



T.C.

KAHRAMANMARAŞ ST İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASI
EBEVEYN TUTUMUNUN VE EBEVEYN TRAVMA
DÜZEYİNİN AFET YAŞAYAN ÇOCUKLARIN RUH
SAĞLIĞINA ETKİSİ**

Dr. Nafiye ZENGİN GENÇ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Celal KUŞ

KAHRAMANMARAŞ-2024



T.C.

KAHRAMANMARAŞ ST İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASI
EBEVEYN TUTUMUNUN VE EBEVEYN TRAVMA
DÜZEYİNİN AFET YAŞAYAN ÇOCUKLARIN RUH
SAĞLIĞINA ETKİSİ**

Dr. Nafiye ZENGİN GENÇ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Celal KUŞ

KAHRAMANMARAŞ-2024

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca bilgi, tecrübe ve stratejilerinden faydalandığım, samimiyetiyle yanımda olduğunu bildiğim, tez konumu belirlememde, çalışmamın planlanmasında, ilave istatistiksel analizlere ihtiyaç duyduğumda ve tezimi tamamlamamda sabırla yardımını esirgemeyen, tatil zamanı ve mesai dışı olsa bile destek veren tez danışmanım, saygıdeğer hocam Doç. Dr. Celal KUŞ'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bana ve asistan arkadaşlarıma arkamızda durduğunu her fırsatta gösteren, bilgisini, tecrübesini, anlayışını, sabrını ve samimiyetini bizden esirgemeyen kıymetli ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM'a,

Aramıza katıldığından bu yana bilgi ve tecrübelerinden severek faydalandığım, fikirlerine güvendiğim, tespitleriyle zihnimde farklı ufuklar açan saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ALACALI'ya,

Tezimin istatistik sürecinde bana yardımcı olan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Adem DOĞANER'e,

Uzmanlık eğitimi sürecimi güzelleştiren, anlayışını ve uyumlarını esirgemeyen asistan arkadaşlarıma, tez sürecinin zorluklarına birlikte katlandığımız değerli arkadaşım Dr. Büşra ALTUN'a, ölçek ve kaynak bulmamda yardımcı olan Çocuk Psikiyatri asistanları değerli arkadaşlarım Dr. Sümeyye Soylu ve Dr. Sümeyye Güneş'e,

Beni yetiştiren, bu günlere gelmeme vesile olan, sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen canım anne ve babama, her birinden farklı şeyler öğrendiğim kıymetli ablalarım,

Tez sürecinde desteğini her zaman gördüğüm, benimle birlikte türlü zorluklara katlanan, yola devam etmemi sağlayan, teze vakit ayırmam için fırsatlar oluşturan sevgili refikim Aykut GENÇ'e En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Depremde hayatını kaybeden vatandaşlarımız ve Gazze halkına...

Temmuz 2024

Dr. Nafiye ZENGİN GENÇ

**KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASI EBEVEYN TUTUMUNUN VE
EBEVEYN TRAVMA DÜZEYİNİN AFET YAŞAYAN ÇOCUKLARIN RUH
SAĞLIĞINA ETKİSİ**

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Nafiye ZENGİN GENÇ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Temmuz-2024

ÖZET

Amaç: Afet gibi travmatik olaylardan sonra ebeveyn ve çocuk ruh sağlığını etkileyen faktörler; bireysel özellikler, travma ve travma sonrası maruziyetlerdir. Afet sonrası çocuk ruh sağlığında ebeveyn özelliklerinin, ebeveynin çocuk üzerindeki tutumunun ve ebeveyn ruh sağlığının etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminden sonra demografik özelliklerin, deprem deneyimlerinin ebeveyn duygu düzenlemesinin ve ebeveyn TSSB'sinin çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB'si üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve analitik tipte olan bu çalışma Kahramanmaraş depremini yaşayan illerde yapıldı. Veriler depremden sonraki 6. ay içinde toplandı. Çalışmaya depremi yaşamış 8-15 yaş aralığında 300 çocuk ebeveyni ile birlikte katıldı. Ağır psikiyatrik hastalığı olanlar ebeveyn ve çocuklar çalışmaya dâhil edilmedi. Veri toplama aracı olarak ebeveynlerde demografik bilgiler, travma ve travma sonrası maruziyet sorularını içeren anket formu, Ebeveyn Duygu Düzenleme Ölçeği ve Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) kullanıldı. Çocuklarda ise yine demografik bilgiler, travma ve travma maruziyet sorularını içeren anket formu, Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y) ve Revize Edilmiş Çocuk Olayın Etkisi Ölçeği (CRIES-13) kullanıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan ebeveyn ve çocuklara aynı zamanda ve birbirinden ayrı olarak anket formu yüz yüze görüşme yöntemi. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS versiyon 22 ve R.3.3.2 yazılımlarından yararlanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 209 (%69,7) anne ve 91 (%30,3) baba katılmış olup yaş ortalamaları $39,64 \pm 5,65$ (min=26-maks=60) yıldır. Ebeveynlerin %51,4'ü ilköğretim mezunu, %54,7'si çalışmıyor veya ev hanımıdır. Çalışmaya katılan çocukların 176'sı (%58,7) kız ve 124'ü (%41,3) erkek yaş ortalamaları ise $11,31 \pm 2,23$ (min=8-maks=15) yıldır. Çalışmaya katılan ailelerin depremde sonra %49'unun evi ağır hasarlı, %13'ünün evi yıkılmış olup %63,7'si konteynerda kalmaktadır.

Çalışma bulgularında olumsuz ebeveyn duygu düzenlemesini; ebeveyn demografik özelliklerinden baba olmak, düşük eğitim seviyesi, düşük aile geliri ve ruhsal kronik hastalık öyküsü anlamlı olarak artırmıştır. Ebeveyn depresyon deneyimlerinden yakın kaybı, birilerinin ölümüne tanıklık, arama-kurtarma çalışmalarına katılma, depremde sonra sosyal destek azlığı yine olumsuz ebeveyn duygu düzenlemesini anlamlı düzeyde artırmıştır. Çalışmaya katılan ebeveynlerin %65,7'sinde TSSB olma olasılığı saptanmıştır. Ebeveyn TSSB düzeyini artıran etmenlerin; anne olmak, daha düşük yaş, çalışmıyor veya ev hanımı olmak, ruhsal kronik hastalık öyküsü, daha önce etkileyen olay yaşamış olmak, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu anlamlı düzeyde görülmüştür. Deprem sırasında şiddetli korku yaşamak, yakın kaybı yaşamak ve bina yıkılması görmek de ebeveyn TSSB düzeyini anlamlı olarak artıran etmenlerden olmuştur. Ebeveyn TSSB'si ile ebeveyn olumsuz duygu düzenleme arasında pozitif yönde anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır.

Çocukların %62,3'ünde AAB, %17'sinde YAB, %24'ünde PB, %15,3'ünde SAB, %20,3'ünde OKB, %18,3'ünde Depresif Bozukluk, %27,3'ünde anksiyete, %26,7'sinde anksiyete ve depresyon olasılığı saptanmıştır. En sık görülen anksiyete türü AAB en az görülen ise SAB olmuştur. Çocuklarda toplam anksiyete ve depresyon oranını artıran bireysel özellikler; erkek cinsiyet, ruhsal kronik hastalık öyküsü ve düşük ebeveyn yaşı; travma maruziyetine bağlı özellikler deprem anında şiddetli korku yaşamak, birilerinin yaralanması ve ölümüne tanıklık olmuştur. Travma maruziyeti sonrası anksiyete ve depresyonu etkileyen etmenler ise aile ile bağlantının kesildiği bir sürenin olması, okul değişikliği, deprem ile ilgili korkunç ve hüzünlü haberlere maruziyet, ebeveynin iş geçim kaynakları kaybı olmuştur. Çocuk TSSB oranını artıran durumlar ise daha önce etkileyen olay yaşamış olmak, deprem anında şiddetli korku yaşamak, yaralı birine tanıklık, bina yıkılması görmek, okul değişikliği, korkunç ve hüzünlü haberlere maruziyet şeklindedir. Daha düşük ebeveyn yaşı, daha düşük ebeveyn eğitimi, düşük aile geliri, ebeveyn ruhsal kronik hastalığı, ebeveynin deprem

anında şiddetli korku yaşaması, konteynerda kalmak, ebeveynin para/mal kaybı ve iş geçim kaynakları kaybı da çocuk TSSB'sini etkilemiştir. Babanın TSSB'si anne TSSB'sine göre çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği tüm alt boyut oranlarını daha fazla artırmış ancak PB ve OKB anlamlı düzeyde bulunmuştur. Çocuk TSSB'si üzerinde anne ve baba TSSB'si arasında anlamlı fark yoktur. Çocuk anksiyete ve depresyonu ile çocuk TSSB'si arasında pozitif yönde anlamlı güçlü ilişki bulunmuştur.

Ebeveyn olumsuz duygu düzenlemesi çocuk TSSB sini artırarak anlamlı düzeyde etki etmiş, çocuk anksiyete ve depresyonuna anlamlı etki oluşturmamıştır. Ebeveyn TSSB'sinde çocuk anksiyete, depresyonunu ve çocuk TSSB'sini artırarak anlamlı düzeyde etki etmiştir. Çocukların depremin aile üzerinde algıladığı psikolojik etki derecesi çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB'sine artırarak anlamlı düzeyde etki etmiştir. Çocukların depremin aile üzerinde algıladığı psikolojik etki ebeveyn TSSB'si ve ebeveyn olumsuz duygu düzenlemesi ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Deprem gibi travmatik olaylardan sonra bireysel özellikler, travma maruziyeti ve travma sonrası maruziyet özelliklerine bağlı olarak ebeveyn ve çocuk ruh sağlığının bir çok faktör tarafından etkilendiği görüldü. Ebeveyn duygu düzenlemesi ve ebeveyn TSSB'si birçok faktörden etkilendi ve birbirini etkiledi. Ebeveyn duygu düzenlemesi, ebeveyn TSSB'si ve ebeveyn özelliklerinin çocuk ruh sağlığının üzerinde önemli etkilerinin olabileceği saptandı. Çocuğun dünyasında ailenin travmatik olaylardan psikolojik olarak etkilenme düzeyi çocuğun ruh sağlığında ciddi bir yere sahipti.

Anahtar kelimeler : Çocuk ruh sağlığı, Ebeveyn duygu düzenleme, Ebeveyn TSSB, Deprem
Sayfa Adedi : 227
Danışman : Doç. Dr. Celal KUŞ

**THE IMPACT OF PARENTAL ATTITUDE AND PARENTAL TRAUMA
LEVEL ON THE MENTAL HEALTH OF CHILDREN EXPERIENCING
DISASTER AFTER THE KAHRAMANMARAŞ EARTHQUAKE**

(Thesis in Medical Specialty)

Dr. Nafiye ZENGİN GENÇ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY

FACULTY OF MEDICINE

JULY 2024

SUMMARY

Objective: Factors that may affect mental health of both parents and children after traumatic events such as disasters could be individual characteristics, trauma, and post-traumatic exposures. After a disaster, a child's mental health can be significantly influenced by parental characteristics, the parents' attitudes towards the child, and the parents' own mental health state. This study investigates the impact of demographic characteristics, earthquake experiences, parents' emotion regulation, and parental PTSD on the anxiety, depression, and PTSD of children following the Kahramanmaraş earthquake on February 6, 2023.

Methods and Materials: This Analytical Cross-Sectional Study was conducted in the provinces affected by the Kahramanmaraş earthquake. Data was collected in sixth month after the earthquake occurred. Three hundred children aged 8-15, along with their parents who experienced the earthquake, participated in the study. Parents and children with severe psychiatric illness were not included in the study. A questionnaire containing demographic information, trauma and post-traumatic exposure questions, the Parental Emotion Regulation Scale, and the Impact of Events Scale (IES-R) was used as the data collection tool for parents. Similarly, data for children were collected using a questionnaire that included demographic information, trauma and traumatic exposure questions, the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS), and the Children's Revised Impact of Event Scale-13 (CRIES-13). The survey form was administered simultaneously and separately to the parents and children who were agree to participate in the study and met the research criteria. Data were collected through

face-to-face interviews with 225 families and by sharing the survey link with 75 families. Data were analyzed using IBM SPSS 22 and R.3.3.2 softwares. Statistical significance was set at $P<0.05$.

Results: This study included 209 (69.7%) mothers and 91 (30.3%) fathers, with an average age of 39.64 ± 5.65 years (min=26-max=60). Among the parents, 51.4% had only primary education, and 54.7% were either unemployed or housewives. Among the children who participated in the study, 176 (58.7%) were girls and 124 (41.3%) were boys, with an average age of 11.31 ± 2.23 years (range: 8 to 15 years). After the earthquake, 49% of the families participated in the study had their homes severely damaged, 13% had their homes destroyed, and 63.7% were living in containers.

This study noted that factors such as being a father, having a low educational level, low family income, and a history of chronic mental illness among parents significantly increased negative parental emotion regulation. Parental experiences during the earthquake, such as the loss of a loved one, witnessing someone's death, participating in search and rescue operations, and lacking social support afterward, significantly increase negative parental emotion regulation. The probability of PTSD among participating parents was 65.7%. Factors that significantly increased the risk of parental PTSD include being a mother, being younger, being unemployed or a housewife, having a history of chronic mental illness, having previously experienced a traumatic event, and having a family history of psychiatric illness. Experiencing an earthquake while in an apartment, feeling intense fear during the event, sustaining injuries, losing a loved one, and witnessing buildings collapsing were also factors that seriously increased the level of parental PTSD. A weak yet significant positive correlation was found between parental PTSD and negative emotion regulation in parents.

Among the children, 62.3% showed signs of Generalized Anxiety Disorder (GAD), 17% exhibited Separation Anxiety Disorder (SAD), 24% had Panic Disorder (PD), 15.3% displayed Social Anxiety Disorder (SAD), 20.3% were diagnosed with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), 18.3% suffered from Depressive Disorder, 27.3% experienced anxiety, and 26.7% showed symptoms of both anxiety and depression. The most common type of anxiety was GAD, and the least common was SAD. Individual characteristics, such as male gender, a history of chronic mental illness, and having younger parents, as well as trauma-related factors like experiencing

severe fear during the earthquake, losing loved ones, and witnessing injury or death, contribute to higher rates of anxiety and depression in children. Factors that affected their anxiety and depression after experiencing trauma included a period of disconnection from family, transitioning to new schools, exposure to distressing earthquake-related news, and the loss of their parents' employment. Factors that contributed to an increase in PTSD among children included previous traumatic experiences, severe fear during the earthquake, witnessing injuries, watching buildings collapse, transitioning to new schools, and exposure to distressing earthquake-related news. Child PTSD was also affected by factors such as lower parental age, lower parental education level, low family income, chronic mental illness of parents, witnessing their parents' severe fear during the earthquake, living in a container, and the loss of their parents' employment. The father's PTSD had a borderline significant greater impact on child anxiety and depression compared to the mother's PTSD. The impact of maternal PTSD on child PTSD was greater, though not significant. A strong positive relationship was found between child's anxiety and depression and child's PTSD.

Negative emotion regulation of parents significantly increased child PTSD but did not significantly affect child anxiety and depression. Parental PTSD significantly increased child anxiety, depression, and child PTSD. Children's awareness of the psychological impact of the earthquake on their families significantly increased their anxiety, depression, and PTSD. Children's awareness of the psychological impact of the earthquake on their families were associated with parental PTSD and negative emotion regulation.

Conclusion: After traumatic events such as earthquakes, various factors influenced the mental health of both parents and children, including individual characteristics, trauma exposure, and post-trauma circumstances. Parental emotion regulation and parental PTSD were influenced by multiple factors and had a mutual impact on each other. It was determined that parental emotion regulation, PTSD, and other parental characteristics could significantly affect a child's mental health. In a child's world, the psychological impact of traumatic events on the family plays a crucial role in shaping the child's mental health.

Keywords : Child Mental Health, Parental Emotion Regulation, Parental PTSD, Earthquake

Page Number : 227

Advisor : Assoc. Prof. Dr Celal KUŞ



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
SUMMARY	v
İÇİNDEKİLER	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Afet.....	5
2.2. Doğal Afetler.....	6
2.3. Deprem	7
2.4. Kahramanmaraş Depremi.....	8
2.5. Travma.....	9
2.6. Afetlerin Yetişkinler Üzerindeki Psikolojik Etkileri.....	9
2.6.1. Yetişkinlerin Afet Karşısındaki Psikolojik Tepkileri.....	10
2.6.2. Yetişkinlerde olumsuz psikolojik etkiler için risk faktörleri.....	12
2.7. Afetlerin Çocuk ve Ergenler Üzerindeki Psikolojik Etkileri.....	13
2.7.1. Çocuk ve Ergenlerin Afet Karşısındaki Psikolojik Tepkileri.....	15
2.7.2. Çocuklarda Olumsuz Psikolojik Etkiler İçin Risk Faktörleri.....	19
2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	23
2.8.1. Tarihçe.....	23
2.8.2. Tanım ve tanı kriterleri.....	24
2.8.3. Epidemiyoloji	27
2.8.4. Etiyoloji ve Patofizyoloji.....	27
2.8.5. Klinik özellikler.....	28
2.8.6. Komorbidite.....	30
2.8.7. Ayırıcı tanı.....	30
2.8.8. Prognoz.....	32

2.8.9. Tedavi.....	33
2.9. Çocuk ve Ergenlerde Majör Depresif Bozukluk	34
2.9.1. Tanım ve tanı kriterleri.....	34
2.9.2. Epidemiyoloji	37
2.9.3. Etiyoloji.....	37
2.9.4. Klinik özellikler.....	37
2.9.5. Komorbidite.....	38
2.9.6. Ayırıcı tanı.....	38
2.9.7. Prognoz.....	39
2.9.8. Tedavi.....	39
2.10. Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları	40
2.10.1. Çocuk ve ergenlerde anksiyete belirtileri.....	41
2.10.2. Anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması	42
2.10.2.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AAB) tanım ve tanı kriterleri	42
2.10.2.2. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanım ve tanı kriterleri	44
2.10.2.3. Panik Bozukluk (PB) ve Agorafobi tanım ve tanı kriterleri.....	45
2.10.2.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) (Sosyal Fobi) tanım ve tanı kriterleri	47
2.10.2.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) tanım ve tanı kriterleri.....	48
2.10.3. Epidemiyoloji	50
2.10.4. Etiyoloji	50
2.10.5. Komorbidite.....	52
2.10.6 Ayırıcı tanı.....	52
2.10.7. Tedavi ve prognoz	52
2.11. Duygu Düzenleme ve Ebeveynlik	53
2.12. TSSB ve Ebeveyn Duygu Düzenlemesi	57
3. GEREÇ ve YÖNTEM	58
3.1. Araştırmanın Amacı	58
3.2. Araştırmanın Tipi	58
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	58

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	58
3.5. Veri Toplama Araçları.....	59
3.5.1. Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği	60
3.5.2. Olayların etkisi ölçeği	60
3.5.3. Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği-yenilenmiş (ÇADÖ-Y)	61
3.5.4. Revize edilmiş çocuk olayın etkisi ölçeği (CRIES-13).....	62
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	62
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	63
4. BULGULAR.....	64
4.1. Ebeveynlerin ve Çocukların Demografik Özellikleri ve Deprem Deneyimleri	64
4.2. Ebeveyn Demografik Özellikleri ve Deprem Deneyimlerinin Ebeveyn Duygu Düzenleme Sürecine Etkisi	71
4.3. Ebeveyn Demografik Özellikleri ve Deprem Deneyimlerinin Ebeveyn Travma Sonrası Stres Düzeyine Etkisi	74
4.4. Ebeveyn Duygu Düzenleme Alt Ölçekleriyle Ebeveyn Travma Sonrası Stres Düzeyi İlişkisi.....	84
4.5. Çocuk Demografik Özelliklerinin ve Deprem Deneyimlerinin Çocuk Anksiyete ve Depresyonu Üzerine Etkisi.....	85
4.6. Çocuk Demografik Özelliklerinin ve Deprem Deneyimlerinin Çocuk Travma Sonrası Stres Düzeyi Üzerine Etkisi	95
4.7. Ebeveyn Demografik Özellikleri ve Deprem Deneyimlerinin Çocuk Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Düzeyine Etkisi.....	104
4.8. Çocuk Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile Çocuk Travma Sonrası Stres Düzeyinin İlişkisi	114
4.9. Ebeveyn Duygu Düzenleme Sürecinin, Ebeveyn Travma Sonrası Stres Düzeyinin ve Çocuklarda Deprem Aile Üzerindeki Algılanan Etkisinin Çocuk Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Düzeyine Etkisi.....	115
5. TARTIŞMA	120
5.1. Ebeveynlerin ve Çocukların Demografik Bilgileri ve Deprem Deneyimlerinin Tartışması	120
5.2. Ebeveynlerin Duygu Düzenleme Sürecini ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Tartışması	136

5.3. Çocukların Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Tartışması	149
5.4. Ebeveynlerin Duygu Düzenleme Sürecinin, Ebeveyn Travma Sonrası Stres Düzeyinin ve Çocuklarda Deprem Aile Üzerindeki Algılanan Etkisinin Çocuk Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Düzeyine Etkisi Hakkında Tartışma.....	169
6. SONUÇLAR.....	173
7. KAYNAKLAR	179
8. TABLOLAR DİZİNİ	200
9. ŞEKİLLER DİZİNİ	203
10. EKLER DİZİNİ	204
11. EKLER.....	205

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Afetler etkilediği bölgede can kaybı, yaralanma ve mal kaybı gibi ciddi yıkıcı etkilere neden olur. Afetler arasında en sık doğal afetler, doğal afetler arasında da en sık depremler görülmektedir. Depremler en çok yıkıcı etkiye sahip olan afet türüdür (1). Depremler beklenmedik şekilde ortaya çıkarlar, insanlar üzerinde korku ve dehşet uyandırırılar. Deprem yaşayan toplum ölüm tehdidi, yaralanma, ölüme ve yaralanmaya şahit olma, yakın kaybı, yıkımlar, yer değişikliği, ekonomik kayıp ve sosyal kayıp gibi çoklu travmatik olaya maruz kalmaktadır. Tüm bu maruziyetlerin günlük hayat deneyiminin dışında olması ve bireyin baş etme mekanizmalarını zorlaması insan ruh sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (2,3).

DSM-5'te ise travmatik olay gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidine, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalmak, tanık olmak, yakınının başına geldiğini öğrenmek olarak tanımlanmaktadır (4). Travmatik yaşantılar deprem, heyelan, sel, çığ, kasırga gibi doğal felaketler olabildiği gibi yangın, trafik kazası gibi kazalar ve tecavüz, işkence, savaş, göç, soykırım gibi bilinçli, kasıtlı ve sistemli şiddet eylemlerini içerir. Bu tür yaşantılar başlıca travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ciddi ruh sağlığı sorunlarına yol açabilmektedir (5,6).

Afet sonrası görülebilecek olumsuz psikolojik etkiler için çeşitli risk faktörleri mevcuttur. Bu risk faktörleri hayatta kalanların temel özellikleri, travmaya yönelik özellikler ve travma sonrası özelliklerden oluşmaktadır. Hayatta kalanların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, sosyoekonomik düzey, hastalık öyküsü ve önceki travmanın varlığı temel özellikleri; korku, göçük altında kalma, yaralanma, yaralanma/ölüme tanıklık ve kayıp travmaya yönelik özellikler; hasarlı ev, mal kaybı, işsizlik, sosyal destek ve kurtarmayı içeren durumlarda travma sonrası özellikleri içermektedir (7,8)

Travmatik olaylar her yaş grubunu olumsuz etkilese de bu etkiler özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde psikolojik olarak daha kritiktir (9). Çocukların merkezi sinir sistemi ve bilişsel fonksiyonları tam olgunlaşmadığı için travmatik olaylar çocuklarda daha sarsıcı ve kalıcı etkiler bırakabilir (10). Travmatik olaylar bir çocuk için normalin dışında bir deneyimdir. Bu nedenle bu olaylarla baş edebilmesi için geçmiş tecrübeleri ve kazandığı problem çözme becerileri yetersiz kalır. Daha önce

karşılaştığı zorluklara ve problemlere çözüm üreten ve uyum sağlayan çocuk henüz psikolojik savunma mekanizmaları geliştirmede travmatik olaylar ile karşı karşıya kaldığında yaşamış olduğu kırılmalar dış dünya ile uyum sağlama kabiliyetine zarar verebilir. Çocuğun rutin işleyişinin bozulmasıyla birlikte yaşadığı belirsizlik psikopatolojik sorunlara zemin hazırlayabilir (11).

Afet gibi travmatik durumlardan çocuklar farklı düzeylerde etkilenir. Afetlerin çocuklar üzerindeki psikolojik etkileri üç ana faktör tarafından belirlenmektedir. Bu faktörler çocuğun gelişim düzeyi, çocuğun ailesinin afete verdiği tepkiye ilişkin algısı, çocuğun travmaya maruz kalma düzeyi şeklindedir (12). Bu bağlamda çocuğun yaş, cinsiyet, daha önce travmatik olay yaşaması ve psikolojik sıkıntılarının olması gibi çocuğun bireysel özellikleri, ailenin yapısı itibarıyla çocuğa destek ve yönlendirme sağlaması, travma ile baş etme mekanizmaları konusunda örnek olması, fiziksel güvenliğin hazırlanması, psikolojik olarak rahatlatması gibi aileye ilişkin faktörler, depresyon ve depresyon sonrası maruziyete bağlı olarak afete ilişkin özellikler çocuğun travmatik olaya karşı verdiği tepkiyi ve psikolojik belirtileri etkilemektedir (13).

Ebeveyn öz düzenlemesi uyumlu ebeveynliğin kritik bir boyutudur çünkü ebeveynlerin eğitim hedeflerini belirleyebilmeleri ve kendi davranışlarını çocuklarının mevcut ihtiyaçlarına göre değiştirebilmeleri gerekir. Ebeveynler ve çocuklar arasındaki etkileşimlerin önemli bir kısmında yoğun duyguların ortaya çıktığı düşünüldüğünde ebeveyn duygu düzenlemesi, ebeveyn öz düzenleme ve uyumun önemli bir bileşenidir (14).

Gross ve Thompson (2007), duygu düzenlemeyi istenen veya istenmeyen duyguların yoğunluğunu veya süresini yukarı veya aşağıya ayarlamak şeklinde seyreden sürekli bir süreç olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlamaya göre duygu düzenlemesi bir duruma girmeye karar verdikten sonra (durum seçimi) bireyin seçici olarak durumlara veya bir durumun unsurlarına nasıl dikkat ettiğini (dikkat yönlendirmesi), olup bitenlere dair düşünce şeklini değiştirdiğini (bilişsel değerlendirme) veya mevcut bir durumun koşullarını değiştirmeye çalıştığını (durum modifikasyonu) içerebilir (15).

Ebeveynlik bağlamında olumsuz duyguların yeterli bir şekilde düzenlenmesi çocuğun duygularına dikkat etme ve anlama, bu duyguları ebeveynlik deneyiminin

doğal bir parçası olarak kabul etme, çocuğun olumsuz duygularını tolere etme ve kendi olumsuz duygularını kontrol etme becerisini içerir (14).

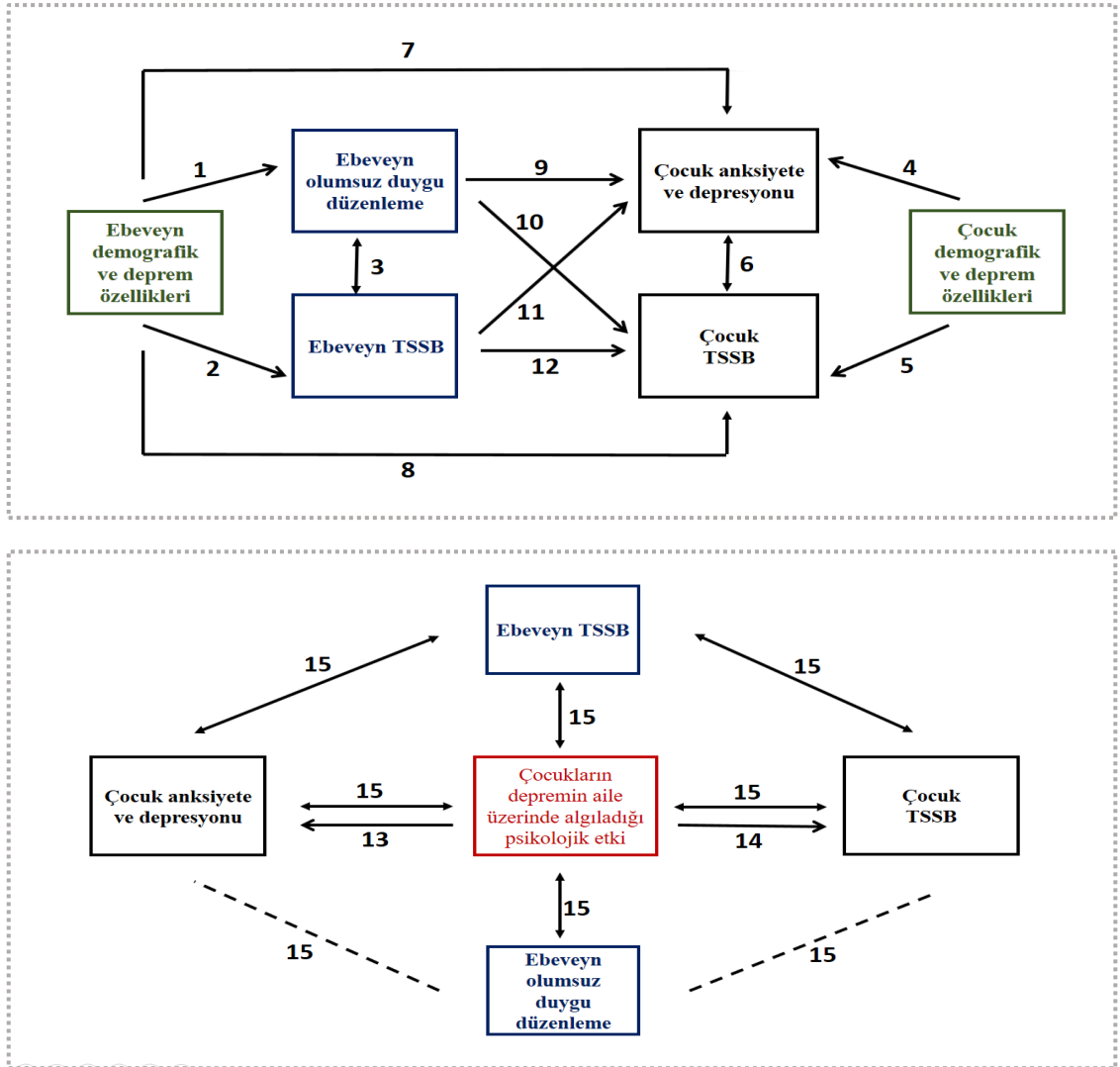
Travma maruziyeti doğasından dolayı düzenleme sistemini zorlar. Bunun nedeni olarak, TSSB geliştiren ebeveynlerin kendi duygularını düzenlemede ve çocuklarını bu konuda yönlendirmede daha fazla zorlanmaları olduğu düşünülmektedir (16). Bir çocuğun duygu düzenleme kapasitesi annesinin duygu düzenleme yeteneği ile oldukça ilişkilidir (17). Anneler çocuklarının dikkatini yeniden odakladığında ve çocuğa belirli bir durumun başka bir şekilde düşünülmesinde yardımcı olduklarında çocukların daha az öfke ve üzüntü gösterdiği bulunmuştur (18). Sağlıklı duygu düzenleme stratejileri bir çocuğun travmatik bir olayı uyumlu bir şekilde işlemesine yardımcı olabilir, bu da TSSB'nin başlamasını önleyebilir (19). Bir anne çocuğuna stresle başa çıkma konusunda yardımcı olacak şekilde modellik yapamıyorsa çocuğu daha fazla duygu düzensizliği sergileyebilir. Duygularını düzenleyemeyen bir anne çocuğun sıkıntısını destekleyemeyebilir ve çocuğun kendi duygularını nasıl izleyeceğini öğrenmesine engel olabilir (20).

Kahramanmaraş'ta 06 Şubat 2023 Pazartesi günü saat 04.17 ve 13.24 saatlerinde 7.7 Mw ve 7.6 Mw şiddetlerinde asrın felaketi sayılabilecek büyüklükte bir deprem meydana gelmiştir. Meydana gelen bu deprem Kahramanmaraş ile birlikte Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Elazığ, Gaziantep, Hatay, Kilis, Malatya, Osmaniye ve Şanlıurfa olmak üzere 11 ili kapsayan geniş bir alanı etkilemiştir. Depremle birlikte elli bini aşkın can kaybı, on binlerce yaralı, binlerce ev hasarı olmuştur (21).

Bu çalışmada Kahramanmaraş depreminden sonra ebeveyn tutumunun ve ebeveyn travma düzeyinin çocuk ruh sağlığına etkisini görmek amaçlandı. Ebeveyn tutumu kapsamında ebeveyn duygu düzenlemesi, ebeveyn travma düzeyini belirlemek için ebeveyn TSSB'si değerlendirildi. Çocuk ruh sağlığı, çocuk TSSB, depresyon ve anksiyete düzeyi ile değerlendirildi. Çalışmada ruh sağlığının kapsamlı değerlendirilmesine yönelik TSSB alt boyutları ve anksiyete bozukluklarının alt türleri çalışmaya dâhil edildi. Bu çalışmada ebeveyn ve çocukların demografik özellikleri, travma ve travma sonrası maruziyetleri kapsamlı bir şekilde incelendi. Bu özelliklerin ve maruziyetlerin ebeveynlerde ebeveyn duygu düzenlemesi ve TSSB'si üzerine etkisi; çocuklarda ise anksiyete, depresyon ve TSSB üzerine etkisi incelendi. Böylelikle ebeveyn duygu düzenlemesi, ebeveyn ve çocuk ruh sağlığı üzerinde afet sonrası risk faktörlerinin değerlendirilmesi hedeflendi. Çalışmamızın ana hedefine yönelik ebeveyn

duygu düzenlemesinin ve TSSB'sinin birbiriyle ilişkisi ve çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB'sine etkisi incelendi. Ebeveyn tutumunu değerlendirebilecek önemli bir faktörde çocuğun ebeveyninin deprem sonrası psikolojisini nasıl algıladığı olabileceği düşünüldü. Bu amaçla bu algının ebeveyn duygu düzenleme ve ebeveyn TSSB'si ile ilişkisi, yine bu algının çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB'sine etkisi değerlendirildi. Literatürde afet sonrası ebeveyn duygu düzenlemesini etkileyen faktörleri, ebeveyn duygu düzenlemesinin ebeveyn TSSB ve çocuğun algılaması ile ilişkisini ve bunların çocuk ruh sağlığına etkisini inceleyen sınırlı çalışma bulunmakta belki de çalışmamız bu yönde yapılan ilk kapsamlı araştırma olarak yerini almaktadır.

Çalışmamızın kapsamı ve akış şeması Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Çalışmanın kapsamı ve akış şeması

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Afet

Afet toplumun tamamı veya belli kesim bireyler için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara sebebiyet veren, normal hayatı ve insan faaliyetlerini sekteye uğratarak veya durdurarak toplulukları olumsuz etkileyen, mevcut imkân ve kaynaklarla baş edilemeyen her türlü doğa, teknolojik veya insan kökenli olayları ifade eder. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur (22).

CRED (Afetlerin Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi) veri tabanına göre bir olayın afet olarak sayılabilmesi için en az 10 kişinin ölmesi, en az 100 kişinin etkilenmesi, olağanüstü hal ilan edilmesi ve ilgili devlet tarafından uluslararası yardım çağrısı yapılması kriterlerinden en az biri gerçekleşmiş olmalıdır (23).

Meydana geliş sebeplerine göre afetler, doğal afetler ve insan kaynaklı oluşan afetler olmak üzere ikiye ayrılır. Deprem, kasırga, sel, toprak kayması, yanardağ patlaması, tsunami, kuraklık gibi doğa kaynaklı olaylar doğal afetler olarak kabul edilir. İnsan kaynaklı afetler ise endüstriyel kazalar, trafik kazaları, yangınlar gibi teknolojik afetler; savaş, terörizm, toplu katliamlar, zorâki göçler gibi sosyolojik afetler olarak ikiye ayrılır (24,25). Doğal afetler ve insan kaynaklı afetlerin net ayrımı tartışmalıdır. Örneğin; insanların almadığı önlemler, yapılan ihmalkârlıklar doğal afetlerde hem maddi hem manevi kayıpları artırır. Bu sebeple doğal afetlerin sonuçları bakımından insan ve doğanın etkisi birbirine karışır (26).

Afetin büyüklüğü sebep olduğu can kayıpları, yaralanmalar, hasarlar ve yol açtığı sosyoekonomik kayıplara göre tespit edilmektedir. Bunlardan en önemlisi insan canı olduğundan, afetin büyüklüğü de ekseriyetle afet sonucu oluşan can kayıpları ve yaralanmalar göz önünde tutularak saptanmaktadır (27).

Dünyada 1900-2022 yılları arasında toplam 25470 adet afet yaşanmış olup, yaşanan afetlerin sıklığı 2000'li yılların başından itibaren artış göstermiştir. Yaşanan afetlerde en sık doğal afetler görülmüş ve son 20 yılda doğal afetler nedeniyle 1,35 milyon insan hayatını kaybetmiştir. Ölümlerin yarısından fazlasının ise depremler nedeniyle olduğu belirtilmiştir. Bu yıllar arasında yaşanan afetlerin en fazla olduğu ilk yirmi ülke arasında Türkiye bulunmaktadır. Afetlerden tamamen kaçınmak mümkün

olmadığı için muhtemel tesirlerin en aza indirgenmesi için hazırlık çalışmaları önem arz etmektedir (24).

2.2. Doğal Afetler

Doğal afetler bireylerde fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutta olumsuzluklara neden olabilir. Can ve mal kaybı; sağlık, iletişim ve eğitim gibi kamusal sistemlerde oluşan aksaklıklar; barınma, göç gereksinimi, işsizlik gibi problemler kişiye özgü travma, stres ve psikolojik sıkıntılara sebebiyet verebilmektedir (28).

Deprem, sel, kasırga, fırtına, yanardağ patlaması gibi olaylar doğal afet olarak tanımlanırken doğal afetler “ani” ve “yavaş” gelişen olmak üzere ikiye ayrılır. Erozyon ve kuraklık yavaş gelişen doğal afet olarak tanımlanırken sel, deprem, kasırga, tsunami, rüzgâr ve toprak kaymaları ani gelişen doğal afet olarak tanımlanır (29).

CRED veri tabanında 1923-2016 yılları arasında Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde toplam 313 afet olduğu saptanmıştır. 313 afetin %51,1’i (n=160) doğal, %48,9’u (n=153) teknolojik afettir. Doğal afetlerin %95,4’ü ani gelişen, %4,6’sı ise yavaş gelişen tiptedir. Afetlerde yaşanan toplam can kaybı 91.797’dir. Can kayıplarının %90’ından fazlası doğal afetler nedeniyle gerçekleşmiştir (1).

İrade ve bilgimiz dışında meydana gelen, çok sayıda insanı etkileyen doğa olaylarının büyük bir felakete dönüşmesine neden olan unsurlar olayın fiziksel büyüklüğü, olayın yoğun yerleşme alanlarına uzaklığı, fakirlik ve az gelişmişlik, hızlı nüfus artışı, tehlikeli bölgelerdeki hızlı ve denetimsiz şehirleşme, sanayileşme, ormanların ve çevrenin tahribi ve yanlış kullanımı, bilgi ve eğitim eksikliği, toplumun afet olaylarına karşı önceden alabildiği koruyucu ve önleyici önlemler ile yakından ilişkilidir (30).

Dünyada ekonomisi gelişen ülkeler gerçekleşen doğal afet sonrasında tüm imkânlarını kullanabiliyorken, gelişmekte olan ülkeler doğal afetler sırasında kısıtlı imkanlarla karşı karşıyadır. Doğal afetler sonrası yaşanan kayıpların sayısı ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. CRED verilerine göre gelişmiş olan ülkelerin kayıpları %36 iken gelişmekte olan ülkelerin kayıpları %68’dir (31). Türkiye gibi gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde afetlere karşı hazırlıklı olma durumu yeterli

düzeyde değildir. Bu gibi toplumlarda afetler, ciddi bir tehdide, yıkım ve kayıplara neden olmaktadır (32).

2.3. Deprem

Yer kabuğunun kırılması sonucunda ortaya çıkan enerjinin sismik dalgalar hâlinde yayılarak geçtikleri ortamları ve yeryüzünü sarsması olayıdır (22). Depremler oluşum şekillerine göre üç gruba ayrılır: Tektonik depremler bunlardan en sık görüleni olup ülkemizde de en çok görülen deprem türüdür. Diğerleri volkanik ve çöküntü depremleridir (33). Tektonik depremler yer kabuğunun hareketi sonucu levha sınırlarında oluşan depremlerdir (22).

Dünyada bilinen en büyük deprem kuşakları 3 tanedir. Bunlar Pasifik Çevre Kuşağı, Alp-Himalaya Deprem Kuşağı ve Orta Atlantik Deprem Kuşağı'dır. Ülkemiz bunlardan Alp-Himalaya kuşağı üzerindedir (33). Türkiye'nin üzerinde yer aldığı Anadolu Plakası kuzeyde Avrasya Plakası, güneyde Afrika ve Arap Plakası, doğuda Doğu Anadolu Bloğu ve batıda Ege Bloğu ile çevrilidir (34). Türkiye topraklarının %96'sı fay hatları tarafından risk altında olup genellikle yoğun nüfus, sanayi ve diğer ekonomik faaliyetler deprem riski taşıyan bu bölgelerde gelişmiştir (35).

Depremi ifade ederken depremin şiddeti ve büyüklüğü olmak üzere iki kavram kullanılır. Depremin büyüklüğü (magnitüd), deprem odağında açığa çıkan enerji ile ilgili bir ölçüdür ve Richter Ölçeği ile ifade edilir. Derecelendirilmesi 1-9 arasında değişir. Depremin şiddeti ise depremin yeryüzüne yapmış olduğu etkinin (yıkım ve kırılmaların) büyüklüğü ile ilgili bir ölçüdür ve Değiştirilmiş Mercalli Ölçeği ile ölçülür. Derecelendirilmesi 1-12 arasında yapılır. Depremin büyüklüğü ile şiddeti birbirini etkiler; ancak birbiri ile örtüşmez. Çünkü depremin şiddetini depremin büyüklüğünün yanında, deprem merkezinin derinliği, deprem merkezine olan uzaklık, arazinin jeolojik yapısı ve yapı kalitesi, insan davranışları gibi diğer birtakım etmenler belirler (36).

1923-2016 yılları arasında Türkiye'de görülen afetlerde depremler tüm afetlerin %24.3'ünü oluşturmakla birlikte doğal afetlerin %47.5'ini oluşturmaktadır. Depremlerin neden olduğu toplam can kaybı 82.574'tür ve bu sayı yaşanan can kayıplarının %90'ından fazlasını oluşturmaktadır (1).

Dünyada tarihin kaydettiği en büyük deprem 22 Mayıs 1960'ta 9,7 şiddetinde meydana gelen Şili depremi olup yaşanan can kaybı 5 bin kişiyi bulmuştur. Türkiye'de ise Cumhuriyet tarihinin en büyük depremi 26 Aralık 1939'da 7,9 şiddetinde meydana gelen Erzincan Depremi olup 33 bin kişi bu depremde hayatını kaybetmiş, 117 bin konut ağır hasar görmüştür (37).

17 Ağustos 1999 Marmara (Kocaeli/Gölcük) Depremi'nin büyüklüğü 7.4 Mw şiddetinde, odak derinliği 20 km olup bu depremde 17.127 kişi hayatını kaybetmiş, 24.000 kişi yaralanmış, 130.000 hane ve 16.000 iş yeri enkaz veya ağır hasarlı duruma gelmiştir (18). 12 Kasım 1999'da yaşanan, büyüklüğü 7.2, odak derinliği 14 km olan Düzce Depremi, Marmara Depremi'nden üç ay sonra olmuştur. Bu depremde 782 kişi hayatını kaybetmiş, 2678 kişi yaralanmış ve 16334 konut ağır hasar görmüştür (37).

Depremi ani meydana gelmesi, artçı sarsıntıların devam etmesi ve büyük yıkıma neden olması depremi diğer doğal afetlerden ayıran ön önemli özelliklerden birisidir (26).

2.4. Kahramanmaraş Depremi

Kahramanmaraş bölgesinde etkili olan ana tektonik yapılar, Doğu Anadolu Fay Zonu ve Ölü Deniz Fay Zonu'dur. Kahramanmaraş bu jeolojik konumu nedeniyle tarihsel dönemlerde birçok depreme maruz kaldığı bilinmektedir (38). Kahramanmaraş ili, Afet ve Acil Durum Başkanlığı (AFAD) tarafından 2018 yılında yayınlanan Türkiye deprem tehlike haritasına göre yüksek riskli bir bölgede bulunmaktadır. Doğu Anadolu Fay hattının batı kısmı uzun bir süre boyunca önemli bir deprem etkinliği göstermeyen ve sessiz kalan bir bölge olarak bilinmektedir. Ancak 06 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş'ta meydana gelen depremlerle birlikte bu durum değişmiştir (39).

6 Şubat 2023 tarihinde saat 04.17'de Kahramanmaraş-Pazarcık merkez üssü olarak tespit edilen 7.7 Mw büyüklüğünde, 8,6 km derinliğinde büyük bir deprem yaşanırken, aynı gün saat 13.24'te ise Kahramanmaraş-Elbistan merkez üssüne sahip 7.6 Mw büyüklüğünde, 7 km derinliğinde başka bir deprem daha yaşanmıştır. Oluşan depremler Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Osmaniye, Şanlıurfa ve Elazığ olmak üzere on bir ilde büyük hasara yol açmıştır (21). Bu iki deprem Türkiye'de yaşanan en büyük ikinci ve üçüncü depremler olarak resmi kayıtlara geçmiştir (40). Resmi sayılara göre deprem nedeniyle 50 binden

fazla insan hayatını kaybederken, 100 binden fazla insan yaralanmıştır. Bu sayılar içinde bulunduğumuz yüzyılda ülkemizde meydana gelmiş en büyük deprem olan 1939 Erzincan Depremi (Mw: 7.9) ve 1999 Kocaeli Depremi'nde (Mw: 7.6) yaşadığımız kayıplardan fazladır (21). Yapılan hasar tespit çalışmalarına göre 35 bin 355 binanın yıkıldığı, 17 bin 491 binanın da acil olarak yıkılması gerektiği ve 179 bin 786 binanın ağır, 40 bin 228 binanın orta ve 431 bin 421 binanın az hasarlı olduğu ifade edilmiştir. Yıkılan veya büyük hasar gören binaların arasında mesken olarak kullanılanların dışında tarihi ve kültürel yapılar, okullar, idari binalar, hastaneler, oteller de yer almıştır (41). Bu felaketin ekonomik maliyeti tahminen 104 milyar dolar olarak belirtilmiştir (42).

2.5. Travma

Travma (τραῦμα), Eski Yunancada yara anlamına gelmektedir. Tıptaki kullanımı alınan bir darbe sonucu oluşan fiziksel ve ruhsal yara anlamındadır (43). DSM-5'te ise travmatik olay gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidine, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalmak, tanık olmak veya yakınının başına geldiğini öğrenmek olarak tanımlanmaktadır (4). Travmatik yaşantılar deprem, heyelan, sel, çığ, kasırga gibi doğal felaketler olabildiği gibi yangın, trafik kazası gibi kazalar ve tecavüz, işkence, savaş, göç, soykırım gibi bilinçli, kasıtlı ve sistemli şiddet eylemlerini içerir. Bu tür yaşantılar travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol bağımlılığı, maddenin kötüye kullanımı ve bağımlılığı, intihar düşünceleri ve girişimleri gibi ciddi ruhsal sorunlara yol açabilmektedir (5,6).

2.6. Afetlerin Yetişkinler Üzerindeki Psikolojik Etkileri

İnsanın sıradan, gündelik, yaşamın doğal akışı içinde olan, herkesin başına gelebilecek olumlu ve olumsuz olaylara uyum sağlayabilmesi, yaşananları arkada bırakabilmesi, ruhsal olarak hazmetmesi ekseriyetle mümkündür. Öte yandan, ölüm ve yaralanma tehlikesi içeren; kendisine, dünyaya ve diğer insanlara dair bildiği her şeyi alt üst eden; yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duyguları ortaya çıkaran; bireyin baş etme sistemini felce uğratan ve travmatik yaşantı olarak da tarif edilen olaylara uyum sağlamak, geride bırakabilmek ya da ruhsal anlamda hazmedebilmek zaman ve enerji gerektirmektedir (3,4)

Afete ya da felakete uğrayan toplum, doğası gereği ölüm tehdidi ve ölüme şahit olma, kayıplar, yer değişikliği, ekonomik çöküntü gibi çoklu travmatik olaya maruz kalmaktadır. Afet olayının bireyin gündelik hayat deneyiminin dışında olması, bireyin bildiği dünyaya uymaması nedeniyle insan ruh sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (2). Travmatik yaşantılar dünyaya, insana ve kendimize ilişkin örtük varsayımlarımızın sarsılması derecesinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (44).

Afetler yetişkin bireylerin kendisi ve yakınlarının hayatı ve geleceği üzerindeki kontrol hissinin, güvenlik hissinin, umut ve girişimin, benlik saygısının kaybına neden olabilmektedir. Sosyal yapı ve kurumlar, bireylerin hizmetlere erişimi, mülkleri ve geçim yolları afetlerden etkilenmektedir (45). Afetler onlara maruz kalan herkesi bir şekilde etkilemektedir. Etkilenmenin şiddeti bireyin afet öncesi durumu, afetin özellikleri ile bireyin afet sonrası yaşadığı güçlükler ve bunlarla nasıl başa çıktığı ile ilişkili görünmektedir (46).

Afetten etkilenme düzeyi ve süresi afete ilişkin psikolojik etkiler üzerinde önemli değişkenlerdir. Afetin sonuçlarından etkilenme düzeyine göre afetzedeler dört düzeyde incelenmektedir. Afetin sonuçlarından doğrudan etkilenen bireyler birinci düzeyde afetzede olarak değerlendirilmektedir. Birinci düzeyde afetzedeler ile aile, akraba ya da yakınlığı olan kişiler ise ikinci düzeyde afetzedeler olarak tanımlanmaktadır. Afetzedelere yardım ya da hizmet götürülmesi amacıyla afet bölgesine gidip etkilenen bireyler ise üçüncü düzey afetzede olarak derecelendirilmektedir. Afetin etkilerini sosyal medya ya da kitle iletişim araçları ile takip edenler ve etkilenen bireyler ise dördüncü düzey afetzede olarak incelenmektedir (47).

2.6.1. Yetişkinlerin Afet Karşısındaki Psikolojik Tepkileri

Afetlerden sonra yetişkinlerde fiziksel, davranışsal, duygusal, bilişsel ve sosyal tepkiler olmak üzere çok çeşitli psikolojik tepkiler görülür.

Yetişkinlerin verdiği duygusal tepkiler arasında şok yaşama, kaygı, korku, üzüntü, öfke, kin, suçluluk, pişmanlık, utanç, çaresizlik, umutsuzluk, karamsarlık, duygusal küntlük, boşlukta olma hissi, tükenmiş hissetme ve değersiz hissetme görülebilmektedir.

Bunun yanı sıra bilişsel tepkiler arasında kararsızlık, dikkat dağınıklığı, düşüncelerini düzenleyememe, konuşma güçlüğü, unutkanlık, kendine saygı duymama, kendini suçlama, kendine olan inancını kaybetme, yaşadığı deneyimi çarpıtma, olumsuz düşüncelerin oluşması, zaman-mekân uyum zorluğu, dissosiyasyon, rahatsız edici olan istemsiz anı ve görüntüler gibi bilişsel tepkiler bulunmaktadır.

Yetişkinlerin verdiği fiziksel tepkiler arasında yorgunluk ve bitkinlik hali, gerginlik, huzursuzluk, tedirgin olma, irkilme, terleme, titreme, baş ağrısı gibi fiziksel ağrılar, bulantı, iştah, uyku ve cinsel istekte keskin değişiklikler, bağışıklık sistemi problemleri, mide, bağırsak sıkıntıları, çarpıntı, baş dönmesi, göğüste ağrı gibi problemler bulunmaktadır.

Yetişkinlerin verdiği davranışsal ve sosyal tepkiler arasında deneyimlenen olaya ilişkin uyaranlardan kaçınma, sık sık ağlama, yaşanan deneyimlere karşı ani irkilmeler, enerji aktivitesinde artış veya düşüş, yabancılaşıma, sosyal ilişkilerden kaçınma, içe çekilme, kişiler arası çatışma, öfke patlamaları, güvensizlik, şüphecilik, suçlayıcı olma, tahammülün düşmesi, dışlanmış ya da terk edilmiş hissetme, uzak hissetme ve aşırı kontrolcü olma gibi tepkiler bulunmaktadır (48,49,50).

Ayrıca afete maruz kalan bireylerin tepkileri afet sonrasında geçen süreye göre de farklılık göstermektedir. Bu tepkisel farklılaşma süreci ise dört bölüm üzerinde değerlendirilmiştir:

1. Psikolojik şok süreci: İlk 24 saat veya daha fazla sürer. Bireylerde fiziksel tepkiler, odaklanamama, unutkanlık, halüsinasyon, katılaşma gibi tepkiler görülür.
2. Tepki süreci: İki ve altıncı günler arası görülür. Bireyler sinirli, güvensiz, kaygılı, korkular içindedir. Fiziksel olarak ise bulantı, çarpıntı, sürekli hareketlilik gibi tepkiler görülür.
3. Farkındalık süreci: Bir haftadan sonra oluşur. Bireyler neler olduğunu bilmek istemez, yas süreci başlar, duygu yoğunluğu yaşanır, odaklanamaz, çatışmalar görülür
4. İyileşme süreci: Afetten uzun bir zaman sonra, sürece uyum sağlamaya çalışılır. Direnç azalır, sakinlik, iyilik hali görülür. Amaçlar belirlenmeye, afet süreci hayatın bir parçası olarak görülmeye başlanır.

Bu süreçlerin hepsi bireylere göre farklılık göstermektedir. Büyük kriz veya şaşırtıcı sakinlik tablosu gösteren bireylere rastlanmaktadır (51).

Kübler-Ros'un ‘‘Beş Aşamalı Yas Kuramı’’ ele alındığında afet sonrası bir kaybın ardından yas tutan bireyler ilk aşama olan ‘inkar evresinde’, ölüm ve kaybı reddederler ve farklı savunma mekanizmaları geliştirirler. İkinci aşamada ise ölümün inkâr edilemeyeceği anlaşıldığında bireyde ‘öfke evresi’ başlar. Bir sonraki aşama olan ‘pazarlık evresinde’ ise çaresiz kalan birey neyi varsa verebileceğine yönelik inanç sistemi içerisinde en büyük güç ile pazarlık etmeye çalışır. Bu da olmayınca bir sonraki aşamada birey ‘depresyon sürecine’ girer ve psikopatolojik sorunlar başlayabilir. Son aşamada yaşamın devam ettiğini ve kaybedilen bireyin artık geri gelmeyeceği ile ilgili ‘kabullenme evresine’ girilir ve normalleşme yaşanır. Ancak bu sürecin her hangi bir aşamasında obsesyon geliştiren bireyler psikosomatik ve psikopatolojik hastalıklara bir geçiş de yaşayabilmektedir. (52).

Afet sonrası yapılan incelemelerde en yüksek oranda gözlemlenen ruhsal rahatsızlığın Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olduğu belirtilmiştir. İkinci sırada Major Depresif Bozukluk (MDB) gelmektedir. Bunun yanı sıra alkol kullanım bozuklukları, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) gibi hastalıklar da görülebilir. Büyük bir afete maruz kalan kişilerde intihar düşüncesi/girişimi, alkol ve nikotin bağımlılığı gibi ruhsal problemlerin de ortaya çıkabileceği bilinmektedir (53).

2.6.2. Yetişkinlerde olumsuz psikolojik etkiler için risk faktörleri

Afet sonrası görülebilecek olumsuz psikolojik etkiler için çeşitli risk faktörleri mevcuttur. Bu risk faktörleri hayatta kalanların temel özellikleri, travmaya yönelik özellikler ve travma sonrası özelliklerden oluşmaktadır. Hayatta kalanların yaş, cinsiyet, eğitim, evlilik, dini inanç, kültürel ve etnik köken, sosyoekonomik düzey, hastalık öyküsü ve önceki travmanın varlığı temel özellikleri; göçük altında kalma, korku, yaralanma, yaralanma/ölüme tanıklık ve kayıp travmaya yönelik özellikler; sosyal destek, işsizlik, mal kaybı, hasarlı ev ve kurtarmayı içeren durumlarda travma sonrası özellikleri içermektedir (7,8)

Yetişkinlerde kadın cinsiyeti, genç erişkin yaş, yalnız yaşamak, etnik azınlık üyesi olmak, göçmen veya mülteci olmak, afet öncesinde fiziksel, psikolojik ya da maddi sorunlara sahip olmak, çocukluk çağında ruhsal travma yaşamak, olay öncesi dönemde psikolojik açıdan daha incinebilir olmak, kişinin geçmiş döneminde ve ailesinde psikiyatrik bozukluk olması, bağımlı antisosyal veya içe dönük kişilik yapısı,

gelişmiş ülkeler yerine gelişmekte olan ülkelerde yaşamak bireysel risk faktörlerindendir (2, 8, 54, 55).

Olaya doğrudan tanıklık edenler, bu kişiler ile yakın bağları olanlar, fiziksel yaralanma ya da yaralanma riski yaşayanlar, afet nedeniyle önemli kayıplar yaşayanlar, toplu ölüm ve yıkıma maruz kalanlar, olay yerinde ilk müdahalede bulunanlar ve yardım çalışanları travma maruziyetine yönelik risk gruplarıdır (54,47).

Çözülmemiş yas yaşamak, yaşanan evden ya da yaşanan toplumdaki ayrılmak, boşanma, iş kaybı, mülk kaybı gibi stres verici etkenlere maruz kalmak, yetersiz sosyal destek, bireylerin kontrol ve tehdit algısı, yaşanan yerde toksik/kimyasal kirlenmeye maruz kalmak travma sonrası maruziyete yönelik risk faktörleridir (56, 57).

Risk grupları ile ilgili olarak afetler sonrası her grubun kendi özelliğine bağlı belirli zorluklar meydana gelebildiği bilinmektedir. Kadınların, erkeklerin, çocukların, yaşlıların, fiziksel engeli olanların farklı ihtiyaçları olabilmektedir (45).

2.7. Afetlerin Çocuk ve Ergenler Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Travmatik olaylar her yaş grubunda değişen düzeyde olumsuz etkiler bıraksa da bu durum özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde psikolojik olarak daha kritik bir rol oynamaktadır (9). Merkezi sinir sistemi ve bilişsel fonksiyonlar tam olarak olgunlaşmadığı için çocuklarda travmatik olayların daha sarsıcı ve kalıcı etkiler bırakabildiği ve ilerleyen zamanlarda başka psikopatolojik sorunlara yol açabildiği ileri sürülmüştür (10, 58).

Toplumda yaygınlaşmış ve yerleşmiş bir kanaate göre çocuklar yaşlarından ötürü düşünce yapılarının daha esnek olmasıyla travmatik olayları daha kolay unutabildikleri ve bu olaylardan etkilenmedikleri düşünülmektedir (11). Deneyimledikleri travmatik olayın sebep olduğu değişimlerin dışarıdan fark edilmesinin güçlüğü, çocukların bu değişimleri yansıtmama şeklinin yetişkinlerden farklı olması ve çocukların bu deneyim hakkında konuşmaya yanaşmamaları da toplumdaki kanaati güçlendirmiştir (59). Fakat zannedilenin tam aksine çocuklar deneyimledikleri travmatik olayın farkındadır ve dışarıdan anlaşılmasa da bu olayı kendi metodlarına göre işlemeye koyulmuşlardır (9). Dil gelişiminden önce bile deneyimledikleri olayları imajlar halinde kaydedip resimler veya oyunlar vasıtasıyla tekrar canlandırabilirler (60).

İlk bakışta fark edilmeyen bu etkiler akut dönemde görülebildiği gibi uzun bir zaman sonra da ortaya çıkabilir (61). Travmatik olaydan sonra çocuklar normal işleyişlerine kavuşmuşlar gibi görünselerde travmatik deneyimleri aşmaları bir süre alır ve bu deneyim onların şimdiki ve gelecek hayatlarında farklı etkiler oluşturabilir (62).

Travmatik olaylar bir çocuk için normalin dışında kalan bir deneyimdir. Bu sebeple travmatik olaylar karşısında çocukların geçmiş tecrübeleri ve bu tecrübelerden kazandıkları problem çözme becerisi yetersiz kalır. Çocuklar için sıradışı kabul edilecek bu deneyimler, psikomotor etkiler başta olmak üzere birbirinden farklı çok sayıda duygu ve tepkileri ortaya çıkarabilir (11). Travmatik olay sonrasında oluşan fizyolojik ya da duygusal tepkiler, çaresizlik ve başarısızlık algıları, kendilik algısının zarar görmesi, dürtü kontrolünün zayıflaması ya da özdeşleşmede yaşanan sorunlar çocuk ve ergenlerin yaşadığı içsel tehditler olarak adlandırılır (63). Çocuklar için beklenmedik olan bu etkiler kontrol algısına zarar vererek onların işlevselliklerini bozabilir ve ilişkisel problemlere sebep olabilir (11).

Çocuk yaşadığı deneyimlerine bakarak oluşturduğu normlar ve hayatın rutini sayesinde hayata dair kontrol ve öngörülebilirlik algısı kazanırken travmatik olaylar çocuğun ve ergenlerin bu temel anlayışlarını kırabilecek niteliktedir. Temel anlayışların travmatik olaylarla hasar alması çocuğun hayati işlevleri sağlayan bütün anlayışlarına da zarar verir ve çocuğun güvenlik algısı sarsılır (3). Daha önce bu temel anlayışlarla muhakeme eden çocuk travmatik olayın hasarı ile beraber çevreden gelen her uyarıyı ve yaşayacağı her deneyimi yeni bir muhakeme ile ele almaya başlar. Bu durum travmatik olayın etkisiyle yüzleşmeyi güçleştirir (11).

Travmatik olayların bıraktığı hasar sebebiyle, deneyimleri üzerine bina ettiği temel anlayışı sarsılan çocuk için geleceğe dair beklentiler sorgulanmaya açılır ve gelecek; öngörülemeyen, tahmin edilemeyen bir belirsizliğe dönüşebilir (11).

Bütün bu kırılmalar çocuğun dış dünya ile uyum sağlama kabiliyetine zarar verebilir. Daha önce deneyimlediği zorluklar ve problemlere karşı çözüm üreten ve uyum sağlayan çocuk henüz psikolojik savunma mekanizmaları geliştirmede olduğu konularla karşı karşıya kaldığını fark eder (11). Bu sebeple daha önce çözüm bulduğu zorlukları ve problemleri tekrar sorgulamaya başlaması çocuğun rutin işleyişini bozar (3). Erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da çevrenin ve hayatın anlamlandırılması ihtiyacı

travmatik olaylarla zarar görebilir. Bu durum çocuğu hayata dair derin bir anlamsızlık duygusuna itebilir (11).

Psikolojik travmaların çocuk ve ergenler üzerindeki etkisinde bir diğer boyut ise travmanın belli bir zamansal çerçeveye oturtulamamasıdır (11). Travmatik olayın şimdiki zamanda devamlı tekrarlanması çocuğun travmatik olayı muhakeme etmesini, geçmiş deneyimleriyle bütünleştirmesini veya belli bir zamana oturtmasını zorlaştırır veya imkânsızlaştırır (60). Geçmişe yerleştirilemeyen travmatik olayın çocuk tarafından tekrar be tekrar yaşantılanması olayı şimdiki zamana taşır. Bu durum olayın geçmişte ve hafızada tutulmasına engel olurken çocuğun işlevselliğini de bozar. Travmatik olaylarla örselenen çocuklarda sıklıkla görülen yineleyici rüyalar, yeniden yaşantılamalar ya da hayalde yeniden canlandırmalar, travmatik olayın bugünde halen devam ettiğinin belirtileridir (11). Çocuklar travmatik olayın etkisiyle hayata, çevrelerine, geleceğe ve hatta kendilerine dair sorgulamalara girişebilirler ve içinde bulundukları hayata uyum sağlamakta zorlanabilirler (13).

2.7.1. Çocuk ve Ergenlerin Afet Karşısındaki Psikolojik Tepkileri

Çocuk ve ergenlerin travmatik olaylara karşı verdikleri tepkiler, bilişsel ve duygusal gelişimleri ile beraber, bulundukları çevrenin özelliklerinden etkilenir. Bu tepkiler bilişsel, duygusal, davranışsal ve somatik-fizyolojik olmak üzere dört sınıfta gruplandırılır (65).

Bilişsel Tepkiler: Çocukların bilişsel kapasiteleri travmatik olayın anlamlandırılmasında etkiliyken, travmatik olay çocuğun bilişsel kapasitesine bazı olumsuz etkiler bırakabilir (66). Travmatik deneyimler sonrası düşük özgüven, çaresizlik, umutsuzluk, değersizlik duyguları ile ölüm ve intihar düşünceleri oluşabilir (66). Erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da travmatik olayla baş edebilmek için olayı düşünmekten kaçınma davranışı geliştiği görülmektedir. Çocuklar çoğunlukla travmatik olayı hatırlatan kişiler, durumlar ve nesnelerden kaçınmak amacıyla savunma mekanizması olarak bastırmayı kullanırlar (63). Çaresizlik ve umutsuzluk gibi duygulardan kaçınmak için küntleşme ve duygusal ketlenme gibi duyguları kullanarak bir başka savunma geliştirebilirler. Çocuklarda dissosiyasyon bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkarken aynı zamanda dissosiyasyon bir semptom olarak görülür. Yetişkinlere kıyasla çocuklarda dissosiyasyonun daha sık görüldüğü, bunun da uzun vadede çocukta sağlıklı bir kimlik oluşumuna engel olduğu belirtilmiştir (67).

Erişkinlerde görülen travmatik olaya dair amnezinin çocuklarda pek görülmediği, çocukların travmatik olayı ayrıntılarıyla anlatabildikleri için yadsıma mekanizmasını kullanmadıkları iddia edilir (65). Fakat çocukların yadsımasında, travmatik olay imgelerinin hayal gücünde yeniden canlandırılması bulunur. Bu sayede örseleyici deneyim ile baş etmek kolaylaştırılır ve nesnel gerçekliğin ağırlığı azaltılır (63,68). Çocuklar travmatik olayın istenmeyen kısımlarını belleklerinden silebilir veya daha az tehditkâr bir formla olayı zihinlerinde yeniden oluşturabilirler (68).

Travmatik olaylardan sonra görülen diğer bir bilişsel etki bellekteki bozulmalardır (66). Çocuklar travmatik olay hakkında konuşabilseler de çoğunlukla olayı doğru hatırlamadıkları veya kronolojik karışıklıklar yaşadıkları belirtilmiştir. Travmatik olaylar çocuk ve ergenlerin güvenlik algılarına zarar vererek onlarda gelecek duygusunun kaybına sebep olabilirler. Bu çocuklar hayatlarının kısa olacağını düşünebilir ve geleceğe dair anlamsızlık, beklentisizlik ve hiçlik duygusu geliştirebilirler (68).

Duygusal tepkiler: Travmatik olayın verdiği strese karşı çocuk ve ergenler, kaygı ve hiperaktivite ile ortaya çıkan aşırı tepkisellik veya sosyal, duygusal olarak içe kapanarak tepkisellikte azalış olmak üzere iki farklı tepki verdikleri görülmüştür (69). Bunun yanı sıra öfke, huzursuzluk, kaygı, çevresel tehditlere karşı duyarlılık da sıklıkla gözlenen duygusal tepkiler arasındadır. Öfke patlamalarıyla seyreden huzursuzluk ve kaygının aşırı uyarılma sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (70). Ayrıca bu tepkilerin yanında çocuklarda duygu kontrolünde zayıflık, duygusal ketlenme, duyguların yaşanmasında ve ifade edilmesinde zorlanma gibi tepkiler de görülebilmektedir (69).

Afetleri yaşayan çocuklarda, afetle ilişkili uyaranlara karşı artan korku, kaygı ve fobilerin ortaya çıktığı görülmüştür (71). Sıklıkla görülen korkular; ölüm, yalnız kalma, karanlık, olayın tekrar yaşantılanması veya yeni bir travmaya maruz kalmakla ilgilidir. Çocuklar deneyimledikleri travmatik olayı hatırlatan bir uyaranla; tekrarlayıcı, istem dışı ve rahatsız edici görüntü ve düşüncelerle karşılaştıklarında olayı duygusal olarak yeniden yaşayabilirler; çaresizlik, kaygı ve korku hissedebilirler (70). Çocuklar afetle ilişkisiz olaylarla zihinlerindeki anlam boşluklarını doldururken bu olayların yeni bir afet veya travmanın işareti olduğunu düşünebilirler (65, 71)

Travmatik olayın diğer bir duygusal etkisi ise çocuk ve ergenlerin benlik algısında ve benlik ile ilişkili duygularda yaşanan değişimdir (66). Afeti deneyimleyen

çocuklarda derin bir kırılganlık ve benlik hissinde azalma görülebilir. Kendilerine yönelttikleri acımasız eleştirilerle beraber bu kötü olayı yaşamayı hak ettiklerini düşünebilirler. Eğer bu travmatik olayda başkaları ölürken kendileri hayatta kalıyorlarsa derin bir suçluluk ve utanç hissedebilirler (72). Bu duygularla yaşayan çocuk hoşuna giden şeylerden kendini uzaklaştırarak cezalandırır

Afetlerde yakınlarını kaybeden çocuklarda yoğun olarak görülen yas tepkisinin dışında ağlama, üzüntü, depresyon, ayrılık kaygısı ve yerinde duramama gibi tepkiler de görülmektedir (68,73). Bebeklerin ölüm kavramını anlayamadıkları için bu olayı kendilerine bakım verenlerin ayrılması veya terk edilme olarak gördükleri saptanırken, okul öncesi veya okul döneminde bulunan çocukların yakın birinin kaybından sonra kendilerini suçladıkları ve bu kaybın telafisi için en iyisi olmaya çalıştıkları gözlemlenmiştir (72). Erişkinler yaslarını başkalarıyla paylaşarak atlatmaya çalışırken özellikle okul çağındaki bulunan çocuklar ebeveynlerinin bu tepkilerini anlayıp, onların kaygı ve üzüntüsünü arttırmamak için kendi duygularını paylaşmakta isteksiz olabilirler (73). Fakat oyunlar sayesinde çocukların yas ve travma tepkileri gözlemlenebilir hale getirilebilir. Ergenlerde ölüm kavramı daha çok düşünölmeye, muhakeme edilmeye başladıktan bir zaman sonra erişkinlerin görüşüne yaklaşır. Bunun yanı sıra ergenlerde bireysel kırılganlığın kabul edilmesinde yaşanan zorluk onları yadsıma mekanizmasını kullanmaya itebilir ve bu mekanizmayı kullanabilirler (72).

Davranışsal tepkiler: Travmatik olayların sonrasında çocuklarda dürtü kontrolünde azalma, hiperaktivite ve dikkat sorunları, kendine ket vurma ve risk alma gibi davranışsal tepkiler görölebilmektedir (68,74). Travmatik olayı deneyimleyen çocukların otorite olabilecek akran, ebeveyn, öğretmen veya başka figörlere karşı agresif davranışlar sergiledikleri bildirilmiştir (70). Öfkelerini dışarıya yöneltmeye eğilimli olan çocuk ve ergenlerin akran ilişkileri bu davranış tarzından olumsuz etkilenmektedir (72). Bu çocukların arkadaş edinmekte, akranlarıyla iletişim kurmakta zorlandıkları ve sosyal ipuçlarını doğru yorumlayamadıkları saptanmıştır. Düzen ve otorite ile uyumlu davranışlar geliştiremedikleri için okula uyum sağlama ve akademik başarıda zorlandıkları görölmüştür (65,72). Bu tür uyum sorunları madde kullanımı, kendine zarar verme ve antisosyal davranışlar ile beraber bulunmaları sıklıkla görölen bir durumdur (66). Travmatik olayı yaşayan çocuklar olayı hatırlatıcı durum ve nesnelerden uzak durma, kendilerini sosyal yapılardan çekme davranışı geliştirebilir ve insanlara güvenmekte zorlanabilirler (13).

Özellikle çocuklarda sıklıkla görülen bir diğer davranışsal tepki ise regresif davranışlardır (69). Altına ıslatma ve dışkı kaçırma, fetüs pozisyonu alma, parmak emme gibi davranışlar travmatik olaya maruz kalmış çocuklarda sıklıkla görülmektedir. Bu tür regresif davranışlar sosyal davranışlarda aşırı uyumluluk, bireysel kimlik oturtmada zorlanma, erişkinlere aşırı bağımlılık olarak gözlemlenebilir (69). Çocuklar güvenlik dayanağı olarak gördükleri ebeveynlerine travmatik olayla başa çıkabilmek için sığınma eğilimi gösterirler (75). Ayrılık kaygısının atmasında bu sığınma davranışının etkili olduğu ileri sürülmüş ve travmatik olay üzerinde belli bir kontrol sağlandığında bu davranışın azaldığı saptanmıştır (13).

Okul öncesi ve okul çağı çocuklarında afetin bazı parçalarının oyunlar ile yeniden canlandırılması sık görülen bir davranış kalıbıdır (68). Çocuklarda travmayla ilişkili oyunların özellikleri, oyunun patolojik mi yoksa iyileşme sürecinin bir parçası mı olduğunu gösterir (63). Eğer oyunda travmatik olaydan kontrol ve manipülasyon ile olumlu sonuçlar canlandırılıyor, baskılanmış duygular açığa çıkıyor ve çocuk duygusal bir rahatlama ve olayı tekrar muhakeme etme imkanı yakalıyorsa bu, oyunların iyileşmenin bir parçası olduğu kabul edilmektedir. Fakat oyun travmatik olayın tekrar yaşantılanmasından ibaret kalıyorsa ve oyunun sonunda çocuk duygusal bir rahatlamaya ulaşamıyor ve olumsuz sonuçlara varılıyorsa bu, oyunun patolojik olduğunu gösterebilir (63). Bu durumda çocuk korkularını ve davranışlarını devamlı tekrarlamakla yineleme kompulsiyonu tepkileri gösterebilir (65).

Fizyolojik-Somatik Tepkiler: Travmatik olaya maruz kalan çocuk ve ergenlerin bedensel ve nörolojik yapılarında kalıcı değişimlerin görüldüğü, travmatik stresin hafıza ve duygu düzeninde bazı bozulmalara sebep olduğu belirtilmektedir (64,76). Çocuklar travmatik olayı hatırlatıcı bir uyarı ile karşılaştıklarında fizyolojik olarak aşırı uyarılma ve irkilme davranışı gösterebilirler (70). Bu tepkiler olay anında hissedilen tepkilere çok benzer olarak algılanır (13).

Travmatik olaylardan sonra çocukların akut veya uzun dönem uyku bozukluğu yaşadıkları saptanırken buna sebep olarak tekrarlanan ve zorlayıcı rüyalar gösterilmiştir. (61,69). Travmatik olaya maruz kalan çocuklar tekrarlayan kabuslar, uykuya dalmakta zorlanma, yalnız uyumayı istememe, afet ile ilişkili rüyalar görme gibi şikayetler görülebilir. Uyku bozukluğu sıklıkla dikkat eksikliği, huzursuzluk, düşük koordinasyon ve bitmeyen bir yorgunluk ile beraber seyreder (68). Bunların yanı sıra çocuklar ve

ergenler afet sonrasında özellikle akut dönemde iştah problemleri veya nefes almada zorluk yaşayabilirler (68).

Fizyolojik problemlerin yanı sıra afet sonrası çocuk ve ergenlerde bazı psikosomatik belirtiler görülebilir. Travmatik olaya maruz kalan çocuk, hatıralarını ve korkularını aklen ele almaktan kaçındığı için bu hatıralar daha çok bedensel olarak saklanır (9). Beyinde gerçekleşen fizyolojik ve nörokimyasal değişimler somatik olarak temsil edilmeye başlanır. Çocuklarda görülen yaygın somatik yakınmaların başlıcaları bulantı, baş ve karın ağrısıdır. Bu psikosomatik şikâyetler daha çok okul çağındaki çocuklarda görülür ve afet travmasının yol açtığı kaygının bir yansıması olduğu kabul edilir (71).

2.7.2. Çocuklarda Olumsuz Psikolojik Etkiler İçin Risk Faktörleri

Çocukların afetlere verdikleri tepkileri ve psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasını etkileyen bazı dâhili ve harici etkenler bulunur. Bunlar; çocuğun bireysel özelliklerini, çevresel özellikleri ve afetin özelliklerini içine almaktadır (13).

Çocuğun bireysel özellikleri: Afet sonrasında verilen tepkileri belirleyen bireysel özelliklerden birinin yaş olabileceği ve etkilenmelerdeki farklılığın gelişimsel farklılıklardan kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir (74,77). Çocuğun gelişimsel düzeyi travmatik olayın anlamlandırılmasını, başa çıkma mekanizmalarını, olay ile ilişkili belleği, strese yatkınlığı belirlemekle birlikte olaya karşı verilen tepkileri de belirlediği gösterilmiştir (68).

Çocuklarda yaş küçüldükçe travmatik olaydan etkilenme miktarının arttığı bildirilmektedir (66). Bunun sebebi olarak bilişsel olgunlaşmanın olaya ve verilen tepkiye ilişkin anlamlandırılmasında oynadığı rol gösterilmiştir. Bilişsel olarak yeterince gelişemeyen çocuğun travmatik olayı zamansal bir çerçeveye yerleştirmekte ve hatırlamakta zorlandığı, olayı başka bir deneyimi ile ilişkilendirerek anlamlandırmaya çalıştığı görülmektedir (68). Bu sebeple bilişsel çarpıtmalar yaparak kendilerini suçlamaya eğilimlidirler. Ailelerin travmatik olaya verdikleri tepki de bu yaşlarda bulunan bir çocuğun olayı anlamlandırmasında etkili olduğu bildirilmiştir (59). Çocuğun okul öncesi ve okul çağına yaklaşmasıyla bilişsel olarak olgunlaşması şikâyetlerin şeklini değiştirir. Bu sebeple ayrılık kaygısı, somatik şikâyetler, uyku ve iştah bozuklukları, regresyon davranışı ve fobiler bu yaşlardaki çocuklarda daha sık

görülür (78). Travmatik olay ergenlik döneminde yaşandığında bireylerde yetişkin döneminde görülen travma sonrası stres bozukluğuna benzer şekilde aşırı uyarılma ve yeniden yaşantılamaya benzer tepkilere neden olduğu görülmektedir. Depresyon ve kaygının daha büyük yaşlardaki çocuklarda sıklıkla rapor edildiği bildirilmiştir (68). Okul öncesi dönemden ergenlik dönemine doğru gidildikçe depresyon düzeyinin arttığı ve kaygı düzeyinin diğer yaşlara göre ergenlikte daha fazla görüldüğü gözlemlenmiştir (13).

Diğer bir özellik olarak cinsiyet, çocuğun stres ile başa çıkma, savunma mekanizmalarını, verdiği tepkileri ve iyileşme süreçlerini etkileyen önemli bir etkidir. Kız çocuklarının genellikle erkek çocuklardan daha fazla stres belirtileri göstermeye eğilimli olduğu gözlemlenmiştir (77,79). Kız çocukları daha çok stresli olaylar anlatmakta, bu olayları daha yoğun stres ile ilişkilendirmekte ve erkeklere kıyasla deneyimlerini daha olumsuz olarak görmektedirler. Kız çocukları içsel belirtileri daha sık gösterirken, erkek çocuklarının yaşadıkları stres daha çok anti sosyal davranışlar ve dışsal belirtiler şeklinde gösterdikleri bildirilmiştir (62,80). Ancak kız ve erkek çocuklarının travmatik olaya verdikleri tepkilerde anlamlı bir fark olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (81).

Çocuklarda travmatik olay sonrasında gelişen süreci etkileyen diğer bir etken daha önce yaşanmış travmatik deneyimlerdir (68). Aşılamamış travmatik deneyimin daha sonra yaşanacak sarsıcı bir olayda çocuğun kırılganlığını arttırdığı bildirilmiştir. Ancak eski travmatik deneyim, yeni yaşanan travmatik olaya verilen tepki düzeyinden daha çok eski olayla ilişkili düşünce ve görüntülerin yeniden canlandırılmasına sebep olur (59). Önceki deneyimden kalan uyku ve iştah bozukluğu, depresif belirtiler gibi şikâyetler yeni bir olayla yeniden yaşanabilmektedir (75).

Travma öncesi dönemde yaşanan duygusal ya da davranışsal problemler; psikiyatrik tanı almış olmak, öğrenme sorunları ve bilişsel yetersizlikler travma sonrası stres belirtilerinin gelişimiyle yakından ilişkili olabilmektedir ve bu tür belirtilere sahip çocuklar travma sonrası stres açısından risk grubundadır (62,82).

Sosyal çevrenin özellikleri: Aile ortamı çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkmasında temel bir etkidir (78). Ailenin yapısı itibarıyla çocuğa destek ve yönlendirme sağlaması, travma ile baş etme mekanizmaları konusunda örnek olması, fiziksel güvenliğin hazırlanması, psikolojik olarak rahatlatması gibi

işlevlerinden ötürü travmatik olay yaşayan çocuklar için aile koruyucu bir rol üstlenir. (68,78). İlkokul ve okul öncesi dönemdeki çocukların afet sonrasında aileden aldıkları destek özellikle önem arz etmektedir (68). Destekleyici aile yapısına sahip olan çocuklar afetten ciddi derecede etkilenseler dahi verdikleri tepkilerin dört veya altı ay içinde hafıflediği bildirilmiştir (78). Ayrıca ebeveynlerin stres düzeylerinin, psikolojik durumlarının, travma ile başa çıkma mekanizmalarının ve problem çözme becerilerinin çocuğun stres düzeyinde ve travmatik olayla başa çıkmasında belirleyici olduğu görülmüştür (74). Problem çözmede başarılı, travma ile başa çıkmada etkili mekanizmalar geliştiren ve travma karşısında çabuk toparlanan ebeveynlerin çocukları, kendilerini güvende hissetmekte, bu güvenin yokluğunda ise çocuklardaki belirtiler devam etmektedir (68). Aile yapısında var olan herhangi bir anlaşmazlık veya geçimsizliğin çocuğun travma belirtilerini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (68). Doğal afetten hemen sonra yaşanan ayrılık ve değişen aile ortamı çocuğun yaşanan travmadan ve kayıplardan daha çok etkilenmesiyle doğrudan ilişkilidir (83).

Aile dışından gelecek desteğin çocukların travmasından sonra iyileşme sürecinin ilerlemesi için önem arz etmektedir (74). Çocuk ve ergenlerin hayatındaki farklı figürler (ebeveyn, akran, öğretmen vb.) verdikleri sosyal destekler ile çocuğun değişen ihtiyaçlarına cevap verirler. Bu destek kaynakları çocukların benliklerinin güçlendirilmesinde, problem çözme becerisi kazandırılmasında, travmatik olayın anlamlandırılmasında katkı verdikleri ileri sürülmektedir (74). Daha erken yaşlarda çocuğun hayatındaki temel destek kaynağı ailedir (78). İlkokul çağındaki çocuklar için öğretmenler güvenlik algısının oluşturulmasında, doğru bilginin sağlanmasında ve rutin hayatın devamlılığını sağlamak gibi konularda önemli katkılar verirler (74). Geç çocukluk ve erken ergenlik dönemlerinde artan akran ilişkileri, tepkileri normalleştirme, sosyal izolasyonu azaltma ve farklı baş etme yöntemleri travmaya karşı verilen tepki sürecinde daha önemli bir yer tutar (72,75). Sosyal destek kaynakları yeterli ve güçlü olan çocukların travmatik olay ile daha iyi başa çıktığı görülmektedir (74). Çocukların genellikle tek bir destek kaynağını kullanmak yerine farklı kaynaklara ulaşabilmesinin ve destek kaynaklarının gerçekteki büyüklüğü yerine çocuk tarafından algılanan desteğin yüksek olmasının daha önemli olduğu belirtilmektedir (84). Yetersiz kalan sosyal destek, çocuğu travmatik olayın olumsuz etkilerine karşı daha savunmasız kılmaktadır (74).

Afete ilişkin özellikler: Bazı travmatik olaylar tek seferlik olup akut ya da Tip I travma olarak isimlendirilirler (61). Bu tip travmaları deneyimleyen çocukların travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerini daha fazla gösterdikleri vurgulanmaktadır. Tip II travma olarak isimlendirilen travma ise devamlı ve kronik bir hale sahiptir (61). Bu tip travmaları deneyimleyen çocuklarda ise daha çok kişilik bozuklukları, içe çekilme davranışı, öfke kontrolünde zorlanma, duygusal küntleşme ve dissosiyasyon görülmüştür (74,85). Bu tip bir sınıflama, araştırmacılara bir kolaylık sağlasa da Tip I travmadan sonra oluşan ve kronikleşen travmatik süreçler nedeniyle yaşanan travma Tip II olarak kabul edilmekte ve oluşan tablo karmaşık bir hal alabilmektedir. Dolayısıyla afetten sonra oluşan sekonder şartlar çocukların travmatik olaya verdikleri tepkileri etkileyebilmektedir (61,83).

Travmatik olaya maruz kalma şiddeti travma sonrası gelişen stres belirtilerinin içe veya dışa yönlendirilmiş belirtiler olarak ortaya çıkmasını etkilemektedir (82). Çocuğun travmatik olaya fiziksel ve duygusal yakınlığına göre maruziyetin şiddeti değişmektedir. (86). Fiziksel yakınlıkta travmatik olayın fiziksel sonuçları ile karşılaşmak söz konusu iken duygusal yakınlıkta fiziksel sonuçların çocuklarda uyandırdığı duygular söz konusudur. Travmatik olaydan sonra yaşanan evden, mahalleden, çevreden ayrılmak, ailenin işsizlik yaşaması gibi sekonder zorluklar çocuklarda belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (68). Yaralanma, yaşadığı evin yıkılması, ölümlere tanıklık etmek, algılanan hayati tehdit, açlık, yorgunluk, uykusuzluk gibi sebepler çocuklar üzerinde maruziyetin boyutunu değiştirmektedir (68,77). Bununla beraber sevilen bir yakınının hayatına yönelik tehdit hissetmek veya onun için korkmak da çocukları olumsuz etkilemektedir (68). Ölüm her bireyi etkilese de hayat ve ölümü kendi dünyalarında tam olarak anlamlandıramadıkları için çocuklar ölümlerden daha olumsuz etkilenmektedirler (68, 72). Afetlerde bir yakınının ölmesi veya yaralanmasıyla çocukta görülen travmatik belirtiler daha şiddetli ve geniş bir yelpazede ortaya çıkmaktadır (83). Yas yaşayan çocuklarda depresyon gelişme riskinin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Kaybedilen kişinin yakınlık derecesi ile çocuğun genel belirti düzeyi, özellikle de kaygı düzeyi arasında doğru bir orantı bulunmaktadır (74).

2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.8.1. Tarihçe

Hastalığın isimlendirilmesi ve tanımlanması II. Dünya Savaşı'ndan sonra filizlenmiştir. II. Dünya Savaşı'ndan elde edilen gözlemlere dayanarak "Büyük Stres Reaksiyonu" olarak adlandırılan bir durum ortaya çıkmış ve DSM-I'de (1952) tanımlanmıştır. DSM-II'de (1968) ise travmaya bağlı olarak yetişkin yaşamında uyum bozukluğu olarak tanımlanmış ve "Geçici Ruhsal Bozukluk" olarak adlandırılmıştır. Vietnam Savaşı'nın etkisiyle birlikte DSM-III'de (1980), "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" olarak anksiyete bozuklukları arasında yer almıştır. DSM III-R (1987) ile DSM-III'te tanımlanan kriterlere yeni belirtiler eklenmiş ve belirtilerin en az 30 gün sürmesi gerekliliği getirilmiştir. DSM-IV'te travma; gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma veya fiziksel bütünlüğe bir tehdit yaşamak, tanık olmak veya öğrenmek olarak tanımlanmıştır (4). DSM -4'te de Anksiyete Bozuklukları altında tanımlanan TSSB 'ye travmatik yaşantılar sonucu çıkan fizyolojik tepkiler de eklenmiştir (87).

Ayrıca, belirtilerin süresine göre tanımlamalar yapılmıştır. Belirtiler 3 aydan kısa sürerse "akut TSSB", daha uzun sürerse "kronik TSSB" olarak adlandırılmıştır. Belirtiler olaydan en az 6 ay sonra başlıyorsa "geç başlangıçlı TSSB" denmiştir. (88).

Günümüzde, DSM-5'te TSSB tanısına yönelik önemli değişikliklere gidilmiştir. DSM-5'teki en önemli kavramsal değişiklik TSSB'nin anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılarak "örselenme (travma) ve stresörle ilişkili bozukluklar" adı altında yeni bir kategoriye alınması olmuştur. Diğer bir değişiklik ise DSM-IV'teki 3 faktörlü (yeniden deneyimleme, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık) modelden DSM-5'te 4 faktörlü (yeniden deneyimleme, kaçınma, biliş/duygudurumda olumsuz değişiklik ve aşırı uyarılmışlık) modele geçilmiş olmasıdır (89).

TSSB tanısında birinci ve temel kriter (A kriteri) kişinin travmatik bir olayla karşılaşmış olmasıdır. Bu kriter TSSB nozolojisinin en tartışmalı yönüdür. DSM-IV'teki belirsizlik yaratabilen "fiziksel bütünlüğe tehdit" nitelemesi DSM 5'te travma tanımından kaldırılmıştır. DSM-5'te travma tanımı "ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış" olma şeklinde sınırlandırılmıştır. Hayati tehlikesi olmayan fiziksel yaralanmalar, stresli olaylar veya psikososyal stresörler (boşanma veya iş kaybı vs) bu tanımda travma olarak kabul edilmemiştir. Bu tanım

gereği eğer kişinin yaşadığı olay "travma kriterlerini" karşılamıyor ise DSM-5'e göre TSSB tanısı konamamaktadır. DSM-5'te bir başka değişiklik ise akut ve kronik TSSB'nin çıkarılması olmuştur. Gecikmeli dışa vurum gösteren TSSB tanımında da "olaydan en az altı ay sonra başlar" yerine "olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak (bazı belirtiler olabilir) karşılanmıyor ise" şeklinde değişikliğe gidilmiştir (89).

DSM-5'te önemli bir diğer gelişme ise 6 yaş ve altındaki çocuklar için özel bir TSSB alt tipi tanımlanmıştır. Geçmiş araştırmalar küçük çocuklarda bilişsel ve sözel ifade yeteneklerinin yeterince gelişmiş olmaması nedeni ile çocuklarda TSSB kriterlerinin daha davranışsal ve gelişimsel olarak duyarlı olması gerektiğini göstermiştir. Bu nedenle DSM-5'in çocukların gelişim özelliklerine bakılarak bir alt tip tanımlanması önemli bir adım olarak görülmüştür.

ICD-11'de DSM-5'e kıyasla belirgin farklar içermektedir. DSM-5'teki 4 faktörlü yapı yerine 3 faktörlü (travmatik olayı/olayları yeniden deneyimlemek, kaçınma, aşırı uyarılmışlık) yapı devam etmektedir. Ayrıca tanı için 4 hafta geçmiş olma şartı bulunmamaktadır (89).

2.8.2. Tanım ve tanı kriterleri

TSSB travmatik bir olayı yaşamayı takiben kişide travmatik olay ile ilgili yeniden yaşantılanmanın, kaçınma belirtilerinin, biliş ve duygudurumda olumsuz değişikliklerin olduğu uyarılmışlık ve tepkisellik belirtilerinin yaşandığı bozukluktur. Bu belirtilerin süresi en az bir ay boyunca devam etmelidir ve işlevsellikte bozulma olmalıdır.

DSM-5'e göre 6 yaşından büyük kişiler için TSSB tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (70):

- A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden fazlasıyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanma ile karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma
 1. Doğrudan travmatik olay(lar) yaşama.
 2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan doğruya görme (tanıklık etme).
 3. Bir aile yakının ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olay(lar) geldiğini öğrenme.

4. Travmatik olayların sevimsiz ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşılaşmış olma (örn: insan kalıntılarını toplayan kişiler; çocuk istismarı ayrıntılarıyla tekrar tekrar karşılaşan polis memurları)

Not: A4 Kriteri elektronik medya, televizyon, filmler veya resimler aracılığıyla maruziyet işle değilse geçerli değildir.

- B. Travmatik olay(lar)dan sonra başlayan travmatik olaylara ilişkin istem dışı gelen belirtilerin birinin (ya da daha fazlasının) varlığı.

1. Travmatik olayların yineleyici, istem dışı sıkıntı veren anılar.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, travmatik olay(lar)ın temalarının veya yönlerinin ifade edildiği tekrarlayan oyunlar oynanabilir.

2. İçeriği ya da duygulanımı travmatik olaylarla ilişkili yineleyici sıkıntı veren düşler.

Not: Çocuklarda tanımlanabilir içeriği olmayan korkutucu rüyalar olabilir

3. Bireyin travmatik olayları sanki yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı disosiyasyon tepkileri (örneğin geriye dönüşler/flashback). (Bu tür tepkiler bir süreklilik içinde ortaya çıkabilir; en aşırı ifade, mevcut çevreye ilişkin farkındalığın tamamen kaybolmasıdır.)

Not: Çocuklarda oyun sırasında travmaya özgü yeniden canlandırma meydana gelebilir.

4. Travmatik olayları simgeleyen ya da hatırlatan içsel ya da dışsal uyarıcılarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir psikolojik sıkıntı.
5. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da hatırlatan içsel ya da dışsal uyarıcılara karşı belirgin fizyolojik tepkiler.

- C. Travmatik olay(lar) sonrasında başlayan, aşağıdaki belirtilerden biri veya her ikisiyle kanıtlanan, travmatik olay(lar) ile ilişkilendirilmiş uyarılardan sürekli kaçınma:

1. Travmatik olay(lar) ile ilgili rahatsız edici anıları, düşünceleri veya duyguları önleme veya önlemeye yönelik çabalar.
2. Travmatik olay(lar) ile ilişkilendirilmiş rahatsız edici anıları, düşünceleri veya duyguları uyandıran dış hatırlatıcılardan (kişiler, yerler, konuşmalar, aktiviteler, nesneler, durumlar) kaçınma veya kaçınma çabaları.

- D. Travmatik olay(lar) ile ilişkilendirilen bilişsel ve duygusal değişiklikler, travmatik olay(lar) sonrasında başlamış veya kötüleşmiş olup, aşağıdaki iki veya daha fazlası tarafından kanıtlanmıştır:

1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir yönünü hatırlayamama (genellikle disosiyatif hafıza kaybına ve başka faktörlere, örneğin baş yaralanması, alkol veya ilaç kullanımı değil, tipiktir).
 2. Kendisi, diğerleri veya dünya ile ilgili sürekli ve abartılı olumsuz inançlar veya beklentiler (örneğin, "Ben kötüyüm", "Hiç kimseye güven olmaz", "Dünya tamamen tehlikeli", "Tüm sinir sistemim kalıcı olarak mahvolmuş").
 3. Travmatik olay(lar)ın nedeni veya sonuçları ile ilgili bireyin kendisini veya başkalarını suçlamaya yönlendiren persistan, çarpık kognisyonlar.
 4. Sürekli olumsuz duygusal durum (örneğin, korku, dehşet, öfke, suçluluk veya utanç).
 5. Önemli aktivitelere karşı belirgin bir ilgi eksikliği veya katılım azalması.
 6. Diğerleriyle duygusal kopukluk veya yabancılaşma hissi.
 7. Sürekli olarak pozitif duyguları deneyimleme yetersizliği (örneğin, mutluluk, memnuniyet veya sevgi duygularını yaşayamama).
- E. Travmatik olay(lar) ile ilişkilendirilen belirgin uyarılma ve tepki değişiklikleri, travmatik olay(lar) sonrasında başlamış veya kötüleşmiş olup, aşağıdaki iki veya daha fazlası tarafından kanıtlanmıştır:
1. Genellikle sözlü veya fiziksel saldırganlık olarak ifade edilen insanlara veya nesnelere yönelik huzursuz davranış ve öfke patlamaları (çoğu zaman neden olmaksızın) .
 2. Dikkatsiz veya kendine zarar verici davranışlar.
 3. Aşırı tetikte olma.
 4. Abartılı irkilme tepkisi.
 5. Konsantrasyon sorunları.
 6. Uyku bozukluğu (örneğin, uykuya dalma veya uykuda kalma zorluğu veya huzursuz uyku).
- F. Bozukluğun süresi (Kriter B, C, D ve E) 1 aydan fazladır.
- G. Bozukluk, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak önemli sıkıntı veya bozulmaya neden olur.

H. Bozukluk, bir maddenin (örneğin, ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Belirtiniz:

Gecikmiş ifade ile: Eğer tam tanı kriterleri en azından olaydan itibaren 6 ay sonra karşılanıyorsa (ancak bazı belirtilerin başlangıcı ve ortaya çıkışı anında olabilir).

2.8.3. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalara göre, insanların %61 ile %80 arasında yaşamları boyunca en az bir travmatik olaya maruz kalmaktadır (90). Hayatı tehdit edici travmatik olaya maruz kalan kişilerde %5-10 oranında TSSB geliştiği tahmin edilmektedir (31). Uluslararası bir anket toplam örneklemin %3,9'u ve travmaya maruz kalanların %5,6'sı olarak yaşam boyu TSSB yaygınlığını ortaya koymuştur (92).

Çocuklarda ve ergenlerde TSSB gelişiminin yetişkinlere kıyasla daha sık olduğu bilinmektedir fakat sıklığı tam bilinmemektedir. Yakın dönemde iyi yapılandırılmış bir meta analiz çalışmasında travmaya maruz kalmış her altı çocuktan birinde TSSB geliştiği saptanmıştır (89).

2.8.4. Etiyoloji ve Patofizyoloji

TSSB'nin kökeni olağandışı ve travmatik bir olayla ilişkilendirilse de nedenlerinin birden fazla faktöre bağlı olabileceği düşünülmektedir. Travma TSSB'nin gelişiminde ana tetikleyici olarak kabul edilir ancak aynı travmatik olay her bireyde TSSB'nin ortaya çıkmasına yol açmayabilir. Travmanın kişi için öznel anlamının önemi üzerinde daha çok durulmaktadır (93). TSSB'nin gelişiminde farklı etnik, kültürel, psikolojik, fiziksel, ailesel, sosyal faktörler ve bireysel özellikler önemli bir rol oynamaktadır (94). Yoğun bir travma durumunda kişisel faktörlerin etkisi daha azdır ancak düşük yoğunluklu bir travma durumunda bu faktörler daha önemli hale gelebilir (95).

Bireyin kişisel yatkınlığını etkileyen faktörler arasında bekar, dul veya boşanmış olma durumu, düşük sosyoekonomik seviye, düşük eğitim düzeyi, çocukluk dönemine ait olumsuz yaşam deneyimleri (örneğin cinsel taciz veya kaçırılma gibi), kadın cinsiyet, yetersiz sosyal destek, belirli kişilik özellikleri (borderline, paranoid, antisosyal veya bağımlı kişilik özellikleri taşıma, içe dönük olma, dışsal kontrol odağına aşırı bağlı olma) bulunmaktadır. Ayrıca işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri, kurtulma ile ilgili suçluluk duygusu, aşırı öfke tepkileri, genetik ve fiziksel yatkınlık, kişinin travmaya

verdiği anlam, yakın zamanda yaşanan stresli olaylar, bireyin kendisinde veya ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol veya maddenin kötüye kullanımı da yatkınlık oluşturan diğer unsurlardır(96).

TSSB'nin patofizyolojisi nörotransmitter ve nörohormonal işlevde meydana gelen değişiklikleri içerir. TSSB olan bireylerde stres anında kortizol seviyeleri düşük veya normaldir ve yüksek seviyelerde kortikotropin salınım faktörü (CRF) tespit edilir. CRF, noradrenalin salınımını artırarak sempatik sistemini aktive eder. Ayrıca gamma-aminobütirik asit (GABA) ve serotonin seviyeleri azalır (97).

2.8.5. Klinik özellikler

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan hastalar travmatik bir olayın hatırlatıcılarına karşı belirgin bilişsel, duygusal veya davranışsal belirtiler yaşarlar. Bu belirtiler, sonrasında TSSB gelişmeyen diğer bireylerde deneyimlenen travma ile karşılaştırıldığında daha belirgin ve daha fazla psikososyal bozulmaya yol açar.

Tanım gereği TSSB olan tüm hastaların kardinal özelliklerin bir ögesine sahip olmaları beklenir; bu özellikler travmatik bir olayın deneyimini, yeniden yaşantılama belirtilerini, kaçınma belirtilerini, biliş veya duygu değişikliklerini, uyarılma veya reaktivite değişikliklerini içerir.

Yeniden yaşantılama belirtileri: TSSB'nin belirleyici özellikleridir. İstenmeyen, zorla hatırlanan travmatik olaya dair bellekler, travmanın nadiren düşünülen hatıralarından sık kabuslara kadar geniş bir yelpazede değişebilir. Yeniden yaşantılama belirtileri genellikle korku veya panik gibi önemli psikolojik sıkıntılarla ilişkilidir, spontan ortaya çıkabilir, travmayı hatırlatan olaylarla tetiklenebilir. Otonom sinir sistemi uyarımı gibi fizyolojik reaksiyonlar da mevcut olabilir.

Kaçınma belirtileri: Travmatik olayla ilişkilendirilen uyaranlardan kaçınmaya, kişisel ve iş yaşamını etkileyen davranış değişikliklerine neden olabilir. Hastalar genellikle travmayla ilişkilendirilmiş içsel düşünce veya duygulardan kaçınmaya çalışabilirler ancak aynı zamanda travmayı hatırlatan aktivitelerden, kişilerden veya durumlardan kaçınabilirler. Bu kaçınma, örneğin bir araç kullanma veya kalabalık bir yerden kaçınma gibi günlük yaşam işlevselliğinde bozulmaya neden olabilir. Travmanın meydana geldiği belirli yerlerden genellikle kaçınırlar.

Negatif bilişler ve duygu durumu: Depresyon ve negatif duygu durumu değişiklikleri TSSB'nin başlangıç belirtileri olabilir. Hastalar pozitif duyguları deneyimlemede zorlanabilir, işe, boş zaman veya sosyal etkinliklere azalmış ilgi gösterebilir. Diğer insanlarla bağlantı kuramadıklarını tanımlayabilirler. Birçok hasta olay hakkında aşırı suçluluk yaşar ve olayın kendilerinden kaynaklandığını düşünerek kendilerini suçlar. Bu, kendileri hakkında olumsuz inançlara ve nihayetinde dünya görüşlerinde değişikliklere yol açabilir. Dünyayı tehlikeli, düşman bir yer olarak görmeye başlayabilirler. Bu semptomların TSSB tanısı için esas olan travmatik bir deneyime cevap olarak kabul edilmesi önemlidir.

Uyarılma ve reaktivite değişiklikleri: Hastalar başlangıçta sinirliliği ve saldırganlığı içeren fiziksel veya sözlü davranışların belirtileri ile başvurabilirler. Diğer semptomlar arasında sorumsuz veya kendine zarar veren davranışlar (örneğin, madde kullanımı), gergin hissetme, kolayca ürkmeyi içerebilir, konsantrasyonun azalması ve uyku bozuklukları görülebilir. Doğru tanı için bu semptomların travmatik olaydan sonra başladığını tanımak önemlidir (98).

Çocuklara özgü travmatik stres tepkilerini inceleyen ilk kişilerden olan L.Terr, 1991'deki literatür taraması çalışmasında (56) genel olarak tüm çocukluk travmalarında görülen dört özellikten bahsetmiştir. Bu özelliklerin hastalığın gidişatının hangi evresinde gözlemlendiği ve çocuğunun o andaki yaşı ile bağlantısı yoktur.

1. Güçlü bir görselleştirme ya da benzer şekilde tekrar edici nitelikte sürekli hatırlama: Olayı tekrar görmek, travmatik olaylardan sonra çocuklarda görülen en genel özelliktir. Bu tekrarlamalar dokunma, koku gibi algılamalarda da olabilir. Ama tekrar görmeler (re-visualization) tüm diğer algılamalardan daha güçlüdür. Bu canlandırmalar travmatik olayı hatırlatıcı etkenlerle aktive olabilir veya kendiliğinden gelir.

2. Tekrarlayıcı davranışlar: Oyun ve tekrar sahneleme şeklinde olur. Travmatik olayın her anı tekrarlanır. Çocuk çoğunlukla tekrarladığı davranışın, oyunun nereden kaynaklandığını farkında değildir.

3. İnsanlar, hayat ve gelecek ile ilgili değişen tutumlar: Geleceğinin sınırlı ve tehlikeli olaylarla dolu olduğu düşüncesi, insanlar ve hayat hakkında değişen tutumlar ortaya çıkabilir.

4. Travma odaklı korkular: Travmatik olayla ilgili olan belli şeylerden korkma ve/veya günlük şeylerden korkma (örneğin: karanlık, yabancılar, yalnız kalma, dışarıda olma gibi).

2.8.6. Komorbidite

TSSB’de yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk gelişme riski %70 civarındadır (99). Görülen komorbiditeler arasında %35.5 depresyon, %29 fobik bozukluk, %12.5 obsesif-kompulsif bozukluk, %6.4 panik bozukluk ve %6.4 alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık saptanmıştır. TSSB komorbid bozuklukların öncesinde veya sonrasında başlayabilmektedir (100).

Çocuklarda; depresif bozukluk, madde kullanımı, agorafobi, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi diğer anksiyete bozuklukları ve özellikle cinsel kötüye kullanım öyküsü olan çocuklarda sınır kişilik bozukluğu TSSB ile komorbid olarak görülebilmektedir (101). Deprem sonrası çocuklarda TSSB'ye özellikle depresyonun eşlik ettiği bildirilmektedir (102).

Çocuklarda TSSB ile birlikte görülen en yaygın komorbid hastalıklar duygudurum bozuklukları (en sık), davranış bozuklukları ve anksiyete bozukluklarıdır. Farklı çalışmalarda bu bozuklukların dışında TSSB'ye intihar düşüncelerinde artış, bedensel hastalıklar, kendine zarar verici davranışlar ve okul başarısında düşme gibi farklı sorun alanlarının da eşlik ettiği saptanmıştır. Okul öncesi çağda en sık görülen komorbid durumlar ise karşıt olma, karşı gelme bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi bozukluğudur (89).

2.8.7. Ayırıcı tanı

TSSB'de stresörün olağan dışı olması gerekir. Tersine uyum bozukluklarında stresörün olağan dışı olma olasılığı yoktur. DSM-IV'e göre olağan dışı stresöre verilen yanıt eğer TSSB tanı ölçütlerini karşılamaz ya da kardeş doğumu, taşınma, yeni okula başlama gibi olağan dışı olmayan bir stresöre yanıt olarak gelişmişse uyum bozukluğu tanısının konulması gerekmektedir.

Eğer kaçınma, duyarsız davranma ve uyarılma belirtilerinde artma travmatik olaydan önce varsa TSSB tanısı yerine mizaç bozuklukları ya da anksiyete bozuklukları gibi tanılar da düşünülmelidir. Bununla birlikte çocuğun kötüye kullanımının ya da aile

içi şiddetin devam ettiği durumlarda kronik stresörün ne zaman başladığı iyi bir şekilde araştırılmalıdır. Akut stres bozukluğu TSSB'den dört hafta içinde meydana gelip iyileşmesi ile ayırt edilebilir.

Obsesif kompulsif bozuklukta da tekrar eden ısrarcı düşünceler olabilir. Ancak bunlar TSSB'de olduğu gibi travmatik olay ile ilgili değildir. Obsesif kompulsif bozuklukta ısrarcı düşünceler genellikle uygunsuzdur. TSSB'nin belirtilerinden olan geçmişe dönüşler, psikotik bozuklukta görülebilen ilüzyonlar, halusinasyonlar ve diğer algı bozukluklarından ileri derecede stresöre maruz kalmanın olmaması ile ayırt edilebilir.

Kronik TSSB'de dissosiasyonlar, kendini yaralama davranışları, madde kullanımı ve davranış bozukluğu belirtileri baskın olabilir. Bu durum bozukluğun travma sonrasında geliştiğini gizleyebilir. Bu nedenle iyi bir öykü almak esastır. TSSB ayrıca kişisel kazanç, temaruzdan da ayırt edilmelidir (103).

Depresif Bozukluklar genelde TSSB ile en sık karışan ve birlikte olan bir bozukluktur. TSSB'de depresif atak geçirme sıklığı %68-69 bulunmuştur (104,105). TSSB'de görülen geçmişe dönüşlerin psikotik bozukluklarda, deliryumda, madde kullanımının yol açtığı bozukluklarda görülen illüzyonlardan, halüsinasyonlardan ve diğer algı bozukluklarından ayırt edilmesi gerekmektedir.

Psikolojik travmayla birlikte fiziksel travmaya yol açan stresörler (kafa travması, işkence, kötü beslenme) TSSB'ye ek olarak organik mental bozukluğa neden olabilirler. Bellek bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, ilgi azlığı, konvülsif nöbetler ve demansiyel belirtiler organik patolojiyi düşündürmelidir (106).

Çocuklarda; huzursuz, hiperaktif, ajite davranış ya da oyun gibi TSSB'nin kaçınma ve yeniden yaşantılama semptomları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile karıştırılabilir. Uyuma güçlüğü, zayıf konsantrasyon gibi aşırı uyarılma semptomları da DEHB'daki dikkat semptomları ile de önemli ölçüde örtüşebilir (89).

Çocuğun travma hatırlatıcılarına maruz kalması üzerine yoğun kaygı ve fizyolojik belirtiler göstermesi hâlinde tablo panik bozukluğu taklit edebilir. TSSB korkulu uyaranlardan kaçınılması nedeniyle sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu veya korkuyu içeren başka bir anksiyete bozukluğu olarak teşhis edilebilir. TSSB ayrıca sosyal geri çekilme, duygusal

küntlük, uyku güçlükleri ve kendine zarar verme davranışları varlığında majör depresif bozukluğu taklit edebilir (89).

Travma sonrası stres bozukluğu sıklıkla baş ağrısı ve karın ağrısı şikâyetleri gibi somatik semptomlarla ilişkilidir. Somatik şikâyeti olan çocukların ve ergenlerin, özellikle de travmaya maruz kalma öyküsü var ise bunun bir TSSB semptomu olabileceği akılda tutulmalıdır (89).

2.8.8. Prognoz

TSSB her yaşta ortaya çıkabilir ve genellikle yaşamın ilk yılından sonra başlar. Belirtiler genellikle travmadan sonraki ilk 3 ay içinde başlar ancak tanı kriterlerinin karşılanmasında aylar veya yıllar sürebilir. PTSD'nin belirtileri ve farklı belirtilerin göreceli üstünlüğü zaman içinde değişebilir. Semptomların tekrarı ve şiddetlenmesi ilk travmanın hatırlatıcılarına, devam eden yaşam streslerine veya yeni yaşanan travmatik olaylara tepki olarak ortaya çıkabilir (4).

Hastaların yaklaşık %30'u tam olarak düzelme gösterirken %60'ının belirtileri hafif-orta derecede sürmekte, %10'unun belirtileri ise değişmeden kalmakta ya da daha da kötüleşmektedir. Tedaviden yararlananlarda ciddi stresörlere bağlı relaps görülebilmektedir.

Semptomlar ne kadar kronikse prognoz o kadar kötü olmaktadır. Kaçınma davranışı hastanın yaşamını sınırlamaktadır. Duygulanımda kısıtlılık ve sosyal izolasyon alkol ve diğer madde kötüye kullanımına ve intihar davranışına yol açabilmektedir. Bazen ikincil kazançlar prognozu daha da kötüleştirmektedir (107).

Travmatik olayın ciddiyeti, süresi ve travmaya yatkınlık hastalığın gelişiminde önemli faktörlerdir. Travma süresi uzadıkça TSSB'nin ortaya çıkma ve kronikleşme potansiyeli de artmaktadır. Hastalık; bekar, boşanmış, dul, ekonomik ve sosyal sorunları olanlarda daha kolay oluşmaktadır.

Prognozun iyi olacağının göstergeleri belirtilerin birden başlaması, kısa sürmesi, premorbid işlevselliğin, toplumsal desteklerin iyi olması ve başka bir psikiyatrik, tıbbi ya da madde kullanımı ile ilişkili bozukluğun olmamasıdır. İyi sosyal desteğe sahip bireyler, hastalığa ve özellikle ağır formlarını yaşamaya daha az eğilimlidirler. (106).

Çocuklar veya ergenlikte TSSB; depresyon, davranış sorunları, madde bağımlılığı ve suça sürüklenme gibi eşlik eden ciddi ruhsal zorluklarla ilişkilidir. TSSB gelişmesi çocuğun ya da gencin sosyal, duygusal ve eğitimsel yaşam çizgisinde önemli bir kırılma oluşturarak riskli sonuçlar oluşumuna neden olabilir (89).

2.8.9. Tedavi

Diğer yaygın ruhsal bozukluklar gibi TSSB'nin tedavisi genellikle psikolojik ve farmakolojik tedavinin kombinasyonunu gerektirir. TSSB için psikoterapi TSSB'nin birinci basamak tedavisi olarak kabul edilir ve randomize kontrollü çalışmalarda ilaç tedavisinden daha büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu gösterilmiştir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapisi TSSB semptomlarında büyük azalmalar gösteren birçok randomize kontrollü çalışmaya sahip olmuştur (108,109).

BDT klinik uygulamada en sık kullanılan psikoterapidir. Kanıtlanmış etkinliği nedeniyle öncelikli olarak uygulanır. Temel hedefleri hastayı travmatik olaya karşı hiyerarşik bir şekilde duyarsızlaştırmak, maruziyet sırasında ortaya çıkan anksiyete ile baş etme becerilerini öğretmek ve hastaya kontrolün kendisinde olduğu hissini yeniden kazandırmaktır (110).

EMDR ile hastaya bir obje veya parmak takibiyle ritmik göz hareketleri yaptırılarak hastanın travmatik olaya odaklanması sağlanır. Böylelikle travmatik olay hastanın beyninde yeniden işlenir ve hasta bunu hatırladığında daha az rahatsız edici bir boyut kazanmış olur. TSSB'de giderek daha fazla kullanılan ve umut verici sonuçlar elde edilen EMDR tedavisinin erişkinlerdeki TSSB tedavisindeki etkinliği birçok bağımsız metaanaliz ile iyi tanımlanmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği, Savunma Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü de dahil olmak üzere çok sayıda kuruluş EMDR'yi travma mağdurları için etkili bir tedavi olarak önermektedir (89).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) arasında fluoksetin, sertralin ve paroksetin ile serotonin, noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar) arasında venlafaksin TSSB semptomlarını azaltmada etkinlik göstermiş ve TSSB için birinci basamak ilaç tedavileri olarak kabul edilmiştir (111,112). Ancak antidepresanlar yalnız başlarına genellikle TSSB ile ilişkili uykusuzluk ve kabusları tedavi etmede etkili olmamaktadır (110). Genellikle uyku düzenini iyileştiren ek bir ilaca ihtiyaç

duyulmaktadır. Prazosin, trazodon, zopiklon ve atipik antipsikotikler TSSB ile ilişkili uykusuzluk ve kabusların tedavisinde seçeneklerdir. Daha şiddetli vakalarda uyku kalitesini artırmak için olanzapin, iritabilite ve kaygıyı azaltmak için risperidon gibi ilaçların ek tedavi olarak kullanılması da desteklenmiştir (113). Araştırmalar travmanın erken dönemlerinde verilen propranolol'ün de nüksü azalttığını göstermiştir (114).

Çocuklarda ve ergenlerde travma sonrası gelişen ruhsal bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı terapi (BDT) bütün uluslararası tedavi kılavuzlarında ve gözden geçirme çalışmalarında etkili bir tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. Travma odaklı BDT hem çocuk/ergen hem ailenin travmayı anlamlandırmasını, bilgi ve beceri düzeylerini artırarak daha sağlıklı yüzleşme sağlamasını, travmanın olumsuz etkilerini ortadan kaldırmasını amaçlamaktadır. Bununla birlikte BDT uygulanan çocukların yaklaşık 16-40 terapiden sonra da TSSB'nin devam ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. EMDR'nin de çocuklardaki ve ergenlerdeki etkinliği hakkında yetişkinlerdeki metaanaliz çalışmalarına uyumlu sonuçlar bildirmiştir.

Çocuklarda ve ergenlerde TSSB'nin ilaç tedavisi için randomize kontrollü birkaç çalışma yapılmıştır. Sertralin etkinliğini değerlendirmek için plasebo ile karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kanıt tabanının düşük olması nedeniyle Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatri Akademisi sadece "TSSB'li çocukların ve ergenlerin tedavisi için SSRI'lar dikkate alınabilir" şeklinde öneride bulunmaktadır.

Açık etiketli kontrolsüz vaka serilerinden ve tek vaka raporlarından elde edilen bulgular antipsikotiklerin (risperidon, ketiapin), duygudurum dengeleyicilerin (karbamazepin) ve antiadrenerjik ajanların (guanfasin, klonidin, propranolol) kullanımından sonra çocuklarda TSSB semptomları üzerinde bazı yararlı etkileri olduğunu bildirmiştir fakat tasarım kısıtlamaları ve genellikle küçük örneklem büyüklükleri göz önüne alındığında bu bulgular dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır (89).

2.9. Çocuk ve Ergenlerde Majör Depresif Bozukluk

2.9.1. Tanım ve tanı kriterleri

Majör depresif bozukluk süregelen ve yineleyici çökkün veya iritabl duygudurumun yanında zevk veren etkinliklere karşı isteksizlik ile karakterize; bunun yanında dikkat, uyku, iştah gibi alanlarda da işlevsellik kaybı oluşturan belirtilerle giden bir psikiyatrik

bozukluktur. DSM-5'te Depresif Bozukluklar başlığı altında tanımlanmakta olup tanı için en az biri çökkün veya irritabl duygudurum ve normalde zevk veren etkinliklere karşı ilgi ve istek kaybı (anhedoni) olmak üzere iştahta değişiklikler (kilo verme veya alma), uyku bozuklukları (fazla uyuma veya uykusuzluk), psikomotor aktivitedeki değişiklikler (ajitasyon veya retardasyon), enerji düşüklüğü, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, dikkat ve odaklanmada güçlük ve intihar düşüncesi veya girişimi gibi toplamda 9 farklı belirti alanından 5'inin en az iki hafta sürmesi ve işlevselliği bozması gerekmektedir. Bu belirtilerin madde kullanımı veya başka bir sağlık durumunun etkisi ile açıklanmaması gerekmektedir (115).

Majör depresif bozukluk DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (70):

- A. 2 haftalık dönem boyunca beş (veya daha fazla) belirti mevcut olmuştur ve önceki işlevsellikte bir değişiklik olmuştur; en az bir belirti ya (1) depresif ruh hali ya da (2) ilgi veya zevk kaybıdır.

Not: Başka bir tıbbi duruma açıkça bağlı olan belirtileri dahil etmeyin.

- 1) Neredeyse her gün ve çoğu zaman günün büyük bir bölümünde, ya kişinin öznel bildirdiği (örneğin, üzgün, boş, umutsuz hissetme) ya da başkaları tarafından yapılan gözlemlenen depresif ruh hali

Not: Çocuklarda ve ergenlerde sinirli bir ruh hali olabilir.

- 2) Günün neredeyse her saatinde, neredeyse her gün tüm aktivitelerde belirgin bir ilgi veya zevk kaybı (ya öznel anlatım ya da gözlem ile belirlenen).
- 3) Diyet yapmıyor olsa da belirgin kilo kaybı veya kilo artışı (örneğin, bir ay içinde vücut ağırlığının %5'ten fazla değişimi) veya neredeyse her gün iştahın azalması veya artması. (Not: Çocuklarda, beklenen kilo alımının gerçekleşmemesi göz önüne alınmalıdır.)
- 4) Neredeyse her gün uykusuzluk veya aşırı uyku hali.
- 5) Neredeyse her gün gözlemlenebilen psikomotor ajitasyon veya gecikme (sadece içsel huzursuzluk veya yavaşlama hissi değil, başkaları tarafından gözlemlenebilir).
- 6) Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı.
- 7) Neredeyse her gün değersizlik hissi veya aşırı veya uygunsuz suçluluk hissi (delüzyonel olabilir) (sadece hastalıkla ilgili suçlama veya hastalıkla ilgili suçluluk değil).

8) Neredeyse her gün düşünme veya odaklanma yeteneğinde azalma veya kararsızlık (ya öznel anlatımla ya da başkaları tarafından gözlemlenerek).

9) Ölüm düşüncelerinin tekrarı (sadece ölme korkusu değil), belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşünceleri veya intihar girişimi veya intihar için belirli bir plan.

B. Belirtiler, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak anlamlı sıkıntı veya bozulmaya neden olur.

C. Epizod, bir madde veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Kriter A-C, bir major depresif epizodu temsil eder.

Not: Önemli bir kayba (örneğin, yas, maddi çöküş, doğal felaketlerden kaynaklanan kayıplar, ciddi tıbbi hastalık veya engellilik) verilen tepkiler, Kriter A'da belirtilen yoğun üzüntü, kayıp üzerine düşünce, uykusuzluk, iştahsızlık ve kilo kaybını içerebilir; bu, bir depresif epizodu anımsatabilir. Bu tür belirtiler kayıpla ilgili anlaşılır veya uygun kabul edilebilir olabilir, ancak normal tepkiye ek olarak bir major depresif epizodun varlığı da dikkatlice değerlendirilmelidir. Bu karar, bireyin geçmişine ve kayıp bağlamında sıkıntı ifade etme kültürel normlarına dayanan klinik bir değerlendirme gerektirir.

D. Major depresif epizodun ortaya çıkışı, şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk veya diğer belirtilmiş ve belirtilmemiş şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar tarafından daha iyi açıklanmaz.

E. Daha önce manik bir epizod veya hipomanik bir epizod olmamıştır.

Not: Bu dışlama, tüm manik benzeri veya hipomanik benzeri epizodlar maddenin etkisi veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlıysa geçerli değildir.

Majör depresif bozukluk için şiddeti (hafif, orta, ciddi, psikotik özellikli) ve gidişi (kısmî düzelme gösteren, tam düzelme gösteren) kodlayan belirteçler vurgulanmıştır.

DSM-5'te çocuk ile erişkin yaş grubu için tanı kriterleri ortaktır. Çocukluk yaş grubu için iritabl duygudurum ile iştah kriterinde beklenen kilo alımının sağlanamaması spesifik kriterler olarak belirtilmiştir. ICD-10 tanı kriterleri de DSM-5'e benzemekte, çocukluk yaş grubu için spesifik bir kriter bulunmamaktadır (113).

2.9.2. Epidemiyoloji

Majör depresif bozukluk prevalansı yaş gruplarına göre değişmektedir. Ergenlik öncesi dönemdeki prevalansı %1-2 olarak belirtilirken ergenlerde yaşam boyu majör depresif bozukluk prevalansı %11, 12 aylık prevalans ise %7,5 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yakın zamanda yapılan yaygınlık çalışmasına göre de ergenlik öncesi dönemde major depresif bozukluk prevalansı %1,7 olarak bulunmuştur. Ergenlik öncesi dönemde erkek ve kızlarda eşit görülürken ergenlikle birlikte kızlarda daha sık (3:1) görülmeye başlamaktadır. Bu farklılığın artan östrojen ve testosteron ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında erken puberte kızlarda depresyon riskini artırmaktadır (115).

2.9.3. Etiyoloji

Çocuk ve ergenlerde majör depresif bozukluk; diğer pek çok psikiyatrik bozukluk gibi, biyolojik, bireysel ve çevresel birçok faktörün birbirleriyle etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Etiyolojide genetik faktörler, nörokimyasal değişiklikler, hormonlar gibi biyolojik faktörler; düşük özsaygı, onay arayışı, problem çözme ve başetme becerilerinde eksiklikler, olumsuz bilişsel şemalar, umutsuzluk gibi bireysel özellikler; ihmal, istismar, fiziksel hastalık gibi olumsuz yaşam olayları, aile içi çatışmalar, yetersiz aile ve akran desteği, akran ilişkilerinde güçlükler, düşük ebeveyn eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey ve okul sorunları gibi çevresel etkenler görülmektedir (116).

2.9.4. Klinik özellikler

Çocuk ve ergenlerde depresyonun klinik görünümü depresif görünüm, etkinliklere karşı ilgi ve istek kaybı, keyif alamama, uyku ve iştah değişiklikleri, olumsuz benlik algısı, ölüm veya intihar düşünceleri, konuşma miktarında azalma ve enerji azlığı gibi çekirdek belirtilerle erişkinlerdeki depresyon tablosuna benzemekle birlikte; çocuk ve ergenin fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel gelişim düzeyine göre irritabilite, düşük engellenme eşiği, öfke nöbetleri, saldırganlık, sosyal içe çekilme, kolay sıkılma, fobiler, ayrılık anksiyetesi, bedensel şikayetler, okul reddi, davranış sorunları ve madde kullanımı gibi farklı belirti ve bulgularla da seyredebilmektedir (117-119).

Yapılan çalışmalarda depresyonu olan okul öncesi çocuklarda bedensel şikayetlerin sık görüldüğü, okul dönemi çocuklarında ise bedensel şikayetler,

psikomotor ajitasyon, ayrılık anksiyetesi, okul reddi ve fobilerin ergenlere göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca depresif görünüm, dikkat sorunları, uyku değişiklikleri ve intihar düşünceleri her yaşta benzer oranda görülürken yaş arttıkça depresif görünüm ve bedensel şikayetlerin azaldığı keyif alamama, umutsuzluk, psikomotor yavaşlama ve sanrılarının arttığı bildirilmiştir (120, 121). Çocukluk ve ergenlik dönemi başlangıçlı MDB'nin klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada anhedoni, psikomotor retardasyon, sabah erken uyanma ve iştah azalması gibi melankolik belirtilerin ergenlerde çocuklardan daha fazla görüldüğü, diğer belirtilerin her iki grupta da benzer olduğu saptanmıştır (122).

2.9.5. Komorbidite

Psikiyatrik bozukluklarda eş tanı durumu hem teorikte hem de pratikte sık karşılaşılan ve tedavi planlaması açısından önemli bir durumdur. Yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerde MDB'ye %40-90 oranında bir başka psikiyatrik bozukluğun, %10-50 oranında da iki ya da daha fazla psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bildirilmiştir (123).

Çocuk ve ergenlerde MDB'ye en sık anksiyete bozuklukları olmak üzere, yıkıcı davranış bozuklukları, DEHB, OKB ve özel öğrenme bozukluğu eşlik etmektedir. Yapılan bir çalışmada MDB tanısı koyulan çocuk ve ergenlerin takiplerindeki 3 aylık sürede %28'inin anksiyete bozukluğu, %7'sinin DEHB, %3'ünün KOKGB, %3'ünün davranım bozukluğu, %1'inin ise madde kullanım bozukluğu eş tanısı aldıkları bildirilmiştir (124).

Çocuk ve ergenlerde MDB'yle psikiyatrik eş tanı varlığının depresyonun tekrarlama riskini artırdığı, depresif nöbet süresini uzattığı, daha düşük işlevsellik düzeyine ve daha kötü akademik performansa neden olduğu, tedavi yanıtını azalttığı, intihar riskini artırdığı ve prognozu kötüleştirdiği bildirilmiştir (123).

2.9.6. Ayırıcı tanı

Majör depresif bozukluk tanısının komorbidite oranı yüksek olması nedeniyle ayırıcı tanı dikkatli yapılmalıdır bu bağlamda MDB ile yüksek komorbiditesi olan anksiyete bozuklukları, özellikle de yaygın anksiyete bozukluğu ayırıcı tanıda önemlidir.

Çocuğun veya gencin depresif belirtileri bir yakını kaybetme ve yas ile ilişkili olabilir. Bunun yanında çeşitli stres faktörleri ile tetiklenen depresif özellikli uyum

güçlüğü olabilir. Özellikle bu yaştaki depresyonda görülen temel belirtilerden olan iritabilitenin ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır. Majör depresif bozuklukta uyku sorunları da sık görülür. Bu sebeple uyku ile ilişkili sorunların görülebildiği yaygın anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu gibi bozukluklar da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

DSM-5'te depresif bozukluklar başlığı altında incelenen yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu, distimik bozukluk, premenstruel disforik bozukluk, madde veya ilacın yol açtığı depresif bozukluk gibi depresif bozukluklar ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Depresif belirtilerin görülebildiği diğer tıbbi durumlar da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Epilepsi, multiple skleroz, migren, gerilim tipi veya küme tipi baş ağrısı gibi nörolojik durumlar, hipotiroidi ve cushing gibi endokrinolojik durumlar, otoimmün hastalıklar, kanser, enfeksiyöz hastalıklar da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Antibiyotikler, steroidler, oral kontraseptifler gibi kullanıldığında depresif belirtilere yol açabilecek ilaçlar da akılda tutulmalıdır (115).

2.9.7. Prognoz

Çocuklarda depresif epizodun ortalama 8-13 ay sürdüğü, %90 oranında iyileştiği, %30-70 oranında tekrarladığı; ergenlerde ise ortalama 3-9 ay sürdüğü, %50-90 oranında iyileştiği, %20-50 oranında tekrarladığı bulunmuştur (125).

MDB'nin başlangıç yaşı, geçirilen epizod sayısı ve şiddeti, psikiyatrik eş tanı varlığı, tedaviye uyumsuzluk, stresli yaşam olaylarının varlığı, ebeveynlerde psikiyatrik bozukluk varlığı ve psikososyal işlevselliğin kötü olması tekrarlama ve kronikleşmeyle ilişkili bulunmuştur (126). Erken yaşta başlayan MDB'nin daha fazla tekrarlama, daha ağır seyir, tedaviye direnç, erişkinlikte daha sık anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk ve madde kullanım bozukluğu görülme, sosyal ilişkiler ve iş performansında sorunlar ve genel işlevsellikte daha fazla bozulma ile ilişkili olduğu görülmüştür (127).

2.9.8. Tedavi

Çocuk ve ergenlerde MDB tedavisinde ilaç tedavisini, psikoterapiyi ve psikososyal müdahalelerin etkinliğini, birbirine üstünlüğünü araştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır (128). Hafif ve orta şiddetteki MDB'nin tedavisinde öncelikle psikososyal müdahaleler

ve psikoterapi, klinik duruma bağılı olarak ilaç tedavisi eklenmesi, ağır MDB’de ise yataklı tedavi merkezlerinde tedaviye öncelik verilmesi önerilmektedir (129,130).

MDB tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar fluoksetin, sertralin, sitaloqram, essitaloqram, paroksetin, fluvoksamin gibi seçici serotonin gerialım inhibitörleridir (128). Yapılan çalışmalarda; çocuk ve ergenlerin SSRI tedavisine yanıt oranları %64-74 arasında bildirilmiştir (131).

Çocuk ve ergenlerde MDB’nin tedavisi için bilişsel davranışçı terapi (BDT), kişiler arası terapi (KAT), bilişsel davranışçı analiz sistemi psikoterapisi, davranış aktivasyonu terapisi ve problem çözme terapisinin etkinliği gösterilmiş; akılcı duygusal davranışçı terapi, kendilik sistemi terapisi, kısa süreli psikodinamik terapi, duygu düzenleme terapisi ve kabul ve kararlılık terapilerinin de kullanılabileceği bildirilmiştir (132).

12-17 yaş aralığındaki 439 ergenle yapılan ve 12 hafta süren bir çalışmada 1. gruba fluoksetin (10-40 mg/gün), 2. gruba BDT, 3. gruba ise fluoksetin (10-40 mg/g) ve BDT birlikte uygulanmış; genel klinik iyileşme oranları 1. grup için %61, 2. grup için %43, 3. grup için %71 olarak bildirilmiştir (133)

2.10. Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete erken çocukluk döneminden itibaren var olup gelişmeye devam eden, beynimizi tehlikeye karşı uyarıcı, tehdidi algılama ve algılanmış tehditten kaçınmayı kolaylaştırmak amacıyla adaptif işlev sağlayan, bedensel, bilişsel ve davranışsal bileşenlerin eşlik ettiği bir duygudur. Anksiyete korku ile benzeyen bir duygu olmakla beraber anksiyeteyi tetikleyen uyarıcılar korkuyu tetikleyen uyarıcılar kadar net değildir. Hastalar sıkıntı, kaygı, bunalım, endişe olarak da yorumlanan bu durumu "kötü bir şey olacakmış hissiyatı", "hoşnutsuzluk verici bir endişe hali" ya da "nedensiz bir korku" olarak ifade edebilirler ancak bu duruma sebep olacak objektif bir tehdit kaynağı ya da tehlike gösteremezler. Korku ve anksiyete arasındaki bir diğer temel fark ise anksiyetenin kronik, korkunun ise akut nitelikte olmasıdır. Korkunun aşırı şiddette ve anlamsız olmasına ise fobi denmektedir. Anksiyete beynin tehlikeye karşı geliştirdiği normal adaptif bir yanıt olmakla birlikte sıklığı, şiddeti ve kalıcılığı arttıkça maladaptif özellik kazanan, kaçma ve kaçınma davranışının gelişimine sebebiyet veren bir doğaya sahiptir (134)

Anksiyete normal gelişimsel düzeye uygun ise sorun olarak kabul edilmez, bu nedenle anksiyetenin patolojik olup olmadığının ayırımında çocukların gelişimsel düzeyi dikkate alınmalıdır. Örneğin küçük çocukların okula ilk defa başlarken ya da ebeveynlerinden ayrı kaldıklarında yaşadıkları anksiyete ile ergenlerin yeni bir akran grubu içine girdiğinde yaşadığı anksiyete bir ölçüye kadar normal kabul edilir (135). Ancak anksiyete işlevsellikte önemli derecede bozulmaya neden olarak beklenenden daha şiddetli ve daha uzun sürerse bir problem haline gelir ve anksiyete bozukluğu olarak tanımlanır (134).

Günümüzde anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde en yaygın problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukluk çağında oldukça sık olarak görülen ruhsal bozukluklardan olan anksiyete bozuklarının kronik ve tekrarlayıcı olma eğiliminde olduğu, beraberinde diğer ruhsal bozuklukların görülme riskini arttırdığı ve önemli ölçüde işlevsellik kaybına yol açtığı bildirilmektedir.

2.10.1. Çocuk ve ergenlerde anksiyete belirtileri

Anksiyete bozukluğu olan çocuklarda görülen değişiklikler fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişiler arası ilişkiler olmak üzere temel olarak beş alanda incelenebilir (136).

1. Fiziksel belirtiler: Hızlı nefes alıp verme, göğüste ağrı, göğüste basınç ve sıkışma hissi, nefes darlığı, hava açlığı, boğulma hissi gibi solunum sistemine ait belirtiler; çarpıntı, baş dönmesi, bayılma, flushing gibi kardiyovasküler sisteme ait belirtiler; kaslarda gerginlik, yorgunluk, çabuk yorulma, uykuya dalmakta güçlük, uykusuzluk, kabus görme gibi kas-iskelet sistemine ait ve nörolojik belirtiler; karın ağrısı, epigastrik rahatsızlık, iştahsızlık, mide bulantısı ve kusma, ağız kuruluğu gibi gastrointestinal sisteme ait belirtiler görülebilmektedir.

2. Duygusal belirtiler: Üzüntü, korku, panik, endişe, sinirlilik, dehşete kapılma, tedirginlik, çaresizlik, gerginlik duygularının eşlik etmesi anksiyeteye eşlik eden duygusal bileşenlere örnek olarak verilmektedir.

3. Davranışsal belirtiler: Kaçma, kaçınma, motor huzursuzluk, davranışsal inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, tırnak yeme, parmak emme gibi davranışsal belirtiler görülmektedir.

4. Bilişsel belirtiler: Anksiyöz çocukların bilgi işleme süreci sekteye uğramış olup içsel konuşmaları katastrofik korkulardan ve kendilerine yönelik başarısızlık düşüncelerinden zengindir. Zihinleri tehdit edici olan ya da tehdit edici olmadığı halde çocuk tarafından tehdit olarak algılanan uyaranlara odaklanmışlardır. En kötü senaryoların gerçekleşeceğini ve bununla baş edemeyeceklerini düşünürler (137). Bu bilişsel çarpıtmalara ve katastrofik varsayımlara ek olarak çeşitli endişeler, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, düşünce blokları, aşırı uyanıklılık hali, kendine yönelik dikkatte aşırı artış, korku veren görsel intrüzyonlar, sorunlarla başa çıkamama korkusu, delirme korkusu, derealizasyon ve depersonalizasyon görülebilmektedir.

5. Kişilerarası Belirtiler: Anksiyöz çocuk ve ergenler diğer insanlar, akranları ve ebeveynleri tarafından negatif değerlendirilme ve incelenmeye karşı çok hassas olduklarından kişiler arası ilişkileri kolaylıkla etkilenmektedir. Yüksek sesle okuma yapmak, sınıfın önünde konuşmak, bir akran grubuna katılmak, yapılandırılmamış sosyal ortamlarda bulunmak, sınava girmek gibi eylemler anksiyöz çocuklar için oldukça zorlayıcıdır (136).

2.10.2. Anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması

DSM-5'e göre anksiyete bozuklukları Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu, Agorafobi, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu ve Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır (70).

2.10.2.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AAB) tanım ve tanı kriterleri

Ayrılma kaygısı, normal gelişimin bir parçası olarak altıncı ayda başkalarını yabancılama şeklinde karşımıza çıkar ve 15-21. aylar arasında şiddetlenir. İkinci ve dördüncü yaşlar arasında ise azalması beklenir. Ayrılma kaygısı bozukluğu ise çocuğun birincil bağlanma figüründen ayrılma/hayali ayrılma durumunda çocuğun günlük aktivitelerini ve gelişimini etkileyecek şekilde anormal bir kaygının oluşmasıyla karakterizedir (138).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (70):

- A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duyması
1. Evden yahut bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda veya ayrıldığında hep aşırı tasalanma
 2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
 3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örn; kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma
 4. Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.
 5. Evde veya başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma yahut bu konuda isteksizlik gösterme
 6. Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme veya buna karşı koyma
 7. Yineleyici bir biçimde, ayrılma konusunu da içeren karabasanlar görme.
 8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (örn, baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı kusma) ilgili yineleyen yakınmalarının olması
- B. Bu korku, kaygı yahut kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta erişkinlerde altı ay ya da daha uzun sürer.
- C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- D. Bu bozukluk otizm spektrum bozukluğunda değişime karşı aşırı direnç nedeniyle evden ayrılmaya karşı koyma, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorafobide güvenilir bir arkadaş olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın kaygı bozukluğunda önem verdiği diğer kişilerin başına bir hastalık veya başka kötü bir olay gelecek olmasında

ötürü kaygılanma ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığın olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.10.2.2. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanım ve tanı kriterleri

Yaygın anksiyete bozukluğu çeşitli olaylar, durumlar ya da etkinliklerle (sağlık, iş, para, dersler vb.) ilgili hissedilen ve önlenemeyen aşırı kaygı ve endişedir. Anksiyete düzeyi adaptif olan çocuk ve ergenler çeşitli durumlar karşısında duydukları anksiyeteyi planlama, önlem alma, üretkenlik gibi yapıcı amaçlara yöneltirken; yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde anksiyetenin şiddeti bireyin yaşamına egemen olarak, gündelik faaliyetlerini gerçekleştirmesine engel olacak kadar fazladır (4).

Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde mükemmelliyetçi kişilik özellikleri, kendilerini aşırı eleştirme eğilimi, küçük başarısızlıkları genelleyip kendilerini işe yaramaz hissetme ve onay arayışı oldukça sık görülmektedir.

YAB sıklıkla geç çocukluk veya erken ergenlik zamanlarında başlangıç göstermekte olup yaygınlığı yaşla birlikte artış göstermektedir (139).

Yaygın anksiyete bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (70):

- A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B. Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur).

Not: Çocuklarda yalnızca bir belirtinin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma
2. Kolay yorulma
3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalmaması
4. Kolay kızma
5. Kas gerginliği
6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma)

- D. Kaygı, endişe ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin kötüye kullanımı ya da başka bir sağlık durumunun (örn hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerini bağlamaz.
- F. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.10.2.3. Panik Bozukluk (PB) ve Agorafobi tanım ve tanı kriterleri

Panik bozukluk hızla doruğa ulaşan, yineleyen, beklenmedik yoğun korku ya da içsel sıkıntı ataklarına çeşitli bedensel ve ruhsal belirtilerin eşlik ettiği, bu atakların olmadığı dönemlerde beklenti kaygısının olduğu kişinin sosyal hayatında kısıtlanmaya yol açan bir durumdur. Panik bozukluğun üç ana bileşeninin olduğu belirtilmiştir. Bu bileşenlerin birincisi akut panik atağı, ikincisi panik nöbetlerinin gelebileceğine dair olan beklenti anksiyetesi, üçüncüsü de fobik kaçınma davranışlarıdır (140).

Panik bozukluk çocuklarda agorafobi ile sık birliktelik göstermektedir (141). Agorafobi ise toplu taşıma araçları, kapalı alanlar, sırada ya da kalabalıkta bekleme, açık alanda bulunma ve ev dışında yalnız bulunma gibi belirli durum veya ortamlarda kaçmanın zor olacağı veya gerek duyarsa yardım bulamayacağı düşüncesiyle yoğun korku duyma ve bu ortamlardan kaçınmayla karakterize edilir (4).

DSM-IV'te panik bozukluk "agorafobili panik bozukluk", "agorafobinin eşlik etmediği panik bozukluk" ve "panik bozukluk öyküsü olmadan agorafobi" gibi üç alt tipe sahipken, DSM-5 ile agorafobi ve panik bozukluk kaygı bozuklukları içinde birbirinden ayrı iki psikiyatrik tanı olarak sınıflandırılmıştır (140).

Panik bozukluk başlangıcının 15 ve 19 yaşları arasında (orta ergenlikte) zirve yapmakla beraber ergenlik döneminde görülme sıklığında artış saptanmıştır (140).

"Panik atağı" ve "panik bozukluk" kavramları sıklıkla karışmaktadır. Özgül fobi gibi yoğun kaygı yaratan durumlarda da panik belirtileri yani "panik atağı" görülebilir. Ancak panik bozuklukta temel fark panik durumunu yaratacak herhangi bir somut durum olmamasıdır (140).

Panik bozukluk DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (70):

- A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün ya da daha çoğunun ortaya

çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı durumdur:

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının atması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu
5. Soluğun tıkanıldığı duyumu
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu
10. Uyuşmalar(duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları)
11. Gerçek dışılık
12. Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu
13. Ölüm korkusu

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun) sürer:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık bildik olmayan durumlardan kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme

C. Bu bozukluk madde kötüye kullanımı ya da başka bir sağlık durumunun (hipertiroidi-kalp hast.) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla açıklanamaz (ör. panik ataklar, sosyal kaygı bozukluğunda olduğu gibi yalnızca korkulan sosyal durumlara yanıt olarak, belirli fobide olduğu gibi, sınırlı fobik nesnelere veya durumlara yanıt olarak, obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi obsesyonlara yanıt olarak, travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi travmatik olayların

hatırlatıcılarına yanıt olarak veya ayrılık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlanma figürlerinden ayrılmaya yanıt olarak ortaya çıkmaz).

2.10.2.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) (Sosyal Fobi) tanım ve tanı kriterleri

Birçok kişi, diğer insanların incelemesi altında olduğu sosyal ortamlarda kaygı hisseder. Bu sosyal kaygılar sosyal ortamlara uyum sağlayıcıdır. Sosyal fobi bir diğer değişle toplumsal kaygı bozukluğu ise kişinin başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok toplumsal durumda belirgin korkma ve kaygı duyması ve bu durumlardan kaçınması ile karakterizedir. Kişi aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da gülünç duruma düşme gibi olumsuz olarak değerlendirileceği bir davranış göstermekten ya da bu durumlar ile ilgili kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (142).

SAB başlangıcı genellikle geç çocukluk veya erken ergenlik dönemine tekabül etmektedir (143).

Sosyal fobi DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (70):

- A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşmeler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.
Not: Çocuklarda kaygı, yaşitlarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşmeler sırasında ortaya çıkmamalıdır.
- B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarının dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).
- C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.
Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterir.
- D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.
- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsa-kültürel bağlamda orantısızdır.

- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir.

2.10.2.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) tanım ve tanı kriterleri

Obsesif kompulsif bozukluk, DSM-IV'te anksiyete bozuklukları arasında yer almasına rağmen, 2013 yılında yayınlanan DSM-V'te obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar başlığına taşınmıştır.

OKB, obsesyonların ve/veya kompulsiyonların varlığıyla karakterizedir. Obsesyonlar, istemsiz şekilde sürekli tekrarlayan, kişiyi rahatsız eden düşünceler, dürtüler veya görüntülerdir. Kompulsiyonlar obsesyonlara yanıt olarak kişinin yapmak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemlerdir.

Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) başlangıç yaş ortalaması 19.5'tir ve vakaların %25'i 14 yaşından önce başlar. Erkeklerde başlangıç yaşı genellikle kadınlardan daha erken olup, erkeklerin yaklaşık %25'inde 10 yaşından önce başlangıç görülür (70).

Obsesif-kompulsif bozukluk DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (70):

- A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar (takıntılar) aşağıdakilerle (1,2) tanımlanır:

- 1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgeler

2. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da imgelerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar (zorlantılar) aşağıdakilerle (1,2) tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar(el yıkama, düzene koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemler (dua etme, sayı sayma, bazı sözcükleri sessizce söyleme gibi)

2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da varolan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da çok aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten fazla) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitsel) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Obsesif-kompulsif belirtiler bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunu fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: kişi obsesif-kompulsif bozukluk inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.

İçgörüsü kötü: kişi, obsesif-kompulsif bozukluk inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi obsesif-kompulsif bozukluk inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Tikle ilişkili: kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

2.10.3. Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları en sık görülen psikopatoloji olup çocuklar veya ergenlerle yapılan çalışmalarda "herhangi bir anksiyete bozukluğunun" yaşam boyu yaygınlığı %15 ila %20 civarındadır (144).

Anksiyete bozukluklarının prevalansı yaş, cinsiyet, anksiyete bozukluğu alt tipi gibi birçok faktöre göre değişmektedir. Tüm anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Cinsiyet farklılıkları çocukluk kadar erken bir zamanda ortaya çıkabilse de yaşla birlikte artar, ergenlikte 2-3:1 oranlarına ulaşır (144).

AAB, seçici konuşmazlık ve ÖF daha çok erken gelişim döneminde görülürken; SAB geç çocukluk ve ergenlik dönemlerinde daha sık karşımıza çıkmaktadır. PB, agorafobi ve YAB ise daha çok orta-geç ergenlik döneminde görülmektedir (144).

Yapılan çalışmalarda çocuk ve gençlerde en sık görülen anksiyete bozuklukları AAB, SAB ve ÖF olarak bildirilmiştir (145).

Subklinik anksiyete bozukluklarının genel pediatrik popülasyonda daha sık olduğu, okul yaş çocuklarının yaklaşık %70'inin şimdi veya başka zamanda anksiyöz hissettiğini bildirdikleri görülmüştür (146).

2.10.4. Etiyoloji

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi ile ilgili çalışmalarda ailesel geçiş, genetik faktörler, nöroanatomi, mizaç özellikleri, modelleme ve çevresel faktörler üzerinde durulmuştur.

Ailesel geçiş ve genetik faktörler: Anksiyete bozukluğu tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında herhangi bir psikopatolojisi olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre 7 kat daha fazla anksiyete bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir (147).

Yapılan ikiz çalışmalarında çocuklarda anksiyete semptomlarının 1/3'ünün genetik etkilere bağlı olduğu gösterilmiştir. Bu genlerin etkisi direkt olmayıp kodladıkları proteinler vasıtasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu proteinler nörotransmitter reseptörleri gibi beyin yapılarını ve regülatif prosesleri değiştirebilmektedir (148).

Anksiyete bozukluklarında moleküler genetik çalışmalar serotonin (5HT) ve gama aminobutirik asit (GABA) sistemi üzerine yoğunlaşmıştır. Yapılan bir çalışmada polimorfizm saptanmış serotonin transporter geni ile özellikle çevresel faktörlere maruz

kalan bireylerde anksiyete bozukluklarına zemin hazırladığı bilinen davranışsal inhibisyon arasında ilişki saptanmıştır (149).

Genetik bağlantının spesifik bir bozukluktan ziyade genel bir anksiyete yatkınlığı ve emosyonel reaktivite ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (150).

Mizaç özellikleri: Anksiyete bozukluğu etiolojisinde en çok davranışsal ketlenme, geri çekilme, utangaçlık ve ürkeklik gibi mizaç özellikleri belirtilmektedir (151). Davranışsal inhibisyon olarak adlandırılan özellikler, çocuğun çevresel uyaranlarla karşılaştığı durumlarda yoğun kaygı duyması, duygularını düzenleyememesi ve sosyal olarak içe çekilmesi olarak tanımlanır. Güvensiz bağlanmanın sonucu olarak ortaya çıkan davranışsal inhibisyonun birçok anksiyete bozukluğu ile ilişkisi bilinmektedir (139).

Çevresel ve Psikososyal Faktörler: Kişinin anksiyete belirtilerinin oluşumundan klasik, edimsel ya da gözlemsel koşullanmalar sorumludur (152). Yapılan bir çalışmada ‘tehdit edici ebeveyn davranışlarının’ toplumsal olarak gözlemlenebilir anksiyete belirtilerini, ‘düşmanca ve reddedici tutumların’ ise bilişsel kontrol kaybından korkuyu özgül olarak tetiklediği sonucuna varılmıştır. Kontrolcü ebeveynliğin anksiyete gelişiminde ihmalkar ebeveyne oranla daha büyük risk faktörü olduğu, ihmal edilen çocuklarda ise daha çok depresif bozukluğa rastlandığı gösterilmiştir (153).

Annenin çocuğa otonomi vermemesi ve anksiyöz anne modeli çocuklarda anksiyete gelişimini tetikleyebilir (154)

Başka bir çalışmada çocukların ebeveynlerinin alkol veya madde kullanımına bağlı ‘kontROLSÜZ davranışlarına maruz kalmaları’ da yüksek anksiyete duyarlılığı düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur (155).

Nörokimya ve nöroanatomi: Lokus coeruleus ve nöradrenerjik sistemin korku ve anksiyete davranışlarının patofizyolojisinde rol aldığı bilinmektedir. Korku ve ödül devrelerini içeren beyin bölgelerinden amigdala, orbitofrontal korteks ve anterior singulat korteks anksiyetede rol oynayan temel nöroanatomik bölgelerdir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerin sağ ve total amigdala hacimlerinin yapılan MRI çalışmalarında sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha büyük volümde olduğu tespit edilmiştir (156).

2.10.5. Komorbidite

Anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde komorbidite sıklığının oldukça fazla olduğu bilinmektedir. Herhangi bir anksiyete bozukluğu olan çocuklardaki komorbidite oranı sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında 8-29 kat daha fazladır (124).

Anksiyete bozukluklarına en sık eşlik eden komorbid bozukluk da yine %75 oranında bir başka anksiyete bozukluğudur (157). Çocuk ve ergenlerde görülen AAB'ye en sık olarak YAB eşlik etmektedir. Panik bozukluğuna en sık %74 oranında YAB, %52 oranında MDB, %56 oranında özgül fobilerin eşlik ettiği görülmüştür (158). Özgül fobiye en sık %75 oranında AAB'nin, %32 oranında MDB'nin eşlik ettiği görülmüştür (159). Sosyal anksiyete bozukluğuna en sık özgül fobinin eşlik ettiği (160), yaygın anksiyete bozukluğuna ise en sık olarak MDB'nin eşlik ettiği bulunmuştur (161).

2.10.6 Ayırıcı tanı

Anksiyete ve ilgili bozuklukların ayırıcı tanısında anksiyetenin başka bir tıbbi veya psikiyatrik durumdan kaynaklanıp kaynaklanmadığı, başka bir tıbbi veya psikiyatrik durumla eşlik edip etmediği veya ilaç kaynaklı olup olmadığı dikkate alınmalıdır.

Aşırı veya kontrol edilemeyen anksiyete ile başvuruda, semptomların diğer potansiyel nedenlerini tanımlamak önemlidir; bunlar arasında bir maddenin doğrudan etkileri (örneğin, madde kötüye kullanımı veya ilaç), tıbbi durum (örneğin, hipertiroidizm, kardiyopulmoner bozukluklar, travmatik beyin yaralanması) veya başka bir zihinsel bozukluk bulunur. Ancak eşlik eden durumların yaygın olması nedeniyle bu diğer durumların varlığı, anksiyete veya ilişkili bir bozukluğun tanısını önleyebilir (162).

2.10.7. Tedavi ve prognoz

Anksiyete bozukluklarında farmakoterapi, psikoterapi veya her ikisi tedavi seçenekleri arasındadır.

Farmakoterapi: Anksiyete bozukluğu nedeniyle birinci basamak tedavi olarak seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) önerilmektedir. SNRI'ler ve trisiklik antidepresanlar da pediatrik anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkinlik

göstermiştir. SSRI'lara kıyasla daha az tolere edilen yan etkilerle ilişkili oldukları için bu ilaçlar genellikle ikinci veya üçüncü basamakta kullanılır.

Pediyatrik anksiyete tedavisinde bir dizi SSRI ve SNRI ilacının (fluoksetin , sertralin , fluvoksamin , paroksetin ve venlafaksin) plaseboya üstün olduğu yapılan metaanaliz çalışmalarında ortaya koyulmuştur; SSRI'lar, SNRI'lara göre daha etkin bulunmuştur. SNRI duloksetin ve SSRI essitalopram , gençlerde yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi için FDA onayına sahiptir. (163).

Psikoterapi: Bilişsel-davranışçı terapi, çocuk ve ergenlerde randomize klinik araştırmalarda test edilen tek psikoterapidir. Bilişsel-davranışçı terapi (BDT), bilişler, davranışlar ve duygular arasındaki etkileşime odaklanarak hastaların uyumsuz kaygıyı tetikleyen düşünceleri tanımasına ve değiştirmesine ayrıca kaçınma kalıplarını değiştirmesine yardımcı olur. BDT programlarının içeriği değişiklik gösterebilir ancak tipik olarak psikoeğitim ve kaygı üreten uyaranlara ve durumlara maruz kalmayı içerir, hasta merkezli ev ödevlerinin kullanımıyla pekiştirilir.

Maruz bırakma tedavisi pediyatrik anksiyete bozukluklarına yönelik tüm etkili BDT'nin merkezinde yer alır. Bu, çocuğun ilgili kaygıyı azaltmak amacıyla korkulan durumu yavaş yavaş ancak tekrar tekrar deneyimlemesini veya normal, beklenen kaygı düzeylerini tolere etmeyi ve yönetmeyi öğrenmesini içerir (164).

Prognoz: Erken başlangıçlı anksiyete bozuklukları tedavi edilmediğinde sıklıkla kronikleşir ancak semptomların doğası çocuk ve ergen gelişimi boyunca değişebilir. Çocukluk çağındaki anksiyete bozuklukları eğitimde başarısızlık, depresyon riskinin artması, madde kullanım bozukluğu ve intiharın yanı sıra yetişkinliğe kadar uzanabilecek diğer önemli fonksiyonel bozukluklarla ilişkilidir (165).

2.11. Duygu Düzenleme ve Ebeveynlik

Ebeveyn öz düzenlemesi uyumlu ebeveynliğin kritik bir boyutudur çünkü ebeveynlerin eğitim hedeflerini belirleyebilmeleri ve kendi davranışlarını çocuklarının mevcut ihtiyaçlarına göre değiştirebilmeleri gerekir. Ebeveynler ve çocuklar arasındaki etkileşimlerin önemli bir kısmında yoğun duyguların ortaya çıktığı düşünüldüğünde ebeveyn duygu düzenlemesi ebeveyn öz düzenleme ve uyumun önemli bir bileşenidir (14).

Duygu düzenlemenin tanımı karmaşık ve zor olmakla beraber farklı ve geniş süreçleri kapsar. Thompson duygu düzenlemeyi bir hedefi gerçekleştirmek amacıyla duygusal tepkileri izleme, değerlendirme ve değiştirme sorumluluğunu taşıyan süreçler olarak ele alır (166). Bu kavramsallaştırmanın belirgin bazı özellikleri bulunmaktadır:

İlk olarak, adaptif duygu düzenleme, duygusal deneyimi izlemeyi ve değerlendirmeyi içerir. Duygusal farkındalık ve anlamının önemini vurgular. Duygusal farkındalık genellikle iki ana boyutu içerir: birincisi duyguya odaklanma, bir kişinin kendi duygusal deneyimlerine ne kadar dikkat ettiği ile ilgilidir; ikincisi duygusal açıklık, bir kişinin kendi duygusal deneyimlerini ne kadar anladığıdır (167). Bu nedenle bireyler duygularını düzenlemek için duygularına dikkat etmeli ve anlamalıdır, böylece uygun bir duygu düzenleme stratejisi seçip kullanabilirler.

İkinci olarak, bu önerilen kavramsallaştırma duygu düzenlemeyi duygusal tepkinin veya ifadenin inhibisyonu ile eşitlemez. Duygu düzenlemek duygusal uyarımı sürdürmeyi ve arttırmayı içerebileceği gibi inhibe etmeyi de içerebilir. Bazı yazarlar pozitif duygu düzenlemenin duyguların tam yelpazesini deneyimleme ve spontan tepki verme kapasitesini gerektirdiğini vurgularlar. Bu yaklaşım duyguların işlevselliğini vurgulayarak bir yandan deneyimsel kaçınmanın (yani, kendi özel sıkıntılı deneyimleri tolere etme isteksizliği) potansiyel olumsuz etkilerini vurgularken diğer yandan psikolojik kabulün (yani, direniş veya kaçınma olmaksızın özel olayları tamamen deneyimleme isteği) önemini vurgular (168).

Üçüncü olarak, Thompson'ın tanımına göre duygusal uyarımı hedeflerini gerçekleştirmek için modüle etmek, duygu düzenlemenin önemli bir bileşenidir. Duygusal uyarımın modülasyonu duygunun değerini değil, duygunun dinamiklerini (yoğunluk, tırmanma, süre, iyileşme hızı, duygusal tepkime aralığı gibi) değiştirmeyi ima eder. Duygusal tepkilerin modifiye edilmesi istenen hedeflere uygun bir şekilde davranmak için kritiktir (169).

Dix'in modeline göre ebeveynlerin duyguları aktive olduğunda (aktivasyon), bu durum, ebeveynlerin yanıtlarına temel olan süreçleri etkiler (bağlanma); ancak bu etki, ebeveynlerin duygularını düzenleme kapasitelerine bağlıdır (regülasyon). Ebeveynlerin duyguları onları çocuğa etkili bir şekilde yanıt vermek için belirli süreçlere katılmaya ve düzenlemeye yönlendirebilir ancak bu duygular aynı zamanda belirli koşullar altında ebeveynliği olumsuz etkileyebilir. Örneğin güçlü negatif duygular dikkati ve bilişsel

kaynakları etkiler, bu da duyarlı ve yanıt vermeye yönelik ebeveynliğin temelini oluşturan unsurlardır ve ebeveynlerin duygularını ve davranışlarını kontrol etmelerini bozabilir. Bu nedenle duyguların ebeveynliğe olumlu veya olumsuz etkisi ebeveynlerin kendi ve çocuklarının duygularını nasıl tanıdıklarına ve değiştirebildiklerine bağlıdır, böylece bu duygular ebeveynliği olumsuz etkilemez (170).

Thompson'ın (1994) duygu düzenleme tanımına ve Dix'in (1991) ebeveynlik modeline dayanarak ebeveynlik bağlamında olumsuz duyguların etkili bir şekilde düzenlenmesi birkaç boyut içeren bir kavram olarak düşünülebilir (14):

- a. Çocuğun duygularına yönelik olmak: Bu, çocuğun olumsuz duygularına dikkat etmeyi ve anlamaya çalışmayı içerir. Çocuğun duygusal deneyimlerine duyarlı olan ebeveynler uygun bir şekilde yanıt verme konusunda daha donanımlıdır.
- b. Duyguları kabullenme: Temel bir yön olumsuz duyguları ebeveynlik deneyiminin doğal bir parçası olarak kabul etmektir. Hem ebeveynin hem de çocuğun çeşitli duyguları deneyimleyebileceğini kabul etmek daha destekleyici ve anlayışlı bir ortam yaratmaya yardımcı olur.
- c. Çocuğun duygularından kaçınmama: Bu boyut çocuğun olumsuz duygularını bir dereceye kadar tolere etme kapasitesini ve bunlardan kaçınmama yeteneğini vurgular. Zorlu olabilecek duygusal deneyimlere karşı bile çocuğun yanında olmak ve katılım göstermek önemlidir.
- d. Duygusal kontrol: Bu, ebeveynlikle ilgili hedefleri gerçekleştirmek amacıyla kendi olumsuz duygularını düzenleme becerisini içerir. Duygularını etkili bir şekilde yönetebilen ebeveynler çocuğun ihtiyaçlarına sakin ve yapıcı bir şekilde yanıt verebilirler.

Özetle, ebeveynlik bağlamında olumsuz duyguların yeterli bir şekilde düzenlenmesi çocuğun duygularına dikkat etme ve anlama, bu duyguları ebeveynlik deneyiminin doğal bir parçası olarak kabul etme, çocuğun olumsuz duygularını tolere etme ve kendi olumsuz duygularını kontrol etme becerisini içerir.

Ebeveynlerin kendi duygularını ve çocuklarının duygularını anlama ve etkili bir şekilde başa çıkma kapasitesi aile içinde duygusal sosyalleşme süreçlerini belirler; bu süreçler de çocukların duygu anlama, deneyimleme, ifade etme ve düzenleme becerilerini etkiler (17).

Eisenberg et al. (1998) ebeveynlerin çocukların duygusal sosyalleşmesine katkıda bulunduğu üç temel yol önermektedir: duygu üzerine konuşma, aile içinde duygusal ifade ve ebeveynlerin çocukların duygularına tepkileri şeklindedir (171). Ebeveynlerin duygu düzenleme becerisi çocukların duygusal sosyalleşmesini bu farklı yollar üzerinden etkiler:

İlk yol olan duygu üzerine konuşma ile ilgili olarak ebeveynler çocuklarıyla duyguları konuşmaya istekli ve uygun olduklarında çocukların duygusal farkındalıklarını artırabilir ve duygusal düzenlemelerini olası bir şekilde iyileştirebilirler. Ancak duygusal düzenleme sorunları yaşayan ebeveynler çocuklarıyla duygular üzerine yapılan konuşmalara katılmakta ciddi zorluklar yaşayabilir, bu da çocuğun duyguların yeterli farkındalığını ve anlayışını olumsuz etkileyebilir (172). Örneğin duygusal kaçınmayı daha fazla bildiren annelerin duyguların yetersiz iletişimini içeren bir aile ortamını algıladıkları gösterilmiştir (173).

İkinci olarak, aile içinde meydana gelen duygusal ifadenin türü, şiddeti, sıklığı ve süresi çocukların duygusal yeteneklerini birçok şekilde etkileyebilir. Örneğin, ebeveynlerin duygusal düzenlemesi çocukların duygusal ifadesini doğrudan taklit ve bulaşma yoluyla etkileyerek duygusal özellikler hakkında bilişsel şemaların oluşturulmasına katkıda bulunabilir (ifade edilebilecek veya inhibe edilmesi gereken duygu türleri, bunları nasıl düzenleyecekleri vb.). Bu, aile içinde pozitif ve negatif duygusal ifadenin şekillenmesine etki eder (174). Duygusal düzenlemesi daha yüksek olan ebeveynler evde daha fazla pozitif duygu ifade etmektedir (175).

Son olarak, ebeveynlerin çocukların duygularına olumlu stratejilerle (sorun odaklı, duygu odaklı veya duygusal ifadeyi teşvik etme gibi) veya olumsuz tepkilerle (sıkıntı, cezalandırma ve küçümseme tepkileri gibi) yanıtları doğrudan çocukların duygusal yönetim tarzlarını etkiler ve duygusal düzenleme stratejilerini modelleyebilir. Ebeveynlerin düşük duygusal düzenlemesi çocuğunun negatif duygularına sıkıntıyla yanıt vermesine neden olabilir, bu da çocuğunun duygusal düzenleme sürecini engeller (yani, ebeveyn olumsuz tepkileri modellediği için çocuğun sakinleşme stratejilerini öğrenmesini desteklemez). Duygusal düzensizliği daha yüksek olan ebeveynlerin ergenlerinin duygusal ifadelerini daha sık geçersiz kıldığını ve bunun da ergenlerin duygusal düzensizlik düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (176).

2.12. TSSB ve Ebeveyn Duygu Düzenlemesi

Gross ve Thompson (2007); duygu düzenlemeyi istenen veya istenmeyen duyguların yoğunluğunu veya süresini yukarı veya aşağıya ayarlamak üzerine sürekli bir süreç olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlamaya göre duygu düzenlemesi bir duruma girmeye karar verdikten sonra (durum seçimi) bireyin seçici olarak durumlara veya bir durumun unsurlarına nasıl dikkat ettiğini (dikkat yönlendirmesi), olup bitenlere dair düşünce şeklini değiştirdiğini (bilişsel değerlendirme) veya mevcut bir durumun koşullarını değiştirmeye çalıştığını (durum modifikasyonu) içerebilir (15).

Travmatik olaylar doğasından dolayı düzenleme sistemini zorlar, bu nedenle TSSB geliştiren bireylerin duygu düzenlemede zorlukları olacaktır. Ancak depresyon ve anksiyete, borderline kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve yeme bozuklukları dahil olmak üzere birçok psikopatoloji aynı zamanda duygu düzenleme sorunları olarak görülmektedir (177).

Bir çocuğun duygu düzenleme kapasitesi annesinin duygu düzenleme yeteneği ile oldukça ilişkilidir (17). Anneler çocuklarının dikkatini yeniden odakladığında ve çocuğa belirli bir durumun başka bir şekilde düşünülmesinde yardımcı olduklarında, çocukların daha az öfke ve üzüntü gösterdiği bulunmuştur (18). Sağlıklı duygu düzenleme stratejileri bir çocuğun travmatik bir olayı uyumlu bir şekilde işlemesine yardımcı olabilir, bu da TSSB'nin başlamasını önleyebilir (19).

Travma maruziyeti bağlamında annelerin kendilerini düzenleme ve çocukları için duygusal çekirdek düzenleme sağlama yetenekleri üzerinde ekstra bir zorlanma olduğu düşünülmektedir (16). Bir anne stresle başa çıkma veya stresle başa çıkma konusunda yardımcı olacak şekilde modellik yapamıyorsa çocuğu daha fazla duygu düzensizliği sergileyebilir. Duygularını düzenleyemeyen bir anne çocuğun sıkıntısını destekleyemeyebilir ve çocuğun kendi duygularını nasıl izleyeceğini öğrenmesine engel olabilir (20).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminden sonra demografik özelliklerin, deprem deneyimlerinin, ebeveyn duygu düzenlemesinin ve ebeveyn TSSB'sinin çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB'si üzerine etkisini incelemek amaçlandı.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma; kesitsel ve analitik tipte olan bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremini yaşayan illerde yapıldı. Araştırma verilerini toplama süreci depremden sonraki 6. ayda, 16 Temmuz 2023 – 7 Ağustos 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 11 ilde depremi yaşayan ve 8-15 yaş aralığında çocuğu olan aileler oluşturmuştur. Çalışmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde power analizinden yararlanılmıştır. Yapılan power analizine göre referans alınan çalışmadaki (Liang et al., 2022) anne ve çocuğun depresif semptomlarının t testi değerlerine ilişkin 2.99 ± 1.99 ve 12.51 ± 7.61 değerleri hesaplanarak etki büyüklüğü 0.438 olarak bulunmuştur. Alfa 0.05 birinci tip hata, 0.80 testin gücü ve 0.438 etki büyüklüğü dikkate alınarak yapılan hesaplamada çalışmaya her grup için $n:83$ olmak üzere toplam $N:166$ ailenin alınması hedeflenmiştir. Çalışmaya toplum tabanlı gelişigüzel (olasılıksız) örnekleme yöntemi kullanılarak 300 ebeveyn ve çocuk dâhil edilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- 6 Şubat depremini yaşayan ve 8-15 yaş aralığında çocuğu olan aileler,
- Ağır psikiyatrik hastalığı olmayan kişiler
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler çalışmaya dahil edilecektir.

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Anket sorularını doldurmayan ve çalışmaya katılmayı reddeden kişiler

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri toplama aracı, yetişkin (ebeveyn) anket formu ve çocuk anket formu olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

1) Yetişkin (ebeveyn) anket formu (EK-1)

- a. Demografik bilgiler - Travma maruziyeti - Travma sonrası maruziyet formu
- b. Ebeveyn Duygu Düzenleme Ölçeği (EK-2)
- c. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) (EK-3)

2) Çocuk anket formu (EK-4)

- a. Demografik bilgiler - Travma maruziyeti - Travma sonrası maruziyet
- b. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) (EK-5)
- c. Revize Edilmiş Çocuk Olayın Etkisi Ölçeği (CRIES-13) (EK-6)

Yetişkin anket formunun ilk bölümü; literatür taranarak oluşturulmuş 16 soruluk ‘demografik bilgiler’, deprem anına yönelik 9 soruluk ‘travma maruziyeti’, deprem sonrası döneme yönelik 11 soruluk ‘travma sonrası maruziyet’ soruları olmak üzere toplam 36 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde 13 soruluk ‘Ebeveyn Duygu Düzenleme Ölçeği’ ve son olarak üçüncü bölümde ‘Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)’ kullanılmıştır.

Çocuk anket formunun ilk bölümü; literatür taranarak oluşturulmuş 7 soruluk ‘demografik bilgiler’, deprem zamanına yönelik 8 soruluk ‘travma maruziyeti’ ve deprem sonrası döneme yönelik 9 soruluk ‘travma sonrası maruziyet’ 2 soruluk ‘Çocukların depremin aile üzerindeki algılanan etkisi’ soruları olmak üzere toplam 26 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde 44 soruluk ‘Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)’ve son olarak üçüncü bölümde ‘Revize Edilmiş Çocuk Olayın Etkisi Ölçeği (CRIES-13)’ kullanılmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan ailelerde, ebeveynlerden birine yetişkin anket formu, 8-15 yaş arasındaki çocuklardan birine çocuk anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.5.1. Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği

3-15 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin kendilerine ve çocuklarına yönelik olumsuz duygularını düzenleme sürecini değerlendirmek amacıyla Pereira, Barros, Roberto ve Marques tarafından 2017 yılında geliştirilip Ahçı, Akdeniz, Harmancı, Akaroğlu ve Seçer tarafından 2020 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ebeveyn Duygu Düzenleme Ölçeği ‘anne-babanın çocuğun duygularına yönelimi’, ‘anne-babanın çocuğun duygularından kaçınması’ ve ‘anne-babanın çocuğun ve kendi duygularını kabul etmesi’ olmak üzere üç alt boyutu olan 13 maddelik likert tip bir ölçektir. Ölçekte soruların yanıtlanabilmesi 5 seçenek bulunmaktadır. Bunlar 4- Her zaman ya da Hemen Her Zaman, 3- Sık Sık, 2- Bazen, 1- Nadiren, 0- Hiçbir Zaman ya da Hemen Hiçbir Zaman seçenekleridir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin güvenirliği için hem toplam ölçeğin hem de bütün alt boyutlar için ayrı ayrı Croanbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Toplam ölçek için .76 değerine ulaşılmıştır. Alt boyutlar için ise sırasıyla. 78, .79 ve .75 değerlerine ulaşılmıştır.

Aşağıda alt boyutlarda yer alan maddeler görülmektedir:

Anne-babanın çocuğun duygularından kaçınması: 2, 4, 5, 6

Anne-babanın çocuğun duygularına yönelimi: 1,7, 8, 9, 10, 11

Anne-babanın çocuğun ve kendi duygularını kabul etmesi: 3, 12, 13

3.5.2. Olayların etkisi ölçeği

Herhangi bir travma yaşayan olguların ölçek uygulandığı sıradaki stresini belirlemek amacıyla Creamer ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilip Aytül Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2006 yılında yapılmıştır. Ölçek ‘yeniden yaşama’, ‘kaçınma’ ve ‘aşırı uyarılma’ üzere 3 alt boyutu olan 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte son 7 gündeki belirtilerin şiddetinin 0-4 arası puanlandığı 5 seçenek bulunmaktadır. Puanlama 0- Asla, 1- Biraz, 2- Az çok, 3- Oldukça, 4- Aşırı şeklindedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-88 arasında

değişmektedir ve toplam puan arttıkça PTST riskinin arttığı değerlendirilmektedir. PTST için tanı koydurucu kesim değerinin 24 ile 33 arasında olduğu durumlarda duyarlılık değerleri %92.2 ile %74.0 arasında ve özgüllük değerleri %70.7 ile %81.0 arasındadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,937 hesaplanmıştır.

Aşağıda alt boyutlarda yer alan maddeler görülmektedir:

Yeniden yaşama: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. sorular

Kaçınma: 5, 7, 8 11, 12, 13, 17, 22. sorular

Aşırı uyarılma: 4, 10, 15, 18, 19, 21. Sorular

3.5.3. Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği-yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

8-17 yaş arası çocuk ve ergenlerde DSM-4 kriterlerine göre depresyon ve anksiyete belirtilerini ölçmek için Chorpita ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilip Görmez ve arkadaşları tarafından 2017 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (7 madde), sosyal fobi (9 madde), yaygın anksiyete bozukluğu (6 madde), panik bozukluk (9 madde), obsesif kompulsif bozukluk (6 madde) ve majör depresif bozukluğu (10 madde) ölçen toplamda 47 madde içermektedir. Her maddesi 0- asla, 1- bazen, 2- sık sık, 3- her zaman olmak üzere 0 ile 3 arası puanlanmış dördümlü Likert tiptedir. Ölçek 0-141 arasında puanlanmaktadır. Alt ölçeklerin ham puanı hesaplanarak karşılık geldiği T-puanı ile değerlendirilir. T-puanının 65 ve üstünde olması klinik olarak anlamlı bir bozukluk olduğu kabul edilir. ÇADÖ-Y Çocuk formunun Cronbach alfa değeri 0.95 ile yüksek derecede güvenilirliğe, alt ölçekler için 0.75 ile 0,86 arasında değişen iç tutarlılık katsayıları da iyi bir iç tutarlılığa işaret etmektedir. Puanlar hesaplanırken RCADS-Child: scoring program version 32 Excel programı kullanılmıştır.

Aşağıda alt boyutlarda yer alan maddeler görülmektedir:

Sosyal fobi için 4, 7, 8, 12, 20, 30, 32, 38, 43. maddeler,

Panik Bozukluk için 3, 14, 24, 26, 28, 34, 36, 39, 41. maddeler,

Major Depresyon için 2, 6, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 40, 47. maddeler,

Ayrılık kaygısı bozukluğu için 5, 9, 17, 18, 33, 45, 46. maddeler,

Yaygın anksiyete bozukluğu 1, 13, 22, 27, 35, 37. maddeler,

Obsesif-Kompulsif bozukluk için 10,16, 23, 31, 42, 44. maddeler.

3.5.4. Revize edilmiş çocuk olayın etkisi ölçeği (CRIES-13)

TSSB'nin tespitinde etkili olan bu ölçek, Children and War Foundation tarafından geliştirilerek uzun yıllardır birçok ülkede kullanılmaktadır. Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Veysi Çeri ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılmıştır. Ölçeğin 8 maddelik formu istenmeyen düşünceler ve kaçınma alt gruplarından oluşmakta, 5 soruluk uyarılma alt grubu ile birlikte 13 maddelik formu ortaya çıkmaktadır. Maddelerinde son 7 gündeki belirtilerin şiddeti 0- hiç, 1- nadiren, 3- bazen ve 5- sıklıkla şeklinde puanlanmakta olup ölçekte puanlar, 0 ile 65 arasında olmakta, daha yüksek puanlar daha fazla TSSB semptomuna işaret etmektedir. CRIES-13'te 30 kesme (cut-off) puanının TSSB'yi saptamada maksimum duyarlılık ve özgüllük sağladığı bildirilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach alfa katsayısı tüm ölçek için 0,85 bulunmuştur.

Aşağıda alt boyutlarda yer alan maddeler görülmektedir:

Yeniden yaşama: 1, 4, 8, 9

Kaçınma: 2, 6, 7, 10

Uyarılma: 3, 5, 11, 12, 13

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS versiyon 22 ve R.3.3.2 yazılımlarından yararlanıldı. İstatistik parametreleri aritmetik ortalama, standart sapma, medyan (1.çeyreklik-3.çeyreklik), oran (%) ve frekans (n) değerleri ile ifade edildi. Verilerin değerlendirilmesinde nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenlerde iki grup karşılaştırmaları Mann Whitney U Testi ile gerçekleştirildi. Üç veya daha fazla sayıdaki bağımsız değişkenin grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi uygulandı. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerine etkisi lineer regresyon analizi ile incelendi. Nicel değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelendi. Sıralı ölçekteki verilere sahip değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde

Kendall tau korelasyon analizi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik kurul onayı “Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” tarafından Temmuz 2023 tarihinde 73 protokol numarası ve 9 numaralı karar ile alınmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Ebeveynlerin ve Çocukların Demografik Özellikleri ve Deprem Deneyimleri

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Çalışmaya 209’u (%69,7) anne ve 91’i (%30,3) baba olmak üzere toplam 300 ebeveyn katılmıştır.

Katılımcı ebeveynlerin yaş ortalaması $39,64 \pm 5,65$ (min=26-maks=60) yıldır.

Katılımcı ebeveynlerin %51,4’ü ilköğretim ve altı, %22,7’si lise ve %26’sı ise üniversite mezunudur.

Katılımcı ebeveynlerin %94’ü evli iken %6’sı dul/ayrılmıştır.

Katılımcı ebeveynlerin %54,7’si çalışmıyor/ev hanımı, %19,7’si işçi, %3,7’si serbest meslek, %20’si memur ve %2’si ise emeklidir.

Katılımcı ebeveynlerin %67,7’sinin aylık geliri 15 bin altı, %26,3’ünün 15-30 bin ve %6’sının ise 30 bin üzeridir (Düşük gelir seviyesini belirlemede çalışmanın yapıldığı tarihteki asgari ücret dikkate alınmıştır).

Katılımcı ebeveynlerin %85’i Kahramanmaraş’ta yaşamakta iken %1,3’ü Adana’da, %1,7’si Adıyaman’da, %0,7’si Elazığ’da, %1,3’ü Gaziantep’te, %6’sı Hatay’da, %3’ü Malatya’da ve %1’i ise Osmaniye’de yaşamaktadır.

Katılımcı ebeveynlerin %23,7’si depremden önce müstakil evde, %76’sı apartmanda ve %0,3’ü ise diğer yerde yaşamaktaydı.

Katılımcı ebeveynlerin %17,3’ünün bedensel, %5,3’ünün ruhsal hastalığı varken %19,7’si ise düzenli ilaç kullanmaktadır.

Katılımcı ebeveynlerin %32,3’ünün daha önce etkilendiği olay varken %9,7’sinin ailesinde psikiyatrik hastalık vardır.

Katılımcı ebeveynlerin %70’i hiç egzersiz yapmıyor iken %21’i 150 dk’dan az, %9’u ise 150 dk’dan fazla egzersiz yapmaktadır.

Tablo 1. Ebeveynlerin demografik özellikleri

Yaş (Ort±SS)		39,64±5,65	
		Sayı	%
Cinsiyet	Anne	209	69,7
	Baba	91	30,3
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	154	51,3
	Lise	68	22,7
	Üniversite ve üstü	78	26,0
Medeni durum	Evli	282	94,0
	Dul/ayrılmış	18	6,0
Çalışma durumu	Çalışmıyor/ev hanımı	164	54,7
	İşçi	59	19,6
	Serbest meslek	11	3,7
	Memur	60	20,0
	Emekli/diğer	6	2,0
Aylık gelir	<15 bin	203	67,7
	15-30 bin	79	26,3
	>30 bin	18	6,00
Yaşadığınız il	Adana	4	1,3
	Adıyaman	5	1,7
	Elazığ	2	0,7
	Gaziantep	4	1,3
	Hatay	18	6,0
	Kahramanmaraş	255	85,0
	Malatya	9	3,0
	Osmaniye	3	1,0
Depremden önce yaşadığınız evin özelliği	Müstakil	72	24,0
	Apartman	228	76,00
Bedensel kronik hastalık	Evet	52	17,3
	Hayır	248	82,7
Ruhsal kronik hastalık	Evet	16	5,3
	Hayır	284	94,7
Düzenli kullanılan ilaç	Evet	59	19,7
	Hayır	241	80,3
Daha önce etkileyen olay	Evet	97	32,3
	Hayır	203	67,7
Ailede psikiyatrik hastalık	Evet	29	9,7
	Hayır	271	90,3
Haftada iş harici egzersiz	Hiç	210	70,00
	<150 dk	63	21,00
	>150 dk	27	9,00

Ort:ortalama SS: standart sapma %:yüzde

Katılımcı ebeveynlerin deprem deneyimleri Tablo 2’de verilmiştir.

Ebeveynlerin %11,7’si deprem anında hiç/az düzeyde korkmuş iken %17’si orta ve %71,3’ü ise şiddetli düzeyde korkmuştur. Katılımcıların %5’i depremde enkaz altında kalmış iken %12,6’sı yaralanmıştır. Katılımcıların %14’ünün birinci derece aile/yakın arkadaşı vefat etmiş iken %51,7’sinin akrabası, %14,7’sinin sosyal çevresinden biri vefat etmiştir. Ebeveynlerin %13,3’ü hafif yaralı birilerine, %32,3’ü ağır yaralı birilerine, %42,67’si birilerinin ölümüne, %45,67’si bina yıkılmasına tanıklık etmiş iken %17,33’ü arama kurtarma çalışmalarına katılmıştır.

Tablo 2. Ebeveynlerin travma maruziyetleri

		Sayı	%
Deprem anında korku düzeyi	Hiç/az	35	11,7
	Orta	51	17,0
	Şiddetli	214	71,3
Depremde enkaz altında kalma	Evet	15	5,0
	Hayır	285	95,0
Depremde yaralanma	Hayır	262	87,3
	Evet	38	12,7
Depremde yakınların vefatı	Birinci derece aile/yakın arkadaşlar	42	14,0
	Akrabalar	155	51,6
	Sosyal çevre	44	14,7
	Hayır	59	19,7
Depremde yaralı birine tanıklık	Hafif yaralanma	40	13,3
	Ağır yaralanma	97	32,4
	Hayır	163	54,3
Depremde birilerinin ölümüne tanıklık	Evet	128	42,7
	Hayır	172	57,3
Depremde bina yıkılması görme	Evet	137	45,7
	Hayır	163	54,3
Depremde arama-kurtarma çalışmalarına katılma	Evet	52	17,3
	Hayır	248	82,7

%;yüzde

Katılımcı ebeveynlerin deprem sonrası deneyimleri Tablo 2’de verilmiştir.

Katılımcıların %10’unun evi hasarsız, %20,3’ü az hasarlı, %7,7’sinin orta hasarlı, %49’unun ağır hasarlı iken %13’ünün ise yıkılmıştır. Katılımcıların %63,7’si konteynerda kalmakta iken %54,0’ü depremde 3 gün ve daha fazla dışarda kalmıştır. Ebeveynlerin %11,3’ü depremden sonra şehir değiştirmiş iken %42’si ise geçici olarak değiştirmiştir, %46,7’si ise şehir değişikliği yapmamıştır. Katılımcıların %31,7’si deprem nedeni ile para/malını hiç/çok az kaybetmiş iken %28’i neredeyse tamamını kaybetmiştir. Katılımcıların %17,7’si deprem nedeni ile işini kısmen, %33,7’si

tamamen kaybetmiş iken %48,7'si hiç kaybetmemiştir. Katılımcıların %46,7'si depremden sonra sosyal destek görmemiş iken %38,3'ü az ve %15'i çok sosyal destek almıştır. Katılımcıların %14,3'ü depremden sonra psikolojik destek, %12,3'ü ise psikiyatrik ilaç almıştır. Katılımcıların %66,3'ü sigara kullanmıyor iken %23,7'sinde depremden sonra artış olmuştur bununla birlikte %95,3'ü alkol kullanmıyor iken %1,7'sinin depremden sonra artış olmuş, %3'ünde artış olmamıştır.

Tablo 3. Ebeveynlerin travma sonrası maruziyeti

		Sayı	%
Depremden sonra evinizin hasar durumu	Hasarsız	30	10,0
	Az hasarlı	61	20,3
	Orta hasarlı	23	7,7
	Ağır hasarlı	147	49,0
	Yıkıldı	39	13,0
Depremden sonra yaşadığınız yer	Konteyner	191	63,7
	Yakınlarımların evinde	30	10,0
	Kendi evim	79	26,3
Depremden sonra dışarda kalma süresi	<2 gün	58	19,3
	2--3	80	26,7
	3 gün ve daha fazla	162	54,0
Depremden sonra şehir değişikliği	Evet	34	11,3
	Geçici olarak	126	42,0
	Hayır	140	46,7
Deprem nedeniyle para/mal kaybı	Hiç veya çok az	95	31,7
	Küçük bir kısmı	42	14,0
	Yaklaşık yarısı	25	8,3
	Çoğu	54	18,0
	Neredeyse tamamı	84	28,0
Deprem nedeniyle iş/geçim kaynakları kaybı	Hayır	146	48,6
	Kısmen	53	17,7
	Tamamen	101	33,7
Depremden sonra sosyal destek	Hiç	140	46,7
	Az	115	38,3
	Çok	45	15,0
Depremden sonra psikolojik destek	Evet	43	14,3
	Hayır	257	85,7
Depremden sonra psikiyatrik ilaç kullanımı	Evet	37	12,3
	Hayır	263	87,7
Depremden sonra sigara kullanımı	Kullanmıyorum	199	66,3
	Depremden sonra başladım	4	1,3
	Evet, artış oldu	71	23,7
	Hayır, artış olmadı	26	8,7
Depremden sonra alkol/madde kullanımı	Kullanmıyorum	286	95,3
	Evet, artış oldu	5	1,7
	Hayır, artış olmadı	9	3,0

%;yüzde

Çalışmaya katılan çocukların demografik özellikleri Tablo 4’te verilmiştir. Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalaması 11,31±2,23 (min=8-maks=15) yıldır. 8-11 yaş arasında olan çocukların oranı %52,0, 12-15 yaş arasında olan çocukların oranı %48,0’dır. Çocukların %58,7’si kız ve %41,3’ü erkektir. Çocukların %2,6’sı 1., %11,7’si 2., %12,0’si 3., %10,7’si 4., %14,3’ü 5., %12,0’si 6., %14,0’ü 7., %10,7’si 8., %8,0’i 9. ve %4,0’ü ise 10. sınıftadır. Çocukların %13’ünde bedensel, %2’sinde ruhsal ve %13’ünde daha önce etkilenilen olay vardır.

Tablo 4: Çocukların demografik özellikleri

Yaş (Ort±SS)		11,31±2,23	
		Sayı	%
Yaş	8-11	156	52,0
	12-15	144	48,0
Cinsiyet	Erkek	124	41,3
	Kız	176	58,7
Eğitim	1. sınıf	8	2,6
	2. sınıf	35	11,7
	3. sınıf	36	12,0
	4. sınıf	32	10,7
	5. sınıf	43	14,3
	6. sınıf	36	12,0
	7. sınıf	42	14,0
	8. sınıf	32	10,7
	9. sınıf	24	8,0
	10. sınıf	12	4,0
Bedensel kronik hastalık	Evet	39	13,0
	Hayır	261	87,0
Ruhsal kronik hastalık	Evet	6	2,0
	Hayır	294	98,0
Daha önce çok etkileyen olay	Evet	39	13,0
	Hayır	261	87,0

Ort: ortalama SS: standart sapma %:yüzde

Çalışmaya katılan çocukların deprem deneyimleri Tablo 5’te verilmiştir. Çocukların deprem anında korku düzeyi %9,7’sinde az iken, %31,7’sinde orta, %58,7’si ise şiddetlidir. Çocukların %3,3’ü deprem anında enkaz altında kalmış iken %7,3’ü yaralanmıştır. Çocukların %9,7’sinin aile üyeleri, %31,0’inin akraba veya yakın arkadaşları, %10’unun öğretmen veya sınıf arkadaşları yaralanmıştır. Çocukların %4’ünün aile üyeleri, %40,7’sinin akraba veya yakın arkadaşları, %12’sinin öğretmen veya sınıf arkadaşları vefat etmiştir. Çocukların %13,0’si hafif yaralı, %15,7’si ağır yaralı birilerine, %14,7’si birinin vefatına ve %31,3’ü ise bina yıkılmasına tanıklık etmiştir.

Tablo 5. Çocukların travma maruziyetleri

		Sayı	%
Deprem anında korku düzeyi	Az	29	9,7
	Orta	95	31,6
	Şiddetli	176	58,7
Depremde enkaz altında kalma	Evet	10	3,3
	Hayır	290	96,7
Depremde yaralanma	Evet	22	7,3
	Hayır	278	92,7
Depremde yakınların yaralanması	Aile üyeleri	29	9,7
	Akraba/yakın arkadaşlar	93	31,0
	Öğretmen veya sınıf arkadaşları	30	10,0
	Hayır	148	49,3
Depremde yakınların vefatı	Aile üyeleri	12	4,0
	Akraba/yakın arkadaşlar	122	40,7
	Öğretmen veya sınıf arkadaşları	37	12,3
	Hayır	129	43,0
Depremde yaralı birine tanıklık	Ağır yaralanma	47	15,7
	Hafif yaralanma	39	13,0
	Hayır	214	71,3
Depremde birinin vefatına tanıklık	Evet	44	14,7
	Hayır	256	85,3
Depremde bina yıkılması görme	Evet	94	31,3
	Hayır	206	68,7

%;yüzde

Çalışmaya katılan çocukların deprem sonrası deneyimleri Tablo 6’da verilmiştir. Çocukların %23,3’ü depremden sonra 2 günden az, %32,3’ü 2-3 gün, %44,3’ü 3 günden fazla dışarda kalmış iken %15’inin ailesi ile bağlantısı kesilmiştir. Çocukların %59’u 6 haftadan sonra okula başlamış iken %18,3’ü ise hiç başlamamış olup %63,3’ü ise okul değiştirmiştir. Çocukların %15,3’ü şehir değiştirmiş iken %42,3’ü geçici olarak değiştirmiştir. Çocukların %36,3’ü depremden sonra az, %34,3’ü çok sosyal destek almış iken %29,3’ü hiç almamıştır. Çocukların %11,3’ü psikolojik destek almış iken %79,7’si depremle ilgili korkunç, hüznü mesaj/görüntü/haberlere maruz kalmış ve %58’i depremle ilgili haberleri izlerken hiç ağlamamıştır.

Tablo 6. Çocukların travma sonrası maruziyeti

		Sayı	%
Depremden sonra dışarda kalma süresi	<2 gün	70	23,3
	2--3 gün	97	32,4
	3 gün ve daha fazla	133	44,3
Depremden sonra ailesi ile bağlantının kesilmesi	Evet	45	15,0
	Hayır	255	85,0
Şehir değişikliği	Evet	46	15,4
	Geçici olarak (<6 ay)	127	42,3
	Hayır	127	42,3
Okula tekrardan başlama	3 hafta	35	11,7
	3--6 hafta	33	11,0
	6 haftadan fazla	177	59,0
	Hiç başlamadı	55	18,3
Okul değişikliği	Evet	190	63,3
	Hayır	110	36,7
Depremden sonra sosyal destek	Az	109	36,4
	Çok	103	34,3
	Hiç	88	29,3
Depremden sonra psikolojik destek	Evet	34	11,3
	Hayır	266	88,7
Depremle ilgili korkunç, hüzünlü mesaj/görüntü/haberlere maruziyet	Evet	239	79,7
	Hayır	61	20,3
Deprem ile ilgili haberleri izlerken ağlama	1--3	78	26,0
	4 ve daha fazla	48	16,0
	Hiç	174	58,0

%;yüzde

Çocuklarda depremin aile üzerinde algıladığı psikolojik etkilerin derecelendirilmesi Tablo 7’de verilmiştir. Çocuklara ailesinin deprem sonrası psikolojik durumunun nasıl etkilediğini ilgilendiren soru sorulmuş ve 1 (hafif)’den 5 (şiddetli)’e kadar puan verilmesi istenmiş iken %12,67’si 1, %33,33’ü ise 5 işaretlemiş olup ortalaması $3,44 \pm 1,38$ şeklindedir (Tablo 7).

Tablo 1. Çocuklarda Depremin Aile Üzerinde Algılanan Psikolojik Etkisi

		Sayı	%
Size göre deprem ailenizin psikolojik durumunu ne ölçüde etkiledi?	1	38	12,67
	2	33	11,00
	3	87	29,00
	4	42	14,00
	5	100	33,33
Ort±SS		3,44±1,38	

Ort:ortalama SS: standart sapma %:yüzde

4.2. Ebeveyn Demografik Özellikleri ve Deprem Deneyimlerinin Ebeveyn Duygu Düzenleme Sürecine Etkisi

Deprem sonrası ebeveynlerin kendilerine ve çocuklarına yönelik olumsuz duygularını düzenleme sürecini değerlendirmek amacıyla kullanılan ‘ebeveyn duygu düzenleme ölçeği’; ‘anne-babanın çocuğun duygularına yönelimi’, ‘anne-babanın çocuğun duygularından kaçınması’ ve ‘anne-babanın çocuğun ve kendi duygularını kabul etmesi’ olmak üzere üç alt boyuttan oluşmakta olup bu boyutların puanları hesaplanmıştır.

Ebeveyn demografik özelliklerine göre ebeveyn duygu düzenleme alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi Tablo 8’de gösterilmiştir.

Cinsiyete göre; çalışmaya katılan babaların, annelere göre ‘anne-babanın çocuğun duygularından kaçınma’ alt ölçeği puanı daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,025**). ‘Anne-babanın çocuğun duygularına yönelimi’ ile ‘anne-babanın çocuğun ve kendi duygularını kabul etmesi’ alt ölçek puanlarında anneler ve babalar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,871$ $p=0,284$).

Eğitim durumuna göre; ilköğretim mezunu olan katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularından kaçınma puanı diğer gruplardan daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,001**). Çocuğun duygularına yönelim ve çocuğun duygularını kabul etme alt ölçek puanlarında eğitim seviyesine göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,483$ $p=0,455$).

Ebeveynlerin medeni durumuna göre; ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarında gruplar arası istatistiksel fark saptanmamıştır ($p=0,706$ $p=0,358$ $p=0,256$).

Çalışma durumuna göre; emekli/diğer olan katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularından kaçınma puanı diğer gruplardan anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,023**). Çocuğun duygularına yönelim ve çocuğun duygularını kabul etme alt ölçek puanlarında çalışma durumuna göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,737$ $p=0,197$).

Aylık gelire göre; 15 bin altı geliri olan katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularından kaçınma puanı diğer gruplardan anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,001**). Çocuğun duygularına yönelim ve çocuğun duygularını kabul etme alt ölçek puanlarında gelir düzeyine göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,172$ $p=0,961$).

Yaşanılan ile göre; Adana’da yaşayan katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularından kaçınma puanı diğer gruplara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,032**). Elazığ’da yaşayan katılımcı ebeveynlerin ise çocuğun duygularından kaçınma puanı en düşüktür. Çocuğun duygularına yönelim ve çocuğun duygularını

kabul etme alt ölçek puanlarında Gaziantep'te yaşayan katılımcılar en yüksek puanı almıştır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,058$ $p=0,817$).

Ruhsal kronik hastalık durumuna göre; ruhsal kronik hastalığı olan katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularından kaçınma puanı, ruhsal kronik hastalığı olmayan ebeveynlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,028$).

Ebeveynin daha önce travmatik olay yaşama durumuna göre; ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarında gruplar arası istatistiksel fark saptanmamıştır ($p=0,878$ $p=0,490$ $p=0,567$).

Ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre; ailesinde psikiyatrik hastalık olmayan ebeveynlerin çocuğun duygularını kabul etme puanı, ailesinde psikiyatrik hastalık olan ebeveynlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,006$).

Tablo 8. Ebeveyn demografik özelliklerine göre ebeveyn duygu düzenleme alt ölçeklerinin değerlendirilmesi

		Duygularından kaçınma			Duygularına yönelimi			Duygularını kabul etme		
		MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3
Cinsiyet	Baba	14,00	11,00	16,00	20,00	18,00	23,00	9,00	8,00	10,00
	Anne	13,00	10,00	14,00	20,00	18,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	P	0,025*			0,871			0,284		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	14,00	12,00	16,00	20,00	19,00	22,00	9,00	8,00	11,00
	Lise	12,00	10,50	14,00	20,00	18,50	22,00	9,00	7,50	11,00
	Üniversite ve üstü	12,00	10,00	14,00	20,00	18,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	P	0,001*			0,483			0,455		
Medeni durum	Evli	13,00	11,00	15,00	20,00	19,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	Dul/boşanmış	12,00	11,00	14,00	20,00	16,00	23,00	8,50	7,00	10,00
	P	0,706			0,358			0,256		
Çalışma durumu	Çalışmıyor/ev hanımı	13,00	11,00	15,00	20,00	18,50	22,00	10,00	8,00	11,00
	İşçi	14,00	11,00	16,00	20,00	19,00	23,00	10,00	8,00	11,00
	Serbest meslek	13,00	10,00	15,00	20,00	18,00	22,00	8,00	7,00	9,00
	Memur	12,00	9,50	14,00	20,00	18,00	23,00	9,00	8,00	11,00
	Emekli/diğer	14,50	11,00	16,00	21,50	20,00	24,00	8,00	8,00	11,00
	P	0,023*			0,737			0,197		
Aylık gelir	15 bin altı	14,00	11,00	16,00	21,00	19,00	23,00	9,00	8,00	11,00
	15 bin-30 bin arası	12,00	9,00	14,00	20,00	18,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	30 bin üstü	12,00	9,00	13,00	20,00	18,00	22,00	10,00	9,00	11,00
	P	0,001*			0,172			0,961		
Yaşadığınız il	Adana	14,00	12,50	14,50	22,00	20,00	23,50	8,50	7,00	10,00
	Adıyaman	12,00	11,00	14,00	18,00	15,00	20,00	9,00	8,00	12,00
	Elazığ	10,00	8,00	12,00	19,00	18,00	20,00	10,00	8,00	12,00
	Gaziantep	12,00	9,00	13,00	22,00	20,50	22,50	11,00	9,50	12,00
	Hatay	11,00	9,00	14,00	18,00	16,00	21,00	9,00	7,00	10,00
	Kahramanmaraş	13,00	11,00	15,00	21,00	19,00	23,00	10,00	8,00	11,00
	Malatya	11,00	9,00	13,00	19,00	19,00	20,00	9,00	8,00	10,00
	Osmaniye	12,00	8,00	12,00	20,00	19,00	20,00	10,00	6,00	12,00
	P	0,032*			0,058			0,817		
Ruhsal kronik hastalık	Evet	13,50	13,00	16,00	20,00	18,00	22,00	8,00	7,00	9,75
	Hayır	13,00	10,25	15,00	20,00	18,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	P	0,028*			0,352			0,139		
Daha önce etkileyen bir olay	Evet	13,00	11,00	15,00	20,00	18,00	22,00	9,00	8,00	8,00
	Hayır	13,00	10,00	15,00	20,00	19,00	22,00	10,00	11,00	11,00
	P	0,878			0,490			0,567		
Ailede psikiyatrik hastalık	Evet	13,00	11,50	14,00	20,00	17,50	22,00	8,00	7,00	9,00
	Hayır	13,00	11,00	15,00	20,00	18,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	P	0,844			0,510			0,006*		

Mann Whitney u Test; Kruskal Wallis H test; $\alpha:0.05$; * gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Ebeveyn deprem deneyimlerine göre ebeveyn duygu düzenleme alt ölçeklerinin değerlendirilmesi Tablo 9’da gösterilmiştir.

Deprem anında korku düzeyi şiddetli olan katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularına yönelimi alt ölçek puanı daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**p=0,009**). Çocuğun duygularından kaçınma ve çocuğun duygularını kabul etme alt ölçek puanlarında deprem anında korku düzeyine göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,053$ $p=0,933$).

Depremde enkaz altında kalma ve yaralanma durumuna göre ebeveyn duygu düzenleme alt ölçek puanlarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Depremde yakınların vefatı durumuna göre; akrabası vefat eden katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularından kaçınma alt ölçek puanı diğer gruplara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,002**). Birinci derece aile/yakın arkadaş kaybı yaşayan ebeveynlerin çocuğun duygularına yönelimi puanı daha yüksek olmakla birlikte anlamlı saptanmamıştır ($p=0,073$).

Depremde yaralı birine tanıklık durumuna göre; ağır yaralanmaya tanıklık eden katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularına yönelimi alt ölçek puanı diğer gruplara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,023**). Diğer iki alt ölçek puanlarında gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,706$ $p=0,706$).

Depremde birilerinin ölümüne/cesedine tanıklık durumuna göre; ölüme/cesede tanıklık eden katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularından kaçınma alt ölçek puanı tanıklık etmeyenlere göre anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,049**). Diğer iki alt ölçek puanlarında gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,197$ $p=0,664$).

Depremde bina yıkılması görme durumuna göre ebeveyn duygu düzenleme alt ölçek puanlarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,769$ $p=0,271$ $p=0,624$).

Depremde arama-kurtarma çalışmalarına katılma durumuna göre; arama-kurtarma çalışmalarına katılan ebeveynlerin çocuğun duygularından kaçınma alt ölçek puanı katılmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,041**). Diğer iki alt ölçek puanlarında gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,291$ $p=0,433$).

Depremden sonra sosyal destek alma durumuna göre; hiç sosyal destek almayan katılımcı ebeveynlerin çocuğun duygularından kaçınma puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,005**).

Tablo 9. Ebeveyn deprem deneyimlerine göre ebeveyn duygu düzenleme alt ölçeklerinin değerlendirilmesi

		Duygularından kaçınma			Duygularına yönelimi			Duyguları kabul etme		
		Median	Q1	Q3	Median	Q1	Q3	Median	Q1	Q3
Deprem anında korku düzeyi	Hiç/az	14,00	11,00	16,00	19,00	16,00	21,00	9,00	8,00	12,00
	Orta	12,00	9,00	14,00	20,00	18,00	23,00	9,00	8,00	12,00
	Şiddetli	13,00	11,00	15,00	20,50	19,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	P	0,053			0,009*			0,933		
Depremde enkaz altında kalma	Evet	13,00	9,00	16,00	21,00	19,00	23,00	9,00	6,00	10,00
	Hayır	13,00	11,00	15,00	20,00	18,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	P	0,999			0,301			0,220		
Depremde yaralanma	Evet	13,00	10,00	16,00	20,00	18,00	22,00	9,00	8,00	11,00
	Hayır	13,00	11,00	15,00	20,00	18,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	P	0,609			0,364			0,614		
Depremde yakınların vefatı	Akrabalarımдан	14,00	11,00	16,00	20,00	18,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	Birinci derece ailemden/yakın arkadaşlarımdan	12,00	10,00	14,00	21,00	19,00	23,00	9,00	8,00	11,00
	Hayır	12,00	9,00	14,00	20,00	19,00	23,00	9,00	7,00	10,00
	Sosyal çevremden	13,00	9,00	14,00	19,00	18,00	21,00	9,50	8,00	11,00
	P	0,002*			0,073			0,106		
Depremde yaralı birine tanıklık	Ağır yaralanma	14,00	10,00	15,00	21,00	19,00	23,00	10,00	8,00	11,00
	Hafif yaralanma	13,00	11,00	14,00	20,00	16,00	21,00	10,00	8,00	10,00
	Hayır	13,00	11,00	15,00	20,00	18,00	22,00	9,00	8,00	11,00
	P	0,706			0,023*			0,706		
Depremde birilerinin ölümüne tanıklık	Evet	14,00	11,00	15,00	20,00	19,00	23,00	10,00	8,00	11,00
	Hayır	12,00	10,00	15,00	20,00	18,00	22,00	9,00	8,00	11,00
	P	0,049*			0,197			0,664		
Depremde bina yıkılması görme	Evet	13,00	11,00	15,00	20,00	18,00	23,00	10,00	8,00	11,00
	Hayır	13,00	11,00	15,00	20,00	18,00	22,00	9,00	8,00	11,00
	P	0,769			0,271			0,624		
Depremde arama-kurtarma çalışmalarına katılma	Evet	14,00	12,00	16,00	20,50	19,00	23,00	9,00	8,00	10,00
	Hayır	13,00	10,00	15,00	20,00	18,00	22,00	10,00	8,00	11,00
	P	0,041*			0,291			0,433		
Depremden sonra sosyal destek	Az	13,00	10,00	15,00	20,00	18,00	22,00	9,00	8,00	11,00
	Çok	12,00	9,00	14,00	20,00	18,00	23,00	9,00	8,00	11,50
	Hiç	14,00	11,00	15,00	20,50	19,00	23,00	10,00	8,00	11,00
	P	0,005*			0,685			0,487		

Mann Whitney u Test; Kruskal Wallis H test; a:0.05;* gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

4.3. Ebeveyn Demografik Özellikleri ve Deprem Deneyimlerinin Ebeveyn Travma Sonrası Stres Düzeyine Etkisi

Deprem travması yaşayan ebeveynlerin travma sonrası stres düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan ‘olayların etkisi ölçeği (IES-R)’; ‘yeniden yaşama’, ‘kaçınma’ ve ‘aşırı uyarılma’ olmak üzere 3 alt boyut ve toplam ölçek puanına sahiptir. Ölçeğin toplam puanı arttıkça travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riski artmakta olup tanı koydurucu kesim değeri 33 kabul edilmektedir.

Katılımcı ebeveynlerin IES-R kesme puanı 33 alınarak saptanan TSSB oranı Tablo 10’da verilmiştir. Toplam katılımcı ebeveyn sayısı 300 olan çalışmada, ebeveynlerin %65,7’sinin IES-R toplam puanı 33 ve üzeri saptanmış olup bu yüzde ebeveyn TSSB oranını vermektedir.

Tablo 10. Katılımcı ebeveynlerin olayların etkisi ölçeği (IES-R) kesme değerine göre TSSB oranı

		n	%
IES-R cut off grup	<33	103	%34,3
	≥33	197	%65,7
Toplam		300	%100

Kesme değeri 33 alındığında yüzdeler n: örneklem sayısı %: yüzde

Ebeveyn demografik özelliklerinin olayların etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 11’de gösterilmiştir.

Cinsiyete göre; katılımcı ebeveynlerin TSSB oranı babalarda %49,5, annelerde %72,7 bulunmuştur. Annelerde TSSB oranı babalardan daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.001$).

Eğitim durumuna göre ebeveynlerin TSSB oranında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,888$).

Medeni duruma göre; dul/boşanmış olan katılımcı ebeveynlerin TSSB oranı %83,3 ile evli olan ebeveynlere göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,102$).

Çalışma durumuna göre; katılımcı ebeveynlerin TSSB oranı çalışmıyor/ev hanımı olan olanlarda %71,3 bulunmuş olup diğer ebeveynlere göre bu oran istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Aylık gelire göre ve yaşanan ile göre; katılımcı ebeveynlerde gruplar arası TSSB oranında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,125$ $p=0,391$)

Depremden önce yaşanan evin özelliğine göre; katılımcı ebeveynlerin TSSB oranı apartmanda yaşayanlarda %69,0, müstakil evde yaşayanlarda %31 bulunmuştur. Apartmanda yaşayanlarda TSSB oranı yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,055$).

Ruhsal kronik hastalık durumuna göre; ruhsal kronik hastalığı olan ebeveynlerin TSSB oranı 87,5%, ruhsal kronik hastalığı olmayan ebeveynlerde ise TSSB oranı

%63,7 bulunmuştur. Ruhsal kronik hastalığı olan ebeveynlerde TSSB oranı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,042**).

Daha önce travmatik olay yaşama durumuna göre; daha önce travmatik olay yaşayan ebeveynlerde TSSB oranı %68,0, daha önce travmatik olay yaşamayan ebeveynlerde TSSB oranı %61,6 bulunmuştur. Daha önce travmatik olay yaşayan ebeveynlerde TSSB oranı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,276).

Ailesinde ruhsal kronik hastalık olma durumunu göre; ailesinde ruhsal kronik hastalık olan katılımcı ebeveynlerin TSSB oranı %79,3, ailesinde ruhsal kronik hastalık olmayan ebeveynlerin TSSB oranı ise %62,0 bulunmuştur. Ailesinde ruhsal kronik hastalık bulunan ebeveynlerin TSSB oranı daha yüksek olmakla birlik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,065).

Tablo 11. Ebeveyn demografik özelliklerinin olayların etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi

		IES-R cut off grup				
		<33		>=33		
		n	%	n	%	P
Cinsiyet	Baba	46	50,5%	45	49,5%	p<0.001*
	Anne	57	27,3%	152	72,7%	
Eğitim durumu	İlkokul/ortaokul	54	35,1%	100	64,9%	0,888
	Lise	24	35,3%	44	64,7%	
	Üniversite ve üstü	25	32,1%	53	67,9%	
Medeni durum	Evli	100	35,6%	181	64,4%	0,102
	Dul/boşanmış	3	16,7%	15	83,3%	
Çalışma durumu	Çalışmıyor/ev hanımı	47	28,7%	117	71,3%	p<0.001*
	İşçi	35	59,3%	24	40,7%	
	Serbest meslek	6	54,5%	5	45,5%	
	Memur	19	31,7%	41	68,3%	
	Emekli/diğer	2	33,3%	4	66,7%	
Aylık gelir	15 bin altı	69	34,0%	134	66,0%	0,125
	15 bin-30 bin arası	24	30,4%	55	69,6%	
	30 bin üstü	10	55,6%	8	44,4%	
Yaşadığınız il	Adana	1	25,0%	3	75,0%	0,391
	Adıyaman	2	40,0%	3	60,0%	
	Elazığ	2	100,0%	0	0,0%	
	Gaziantep	2	50,0%	2	50,0%	
	Hatay	4	22,2%	14	77,8%	
	Kahramanmaraş	86	33,7%	169	66,3%	
	Malatya	5	55,6%	4	44,4%	
	Osmaniye	1	33,3%	2	66,7%	
Depremden önce yaşadığınız evin özelliği	Apartman	76	33,3%	152	66,7%	0,055
	Müstakil	33	45,8%	39	54,2%	
Ruhsal kronik hastalık	Evet	2	12,5%	14	87,5%	0,042*
	Hayır	107	36,3%	177	63,7%	
Daha önce etkileyen olay	Evet	31	32%	66	68,0%	0,276
	Hayır	78	%38,4	125	61,6%	
Ailede psikiyatrik hastalık	Evet	6	20,7%	33	79,3%	0,065
	Hayır	103	38%	168	62,0%	

Chi Square test; Fisher exact test;a:0.05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

Ebeveyn deprem deneyimlerinin olayların etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Deprem anında korku düzeyine göre; şiddetli korku yaşayan katılımcı ebeveynlerin TSSB oranı %74,3 ile en yüksek orana sahip olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**p<0,001**).

Depremde enkaz altında kalma durumuna göre; katılımcı ebeveynlerin TSSB oranı enkaz altında kalanlarda %80,0, enkaz altında kalmayanlarda ise %64,9 bulunmuştur. Enkaz altında kalan ebeveynlerin TTSB oranı yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,230).

Depremde yaralanma durumuna göre; yaralanan ebeveynlerin TSSB oranı %76,9, yaralanmayan ebeveynlerin TSSB oranı %61,7’dir. Yaralanan ebeveynlerin TSSB oranı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,065).

Depremde yakınların vefatına göre; TSSB oranı birinci derece ailesinden veya yakın arkadaşlarından kayıp yaşayan katılımcı ebeveynlerde %71,4, akrabalarından kayıp yaşayan ebeveynlerde %68,4 kayıp yaşamayan ebeveynlerde ise %59,3 bulunmuştur. Yakın kaybı yaşayan ebeveynlerde TSSB oranı daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,388).

Depremde yaralı birine tanıklık ve vefat etmiş birine tanıklık durumuna göre; ; katılımcı ebeveynlerde gruplar arası TSSB oranında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,718 p=469).

Depremde bina yıkılması görme durumuna göre; katılımcı ebeveynlerin TSSB oranı bina yıkılması görenlerde %71,5, bina yıkılması görmeyenlerde ise % 60,7 bulunmuştur. TSSB oranı bina yıkılması görenlerde daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak sınırda anlamlı bulunmuştur (**p=0,050**).

Depremde arama-kurtarma çalışmalarına katılma durumuna göre; katılımcı ebeveynlerde gruplar arası TSSB oranında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,490).

Tablo 12. Ebeveyn deprem deneyimlerinin olayların etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi

		IES-R cut off grup				
		<33		≥33		
		n	%	n	%	
Deprem anında korku düzeyi	Hiç/az	21	60,0%	14	40,0%	p<0.001*
	Orta	27	52,9%	24	47,1%	
	Şiddetli	55	25,7%	159	74,3%	
Depremde enkaz altında kalma	Evet	3	20,0%	12	80,0%	0,230
	Hayır	100	35,1%	185	64,9%	
Depremde yaralanma	Evet	9	23,1%	30	76,9%	0,065
	Hayır	100	38,3%	161	61,7%	
Depremde yakınların vefatı	Akrabalarımın	49	31,6%	106	68,4%	0,388
	Birinci derece ailemden/yakın arkadaşlarımdan	12	28,6%	30	71,4%	
	Hayır	24	40,7%	35	59,3%	
	Sosyal çevremden	18	40,9%	26	59,1%	
Depremde yaralı birine tanıklık	Ağır yaralanma	32	33,0%	65	67,0%	0,718
	Hafif yaralanma	12	30,0%	28	70,0%	
	Hayır	59	36,2%	104	63,8%	
Depremde birilerinin ölümüne tanıklık	Evet	41	32,0%	87	68,0%	0,469
	Hayır	62	36,0%	110	64,0%	
Depremde bina yıkılması görme	Evet	39	28,5%	98	71,5%	0,050
	Hayır	64	39,3%	99	60,7%	
Depremde arama-kurtarma çalışmalarına katılma	Evet	20	38,5%	32	61,5%	0,490
	Hayır	83	33,5%	165	66,5%	

Chi Square test; Fisher exact test; a:0.05; * gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

Ebeveyn deprem deneyimlerinin olayların etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 13'te gösterilmiştir.

Depremden sonra evin hasar derecesine ve depremde kalınan yere göre ebeveynlerin TSSB oranı anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0,455 p=0,546).

Depremden sonra para/mal kaybı ve iş/geçim kaynakları kaybı durumuna göre ebeveynlerin TSSB oranı anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0,911 p=0,542).

Depremden sonra alınan sosyal destek durumuna göre ebeveynlerin TSSB oranı anlamlı farklılık göstermemiştir (p=790).

Tablo 13. Ebeveyn deprem sonrası deneyimlerinin olayların etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi

		IES-R cut off grup				
		<33		>=33		
		n	%	n	%	
Depremden sonra evinizin hasar durumu	Hasarsız	13	%43,3	17	56,7%	0,455
	Az hasarlı	18	29,5%	43	70,5%	
	Orta hasarlı	7	30,4%	16	69,6%	
	Ağır hasarlı	59	40,1%	88	59,9%	
	Yıkıldı	12	30,8%	27	69,2%	
Depremden sonra yaşadığınız yer	Konteyner	74	38,7%	117	61,3%	0,546
	Yakınlarımla evi	9	30,0%	21	70,0%	
	Kendi evim	26	32,9%	53	67,1%	
Deprem nedeniyle para/mal kaybı	Hiç veya çok az	36	37,9%	59	62,1%	0,911
	Küçük bir kısmı	13	31,0%	29	69,0%	
	Yaklaşık yarısı	8	32,0%	17	68,0%	
	Çoğu	21	38,9%	33	61,1%	
	Neredeyse tamamı	31	36,9%	53	63,1%	
Deprem nedeniyle iş/geçim kaynakları kaybı	Hayır	54	37,0%	92	63,0%	0,542
	Kısmen	22	41,5%	31	58,5%	
	Tamamen	33	32,7%	68	67,3%	
Depremden sonra sosyal destek	Hiç	53	37,9%	87	62,1%	0,790
	Az	39	33,9%	76	66,1%	
	Çok	17	37,8%	28	62,2%	

Chi Square test; Fisher exact test; $\alpha:0.05$; * gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

Ebeveyn demografik özelliklerine göre olayların etkisi ölçeğinin alt ölçekleriyle birlikte değerlendirilmesi Tablo 14’te gösterilmiştir.

Cinsiyete göre; çalışmaya katılan annelerin, babalara göre yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma olmak üzere IES-R 3 alt boyut ve toplam puanı daha yüksek olup bu fark bütün puanlarda istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$).

Eğitim durumuna göre ve medeni duruma göre; IES-R 3 alt boyut ve toplam puanlarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,365$ $p=0,243$).

Çalışma durumuna göre; çalışmıyor/ev hanımı olan katılımcı ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama, aşırı uyarılma alt boyutları ve TSSB toplam puanı diğer iş gruplarındaki ebeveynlere göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).

Aylık gelire göre; IES-R alt boyut ve toplam puanlarında katılımcı gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,540$).

Yaşanılan ile göre; Adana’da yaşayan katılımcı ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama, aşırı uyarılma alt boyutları ve toplam puanı diğer illerde yaşayan ebeveynlere göre daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,422$).

Depremden önce yaşanan evin özelliğine göre; apartmanda yaşayan katılımcı ebeveynlerin IES-R aşırı uyarılma alt ölçeği ve toplam puanı diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,002 p=0,014**). Diğer alt ölçeklerde gruplar arası anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Ruhsal kronik hastalık durumuna göre; ruhsal kronik hastalığı olan katılımcı ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve toplam puanı ruhsal kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olup bu fark bütün puanlarda istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**p=0,018 p=0,018 p=0,002 p=0,004**).

Daha önce travmatik olay yaşama durumuna göre; travmatik olay yaşayan katılımcı ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve toplam puanı travmatik olay yaşamayanlara göre daha yüksek olup bu fark bütün puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p= 0,033 p=0,005 p=0,001 p=0,002**) .

Ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre; ailesinde psikiyatrik hastalığı olan katılımcı ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve toplam puanı, ailesinde psikiyatrik hastalığı olmayan ebeveynlere göre daha yüksek olup bu fark kaçınma ve toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,003 p=0,040**).

Tablo 14. Ebeveyn demografik özelliklerine göre olayların etkisi ölçeğinin alt ölçekleriyle birlikte değerlendirilmesi

	Yeniden yaşama			Kaçınma			Aşırı uyarılma			IESR_TOPLAM		
	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3
Cinsiyet												
Baba	14,00	8,00	19,00	11,00	7,00	15,00	7,00	4,00	11,00	32,00	22,00	43,00
Anne	18,00	13,00	25,00	13,00	8,00	18,00	12,00	6,00	16,00	44,00	31,00	56,00
P	p<0,001*			0,031*			p<0,001*			p<0,001*		
Eğitim durumu												
İlköğretim altı	18,00	12,00	24,00	12,00	7,00	17,00	10,00	5,00	16,00	40,00	26,00	56,00
Lise	15,00	11,00	21,50	11,00	6,50	16,50	10,00	6,00	14,00	38,50	24,00	50,00
Üniversite ve üstü	16,00	10,00	21,00	12,00	8,00	17,00	10,00	6,00	13,00	39,00	30,00	53,00
P	0,139			0,660			0,610			0,365		
Medeni durum												
Evli	17,00	11,00	23,00	12,00	8,00	17,00	10,00	6,00	15,00	39,00	26,00	53,00
Dul/boşanmış	16,50	14,00	23,00	14,00	11,00	19,00	11,00	8,00	15,00	44,50	36,00	56,00
P	0,836			0,063			0,473			0,243		
Çalışma durumu												
Çalışmıyor/ev hanımı	19,00	12,50	25,00	12,00	8,00	18,00	11,50	6,50	16,00	44,00	31,00	55,00
İşçi	13,00	7,00	19,00	10,00	6,00	16,00	6,00	3,00	11,00	30,00	20,00	42,00
Serbest meslek	15,00	10,00	21,00	12,00	10,00	18,00	7,00	,00	12,00	31,00	24,00	54,00
Memur	16,00	12,50	22,50	12,00	8,00	16,00	10,50	7,00	15,50	39,50	32,00	53,00
Emekli/diğer	16,00	8,00	19,00	13,00	3,00	18,00	8,00	8,00	10,00	37,00	17,00	47,00
P	p<0,001*			0,440			p<0,001*			p<0,001*		
Avlık gelir												
15 bin altı	18,00	12,00	24,00	12,00	8,00	18,00	10,00	6,00	15,00	40,00	27,00	54,00
15 bin-30 bin arası	16,00	11,00	21,00	12,00	8,00	16,00	10,00	6,00	14,00	39,00	27,00	52,00
30 bin üstü	14,00	7,00	26,00	10,00	8,00	18,00	9,50	3,00	13,00	32,00	19,00	58,00
P	0,271			0,659			0,806			0,540		
Yaşadığınız il												
Adana	20,00	11,00	22,50	16,00	8,50	19,50	12,50	6,50	15,50	51,50	28,50	55,00
Adıyaman	19,00	5,00	25,00	10,00	9,00	12,00	10,00	5,00	12,00	41,00	22,00	46,00
Elazığ	3,50	,00	7,00	6,00	4,00	8,00	1,50	,00	3,00	11,00	4,00	18,00
Gaziantep	12,50	8,00	17,00	21,00	17,00	23,00	8,00	4,00	11,50	38,50	31,00	49,50
Hatay	17,50	11,00	19,00	13,00	9,00	17,00	11,00	7,00	13,00	44,00	36,00	55,00
Kahramanmaraş	17,00	12,00	24,00	12,00	7,00	17,00	10,00	6,00	16,00	40,00	27,00	54,00
Malatya	12,00	6,00	19,00	12,00	6,00	13,00	7,00	7,00	13,00	32,00	24,00	44,00
Osmaniye	11,00	9,00	14,00	11,00	10,00	17,00	8,00	4,00	14,00	33,00	23,00	42,00
P	0,207			0,158			0,630			0,422		
Depremden önce yaşadığınız evin özelliği												
Apartman	17,50	11,00	24,00	12,00	8,00	18,00	11,00	6,00	16,00	40,00	28,25	55,00
Müstakil	16,00	11,00	22,00	11,00	7,00	15,00	8,00	3,25	12,00	36,50	22,00	46,50
p	0,196			0,054*			0,002*			0,014*		
Ruhsal kronik hastalık												
Evet	24,00	15,25	27,00	17,50	12,50	20,75	16,50	11,25	22,00	53,50	38,25	67,25
Hayır	16,50	11,00	22,75	12,00	8,00	17,00	10,00	5,25	15,00	39,00	26,00	53,00
p	0,018*			0,018*			0,002*			0,004*		
Daha önce etkileven olay												
Evet	19,00	12,00	24,50	14,00	9,00	19,50	12,00	8,00	17,50	44,00	30,50	58,00
Hayır	16,00	11,00	21,00	11,00	7,00	16,00	9,00	4,00	14,00	38,00	24,00	50,00
p	0,033*			0,005*			0,001*			0,002*		
Ailede psikiyatrik hastalık												
Evet	18,00	14,50	22,50	16,00	12,50	19,50	12,00	8,00	17,50	47,00	35,00	56,00
Hayır	17,00	11,00	24,00	12,00	8,00	17,00	10,00	5,00	15,00	39,00	25,00	53,00
p	0,382			0,003*			0,089			,040*		

Mann Whitney u Test; Kruskal Wallis H test; a:0.05;* gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Deprem deneyimlerine göre olayların etkisi ölçeğinin alt ölçekleriyle birlikte değerlendirilmesi Tablo 15'te verilmiştir.

Deprem anında korku düzeyine göre; korku düzeyi şiddetli olan katılımcı ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma olmak üzere 3 alt boyut ve toplam puanı diğer gruplara göre daha yüksek olup bu fark bütün puanlarda istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**p<0,001**).

Depremde enkaz altında kalma durumuna göre; enkaz altında kalan katılımcı ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama, aşırı uyarılma alt ölçekler ve toplam puanı enkaz altında kalmayanlara göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p= 0,178 p=0,352 p=0,291).

Depremde yaralanma durumuna göre; yaralanan katılımcı ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama, kaçınma alt boyut ve toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,007 p=0,020 p= 0,010**). Aşırı uyarılma alt ölçek puanlarında gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,086).

Depremde yakınların vefat durumuna göre; birinci derece ailesi/yakın arkadaşları ve akrabaları vefat eden katılımcı ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama alt boyut ve toplam puanı diğer gruptaki ebeveynlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,023 p=0,036**).

Depremde yaralı birine tanıklık ve vefat etmiş birine tanıklık durumuna göre IES-R alt boyut ve toplam puanlarda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,695 p=0,223).

Depremde bina yıkılması görme durumuna göre; bina yıkılması gören katılımcı ebeveynlerin IES-R 3 alt boyut ve toplam puanı bina yıkılması görmeyen ebeveynlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,003**).

Depremde arama-kurtarma çalışmalarına katılma durumuna göre; IES-R alt boyut ve toplam puanlarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,520).

Tablo 15. Ebeveyn deprem deneyimlerine göre olayların etkisi ölçeğinin alt ölçekleriyle birlikte değerlendirilmesi

	Yeniden yaşama			Kaçınma			Aşırı uyarılma			IESR TOPLAM		
	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3
<u>Deprem anında korku düzeyi</u>												
Hiç/az	11,00	3,00	16,00	8,00	4,00	14,00	6,00	1,00	11,00	24,00	11,00	41,00
Orta	13,00	7,00	19,00	11,00	8,00	20,00	7,00	4,00	12,00	32,00	21,00	47,00
Şiddetli	18,50	14,00	24,00	13,00	8,00	17,00	11,50	7,00	16,00	43,00	32,00	55,00
P	p<0.001*			0,013*			p<0.001*			p<0.001*		
<u>Depremde enkaz altında kalma</u>												
Evet	20,00	15,00	26,00	12,00	8,00	18,00	12,00	6,00	16,00	47,00	33,00	55,00
Hayır	17,00	11,00	23,00	12,00	8,00	17,00	10,00	6,00	15,00	39,00	26,00	53,00
P	0,178			0,875			0,352			0,291		
<u>Depremde yaralanma</u>												
Evet	21,00	15,00	27,00	14,00	11,00	20,00	12,00	9,00	18,00	55,00	36,00	60,00
Hayır	16,00	11,00	22,00	12,00	7,00	17,00	9,50	5,00	15,00	39,00	26,00	52,00
P	0,007*			0,023*			0,076			0,010*		
<u>Depremde yakınların vefatı</u>												
Akrabalarımдан	18,00	12,00	24,00	13,00	8,00	17,00	10,00	6,00	15,00	41,00	30,00	55,00
Birinci derece	18,00	12,00	23,00	12,50	8,00	17,00	10,50	6,00	16,00	40,00	29,00	55,00
ailemden/yakın arkadaşlarımdan	15,00	10,00	20,00	11,00	7,00	17,00	9,00	4,00	15,00	39,00	21,00	53,00
Hayır	15,00	8,00	19,00	8,50	6,00	16,00	8,00	5,50	12,00	36,50	21,00	45,00
Sosyal çevremden	0,023*			0,127			0,145			0,036*		
P												
<u>Depremde yaralı birine tanıklık</u>												
Ağır yaralanma	17,00	13,00	23,00	12,00	7,00	17,00	10,00	6,00	16,00	40,00	28,00	55,00
Hafif yaralanma	18,00	14,50	24,00	12,00	7,50	16,50	10,00	6,00	13,00	41,50	31,00	51,00
Hayır	16,00	10,00	23,00	12,00	8,00	17,00	10,00	5,00	15,00	39,00	24,00	53,00
P	0,165			0,981			0,863			0,695		
<u>Depremde birilerinin ölümüne tanıklık</u>												
Evet	18,00	11,50	24,00	12,00	8,00	17,00	10,00	6,00	16,00	39,50	27,50	55,50
Hayır	16,00	11,00	22,00	12,00	8,00	17,00	10,00	5,00	14,50	39,50	26,00	51,50
P	0,069			0,756			0,336			0,223		
<u>Depremde bina yıkılması görme</u>												
Evet	18,00	13,00	24,00	14,00	10,00	18,00	11,00	6,00	16,00	44,00	30,00	56,00
Hayır	16,00	10,00	22,00	11,00	7,00	16,00	9,00	5,00	14,00	38,00	23,00	50,00
P	0,022*			0,001*			0,045*			0,003*		
<u>Depremde arama-kurtarma çalışmalarına katılma</u>												
Evet	15,00	10,00	22,00	12,00	8,00	17,00	8,00	4,50	14,00	38,00	23,50	50,00
Hayır	17,50	12,00	24,00	12,00	8,00	17,00	10,00	6,00	15,00	40,00	28,00	54,00
P	0,340			0,583			0,364			0,520		

Mann Whitney u Test; Kruskal Wallis H test; a:0.05;* gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Ebeveyn deprem sonrası deneyimlerine göre olayların etkisi ölçeğinin alt ölçekleriyle birlikte değerlendirilmesi Tablo 16’da gösterilmiştir.

Depremden sonra evin hasar derecesine ve depremde kalan yere göre ebeveynlerin IES-R 3 alt boyut puanı ve toplam puanı anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0,218 p=0,456).

Depremden sonra para/mal kaybı durumuna göre; para/malının çoğunu kaybeden ebeveynlerin IES-R yeniden yaşama alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,038**). Diğer puan türlerinde gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,302).

Depremden sonra iş/geçim kaynakları kaybı ve alınan sosyal destek durumuna göre ebeveynlerin IES-R 3 alt boyut puanı ve toplam puanı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,078$ $p=0,500$).

Tablo 16. Ebeveyn deprem sonrası deneyimlerine göre olayların etkisi ölçeğinin alt ölçekleriyle birlikte değerlendirilmesi

	Yeniden yaşama			Kaçınma			Aşırı uyarılma			IES-R TOPLAM		
	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3
Depremden sonra evinizin hasar durumu												
Hasarsız	15,50	9,75	19,00	10,5	8,00	16,50	9,00	4,00	12,00	37,50	21,75	50,50
Az hasarlı	17,00	11,50	22,00	13,00	9,00	17,00	10,00	7,00	15,00	40,00	32,00	52,50
Orta hasarlı	21,00	12,00	24,00	12,00	7,00	18,00	12,00	6,00	20,00	41,00	29,00	56,00
Ağır hasarlı	17,00	10,00	24,00	11,00	7,00	17,00	10,00	5,00	15,00	39,00	24,00	55,00
Yıkıldı	18,00	12,00	23,00	13,00	7,00	17,00	10,00	5,00	16,00	39,00	28,00	55,00
p	0,083			0,654			0,125			0,218		
Depremden sonra yaşadığınız ver												
Konteyner	18,00	11,00	24,00	11,00	7,00	17,00	9,00	5,00	16,00	39,00	25,00	55,00
Yakınlarımların evinde	19,00	11,75	24,25	12,50	9,00	17,25	12,00	7,75	12,25	44,00	32,75	56,00
Kendi evim	16,00	11,00	20,00	14,00	8,00	18,00	10,00	6,00	14,00	39,00	31,00	52,00
p	0,261			0,164			0,258			0,456		
Depremde para/mal kaybı												
Hiç veya çok az	15,00	10,00	19,00	11,00	7,00	16,00	9,00	6,00	14,00	38,00	24,00	48,00
Küçük bir kısmı	16,50	11,75	22,50	14,00	12,00	18,00	9,50	6,75	13,25	40,00	31,75	53,25
Yaklaşık yarısı	16,00	11,50	24,00	11,00	9,50	18,00	11,00	8,00	17,00	15,00	30,50	53,00
Çoğu	20,00	12,50	25,00	11,00	6,75	17,00	10,00	6,00	16,25	41,00	23,50	56,00
Neredeyse tamamı	18,50	13,00	27,00	12,00	7,00	17,00	10,00	4,00	17,00	42,50	25,00	55,75
p	0,038*			0,192			0,746			0,302		
Depremde iş/geçim kaynakları kaybı												
Hayır	18,00	12,50	24,00	13,00	8,00	18,00	11,00	7,00	16,00	44,00	31,00	56,00
Kısmen	17,00	10,75	22,25	12,00	7,75	16,00	10,00	5,75	14,00	38,00	25,00	52,00
Tamamen	15,00	10,00	22,50	12,00	7,00	17,50	9,00	4,00	15,50	37,00	23,50	54,00
p	0,138			0,127			0,153			0,078		
Depremden sonra sosyal destek												
Hiç	18,00	11,00	26,00	12,00	7,00	17,00	10,00	6,00	16,75	42,00	25,00	55,75
Az	16,00	11,00	21,00	13,00	8,00	17,00	9,00	6,00	13,00	39,00	28,00	50,00
Çok	16,00	11,50	22,50	11,00	8,00	16,50	11,00	5,00	14,00	37,00	25,00	53,00
p	0,225			0,810			0,491			0,500		

Mann Whitney u Test; Kruskal Wallis H test; $\alpha:0.05$; * gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

4.4. Ebeveyn Duygu Düzenleme Alt Ölçekleriyle Ebeveyn Travma Sonrası Stres Düzeyi İlişkisi

Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği (eddö) alt boyutları ile olayların etkisi ölçeği (IES-R) alt boyutları ve toplam skoru arasındaki korelasyon analizi Tablo 17’de gösterilmiştir.

Eddö anne-babanın çocuğun duygularından kaçınması alt boyutu ile IES-R yeniden yaşama, kaçınma alt boyutları ve IES-R toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişkili ($r=0,141$ $r=0,138$ $r=0,130$) saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,014$ $p=0,017$ $p=0,025$).

Eddö anne-babanın çocuğun duygularına yönelimi ve anne-babanın çocuğun ve kendi duygularını kabul etmesi ile IES-R alt boyutları ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 17. Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutları ve olayların etkisi ölçeğinin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesi

		IES-R yeniden yaşama	IES-R kaçınma	IES-R aşırı uyarılma	IES-R TOPLAM
Eddö-çocuğun duygularından kaçınma	r	0,142	0,138	0,040	0,130
	p	0,014*	0,017*	0,488	0,025*
Eddö-çocuğun Duygularına yönelimi	r	0,018	0,084	-0,001	0,036
	p	0,750	0,146	0,987	0,539
Eddö-çocuğun duygularını kabul etme	r	-0,099	-0,036	-0,102	-0,094
	p	0,088	0,535	0,078	0,104

Spearman Korelasyon test;a:0.05;* ilişki istatistiksel olarak anlamlı

4.5. Çocuk Demografik Özelliklerinin ve Deprem Deneyimlerinin Çocuk Anksiyete ve Depresyonu Üzerine Etkisi

Deprem sonrası çocuklarda anksiyete ve depresyon belirtilerini ölçmek için ‘çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ)’ kullanılmıştır. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB), sosyal fobi (SF), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), panik bozukluk (PB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve majör depresif bozukluk (MDB) olmak üzere 6 alt boyutun T skoru ile toplam anksiyete ve toplam anksiyete & depresyon T skoru hesaplanmıştır. T puanının 65 ve üzeri olması anlamlı bozukluk olarak kabul edilir.

Katılımcı çocukların kesme puanı 65 alınarak saptanan anksiyete ve depresyon oranları Tablo 18’de verilmiştir. Toplam katılımcı çocuk sayısı 300 olan çalışmada, çocukların %62,3’ünde AAB, %17’sinde YAB, %24’ünde PB, %15,3’ünde SAB, %20,3’ünde OKB, %18,3’ünde Depresif Bozukluk, %27,3’ünde anksiyete, %26,7’sinde anksiyete ve depresyon saptanmıştır. Bu verilere göre en sık görülen anksiyete türü AAB olmuştur, en az görülen ise SAB olmuştur.

Tablo 18. Katılımcı çocukların çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) kesme değerine göre değerlendirilmesi

	ÇADÖ cut off grup			
	<65		≥65	
	n	%	n	%
ÇADÖ AAB T skoru	113	37,7	187	%62,3
ÇADÖ YAB T skoru	249	%83,0	51	%17,0
ÇADÖ PB T skoru	228	%76,0	72	%24,0
ÇADÖ SAB T skoru	254	%84,7	46	%15,3
ÇADÖ OKB T skoru	239	%79,7	61	%20,3
ÇADÖ depresif bozukluk T skoru	245	%81,7	55	%18,3
ÇADÖ toplam anksiyete T skoru	218	%72,7	82	%27,3
ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoru	220	%73,3	80	%26,7

Kesme değeri 65 alındığında yüzdeler n: örneklem sayısı %: yüzde

Çocuk demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 19’da gösterilmiştir. Çocuk demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği toplam anksiyete ve toplam anksiyete & depresyon skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 20’de gösterilmiştir.

Cinsiyete göre; erkek çocuklarda SAB oranı %21,0, kız çocuklarda SAB oranı %11,4 saptanmıştır. Toplam anksiyete oranı erkek çocuklarda %35,5, kız çocuklarında %21,6 bulunmuştur. Toplam anksiyete & depresyon oranı ise erkek çocuklarında %34,7, kız çocuklarında %21,0 bulunmuştur. SAB oranı ve her iki toplam oran erkek çocuklarında istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (**p=0,023 p=0,008 p=0,008**).

Yaşa göre; 8-11 yaş aralığında olan katılımcı çocuklarda AAB oranı %73,7, 12-15 yaş aralığında olan katılımcı çocuklarda AAB oranı %50 bulunmuştur. Yaşları daha küçük olan çocuklarda AAB oranı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001**).

Bedensel kronik hastalık durumuna göre; hastalığı olan katılımcı çocuklarda PB oranı %43,6, hastalığı olmayan çocuklarda PB oranı %21,1 olarak saptanmıştır. PB oranı hastalığı olan çocuklarda daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,002**).

Ruhsal kronik hastalık durumuna göre; hastalığı olan katılımcı çocuklarda PB (%66,7), SAB (%50), MDB (%66,7) oranı, toplam anksiyete oranı (%83,3) ve toplam

anksiyete&depresyon oranı (%66,7) hastalığı olmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,031 p=0,048 p=0,012 p=0,007 p=0,045**).

Daha önce travmatik olay yaşama durumuna göre; travmatik olay yaşamış katılımcı çocukların PB hariç bütün ÇADÖ alt boyut oranları travmatik olay yaşamamış çocuklara göre yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,279 p=0,404).



Tablo 19. Çocuk demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları kesme değerine göre değerlendirilmesi

	AAB T skoru				YAB T skoru				PB T skoru				SAB T skoru				OKB T skoru				MDB T skoru			
	<65		>=65		<65		>=65		<65		>=65		<65		>=65		<65		>=65		<65		>=65	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet																								
Erkek	40	32,3%	84	67,7%	97	78,2%	27	21,8%	88	71,0%	36	29,0%	98	79,0%	26	21,0%	96	77,4%	28	22,6%	99	79,8%	25	20,2%
Kız	73	75,6%	73	41,5%	152	86,4%	24	13,6%	140	79,5%	36	20,5%	156	88,6%	20	11,4%	143	81,3%	33	18,8%	146	83,0%	30	17,0%
p	0,105				0,065				0,087				0,023*				0,417				0,492			
Yaş																								
8-11	41	26,3%	115	73,7%	129	82,7%	27	17,3%	118	75,6%	38	24,4%	132	84,6%	24	15,4%	118	75,6%	38	24,4%	131	84,0%	25	16,0%
12-15	72	50,0%	72	50,0%	120	83,3%	24	16,7%	110	76,4%	34	23,6%	122	84,7%	22	15,3%	121	84,0%	23	16,0%	114	79,2%	30	20,8%
p	0,000*				0,883				0,880				0,980				0,071				0,282			
Bedensel kronik hastalık																								
Evet	17	43,6%	22	56,4%	33	84,6%	6	15,4%	22	56,4%	17	43,6%	31	79,5%	8	20,5%	31	79,5%	8	20,5%	31	79,5%	8	20,5%
Hayır	96	36,8%	165	63,2%	216	82,8%	45	17,2%	206	78,9%	55	21,1%	223	85,4%	38	14,6%	208	79,7%	53	20,3%	214	82,0%	47	18,0%
p	0,413				0,773				0,002*				0,336				0,976				0,706			
Ruhsal kronik hastalık																								
Evet	0	0,0%	6	100,0%	3	50,0%	3	50,0%	24	33,3%	4	66,7%	3	50,0%	3	50,0%	4	66,7%	2	33,3%	2	33,3%	4	66,7%
Hayır	113	38,4%	181	61,6%	246	83,7%	48	16,3%	2226	76,9%	68	23,1%	251	85,4%	43	14,6%	235	79,9%	59	20,1%	243	82,7%	51	17,3%
p	0,087				0,064				0,031*				0,048*				0,353				0,012*			
Daha önce çok etkileven olay																								
Evet	10	25,6%	29	74,4%	30	76,9%	9	23,1%	30	76,9%	9	23,1%	31	79,5%	8	20,5%	28	74,4%	10	25,6%	30	76,9%	9	23,1%
Hayır	103	39,5%	158	60,5%	219	83,9%	42	16,1%	198	75,9%	63	24,1%	223	85,4%	38	14,6%	210	80,5%	51	19,5%	215	82,4%	46	17,6%
p	0,097				0,279				0,885				0,336				0,377				0,412			

Chi Square test; Fisher exact test;a:0.05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı n: örneklem sayısı %: yüzde

Tablo 20. Çocuk demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği toplam skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi

		Toplam Anksiyete T skoru				T. Anksiyete ve depresyon T skoru			
		<65		>=65		<65		>=65	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	80	64,5%	44	35,5%	81	65,3%	43	34,7%
	Kız	138	78,4%	38	21,6%	139	79,0%	37	21,0%
	P	0,008*				0,008*			
Yaş	8-11	113	72,4%	43	27,6%	113	72,4%	43	27,6%
	12-15	105	72,9%	39	27,1%	107	74,3%	37	25,7%
	P	0,926				0,714			
Bedensel kronik hastalık	Evet	25	64,91	14	35,9%	26	66,7%	13	33,3%
	Hayır	193	73,9%	68	26,1%	194	74,3%	67	25,7%
	P	0,198				0,313			
Ruhsal kronik hastalık	Evet	1	16,7%	5	83,3%	2	33,3%	4	66,7%
	Hayır	217	73,8%	77	26,2%	218	74,1%	76	25,9%
	P	0,007*				0,045*			
Daha önce çok etkileyen olay	Evet	26	66,7%	13	33,3%	28	71,8%	11	28,2%
	Hayır	192	73,6%	69	26,4%	192	73,6%	69	26,4%
	P	0,367				0,816			

Chi Square test; Fisher exact test; a:0.05; * gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

Çocuk depresyon anındaki deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 21’de gösterilmiştir. Çocuk depresyon anındaki deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği toplam anksiyete ve toplam anksiyete & depresyon skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 22’de gösterilmiştir.

Depresyon anında korku düzeyine göre; şiddetli korku yaşayan katılımcı çocuklarda AAB (%75,6), toplam anksiyete oranı (%33,0) ile toplam anksiyete&depresyon oranı (%33,0) daha az korku yaşayan çocuklara göre daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001 p=0,027 p=0,012**).

Depresyonde enkaz altında kalma durumuna göre; enkaz altında kalan katılımcı çocuklarda PB oranı %60,0, enkaz altında kalmayan çocuklarda PB oranı %22,8 bulunmuştur. Enkaz altında kalan çocuklarda PB oranı daha yüksek olup bu oran farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001**). Enkaz altında kalan çocuklarda toplam anksiyete oranı %40,0, toplam anksiyete&depresyon oranı ise %35 olup enkaz altında kalmayan çocuklara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,078 p=0,166).

Depresyonde yaralanma durumuna göre; yaralanan katılımcı çocuklarda PB oranı (%59,1), toplam anksiyete oranı (%50,0), toplam anksiyete&depresyon oranı (%45,5)

olup yaralanmayan katılımcı çocuklardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p<0,001 p=0,013 p=0,038**).

Depremde yakınların yaralanmasına göre; AAB oranı akrabası veya yakın arkadaşları yaralanan katılımcı çocuklarda %69,9, aile üyeleri yaralanan çocuklarda %65,5 öğretmen ve sınıf ark yaralananlarda %36,7'dir. Yakınlık derecesi daha fazla olan gruplarda AAB oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,013**).Toplam anksiyete oranı da aile üyeleri yaralananlarda %24,1 akraba veya yakın arkadaşı yaralananlarda %37,6 yakını yaralanmayanlarda %22,3 saptanmıştır. Yakınlık derecesi fazla olan 2 grupta toplam anksiyete oranı daha fazla olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. (p=0,064).

Depremde yakınların vefatına göre; toplam anksiyete&depresyon oranı akrabası veya yakın arkadaşları vefat eden çocuklarda %33,6, aile üyesi vefat eden çocuklarda %33,3 kayıp yaşamayan çocuklarda %18,6 bulunmuştur. Yakın kaybı yaşayanların kayıp yaşamamaya göre anksiyete ve depresyon oranı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,052).

Depremde yaralı birine tanıklık etme durumuna göre; ağır yaralanmaya tanıklık eden katılımcı çocuklarda AAB (%80,9), PB (%55,3), SAB (%27,7), MDB (%34,0) oranı, toplam anksiyete oranı (%51,1) ve toplam anksiyete&depresyon oranı (%51,1) hafif yaralanmaya tanıklık eden veya yaralanmaya tanıklık etmeyen katılımcı çocuklara göre anlamlı düzeyde yüksektir (**p=0,016 p<0,001, p=0,023 p=0,009 p<0,001 p<0,001**).

Depremde birinin vefatına tanıklık durumuna göre; vefat etmiş birine tanıklık eden katılımcı çocuklarda PB (%47,7), SAB (%29,5) oranı ve toplam anksiyete oranı (%43,2) birinin vefatına tanık olmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p<0,001 p=0,005 p<0,011**).

Depremde bina yıkılması görme durumuna göre; bina yıkılması gören katılımcı çocuklarda YAB (%24,5), SAB (%19,1) oranı ve toplam anksiyete oranı (%38,3) bina yıkılması görmeyen çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,020 p=0,023 p=0,004**).

Tablo 21. Çocuk deprem anındaki deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları kesme değerine göre değerlendirilmesi

	AAB T skoru				YAB T skoru				PB T skoru				SAB T skoru				OKB T skoru				MDB T skoru			
	<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Deprem anında korku düzeyi																								
Az	14	48,3%	15	51,7%	25	86,2%	4	13,8%	21	72,4%	8	27,6%	26	89,7%	3	10,3%	23	79,3%	6	20,7%	24	82,8%	5	17,2%
Orta	56	58,9%	39	41,1%	85	89,5%	10	10,5%	79	83,2%	16	16,8%	85	89,5%	10	10,5%	82	86,3%	13	13,7%	84	88,4%	11	11,6%
Şiddetli	43	24,4%	133	75,6%	139	79,0%	37	21,0%	128	72,7%	48	27,3%	143	81,3%	33	18,8%	134	76,1%	42	23,9%	137	77,8%	39	22,2%
p	0,000*				0,080				0,142				0,147				0,139				0,098			
Depremde enkaz altında kalma																								
Evet	4	40,0%	6	60,0%	8	80,0%	2	20,0%	4	40,0%	6	60,0%	8	80,0%	2	20,0%	8	80,0%	2	20,0%	8	80,0%	2	20,0%
Hayır	109	37,6%	181	62,4%	241	83,1%	49	16,9%	224	77,2%	66	22,8%	246	84,8%	44	15,2%	231	79,7%	59	20,3%	237	81,7%	53	18,3%
p	0,999				0,680				0,015*				0,654				0,999				0,999			
Depremde yaralanma																								
Evet	5	22,7%	17	77,3%	20	90,9%	2	9,1%	9	40,9%	13	59,1%	17	77,3%	5	22,7%	14	63,6%	8	36,4%	17	77,3%	5	22,7%
Hayır	108	38,8%	170	61,2%	229	82,4%	49	17,6%	219	78,8%	59	21,2%	237	85,3%	41	14,7%	225	80,9%	53	19,1%	228	82,0%	50	18,0%
p	0,133				0,391				0,000*				0,353				0,093				0,570			
Depremde yakınların yaralanması																								
Aile üyeleri	10	34,5%	19	65,5%	24	82,8%	5	17,2%	20	69,0%	9	31,0%	23	79,3%	6	20,7%	23	79,3%	6	20,7%	23	79,3%	6	20,7%
Akraba/ yakın ark	28	30,1%	65	69,9%	75	80,6%	18	19,4%	64	68,8%	29	31,2%	73	78,5%	20	21,5%	67	72,0%	26	28,0%	73	78,5%	20	21,5%
Hayır	56	37,8%	92	62,2%	123	83,1%	25	16,9%	116	78,4%	32	21,6%	133	89,9%	15	10,1%	124	83,8%	24	16,2%	124	83,8%	24	16,2%
Öğretmen/sınıf ark	19	63,3%	11	36,7%	27	90,0%	3	10,0%	28	93,3%	2	6,7%	25	83,3%	5	16,7%	25	83,3%	5	16,7%	25	83,3%	5	16,7%
p	0,013*				0,703				0,032				0,090				0,162				0,746			
Depremde yakınların vefatı																								
Aile üyeleri	4	33,3%	8	66,7%	9	75,0%	3	25,0%	8	66,7%	4	33,3%	10	83,3%	2	16,7%	8	66,7%	4	33,3%	8	66,7%	4	33,3%
Akraba/ yakın ark	49	40,2%	73	59,8%	95	77,9%	27	22,1%	84	68,9%	38	31,1%	103	84,4%	19	15,6%	92	75,4%	30	24,6%	96	78,7%	26	21,3%
Hayır	49	38,0%	80	62,0%	113	87,6%	16	12,4%	105	81,4%	24	18,6%	112	86,8%	17	13,2%	109	84,5%	20	15,5%	112	86,8%	17	13,2%
Öğretmen/sınıf ark	11	29,7%	26	70,3%	32	86,5%	5	13,5%	31	83,8%	6	16,2%	29	78,4%	8	21,6%	30	81,1%	7	18,9%	29	78,4%	8	21,6%
p	0,701				0,167				0,064				0,657				0,211				0,166			
Depremde varalı birine tanıklık																								
Ağır yaralanma	9	19,1%	38	80,9%	34	72,3%	13	27,7%	21	44,7%	26	55,3%	34	72,3%	13	27,7%	35	74,5%	12	25,5%	31	66,0%	16	34,0%
Hafif yaralanma	17	43,6%	22	56,4%	34	87,2%	5	12,8%	33	84,6%	6	15,4%	36	92,3%	3	7,7%	31	79,5%	8	20,5%	34	87,2%	5	12,8%
Hayır	87	40,7%	127	59,3%	181	84,6%	33	15,4%	174	81,3%	40	18,7%	184	86,0%	30	14,0%	173	80,8%	41	19,2%	180	84,1%	34	15,9%
p	0,016*				0,098				0,000*				0,023*				0,617				0,009*			
Depremde birinin vefatına tanıklık																								
Evet	17	38,6%	27	61,4%	34	77,3%	10	22,7%	23	52,3%	21	47,7%	31	70,5%	13	29,5%	35	79,5%	9	20,5%	32	72,7%	12	27,3%
Hayır	96	37,5%	160	62,5%	215	84,0%	41	16,0%	205	80,1%	51	19,9%	223	87,1%	33	12,9%	204	79,7%	52	20,3%	213	83,2%	43	16,8%
p	0,886				0,274				0,000*				0,005*				0,983				0,097			
Depremde bina yıkılması görme																								
Evet	30	31,9%	64	68,1%	71	75,5%	23	24,5%	66	70,2%	28	29,8%	73	77,7%	21	22,3%	72	76,6%	22	23,4%	72	76,6%	22	23,4%
Hayır	83	40,3%	123	59,7%	178	86,4%	28	13,6%	162	78,6%	44	21,4%	181	87,9%	25	12,1%	167	81,1%	39	18,9%	173	84,0%	33	16,0%
p	0,165				0,020*				0,113				0,023*				0,372				0,125			

Tablo 22. Çocuk deprem anı deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği toplam skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi

		Anksiyete T skoru				Anksiyete ve depresyon T skoru			
		<65		>=65		<65		>=65	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Deprem anında korku düzeyi	Az	22	75,9%	7	24,1%	23	79,3%	6	20,7%
	Orta	78	82,1%	17	17,9%	79	83,2%	16	16,8%
	Şiddetli	118	67,0%	58	33,0%	118	67,0%	58	33,0%
	P				0,027*				0,012*
Depremde enkaz altında kalma	Evet	12	60,0%	8	40,0%	13	65,0%	7	35,0%
	Hayır	225	80,6%	54	19,4%	228	81,7%	51	18,3%
	P		0,078				0,166		
Depremde yaralanma	Evet	11	50,0%	11	50,0%	12	54,5%	10	45,5%
	Hayır	207	74,5%	71	25,5%	208	74,8%	70	25,2%
	P				0,013*				0,038*
Depremde yakınların yaralanması	Aile üyeleri	22	75,9%	7	24,1%	21	72,4%	8	27,6%
	Akraba veya yakın arkadaşlar	58	62,4%	35	37,6%	61	65,6%	32	34,4%
	Hayır	115	77,7%	33	22,3%	115	77,7%	33	22,3%
	Öğretmen veya sınıf arkadaşları	23	76,7%	7	23,3%	23	76,7%	7	23,3%
	P				0,064				0,214
Depremde yakınların vefatı	Aile üyeleri	9	75,0%	3	25,0%	8	66,7%	4	33,3%
	Akraba veya yakın arkadaşlar	80	65,6%	42	34,4%	81	66,4%	41	33,6%
	Hayır	103	79,8%	26	20,2%	105	81,4%	24	18,6%
	Öğretmen veya sınıf arkadaşları	26	70,3%	11	29,7%	26	70,3%	11	29,7%
	P				0,087				0,052
Depremde yaralı birine tanıklık	Ağır yaralanma	23	48,9%	24	51,1%	23	48,9%	24	51,1%
	Hafif yaralanma	29	74,4%	10	25,6%	32	82,1%	7	17,9%
	Hayır	166	77,6%	48	22,4%	165	77,1%	49	22,9%
	P				0,000*				0,000*
Depremde birinin vefatına tanıklık	Evet	25	56,8%	19	43,2%	27	61,4%	17	38,6%
	Hayır	193	75,4%	63	24,6%	193	75,4%	63	24,6%
	P				0,011*				0,052*
Depremde bina yıkılması görme	Evet	58	61,7%	36	38,3%	62	66,0%	32	34,0%
	Hayır	160	77,7%	46	22,3%	158	76,7%	48	23,3%
	P				0,004*				0,051

Chi Square test; Fisher exact test; a:0.05; * gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

Çocuk deprem sonrası deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 23’de gösterilmiştir. Çocuk deprem sonrası deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği toplam anksiyete ve toplam anksiyete & depresyon skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 24’te gösterilmiştir

Depremden sonra dışarda kalma süresine göre; 3 gün ve daha fazla dışarda kalan katılımcı çocuklarda toplam anksiyete ve depresyon oranı (%33,1) daha kısa süre dışarda kalan çocuklara göre daha yüksek saptanmış olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,075).

Depremden sonra aileyle bağlantı kesilme durumuna göre; ailesinden ayrı kalmak durumunda olan katılımcı çocuklarda YAB (%28,9), PB (%35,6), SAB (%26,7) oranı ve toplam anksiyete (%40,0) oranı ailesiyle bağlantısı kesilmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,021 p=0,049 p=0,021 p=0,039**). Toplam anksiyete&depresyon oranı da daha yüksek bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,068).

Okula tekrardan başlama zamanına göre; katılımcı çocuklarda ÇADÖ alt boyutları ve toplam oranlarda gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır.

Okul değişikliği durumuna göre; okul değişikliği yapan katılımcı çocuklarda YAB (%20,5), MDB (%23,2) oranı, toplam anksiyete oranı (%33,2), toplam anksiyete&depresyon oranı (%32,1) okul değişikliği yapmayan katılımcı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,033 p=0,005 p=0,003 p=0,005**).

Şehir değişikliği durumuna göre; şehir değişikliği yapan katılımcı çocuklarda MDB oranı (%23,9) şehir değişikliği yapmayan (%11,8) çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,043**).

Sosyal destek durumuna göre; çok sosyal destek alan katılımcı çocuklarda toplam anksiyete oranı (%36,9), toplam anksiyete&depresyon oranı (%35,0) daha az sosyal destek alan veya sosyal destek almayan katılımcı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (**p=0,019 p=0,020**).

Psikolojik destek durumuna göre; psikolojik destek alan katılımcı çocuklarda AAB (%82,4), YAB (%29,4), SAB (%32,4), MDB (%38,2) ve toplam anksiyete oranı (%47,1) toplam anksiyete&depresyon oranı (%41,2), psikolojik destek almayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,011 p=0,041 p=0,003 p=0,001 p=0,019 p=0,020**).

Depremle ilgili korkunç, hüznü mesaj/görüntü/haberlere maruziyet durumuna göre; maruziyeti olan çocuklarda AAB oranı (%65,3), toplam anksiyete oranı (% 31,0), toplam anksiyete&depresyon oranı (%29,7) maruziyeti olmayan çocuklara göre yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,038 p=0,005 p=0,018**).

Deprem ile ilgili haberleri izlerken ağlama durumuna göre; 4 ve daha fazla ağlayan katılımcı çocuklarda YAB (%31,3), PB (%45,8), MDB (%31,3), toplam anksiyete oranı (%41,7) daha az ağlayan ve hiç ağlamayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,016 p<0,001 p=0,040 p=0,045**).

Tablo 23. Çocuk deprem sonrası deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları kesme değerine göre değerlendirilmesi

	AAB T skoru				YAB T skoru				PB T skoru				SAB T skoru				OKB T skoru				MDB T skoru			
	<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		=65		<65		≥65		<65		≥65	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depremden sonra dışarda kalma süresi																								
<2 gün	33	47,1%	37	52,9%	59	84,3%	11	15,7%	58	82,9%	12	17,1%	62	88,6%	8	11,4%	57	81,4%	13	18,6%	59	84,3%	11	15,7%
2--3 gün	35	36,1%	62	63,9%	81	83,5%	16	16,5%	77	79,4%	20	20,6%	81	83,5%	16	16,5%	80	82,5%	17	17,5%	78	80,4%	19	19,6%
3 gün ve daha fazla	45	33,8%	88	66,2%	109	82,0%	24	18,0%	93	69,9%	40	30,1%	111	83,5%	22	16,5%	102	76,7%	31	23,3%	108	81,2%	25	18,8%
p	0,164				0,904				0,078				0,585				0,514				0,802			
Depremden sonra ailesi ile bağlantının kesilmesi																								
Evet	20	44,4%	25	55,6%	32	71,1%	13	28,9%	29	64,4%	16	35,6%	33	73,3%	12	26,7%	34	75,6%	11	24,4%	33	73,3%	12	26,7%
Hayır	93	36,5%	162	63,5%	217	85,1%	38	14,9%	199	78,0%	56	22,0%	221	86,7%	34	13,3%	205	80,4%	50	19,6%	212	83,1%	43	16,9%
p	0,309				0,021*				0,049*				0,021*				0,457				0,117			
Okula tekrardan başlama																								
3 hafta	15	42,9%	20	57,1%	30	85,7%	5	14,3%	29	82,9%	6	17,1%	33	94,3%	2	5,7%	29	82,9%	6	17,1%	30	85,7%	5	14,3%
3--6 hafta	17	51,5%	16	48,5%	27	81,8%	6	18,2%	27	81,8%	6	18,2%	28	84,8%	5	15,2%	23	69,7%	10	30,3%	25	75,8%	8	24,2%
6 haftadan fazla	62	35,0%	115	65,0%	147	83,1%	30	16,9%	131	74,0%	46	26,0%	148	83,6%	29	16,4%	141	79,7%	36	20,3%	146	82,5%	31	17,5%
Hiç başlamadı	19	34,5%	36	65,5%	45	81,8%	10	18,2%	41	74,5%	14	25,5%	45	81,8%	10	18,2%	46	83,6%	9	16,4%	44	80,0%	11	20,0%
p	0,278				0,966				0,580				0,393				0,427				0,721			
Okul değişikliği																								
Evet	70	36,8%	120	63,2%	151	79,5%	39	20,5%	138	72,6%	52	27,4%	156	82,1%	34	17,9%	149	78,4%	41	21,6%	146	76,8%	44	23,2%
Hayır	43	39,1%	67	60,9%	98	89,1%	12	10,9%	90	81,8%	20	18,2%	98	89,1%	12	10,9%	90	81,8%	20	18,2%	99	90,0%	11	10,0%
p	0,698				0,033*				0,073				0,106				0,481				0,005*			
Şehir değişikliği																								
Evet	15	32,6%	31	67,4%	37	80,4%	9	19,6%	37	80,4%	9	19,6%	39	84,8%	7	15,2%	36	78,3%	10	21,7%	35	76,1%	11	23,9%
Geçici olarak	47	37,0%	80	63,0%	107	84,3%	20	15,7%	90	70,9%	37	29,1%	104	81,9%	23	18,1%	99	78,0%	28	22,0%	98	77,2%	29	22,8%
Hayır	51	40,2%	76	59,8%	105	82,7%	22	17,3%	101	79,5%	26	20,5%	111	87,4%	16	12,6%	104	81,9%	23	18,1%	112	88,2%	15	11,8%
p	0,650				0,833				0,202				0,476				0,714				0,043*			
Depremden sonra sosyal destek																								
Az	44	40,4%	65	59,6%	91	83,5%	18	16,5%	84	77,1%	25	22,9%	93	85,3%	16	14,7%	88	80,7%	21	19,3%	90	82,6%	19	17,4%
Çok	31	30,1%	72	69,9%	79	76,7%	24	23,3%	74	71,8%	29	28,2%	81	78,6%	22	21,4%	77	74,8%	26	25,2%	80	77,7%	23	22,3%
Hiç	38	43,2%	50	56,8%	79	89,8%	9	10,2%	70	79,5%	18	20,5%	80	90,9%	8	9,1%	74	84,1%	14	15,9%	75	85,2%	13	14,8%
p	0,136				0,056				0,438				0,062				0,263				0,386			
Depremden sonra psikolojik destek																								
Evet	6	17,6%	28	82,4%	24	70,6%	10	29,4%	24	70,6%	10	29,4%	23	67,6%	11	32,4%	24	70,6%	10	29,4%	21	61,8%	13	38,2%
Hayır	107	40,2%	159	59,8%	225	84,6%	41	15,4%	204	76,7%	62	23,3%	231	86,8%	35	13,2%	215	80,8%	51	19,2%	224	84,2%	42	15,8%
p	0,011*				0,041*				0,433				0,003*				0,162				0,001*			
Depremle ilgili korkunc, hüznünlü mesaj/görüntü/haberlere maruziyet																								
Evet	83	34,7%	156	65,3%	195	81,6%	44	18,4%	176	73,6%	63	26,4%	199	83,3%	40	16,7%	186	77,8%	53	22,2%	191	79,9%	48	20,1%
Hayır	30	49,2%	31	50,8%	54	88,5%	7	11,5%	52	85,2%	9	14,8%	55	90,2%	6	9,8%	53	86,9%	8	13,1%	54	88,5%	7	11,5%
p	0,038*				0,198				0,058				0,182				0,117				0,121			
Deprem ile ilgili haberleri izlerken ağlama																								
1--3	29	37,2%	49	69,8%	67	85,9%	11	14,1%	60	76,9%	18	23,1%	68	87,2%	10	12,8%	64	82,1%	14	17,9%	65	83,3%	13	16,7%
4 ve fazlası	11	22,9%	37	77,1%	33	68,8%	15	31,3%	26	54,2%	22	45,8%	39	81,3%	9	18,8%	32	66,7%	16	33,3%	33	68,8%	15	31,3%
Hiç	73	42,0%	101	58,0%	149	85,6%	25	14,4%	142	81,6%	32	18,4%	147	84,5%	27	15,5%	143	82,2%	31	17,8%	147	84,5%	27	15,5%
p	0,055				0,016*				0,000*				0,665				0,051				0,040*			

Chi Square test; Fisher exact test;a:0.05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı n: örneklem sayısı %: yüzde

Tablo 24. Çocuk deprem sonrası deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği toplam skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi

		Anksiyete T skoru				Anksiyete ve depresyon T skoru			
		<65		>=65		<65		>=65	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Depremden sonra dışarda kalma süresi	<2 gün	54	77,1%	16	22,9%	56	80,0%	14	20,0%
	2--3 gün	74	76,3%	23	23,7%	75	77,3%	22	22,7%
	3 gün ve daha fazla	90	67,7%	43	32,3%	89	66,9%	44	33,1%
	p				0,221				0,075
Depremden sonra ailesi ile bağlantının kesilmesi	Evet	27	60,0%	18	40,0%	28	62,2%	17	37,8%
	Hayır	191	74,9%	64	25,1%	192	75,3%	63	24,7%
	p				0,039*				0,068
Okula tekrardan başlama	3 hafta	27	77,1%	8	22,9%	27	77,1%	8	22,9%
	3--6 hafta	23	69,7%	10	30,3%	23	69,7%	10	30,3%
	6 haftadan fazla	126	71,2%	51	28,8%	128	72,3%	49	27,7%
	Hiç başlamadı	42	76,4%	13	23,6%	42	76,4%	13	23,6%
	p				0,784				0,841
Okul değişikliği	Evet	127	66,8%	63	33,2%	129	67,9%	61	32,1%
	Hayır	91	82,7%	19	17,3%	91	82,7%	19	17,3%
	p				0,003*				0,005*
Şehir değişikliği	Evet	34	73,9%	12	26,1%	33	71,7%	13	28,3%
	Geçici olarak	88	69,3%	39	30,7%	88	69,3%	39	30,7%
	Hayır	96	75,6%	31	24,4%	99	78,0%	28	22,0%
	p	0,519				0,286			
Depremden sonra sosyal destek	Az	82	75,2%	27	24,8%	80	73,4%	29	26,6%
	Çok	65	63,1%	38	36,9%	67	65,0%	36	35,0%
	Hiç	71	80,7%	17	19,3%	73	83,0%	15	17,0%
	p				0,019*				0,020*
Depremden sonra psikolojik destek	Evet	18	52,9%	16	47,1%	20	58,8%	14	41,2%
	Hayır	200	75,2%	66	24,8%	200	75,2%	66	24,8%
	p				0,006*				0,042*
Depremle ilgili korkunç, hüznü mesaj/görüntü/haberlere maruziyet	Evet	165	69,0%	74	31,0%	168	70,3%	71	29,7%
	Hayır	53	86,9%	8	13,1%	52	85,2%	9	14,8%
	p				0,005*				0,018*
Deprem ile ilgili haberleri izlerken ağlama	1--3	57	73,1%	21	26,9%	57	73,1%	21	26,9%
	4 ve daha fazla	28	58,3%	20	41,7%	29	60,4%	19	39,6%
	Hiç	133	76,4%	41	23,6%	134	77,0%	40	23,0%
	p				0,045*				0,071

Chi Square test; Fisher exact test; a:0.05; * gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

4.6. Çocuk Demografik Özelliklerinin ve Deprem Deneyimlerinin Çocuk Travma Sonrası Stres Düzeyi Üzerine Etkisi

Deprem travması yaşayan çocukların travma sonrası stres düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan ‘revize edilmiş çocuk olayın etkisi ölçeği (CRIES); ‘yeniden yaşama’, ‘kaçınma’ ve ‘aşırı uyarılma’ olmak üzere 3 alt boyut ve toplam ölçek puanına sahiptir. Ölçeğin toplam puanı arttıkça travma sonrası stres bozukluğu riski artmakta olup tanı koydurucu kesim değeri 30 kabul edilmektedir.

Katılımcı çocukların CRIES kesme puanı 33 alınarak saptanan TSSB oranı Tablo 25’te verilmiştir. Toplam katılımcı çocuk sayısı 300 olan çalışmada, çocukların %51’inin CRIES toplam puanı 30 ve üzeri saptanmış olup bu yüzde ebeveyn TSSB oranını vermektedir.

Tablo 25. Katılımcı çocukların çocuk olayların etkisi ölçeği (CRIES) kesme değerine göre TSSB oranı

		n	%
CRIES cut off grup	<30	153	%51,0
	≥30	147	%49
Toplam		300	%100

Kesme değeri 30 alındığında yüzdeler n: örneklem sayısı %: yüzde

Çocuk demografik özelliklerinin çocuk olayın etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 26’da verilmiştir.

Cinsiyete göre; katılımcı erkek çocuklarda TSSB oranı %48,4, katılımcı kız çocuklarda TSSB oranı %52,8 bulunmuştur. Kız çocuklar ve erkek çocuklar arasındaki oran farkı istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,447$).

Yaş ve bedensel kronik hastalık durumuna göre; katılımcı çocukların TSSB oranında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,639$ $p=516$).

Ruhsal kronik hastalık durumuna göre; hastalığı olan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %66,7, hastalığı olmayan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %50,7 saptanmıştır. Hastalığı olan çocuklarda TSSB oranı daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=685$).

Daha önce çok etkileyen olay yaşama durumuna göre; etkileyen olay yaşamış katılımcı çocuklarda TSSB oranı %69,2, etkileyen olay yaşamamış katılımcı çocuklarda TSSB oranı %48,3 saptanmıştır. Daha önce çok etkileyen olay yaşamış çocuklarda TSSB oranı yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,015$).

Tablo 26. Çocuk demografik özelliklerinin çocuk olayın etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi

		CRIES Toplam skor				
		<30		>=30		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	64	51,6%	60	48,4%	0,447
	Kız	83	47,2%	93	52,8%	
Yaş	8-14	73	46,8%	83	53,2%	0,129
	12-15	64	44,4%	80	55,6%	
Bedensel kronik hastalık	Evet	21	53,8%	18	46,2%	0,516
	Hayır	126	48,3%	135	51,7%	
Ruhsal kronik hastalık	Evet	2	33,3%	4	66,7%	0,685
	Hayır	145	49,3%	149	50,7%	
Daha önce çok etkileyen olay	Evet	12	30,8%	27	69,2%	0,015*
	Hayır	135	51,7%	126	48,3%	

Chi Square test; Fisher exact test; a:0.05; * gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

Çocuk deprem anı deneyimlerinin çocuk olayın etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 27’de verilmiştir.

Deprem anında korku düzeyine göre; şiddetli korku yaşayan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %60,2 olup az ve orta düzeyde korku yaşayan katılımcı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0,001$).

Depremde enkaz altında kalma durumuna göre; enkaz altında kalan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %80,0, enkaz altında kalmayan katılımcı çocuklarda ise %50,0 saptanmıştır. Enkaz altında kalanların TSSB oranı daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,104$).

Depremde yaralanma durumuna göre; yaralanan katılımcı çocukların TSSB oranı %59,1, yaralanmayan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %48,2’dir. TSSB oranı yaralanan çocuklarda daha fazla olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,325$).

Depremde yakınların yaralanması durumuna göre; aile üyeleri yaralanan katılımcı çocukların TSSB oranı %69,0 olup diğer gruptaki katılımcı çocuklara göre daha yüksektir. Bununla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,052$).

Depremde yakınların vefatı durumuna göre; aile üyeleri vefat eden katılımcı çocukların TSSB oranı %75,0 olup diğer gruptaki katılımcı çocuklara göre daha yüksektir. Bununla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,154$).

Depremde yaralı birine tanıklık durumuna göre, hafif yaralanmaya tanık olan katılımcı çocukların TSSB oranı %64,1 ağır yaralanmaya tanık olan çocukların TSSB oranı %61,7 yaralıya tanık olmayan çocukların TSSB oranı ise %46,3'tür. Yaralıya tanıklık durumu tanık olmamaya göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (**p=0,034**).

Depremde vefat etmiş birine tanıklık durumuna göre; vefata tanık olan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %61,4, tanık olmayan katılımcı çocuklarda TSSB oranı ise %49,2 bulunmuştur. Vefata tanıklık eden çocukların TSSB oranı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,137).

Depremde bina yıkılması görme durumuna göre; bina yıkılması gören katılımcı çocuklarda TSSB oranı %60,6, bina yıkılması görmeyen katılımcı çocuklarda TSSB oranı %46,6 bulunmuştur. Bina yıkılması gören çocuklarda TSSB oranı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**p=0,024**).

Tablo 27. Çocuk deprem anı deneyimlerinin çocuk olayın etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi

		CRIES Toplam skor				
		<30		>=30		
		n	%	n	%	
Deprem anında korku düzeyi	Az	21	72,4%	8	27,6%	p<0.001*
	Orta	56	58,9%	39	41,1%	
	Şiddetli	70	39,8%	106	60,2%	
Depremde enkaz altında kalma	Evet	2	20,0%	8	80,0%	0,104
	Hayır	145	50,0%	145	50,0%	
Depremde yaralanma	Evet	9	40,9%	13	59,1%	0,325
	Hayır	144	51,8%	134	48,2%	
Depremde yakınların yaralanması	Aile üyeleri	9	31,0%	20	69,0%	0,052
	Akraba/yakın ark.	40	43,0%	53	57,0%	
	Hayır	82	55,4%	66	44,6%	
	Öğretmen/sınıf ark	16	53,3%	14	46,7%	
Depremde yakınların vefatı	Aile üyeleri	3	25,0%	9	75,0%	0,154
	Akraba/ yakın ark	56	45,9%	66	54,1%	
	Hayır	71	55,0%	58	45,0%	
	Öğretmen/sınıf ark	17	45,9%	20	54,1%	
Depremde yaralı birine tanıklık	Ağır yaralanma	18	38,3%	29	61,7%	0,034*
	Hafif yaralanma	14	35,9%	25	64,1%	
	Hayır	115	53,7%	99	46,3%	
Depremde birinin vefatına tanıklık	Evet	17	38,6%	27	61,4%	0,137
	Hayır	130	50,8%	126	49,2%	
Depremde bina yıkılması görme	Evet	37	39,4%	57	60,6%	0,024*
	Hayır	110	53,4%	96	46,6%	

Chi Square test; Fisher exact test;a:0.05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

Çocuk deprem sonrası deneyimlerinin çocuk olayın etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 28’de verilmiştir.

Depremden sonra dışarda kalma süresi ve aile ile bağlantının kesilmesine göre; katılımcı çocukların TSSB oranında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,344$ $p=0,759$).

Depremden sonra okula tekrardan başlama durumuna göre; 6 haftadan sonra okula başlayan katılımcı çocukların TSSB oranı %54,8 olup diğer gruptaki çocuklara göre daha yüksektir. Bununla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,476$).

Depremden sonra okul değişikliği durumuna göre; okul değişikliği yapan çocuklarda TSSB oranı %55,8, okul değişikliği yapmayan çocuklarda ise %42,7 saptanmıştır. Okul değişikliği yapan çocukların TSSB oranı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**$p=0,029$**).

Depremden sonra şehir değişikliği yapma durumuna göre katılımcı çocuklar arasında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,380$).

Depremden sonra sosyal destek durumuna göre; sosyal destek gören katılımcı çocukların TSSB oranı %58,7 olup diğer gruptaki çocuklara göre daha yüksektir. Bununla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,065$).

Depremden sonra psikolojik destek durumuna göre; psikolojik destek alan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %61,8, psikolojik destek almayan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %49,6 bulunmuştur. TSSB oranı psikolojik destek alan çocuklarda daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,182$).

Depremle ilgili korkunç, hüznü mesaj/görüntü/haberlere maruziyet durumuna göre; maruz kalan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %52,6, maruz kalmayan katılımcı çocuklarda TSSB oranı %32,8 bulunmuştur. TSSB oranı maruz kalan çocuklarda daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**$p=0,001$**).

Deprem ile ilgili haberleri izlerken ağlama durumuna göre; 4 ve daha fazla kez ağlayan çocuklarda TSSB oranı %75,0, 1-3 kez ağlayan çocuklarda %59,0, hiç ağlamayan çocuklarda %40,8 saptanmıştır. Daha çok ağlayan çocuklarda TSSB oranı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**$p<0,001$**).

Tablo 28. Çocuk deprem sonrası deneyimlerinin çocuk olayın etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi

		CRIES Toplam skor				
		<30		>=30		
		n	%	n	%	
Depremden sonra dışarda kalma süresi	<2 gün	41	58,6%	29	41,4%	0,344
	2--3 gün	48	49,5%	49	50,5%	
	3 gün ve daha fazla	64	48,1%	69	51,9%	
Depremden sonra ailesi ile bağlantının kesilmesi	Evet	22	48,9%	23	51,1%	0,759
	Hayır	131	51,4%	124	48,6%	
Okula tekrardan başlama	3 hafta	20	57,1%	15	42,9%	0,476
	3--6 hafta	19	57,6%	14	42,4%	
	6 haftadan fazla	80	45,2%	97	54,8%	
	Hiç başlamadı	28	50,9%	27	49,1%	
Okul değişikliği	Evet	84	44,2%	106	55,8%	0,029*
	Hayır	63	57,3%	47	42,7%	
Şehir değişikliği	Evet	22	15,0%	24	15,7%	0,380
	Geçici olarak	57	38,8%	70	45,8%	
	Hayır	68	46,3%	59	38,6%	
Depremden sonra sosyal destek	Az	55	50,5%	54	49,5%	0,065
	Çok	43	41,3%	61	58,7%	
	Hiç	50	56,8%	38	43,2%	
Depremden sonra psikolojik destek	Evet	13	38,2%	21	61,8%	0,182
	Hayır	134	50,4%	132	49,6%	
Depremle ilgili korkunç, hüznü mesaj/görüntü/ haberlere maruziyet	Evet	106	44,4%	133	55,6%	0,001*
	Hayır	41	67,2%	20	32,8%	
Deprem ile ilgili haberleri izlerken ağlama	1--3	32	41,0%	46	59,0%	p<0.001*
	4 ve daha fazla	12	25,0%	36	75,0%	
	Hiç	103	59,2%	71	40,8%	

Chi Square test; Fisher exact test; a:0.05; * gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

Çocuk demografik özelliklerine göre çocuk olayın etkisi ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi Tablo 29'da gösterilmiştir.

Cinsiyete göre; katılımcı erkek ve kız çocukları arasında CRIES alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Yaşa göre; 8-11 yaş arasında olan katılımcı çocukların kaçınma alt boyut puanı 12-15 yaş arasında olan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,006**). Yeniden yaşama ve aşırı uyarılma alt boyut puanı da yaşça küçük çocuklarda daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır.

Bedensel ve ruhsal kronik hastalık, daha önce yaşanan travmatik olay durumuna göre; katılımcı çocuklarda gruplar arası CRIES alt boyutlarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 29. Çocuk demografik özelliklerine göre çocuk olayın etkisi ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Yeniden yaşama			Kaçınma			Aşırı uyarılma		
		Median	Q1	Q3	Median	Q1	Q3	Median	Q1	Q3
Cinsiyet	Erkek	9,00	5,00	14,00	10,00	3,50	16,00	9,00	4,00	15,00
	Kız	10,00	6,00	14,00	10,00	3,50	15,50	11,00	6,00	15,00
	p	0,209			0,830			0,197		
Yaş	8-11	10,00	6,00	14,00	11,00	6,00	16,00	11,00	6,00	15,00
	12-15	9,00	5,00	14,00	8,00	3,00	15,00	10,00	5,00	15,00
	p	0,270			0,006*			0,247		
Bedensel kronik hastalık	Evet	9,00	6,00	14,00	7,00	2,00	16,00	11,00	4,00	15,00
	Hayır	10,00	6,00	14,00	10,00	4,00	16,00	10,00	6,00	15,00
	p	0,767			0,218			0,950		
Ruhsal kronik hastalık	Evet	7,00	3,00	16,00	9,00	5,00	10,00	16,50	11,00	20,00
	Hayır	10,00	6,00	14,00	10,00	3,00	16,00	10,00	5,00	15,00
	p	0,585			0,634			0,062		
Daha önce çok etkileyen olay	Evet	11,00	8,00	14,00	13,00	7,00	16,00	14,00	6,00	17,00
	Hayır	10,00	5,00	14,00	9,00	3,00	15,00	10,00	5,00	15,00
	p	0,256			0,068			0,104		

Mann Whitney u Test; Kruskal Wallis H test; $\alpha:0.05$; * gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çocuk deprem anı deneyimlerine göre çocuk olayın etkisi ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi Tablo 30’da gösterilmiştir.

Deprem anında korku düzeyine göre; şiddetli korku yaşayan katılımcı çocukların CRIES 3 alt boyut puanı da diğer gruptaki çocuklara göre anlamlı daha yüksek saptanmıştır ($p<0.001$ $p<0.001$ $p=0,001$).

Depremde enkaz altında kalma durumuna göre; enkaz altında kalan katılımcı çocukların kaçınma alt boyut puanı enkaz altında kalmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,042$). Yeniden yaşama ve aşırı uyarılma alt boyut puanı da yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,182$ $p=0,843$).

Depremde yaralanma durumuna göre; yaralanan katılımcı çocukların kaçınma alt boyut puanı yaralanmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,042$). Yeniden yaşama ve aşırı uyarılma alt boyut puanı da yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,303$ $p=0,318$).

Depremde yakınların yaralanması durumuna göre; akraba/yakın arkadaşları ve aile üyeleri yaralanan katılımcı çocukların yeniden yaşama ve kaçınma alt boyut puanı yakın istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,025$ $p=0,003$).

Depremde yakınların vefat durumuna göre; aile üyelerini kaybeden katılımcı çocukların yeniden yaşama ve kaçınma alt boyut puanı diğer gruptaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,015$ $p=0,019$).

Depremde yaralı birine tanıklık durumuna göre; ağır yaralanmalara tanıklık eden katılımcı çocukların yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma alt boyut puanları hafif

yaralanan veya yaralanmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,016 p=0,043 p=0,027**).

Depremde vefat etmiş birine tanıklık durumuna göre; vefat etmiş birilerini gören katılımcı çocukların yeniden yaşama alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,031**). Kaçınma ve aşırı uyarılma alt boyut puanları da yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,240 p=0,401).

Depremde bina yıkılması durumuna göre; bina yıkılması gören katılımcı çocukların yeniden yaşama ve aşırı uyarılma alt boyut puanları bina yıkılması görmeyen çocuklara göre anlamlı yüksek saptanmıştır (**p<0.001 p=0,004**).

Tablo 30. Çocuk deprem anı deneyimlerine göre çocuk olayın etkisi ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Yeniden yaşama			Kaçınma			Aşırı uyarılma		
		Median	Q1	Q3	Median	Q1	Q3	Median	Q1	Q3
Deprem anında korku düzeyi	Az	6,00	3,00	12,00	5,00	1,00	12,00	6,00	3,00	11,00
	Orta	8,00	3,00	12,00	7,00	2,00	15,00	9,00	4,00	15,00
	Şiddetli	12,00	8,00	14,00	11,00	6,00	16,00	11,50	6,00	17,00
	P	P<0.001*			P<0.001*			0,001*		
Depremde enkaz altında kalma	Evet	13,50	8,00	16,00	18,00	8,00	20,00	12,00	6,00	15,00
	Hayır	10,00	5,00	14,00	9,50	3,00	15,00	10,00	5,00	15,00
	P	0,182			0,042*			0,843		
Depremde yaralanma	Evet	11,50	8,00	14,00	14,00	9,50	19,00	11,00	5,50	15,00
	Hayır	10,00	5,00	14,00	9,00	3,00	15,00	10,00	5,00	15,00
	P	0,433			0,004*			0,529		
Depremde yakınların yaralanması	Aile üyeleri	10,00	8,00	16,00	16,00	12,00	18,00	12,00	8,00	16,00
	Akraba veya yakın arkadaşlar	12,00	6,00	14,00	10,00	5,00	14,00	11,00	6,00	15,00
	Hayır	9,00	4,00	12,00	9,00	3,00	16,00	9,00	5,00	15,00
	Öğretmen veya sınıf arkadaşları	9,50	5,00	14,00	7,00	4,00	12,00	9,50	4,00	14,00
	P	0,025*			0,003*			0,145		
Depremde yakınların vefatı	Aile üyeleri	14,00	11,50	16,00	16,00	12,00	20,00	9,50	5,50	17,00
	Akraba veya yakın arkadaşlar	10,00	6,00	14,00	10,00	3,00	16,00	11,50	5,00	15,00
	Hayır	9,00	4,00	12,00	9,00	3,00	15,00	9,00	5,00	15,00
	Öğretmen veya sınıf arkadaşları	10,00	7,00	13,00	9,00	6,00	16,00	11,00	6,00	15,00
	P	0,015*			0,019*			0,316		
Depremde yaralı birine tanıklık	Ağır yaralanma	12,00	8,00	16,00	12,00	5,00	18,00	14,00	6,00	19,00
	Hafif yaralanma	10,00	6,00	14,00	11,00	3,00	18,00	13,00	6,00	15,00
	Hayır	9,00	5,00	13,00	9,00	3,00	15,00	10,00	5,00	15,00
	P	0,016*			0,043*			0,027*		
Depremde birinin vefatına tanıklık	Evet	12,00	7,50	15,50	12,00	5,00	16,00	11,00	6,00	17,00
	Hayır	9,00	5,00	14,00	9,00	3,00	15,00	10,00	5,00	15,00
	P	0,031*			0,240			0,401		
Depremde bina yıkılması görme	Evet	12,00	8,00	14,00	11,50	5,00	16,00	13,00	6,00	17,00
	Hayır	9,00	4,00	12,00	9,00	3,00	15,00	10,00	4,00	15,00
	P	P<0.001*			0,088			0,004*		

Mann Whitney u Test; Kruskal Wallis H test; a:0.05;* gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çocuk deprem sonrası deneyimlerine göre çocuk olayın etkisi ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi Tablo 31’de gösterilmiştir.

Depremden sonra dışarda kalma süresine göre; 3 gün ve daha fazla dışarda kalan katılımcı çocukların yeniden yaşama ve aşırı uyarılma alt boyut puanları daha yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,469$ $p=0,149$).

Depremde aileden ayrı kalma süresi ve okula tekrardan başlama süresine göre; katılımcı çocuklar arasında gruplar arası alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Depremden sonra okul değişikliği durumuna göre; okul değişikliği yapan katılımcı çocukların yeniden yaşama ve aşırı uyarılma alt boyut puanı okul değişikliği yapmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (**$p=0,007$ $p=0,046$**). Kaçınma alt boyut puanı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,096$).

Depremden sonra şehir değişikliği durumuna göre; katılımcı çocuklar arasında gruplar arası alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Depremden sonra sosyal destek görme durumuna göre; çok sosyal destek gören katılımcı çocukların kaçınma alt boyut puanı daha yüksektir ($p=0,006$). Yeniden yaşama ve aşırı uyarılma alt boyut puanları da yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. ($p=0,099$ $p=0,707$)

Depremden sonra psikolojik destek görme durumuna göre; psikiyatrik destek alan katılımcı çocukların aşırı uyarılma alt boyut puanı psikiyatrik destek görmeyen çocuklara göre anlamlı daha yüksektir (**$p=0,013$**). Yeniden yaşama ve kaçınma alt boyut puanları yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,132$ $p=0,213$).

Depremle ilgili korkunç, hüznü mesaj/görüntü/haberlere maruziyet durumuna göre; maruziyeti olan katılımcı çocukların yeniden yaşama ve aşırı uyarılma alt boyut puanları maruziyet yaşamayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**$p=0,001$ $p=0,001$**). Kaçınma alt boyut puanı ise daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,105$).

Depremle ilgili haberleri izlerken ağlama durumuna göre; 4 ve daha fazla kez ağlayan katılımcı çocukların yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma alt boyut puanları daha az ağlayan çocuklara göre istatistiksel olarak daha anlamlı saptanmıştır (**$p=0,001$ $p=0,035$ $p=0,001$**).

Tablo 31. Çocuk deprem sonrası deneyimlerine göre çocuk olayın etkisi ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Yeniden yaşama			Kaçınma			Aşırı uyarılma		
		Median	Q1	Q3	Median	Q1	Q3	Median	Q1	Q3
Depremden sonra dışarda kalma süresi	<2 gün	9,00	4,00	14,00	8,00	3,00	15,00	9,00	4,00	14,00
	2--3 gün	9,00	5,00	14,00	10,00	4,00	16,00	11,00	6,00	15,00
	3 gün ve daha fazla	10,00	6,00	14,00	10,00	3,00	15,00	11,00	6,00	17,00
	P	0,469			0,296			0,149		
Depremden sonra ailesi ile bağlantının kesilmesi	Evet	10,00	6,00	14,00	9,00	5,00	15,00	12,00	6,00	16,00
	Hayır	10,00	5,00	14,00	10,00	3,00	16,00	10,00	5,00	15,00
	P	0,356			0,936			0,275		
Okula tekrardan başlama	3 hafta	8,00	4,00	12,00	8,00	2,00	14,00	10,00	4,00	16,00
	3--6 hafta	8,00	4,00	12,00	6,00	3,00	15,00	9,00	3,00	14,00
	6 haftadan fazla	10,00	6,00	14,00	11,00	4,00	16,00	11,00	6,00	15,00
	Hiç başlamadı	10,00	5,00	14,00	10,00	3,00	16,00	10,00	6,00	15,00
	P	0,112			0,252			0,584		
Okul değişikliği	Evet	10,00	6,00	14,00	10,00	5,00	16,00	11,00	5,00	17,00
	Hayır	8,00	4,00	12,00	8,50	3,00	15,00	9,00	5,00	14,00
	P	0,007*			0,096			0,046*		
Şehir Değişikliği	Evet	8,50	3,00	16,00	7,50	2,00	14,00	12,50	7,00	17,00
	Geçici olarak	11,00	7,00	14,00	11,00	4,00	16,00	11,00	6,00	17,00
	Hayır	9,00	5,00	13,00	9,00	3,00	15,00	10,00	5,00	15,00
	p	0,129			0,116			0,252		
Depremden sonra sosyal destek	Az	10,00	6,00	14,00	10,00	4,00	15,00	10,00	5,00	15,00
	Çok	11,50	6,00	14,00	12,00	5,00	16,00	11,00	6,00	17,00
	Hiç	8,00	4,50	13,50	7,00	1,00	13,50	10,00	5,00	15,00
	P	0,099			0,006*			0,707		
Depremden sonra psikolojik destek	Evet	12,00	6,00	16,00	10,00	5,00	18,00	14,00	8,00	18,00
	Hayır	10,00	6,00	14,00	9,50	3,00	15,00	10,00	5,00	15,00
	P	0,132			0,213			0,013*		
Depremle ilgili korkunç, hüzünlü mesaj/görüntü/ haberlere maruziyet	Evet	11,00	6,00	14,00	10,00	4,00	16,00	11,00	6,00	16,00
	Hayır	6,00	3,00	10,00	8,00	3,00	15,00	6,00	2,00	11,00
	P	0,001*			0,105			0,001*		
Deprem ile ilgili haberleri izlerken ağlama	1--3	10,00	7,00	14,00	11,00	6,00	16,00	11,00	6,00	15,00
	4 ve daha fazla	14,00	11,00	18,00	11,00	5,50	18,00	15,00	9,50	19,50
	Hiç	8,00	4,00	12,00	8,00	3,00	15,00	9,00	4,00	14,00
	P	0,001*			0,035*			0,001*		

Mann Whitney u Test; Kruskal Wallis H test; a:0.05;* gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

4.7. Ebeveyn Demografik Özellikleri ve Deprem Deneyimlerinin Çocuk Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Düzeyine Etkisi

Ebeveyn demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyonu üzerine etkisinin; ÇADÖ alt boyut T skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 32’de verilmiştir, ÇADÖ toplam anksiyete & depresyon T skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi ise Tablo 33’te verilmiştir.

Ebeveynin eğitim durumuna göre; ilköğretim mezunu olan ebeveynlerin çocuklarında PB oranı (%29,9) ebeveyni daha yüksek eğitim düzeyinde olan çocuklardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**p=0,038**). Diğer tüm ÇADÖ oranları

da ilköğretim mezunu olan ebeveynlerin çocuklarında yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Ebeveynin medeni durumuna göre; dul/boşanmış ebeveynlerin çocuklarında MDB oranı %38,9 evli olan ebeveynlerin çocuklarında MDB oranı %17,0 bulunmuştur. Dul/boşanmış ebeveynlerin çocuklarında MDB oranı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,029**).

Ebeveynin çalışma durumuna göre katılımcı çocuklar arasında ÇADÖ alt boyut ve toplam oranlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Evdeki aylık gelir düzeyine göre; gelir düzeyi 15 bin altı olan ailelerdeki çocuklarda YAB (%18,2), PB (%20,7), SAB (%17,2), MDB (%15,3), toplam anksiyete (%22,2) ve anksiyete & depresyon (%21,7) oranı diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte sadece PB oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,002**).

Ebeveynde ruhsal kronik hastalık durumuna göre; ruhsal kronik hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında YAB (%25,0), PB (%50,0), SAB (%25,0), OKB (%25,0) MDB (%37,5), toplam anksiyete (%37,5) ve anksiyete & depresyon (%37,5) oranı ruhsal kronik hastalığı olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte sadece PB oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**p=0,029**).

Ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre; ailesinde psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında bütün ÇADÖ alt boyutları ve toplam puanları kesme değerine göre pozitiflik oranı, ailesinde ruhsal kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte sadece MDB oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**p=0,018**).

Tablo 32. Ebeveyn demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) alt boyutlarına etkisi

	AAB T skoru				YAB T skoru				PB T skoru				SAB T skoru				OKB T skoru				MDB T skoru			
	<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ebeveyn eğitim durumu																								
İlköğretim ve altı	51	33,1%	103	66,9%	121	78,6%	33	21,4%	108	70,1%	46	29,9%	128	83,1%	26	16,9%	117	76,0%	37	24,0%	122	79,2%	32	20,8%
Lise	28	41,2%	40	58,8%	60	88,2%	8	11,8%	54	79,4%	14	20,6%	59	86,8%	9	13,2%	56	82,4%	12	17,6%	58	85,3%	10	14,7%
Üniversite ve üstü	34	43,6%	44	56,4%	68	87,2%	10	12,8%	66	84,6%	12	15,4%	67	85,9%	11	14,1%	66	84,6%	12	15,4%	65	83,3%	13	16,7%
P	0,237				0,109				0,038*				0,738				0,249				0,507			
Ebeveyn medeni durumu																								
Evli	105	37,2%	177	62,8%	236	83,7%	46	16,3%	216	76,6%	66	23,4%	240	85,1%	42	14,9%	225	79,8%	57	20,2%	234	83,0%	48	17,0%
Dul/boşanmış	8	44,4%	10	55,6%	13	72,2%	5	27,8%	12	66,7%	6	33,3%	14	77,8%	4	22,2%	14	77,8%	4	22,2%	11	61,1%	7	38,9%
P	0,540				0,204				0,392				0,495				0,768				0,029*			
Ebeveynin çalışma durumu																								
Çalışmıyor/ev hanımı	67	40,9%	97	59,1%	133	81,1%	31	18,9%	121	73,8%	43	26,2%	139	84,8%	25	15,2%	131	79,9%	33	20,1%	136	82,9%	28	17,1%
İşçi	16	27,1%	43	72,9%	48	81,4%	11	18,6%	43	72,9%	16	27,1%	46	78,0%	13	22,0%	45	76,3%	14	23,7%	45	76,3%	14	23,7%
Serbest meslek	6	54,5%	5	45,5%	9	81,8%	2	18,2%	7	63,6%	4	36,4%	10	90,9%	1	9,1%	8	72,7%	3	27,3%	9	81,8%	2	18,2%
Memur	23	38,3%	37	61,7%	54	90,0%	6	10,0%	52	86,7%	8	13,3%	54	90,0%	6	10,0%	52	86,7%	8	13,3%	50	83,3%	10	16,7%
Emekli/diğer	1	16,7%	5	83,3%	5	83,3%	1	16,7%	5	83,3%	1	16,7%	5	83,3%	1	16,7%	3	50,0%	3	50,0%	5	83,3%	1	16,7%
P	0,201				0,622				0,231				0,449				0,213				0,837			
Aylık gelir																								
15 bin altı	74	36,5%	129	63,5%	166	81,8%	37	18,2%	142	70,0%	61	30,0%	168	82,8%	35	17,2%	161	79,3%	42	20,7%	162	79,8%	41	20,2%
15 bin-30 bin arası	29	36,7%	50	63,3%	66	83,5%	13	16,5%	69	87,3%	10	12,7%	68	86,1%	11	13,9%	64	81,0%	15	19,0%	65	82,3%	14	17,7%
30 bin üstü	10	55,6%	8	44,4%	17	94,4%	1	5,6%	17	94,4%	1	5,6%	18	100,0%	0	0,0%	14	77,8%	4	22,2%	18	100,0%	0	0,0%
P	0,271				0,386				0,002*				0,139				0,931				0,104			
Ebeveynde ruhsal kronik hastalık																								
Evet	7	43,8%	9	56,3%	12	75%	4	25%	8	50%	8	50%	12	75%	4	25%	12	75%	4	25%	10	62,5%	6	37,5%
Hayır	106	37,3%	178	62,7%	237	83,5%	47	16,5%	220	77,5%	64	22,5%	242	85,2%	42	14,8%	227	79,9%	57	20,1%	235	82,7%	49	17,3%
p	0,606				0,490				0,029*				0,282				0,749				0,088			
Ailede psikiyatrik hastalık																								
Evet	7	24,1%	22	75,9%	24	82,8%	5	17,2%	19	65,5%	10	34,5%	22	75,9%	7	24,1%	21	72,4%	8	27,6%	19	65,5%	10	34,5%
Hayır	106	39,1%	165	60,9%	225	83,0%	46	17%	209	77,1%	62	22,9%	232	85,6%	39	14,4%	218	80,4%	53	19,6%	226	83,4%	45	16,6%
p	0,114				0,999				0,164				0,177				0,307				0,018			

Chi Square olarak anlamlı test; Fisher exact test; a:0.05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 33. Ebeveyn demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) toplam skorlarına etkisi

		ÇADÖ toplam anksiyete skoru					ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon skoru				
		<65		>=65		p	<65		>=65		p
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Ebeveyn eğitim durumu	İlköğretim ve altı	107	69,5%	47	30,5%	0,443	110	71,4%	44	28,6%	0,670
	Lise	52	76,5%	16	23,5%		50	73,5%	18	26,5%	
	Üniversite ve üstü	59	75,6%	19	24,4%		60	76,9%	18	23,1%	
Ebeveyn medeni durum	Evli	205	72,7%	77	27,3%	0,999	208	73,8%	74	26,2%	0,583
	Dul/boşanmış	13	72,7%	5	27,8%		12	66,7%	6	33,3%	
Ebeveyn çalışma durumu	Çalışmıyor/ev hanımı	116	70,7%	48	29,3%	0,486	120	73,2%	44	26,8%	0,548
	İşçi	40	67,8%	19	32,2%		39	66,1%	20	33,9%	
	Serbest meslek	9	81,8%	2	18,2%		9	81,8%	2	18,2%	
	Memur	48	80,0%	12	20,0%		47	78,3%	13	21,7%	
	Emekli/diğer	5	83,3%	1	16,7%		5	83,3%	1	16,7%	
Aylık gelir	15 bin altı	143	70,4%	60	29,6%	0,217	144	70,9%	59	29,1%	0,212
	15 bin-30 bin arası	59	74,7%	20	25,3%		60	75,9%	19	24,1%	
	30 bin üstü	16	88,9%	2	11,1%		16	88,9%	2	11,1%	
Ebeveynde ruhsal kronik hastalık	Evet	10	62,5%	6	37,5%	0,389	10	62,5%	6	37,5%	0,382
	Hayır	208	73,2%	76	26,8%		210	73,9%	74	26,1%	
Ailede ruhsal kronik hastalık	Evet	19	65,5%	10	34,5%	0,363	18	62,1%	11	37,8%	0,149
	Hayır	199	73,4%	72	26,6%		202	74,5%	69	25,5%	

Chi Square olarak anlamlı test; Fisher exact test; a:0.05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Ebeveyn deprem deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyonu üzerine etkisi, ÇADÖ alt boyut T skorları, ÇADÖ toplam anksiyete ve toplam anksiyete & depresyon T skorları kesme değerine göre Tablo 34 ve Tablo 35’de verilmiştir.

Depremden sonra evin hasar durumuna göre; evi orta hasarlı olan ailelerin çocuklarında YAB (%34,8), PB oranı (%30,4) ve toplam anksiyete&depresyon oranı (%34,8) diğer gruptaki çocuklara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (**p=0,044 p=0,014 p=0,020**).

Depremden sonra kalınan yere göre; konteynerda kalan ailelerin çocuklarında ÇADÖ tüm alt boyut ve toplam puanların pozitiflik oranı daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte PB (%29,3) ve SAB (%18,8) oranı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**p=0,012 p=0,034**).

Depremden sonra para/mal kaybına göre; para veya malının yaklaşık yarısını kaybeden ailelerin çocuklarında SAB oranı (%32,0) para veya malının çoğunu kaybeden ailelerin çocuklarında ise MDB oranı (%31,5) diğer gruplara göre yüksek saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,029 p=0,045**).

Depremden sonra iş/geçim kaynakları kaybına göre; iş veya geçim kaynaklarını tamamen kaybeden ailelerin çocuklarında AAB ve SAB hariç ÇADÖ tüm alt boyut ve toplam puanların pozitiflik oranı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$).



Tablo 34. Ebeveyn deprem deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) alt boyutlarına etkisi

	AAB T skoru				YAB T skoru				PB T skoru				SAB T skoru				OKB T skoru				MDB T skoru			
	<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65		<65		≥65	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<u>Depremden sonra evinizin hasar durumu</u>																								
Hasarsız	17	56,7%	13	43,3%	29	96,7%	1	3,3%	29	96,7%	1	3,3%	29	96,7%	1	3,3%	52	83,3%	5	16,7%	30	100,0%	0	0,0%
Az hasarlı	21	34,4%	40	65,6%	51	83,6%	10	16,4%	51	83,6%	10	16,4	54	88,5%	7	11,5%	48	78,7%	13	21,3%	49	80,3%	12	19,7%
Orta hasarlı	7	30,4%	16	69,6	15	65,2%	8	34,8%	16	69,6%	7	30,4%	21	91,3%	2	8,7%	17	73,9%	6	26,1%	18	78,3%	5	21,7%
Ağır hasarlı	52	35,4%	95	64,6%	120	81,6%	27	18,4%	106	72,1%	41	27,9%	118	80,3%	29	19,7%	116	78,9%	31	21,1%	114	77,6%	33	22,4%
Yıkıldı	16	41,0%	23	59,0%	34	87,2%	5	12,8%	26	66,7%	13	33,3	32	82,1	7	17,9%	33	84,6%	6	15,4%	34	87,2%	5	12,8%
p	0,206				0,044*				0,014*				0,126				0,845				0,051			
<u>Depremden sonra yaşadığınız yer</u>																								
Konteyner	69	36,1%	122	69,9%	154	80,6%	37	19,4%	135	70,7%	56	29,3%	155	81,2%	36	18,8%	148	77,5%	43	22,5%	149	78,0%	42	22,0%
Yakınların evinde	10	33,3%	20	66,7%	27	90%	3	10,0%	24	80,0%	6	20,0%	25	83,3%	5	16,7%	28	93,3%	2	6,7%	26	86,7%	4	13,3%
Kendi evim	34	43,0%	45	57,0%	68	86,1%	11	13,9%	69	87,3%	10	12,7%	74	93,7%	5	6,3%	63	79%	16	20,3%	70	88,6%	9	11,4%
p	0,496				0,311				0,012*				0,034*				0,134				0,093			
<u>Depremden sonra para/mal kaybı</u>																								
Hiç veya çok az	43	45,3%	52	54,7%	83	87,4%	12	12,6%	82	86,3%	13	13,7%	87	91,6%	8	8,4%	81	85,3%	14	14,7%	83	87,4%	12	12,6%
Küçük bir kısmı	17	40,5%	25	59,5%	36	85,7%	6	14,3%	30	71,4%	12	28,6%	37	88,1%	5	11,9%	35	83,3%	7	16,7%	37	88,1%	5	11,9%
Yaklaşık yarısı	8	32,0%	17	68,0%	19	76,0%	6	24,0%	18	72,0%	7	28,0%	17	68,0%	8	32,0%	21	84,0%	4	16,0%	21	84,0%	4	16,0%
Çoğu	22	40,7%	32	59,3%	42	77,8%	12	22,2%	39	72,2%	15	27,8%	46	85,2%	8	14,8%	37	68,5%	17	31,5%	37	68,5%	17	31,5%
Neredeyse tamamı	23	27,4%	61	72,6%	69	82,1%	15	17,9%	59	70,2%	25	29,8%	67	79,8%	17	20,2%	65	77,4%	19	22,6%	67	79,8%	17	20,2%
p	0,146				0,484				0,085				0,029*				0,142				0,045*			
<u>Depremden sonra iş-geçim kaynakları kaybı</u>																								
Hayır	65	44,5%	81	55,5%	123	84,2%	23	15,8%	126	86,3%	20	13,7%	127	87,0%	19	13,0%	124	84,9%	22	15,1%	128	87,7%	18	12,3%
Kısmen	19	34,0%	35	66,0%	49	92,5%	4	7,5%	37	69,8%	16	30,2%	44	83,0%	9	17,0%	46	86,8%	7	13,2%	44	83,0%	9	17,0%
Tamamen	30	29,7%	71	70,3%	77	76,2%	24	23,8%	65	64,4%	36	35,6%	83	82,2%	18	17,8%	69	68,3%	32	31,7%	73	72,3%	28	27,7%
p	0,051				0,034*				0,000*				0,549				0,002*				0,009*			

Chi Square olarak anlamlı test; Fisher exact test; a:0.05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 35. Ebeveyn deprem deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) toplam skorlarına etkisi

		Çadö toplam anksiyete skoru					Çadö toplam anksiyete ve depresyon skoru				
		<65		>=65		p	<65		>=65		p
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Depremden sonra evinizin hasar durumu	Hasarsız	29	96,7%	1	3,3%	0,019*	29	96,7%	1	3,3%	0,020*
	Az hasarlı	46	75,4	15	24,6%		46	75,4%	15	24,6%	
	Orta hasarlı	16	69,6%	7	30,4%		15	65,2%	8	34,8%	
	Ağır hasarlı	98	66,7%	49	33,3%		100	68%	47	32,0%	
	Yıkıldı	29	74,4%	10	25,6%		30	76,9%	9	23,1%	
Depremden sonra yaşadığınız yer	Konteyner	131	68,6%	60	31,4%	0,100	133	69,6%	58	30,4%	0,143
	Yakınlarının evinde	23	76,7%	7	23,3%		23	76,7%	7	23,3%	
	Kendi evim	64	81,0%	15	19,0%		64	81,0%	15	19,0%	
Depremden sonra para/mal kaybı	Hiç veya çok az	77	81,1%	18	18,9%	0,120	78	82,1%	17	17,9%	0,179
	Küçük bir kısmı	32	76,2%	10	23,8%		31	73,8%	11	26,2%	
	Yaklaşık yarısı	15	60,0%	10	40,0%		16	64,0%	9	36,0%	
	Çoğu	38	70,4%	16	29,6%		37	68,5%	17	31,5%	
	Neredeyse tamamı	56	66,7%	28	33,3%		58	69,0%	26	31,0%	
Depremden sonra iş-geçim kaynakları kaybı	Hayır	115	78,8%	31	21,2%	0,001*	116	79,5%	30	20,5%	0,009*
	Kısmen	43	81,1%	10	18,9%		41	77,4%	12	22,6%	
	Tamamen	60	59,4%	41	40,6%		63	62,4%	38	37,6%	

Chi Square olarak anlamlı test; Fisher exact test; a:0.05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Ebeveyn demografik özelliklerinin çocuk travması üzerine etkisinin CRIES alt boyut ve toplam puanlarına göre değerlendirilmesi Tablo 36'da verilmiştir.

Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan ebeveynlerin çocuklarının CRIES yeniden yaşama, kaçınma alt boyut puanı ve toplam puanı diğer gruptaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (**p=0,008 p=0,019 p=0,018**).

Medeni duruma göre; dul/boşanmış ve evli ebeveynlerin çocuklarının CRIES alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışma durumuna göre; çalışmıyor/ev hanımı olan ebeveynlerin çocuklarının CRIES kaçınma alt boyut puanı diğer gruptaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (**p=0,016**).

Aylık gelire göre; 15 bin altı gelir düzeyi olan ailelerin çocuklarının CRIES kaçınma alt boyut ve toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (**p=0,046 p=0,048**).

Ebeveynde ruhsal kronik hastalık durumuna göre; psikiyatrik hastalığı bulunan ebeveynlerin çocuklarında CRIES yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve toplam

puanları psikiyatrik hastalığı olmayan ebeveynlerin çocuklarından daha yüksektir. Ancak CRIES toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,027**).

Ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre; ailede psikiyatrik hastalığı olan çocukların CRIES toplam puanı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,081).

Tablo 36. Ebeveyn demografik özelliklerinin çocuk olayların etkisi ölçeğine (CRIES) etkisinin değerlendirilmesi

	CRIES yeniden yaşama			CRIES kaçınma			CRIES uyarılma			CRIES toplam		
	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3
Ebeveyn eğitim durumu												
İlkokul/ortaokul	11,50	8,00	14,00	12,00	5,00	16,00	11,00	6,00	15,00	32,50	23,00	43,00
Lise	8,50	4,00	12,00	7,50	2,00	15,00	9,00	5,00	13,50	25,50	15,50	39,00
Üniversite ve üstü	8,00	3,00	12,00	8,00	3,00	13,00	11,00	4,00	15,00	27,50	14,00	39,00
P	0,008*			0,019*			0,245			0,018*		
Ebeveyn medeni durumu												
Evli	10,00	5,00	14,00	10,00	4,00	16,00	10,00	5,00	15,00	30,00	17,00	41,00
Dul/boşanmış	8,50	3,00	14,00	7,50	,00	12,00	14,00	9,00	19,00	32,50	23,00	37,00
P	0,679			0,099			0,103			0,961		
Ebeveyn çalışma durumu												
Çalışmıyor/ev hanımı	10,00	6,00	14,00	12,00	4,50	16,00	10,00	5,00	15,50	31,00	20,50	43,00
İşçi	12,00	8,00	14,00	9,00	3,00	14,00	11,00	7,00	15,00	33,00	23,00	40,00
Serbest meslek	8,00	4,00	16,00	5,00	2,00	18,00	6,00	2,00	15,00	20,00	8,00	51,00
Memur	7,00	3,00	12,00	7,00	2,50	12,00	11,00	4,00	15,00	26,00	13,50	38,50
Emekli/diğer	10,00	3,00	18,00	9,50	4,00	16,00	13,50	2,00	20,00	26,00	19,00	47,00
P	0,096			0,016*			0,687			0,200		
Aylık gelir												
15 bin altı	10,00	6,00	14,00	11,00	4,00	16,00	11,00	6,00	15,00	32,00	22,00	42,00
15 bin-30 bin arası	8,00	3,00	12,00	8,00	2,00	15,00	11,00	6,00	16,00	28,00	15,00	41,00
30 bin üstü	6,00	2,00	13,00	7,00	2,00	14,00	6,00	3,00	14,00	16,00	12,00	37,00
P	0,017*			0,046*			0,213			0,048*		
Ebeveynde ruhsal kronik hastalık												
Evet	13,00	8,25	18,00	13,00	7,00	20,00	14,00	4,50	19,75	41,50	26,75	50,00
Hayır	10,00	5,00	14,00	9,00	3,00	15,75	10,00	5,00	15,00	29,00	17,00	41,00
p	0,057			0,060			0,154			0,027*		
Ailede psikiyatrik hastalık												
Evet	12,00	7,00	16,00	10,00	5,50	16,00	11,00	8,50	15,00	36,00	25,50	48,50
Hayır	9,00	5,00	14,00	10,00	3,00	16,00	10,00	5,00	15,00	29,00	17,00	41,00
p	0,060			0,281			0,172			0,081		

Kruskal Wallis H test;a:0.05; Mann Whitney u test;a:0.05; * gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Ebeveyn deprem deneyimlerinin çocuk travması üzerine etkisinin CRIES alt boyut ve toplam puanlarına göre değerlendirilmesi Tablo 38’de verilmiştir.

Deprem anında ebeveynin korku düzeyine göre; şiddetli korku yaşayan ebeveynlerin çocuklarında CRIES kaçınma, aşırı uyarılma alt boyut puanı ve toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (**p=0,050 p=0,008 p=0,009**).

Depremden sonra evin hasar durumuna göre; evi orta hasarlı ailelerin çocuklarında CRIES yeniden yaşama, aşırı uyarılma ve toplam puanları diğer gruplara

göre daha yüksektir. Ancak sadece yeniden yaşama alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,020**).

Depremden sonra yaşanan yere göre; konteynerda yaşayan ailelerin çocuklarında CRIES yeniden yaşama, kaçınma alt boyut ve toplam puanı diğer yerlerde yaşayan çocuklardan daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,003 p=0,013 p=0,016**).

Depremden sonra para/mal kaybı durumuna göre; para veya malının çoğunu ve nerdeyse tamamını kaybeden ailelerin çocuklarında CRIES kaçınma, aşırı uyarılma ve toplam puanı daha az kayıp yaşayan ailelerin çocuklarından yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır. (**p=0,001 p=0,044 p=0,001**)

Depremden sonra iş/geçim kaynakları kaybına göre; işini veya geçim kaynaklarını tamamen kaybeden ailelerin çocuklarında CRIES yeniden yaşama, kaçınma ve toplam puanları daha az kayıp yaşayan ailelerin çocuklarına göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,008 p=0,033 p=0,007**).

Tablo 37. Ebeveyn deprem deneyimlerinin çocuk olayların etkisi ölçeğine (CRIES) etkisinin değerlendirilmesi

	CRIES yeniden yaşama			CRIES kaçınma			CRIES uyarılma			CRIES toplam		
	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3	MD	Q1	Q3
Ebeveyn deprem anında korku düzeyi												
Hiç/az	9,00	3,00	12,00	6,00	2,00	16,00	7,00	3,00	14,00	29,00	10,00	37,00
Orta	8,00	3,00	12,00	8,00	3,00	12,00	9,00	4,00	14,00	23,00	14,00	40,00
Şiddetli	10,00	6,00	14,00	11,00	5,00	16,00	11,00	6,00	17,00	32,00	23,00	43,00
p	0,094			0,050*			0,008*			0,009*		
Depremden sonra evinizin hasar durumu												
Hasarsız	7,50	3,00	12,00	8,00	1,00	12,00	8,00	4,00	13,25	27,50	12,25	39,25
Az hasarlı	8,00	3,00	12,00	8,00	3,00	13,00	10,00	3,00	16,50	28,00	14,00	39,00
Orta hasarlı	12,00	9,00	14,00	10,00	3,00	16,00	13,00	8,00	16,00	34,00	23,00	46,00
Ağır hasarlı	11,00	6,00	14,00	11,00	4,00	16,00	11,00	6,00	15,00	29,00	21,00	43,00
Yıkıldı	9,00	6,00	14,00	12,00	3,00	15,00	10,00	4,00	15,00	32,00	18,00	40,00
p	0,020*			0,464			0,101			0,091		
Depremden sonra yaşadığınız yer												
Konteyner	11,00	7,00	14,00	11,00	5,00	16,00	11,00	6,00	15,00	32,00	23,00	43,00
Yakınlarımla evimde	9,50	4,00	16,00	7,00	3,00	14,25	10,00	6,75	15,00	27,50	15,75	45,25
Kendi evim	8,00	3,00	12,00	8,00	2,00	12,00	10,00	3,00	15,00	26,00	13,00	39,00
p	0,003*			0,013*			0,464			0,016*		
Depremden sonra para/mal kaybı												
Hiç veya çok az	8,00	4,00	12,00	7,00	2,00	12,00	8,00	4,00	14,00	26,00	13,00	33,0
Küçük bir kısmı	10,00	7,25	14,50	9,00	5,50	15,25	12,00	6,00	16,25	33,5	19,50	42,50
Yaklaşık yarısı	10,00	5,50	14,50	8,00	3,50	18,00	8,00	3,50	16,50	27,00	18,50	45,00
Çoğu	11,50	6,00	16,00	12,00	4,75	16,50	12,00	6,75	17,00	35,00	18,75	47,25
Neredeyse tamamı	10,50	6,00	14,00	12,00	6,00	17,50	11,00	6,00	16,00	34,00	23,25	43,75
p	0,055			0,001*			0,044*			0,001*		
Depremden sonra iş-geçim kaynakları kaybı												
Hayır	8,00	4,00	13,00	9,00	3,00	15,00	10,00	5,00	15,00	28,50	15,75	39,00
Kısmen	10,00	5,50	14,00	8,00	3,00	15,30	9,00	4,00	14,00	29,00	17,00	40,00
Tamamen	11,00	7,50	16,00	12,00	6,00	16,00	11,00	6,00	17,00	34,00	24,00	47,00
p	0,008*			0,033*			0,092			0,007		

Kruskal Wallis H test;a:0.05; Mann Whitney u test;a:0.05;* gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Ebeveyn yaşının çocuk anksiyete, depresyon ve travma ile ilişkisi, ebeveyn yaşının ÇADÖ alt boyut ve toplam T skorları, CRIES alt boyut ve toplam puanlarıyla korelasyon analizine göre değerlendirilmesi Tablo 38’de verilmiştir. (Ayrıca bu tabloda ebeveyn yaşının ebeveyn duygu düzenleme ve ebeveyn olayların etkisi ölçeği alt boyutlarıyla korelasyonuna da yer verilmiştir.)

Ebeveyn yaşı ile CRIES yeniden yaşama, kaçınma ve toplam puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki ($r=-0,130$ $r=-0,161$ $r=-0,175$) saptanmıştır ($p=0,024$ $p=0,005$ $p=0,002$). Ebeveyn yaşı ile ÇADÖ YAB, PB, OKB, toplam anksiyete ve toplam anksiyete&depresyon T skoru arasında da negatif yönde zayıf ilişki ($r= -,141$ $r=-,137$ $r=-,142$ $r=-,121$ $r=-,118$) bulunmuştur ($p=,014$ $p=018$ $p=,014$ $p=,036$ $p=,041$). (Ebeveyn yaşı ile ebeveyn duygu düzenlemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ebeveyn yaşı ile IES-R yeniden yaşama ve toplam puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.)

Tablo 38. Ebeveyn yaşının ve çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB ile ilişkisi

	EBEVEYN YAŞI	
	r	p
EDDÖ (duygulardan kaçınma)	,046	,424
EDDÖ (duygulara yönelim)	,034	,559
EDDÖ (duyguları kabul etme)	,093	,107
IES-R (yeniden yaşama)	-,195**	,001
IES-R (kaçınma)	-,047	,417
IES-R (aşırı uyarılma)	-,110	,056
IES-R (toplam)	-,147*	,011
ÇADÖ (AAB T skoru)	-,073	,210
ÇADÖ (YAB t skoru)	-,141*	,014
ÇADÖ (PB T skoru)	-,137*	,018
ÇADÖ (SAB T skoru)	-,062	,283
ÇADÖ (OKB T skoru)	-,142*	,014
ÇADÖ (depresif bozukluk T skoru)	-,057	,324
ÇADÖ (toplam anksiyete T skoru)	-,121*	,036
ÇADÖ (toplam anksiyete ve depresyon T skoru)	-,118*	,041
CRIES (yeniden yaşama)	-,130*	,024
CRIES (kaçınma)	-,161**	,005
CRIES (uyarılma)	-,093	,110
CRIES toplam	-,175**	,002

Spearman Korelasyon test; a:0.05;* ilişki istatistiksel olarak anlamlı

IES-R kesme değerinin üstünde kalan ebeveynlerin cinsiyetinin çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB üzerine etkisinin ÇADÖ ve CRIES skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi Tablo 39’da verilmiştir.

Babasinda TSSB olan katılımcı çocuklarda bütün ÇADÖ alt boyut ve toplam T skorlarının kesme değerinin üstünde kalma oranı, annesinde TSSB olan katılımcı çocukların oranından yüksek saptanmıştır. Bununla birlikte babasında TSSB olan çocukların PB, OKB oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (**p=0,043 p=020**). Annesinde TSSB olan katılımcı çocuklarda TSSB oranı ise babasında TSSB olan çocuklardan daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,745).

Tablo 39. Anne ve Baba TSSB’sinin çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB’si üzerine etkisinin karşılaştırılması

	ANNE TSSB (+)				BABA TSSB (+)				
	<65		>=65		<65		>=65		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ÇADÖ (AAB T skoru)	49	32,2%	103	67,8%	12	26,7%	33	73,3%	0,348
ÇADÖ (YAB t skoru)	122	80,3%	30	19,7%	34	75,6%	11	24,4%	0,710
ÇADÖ (PB T skoru)	113	74,4%	39	25,6%	26	57,8%	19	42,2%	0,043*
ÇADÖ (SAB T skoru)	128	84,3%	24	15,7%	34	75,6%	11	24,4%	0,315
ÇADÖ (OKB T skoru)	122	80,3%	30	19,7%	28	62,2%	17	37,8%	0,020*
ÇADÖ (depresif bozukluk T skoru)	117	77,0%	35	23,0%	33	73,4%	12	26,6%	0,816
ÇADÖ (toplam anksiyete T skoru)	106	68,8%	46	30,2%	26	57,7%	19	42,3%	0,165
ÇADÖ (toplam anksiyete ve depresyon T skoru)	109	71,8%	43	28,2%	25	55,6%	20	44,4%	0,052
	<30		>=30		<30		>=30		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
CRIES toplam	59	38,8%	93	61,2%	19	42,2%	26	57,8%	0,745

Chi Square test; Fisher exact test;a:0.05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

n: örneklem sayısı %: yüzde

4.8. Çocuk Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile Çocuk Travma Sonrası Stres Düzeyinin İlişkisi

Çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) alt boyutları, toplam anksiyete, toplam anksiyete & depresyon T skorları ile revize edilmiş çocuk olayın etkisi ölçeği (CRIES) alt skorları arasındaki ilişki Tablo 32’de korelasyon analizi ile verilmiştir.

Bütün çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyut puanları ve toplam puanları ile bütün çocuk olayların etkisi ölçeği alt boyut puanları ve toplam puanı arasında pozitif yönde güçlü ilişki saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 40. Çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği ile çocuk olayların etkisi ölçeğinin birbiriyle ilişkisi

	CRIES yeniden yaşama		CRIES kaçınma		CRIES aşırı uyarılma		CRIES Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
ÇADÖ AAB T skoru	0,354	$p<0,001^*$	0,331	$p<0,001^*$	0,396	$p<0,001^*$	0,452	$p<0,001^*$
ÇADÖ YAB T skoru	0,453	$p<0,001^*$	0,310	$p<0,001^*$	0,508	$p<0,001^*$	0,524	$p<0,001^*$
ÇADÖ PB T skoru	0,465	$p<0,001^*$	0,346	$p<0,001^*$	0,474	$p<0,001^*$	0,530	$p<0,001^*$
ÇADÖ SAB T skoru	0,295	$p<0,001^*$	0,168	0,004*	0,480	$p<0,001^*$	0,389	$p<0,001^*$
ÇADÖ OKB T skoru	0,409	$p<0,001^*$	0,319	$p<0,001^*$	0,435	$p<0,001^*$	0,476	$p<0,001^*$
ÇADÖ depresif bozukluk T skoru	0,403	$p<0,001^*$	0,274	$p<0,001^*$	0,622	$p<0,001^*$	0,544	$p<0,001^*$
ÇADÖ toplam anksiyete T skoru	0,471	$p<0,001^*$	0,361	$p<0,001^*$	0,570	$p<0,001^*$	0,580	$p<0,001^*$
ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoru	0,481	$p<0,001^*$	0,353	$p<0,001^*$	0,625	$p<0,001^*$	0,607	$p<0,001^*$

Spearman Korelasyon test; a:0.05; * ilişki istatistiksel olarak anlamlı

4.9. Ebeveyn Duygu Düzenleme Sürecinin, Ebeveyn Travma Sonrası Stres Düzeyinin ve Çocuklarda Deprem Aile Üzerindeki Algılanan Etkisinin Çocuk Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Düzeyine Etkisi

Ebeveyn duygu düzenleme sürecinin çocuk anksiyete ve depresyon üzerine etkisi, ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarının ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoruna etkisine göre Tablo 41’te regresyon analizi ile gösterilmiştir.

Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyut puanları, çocuk anksiyete ve depresyon T skoru üzerine istatistiksel olarak etki etmemektedir.

Tablo 41. Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarının ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoruna etkisi

	B	Beta	t	p	%95 GA	
					Alt	Üst
Regresyon Sabiti	56,605		10,234	p<0,001	45,720	67,490
Eddö duygularından kaçınma (X ₁)	0,326	0,077	1,282	0,201	-0,175	0,827
Eddö duygularına yönelimi (X ₂)	-0,254	-0,061	-0,990	0,323	-0,760	0,251
Eddö duyguları kabul etme (X ₃)	0,036	0,006	0,104	0,918	-0,643	0,715

Regresyon Modeli=Y=56,605+0.326(X₁)-0.254(X₂)+0.036(X₃); Lineer regresyon analizi; **Bağımlı değişken: ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoru (Y)**; Tahminci değişkenler; eddö duygularından kaçınma (X₁); eddö duygularına yönelimi (X₂); eddö duyguları kabul etme (X₃). R²:0,007. F=0,718; p=0.542

Ebeveyn duygu düzenleme sürecinin çocuk travma sonrası stres bozukluğuna etkisi, ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarının CRIES toplam puanına etkisine göre Tablo 42’de regresyon analizi ile gösterilmiştir.

Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği çocuğun duygularından kaçınma alt boyut puanında bir puanlık artış CRIES toplam puanında 0,691 puanlık artışa neden olmaktadır. (**B=0,691**). Bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,014**).

Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği çocuğun duygularına yönelim ve çocuğun duygularını kabul etme alt boyut puanlarının CRIES toplam puanına istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamıştır (p=0,448 p=0,848).

Eddö puanlarındaki değişim CRIES toplam puanı üzerindeki değişimin %2 sini açıklamaktadır.

Tablo 42. Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarının CRIES toplam puanına etkisi

	B	Beta	t	p	%95 GA	
					Alt	Üst
Regresyon Sabiti	25,177		4,126	p<0,001	13,168	37,186
Eddö duygularından kaçınma (X ₁)	0,691	0,146	2,462	0,014*	0,139	1,244
Eddö duygularına yönelimi(X ₂)	-0,215	-0,047	-0,760	0,448	-0,773	0,343
Eddö duyguları kabul etme (X ₃)	0,073	0,011	0,192	0,848	-0,676	0,822

Regresyon Modeli=Y=25,177+0.691(X₁)-0.215(X₂)+0.073(X₃); Lineer regresyon analizi; **Bağımlı değişken: CRIES TOPLAM (Y)**; Tahminci değişkenler; eddö duygularından kaçınma (X₁); eddö duygularına yönelimi (X₂); eddö duyguları kabul etme. R²=0.020; F=2.044, p=0.108

Ebeveyn travma sonrası stres düzeyinin çocuk anksiyete ve depresyonu üzerine etkisi, ebeveyn IES-R ölçeği toplam puanının ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoruna etkisine göre Tablo 43'te regresyon analizi ile gösterilmiştir.

Ebeveyn olayların etkisi ölçeği (IES-R) toplam puanında 1 puanlık artış çocuk toplam anksiyete ve depresyon T skoru üzerinde 0,229 puanlık artışa neden olmaktadır. Bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001**). IES-R puanındaki değişim ÇADÖ anksiyete ve depresyon T skorundaki değişimin %8,6'sını açıklamaktadır.

Tablo 43. Ebeveyn IES-R ölçeği toplam puanının ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoruna etkisi

	B	Beta	t	p	%95 GA	
					Alt	Üst
Regresyon Sabiti	46,780		24,990	P<0,001	43,097	50,464
IES-R TOPLAM (X)	0,229	0,293	5,299	p<0,001	0,144	0,314
Regresyon Modeli=Y=46,780+0,229X; Lineer regresyon analizi; Bağımlı değişken: ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoru(Y) ; tahminci değişken: IES-R Toplam puanı (X). R ² =0,086; F=24,489; p<0,001						

Ebeveyn travma sonrası stres düzeyinin çocuk travma sonrası stres düzeyine etkisi, ebeveyn IES-R ölçeği toplam puanının CRIES toplam puanına etkisine göre Tablo 44'te regresyon analizi ile gösterilmiştir.

Ebeveyn olayların etkisi ölçeği (IES-R) toplam puanında 1 puanlık artış CRIES toplam puanında 0,390 puanlık artışa neden olmaktadır (**B=0,390**).. Bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır. IES-R'deki değişim CRIES'deki değişimin %20,2'sini açıklamaktadır.

Tablo 44. Ebeveyn IES-R ölçeği toplam puanının CRIES toplam puanına etkisi

	B	Beta	t	P	%95 GA	
					Alt	Üst
Regresyon Sabiti	14,613		7,523		10,791	18,436
IES-R TOPLAM (X)	0,390	0,450	8,691	p<0,001*	0,301	0,478
Regresyon Modeli=Y=14,613+0.390X; Lineer regresyon analizi; Bağımlı değişken: CRIES TOPLAM (Y) ; tahminci değişken: IES-R Toplam puanı (X). R ² =0.202; F=75,535, p<0.001*						

Çocukların depremin aile üzerinde algıladığı psikolojik etkinin çocuk anksiyete ve depresyonuna etkisini görmek için, çocuğun 'size göre deprem ailenizin psikolojik durumunu ne ölçüde etkiledi?' cevabının çocuk anksiyete ve depresyon T skoru üzerine etkisi Tablo 49'da regresyon analizi ile verilmiştir.

Katılımcı çocukların ailede algıladığı psikolojik etkilenmede bir birimlik artış ÇADÖ anksiyete ve depresyon T skorunda 3,597 birimlik artışa neden olmaktadır. **(B=3,597)** Bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001**). Bu model ÇADÖ anksiyete ve depresyon T skorundaki değişimin %13,6'sını açıklamaktadır.

Tablo 45. Çocukların depremin aile üzerinde algıladıkları psikolojik etkinin çocuk anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi

	B	Beta	t	p	%95 GA	
					Alt	Üst
Regresyon sabiti	43,502		22,364	p<0,001	39,674	47,330
Size göre deprem ailenizin psikolojik durumunu ne ölçüde etkiledi?	3,597	0,369	6,857	p<0,001	2,564	4,629

Regresyon Modeli; $Y=43,502+3,597(X)$; Lineer regresyon analizi; **Bağımlı değişken: ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoru** (Y); tahminci değişken: size göre deprem ailenizin psikolojik durumunu ne ölçüde etkiledi(X). $R^2:0,136$ $F=47,012$, $p<0,001$

Çocukların depremin aile üzerindeki algıladığı psikolojik etkinin çocuk travma sonrası stres düzeyine etkisini görmek için, çocuğun 'size göre deprem ailenizin psikolojik durumunu ne ölçüde etkiledi?' cevabının CRIES toplam puanı üzerine etkisi Tablo 50'de regresyon analizi ile verilmiştir.

Katılımcı çocukların ailede algıladığı psikolojik etkilenmede 1 birimlik artış CRIES toplam puanı üzerinde 4,926 birimlik artışa neden olmaktadır **(B=4,926)**. Bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001**). Bu model CRIES toplam puanı üzerindeki değişimin %20,7 sini açıklamaktadır.

Tablo 46. Çocukların depremin aile üzerinde algıladığı psikolojik etkinin çocuk travma sonrası stres düzeyine etkisi

	B	Beta	t	P	%95 GA	
					Alt	Üst
Regresyon sabiti	13,147		6,353	,000	9,074	17,220
Size göre deprem ailenizin psikolojik durumunu ne ölçüde etkiledi?	4,926	0,455	8,827	p<0,001*	3,828	6,025

Regresyon Modeli; $Y=13,147+4,926(X)$; Lineer regresyon analizi; **Bağımlı değişken: CRIES toplam**(Y); tahminci değişken: size göre deprem ailenizin psikolojik durumunu ne ölçüde etkiledi(X). $F=77,914$, $p<0,001$; $R^2:0,207$

Çalışma değişkenleri arasındaki korelasyon analizi Tablo 47'de verilmiştir. Bu korelasyon analizine göre çocuğun depremin aile üzerindeki algıladığı etkisi; çocuk anksiyete ve depresyon T skoru ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (**r=0,358** **p<0,001**), CRIES toplam ile pozitif yönde orta düzeyde ilişki (**r=0,444** **p<0,001**), IES-

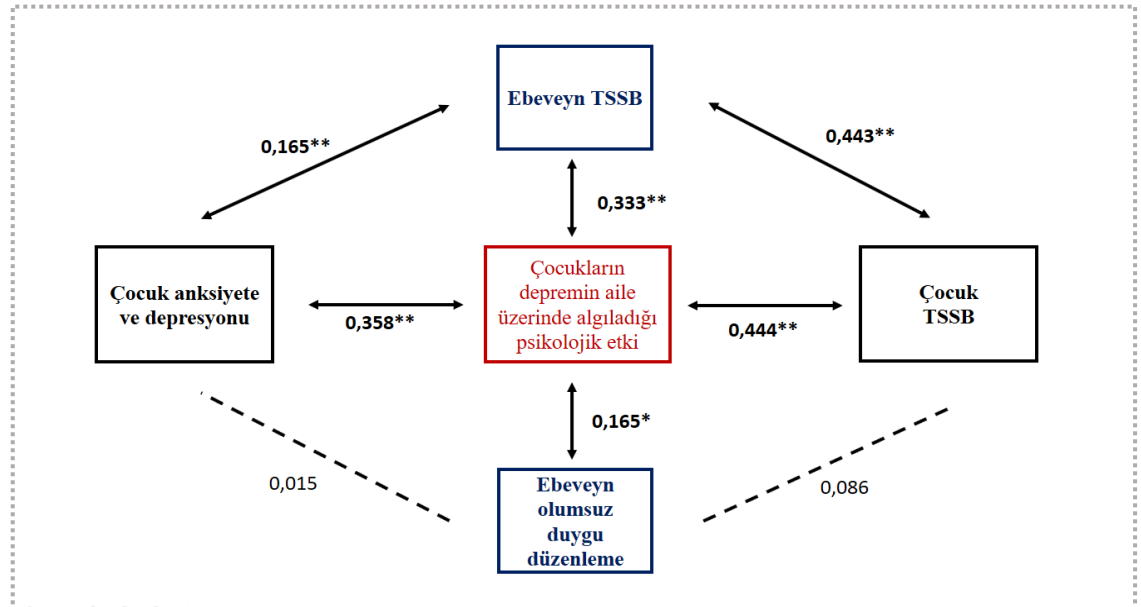
R toplam ile pozitif yönde orta düzeyde ilişki ($r=0,333$ $p<0,001$), EDDÖ çocuğun duygularından kaçınma puanı ile pozitif yönde zayıf ilişki $r=0,165$ $p=0,004$ saptanmıştır.

Tablo 47. Çalışmadaki değişkenler arasındaki korelasyonlar

		ÇADÖ (top. anksiyete ve depresyon T skoru)	CRIES (toplam)	IES-R (toplam)	EDDÖ (duygulardan kaçınma)	EDDÖ (duygulara yönelim)	EDDÖ (duyguları kabul etme)
Çocuğun algıladığı aile psikolojisi	r	0,358	0,444*	0,333*	0,165*	0,028	0,062
	p	p<0,001*	p<0,001	p<0,001	0,004	0,630	0,286
ÇADÖ (top. anksiyete ve depresyon T skoru)	r		0,607*	0,291*	0,015	-,037	-0,005
	p		p<0,001	p<0,001	0,801	0,519	0,934
CRIES (toplam)	r			0,443*	0,086	0,008	0,012
	p			p<0,001	0,136	0,892	0,839
IES-R (toplam)	r				0,130	0,036	-0,094
	p				0,025*	0,539	0,104

Spearman Korelasyon testi; a:<0.05;* ilişkin istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmadaki değişkenler arasındaki korelasyonlar Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Çalışma değişkenlerinin birbiriyle korelasyonu

5. TARTIŞMA

5.1. Ebeveynlerin ve Çocukların Demografik Bilgileri ve Deprem Deneyimlerinin Tartışması

Çalışmamıza Kahramanmaraş depremini yaşayan ve 8-15 yaş aralığında çocuğu olan 300 anne veya baba çocuklarıyla birlikte katılmıştır. Ebeveynler çocuklarıyla aynı anda yüz yüze değerlendirilmiş olup çocuklara yönelik sorular çocuklar tarafından cevaplandırılmıştır. Literatüre baktığımızda dâhil edilme kriterleri çalışmamızla uyumlu olan ve benzer çalışmaları içeren Morris ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında örneklem büyüklükleri 16 ile 336 arasında değişmektedir (178). Bizim çalışmamızdaki örneklem sayısı da bu aralıkta olup üst sınıra yakındır. Bu veriler ışığında çalışmamızın metodolojik olarak güçlü olduğunu söylemek mümkündür. Örneklem büyüklüğümüz literatürdeki benzer çalışmaların örneklem büyüklükleri ile karşılaştırıldığında oldukça yeterli ve kapsamlı görünmektedir. Bu durum elde edilen sonuçların güvenilirliğini ve bilimsel geçerliliğini desteklemektedir.

Juth ve ark. yaptığı çalışmada ebeveynlerin %73'ü anne, %27'si babadır (179). Wickrama ve ark. yaptığı çalışmada sadece anneler çalışmaya katılmıştır (180). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada hem anneler hem babalar çalışmaya katılmış olup kadın-erkek oranı birbirine yakındır (181). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %69,7'si anne, %30,3'ü babalardan oluşmaktadır. Çalışmamızda annelerin oranı babaların oranından daha fazla olup Juth ve ark. yaptığı çalışma ile benzer ve literatüre göre ortalama seviyededir. Çalışmamızda annelerin katılım oranının daha fazla olması, annelerin çocuklarının duygusal ve psikolojik durumlarına daha fazla ilgi gösterdiklerini ve araştırmalara katılma eğilimlerinin daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Ancak babaların da önemli bir yüzdelik dilimi temsil etmesi çalışmamızın her iki ebeveynin perspektifini içerdiğini göstermektedir.

Ebeveynlerin yaş ortalaması Thabet ve ark. yaptığı çalışmada 41,54'tür (182). Juth ve ark. yaptığı çalışmada ebeveynlerin yaş ortalaması 41'dir (179). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada ebeveynlerin yaş ortalaması 35,6'dır (181). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin yaş ortalaması 39,64 yıl olup literatür ortalaması ile uyumluluk göstermektedir. Ebeveynlerin yaş ortalamasının benzer olması, çalışmalara dâhil edilen çocukların benzer yaş aralığında olmasıyla ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda anne-

babaların yaş ortalamasının 39-40 olması, ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve psikolojik durumlarına ilişkin konularda deneyimli olabileceklerini düşündürmektedir.

Ebeveynlerin ortalama eğitim düzeyi Juth ve ark. yaptığı çalışmada lisedir (179). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada annelerin ve babaların çoğunluğu ilkokul ve altı eğitim almıştır (181). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin çoğunluğu ilkokul veya ortaokul mezunu olup düşük eğitim düzeyine sahiptir. Juth ve ark. çalışmasındaki ebeveynlerin eğitim seviyesi bizim çalışmamızdan daha yüksek, Kılıç ve ark. çalışmasındaki ebeveynlerin eğitim seviyesi ise bizim çalışmamızla benzer şekilde düşük saptanmıştır. Ebeveynlerin eğitim seviyesi çocukların duygusal ve psikolojik gelişimini, bu yönde ihtiyaçlarının karşılanma düzeyini etkileyebilir. Bu nedenle düşük eğitim düzeyine sahip ebeveyn örneklemini çalışmamızın bulgularının yorumlanmasında dikkate alınması gereken önemli bir faktördür.

Boşanmış olan ebeveynlerin oranı Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada %6,1'dir (181). Bizim çalışmamızda ebeveynlerin %6'sı dul/ayrılmış olup Kılıç ve ark. yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir. Anne-babanın boşanmış olması veya birinin vefatı, ebeveyn ve çocuk ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir. Çalışmamızdaki bu oran bu tür durumların etkisini incelemek, bu durumdaki çocukların duygusal ve psikolojik destek ihtiyacını değerlendirmek için önemli bir veri sağlamaktadır.

Çalışmıyor veya ev hanımı olan ebeveynler, Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada %58,4 ile en yüksek orana sahiptir (181). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %54,7'si çalışmıyor veya ev hanımı olup Kılıç ve ark yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da benzer popülasyonlarda benzer iş dağılımına ulaşılması araştırmaların tutarlılığını güçlendirmektedir. Çalışmıyor veya ev hanımı olan ebeveyn oranının yüksek olmasını eğitim seviyesinin düşüklüğü ile birlikte meslek edinilememesi, kadınların iş hayatında daha az yer alması veya depremde iş/geçim kaynakları kaybı ile ilişkilendirmek mümkündür. Ebeveynin çalışmaması, iş veya geçim kaynaklarını kaybetmesi afet sonrası destek mekanizmalarını etkileyebileceği için çocuk ruh sağlığına etkisi önemlidir.

Ortalama aylık hane geliri Juth ve ark. yaptığı çalışmada düşük bulunmuştur (179). Thabet ve ark. yaptığı çalışmada da ailelerin çoğunluğunun çok düşük aylık geliri vardır (182). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada ailelerin tamamı düşük sosyoekonomik statüye sahiptir (181). Bizim çalışmamızda da katılımcıların çoğunluğunun aylık geliri

düşük seviyede olup literatürdeki çalışmalarla uyumludur ve ekonomik yetersizliklerin yaygın olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu durum çalışmalara daha çok geçici barınma yerlerinde afet maruziyetini yoğun yaşamış ve daha iyi şartlarda yaşama imkânı bulamayan popülasyonların katıldığını düşündürmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey çocukların psikososyal destek ihtiyacının karşılanmasında zorluklara neden olabilir bu nedenle afet sonrası çocuk ruh sağlığının değerlendirilmesinde önemli bir faktördür.

Çalışmamıza katılan ailelerin çoğunluğu depremden önce Kahramanmaraş'ta ve apartman dairesinde yaşamaktadırlar. Depremi yaşayan diğer iller olan Adana, Adıyaman, Elazığ, Gaziantep, Hatay, Malatya ve Osmaniye'den de katılan aileler olmakla birlikte Kahramanmaraş depremin merkezi olması nedeniyle araştırmamızın odağı haline gelmiştir. Örneklemimizin büyük çoğunluğunun merkez üssüne yakın yerde ve apartmanda yaşaması depremin hem ebeveyn hem çocuk üzerinde travmatik etkilerini artıracak için bulgularımızın yorumlanmasında etkilidir.

Depremden önce yetişkinlerde ruhsal kronik hastalık oranı Altındağ ve ark. yaptığı çalışmada %20 olarak bulunmuştur (183). Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada bu oran %28 bulunmuştur (184). Bizim çalışmamızda ise depremden önce ruhsal kronik hastalık oranı %5,3 saptanmış olup literatüre göre düşük düzeydedir. Literatürdeki bu iki çalışmada deprem öncesi ruhsal kronik hastalık oranının bizim çalışmamızdaki orana göre yüksek olması bu çalışmalardaki örneklemi oluşturan yetişkinlerin kendi isteğiyle psikolojik destek için başvuru yapmış olmalarıyla açıklanabilir. Bizim çalışmamız ise toplum tabanlı tarama düzeyindedir ve çalışmamıza ciddi psikiyatrik sorunları olan yetişkinler dâhil edilmemiştir. Çalışmamızdaki bu oran ebeveynlerdeki ruhsal kronik hastalığın travma sonrası çocuklarının ruh sağlığı üzerine etkisini değerlendirmek için önemli bir veri sağlamaktadır.

Bedensel kronik hastalığı olan ebeveynlerin oranı bizim çalışmamızda %17,3 olup ebeveynlerin %19,7'sinin ise düzenli ilaç kullandığı görülmektedir. Kronik hastalıklar ebeveynlerin yaşam kalitelerini etkileyebilir, stres faktörlerini artırabilir. Bu durum aile dinamiklerini şekillendirebilir ve çocukların ruhsal sağlıkları üzerinde etkili olabilir. Bu durum ebeveyn sağlığının korunması gerekliliğine işaret eder.

Yetişkinlerin daha önce etkileyen bir olay yaşama oranı Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada %29, ailesinde psikiyatrik hastalık oranı ise %16 saptanmıştır (184). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %32,3'ü daha önce etkileyen olay yaşamıştır.

%9,7'sinde ise ailesinde psikiyatrik hastalık mevcuttur. Bizim çalışmamız Başoğlu ve ark. çalışmasıyla benzerlik göstermekte olup bu oranların yüksek olması depresim gibi yeni bir travmatik olay sonrası yetişkinlerin dayanıklılık seviyesinin daha az olabileceğini ve psikolojik sıkıntılara yatkınlık oranının yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular toplum ruh sağlığını korumak ve ihtiyaçlarını anlamak buna göre erken müdahale ve destek sistemlerini geliştirmek için önemlidir.

Ebeveynlerin %70'inin hiç egzersiz yapmaması ve %21'inin 150 dk'dan az yapıyor olması toplumda ciddi oranda sedanter yaşamın hakim olduğunu, sağlık ve yaşam kalitesinin tehlikede olduğunu göstermektedir. Egzersizin birçok bedensel ve ruhsal kronik hastalıklar üzerinde koruyucu etkisi düşünüldüğünde toplumun bu yönde bilinçlendirilmesi ve teşvik edilmesinin gerektiği görünmektedir.

Ebeveynlerden depresim sırasında dehşete kapıldığını veya çaresizlik hissettiği belirtenlerin oranı Liang ve ark. yaptığı çalışmasında %85,3'tür (185). Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada ise yetişkinlerin %71'i depresim sırasında şiddetli korku yaşadıklarını bildirmiştir (184). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde ebeveynlerin %71,3'ü şiddetli düzeyde korku yaşadığını ifade etmiştir. Yaşanılan depresimlerin büyüklüğüne ve şiddetine bağlı olarak depreme maruz kalan yetişkinlerin korku yaşama oranı bütün çalışmalarda yüksek saptanmıştır. Şiddetli korku yaşamak hem ebeveynin kendisinde hem de rol-modeli konumunda olduğu çocuğunda travma sonrası psikolojik sıkıntılara zemin hazırlayabilir. Şiddetli korku yaşayanların yüksek oranda olması ise bu durumu daha da önemli kılmaktadır. Bu bulgular, doğal afetlerin psikolojik etkilerinin anlaşılması ve afetzedelerin iyilik hali için psikososyal destek hizmetlerinin planlanması ve uygulanması bakımından değerli konumdadır.

Ebeveynlerden enkaz altında kalanların oranı Liang ve ark. yaptığı çalışmada %25'tir (185). Cenat ve ark. yaptığı çalışmada yetişkinlerin %7'si enkazdan çıkarıldığını söylemiştir (186). Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmaya katılan yetişkinlerin %10'u enkaz altında kalmıştır (184). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmaya katılan ebeveynler arasında enkaz altında kalan olmamıştır (181). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %5'i enkaz altında kalmıştır. Oranlardaki farklılık çalışmaların yapıldığı yerlerin merkez üssüne uzaklığı, depresimlerin şiddeti, binaların hasar alma derecesi ve nüfus yoğunluğu ile ilişkilendirilebilir. Afet sonrası acil müdahale çalışmalarının etkinliği de enkazdan çıkarılan kişi sayısını etkilemektedir. Nitekim enkazdan kurtulamayan kişiler çalışmalara katılamayacaktır.

Ebeveynlerin ağır yaralanma oranı Juth ve ark. yaptığı çalışmada %10 bulunmuştur (179). Liang ve ark. yaptığı çalışmada ebeveynlerin %19,7'si yaralanmıştır (185). Cenat ve ark. yaptığı çalışmaya katılan yetişkinlerin %10,2'si yaralandığını belirtmiştir (186). Bizim çalışmamızda ise yetişkinlerin %12,6'sı yaralanmıştır. Çalışmamızda yaralanma oranı literatür ortalamasına yakındır. Farklılıkların yine depremin şiddeti, binaların hasar alma derecesi ve nüfus yoğunluğu ile ilişkili olması muhtemeldir.

Yetişkinlerde aile üyelerinin ölümü veya yaralanması Wang ve ark. yaptığı çalışmada %28 oranındadır (187). Cenat ve ark. yaptığı çalışmada yetişkinlerin %29,7'sinin ailesinden en az bir üyesi vefat etmiştir (186). Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada yetişkinlerin %12'sinin aile üyelerinden vefat eden olmuştur (184). Altındağ ve ark. yaptığı çalışmada birinci derece akraba ölümü yaşayan yetişkinlerin oranı %5'tir (183). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada yakın kaybı yaşayan ebeveyn hiç olmamıştır (181). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %14'ü birinci derece ailesinden veya yakın arkadaşlarından kayıp yaşamıştır. Literatür oranları farklılık göstermekle birlikte bizim çalışmamızdaki yakın kaybı oranı ortalama yakındır. Farklılıkların yaşanan depremin şiddeti, çalışmanın yapıldığı yerin merkez üssüne uzaklığı, binaların yıkılma oranı gibi birçok değişikliğe bağlı olması mümkündür.

Ebeveynlerde bir veya daha fazla akrabasını kaybedenlerin oranı Liang ve ark. yaptığı çalışmada %43,8'dir (185). Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada yetişkinlerin %47'si akrabasını kaybetmiştir (184). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %51,7'sinin akrabası vefat etmiştir. Çalışmamızda akraba kaybı oranı literatürdeki çalışmalar ile uyumludur. Bu oranların yüksekliği toplumun travmaya maruziyeti ve sonrasındaki psikiyatrik sıkıntılar, bunların diğer aile bireylerine yansımaları açısından dikkat edilmesini gerektirmektedir.

Ebeveynlerin yaralı birine tanıklık etme oranı Juth ve ark. yaptığı çalışmada %75'in üzerindedir (179). Cenat ve ark. yaptığı çalışmada yetişkinlerin %39,1'i yaralıların olduğu yerde bulunduğunu ifade etmiştir (186). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %45,6'sı yaralı birine tanıklık ettiğini bildirmiştir. Oranlar bölgesel olarak farklılık göstermekle birlikte yüksek saptanmıştır. Bu durumun depremin şiddeti, çalışmaya katılanların merkez üssüne yakınlığı ve nüfus yoğunluğu ile ilişkili olması mümkündür.

Ebeveynlerin ölüme tanık olma oranı Liang ve ark. yaptığı çalışmada %35,1'dir (185). Juth ve ark. yaptığı çalışmada ebeveynlerin yaklaşık üçte ikisi deprem sonucu cansız beden gördüğünü belirtmiştir (179). Cenat ve ark. yaptığı çalışmada yetişkinlerin %81,18'i deprem sonrasında yerde ceset görmüştür (186). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %42,67'si birilerinin cesedine veya ölümüne tanıklık etmiştir. Bu oranlar arasındaki farklılıklar depremin şiddeti, bölgesel etkiler, örneklem özellikleri, ceset görme/ölüme tanıklık etme durumlarının katılımcılar tarafından farklı anlaşılmasıyla ilişkili olabilir. Ancak genel olarak, depremler gibi büyük çaplı felaketlerin insanlar üzerinde ciddi travmatik etkiler bıraktığı ve bu etkilerin farklı oranlarda raporlanabileceği görülmektedir.

Ebeveynlerin deprem anında bina çökmesine tanık olma oranı Liang ve ark. yaptığı çalışmada %75,1'dir (185). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %45,7'si bina yıkılmasına tanıklık etmiştir. Liang ve ark. çalışmasındaki ebeveynler depremin en yoğun şekilde hissedildiği ve en fazla yıkımın yaşandığı bölgelerde yaşamaktadır. Bizim çalışmamızdaki örneklem ise daha geniş bir bölgeyi kapsamakta ve bazı katılımcılar depremin nispeten daha az yıkıcı olduğu alanlarda yaşamaktadır. Bina yıkılmasına tanıklık oranının iki çalışma arasında farklılık göstermesi bu şekilde açıklanabilir olup bu yüksek tanıklık oranları ebeveyn ruh sağlığı için risk oluşturmaları bakımından önemlidir.

Yetişkinlerin arama-kurtarma çalışmalarına katılma oranı Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada %26'dır (184). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin arama-kurtarma çalışmalarına katılma oranı %17,3 olup Başoğlu ve ark. çalışmasındaki orana göre daha düşüktür. Başoğlu ve ark. çalışmasında örneklem genel yetişkin nüfustan oluşmaktadır. Bizim çalışmamızın örnekleme ise ebeveynlerden oluşmakta olup ebeveynlerin sorumlulukları ve zaman kısıtlamaları, arama-kurtarma çalışmalarına katılım oranını düşürebilir. Ayrıca bölgesel olarak toplumsal refleksler değişkenlik gösterebilir, arama-kurtarma çalışmalarına katılım oranları eğitim ve bilinçlendirme faaliyetlerinin yaygınlığına bağlı olarak değişebilir veya daha iyi organize edilmiş katılımı teşvik eden programların olduğu bölgede daha yüksek katılım oranı görülebilir.

Depremde evleri yıkılan yetişkinlerin oranı Cenat ve ark. yaptığı çalışmada %22,73'tür (186). Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada yetişkinlerin %16'sının evi deprem sırasında çökmüş, % 25'inin evinde orta ve ciddi hasar oluşmuştur (184). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada ise ailelerin yalnızca %2'si evlerinin ağır hasar gördüğünü ifade

etmiştir (181). Kadak ve ark. yaptığı çalışmada ailelerin %18'inin evi yıkılmıştır (188). Bizim çalışmamızda ise çalışmaya katılan ailelerin evlerinin %7,7'si orta hasarlı, %49'u ağır hasarlı iken %13'ü yıkılmıştır. Bizim çalışmamızda yapıların çoğunluğu ciddi hasar almakla beraber yıkım oranı literatürdeki çalışmaların çoğunluğuna göre biraz daha düşüktür. Çalışmaların yapıldığı bölgelerin depremin merkez üssüne olan uzaklıkları ve depremin şiddeti hasar oranlarını etkileyebilir. Binaların yapısal dayanıklılığı ve inşaat kalitesi hasar oranlarını büyük ölçüde değiştirebilir. Bu oranların farklılığın bir diğer sebebi ise veri toplama yöntemlerindeki farklılık olabilir. Evi yıkılan kişilerin evin deprem anında değil depremden sonra ağır hasar nedeniyle olan yıkımı da dâhil etmiş olmaları mümkündür. Bu da yıkım oranların artmasına sebep olabilir. Ayrıca çalışmamıza katılan ailelerin evlerinde ağır hasar oranı ciddi düzeyde yüksektir. Bu evlerin de yıkılacağını düşündüğümüzde ailelerin barınma ihtiyacının önemi görülmektedir. Barınma ihtiyacı ebeveynler ve çocuklar üzerinde önemli bir travma sonrası stres kaynağı olabilir, ruh sağlığını etkileyebilir. Farklı çalışmalar arasındaki oranların karşılaştırılması deprem sonrası yapısal hasarların ne kadar çeşitli ve bölgeye özgü olabileceğini göstermekte bu farklılıklar göz önüne alınarak uygun afet sonrası müdahalelerin yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

Deprem sonrası yetişkinlerin yaşadığı yerlere baktığımızda Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada %75'i bir evde veya apartman dairesinde, % 25'i ise çadırda, prefabrik evde veya derme çatma barakada yaşamaktadır (184). Ekşi ve ark yaptığı çalışmada ailelerin %63'ü çadır kampta yaşamaktadır (189). Bizim çalışmamızda ise ailelerin %63,7'si konteynerda kalmakta %36,3'ü ise ev ortamında yaşamaktadır. Bizim çalışmamızda kullanılan geçici barınma çözümleri oranı daha yüksektir ve yeniden inşa sürecinin devam ettiğini gösterir. Bu farklılık çalışmaların depremden ne kadar sonra yapıldığı ile ilişkili olabilir veya yeniden inşa sürecinin hızıyla ilişkili olabilir. Depremin yıkıcılık miktarı veya çalışmaların ağırlık verildiği örneklem ile ilişkili olması da mümkündür. Depremden sonra düzenin değişmesi, geçici barınma yerlerinde yaşanabilecek zorluklar ebeveynler ve çocukların üzerinde önemli bir travma sonrası stres faktörü olabilir. Bu çalışmalar deprem sonrası barınma ihtiyaçlarının ne kadar çeşitli ve yoğun olduğunu gösterir ve afet yönetimi stratejilerinin bu farklılıklara göre planlanması gerektiğini vurgular.

Depremden sonra 7 gün ve daha fazla dışarda kalanların oranı bizim çalışmamızda ebeveynlerin %37,7'sidir. Bu durum depremin yarattığı yıkımın ve afet

sonrası koşulların ciddiyetini, müdahale süreçlerinin zorluklarını gösterir. Yıkılmış veya ağır hasar görmüş binalar, güvenli olmadığı için uzun süre dışarıda kalmayı zorunlu kılabilir. Bu durum, afet yönetimi ve müdahale stratejilerinin iyileştirilmesi, geçici barınma çözümlerinin hızlı ve etkili bir şekilde sağlanması gerektiğine işaret eder.

Yetişkinlerde depremden sonra başka şehre taşınmak zorunda kalanların oranı Cenat ve ark. yaptığı çalışmada %37,4, başka bir ülkeye göç etmek zorunda kalanların oranı ise %4,6'dır (186). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %11,3'ü depremden sonra şehir değiştirmiş iken %42'si ise geçici olarak şehir değiştirmiştir. Cenat'ın çalışmasındaki daha yüksek kalıcı göç oranları depremin çok geniş çapta ve yüksek düzeyde yıkıcı etkilerinin olabileceğini düşündürür. Bizim çalışmamızda ise geçici yer değiştirme oranlarının yüksek olması, deprem sonrası güvenlik arayışı ve geçici çözümlerden faydalanma eğilimini gösterirken depremin etkilerinin sınırlı bir süre için daha yoğun hissedildiğini, ancak uzun vadede insanların geri dönebildiğini ve nispeten yeniden yapılandırmanın daha iyi olduğunu gösterir.

Yetişkinlerin yüksek düzeyde mal kaybı oranı Wang ve ark. yaptığı çalışmada %84,1'dir (187). Juth ve ark. yaptığı çalışmada ailelerin üçte ikisinden fazlası depremde maddi kayıp yaşamıştır (179). Başoğlu ve ark yaptığı çalışmada yetişkinlerin %40'ında mülk kaybı mevcuttur (184). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada ebeveynlerin %8,5'i ciddi maddi kayıp yaşadığını bildirmiştir (181). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %28'i neredeyse tamamını %18'i çoğunu kaybetmiş ve mal kaybı yaşamayanların oranı %31,7'dir. Çalışmalarda maddi kayıp oranlarının çok çeşitli olduğu görülmektedir. Wang ve Juth'un çalışmaları yüksek mal kaybı oranları ile depremlerin ciddi ekonomik zararlarını vurgularken, Kılıç ve arkadaşlarının çalışması daha düşük maddi kayıpları göstermektedir. Bizim çalışmamız ise depremin bazı aileler için özellikle daha fazla ekonomik etkisinin olduğunu göstermektedir. Ancak veri toplama sırasında diğer çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda mal kaybının derecelendirilmiş olması toplam mal kaybı yaşayanlara vurgu yapılmasını sınırlandırmaktadır. Ancak malının az bir kısmını kaybeden aileler ile neredeyse tamamını kaybeden ailelerin stres faktörü aynı düzeyde olmayacağı için çalışmamızda bu farklı düzeylerin getirdiği sonuçlar ön planda tutulmuştur.

Depremden sonra iş kaybı yaşayan yetişkinlerin yüzdesi Cenat ve ark. yaptığı çalışmada %12,84'tür (186). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada babaların %27,6'sı depremde sonra işini kaybettiğini bildirmiştir (181). Bizim çalışmamızda ise

ebeveynlerin %17,7'si deprem nedeni ile işini kısmen, %33,7'si tamamen kaybetmiş olup depremin ekonomik etkilerinin ciddi olduğunu ve birçok ailenin geçim kaynağını kaybetmiş olduğunu gösterir. Çalışmalar arasında iş kaybı oranlarında önemli farklılıklar gözlemlenmektedir. Bu durum sektörel farklılıklardan veya deprem sonrası ekonomik toparlanma sürecindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. İş kaybı yaşayan kişilerin yeniden istihdama kazandırılması, ekonomik destek programlarının artırılması ve afet sonrası ekonomik planlamanın daha etkili bir şekilde yapılması gereklidir. Ayrıca, depreme dayanıklı altyapı ve ekonomik çeşitliliğin artırılması, gelecekteki afetlere karşı ekonomik direnci güçlendirebilir.

Deprem sonrası az sosyal destek alan yetişkinler Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada %72, çok sosyal destek alan yetişkinler ise %28'dir (184). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %38,3'ü az, %15'i çok sosyal destek almıştır. %46,7'si depremde sonra sosyal destek görmediğini ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda az sosyal destek alanların oranı daha düşük olmakla birlikte sosyal destek almayanların oranı oldukça yüksektir. Bu bulgular, sosyal destek mekanizmalarının eksikliğini göstermektedir. Afet sonrası sosyal destek, bireylerin ve toplulukların iyileşme sürecinde kritik bir rol oynar. Bu nedenle, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi ve etkin bir şekilde yönetilmesi, afet sonrası toparlanma süreçlerinin başarısı için hayati öneme sahiptir.

Depremde sonra ebeveynlerin psikolojik destek alma oranı bizim çalışmamızda %14,3 olup depremde sonra psikiyatrik ilaç kullanımı ise %12,3'tür. Bu istatistikler, depremin insanlar üzerindeki psikolojik etkilerinin ciddiyetini göstermekte olup depremin travmatik doğası ve bireylerin psikolojik destek ihtiyaçlarını yansıtabilir. Bu sonuçlar, afet sonrası psikososyal destek hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır. Toplumun bu tür hizmetlere erişimini artırmak ve psikolojik sağlamlığı desteklemek için kaynaklar ve programlar geliştirmek önemlidir.

Depremde sonra sigara kullanımı Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada babalarda %31, alkol tüketimi ise %20 artmıştır (181). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin %23,7'sinde depremde sonra sigara kullanımında artış olmuştur, %1,3'ü sigaraya başlamıştır. Bununla birlikte alkol kullanımında ebeveynlerin %1,7'sinde depremde sonra artış olmuş, hiç başlayan olmamıştır. Bizim çalışmamızda depremde sonra sigara ve alkol kullanımında artış oranının daha az olduğu görülmektedir. Bu durum bölgesel,

kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. İlaveten toplumlarda deprem sonrası farklı başa çıkma mekanizmalarının kullanıldığına işaret etmektedir.

Çocukların cinsiyeti Juth ve ark. yaptığı çalışmada %51'i kız, %49 erkektir (179). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmaya katılanların %46,9'u kız ve %53,1'i erkek çocuktur (181). Bizim çalışmamızda ise çocukların %58,7'si kız, %41,3'ü erkeklerden oluşmakta olup kız çocuk oranı literatürdeki çalışmalara göre biraz daha fazladır. Bu durum kız çocuklarının çalışmaya katılma eğiliminin daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir. Bu eğilime rağmen erkek çocuklarının katılımı da önemli bir yüzdeyi temsil etmektedir. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarında hem kız çocuklarının hem erkek çocuklarının tesiri bulunmaktadır.

Çocukların ortalama yaşları Morris ve ark. yaptığı meta-analize dahil edilen çalışmalarda 8,2-16,26 arasında değişmekte olup genel ortalama 12,39'dur (178). Bizim çalışmamıza katılan çocukların yaşları ise 8 ile 15 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 11,31 yıl olup bazı küçük farklılıklar olsa da genel olarak literatür ile uyumlu ve kabul edilebilir sınırlar içerisinde. Bu durum çalışmamızın literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılabilir olduğunu ve daha geniş bağlamda değerlendirilebileceğini gösterir.

Çocukların eğitim düzeyi Smith ve ark. yaptığı çalışmada hepsi ilkokul öğrencisidir (190). Birmes ve ark. yaptığı çalışmada çocuklar ortaokul 1. sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır (191). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada çocukların hepsi ilkokula gitmektedir (181). Bizim çalışmamızda ise çocuklar 1. sınıf ve 10. sınıf arasındaki öğrencilerden oluşmakta ve en çok 5. Sınıfa giden öğrenciler bulunmaktadır. Çalışmamız, literatürdeki çalışmalara göre daha geniş bir eğitim aralığını kapsamakta ve okul dönemi çocukları ile erken dönem ergenleri birlikte değerlendirmektedir. Bu nedenle ilkokul veya ortaokul düzeyindeki çocukları içeren çalışmalarla kıyaslamak mümkün olmakta ve bu çeşitlilik çalışmamızın genel geçerliliğine katkı sağlamaktadır.

Depremden önce çocuklarda psikiyatrik hastalık oranı Kadak ve ark. yaptığı çalışmada %3,52'dir (188). Bizim çalışmamızda ise depremden önce çocukların %2'sinde ruhsal kronik hastalık bulunmaktadır. Çalışmamızın bulgusu Kadak ve ark. çalışması ile benzer olmakla birlikte bizdeki oran biraz daha düşüktür. Bu durum, çalışmamıza ağır psikiyatrik hastalığı bulunan çocukları dâhil etmememiz ile ilişkilendirilebilir.

Bedensel kronik hastalık olan çocukların oranı çalışmamızda %13'tür. Bu oran önemli düzeydedir ve çocukların yaşam kalitesini önemli derecede etkileyip stres düzeyini artırabilir, psikolojik dayanıklılığını azaltabilir. Bu bulgular bedensel kronik hastalığın travmatik bir olay sonrası çocuk ruh sağlığına etkisi için önemli veri oluşturmaktadır.

Çocuklarda depremden önce travmatik olay yaşama oranı Kadak ve ark. yaptığı çalışmada %38,9'dur (188). Bizim çalışmamızda ise depremden önce çocukların %13'ü travmatik olay yaşamıştır ve bu oran literatürdeki çalışmaya göre düşük düzeydedir. Bu farklılık farklı coğrafi bölgelerin, sosyoekonomik durumların ve toplumsal koşulların çocukların travmatik olaylar yaşama ihtimalini değiştirmesiyle açıklanabilir. Ayrıca çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklar, travmatik olayların tanımı ve değerlendirilme şekli de bildirim oranlarını etkileyebilir. Kadak ve arkadaşlarının çalışmasında travmatik olaylar daha geniş kapsamlı veya daha ayrıntılı tanımlanmış olabilir. Daha önce travmatik olay yaşamış olmak yeni bir travma sonrası baş etme mekanizmalarını etkileyebileceği için önemlidir.

Deprem anında tehlike ve umutsuzluk hissettiğini ifade eden çocukların oranı Wang W. ve ark. yaptığı çalışmada %65'tir (192). Ekşi ve ark. yaptığı çalışmada çocukların %78'i deprem sırasında ciddi tehlike altında hissetmiştir (189). Bizim çalışmamızda ise deprem anında çocukların %58,7'si şiddetli korku, %31,7'si orta düzeyde korku yaşamıştır. Bu çalışmalar çocukların deprem anında duygusal tepkilerini değerlendirmiş olup farklılıklar, afet sırasındaki yaşanan deneyimlerin algılanması ve ifade edilmesi ile ilişkili olabilir. Çalışma yöntemleri ve veri toplama araçları da bu farklılıklara neden olabilir. Bu sonuçlar afet sırasında çocukların yaşadığı duygusal tepkilerin anlaşılması, afet sonrası psikososyal destek ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması için önemli bir kaynak olabilir.

Enkaz altında kalan çocukların oranı Wang W. ve ark. yaptığı çalışmada %0,6'dır (192). Kadak ve ark. yaptığı çalışmada çocukların %1,22'si deprem sırasında çöken bir binanın altında kalmıştır (188). Bizim çalışmamızda ise çocukların %3,3'ü deprem anında enkaz altında kalmıştır. Bizim çalışmamızda çocukların enkaz altında kalma oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaların yapıldığı bölge ve afetin etkilediği alanın özellikleri bu farklılıkları etkileyebilir. Afetin şiddeti, bina yapıları, afet öncesinde alınan önlemler gibi faktörler de çocukların enkaz altında kalma oranlarını etkileyebilir. Bu sonuçlar Afet risklerini değerlendirmek ve afet öncesi hazırlık

alışmalarını yönlendirmek için önemlidir. Çocukların güvenliği ve sağlığı için gereken önlemlerin alınması, afetlerin etkilerini en aza indirmeye yardımcı olabilir.

Ağır yaralı ocuk oranı Wang W. ve ark. yaptığı çalışmada %15 saptanmıştır (192). Juth ve ark. yaptığı çalışmada çocukların ise %16'sı depremde ağır yaralanmıştır (179). Cenat ve ark. yaptığı çalışmada %11,6'sı depremde kendisinin yaralandığını belirtmiştir (186). Ekşi ve ark. yaptığı çalışmada çocukların %14' yaralanmıştır. Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada çocukların depremde %4' hafif yaralanmıştır (181). Bizim alışmamızda ise depremde çocukların %7'si hafif, %0.3' ağır yaralanmıştır. Bizim alışmamızdaki ağır ve hafif yaralanma oranı nispeten daha düşüktür. Bu sonuçlar, doğal afetlerin çocuklar üzerindeki fiziksel etkilerinin değişken olduğunu ve depremin şiddeti, bina yapısı, afet sonrası sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Bu tür veriler, afet yönetimi ve müdahale planlamasında önemli bir yer tutar ve çocukların güvenliğini artırmak için yapılacak iyileştirmelere ışık tutar.

Aile yesi yaralanan çocukların oranı Ekşi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %35'dir (189). Bizim çalışmamıza katılan çocukların %9,7'sinin aile yeleri, %31,0'inin akraba/yakın arkadaşları yaralanmıştır. Bizim alışmamızda birinci derece aile yakınların yaralanma oranı Ekşi ve ark. alışmasındaki oranından daha düşüktür. Ancak bizim çalışmamızda akraba veya yakın arkadaş yaralanma oranı Ekşi ve ark. alışmasındaki orana benzerdir. Bu durum birbirinden farklı afetlerin etkilerinin veya aynı afetin farklı bölgelerdeki etkilerinin yaralanma oranlarında farklılıklara yol açabileceğini göstermektedir.

Depremde aile üyelerinden en az biri kaybolmuş/vefat etmiş çocukların oranı Cenat ve ark yaptığı çalışmada %31,7, arkadaşlarından biri kaybolmuş/vefat etmiş olanların oranı %57,3'tür (186). Wang W. ve ark. yaptığı çalışmada çocukların %2,4'ünün aile yeleri ölmüş/yaralanmıştır (192). Kadak ve ark. yaptığı çalışmada çocukların %15,4' yakın kaybı yaşamıştır (188). Ekşi ve ark. yaptığı çalışmada çocukların %24' bir aile üyesinin öldüğünü, %43' bir yakınının ölümünü bildirmiştir (189). Bizim alışmamızda ise çocukların %4'ünün aile yeleri, %40,7'sinin akraba/yakın arkadaşları vefat etmiştir. Çalışmamızdaki bulgular literatürdeki çalışmaların bulgularıyla karşılaştırıldığında farklılıklar göstermektedir. Bu durumun nedeni çalışmanın yapıldığı yerin deprem bölgesine uzaklığı, depremin şiddeti ve etkisi, binaların dayanıklılığı, arama-kurtarma çalışmalarının etkinliği ve veri toplama

yöntemlerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Bu bulgular, deprem sonrası destek uygulamalarının bölgesel ihtiyaçlara göre uyarlanması gerektiğini göstermektedir.

Depremde ağır yaralı birine tanıklık eden çocukların oranı Juth ve ark. yaptığı çalışmada %75'ten fazladır (179). Bizim çalışmamızda ise çocukların %13,0'si hafif yaralı, %15,7'si ağır yaralı birilerine tanıklık etmiştir. Juth ve ark. çalışması Endonezya Yogyakarta depreminden sonra yapılmıştır. Kahramanmaraş depreminin bilançosu daha ağır olmasına rağmen çocuklarının yaralılara daha çok maruz kalması nüfus yoğunluğu, bölgesel özellikler ile ilişkili olabileceği gibi Kahramanmaraş depreminden sonra ebeveynlerin çocukların maruziyetini daha çok engellemeye çalışmalarıyla da ilişkili olabilir. Nitekim çalışmamızda ebeveynin ölü ve yaralılara maruz kalma oranı çocuklarına göre çok daha fazladır. Bu bulgular ebeveynlerin uygun yöntemlerle çocuğunun travma maruziyetini engelleyebileceğini göstermektedir. Ve travma maruziyeti düzeyi travma sonrası çocuğun ruh sağlığı için dikkat edilmesi gereken kritik bir noktadır.

Depremi ardından sokaklarda yatan cesetler gördüğünü bildiren çocukların oranı Cenat ve ark. yaptığı çalışmada %63,1'tir. Wang W. ve ark. yaptığı çalışmada çocukların %11,1' i yaralanma/ölüm tanıklığı yaşamıştır (192). Ekşi ve ark. yaptığı çalışmada çocukların %50'si diğer insanların ölümüne ve aşırı acılarına tanık olduğunu ifade etmiştir (189). Bizim çalışmamızda ise çocukların %14'ü birinin vefatına tanıklık etmiştir. Çalışmamızdaki bulgular literatürdeki çalışmaların bulgularıyla farklılık göstermektedir. Bu durum depremin şiddeti ve hasar derecesi, çalışmaya alınan örneklemi maruziyet derecesi, çocukların maruziyetinin engellenme düzeyi, çalışmanın merkez üssüne uzaklığı, verilerin toplama yöntemleri gibi nedenlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Bu bulgular afet sonrası yönetimde bölgesel ihtiyaçların farklılık gösterebileceğini ona göre uygulamaların düzenlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Binanın çöküşüne tanık olan çocukların oranı Wang W. ve ark. yaptığı çalışmada %9,3'tür (192). Bizim çalışmamızda ise çocukların %31,3'ü ise bina yıkılma anına tanıklık etmiş olup Wang W. ve ark. çalışmasından farklılık göstermektedir. Bu farklılığın en önemli sebebinin çalışmaların yapıldığı yerin merkez üssüne uzaklığı olması muhtemeldir. Wang W. ve ark. yaptığı çalışmanın örneklemini merkez üssüne 327 km uzaklıktadır. Bizim çalışmamızın örnekleminin yoğunluğunu ise Kahramanmaraş merkez bölgesinde yaşayanlar oluşturmuştur. Bu bulgular merkez üssüne yakınlığın

travma maruziyetini artırabileceğini deprem sonrası destek mekanizmalarının öncelik sırasına göre işleme gerektiğini düşündürmektedir.

Deprem sonrası 2 gün geçmeden çadırlara taşınan çocukların oranı Wang W. ve ark. yaptığı çalışmada %71,8, 2-3 gün içinde taşınanların oranı %8,2, 3 günden sonra çadırlara taşınanların oranı ise %9,0'dır (192). Bizim çalışmamızda ise çocukların %23,3'ü depremde 2 günden az, %32,3'ü 2-3 gün, %44,3'ü ise 3 günden fazla dışarda kalmıştır. Deprem sonrası hava durumu, iletişim ve ulaşım koşulları ile afet bölgesinin büyüklüğü depremde sonra barınma ihtiyacının karşılanması sürecini etkileyebilir. Afet müdahale ekiplerinin organizasyonu ve koordinasyonu, daha hızlı ve etkili yanıt verebilmeleri insanların barınma ihtiyacının en kısa sürede karşılanabilmesi için önemli faktörlerdir. Hükümetin afet yönetim stratejileri de insanların temel ihtiyaçlarını karşılamada etkilidir. Farklı ülkelerde ve farklı bölgelerde bu durumlar farklılık gösterebilir, Wang ve ark. çalışmasının yapıldığı bölgede afet sonrası müdahale daha etkili ve daha hızlı olabilir. Bu bulgular afet sonrası yönetimin ve stratejik davranmanın önemini göstermektedir.

Deprem anında ailesinin yanında olduklarını ifade eden çocukların oranı Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada %81,3'tür (181). Bizim çalışmamızda ise çocukların %85'inin deprem ve sonrasında ailesi ile bağlantısı kesilmemiştir. Çalışmamızın bulguları Kılıç ve ark. yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir. Muhtemelen depremlerin olduğu saate bağlı olarak çocukların ailelerinin yanında bulunma oranı yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızda aile bağlantısının kesilmemesi deprem sonrası zamanı da içermektedir. Bu durum örneklemimizi oluşturan topluluğun aile bağlarının kuvvetli olması ile veya deprem sonrası barınma ve lojistik desteklere ulaşabilmesi ile ilişkili olabilir. Deprem gibi büyük bir travma sonrası çocukların aile ile bir arada kalması ve aile desteğinin sağlanması çocuğun ruh sağlığının korunması açısından önemli olduğu düşünülebilir. Çalışmamızdaki bulgularda aile-çocuk bağlantısının yüksek oranda korunmuş olması olumlu bir durumdur.

Çocukların okula yeniden başlama zamanı Wang W. ve ark. yaptığı çalışmada %67,4'ünde 4 haftadan sonradır (192). Bizim çalışmamızda ise çocukların %59'u 6 haftadan sonra okula başlamış iken %18,3'ü hiç başlayamamıştır. Bu bulgulara göre bizim çalışmamızda eğitim afetten sonra daha çok sekteye uğramıştır. Bu farklılığın temel sebebi Wang W. ve ark. çalışma yaptığı bölgenin depremin merkez üssüne daha uzak olması olabilir. Nitekim ülkemizde Kahramanmaraş depreminden sonra merkez

üssüne benzer uzaklıktaki bölgelerde okullara 3 hafta sonra başlanabilmektedir. Bizim çalışmamızın merkez üssüne yakın yerde yapılması nedeniyle afet sonrası daha travmatik durumlarla karşılaşan çocukların örnekleme oluşturması muhtemeldir. Bu bölgede okulların daha fazla zarar görmesi, onarım süresi, ailelerin sosyoekonomik durumu, çocukların travmatik deneyimlerden sonra toparlanma süreci ve psikososyal destek alma durumu çocukların okula başlama süresini veya başlayabilmelerini etkilemiş olabilir. Tüm bu durumlar çocukların eğitiminin uzun vadeli aksamaması için afet sonrası etkili ve hızlı müdahalelerin ve yönetim sürecinin önemini göstermektedir.

Depremden sonra yatılı okula gönderilenlerin oranı Ekşi ve ark. yaptığı çalışmada %18'dir (189). Bizim çalışmamızda ise çocukların %63,3'ü ise okul değiştirmiştir. Çalışmamızın bulgusu Ekşi ve ark. çalışmasındaki bulguyla farklılık göstermektedir. En baştaki farklılık sebebi veri toplama yöntemiyle alakalıdır. Okul değişikliği ve yatılı okula devam etme benzerlik gösteren yanırları olmakla birlikte aynı durumlar değildir ve sebepleri farklı olabilir. Biz literatürdeki bulabildiğimiz en uygun veri bu olduğu için çalışmamıza dahil ettik. Yatılı okula geçiş yapma okul değişikliğini kapsamakla birlikte aileden ayrılmayı gerektirir. Bu çalışmanın yapıldığı bölgedeki ailelerin geçici barınma yerlerinin eğitim hayatı için uygun şartlarda olmadığını, çevredeki okulların hasar görmüş olabileceğini gösterir. Bizim çalışmamızın yapıldığı bölgede ise okul değişikliğinin sebepleri ailelerin yaşadığı yeri değiştirmesiyle, geçici barınma yerlerine geçmesiyle ve okulların hasar görmesiyle ilişkili olabilir. Çalışmamızda okul değişikliği oranı yüksek olup bu durum okulların güvenli binalarda olması gerektiğini göstermektedir. Okul değişikliği nedeniyle çocuklar aşına olduğu öğretmenlerini ve arkadaşlarını bırakması gerekir. Travmatik olaylardan sonra toparlanmaya çalışan çocuğun bir de bu yönde aşinalık kazanmaya çalışması ruhsal sağlığı olumsuz etkileyebilir. Bu nedenlerle eğitim desteklerinin bölgesel ihtiyaçlara göre geliştirilmesi gerekmektedir.

Depremden sonra şehir değişikliği yapan çocukların oranı çalışmamızda %15,3, geçici olarak şehir değiştirenlerin oranı %42,3'tür. Bu durum, afetlerin neden olduğu fiziksel ve psikolojik etkilerin bir yansımasıdır. Geçici yer değişikliği, afetin hemen ardından barınma ve güvenlik ihtiyacını karşılanması için bir önlem olabilir. Ayrıca okulların hasar görmesi ve eğitimin kesintiye uğraması nedeniyle çocukların eğitiminin aksamaması için de geçici yer değişikliği yapılmış olabilir. Kalıcı değişiklik ise bölgedeki yaşam koşullarının kalıcı olarak değişmesi ve depremzedelerin bu bölgede

yaşamayı fiziksel ve psikolojik nedenlerle sürdüremeyeceklerini düşünmeleri ile olabilir. Ayrıca aileler çocukları için daha güvenli ve istikrarlı ortam arayışında olabilirler. Afet sonrası dönemde, insanların barınma, eğitim ve psikososyal destek ihtiyaçlarının karşılanması için kapsamlı planlamalar yapılması gerekmektedir.

Depremden sonra az sosyal destek alan çocukların oranı çalışmamızda %36,3, çok sosyal destek alanların oranı %34,3'ü iken hiç sosyal destek almayanların oranı %29,3'tür. Bu bulgular depremden gibi travmatik bir olaydan sonra çocukların sosyal destek ihtiyacının yeterince karşılanmadığını göstermektedir. Çocukların sosyal destek mekanizmaları genellikle aile, arkadaş ve akran grupları, akrabalar, okullar, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimlerdir. Bu sosyal destek mekanizmaları çocuğun travma sonrası psikolojik ve duygusal olarak toparlaması için önemli rol oynarlar. Destekleyici bir çevre çocukların travmanın olumsuz etkilerini azaltabilir, çocukların duygusal dengesinin korunmasına ve stresle baş çıkmalarına yardımcı olabilir. Bu bulgular, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve çocuklara yönelik destek programlarının artırılması gerektiğini göstermektedir.

Depremden sonra psikolojik destek alan çocukların oranı Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada %6'dır (181). Bizim çalışmamızda ise çocukların %11,3'ü psikolojik destek almıştır. Bu bulgular deprem gibi travmatik olaylardan sonra talep edilen psikolojik desteğin artmış olabileceğini göstermektedir. Zaman içinde psikolojik destek almış olmanın toplum tarafından damgalanmasının azalması, psikolojik desteğin gerekliliği ve önemi hakkında artan bilinçlenme faaliyetleri bu duruma neden olabilir. Ayrıca çocukların psikolojik destek taleplerinin artmasında daha ciddi travmatik etkiler yaşamış olmaları ve afet sonrası psikososyal destek hizmetlerinin daha ulaşılabilir olması etkili olabilir. Bu bulgular çocukların afet sonrası ruh sağlığının korunması için psikolojik destek hizmetlerinin erişilebilirliğinin ve toplumun bu yönde farkındalık kazanmasının önemini göstermektedir. Bu yönde hizmetler artırılmalı psikolojik sorunlar için risk altında olan daha fazla çocuğa ulaştırılmalıdır.

Depremle ilgili korkunç, hüznü mesaj, görüntü, haberlere maruz kalan çocukların oranı çalışmamızda %79,7 ve üçten fazla kez ağlayanların oranı %16'dır. Bu bulgular çocukların yaşadıkları travmatik olaylar hakkında medya maruziyetinin yüksek oranda olduğunu ve bu maruziyet nedeniyle çocukların yoğun duygusal stres tepkisi verebileceğini göstermektedir. Çocukların depremle ilgili medya maruziyeti travmatik olayları yeniden yaşamalarına neden olabilir, bu durum ise travmanın etkilerini

artırabilir ve toparlanma süreçlerinin zorlaştırabilir. Bu içerikler çocukların duygusal yükünü artırabilir ve ağlayarak bu yükü dışarı atmalarına neden olabilir. Bu durum medya maruziyetinin çocuğun ruhsal sağlığını olumsuz etkilediğinin ve çocukların psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunun göstergesi olabilir. Ebeveynler bu gibi durumlarda çocuklarına anlayış ve destek göstermelidirler, gerektiğinde çocuklarını psikolojik destek için yönlendirmelidirler. Yine ebeveynler çocukların medyada erişim sağladıkları içerikleri kontrol etmeli ve travmatik olayları tekrardan hatırlatacak içerikleri sınırlandırmalıdır. Bunların yerine çocuklar, travmayı anlamalarına ve travma ile başa çıkmalarına yardımcı olacak destekleyici ve bilgilendirici içeriklere yönlendirilmelidirler. Medya ve yazarların ise bu içerikleri üretmesi önem arz etmektedir.

Ailesinin deprem sonrası psikolojik durumunun nasıl etkilendiği sorusuna çalışmamızdaki çocukların %12,7'si hafif, %29,0'u orta, %33,3'ü şiddetli cevabını vermiştir. Bu bulgular çocukların travma sonrası ailelerde psikolojik etkilenme düzeylerini farklı miktarda algılayabileceklerini göstermektedir. Çocuklarının büyük bir kısmının ailelerinin şiddetli bir şekilde etkilendiğini ifade etmesi depremin aileler üzerinde derin ve yaygın bir etki bıraktığını göstermektedir. Ailelerin psikolojik dayanıklılıkları ve deprem sonrası toparlanma yetenekleri çocuğun bu süreçteki algılarını değiştirebilir. Aile içi destekleyici ilişkiler, ebeveynin duygu düzenleme mekanizmalarını kullanabilmesi çocuk algıladığı ailesi üzerindeki psikolojik etkiyi hafifletebilir. Travmatik süreçlerin etkilerinin çocuğa dozunda yansıtılması çocuğun ruh sağlığının korunmasında kritik öneme sahiptir.

5.2. Ebeveynlerin Duygu Düzenleme Sürecini ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Tartışması

Ebeveyn cinsiyeti, Zimmer-Gembeck ve ark. yaptığı çalışmada ebeveyn duygu düzenlemesi ile ilişkili bulunmamıştır (193). Bizim çalışmamızda ise babaların 'çocuğun duygularından kaçınma' puanı annelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olup babaların çocuklarının duygularını tanımada ve baş etmede annelere göre daha fazla zorlandıklarını veya çocuğun olumsuz duygularına karşı daha zayıf tolerans geliştirdiklerini ve bu durumdan kaçındıklarını göstermektedir. Çalışmamızın bulguları literatürle uyumsuz olmakla birlikte bunun nedeni duygu düzenlemeyle ilgili

Çalışmaların daha çok gelişmiş lkelerde yapılması olabilir (194). Gelişmiş lkeler ve bizim lkemizde anne ve babaya yklenen roller farklılık gösterebilir. Bizim toplumumuzda erkeklere yklenen roller ve beklentiler genellikle gl olma ve duygularını belli etmeme ynndedir. Bu durum babaların kendi duygularını tanıma ve ynetme becerilerinde kısıtlamalar oluşturabilir. Duygularıyla başa çıkmayı yeterince deneyimleyemeyen babanın çocuklarının duygularıyla yeterince baş edememesi muhtemel bir durumdur. Anneler genellikle çocuklarına duygusal destek sağlama eğiliminde olurken babalar ise genellikle disiplin ve finansal destek gibi konulara odaklanabilirler. Bu düşünce tarzı da babanın çocuklarının duygularını tanıma ve baş etme becerileri kazanmasını engelleyebilmektedir. Çocukların yaşadığı olaylar karşısında hissettiği duyguları tanımlaması, bu duyguları ynetebilmesi ve uygun tepkiler verebilmesi için ebeveyn rehberliğine ve rol-modelliğine ihtiyaı vardır. Bu ihtiyaın yeterince karşılanması için babaların da etkin olması, kendine ve çocuğuna karşı duygu düzenleme becerilerini geliştirmesi önem taşımaktadır. Bu yönde toplumsal farkındalık, eğitim ve destek çabalarının yaygınlaştırılması gerekli gözükmektedir.

Ebeveyn eğitim düzeyi düşüklüğü Passaquindici ve ark. yaptığı çalışmada duygu kontrol eksikliği ile ilişkilendirilmiştir (195). Bizim alışmamızda ise eğitim düzeyi düşük ebeveynlerin ‘ocuğun duygularından kaçınma’ düzeyi anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızın bulgusu literatürdeki çalışmayla benzer olup eğitim düzeyinin duygu düzenleme becerilerini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Eğitim, ebeveynlerin duygusal zeka ve empati gibi konularda beceri kazanmalarını sağlayabilir. Eğitim düzeyinin yüksekliği ocuk gelişimi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmayı, ebeveynlik üzerine kaynaklara, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine daha kolay ulaşmayı ve bu konuda farkındalık kazanmayı sağlayabilir. Eğitim düzeyi düşük ebeveynlerin ise bu yönde bilgi, becerileri ve kaynaklara ulaşımı sınırlı olabilir. Eğitim düzeyi düşük kişilerde gelir seviyesi de düşük olabileceği için ekonomik stresin çocuğa olan ilgiyi azaltması da muhtemeldir. Ayrıca bu ebeveynlerin kendi çocukluk döneminde gördüğü ebeveynlik modelini çocuklarına yansıtmaları da mümkündür. Eğer çocukluklarında kendi duyguları göz ardı edilmiş ve uygun yönetilmemiş ise benzer davranış modelini çocuklarına uygulayabilirler. Nitekim bu ebeveynlerde zincirleme davranış modelini kırarak eğitimle gelen bilinçlenme sınırlıdır. Tüm bu durumlar çocuğun uygun duygu, düşünce ve davranış kalıplarını öğrenmesinde gerekli olan ebeveynin çocuğa gösterdiği duygu düzenleme yöntemlerinin eğitim ile geliştiğini göstermekte, bilinç ve farkındalık

düzeyini artırmak içinse bireysel ve toplumsal çabalara ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmamızda emekli/diğer grubunda olan ebeveynlerin ‘çocuğun duygularından kaçınma puanı’ diğer meslek gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olup çocuklarına karşı daha fazla duygu düzenleme zorlukları yaşadıklarını göstermektedir. Emekli ebeveynlerin diğer ebeveynlere göre nispeten daha yaşlı olması muhtemeldir ve daha farklı kültürel ve toplumsal bağlamda büyüdüğü anlamına gelmektedir. Daha eski nesillerde duyguları bastırma ve duyguları ifade etmeme daha yaygın olabilir. Duygulara yönelik becerilerin azlığı, emekli ebeveynlerde çocuğunun duygularından kaçınmasına neden olabilir. Ayrıca emeklilik nedeniyle sosyal çevrenin azalması, toplumdaki rolün kaybı ve gelir azalması kişinin stres faktörlerini artırabilir ve çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamada zorluklara neden olabilir. Bu bulgular emekli ebeveynlerin kendi duygu düzenleme becerilerini geliştirmeleri ve çocuklarının duygusal gelişimini destekleyebilmeleri için destek mekanizmalarına ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Düşük sosyoekonomik seviye De France ve ark. yaptığı çalışmada duygulardan kaçınma ile ilişkilendirilmiştir (196). Cote ve ark. yaptığı çalışmada duygu düzenleme yeteneği daha fazla olan kişilerin daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip olduğu görülmüştür (197). Zitzmann ve ark. yaptığı sistematik incelemede düşük sosyoekonomik düzeydeki annelerin duygu düzenlemesindeki zorlukların işlevsiz ebeveynlik davranışını tetiklediği görülmüştür (198). Bizim çalışmamızda 15 binin altında aylık geliri olan ebeveynlerin ‘çocuğun duygularından kaçınma’ puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Düşük gelir ekonomik stres ile ilişkilidir ve bu stres ebeveynin zihinsel kaynaklarını tüketebilir, dikkatini duygu düzenleme süreçlerine vermeyi sınırlayabilir. Mali sıkıntılar aile içi çatışmaları artırabilir ve bu çatışma duygu düzenlemenin eksikliği ile olabileceği gibi duygu düzenlemeye engel de olabilir. Ayrıca sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu gibi sosyal çevreyi de etkiler. Sosyal çevrenin iyi olması olumlu etkileşimler sağlayabilir, duygu düzenleme becerisi kazanma yönünde bu yönde başarılı insanları model almak mümkün olabilir. Eğitim ve sosyal statünün yüksek olması kaynaklara, bu yöndeki hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte iyilik hali ise nasıl duygu düzenleneceği konusunda öğrenmeye uygun bir zihin yapısı sağlayacaktır (197). Tüm bu durumlar özellikle büyük bir afet sonrası insanların mal

kaybı ve iş kaybı gibi durumlarla iç içe olduğu, ekonomik kaygıların arttığı dönemde aile dinamiklerinin korunması, uygun ebeveyn davranışı ve çocukların duygusal ihtiyacının yeterince karşılanması için mali ve sosyal desteklerin önemini göstermektedir.

Ebeveynde psikopatoloji olması Zitzmann ve ark. yaptığı sistematik incelemede duygu düzenlemedeki zorluklar ile ilişkilendirilmiştir (198). Aldao ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında uyumsuz duygu düzenleme stratejileri daha fazla psikopatolojiyle ve uyumlu duygu düzenleme stratejileri daha az psikopatolojiyle ilişkilendirilmiştir (199). Bizim çalışmamızda ise ruhsal kronik hastalığı olan ebeveynlerin ‘çocuğun duygularından kaçınma’ puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup literatür ile uyumlu olarak bu ebeveynlerin çocuklarına karşı daha çok duygu düzenleme zorlukları yaşadığını göstermektedir. Ruhsal hastalıklar zihinde sürekli duygusal ve bilişsel yük oluşturabilir. Bu durum ebeveynin hem kendi duygularını hem çocuğunun duygularını tanıma, anlama ve uygun şekilde yönetme becerilerini engelleyebilir. Bu nedenle ruhsal hastalıkları olan ebeveyn çocuğun duygusal ihtiyacını karşılayamayarak çocuğun duygularından kaçınma davranışı sergileyebilir. Ayrıca psikopatolojilerin ebeveyn duygu düzenlemesini olumsuz etkileyebileceği gibi, duygu düzenleme eksikliklerinin de psikopatolojiye zemin hazırlayabileceği düşünülmelidir. Bu nedenle klinisyenler ruhsal kronik hastalığı olan ebeveynlere hastalık semptomlarını iyileştirmeye yönelik müdahalelerle birlikte duygu düzenleme yönünde de teşvik edici olmalıdır.

Çalışmamızda ailesinde psikiyatrik hastalık olmayan ebeveynlerin ‘anne–babanın kendi duygularını ve çocuğun duygularını kabul etmesi’ puanı, ailesinde psikiyatrik hastalık olan ebeveynlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik hastalıkların oluşmasında genetik ve çevresel faktörlerin rolü vardır. Ailesinde psikiyatrik hastalığı olan ebeveynin genetik yatkınlığı mevcut olabilir ve bu yatkınlık duygu düzenleme becerilerini olumsuz etkileyebilir. Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey olması aile içi dinamikleri etkileyebilir ve aile içi çatışmalara, strese neden olabilir. Bu stres ortamı ebeveynlerin kendilerini duygusal olarak tükenmiş hissetmelerine neden olabilir, duygusal dayanıklılığını azaltabilir. Ayrıca duygu düzenleme becerileri daha çok gözlemleyerek öğrenildiği için aile içi stresli ortamda büyüyen ebeveynlerin olumsuz modellerle karşılaşmış olması da mümkündür. Genetik yatkınlığı olabilecek ebeveynlere tüm bu olumsuz çevresel faktörlerin de eklenmesi duygu düzenleme becerilerini daha da zorlayabilir. Bu zorluklar ebeveynin hem kendi

duygularını hem de çocuklarının duygularını kabul etmeye ve hayatta başa gelebilecek olumsuz duygulara tolerans göstermeye engel olabilir. Kabullenilmeyen olumsuz duygular için uygun tepki göstermek ve çözüm aramak da zorlaşacaktır. Bu sebeplerle ailesinde psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerin duygusal kabul kapasitelerinin artması için ve çocuklarının duygusal gelişimini desteklemelerine yardımcı olmak için eğitim ve farkındalık programları, psikososyal destek uygulamaları önemli olacaktır.

Çalışmamızda deprem sırasında şiddetli korku yaşayan ebeveynlerin ‘anne-babanın çocuğun duygularına yönelimi’ puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu ebeveynlerin kendi korkularının çocuklarının duygusal ihtiyaçlarına daha fazla dikkat etmelerini sağladığını göstermektedir. Deprem, bütün ailenin birlikte yaşadığı büyük travmalardandır. Ailecek yaşanan korkutucu travmalar aile içi dayanışma, anlayış ve koruyucu davranışları artırabilir. Travma sonrası yoğun korku yaşayan bireyler duygusal farkındalık, empati ve ilişkilerde derinlik gibi durumlarda gelişim gösterebilirler. Şiddetli korku yaşayan ebeveynler, travmatik olayın etkilerini yoğun hissettikleri için çocukların duygusal durumlarına daha duyarlı hale gelebilirler. Çocuklarının da benzer duygular yaşayabileceği düşüncesiyle çocukların duygusal ihtiyaçlarına daha fazla yönelebilirler. Yoğun korku yaşayan ebeveynlerin koruma içgüdüğü artacağı için yine çocuklarının duygularına daha çok yönelebilir, daha çok anlamaya ve yönetmeye çalışabilirler. Bu bulgular travmatik olayların ebeveyn-çocuk ilişkilerine ve ebeveyn duygu düzenleme sürecine olumlu olabilecek etkisini göstermiş ve farklı bir bakış açısı getirmiştir.

Çalışmamızda depremde akrabası vefat eden ebeveynlerin ‘çocuğun duygularından kaçınma’ puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Birinci derece aile/yakın arkadaş kaybı yaşayan ebeveynlerin ise çocuğun duygularına yönelimi puanı daha yüksek olmakla birlikte anlamlı düzeyde değildir. Bu bulgular travmatik kayıpların ebeveynlerde başa çıkma ve duygu düzenleme mekanizmaları üzerindeki etkisini göstermektedir. Akraba kaybı, özellikle deprem gibi durumlarda olduğu gibi ani ve beklenmedik şekilde gerçekleştiğinde yoğun bir yas ve duygusal şok sürecine neden olabilir. Bu durum duygusal tükenmişliklere ve zihin yorgunluklarına neden olabilir. Ayrıca akraba kaybı sosyal destek sistemlerinde büyük bir boşluk oluşturabilir. Tüm bu durumlar nedeniyle kendi acılarıyla baş etmeye çalışan ebeveynler duygu düzenleme zorlukları çekebilirler ve çocuğunun duygularına odaklanmakta zorlandıkları için çocuklarının duygularından kaçınmayı tercih edebilirler. Çalışmamızda birinci derece

akraba/yakın arkadaş kaybı yaşayan ebeveynlerin çocukları da aynı zamanda birinci derece kayıp yaşamış olacağı için ebeveynler çocuklarının da kendi yaşadığı derin acıyı yaşayabileceğini düşünüp çocuklarının duygularına daha çok yönelebilirler. Ayrıca birinci dereceden kayıp yaşayan ebeveynler daha fazla sosyal destek alabilir ve duygusal yükü bir miktar hafifleten bu durum ebeveynlerin çocuklarının duygularına daha çok yönelmesini sağlayabilir. Bu durumun anlamlı düzeyde olmamasının nedeni veri toplama sürecinde yakın arkadaşları, birinci derece aile ile birlikte değerlendirmemiz olabilir. Tüm bu bulgular, yakın kaybı yaşayan ebeveynlere yas sürecinde hem kendi ruh sağlıkları hem çocuklarıyla sağlıklı ilişkileri için psikososyal desteğin önemine dikkati çekmektedir.

Çalışmamızda depremde ağır yaralanmaya tanıklık eden ebeveynlerin ‘çocuğun duygularına yönelimi’ puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Bu durum ebeveynin tanıklık ettiği olayların çocuklarına yönelik duygu düzenlemelerini etkileyeceğini göstermektedir. Depremde ağır yaralanmaya tanıklık etme, ebeveynlerde empati kurabilmeyi, insanlara destek verme isteğini artırabilir. Bu süreç duygusal farkındalıkların artmasıyla ebeveynlerin çocuklarının duygusal ihtiyaçlarına daha çok yönelmesini sağlayabilir. Çocuklarının duygularını anlamaya yönetmeye çalışan bu ebeveynlere çocuklarının duygusal gelişimini daha iyi yönetmelerini desteklemek için uygun psikososyal destekler verilmesi düşünülebilir.

Çalışmamızda depremde birilerinin ölümüne veya cesedine tanıklık eden ebeveynlerin ve depremde arama-kurtarma çalışmalarına katılan ebeveynlerin ‘çocuğun duygularından kaçınma’ puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgular şiddetli travmatik deneyimlerin ebeveyn duygu düzenleme süreçlerine etki ettiğini göstermektedir. Ölüme veya cesede tanıklık etmek, arama- kurtarma çalışmalarına katılmak yüksek stresi olan durumlardır. Bu durumlar ebeveynlerde duygusal tükenmişliklere ve duygu düzenleme zorluklarına yol açabilir. Bu zorlanma hali uygun baş etme mekanizmalarının çalışmasını engelleyebilir ve ebeveynlerin çocuklarının duygularından kaçınmasına neden olabilir. Bu bulgular travmatik deneyimler yaşayan ebeveynlerin uygun baş etme ve duygu düzenleme yöntemleri kazanabilmeleri için psikososyal desteği gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda depremden sonra hiç sosyal destek almayan ebeveynlerin ‘çocuğun duygularından kaçınma puanı’ anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu bulgu travmatik durumlardan sonra yapılacak sosyal desteğin ebeveynlerin çocuklarıyla olan

etkileşimine etkisini göstermektedir. Travmatik olaylardan sonra ebeveynler stres ve tükenmişlik hali yaşayabilirler. Sosyal destek ise ebeveynin duygusal yükünün azaltılmasını, ebeveynlerin stresli durumlarla daha kolay başa çıkmasını sağlayabilir. Bu sayede stresi ve tükenmişliği azalan ebeveynin çocuklarının duygusal ihtiyaçlarını daha çok karşılamaya çalışması mümkündür. Yeterli sosyal destek alamayan ebeveynlerin ise stres ve tükenmişliği daha fazla olabilir, duygu düzenleme kapasiteleri sınırlanabilir. Bu nedenle sosyal destek alamayan ebeveynler çocuğunun duygusal ihtiyaçlarına yanıt vermekte zorlanabilir ve çocuğun duygularından kaçınabilirler. Bu bulgular çocukların sağlıklı duygusal gelişimi için sosyal destek ağlarının önemini bu yönde çalışmalara ihtiyacın olduğunu göstermektedir.

Yetişkinlerde deprem sonrası TSSB prevalansı Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında %4,10 ile %67,07 arasında değişmektedir (200). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin TSSB oranı %65,7 bulunmuş olup üst sınıra yakındır. Çalışmamızda TSSB oranının yüksek olması depremin şiddeti, süresi, yıkıcılığı ile ilişkili olabilir. Örneklemimizin sosyodemografik özellikleri ve deprem deneyimleri olarak TSSB için risk faktörü içeren özelliklere sahip olmasıyla da ilişkilendirmek mümkündür. Bu oranın yüksek olması ebeveynlerin başa çıkma sürecinin, psikososyal destek ve müdahale yöntemlerinin önemine işaret etmektedir. Erken tespit ve müdahale uzun dönem psikolojik iyilik hal için kritiktir.

Kadın cinsiyeti Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında yetişkinlerde deprem sonrası TSSB ile anlamlı düzeyde ilişkili saptanmıştır (200). Bizim çalışmamızda ise ebeveynler arasında, annelerdeki TSSB oranı ve TSSB yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma alt boyut puanları babalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup literatür ile uyumludur. Kadınların travmatik olaylara daha duyarlı olma eğilimi hem biyolojik hem de psikososyal faktörlerle açıklanabilir. Kadınların stres hormonlarına karşı daha duyarlı olmaları nedeniyle tehditlere karşı daha duyarlı oldukları ve baskıyı yönetme yeteneklerinin nispeten daha zayıf olduğu düşünülmektedir (201). Buna ilaveten annelerin toplumdaki geleneksel rolü onları daha fazla strese maruz bırakabilir, onlara stresli ortamlarını değiştirme konusunda daha az imkân tanıyabilir. Bu araştırma sonucu, travma sonrası iyileşme için kadınlara yönelik özel psikososyal destek ve müdahalelerin gerekliliğine işaret etmektedir. Toplumda kadınların travmatik olaylara verdikleri tepkiler konusunda farkındalık yaratmak, daha

fazla destek ve anlayış sağlamaya yardımcı olabilir. Eğitim programları, kadınların travma sonrası belirtileri tanımlamalarını ve uygun yardım aramalarını teşvik edebilir.

Eğitime düzeyinin düşük olması Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (200). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin TSSB oranı eğitim düzeyinden etkilenmemiş olup literatürle uyumsuzdur. Bu durum bizim çalışmamızdaki ebeveynlerin travma sonrası stres düzeyini etkileyen daha öncelikli durumlar olduğunu göstermektedir.

Yetişkinlerin medeni durumuna göre Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışması ile Dai ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB düzeyinde anlamlı farklılık görülmemiştir (200, 202). Bizim çalışmamızda da dul/boşanmış ebeveynler ile evli ebeveynler arası TSSB oranında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamış olup literatür ile uyumludur. Bu durum medeni durumun tek başına TSSB riskini belirlemede yeterli olmadığını kişisel dayanıklılık, çevresel faktörler, travmanın şiddeti gibi TSSB'nin gelişimini etkileyen birçok faktör olduğunu göstermektedir. Evlilik daha fazla sosyal destek sağlarken, boşanmış/dul bireyler de dengeleyici etki olarak kendi sosyal destek ağlarına sahip olabilirler.

Çalışmamızda çalışmayan veya ev hanımı olan ebeveynlerin TSSB oranı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yine TSSB yeniden yaşama ve aşırı uyarılma belirtileri çalışmayan veya ev hanımı olan ebeveynlerde anlamlı düzeyde daha fazla görülmektedir. Bu durum çalışmayan veya ev hanımı olan ebeveynlerde sosyal destek eksikliği, ekonomik stres ve yetersiz başa çıkma mekanizmaları gibi faktörlerle açıklanabilir. Bu bulgular, travma sonrası stresin yönetimi ve iyileşme süreçlerinde bu grubun özel ihtiyaçlarına yönelik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür (200). Bizim çalışmamızda ise aylık gelir düzeyi ebeveynlerin TSSB oranında anlamlı fark oluşturmamış olup literatürden farklıdır. Tang ve ark.'nın meta-analizi, geniş ve çeşitli demografik grupları içeren birden fazla çalışmanın verilerini içermektedir. Bizim çalışmamızın örnekleme ise daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruptan oluşmuş olup homojenlik göstermektedir. Bu durum sosyo-ekonomik düzeyin TSSB üzerindeki etkisini belirgin hale gelmesini engellemiş olabilir. Ayrıca gelir düzeyi düşük ebeveyn sayısının fazla olmasının sebebi çalışmaya katılan ebeveynlerin sadece kendi gelirini

düşünüp haneye giren geliri hesap etmemesi ile ilişkili olabilir. İlâveten sosyal destek, düşük gelirli bireyler için önemli bir tampon olabilir. Düşük gelirli ebeveynler güçlü sosyal destek ağlarına sahipse, bu destek TSSB semptomlarını hafifletebilir.

Çalışmamızda depremden önce apartmanda yaşayan ebeveynlerde travma sonrası stres düzeyi ve TSSB aşırı uyarılma belirtileri müstakil evde yaşayan ebeveynlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum apartmanda yaşayanların depremin şiddetini daha yoğun hissetmeleriyle ilişkili olabilir. Hissedilen büyük sarsıntılar, bireylerin korku ve kaygı düzeylerini artırabilir ve travmatik anıların daha güçlü ve kalıcı olmasına yol açabilir. Apartmanlarda enkaz altında kalma ve hasar riski daha yüksek, güvenli bir yere ulaşmak daha zordur. Bu nedenle artan tehlike ve çaresizlik hissi travmanın şiddetini artırabilir. Ayrıca müstakil evde yaşayan bireyler, genellikle daha sıkı komşuluk ilişkilerine ve sosyal destek ağlarına sahip olabilirler. Bu destek, travma sonrası iyileşmede önemli bir rol oynamış olabilir. Bu bulgular, özellikle aşırı uyarılma belirtilerini hedef alarak apartmanda yaşayan kişilere kendilerini güvende hissetmeleri için deprem öncesinde deprem sırasında ve deprem sonrasında yapılacaklarla ilgili eğitim verilmesini vurgular.

Deprem sırasında korku yaşamak Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (200). Bizim çalışmamızda ise şiddetli korku yaşayan ebeveynlerin TSSB oranı ve TSSB yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma alt boyut puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmış olup literatür ile uyumludur. Korku, bir travma anında yaşanan yoğun duygusal tepki olup bireylerin travmatik olayla başa çıkma yeteneklerini olumsuz etkileyebilir. Deprem sırasında yaşanan anlık tehlike, belirsizlik ve çaresizlik duyguları bireylerde yoğun bir korkuya neden olabilir. Baş edilemeyen korku düzeyi bireylerin fiziksel ve psikolojik güvenlik hislerini zedeleyip travma sonrası semptomların gelişimine zemin hazırlayabilir. Şiddetli korku yaşayan bireyler için psikolojik destek ve psikoterapi önemli olup TSSB semptomlarını hafifletebilir ve iyileşme sürecini destekleyebilir. Topluluk ve sosyal destek ağlarının, bireylerin korkularını ve travmalarını paylaşmalarına ve bu süreçte birbirlerine destek olmalarına olanak tanıdığı da unutulmamalıdır.

Yetişkinlerde psikiyatrik hastalık öyküsü Tortella-Feliu ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile ilişkili bulunmuştur (203). Bizim çalışmamızda ise ruhsal kronik hastalığı olan ebeveynlerde TSSB oranı ve TSSB düzeyi anlamlı düzeyde yüksek olup yeniden yaşama, kaçınma ve uyarılma olmak üzere tüm TSSB belirtileri de anlamlı

düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumlu olup daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olan yetişkinlerin TSSB gelişimi için riskli grup olduğunu göstermektedir. Daha önce psikiyatrik hastalığı olan yetişkinlerin psikolojik dayanıklılığı ve baş etme mekanizmalarının zayıflamış olması muhtemeldir. Psikolojik kırılganlığı yüksek olan bu bireyler travmatik olayları normal düzeyden daha yoğun algılayabilirler, stresli durumların etkisinde daha çok kalabilirler. Dolayısıyla tüm bu nedenlerle bu bireylerin stres tepkilerinin de yüksek olması mümkün olabilir ve TSSB belirtilerini daha şiddetli gösterebilirler. Bu bulgular daha önce psikiyatrik hastalığı olan bireylerin daha savunmasız olduğunu deprem gibi travmatik olaylardan sonra özel müdahale ve destek programlarına ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Ayrıca ruhsal kronik hastalıkların takibi ve yönetimi bu bireylerin travma sonrası baş etme becerilerini artırarak koruyucu rol oynayabilir.

Yetişkinlerin daha önce travmatik olay yaşamış olması Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında deprem sonrası TSSB ile ilişkilendirilmiştir (200). Tortella-Feliu ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında da bu durum TSSB ile ilişkili bulunmuştur (203). Bizim çalışmamızda ise daha önce etkileyen olay yaşamış yetişkinlerde TSSB düzeyi, TSSB yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma alt boyutlarıyla beraber anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamız literatür ile uyumlu olup daha önce travmatik olay yaşayan bireylerde TSSB gelişimi için risk grubundadır. Daha önce travmatik olay yaşayan kişiler, yeni bir travma karşısında psikolojik olarak daha kırılgan daha savunmasız olabilirler. Yaşam boyu travmatik olayların birikmesi bu kişilerde baş etme becerilerini zayıflatabilir ve stres tepkilerinde artışa yol açabilir. Bu tepkiler yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma şeklinde TSSB belirtileri olarak kendini gösterebilir. Bu bulgular, daha önce travmatik olay yaşayan kişilerin yeni bir travma karşısında daha fazla psikososyal desteğe ihtiyaç duyacağını göstermektedir.

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü Tortella-Feliu ve ark yaptığı meta-analiz çalışmasında yetişkinlerde TSSB ile ilişkilendirilmiştir (203). Bizim çalışmamızda ise ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yetişkinlerde TSSB düzeyi ile ilişkili bulunmuş olup anlamlı fark oluşturmuştur. Ailesinde psikiyatrik hastalığı olan yetişkinde TSSB kaçınma belirtileri de anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür. Çalışmamız literatür ile uyumlu olup ailedeki bireylerde psikiyatrik hastalık olmasının TSSB gelişimi için risk faktörü kabul edilebileceğini göstermektedir. Öncelikle ailede psikiyatrik hastalık

öyküsü, yetişkin bireyin kendisinde de psikiyatrik hastalıklara genetik yatkınlık olabileceğine işaret etmektedir. Genetik faktörlerle birlikte çevresel faktörlerde psikiyatrik bozukluklara yatkınlık oluşturabilir. Nitekim ailede psikiyatrik hastalığı olan birey olması ailenin dinamiklerini etkileyebilir, aile içinde çatışmalara yol açabilir ve stresli bir çevreye sebep olabilir. Ailedeki destek mekanizmaları daha çok ihtiyacı olduğu düşünüldüğü için psikiyatrik hastalığı olan kişiye kaydırılabilir. Psikiyatrik hastalığı olan bireyden gelmesi gereken sosyal destek sekteye uğrayabilir. Tüm bu nedenlerle yetişkin bireyin travmatik olaylara karşı psikolojik dayanıklılığı, baş etme mekanizmaları zayıflayabilir ve TSSB'ye daha yatkın hale gelebilir. Bu bulgular, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişilere bu yönde dikkatli takip, destek ve uygun müdahalelerin önemini vurgular.

Yetişkinlerin depremde enkaz altında kalma durumu Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile ilişkili olduğu görülmüştür (200). Bizim çalışmamızda ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte enkaz altında kalan ebeveynlerin TSSB oranı daha yüksek bulunmuş olup literatürü desteklemektedir. Enkaz altında kalmak, hem fiziksel hem de psikolojik olarak son derece travmatik bir deneyim olduğu aşikârdır. Fiziksel tehlike, çaresizlik ve ölüm korkusu gibi faktörler, bireyin psikolojik durumunu derinden etkiler ve TSSB gelişimine katkıda bulunabilir. Bu bulgular, enkaz altında kalma deneyimi yaşayan bireylere TSSB semptomlarının azaltılması ve iyileşme sürecine katkı sağlaması için özel psikolojik destek ve psikoterapi programları geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. TSSB semptomlarının erken tespiti ve yönetimi için bu bireyler uzun vadeli izleme ve destek programlarına dahil edilmelidir.

Yetişkinlerde depremde yaralanmış olmak Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile ilişkili bulunmuştur (200). Bizim çalışmamızda ise depremde yaralanan ebeveynlerin travma sonrası stres düzeyi daha yüksek olup TSSB yeniden yaşama, kaçınma belirtileri anlamlı düzeyde daha fazla görülmektedir. Deprem sırasında yaralanmak hem fiziksel hem de psikolojik olarak büyük bir travma kaynağıdır. Yaralanma bireylerin hayatını tehdit eden, kalıcı hasar bırakabilen bir deneyim olduğu için TSSB gelişiminde önemli rol oynayabilir. Çalışmamızda yaralanmanın TSSB belirtileri üzerinde etkili olması literatür ile uyumludur.

Depremde yakınların vefat etmiş olması Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ilişkili saptanmıştır (200). Bizim çalışmamızda ise yakın kaybı yaşayan ebeveynlerde kayıp yaşamayan veya daha uzaktan kayıp yaşayan ebeveynlere

göre TSSB düzeyi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yakın kaybı yaşayan ebeveynlerde yeniden yaşama belirtileri anlamlı düzeyde fazla görülmüştür. Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumlu olup yakın kaybının TSSB için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Yetişkinlerin depremde yaralı veya vefat etmiş birine tanıklığı Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile ilişkili bulunmamıştır (200). Bizim çalışmamızda da ebeveynlerin depremde yaralı birine tanıklık durumu ve vefat etmiş birine tanıklık durumu TSSB düzeyinde anlamlı fark oluşturmamış olup literatür ile uyumludur. Bu durum, travmatik olayların ebeveynler üzerinde farklı etki gösterdiğini düşündürmektedir. Bireylerin travma sonrası tepkileri sadece travmatik olayla ilişkili değil; aynı zamanda bireyin olayı algılama ve anlamlandırma süreciyle de ilişkili olmaktadır. Olaylardan etkilenme derecesi kişinin dayanıklılığı, başa çıkma becerileri ve olay sonrası aldığı sosyal destek ile de ilişkili olmaktadır. Bu bulgular, her bireyin travmatik olaya tepkisinin farklı olduğunu travma sonrası müdahalelerin ve terapilerin kişiselleştirilmiş yaklaşımlar gerektirdiğini göstermektedir.

Çalışmamızda bina yıkılması gören ebeveynlerin travma sonrası stres düzeyi ve TSSB yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma alt boyut puanları bina yıkılması görmeyen ebeveynlere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Doğrudan gözlemlenen büyük fiziksel yıkım, olayın gerçekliğini ve dehşetini daha somut bir şekilde hissettirir, bireylerin güvenlik hissini ciddi şekilde sarsabilir, bu da daha yoğun bir stres tepkisine yol açabilir. Bu bulgular, travma sonrası destek ve müdahalelerin, özellikle yoğun ve dramatik olaylara tanıklık eden bireylere odaklanması gerektiğini göstermektedir.

Depremde arama-kurtarma çalışmalarına katılmış olmak Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile ilişkili bulunmamıştır (200). Bizim çalışmamızda da ebeveynlerin arama-kurtarma çalışmalarına katılması TSSB düzeyinde anlamlı fark oluşturmamış olup literatür ile uyumludur. Bu durum, bireylerin travmatik olaylara verdiği psikolojik tepkinin farklılığını ve birçok faktörden etkilendiğini göstermektedir. Arama kurtarma çalışmalarına katılanların aktif olarak yardım etme deneyimi yaşamaları; psikolojik dayanıklılıklarını artırabilir, stres tepkilerini azaltabilir. Ayrıca bu çalışmalara katılanların aldıkları topluluk desteği ve dayanışma hali TSSB riskini azaltabilir. Sonuç olarak arama kurtarma çalışmalarına katılmak bireyler üzerinde olumlu veya olumsuz etkilere neden olup bu durum bireysel özellikler ve

sosyal destek mekanizmalarına göre değişebilir. Destek sistemleri kişiye özgü olarak şekillenmelidir.

Ebeveyn TSSB alt boyutları Russell ve ark. yaptığı çalışmada duygu düzenleme zorluklarıyla ilişkilendirilmiştir (204). Horenczyk ve ark. yaptığı çalışmada annenin duygu düzenleme bozukluğu, annenin TSSB toplam puanıyla ilişkili bulunmuştur (205). Badour ve ark. yaptığı çalışmada duygu düzenleme güçlükleri, travma sonrası stres belirtilerinin şiddeti ile pozitif yönde ilişkili saptanmıştır (206). [Jensen](#) ve ark. yaptığı çalışmada TSSB semptomları duygu düzensizliği ile ilişkilidir (207). Kumar ve ark. yaptığı çalışmada TSSB'si olan anneler daha fazla duygu düzensizliği yoluyla daha işlevsiz ebeveynlik davranışları göstermişlerdir (208). Bizim çalışmamızda ise ebeveyn duygu düzenleme ölçeğine göre çocuğunun duygularından kaçınan yani duygu düzenleme becerileri daha düşük olan ebeveynlerin TSSB düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu ebeveynlerin özellikle yeniden yaşama ve kaçınma semptomları gösterdiği saptanmıştır. Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumlu olup TSSB'nin ebeveyn duygu düzenleme süreçlerini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Aynı zamanda olumsuz duygu düzenleme süreçlerinin TSSB'ye zemin hazırladığını da düşünmek mümkündür. TSSB yaşayan ebeveynler yeniden yaşama belirtileri gösterip travmatik olayı zihinlerinde tekrar tekrar yaşarlar. Bu duygusal olarak sürekli travmaya maruz kalıyormuş gibi hissetmelerine neden olabilir ve ebeveynlerin duygu düzenlemelerini zorlaştırabilir. Yine TSSB yaşayan ebeveynler kaçınma belirtileri göstererek travmatik olayı hatırlatan durumlardan kaçınma davranışı sergileyebilirler hatta hatırlatma unsuru olabilecek çocuklarının duygusal ifadelerinden bile kaçınabilirler. Travmatik olaylardan sonra ebeveynin kognitif fonksiyonlarını bozulabilir ve ebeveynde duygusal küntlükler oluşabilir. Bu ve benzeri sebeplerle TSSB, ebeveynlerin baş etme kapasitesini sınırlayabilir, duygu düzenleme becerilerini birçok farklı mekanizmayla bozabilir. Duygusal süreçlerini yönetemeyen ebeveynler çocuklarının duygularına duyarlılıklarını kaybedip, daha az yanıt verebilirler ve çocuklarının duygularından kaçınma davranışı sergileyebilirler. Bu bulgular, TSSB'li ebeveynlerin hem kendi iyilik halleri hem çocuklarının sağlıklı duygusal gelişimi için uygun terapi ve destek hizmetlerine erişim sağlayabilmelerinin kritik önem taşıdığını göstermektedir.

5.3. Çocukların Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Tartışması

Çocuklarda deprem sonrası TSSB görülme sıklığı Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında %2,5 ile %60,0 arasında değişmektedir (200). Doğal afetlerden sonra çocuklarda depresyon görülme sıklığı yine Tang ve ark. yaptığı başka bir meta-analiz çalışmasında %7,5 ile %44,8 arasında değişmektedir (209). Travmatik olaylardan sonra çocuklarda anksiyete bozukluğu belirtilerinin görülme sıklığı Xu ve ark. yaptığı çalışmada %18,9 (210), Marthoenis ve ark. yaptığı çalışmada %32,12 (211), Thabet ve ark yaptığı çalışmada %33,9 (182), Fan ve ark. yaptığı çalışmada %40,5 (212), Tang W. ve ark. yaptığı çalışmada %37,3 (213) saptanmıştır. Tang W. ve ark. yaptığı başka bir çalışmada AAB oranı %38,7, YAB oranı %25, PB oranı %32,2 SAB oranı %23 toplam kaygı bozukluğu oranı %37,3 saptanmıştır (214). Bizim çalışmamızda ise çocuklarda TSSB oranı %51, AAB oranı %62,3, YAB oranı %17, PB oranı %24, SAB oranı %15,3, OKB oranı %20,3, Depresif bozukluk oranı %18,3, toplam anksiyete oranı %27,3, toplam anksiyete ve depresyon oranı %26,7 saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları travma ve travma sonrası maruziyetin çocukların psikolojisine etkisini değerlendirmede literatürdeki bulgularla genel bir uyum içindedir ancak bazı farklılıklar da görülmektedir. Yapılan araştırmalar, deprem sonrası psikolojik etkilerin çeşitli yönlerde olabileceğini göstermektedir. Bu etkilerin şiddetinin veri toplama yöntemlerine, örneklem özelliklerine, afet özelliklerine, afet sonrası koşullara, sosyal çevreye, psikososyal destek hizmetlerine erişim durumuna göre değişebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda TSSB oranı literatürdeki aralığın üst sınırına yakındır. Anksiyete ve depresyon oranı ise literatürdeki oranların aralığında olup ortalamadan biraz düşüktür. Bu durum, çalışmamızın verilerinin depremden sonra ilk 6 ay içinde toplanmasıyla ilişkili olabilir. Şiddetli travmatik etkileri olan bir depremden sonra geçen sürenin kısa olması nedeniyle bireylerin travma sonrası stres tepkilerinin devam ettiği ve TSSB oranının yüksek çıktığı düşünülebilir. Nitekim çalışmamızı destekler nitelikte Başoğlu ve ark. yaptığı çalışmada depremden sonra geçen sürenin kısa olması daha şiddetli TSSB belirtileriyle, depremden sonra geçen sürenin uzun olması ise daha şiddetli depresyon belirtileriyle ilişkili görülmüştür (184). Çalışmamızda depresyon oranının nispeten düşük olması ise depresyonun depremden sonra uzun vadede ortaya çıkacak olmasıyla ilişkili olabilir. Ancak bu durum TSSB'nin zamanla iyileşmesi anlamına gelmeyebilir. TSSB ve depresyonun sık birlikteliğini düşünecek olursak

depresyonun TSSB'ye sekonder olarak gelişmesi daha olasıdır. Depresyonun gelişmesi, TSSB'nin çaresizlik yaratan etkileriyle ve felaket sonrası zorlukların, yasın ve kaynak kaybının kümülatif etkileriyle açıklanabilir (184). Bu bulgular, çocuklarda depremden sonra psikososyal destek ve müdahale yöntemlerinin acil gerekliliğini ve olumsuz psikolojik etkiler için risk taşıyan çocuklara uzun vadeli takip ve uygun önleyici tedbirler alınması gerektiğini göstermektedir.

Kız çocuk olmak, hem Trickey ve ark. hem Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile ilişkili bulunmuştur (200, 215). Doğal afetlerden sonra depresyon, Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında kız veya erkek çocuk olmakla ilişkilendirilmemiştir (209). Deprem sonrası anksiyete bozukluğu ise Gerstner ve ark. (216), Kadak ve ark. (188), Marthoenis ve ark. (211), Xu ve ark. (210), Newnham ve ark. (217), Tang W. ve ark. (213) yaptıkları çalışmalarda kızlarda erkeklerden daha yüksek oranda görülmektedir. Liu ve ark. yaptığı çalışmada ise cinsiyet anksiyete ile ilişkili bulunmamıştır (218). Tang W. ve ark. yaptığı bir diğer çalışmada ise AAB, YAB, PB, SAB düzeyi kızlarda daha yüksek saptanmıştır (214). Bizim çalışmamızda ise TSSB oranı ve depresyon oranı kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı düzeyde farklılık oluşturmamıştır. SAB oranı, toplam anksiyete oranı, toplam anksiyete ve depresyon oranı ise erkek çocuklarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda çocuklarda cinsiyete göre depresyon oranı farklılık göstermemiş olup literatür ile uyumludur. TSSB ve anksiyete oranları ise literatürde kız çocuklarında daha yüksekken bizim çalışmamızda TSSB erkek ve kız çocuklarında benzer düzeyde, anksiyete ise erkek çocuklarında daha yüksek bulunmuş olup literatürden farklılık göstermektedir. Çalışmamızda annelerin babalardan TSSB düzeyi daha yüksek çıkmış olmasına rağmen kız çocuklarının erkek çocuklarıyla TSSB düzeyinin benzer olması cinsiyet özelliklerinin çocukluk döneminde yeterince farklılık oluşturmamış olmasıyla ilişkilendirilebilir (209) . Erkek çocuklarında SAB ile birlikte daha yüksek anksiyete oranları bulunması erkek çocuklarına yönelik toplumsal beklentilerin duygusal ifadelerini daha çok sınırlamaları ve bastırmaları gerektiği yönünde olması ile açıklanabilir. Erkek çocuklarının daha az duygusal destek alması ve uygun olmayan başa çıkma mekanizmaları kullanması anksiyete düzeylerini artırabilir. Çalışmamızın bu bulguları literatüre farklı bir bakış açısı sunarak erkek çocuklarının da psikososyal destek ihtiyacının kız çocukları kadar olabileceğini göstermektedir.

Çocuklarda yaşı artması Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile ilişkilendirilmiştir (200). Trickey ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB çocuklarda yaş ile ilişkili bulunmamıştır (215). Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında çocuklarda depresyon yaş ile ilişkili bulunmamıştır (209). Xu ve ark. yaptığı çalışmada çocuklarda yaşı artması anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (210). Tang W. ve ark. yaptığı çalışmada YAB, PB ve SAB oranı yaş arttıkça artmış, AAB ise yaşla birlikte azalmıştır (214). Bizim çalışmamızda ise yaşı daha küçük olan çocuklarda AAB oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup bu çocuklar daha fazla TSSB kaçınma belirtileri göstermiştir. Diğer anksiyete türleri ve depresyon oranı yaş ile ilişkili bulunmamıştır. Çalışmamızdaki bulguların literatürdeki çalışmalarla benzerliği olmakla birlikte literatürdeki çalışmalardan farklı yönleri de mevcuttur. Farklılıkların veri değerlendirme yöntemlerinden ve örneklem özelliklerinden kaynaklanması mümkündür. Çalışmamızda AAB haricindeki anksiyete türleri ve depresyonun yaşa göre görülme sıklığının değişmemesi bu bozukluklara zemin hazırlayan öncelikli faktörün yaş olmadığını göstermektedir. AAB'nin küçük yaşlarda görülmesi oldukça spesifik olup çalışmamızın bulgusu da Tang W. ark. çalışmasıyla uyumlu olarak bu yöndedir. Küçük yaştaki çocukların travmatik olaylara karşı daha savunmasız olması daha çok kaçınma davranışı göstermelerine yol açabilir. Bu bulgular afet sonrası çocukların ihtiyaç durumuna göre psikososyal destek verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda bedensel kronik hastalığı olan çocuklarda PB oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu çocuklar, hastalıkları nedeniyle sürekli korku ve belirsizlik içerisinde olabilirler. Bu duruma deprem gibi kontrol edilemeyen bir olay eklenmesi çocukların güvensizlik ve belirsizlik hislerini artırabilir, çocuklarda sağlıklarının tehlikeye gireceği endişesi oluşturabilir ve zaten olan endişenin başa çıkılamayan bir hale dönüşmesine yol açabilir. Bu bulgular bedensel kronik hastalığı olan çocuklara yönelik özel müdahale ve destek programlarının gerekliliğini göstermektedir.

Çocuklarda önceden psikiyatrik hastalık olması, Newnham ve ark. yaptığı sistematik derlemede TSSB, anksiyete ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (217). Trickey ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında da önceden psikiyatrik hastalık olması TSSB ile ilişkilendirilmiştir (215). Kadak ve ark. yaptığı çalışmada çocuklarda önceden psikiyatrik hastalık olması TSSB ile ilişkili bulunmuş olup anksiyete bozuklukları ve depresyon ile ilişki saptanmamıştır (188). Bizim çalışmamızda ise daha önce ruhsal

kronik hastalığı olan çocuklarda AAB, PB, SAB, MDB, toplam anksiyete ve toplam anksiyete ve depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. TSSB oranı da daha yüksek olmakla birlikte anlamlı düzeyde değildir. Çalışmamızdaki anksiyete ve depresyon oranları, Newnham ve ark. yaptığı çalışmayla uyumlu olup önceden ruhsal hastalıkları olan çocukların travma sonrası psikolojik sorunlar açısından yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda önceden ruhsal hastalığı olan çocukların TSSB oranı yüksek olmasına rağmen farkın belirginleşmemesi, örneklemimizdeki çocukların genelinde TSSB oranının yüksek olup TSSB'yi etkileyen faktörlerin çok sayıda olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca çalışmamıza ağır psikiyatrik sorunları olan çocukları dâhil etmediğimizden dolayı bu farkın belirginleşmemesi mümkün olup çalışmamızı literatürdeki çalışmalardan ayırabilir. Sonuç olarak önceden olan psikiyatrik hastalıklar, çocukların travma sonrası başa çıkma yeteneklerini etkileyebilir. Travmaya karşı daha hassas olan bu çocukların, travma sonrası anksiyete, depresyon ve diğer bozukluklara karşı daha yüksek risk altında olduğu görülmektedir. Bu çocukların psikososyal destek ve müdahale yöntemlerine mutlaka ihtiyaçları vardır. Hem sağlık profesyonelleri hem de ruh sağlığı uzmanları, bu çocukların ihtiyaçlarını karşılamak için özel stratejiler geliştirmeli ve uygulamalıdır.

Çocuklarda daha önce etkileyen olay yaşama Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ile ilişkili bulunmamıştır (200). Depresyon ise Tang ve ark. yaptığı başka meta-analiz çalışmasında daha önce travmatik olay yaşayan çocuklarda yüksek saptanmıştır (209). Kadak ve ark. yaptığı çalışmada önceki travma anksiyete bozuklukları ile ilişkili bulunmamıştır (188). Bizim çalışmamızda ise çocuklarda daha önce etkileyen olay yaşama TSSB oranını anlamlı düzeyde etkilemiş olup, anksiyete ve depresyon oranlarında anlamlı düzeyde fark oluşturmamıştır. Çalışmamızda literatürden farklı olarak daha önce etkileyen olay yaşayan çocuklarda TSSB oranı daha yüksek çıkmıştır. Daha önce travma maruziyeti yaşayan çocuklar, yeni bir travma karşısında daha savunmasız, kırılgan olabilir ve yüksek seviyede stres tepkisi geliştirebilirler. Literatür ile farklılık, daha önce etkileyen olayın türü, nasıl sorulduğu ve üstesinden gelinip gelinmediği ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda yine literatürden farklı olarak daha önce etkileyen olay yaşayan çocuklarda depresyon oranı farklılık göstermemiştir. Anksiyete oranı ise Kadak ve ark. çalışması ile uyumlu olarak farklılık göstermemiştir. Bu durum depresyon ve anksiyetenin oluşum mekanizmasında travma harici çok faktörlü etki olmasıyla açıklanabilir. Sonuç olarak bu bulgular daha önce travma öyküsü

yaşayan çocukların deprem gibi yeni bir travma sonrası oluşan yeni durumlarla baş etme zorluğu yaşayabileceğini ve akabinde psikolojik belirtiler gösterebileceğini vurgulamaktadır. Bu risk grubundaki çocuklara yeni travmatik olaylar sonrası psikososyal desteğin önemli olacağı görülmektedir.

Çocuklarda deprem anında korku düzeyi Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (200, 209). Liu ve ark., Tang W. ve ark., Xu ve ark., Marthoenis ve ark. yaptıkları çalışmaların hepsinde anksiyete bozukluğu deprem sırasında aşırı korku ile ilişkilendirilmiştir (210, 211, 213, 218). Tang W. ve ark. yaptığı başka bir çalışmada AAB, YAB, PB, SAB düzeyi şiddetli korku yaşayanlarda yüksek saptanmıştır (214). Bizim çalışmamızda ise şiddetli korku yaşamak AAB, anksiyete, depresyon ve TSSB oranını anlamlı düzeyde artırmıştır. TSBB yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma alt boyut belirtileri şiddetli korku yaşayan çocuklarda anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür. Çalışmamızdaki bulgular literatür ile uyumlu olup şiddetli korku yaşamının TSSB, anksiyete ve depresyon üzerinde önemli etkisi olduğunu göstermektedir. Korkunun şiddetli olması çocuğun güvenlik algısını sarsabilir, travmanın duygusal ve bilişsel olarak anlamlandırılmasına engel olabilir. Bu durumlar çocukta TSSB, anksiyete ve depresyon belirtilerine yol açabilir. Özellikle güven ve korunma ihtiyacının giderilmesini sağlayan ebeveynlerle sürekli bir arada olma isteği AAB gelişimine neden olabilir. Şiddetli korku yaşamak travmatik olayın çocuğun zihninde tekrar tekrar canlanmasına, travmatik olayları hatırlatan durumlardan kaçınma çabasına, sürekli tetikte olma ve artan sinirlenmelere neden olabilir. Bu bulgular, şiddetli korku yaşayan çocukların çeşitli psikolojik sorunlar karşısında risk altında olduğunu vurgulamakta ve erken psikolojik müdahalelerin, aile, okul ve toplum desteğinin çocuk ruh sağlığını korumada önemli olduğuna işaret etmektedir.

Çocuklarda enkaz altında kalma Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ve depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (200, 209). Tang W. ve ark., Marthoenis ve ark. yaptığı çalışmada çocuklarda enkaz altında kalma anksiyete ile ilişkili saptanmıştır (211, 213). Kadak ve ark., Xu ve ark. yaptığı çalışmada çocuklarda enkaz altında kalma anksiyete bozuklukları ile ilişkili bulunmamıştır (188, 210). Tang W. ve ark. yaptığı çalışmada enkaz altında kalanlarda PB düzeyi yüksek saptanmıştır (214). Bizim çalışmamızda enkaz altında kalan çocuklarda PB oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. TSSB, toplam anksiyete ve depresyon oranı da enkaz altında kalan

çocuklarda daha yüksek olmakla birlikte anlamlı düzeyde değildir. Enkaz altında kalan çocuklar TSSB kaçınma belirtilerini anlamlı düzeyde daha çok göstermiştir. Çalışmamızın bulguları literatürle uyumlu olmakla birlikte anlamlı düzeyde olmaması çalışmamızda enkaz altında kalan çocuk sayısının az olması ile ilişkili olabilir. Enkaz altında kalan çocuklarda anlamlı düzeyde yüksek görülen kaçınma davranışı, çocukların travmatik olayları tekrar yaşamak istememesi nedeniyle tetikleyicilerden uzak durma çabasının artabileceğini göstermektedir. Bu yüksek stresli bir olay yaşayan çocuk için beklenen bir durumdur. Çalışmamızda PB'nin enkaz altında kalan çocuklarda anlamlı düzeyde fazla görülmesi Tang W. ark. yaptığı çalışmayla bire bir uyumludur. Bu durum enkaz altında kalmanın PB için ciddi risk faktörü olduğunu gösterir. Enkaz altın kalmak aşırı korku ve dehşet verici, çaresizliğin yoğun yaşandığı stresli bir durum olup panik bozukluğa zemin hazırlaması mümkündür. Çalışmamızda depresyon oranları ise literatür ile uyumluluk göstermemektedir. Bu durum depresyonun ortaya çıkmasında başka risk ve koruyucu faktörlerin olması ile ilişkilendirilebilir. Örneğin enkaz altında kalan bir çocuğun aldığı aile desteği ve aldığı sosyal destek depresyonu engellemek için koruyucu olabilir. Bu bulgular travma sonrası psikososyal destek ve müdahalelerin kişiselleştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çocuklarda afetlerde yaralanma durumu Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmalarında TSSB ve depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (200, 209). Liu ve ark., Tang W. ve ark., Xu ve ark. yaptıkları çalışmalarda depremde yaralanma durumu anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (210, 213, 218). Gerstner ve ark. yaptığı çalışmada depremde yaralanma anksiyete ile ilişkilendirilmemiştir (216). Tang W. ve ark. yaptığı başka bir çalışmada depremde yaralanan çocuklarda AAB yüksek saptanmıştır (214). Bizim çalışmamızda ise yaralanan çocuklarda PB oranı, toplam anksiyete oranı, toplam anksiyete ve depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Depremde yaralanan çocuklar daha fazla TSSB kaçınma belirtileri göstermiş olup bulgularımız literatür ile uyumluluk göstermektedir. Yaralanma durumu çocuklarda algılanan tehdidin ve algılanan travma şiddetinin daha fazla olmasına yol açabilir. Yaralanmalar kişinin normal hayatına dönmesini zorlaştırabilir ve travmatik olayı hatırlatıcı konumunda olabilir. Bu durumlar çocukta hatırlatıcılardan kaçınma davranışı oluşturabilir, anksiyete ve depresyon belirtilerine yol açabilir. Bu bulgular depremde yaralanan çocuklar için özel destek mekanizmalarının gerekliliğini göstermektedir.

Depremde çocukların ailesinin yaralanması Ekşi ve ark. yaptığı çalışmada TSSB ve depresyon ile ilişkili değildir (189). Xu ve ark. yaptığı çalışmada depremde çocukların yakın bir aile üyesi veya arkadaşın yaralanması anksiyete belirtileri ile ilişkilidir (210). Tang W. ve ark. yaptığı çalışmada AAB, YAB, PB, SAB düzeyi ebeveyni yaralananlarda yüksek saptanmıştır (214). Bizim çalışmamızda ise yakını yaralanan çocuklarda TSSB yeniden yaşama ve kaçınma belirtileri anlamlı düzeyde yüksektir. Yine yakını yaralanan çocuklarda AAB oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Depresyon ise yakın yaralanması ile ilişkilendirilmemiştir. Bizim çalışmamızda yakın yaralanmasının TSSB belirtilerini etkiliyor olması Ekşi ve ark. çalışmasıyla uyumlu değildir. Yaralanma düzeyindeki farklılıklar ve bu durumun getirdiği şartların TSSB düzeyini etkilemiş olması mümkündür. Çalışmamızda depresyon oranı yakın yaralanmasından etkilenmemiş olup Ekşi ve ark. çalışmasıyla uyumludur. Bu sonuçlar depresyonun oluşumunda daha öncelikli başka faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Yakın yaralanmasının AAB ile ilişkili olması Tang. W. arkadaşlarının çalışmasıyla uyumludur.

Çocuklarda yakın kaybı Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ve depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (200, 209). Ekşi ve ark. yaptığı çalışmada çocukların aile üyelerinden birinin ölümü ile depresyon düzeyi ilişkilendirilmiştir (189). Kadak ve ark., Tang W. ve ark. yaptığı çalışmada yakın kaybı anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (188,213). Xu ve ark. yaptığı çalışmada anksiyete belirtileri yakın bir aile üyesi veya arkadaşın vefatı ile ilişkilidir (210). Liu ve ark. ile Gerstner ve ark. yaptığı çalışmada yakın kaybı anksiyete ile ilişkili bulunmamıştır (216, 218). Bizim çalışmamızda ise aile üyeleri kaybı yaşayan çocuklarda TSSB yeniden yaşama ve kaçınma belirtileri anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. TSSB oranı da aile üyelerini kaybeden çocuklarda daha yüksek olmakla birlikte anlamlı düzeyde değildir. Anksiyete ve depresyon oranı ise yakın kaybından etkilenmemiştir. Çalışmamızın bulgular genel olarak TSSB bakımından literatür ile uyumlu olup anlamlılık düzeyini etkileyen bazı sınırlamalar bulunmaktadır. Aile üyelerini kaybedenlerin sayısının az olması ve veri toplama sırasında yakınlık düzeylerinin derecelendirilmesi çalışmamızda anlamlılık düzeyini etkilemiştir. Bununla birlikte bu sonuçlar yakın kaybının çocuk ruh sağlığı üzerindeki önemli etkisinin olabileceğine işaret etmektedir.

Çocuklarda ölü veya yaralı birilerine tanıklık Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB ve depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (200, 209). Tang W. ve

ark. yaptığı çalışmada ağır yaralanmalara ve ölüme tanıklık birbirinden ayrı olarak anksiyete ile ilişkili saptanmıştır (214). Xu ve ark. yaptığı çalışmada ölü veya yaralı birilerine tanıklık anksiyete belirtileri ile ilişkili bulunmuştur (210). Tang W. ve ark. yaptığı çalışmada ölüme tanık olan çocuklarda YAB, PB, AAB yüksek saptanmıştır (214). Bizim çalışmamızda ise ağır yaralanmaya ve ölüme tanıklık her ikisi de çocuklarda PB, SAB ve toplam anksiyete oranını anlamlı düzeyde etkilemiştir. Yaralı birine tanıklık toplam anksiyete ve depresyon oranını da anlamlı düzeyde etkilemiştir. Ağır yaralanmaya tanıklık eden çocuklarda TSSB yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri, ölüme tanıklık eden çocuklarda ise yeniden yaşama belirtileri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda çocukların ölü ve yaralıya tanıklık etme durumu TSSB, anksiyete ve depresyon ile ilişkilendirilmiş olup literatür ile uyumludur. Literatürde ve bizim çalışmamızda ölü ve yaralıya tanıklık etmenin yetişkinlerde anlamlı düzeyde psikolojik etki yaratmamış olması, çocuklarda ise ciddi tesirler bırakması dikkat çekicidir. Bu durum çocukların travmatik görüntülere yetişkinlerden göre daha duyarlı olmasıyla açıklanabilir. Yetişkinlerde yaşam deneyimi birikimi, onları dramatik sahnelere maruz kaldıklarında daha uyumlu ve sakin kılmaktadır (200). Bu bulgular ölüme ve yaralanmaya tanıklığın çocuklarda ciddi ve çeşitli psikolojik etkilere neden olduğunu göstermektedir. Bu nedenle afet zamanlarında çocukların ölümlere ve yaralılara maruziyetinin engellenmesi önemli olup bu konuda ebeveynlere önemli görevler düşmektedir.

Çocuklar yıkım sahnelerine tanık olduklarında Mercury ve ark. yaptığı çalışmada artan düzeyde TSSB sergilemişlerdir (219). Wang W. ve ark. çalışmasında çocukların bina çökmesine tanıklık etmesi TSSB ile ilişkilendirilmiştir (192). Bizim çalışmamızda ise bina çökmesine tanıklık etme çocuklarda TSSB, YAB, SAB ve toplam anksiyete, oranını anlamlı düzeyde etkilemiştir. Bina çökmesine tanıklık eden çocuklarda TSSB yeniden yaşama ve aşırı uyarılma belirtileri anlamlı düzeyde yükselmiş olup bina yıkılması maruziyetine ilişkin TSSB bulgularımız literatür ile uyumluluk göstermektedir. İlaveten bizim çalışmamızda bina yıkılmasına maruziyet, çocuklarda spesifik anksiyete türleri ve toplam anksiyete oranını artırdığı görülmekte iken literatürde bu ilişkiyi sorgulayan çalışma bulunmamaktadır. Bina yıkılmasını doğrudan gözlemlemek çocuklar için son derece etkileyici olabilir, çocuklarda güvenlik algısını ciddi düzeyde sarsabilir, yoğun stres tepkisi ve yoğun kaygıya yol açabilir. Bulgularımız bunu gösterir niteliktedir.

Çocukların çadırlara taşınma zamanının yani deprem sonrası dışarda kalma süresinin 2 günden fazla olması Wang W. ve ark. çalışmasında depresyon riskini artırmıştır (192). Bizim çalışmamızda ise 3 gün ve daha fazla dışarda kalan çocuklarda toplam anksiyete ve depresyon oranı daha yüksek saptanmakla birlikte anlamlı düzeyde değildir. Literatürdeki çalışmada anksiyetenin değerlendirilmemiş olmasıyla birlikte çalışmamızın literatürdeki çalışmayla benzer psikolojik etkiler saptadığı görülmektedir. Bu bulgular şiddetli depremlerden sonra kısa sürede karşılanamayan barınma ihtiyacının olumsuz psikolojik etkiler için risk faktörü olduğunu göstermekte olup acil afet yönetiminin ve barınma ihtiyacının hızlı karşılanmasının önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda depremden sonra ailesinden ayrı kalan katılımcı çocuklarda YAB, PB, SAB ve toplam anksiyete oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aile üyelerinden ayrılma; kişinin, sevdikleri yanındayken sahip olduğu güvenlik duygusundan mahrum kalması ve ailesinin olası kaybı tehdidiyle karşı karşıya kalmasıdır (220). Bulgularımıza göre çocukların deprem gibi travmatik bir olaydan sonra ailesinden ayrı kalması güvenlik duygusuna zarar verebilir ve anksiyete bozukluklarına zemin hazırlayabilir. Travmatik olaylardan sonra ebeveynin çocuktan ayrı kalmasının psikolojik etkilerini değerlendiren daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır ve ebeveynler deprem gibi travmatik olaylardan sonra çocuklarıyla bir arada olma konusunda ihtiyatlı davranmalıdırlar.

Depremden sonra okula erken başlamanın Wang W. ve ark. yaptığı çalışmada depresyon riskini artırdığı depremde en az 4 hafta sonra okula başlamanın ise depresyon riskini azalttığı bulunmuştur (192). Marthoenis ve ark. yaptığı çalışmada deprem nedeniyle okula devamsızlık yapan çocukların TSSB ve anksiyete düzeyi yüksek saptanmıştır, depresyon düzeyi etkilenmemiştir (211). Bizim çalışmamızda ise okula başlama durumuna göre TSSB, anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir etkilenme olmamıştır. Okulların başlama zamanı çocukların dünyasında farklı etkiler oluşturabilir. Okulların geç başlaması, çocukların olabildiğince ailesiyle vakit geçirmesine fırsat sağlar, deprem sonrası yeni koşullara alışmaya olanak tanır. Yaşanılan deprem travmasının üstüne ders stresi eklenmez ve böylelikle çocukların duygusal toparlanma ve psikolojik iyileşme sürecine fırsat doğar. Tüm bunlar çocuklarda depresyon riskini düşürebilir. Bir yandan da okulların geç başlamasıyla çocuklar rutin düzeninden daha çok uzaklaşır. Müfredatın gerisinde kalmak gelecek endişesi oluşturabilir. Arkadaşlarından ve öğretmenlerinden uzak kalmak sosyal destek

kaybına yol açabilir. Tüm bunlar ise TSSB ve anksiyete riskini artırabilir. Bizim çalışmamızda ise okulların başlama süresinin anlamlı psikolojik etki oluşturmaması tüm bu olumlu ve olumsuz süreçlerin birbirini nötrlemesi ile ilişkili olabilir. Kahramanmaraş depreminden sonra en az 3 hafta tüm ülkede okullar tatil edilmiştir. Bizim çalışmamızda değerlendirmeler 3 hafta ve sonrasında başlamıştır. Bu durumun gruplar arası farkın belirginleşmesine engel olması mümkündür. Bu bulgular, bize afet sonrası okula başlama süresinin toplumun dinamiklerine göre şekillenmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda okul değişikliği yapan çocuklarda TSSB, YAB, MDB, toplam anksiyete ve toplam anksiyete ve depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. TSSB yeniden yaşama ve aşırı uyarılma belirtileri okul değişikliği yapan çocuklarda anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu bulgular, okul değişikliğinin çocukların dünyasında yüksek düzeyde psikolojik etkisi olduğunu göstermektedir. Okul değişikliği çocukların mevcut sosyal destek ortamından ve aşına olduğu çevreden uzaklaşmasında neden olabilir. Ayrıca okul değişikliği çocukların yeni arkadaşlara, yeni öğretmenlere ve yeni ortama uyum sağlamasını gerektirir ki bu durum travma sonrası ilave güçlükler oluşturabilir. Tüm bunların çocuklarda TSSB, anksiyete ve depresyon riskini artırması mümkündür. Bu bulgular, okul değişikliği sırasında çocuklara azami düzeyde ailesel ve sosyal destek verilmesinin, gerektiğinde çocukların psikolojik destek almasının önemini göstermektedir.

Depremden sonra çocuklarda şehir değişikliği yapmak Kılıç C. ve ark. çalışmasında çocuk TSSB ve depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır (221). Bizim çalışmamızda ise kalıcı olarak şehir değişikliği yapan çocuklarda MDB oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ancak TSSB ve anksiyete oranı anlamlı düzeyde etkilenmemiştir. Çalışmamızdaki bulgular yer değiştirmenin çocuk depresyonuna etkisi bakımından literatürdeki çalışmadan farklılık göstermiştir. Bu farklılık depremde sonra çalışmaların yapıldığı zaman diliminden kaynaklanabilir. Nitekim Kılıç ve ark. çalışması depremde 4 yıl sonra bizim çalışmamız depremde 6 ay sonra yapılmıştır. Şehir değişikliği yapmış olmak sosyal ağların bozulması, yeni çevreye uyum zorluklarıyla birlikte çocuklarda depresif belirtilere yol açabilir ancak zamanla bu durumun tesirlerinin geçmesi muhtemeldir. Şehir değişikliğine uyum sağlama sürecinin çocukta depresif belirtileri tetiklemesi ancak anksiyete ve TSSB üzerinde aynı düzeyde etkili olmaması mümkündür. Çalışmamız depremde sonra şehir değişikliğinin

çocuklarda depresyonu tetikleyebileceğine yönelik literatüre katkı sağlamaktadır. Afet sonrası yer değiştirmelerin etkisine dair daha çok çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Depremden sonra sosyal destek azlığı, Newnham ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir (217). Trickey ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında çocuklarda sosyal destek azlığı TSSB ile ilişkili bulunmuştur (215). Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında sosyal destek ile TSSB ve depresyon arasında ilişki saptanmamıştır (200, 209). Allen ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında, sosyal destek azlığı ile TSSB birbiriyle zayıf ilişkili saptanmıştır (222). Bizim çalışmamızda çok sosyal destek gören katılımcı çocuklarda toplam anksiyete ve toplam anksiyete&depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksektir. Bu çocuklarda TSSB kaçınma belirtileri anlamlı düzeyde daha fazladır. Bu bulgular sosyal desteğin çok yönlü etkilerinin olduğunu göstermektedir. Literatür çalışmalarında sosyal desteğin olmamasının olumsuz psikolojik etkileri veya etkisizliği üzerinde durulmuştur. Bizim çalışmamızda ise literatür ile uyumsuz olarak sosyal desteğin çok olması çocukta olumsuz psikopatolojilere neden olmuştur. Bu durum, aşırı koruyucu ve müdahaleci tavrın çocuk nazarında çok sosyal destek olarak algılanması ve bu tavrın çocukta kaçınma davranışını sürdürmesi, anksiyeteyi tetiklemesiyle açıklanabilir. Bu tür destek aynı zamanda çocuğun kendi başa çıkma mekanizmalarının oluşmasını engelleyebilir. Nitekim Bokszczanin ve ark. yaptığı çalışma aşırı ebeveyn korumacılığı ve çocukların büyümesine izin verilmemesi afet mağduru çocuklarda yüksek düzeyde TSSB belirtileri ile ilişkilendirilmiş olup bizim bulgumuzu destekler niteliktedir. Tüm bunlar sosyal desteğin türü ve niteliğinin önemine işaret etmektedir.

Çalışmamızda depremden sonra psikolojik destek alan katılımcı çocuklarda TSSB aşırı uyarılma alt boyut belirtileri, AAB, YAB, SAB, MDB, toplam anksiyete ve toplam anksiyete ve depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu durum, çalışmamızdaki psikolojik destek alan çocukların daha önceden ruhsal kronik hastalık öyküsü olduğunu daha önce aldığı desteğin depremden sonra da devam ettiğini düşündürmektedir. Nitekim çalışmamızda ruhsal kronik hastalığı olan çocuklarda da benzer psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır. Ayrıca psikolojik destek alan çocuklar, daha ağır travma yaşayan ve travma sonrası belirgin psikolojik belirtiler gösteren çocuklar olabilir. Bu belirtilerin psikolojik destek alma ihtiyacına yönlendirmesi de mümkündür. İlaveten bu bulgular alınan psikolojik desteğin kalitesi ve süresi ile ilişkili olabilir. Nitelikli ve yeterli sürede destek verilmemesi psikolojik iyileşmeye engel

olabilir. Uygun desteğin yanında hastanın desteğe yanıtı, sürece uyumu, farklı türde destek ihtiyacı da iyileşmeyi etkileyebilir. Psikolojik desteğin yanında aile desteği ve sosyal destek de psikolojik iyileşmede tamamlayıcı rolü üstlenmektedir. Bu desteklerin eksikliği süreci yavaşlatabilir. Dikkat verilmesi gereken önemli bir husus ise depremde çocuklarıyla birlikte travmatik olaylara maruz kalan ebeveynlerin kendi psikolojik iyileşmelerini ne kadar sağladıklarıdır. Ebeveynin psikolojik iyilik halinin çocuğun iyileşmesine katkı sağladığı görülmektedir.

Çocuklarda travmatik olaylar hakkında medya maruziyeti Otto ve ark. yaptığı çalışmada TSSB ile ilişkili bulunmuştur (223). Thabet ve ark yaptığı çalışmada TV'de parçalanmış cesetleri ve yaralıları izlemek diğer travma maruziyetleri ile birlikte TSSB, TSSB üç alt boyutu ve anksiyete ile ilişkili görülmüştür (182). Trickey ve ark. yaptığı metaanaliz çalışmasında çocukların medyaya maruz kalması TSSB ile ilişkili bulunmamıştır (215). Bizim çalışmamızda ise korkunç veya hüznü mesaj, görüntü ve haberlere maruziyet TSSB, AAB, PB, toplam anksiyete ve toplam anksiyete ve depresyon oranını anlamlı düzeyde artırmıştır. TSSB yeniden yaşama ve aşırı uyarılma belirtileri de çalışmamızdaki medya maruziyeti olan çocuklarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bulgularımız Otto ve ark. ile Thabet ve ark. çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Medyadaki travmatik görüntüler, çocukların travmatik deneyimlerini hatırlamalarına, tekrardan yaşamalarına neden olabilir. Çocuklar bilişsel olarak daha savunmasız oldukları için korkunç ve hüznü olayları algılamaları, anlamlandırmaları yetişkinlerden farklı olabilir. Tüm bunlar çocuklarda kaygı ve travma sonrası stres tepkilerinin artmasına neden olabilir. Bu bulgular ebeveynlerin veya bakıcıların çocukların medya maruziyetine dikkat etmesi ve uygun önlemlerle maruziyeti yönetmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda haberleri izlerken çok kez ağlayan katılımcı çocuklarda TSSB, YAB, PB, MDB ve toplam anksiyete oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu çocuklarda TSSB yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür. Korkunç ve hüznü içeriklerin, özellikle hassas ve empatik çocukların duygusal tepkilerini artırması mümkündür. Bu çocuklar, travmatik içeriklerle başa çıkmakta zorlanabilirler. Başa çıkamama hali ise çocukların stres ve kaygı düzeylerini artırabilir çocuklarda çökkün duyguduruma neden olabilir. Bu bulgular çocuklarda görülen çok defa ağlamanın TSSB, anksiyete ve depresyon belirtileri olabileceğini vurgulamaktadır. Böyle durumlarda ebeveynler dikkatli olmalı, çocuğunun

duygularını anlayışla karşılamalı, duygusal tepkilerini yönetmede yol gösterici olmalıdır. Çocuğun haberlere maruziyetini yönetmeli, gerekli psikolojik ve sosyal desteği sağlamaya çalışmalıdır.

Ebeveyn eğitim seviyesinin düşüklüğü ile çocuk TSSB 'si arasında Newnham ve ark. yaptığı çalışmada ilişki bulunmuş (217), Ostrowski ve ark. yaptığı çalışmada ise ilişki bulunmamıştır (224). Fan ve ark. yaptığı çalışmada ebeveyn eğitim düzeyi lise ve altı olan çocuklarda TSSB ve anksiyete oranı daha yüksek saptanmış, depresyonda ebeveyn eğitim düzeyi etkili olmamıştır (212). Kar ve ark. yaptığı çalışmada ise ebeveyn eğitim seviyesi çocuk anksiyete, depresyon ve TSBB oranı ile ilişkili bulunmamıştır (225). Bizim çalışmamızda ise eğitim seviyesi daha düşük ebeveynlerin çocuklarında TSSB oranı ve PB oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu ebeveynlerin çocuklarında TSSB yeniden yaşama ve kaçınma belirtileri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. MDB oranı ise ebeveyn eğitim seviyesinden anlamlı düzeyde etkilenmemiştir. Bizim çalışmamızda eğitim seviyesi düşük ebeveynlerin çocuklarında TSSB ve anksiyete belirtileri daha fazla görülmekte olup Newnham ark. ve Fan ve ark. yaptığı çalışmalar ile uyumludur. Bu çocuklarda TSSB veya anksiyete bozukluklarının daha fazla görülmesi, eğitim düzeyi düşük ebeveynlerin travma sonrası çocuklarına etkili destek sağlama kapasitelerinin sınırlı olabileceğini gösterir. Bu sınırlamalar, ebeveynin hem kendisine hem çocuğuna rehberlik edecek bilgi ve farkındalığın dolayısıyla başa çıkma mekanizmalarının yetersiz olmasıyla ilişkilendirilebilir. Bununla beraber düşük eğitim düzeyi, ebeveynlerin TSSB ve anksiyete belirtilerini tanımasını ve uygun yardım aramasını zorlaştırabilir. Ayrıca ebeveynin düşük eğitim düzeyini, ailenin düşük sosyoekonomik düzeyi ve zayıf sosyal ağlarıyla ilişkilendirecek olursak bu durumlar da çocukta görülen psikolojik sıkıntılar için risk faktörü kabul edilebilir. Bu nedenlerle ebeveyn eğitimi ve bilinçlendirilmesi, travma maruziyeti sırasında çocuklara uygun destek verilmesi çocuklarda TSSB ve anksiyete gibi belirtilerin azaltılması için önemli rol oynamaktadır.

Ebeveynin boşanmış olması Auersperg ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında çocuk depresyon ve anksiyetesi ile ilişkili bulunmuştur (226). Strohschein'in çalışmasında da ebeveynin boşanmış olması anksiyete ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir (227). Bizim çalışmamızda dul veya boşanmış ebeveynlerin çocuklarında MDB oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup literatür ile uyumludur. Strohschein'in yaptığı çalışmada boşanan ebeveynlerde daha fazla aile işlev

bozukluğu, ebeveyn depresyonu ve gelir azalması yaşandığı bu sırada çocuk anksiyete ve depresyon düzeyinin de daha yüksek olduğu görülmüştür. Boşanan veya eş kaybı yaşayan ebeveynlerde aile dinamiklerinin daha kırılgan, sorunlu olması muhtemeldir. Ebeveyn bu durumdan psikolojik olarak yıpranabilir, gelir dengeleri değişebilir. Tüm bunlar çocuk depresyonuna zemin hazırlamada önemli faktörlerdir. Hem ebeveyne hem çocuğa uygun psikososyal destekler ile bu dezavantajlı faktörlere karşı baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Bizim çalışmamızda ebeveyni çalışmayan veya ev hanımı olan çocukların TSSB kaçınma belirtileri anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Meslek, gelir düzeyinin ve eğitim seviyesinin önemli bir göstergesi olup sosyoekonomik düzeyin önemli bir bileşenidir (228). Çalışmıyor veya ev hanımı olan ebeveynlerin düşük sosyoekonomik seviyede olması muhtemeldir. Düşük sosyoekonomik seviyedeki ailelerde stres ve belirsizlik daha yaygın olabilir, travmatik durumlara karşı bilgi ve farkındalık düzeyi ise daha düşük olabilir. Bu ailelerdeki çocukların zorluklara daha çok maruz kalması, uygun ve gerekli sosyal desteklerden uzak olması ve travmatik olaylara karşı baş etme mekanizmalarını geliştirecek rol model yokluğu TSSB belirtilerinin artmasına yol açabilir. Bu bulgular, ebeveynlerin eğitim, gelir ve mesleki durumuna yönelik desteklerin çocukların psikolojik iyileşmesine katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Ailesi düşük gelirli olan çocukların Trickey ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB düzeyi daha yüksek bulunmuştur (215). Ostrowski ve ark. yaptığı çalışmada aile geliri arttıkça çocukların TSSB düzeyi anlamlı düzeyde azalmaktadır (224). Tang W. ve ark. yaptığı çalışmada AAB, YAB, PB, SAB düzeyi düşük aile geliri olanlarda yüksek saptanmıştır (214). Kar ve ark. yaptığı çalışmada aile geliri TSSB, anksiyete ve depresyon ile ilişkili bulunmamıştır (225). Bizim çalışmamızda ise gelir düzeyi düşük olan ailelerdeki çocukların TSSB düzeyi ve PB oranı anlamlı düzeyde yüksektir. Bu çocuklarda TSSB kaçınma belirtileri anlamlı düzeyde daha belirgindir. Çalışmamızdaki gelir seviyesi düşüklüğünün TSSB ve anksiyete düzeyini etkilemesi literatür ile uyumlu bulunmuştur. Depremler can kaybına neden olduğu gibi insanların mal kaybına, iş ve geçim kaynakları kaybına da neden olabilmektedir. Depremin olumsuz tesirlerini azaltabilmek, güvenli ve destekleyici çevreye ulaşmak, depremde oluşan zararları telafi edebilmek, yeniden düzen oluşturabilmek, psikolojik destek alabilmek gibi birçok ihtiyaç düşük gelirli ailelerde daha sınırlı olabilir. Gelir seviyesi düşüklüğü normal şartlarda birçok sınırlama getiriyorken afet sonrası artan ihtiyaçta bu

sınırlamalar çok daha fazla seviyeye ulaşabilir. Yaşanan tüm bu zorlukların çocuklarda TSSB ve anksiyete düzeyini artırması mümkündür. Tüm bu durumlar nedeniyle gelir seviyesi düşük ailelere gerekli sosyal ve ekonomik destek verilmesi ebeveynin çocuğa gösterebileceği desteği artırabilir. Bu ise çocuklarda psikolojik baş etme mekanizmalarını geliştirebilir.

Ebeveynde psikolojik problemlerin olması Trickey ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında çocukların TSSB düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (215). Thomson ve ark. yaptığı çalışmada ise ebeveyndeki psikolojik sıkıntılar çocukta kaygı düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (229). Bizim çalışmamızda ise ebeveynde ruhsal kronik hastalık olması çocuklarda TSSB ve PB düzeyini anlamlı olarak etkilemiş olup literatür ile uyumludur. Psikolojik problemleri olan ebeveynlerin çocuklarına karşı yeterince destekleyici olmayabileceği ve hatta eleştirel davranabileceği öngörülebilir. Çocukların ise yaşadığı travmatik durumlar sonrasında ihtiyacı olan destekleyici ve güven verici ortamdan mahrum kalması kaygı ve endişeyi artırabilir. Çocuklar ebeveynlerinin tepkilerini gözlemleyerek öğrenirler. Ebeveynler sağlıklı olmayan başa çıkma mekanizmaları kullandığında çocuklar bu davranışları model alabilirler. Bu durum çocukların kendi duygusal tepkilerini düzenlemede zorluk yaşamalarına neden olabilir. Ayrıca psikolojik problemlerde genetik ve biyolojik etkenler de göz önünde bulundurulmalıdır. Ebeveyndeki psikolojik sorunlar genetik yatkınlık nedeniyle çocukta benzer sorunlara yol açabilir. Yapılan bir çalışmada ruhsal sağlığı kötü olan ebeveynlerin çocuklarında beyindeki duyguların düzenlenmesi ve işlenmesi ile ilgili alanlar arasında (prefrontal korteks ve amigdala) bağlantı daha zayıf bulunmuştur (230). Bu durum ise biyolojik etkilerin de önemini göstermektedir. Tüm bu durumlar, çalışmamızdaki bulguları açıklar nitelikte olup ebeveyn psikolojik sağlığının çocuklar üzerinde kritik öneme sahip olduğunu gösterir ve ebeveynlere yönelik destekleyici müdahalelerin çocuk ruh sağlığını korumak için gerekliliğine işaret eder.

Aile bireylerinde daha önce ruhsal sağlık sorunu olması, Kadak ve ark. yaptığı çalışmada deprem sonrası çocukların TSSB, anksiyete bozuklukları ve depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır (188). Bizim çalışmamızda ise ailesinde psikiyatrik hastalığı olan çocukların bütün anksiyete ve depresyon oranları ile TSSB düzeyi daha yüksek bulunmasıyla birlikte sadece MDB oranı anlamlı düzeydedir. Çalışmamızın sonuçları Kadak ve ark. çalışmasıyla farklılık göstermektedir. Bu durum örneklem farklılığı, veri toplama yöntemleri ve kullanılan ölçeklerin farklılığı ile

ilişkilendirilebilir. Bu yönde yapılan daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Çalışmamızdaki bulgular ailede psikiyatrik hastalığı olan bireylerin aile dinamiklerini etkilemesiyle açıklanabilir. Ruhsal sağlık sorunları olan bir bireyin ailede olması iletişim zorluklarına neden olabilir, çatışma ortamı oluşturabilir. Aile içinde ebeveyn veya diğer bireylerin ilgisinin ruhsal sağlık sorunları olan kişiye yönelmesi gerekebilir. Tüm bu ve buna benzer nedenlerle oluşan stresli ortamlar ve sosyal destek azlığı travmatik olaylardan sonra çocuklarda depresyon başta olmak üzere psikiyatrik sorunlara zemin hazırlayabilir. Bununla birlikte aile bireylerinde psikiyatrik hastalığı olan çocukların genetik olarak bu tür bozukluklara yatkın olacağı da çalışmamızın bulgularını açıklar niteliktedir. Bu bulgular çocukların ruh sağlığı için ailelere yönelik müdahalelerin de önemini göstermektedir.

Deprem sırasında ebeveynin aşırı tepki vermesi Ekşi ve ark. yaptığı çalışmada yaptığı çalışmada TSSB ile ilişkilendirilmiştir (189). Bizim çalışmamızda ise şiddetli korku tepkisi gösteren ebeveynlerin çocuklarının TSSB uyarılma alt boyut puanı ve TSSB toplam puanı anlamlı düzeyde yüksek olup Ekşi ve ark. yaptığı çalışmayla uyumludur. Afet sırasında ebeveynin sakin ve güven verici kalabilmesi, çocuklarda afet sonrası stres tepkilerinin önlenmesinde önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Ebeveynler, çocukları için rol model konumundadır, aşırı korku tepkileri göstermeleri, çocukların bu olayı daha tehdit edici ve korkutucu algılamalarına neden olabilir ve benzer tepkiler göstermesine yol açabilir. Ayrıca ebeveynler, çocuklar tarafından güvenlik ve koruma sağlayan figür olarak algılandıkları için korku ve çaresizlik içinde görülmeleri çocukların da benzer şekilde hissetmelerine neden olabilir. Çocukların korku düzeyinin artışı ise hem çalışmamızda hem literatürde TSSB ile ilişkilendirilmiştir. Ebeveynlerin travmatik olaylar sırasındaki tepkilerinin çocuklardaki stres tepkisine etkisi görülmekte olup negatif etkilerin önüne geçmek için ebeveynlerin duygusal tepkilerini yönetme konusunda farkındalık kazanması önemlidir. Ebeveynler travmatik durumlar karşısında sakin ve kontrollü kalmanın önemini bilerek çocuklara güven verici bir şekilde destek olmaya çalışmalıdırlar.

Depremden sonra evin hasar durumu, Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmalarında çocukların TSSB ve depresyon düzeyi ile ilişki bulunmamıştır (200, 209). Gerstner ve ark. yaptığı çalışmada evin hasar durumuna göre çocukların TSSB, anksiyete ve depresyon düzeylerinde farklılık saptanmamıştır (216). Marthoenis ve ark. yaptığı çalışmada evi hasarlı olan çocukların TSSB, anksiyete ve depresyon düzeyi

yüksek saptanmıştır (211). Bizim çalışmamızda ise depremde sonra evi orta hasarlı olan ailelerin çocuklarında YAB, PB, toplam anksiyete ve depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksektir. Evi orta hasarlı olan çocuklarda yeniden yaşama belirtilerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bulgularımızın literatürdeki bulgular ile farklılık gösterdiği yönler mevcuttur. Öncelikle literatür ile veri ölçme yöntemimizde değişiklik bulunmaktadır. Literatürdeki veriler muhtemelen evin ciddi hasarlı olup olmadığını 2 seçenekte ölçmüştür. Bizim çalışmamızda ise hasar düzeyi derecelendirilmiş ve ara seçenekler ölçüme dahil edilerek detaylandırılmıştır. Literatürde evin hasar durumunun çocuk ruh sağlığı üzerine etkisiz olduğu veya olumsuz etkilediği çalışmalar mevcuttur. Bizim çalışmamız ise literatüre farklı bir bakış açısı getirerek orta hasarlı evi olanların psikolojik sıkıntılar yaşayabileceğine işaret etmiştir. Orta hasarlı binaların Türkiye’de depremde sonra yıkılması mı gerekiyor güçlendirilmesi mi gerekiyor belirsizliği vardır. Bu belirsizlik ailede sürekli bir stres oluşturabilir ve çocuklar üzerinde anksiyete ve TSSB belirtilerini tetikleyebilir. Tüm bunlar Türkiye’de afet sonrası hasar tespit çalışmalarına ve hasarlı evlerin akıbetinin belirlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi ve netleştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Evin farklı hasar düzeylerinin ruh sağlığı üzerine etkisini inceleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu da görülmektedir.

Deprem sonrası kalınan yerlere göre Gerstner ve ark. yaptığı çalışmada barınakta kalan çocukların evde kalanlara göre anksiyete düzeyi daha yüksek saptanmıştır, depresyon ve TSSB düzeyi ise etkilenmemiştir (216). Bizim çalışmamızda ise konteynerde kalan çocukların kendi evinde kalan çocuklara göre PB oranı, SAB oranı ve TSSB toplam puanı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. TSSB yeniden yaşama ve kaçınma belirtileri konteynerde yaşayan çocuklarda anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür. Çalışmamızın bulguları Gerstner ve ark. çalışmasıyla kısmen uyumlu olup iki çalışmada da geçici barınma yerlerinde kalıyor olmak çocuklarda anksiyete ile ilişkilendirilmiş, depresyonla ilişkilendirilmemiştir. Bizim çalışmamızda geçici barınma yerinde kalma TSSB ile ilişkilendirilmiş olup Gerstner ve ark. çalışmasından farklıdır. Bu durum Gerstner ve ark. çalışmasında TSSB için daha öncelikli belirleyicilerin olduğunu düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda konteynerde kalmanın TSSB ve anksiyete ile ilişkili olması konteynerde kalan çocukların, evlerinden ayrılmak zorunda kalacak kadar, çok daha fazla travma maruziyeti yaşamalarıyla açıklanabilir. Aşına olunan evden, çevreden, okuldan ayrılmak, daha zor olan şartlara alışmaya çalışmak

konteynerda yaşıyan çocuklarda kaygı ve strese neden olabilir. Bu çocukların evlerinin daha fazla zarar görmüş olması ve belki yıkılmış olması muhtemeldir. Bu nedenle deprem anında korku düzeylerinin daha yüksek olması, hayati tehlikeyi daha derinden hissetmeleri ve daha fazla mal kaybı yaşamaları mümkündür. Konteynerda yaşamak ise güvenli olsa da geçici çözümdür, ev hissiyatı vermeyebilir ve sonrası belirsiz olabilir. Konteynerda yaşıyanların zorlu deprem deneyimlerini birbirine anlatması çocuklarda yeniden yaşama, kaçınma belirtilerini tetikleyebilir. Tüm bu risk faktörlerini birlikte değerlendirecek olursak konteynerda yaşıyan çocuklar psikolojik dayanıklılık konusunda daha savunmasız olması mümkündür. Bu çocuklara afet sonrası etkin psikososyal destek ve müdahale hizmetlerinin verilmesi ruh sağlıklarının korunması bakımından elzemdir. Deprem sonrası barınma yerlerinin çocuk ruh sağlığı üzerinde etkisi gözetilerek daha kalıcı ve güvenli barınma yerleri geliştirilmelidir.

Mal kaybının çocuklar üzerine etkisi Tang ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmalarında TSSB ile ilişkili bulunmuş olup depresyon ile ilişki saptanmamıştır (200, 209). Fan ve ark. mülk kaybı çok olan ailenin çocuklarında TSSB oranı yüksek bulunmuştur, depresyon ve anksiyete düzeyi ise etkilenmemiştir (212). Bizim çalışmamızda ise depremde para veya malının yaklaşık yarısını kaybeden ailelerin çocuklarında SAB oranı yüksek bulunmuştur. Para veya malının çoğunu kaybeden ailelerin çocuklarında ise MDB oranı ve TSSB toplam puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ailesi para veya malının çoğunu kaybeden çocukların yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte çalışmamızda farklı yönler de vardır. Literatürdeki çalışmalarda mal kaybının çocukta TSSB ile ilişkilendirilmesi bizim çalışmamızla uyumludur. Ancak bizim çalışmamızda mal kaybının çocukta anksiyete türleri ve depresyon ile ilişkilendirilmesi literatürdeki çalışmalardan farklıdır. Bizim çalışmamız mal kaybının boyutunu da ele almış olup çocuk ruh sağlığında önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Mal kaybı çocukta SAB gibi anksiyete bozukluklarına etki edebileceği gibi büyük mal kayıpları ise çocukta hem TSSB hem depresyon gibi daha ciddi bozukluklara yol açmaktadır. Mal kaybı çocuğun sosyal ortamlarda güvensizlik yaşamasını ve endişe duymasına neden olabilir. Ciddi düzeyde mal kaybı ise çocukta hayat şartlarındaki istikrarın bozulmasına yol açıp imkânlarının daralmasına neden olabilir. Bu durum stres düzeyini artırabilir, çökkün duyguduruma neden olabilir. Çalışmamızda ailesi para veya malının neredeyse

tamamını kaybeden çocuklarda ruh sağlığı bozukluklarının daha yüksek görülmemesi ise şaşırtıcı bir durumdur. Bu durum, mal varlığını tamamen kaybeden ailelerde psikolojik dayanıklılığın, baş etme mekanizmalarının daha kuvvetli olmasıyla açıklanabilir. Aile dayanışmasının, aile dinamiklerinin iyi olması, psikososyal desteklerden daha fazla faydalanma da çocuğun ruh sağlığını korumada etken olabilir. Tüm bu bulgular ailelerin ve çocukların travmatik olaylara verdiği tepkilerin bireysel olabileceğini göstermekte olup afet sonrası psikososyal desteğin önemini vurgulamaktadır. Bu destek sistemleri ocukların TSSB, anksiyete ve depresyon belirtilerini yönetmelerine yardımcı olabilir ve uzun dönemde ruhsal iyilik halini sağlayabilir.

Deprem sonrası iş kaybı yaşayan ailelerdeki ocukların Gerstner ve ark. yaptığı çalışmada TSSB, anksiyete ve depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur (216). Bizim alışmamızda ise iş veya geçim kaynaklarını tamamen kaybeden ailelerin ocuklarında TSSB, YAB, PB, OKB, MDB, toplam anksiyete ve depresyon düzeyi anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. TSSB yeniden yaşama ve kaçınma belirtileri anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür. Çalışmamız, Gerstner ve ark. yaptığı çalışma ile uyumlu olup ebeveynin iş kaybının çocukların ruh sağlığı üzerinde ciddi etkilerinin olduğunu göstermektedir. İş kaybı aileler için ekonomik güvence kaybı demektir. Eve giren düzenli bir gelirin olmamasıyla ailenin temel ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelmesi ve yaşanan geçim sıkıntısı büyük bir stres kaynağı haline gelebilir. Bu stres kaynağı aile içi dinamikleri olumsuz etkileyebilir, aile içinde ciddi çatışmalara yol açabilir. Büyük bir afet sonrası işleri yoluna koyma, iş bulma daha da zorlaşabilir. Geleceğe yönelik umut kaybı, belirsizlikler stres düzeyini daha çok artırabilir. Tüm bu huzursuzlukların çocuğa yansımaları ve ocuk üzerinde ailedeki destek mekanizmalarının azalmasıyla çocukta güvensizlik, kaygı ve stres oluşması muhtemeldir. Bunlar ise TSSB, anksiyete ve depresyon belirtilerine yol açabilir ve çalışmamızdaki bulguları açıklar niteliktedir. Bu bulgular ocuk ruh sağlığını korumak için deprem sonrası iş kaybı yaşandığı durumlarda kapsamlı ekonomik yardım ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin önemini göstermektedir.

Ebeveyn yaşının etkisine baktığımızda Kılıç C. ve ark. yaptığı çalışmada ebeveyn yaşı ile ocuk depresyon ve travması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (221). Bizim alışmamızda ise ebeveyn yaşı arttıkça ocuk TSSB, anksiyete ve depresyonunda anlamlı düzeyde azalma görülmüştür. Bizim çalışmamız ile literatürdeki

çalışma arasında farklılıklar bulunmaktadır. Kılıç C. ve ark. yaptığı çalışmada başka faktörlerin daha etkili olduğu düşünülebilir. Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin yaşının daha fazla olması daha fazla tecrübeye dolayısıyla daha iyi başa çıkma mekanizmalarına sahip olmalarıyla açıklanabilir. Bu durumda çocukların psikolojik sağlamlığını olumlu yönde etkilemiş olması mümkündür.

Ebeveyn cinsiyetine göre Morris ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında annenin PTSS'sinin çocuk PTSS ile babanın PTSS'sinden daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur (178). Leen-Feldner ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında da anne TSSB si çocuk TSSB üzerinde daha etkilidir (232). Juth ve ark. yaptığı çalışmada anne ve baba TSSB'si çocukların ruh sağlığı üzerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır (179). Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada çocuk TSSB ve depresyonunu öngeren faktör baba TSSB'si olmuştur (181). Kılıç C, ve ark. yaptığı çalışmada ise baba TSSB'si çocuk TSSB'sini etkilemiştir (221). Bizim çalışmamızda ise anne ve baba TSSB'si çocuk TSSB üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Baba TSSB'si çocuklarda PB ve OKB oranını anlamlı düzeyde etkilemiştir. Literatürdeki çalışmalar anne TSSB'sinin çocuk ruh sağlığında etkinliğinden bahsetse de Juth ve ark çalışması Endenozya'da, Kılıç ve ark. ile bizim çalışmamız ise Türkiye'de yapılmıştır. Babaların ailedeki merkezi rolü uzak doğu kültürlerinde de yaygın bir olgudur (181). Doğu kültüründe yapılmış bu çalışmalarda baba TSSB'si çocuk ruh sağlığı üzerinde ya anneyle benzer ya da daha etkili olmuştur. Bu kültürdeki aile yapılarında baba faktörünün aile içi dinamiklerde daha etkili olması bu durumu açıklayabilir. Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada TSSB'nin baba üzerindeki belirtileri daha çok sinirlilik ve kopma şeklinde ortaya çıkmıştır (181). Babanın baskın olduğu bir ortamda sinirli ve ilgisiz hali ailede gerginliklere neden olabilir, çocukta spesifik anksiyete bozukluklarına yol açabilir. Bu bulgular babaların psikopatolojilerinin dikkate alınması gereken bir durum olduğunu ve babalara çocuğun gelişiminde önemli roller düştüğünü göstermektedir.

TSSB ve depresyon birbirleriyle önemli derecede ilişkili Wickrama ve ark., Birmes ve ark., Cenat ve ark. ve Wang W. ve ark. yaptıkları çalışmada bulunmuştur (180, 186, 191, 192). Liliana ve ark. yaptığı çalışmada TSSB ve anksiyete düzeyi ilişkili bulunmuştur (231). Bizim çalışmamızda ise TSSB düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde güçlü ilişki saptanmıştır. Bulgularımız literatür ile uyumlu olup TSSB'nin anksiyete ve depresyon ile birlikteliğinin sık

olduğunu ve birbirlerini tetikleyebileceğini göstermektedir. TSSB, anksiyete ve depresyonun bir arada olması benzer risk faktörlerine sahip olmalarıyla açıklanabilir. Bu psikiyatrik bozuklukların üçü de travmanın tetiklemesiyle oluşabilir ve benzer patolojik mekanizmalar, biyolojik ve psikolojik süreçler gösterebilirler. Travma sonrası oluşan yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri süreklilik kazanırsa bireylerin başa çıkma mekanizmaları ve psikolojik dayanıklılığı zayıflayabilir. Bu durum çocuğun anksiyete ve depresyon düzeyini artırabilir. Bu bulgular yani TSSB, anksiyete ve depresyonun bir arada görülüyor olması tedavi ve müdahale yaklaşımlarının bütüncül olması gerektiğini bu üç duruma yönelik destek alınması gerektiğini göstermektedir. Bireylerin psikososyal destek alması iyileşme sürecinde önemli rol oynayabilir.

5.4. Ebeveynlerin Duygu Düzenleme Sürecinin, Ebeveyn Travma Sonrası Stres Düzeyinin ve Çocuklarda Deprem Aile Üzerindeki Algılanan Etkisinin Çocuk Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Düzeyine Etkisi Hakkında Tartışma

Duygu düzenleme becerisi daha iyi olan ebeveynlerin daha az içselleştirme semptomları olan çocuklara sahip olduğu Zimmer-Gembeck ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında saptanmıştır (193). Pereira ve ark. yaptığı çalışmada çocukların daha yüksek kaygısının daha yüksek ebeveyn duygusal düzensizliği ile ilişkili olduğu görülmüştür (233). Bizim çalışmamızda ise çocuklarının duygularından kaçınan ebeveynlerin çocuklarında TSSB düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular ebeveyn iyi duygu düzenlemesinin çocuk ruh sağlığının korunmasında etkili olduğunu, duygu düzensizliklerinin ise çocuk ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceğini göstermekte olup birbirini desteklemektedir. Ebeveynler tehlikeli, tehdit içeren durumlara maruz kaldığında çocuğun dikkatini tehlike işaretlerinden uzaklaştırmak için duygu düzenleme stratejisini kullanabilir, böyle bir strateji çocuğun dikkatini hoş uyarılara odaklamaya sevk edebilir. Ebeveyn bir duruma girmek yerine onu değiştirmeyi seçebilir veya çocukta gördüğü travma belirtisi karşısında üzülme yerine çocuğunu anlamayı, sakinleştirmeyi düşünebilir (205). Bir ebeveyn çocuğunun duygularından kaçındığında, ona rahatsız edici olaylar, düşünceler veya duygular hakkında konuşmamayı öğrettiğinde çocuğun kaygısı artabilir, başına gelenler hakkında kendi fikirlerini oluşturabilir ve bu gerçekte olandan daha kötü olabilir dolayısıyla çocukta TSSB oluşumunu tetikleyebilir. Ebeveynlerin, çocuklarına

duygusal olarak açık ve destekleyici olmaları, çocukların stres ve travmayla başa çıkma yeteneklerini güçlendirebilir. Ancak travmatik olaylara maruz kalma bağlamında ebeveynlerin durumu kontrol etme yeteneklerinin sınırlı olabileceğini, duygu düzenleme sürecine zorluklar katabileceğini unutmamak gerekir. Nitekim çalışmamızın bir bulgusu da bu yöndedir ve bu bulgular ebeveyn duygu düzenlemesinin çocuk ruh sağlığı için önemini, travmatik durumlarda ebeveynin duygu düzenlemede zorlanabileceğini ve dolayısıyla çocuk ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceği akılda tutulmalıdır. Bu yönde ebeveyn eğitimi ve psikososyal destek mekanizmalarının gerekliliği açıktır.

Ebeveyn travma sonrası stres bozukluğu ile çocuk travma sonrası stres bozukluğu arasında Morris ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki bulunmuştur (178). Ebeveyn TSSB düzeyinin çocuk anksiyete ve depresyonu üzerine etkisi Leen-Feldner ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında anlamlı düzeyde saptanmıştır (232). Bizim çalışmamızda ise ebeveyn TSSB'sinin çocuk TSSB'si, anksiyete ve depresyonu üzerinde anlamlı düzeyde etkisi olduğu saptanmış olup literatür ile uyumludur. Bu bulgular, çocuk ruh sağlığında ebeveynlerin travma sonrası stres tepkilerinin önemli bir şekilde etkili olduğunu göstermektedir. Çocukların yaşadığı travmatik durumlarda ebeveynlerin telafi edici desteklerle çocukların stres durumunu tamponlayabileceği bilinmektedir. Aile dayanıklılık gösterirse çocukların kendini daha güvende, daha az kaygılı hissetmesi mümkündür. Tüm aileyi etkileyen travmatik durumlarda ise ebeveynlerin de yaşadığı stres ve zorluklar, aile içi dinamikleri olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durumda çocukların ihtiyaç duyduğu destekleyici güven ortamı sekteye uğrayabilir ve travmatik olaylara karşı daha savunmasız hale gelebilirler (221) Afetler de aileyi bütün olarak etkilemekte olup ebeveynlerde görülen travmatik belirtiler, başta çocukları etkileyerek ikincil travmalara yol açabilmektedir (181). Çocuklar, ebeveynlerinin davranışlarını, duygusal tepkilerini ve başa çıkma stratejilerini modelleyerek öğrenirler. Ebeveynlerin travma sonrası stres belirtileri göstermesi, çocukların da benzer şekilde tepki vermesine neden olabilir. Bazen yaşadıklarının hâlen tesirinde olan ebeveynler travmatik olaylarla ilgili çok fazla ayrıntıyı paylaşabilirler. Çalışmamızdaki çocukların yaşlarının büyük olması ebeveynlerinin anlattıklarını anlamalarını sağlar ve çocuklar ebeveynlerinin geçmiş travmayı şimdiki andan ayırmakta zorlandıklarını gördüklerinde anlatılan korkunç olayları yeniden yaşayabilirler, endişeye kapılabilirler. Ayrıca, TSSB belirtileri olan ebeveynlerin bilişsel işlevliği azalabilir, negatif duyguları artabilir ve bu durum

ebeveyn-çocuk arasındaki fiziksel ve duygusal etkileşimi azaltabilir. Rehberlik ve koruma için ebeveynlerine başvurmak isteyen çocukların TSSB nedeniyle ihtiyacına cevap veremeyen ebeveynler, çocuklarda sevgisizlik ve güvensizlik hissi oluşturabilirler. Benzer şekilde çocuklara karşı tutarlı ve destekleyici ebeveynlik yapılmaması, çocukların duygu düzenleme ve baş etme becerilerini olumsuz etkileyebilir. Ebeveyn TSSB'si nedeniyle oluşan tüm bu süreçlerin çocukta psikolojik sorunlara zemin hazırlaması mümkündür. Bununla birlikte ebeveyn ruh sağlığının çocuk ruh sağlığı üzerine etkisinde paylaşılan genetik yatkınlığın da önemli rol oynayabileceği unutulmamalıdır. Genetik faktörler, bireylerin stres tepkilerini ve travmaya verdikleri biyolojik yanıtları etkileyebilir. Bu da hem ebeveynlerin hem de çocukların TSSB geliştirme olasılığını artırır. TSSB'nin aileleri nasıl etkilediğini inceleyen bazı araştırmacılar, travmanın bağışıklık sistemini ve beyni etkileyen genetik değişikliklere yol açabileceğini bulmuştur (234). Sonuç olarak bu faktörler, ebeveyn TSSB'sinin çocuk ruh sağlığı üzerinde pozitif etkisini açıklamaya yardımcı olmaktadır. Tüm bu durumlar, ebeveyn TSSB'sinin çocukların psikolojik sağlığı üzerindeki önemli etkisini vurgulamakta, klinik müdahalelerde hem ebeveynlerin hem de çocukların ruh sağlığına yönelik bütüncül yaklaşımlar geliştirilmesinin önemini göstermektedir. Ebeveynlerin travma ile baş etmeyi öğrenmesi, çocukların travma ile baş etmelerine yardımcı olacaktır (191). Ebeveynlerin kendi travmatik tepkilerini, bu tepkilerin çocuğa aktarılabilceğini ve çocuklar üzerindeki etkilerini öğrenmesi farkındalık kazanma bakımından önemli bir adımdır. Ebeveynler, çocuklarıyla travmatik olaylar hakkında çok fazla detay paylaşmamakla birlikte çocuğun yaşına ve olgunluk düzeyine göre kendi gösterdiği belirtilerin onların hatası olmadığını vurgulayarak uygun ölçüde konuşması gerekebilir. Tüm bu uygun yaklaşımları kazanabilmek için ebeveyn-çocuk birlikte psikososyal destek almalıdır (234).

Liang ve ark. yaptığı çalışmada ebeveyn depresyonu ile çocukların depresmin aile üzerindeki algıladığı etkisi ile pozitif yönde ilişkili olup çocukların depresif belirtileri, çocukların depresmin aile üzerindeki algıladığı etkisi ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (185). Bizim çalışmamızda ise ebeveyn TSSB'si ile çocukların depresmin aile üzerindeki algıladığı psikolojik etkisi pozitif yönde ilişkili olup çocukların depresmin aile üzerindeki algıladığı bu etki çocukların TSSB, anksiyete ve depresyon düzeyine anlamlı düzeyde etki etmiştir. Her iki çalışmada da ortak olan bulgu ebeveynde ruh sağlığı sorunu arttıkça çocuğun depresmin aile üzerindeki etkilerini daha

fazla algıladığı ve bu algı seviyesi arttıkça çocuk ruh sağlığı sorunlarının daha fazla olacağı yönündedir. Liang ve ark. çalışmasın ebeveyn ve çocuk depresyonu üzerinde durmuşken bizim çalışmamız ebeveyn TSSB'si ve çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB'si üzerinde durmuştur. Bu sonuçlar ebeveyn ruh sağlığının ve ebeveyn ruh sağlığının etkilediği aile dinamiklerinin çocukların iyilik hali üzerinde önemlini vurgulamaktadır.

Ayrıca çalışmamızda ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutu olan anne-babanın çocuğun duygularından kaçınma düzeyi, çocukların depremin aile üzerindeki algıladığı psikolojik etkisi ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ebeveynlerin çocuklarının duygularından kaçındıkça yani olumsuz yönde duygu düzenleme yaptıklarında çocukların depremin aile üzerindeki psikolojik etkilerini daha yoğun hissettikleri anlamına gelmektedir. Ebeveynlerin çocuklarının duygularından kaçınma eğiliminde olmaları, çocukların travmatik olayların etkilerini daha fazla hissetmelerine ve travmatik olaylarla yalnız baş etmek durumunda kalmalarına neden olması mümkündür. Dolayısıyla bu olumsuz duygu düzenleme davranışı çocukların ruh sağlıklarının olumsuz etkilenmesine neden olabilir.

Sonuç olarak, çocuğun algıladığı dünyaya baktığımızda bu dünyanın ebeveyn ruh sağlığından ve ebeveyn duygu düzenleme süreçlerinden etkilendiğini görmekteyiz. Ebeveyn ruh sağlığı sorunları ve olumsuz ebeveyn davranışları, çocuğun algıladığı dünyada deprem gibi daha önce tecrübe etmediği travmatik olaylarda yalnız kalmasına neden olabilir ve travmatik olayın belki de uygun ebeveyn desteği ile engellenebilecek olumsuz etkileri çocukta ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir. Ancak ebeveynlerin de çocuklarıyla birlikte travmatik olayı yaşaması ruhsal iyilik halini ve olumlu duygu düzenleme mekanizmalarını bozabilir. Bu nedenle ebeveynlerin travma sonrası süreçlerde desteklenmesi ve olumlu duygu düzenleme süreçlerine teşvik edilmesi çocukların travmatik olaylarla baş edebilmesi ve ruh sağlığının korunması için elzemdir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamıza 300 ebeveyn ve 300 çocuk katılmıştır. Katılan ebeveynlerin %69,7'si anne, %30,3'ü baba olup yaş ortalamaları $39,64 \pm 5,65$ (min=26-maks=60) yıldır. Ebeveynlerin %51,4'ü ilköğretim mezunu, %54,7'si çalışmıyor veya ev hanımıdır. Çalışmaya katılan çocukların %58,7'si kız, %41,3'ü erkek çocuk olup yaş ortalamaları ise $11,31 \pm 2,23$ (min=8-maks=15) yıldır. Çalışmaya katılan ailelerin depremden sonra %49'unun evi ağır hasarlı, %13'ünün evi yıkılmış olup %63,7'si konteynerda kalmaktadır.

Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği 'anne-babanın çocuğun duygularından kaçınması' alt boyut puanını etkileyen ebeveyn demografik özellikleri; erkek cinsiyet ($p<0.05$), düşük eğitim seviyesi ($p=0.001$), düşük aylık gelir ($p=0.001$), ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0.05$) olmuştur.

Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği 'anne-babanın çocuğun duygularından kaçınması' alt boyut puanını etkileyen ebeveyn deprem deneyimleri; yakın kaybı ($p<0.05$), arama kurtarma çalışmalarına katılma ($p<0.05$), sosyal destek almama ($p<0.05$) olmuştur.

Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği 'anne-babanın çocuğun duygularına yönelimi' alt boyut puanını etkileyen faktörler; deprem anında şiddetli korku yaşamak ($p<0.05$), ve depremde ağır yaralı birine tanıklık ($p<0.05$) olmuştur.

Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği 'anne-babanın çocuğun ve kendi duygularını kabul etmesi' alt boyut puanını etkileyen faktör ailede psikiyatrik hastalığı olan birey yokluğu olmuştur ($p<0.05$).

Ebeveynlerde TSSB riskini etkileyen demografik özellikler; kadın cinsiyet ($p<0,001$), çalışmıyor veya ev hanımı olmak ($p<0,001$) ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$) olmuştur.

Ebeveynlerde TSSB riskini etkileyen deprem deneyimleri; deprem anında şiddetli korku yaşamak ($p<0,001$) ve depremde bina yıkılması ($p=0,050$) olmuştur.

Ebeveynlerde TSSB yeniden yaşama alt boyut belirtilerini etkileyen demografik özellikler; kadın cinsiyet ($p<0,001$), çalışmıyor veya ev hanımı olmak ($p<0,001$), ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$), daha önce etkileyen olay yaşama ($p<0,05$) olmuştur.

Ebeveynlerde TSSB yeniden yaşama alt boyut belirtilerini etkileyen deprem deneyimleri ise depremde şiddetli korku yaşamak ($p<0,001$), depremde yaralanmak ($p<0,05$), yakın kaybı ($p<0,05$), bina yıkılması görmek ($p<0,05$) olmuştur.

Ebeveynlerde TSSB kaçınma belirtilerini etkileyen demografik özellikler; kadın cinsiyet ($p<0,05$), ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$), daha önce etkileyen olay yaşama ($p<0,05$), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ($p<0,05$) olmuştur.

Ebeveyn TSSB kaçınma belirtilerini etkileyen deprem deneyimleri ise depremde şiddetli korku yaşamak ($p<0,05$), bina yıkılması görmek ($p=0,001$) ve depremde yaralanmak ($p<0,05$) olmuştur.

Ebeveynlerde TSSB aşırı uyarılma alt boyut belirtilerini etkileyen demografik özellikler; kadın cinsiyet ($p<0,001$), çalışmıyor veya ev hanımı olmak ($p<0,001$), ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$), daha önce etkileyen olay yaşamak ($p=0,001$) olmuştur.

Ebeveynlerde TSSB aşırı uyarılma alt boyut belirtilerini etkileyen deprem deneyimleri depremi apartmanda yaşamak ($p<0,05$), depremde şiddetli korku yaşamak ($p<0,001$), depremde bina yıkılması görmek olmuştur ($p<0,05$).

Ebeveyn duygu düzenleme ‘anne-babanın çocuğun duygularından kaçınması’ alt boyut puanı ile ebeveyn travma sonrası stres düzeyi, yeniden yaşama ve kaçınma belirtileri arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Çocukların %62,3’ünde AAB, %17’sinde YAB, %24’ünde PB, %15,3’ünde SAB, %20,3’ünde OKB, %18,3’ünde Depresif Bozukluk, %27,3’ünde anksiyete, %26,7’sinde anksiyete ve depresyon saptanmıştır. Bu verilere göre en sık görülen anksiyete türü AAB olmuştur, en az görülen ise SAB olmuştur.

Çocuklarda AAB görülme riskini etkileyen demografik özellikler ve deprem deneyimleri; küçük yaş ($p<0,001$), Deprem sırasında şiddetli korku yaşamak ($p<0,001$), ağır yaralı birisine tanıklık ($p<0,05$), psikolojik destek almak ($p<0,05$), korkunç hüzünlü görüntü, mesaj ve haberlere maruziyet ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda YAB görülme riskini etkileyen deprem deneyimi depremde bina yıkılmasına maruziyet ($p<0,05$) olmuştur

Çocuklarda YAB görülme riskini etkileyen deprem sonrası deneyimler; depremden sonra aile ile bağlantının kesilmesi ($p<0,05$), okul değişikliği ($p<0,05$), psikolojik destek almak ($p<0,05$), depremle ilgili haberleri izlerken çok kez ağlamak

($p<0,05$), depremde evin orta hasarlı olması ($p<0,05$), depremde ebeveynin iş geçim kaynakları kaybı ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda SAB görülme riskini etkileyen demografik özellikler; erkek cinsiyet ($p<0,05$), ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda SAB görülme riskini etkileyen deprem deneyimleri; ağır yaralı birine tanıklık ($p<0,05$), vefata tanıklık ($p<0,05$), bina yıkılması görmek ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda SAB görülme riskini etkileyen deprem sonrası deneyimler; depremde sonra aile ile bağlantının kesilmesi ($p<0,05$), psikolojik destek almak ($p<0,05$), depremde sonra konteynerde kalmak ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda PB görülme oranını riskini etkileyen demografik faktörler; bedensel kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$), ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$), ebeveyn eğitim seviyesinin düşük olması ($p<0,05$), ailenin aylık gelirinin düşük olması ($p<0,05$) ve ebeveynde ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda PB görülme riskini etkileyen deprem deneyimleri; depremde enkaz altında kalmak ($p<0,05$), depremde yaralanmak ($p<0,001$), ağır yaralı birine tanıklık ($p<0,001$), vefata tanıklık ($p<0,001$) olmuştur.

Çocuklarda PB görülme riskini etkileyen deprem sonrası deneyimler; depremde sonra aile ile bağlantının kesilmesi ($p<0,05$), depremle ilgili haberleri izlerken çok kez ağlamak ($p<0,001$), depremde sonra evin orta hasarlı olması ($p<0,05$), depremde sonra konteynerde kalmak ($p<0,05$), ebeveynin iş geçim kaynakları kaybı ($p<0,001$) ve baba TSSB'si ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda MDB riskini etkileyen demografik faktörler ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$), ebeveynin dul veya boşanmış olması ($p<0,05$), ebeveyn ruhsal kronik hastalığı ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda MDB riskini etkileyen deprem deneyimi ağır yaralı birine tanıklık ($p<0,05$) olarak bulunmuştur. Deprem sonrası deneyimler ise; okul değişikliği ($p<0,05$), şehir değişikliği ($p<0,05$), psikolojik destek almak ($p<0,001$), depremle ilgili haberleri izlerken çok kez ağlamak ($p<0,05$), ebeveynin iş geçim kaynakları kaybı ($p<0,001$) olmuştur.

Çocuklarda OKB riskini etkileyen deprem deneyimleri iş-geçim kaynakları kaybı ($p<0,05$), baba TSSB'si ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda toplam anksiyete ve depresyon riskini etkileyen demografik özellikler; erkek cinsiyet ($p<0,05$), ruhsal kronik hastalık öyküsü ($p<0,05$) ve düşük ebeveyn yaşı ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda toplam anksiyete ve depresyon riskini etkileyen deprem deneyimleri; deprem anında şiddetli korku yaşamak ($p<0,05$), birilerinin yaralanması ($p<0,001$) ve ölümüne tanıklık ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda toplam anksiyete ve depresyon riskini etkileyen deprem sonrası deneyimler ise aile ile bağlantının kesildiği bir sürenin olması ($p<0,05$), okul değişikliği, deprem ile ilgili korkunç ve hüznü haberlere maruziyet ($p<0,05$), ebeveynin iş geçim kaynakları ($p<0,05$) kaybı olmuştur.

Çocuk TSSB düzeyini etkileyen demografik özellikler, daha önce etkileyen olay yaşamış olmak ($p<0,05$), daha düşük ebeveyn yaşı ($p<0,05$), düşük düzey ebeveyn eğitimi ($p<0,05$), düşük aile geliri ($p<0,05$), ebeveyn ruhsal kronik hastalığı ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuk TSSB düzeyini etkileyen deprem özellikleri; deprem anında şiddetli korku yaşamak, ebeveynin deprem anında şiddetli korku yaşaması ($p<0,001$), yaralı birine tanıklık ($p<0,05$), bina yıkılması görmek ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuk TSSB düzeyini etkileyen deprem sonrası özellikler ise okul değişikliği ($p<0,05$), korkunç ve hüznü haberlere maruziyet ($p=0,001$), depremle ilgili haberleri izlerken çok kez ağlamak ($p<0,05$), konteynerda kalmak ($p<0,05$), ebeveynin para/mal kaybı ($p<0,05$) ve iş geçim kaynakları kaybı ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuk TSSB yeniden yaşama belirtilerini etkileyen deprem deneyimleri; deprem anında şiddetli korku yaşamak ($p<0,001$), depremde yakın yaralanması ($p<0,05$), yakın vefatı ($p<0,05$), yaralı birine tanıklık ($p<0,05$), vefat etmiş birine tanıklık ($p<0,05$), bina yıkılması görmek ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuk TSSB yeniden yaşama belirtilerini etkileyen deprem sonrası deneyimler; okul değişikliği ($p<0,05$), korkunç ve hüznü haberlere maruziyet ($p=0,001$), depremle ilgili haberleri izlerken çok kez ağlamak ($p=0,001$), evin orta hasarlı olması ($p<0,05$), konteynerda yaşamak ($p<0,05$), ebeveynin iş-geçim kaynakları kaybı ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuk TSSB kaçınma belirtilerini etkileyen özellikler; düşük yaş, deprem anında şiddetli korku yaşamak ($p<0,001$), depremde enkaz altında kalmak ($p<0,05$), yaralanmak ($p<0,05$), yakınların yaralanması ($p<0,05$), yakın vefatı ($p<0,05$), yaralı birine tanıklık ($p<0,05$), ebeveynin deprem anında şiddetli korku yaşaması ($p=0,050$) olmuştur.

Çocuklarda TSSB kaçınma belirtilerini etkileyen deprem sonrası deneyimler; konteynerde yaşamak ($p<0,05$), ebeveynin para/mal kaybı yaşaması ($p=0,001$), ebeveyn iş geçim kaynakları kaybı ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda TSSB aşırı uyarılma belirtilerini etkileyen deprem deneyimleri; deprem anında şiddetli korku yaşamak ($p=0,001$), depremde yaralı birine tanıklık ($p<0,05$), depremde bina yıkılması görmek ($p<0,05$), deprem anında ebeveynin şiddetli korku yaşaması ($p<0,05$) olmuştur.

Çocuklarda TSSB aşırı uyarılma belirtilerini etkileyen deprem sonrası deneyimler; okul değişikliği ($p<0,05$), depremden sonra psikolojik destek almak ($p<0,05$), korkunç ve hüzünlü haberlere maruziyet ($p=0,001$), ebeveynin para veya mal kaybı $p<0,05$) olmuştur.

Çocuk anksiyete ve depresyonu ile çocuk TSSB'si arasında güçlü ilişki saptanmıştır ($p<0,001$).

Ebeveyn olumsuz duygu düzenlemesi çocuk TSSB sini artırarak etki etmiştir ($p<0,001$).

Ebeveyn TSSB'si çocuk anksiyete, depresyonu ve çocuk TSSB'sini artırarak etki etmiştir ($p<0,001$).

Çocukların depremin aile üzerinde algıladığı psikolojik etki derecesi çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB'sine artırarak etki etmiştir ($p<0,001$).

Çocukların depremin aile üzerinde algıladığı psikolojik etki ebeveyn TSSB'si ($p<0,001$) ve ebeveyn olumsuz duygu düzenlemesi ($p<0,05$) ile ilişkili bulunmuştur.

Bilindiği gibi psikiyatrik tanımlar, klinik görüşmeler sonrası konulmaktadır. Çalışmamızda klinik görüşmeler yapılmamış yerine ölçekler kullanılmış olup olası psikiyatrik bozukluklar değerlendirilmiştir. Bu durum çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Çalışmamızın verilerinin Kahramanmaraş depreminden sonra altıncı ayda toplanması TSSB belirtilerinin oluşması için yeterli bir süreyleken araya başka travmanın etkilerinin girme olasılığını artıracak uzun bir süre değildir. Çocukların verileri ebeveyn aracılığı ile değil direkt çocuklardan yüz yüze elde edilmiştir. Ebeveyn çocuk ile aynı anda değerlendirilmiş, çocukta TSSB'yi değerlendirmek için ebeveynde kullanılan TSSB ölçeğinin çocuk versiyonu kullanılmıştır. Böylelikle ebeveyn ve çocuk TSSB'sinin birbiriyle ilişkisinin daha iyi değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu durumlar çalışmamızın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

Çalışmamız hem ebeveyn hem çocuk için deprem sonrası ruh sağlığını etkileyen risk faktörlerini kapsamlı şekilde incelemiştir. Deprem ve sonrasındaki süreçte çocuk ruh sağlığına ebeveyn etkileri de çalışmamızda özgün bir şekilde değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları çocuk ruh sağlığını korumak için ebeveyn ruh sağlığının korunması gerektiğini ve ebeveynlerin çocuklarına olan tutumunda duygu düzenleme mekanizmalarını kullanmak üzere farkındalık kazanması gerektiğini göstermektedir. Bu çalışmanın afet sonrası çocuk ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek faktörleri tespit etmesi, bu risk faktörlerinin çocuk ruh sağlığını korumak için önüne geçilmesine ışık tutmaktadır.

Bu bağlamda çocuk ruhsal iyilik hali için başta ebeveynlere, birinci basamak hekimlerine, erişkin ve çocuk psikiyatristlerine, psikologlara, psikolojik rehberlik ve danışmanlık yapanlara, afet müdahale ve psikososyal destek mekanizmalarına, afet yönetimi ile ilgili politikalara önemli görev düşmektedir.

Daha sonra yapılacak çalışmalarda ebeveynlerin dini baş etme, olumlu yeniden değerlendirme, sosyal destek arama gibi baş etme mekanizmalarının çocuk ruh sağlığına etkisinin değerlendirilmesi mümkündür.

7. KAYNAKLAR

1. Bahadır H., Uçku R., Uluslararası Acil Durum Veri Tabanına Göre Türkiye Cumhuriyeti Tarihindeki Afetler. Doğal Afetler Ve Çevre Dergisi, Cilt:4 · Sayı:1 · 2018, 28-32.
2. Norris F, Friedman Mj, Watson Pj, Byrne Cm, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 Victims Speak: Part I, An Empirical Review Of The Empirical Literature, 1981-2001. Psychiatry 2002;65(3):207-39
3. Janoff-Bulman R, Shattered Assumptions: ToWards A New Psychology Of Trauma, Ny: The Free Pres, 1992
4. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Dsm-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, 2013.
5. Boudweyns, P.A., Albrecht, J.W., Talbert, F.S., & Hyer, L.A. (1991). Comorbidity And Treatment Outcomes Of İn-Patients With Chronic Combatrelated Ptsd. Hospital And Community Psychiatry, 42, 847-84
6. F. S., Chen, J., Mcfarland, R. E., & Taylor, M. A. (1983). Posttraumatic Stress Disorder And Concurrent Psychiatric İllness: A Preliminary Report. American Journal Of Psychiatry, 140, 1177-1179.
7. Emirza, E. G., & Bilgili, N., (2023). Post-Traumatic Stress Disorder And Risk Factors After Earthquake And Natural Disasters . Eu 1. Uluslararası Sağlık, Mühendislik Ve Uygulamalı Bilimler Kongresi (Pp.492-501). Bucuresti, Romania
8. DeWolfe DJ. Training manual for mental health and human service workers in major disasters (2. baskı; DHHS Publication No. ADM 90-538), Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000.
9. Van der Kolk BA. Psychological Trauma. 1st ed. Washington: American Psychiatric Press; 1987.
10. McFarlane AC, van Hooff M. Impact of childhood exposure to a natural disaster on adult mental health: 20-year longitudinal follow-up study. Br J Psychiatry 2009;195(2):142-8.
11. Gordon R, Wraith R. Responses of children and adolescents to disaster. In: Wilson JP, Raphael B, eds. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. 1st ed. New York: Plenum Press; 1993. p.561-75.

12. Newman, J. (1976). Children of disaster: Clinical observations at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 133, 306-312.
13. Danışman I., Okay D.. Afetlerin çocuk ve ergenler üzerindeki etkileri ve müdahale yaklaşımları, *Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics* 2017;2(3):189-97
14. Pereira, A. I., Barros, L., Roberto, M. S., & Marques, T. (2017). Development of the Parent Emotion Regulation Scale (PERS): Factor structure and psychometric qualities. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 3327-3338
15. Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of Emotion Regulation*, 3, 24
16. Pat-Horenczyk, R., Ziv, Y., Asulin-Peretz, L., Achituv, M., Cohen, S., & Brom, D. (2013). Relational trauma in times of political violence: Continuous traumatic stress vs. past trauma. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19, 125–137.
17. Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 198–212
18. Sheffield Morris, A., Silk, J.S., Morris, M.D.S., Steinberg, L., Aucoin, K.J., & Keyes, A.W. (2011). The influence of mother–child emotion regulation strategies on children’s expression of anger and sadness. *Developmental Psychology*, 47, 213–225
19. Lengua, L.J., Long, A.C., Smith, K.I., & Meltzoff, A.N. (2005). Preattack symptomatology and temperament as predictors of children’s responses to the September 11 terrorist attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 631–645.
20. Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 706–716.
21. Deprem Ve Risk Azaltma Genel Müdürlüğü Deprem Dairesi Başkanlığı 02 Haziran 2023,6 Şubat 2023 Pazarcık-Elbistan Kahramanmaraş (Mw: 7.7 – Mw: 7.6) Depremleri Raporu
22. AFAD (2014). Afet ve Acil Durum Başkanlığı. Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü. (<https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>) Erişim tarihi: Aralık 2023

23. Emdat (2017). The Em-Dat Glossary, <http://www.emdat.be/glossary>
24. Usta G. (2023). Dünya’da Meydana Gelen Afetlerin İstatistiksel Olarak Analizi (1900-2022). Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 14(1), 172-186.
25. Fullerton Cs, McCaughey Bg, Ursano Rj. Individual And Community Responses To Trauma And Disaster: The Structure Of Human Chaos: Cambridge University Press Ve 1995.
26. Brian G., McCaughey, V.D., The Human Experience Of Earthquake, The Structure Of Human Chaos, By. Robert J., Ursano, Brian G., McCaughey, Carol S., Fullerton, Cambridge University Press, 1996, Pp.137
27. Ergünay O. Türkiye’nin Afet Profili. Tmmob Afet Sempozyumu Bildir Kitabı 2007(5): 1–14
28. R.,W.,Belter & M.,P., Shannon ,Impact Of Disasters On Children And Families “,Children And Disaster ,Ed.By.Conway F.Saylor ,New York ,Plenum Press ,1993.
29. Coppola, D.P., (2006). Introduction To International Disaster Management. Butterworth-Heinemann, Abd, S.39-40.
30. Ergünay, O., Afet Ve Kriz Yönetimi Açısından Ülkemizin Durumu. Afet Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000
31. Dünyanın Afet Tablosu Ve Çözüm Önerileri. (<https://insamer.com.tr/Dunyanin-Afet-Tablosuve-Cozum-Oner>) Erişim: Aralık 2023
32. Özyer, Y., & Dinçer, S. (2020). Afetlerde Hemşirelerin Psikolojik İlk Yardım Rollerini. İbad Sosyal Bilimler Dergisi, (7), 198-206
33. Kasapoğlu Ke. Depremler Ve Türkiye Hakkında Bilmek İstedikleriniz. İstanbul: 58 Berkay Ofset, 2007
34. Bıkçe M. Türkiye’de Hasara Ve Can Kaybına Neden Olan Deprem Listesi (1900-2014). 2015.
35. Pampal, (2000). Depremler, Alfa Yayınları. (<http://suleymanpampal.com>). Erişim tarihi: Aralık 2023
36. Akdur R. Deprem Yönetimi Ve Depremde Sağlık Konu Ve Amaçları (Disaster Management, Medical Topics, And Aims İn Disasters)]. Sağlık Ve Toplum, July (Special Issue) 2000: 25–38.
37. İnşaat Mühendisleri Odası. (n.d.). Bölüm 5: Dünya ve Türkiye’de Tarihsel ve Aletsel Depremler. (<https://www.imo.org.tr/Eklenti/6794,5-bolum-dunya-ve-turkiyede-tarihsel-ve-aletsel-depremlerpdf.pdf?0>) Erişim tarihi: Aralık 2023

38. Kartal Rf, Kadirioğlu Ft, Apak A. Deprem Aktivitesinin Bölgenin Neotektoniği İle İlişkisi.
39. Karaağaç D, Karaman H, Aktuğ B. Kahramanmaraş Ve Adıyaman İllerinin Afetselliğinin İncelenmesi Ve Mekansal Analiz Teknikleriyle Yerleşime Uygun Alanların Belirlenmesi. Türk Deprem Araştırma Dergisi. 2019;1(2):123-33.
40. Özer M. Education Policy Actions By The Ministry Of National Education After The Earthquake Disaster On February 6, 2023 İn Türkiye. Bartın University Journal Of Faculty Of Education. 2023;12(2)
41. Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB). (2023, October 20). TMMOB 6 Şubat depremleri 8 ay değerlendirme raporu yayımlandı. <https://www.tmmob.org.tr/icerik/tmmob-6-subat-depremleri-8-ay-degerlendirme-raporu-yayimlandi> Erişim Tarihi: Aralık 2023
42. Marangoz M, Çağrı İ. Doğal Afetlerin Ekonomik, Sosyal Ve Çevresel Etkilerinin 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremler Bağlamında 67 Girişimciler Açısından Değerlendirilmesi. Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2023;24(52):1-30
43. Türksoy, N. (2003). Psikolojik Travma Ve Sonuçları. Tamer Aker Ve M. Emin Önder (Ed.) Psikolojik Travma Ve Tanım Sorunları. (S.9). İstanbul: 5us
44. Sedat Işıklı Ve Ark. Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics 2017;2(3):180-8
45. Hansen P. Psychosocial Interventions: A Handbook. In: Ager W, Ed. Copenhagen: Ifrc, International Federation Of Red Cross And Red Crescent Societies; 2014.
46. Freedy Jr, Resnick Hs, Kilpatrick Dg. Conceptual Framework For Evaluating Disaster Impact: Implications For Clinical Interventions. In: Austin Ls, Ed. Responding To Disaster: A Guide For Mental Health Professionals. Washington, Dc: American Psychiatric Press, Inc; 1992. P.3-23
47. Karabulut D. & Bekler T. (2019). Doğal Afetlerin Çocuklar Ve Ergenler Üzerindeki Etkileri, Doğal Afetler Ve Çevre Dergisi, 5(2), 368-376.
48. Babalioğlu, N. (2001). Afetlerde Ruhsal Yardım. Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Kurs Notları, (Ss 201-227), Takav Matbaacılık.
49. Hacettepe Üniversitesi Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı, Bireylerde Afet Sonrası Görülebilecek Tepkiler, Şubat 2023
50. Friedman Mj. Posttraumatic And Acute Stress Disorders. Sixth Edition. Springer; 2015.

51. Kukuoglu, A. (2018). Doğal Afetler Sonrası Yaşanan Travmalar Ve Örnek Bir Psikoeğitim Programı, Afet Ve Risk Dergisi 1(1), 39-52.
52. Kübler-Ross, E. (1993). On Death And Dying. New York: Ny (İlk Baskı. 1969)
53. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Mulder RT. Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. JAMA psychiatry. 2014;71(9):1025-31.
54. Fullerton CS, Ursano RJ. Psychological and psychopathological consequences of disasters. In: Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M, Sartorius N, Okasha A, eds. Disasters and Mental Health. England: John Wiley & Sons; 2005. p.13-36
55. Çiftçi A. (2020). Bütüncül tıp birinci basamakta ve aile hekimliğinde güncel tanı ve tedavi. Travma ve tetikleyici etken ile ilgili bozukluklar. (Cilt 2, s. 1687-1689). Ankara:Nobel Tıp Kitabevi
56. Young BH, Ford JD, Ruzek JI, Friedman M, Gusman FD. Disaster mental health services: A guide for clinicians and administrators. Palo Alto, CA: National Center for Post-Traumatic Stress Disorder; 1998
57. Solomon SD, Green BL. Mental health effects of natural and human-made disasters. PTSD Research Quarterly 1992;3(1).
58. Morgan L, Scourfield J, Williams D, Jasper A, Lewis G. The aberfan disaster: 33-year followup of survivors. Br J Psychiatry 2003;182(6): 532-6.
59. Schonfeld DJ. Supporting adolescents in times of national crisis: potential roles for adolescent health care providers. J Adolesc Health 2002;30(5):302-7.
60. Fisher D. Preventing childhood trauma resulting from exposure to domestic violence. Preventing School Failure 1999;44(1):25-8.
61. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry 1991;148(1):322-33.
62. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. Biol Psychiatry 2002;51(7):519-31.
63. Pynoos R, Nader K. Issues in the treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. In: Wilson JP, Raphael B, eds. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. 1st ed. New York: Plenum Press; 1993. p.535-50.

64. Van der Kolk BA, McFarlane AC. The black hole of trauma. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, eds. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. 1st ed. New York: Guilford Press; 1996. p.3-23.
65. Armsworth MW, Holiday, M. The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counseling & Development* 1993;72(1):49-56.
66. Pynoos RS, Steinberg AM, Goenjian A. Traumatic stress in childhood and adolescence. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, eds. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. 1st ed. New York: Guilford Press; 1996. p.331-58.
67. Ford JD, Grasso DA, JD, Courtois CA. *Posttraumatic Stress Disorder: Scientific and Professional Dimensions*. 2nd ed. New York: Academic Press; 2015.
68. Shaw JA, Espinel Z, Shultz JM. *Care of Children Exposed to the Traumatic Effects of Disaster*. 1st ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2012.
69. Veenema TG, Schroeder K. The Aftermath of Violence: Children, Disaster, and Posttraumatic Stress Disorder. *J Pediatr Health Care* 2002;16(5):235-44.
70. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington: Author; 2013.
71. Coffman S. Children's Reactions to Disaster. *J Pediatr Nurs* 1998;13(6):376-82.
72. Zubenko WN. Developmental issues in stress and crisis. In: Zubenko WN, Capozzoli J, eds. *Children and Disasters: A Practical Guide to Healing and Recovery*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2002. p.85-100.
73. Pynoos RS, Nader K. Children's exposure to violence and traumatic death. *Psychiatric Annals* 1990;20(6):334-44.
74. Beauchesne MA, Kelley BR, Patsdaughter CA, Pickard J. Attack on America: Children's reactions and parents' responses. *J Pediatr Health Care* 2002;16:213-21.
75. Vogel JM, Vernberg EM. Part I: Children's psychological responses to disasters. *Journal of Clinical Child Psychology* 1993;22(4): 464-84.

76. Van der Kolk BA. The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, eds. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. 1st ed. NewYork: Guilford Press; 1996. p.129-54.
77. Furr JM, Comer JS, Edmunds JM, Kendall PC. Disasters and youth: a meta-analytic examination of posttraumatic stress. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(6):765-80.
78. Hagan JF. Psychosocial Implications of Disaster or Terrorism on Children: A Guide for the Pediatrician. *Pediatrics* 2005;116(3):787-95.
79. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *PsycholBull* 2006;132(6):959-92.
80. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):617-27.
81. Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH, Collings RL, Marshall GN, Elliott MN, et al. A National Survey of Stress Reactions After the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *N Engl J Med* 2001;345(20):1507-12.
82. Udwin O, Boyle S, Yule W, Bolton D, O’Ryan D. Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of post traumatic stress disorder. *J Child Psychol Psychiat* 2000; 41(8):969-79.
83. Davis L, Siegel LJ. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2000;3(3):135-54.
84. Vernberg EM, Silverman WK, La Greca AM, Prinstein MJ. Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after hurricane andrew. *J Abnorm Psychol* 1996;105(2):237- 48.
85. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Petkova E. A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* 2009; 22(5):399-408.

86. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(11): 1503-11.
87. Bromet, E., Sonnega, A., & Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology*, 147(4), 353-361.
88. Battal S, Özmenler N. Posttravmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. *Psikiyatri Temel El Kitabı*. 1997;1:505-15.
89. Şenses, A. (2020). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. In *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar Cilt I* (pp. 523–532). Akademisyen Kitabevi.
90. Wang Z, Zhu H, Yuan M, Li Y, Qiu C, Ren Z, et al. The resting-state functional connectivity of amygdala subregions associated with post-traumatic stress symptom and sleep quality in trauma survivors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2021(271): 1053–1064. 60
91. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nature reviews Disease primers*. 2015;1(1):1-22.
92. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychol Med* 2017(47): 2260–2274.
93. Davey GC, Burgess I, Rashes R. Coping strategies and phobias: The relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *British Journal of Clinical Psychology*. 1995;34(3):423-34.
94. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: New Delhi: Wolters Kluwer, 2007; 2007.
95. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(7):626-32
96. Geyran P. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2000;8:9-12.

97. Gül IG, Eryılmaz G. Travma sonrası stres bozukluğunun nörobiyolojisi: Bir gözden geçirme. Klinik psikiyatri. 2015;18:71-9.
98. Jitender Sareen, MD, FRCPC. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate. 15 Eylül 2022. (<https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis/print?source=history>). Erişim Tarihi:7.3.2024
99. Breslau N, Davis GC (1997) Psychiatric sequelae of PTSD in women. Arch Gen Psychiatry, 54:81-87
100. Doruk A, Aydın H (1993) Posttravmatik stress disorder and comorbidity. III. Congress of Balkan Military Medical committee Athens-Greece, Abstract book, s.141
101. Cohen JA, Bernett W, Dunne JE. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37(suppl 10): 4-26.
102. Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM, Najarian LM, Asarnow JR, Karayan I, Ghurabi M, Fairbanks LA. Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34(9): 1174-84.
103. Orbık Özgür ve ark. Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. T Klin Psikiyatri 2002, 3:35-44
104. Roszell DK, McFall ME (1991) Frequency of symptoms and concurrent psychiatric disorder in Vietnam veterans with chronic PTSD. Hosp Community Psychiatry, 42:293-296.
105. Keane Tm, Wolfe J (1990) Comorbidity in PTSD. J Appl Soc Psychol, 20:1776-1788.
106. Özgen Fuat, Aydın Hamdullah. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Klinik Psikiyatri 1999;1:34-41.
107. Breslau N, Davis GC (1992) Posttraumatic stres disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. Am J Psychiatry, 149:671-675
108. Bajor LA, Ticlea AN, Osser DN. The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: an update on posttraumatic stress disorder. Harvard review of psychiatry. 2011;19(5):240-58.

109. Berenz EC, Vujanovic AA, Coffey SF, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity and breath-holding duration in relation to PTSD symptom severity among trauma exposed adults. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(1):134-9
110. Kornør H, Winje D, Ekeberg Ø, Weisæth L, Kirkehei I, Johansen K, et al. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic posttraumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and metaanalysis. *BMC psychiatry*. 2008;8:1-8.
111. Stein DJ, Seedat S, van der Linden GJ, Zungu-Dirwayi N. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of post-traumatic stress disorder: a metaanalysis of randomized controlled trials. *International clinical psychopharmacology*. 2000;15:S31-S9.
112. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S, Sager C, Amos T. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*. 2006(1).
113. Sabuncuoğlu O, Çevikaslan A, Berkem M. Marmara depreminden etkilenen iki ayrı bölgede ergenlerde depresyon, kaygı ve davranış. *Klinik Psikiyatri*. 2003;6:189-97.
114. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). 2013.
115. BurakAçikel, S. (2020). Çocukluk Çağı Depresyonu. In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar Cilt I (pp. 379–388). Akademisyen Kitabevi.
116. Rudolph, K.D. and M. Flynn, Adolescent depression. 2nd ed. *Handbook of depression*. 2009. 708.
117. Tamar, M. and B. Özbaran, Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2004. 2(1): p. 84-92.
118. Zalsman, G., D.A. Brent, and V.R. Weersing, Depressive disorders in childhood and adolescence: An overview: Epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2006. 15(4): p. 827-841.
119. Bodur, Ş. and Ö.Ş. Üneri, Çocuk ve ergenlerde majör depresif bozukluk: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008. 9(2): p. 105.
120. Goodman, R. and S. Scott, *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. 2012: John Wiley & Sons

121. Carlson, G.A. and J.H. Kashani, Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *The American Journal of Psychiatry*, 1988. 145(10): p. 1222.
122. Birmaher, B., et al., Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004. 43(1): p. 63-70.
123. Angold A, Costello EJ, E. A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57–87.
124. Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837.
125. Lewinsohn, P.M., et al., Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1994. 33(6): p. 809-818.
126. McCauley, E., et al., Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1993. 32(4): p. 714-722.
127. Weir, J.M., A. Zakama, and U. Rao, Developmental risk I: Depression and the developing brain. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2012. 21(2): p. 237-259.
128. Tutkunkardaş, M.D. and A. Kılınçaslan, Çocuk ve ergenlerde depresyonun ilaçla tedavisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Mood Disorders*, 2011. 1(1): p. 34-45.
129. Bostic, J.Q., et al., Treatment of depression in children and adolescents. *Journal of Psychiatric Practice®*, 2005. 11(3): p. 141-154.
130. Richmond, T.K. and D.S. Rosen, The treatment of adolescent depression in the era of the black box warning. *Current Opinion in Pediatrics*, 2005. 17(4): p. 466-472.
131. Choe, C.J., G.J. Emslie, and T.L. Mayes, Depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2012. 21(4): p. 807-829.
132. Bernaras, E., J. Jaureguizar, and M. Garaigordobil, Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs and treatments. *Frontiers in Psychology*, 2019. 10: p. 543.
133. March, J., et al., Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, 2004. 292(7): p. 807.

134. APA. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. text revision (4th editio). W ashington, DC: American Psychiatric Press.
135. Suadiye, Y., & Aydın, A. (2009). Anksiyete Bozukluğu Olan Ergenlerde Bilişsel Hatalar. KLİNPsikiyatriDergisi, 172–179.
136. E. Karakaya ve ark. (2013). Kaygı Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2, 10–24.
137. Friedberg RD, M. J. (2002). Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents. New York: The Guilford Press.
138. GökalpÖzcan, B. (2020). Ayrılma Kaygısı Bozukluğu. In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar Cilt I (pp. 389–396). Akademisyen Kitabevi.
139. Turna, F. (2020). Yaygın Anksiyete Bozukluğu. In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar Cilt I (pp. 437–448). Akademisyen Kitabevi.
140. AyrallerTaner, H. (2020). Panik Bozukluk. In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar Cilt I (pp. 429–436). Akademisyen Kitabevi.
141. Cornacchio, D., Crum, K. I., Coxe, S., Pincus, D. B., & Comer, J. S. (2016). Irritability and Severity of Anxious Symptomatology Among Youth With Anxiety Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55(1), 54–61.
142. SümeYraKaragöz, Y. (2020). Sosyal Fobi (Toplumsal Kaygı Bozukluğu). In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar Cilt I (pp. 419–428). Akademisyen Kitabevi.
143. Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. Clinical Psychology Review, 24, 737–767.
144. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. Psychiatric Clinics of North America, 32(3), 483–524.
145. Merikangas KR, He JP, Burnstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). Journal American Academic Child and Adolescents Psychiatry 2010; 49(10):980–9.

146. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012; 21(3):169–84
147. Battaglia, M., Touchette, É., Garon-Carrier, G., Dionne, G., Côté, S. M., Vitaro, F., ... Boivin, M. (2016). Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool 79 years: persistence at school entry and early-life associated factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 39–46.
148. Eley, T. C., Rijdsdijk, F. V., Perrin, S., O'Connor, T. G., & Bolton, D. (2008). A multivariate genetic analysis of specific phobia, separation anxiety and social phobia in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (6),
149. Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE, G. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annu Rev Psychol*
150. Ginsburg GS, A. N. (2013). Generalized anxiety disorder in children and adolescents, *Pediatric Anxiety Disorders A Clinical Guide* (R. Vasa, ed.). New York: Humana Press.
151. Güveli, G. M., & İşeri, E. (2016). Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 2(3), 7–13.
152. Türkçapar H (2008) *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*. Editör: Köroğlu E, HYB Basım yayın, Ankara.
153. McLeod BD, Weisz JR, Wood JJ (2007) Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 27:986–1003.
154. Harold GT, Rice F, Hay DF, Boivin J, Van Den Bree M, Thapar A (2011) Familial transmission of depression and antisocial behavior symptoms: disentangling the contribution of inherited and environmental factors and testing the mediating role of parenting. *Psychol Med* 41:1175–1185.
155. Watt, M. C., Stewart, S. H., & Cox, B. J. (1998). A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 505–525.
156. De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H, Iyengar S, Dahl RE, Axelson DA, et al. (2002). Superior temporal gyrus volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry* 2002, 51(7), 553–562.

157. ÜNERİ, Ö. Ş. (2016). Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Psikoterapötik Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi - Özel Konular*, 2(3), 40–46.
158. Goodwin, R. D., Lieb, R., Hoefler, M., Pfister, H., Bittner, A., Beesdo, K., & Wittchen, H.-U. (2004). Panic Attack as a Risk Factor for Severe
159. LAST, C. G., PERRIN, S., HERSEN, M., & KAZDIN, A. E. (1992). DSM-III-R Anxiety Disorders in Children: Sociodemographic and Clinical Characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1070–1076.
160. De La Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillan, R. (2014). Separation Anxiety, Social Phobia and Generalized Anxiety Disorders in the Chilean
161. Wehry, A. M., McNamara, R. K., Adler, C. M., Eliassen, J. C., Croarkin, P., Cerullo, M. A., ... Strawn, J. R. (2015). Neurostructural impact of co-occurring anxiety in pediatric patients with major depressive disorder: A voxel-based morphometry study. *Journal of Affective Disorders*, 171, 54–59.
162. KATZMAN, Martin A., et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 2014, 14: 1-83.
163. Leonte, K. G., Puliafico, A., Na, P., & Rynn, M. A. (2018). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. Waltham, MA.(Accessed on March 21, 2018: UpToDate.
164. Alvarez, E., Puliafico, A., Leonte, K. G., & Albano, A. M. (2018). Psychotherapy for anxiety disorders in children and adolescents
165. Bennett, S., & Walkup, J. T. (2019). Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and course. Up to date.
166. Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52.
167. Boden, M. T., & Thompson, R. J. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion (Washington, D.C.)*, 15(3), 399–410.
168. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press

169. Thompson, R. A. (2014). Socialization of emotion and emotion regulation in the family. In: J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 173–186). New York: The Guilford Press.
170. Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110(1), 3–25.
171. Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9(4), 241–273.
172. Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Zeman, J. (2007). Influence of gender on parental socialization of children's sadness regulation. *Social Development*, 16(2), 210–231.
173. Cheron, D. M., Ehrenreich, J. T., & Pincus, D. B. (2009). Assessment of parental experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 383–4
174. Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361–388
175. Meyer, S., Raikes, H. A., Virmani, E. A., Waters, S., & Thompson, R. A. (2014). Parent emotion representations and the socialization of emotion regulation in the family. *International Journal of Behavioral Development*, 38, 164–173.
176. Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2014). Intergenerational transmission of emotion dysregulation through parental invalidation of emotions: Implications for adolescent internalizing and externalizing behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 324–332.
177. Pat-Horenczyk, R., Cohen, S., Ziv, Y., Achituv, M., Asulin-Peretz, L., Blanchard, T. R., ... & Brom, D. (2015). Emotion regulation in mothers and young children faced with trauma. *Infant mental health journal*, 36(3), 337-348.
178. Adam Morris, Crystal Gabert-Quillen, Douglas Delahanty, The Association Between Parent PTSD/Depression Symptoms and Child PTSD Symptoms: A Meta-Analysis, *Journal of Pediatric Psychology*, Volume 37, Issue 10, November/December 2012, Pages 1076–1088.
179. Juth, V., Silver, R. C., Seyle, D. C., Widyatmoko, C. S., & Tan, E. T. (2015). Post-Disaster Mental Health Among Parent-Child Dyads After a Major Earthquake in Indonesia. *Journal of abnormal child psychology*, 43(7), 1309–1318.

180. K.A.S. Wickrama, Violet Kaspar. Family context of mental health risk in Tsunami-exposed adolescents: Findings from a pilot study in Sri Lanka, *Social Science & Medicine*, Volume 64, Issue 3, 2007, Pages 713-723.
181. Kiliç, E. Z., Ozgüven, H. D., & Sayil, I. (2003). The psychological effects of parental mental health on children experiencing disaster: the experience of Bolu earthquake in Turkey. *Family process*, 42(4), 485–495.
182. Thabet, A. A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E., & Vostanis, P. (2008). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European child & adolescent psychiatry*, 17(4), 191–199.
183. Altindag, A., Ozen, S., & Sir, A. (2005). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 328-333.
184. Livanou, M., Başoğlu, M., Salcioğlu, E., & Kalendar, D. (2002). Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(12), 816–823.
185. Liang, Y., Zhao, Y., Zhou, Y., & Liu, Z. (2022). How Maternal Trauma Exposure Contributed to Children's Depressive Symptoms following the Wenchuan Earthquake: A Multiple Mediation Model Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 16881
186. Cénat, J. M., & Derivois, D. (2014). Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adults survivors of earthquake in Haiti after 30 months. *Journal of affective disorders*, 159, 111–117.
187. Bo Wang, Chunping Ni, Jingyuan Chen, Xuedong Liu, Anhui Wang, Zhongjun Shao, Dan Xiao, Hai Cheng, Jianhui Jiang, Yongping Yan. Posttraumatic stress disorder 1 month after 2008 earthquake in China: Wenchuan earthquake survey. *Psychiatry Research*. Volume 187, Issue 3, 2011, Pages 392-396.
188. Muhammed Tayyib Kadak, Serhat Nasiroğlu, Murat Boysan, Adem Aydın, Risk factors predicting posttraumatic stress reactions in adolescents after 2011 Van earthquake, *Comprehensive Psychiatry*, Volume 54, Issue 7, 2013, Pages 982-990
189. Ekşi, A., Braun, K. L., Ertem-Vehid, H., Peykerli, G., Saydam, R., Toparlak, D., & Alyanak, B. (2007). Risk factors for the development of PTSD and depression among child and adolescent victims following a 7.4 magnitude earthquake. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(3), 190–199.

190. Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Rabe-Hesketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(3), 395–404.
191. Birmes, P., Raynaud, J. P., Daubisse, L., Brunet, A., Arbus, C., Klein, R., Cailhol, L., Allenou, C., Hazane, F., Grandjean, H., & Schmitt, L. (2009). Children's enduring PTSD symptoms are related to their family's adaptability and cohesion. *Community mental health journal*, 45(4), 290–299.
192. Wang W., Fu, W., Wu, J., Ma, X. C., Sun, X. L., Huang, Y., Hashimoto, K., & Gao, C. G. (2012). Prevalence of PTSD and depression among junior middle school students in a rural town far from the epicenter of the Wenchuan earthquake in China. *PloS one*, 7(7), e41665.
193. Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Kerin, J., & Bohadana-Brown, G. (2022). Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, 46(1), 63-82.
194. Haslam, D., Mejia, A., Thomson, D. ve diğerleri. Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde Öz Düzenleme: Zorluklar ve Geleceğe Yönelik Yönergeler. *Clin Child Fam Psychol Rev* 22 , 104–117 (2019).
195. Passaquindici, I., Nardoza, O., Sperati, A., Lionetti, F., D'Urso, G., Fasolo, M., & Spinelli, M. (2024). Maternal dispositional mindfulness and mother-child relationship: The mediating role of emotional control during parenting. *Child: care, health and development*, 50(3), e13264.
196. De France, K., & Evans, G. W. (2021). Expanding context in the role of emotion regulation in mental health: How socioeconomic status (SES) and developmental stage matter. *Emotion (Washington, D.C.)*, 21(4), 772–782.
197. Côté, S., Gyurak, A., & Levenson, R. W. (2010). The ability to regulate emotion is associated with greater well-being, income, and socioeconomic status. *Emotion (Washington, D.C.)*, 10(6), 923–933.
198. Zitzmann, J., Rombold-George, L., Rosenbach, C. et al. Emotion Regulation, Parenting, and Psychopathology: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 27, 1–22 (2024).

199. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237.
200. Tang, B., Deng, Q., Glik, D., Dong, J., & Zhang, L. (2017). A Meta-Analysis of Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults and Children after Earthquakes. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1537.
201. Zhou, X., Kang, L., Sun, X., Song, H., Mao, W., Huang, X., Zhang, Y., & Li, J. (2013). Risk factors of mental illness among adult survivors after the Wenchuan earthquake. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(6), 907–915.
202. Dai, W., Chen, L., Lai, Z., Li, Y., Wang, J., & Liu, A. (2016). The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 16, 188.
203. Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., ... & de la Cruz, L. F. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 154–165.
204. Russell, B. S., Hutchison, M., Park, C. L., Fendrich, M., & Finkelstein-Fox, L. (2022). Short-term impacts of COVID-19 on family caregivers: Emotion regulation, coping, and mental health. *Journal of clinical psychology*, 78(2), 357–374.
205. Pat-Horenczyk, R., Cohen, S., Ziv, Y., Achituv, M., Asulin-Peretz, L., Blanchard, T. R., Schiff, M., & Brom, D. (2015). Emotion regulation in mothers and young children faced with trauma. *Infant mental health journal*, 36(3), 337–348.
206. Badour, C. L., & Feldner, M. T. (2013). Trauma-related reactivity and regulation of emotion: associations with posttraumatic stress symptoms. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(1), 69–76.
207. Jensen, S. K. G., Sezibera, V., Murray, S. M., Brennan, R. T., & Betancourt, T. S. (2021). Intergenerational impacts of trauma and hardship through parenting. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 62(8), 989–999.
208. Kumar, S. A., Franz, M. R., Brock, R. L., & DiLillo, D. (2020). Posttraumatic Stress and Parenting Behaviors: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Journal of family violence*, 35(5), 417–426.

209. Tang, B., Liu, X., Liu, Y., Xue, C., & Zhang, L. (2014). A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC public health*, 14, 623.
210. Xu, J., Xie, L., Li, B., Li, N. ve Yang, Y. (2012). Çin'deki Wenchuan depreminden sonra çocuklarda görülen kaygı belirtileri. *İskandinav Psikiyatri Dergisi* , 66 (5), 349–354.
211. Marthoenis, M., Ilyas, A., Sofyan, H., & Schouler-Ocak, M. (2019). Prevalence, comorbidity and predictors of post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adolescents following an earthquake. *Asian journal of psychiatry*, 43, 154–159.
212. Fan, F., Zhang, Y., Yang, Y., Mo, L., & Liu, X. (2011). Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among adolescents following the 2008 Wenchuan earthquake in China. *Journal of traumatic stress*, 24(1), 44–53.
213. Tang, W., Lu, Y. & Xu, J. Post-traumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms among adolescent earthquake victims: comorbidity and associated sleep-disturbing factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1241–1251 (2018).
214. Tang, W., Xu, D., & Xu, J. (2020). Impact of earthquake exposure, family adversity and peer problems on anxiety-related emotional disorders in adolescent survivors three years after the Ya'an earthquake. *Journal of affective disorders*, 273, 215–222.
215. Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 32(2), 122–138.
216. Gerstner, R. M. F., Lara-Lara, F., Vasconez, E., Viscor, G., Jarrin, J. D., & Ortiz-Prado, E. (2020). Earthquake-related stressors associated with suicidality, depression, anxiety and post-traumatic stress in adolescents from Muisne after the earthquake 2016 in Ecuador. *BMC psychiatry*, 20(1), 347.
217. Newnham, E. A., Mergelsberg, E. L. P., Chen, Y., Kim, Y., Gibbs, L., Dzidic, P. L., Ishida DaSilva, M., Chan, E. Y. Y., Shimomura, K., Narita, Z., Huang, Z., & Leaning, J. (2022). Long term mental health trajectories after disasters and pandemics: A multilingual systematic review of prevalence, risk and protective factors. *Clinical psychology review*, 97, 102203.

218. Liu, M., Wang, L., Shi, Z., Zhang, Z., Zhang, K., & Shen, J. (2011). Mental health problems among children one-year after Sichuan earthquake in China: a follow-up study. *PloS one*, 6(2), e14706.
219. Mercuri, A., & Angelique, H. L. (2004). Children's responses to natural, technological, and na-tech disasters. *Community Mental Health Journal*, 40, 167-175.
220. Gallagher, H. C., Richardson, J., Forbes, D., Harms, L., Gibbs, L., Alkemade, N., MacDougall, C., Waters, E., Block, K., Lusher, D., Baker, E., & Bryant, R. A. (2016). Mental Health Following Separation in a Disaster: The Role of Attachment. *Journal of traumatic stress*, 29(1), 56–64.
221. Kılıç, Dr. Cengiz, PhD * ; Kılıç, Dr. Emine Zinnur † ; Aydın, Dr. İsmail Orhan ‡ .Yer Değişimi ve Ebeveyn Psikopatolojisinin Deprem Mağduru-Çocuk Ruh Sağlığına Etkisi. *Sinir ve Akıl Hastalıkları Dergisi* 199(5):p 335-341, Mayıs 2011
222. Allen, L., Jones, C., Fox, A., Copello, A., Jones, N., & Meiser-Stedman, R. (2021). The correlation between social support and post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 294, 543–557.
223. Otto, M. W., Henin, A., Hirshfeld-Becker, D. R., Pollack, M. H., Biederman, J., & Rosenbaum, J. F. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms following media exposure to tragic events: impact of 9/11 on children at risk for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 21(7), 888–902.
224. Ostrowski, S. A., Christopher, N. C., & Delahanty, D. L. (2007). Brief report: the impact of maternal posttraumatic stress disorder symptoms and child gender on risk for persistent posttraumatic stress disorder symptoms in child trauma victims. *Journal of pediatric psychology*, 32(3), 338–342.
225. Kar, N., & Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 2, 17.
226. Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I., & Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health - A meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 119, 107–115.
227. Strohschein, L. (2005). Parental divorce and child mental health trajectories. *Journal of marriage and family*, 67(5), 1286-1300

228. Bokszczanin, A. (2008). Ebeveyn desteği, aile çatışması ve aşırı korumacılık: Doğal bir afetten 28 ay sonra ergenlerin TSSB semptom düzeylerini tahmin etmek. *Kaygı, Stres ve Başa Çıkma* , 21 (4), 325–335.
229. Thomson, K. C., Jenkins, E., Gill, R., Hastings, K. G., Richardson, C. G., Gagné Petteni, M., McAuliffe, C., & Gadermann, A. M. (2023). Parent psychological distress and parent-child relationships two years into the COVID-19 pandemic: Results from a Canadian cross-sectional study. *PloS one*, 18(10), e0292670.
230. National Institute of Mental Health. (2023). "Mothers' Difficult Childhoods Impact Their Children's Mental Health."
(<https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2023/mothers-difficult-childhoods-impact-their-childrens-mental-health>.) Erişim Tarihi: 16 haziran 2024
231. Lengua, L. J., Long, A. C., Smith, K. I., & Meltzoff, A. N. (2005). Pre-attack symptomatology and temperament as predictors of children's responses to the September 11 terrorist attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6), 631-645.
232. Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Knapp, A., Bunaciu, L., Blumenthal, H., & Amstadter, A. B. (2013). Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress: Review of the literature and research agenda. *Clinical psychology review*, 33(8), 1106-1133.
233. Pereira, A. I., Stallard, P., Roberto, M. S., Sousa, M., & Barros, L. (2021). Parenting and child mental health during the COVID-19 pandemic: An online study with Portuguese and British Families. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8(3), 35-42.
234. Robb-Dover, Kristina. "How a Parent's PTSD Affects Children and the Family." *FHE Health*, 18 May 2022, <https://fherehab.com/learning/parent-ptsd-affects-family>. Erişim Tarihi: 9 Haziran 2024.

8. TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Ebeveynlerin demografik özellikleri	65
Tablo 2. Ebeveynlerin travma maruziyetleri.....	66
Tablo 3. Ebeveynlerin travma sonrası maruziyeti.....	67
Tablo 4. Çocukların demografik özellikleri	68
Tablo 5. Çocukların travma maruziyetleri	69
Tablo 6. Çocukların travma sonrası maruziyeti	70
Tablo 7. Çocuklarda Deprem Aile Üzerinde Algılanan Psikolojik Etkisi	70
Tablo 8. Ebeveyn demografik özelliklerine göre ebeveyn duygu düzenleme alt ölçeklerinin değerlendirilmesi	72
Tablo 9. Ebeveyn deprem deneyimlerine göre ebeveyn duygu düzenleme alt ölçeklerinin değerlendirilmesi	74
Tablo 10. Katılımcı ebeveynlerin olayların etkisi ölçeği (IES-R) kesme değerine göre TSSB oranı	75
Tablo 11. Ebeveyn demografik özelliklerinin olayların etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi	76
Tablo 12. Ebeveyn deprem deneyimlerinin olayların etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi	78
Tablo 13. Ebeveyn deprem sonrası deneyimlerinin olayların etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi	79
Tablo 14. Ebeveyn demografik özelliklerine göre olayların etkisi ölçeğinin alt ölçekleriyle birlikte değerlendirilmesi.....	81
Tablo 15. Ebeveyn deprem deneyimlerine göre olayların etkisi ölçeğinin alt ölçekleriyle birlikte değerlendirilmesi.....	83
Tablo 16. Ebeveyn deprem sonrası deneyimlerine göre olayların etkisi ölçeğinin alt ölçekleriyle birlikte değerlendirilmesi.....	84
Tablo 17. Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutları ve olayların etkisi ölçeğinin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesi.....	85
Tablo 18. Katılımcı çocukların çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) kesme değerine göre değerlendirilmesi	86
Tablo 19. Çocuk demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları kesme değerine göre değerlendirilmesi.....	88
Tablo 20. Çocuk demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği toplam skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi	89

Tablo 21. Çocuk deprem anındaki deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları kesme değerine göre değerlendirilmesi.....	91
Tablo 22. Çocuk deprem anı deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği toplam skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi.....	92
Tablo 23. Çocuk deprem sonrası deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları kesme değerine göre değerlendirilmesi.....	94
Tablo 24. Çocuk deprem sonrası deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği toplam skorları kesme değerine göre değerlendirilmesi.....	95
Tablo 25. Katılımcı çocukların çocuk olayların etkisi ölçeği (CRIES) kesme değerine göre TSSB oranı	96
Tablo 26. Çocuk demografik özelliklerinin çocuk olayın etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi	97
Tablo 27. Çocuk deprem anı deneyimlerinin çocuk olayın etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi	98
Tablo 28. Çocuk deprem sonrası deneyimlerinin çocuk olayın etkisi ölçeği kesme değerine göre değerlendirilmesi	100
Tablo 29. Çocuk demografik özelliklerine göre çocuk olayın etkisi ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	101
Tablo 30. Çocuk deprem anı deneyimlerine göre çocuk olayın etkisi ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	102
Tablo 31. Çocuk deprem sonrası deneyimlerine göre çocuk olayın etkisi ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	104
Tablo 32. Ebeveyn demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) alt boyutlarına etkisi	106
Tablo 33. Ebeveyn demografik özelliklerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) toplam skorlarına etkisi	107
Tablo 34. Ebeveyn deprem deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) alt boyutlarına etkisi	109
Tablo 35. Ebeveyn deprem deneyimlerinin çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği (ÇADÖ) toplam skorlarına etkisi	110
Tablo 36. Ebeveyn demografik özelliklerinin çocuk olayların etkisi ölçeğine (CRIES) etkisinin değerlendirilmesi	111
Tablo 37. Ebeveyn deprem deneyimlerinin çocuk olayların etkisi ölçeğine (CRIES) etkisinin değerlendirilmesi	112
Tablo 38. Ebeveyn yaşının ve çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB ile ilişkisi	113
Tablo 39. Anne ve Baba TSSB'sinin çocuk anksiyete, depresyon ve TSSB'si üzerine etkisinin karşılaştırılması	114

Tablo 40. Çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği ile çocuk olayların etkisi ölçeğinin birbiriyle ilişkisi.....	115
Tablo 41. Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarının ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoruna etkisi	116
Tablo 42. Ebeveyn duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarının CRIES toplam puanına etkisi.....	116
Tablo 43. Ebeveyn IES-R ölçeği toplam puanının ÇADÖ toplam anksiyete ve depresyon T skoruna etkisi	117
Tablo 44. Ebeveyn IES-R ölçeği toplam puanının CRIES toplam puanına etkisi.....	117
Tablo 45. Çocukların depremin aile üzerinde algıladıkları psikolojik etkinin çocuk anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi.....	118
Tablo 46. Çocukların depremin aile üzerinde algıladığı psikolojik etkinin çocuk travma sonrası stres düzeyine etkisi	118
Tablo 47. Çalışmadaki değişkenler arasındaki korelasyonlar.....	119

9. ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Çalışmanın kapsamı ve akış şeması	4
Şekil 2. Çalışma değişkenlerinin birbiriyle korelasyonu	119



10. EKLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
EK-1: Yetişkin (ebeveyn) anket formu	205
EK-2: Ebeveyn Duygu Düzenleme Ölçeği	207
EK-3: Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)	208
EK-4: Çocuk anket formu	209
EK-5: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y).....	211
EK-6: Revize Edilmiş Çocuk Olayın Etkisi Ölçeği (CRIES-13).....	213



11. EKLER

EK-1. Yetişkin (ebeveyn) anket formu

YETİŞKİN ANKET FORMU

Bu anket formu Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmekte olan “KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ ARDINDAN EBEVEYN TUTUMUNUN VE EBEVEYN TRAVMA DÜZEYİNİN AFET YAŞAYAN ÇOCUKLARIN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ” başlıklı çalışma için yapılmaktadır. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır ve 3. kişilerle paylaşılmayacaktır. Katkılarınız bizim için önemlidir. Şimdiden değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Demografik Bilgiler	
1. YAŞINIZ:	2. CİNSİYETİNİZ : a) Erkek b) Kadın
3. EĞİTİM DURUMUNUZ:	
a) Okur-yazar değil	b) İlkokul/Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üstü
4. MEDENİ DURUMUNUZ:	
a) Bekar	b) Evli c) Dul/Ayrılmış
5. ÇALIŞMA DURUMUNUZ:	
a) Çalışmıyor/Ev hanımı	b) İşçi c) Serbest meslek d) Memur e) Emekli/Diğer
6. AYLIK GELİRİNİZ:	
a) 15 bin altı	b) 15 bin-30 bin arası c) 30 bin üstü
7. YAŞADIĞINIZ İLİN PLAKA KODU:	
8. DEPREMDEN ÖNCE YAŞADIĞINIZ EVİN ÖZELLİĞİ:	
a) Müstakil	b) Apartman c) Diğer
9. BEDENSEL KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI?	
a) Hayır b) Evet Varsa belirtiniz...	
10. RUHSAL KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI?	
a) Hayır b) Evet Varsa belirtiniz...	
11. DÜZENLİ KULLANDIĞINIZ İLAÇ VAR MI?	
a) Evet b) Hayır	
12. DAHA ÖNCE SİZİ ÇOK ETKİLEYEN BİR OLAY/ DURUM YAŞADINIZ MI?	
a) Evet (Lütfen belirtiniz.....) b) Hayır	
13. AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIĞI OLAN BİREY VAR MI?	
a) Evet (Yakınlık derecenizi belirtiniz.....) b) Hayır	
14. HAFTADA NE KADAR SÜRE İŞ HARİCİ EGZERSİZ YAPARSINIZ?	
a) Hiç yapmıyorum b) 150 dk dan az c) 150 dk dan fazla	
Travma Maruziyeti	
15. DEPREM ANINDA KORKU DÜZEYİNİZİ NASIL DEĞERLENDİRİRSİNİZ?	
a) Hiç/Az b) Orta c) Şiddetli	

16. DEPREMDE ENKAZ ALTINDA KALDINIZ MI? a) Evet b) Hayır
17. DEPREMDE YARALANDINIZ MI? a) Hayır b) Hafif yaralanma c) Ağır yaralanma
18. DEPREMDE YAKINLARINIZDAN VEFAT EDEN OLDU MU? a) Hayır b) Birinci derece ailemden/Yakın arkadaşlarımdan c) Akrabalarımıdan Sosyal Çevremden
19. DEPREMDE BİRİ(LERİ)NİN YARALANMASINA TANIK OLDUNUZ MU? a) Hayır b) Hafif yaralanma c) Ağır yaralanma
20. DEPREMDE BİRİ(LERİ)NİN ÖLÜMÜNE/CESEDİNE TANIK OLDUNUZ MU? a) Evet b) Hayır
21. DEPREMDE BİNA YIKILMASI GÖRDÜNÜZ MÜ? a) Evet b) Hayır
22. DEPREMDE ARAMA-KURTARMA ÇALIŞMALARINA KATILDINIZ MI? a) Evet b) Hayır
<i>Travma Sonrası Maruziyet</i>
23. EVİNİZİN HASAR DURUMU NEDİR? a) Hasarsız b) Az hasarlı c) Orta hasarlı d) Ağır hasarlı e)Yıkıldı
24. ŞU AN NERDE KALIYORSUNUZ? a) Çadır b) Konteyner c) Yurt, hastane vb. d) Yakınlarımda evimde e) Kendi evim f) Ev değiştirdim g) Diğer
25. DEPREMDEN SONRA DIŞARDA KALMA SÜRENİZ KAÇ GECE OLDU? a) <2 gün b)2-3 gün c)4-6 gün d)7 gün ve daha fazla
26. DEPREMDEN SONRA ŞEHİR DEĞİŞİKLİĞİ YAPTINIZ MI? a) Evet b) Hayır c) Geçici olarak
27. DEPREM NEDENİYLE PARA/MAL KAYBI YAŞADINIZ MI? a) Hiç veya çok az b) Küçük bir kısmı c) Yaklaşık yarısı d) Çoğu e) Neredeyse tamamı
28. DEPREM NEDENİYLE İŞ/GEÇİM KAYNAKLARI KAYBI YAŞADINIZ MI? a) Hayır b) Kısmen c) Tamamen
29. DEPREMDEN SONRA ÇEVRENİZ TARAFINDAN SOSYAL DESTEK ALABİLDİNİZ Mİ? a) Hiç b) Az d) Çok
30. DEPREMDEN SONRA PSİKOLOJİK DESTEK ALDINIZ MI? a) Evet b) Hayır
31. DEPREMDEN SONRA PSİKİYATRİK İLAÇ KULLANIMINIZ OLDU MU? a) Evet b) Hayır
32. DEPREMDEN SONRA SİGARA KULLANIMINIZDA DEĞİŞİKLİK OLDU MU? a) Kullanmıyorum b) Depremden sonra başladım c) Evet artış oldu d) Hayır artış olmadı
33. DEPREMDEN SONRA ALKOL/MADDE KULLANIMINIZDA DEĞİŞİKLİK OLDU MU? a) Kullanmıyorum b) Depremden sonra başladım c) Evet artış oldu d) Hayır artış olmadı.

EK-2. Ebeveyn Duygu Düzenleme Ölçeği

Ebeveyn Duygu Düzenleme Ölçeği

Aşağıda çocuğunuzla iletişim süreçlerinize ilişkin bazı ifadelere yer verilmektedir. Bu ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyarak sizin durumunuzu en iyi yansıttığını düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz. Lütfen çocuğunuz ile şu andaki ilişkinizi düşünerek her bir maddede ifade edilen durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz ve yanıtsız ifade bırakmayınız. Yanıtlarınızı örnekteki gibi işaretleyebilirsiniz.

4	3	2	1	0				
Her zaman ya da hemen her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman ya da hemen hiçbir zaman				
1	Çocuğumu gergin gördüğümde sakinliğimi koruyarak onun içinde bulunduğu durumla yüzleşmesini sağlarım			4	3	2	1	0
2	Her ne pahasına olursa olsun çocuğumu sinirli bir yapıda olmaktan alıkoymalıyım.			4	3	2	1	0
3	Çocuğumu keyifsiz (üzgün, kızgın ya da gergin) görmeyi sevmesem de bu durumun onun yaşamının bir parçası olduğunu bilirim.			4	3	2	1	0
4	Eğer elimden gelseydi çocuğumu bütün olumsuz duygulardan uzak tutardım.			4	3	2	1	0
5	Gergin olduğu zamanlarda çocuğumun bu durumdan zarar göreceğini düşünürüm.			4	3	2	1	0
6	Gergin olduğunu gördüğümde duruma çok hızlı müdahale etmem gerektiğini düşünürüm.			4	3	2	1	0
7	Çocuğumu keyifsiz gördüğümde ne hissettiğini anlamaya çalışırım.			4	3	2	1	0
8	Çocuğumun duygularına karşı hassas davranıp onu anlamaya çalışırım.			4	3	2	1	0
9	Çocuğum keyifsiz olduğunda yaşadığı duyguları anlaması için ona yardım ederim.			4	3	2	1	0
10	Çocuğum gergin olduğunda bunu kolayca fark ederim.			4	3	2	1	0
11	Çocuğumun keyifsiz olduğunu gördüğümde ne hissettiğini daha iyi anlayabilmesi için onu konuşturmaya çalışırım.			4	3	2	1	0
12	Çocuğumun bazı davranışlarıyla ilgili olarak üzüntü, hayal kırıklığı ya da kaygı hissetmemin normal olduğunu düşünürüm.			4	3	2	1	0
13	Bütün ebeveynlerin ara sıra çocuklarıyla ilgili olumsuz duygular yaşamalarını yaşamın bir parçası olarak görürüm.			4	3	2	1	0

EK-3: Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)

Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)						
Stresli yaşam olaylarından sonra bireyler çeşitli zorluk yaşayabilmektedir. Aşağıda, DEPREM VE SONRASI süreçte yaşanabilecek olası zorlukların bir listesi yer almaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyun ve son 7 gün içinde DEPREM'e bağlı bu zorluklardan hangilerini, ne derece yaşadığınızı belirtiniz.		Hiç	Nadiren	Bazen	Çogu Kez	Her Zaman
1	Benzeyen her şey depremle ilgili duygularımı aklıma getiriyor hatırlatıyor.	0	1	2	3	4
2	Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor.	0	1	2	3	4
3	Depremle ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana depremi hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor.	0	1	2	3	4
4	Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum.	0	1	2	3	4
5	Depremi düşündüğümde, depremi hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına canımın sıkılmasına izin vermiyorum.	0	1	2	3	4
6	İstemediğim halde deprem aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4
7	Sanki depremi yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4
8	Depremi hatırlatan yer, durum ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
9	Depremle ilgili görüntüler fotoğraf gibi, film gibi gözümün önünde canlanıyor.	0	1	2	3	4
10	Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum.	0	1	2	3	4
11	Depremi düşünmemeye çalışıyorum.	0	1	2	3	4
12	Depremle ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üzerinde durmuyorum ve çözmeye çalışıyorum.	0	1	2	3	4
13	Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum Kendimi hissizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum.	0	1	2	3	4
14	Zaman zaman deprem sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum.	0	1	2	3	4
15	Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
16	Değpremlle ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki, sanki dalga dalga üzerime geliyorlar.	0	1	2	3	4
17	Depremi hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum	0	1	2	3	4
18	Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum	0	1	2	3	4
19	Depremi hatırlatan şeylerle karşılaştığımda, terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum.	0	1	2	3	4
20	Depremle ilgili rüyalar görüyorum.	0	1	2	3	4
21	Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum.	0	1	2	3	4
22	Deprem hakkında konuşmamaya çalışıyorum.	0	1	2	3	4

EK-4. Çocuk anket formu

ÇOCUK ANKET FORMU

Bu anket formu Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmekte olan “KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ ARDINDAN EBEVEYN TUTUMUNUN VE EBEVEYN TRAVMA DÜZEYİNİN AFET YAŞAYAN ÇOCUKLARIN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ” başlıklı çalışma için yapılmaktadır. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır ve 3. kişilerle paylaşılmayacaktır. Katkılarınız bizim için önemlidir. Şimdiden değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz. (ebeveyn ile birlikte doldurulacaktır.)

Çocuğumun çalışmaya katılmasına müsaade ediyorum. ☐

Demografik Bilgiler		
1. YAŞ:	2. CİNSİYET: a) Kız b) Erkek	3. EĞİTİM(SINIF):
4. BEDENSEL KRONİK HASTALIĞI VAR MI? a) Evet (Lütfen belirtiniz.....) b) Hayır		
5. RUHSAL KRONİK HASTALIĞI VAR MI? a) Evet (Lütfen belirtiniz.....) b) Hayır		
6. DAHA ÖNCE ÇOK ETKİLENDİĞİ BİR OLAY/DURUM YAŞADI MI? a) Evet (Lütfen belirtiniz.....) b) Hayır		
Travma Maruziyeti		
7. DEPREM ANINDA KORKU DÜZEYİNİ NASIL DEĞERLENDİRİR? a) Az b) Orta c) Şiddetli		
8. DEPREMDE ENKAZ ALTINDA KALDI MI? a) Evet b) Hayır		
9. DEPREMDE YARALANDI MI? a) Hayır b) Hafif yaralanma c) Ağır yaralanma		
10. DEPREMDE YAKINLARINDAN YARALANAN OLDU MU? a) Hayır b) Aile üyeleri c) Akraba veya yakın arkadaşlar d) Öğretmen veya sınıf arkadaşları		
11. DEPREMDE YAKINLARINDAN VEFAT EDEN OLDU MU? a) Hayır b) Aile üyeleri c) Akraba veya yakın arkadaşlar d) Öğretmen veya sınıf arkadaşları		
12. DEPREMDE BİRİ(LERİ)NİN YARALANMASINA TANIK OLDU MU? a) Hayır b) Hafif yaralanma c) Ağır yaralanma		
13. DEPREMDE BİRİ(LERİ)NİN ÖLÜMÜNE TANIK OLDU MU? a) Evet c) Hayır		
14. DEPREMDE BİNA YIKILMASI GÖRDÜ MÜ? a) Evet b) Hayır		
Travma Sonrası Maruziyet		

15. DEPREMDEN SONRA DIŞARDA KALMA SÜRESİ KAÇ GECE OLDU? a) <2 gün b) 2-3 gün c) 4-6 gün d) 7 gün ve daha fazla
16. DEPREMDEN SONRA AİLESİ İLE BAĞLANTISI KESİLDİĞİ GÜNLER OLDU MU? a) Hayır olmadı b) <2 gün c) 2-3 gün d) 4-6 gün e) 7 gün ve daha fazla
17. OKULA TEKRARDAN BAŞLAMASI DEPREMDEN NE KADAR SONRA OLDU? a) 3 Hafta b) 3-6 Hafta c) 6 haftadan fazla d) Hiç başlamadım
18. OKUL DEĞİŞİKLİĞİ YAŞADI MI? a) Evet b) Hayır
19. ŞEHİR DEĞİŞİKLİĞİ YAŞADI MI? a) Evet b) Hayır c) Geçici olarak
20. DEPREMDEN SONRA ÇEVRESİNDEN SOSYAL DESTEK ALDI MI? a) Hiç b) Az c) Çok
21. DEPREMDEN SONRA PSİKOLOJİK DESTEK ALDI MI? a) Evet b) Hayır
22. DEPREMLE İLGİLİ KORKUNÇ, HÜZÜNLÜ MESAJ/GÖRÜNTÜ/HABERLERE MARUZ KALDI MI? a) Evet b) Hayır
23. DEPREM İLE İLGİLİ HABERLERİ İZLERKEN AĞLADI MI? a) Hiç b) 1-3 c) 4 ve daha fazla
Çocukların Depremi Aile Üzerindeki Algılanan Etkisi
24. SİZE GÖRE DEPREM AİLENİZİN EKONOMİK DURUMUNU NE ÖLÇÜDE ETKİLEDİ? (çocuk) Hafif-1 Şiddetli-5 (1 ile 5 arasında puan veriniz)
25. SİZE GÖRE DEPREM AİLE BİREYLERİNİN PSİKOLOJİK DURUMUNU NE ÖLÇÜDE ETKİLEDİ? (çocuk) Hafif-1 Şiddetli-5 (1 ile 5 arasında puan veriniz)

EK-5: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)**Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)**

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin ("Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim(lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüldüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)

30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim.	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissedirim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

EK-6: Revize Edilmiş Çocuk Olayın Etkisi Ölçeği (CRIES-13)

Revize Edilmiş Çocuk Olayın Etkisi Ölçeği -13

Aşağıdaki listede stresli/zorlu yaşam olaylarına(deprem gibi) maruz kalan insanların ifade ettikleri bazı açıklamalar yer almaktadır. Lütfen aşağıdaki ifadelerden, son yedi gün içinde, sizin için de geçerli olanları, sıklıklarına göre belirtiniz. Bu ifadelerde belirtilen hususlardan son bir hafta içinde yaşamadıklarınız varsa, söz konusu ifade için 'Hemen Hiç' kutucuğunu işaretleyiniz.

	Hemen Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
1. İstemediğin halde deprem aklına geliyor mu?				
2. Depremi hafızandan silmeye (aklından çıkarmaya) çalışıyor musun?				
3. Bir şeye dikkatini vermekte ya da odaklanmakta zorluk yaşıyor musun?				
4. Depremle ilgili kuvvetli duygu dalgalanmaları yaşıyor musun?				
5. Depremden önceki döneme kıyasla kendini daha gergin hissediyor, ya da daha kolay irkiliyor musun?				
6. Depremi hatırlatacak şeylerden uzak duruyor musun? (Örneğin; olayın geçtiği yer veya durumlar.)				
7. Deprem hakkında konuşmamaya çalışıyor musun?				
8. Depremle ilgili görüntüler birden zihninde beliriyor mu?				
9. Başka şeyler aklına depremi getiriyor mu?				
10. Depremi düşünmemeye çalışıyor musun?				
11. Kolayca (çabucak) sinirleniyor musun?				
12. Açık bir sebep olmadığı zamanlarda bile dikkatli ve tetikte (bir şey olacaktı gibi) oluyor musun?				
13. Uyku problemi yaşıyor musun?				