covid-19 pandemisinin getirdiği koşulların hastane personelinin depresyon düzeyleri üzerinde etkili olmasıdır. Araştırmanın bir diğer varsayımı ise depresyon düzeyindeki bu artışın hastane personelinin yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğidir. Ayrıca hastane personelinin depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin bazı demografik özelliklere göre değişim göstereceği varsayılmıştır. Son olarak, hastane personelinin depresyon düzeyleriyle yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde ilişki tespit edilmesinin beklenmesi de varsayımlar arasındadır.

1.5. Sınırlılıklar

Yürütülen bu araştırma örnekleme alınan katılımcılarla, Beck Depresyon Envanteri ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği ile COVID-19 pandemi döneminde toplanan verilerle sınırlıdır.

1.6. Hipotezler

Bu çalışmada sınanan hipotezler aşağıda sunulduğu gibidir:

H₁: Hastane personelinin depresyon düzeyiyle yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.

H₂: Hastane personelinin depresyon düzeyleri demografik özellikler bağlamında değişim göstermektedir.

H₃: Hastane personelinin yaşam kalitesi demografik özelliklere göre değişim göstermektedir.

1.7. Tanımlar

Depresyon: Depresyon sözcüğü Latince “aşağı doğru bastırmak, çekmek, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamlarına gelen depressus kelimesinden gelmektedir. Türkçede depresyon sözcüğünün karşılığı olarak çöküntü kelimesinin de kullanıldığı olmaktadır (Köknel, 1989).

Yaşam Kalitesi: Bireylerin kendilerini geliştirebilmesi, bireysel hayatlarını zenginleştirmesi ve amaçlarına varmasıyla ilgili bir kavramdır (Demirkıran, 2012).



İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde, Covid-19 pandemisi döneminde hastane çalışanlarının depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi tespit etmeye yönelik yapılan araştırmanın literatür bilgisi paylaşılmıştır. Bu kapsamda, COVID-19 pandemisi, depresyon ve yaşam kalitesi hakkında literatürde yer alan yerli ve yabancı kaynaklara dayalı olarak bilgi verilmiştir.

2.1. COVID-19 Kavramı

Çalışmanın bu bölümünde COVID-19 pandemisine değinilmektedir. Bu kapsamda virüsün yol açtığı belirtilerin yanı sıra pandemi sürecinde başvurulacak önlemlere yürütülen araştırmanın perspektifi doğrultusunda kısaca değinilmiştir.

2.1.1. Tanım ve Belirtiler

Tıbbi, ekonomik ve toplumsal açıklardan çeşitli olumsuz etkileri olan enfeksiyon hastalıkları insanların tarih boyunca mücadele ettiği bir olgu olagelmıştır (Erdoğan ve Hocaoğlu, 2020). Enfeksiyon hastalıkları ile ilgili bir durum olan pandemilerin dünya tarihinde önemli kırılma noktalarından biri olduğu söylenebilir. Nitekim salgınların insanlık üzerinde siyasi ve sosyal değişimler gibi büyük ve kalıcı etkileri olmuştur.

İnsanlık tarihinde görülen pandemilerden biri olan COVID-19 pandemisine yol açan virüs, SARS-CoV ve MERS-CoV'un da içine bulunduğu beta-coronavirus ailesi içinde yer almaktadır. COVID-19 virüsünün sıklıkla rastlanan semptomları arasında “yüksek ateş, halsizlik ve kuru öksürük yer almakta olup bu virüsün dönemsel grip ile karşılaştırıldığında çok daha fazla bulaşıcı ve patojenik ve COVID-19 kaynaklı vakalarda ölüm oranı %0,5 ile %3 arasında değişmektedir” (Murthy, Gomersall ve Fowler, 2020). Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre COVID-19 virüsü 2019 yılında ortaya çıkmış olup oldukça kısa bir zaman dilimi içerisinde hızla yayılarak tüm dünyayı etkisi altına almış durumdadır. Bu sebeple de COVID-19 ile ilgili durum bir pandemi diğer bir deyişle, küresel bir salgın olarak nitelendirilerek ilan edilmiştir (World Health Organization, 2020).

2.1.2. Tedavi Süreci ve Önlemler

Pandemi gibi durumlarda hastalığın bulaş riskini azaltmak üzere karantina, izolasyon, fiziksel bariyer gibi yöntemler uygulamaya konmaktadır (Emiral, Çelik ve Gülümser, 2020). “Hastalık belirtilerine sahip kişilerin, sağlıklı bireylerden uzak bir şekilde fiziksel ayrılığın sağlandığı ve ilgili devletler tarafından yasalarla desteklenmiş önlemlerin bütünü” izolasyon olarak adlandırılırken “enfeksiyon riski olan kaynak veya kişi ile temasta bulunan kişilerin sağlıklı ve teması olmayan bireylerden ayrı tutulması” da karantina olarak adlandırılmaktadır (Direk Tecirli, Ucuz ve Özel, 2020).

Pandemiler toplumsal yaşamın olağan akışını etkilemektedir. COVID-19 pandemisinde bulaş riskini azaltmak ya da tümüyle ortadan kaldırmak amacıyla çeşitli önlemlere başvurulmuştur. Bilindiği gibi ülkemizde de sokağa çıkmanın kısıtlanması, sınırların kapatılması, sosyal ve kültürel etkinliklerin ertelenmesi, okullarda uzaktan eğitime geçilmesi, esnek çalışma düzenine geçilmesi gibi uygulamalar devreye sokulmuştur. Uygulanan karantina önlemleri ise insanların evde daha çok kalmalarına, fiziksel aktivitelerini azaltmalarına, günlük yaşam rutinin değişmesine, hareketsiz bir yaşama yol açmıştır (Tural, 2020).

Ancak pandemi önlemlerinin etkilerinin yalnızca fiziksel etkilerle sınırlı olduğu düşünülmemelidir. Alınan pandemi önlemlerinin kişiler arası iletişim ve etkileşimi etkilemesi bu önlemlerin diğer bir boyutudur. Öte yandan, pandemi döneminde yaşanan belirsizlik de kişilerin psikolojik iyi oluşlarını etkiliyor gibi durmaktadır. Bu kapsamda “yakın çevresiyle birlikte olamama, tedavisinin keskinliği belli olmayan ve ölümcül olduğu bilinen bir hastalığa yakalanma düşüncesi bireylerde yalnızlık, umutsuzluk, stres, anksiyete gibi semptomlara neden olduğu” (Emiral, Çelik ve Gülümser, 2020) ve hatta izolasyonda oluşan kişiler arası etkileşimin azalması gibi etmenlerin intiharda risk faktörleri olduğu belirtilmektedir (Monteith vd., 2021). Dahası, pandemi dönemlerinde işe devamsızlık, kamu düzeninin bozulması ve ekonomik sıkıntılar gibi sorunlarla da karşılaşılabilir (Kırık vd. 2020). Kısacası, pandeminin fizyolojik, sosyal, psikolojik ve ekonomik açılardan çeşitli olumsuz etkilerinin olduğu söylenebilir.

Salgın hastalıkların gerek toplum gerekse tekil bireyler üzerinde kimi olumsuz etkilerinin olduğu bilinen bir durumdur. Geçmişten günümüze değin pandemi

dönemleri her zaman kişileri, toplumları ve ülkeleri korku, panik ve endişeye sevk etmiştir. Kırık vd. (2020) vurguladığı gibi “bilinmezlik ve ölüm korkusu bu durumun en temel sebebidir ve pandemiler hem kişilerarası hem de kurumlar arası düzeyde, iletişim bağlarını kopararak bireyleri, yalnız, çaresiz ve umutsuz bırakabilmektedir”. Örneğin Kanada’da 2003 yılında SARS-CoV-2 salgını sebebiyle tecrit altına alınan kişilerde can sıkıntısının yanı sıra hayal kırıklığı ve öfke gibi olumsuz duygular gözlenmiş ve tecrit sonrasında da bu kişilerin sosyal hayatlarının yaşadıkları deneyimden ötürü negatif olarak etkilendiği bulgulanmıştır (Reynolds vd., 2008). Hatta SARS-CoV-2, MERS gibi viral enfeksiyonların epidemik olarak görüldüğü bölgelerde intihar oranlarının arttığı da araştırma bulguları arasındadır (Reger, Stanley ve Joiner, 2020).

Şüphesiz, tüm dünyayı etkileyecek boyutta bir pandemiye yol açan COVID-19 virüsünün insan sağlığı üzerindeki öncelikli etkileri fizyolojik düzlemde olmaktadır. Başlıca solunum yolu enfeksiyonuna yol açan bu virüsün bireylerin yalnızca fiziksel sağlıkları üzerinde değil ruhsal sağlıkları üzerinde de akut veya uzun vadeli etkilere sahip olduğu anlaşılmış durumdadır (Almond ve Mazumder, 2005). Hatta Zeybek, Bozkurt ve Aşkın (2020) tarafından vurgulandığı gibi COVID-19 pandemisi “toplumsal ve ekonomik düzeni derinden etkileyen, kurumlara yönelik güven duygusunu sarsan, değerleri sorgulatan, belirsizlik ve korkunun hâkim olduğu evrensel bir varoluşsal kriz oluşturmuştur”. Bu kapsamda virüsün ortaya çıkış nedeninin tam olarak belirlenememesi, tüm kesimlerden herkesin bulaş riski altında olması, hastalığın tedavisindeki belirsizlikler gibi etmenler sonucu yaşanan korku, mutsuz olma, ümitsiz olma, çaresiz kalma gibi duyguların da yaygınlaştığı ifade edilmektedir (Bozkurt ve diğ., 2020).

COVID-19 pandemisinin fizyolojik olmayan etkileri çeşitli yollarla ortaya çıkabilmektedir. Herhalde bu etkilerden ilk akla geleni pandemiye alınan önlemler dolayısıyla kişilerin günlük yaşam rutinlerinde oluşan değişimlerle ilgili olanıdır. Pandemi bu yönüyle tüm dünyada çevrimiçi sistemlerin daha yoğun biçimde kullanılmaya başlandığı, halihazırda değişmekte olan çalışma biçimlerindeki değişimin hızlandığı bir döneme kapı aralamış gibi durmaktadır. Bu kapsamda hemen her kademelerdeki eğitim etkinliklerinin ve iş yapma biçimlerinin çevrimiçi ortamlara aktararak uzaktan ya da kısmen uzaktan (harmanlanmış) biçimde

yapılmaya başlanması ve bazı alanlarda esnek çalışma rejimine geçilmesi dikkati çekmektedir.

Gerek eğitim ve iş yapma biçimlerinde yaşanan değişim gerekse sokağa çıkmanın çeşitli düzeylerde kısıtlanması dolayısıyla pandemi döneminde insanların evlerinde daha fazla zaman geçirmeye başladığı bir olgudur. İzolasyonla ilgili alınan önlemler bir yandan insanların kaygılanmalarına ve yalnız hissetmelerine yol açmakta (Sher, 2020) ve bir yandan da kişiler arası ilişkileri azaltarak -en azından formatını değiştirerek- ve insanların hissettikleri yalnızlık duygusu artırmaktadır.

Sosyal ilişkilerin psikolojik iyi oluş ve hatta hayatta kalma için önem taşıyan bir ihtiyaç olabileceği düşünüldüğünde sosyal izolasyonun bireylerin duygu ve düşünce durumları üzerindeki olumsuz etkileri daha kolay değerlendirilebilmektedir. Aslında insanların bedensel sağlığı korumak için uygulamaya sokulan izolasyon ve kısıtlamaların psikolojik açıdan olumsuz sonuçlar doğurduğu gözlenmiştir. Bu konuda yapılan araştırmalar da pandemi döneminde evde kalmanın ve izolasyon boyunca sosyal ilişkilerdeki hissedilen eksikliğin depresyon, sağlık kaygısı, finansal endişe ve yalnızlık duygularını arttırdığını (Reger, Stanley ve Joiner, vd., 2020) ve psikolojik ve duygusal iyi oluş halini olumsuz etkilediğini göstermektedir (Holt-Lunstad, 2017).

Ancak pandemi dönemi kısıtlama ve önlemlerinin yol açtığı etkiler yalnızca psikolojik iyi oluşla durumuyla sınırlı kalmamaktadır. Bu dönemde yaşanan ölümlerde kültürel ve dini ritüellerin tam olarak gerçekleştirilememesi sebebiyle vedalaşamama veya yas sürecini tamamlayamama (Wallace vd., 2020) gibi sonuçların yanı sıra evlerinde hareketsiz kalmanın yol açtığı yeme alışkanlıklarının değişimi ve sonrasında gelen kilo artışı gibi sorunlar (Aykut ve Soner Aykut, 2020), her zamankinden daha çabuk yorulma (Zeybek, Bozkurt ve Aşkın, 2020), aile içi ve kadına yönelik fiziksel, duygusal, cinsel, sözel ve ekonomik şiddetin artması (Akın, 2013), alkol kullanımının artması (Ergöner, Biçen ve Ersoy, 2020), fiziksel, duygusal ve cinsel çocuk istismarı vakalarında artış (Soner ve Aykut, 2017) ve uyku kalitesinin azalması (Xiao vd., 2020) gibi olumsuzluklardan bahsedilmektedir.

COVID-19 pandemisinin yukarıda kısaca değinilen olumsuz etkilerine çeşitli alanlardaki diğer bazı olumsuz etkilerinde eklenmesi yerinde olacaktır. Örneğin, karantinayla beraber bazı besin ve hijyen ürünlerindeki ücret artışı toplumun bazı

dezavantajlı kesimlerini etkilemiş (Bhuiyan, vd., 2020) toplumun genelinde ise sosyal destek eksikliği hissedilerek çeşitli maddi kayıplar yaşanmıştır (Kaya, 2020). Öte yandan, tedavi sürecindeki belirsizlikler, süreç ile ilgili şeffaf ve tatmin edici bilgi alamama da hastanede COVID-19 tedavisi gören hastaları negatif yönde etkilemiş gibi durmaktadır (Emiral, Çelik ve Gülümser, 2020). Hastalığı geçiren bireylerin bir kısmı ise depresyon ve anksiyete geliştirmiştir (Wang vd., 2020). Dahası, COVID-19 ile mücadelede ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri geliştirdikleri belirlenmiş durumdadır (Kang, vd., 2020).

Özetle, enfeksiyon hastalıklarının ruhsal hastalıklarla yüksek ilişkisi bilindiğinden COVID-19 salgını ile birlikte psikiyatrik komorbidite bir kez daha gündeme gelmiştir (Erdoğan ve Hocoğlu, 2020). Bu kapsamda gerek COVID-19 pandemisinin gerekse pandemiye karşı alınan önlemler bireyleri ekonomik, fiziksel, sosyal ve psikolojik açılardan olumsuz yönde etkilediği ve bireylerde korku, kaygı, stres ve çaresizlik duygularına yol açtığı söylenebilir. Genel olarak pandemi sürecinde yaşananların alışkanlıklar ve yaşam tarzı üzerinde belirli ölçüde kalıcı olabileceği (Değirmenci, 2020), kişilerin salgın sürecinde psikolojik açıdan daha riskli konuma geldikleri (Kaya, 2020) ve pandeminin bireyler üzerinde etkilerinin uzun yıllar boyunca devam edebileceği ileri sürülmektedir (Aykut ve Soner Aykut, 2020). Kısacası “salgının psikolojik etkilerinin uzun vadeli olacağı öngörülmektedir” (Zeybek, Bozkurt ve Aşkın, 2020).

Alpago ve Oduncu Alpago (2020) ise pandeminin etkilerini ekonomik açıdan değerlendirerek pandeminin arkasından yoksulluğun tekrar tanımlanması gerektiğine değinmektedir. Araştırmacılara göre COVID-19 ile ortaya çıkan gerçeklerden biri “her bireyin makamından, statüsünden, gelir durumundan bağımsız olarak yoksulluğa, izolasyona, çaresizliğe aday” olmasıdır.

Yukarıda kısaca dile getirilen hususlar sebebiyle COVID-19’un hem fiziksel hem de ruhsal belirtileri açısından tedavisi konusunda ciddi adımlar atılması gereken bir enfeksiyon olduğu açıkça ortaya çıkmaktadır (Emiral, Çelik ve Gülümser, 2020). (Hiçdurmaz ve Üzar Özçetin (2020), “COVID-19’un pek çok ülkede genel popülasyondaki prevalansı, yüksek morbidite ve mortalite oranları sebebiyle alışlagelinen baş etme biçimlerini işlevsiz kıldığını” belirtmektedir ve krize yeni

uyum yollarının geliştirilmesini önermektedir. Bu kapsamda “yüksek riskli grupların öncelikli tutularak toplumdaki bireylerin geneli için kriz ve stres yönetimi, farkındalık ve şefkat temelli çalışmalar, baş etme ve sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesi yönünde çalışmalar” (Zeybek, Bozkurt ve Aşkın, 2020), COVID-19 pandemisi ile ortaya çıkan krizin etkin bir biçimde yönetilebilmesi için sosyal hizmet müdahaleleri ve çoklu disiplinlerin iş birliği (Aykut ve Soner Aykut, 2020), düzenli fiziksel aktivite yoluyla bireylerin fizyolojik kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin artırılması (Çakır, 2019) ve sağlıklı beslenme ve evde uygulanabilen güç, denge, kontrol egzersizleri yoluyla vücut bağışıklığını artırılması (Kartal, Ergin ve Kanmış, 2020) gibi çeşitli önerilerde bulunulduğu görülmektedir.

Öte yandan, Delice, Koçoğlu ve Sevim (2020) ise COVID-19’un negatif ruhsal ve sosyal çıktılar ile ilgili bulunduğunu belirterek psikolojik sağlığı koruyucu nitelikte önlemlerin yaygınlaştırılmasını ve destek uygulamasının tüm bireylerce erişilebilir hale getirilmesini önerirken Zeybek, Bozkurt ve Aşkın (2020), risk altındaki kadınların, çocukların ve yaşlıların korunması yönünde adımlar atılmasını önermektedir.

2.1.3. COVID-19 Pandemisi Üzerine Yürütülen Araştırmalar

Birimoğlu Okuyan, Karasu ve Polat (2020), COVID-19 pandemisinin hemşire adaylarının sağlık kaygısına etkisini belirlemeye çalışmıştır. Toplam 305 öğrenci ile yürütülen çalışmada sosyo-demografik özellikler formu ve Sağlık Kaygısı Düzeyi Envanteri kullanılmıştır. Ayrıca katılımcılara salgınla ilgili sorular içeren bir form verilmiştir. Bulgulara göre katılımcı öğrencilerin %67,9’u eğlenceden ve sosyal hayatta mesafeli kalmayı kendilerine en fazla etki eden durum olarak belirtmiştir. Katılımcıların %66,6’sı ise salgın sürecinde en fazla psikolojik desteğe gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Öğrenciler ayrıca salgın nedeniyle evde kalmaktan olumsuz yönde etkilenmişler ve kendilerini bunalmış hissederek ölüm korkusu yaşamıştır.

Cihan ve Şahbaz Pirinççi (2020), genç popülasyonda COVID-19 pandemisinde yaşam tarzındaki zorunlu değişimi fiziksel ve mental boyutları ile inceleyerek yaşam kalitesinin bu faktörlere bağlı etkileniminin değerlendirmiştir. Toplamda 168 üniversite öğrencisinin katılımıyla yürütülmüştür. Sonuçlara adım sayısı ile göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişkilere rastlanmazken

depresyon düzeyi ile fiziksel fonksiyon, vücut ağrısı, fiziksel engeller nedeniyle kısıtlanma, emosyonel problemler nedeniyle kısıtlanma, emosyonel iyilik hali, sosyal fonksiyon, enerji ve genel sağlık algısı arasında negatif yönde ilişkiler olduğu bulunmuştur.

Çankaya (2020), çalışmasında pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının iyilik hali düzeylerini incelemiştir. Bu kapsamda sağlık çalışanlarından iyilik hali düzeylerinin pandemiden önce ve sonra olmak üzere değerlendirmeleri istenmiştir. Veri toplama aracı olarak İyilik Hali Ölçeğinin kullanıldığı araştırmaya 525 kişi katılmıştır. Elde edilen bulgulara göre sağlık çalışanlarının enerji, pozitif ve genel iyilik hali düzeylerinin pandemi öncesine göre anlamlı biçimde düşmüştür.

Çiçek ve Almalı (2020), COVID-19 salgınının bireylerin psikolojik durumlarını etkilediğini öne sürdüğü hipotezi ile bir araştırma yürütmüştür. Söz konusu çalışmada yaşanan pandemi sürecinde kaygının psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırmacılar ayrıca pandemik kaygı-psikolojik iyi oluş ilişkisinde duygusal öz-yeterliliğin rolünü de incelemiştir. İnsanlar üzerinde bir anket çalışması yaparak elde edilen veriler çok değişkenli istatistiklerden olan yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak çözümlenmiştir. Araştırmada ulaşılan sonuçlar ise pandemiye yönelik kaygının psikolojik iyi oluşu negatif yönde etkilediğini göstermiştir. Araştırmada elde edilen diğer bir bulgu ise duygusal öz-yeterliliğin söz konusu ilişkide aracı rolünün olmasıdır. Pandemiye yönelik anksiyetenin psikolojik iyi oluşa olumsuz etkisi ise özel sektör çalışanlarında kamu çalışanlarına nazaran daha yüksek düzeyde bulgulanmıştır.

Değirmenci (2020), pandemi sürecinin olumsuz psikolojik etkilerini incelemiştir. Örnekleminde ulaştırma sektöründe çalışan 146 kişinin olduğu araştırmada elde edilen bulgulara göre COVID-19 algısı sosyal endişe üzerinde etkilidir.

Delice, Koçoğlu ve Sevim (2020), COVID-19 pandemisinde yaşanan umutsuzluk ve anksiyete düzeylerini ve bu düzeylerin bazı demografik ve psiko-sosyal faktörlere göre değişimini ele almıştır. Yaşları 18-65 arasında değişen 1026 katılımcı üzerinde yürütülen araştırmada veriler kişisel bilgi formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Yaklaşık dört katılımcıdan birinin anksiyete semptomları sergilediği bulunurken yaklaşık üç

katılımcıdan birinin umutsuzluk semptomlarını orta veya şiddetli düzeylerde gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca kadın katılımcıların anksiyete düzeyi erkek katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ercan ve Keklice (2020) ise pandeminin lisans öğrencilerinden belirlenen bir örnekleme fiziksel etkinlik düzeyini nasıl etkilendiğini araştırmıştır. Söz konusu araştırmaya 446 öğrenci katılmıştır. Ulaşılan bulgulara göre pandemi sebebiyle katılımcıların düzenli olarak fiziksel etkinliği yapma oranları düşmüştür. Düzenli fiziksel aktivite yapmak isteyen katılımcılar ise ev içinde yapılabilecek egzersizlere yönelmiştir.

Hoşgör, Ülker ve Sağcan (2020), acil sağlık hizmetlerinde çalışanların pandemiye yönelik kaygı ve mesleki performans düzeyleri arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Sağlık çalışanları üzerinden toplanan verilerinin analizinde betimsel istatistikler, t Testi, ANOVA, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre sağlık çalışanlarının COVID-19 anksiyetesi düşük ve mesleki performansları yüksek düzeydedir. Mesleki deneyim süresi arttıkça kadınlarda COVID-19 anksiyetesinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, sağlık çalışanlarının COVID-19 anksiyete düzeyleri ile mesleki performansları arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Katılımcıların mesleki performansları üzerinde COVID-19 kaygısının %30 kadar bir etkisinin olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Kaya Ciddi ve Yazgan (2020), Türkiye'deki COVID-19 salgınıyla ilgili kısıtlamalar sırasında genç-yetişkin bireylerin fiziksel aktivite durumlarını raporlayarak kısıtlamaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırmada fiziksel aktivite açısından minimal aktif olan bireylerde yaşam kalitesi psikolojik alanın inaktif bireylere göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Polat ve Coşkun (2020), COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının koruyucu araç-gereç kullanım durumlarını depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini dikkate alarak incelemiştir. Bir pandemi hastanesinde çalışan 384 sağlık çalışanının katılımıyla yapılan araştırmada Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği DASS-21 kullanılarak veri toplanmıştır. Bulgulara göre katılımcıların DASS-21 ölçeği puanlarının mesleklerine göre anlamlı biçimde farklılaşmamaktadır. Katılımcıların siperlik ya da koruyucu gözlük kullanım durumlarına göre DASS-21

puanları ise farklılaşmıştır. Tek kullanımlık önlük/tulum kullanımı da sağlık çalışanlarının DASS-21 depresyon ve stres puanlarında anlamlı farklılığa neden olmaktadır.

Sakaoğlu, Orbatu, Emiroğlu ve Çakır (2020), ulaşabildikleri sağlık personelinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini incelemiştir. Araştırmada anksiyete düzeyini belirlemek için State-TraitAnxietyInventory-STAI kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların durumluk kaygı puanı ortalaması $44,17\pm 4,97$ iken sürekli kaygı puanı ortalaması da $44,16\pm 5,88$ biçimindedir. Belirtilen bu düzeyler ise cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, COVID olan hastayla doğrudan temasta bulunma, bu temasın süresi gibi çeşitli değişkenlerinden etkilenmektedir. Araştırmacılar bu bulgulara dayanarak sağlık personelinde stres ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasına yönelik destekleyici çalışmaların yapılması önermiştir.

Tural (2020), COVID-19 pandemisi nedeniyle ev karantinasında bulunan sağlıklı kişilerin fiziksel aktivite ve yaşam kalite düzeylerini incelemiştir. Araştırmaya 260 kişi katılmıştır. Verilerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu ile ve SF-36 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandığı araştırmada ulaşılan sonuçlara göre salgın süresince ev karantinasında bulunan ve sağlıklı olan kişiler düşük düzeyde fiziksel aktivite düzeyine sahiptir. Araştırmacı, karantina sürecinde fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesini önermiş ve böylelikle yaşam kalitesinde artışın sağlanacağını ileri sürmüştür.

2.2. Depresyon Kavramı

2.2.1. Tarihçesi

Depresyon kavramı, literatür tarihinde ilk kez Yunan hekim Hipokrat tarafından belirtilmiştir. Hipokrat tarafından melainechole olarak isimlendirilmesini kara safra fazlalığı ile açıklamıştır. Günümüzde melankoli depresyonun alt tipini belirlenmesi için kullanılmaktadır. İngilizce anlamı 'depression' olan sözcüğü 1750 yılından itibaren melankoliyle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Latince anlamı aşağı bastırmak olan despression sözcüğünün kökeni Fransızcadır. Bu sözcük İngilizce literatürüne de aynı şekilde geçmiştir (Jadhav, 2000).

Depresyon kelimesinin Latince karşılığı ‘desressus’dur. Anlamı; donuklaştırmak veya durgunlaştırmak olarak belirtilmektedir. Türkçe anlamı ise çöküntüdür (Köknel, 2005).

2.2.2. Tanımı

Toplumda sık olarak karşılaşılan duygu durum rahatsızlıklarının başında depresyon olarak tanımlanan bozukluk gelmektedir (Yıldız ve Eliş Yıldız, 2009, 136). Depresyon sözcüğü Latince “aşağı doğru bastırmak, çekmek, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamlarına gelen depressus kelimesinden gelmektedir” (Köknel, 1989).

Depresyon, biyo-psiko-sosyal sebepleri olan bir duygudurum bozukluğudur. Bireyin kendini derin bir ızdırap içinde hissettiği, kendi geleceği hakkında olumsuz, kötümser düşünceleri olduğu, geçmiş yaşantısıyla ilgili yoğun bir pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin ağırlığını taşıdığı, bazen ölüm fikirleri bazen de ölüm girişimlerinin olabildiği cinsel istek, uyku, iştah vb. durumlar ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (Alper, 1999).

2.2.3. Depresyon ve İnsan Fizyolojisi Arasındaki İlişki

Depresyon, “derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinimde ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir hastalık tablosu” (Öztürk ve Uluşahin, 2004), olan depresyon fark edilmeyerek tedavi edilmediği takdirde hem kişinin kendisi açısından hem de ekonomi açıdan zarar görmeye yol açmaktadır (Yıldız ve Yıldız, 2009).

Depresyonun yol açtığı duygu durumunda birey kendini “derin bir keder içinde hissetmekte, geleceğe ilişkin karamsar düşüncelere sahip olmakta, geçmişe yönelik yoğun pişmanlık ve suçluluk duyguları taşımakta ve uyku, iştah, cinsel istek gibi fizyolojik işlemlerde bozukluklar yaşamaktadır” (Alper, 1999). Depresyonda “yoğun ve sürekli bir mutsuzluk durumu ile sevinç ve ilgide azalmaya neden olan zevk alamama durumu” en belirgin belirtileridir (Saygılı, 2018). Dahası, “bireyin çevresine karşı ilgisinin düşüşe geçmesi, diğer insanların hayatlarına etki etmeyip onlardan uzaklaşma isteği, kendini ayıpla, utanma, başarısız biri olarak görme,

enerjisinin hiçbir şeye yetmeyeceği düşüncesi, kınama, serzenişte bulunma, kendini küçük görme gibi duygularla bir arada olan bireyin özsaygısı ve kendine verdiği değerin azalması” gibi belirtiler de depresyondaki bireylerde görülen belirtilerdendir (Çevik ve Volkan, 1993).

Yukarıda özetle verilen belirtilerden de anlaşılacağı üzere depresyonun davranışsal, düşünel ve fizyolojik belirtiler ile karakterizedir. Bu belirtiler şu biçimde özetlenebilir (Yıldız ve Yıldız, 2009):

“Davranışsal açıdan; huzursuzluk, endişeli, bağımlılık yapan maddeleri kullanma isteği, kendi hayatından çok başkalarının hayatına düşkün olma, intihar girişimi ve kendini ihmal etme, yüksek sese ve kalabalık ortamlara tahammülsüzlük seviyesinin azalması söz konusudur. Düşünel açıdan; dikkati toparlamada zorluk yaşama, zihinsel işlevlerde yetersizlik, kendi hayatının değersiz bir yığın olduğu düşüncesi, kendini hor görme, kendini suçlama, geleceğe yönelik karamsalık ve kötü düşüncelerin yoğunluğu şeklindedir. Fizyolojik açıdan depresyonun belirtileri ise uyku ve iştahta görülen düzensizlikler, cinsel problemler, hiçbir şekilde bedensel enerjinin olmayışı, sindirim sistemi sorunları, bağ dönmesi, vücut ısısında değişimler, bedensel ağrılar biçimindedir.”

2.2.4. Depresyonu Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar

2.2.4.1. Varoluşsal Yaklaşım

Bu yaklaşım depresyonu açıklarken, bireyin diğerlerinin isteklerini yerine getirmeye çalışırken kendi istek ve ihtiyaçlarını geri plana atmasına ve kendi varlığına güven duymamasına odaklanmaktadır (Dalgıç, 2019).

2.2.4.2. Bilişsel Kuramlar

Depresyonu bilişsel yapılarla açıklamaya çalışan bilişsel kuramlar ise bilişsel şemalara ve yanlı düşüncelere odaklanmaktadır. Bilişsel yaklaşıma göre depresyonun kökleri kişinin kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelerine, kişinin kendini kusurlu ve zayıf biri olarak algılamasına, kişinin çevresine yönelik olumsuz düşüncelerine ve gelecek ile ilgili değerlendirmelerinin olumsuz olmasına dayanır. Bu bakış açısında yer bulan bilişsel hatalar ya da yanlılıklar ise daha çok kişinin elinde kanıt bulunmamasına karşın olaylardan olumsuz çıkarımlar yapması, ayrıntılara fazlaca

takılarak önemli olan bilgileri atlaması, aşırı genelleme yapması gibi yanlış düşünme biçimleriyle ilgilidir (Arkar, 1992).

2.2.4.3. *Psikososyal Etkenler*

Bu yaklaşıma göre bireyin hayatında yaşadığı kayıplar, fiziksel ya da ruhsal şiddete maruz kalması, cinsel istismar, bireyin sosyal çevresi ile yaşadığı çatışmalar, bastırılma, aile içi problemler gibi stres durumlar depresyona sebepler olabilmektedir (Alloy & Abramson, 2007).

2.2.4.4. *Kişilerarası Kuram*

Bu kuramın varsayımları göz önüne alındığında, insanların birbirleriyle kurmuş olduğu sosyal ilişkiler, insanların çevresine olan temasları doğrultusunda depresyona sebebiyet vermektedir. Kişilerin özel yaşamındaki problemleri, geçmiş yaşamındaki travmaların depresyona sebebiyet verdiği düşünüldüğü ve depresyonu engellemek adına bireyler arası etkili iletişim ve bağın önemini vurgulamaktadır (Alper, 1997).

2.2.4.5. *Kendini Aşırı Değerlendirme*

Rado (1982) olağanın dışında bir kuram ile depresyonun bireyde başlamasıyla ilgili birincil sıraya kendini değerlendirmeyi koyarak, bu durumun depresyonun başlamasında başlıca sebeplerinden biri olarak ifade etmektedir. Rado'ya göre bireylerde artış gösteren sevgi ve göz önünde bulunma isteği, bireyin özsaygısının artmasıyla birlikte, bu beklenti seviyesi karşılanmadığı durumlarda depresyon yaşaması olasılığını arttırmaktadır (Köknel, 2005).

2.2.4.6. *Öğrenilmiş Çaresizlik Dönemi*

Bu modele göre, birey yaşanan hadiseleri temel alındığında, kontrolün kendisinde olamayacağına inandığı için çöküntü yaşayabilir ve depresyon olasılığı artabilmektedir (Köknel, 2005).

2.2.4.7. *Bağlanma Kuramı*

Bağlanma kuramında, bireyin yaşamın ilk yıllarında çevresiyle etkileşimi depresyona eğiliminin olup olmaması üzerinde büyük etkilerinin olduğuna dair ifadeler bildirmektedir. Bebekler, temel ihtiyaçlarını karşılayan kişiyle ilişki ona

bağının artmasına sebep olmaktadır. Şayet bebek bakım veren kişiden istikrarlı ve temkinli bir şekilde temel ihtiyaçları karşılanıp bakım alıyorsa buna kapsamda birey, toplum içerisinde kabul gören, değerli, özgüvenli bir karakter oluşturmaktadır. Bu durumun aksi yönünde bakım gören bebekler ise utanç ve korku gibi duygular ile büyüdüğü için toplum içerisinde kabul görmeyen, özgüven eksikliği yaşayan ve kendi değerleri hakkında şüpheye düşme eğilimi gösterebilmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2015).

2.2.4.8. *Ellis'in Düşünsel Duygulanımcı Terapi Yaklaşımı*

Duygusal problemlerin ana sebebi olan ve depresyon gibi ruhsal hastalığı mantık dışı bilişler ile sıkı bir bağı olduğunu ifade edilmektedir. Bu yaklaşıma göre mantık dışı bilişlerin bireylerde strese neden olduğu ve sürekli hale gelebilmektedir. Kişilerin terapi ile görüşlerinin değişime uğraması sonucu iyileşmeler gösterebildiği düşünülmektedir (Kahveci, 2016).

2.2.5. **Nedenleri**

2.2.5.1. *Biyolojik Nedenler*

Depresyonun nedenlerinden biyolojik olanlarına göre depresyon kalıtsal olmakta ve aileden geçmektedir. Örneğin biyolojik ebeveynleri depresyon eğiliminde olan evlat edinilmiş çocuklarda depresyonun görülme ihtimali oldukça fazladır (Shapiro, 1997). Dahası, “genetik faktörlerin, yaşamdaki ani ve derin değişmelerin ve çocukluk dönem travmaların aynı zamanda veya ayrı ortaya çıkarak etkileşim yoluyla depresyona yol açtığı” ifade edilmektedir (Yıldız ve Eliş Yıldız, 2009).

2.2.5.2. *Kişilik Yapısı*

Bireylerin kişilik özellikleri onların bazı bozukluklara yatkın olmalarını sağlayabilmektedir. Ancak bu durum belirli bir kişilik özelliğinin tek başına depresyona yol açtığı biçiminde anlaşılmamalıdır. Herhangi bir kişilik tipindeki bireyin depresyon geçirebileceği belirtilmektedir (Özmen, Aydemir ve Bayraktar, 1997). Bunun yanı sıra depresyon geçirmeye yatkın kişilerin daha çok diğerlerini kırmamaya çalışan, duyarlı, güçlü sorumluluk duygusuna sahip, yüksek beklentileri olan, onurlarına düşkün, öfkelerini pek belli etmeyen, çabuk üzülen ve içedönük kişiler olduğu anlaşılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2004; Doğan, 2000).

2.2.5.3. *Medeni Durum*

Depresyon ve medeni durum birbiriyle ilişkili olabilmektedir. Depresyon riski evlenmemiş insanlarda, boşanmış veya dul olan kişilerde evli olanlara oranla daha yüksektir (Lehtinen & Joukamaa, 1994).

2.2.5.4. *Biyo-kimyasal Nedenler*

Biyo-kimyasal kökenli etmenler kapsamında ayrıca bazı hormon ve nörotransmitterlerin düzeylerinden bahsedilmektedir. Bu açıdan bakıldığında depresyon, beyindeki nörolojik etkinliklerin bozulmasından kaynaklanan ve biyolojik kökeni olan bir bozukluk olarak görülmektedir. Bu kapsamda serotonin, nor-adrenalin ve dopamin gibi maddelerin düzeylerindeki düşüklüğe vurgu yapılmakta ve bu eksikliğin kişiyi yalnızca depresyona değil bazı kaygı bozukluklarına (panik bozukluğu, sosyal fobi, takıntı hastalığı gibi), alkolizme, madde bağımlılığına ve yeme bozukluklarına yatkın hale getirdiği söylenmektedir (Tan, 2014).

2.2.5.5. *Cinsiyete Bağlı Nedenler*

Kadın ve erkek arasında depresyon görülme olasılığı birbirinden farklı olduğu çoğu araştırmalar sonucunda saptanmış ve kadınlar erkeklere oranla iki kat daha fazla depresyon durumu gözlenmektedir (Alpert, Maddocks & Rossenbaum, 1994).

Depresyonun biyolojik nedenleriyle birlikte, kadınlarda bu kadar yüksek olmasını etkileyen bazı sebepler olduğu düşünülmektedir. Kadınların küçük yaşlarda şiddet görmeleri, aileye bağımlı ve özgürlüğü kısıtlanan bir birey olmaya yönlendirilmeleri, eğitim düzeyinin düşük seviyede olması, dışlanma, manevi yük ve kadınların birden fazla rollerinin olması gibi sebeplerden dolayı depresyon riski artmaktadır (Noble, 2005).

2.2.5.6. *Yaşam Olayları ve Çevresel Stres Etkenleri*

Genel kabule göre depresyonun yalnızca biyolojik nedenlerle açıklanması olanaksızdır. Yalnızca biyolojik nedenlerle ortaya çıkan depresyonlarla karşılaşılmasına karşın psiko-sosyal nedenlere dayalı depresyonlarla da karşılaşılmaktadır. Bir yakının kaybı, ekonomik zorluklar ve iflas, sosyal statüyü

sarsan gelişmeler veya onur zedeleyici olaylar da depresyona yol açabilmektedir (Tan, 2014).

Öte yandan Yıldız ve Eliş Yıldız (2009), yıldırma ve zorbalık mağdurlarının anksiyete, depresyon, alınganlık ve kendinden nefret etme gibi şiddetli psikolojik semptomlar bildirdiklerine işaret eden araştırmalara vurgu yapmaktadır.

2.2.5.7. *Sağlık ve Depresyon*

Kişinin fiziksel sağlık problemleri yaşamını olumsuz etkileyeceği için ruhsal olarak kişiyi karamsarlık durumuna itebilir ve depresyon belirtileri gözlenebilir. Bu etmenlerden bazıları; “kafa travmaları, ameliyatlar, çeşitli enfeksiyon hastalıkları, kafa içi herhangi bir oluşum veya çeşitli hastalıklar, gebelik, lohusalık, menopoz dönemi hormon değişiklikleri, tiroid bezi hastalıkları, tiroid hormon bozuklukları, çeşitli kanser türleri” olarak sayılabilir (Alper, 1999).

2.2.6. **Depresyon Epidemiyolojisi**

Yapılan araştırmalar depresyon yaygın olarak görülen bozuklukların başında geldiğini göstermektedir. Depresyon genellikle 30'lu yaşlarda başlamaktadır. Orta yaşlarda bu bozukluğun görülme sıklığı daha fazladır. Ayrıca yinelenen bulgular depresyonun kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görüldüğünü göstermektedir. Öte yandan, dul ve boşanmış olanlarda ve ayrı yaşayanlarda bu rahatsızlık evli olanlara göre daha fazla rastlanmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007).

DSÖ, 2020 yılında dünya genelinde karşı karşıya gelinen patolojik vakalardan yarısının depresyon ile ilişkili olacağını öngörmüş durumdadır (Harrison, 2011). Bu öngörüden de anlaşılacağı üzere depresyon, son yıllarda, en önemli sağlık problemlerinden biri haline gelmiş durumdadır (Abdullayev, 2019). Konuyla ilgili araştırmalar ve raporlar da unipolar depresyonun küresel hastalık yükünün %4,3 gibi ciddi bir oranını oluşturduğu ve hatta 2030 yılına kadar depresyonun bu yükte birinci sıraya geleceğini öngörmektedir (DSÖ, 2014).

Depresyonun risk faktörleri ise çeşitlidir. Bu faktörler arasından “cinsiyet, aile öyküsü, stresli yaşam olayları, hayal kırıklıkları, aile işlev bozuklukları, yetersiz anne-baba bakımı erken olumsuz yaşantılar, bağımlı ve obsesif özellikler gibi kişilik

özellikleri, güvenli olmayan bağlanma stili, kronik psikiyatrik ve bedensel hastalık, sosyal destek azlığı” (Ünal vd., 2002) depresyona öncül olarak görülmektedir.

2.2.7. DSM-V: Depresyon bozuklukları

En sık karşılaşılan depresyon türlerinden olan majör depresyon bozukluğu her dönemde meydana gelebilse de bilhassa ergenlikte daha sıklıkla görülmektedir (Nagendra ve Nagarathna, 2015). DSM-V’e göre major depresyon tanı ölçütleri özetle şöyledir (APB, 2013):

A. Aşağıdakilerden en az 5’inin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması (1.veya 2. kriter mutlaka bulunmalıdır)

1. Depresif duygudurum
2. Anhedoni, ilgi-istek azalması
3. İştah azalması ya da artması
4. Uyku azalması ya da artması
5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
6. Enerji azalması, yorgunluk
7. Suçluluk, değersizlik hissi
8. Konsantrasyon güçlüğü 9.İntihar eğilimi

B. İşlev kaybı vardır. C. Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir. D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz. E. Hiçbir zaman bir manikya da hipomaniknöbet yoktur.

2.2.8. Depresyon Türleri

Depresyonun değişik türleri vardır ve bu rahatsızlık ağırlığı (şiddeti), nedeni, seyri açılarından değerlendirildiğinde çeşitli sınıflara ayrılmaktadır. Depresyonun türüne ilgili belirtilerin sayısına, bu belirtilerin öne çıkmasına, devam etme süresine ve kişilerin günlük yaşamını etkileme durumuna göre karar verilmektedir (Köroğlu, 2004). Depresyonun biyolojik kökenli, psikolojik kökenli ya da her bunların her ikisinin etkili olduğu türlerinin olduğu bilinmektedir (Alper, 1999). Bu kapsamda depresyon; “majör depresyon, distimi (nörotik depresyon), manik-depresif bozukluk, atipik depresyon, maskeli depresyon, reaktif depresyon, yaşdönümü depresyonu, doğum sonrası depresyonu, çocuk ve ergen depresyonu” gibi farklı türlerde ele

alınmaktadır (Abacı, 2006). Bu rahatsızlıklardan bazılarının biyokimyasal ya da davranışsal kökenli oldukları bazılarının ise bu ikisinin bileşkesinden kaynaklandıkları göz önünde bulundurulmalıdır (Harrison, 2011). Köroğlu (2006) ise depresyonun başlıca türleri majör depresyon, distimi, çift kutuplu depresyon ve maskeli depresyon olarak belirterek bunların alt türlerinin bulunduğunu belirtmektedir.

2.2.8.1. *Manik-depresif (bipolar) Bozukluk*

Bu tür depresyonda depresif ruh halinin ve taşkınlık (mani) halinin birbirini izlemesi söz konusudur. Manik evrede hasta depresif evrenin tersine olarak aşırı bir içsel enerji hisseder ve gerçekçi olmayan özgüven yaşar (Köroğlu, 2004).

Bireyler, sosyal ilişkilerindeki anlaşmazlıklarından dolayı, iş hayatında olan öngörülemez problemler ile karşılaşması sonucu karamsar duygular yaşayabilir. Bireyin duygudurumunda yoğun ve uzun süreli değişim belirtileri gözlemlenirse duygudurum bozukluğu olarak adlandırılabilir. Duygudurum bozukluğu görülen bireylerde belirtiler ve zaman farklılık gösterebilmektedir. Kimi insanlar karamsar duygudurumlarını dönemsel veya epizotlar şeklinde hissederken, kimisi belirli dönemler manik epizotlar, kimisi ise depresif epizotlar hissedebilmektedir (Butcher, Mineka & Hooley, 2013).

2.2.8.2. *Maskeli Depresyon*

Maskeli depresyon ile duygulanımı pek açık olmayan ve depresyon belirtilerinin ikinci planda kaldığı bir rahatsızlığa işaret edilmektedir. Bu hastalarda depresyon bilincinin olmamasına ve savunma amaçlı geliştirilmiş gülümsemenin bulunmasına karşın bu hastalarda motor becerilerinde yavaşlama, uyku bozukluğu, ilgi odağının azalması gibi belirtiler gözlenir (Aşkın, 2000).

2.2.8.3. *Yas ve Melankoli*

Freud 1917'de " Yas ve Melankoli'de " kayıp nesneyle bütünleşen Ego'yla ilgili olarak yasta nesnenin, melankolide ise Ego'nun kaybından söz etmiştir. Melankoli'de birey kendisini daha aşağıda olarak görür. Bireyin kendilik değerinin azaldığını ya da tamamen yok olduğunu belirtmiştir (Freud, 2014).

Freud melankolinin belirtilerini:

1. Sevgi ve ilginin azalması ya da tamamen kaybolması
2. Bireyin çevresiyle olan iletişiminin kopması
3. Çok yoğun hissedilen hüzün
4. Kişilik saygısında azalma
5. Ceza beklentisi olan hezeyanlar

Freud yası, bireyin duygusal anlamda yakınlık beslediği, sevdiği birini ya da varlığına inanılan düşünsel varlıkların kaybedilmesiyle ortaya çıktığını belirtmiştir. Uzmanlar bireyin yas sürecinin atlatacağı düşüncesiyle bu sürece dahil olmamayı tercih etmektedir (Freud, 2017). Melankoli ve yas kıyaslandığı zaman melankolide bireyin özsaygısında azalma ya da kaybolma mevcutken yas sürecinde birey için dünya anlamsız ve kıymetsizdir. Yani melankolide Ego iken yas sürecinde dünya değerinin yitirir (Freud, 1917). Birey yas sürecinde kaybettiği şeyin farkındayken, melankolide kaybettiği şeyin bilinde olmadığı tespit edilmiştir (Leader, 2018).

2.2.8.4. Yaşlılık Çağında Depresyon

Yaşlılık çağındaki depresyon basit bir şekilde tanımlanamamasının aksine basit bir biçimde tedavi edilir. Yaşlılık çağındaki depresyon bireyin yaşam kalitesini kötü yönden etkiler ve hastalıkların seyri için kötüleşmesine neden olur. Yaşlılık çağı depresyona 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık olarak %15-20 'sinde görülmektedir (Yüksel, 1998).

Yaşlı bireyler için toplum tarafından kabul görmek ya da etrafındaki kişilerce sevilme onun için önemli değilken önemli olan tek şey kişinin kendi fiziksel sağlığıdır (Eker, 1999).

Genç bireylerde depresyon döneminde görülen işlevsellikte bozulma, değersiz hissetme, isteksizlik, hüzün gibi belirtilere bazen yaşlı bireylerde de rastlanabilmektedir. Fakat yaşlılık dönemi depresyonunda fiziksel rahatsızlıklar, hastalıklar diğer belirtilere oranla daha çok görülmektedir. Birey çok hasta olduğunu organların artık işlevlerini yerine getirmediğini, ölümcül bir hastalığa yakalandıklarını dile getirebilir (Eker, 1999).

2.2.8.5. *Reaktif Depresyonlar*

Reaktif depresyon, gündelik hayatta bireyin karşılaştığı olaylar doğrultusunda meydana gelen depresyona verilen ad olarak nitelendirilir. Bu depresyon türünde birey toplumsal olaylardan etkilenirken, birey yalnızca kendini suçlamaz, hatayı tek başına üstlenmez, kendine yüklemmez. Birey tüm gün kaygı duyar, geceye kadar artan anksiyete düzeyi gece en zirveyi görmektedir (Köknel, 2005).

Reaktif depresyonda, maruz kalınan olayların sonucunda beyinde bazı biyokimyasal değişimler meydana gelir. Bireyin depresyona girme eğilimine göre depresyondan etkilenme ihtimali aynıdır (Yelkenci, 2013).

2.2.8.6. *Atipik Depresyon*

Majör depresyonun bir niteliği olarak tanımlanan Atipik depresyonun tanısı için, Columbia ölçütleri hala günümüzde sıklıkla kullanılmaktadır (Koyuncu ve ark., 2013).

Atipik depresyonda belirleyici ölçek duygudurumda tepkisellik olarak belirtmektedir. Bu depresyonda olumlu olaylar karşısında birey bundan haz duyabilir ve mutlu tepkiler verebilmektedir (Aydemir, 2004).

Bireyde, aşırı yeme aşırı kilo kazanımı, aşırı uyku, reterdasyon, reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, eleştiriye kapalılık gibi özelliklerden en az ikisi gözlemlenmelidir (Biederman ve ark., 1994).

2.2.8.7. *Distimi ya da Depresif Nevroz*

Distimi, en az iki sene süren ve ağır olmayan depresyon belirtilerini içeren bir rahatsızlıktır. Bu rahatsızlıkta ara sıra 1-2 gün süren iyilik dönemleri de olabilmektedir. Ancak hasta çoğu zaman iç sıkıntısı hissederek ve melankolik ruh hali içinde olarak depresyon belirtileri sergiler (Işık, 1991). Aslında distiminin belirtileri majör depresyon belirtileri ile benzerlik göstermektedir. Ancak distimide belirtiler daha az yoğun olmaktadır. Bu depresyon türü uzun sürmesi dolayısıyla kişinin iş performansını olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Aşkın, 2000).

2.2.8.8. *Siklotimik Hastalıklar*

Depresyon türlerinde biri olan siklotimik bozukluk bireylerde 24 ay devam eden duygu hallerinin sürekli oluşması fakat bu durumun 60 günü aşmadığı ifade edilmiştir. Depresyonun bir başka alt başlığı olan distimik gibi siklotimi, nedeni tam anlamı ile belli olmayan bir bozukluk olarak ifade edilmiştir. Bu bozukluğun, insanların genç yaşlarında ortaya çıkması, belirtilerinin anlaşılabilmesi ve bireylerin tedavi için gelmesinin azlığı ile bilim insanları yönünden çok fazla rağbet görmemiştir. Bilim insanlarının son zamanlarda bu bozukluğun çok fazla ortaya çıktığını fark etmesi ile somut adımlar atmaya başlamıştır (Kuloğlu ve ark., 2007).

2.2.8.9. *Çocuk ve Ergenlerde Depresyon*

Melanie Klein 20.yy'ın 2.çeyreğinde ergenlerde ve çocuklarda yaşanan depresyondan söz etmiştir. Bu depresyon, şizoparanoi ile ilişkili takip eden ilk 24 aylık süreçte bulunan bir olgunlaşma evresidir. Melanie Klein'in araştırmalarından sonra Spitz, doğumdan sonraki ilk en erken 6 en geç 8. ayda anneden ayrılan bebeklerdeki mutsuz ruh hali ve içe dönüklük şeklinde belirtilen şablonu "analitik depresyon" olarak belirtmiştir. Çocuk gelişiminin uzun sürmesi, bağdaşık olmayan evrelere bölünmesi, olgunlaşmanın devamı sebebiyle yetişkin ve çocuklara aynı ölçüt ve tedavilerin uygulanacağı veya uygulanamayacağı uzun seneler polemik haline gelmiştir. Bu sebeple, çocuk depresyonu yaş aralığındaki evrelere göre sınıflandırılmıştır (Tamar ve Özbaran, 2004).

2.2.8.10. *Doğum sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon*

Postpartum dönemde lohusada kendini sınırlayıcı ve geçici ruhsal durum bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Bu ruhsal durum bozukluğuna annelik hüznü denilmektedir (Çevik ve Sultan, 2021). Bu durum sıklıkla postpartum 3. Ve 4. Günlerde ortaya çıkıp en fazla 2 haftaya kadar sürebilmektedir (Tatarlar ve Tokat, 2016). Belirtiler genellikle geçici olmaktadır. Belirtiler hafif seyrettiği için herhangi bir ilaç tedavisi gerektirmeyebilir (Özkan ve ark., 2014). Bu durum çoğunlukla kadınların ilk gebeliklerinde yaşanmaktadır (Gülşen ve ark., 2018).

Lohusalarda annelik hüznünün şiddetli bir şekilde devam etmesi daha sonra kendini postpartum depresyon şeklinde göstermektedir.

Postpartum depresyon ve annelik hüznünü birbirinden ayıran en önemli belirtilerden biri, annelik hüznünde işlevselliğin bozulmamasıdır (Wisner vd., 2002). Doğum sonu dönemde lohusalarda görülen depresyonda ilk başlarda belirtiyeye rastlanmazken, sıklıkla lohusaların %80'inde ilk 6 haftada gözlemlenmeye başlar. Zamanla birlikte kademeli olarak artış gösterir. Ortada bir neden olmaksızın huzursuz hissetme, alınganlık, ağlama, uykusuzluk, gündelik işlerde aksama, umutsuzluk, korku, irritabilite gibi belirtiler ile kendini gösterir (Gülseren, 1999).

2.2.8.11. Yaş Dönümü Depresyonu

Bu depresyon türü insan hayatındaki belirli dönemlerle ilgilidir. Örneğin yaşlılık döneminin getirdiği sağlık sorunları, psikolojik ve sosyal problemler bu depresyonun ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Kadınlarda menopoz döneminde de bu depresyon türü görülebilmektedir. Yaş dönümü depresyonu, ağır bunaltı, uyku bozukluğu, sıkıntılı bir ruh hali ile karakterizedir (Köknel, 1989).

2.2.8.12. Mevsimsel depresyon

Bu duygu durum bozukluğu güneş ışığının az olduğu sonbahar ve kış aylarında yaşanan bir depresyon türüdür (Yüksel, 2001). Mevsimsel depresyonun temel özelliği atağın başlangıç ve sonunun mevsimsel ilişki göstermesidir (Ekinci vd., 2005).

2.2.9. Depresyon Tedavisi

Depresyon, erken dönemde teşhis edilmediğinde uzun süre devam edebilen bir rahatsızlıktır. Öte yandan depresyondaki hastalarının %80'inden fazlasının başarılı bir şekilde tedavi edilebildiği belirtilmektedir (Lazarus ve Lazarus, 2005). Depresyon “ilaçla tedaviye cevap veren ve sonunda iyileşme görülen bir hastalıktır” (Baltaş ve Baltaş, 2002). Ancak genel olarak çok hızlı, bazen de kendiliğinden iyileşmesi olası olmasına karşın depresyonlu hastaların bir kısmının tedaviye olumlu yanıt vermediği ve iyileşmediği unutulmamalıdır (Alper, 1999). Literatürde depresyonu tedavi etmeye yönelik ilaç tedavisinden, psikoterapiden, elektro-konvülsif tedaviden ve ışık tedavisinden bahsedildiği görülmektedir. Ancak bu tedavi yaklaşımları arasında ilaç ve psikoterapi en fazla tercih edilenler olarak öne çıkmaktadır.

2.2.9.1. Destekleyici Psikoterapi

Bu terapi ekolünün temel amacı ruhsal problemlere sahip bireylerin içtepilerini ve içgüdülerini araştırmak yerine, bireyin benlik güçlerine odaklanıp birbiriyle uyumunu düzeltmektedir. Bu sebeple destekleyici psikoterapi yaklaşımı, bireyin hayatındaki problemleri çözümlenmesi, farklı duygularını dile getirmesi, duygularını düzenleyip kontrol etmesi ve içsel yaşantısını daha dengeli bir biçimde belirtmesine katkıda bulunmaktadır (Tunç, 2019).

Markowitz'a (2008) göre terapötik müdahalelerin danışan ile terapist arasındaki terapötik bağı bireylerarası ilişkilerindeki yakınlıkla özgünleştirmenin önemi belirtilmiştir. Destekleyici psikoterapi yöntemi kişinin sosyal ilişkilerinin artmasına, toplum tarafından kabul görünmeyen hareket ve tutumlarını kontrol altına alarak insanlar ile iletişim kurmanın daha güvenli yollarını keşfetmesine yardımcı olmaktadır (Misch, 2000).

2.2.9.2. Bilişsel Tedavi

Bilişsel yaklaşıma göre depresyon temelde bir duygudurum bozukluğu olarak görülmemektedir. Bilişsel yaklaşım depresyonu bilişsel bir bozukluk olarak görmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2004). Buna göre bilişsel yaklaşımın depresyonun etmeni olarak bilişsel yapıları gördüğü ve duygudurumdaki bozukluğu ise bir sonuç olarak yorumladığı söylenebilir.

Depresyona bilişsel olarak yaklaşanlar depresyonlu bireylerde bazı olumsuz kök düşüncelerin daha sık görüldüğünü belirtmektedir. Bu bireylerde keyfi çıkarsamaların, seçici odaklanmanın, aşırı genellemenin, kişiselleştirmenin, küçümseme ya da büyütmenin, hep ya da hiç biçiminde düşünmenin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Alper, 1999).

Davranışçı bakış açısından ise bireyler acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmak istemekte ve bunlardan nasıl kurtulacağını bilemedikleri için depresyona girmektedir (Gökçakan, 1997). Davranışçı bakış açısı daha çok depresyondaki bireyin günlük işlerini yerine getirememesine odaklanmakta ve bu yaklaşımda bunları yerine getirmesi yoluyla yetersizlik ve değersizlik hissetmesinin önüne geçmeye çalışılmaktadır (Doğan, 2006).

Günümüzde depresyonun ilaçla tedavisine ek olarak kısa vadede başarı elde edilebilmesi açısından “Bilişsel Davranışçı Terapi” tercih edilmekte ve bu sayede olumsuz şemalar ve bilişsel çarpıtmalar düzenlenerek hastaya en çok yarar sağlanmaktadır (Doğan, 2001). Bu tür terapötik tedavilerde ise yalnızca ruhsal sorunlara değil hastalıkla ilgili endişelere, hastalığın yol açtığı kısıtlamalar gibi sorunlara da odaklanılması tavsiye edilmektedir (Mete, 2008). Kısacası, depresyonda ilaç tedavileri ile birlikte uygun psikoterapilerin de uygulanması durumunda tedavi başarısının arttığı değerlendirilmektedir. Depresyon tedavisinin aşamaları ise şu şekilde listelenmektedir (Mete, 2008):

- Doğru tanı koymak,
- Hastaya bilgilendirerek tedavi anlaşmasını yapmak,
- Hastaya tedavi ile ilgili süre, yan etkiler ve riskler hakkında bilgi vermek,
- Hasta ile birlikte tedavi kararını vermek,
- Etkili bir tedaviyi en kısa sürede başlamak,
- Özkıyım riskini dikkate almak,
- Gebelik, emzirme ile ilgili hastayı uyarmak,
- İlaç etkileşimlerini dikkate alarak hastayı yeni başlanan ilaçlarla ilgili ikaz etmek,
- Düzenli aralıklarla etkinlik ve yan etkileri izlemek.

2.2.9.3. Davranış Tedavisi

Bu tedavi modelinin hedefi direkt olarak bireyin davranışları üzerinde çalışmasıdır. Davranışa etki eden dış etmenleri göz önünde bulundurmaz. Bireyde gözlenen karamsarlık çocukluk dönemlerinden süregelen canını yakan durumlarla karşılaşınca bu durumlardan uzaklaşması, kurtulmak için bir plan uygulayamadığı ve çaresiz kaldığı için depresyon görülmesine sebep olmaktadır (Gökçakan, 1997). Bu yüzden bireyin uyumlu olmayan davranışlarını yeniden koşullanma ile tedavi etmeyi hedeflemektedir (Köknel, 2005).

2.2.9.4. *Psikanalitik Yaklaşımlar*

Psikanalitik yaklaşıma göre yaşamın ilk yıllarında deneyimlenen ve kişilerarası ilişkiler kaynaklı düş kırıklıkları sonraki yıllarda depresyona yatkınlık sağlamaktadır. Bu kapsamda psikanalitik görüşün depresyonu sevilen bir kişinin ya da nesnenin kaybına ve yitirme duygusunu kişinin kendisine çevirmesine bağladığı söylenebilir (Metzger, 2000). Psikanalitik yaklaşımda daha çok depresyona yol açan etmenlerin kökenlerinin anlaşılmasına çalışılır (Işık, 1991).

2.3. Yaşam Kalitesi Kavramı

Çalışmanın bu bölümünde yaşam kalitesi kavramı ile ilgili literatüre yer verilmektedir. Bu kapsamda yaşam kalitesi kavramının tanım ve kapsamına değinilerek ilgili etmen ve göstergelere yer verilmiştir.

2.3.1. Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Kalite, beklentilerin ve gereksinimlerin karşılama durumuyla ilgili bir kavramdır. Bir bakış açısına göre kalite, “bir bilinçlenme süreci ve tüm yaşam alanında her zaman ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir” (Aksungur, 2009). Günümüzde insanlar yaşamla ilgili olarak onun süresinin uzunluğunun yanı sıra kalitesi üzerinde durmaktadır ve yaşam kalitesiyle ilgili hedefler artık toplumların ulaşmayı amaçladığı önemli hedefler haline gelmiş durumdadır (Aydiner ve Terzioğlu, 2007).

Yaşam kalitesi “kişinin kendi hayat standartlarını geliştirmesi, kişisel yaşamını zenginleştirip, kolaylaştırması ve amaçlarına ulaşması ile ilgili” (Demirkıran, 2012) olan bir kavramdır. Müstakil bir kavram olarak ifade edilmemiş olsa da “Platon’un Devlet ve Aristoteles’in Nikomakhos’a Etik isimli eserleri, yaşam kalitesi etrafındaki görüşlerin eski çağlardan beri süregeldiği anlaşılmaktadır” (Edisan ve Kadıoğlu, 2013). Bir kavram olarak yaşam kalitesi ise ilk defa Long (1960) tarafından yayınlanan “On the Quantity and Quality of Life” adlı makalede geçmektedir. Günümüzde “siyasi ve ekonomik konularda, medya araçlarında çok fazla değinilen yaşam kalitesi kavramı; ekonomik krizler, çevre kirliliği büyük kent yaşamının problemleri olan yığılma, kalabalık ile sağlık sorunlarından eğitime kadar yaşamın

pek çok alanı ile ilgili olan” çok boyutlu bir kavram durumuna gelmiştir (Demirkıran, 2012).

Yaşam kalitesi kavramını duyan pek çok insanın aklına ilk olarak lüks ev, lüks otomobil, gezi yapma benzeri düşünceler geleceği söylenebilir. Ancak bu kavram üzerinde daha fazla düşünüldüğünde yaşam kalitesinin; tatmin edici bir işe sahip olmak, kendini güvende hissetmek, kendinden memnun olmak, etrafında kendini yakın hissedeceği bireylerin olması, eğlenmek, seçim yapabilmek gibi boyutlara sahip olduğu anlaşılacaktır (Demirkıran, 2012). İlgili literatüre bakıldığında sosyal bilimlerdeki pek çok kavram gibi yaşam kalitesinin de tek bir tanımının olmadığı görülmektedir. Ancak yine de yaşam kalitesi kavramının hayatın birçok boyutunu içermesi üzerinde bir fikir birliğinin olduğundan bahsedilebilir (Aslantaş vd., 2006).

Genel olarak yaşam kalitesinin “genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelediği” söylenebilir (Şenol ve Türkay, 2006). Yaşam kalitesi kavramı kimi kaynaklarda “yaşam doyum, yaşam memnuniyeti ve mutluluk” kavramları ile aynı anlama gelmektedir (Demirkıran, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini açıklarken, “insanların kendi amaçları, hayat standartlarının seviyesinin arttırılmasına, hayalleri ve beklentilerinin oluşması ve çıkarları doğrultusunda değerlerinin olduğu yaşamı algılayış biçimi” olarak verilmektedir. Bu tanımda öne çıkan noktaların “yaşam kalitesi hedeflerine ulaşmak için temel bir durum olan standartları hiçbir şekilde çevrenin kendisine yüklememesi, bireyin yaşamını değerlendirirken bütün kararları kendisinin alması ve bu değerlendirmenin uzun süreli olması” olduğu yorumu yapılabilir (Bilir vd., 2005). Diğer bir deyişle yaşam kalitesi, bireylerin kendilerini duygusal ve fiziksel açıdan tatmin edebilmesi, yaşamını kendi başına kimseye muhtaç olmadan idame ettirebilmesidir (Demirkaya, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanım her ne kadar kapsayıcı görülse de yaşam kalitesinin farklı disiplinlerde farklı tanımlarının yapıldığı unutulmamalıdır. Tüm tanımlardaki ortak nokta ise yaşam kalitesinin öncelikle insanla ilgili olması ve onun öznel değerlendirme sistemine dayanmasıdır (Aydiner ve Terzioğlu, 2007).

2.3.2. Etkileyen Etkenler

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini “bireyin fiziksel iyi oluşu, psikolojik durumu, özgürlük seviyesi, sosyal ilişkileri ve yaşamını idame ettirdiği toplumun başlıca özellikleriyle etkileşim halinde olması gibi çok sayıdaki etkenle ilişki içerisinde şekillenen, karmaşık ve geniş bir kavram” biçiminde görmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz yönde etkileyen çok sayıda etmen bulunmaktadır (Demirkıran, 2012).

Yaşam kalitesini etkileyen etmenleri inceleyen çalışmalara göz atıldığında gelir durumu, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan çevrenin özellikleri gibi farklı değişkenlerin yaşam kalitesi bağlamında incelendiği görülmektedir. Çalışmanın bu bölümünde yaşam kalitesini etkileyen etmenlere kısaca değinilecektir.

Yaşam kalitesinin etmenlerinden en fazla öne çıkanının ekonomik durum olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalar kişilerin gelir düzeyinin seviyesi -bireylerin yaşamını, sağlığını, psikolojisini, başarı ve doyumlarını etkileyerek- dolaylı olarak yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan en önemli etmenlerden biri olduğunu göstermektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009).

Yaşam kalitesi üzerinde etkili olan faktörlerden biri medeni durumudur. Kişinin dul veya boşanmış olması onun bekar veya evli olmasından daha fazla yaşam kalitesini etkiliyor gibi durmaktadır çünkü “bekâr veya evli olmak toplumlarda kanıksanmış bir durum iken bazı kültürlerde dul veya boşanmış olmanın kabul görmediği ve düşük yaşam kalitesinin önemli göstergelerinden olduğu ifade edilmektedir” (Aydiner ve Terzioğlu, 2007). Öte yandan, ilgili araştırmalar “evli olan bireyler veya bir partner ile birlikte yaşamını sürmesi yaşam kalitesini büyük ölçüde arttırdığını” göstermektedir (Avcı ve Pala, 2004). Bu durumun evli olmakla birlikte artan gelir düzeyinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Şüphesiz yaşam kalitesi her yaştan bireyler için önemli bir kavramdır. Ancak yapılan çalışmalarda yaşlılık döneminin yaşam kalitesi açısından daha fazla ele alındığı görülmektedir (Azman vd., 2003). Çünkü yaşlılık dönemi genel olarak yaşam kalitesinde bir düşüş ile ilişkilendirilmektedir. Bu dönemde daha sıklıkla karşılaşılan sağlık sorunları, emeklilik sonrası gelir kaybı, toplumsal statü kaybı, yalnızlık, bilişsel becerilerdeki azalma, cinsel fonksiyonlarda azalma gibi olgular

yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilmektedir (Altuğ vd., 2009; Güven ve Şener, 2010).

Öte yandan cinsiyet de yaşam kalitesiyle ilişkili gibi görünen faktörlerden biridir. Aydın ve Terzioğlu (2007), yaşam kalitesi ve cinsiyet birbirlerini etkileyen bir bağ içerisinde olduğunu belirtmekte ve bu bağın yaşam kalitesi ölçümlerinde bulunabildiğini ifade etmektedir. Bu kapsamda kadınların çalışmasına izin verilmemesi, kadınların geçinmek için eşlerine muhtaç olması (Torlak ve Yavuzçehre, 2008) ve bazı ülkelerde kadınlar aleyhine olan sosyo-kültürel farklardan bahsedilmektedir (Aslan, 2009). Dahası, “toplumda kadınların sorumluluklarının fazla olması ve bir görevmiş gibi onlara atfedildiği yemek pişirme, temizlik, çocuk bakımı gibi bir sürü beklentiler” kadınların yaşam kalitesi erkekler nazaran daha alt seviyelerdedir (Sabbah vd., 2003).

Eğitim durumu yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. (Aydın ve Terzioğlu, 2007). Çünkü eğitim durumu gerek kişisel gelişimde gerekse kişinin sahip olduğu işin niteliği üzerinde etkilidir. Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha yüksek gelir elde ettikleri ve daha iyi sosyal olanaklara sahip oldukları söylenebilirken eğitim düzeyi düşük bireylerin işsizlik veya düşük ücretle çalışma gibi olumsuz durumlarla daha fazla karşılaştıkları bilinmektedir (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004).

Konuyla ilgili bir diğer önemli etmen ise kişinin sosyal çevresi ve ilişkileridir. Bireyin sosyal ilişki içinde olduğu arkadaşları, komşuları ve akrabaları önemli sosyal destek sağlayıcılar olarak onun yaşam kalitesi üzerinde etkilidir (Hollar, 2003). Bu kapsamda Kabasakal ve Uz Baş (2013), tarafından yapılan bir çalışmada, arkadaş çevresinin geniş olması ve onlar ile çeşitli aktiviteler yapılması bireyin içsel doyumunu ve yaşam kalitesini yüksek seviyelere çıkarttığını belirtmektedir. Eriş (2012), tarafından yapılan bir diğer araştırmada ise lisans ve önlisans öğrencilerinin öğrenci kulübüne katılmaları, bir topluluğa ait hissetmeleri yaşam kalitesini yükselttiğini belirtmektedir. Bu noktada destekleyici aile ortamının yaşam kalitesinin gelişmesinde önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Özmete, 2010).

Yukarıda dile getirilen etmenlerin yanı sıra bireyin yaşadığı konutun özellikleri de yaşam kalitesini etkilemektedir. Konutun güvenli olma durumu, ısınma, su,

elektrik gibi olanaklarının yanı sıra mobilya ve beyaz eşya gibi nesnelere de yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiye sahiptir (Aydıner ve Terzioğlu, 2007).

Çalışma yaşamıyla ilgili bazı değişkenler de yaşam kalitesini etkiliyor gibi görülen etmenler arasında geçmektedir. Bireyin iş yaşamında karşılaştığı çeşitli “pozitif ve negatif durumlar, başarı veya başarısızlıklar, sosyal katılım veya dışlanmalar” (Saldamlı, 2008) onun yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Bu kapsamda yapılan çalışmaların iş doyumunu ile yaşam doyumunu arasında pozitif ve güçlü bir ilişkinin varlığını gösterdiği bildirilmektedir (Akgündüz, 2013). Bireyler ilgilerini çeken ve hoşlandıkları bir işi yaptıklarında, gelir düzeyleri ve kıdemleri arttıkça ve işyerindeki pozisyonları iyileştikçe daha fazla iş doyumunu yaşamakta ve yaşam kaliteleri artmaktadır (Kılıç ve Keklik, 2012).

İlginç biçimde, bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde etkili olan etmenlerde biri de bireylerin boş zamanlarında yaptıkları etkinliklerdir. Çünkü bireylerin kendi istek ve arzularına göre gerçekleştirmekte serbest oldukları boş zaman faaliyetlerinin dinlenme, eğlenme ve kendini geliştirme gibi önemli fonksiyonları vardır (Zorba, 2007). Dolayısıyla “boş zamanlarında kendi gelişimine odaklanan bireyler hem kendini keşfedebilmeyi hem de içsel doyumuna katkı sağlarken yaşam kalitesinde artışa neden olmaktadır” (Aslan ve Arslan Cansever, 2012).

Özetle, literatürde yaşam kalitesini etkileyen çok sayıda etmenin varlığından bahsedilmektedir. Bu etmenler kısaca i) cinsiyet, ii) yaş, iii) medeni durum, iv) eğitim durumu, v) gelir düzeyi, vi) sağlık durumu, vii) sosyal destek, viii) yaşanan konutun özellikleri, ix) iş yaşamı ve x) boş zaman faaliyetleri olarak özetlenebilir.

Demirkıran (2012) ise kişinin yaşam kalitesini etkileyen etmenleri olumlu ve olumsuz olanlar biçiminde ele almaktadır. Araştırmacıya göre yaşam kalitesi etmenleri şöyledir:

- 1) Olumsuz etmenler
 - a) Temel gereksinimlerinin karşılanması
 - b) Beden imgesinin değişmesi
 - c) Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
 - d) Kronik yorgunluk, bitkinlik
 - e) Seksüel fonksiyonlarda bozulma

- f) Gelecek ile ilgili kaygılar
 - g) Destek sistemlerindeki yetersizlik
 - h) Akut sağlık sorunları
 - i) Kronik sağlık sorunları
- 2) Olumlu etmenler
- a) Ekonomik ve sosyal güvence içinde olma
 - b) Güven içinde yaşama
 - c) Rahatlık ve gereken konfora sahip olma
 - d) Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olma
 - e) Yakın evresi ile olumlu ilişkiler içinde olma
 - f) Eğence ve zevk aldığı aktivitelerinin olma
 - g) İtibar görme
 - h) Otonomiye sahip olma
 - i) Mahremiyetine değer verilmesi
 - j) Kendini ifade edebilme
 - k) Fonksiyonel olarak yeterli olma
 - l) Özgün bir birey olarak algılanma
 - m) Huzur içinde olma
 - n) İnanç ve değerlerine saygı gösterilmesi

2.3.3. Unsurları

Yaşam kalitesinin boyutlarıyla ortaya konmasının öncelikle kavramın işlem ve kaplamının belirlenebilmesi sonrasında ise ilgili lme ve değerlendirme çalışmalarının yapılabilmesi açısından gerekli olduğu düşünülebilir. Bu konuda rneğin Top, zden ve Efe Sevim (2003), “yaşam kalitesinin ölçülerek değerlendirilmesi ile hastalığın kişinin hayatında yaptığı sınırlamaların bilinebileceğini ve en az ilaçla tedavi kadar hastalara yardımcı olunabileceğini” belirtmektedir. Ancak ne yazık ki yaşam kalitesinin incelenmesinde ortak boyutların ve göstergeler takımının bulunmadığı görülmektedir.

Yukarıda da değinildiği gibi yaşam kalitesi ile ilgili yapılan tanımlar genel olarak “kişinin yaşamı ile ilgili sübjektif algısı” etrafındadır. İlgili çalışmalarda ifade edilen görüşlere bakıldığında ise yaşam kalitesinin boyut ve göstergelerinin belirlenerek bunların sınıflandırıldığı görülmektedir. Örneğin yaşam kalitesini

ilgilendiren konuların “psikolojik esenlik, fiziksel esenlik, sosyal ve bireysel esenlik ve maddi esenlik” olarak dört ana sınıfta grupta değerlendirilebileceği ve yanı sıra yaşam kalitesiyle ilgili başlıkların kişinin iç dünyası, sosyal çevresi, dış doğal çevresi ve dış toplumsal çevresini kapsadığı belirtilmektedir (Demirkıran, 2012).

İlgili çalışmalara genel olarak bakıldığında ise yaşam kalitesinin nesnel ve öznel olmak üzere iki açıdan incelendiği görülmektedir (Aydiner ve Terzioğlu, 2007). Yaşam kalitesi öznel bazda kişinin yaşam doyumu ile ilişkili olduğundan öznel göstergeler ihtiyaçların algılanan karşılama durumuyla ilgilidir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Bireyin öznel olarak deneyimlediği duygu ve düşünceleri üzerine olduğundan yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi bireyin kendini tanımlamasına dayanılarak yapılmaktadır (Demirkıran, 2012). Yaşam kalitesi ile ilgili nesnel göstergeler ise gelir, eğitim düzeyi, meslek, sağlık durumu, yaşanan konutun durumu ve arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi göstergelerdir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Yaşam kalitesiyle ilgili göstergelerden öne çıkanlar arasında sağlıkla ilgili olan göstergelerin olduğu görülmektedir. “Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı, yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir” (Aghaei, Khayyamnekouei ve Yousefy, 2013). Öte yandan, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi göstergeleri nesnel veya öznel olabilmektedir. Öznel yaşam kalitesi göstergeleri bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına yönelik öznel görüşleridir (Aksungur, 2009). Sağlıkla ilgili nesnel yaşam kalitesi göstergeleri kapsamında bireyin yürümesi, merdiven çıkması, eğilip doğrulması gibi fiziksel hareketler ile günlük yaşam etkinliklerini ve öz bakımını yerine getirebilmesi sayılmaktadır (Yapıcı, 2006). Dahası, kişinin bir sağlık güvencesine sahip olması da sağlıkla ilgili nesnel yaşam kalitesi göstergeleri arasında sayılmaktadır (Koçoğlu ve Akın, 2009).

Öte yandan, sosyal ilişkilerle ilgili göstergeler de yaşam kalitesinin önemli göstergeleri arasında görülmektedir (Aydiner ve Terzioğlu, 2007). Bu kapsamda bireyin yakın ilişkileri, bireyin uzak çevresindeki kişilerle olan ilişkileri ve iş ortamındaki sosyal ilişkilerine yönelik göstergeler yaşam kalitesinin sosyal göstergeleri arasında sayılabilir.

Bazı araştırmacılar da toplumun büyük bir çoğunluğu içine alan yaşama kalitesi göstergeleri oluşturma konusunda çalışmalar yapmıştır. Örneğin Flax (1972)

yaşam kalitesi için çocuk ölüm oranı, seçimlere katılma oranı gibi nesnel olarak ortaya konabilecek niteliklerde göstergeler listesi önermiştir. Flax'ın yaşam kalitesi göstergeleri kısaca şöyledir:

1. İş bulamama
2. Fakirlik
3. Kazanç
4. Ev
5. Sağlık
6. Akıl sağlığı
7. Kamu düzeni
8. Irklar arası eşitlik
9. Sosyal katkı
10. Eğitim
11. Ulaşım
12. Hava kalitesi
13. Sosyal ayrışma

Yaşam kalitesi göstergeleriyle ilgili bir sınıflama Yener ve Koç (2001) tarafından yapılmış ve araştırmacılar tarafından bir Yaşam Kalitesi Endeksi oluşturulmuştur. Söz konusu endekste yaşam kalitesi göstergelerindeki değişkenler üç ana boyuttadır:

A. Sağlık Hizmetlerine Ulaşım Göstergeleri;

1. Tam aşılama oranı,
2. Doğum öncesi bakım alan annelerin oranı,
3. Sağlık kurumlarında yapılan doğumların oranı,
4. Sağlık personelinin katıldığı doğumların oranı

B. Yaşama Ortamı Göstergeleri;

1. Sağlıklı içme suyuna ulaşanların oranı,
2. Kanalizasyon sisteminden yararlananların oranı,
3. Yetersiz beslenen çocukların oranı,
4. Yatak odası başına düşen kişi sayısı,
5. Kişi başına elektrik enerjisi tüketim miktarı,

6. Kişi başına düşen gelir.

C. Yaşama Hakkını Belirleyen Göstergeler;

1. Doğuştan yaşam beklentisi,
2. Bebek ölüm hızı,
3. Sosyal güvenlik kapsamında çalışan nüfus,
4. Toplam doğurganlık hızı,
5. Kız çocuklarının okullaşma oranı,
6. Erkek çocuklarının okullaşma oranı olarak kız çocuklarının okullaşma oranı.

Yukarıda verilen bilgilerden yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğu kolaylıkla anlaşılmaktadır. Bu boyutların bazıları bireyin içsel durumuna yönelikken bazıları da onun sosyal ilişkilerine, fiziksel çevresine ve sağlık durumuna yöneliktir. Ancak genel olarak yaşam kalitesi boyutlarının öznel ve nesnel olmak üzere ikiye ayrılacağı ve yaşam kalitesi algısının bu boyutların etkileşiminden ortaya çıktığı yorumu yapılabilir (Demirkıran, 2012).

2.3.4. Hastane Personelinin Yaşam Kalitesiyle İlişkili Faktörler

2.3.4.1. Bireysel Faktörler

Bireyin yaşam kalitesi düzeyini belirleyen etmenlerden bir tanesi olan cinsiyetin, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerin genelinde özellikle çalışma ve eğitim sahasında önem arz eden değişikliklere yol açtığı belirtilmektedir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

İş yaşam kalitesini etkileyen unsurlardan bir diğeri olan yaş faktörünün ise her yaşta önem arz ettiğini, fakat erişkinlik döneminde diğer dönemlere göre daha fazla dikkatle incelenmesi gerektiği belirtilmiştir (Bilir vd., 2005). Çünkü iş hayatına atılma genellikle bu dönemde olmaktadır. Ayrıca bu dönemde bireyin üstlendiği rol, statü, yaşanan kayıplar, evlilik gibi ikili ilişkiler ve ebeveyn olmanın verdiği sorumluluklar gibi unsurlar bireyin yaşam kalitesini etkileyen unsurlardır (Altuğ vd., 2009).

Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biri olan medeni durum ile ilgili literatür taraması yapıldığında, yaşam kalitesi düzeyini etkilediği yönünde sonuçlara

varılmıştır. Bireylerin evli ya da bekar olması geri kalmış ya da gelişmekte olan toplumlarca olağan olarak kabul görmekteyken dul ya da boşanmış olması normal dışı olarak görülmekte ve bu bireyler toplum tarafından kabul görmemektedir (Gülmez, 2013). Bu durum göz önüne alındığında, dul ya da boşanmış kadınların erkeklere oranlara toplumdaki dışlanma ihtimallerinin daha fazla olması nedeniyle yaşam kalitelerine etkisinin de daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Perim, 2007).

Yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir diğer unsur olan eğitim, kişinin kendini geliştirmesine ve örneğin hastane personellerini ele alacak olursak hastanedeki yaptığı görevin özelliğine etkisi olmaktadır yani bireyin aldığı işin üzerinde etkisi vardır. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sosyal imkanlara ulaşımının daha kolay olduğuna, gelir düzeyinin daha yüksek olduğuna ve bu sayede yaşam kalitesinin daha iyi olduğu kanısına varılmıştır. Düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin çalışma koşulları, aldıkları maaş, sosyal imkanları, toplum tarafından yaşadıkları mobing göz önüne alınırsa yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna varılabilir (Koçoğlu ve Akın, 2009). Yüksek eğitim düzeyine bağlı olarak ekonomik koşulların iyi olması, bireyin yeme içme gibi temel ihtiyaçları rahat bir şekilde sağlayabilmesi ve ek olarak sosyal hayatında olanaklara istediği ölçüde ulaşabilmesi bakımından incelendiğinde bireyin gelir düzeyinin yaşam kalitesini etkilediğini görmek mümkündür (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Bireyin gelir düzeyiyle doğru orantılı olarak sağlık sektörüne ulaşımının kolaylığı, yaşam kalitesini ve iş yaşam kalitesini etkilemektedir (Tüzün ve Eker, 2003).

Bireyin öz bakımını ve gündelik aktivitelerinin yerine getirebilmesi sağlıklı olduğunun bir göstergesi objektif yaşam kalitesi iken fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığı ise subjektif yaşam kalitesi göstergesidir (Aksungur, 2009). Bireyin sağlığının yaşam kalitesinin etkilemesinin nedeni bedensel ve psikolojik rahatsızlıkların iş yaşamındaki işlevselliğini etkilemesidir (Memik vd., 2007).

2.3.4.2. Çevresel Faktörler

Sosyal destek faktörü ele alındığında, kişinin içinde bulunduğu iş ortamı ve sosyal çevresi ile olan bağlantısı kişinin yaşam kalitesi düzeyine etki ettiği görülmektedir. Ana unsur, kişinin sahip olduğu toplumun en temel yapı taşı olan

ailedir. Bireyin sahip olduğu ailenin, kişinin yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri vardır (Hollar, 2003). Bireyin çalıştığı kurumlarda sosyal dışlanma yaşaması, başarı ya da başarısızlıkları yaşam kalitesiyle orantılıdır (Saldamlı, 2008). Bireyin çalışmak istediği kendi alanlarında iş olanaklarına sahip olması ve bu işlerde çalışması bireyin yaşam kalitesini arttırmaktadır (Aşan ve Erenler, 2008). Bunun yanı sıra çalıştığı işteki aldığı maaş, çalışma pozisyonu ve hizmet verdiği yıl ile yaşam kalitesinin bağlantılı olduğu görülmektedir (Kılıç ve Keklik, 2012). Motivasyon her kurumdaki çalışanlar açısından önemli olduğu gibi hastane personelleri açısından da büyük bir öneme sahiptir. Çünkü; çalıştığı kurum, pozisyonun önemi kadar iş yerindeki moral ve motivasyon da işveren ve çalışanın yaşam kalitesini şekillendirme açısından önemlidir (Ağırbaş & Çelik & Büyükkayıkçı, 2005).

İş ortamındaki şartların iyileştirilmesi personellerin işlerini severek ve özveriyle yapmasına ayrıca mesleki etiğe uygun olarak çalışabilmesine olanak sağlamaktadır (Karakaya ve Ay, 2007).

2.3.4.3. Örgütsel Faktörler

Bireylerin örgütsel bağlılıkları çalışma şartlarını ve performanslarını etkileyebilmektedir. Çalışanların, örgütün amaçları ve değerleri doğrultusunda iş hayatındaki çalışma arzusunu olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir (Mowday vd., 1979).

Bireylerin örgütle olan ilişkisi göz önünde bulundurularak örgütün kalıcı üyesi olması söz konusu olabilmektedir. Bu devamlılığın olmasını bireylerde bulunan “Devamlılık bağlılığı”, “Normatif bağlılık” ve “Duygusal bağlılık” olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır (Meyer ve Allen, 1997).

Devamlılık bağlılığı, bireylerin örgütle olan ilişkisinde elde edeceği kazanımları göz önünde bulundurmaktadır. Maddi ve manevi açıdan örgütün kendisine getirileri üzerinde odaklandığı için kazancı fazla ise örgüt içinde kalmaya devam etmektedir. Normatif bağlılık, bireylerin çalışmak zorunda olduğunu düşündüğü için örgüt içinde kalmaya devam edebilmektedir. Duygusal bağlılık ise, kişilerin örgüte karşı duyduğu sahiplenme, kendisinin tabularının örgüt ile benzer olması gibi durumlar ile alakalıdır. Bu duygusal bağı yüksek olan kişiler örgüt

içerisinde düzenli olarak çok istekli bir şekilde çalışmaya devam etmektedir (Meşe ve Sürvegil, 2007).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, Covid-19 pandemisi döneminde hastane çalışanlarının depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi tespit etmeye yönelik yapılan araştırmanın yöntem bilgileri verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın konusu göz önüne alındığında, ilişkisel tarama modelinin bu çalışmaya uygun olduğu karar verilmiştir. Bu araştırma modeli; çok sayıda katılımcıya uygulanan anket verileriyle farklı değişkenlerin ilişkisini belirleyen araştırmalardır (Wellington, 2006).

Bir araştırmada, ilişkisel tarama modeli ele alındıysa ilgili çalışmada en az iki değişkenin korelasyonel ilişkisi değerlendirilebilmektedir. İlgili değişkenler; tutum, öz düzenleme, travma, akademik başarı, anksiyete şeklinde olabilmektedir. Bu bağlamda, ilişkisel taramaya dayalı olarak yürütülen araştırmaların değişkenler arası ilişkiyi ortaya koyduğunu ifade etmek mümkündür (Fraenkel ve Wallen, 2006).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Türkiye'deki il ve ilçelerde bulunan özel veya devlet hastanelerinin personelidir. Araştırmanın örnekleme amaçlı örnekleme yöntemlerinden olan ölçüt örnekleme tekniği kullanılarak belirlenmiştir. Ölçüt olarak katılımcının bir hastanede çalışıyor olması ve 18 yaşından büyük olması dikkate alınmıştır. Araştırmanın örneklemini ise 224 kadın ve 212 erkek olmak üzere 436 sağlık çalışanı oluşturmuştur.

Örneklem sayısına karar vermeden önce güç analizi yapılmıştır. Bu doğrultuda örneklem hacmi, ana kitle oranlarına dayalı kümelenendirilmemiş tek aşamalı tesadüfi olasılık örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.

$$n = t^2 * [1 + (0,02) (b-1)] * (p * q) / e^2$$

Burada;

“n: Örnek Hacmi,

t: %95 önem derecesine karşılık gelen tablo değeri,

b: Örneklem aşaması (bu çalışmada tek aşamalı olduğu için 1 alınmıştır),

p: İncelenen olayın ana kitle içinde gerçekleşme olasılığı (%50 olarak alınmıştır),

q: İncelenen olayın gerçekleşmeme olasılığı (1-p),

e: Kabul edilen hata payı (bu çalışmada hata payı %5 olarak alınmıştır),

Denklemden, b=1 alındığında, eşitlik aşağıdaki forma dönüşmüştür:"

$$n = t^2 * (p*q)/e^2$$

Bu formüle göre örneklem hacmi;

$$n = 1,962 * (0,50 * 0,50)/0,052 \rightarrow n = 384$$

Örnek hacmi 384 olarak saptanmış ve çok sayıda katılımcıdan veri toplamak daha güvenilir sonuçlar vereceği göz önüne alındığında, araştırmaya 436 sağlık çalışanının katılımı sağlanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Covid-19 pandemisi döneminde hastane çalışanlarının depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiye yönelik yürütülen araştırmada kullanılan araçlar aşağıda verilmiştir.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu formda, çalışmaya katılım gösteren örneklem grubunun sosyodemografik bilgilerini öğrenmek amacıyla oluşturulan sorular yer almaktadır. Bireylere cinsiyeti, mesleği, ekonomik durumu, eğitim durumu, yaşı, medeni durumu, kardeş sayısı, pandemide ikamet edilen yeri, herhangi bir tıbbi rahatsızlığı olup olmadığı, alkol ve sigara kullanma durumları, herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadıkları, tanı konulmuş psikolojik bir rahatsızlığı olup olmadığı ve haftalık çalışma saatleri gibi değişkenleri belirlemek amacıyla sorular yöneltilmiştir.

3.3.2. Beck Depresyon Envanteri

Bu ölçek Beck'in geliştirdiği ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını 1988'te Hisli'nin yaptığı ölçme aracıdır. Ölçeğin güvenilirliği 0.65 olarak hesap edilmiştir. Ölçeğin iki yarım test güvenilirlik katsayısı ise öğrencilerden oluşan grupta

0.78, depresif hastalarda 0.61 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği çalışmalarında 6 faktörden oluştuğu; ilgili faktörlerden 4'ünün yorumlanabildiği belirlenmiştir. Bu bağlamda 9 yargıdan meydana gelen umutsuzluk, 2 yargıdan meydana gelen “kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları”, 2 yargıdan meydana gelen bedensel kaygılar ve 4 yargıdan meydana gelen suçluluk duyguları boyutları belirlenmiştir. Depresyon bakımından risk sınırından bulunan kişileri ve onlarda yer alan depresif semptomların seviyesini ve derecesini tespit edebilmek hedefi ile geliştirilmiş olan ölçek toplamda 21 adet kendini değerlendirme cümlesinden oluşmaktadır. Bu maddeler ise dörtlü Likert tipindedir. Her cümle 0-3 arasında puanlanmakta ve ölçeğin toplam puanı madde puanlarının toplanması yoluyla elde edilmektedir. Bu kapsamda ölçek puanı 0-63 arasında değişmektedir. Depresyonun şiddeti 4 puanda değerlendirilmektedir. Bu puanın 5-9 arasında yer alması normal, 10-18 arasında yer alması hafif-orta, 19-29 arasında yer alması orta-şiddetli ve 30-63 arasında yer alması ise şiddetli depresyonu işaret etmektedir. Kesme puanı 17 olan Beck depresyon envanterinde, 17 ve üstü puanlar tedavi gerektiren depresyonu ortaya koymaktadır.

3.3.3. DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği

Orijinal ismi “World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)” olan ölçeğin Türk dili ve toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği Fidaner ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmış ve ölçek Türk toplumu için uygun bulunmuştur. Cronbach alfa değeri 0.91 olarak tespit edilmiş olup yapı geçerliliği, eşzaman geçerliliği, ayırt edici geçerliliği ve alanların genel sağlık ve yaşam kalitesini açıklayabilmedeki puanların ölçek ve alt alanları için geçerli olduğu bilgisini aktarmışlardır.

Bireylerin içinde yer aldığı zorlanmanın veya deneyimlediği negatif stres tepkisinin seviyesini ölçmeyi hedef edinen ve bireylerin kendi yaşam kalitelerini nasıl algıladıklarını ortaya koyan bu ölçek 27 sorudan oluşmaktadır. Ancak ölçeğin toplam puanı yoktur. Diğer bir deyişle, bütün alanların puanları toplanarak toplam yaşam kalitesi puanına erişilmemektedir.

Bu ölçek ile dört alanın puanı hesaplanmaktadır. İlk olarak değerlendirilen alan “fiziksel alan olarak adlandırılmaktadır. Bu alanda günlük yaşam aktiviteleri, tıbbi

bakıma ihtiyaç duyma durumu, canlılık, yorgunluk, hareketlilik, ağrı, rahatsızlık, uyku, dinlenme ve iş kapasitesi gibi konulara yönelik maddeler yer almaktadır. İkinci alan ise “psikolojik alan” olarak adlandırılmaktadır. Bu alanda beden algısı, olumsuz düşünceler, olumlu düşünceler, kendine güven, dini ve kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, hafıza ve odaklanma gibi konulara yönelik maddeler yer almaktadır. Üçüncü alan olan “sosyal alan” kişiler arası ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam konularına yöneliktir. Son alan olan “çevre alanı” da parasal kaynaklar, özgürlük, fiziksel güvenlik, sağlık sosyal hizmetlerin erişilebilirliği ve kalitesi, ev çevresi, yeni bilgi ve becerilere ulaşılma fırsatları, boş zaman aktivitelerine katılma, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim) ve ulaşım konuları üzerinedir.

3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırma verileri çevrimiçi ortamda toplanmıştır. Bu kapsamda öncelikle veri toplama araçları elektronik ortama aktarılmış ardından da bir bağlantı yine çevrimiçi ortamda ölçütlere uygun olan çalışanlara gönderilmiştir. İlk olarak yapılan araştırmanın amacı, doldurulan verilerin gizliliği ve katılımcıların nasıl doldurması gerektiği belirtilmiştir. Elektronik ortamda üzerinde Google Form kullanılarak link haline getirilen ankette katılımcıların doldurmaları gereken araçlar i) kişisel bilgi formu, Beck Depresyon Envanteri ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği olmuştur. Katılımcılardan ayrıca bir onam formunu okuyarak onaylamaları istenmiştir.

Toplanan veriler aritmetik ortalama, yüzde ve standart sapma gibi betimsel istatistiklerin yanı sıra Mann Whitey U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Korelasyonel ilişkinin hesaplanmasında Spearman-rho katsayısı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu ise Kolmogorov-Simirnov Testi ile yoklanmıştır. Mann Whitey U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak yapılan analizlerde, anlamlı sonuçların tespit edilmesi halinde Bulgular bölümünde raporlaştırılmış; anlamlı sonuca ulaşılmayan demografik değişkenlere yer verilmemiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, Covid-19 pandemisi döneminde hastane çalışanlarının depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi tespit etmeye yönelik araştırmanın analiz sonuçları paylaşılmıştır.

4.1. Sosyo Demografik Özelliklere Yönelik Bulgular

Aşağıdaki tabloda katılımcıların yaşları ile ilgili bazı betimsel istatistikler yer almaktadır. Buna göre katılımcıların yaşları 20 ile 64 arasında değişmektedir. Ortalama yaş ise 35,44'tür.

Tablo 1. Katılımcıların yaşları

	n	Minimum	Maksimum	\bar{X}
Yaş	436	20	64	35,44

Katılımcılara cinsiyetleri açısından bakıldığında %51,38'inin kadın ve %48,62'inin erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların cinsiyet dağılımı

	f	%
Kadın	224	51,38
Erkek	212	48,62
Toplam	436	100,00

Katılımcıların hastanede yaptıkları işe göre dağılımı incelendiğinde en fazla katılımcıların (%39,45) hemşire veya hemşir olduğu anlaşılmaktadır. Tekniker olarak görev yapanların oranı %14,68 iken ebelerin oranı %9,40 ve doktorların oranı ise %7,34 olarak belirlenmiştir. Öte yandan, psikologların oranı %6,65, teknisyenlerin oranı %5,28, sekreterlerin oranı %4,36, biyologların oranı %3,67'dir.

Tablo 3.Katılımcıların meslek durumuna göre dağılımı

	f	%
Hemşire/Hemşir	172	39,45
Tekniker	64	14,68
Ebe	41	9,40
Doktor	32	7,34
Psikolog	29	6,65
Teknisyen	23	5,28
Sekreter	19	4,36
Biyolog	16	3,67
Diyetisyen	10	2,29
Hasta Bakıcı	7	1,61
Fizyoterapist	3	0,69
Diğer	20	4,59

Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumları incelendiğinde büyük kısmının (%42,43) 4500-5500 TL gelir aralığında bulunduğu görülmektedir. Aylık 5500 TL ve üzeri gelire sahip olanların oranı %40,37 iken 3500-4500 TL gelir aralığından olanların oranı ise %11,93'tür. Yalnızca 23 katılımcı (%5,28) 3500 TL'nin altında gelire sahiptir.

Tablo 4.Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı

	f	%
2500 – 3500 TL	23	5,28
3500 - 4500 TL	52	11,93
4500 - 5500 TL	185	42,43
5500+ TL	176	40,37
Toplam	436	100,00

Medeni durumları açısından katılımcıların yarıdan biraz fazlasının (%55,73) evli olduğu görülürken bekarların oranı %39,45'tür. Boşanmış ve dul katılımcılar ise örneklemin %4,82'sini oluşturmaktadır.

Tablo 5.Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı

	f	%
Bekar	172	39,45
Evli	243	55,73
Boşanmış/Dul	21	4,82
Toplam	436	100,00

Katılımcıların pandemi döneminde konakladıkları yer incelendiğinde çoğunun (%72,94) ailesi ile birlikte kaldığı anlaşılmaktadır. Yalnız yaşayanların oranı ise %27,06'dır.

Tablo 6.Katılımcıların pandemi döneminde ikamet durumuna göre dağılımı

	f	%
Aile Yanı	318	72,94
Tek Başına	118	27,06
Toplam	436	100,00

Haftalık çalışma saatleri açısından ise katılımcıların genellikle (%42,43) haftada 24-48 saat çalıştığı görülmektedir. Haftada 48 saatten fazla çalışanların oranı ise %36,93'tür.

Tablo 7.Katılımcıların haftalık çalışma saatine göre dağılımı

	f	%
0-8 Saat	43	9,86
8-16 Saat	39	8,94
16-24 Saat	8	1,83
24-48 Saat	185	42,43
48+ Saat	161	36,93
Toplam	436	100,00

4.2. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili olarak alkol ve sigara kullanma durumları ile tıbbi rahatsızlıkları, düzenli ilaç kullanma durumları ve psikiyatrik bir tanı alıp almadıkları incelenmiştir.

Düzenli olarak alkol kullandığını beyan eden katılımcıların oranı %34,40 iken alkol kullanmayanların oranı %65,60'tır.

Tablo 8.Katılımcıların alkol kullanım durumları

	f	%
Hayır	286	65,60
Evet	150	34,40
Toplam	436	100,00

Öte yandan, düzenli olarak sigara kullandığını ifade eden katılımcıların oranı %51,15 iken sigara kullanmayanları oranı %48,85 olarak bulunmuştur.

Tablo 9.Katılımcıların sigara kullanım durumları

	f	%
Hayır	213	48,85
Evet	223	51,15
Toplam	436	100,00

Tıbbi bir rahatsızlığı bulunan katılımcılar örneklemin %12,84'ünü oluşturmaktadır. Diğer katılımcıların (%87,16) ise tıbbi rahatsızlığı bulunmamaktadır.

Tablo 10.Katılımcıların tıbbi rahatsızlık durumları

	f	%
Hayır	380	87,16
Evet	56	12,84
Toplam	436	100,00

Düzenli ilaç kullanma açısından bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin %86,01'inin düzenli ilaç kullanmadığı görülmektedir.

Tablo 11.Katılımcıların düzenli ilaç kullanma durumları

	f	%
Hayır	375	86,01
Evet	61	13,99
Toplam	436	100,00

Veriler, psikiyatrik bir tanı alma açısından incelendiğinde katılımcıların yalnızca %4,13'ünün tanı almış olduğu bulgulanmıştır.

Tablo 12.Katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumları

	f	%
Hayır	418	95,87
Evet	18	4,13
Toplam	436	100,00

4.3. Depresyon Puanlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ile elde edilen bulgularına bakıldığında puanların 0 ile 48 arasında değiştiği ve ortalama puanın 12,36 olduğu görülmektedir.

Tablo 13.Katılımcıların depresyon puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

n	Minimum	Maksimum	\bar{X}	S.S.
436	0	48	12,36	9,85

Depresyon puanları, ilgili ölçeğin yönergesinde belirtildiği üzere gruplara ayrıldığında ise katılımcıların %44,72'sinin depresyonda olmadığı, %30,50'sinin hafif-orta düzeyde depresyonda olduğu, %18,81'inin orta düzeyde depresyonda olduğu ve %5,96'sının ise şiddetli depresyonda olduğu bulunmuştur.

Tablo 14. Katılımcıların depresyon düzeylerine göre dağılımı

	f	%
Normal 4-9	195	44,72
Hafif-Orta 10-18	133	30,50
Orta 19-29	82	18,81
Şiddetli 30-63	26	5,96
Toplam	436	100,00

Depresyon puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile yoklanmıştır. Buna göre Beck Depresyon Envanteri Puanları normal dağılım göstermemektedir ($p < ,05$).

Tablo 15. Depresyon ölçeği puanlarının normalliği

	Kolmogorov-Smirnov	sd	<i>p</i>
Depresyon Puanı	,105	436	,000

4.4. Depresyon Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ile elde edilen bulgularına bakıldığında puanların 0 ile 48 arasında değiştiği ve ortalama puanın 12,36 olduğu görülmektedir.

Depresyon puanlarının bazı sosyo-demografik özellikler (medeni durum, ikamet yeri, gelir düzeyi, haftalık çalışma saati) açısından farklılaşma durumları parametrik olmayan tekniklerle incelenmiştir. Medeni duruma göre farklılaşmaya bakıldığında depresyon düzeylerinin medeni duruma göre farklılaştığı ($p<,05$) görülmektedir. Bekar ve boşanmış/dul olanlarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 16. Depresyon puanlarının medeni duruma göre farklılaşma durumu

Medeni Durum	n	\bar{X}	Ortalamalar Sırası	Chi-Square	sd	<i>p</i>
Bekar	172	12,97	223,46			
Evli	243	11,43	208,00	10,642	2	,005
Boşanmış/Dul	21	18,19	299,36			

İkamet yerine göre depresyon düzeylerinin farklılaştığı ($p<,05$) görülmektedir. Aile yanında yaşayanlarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 17. Depresyon puanlarının ikamet yerine göre farklılaşma durumu

İkamet Yeri	n	\bar{X}	Ortalamalar Sırası	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	<i>p</i>
Aile Yanı	318	12,85	226,15	71916,00		
Tek Başına	118	11,04	197,88	23350,00	16329,000	,037

Gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmada depresyon puanının gelir düzeyine göre farklılaştığı görülmektedir ($p<,05$). Gelir düzeyi düştükçe depresyon puanı artmaktadır.

Tablo 18. Depresyon puanlarının gelir düzeyine göre farklılaşma durumu

Gelir Düzeyi	n	\bar{X}	Ortalamalar Sırası	Chi-Square	sd	p
2500-3500 TL	23	18,52	305,28	35,253	3	,000
3500 - 4500 TL	52	15,38	263,00			
4500 - 5500 TL	185	13,37	231,17			
5500+ TL	176	9,60	180,69			

4.5. Yaşam Kalitesine Yönelik Bulgular

Katılımcıların yaşam kalitelerine yönelik genel algılarına bakıldığında ortalamanın 3,41 olduğu görülmektedir. Buna dayanarak katılımcıların kendi yaşam kalitelerine yönelik ortalamanın biraz üzerinde algıya sahip oldukları söylenebilir.

Tablo 19. Katılımcıların yaşam kalitesine yönelik genel algılarına ilişkin betimsel istatistikler

	n	Minimum	Maksimum	\bar{X}	S.S.
Yaşam Kalitesi Genel Algısı	436	1	5	3,41	1,067

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin betimsel istatistikler ise aşağıdaki gibidir. Buna göre fiziksel boyuta ait aritmetik ortalamanın 28,36 olduğu görülürken ruhsal boyuttaki ortalama 24,08 olarak hesaplanmıştır. Sosyal boyuta ait puan ortalaması 20,96 ve son olarak çevresel boyutun ortalaması ise 18,04'tür.

Tablo 20. Katılımcıların yaşam kalitesi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

	n	Minimum	Maksimum	\bar{X}	S.S.
Fiziksel	436	11	40	28,36	6,779
Ruhsal	436	7	35	24,08	5,620
Sosyal	436	7	30	20,96	4,912
Çevresel	436	5	25	18,04	4,488

Yaşam kalitesi puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile yoklanmıştır. Buna göre yaşam kalitesi puanlarının hiçbir boyutu normal dağılım göstermemektedir ($p < ,05$).

Tablo 21. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarının normalliği

	Genel Algı	Fiziksel	Ruhsal	Sosyal	Çevresel
n	436	436	436	436	436
Kolmogorov-Smirnov Z	4,963	1,842	1,904	1,837	2,522
p	,000	,002	,001	,002	,000

4.6. Yaşam Kalitesi Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Yaşam kalitesi puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasına bakıldığında genel algının yanı sıra fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşam kalitesi puanların medeni duruma göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p < ,05$). Boşanmış/dul olanlarda yaşam kalitesi fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarda daha düşüktür. Ancak çevresel yaşam kalitesi puanlarının medeni duruma göre farklılaşmadığı belirlenmiştir ($p > ,05$).

Tablo 22. Yaşam kalitesi puanlarının medeni duruma göre farklılaşma durumu

	Medeni Durum	n	\bar{X}	Ortalamalar Sırası	Chi-Square	p
Genel	Bekar	172	3,39	213,62	7,776	,020
	Evli	243	3,47	227,51		
	Boşanmış/Dul	21	2,90	154,26		
Fiziksel	Bekar	172	29,31	235,85	10,968	,004
	Evli	243	28,07	212,57		
	Boşanmış/Dul	21	23,86	145,02		
Ruhsal	Bekar	172	24,09	213,46	9,515	,009
	Evli	243	24,40	228,63		
	Boşanmış/Dul	21	20,33	142,55		
Sosyal	Bekar	172	20,85	216,31	11,645	,003
	Evli	243	21,31	227,66		
	Boşanmış/Dul	21	17,71	130,45		
Çevresel	Bekar	172	17,98	217,95	4,337	,114
	Evli	243	18,26	223,59		
	Boşanmış/Dul	21	16,10	164,14		

Benzer olarak yandan, yapılan analiz sonucunda yaşam kalitesi puanlarının tüm boyutlarda ikamet yerine göre farklılaştığı görülmektedir ($p < ,05$). Tek başına yaşayanların yaşam kalitesi düzeyleri tüm boyutlarda aileleriyle birlikte yaşayanlara kıyasla daha yüksektir.

Tablo 23.Yaşam kalitesi puanlarının ikamet yerine göre farklılaşma durumu

	İkamet Yeri	n	Ortalamalar Sırası	Sıralar Toplamı U	p	
Genel Algı	Aile Yanı	318	205,72	65419,50	14698,500	,000
	Tek Başına	118	252,94	29846,50		
Fiziksel	Aile Yanı	318	206,37	65626,50	14905,500	,001
	Tek Başına	118	251,18	29639,50		
Ruhsal	Aile Yanı	318	206,38	65629,50	14908,500	,001
	Tek Başına	118	251,16	29636,50		
Sosyal	Aile Yanı	318	205,89	65472,50	14751,500	,001
	Tek Başına	118	252,49	29793,50		
Çevresel	Aile Yanı	318	207,03	65836,00	15115,000	,002
	Tek Başına	118	249,41	29430,00		

Gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmada ise yaşam kalitesinin tüm boyutlarda gelir düzeyine göre farklılık gösterdiği ortaya çıkmaktadır ($p<,05$). Gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi gerek genel algı gerekse fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutlarda yükselmektedir.

Tablo 24. Yaşam kalitesi puanlarının gelir düzeyine göre farklılaşma durumu

	Gelir	N	\bar{X}	Ortalamalar Sırası	Chi-Square	<i>p</i>
Genel	2500 – 3500 TL	23	2,96	156,13	81,433	,000
	3500 - 4500 TL	52	2,75	142,68		
	4500 - 5500 TL	185	3,16	190,81		
	5500+ TL	176	3,93	278,16		
Fiziksel	2500 – 3500 TL	23	25,04	153,37	55,716	,000
	3500 - 4500 TL	52	24,83	148,31		
	4500 - 5500 TL	185	27,28	198,12		
	5500+ TL	176	30,97	269,17		
Ruhsal	2500 – 3500 TL	23	21,26	154,48	50,739	,000
	3500 - 4500 TL	52	21,73	162,77		
	4500 - 5500 TL	185	22,99	194,54		
	5500+ TL	176	26,29	268,52		
Sosyal	2500 – 3500 TL	23	18,39	145,50	86,250	,000
	3500 - 4500 TL	52	17,38	121,18		
	4500 - 5500 TL	185	20,04	196,68		
	5500+ TL	176	23,31	279,73		
Çevresel	2500 – 3500 TL	23	14,87	131,35	103,921	,000
	3500 - 4500 TL	52	14,58	118,57		
	4500 - 5500 TL	185	17,06	192,50		
	5500+ TL	176	20,51	286,75		

4.7. Depresyon Puanları ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyon puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki Spearman-rho katsayısı ile yoklanmıştır. Buna göre katılımcıların depresyon puanları ile yaşam kalitesinin tüm boyutları arasında iki değişken arasında ters yönlü ve güçlü ilişkiler bulunmaktadır. Depresyon ile genel yaşam kalitesi arasındaki ilişki -0,691 iken depresyon ile fiziksel yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki -0,696'dır. Ayrıca, depresyon puanları ile ruhsal yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki -0,816 olarak hesaplanmıştır. Benzer biçimde bu ilişkiler sosyal yaşam kalitesi açısından -0,685 ve çevresel yaşam kalitesi açısından -0,560'tır. Bu ilişkilerin tümü ,01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 25. Depresyon puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki

		Genel	Fiziksel	Ruhsal	Sosyal	Çevresel
Depresyon	Spearman'srho	-,691**	-,696**	-,816**	-,685**	-,560**
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000
	n	436	436	436	436	436

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılmaktadır. Bu kapsamda ilk olarak sosyo-demografik bulgulara kısaca değinilmiş, ardından sağlıkla ve depresyonla ilgili bulgular tartışılmıştır. Bölümün sonraki kısımlarında ise yaşam kalitesiyle ilgili ulaşılan sonuçlar tartışıldıktan sonra depresyon-yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik elde edilen bulgular derlenmiştir.

5.1. Sosyo-Demografik Bulguların Tartışılması

Yürütülen araştırmada ilk olarak elde edilen bulgular katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin olanlardır. Katılımcıların yaşları 20 ile 64 arasında değişmektedir. Ortalama yaş ise 35,44'tür. Cinsiyet açısından bakıldığında katılımcıların %51,38'inin kadın ve %48,62'i erkektir. Bu değerlere göre örneklemin cinsiyet açısından dengeli bir dağılıma sahip olduğu ve katılımcıların daha çok genç yetişkin ve orta yaşlı oldukları söylenebilir.

Katılımcıların hastanede yaptıkları işe göre dağılımı incelendiğinde en fazla katılımcıların (%39,45) hemşire veya hemşir olduğu belirlenmiştir. Tekniker olarak görev yapanların oranı %14,68 iken ebelerin oranı %9,40 ve doktorların oranı ise %7,34 olarak belirlenmiştir. Öte yandan, psikologların oranı %6,65, teknisyenlerin oranı %5,28, sekreterlerin oranı %4,36, biyologların oranı %3,67'dir. Kısacası örnekleme daha çok hemşire olmak üzere çeşitli sağlık çalışanlarının bulunduğu anlaşılmıştır. Haftalık çalışma saatleri açısından ise katılımcıların genellikle (%42,43) haftada 24-48 saat çalıştığı görülmektedir. Haftada 48 saatten fazla çalışanların oranı ise %36,93'tür.

Araştırmaya katılan bireylerin büyük kısmının (%42,43) 4500-5500 TL gelir aralığında bulunduğu görülmektedir. Aylık 5500 TL ve üzeri gelire sahip olanların oranı %40,37 iken 3500-4500 TL gelir aralığından olanların oranı ise %11,93'tür. Yalnızca 23 katılımcı (%5,28) 3500 TL'nin altında gelire sahiptir.

Öte yandan, medeni durumları açısından katılımcıların yarısından biraz fazlasının (%55,73) evli olduğu görülürken bekarların oranı %39,45'tür. Boşanmış ve dul

katılımcılar ise örneklemin %4,82'sini oluşturmaktadır. Katılımcıların pandemi döneminde konakladıkları yer incelendiğinde çoğunun (%72,94) ailesi ile birlikte kaldığı anlaşılmaktadır. Yalnız yaşayanların oranı ise %27,06'dır.

5.2. Sağlık Durumu ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada elde edilen ikinci grup bulgular ise katılımcıların sağlık durumlarına ilişkindir. Düzenli olarak alkol kullandığını beyan eden katılımcıların oranı %34,40 iken alkol kullanmayanların oranı %65'tir. Düzenli olarak sigara kullandığını ifade eden katılımcıların oranı ise %51,15 olarak bulunmuştur. Buna göre katılımcıların yaklaşık üçte biri alkol kullanırken yarısı da sigara kullanmaktadır.

Tıbbi bir rahatsızlığı bulunan katılımcılar örneklemin %12,84'ünü oluşturmaktadır. Diğer katılımcıların (%87,16) ise tıbbi rahatsızlığı bulunmamaktadır. Düzenli ilaç kullanma açısından bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin %86,01'inin düzenli ilaç kullanmadığı görülmektedir. Veriler, psikiyatrik bir tanı alma açısından incelendiğinde katılımcıların yalnızca %4,13'ünün tanı almış olduğu bulgulanmıştır. Diğer bir deyişle, psikiyatrik tanı almış olan katılımcıların sayısı oldukça düşüktür.

5.3. Depresyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında, Covid-19 pandemisinde hastane çalışanlarının depresyon düzeyleri çeşitli demografik değişkenlere göre kıyaslanmıştır. Elde edilen sonuçlardan hareketle, bekar bireylerin evli bireylerden; ailesinin yanında yaşayan bireylerin tek başına yaşayanlara göre ve gelir düzeyi düşük olanların gelir düzeyi yüksek olanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucu edinilmiştir. Bu sonuçlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, ilgili değişkenlerin depresyon düzeyi üzerinde etkisi olduğu söylenebilir. Literatürdeki pek çok güncel çalışma, depresyon üzerinde çeşitli değişkenlerin etkisi olduğunu göstermektedir (Günay vd., 2018; Polat ve Coşkun, 2020).

Depresyona yönelik verilerin incelenmesiyle katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanların 0 ile 48 arasında değiştiği ve ortalama puanın 12,36 olduğu görülmektedir.

Depresyon puanları, ilgili ölçeğin yönergesinde belirtildiği üzere gruplara ayrıldığında ise katılımcıların %44,72'sinin depresyonda olmadığı, %30,50'sinin hafif-orta düzeyde depresyonda olduğu, %18,81'inin orta düzeyde depresyonda olduğu ve %5,96'sının ise şiddetli depresyonda olduğu bulunmuştur. Buna göre, katılımcıların yarıdan biraz fazlasının çeşitli düzeylerde depresif belirtiler gösterdiği anlaşılmaktadır.

Aslında bu durum diğer bazı çalışmalarda da ortaya konan bulgularla desteklenmektedir. Örneğin Delice, Koçoğlu ve Sevim (2020), COVID-19 pandemisi süreci ile ilgili çalışmalarında yaklaşık dört katılımcıdan birinin anksiyete semptomlarını ve yaklaşık üç katılımcıdan birinin umutsuzluk semptomlarını gösterdiği bulgusunu elde etmiştir.

Genel tanıma göre depresyon, biyo-psiko-sosyal nedenleri olan bir duygudurum bozukluğudur. Bu durum kendini keder, karamsarlık, pişmanlık ve suçluluk duygularının yanı sıra uyku, yeme ve cinsel istek gibi fizyolojik işlevlerde bozukluklarla kendini belli etmektedir (Alper, 1999). Bu çalışmada elde edilen bulgulara dayanılarak katılımcıların yaklaşık yarısının bu belirtilerden en azından bazılarını sergileyecekleri değerlendirilebilir.

Bu çalışmada depresyon puanlarının bazı sosyo-demografik özellikler (medeni durum, ikamet yeri, gelir düzeyi, haftalık çalışma saati) açısından farklılaşma durumları parametrik olmayan tekniklerle incelenmiştir. Depresyonun medeni duruma göre farklılaşmasına bakıldığında bir farklılaşmanın olduğu ve bekar veya boşanmış olan katılımcılarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Aslında ortaya çıkan bu durum kolaylıkla yorumlanabilecek niteliktedir. Boşanma veya dul kalma sürecinin pek çok kişi üzerinde psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden çeşitli olumsuz etkilerinin olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Ancak bekar olanlarda depresyon puanının daha yüksek olması açıklanması gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bekar olanlara verilen sosyal desteğin görece az olabileceği veya bekar olmanın daha düşük ekonomik düzeye sahip olmayla birlikte düşünülebileceği göz önüne alınırsa ulaşılan bu bulgu açıklanabilir. Özellikle pandemi koşullarında düşünüldüğünde ise bekar, dul veya boşanmış olan katılımcıların yeterli sosyal destek alamadıkları söylenebilir. Ancak

bu durum aşağıda konu edilen aile yanında yaşamakta” ilgili bulguyla bir arada değerlendirilmelidir.

Öte yandan, bekar, dul veya boşanmış olan bireylerin sosyal ilişkilerinin evliler kadar güçlü veya çeşitli olmayabileceği olasılığı da bu sonuca yol açmış olabilir. Bilindiği gibi sosyal ilişkiler insan yaşamında önemli yere sahiptir ve depresyondaki bireylerin daha çok sosyal ilişkileri ile ilgili sorunları dile getirdiği bilinmektedir(Ünal ve arkadaşları, 2002). Ayrıca, literatürdeki pek çok çalışma depresyon ve medeni durum bağlamında elde ettiği sonuçlarla bu araştırmayı desteklemektedir. Örneğin; Bahar ve Taşdemir (2008) tarafından yürütölen çalışmada, hastanelerde yatan hastaların depresyon düzeyleri değerlendirilmiş ve bu çalışmaya uygun sonuçlar edinilmiştir. Nitekim, Mete vd. (1998) tarafından yürütölen araştırma da hem bu çalışmayı, hem de Bahar ve Taşdemir (2008)’in araştırmasını destekler nitelikte sonuçlar elde etmiştir. Fakat literatürdeki bazı çalışmaların depresyonun medeni duruma göre anlamlı fark göstermediğini tespit etmesi, bu araştırma sonuçlarının literatüre güncel bakış kazandırdığını göstermesi bakımından önemlidir (Taycan vd., 2006; Çivi vd., 2011).

Depresyonla ilgili olarak elde edilen diğer bir bulguda ise ikamet yerine göre depresyon düzeylerinin farklılaştığı görölmektedir. Aile yanında yaşayanlarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Aslında aile yanında yaşamanın sosyal desteği arttıracakęı, ekonomik açıdan avantajlı olacağı varsayılabilir. Bu durumda aile yanında yaşayan katılımcıların depresyon düzeylerinin yüksek olması çelişkili bir durum olarak belirlemektedir. Ancak katılımcıların yetişkin bireyler oldukları ve Türk aile yapısının ataerkil özellikler taşıdığı düşünöldüğünde aile yanında yaşamanın katılımcıları olumsuz yönde etkilediği anlaşılmaktadır. Nitekim, literatürdeki güncel çalışmaların da bu sonucu desteklemesi, araştırma sonuçlarının literatür ile uyumunu göstermektedir (Coşkun vd., 2016; Güzel ve Ergün, 2020).

Katılımcıların depresyon düzeyleri üzerine yapılan diğer bir karşılaştırma ise gelir düzeyi ile ilgilidir. Gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmada depresyon puanının gelir düzeyine göre farklılaştığı görölmüştür. Gelir düzeyi düştükçe depresyon puanı artmaktadır. Açıklanması oldukça kolay olan bu bulgu net biçimde ekonomik koşulların depresyon üzerinde etkisini göstermektedir. Aslında yukarıda

bahsedilen ve aile yanında yaşamak, boşanmış, dul veya bekar olmakla depresyon arasındaki ilişkilere ekonomik koşullar çerçevesinden de bakılabilir. Bu sayede katılımcıların depresyonlarını etkileyen ana etmenin ekonomik koşullar olduğu söylenebilir. Ancak bu tür bir çıkarımda bulunabilmek için çok değişkenli analizlerin yapılmasının gerektiği açıktır ve bu çalışmada bu türden yeterli kanıtın bulunmadığı söylenebilir. İlgili literatür incelendiğinde, depresyon düzeyinin aylık gelire göre anlamlı fark gösterdiğinin pek çok çalışmada bulunduğu tespit edilmesi, bu araştırmanın daha önceki çalışmalar ile uyumlu olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Örneğin; Mete vd. (1998), Taycan vd. (2006) ve Yıldız ve Baki (2015)'nin çalışmaları bu yönde sonuçlara ulaşması bakımından dikkat çekmektedir.

5.4. Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşam kalitesi kişinin kendini geliştirmesi, kişisel yaşamını zenginleştirmesi ve hedeflerine varması ile ilgili bir kavram olarak görülmektedir (Demirkıran, 2012). Kısacası yaşam kalitesi genel bir iyilik hali ve memnuniyet durumunu anlatmaktadır (Şenol ve Türkay, 2006).

Yaşam kalitesi için çeşitli etmenler temele alınarak gösterge takımları oluşturulmuş durumdadır. Bu göstergeler arasında daha çok işsizlik, gelir düzeyi, konut özellikleri, sağlık durumu, eğitime erişme olanakları, beslenme durumu gibi nesnel ya da öznel niteliklerin olduğu görülmektedir. Bu göstergelere dayanılarak yaşam kalitesinin çeşitli sosyo-demografik değişkenlerden etkilendiği söylenebilir. Pandemi döneminin özel koşulları göz önüne alındığında ise yaşam kalitesini düşüren etmenlerin fazlaştığı veya etkilerinin arttığı da söylenebilir. Çünkü Değirmenci (2020) tarafından yürütülen çalışmada pandemi sürecinin insanlar üzerinde yarattığı olumsuz psikolojik etkilere dikkat çekilmektedir. Bu kapsamda araştırmacı, Covid-19 algısı sosyal endişe üzerinde etkili olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Ercan ve Keklicek (2020) ve Tural (2020) ise pandeminin düzenli fiziksel aktivite yapma oranını düşürdüğünü ortaya koymuştur.

Bu çalışmada yaşam kalitesi puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşma durumu ile ilgili elde edilen bulgulara bakıldığında ilk olarak yaşam kalitesi puanlarının çevre boyut hariç diğer tüm boyutlarda medeni duruma göre farklılık gösterdiği yönündeki bulgu dikkati çekmektedir. Analiz sonuçlarına göre

boşanmış veya dul olan katılımcıların yaşam kalitesi puanları gerek genel algı gerekse fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarda diğerlerinden daha düşüktür. Ancak çevresel yaşam kalitesi puanları medeni duruma göre değişmemektedir.

Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak akla ekonomik koşulları getirirse de bireylerin medeni durumlarının onların yaşam kaliteleri ile ilgili bir faktör olduğu araştırma sonuçlarınca ortaya konmuş durumdadır. Çalışmalara göre evli olmak yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırmaktadır (Avcı ve Pala, 2004). Dahası, ilgili araştırmaların sonuçları kişinin yaşam kalitesini onun dul veya boşanmış olmasının onun bekar veya evli olmasından daha etkilediğini göstermektedir. Bu sonuçlar ise genel olarak bekâr veya evli olmanın toplumsal bir norm olarak kabullenilmiş olmasına karşın dul veya boşanmış olmanın kabul görmemesi veya en azından daha az kabul görmesi ile açıklanmaktadır (Aydiner ve Terzioğlu, 2007).

Mevcut araştırmada elde edilen bulgulara göre yaşam kalitesi puanları tüm boyutlarda ikamet yerine göre farklılaşmaktadır. Tek başına yaşayan katılımcıların yaşam kalitesi puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bu aslında üzerinde durularak yorumlanması gereken bir durum olarak görülebilir. Çünkü yaşam kalitesinin yaşanılan konutun niteliğinden ve yaşanılan çevreden etkilendiği bilinmektedir ve Flax (1972) tarafından ortaya atılmış olan yaşam kalitesi göstergeleri arasında konut ve yaşanılan çevre ilgili göstergeler de bulunmaktadır. Ancak öte yandan kişinin sosyal çevresi ile olan ilişkilerinin de yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Örneğin Kabasakal ve Uz Baş (2013) arkadaş sahibi olmanın ve aktivitelerde bulunmanın yaşam doyumunu artırdığını belirtirken Özmete (2010), destekleyici bir aile ortamının yaşam kalitesinde önemli bir etmen olduğunu söylemektedir. Bu bulgular ve mevcut araştırmanın bulgusu bir arada düşünüldüğünde katılımcılardan kendi evinde yaşayanların daha fazla maddi olanaklara sahip oldukları ve yaşam kalitelerini yükseltebilecek yönde kendi sosyal çevrelerini oluşturabildikleri düşünülebilir.

Yukarıdaki bulgu pandemi dönemindeki yaşam koşulları bağlamında düşünüldüğünde tek başına yaşamın bulaş riski açısından avantaj sağladığı değerlendirilebilir. Bu sebeple pandemi döneminde tek başına yaşamın virüse maruz kalmanın yanı sıra diğerlerini virüse maruz bırakma açısından daha sağlıklı

olduğu düşünülebilir. Ayrıca, bu avantajın psikolojik yönden de bir rahatlama sağlamış olabileceği yorumu yapılabilir.

Yaşam kalitesiyle ilgili olarak bu araştırmada gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmada ise yaşam kalitesi puanlarının tüm boyutlarda gelir düzeyine göre farklılık gösterdi ve gelir düzeyinin yükseldikçe yaşam kalitesi puanlarının da yükseldiği belirlenmiştir. Bu oldukça anlaşılabilir ve hatta öngörülebilir bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Çünkü tatmin edici bir işe sahip olmak, kendini güvende hissetmek, kendinden memnun olmak, etrafında kendini yakın hissedeceği bireylerin olması, eğlenmek, seçim yapabilmek (Demirkıran, 2012) gibi boyutlara sahip olduğu belirtilen yaşam kalitesinin artan gelir düzeyi ile birlikte gerek bireylerin kendilerini güvende hissetmeleri gerek yaşanan konutun kalitesinin yükselmesi gerekse eğlenme veya boş zaman etkinlikleri gibi etkinliklerle daha fazla ilgileneceği düşünülebilir. Nitekim bir biçimde maddi gelirle ilgili olan bu boyutların tamamı Flax (1972) tarafından ortaya atılmış olan yaşam kalitesi göstergeleri arasında bulunmaktadır. Diğer araştırmaların sonuçları da yaşam kalitesinin etmenlerinden en fazla öne çıkanının ekonomik durum olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda Koçoğlu ve Akın (2009), gelir düzeyinin bireylerle ilgili çeşitli değişkenleri (sağlık, sosyal yaşam, başarı, doyum gibi) etkilediğini ve yaşam kalitesi üzerindeki en önemli etmen olduğunu belirtmektedir.

5.5. Yaşam Kalitesi ile Depresyon Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçların Tartışılması

Yürütülen bu araştırmanın temel amaçlarında biri de depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bununla ilgili olarak yapılan analizlerde katılımcıların depresyon puanları ile yaşam kalitesinin tüm boyutlarına ait puanlar arasında ters yönlü, güçlü ve anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir.

Yukarıda bahsi geçen bulgunun karşılıklı bir ilişkiye işaret ettiği göz önüne alınırsa yüksek depresyonun yaşam kalitesini düşürdüğü ya da düşük yaşam kalitesinin depresyona yol açtığı biçiminde bir çıkarımın doğru olmayacağı ortadadır. Bu bulguya göre iki değişken arasında karşılıklı olan ilişkiye göre depresyona yol açan bazı etmenlerin aynı zamanda yaşam kalitesini düşürdüğü düşünülebileceği gibi depresyona girmiş olmak da yaşam kalitesini üşüren bir etmen olabilir. Benzer

biçimde, yaşam kalitesini düşüren etmenler katılımcılardaki depresyon düzeyinin yükselmesine yol açmış olabilir. Bu durumun daha ileri çalışmalarla açığa kavuşturulması önerilebilir.

Yukarıda dile getirilen ilişki diğer çalışmalarda elde edilen bulgular ışığında çeşitli açılardan yorumlanabilir. Örneğin Ünal ve arkadaşları (2002), major depresyon hastalarının evlilik sorunlarını, karşı cinsle ilişki sorunlarını, işle ilgili sorunlarını ve diğer kişilerle olan sorunlarında bahsettikleri bilgisini vermektedir. Bu tür kişiler arası sorunların depresyona yol açmanın yanı sıra yaşam kalitesini de düşürücü nitelikte olduğu yorumu yapılabilir.

Öte yandan depresyon, bunaltılı bir duygu durumunun yanı sıra durgunlaşma, değersizlik, güçsüzlük ve isteksizlikle karakterize olan bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2004). Dahası depresyonda cinsel işlev bozuklukları, genel enerji azlığı, sırt ve baş ağrıları görülmektedir (Yıldız ve Eliş Yıldız, 2009). Bu tür belirti, duygu ve davranış eğilimlerinin ise kişinin tüm yaşamını olumsuz yönde etkileyeceği ve dolayısı ile yaşam kalitesini en azından fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan düşüreceği açıktır.

Bu konuda yapılan araştırmalara göz atıldığında yukarıda dile getirilen yorumu destekleyici nitelikte araştırma bulgularına rastlanmaktadır. Örneğin Birimoğlu Okuyan, Karasu ve Polat (2020), COVID-19 pandemisi döneminde hemşirelik öğrencilerinin eğlence ve sosyal hayatından uzaklaşmanın kendilerini en çok etkileyen etmen olduğunu belirttikleri bilgisini vermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin pandemi evde kalmaktan olumsuz yönde etkilendikleri, bunaldıkları ve ölüm korkusu yaşadıkları belirtilmektedir. Bu etmenlerin pandemi dönemindeki yaşam kalitesini düşüreceği açık olduğu gibi depresyon da yol açmış olabileceği değerlendirilebilir.

İlgili literatür bir bütün olarak değerlendirildiğinde, pek çok çalışmanın bu araştırmada olduğu gibi depresyon ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Ay, 2008; Zincir vd., 2008; Aydemir vd., 2009; Çivi vd., 2011; Aksoy vd., 2012). Bu bakımdan, araştırma sonuçlarının hem literatür ile uyumlu olduğunu hem de güncel bir bakış açısı kazandırdığı söylenebilir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuç

Araştırmada elde edilen bulgulara göre hastane çalışanlarının Beck Depresyon Envanteri puanları 0 ile 48 arasında değişmektedir. Ortalama depresyon düzeyi ise 12,36 olarak bulunmuştur. Depresyon puanlarının dağılımına bakıldığında katılımcıların %44,72'sinin depresyonda olmadığı, %30,50'sinin hafif-orta düzeyde depresyonda olduğu, %18,81'inin orta düzeyde depresyonda olduğu ve %5,96'sının ise şiddetli depresyonda olduğu bulunmuştur.

Yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda katılımcıların depresyon düzeylerinin onların medeni durumlarına göre farklılaştığı belirlenmiştir. Bekar ve boşanmış/dul olanlarda depresyon puanları daha yüksektir. Ayrıca ikamet yerine göre de depresyon düzeylerinin farklılaştığı belirlenmiş ve aile yanında yaşayanlarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmada da gruplar arasında anlamlı farklılıklar belirlenmiş ve gelir düzeyinin düştükçe depresyon puanının arttığı bulunmuştur.

Katılımcıların yaşam kalitelerine yönelik genel algılarının ortalaması 3,41 olarak hesaplanmıştır. DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeğini fiziksel boyutuna ait aritmetik ortalama 28,36; ruhsal boyuta ait ortalama 24,08; sosyal boyuta ait ortalama 20,96 ve çevresel boyuta ait ortalaması ise 18,04 olarak bulunmuştur.

Yaşam kalitesi puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması sonucunda genel algının yanı sıra fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşam kalitesi puanları medeni duruma göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Boşanmış/dul olanlarda yaşam kalitesi fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarda daha düşüktür. Ancak çevresel yaşam kalitesi puanları medeni duruma göre farklılaşmamaktadır. Benzer biçimde, yaşam kalitesi puanları tüm boyutlarda ikamet yerine göre de farklılaşmaktadır. Tek başına yaşayanların yaşam kalitesi düzeyleri tüm boyutlarda aileleriyle birlikte yaşayanlara kıyasla daha yüksektir.

Yukarıdakine benzer bir tablo gelir düzeyine göre yapılan yaşam kalitesi karşılaştırmalarında da ortaya çıkmaktadır. Gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmada yaşam kalitesinin tüm boyutlarda farklılık gösterdiği görülmüştür.

Gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi gerek genel algı gerekse fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutlarda yükselmektedir.

Katılımcıların depresyon puanları ile yaşam kalitesinin tüm boyutları arasında ters yönlü, güçlü ve anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Depresyon ile genel yaşam kalitesi arasındaki ilişki $-0,691$ iken depresyon ile fiziksel yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki $-0,696$ 'dır. Ayrıca, depresyon puanları ile ruhsal yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki $-0,816$ olarak hesaplanmıştır. Benzer biçimde bu ilişkiler sosyal yaşam kalitesi açısından $-0,685$ ve çevresel yaşam kalitesi açısından $-0,560$ 'tır.

Öneriler

Araştırma konusundan hareketle, ileride yürütülecek benzer araştırmalar için birtakım öneriler sunulmuştur. Bu öneriler şu şekildedir:

1. Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri depresyon ve yaşam kalitesidir. Daha başka araştırmalarda, bu iki değişkene ilaveten yalnızlık, motivasyon, iş doyumunu, stres düzeyi vb. gibi değişkenler arasındaki ilişki de ele alınabilir.
2. Bu araştırmanın evreni pandemi döneminde hastane çalışanlarıdır. Başka çalışmalarda beyaz yakalılar, devlet memurları, üniversite öğrencileri vb. gibi evrenler tercih edilebilir.
3. Bu araştırma 436 kişinin katılımıyla yürütülmüştür. Sonraki çalışmalarda daha büyük örneklem gruplarından veri toplanabilir.
4. Bu araştırma tarama modelinde şekillenmiştir. İleride yapılacak araştırmalar deneme modelinde planlanarak depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan bağımsız değişkenler ele alınabilir.
5. Bu araştırmanın verileri anketle toplanmış olup niceldir. İleriki araştırmalarda nitel veriler de toplanabilir.

KAYNAKÇA

- Abdullayev, K. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*.
- Aghaei, A., Khayyamnekouei, Z., & Yousefy, A. (2013). General Health Prediction Based On Life Orientation, Quality Of Life, Life Satisfaction and Age. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 569-573.
- Ağırbaş, İ., Çelik, Y., & Büyükkayıkçı, H. (2005). Motivasyon araçları ve iş tatmini: sosyal sigortalar kurumu başkanlığı hastane başhekim yardımcıları üzerinde bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 326-350.
- Akçagöz, H. (2017). Çalışan Kadınların, Benlik Kavramı İle Depresyon Durumunun İncelenmesi Benlik Kavramı ve İdeal Benlik Kavramı Arasındaki Fark İle Depresyon Durumunun Değişkenler Açısından Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Akgündüz, Y. (2013). Konaklama İşletmelerinde İş Doyumu, Yaşam Doyumu Ve Öz Yeterlilik Arasındaki İlişkinin Analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(01), 180-204.
- Akın, M. (2013). Aile İçi Şiddet. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, 71(1), 27-41.
- Aksoy, M., Özkorumak, E., Bahadır, S., Yaylı, S., & Aksu Arıca, D. (2012). Seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*, 46(1), 39-43.
- Aksungur, A. (2009). Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara*.
- Albayrak, A. ve Kurt, E. (2016). Meme Kanseri Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına (Mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık İle İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 41-81.
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2007). The adolescent surge in depression and emergence of gender differences: A biocognitive vulnerability-stress model in developmental context.
- Almond, D., & Mazumder, B. (2005). The 1918 Influenza Pandemic and Subsequent Health Outcomes: An Analysis of SIPP Data. *American Economic Review*, 95(2), 258-262.
- Alpago, H. ve Oduncu Alpago, D. (2020). Pandemi Salgınlar, Yoksulluk ve Sosyoekonomik Denge (Covid-19 Pandemisinde Yönetim ve Ekonomi İçinde, Erdal Şen, Duygu Hidiroğlu ve Osman Yılmaz ed.). *Gazi Kitabevi*.
- Alper, Y. (1999). *Bütün Yönleriyle Depresyon: Tanısı, Nedenleri, Psikodinamiği, Tedavisi*. Gendaş.

- Alpert, J. E., Maddocks, A., Rosenbaum, J. F., & Fava, M. (1994). Childhood psychopathology retrospectively assessed among adults with early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 31(3), 165-171.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. (2016). Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.
- Altuğ, F., YAĞCI, N., KİTİŞ, A., BÜKER, N., & CAVLAK, U. (2009). Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2(1), 48-60.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (çev. Köroğlu E). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Arıkboğa, A. (2017). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Sosyal Anksiyete Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Arkar, H. (1992). Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 1(5), 37-40.
- Arkar, H. (2010). Depresif Duygudurum ile Kişilik Arasındaki İlişki: Beck Depresyon Envanteri ile Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Karşılaştırılması. *Symposium Journal* 48(2).
- Arslandaş, D., Metintaş, S., Ünsal, A., & Kalyoncu, C. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28(2), 81-89.
- Aslan, D. (2009). Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı, Yaşlanan Kadın Sempozyumu, Erişim tarihi: 21 Kasım 2014, http://www.huzurevleri.org.tr/docs/Yaslilik_Doneminde_Yasam_Kalitesi_Kavrami.pdf
- Aslan, N., & Cansever, B. A. (2012). Ergenlerin Boş Zaman Değerlendirme Algısı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 42(42).
- Aslan, R. (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(85), 35-41.
- Aşan, Ö. ve Erenler, E. (2008). "İş Tatmini ve Yaşam Tatmini İlişkisi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 207-216.
- Aşkın, R. (2000), Kronik Depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 1, 44-47.
- Aşkın, R., Bozkurt, Y. ve Zeybek, Z. (2020). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 19(37): 304-318.
- Avcı, K. ve Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81- 85.
- Ay, S., & Evcik, D. (2008). Kronik bel ağrılı hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 25(4), 228-231.

- Aydemir, Ö., Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S., &Tulunay, C. (2009). Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 20(3).
- Aydemir, Ö. (2004). Atipik depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Supp: 2), 49-53.
- Aydiner Boylu, A.,& Terzioğlu, G. (2007). Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı objektif ve sübjektif göstergelerin incelenmesi.
- Aykut, S. ve Aykut, S. S. (2020). Kovid-19 Pandemisi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Temelinde Sosyal Hizmetin Önemi. *Toplumsal Politika Dergisi*, 1(1), 56-66.
- Aygenel, G., & Öztürk, C. (2001). Akciğer kanserinde yaşam kalitesi değerlendirmeleri. *Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 3(3), 260-268.
- Azman, A. B.,Sararak, S., Rugayah, B., Low, L. L., Azian, A. A., Geeta, S., &Tiew, C. T. (2003). Quality of Life Of TheMalaysian General Population: ResultsFrom A Postal Survey Using The SF-36. *MedicalJournal of Malaysia*, 58(5), 694-711.
- Bacacı, M. (2019). 18-65 Yaş Arası Bireylerde Vücut Algısının Yeme Tutumu ve Depresyon Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). *Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Bahar, A.,& Taşdemir, H. S. (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 9-17.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2002). *Stres ve Başaçaıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2022). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Bayramova, N.,&Karadakovan, A., (2000). Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, cilt.5, 45-52.
- Beser, N. ve Öz, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7, 47-58.
- Bhuiyan, A. K. M.,Sakib, N., Pakpour, A. H., Griffiths, M. D., &Mamun, M. A. (2021). COVID-19-Related Suicides İn BangladeshDueToLockdownAndEconomicFactors: Case StudyEvidenceFrom Media Reports. *International Journal Of MentalHealthandAddiction*, 19(6), 2110-2115.
- Biederman, J.,Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J., &Faraone, S. (1994). AmericanPsychiatricAssociation.(1994). Diagnosticandstatisticalmanual of mentaldisorders. Washington, DC: AmericanPsychiatricAssociation. *Journal of learningdisabilities*, 22(9), 581-587.

- Bilgin, M. (1990). Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara İlişkin Bazı Değişkenlerin Depresyon Düzeylerine Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- Bilir, N., ÖZCEBE, L. H., VAİZOĞLU, S. A., ASLAN, D., SUBAŞI, N., & TELATAR, T. G. (2005). Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(5), 663-668.
- Boylu, A. A., & PAÇACIOĞLU, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
- Butcher, JN., Mineka, S. & Hooley, JM. (2013). *Anormal Psikoloji*. İstanbul: Kaktüs Yayınları
- Ciddi, P. K., & Yazgan, E. (2020). COVID-19 Salgınında Sosyal İzolasyon Sırasında Fiziksel Aktivite Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 262-279.
- Cihan, E., & Pirinççi, C. Ş. (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinde Genç Popülasyonun Yaşam Kalitesinin Fiziksel Aktivite Seviyesi ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(Covid-19 Özel), 41-53.
- Coşkun, T. D., Aydın, S., & Çatak, B. (2016). Sağlıkın sosyal belirleyicileri postpartum depresyonu etkiliyor mu?. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5).
- Çakır, E. (2019). Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Bağımlılığı. *Her Yönüyle Spor (191-211)*. İstanbul: Güven Plus Grup Danışmanlık AŞ Yayınları.
- Çankaya, M. (2020). COVID-19 Pandemisi ve Sağlık Çalışanlarının İyilik Hali Değişimi. Atlas International Congress on Social Sciences 7.
- Çelik, FH & Hocaoglu, Ç 2015, 'Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme', *Psikiyatri Dünyası*, Cilt.6, sayı.1, sf. 21-25.
- Çevik, A., & Sultan, A. L. A. N. (2021). Oksitosin Düzeyi ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(1), 164-169.
- Çiçek, B., & Almalı, V. (2020). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Kaygı Öz-yeterlilik ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişki: Özel Sektör ve Kamu Çalışanları Karşılaştırması. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*, 53(4).
- Çuhadaroglu, F. (1986). Adölesanlarda Benlik Saygısı. *Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.*
- Dalgıç, S. (2019). Annelerin Problem Çözme Becerileri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Değirmenci, B. (2020). Covid-19 Algısının Sosyal Endişeler Üzerindeki Etkisinde “Sıkıntıya Dayanmanın” Aracılık Etkisinin İncelenmesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi* (6), 83-93.
- Demir, M. (2015). Darülaceze’de Kalan Depresyon Tanılı Hastaların Depresyon Oranlarının ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Demir, R., Tanhan, A., Çiçek, İ., Yerlikaya, İ., Kurt, S. Ç., & Ünverdi, B. (2021). Yaşam Kalitesinin Yordayıcıları Olarak Psikolojik İyi Oluş ve Yaşam Doyumu. *Yaşadıkça Eğitim*, 35(1), 192-206.
- Demirkaya, Y. (2010). Çekmeköy’ün Sosyo-Ekonomik Yapısı ve Kentsel Yaşam Kalitesi, İstanbul: Çekmeköy Belediye Başkanlığı Yayını.
- Demirkıran, S. (2012). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Doğan, O. (2000), Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*, 1, 29-38.
- Doğan, M. (2001). Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel Boyutlar ve Açıklamalar. *Anadolu Üniversitesi sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 61-103.
- Doğan, T. (2006). *Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin Depresyon ve Bazı Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi).
- DSÖ. (2014). *Mental Health Atlas*. Geneva.
- Duran, S. (2016). Depresyon ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar Arasındaki İlişkide Otomatik Düşünce Özelliklerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Edisan, Z., & KADIOĞLU, F. (2013). Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3(3), 1-4.
- Ekinci, M., OKANLI, A., & Gözüağca, D. (2005). Mevsimsel depresyonlar ve başatma yolları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 109-112.
- Emiral, E., Çevik, Z. A. ve Gülümser, Ş. (2020). COVID-19 Pandemisi ve intihar. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5, 138-47.
- Ercan, Ş., & Keklice, H. (2020). COVID-19 Pandemisi Nedeniyle Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerindeki Değişimin İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 69-74.
- Erdoğan, A., & Hocaoğlu, Ç. (2020). Enfeksiyon Hastalıklarının Ve Pandeminin Psikiyatrik Yönü: Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 72-80.
- Erdoğan, Y., Koçoğlu, F., & Sevim, C. (2020). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Anksiyete İle Umutsuzluk Düzeylerinin Psikososyal ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23.
- Ergöner, A. T., Biçen, E., & Ersoy, G. Adli Tıp Bülteni. *COVID-19 Salgınında Ev İçi Şiddet*. 2020; 25 Özel Sayı. s. 48, 57.

- Eriş, H. M. (2012). “Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H. Ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF’in Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(2): 23-40.
- European Foundation for The Improvement Of Living and Working Conditions. (2004). Quality Of Life in Europe: an Illustrative Report. Dublin.
- Fidaner, C., Eser, S., Eser, E., Saatlı, G. Ve Baydur, H. (2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 37-48.
- Fidaner, H., Tunca, Z., & Cimilli, C. (1998). Panik bozukluğunda atakların klinik özellikleri: Q yöntemi ile bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(4), 277-283.
- Fraenkel, J. R. & Wallen, N. E. (2006). *How to design and evaluate research in education*. New York: Mc-Graw-Hill International Edition.
- Freud, S. (2014). Yas ve Melankoli (Çev. Aslı Emirsoy). *İstanbul: Telos Yayıncılık*.
- Gökçakan, N. (1997). Çeşitli Derecelerdeki Depresyonun Giderilmesinde Beck’in Bilişsel Terapisinin Etkililiğinin İncelenmesi (Doktora Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Gülgün, F. E. (2014). Hemşire ve Ebelerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği). (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Gülmez, H. (2013). Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(4), 74-82.
- Gülseren, L. (1999). Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Gülseren, Ş. (2004). Depresyon ve Anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 5-13.
- Gülşen, I. Ş. I. K., Cetişli, N. E., & Başkaya, V. A. (2018). Doğum şekline göre annelerin postpartum ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 224-232.
- Günay, O., Öztürk, A., & Arslantaş, E. E. (2018). Öğrencilerinde internet bağımlılığı ve depresyon düzeyleri. *Neurological Sciences*, 31, 79-88.
- Güven, S. ve Şener, A. (2010). “Factors Affecting Life Satisfaction in Old Age”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 179-186.
- Güzel, A., & Ergün, G. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 279-289.
- Harrison, L. (2011). *A’dan Z’ye Depresyon Tedavisi*. E. Özlem Güntekin (Çev.). İstanbul: Neden Kitap Yayıncılık.

- Hiçdurmaz, D.,&Üzar-Özçetin, Y. S. (2020). COVID-19 Pandemisinde Ön Safta Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sağlığının Korunması ve Ruhsal Travmanın Önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(Özel Sayı), 1-7.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. 7(23).
- Hollar, D. (2003). A HolisticTheoretical Model ForExaminingWelfare Reform: Quality Of Life. *Public Administration Review*, 63(1), 90-104.
- Holt-Lunstad, J. (2017). ThePotentialPublicHealthRelevance Of SocialİsolationAndLoneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *PublicPolicy&Aging Report*, 27(4), 127-130.
- Hoşgör, H., Dörttepe, Z. Ü., &Sağcan, H. (2020). Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında Covid-19 AnksiyetesiVe Mesleki Performans İlişkisinin Tanıtıcı Değişkenler Açından İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7 (3), 865-886.
- Kabasakal, Z.,& Uz Baş, A. (2013). Öğretmen Adaylarında Yaşam Doyumunun Yordayıcısı Olarak Problem Çözme Becerileri. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 27-35.
- Kahveci, GA 2016, 'Evli çiftlerde evlilik uyumu, evlilik çatışma biçimi ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi', Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Kang, L.,Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., ... &Liu, Z. (2020). Impact On MentalHealthandPerceptions Of PsychologicalCareAmongMedicalandNursingStaffİnWuhanDuringThe 2019 NovelCoronavirusDiseaseOutbreak: A Cross-SectionalStudy. *Brain, Behavior, andImmunity*, 87, 11-17.
- Karakaya, A.,& Alper Ay, F. (2007). Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi/Journal Of SocialSciences*, 31(1).
- Karlıoğlu, B. (2020). Bağlanma Stillerinin Evlilikte Depresyon İle İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Kartal, A., Ergin, E., & Kanmış, H. D. (2020). COVID-19 Pandemik Salgın Döneminde Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Sağlıklı Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Önerileri. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(COVID-19), 149-155.
- Kaya, B. (2020). Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 123-124.
- Kaya, B. ve Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 6), 3-10.
- Kılıç, R.,& Keklik, B. (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi Ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 147-160.

- Kırık, A. M. vd. (2020). Pandemi Dönemlerinde İletişim Ve Algı Yönetimi: Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(104), 36-57.
- Koçak, Z., & Harmancı, H. (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinde Ailede Ruh Sağlığı. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (5), 183-207.
- Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). “Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.
- Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. (Uzmanlık Tezi) *Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği*.
- Koyuncu, A., Binbay, Z., Ertekin, E., & Sağır, S. (2013). Atipik depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(3), 276-289.
- Köknel, Ö. (1989). Depresyon. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- Köknel, Ö. (2005). Ruhsal çöküntü depresyon. *Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi*.
- Köroğlu, E. (2004). Depresyon: Nedir, Nasıl Baş Edilir. *Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayını*.
- Köroğlu, E. (2006). *Depresyon*. Ankara: HYB yayınları.
- Kuloğlu, M., Çayköylü, A., & Albayrak, Y. (2007). Siklotimik Bozukluk. *Klinik Psikiyatri*, 10, 216-222.
- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M. C., & Demir, A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(3), 149-153.
- Lai, K. L., Tzeng, R. J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L., & Kao, S. (2005). Health-Related Quality Of Life And Health Utility For The Institutional Elderly In Taiwan. *Quality of Life Research*, 14(4), 1169-1180.
- Lazarus, A. A., & Lazarus, N. C. (2005). *60 Saniyede Terapi*. Çevirmen: Derya Öztürk.
- Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 7-10.
- Long, P.H. (1960). “On The Quantity and Quality Of Life”, *Medieval Times*, 88, 613-619.
- Memik, N. Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö. Ş., & Karakaya, I. (2007). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 353-363.
- Meşe, G., & Sürvegil, O. (2007). Örgütsel bağlılığı etkileyen örgütsel faktörlerin analizi: belediye çalışanları üzerinde bir uygulama. *Mevzuat Dergisi*, 115, 1-12.

- Mete, F., Soylu, C., Bekâroğlu, M., & KAVAKÇI, Ö. (1998). Bir grup akademisyende depresyon ve tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(3), 181-189.
- Mete, H. E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Mete, L. (2000). Depresyon. İletişim Yayınları, İstanbul.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). Commitment in the workplace: Theory, research, and application. Sage publications.
- Misch, C. M. (2000). Use of the mandibular ramus as a donor site for onlay bone grafting. *Journal of Oral Implantology*, 26(1), 42-49.
- Monteith, L. L., Holliday, R., Brown, T. L., Brenner, L. A., & Mohatt, N. V. (2020). Preventing Suicide in Rural Communities During The COVID-19 Pandemic. *The Journal of Rural Health*.
- Morens, D. M., Folkers, G. K., & Fauci, A. S. (2009). What is a pandemic?. *The Journal of infectious diseases*, 200(7), 1018-1021.
- Mowday, R. T., Koberg, C. S., & McArthur, A. W. (1984). The psychology of the withdrawal process: A cross-validation test of Mobley's intermediate linkages model of turnover in two samples. *Academy of Management Journal*, 27(1), 79-94.
- Murthy, S., Gomersall, C. D., & Fowler, R. A. (2020). Care For Critically Ill Patients With COVID-19. *Jama*, 323(15), 1499-1500.
- Muşlu, C. (2012). Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. *Konuralp Medical Journal*, 4(1), 17-23.
- Nagendra, H, R ve Nagarathna, R. (2015). *Kaygı, Depresyon ve Yoga*. E. Gökyar ve M. Elber (Çev.9. İstanbul: Purnam Yayınları.
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52.
- Okuyan, C. B., Karasu, F., & Polat, F. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Covid-19'a Maruz Kalma Korkularının Sağlık Kaygısı Düzeyleri Üzerine Etkisi: Bir Üniversite Örneği. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(COVID-19 Özel Sayı), 45-52.
- Öz, F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 61-68.
- Özbay, F., Yücel, B., Sezal, İ., Toros, A., Civelek, H. Y., Yener, S., & Koç, İ. (2001). Nüfus ve Kalkınma Göç Eğitim Demokrasi, Yaşam Kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Yayını, Ankara*.
- Özgüç, S. (2020). Depresyon Hastalarına Verilen Üstbiliş Eğitiminin Depresyon ve Bilişsel Çarpıtma Düzeylerine Etkisi (Doktora Tezi). *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Özgür, B., Kürşat, S. ve Aydemir, Ö. (2003). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12(2), 113-116.

- Özkan, H., Üst, Z. D., Gündoğdu, G., Çapık, A., & Şahin, S. A. (2014). Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(2), 124-31.
- Özmen, E., Aydemir, Ö., & Bayraktar, E. (1997). Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Özmete, E. (2010). Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11), 455-465.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. *İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım*.
- Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi (Master'sthesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
- Pervin, T. U. N. Ç. (2019). Yeme tutumunun, ebeveyn bağlanma tarzları ve vücut kitle indeksi ile ilişkisinin araştırılması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 8(4), 2728-2753.
- Polat, Ö. ve Coşkun, F. (2020). COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımları İle Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 4(2), 51-58.
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—a Perfect Storm?. *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093-1094.
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, Compliance and Psychological Impact of the SARS Quarantine Experience. *Epidemiology & Infection*, 136(7), 997-1007.
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D. J., Thapar, A. (2018). Adolescents and Adult Differences in Major Depression Symptom Profiles. *Journal of Affective Disorders*, 230, 1–27.
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N., & Mercier, M. (2003). Quality of Life in Rural and Urban Populations in Lebanon Using SF-36 Health Survey. *Health and Quality Of Life Outcomes*, 1(1), 1-14.
- Sakaoğlu, H. H., Orbatu, D., Emiroğlu, M., & Çakır, Ö. (2020). Covid-19 Salgını Sırasında Sağlık Çalışanlarında Spielberger Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeyi: Tepecik Hastanesi Örneği. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30, 1-9.
- Saldamlı, A. (2008). Otel İşletmelerinde Bölüm Yöneticilerinin İş Ve Yaşam Tatminini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(2), 693-719.
- Saygılı, S. (2018). *Çocuklarda Davranış Bozuklukları*. Ankara: Türdavi Yayıncılık.
- Shapiro, P. G. (1997). Çocukluk ve İlkgençlik Depresyonu. Çev.: M. Kesim. *İstanbul: Papius Yayinevi*.

- Sher, L. (2020). COVID-19, Anxiety, SleepDisturbancesandSuicide. *SleepMedicine*, 70, 124.
- Şenol, Y. ve Türkay, M. (2006). Yaşam Kalitesi” Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(5), 382-389.
- Tamar, M.,&Özbaran, B. (2004). Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2(1), 84-92.
- Tan, O. (2014). *Depresyon*. İstanbul: Timaş yayınları.
- Tatarlar, A.,& Tokat, M. A. (2016). Vajinal doğum sırasında yaşanan korkunun laktasyona, emme davranışlarına ve ilk emzirme sonuçlarına etkisi. *TAF PreventiveMedicineBulletin*, 15(2).
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.
- Tecirli, N. D., Ucuz, G., & Özel, F. (2020). İzolasyon, Karantina, Sosyal Mesafe ve Ruh Sağlığı. *Adli Tıp Bülteni*, 25(COVID-19 Sp. I.), 33-39.
- Top, M. Ş., Özden, S. Y., & Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1), 18-23.
- Torlak Evinç, S.,& Savaş Yavuzçehre, P. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17(2), 23-44.
- Toygır, Ş. A., Kara, D., & Kırılıoğlu, M. (2018). İşgörenlerin İş Yaşam Kalitesinin İncelenmesi: Ankara İlinde Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 306-320.
- Tunç, A. Ç., Zorba, E., & Cingöz, Y. E. (2020). Covid 19 Salgını Döneminde Egzersizin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 127-135.
- Tural, E. (2020). Covid-19 Pandemi Dönemi Ev Karantinasında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(COVID-19 Özel Sayı), 10-18.
- Tüzün, E. H.,& Eker, L. (2003). Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. *Sağlık ve Toplum*, 13(2), 3-8.
- Ünal, S.,& Özcan, E. (2000). Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı Ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.
- Ünal, S.,Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., & Kırılı, S. (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5(1), 8-15.
- Üstün, Ç. ve Özçiftçi, S. (2020). Covid-19 Pandemisinin Sosyal Yaşam ve Etik Düzlem Üzerine Etkileri: Bir Değerlendirme Çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 25 (1).
- Wallace, C. L.,Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). GriefDuringthe COVID-19 Pandemic: ConsiderationsForPalliativeCare Providers. *Journal of PainandSymptom Management*, 60(1), e70-e76.

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors During The Initial Stage Of The 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Among The General Population in China. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.
- Wellington, J. (2006). *Educational research: contemporary issues and practical approaches*. London: Continuum.
- Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Postpartum depression. *New England journal of medicine*, 347(3), 194-199.
- World Health Organization. (2020), Coronavirus Disease (COVID-19) Advice for the Public, (13.06.2020 tarihinde <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html> adresinden alınmıştır.)
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-isolated for 14 Days During The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal Of Experimental and Clinical Research*, 26, e923921-1.
- Yapıcı, A. (2006). "Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yeti Yitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi", Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Yıldırım, A., & Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.
- Yıldız, M. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Fonksiyonel Olmayan Tutumların ve Olumsuz Otomatik Düşüncelerin Depresyona Etkisi. *Ulusal Eğitim Akademisi Dergisi*, 1(1), 1-7.
- Yıldız, M. A., & Baki, D. U. Y. (2015). Sokakta çalışmak ve gelir düzeyi erinlerin benlik saygısı, yaşam doyumu ve depresyon düzeylerine etki eder mi? (Diyarbakır İli Örneği). *İlköğretim Online*, 14(2), 522-537.
- Yıldız, S., & Eliş Yıldız, S. (2009). Bullying ve Depresyon Arasındaki İlişki: Kars İlindeki Sağlık Çalışanlarında Bir Araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8, 133-150.
- Yüksel, N., & Hastalıklar, R. (2001). 2. baskı. *Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara*.
- Zincir, H., Taşçı, S., Erten, Z. K., & Başer, M. (2008). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık bilimleri dergisi*, 17(3), 168-174.
- Zorba, E. (2007). Türkiye’de Rekreasyona Bakış Açısı ve Gelişimi. *Gazi Haber Dergisi*, 2(2), 52-55.

EKLER

Ek-1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma, Doç. Dr. Güzin Mukaddes Sevinçer danışmanlığında İstanbul Gelişim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Psk. Fırat Ötün tarafından Covid-19 pandemi döneminde hastane personelinde depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülen bir tez çalışmasıdır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, araştırmaya katılabilmemiz için 18 yaş üzeri ve hastane personeli olmanız gerekmektedir. Araştırma kapsamında kimlik bilgileri gibi özel bilgiler istenmemektedir. Bu çalışma süresince toplanan veriler yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacak ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlara sunulacaktır. Araştırmadan istediğiniz zaman ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul edip, ölçek maddelerini doldurmaya başladıktan sonra herhangi bir nedenle anketi doldurmayı istemezseniz, ölçeği yarıda bırakıp süreci sonlandırabilirsiniz. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz ya da endişeniz olursa belirtilen iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz. İlginiz ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Araştırma Ekibi:

Psk. Fırat Ötün

Ek-2: Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgiler:

*Cinsiyetiniz:

Kadın:

Erkek:

*Yaşınız:.....

*Eğitim Durumunuz:

İlkokul:

Ortaokul:

Lise:

Üniversite:

Yüksek Lisans:

Doktora:

*Mesleğiniz:.....

*Gelir Düzeyi:

0-2500:

2500-3500:

3500-4500:

4500-5500:

5500 ve üzeri:

*Medeni Durum

Evli:

Bekar:

Boşanmış/Dul:

*Kardeş Sayınız

1

2

3

4

5 ve üzeri

*Pandemi döneminde nerede ikamet ettiniz

Ailemin yanında:

Tek yaşıyorum:

Bu süreç boyunca ayrı eve çıktım:

*Alkol kullanıyor musun?

Evet:

Hayır:

*Sigara kullanıyor musun?

Evet:

Hayır:

*Herhangi bir tıbbi rahatsızlığınız var mı?

Evet:

Hayır:

*Herhangi bir tıbbi rahatsızlığınız varsa belirtiniz.

.....
*Herhangi bir ilaç kullanıyor musun?

Evet:

Hayır:

*Herhangi bir tanı konulmuş psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Evet:

Hayır:

*Herhangi bir tanı konulmuş psikolojik rahatsızlığınız varsa belirtiniz.

.....

*Haftalık çalışma saatleriniz

0-8 saat

8-16 saat

16-24 saat

24-48 saat

48 saat ve üzeri

Ek-3: Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her madde de o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum b) Kendimi üzgün hissediyorum c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2. a) Gelecekte umutsuz değilim b) Gelecek konusunda umutsuzum c) Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d) Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4. a) Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d) Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirdim gibi duygular içindeyim c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum

7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum d) Kendimden nefret ediyorum
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c) Şimdilerde her an ağlıyorum d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b) Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d) Artık hiç karar veremiyorum
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c) Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d) Artık hiç çalışmıyorum
16. a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c) Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c) Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil b) İştahım eskisi kadar iyi değil c) Şimdilerde iştahım epey kötü d) Artık hiç iştahım yok
19. a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c) Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d) Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

Ek-4: DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşantınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun cevap olacaktır. Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir.

Örnek: Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız aşağıdaki gibi “4” rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.					
1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1.Çok kötü	2. Biraz kötü	3. Ne iyi ne kötü	4. Oldukça iyi	5. Çok iyi
2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.					
3. Ağrınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece

7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.					
10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz varmı?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
11. Bedensel görüntünüzle barışık mısınız?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız varmı?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
13. Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece
Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.					
15. Bedensel hareketlilik (etrafı dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut

16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
20. Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
22. Arka daşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
25. Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.					
26. Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız	1. Hiçbir zaman	2. Nadiren	3. Ara sıra	4. Çoğunlukla	5. Her zaman
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece

