



T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE
ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN DEPREM SONRASI
ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPREM STRESİ İLE BAŞ
ETME DURUMLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hanne DEMİRCİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erhan YENGİL

HATAY-2025

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE
ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN DEPREM SONRASI
ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPREM STRESİ İLE BAŞ
ETME DURUMLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hanne DEMİRCİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Erhan YENGİL

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE
ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN DEPREM SONRASI
ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPREM STRESİ İLE BAŞ
ETME DURUMLARI**

Dr. Hanne DEMİRCİ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....

Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....

Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....

Prof. Dr. Erhan YENGİL
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Prof. Dr. Erhan YENGİL
3. Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. ŞEKİLLER LİSTESİ	v
V. TABLOLAR LİSTESİ	vi
VI. KISALTMALAR LİSTESİ	vii
VII. TEŞEKKÜR	viii
VIII. ÖZET.....	ix
IX. ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Afet.....	3
2.1.1. Doğal Afetler	4
2.2. Kaygı	10
2.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	12
2.2.2. Asistan Doktorlar ve Anksiyete.....	16
2.2.3. Deprem ve Anksiyete.....	17
2.3. Stres	19
2.3.1. Sağlık Çalışanlarında Stres	22
2.3.2. Stres ile Baş Etme Yolları.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Etik Kurul İzni.....	26
3.2. Araştırmanın Amacı ve Şekli	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	27
3.4.1. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	27
3.4.2. Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği (DSBÖ)	28
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
7. KAYNAKLAR	75
8. EKLER.....	88
Ek-1. Etik Kurul İzin Yazısı.....	88

Ek-2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	89
Ek-3. Deprem Stresi ile Baş Etme Ölçeği (DSBÖ).....	90
Ek-4. Sosyodemografik Bilgiler Anketi.....	91
9. ÖZGEÇMİŞ	93



IV. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. BAÖ toplam puan gruplarının yüzde dağılımı 35



V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	30
Tablo 2. Katılımcıların deprem ile ilişkili değişkenleri.....	31
Tablo 3. Katılımcıların deprem ile ilişkili değişkenleri-2	33
Tablo 4. BAÖ toplam ve DSBÖ alt boyut puan ortalamaları.....	34
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre BAÖ puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 6. Katılımcıların deprem ilişkili değişkenlerine göre BAÖ puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 7. Katılımcıların deprem ilişkili değişkenleri-2'ye göre BAÖ puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre DSBÖ alt boyutlarının karşılaştırılması	41
Tablo 9. Katılımcıların deprem ilişkili değişkenleri göre DSBÖ alt boyutlarının karşılaştırılması	45
Tablo 10. Katılımcıların deprem ilişkili değişkenleri-2'ye göre DSBÖ alt boyutlarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 11. BAÖ ile DSBÖ puanları arasındaki korelasyon.....	50
Tablo 12. Deprem sonrası psikiyatri doktoruna gitme durumu ile deprem sonrasında psikiyatrik ilaç kullanma durumlarının cinsiyet ile ilişkisi	51
Tablo 13. Deprem sonrası psikiyatri doktoruna gitme durumu ile meslekte çalışma yılı ilişkisi.....	51
Tablo 14. Barınma ile ilgili kaygılarınız oldu mu sorusu ile deprem sonrası kalınan yer ilişkisi	52

VI. KISALTMALAR LİSTESİ

ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DSBÖ	: Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
GAD	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim ve öğretim hayatım boyunca akademik ve tıbbi tecrübelerini bizlerden esirgemeyen, akademik alanda gelişmemiz adına bize sürekli katkı sağlayarak aile hekimliğinin önemini her daim bize anlatan, tez döneminde yardımını esirgemeyen çok değerli danışman hocam sayın Prof. Dr. Erhan YENGİL'e,

Beni ve çalışma arkadaşlarımı çalışmaya ve gelişmeye teşvik eden, bizleri akademik açıdan her zaman destekleyen, aile hekimliğinin temel ilkelerinin önemini ve gereğini vurgulayarak hastalara ona göre yaklaşmamızı öğretilip yol gösteren, anabilim dalı başkanımız değerli hocam sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER'e,

Bizleri her zaman güler yüzüyle gerek akademik gerek sosyal açıdan destekleyen, yardımseverliği ve samimiyetiyle hastalarla olan iletişimimizde bize örnek teşkil eden ve aile hekimliğinde hasta-hekim ilişkisinde iletişimin önemini vurgulayan, her zaman yanımızda olduğunu hissettiren çok kıymetli hocam sayın Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER'e,

Karşılıksız sevgi ve samimi emeklerini hep hissettiren ve her zaman yanımda olan değerli aileme,

Akademik çalışmalarım ve klinik pratiğim her zaman beni destekleyip yanımda olan değerli çalışma arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli meydana gelen ve 11 ilimizde büyük kayıplara yol açan deprem felaketinde hayatını kaybeden vatandaşlarımıza Allah'tan rahmet dilerim...

Dr. Hanne DEMİRCİ

Hatay, 2025

VIII. ÖZET

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN DEPREM SONRASI ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPREM STRESİ İLE BAŞ ETME DURUMLARI

Amaç: Bu çalışmada amaç, 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremlerden doğrudan etkilenen Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde görev yapan asistan hekimlerin anksiyete düzeylerini ve deprem stresine karşı kullandıkları baş etme stratejilerini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olup, veriler çevrim içi anket yoluyla toplanmıştır. Anket; 27 sorudan oluşan sosyodemografik bilgi formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Deprem Stresi ile Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (DSBÖ) olmak üzere üç bölümden oluşmuştur.

Bulgular: Depremzede asistanların %30,7'sinde orta ve üzeri anksiyete düzeyi tespit edildi. Asistanların kadın olması, kronik hastalık varlığı ve deprem sonrası psikiyatrik destek alma durumları, ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,001$; $p=0,002$). Olumlu yeniden değerlendirme medyan puanı 18, dini baş etme puanı 14, sosyal destek arama puanı ise 13 olarak saptandı. En sık kullanılan baş etme yöntemi “olumlu yeniden değerlendirme” iken, en az tercih edilen strateji “sosyal destek arama” idi. DSBÖ alt boyutlarından alınan puanlara bakıldığında yaş, cinsiyet, mesleki deneyim, ruhsal kronik hastalık öyküsü, sigara ve alkol kullanımı, depremin yaşandığı il, psikiyatrik destek alma değişkenleri ile anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Korelasyon analizlerine bakıldığında ise; dini baş etme ve olumlu yeniden değerlendirme yöntemleri ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ve negatif yönde ilişkili bulundu (sırasıyla $r=-0,153$; $p=0,039$ ve $r=-0,265$; $p<0,001$).

Sonuç: Bu çalışma ile afet sonrasında sağlık çalışanlarının ruh sağlığının önemli ölçüde etkilendiği ve kullandıkları baş etme mekanizmalarının bu süreçte belirleyici bir rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Deprem, anksiyete, stresle başa çıkma, asistan doktor, psikososyal destek

IX. ABSTRACT

POST-EARTHQUAKE ANXIETY LEVELS AND COPING WITH EARTHQUAKE-RELATED STRESS AMONG RESIDENT PHYSICIANS AT HATAY MUSTAFA KEMAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: This study aimed to determine the anxiety levels and coping strategies against earthquake-related stress among resident physicians working at Hatay Mustafa Kemal University Hospital who were directly affected by the earthquakes centered in Kahramanmaraş on February 6, 2023.

Methods: This was a descriptive and cross-sectional study. Data were collected via an online survey. The questionnaire consisted of three parts: a 27-item sociodemographic information form, the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Earthquake Stress Coping Strategies Scale (ESCS).

Results: Moderate or higher levels of anxiety were identified in 30.7% of the resident physicians affected by the earthquake. Female gender, presence of chronic illness, and receiving psychiatric support after the earthquake were significantly associated with higher anxiety levels ($p<0.001$; $p<0.001$; $p=0.001$; $p=0.002$, respectively). The most frequently used coping strategy was “positive reinterpretation” (mean score: 18), while the least used strategy was “seeking social support” (mean score: 14). Scores from the subscales of the coping scale were significantly associated with variables such as age, gender, professional experience, psychiatric illness history, tobacco and alcohol use, the province where the earthquake was experienced, and receiving psychiatric support ($p<0.05$). Correlation analyses revealed significant and negative associations between anxiety levels and both religious coping ($r=-0.153$; $p=0.039$) and positive reinterpretation ($r=-0.265$; $p<0.001$).

Conclusion: This study concluded that the mental health of healthcare professionals is significantly affected following a disaster, and the coping mechanisms they employ play a critical role in this process.

Keywords: Earthquake, anxiety, coping with stress, resident physician, psychosocial support

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depremler, yer kabuğundaki hareketler sonucunda oluşan ve kaynağı yerin içinde bulunan doğal afetlerdir. Öngörülemez olmaları ve ciddi maddi-manevi kayıplara yol açmaları, insanlarda büyük bir tedirginlik yaratmaktadır (1). Depremler, yalnızca can kaybına neden olmakla kalmaz, aynı zamanda bireylerin psikolojik durumlarını olumsuz etkileyerek travmalara yol açabilir. Bunun yanı sıra, toplumsal yapıyı derinden sarsarak sosyolojik yaşantıyı da önemli ölçüde değiştirebilir (2).

Türkiye; Kuzey Anadolu, Batı Anadolu ve Doğu Anadolu olmak üzere üç büyük fay hattına sahip olması nedeniyle yüksek deprem riski taşıyan bir bölgedir. 6 Şubat 2023'te saat 04.17'de, Kahramanmaraş'ın Pazarcık ilçesinde meydana gelen 7,7 büyüklüğündeki deprem, Kahramanmaraş, Adıyaman, Hatay, Gaziantep, Diyarbakır, Malatya, Kilis, Şanlıurfa, Adana ve Osmaniye olmak üzere 10 ili etkilemiştir. Aynı gün saat 13.24'te gerçekleşen 7,6 büyüklüğündeki ikinci deprem, mevcut yıkımı daha da artırmıştır. Bu felaketin ardından 11 ilde olağanüstü hâl ilan edilmiş ve ülke genelinde 7 gün süreyle millî yas ilan edilmiştir (3).

Büyük yıkıma yol açan doğal afetlerin ardından, toplumda ortaya çıkan psikiyatrik yakınmalar ve hastalıklar, bireyin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, afet sonrası yaşadığı can ve mal kayıpları ile deprem anında bulunduğu konuma bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (4). Deprem sonrasında hayatta kalan bireyler; evlerinin durumu, toplanma alanlarındaki belirsizlik, yakınlarını, işlerini veya evlerini kaybetme korkusu gibi etkenlerle psikolojik olarak zorlayıcı bir süreç yaşamaktadır. Literatürde yapılan araştırmalar, deprem mağdurlarında yaygın anksiyete bozukluğu, akut stres bozukluğu ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların görülme oranlarının arttığını ortaya koymaktadır (4).

Stresin, sadece bir algılama biçimi değil, aynı zamanda bireyin her türlü duruma uyum sağlamak amacıyla verdiği fiziksel ve psikolojik tepki olduğu ifade edilmektedir (2). Stresle başa çıkma, stresörlerin neden olduğu duygusal gerilimi azaltma, ortadan kaldırma veya bu gerilime dayanma amacıyla geliştirilen davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünüdür. Bireylerin stresle başa çıkma stratejileri,

kişisel özellikler ve yaşanan durumlara bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (2). Çaresizlik, batıl inançlar ve inkâr gibi sağlıksız baş etme stratejilerinin benimsenmesi, stresin şiddetini artırabileceği gibi bireyin davranışları üzerindeki olumsuz etkilerini de güçlendirebilir. Bu tür yaklaşımlar, gerçekçi çözümler geliştirilmesini engelleyerek stresin yönetilmesini zorlaştırmaktadır (2).

6 Şubat depremlerinde 448 sağlık çalışanı hayatını kaybetmiş, birçok sağlık çalışanı ise yaralanmıştır. Doktorlar da bu kayıplar arasında yer almakta olup, deprem bölgesinde çalışan ve afet sırasında doğrudan etkilenen sağlık profesyonelleri için bu durum derin psikolojik ve fiziksel etkiler yaratmıştır (5). Depremde olarak karşılaştıkları zorlukların yanı sıra, afetzedelere tıbbi bakım sağlama sürecinde maruz kaldıkları ağır koşullar, doktorları fiziksel ve psikolojik olarak derinden etkilemiştir.

Depreme maruz kalan sağlık çalışanlarında, deprem stresi ile baş etme stratejileri, anksiyete düzeyleri ve buna etki eden faktörler hakkında sınırlı sayıda çalışmalar mevcuttur (6-9).

Bu çalışmanın amacı; Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde çalışan ve depreme maruz kalan Asistan Hekimlerin anksiyete düzeyleri ve deprem stresi ile baş etme durumlarını belirlemektir. Bu çalışma ile doktorların yaşadığı depremden hangi boyutta etkilendiği, deprem sonrası ne düzeyde anksiyete yaşadıkları ortaya konulmaya çalışılacaktır. Bu büyük stresle başa çıkmada hangi yöntemleri daha fazla kullandıkları ve gelecekteki afet durumlarında nelere dikkat edilmesi gerektiği konusunda yol gösterici olması açısından, bu çalışmanın önemli bir katkı sunacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Afet

Afet, aniden meydana gelen ve doğal ya da insan kaynaklı olmasıyla bir toplum veya çevre üzerinde olumsuz etkiler yaratan olaylardır (10). Literatürde afet tanımına yönelik çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), afeti “ani şekilde gelişen, toplumun mevcut kaynaklarıyla başa çıkma kapasitesini aşan, normal işleyişi bozarak dış yardımı zorunlu kılacak ölçüde etkili bir olay” olarak tanımlamaktadır (11, 12). Afetlerle karşılaşma insanlık tarihinin başlangıcından itibaren süregelen bir olgudur. Tarih boyunca, dünyanın farklı bölgelerinde yaşanan afetlerle ilgili bilgiler en eski kayıtlarda yer almıştır. Yaşanan bu afetler binlerce insanın hayatına mal olmuştur.

Afet, çeşitli kurum ve kuruluşların eşgüdümlü bir şekilde müdahale etmesini zorunlu kılan; insan haklarını, fiziksel, ekonomik ve sosyal dengeleri sarsarak, günlük yaşamı ve faaliyetleri aksatan veya tamamen durduran doğal, teknolojik ya da insan kaynaklı olaylardır (13),(14). Doğanın olağan süreçleri içerisinde meydana gelen deprem, sel taşkın ve volkanik patlamalar gibi olaylar, “doğal tehlike” olarak adlandırılır; ancak bunların afet olarak kabul edilebilmesi, insan yaşamında can ve mal kayıplarına yol açmasıyla mümkün olur (14).

Afetin büyüklüğü, genellikle yol açtığı can kayıpları, yaralanmalar, fiziksel yıkımlar ve sosyal ile ekonomik zararlar üzerinden değerlendirilir. İnsan hayatı en temel ve önemli değer olarak kabul edildiğinden, afetin etkisi genellikle can kaybı ve yaralanmaların boyutuyla ölçülme eğilimindedir. Afet Bölgesi, afetin olumsuz etkilerinin ciddi boyutlara ulaştığı ve resmi olarak "Afet Bölgesi" ilan edilmesine gerek kalmaksızın kendiliğinden ortaya çıkan alanlardır (14, 15).

Afet, insan kaynaklı olaylardan (örneğin, terör saldırıları, nükleer sızıntılar) doğal afetlere (örneğin, deprem, tsunami, sel) kadar geniş bir kapsamı ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Yani afetler 2'ye ayrılır; insan kaynaklı afetler ve doğal afetler.

2.1.1. Doğal Afetler

Doğal afet, doğal çevrenin sosyoekonomik sistem üzerinde ani, hızlı veya derin etkiler bırakan süreçler bütünü olarak ele alınmaktadır. Doğal afetler, dakikalar ya da saatler içinde meydana gelen ani olaylar (örneğin, tsunami, deprem, kasırga) olabileceği gibi, günler, haftalar veya aylar boyunca sürebilen uzun vadeli etkiler yaratan süreçler (örneğin, sel, kuraklık, orman yangınları) şeklinde de gerçekleşebilir (16).

Afetlerin türleri ve önem sıralamaları, ülkelerin coğrafi, ekonomik ve toplumsal yapısına bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte, dünya genelinde 31 farklı doğal afet türü tanımlanmıştır. Bu türlerin 28'i meteorolojik kökenlidir. Doğal afetler, genellikle şu başlıklar altında sınıflandırılmaktadır (17):

- Jeofiziksel: Depremler, volkanik aktiviteler, kütle hareketleri.
- Meteorolojik: Yüksek sıcaklıklar, aşırı soğuklar, sis, fırtınalar.
- Hidrolik: Sel, heyelan, dalga hareketleri.
- Klimatolojik: Kuraklık, orman yangınları.
- Biyolojik: Salgın hastalıklar, böcek istilaları.

Bu sınıflandırma, afetlerin bilimsel bir perspektiften ele alınmasını ve etkilerinin sistematik bir şekilde analiz edilmesini mümkün kılmaktadır (11).

2.1.1.1. Doğal Afetler ve Sağlık Çalışanları

Sağlık çalışanlarının, afetlerin yol açtığı sağlık risklerini ve yaşamı tehdit eden hasarları en aza indirmek amacıyla, sahip oldukları bilgi ve becerileri sistematik ve esnek bir şekilde kullanmaları ve diğer uzmanlık alanlarıyla iş birliği içinde geniş kapsamlı müdahaleleri teşvik etmeleri gerekmektedir (18). Sağlık çalışanları, afet yönetiminin tüm aşamalarında kritik bir rol oynayan temel sağlık hizmeti sunucuları olarak görev yapmaktadır (19).

Sağlık çalışanları, toplumsal krizler ve afetler sırasında hayati bir rol üstlenmektedir. Bu nedenle, farklı afet türlerine etkin bir şekilde müdahale edebilmek için gerekli bilgi ve beceri donanımına sahip olmaları büyük önem taşımaktadır.

Ancak, sağlık çalışanları yalnızca acil müdahale sürecinde değil, afetlerin tüm aşamalarında çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (18).

2.1.1.2. Depremler

Deprem, yer kabuğundaki fay hatlarında biriken enerjinin aniden serbest kalması sonucu oluşan sismik dalgaların, yayıldıkları ortamları ve yeryüzünü sarsmasıyla meydana gelen jeofiziksel bir olaydır. Bu olay, dünyanın her bölgesinde geçerli olan evrensel ve değişmez bir fenomendir. Deprem, tamamen fiziksel ve mekanik süreçlere dayanan bir doğa olayıdır (20).

Türkiye, dünyanın en aktif  deprem kuşağından biri olan Alp-Himalaya (Akdeniz) kuşağı üzerinde bulunmaktadır (21). Bu kuşağın yüksek tektonik aktivitesi nedeniyle, çok sayıda fay hattına sahip olan Anadolu, tarih boyunca şiddetli ve yıkıcı depremlerle karşılaşmıştır (21). Deprem, günümüz teknolojiyle ne engellenebilen ne de kesin olarak tahmin edilebilen bir doğa olayıdır. Bu nedenle, depremin yol açabileceği can ve mal kayıplarını azaltmak için önleyici tedbirler almak en etkili yaklaşım olacaktır (2).

Deprem riski yüksek olan Türkiye gibi ülkelerde, deprem kaynaklı sorunlara karşı etkili bir şekilde hazırlık yapılması ve doğal afetlere ilişkin toplumsal farkındalığın artırılması kritik bir önceliktir (22). Deprem zararlarının azaltılmasında eğitim önem arz etmektedir. Bu bağlamda, afet eğitiminin bireylerin pratik becerilerini geliştirecek şekilde yapılandırılması ve aynı zamanda ruh sağlığını destekleyici unsurları içermesi, afetlere yönelik müdahale ve dayanıklılık kapasitesini artırmada önemli bir rol oynayacaktır (2).

2.1.1.2.1. 6 şubat Depremleri

6 şubat 2023'te Türkiye'de meydana gelen 7,8 ve 7,6 byklğindeki art arda depremler çok geniş bir alanda çok sayıda insanı etkiledi ve 50.000'den fazla ölümlle sonuçlandı (23, 24). 2022 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre, 6 şubat 2023 Kahramanmaraş depremlerinden etkilenen toplam nüfusun 14.013.196 kişi olduğu belirtilmektedir. Bu rakam, Türkiye

nüfusunun %16,4'üne denk gelmektedir. Ayrıca, deprem sonrası yaklaşık 3,5 milyon kişinin ülkenin farklı bölgelerine göç ettiği bildirilmiştir (25).

Bu ardışık depremler, Türkiye'nin birçok ilini etkileyerek geniş çaplı yıkıma ve büyük bir insani krize yol açan olağanüstü bir felaket olarak kaydedilmiştir (24). Saat 04.17'de Kahramanmaraş'ın Pazarcık ilçesinde meydana gelen deprem, Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz Bölgeleri'nde yer alan Kahramanmaraş, Gaziantep, Malatya, Diyarbakır, Kilis, Şanlıurfa, Adıyaman, Hatay, Osmaniye ve Adana illerinde büyük çaplı yıkıma ve can kayıplarına yol açmıştır. Artçı sarsıntıların devam ettiği süreçte, aynı gün saat 13.24'te Kahramanmaraş'ın Elbistan ilçesinde 7,6 büyüklüğünde ikinci bir deprem daha meydana gelmiş ve bölgedeki tahribatı daha da artırmıştır (3).

6 Şubat depremlerinden en ağır etkilenen illerin başında Hatay gelmektedir. Açıklanan verilere göre, toplam can kayıplarının yarısından fazlası Hatay sınırları içinde meydana gelmiştir, bu da depremin bölgedeki yıkıcı etkisini gözler önüne sermektedir (26).

6 Şubat depremleri gibi yüksek şiddetli depremler, merkez üssü ve çevresindeki yerleşim bölgelerinde yaşayan insanlar üzerinde ağır yıkımlara neden olarak, çok sayıda can kaybı, hayati tehlike oluşturan yaralanmalar ve ciddi fiziksel hasarlarla sonuçlanmaktadır (27). Türkiye'de meydana gelen bu depremler de benzer şekilde geniş çaplı yıkıma yol açarak ciddi yaralanmalara, can kayıplarına ve altyapıda büyük hasarlara neden olmuştur (28). Kahramanmaraş depremlerinde hayatını kaybeden, yaralanan ve deprem bölgesinden tahliye edilen kişi sayısı oldukça yüksek seviyelere ulaşmıştır. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)'nın 20 Mart 2023 tarihli açıklamasına göre, Kahramanmaraş depremlerinde hayatını kaybedenlerin sayısı 50.096, yaralı sayısı ise 115.000 olarak bildirilmiştir. Ayrıca, deprem bölgesinden tahliye edilen kişi sayısının 528.146 olduğu açıklanmıştır (29).

2.1.1.2.2. Depremin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Afetler ve ruh sağlığı yakından ilişkilidir ve afetler, etkilenen toplumların ruhsal durumunda ciddi olumsuz etkiler oluşturabilir (11). Afetlerden biri olan deprem gibi kitlesel travmalardan sonra ortaya çıkan ruhsal durumlar, etkilenen bireylerde

gözlemlenen duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkilerle karakterizedir. Psikolojik etkiler, özellikle çocuklar, ergenler, kadınlar, yaşlı bireyler, afet gönüllüleri ve geçmişte ruhsal travma ya da psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunan kişilerde daha belirgin ve yoğun bir şekilde ortaya çıkma eğilimindedir (30-33). Afetler tamamen önlenemese de etkili hazırlık, müdahale, rehabilitasyon, iyileşme ve yeniden entegrasyon stratejileri ile olumsuz sonuçları önlemek veya hafifletmek mümkündür. Bu bağlamda, afetlerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin anlaşılması, bireysel ve toplumsal düzeyde sürdürülebilir psikososyal destek ve müdahale yaklaşımlarının geliştirilmesi açısından kritik bir gerekliliktir (11).

Deprem gibi travmatik olaylar sonrasında ortaya çıkan tepkiler akut stres tepkileri olarak adlandırılmaktadır. Bu tepkiler arasında şaşkınlık, donakalma, şok hali, panik, korku, kaygı, en ufak seste irkilme, gün içinde sürekli deprem oluyormuş hissi, depremle ilgili kabuslar, uyku bozuklukları, ağlama isteği, huzursuzluk, iç sıkıntısı, odaklanma güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi birçok belirti sayılabilir (34, 35). Bu tepkiler, bireyin anormal bir duruma verdiği doğal yanıtlar olup, mağdurların böyle bir afetten sonra bu tür ruhsal belirtileri deneyimlemesi beklenen bir durumdur (35).

Depremin travmatik etkilerine karşı bireyin dayanıklılığı, çeşitli faktörlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Travma ve stresin bireyler üzerindeki etkisi, kişisel ve çevresel etkenlere göre farklılık arz eder. Depremin şiddeti ve süresi, bireyin böyle bir olaya karşı hazırlıklı olup olmadığı, kişilik özellikleri, başa çıkma mekanizmaları, yaşanan kayıpların birey açısından anlamı, geçmiş travmatik deneyimler, ruhsal travma ya da psikiyatrik bozukluk öyküsü ve sosyal destek düzeyi gibi değişkenler, travmaya verilen tepkileri önemli ölçüde şekillendirmektedir. Büyük çaplı depremlerden sonra pek çok birey yoğun stres ve travmaya maruz kalmakta, ruhsal ve bedensel etkiler yaşamaktadır. Ancak, bu durumların yalnızca bir kısmı psikiyatrik bozukluklara dönüşmektedir (30-34, 36).

Büyük depremler sonrasında toplum genelinde ciddi travmatik ve psikolojik etkiler ortaya çıkabilmektedir. Araştırmalar, doğal afetlerin hayatta kalan bireylerin bir kısmında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi duygusal rahatsızlıkların gelişmesine zemin hazırladığını göstermektedir. Büyük

depremler sonrasında yaşanan travma, depresyon, anksiyete ve deprem korkusu gibi çeşitli psikolojik faktörler, bireyler üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Türkiye’de 6 Şubat tarihinde meydana gelen depremler ve ardından devam eden artçı sarsıntılar, toplumda ciddi bir korku ortamı oluşturmuş ve insanları sürekli bir deprem beklentisi ve kaygısı içerisine sürüklemiştir (37).

Doğal bir afete tanık olmak, bireylerde derin duygusal etkiler yaratarak kaygı ve stres gibi tepkilere neden olabilir. Başlangıçta normal kabul edilen bu tepkiler, zamanla azalmadığı takdirde ciddi bir ruh sağlığı sorunu olarak ortaya çıkabilir (38, 39).

2.1.1.2.3. Bireylerin Depreme Yönelik Tutumları

Depreme yönelik tutum, bilişsel, sosyokültürel, ekonomik ve psikolojik olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Yapılan araştırmalarda, psikolojik ve bilişsel faktörlerin diğer faktörlere kıyasla daha belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, eğitim yoluyla bireylerde depreme karşı farkındalık oluşturmanın mümkün olduğu belirtilmektedir (40, 41).

Deprem sonrası bireylerde konfüzyon (zihin bulanıklığı), korku, keder, suçluluk ve öfke gibi güçlü zihinsel ve duygusal tepkiler gözlemlenebilir. Ayrıca, uyku ve odaklanma sorunları ortaya çıkabilir ve depremle ilgili olumsuz anılar sürekli olarak zihinde canlanabilir (42, 43).

Deprem sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında travmatik anıların tekrar tekrar hatırlanması, hissizlik, insanlara karşı ilgi kaybı, sosyal izolasyon, deprem anını hatırlatan uyaranlardan kaçınma ve uyku bozuklukları yoğun şekilde görülebilmektedir (43, 44).

2.1.1.2.4. Deprem Sonrası Psikolojik Destek

Deprem sonrası akut dönemde, bireylerin iyilik halinin sağlanabilmesi için öncelikle güvenlik, barınma ve sağlık gibi temel ihtiyaçların hızlıca belirlenerek karşılanması gerekmektedir. Ardından, gelecekte yaşanabilecek afet durumlarına karşı psikososyal hizmetlerin organize edilmesi, iyileşme sürecini desteklemek ve yardım sağlayan bireyleri güçlendirmek açısından büyük önem taşımaktadır.

WHO ve travma ile ilgili çalışmalar yapan birçok kurum, olağan dışı durumlar sonrasında ortaya çıkabilecek ruhsal belirtilerin erken dönemde psikososyal müdahale ile ele alınmasının önemini vurgulamaktadır. Bu süreçte, öncelikli olarak psikolojik ilk yardım, ardından orta vadede daha kapsamlı psikososyal destek çalışmaları, uzun vadede ise kişiye özgü tedavi ve psikoterapi yaklaşımları uygulanmaktadır (45).

Psikososyal müdahalede, ihtiyaç ve kaynakların belirlenmesi genelden özele doğru bir değerlendirme süreci gerektirir. Bu kapsamda, toplumun genel durumu analiz edilirken, eş zamanlı olarak psikolojik ilk yardım süreci de başlatılmalıdır (46).

Olay anı ve sonrasındaki ilk birkaç gün, travmatik görüntülerin en yoğun olduğu ve psikososyal desteğin sınırlı kalabildiği bir dönemdir. Bu süreçte, artçı sarsıntılar devam edebilir ve mağdurlar, yaralı ve ölüleri görme veya müdahalelere tanıklık etme gibi yeni travmatik deneyimlere maruz kalabilir. Travmanın etkisini azaltmak için yaralıların hızla tahliye edilmesi, tıbbi müdahalelerde birbirlerini görmemeleri sağlanmalı ve araçlarda az kişi bulunmasına özen gösterilmelidir. Mağdurların aileleriyle birlikte tutulması, psikolojik iyilik hallerinin korunmasına yardımcı olacaktır (30, 47, 48).

Deprem gibi travmatik olaylardan etkilenen birçok kişinin, kendi baş etme mekanizmalarıyla ilk ay içinde iyileşme göstermesi beklenir. İlk dönemde gözlemlenen belirtiler işlevselliği etkilemiyorsa, doğrudan tedaviye başlanmadan bireyin izlenmesi ve bir ay sonra kontrol görüşmesi yapılması önerilmektedir. Bu süreçte, psikolojik ilk yardım ilkeleri uygulanmalı, özellikle risk grubundaki bireyler daha kısa aralıklarla takip edilmelidir.

Öz bakım, düzenli beslenme ve uyku düzeninin korunmasının önemi vurgulanmalı, stresle başa çıkmak için alkol ve madde kullanımının iyileşme sürecini olumsuz etkileyebileceği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca, varsa madde kullanım öyküsü ve olası yoksunluk belirtileri değerlendirilmelidir.

Ölümlle ilgili düşünceler dile getiren bireylerde, intihar düşüncesi veya planı olup olmadığı açıkça sorgulanmalıdır. Klinik rehberler, erken dönemde stres belirtilerini yatıştırmak amacıyla ilaç kullanımını yalnızca belirli durumlarda

önermektedir. Eğer bireyde şiddetli belirtiler, bir aydan uzun süren travma sonrası stres belirtileri veya travmayla tetiklenen psikiyatrik bir bozukluk mevcutsa, bir psikiyatri uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir (30, 47-50).

2.2. Kaygı

Psikolojide bireyin yaşadığı ruhsal durumu ifade eden kaygı kavramı, ilk olarak Freud tarafından egonun bir işlevi olarak ele alınmıştır. Başlangıçta biyolojik bir olgu olarak değerlendirilen bu kavram, Freud'un çalışmalarıyla psikolojik literatüre dahil edilmiştir. Psikanaliz kuramının öncüsü olan Freud ve onu takip eden kuramcılar, kaygıyı yalnızca bireyin yaşadığı ruhsal bir durum olarak değil, daha derin ve geniş anlamlar içeren bir kavram olarak yorumlamış, böylece kavramın kapsamı ve teorik çerçevesi daha da genişletilmiştir (51).

Kaygı, genel anlamda, bireyin algıladığı bir tehlikenin yarattığı korkunun bir yansıması olarak ortaya çıkan tedirginlik veya rasyonel temele dayanmayan bir korku durumu şeklinde tanımlanabilir (51).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı, Metin Revizyonu (DSM-5)'na göre kaygı (Fransızca: anxiété; Almanca: Angst), gelecekte meydana gelebilecek bir tehdidin beklentisi olarak tanımlanır ve bireyin gerçek ya da algılanan yakın bir tehlide verdiği duygusal tepki olan korkudan (peur; Furcht) ayrılır. Ayrıca, DSM-5'te yer alan endişe (souci; Sorge) kavramı, kaygının bilişsel boyutuna atıfta bulunarak kavrama ek bir derinlik kazandırmaktadır (52).

Kaygı, hayatın normal bir parçasıdır ve herkes farklı konularla ilgili endişe yaşayabilir. Günlük yaşamda yetişmesi gereken işler, sınavlar, sağlık, para, çocuklar ya da aile sorunları pek çok kişide kaygıya yol açabilir. Aslında bir dereceye kadar kaygı duymak, günlük meselelerle başa çıkmada hazırlıklı olmayı ve olası bir tehlike halinde hızlı karar verip önlem almayı kolaylaştırır. Genellikle bu tür kaygı hafif düzeydedir ve kontrol edilebilir bir şekilde seyreder (53).

Kaygı, en çok korku kavramıyla benzerlik gösteren veya onunla karıştırılan bir duygudur. Ancak korku ve kaygı arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Korku, kaynağı net bir tehdit unsuruna dayanırken, kaygı, belirsiz veya soyut tehdit algılarıyla ilişkilidir (54).

Korku ve kaygı arasında temelde 3 fark bulunmaktadır. Birincisi, kaynağıdır; korkunun belirli bir nedeni varken, kaygının kaynağı belirsizdir. İkincisi, şiddetidir; korku, kaygıya kıyasla daha yoğun bir duygusal tepkiyle ortaya çıkar. Üçüncüsü ise süresidir; korku genellikle kısa süreli bir deneyimken, kaygı uzun vadeli bir süreç olarak devam edebilir (51, 55).

Kaygının ortaya çıkmasında etkili olan bazı temel faktörler bulunmaktadır. İlk olarak, bireyin alışık olduğu ortamın değişmesi ya da ortadan kalkması, belirsizlik hissini artırarak kaygıya yol açabilir. İkinci olarak, olumsuz bir olayın potansiyel sonuçlarına dair endişe, bireyde kaygıyı tetikleyebilir. Üçüncü olarak, kişinin inandığı değerler ile yaptığı davranışlar arasında bir çelişki yaşaması, içsel bir çatışma yaratarak kaygıyı artırabilir. Son olarak, gelecekte yaşanacak olayların belirsizliği ve öngörülememesi, bireyin kaygı düzeyinin yükselmesine neden olabilir (51, 55).

20. yüzyıldan itibaren kaygı, psikiyatrik sınıflandırmalarda bozukluk olarak da ele alınmaya başlanmıştır. Günlük yaşamda ortaya çıkan normal ve uyum sağlayıcı kaygı ile klinik müdahale gerektiren patolojik kaygı arasındaki ayrım, büyük ölçüde klinik değerlendirme ve uzman görüşüne bağlıdır (52).

Kaygı bozukluklarının tarihsel gelişiminin görece yeni olduğu sıkça dile getirilmiş ve kaygının, tıpkı şizofreni gibi, 19. yüzyıldan önce bağımsız bir hastalık olarak neredeyse hiç tanınmadığı öne sürülmüştür. Buna karşın, özellikle melankoli gibi duygudurum bozukluklarının kökenleri, klasik antik çağa kadar uzanmaktadır. Ancak, kaygının modern bir kavram olduğu iddiası tam olarak gerçeği yansıtmayabilir (52).

Greko-Romen filozofları ve hekimleri, kaygıyı belirgin bir olumsuz durum olarak ele almış ve onu ayrı bir bozukluk olarak tanımlamaya yönelik ifadeler kullanmıştır. Ayrıca, antik çağ felsefesi, günümüz bilişsel terapilerine benzer şekilde,

kaygının yönetimi ve tedavisine dair öneriler geliştirmiştir. Bu durum, anksiyetenin yalnızca modern psikiyatriyle tanımlanan bir fenomen olmadığını, tarih boyunca farklı disiplinlerde ele alındığını göstermektedir (52).

Kaygılı bir yaşam sürmenin temelinde, bireyin yaptığı eylemlerin ve sergilediği davranışların, kendi kişilik değerini doğrudan yansıttığına dair inanç yatmaktadır. Yani birey, benlik algısını ve kişilik değerini, gerçekleştirdiği eylemler üzerinden şekillendirdiğini düşünmektedir (56).

Günlük hayatta görülen normal, uyum sağlayıcı anksiyete ile tedavi gerektiren şiddetli anksiyete arasındaki ayrım ise klinik değerlendirmeyle belirlenir (52, 57).

Anksiyete yaşayan bireylerin bir kısmı klinik müdahale gerektirebilirken, bazıları için ise doğrudan bir müdahaleye ihtiyaç duyulmayabilir. Çoğu durumda, bireye güvence verilmesi, duygusal destek sağlanması, endişelerinin doğrudan ele alınması ve semptomlarının kontrol altına alınması, anksiyetenin yönetiminde yeterli olabilmektedir (58).

2.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

2.2.1.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanımı

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (GAD), en az altı ay boyunca süren, aşırı ve sürekli endişenin belirgin sıkıntı veya işlev kaybına yol açmasıyla karakterize edilir ve bu endişe genellikle kontrol edilmekte zorluk yaşanır. Bu bozukluğun diğer belirtileri arasında, endişe ve sinirlilik gibi psikolojik semptomların yanı sıra artan yorgunluk ve kas gerginliği gibi fiziksel (veya somatik) semptomlar da yer alır (59).

GAD tanısı konmuş bireylerde, sürekli, aşırı ve duruma uygun olmayan bir kaygı halinden söz edilir. Bu aşırı kaygı, günlük yaşamı belirgin ölçüde olumsuz etkiler ve normal işlevleri sürdürmeyi engelleyecek düzeye ulaşabilir. Sıklıkla en olumsuz sonucu öngörürler; denetim hissini yitirdiğine ve olumlu bir seçenek veya geri dönüş olanağı bulunmadığına inanırlar. GAD aşırı kaygı ve endişe çoğunlukla sağlık, aile, finansal durum veya iş ile ilgili konuları kapsar. Bu denetlenemeyen kaygı durumu, en az altı ay boyunca neredeyse her gün ortaya çıkar ve günün büyük bir

bölümünde devam eder (53). Anksiyete bozuklukları, genel nüfus içerisinde günümüzde en sık görülen ruhsal bozukluk kategorilerinden biridir (57, 60-63).

2.2.1.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı

En az altı ay boyunca hemen her gün ortaya çıkan ve somatik semptomların (kas gerginliği, sinirlilik, uyku bozukluğu) eşlik ettiği aşırı kaygı ve endişe durumu; bir maddenin (örneğin, ilaç veya kötüye kullanılan madde) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerinden kaynaklanmıyorsa ve sosyal, mesleki ya da diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak belirgin sıkıntı veya bozulmaya yol açıyorsa GAD tanısı konabilir. Ciddiyet veya süre bakımından bu eşiğin altında kalan ancak işlevselliği ciddi şekilde etkilenen hastalar için ek değerlendirmeler önerilmektedir (59).

WHO'nun Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırmasının 11. revizyonuna (ICD-11) göre, GAD tanısı için temel özellik; genelleştirilmiş veya aşırı endişeye ek olarak kas gerginliği, öznel sinirlilik deneyimi, konsantrasyonu sürdürmede güçlük, sinirlilik veya uyku bozukluğu gibi semptomların varlığıdır. Bu belirtilerin, son birkaç ay içinde çoğu gün ortaya çıkması beklenir (59).

2.2.1.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Epidemiyolojisi

GAD, hem genel popülasyonda hem de klinik uygulamalarda en sık karşılaşılan zihinsel bozukluklardan biridir ve sağlık hizmetlerinin artan kullanımına katkıda bulunduğu gösterilmiştir (64, 65).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ulusal düzeyde temsili örneklerle yürütülen epidemiyolojik araştırmalar, GAD'nin son bir yıldaki prevalansının yaklaşık %2,7 ile %3,1 yaşam boyu prevalansının ise %5,1 ile %11,9 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır. Avrupa'da yapılan epidemiyolojik çalışmaların derlemeleri, GAD'nin bir yıllık prevalansının %1,7 ile %3,4, yaşam boyu prevalansının ise %4,3 ile %5,9 olduğunu göstermiştir. Dünya genelindeki verilere göre ise ömür boyu ve 12 aylık görülme sıklığı sırasıyla %3,7 ve %1,8 olarak bildirilmektedir (59, 66-71).

Ayrıca GAD'nin kadınlarda görülme oranı, erkeklere kıyasla yaklaşık iki kat daha yüksektir (59, 64, 68).

2.2.1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Kliniği

GAD'lı bireyler; sağlık, iş, kişilerarası ilişkiler veya diğer yaşamsal konular hakkında aşırı düzeyde kaygı ya da endişe duyma eğilimindedirler. Bu endişeler çoğunlukla gerçekçi görünebilir ancak tipik olarak beklenen olay veya konuyla orantısız derecede yoğun ve sürekli. Bu durum, psikososyal işlevsellikte belirgin sıkıntı veya bozulma yaratır. Ayrıca, GAD'lı hastalar, örneğin ev işleri, araba tamiri veya bir randevuya geç kalma gibi önemsiz konularda bile sağlıklı kontrollere kıyasla çok daha fazla endişe bildirmektedir (72).

Buna ek olarak, huzursuzluk veya aşırı uyarılma, yorgunluk, sinirlilik, zayıf konsantrasyon, uyku bozukluğu ve kas gerginliği de gözlemlenen diğer tipik semptomlar arasındadır. Bu belirtiler genellikle kronik seyirli olup, sık sık tıbbi başvurulara rağmen tatmin edici bir şekilde açıklanamaz (59).

GAD, mesleki, sosyal ve ev içi işlevsellik de dahil olmak üzere birçok yaşam alanında belirgin psikososyal bozulmayla ilişkilendirilir (73). Öyle ki, bazı vakalarda bozukluk düzeyinin, majör depresyonu olan bireylerde gözlemlenenenden daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (59, 74, 75).

Anksiyeteli bireyleri değerlendirmenin temel amacı, kaygının GAD mı yoksa başka bir nedenden mi kaynaklandığını belirlemek ve söz konusu kaygının tedavi gerektirip gerektirmediğini saptamaktır. Bu hedeflere ulaşırken, öykü alma birincil değerlendirme yöntemi olarak kullanılır (59).

İlk değerlendirme sürecinde, GAD şüphesini artırmak veya azaltmak amacıyla semptomların sıklığını, niteliğini ve şiddetini aşağıdaki sorular yoluyla ele alırız. Ek olarak, GAD-7 gibi bir değerlendirme ölçeği kullanmak, semptomların şiddetini ölçmek konusunda yararlı olabilir:

- Kaygı, hemen her gün veya rutin koşullar/olaylarla ilgili mi (örneğin, iş sorumlulukları, kişinin kendisi veya aile bireylerinin sağlığı, maddi durum, çeşitli aksilikler ya da ev işleri gibi ufak tefek konular)?
- Kaygıyı kontrol etmekte güçlük yaşıyor mu?
- Huzursuzluk, konsantrasyon sorunları, sinirlilik, gerginlik ya da yorgunluk gibi ilişik semptomlar mevcut mu?
- Bu semptomlar altı aydan daha uzun bir süredir mi devam ediyor?
- Belirtiler haftanın çoğu gününde mi görülüyor?
- Kaygı, bireyde belirgin bir sıkıntıya yol açıyor mu veya sosyal, mesleki ya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden oluyor mu?

Yukarıdaki soruların tümüne “evet” yanıtı veren bireylerde, GAD tanısını daha güçlü bir şekilde göz önünde bulundururuz. Benzer ya da örtüşen sendromlar ile olası eş tanıları (komorbid durumları) dışlamak için de ayrıca değerlendirme yaparız (59).

Bu sorulardan herhangi birine “hayır” yanıtı veren bireyler, büyük olasılıkla Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı, Metin Revizyonundaki (DSM-5-TR) GAD kriterlerini karşılamamaktadır (76).

Hastaya fiziksel sağlık durumlarına (örneğin, tiroit hastalığı veya astım) ve bunların olası etkilerine dair sorular yöneltiliyoruz. Ayrıca, kaygıyı tetikleyebilecek veya şiddetlendirebilecek reçeteli ilaçların (örneğin, steroidler, bronkodilatörler) kullanımını gözden geçiriyoruz. Bunlara ek olarak, alkol ve diğer maddelerin kullanımını veya bu maddeleri yakın zamanda bırakma durumları hakkında da bilgi topluyoruz (59).

Fiziksel bir kaygı nedeni olabileceğinden şüphe duyduğumuz hastalarda (örneğin kilo kaybı, bilişsel bozukluk, nefes darlığı yaşayanlar) ve daha ileri yaşta (50 yaş üzeri) sonradan gelişen yaygın anksiyete vakalarında, alta yatan tıbbi bozuklukları dışlamak amacıyla kapsamlı bir fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri yapıyoruz. Genellikle tam kan sayımı, biyokimya paneli, tiroit fonksiyon testleri, idrar tahlili, elektrokardiyogram (özellikle 40 yaş üzeri, göğüs ağrısı veya çarpıntı şikâyeti olan hastalarda) ve idrar toksikoloji testi istiyoruz. Alta yatan şüpheli bir tıbbi duruma

işaret eden vakaları ise ayrıntılı değerlendirme için uygun uzmana yönlendiriyoruz (59).

2.2.1.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tedavisi

GAD, tedavi edilebilir bir hastalıktır. İlk adım olarak bir psikiyatri uzmanına başvurmak gerekir. Bu ilk değerlendirme sırasında kapsamlı bir psikiyatrik inceleme yapılacak ve belirtilerin herhangi bir fiziksel hastalıktan kaynaklanıp kaynaklanmadığını anlamak için gerekli tetkikler uygulanacaktır (53).

Anksiyete yönetiminde temel yaklaşımlar, anksiyolitik etkileri olan ilaçlar ve bilişsel-davranışçı terapi (BDT) biçimindedir. Tedavi gerektiren GAD vakalarında, tedavi seçimi bireyselleştirilir ve hasta ile hekim arasındaki ortak karara dayanır. Bazı hastalar bir tedaviyi diğerine kıyasla güçlü şekilde tercih edebilir; örneğin, ilaç yan etkilerinden endişe duyanlar öncelikle BDT'yi denemek isteyebilirken, kullanılabilirlik veya zaman taahhüdü konusunda endişeli olanlar ilaç tedavisini seçebilir (77, 78).

2.2.2. Asistan Doktorlar ve Anksiyete

Hekimlik mesleği, saygınlığının yanı sıra hem fiziksel hem de zihinsel bakımdan oldukça yıpratıcıdır. Uzman hekim unvanı kazanmak için ise asistanlık sürecinden geçmek gerekir. “Asistan hekim” ya da diğer adıyla “araştırma görevlisi doktor”, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne göre, tıp fakültesi mezunu olup tıp ya da diş hekimliği uzmanlık alanlarından birinde uzmanlaşmak amacıyla eğitim, araştırma ve uygulama faaliyetlerinde bulunmak üzere görevlendirilen doktorları ifade eder (79).

Toplum genelinde olduğu gibi sağlık çalışanları arasında da depresyon ve anksiyete, en yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır.

Sağlık sektörü hem fiziksel hem de zihinsel bakımdan son derece zorlu bir çalışma ortamıdır. Sağlık çalışanları; artan iş yükü, bazı durumlarda yaşamı tehdit edici görev ve sorumluluklar üstlenme, uykusuzluk, malpraktis endişesi, çalışma ortamında hastalık bulaşma riskleri, hız gerektiren zaman baskısı ve olumsuz iş

ilişkileri gibi pek çok nedenle olumsuz yönde etkilenmektedir (80). Bu nedenle uzun süreli yoğun stres altında kalan sağlık çalışanlarında koruyucu savunma mekanizmaları zayıflayarak patolojik düzeyde anksiyete, yüksek stres düzeyi, alkol kullanımı ve bağımlılığı ile depresyon gibi sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bu olumsuz durumun seyri, hem sağlık çalışanlarının genel sağlığını hem de sunulan hasta bakım hizmetlerinin niteliğini olumsuz etkileyebilmektedir (81, 82).

Ülkemizde uzmanlık eğitimi, geleneksel usta-çırak ilişkisine dayalı olup, geçmişten gelen hiyerarşik yapı büyük ölçüde korunarak devam etmektedir. Bu düzen içinde, hiyerarşik basamakların en altında yer alan araştırma görevlisi doktorlar; sağlıksız fiziksel çalışma koşulları, daha uzun ve yorucu çalışma saatleri, kesintisiz nöbetler, işyerinde zorbalık (mobbing), nöbet sonrası izin haklarının kullandırılmaması ve daha düşük ücretler gibi faktörler nedeniyle, diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek düzeyde stres altında kalmaktadır (83).

Bir araştırmada, hekimlerde anksiyete görülme sıklığının %29, depresyon görülme sıklığının ise %27 olduğu tespit edilmiştir (84).

Khuwaja ve ark.'nın çalışmasında, hekimlerde anksiyete ve depresyon oranlarının genel nüfusa kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (85). Demiral ve ark.'nın üniversite hastanesinde çalışan hekimler üzerinde yaptıkları araştırmada ise, depresyon sıklığının %27,4 ve anksiyete sıklığının %19,0 olduğu saptanmıştır (86).

2.2.3. Deprem ve Anksiyete

Deprem, yalnızca meydana geldiği bölgedeki yapıların yıkımıyla sınırlı kalmayan, insan yaşamını çeşitli yönlerden derinden etkileyen bir doğal afettir. Binaların yıkılması, can kaybı, ekonomik zararlar ve diğer maddi kayıplara yol açarken, bu kayıplar bireylerde ciddi psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir (87, 88).

Büyük yıkımlara yol açan depremler gibi doğal afetler sonrasında, anksiyete bozuklukları, TSSB ve majör depresif bozukluk gibi psikiyatrik rahatsızlıkların görülme sıklığının arttığı bilinmektedir (89, 90).

Türkiye’de 6 Şubat’ta meydana gelen deprem ve ardından yaşanan artçı sarsıntılar, toplumda yaygın bir korkuya yol açarak bireyleri sürekli bir deprem beklentisi ve kaygısı içine sürüklemiştir.

Türkiye’de büyük depremleri deneyimleyen bireyler başta olmak üzere, toplum genelinde yıkıcı bir depremin tekrar yaşanacağına dair kaygılar yaygınlaşmıştır. Bu kaygının temel nedenlerinden biri, bireylerin depreme karşı kendilerini çaresiz hissetmeleridir. Deprem sonrası sevdiklerini, manevi ve maddi değerlerini kaybeden kişiler, benzer bir durumu tekrar yaşamamak için yoğun bir endişe içine girmektedir. Bu süreç, zamanla bireylerde çeşitli psikolojik sorunların ortaya çıkmasına ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmasına neden olabilmektedir. Depremden sonra bireylerde anksiyeteye rastlanabilir (37, 91).

Deprem sonrası ortaya çıkan anksiyete, bireyin depremin tekrar meydana gelmesine yönelik hissettiği yoğun kaygı ve endişe durumudur. Depremin yıkıcı etkilerine maruz kalmak, çeşitli psikolojik bozukluklara yol açabilse de bu bozuklukların yönetilmesinde psikolojik esneklik önemli bir koruyucu faktör olarak değerlendirilmektedir (92-95). Psikolojik esneklik, bireylerin geçmiş olumsuz deneyimlerin etkisinden kurtularak mevcut ana odaklanmasını sağlayan bir yetidir. Psikolojik esnekliği yüksek bireyler, yaşamlarında belirli değerlere sahip olup, bu değerler doğrultusunda hareket ederek travma ve stresle daha sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmektedir (37, 92-95).

Kaygı veya anksiyete, bireyin tehdit veya tehlike olarak algıladığı durumlar karşısında ortaya çıkan ve fiziksel, duygusal ve davranışsal belirtilerle kendini gösteren bir huzursuzluk ve endişe durumudur. Bu kaygı hali, tehdit veya tehlike algısının ortadan kalkmasıyla azalabileceği gibi, kronik bir duruma da dönüşebilir. Depremler, bireylerde doğrudan bir tehdit ve tehlike algısı yarattığından, afet sonrası kaygı düzeyinde artış gözlemlenmesi yaygın bir durumdur (96, 97).

Deprem sonrası ortaya çıkabilecek kaygılardan biri de ölüm kaygısıdır. Ölüm kaygısı, bireyin doğuştan sahip olduğu ve yaşam boyu devam eden, varlığının son bulacağı, kendisini ve çevresini kaybedebileceği ve yok olabileceği düşüncesiyle gelişen bir farkındalık durumudur. Bu duygu, özellikle travmatik olaylar sonrasında daha belirgin hale gelerek bireyin psikolojik iyi oluşunu olumsuz yönde etkileyebilir (97, 98).

2.3. Stres

Stres, bireyin çevresine karşı verdiği zihinsel ve bedensel tepkiler olarak tanımlanır ve yaşamın doğal bir parçasıdır. Bir kişi, belirli bir zorluk veya taleple karşılaştığında stres hissedebilir. Stres, kısa vadeli (akut) stres veya uzun vadeli (kronik) stres olarak iki temel gruba ayrılmaktadır:

Kısa vadeli stres (Akut stres): Kısa süreli olup, belirli bir olaydan sonra hızla kaybolur. Bireyin hızlı tepki vermesine yardımcı olabilir ve olay sona erdikten sonra vücut normale döner. Bu tür stres, bireye geçici enerji sağlayarak tehlikeli veya zorlu durumlara başa çıkmasına yardımcı olabilir. Hatta bazı durumlarda, heyecan verici veya motive edici bir faktör olarak kabul edilebilir. Yeni bir işe başlamak ya da ilk kez bir etkinliğe katılmak gibi olumlu deneyimler bile kısa vadeli strese neden olabilir. Bu durum bazen "iyi stres" olarak adlandırılmaktadır.

Uzun vadeli stres (Kronik stres): Haftalarca ya da aylarca sürebilen ve bireyin günlük yaşamının bir parçası haline gelen bir stres türüdür. Kimi zaman fark edilmeden devam edebilirken, bazen uzun vadeli strese yol açabilir. Bu tür stresin travmatik olaylar veya büyük yaşam değişiklikleri fiziksel ve duygusal sağlık sorunlarına neden olma riski daha yüksektir.

Ciddi düzeyde ve uzun süreli stres, bireyde TSSB gibi psikiyatrik rahatsızlıkların gelişmesine neden olabilir (99). Stres kavramı, köken olarak Latince "estrica", Eski Fransızcada ise "estrece" kelimelerinden türemiştir. 17. yüzyılda bu terim felaket, bela ve musibet anlamlarında kullanılırken, 19.

yüzyılda kavramın anlamı genişleyerek, bireyin veya nesnelerin zorlayıcı koşullar karşısında gösterdiği direnç olarak tanımlanmaya başlanmıştır (100).

Stres, aynı zamanda bireyin bütünlüğünü koruma ve olağan durumuna geri dönme çabası olarak da ifade edilmektedir. Fiziksel ve psikolojik açıdan zorlayıcı tehditler karşısında yeni bir uyum sağlama süreci olarak tanımlanan stres, insan yaşamının doğal bir parçasıdır. Birey, maddi ve manevi olarak karşılaştığı zorluklara karşı stres tepkisi geliştirerek, uyum mekanizmalarını devreye sokar ve bu süreci yönetmeye çalışır (101).

Stres yaratan ortamlar çeşitli ve sayısızdır. Stres, bireyin bedensel ve ruhsal zorlanmalar sonucunda yaşadığı fizyolojik ve psikolojik tepkilerin bütünüdür. Uzun süreli veya yoğun stres, zamanla bir hastalık haline dönüşebilir.

Hans Selye, stresin kaynağı olan fiziksel, kimyasal ve ruhsal zararlı uyarınları "stresörler" olarak tanımlamıştır. Dış stresörler, duyu organları aracılığıyla beyin kabuğuna (korteks) ulaşarak limbik sistem, talamus, hipotalamus, hipofiz bezi, otonom sinir sistemi ve böbreküstü bezleri gibi sistemleri etkileyerek vücudun fizyolojik dengesini değiştirebilir. Bu sürecin sonunda çeşitli organ sistemlerinde fizyolojik ve psikolojik etkilenmeler meydana gelir.

Bu karmaşık biyolojik ve psikolojik süreç, stres tepkisi olarak adlandırılmaktadır. Psikolojik ve psikososyal faktörler, bireyin iç dünyasına, algılama biçimine ve sahip olduğu değerler sistemine bağlı olarak farklı düzeylerde etki gösterebilir ve stresin birey üzerindeki şiddetini belirleyebilir (102).

Beyin, bir durumu tehlike olarak algıladığında stres reaksiyonu devreye girer. Bu süreçte, beyindeki bazı subkortikal bölgeler aktif hale gelir ve organizma, tehdit algısına karşı fizyolojik dengeyi korumaya çalışır.

Stres yanıtında ilk harekete geçen yapı hipotalamustur. Hipotalamus, hızla hormon salgılayarak vücudun strese karşı uyum sağlamasına yardımcı olur. Bu süreçte en önemli hormonlar arasında kortizol ve beta-endorfinler bulunmaktadır.

Kortizol, organizmanın stresle başa çıkmasını sağlamak amacıyla metabolizmayı düzenler, enerji seviyelerini artırır ve bağışıklık sisteminin aktivitesini etkileyebilir (102).

Beta-endorfinler, ağrıyı azaltıcı etkisi olan nöropeptitlerdir ve stres anında bireyin dayanıklılığını artırarak psikolojik ve fizyolojik dengeyi sağlamaya yardımcı olur. Bu hormonların salgılanması, stres yanıtının fizyolojik ve nöroendokrin mekanizmalar aracılığıyla düzenlenmesini sağlayarak bireyin çevresel tehditlere karşı uyum sağlamasına yardımcı olur (102).

Stres yanıtında devreye giren ikinci sistem, sempatik sinir sistemi aracılığıyla böbreküstü bezinin (adrenal medulla) epinefrin (adrenalin) ve norepinefrin (noradrenalin) salgılamasıdır. Bu sistem, kısa süreli ve akut stres durumlarında organizmanın hayatta kalma mekanizmasını destekleyerek, vücudun hızlı tepki vermesini sağlar. Geçici stres durumlarında, bu sistemin aktivasyonu dokuları koruyucu ve destekleyici bir işlev görür.

Ancak, stresin kronikleşmesi ve sık tekrarlanması, hormonal dengenin bozulmasına ve salgılama döngüsünün uzamasına neden olur. Uzun süreli stresin etkisiyle bağışıklık sistemi baskılanır (immün supresyon), vücut enfeksiyonlara karşı daha duyarlı hale gelir ve organ fonksiyonları olumsuz etkilenir. Bunun sonucunda, hipertansiyon, peptik ülser ve diğer organ disfonksiyonları gibi stresle ilişkili hastalıklar gelişebilir (102).

Stres, bireyler üzerinde farklı şekillerde etkiler gösterir ve herkes aynı belirtileri yaşamayabilir. Stresin belirtileri genellikle fiziksel ve duygusal olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır:

Fiziksel Belirtiler: Baş ağrısı, sırt, çene veya diğer vücut ağrıları, kas gerginliği, hızlı kalp atışı veya düzensiz nefes alma, yüksek tansiyon, mide bulantısı, ishal veya sindirim sorunları, uyku problemleri (uykusuzluk veya aşırı uyuma), aşırı terleme, cinsel işlev bozuklukları veya libido kaybı.

Duygusal Belirtiler: Huzursuzluk ve sürekli gerginlik hissi, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, depresif hissetme, mutsuzluk veya umutsuzluk, kolay sinirlenme veya çabuk öfkelenme, bunalmış ve tükenmiş hissetme, ani ruh hali değişimleri.

Stresin şiddeti ve etkileri bireyden bireye farklılık gösterebilir. Uzun süreli ve yoğun stres, bireyin fiziksel sağlığını ve psikolojik dengesini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, stresin belirtilerini fark etmek ve etkili başa çıkma stratejileri geliştirmek önemlidir (99).

2.3.1. Sağlık Çalışanlarında Stres

İş hayatı, stresin en önemli kaynaklarından biri olarak kabul edilmekte olup, sağlık çalışanlarında da işe bağlı stresin yaygın olarak görülebildiği vurgulanmaktadır (103-105). Sağlık çalışanlarının iş ortamında karşılaştığı çeşitli faktörler, stres düzeylerini artıran önemli etkenler arasında yer almaktadır.

Bu faktörler arasında; hastalar tarafından maruz kalınan sözlü ve fiziksel istismar, meslektaş zorbalığı, hizmet sunumu nedeniyle dava edilme riski, yetersiz kaynaklarla çalışmak, ziyaret saatlerinde saldırıya uğrama korkusu, yönetici veya üst düzey destek eksikliği, farklı meslek gruplarıyla yaşanan rol çatışmaları, ağır iş yükü, düşük iş kontrolü, hastaların beklentilerini karşılamada yaşanan zorluklar, olumsuz duygusal tepkileri bastırma zorunluluğu, vardiyalı çalışma sistemi ve artan idari iş yükü gibi unsurlar yer almaktadır (106-110).

Bununla birlikte, kronik stres belirtileri açısından en yüksek risk grubunu ruh sağlığı uzmanları, yoğun bakım servisi çalışanları ve acil servis personeli oluşturmaktadır (111, 112).

Sağlık sektöründe stresin daima ön planda olduğu ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık çalışanlarının stres düzeylerinde artış görüldüğü belirtilmektedir (113, 114). Çeşitli meslek gruplarıyla kıyaslandığında,

sağlık çalışanlarının depresyon, stres ve bunlara bağlı sağlık sorunlarını daha sık yaşadığı rapor edilmiştir (111, 112, 115-117).

2.3.2. Stres ile Baş Etme Yolları

Stresle başa çıkma yöntemleri bireysel yöntemler ve örgütsel yöntemler olmak üzere iki temel gruba ayrılmaktadır.

Bireysel Yöntemler: Bireyler, stresle dört farklı şekilde başa çıkabilir (118, 119):

1. Bedenle başa çıkma yolları: Gevşeme teknikleri, egzersizler ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları bu gruba dahildir.
2. Zihinsel başa çıkma yolları: Stres yaratan faktörlerden uzak durma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm tekniklerini içerir.
3. Davranışla başa çıkma yolları: En etkili yöntemlerden biri, bireyin stresle mücadelede “A tipi” davranış özelliklerini değiştirmesidir.
4. İnançla başa çıkma yolları: Manevi gelişim, etik değerlere bağlı yaşam ve içsel huzurun sağlanması stresin yönetilmesine yardımcı olabilir.

Bireysel stres yönetiminde bir diğer etkili yaklaşım Değiştir-Kabul Et-Boşver-Yaşam Tarzını Yönet (DKBY) Modelidir. Bu model, dört temel aşamayı içermektedir (119, 120):

1. Değiştir: Bir işe başlamadan önce iyice düşünmeyi, gerektiğinde “hayır” demeyi, olumsuz durumları değiştirmeyi ve bu sayede stresin kaynağını ortadan kaldırmayı içerir.
2. Kabul Et: Kontrol edilemeyen koşulları öfkeye kapılmadan kabul etmeyi ve pozitif bakış açısını korumayı hedefler.
3. Boşver: İşleri biriktirmemeyi, acelecilikten, rekabet ve düşmanlık duygularından kaçınmayı içerir.

4. Yaşam Tarzını Yönet: Stres kaynaklarını en aza indirmek amacıyla düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme ve rahatlama tekniklerini içeren bir yaşam tarzı benimsemeyi kapsar.

Örgütsel Yöntemler: İş yaşamında ortaya çıkan stresle başa çıkma stratejileri, çalışanların iş kaynaklı stresini azaltmaya yönelik örgütsel düzeyde alınan önlemler ve yönetsel düzenlemeleri kapsar. Bu stratejiler, çalışma koşullarını iyileştirme, iş yükünü dengeleme ve çalışanların psikososyal sağlığını destekleme gibi önlemler içerebilir. Örgütsel stres yönetimi, işyerinde stres faktörlerini kontrol altına alarak, çalışanların motivasyonunu ve verimliliğini artırmayı hedefler (119).

2.3.2.1. Deprem Stresi ile Baş Etme Yolları

Yapılan araştırmalar, bireyin deprem travmasıyla psikolojik olarak ne ölçüde etkileneceğinin, kullandığı baş etme yöntemlerine bağlı olarak değişebileceğini ortaya koymuştur (121).

Depremden etkilenen bireyler, yaşadıkları deneyimleri konuşmaya ve yakınlarıyla paylaşmaya teşvik edilmelidir, ancak bu konuda zorlanmamalıdır. Mağdurlar, olayı yeniden hatırlamak ve olumsuz duyguları tekrar yaşamak istemedikleri için depremle ilgili konuşmaktan kaçınabilirler (30).

Depremden etkilenen bireylerin, günlük yaşam problemleriyle başa çıkarken kullandıkları yöntemler, bu süreçte de rahatlamalarına katkı sağlayabilir. Örneğin; bir işle meşgul olmak, başkalarına yardım etmek, aile ilişkilerini güçlendirmek, yürüyüş veya egzersiz yapmak, doğada vakit geçirmek, sorunları üzerine düşünmek ve paylaşmak, kendine olumlu telkinlerde bulunmak gibi basit ama etkili baş etme stratejileri işlevsel olabilir (30).

Buna karşın, sigara ya da alkol kullanımı, yaşanan ortamdan izole olma gibi olumsuz baş etme yöntemleri de tercih edilebilmektedir. Bu nedenle, işlevsel baş etme yolları desteklenmeli, sağlıksız alışkanlıkların değiştirilmesi için gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Ayrıca, stres belirtilerini azaltmak amacıyla sağlıklı

beslenme, düzenli uyku ve egzersizin olumlu etkileri konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (30, 122).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul İzni

Araştırma için Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03.09.2024 tarih ve 04 numaralı karar ile etik onayı alınmıştır (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu çalışmanın amacı; Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde çalışan ve depreme maruz kalan asistan hekimlerin anksiyete düzeyleri ve deprem stresi ile baş etme durumlarını belirlemektir. Araştırmamız tanımlayıcı kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.
2. HMKÜ Hastanesinde asistan doktor olarak çalışıyor olmak.
3. 6 Şubat 2023 tarihinde, deprem bölgesi olarak ilan edilen on bir ilden birinde depreme maruz kalmak.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hatay ilindeki Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde çalışan asistan doktorlar araştırma evrenimizi oluşturmaktadır. Bu bağlamda, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde çalışan tüm asistan doktorlar gönüllülük esasına göre çalışmaya davet edilmiştir. Örneklem büyüklüğü çevrim içi örneklem hesaplayıcılar (Medhesap) kullanılarak hesaplanmıştır. Evren büyüklüğü: 293. (6 Şubat tarihinde Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde çalışan asistan doktor sayısı) Beklenen prevalans: %50. (bilinmediği için maksimum varyans kabulüyle) Güven düzeyi: %95, Hata payı: %5, DEFF: 1 (basit rastgele örneklem varsayımı ile)

alınmıştır. Örneklem büyüklüğümüz 166 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya, %10 ankete katılma veya eksik doldurma göz önüne alındığında en az 182 kişi alınması planlanmıştır.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Mevcut literatür doğrultusunda tarafımızca 27 sorudan oluşan bir anket oluşturulmuştur. Daha sonra iki ölçek uygulanmıştır. İlk bölümde katılımcılara 27 adet sosyodemografik bilgi soruları, ikinci bölümünde 21 soruluk Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), üçüncü bölümde ise 16 soruluk Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği (DSBÖ) uygulanmıştır. Bu anket ve ölçekler çalışmamıza katılmayı kabul eden 182 depremzede asistan hekime web ortamı üzerinden uygulanmıştır. Dijital ortamda anket formunun link paylaşımı yapılmıştır.

3.4.1. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilen bu ölçek, bireylerin yaşadıkları anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmeye yönelik bir kendini değerlendirme aracıdır (123). Toplam 21 maddeden oluşan ölçek, Likert tipi olup, her madde 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Elde edilen toplam puan ne kadar yüksekse, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddeti de o denli artmaktadır. Puanların değerlendirilmesi şu şekildedir:

- 0–7 puan: Minimal düzeyde anksiyete ya da normal durum
- 8–15 puan: Hafif düzeyde anksiyete
- 16–25 puan: Orta düzeyde anksiyete
- 26–63 puan: Şiddetli anksiyete

Bu derecelendirme, bireyin mevcut anksiyete durumunun düzeyini nesnel bir şekilde ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Türkiye’de, BAÖ’nün geçerlik ve güvenilirliği, Meral Gümüş Avcı (1995) tarafından yapılmıştır. Yapılan bu çalışma, ölçeğin Türk toplumunda da kullanılabilir nitelikte olduğunu ve anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesinde

güvenilir bir araç olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle, ölçek Türkiye'deki klinik uygulamalarda ve bilimsel araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (124). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, BAÖ'nün bilimsel araştırmalarda anksiyete düzeyini belirlemede etkili bir araç ve klinik uygulamalarda hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirmede kullanılabilir ve geçerli bir ölçek olduğu düşünülmektedir (125).

3.4.2. Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği (DSBÖ)

DSBÖ, toplam 16 sorudan oluşmakta olup, Yöndem ve Altay (2008) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, bireylerin deprem sonrasında kullandıkları başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır ve üç alt boyuttan oluşmaktadır (126):

- Dini Baş Etme: 2-8-9-10-11/5 Madde/ En yüksek puan 20- En Düşük puan 5
- Olumlu Yeniden Değerlendirme: 5-12-13-14-15-16/6 Madde/ En yüksek puan 24- En düşük puan 6
- Sosyal Destek Arama: 1-3-4-6-7 / Toplam 5 Madde (Not 3. ve 7. Madde ters puanlanacak) / En Yüksek puan 20- En düşük puan 5

DSBÖ, 4'lü likert tipi bir ölçektir (1 = Hiçbir zaman, 4 = Her zaman) ve toplam puanı 16 ile 64 arasında değişmektedir. Ölçeğin Sosyal Destek Arama alt boyutunda yer alan 14. madde (Duygularımı kendime saklamaya çalışırım) ve 15. madde (Korkularım ve kaygularım hakkında konuşmamayı tercih ederim) ters puanlanmaktadır. Bu maddeler bireyin sosyal destek aramadığını ifade ettiğinden ters yönde puanlanır. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır: Dini Başa Çıkma, Olumlu Yeniden Değerlendirme ve Sosyal Destek Arama. Bu alt boyutlardan elde edilen puanlar, bireyin ilgili baş etme stratejisini ne sıklıkta kullandığını göstermektedir. Alınan puanların yüksek olması, bireyin o baş etme yöntemini daha fazla kullandığını; düşük olması ise daha az tercih ettiğini gösterir (126). Sosyal destek arama, depremzedenin aile, komşu, arkadaş ya da tanıdıklarıyla kurduğu sosyal etkileşimi ifade ederken; dini başa çıkma, bireyin dini inançlarını temel alarak yaşadığı stres, acı ya da zorluklarla mücadele etme biçimini yansıtır (126),(127). Olumlu yeniden

değerlendirme ise, olumsuz yaşam olaylarını daha geniş bir perspektiften değerlendirerek, bu olayların olumlu yönlerini fark etmeyi ve iyimser bir bakış açısı geliştirmeyi içerir.

DSBÖ'nün güvenilirlik çalışmasında, Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Sonuçlara göre, Dini Baş Etme için $\alpha=.85$, Olumlu Yeniden Değerlendirme için $\alpha=.69$ ve Sosyal Destek Arama için $\alpha=.74$ olarak bulunmuştur (126).

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada toplanan veriler, SPSS 22 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerden sayı (n), yüzde (%), medyan (Median) 1. Çeyreklik (%25 quartile-Q1) ve üçüncü çeyreklik (%75 quartile-Q3) kullanılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sayısal verilerin ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılmayan özellikler için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Yanıtı ikiden fazla seçenekli sorularda post hoc ikili gruplar arası Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Düzeltilmiş p hesaplanarak altında kalanlar anlamlı kabul edilmiştir.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişki Pearson ki kare ve Fisher Exact testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arasında ilişki Spearman korelasyon katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

6 Şubat depremi sonrası en çok etkilenen iller arasında yer alan Hatay ilindeki Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde görev yapan ve çalışmamıza dahil edilen asistan doktorların sosyodemografik verileri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Yaş	30 yaş ve altı	112	61,5
	30 yaş üzeri	70	38,5
Cinsiyet	Erkek	84	46,2
	Kadın	98	53,8
Medeni Durum	Evli	94	51,6
	Bekar	88	48,4
Çocuğunuz var mı?	Evet	49	26,9
	Hayır	133	73,1
Ailenin ilk çocuğu musunuz?	Evet	63	34,6
	Hayır	119	65,4
Meslekte çalışma yılınız?	5 yıldan az	114	62,6
	5 yıldan fazla	68	37,4
Çalışılan Birim	Dahili	141	77,5
	Temel	11	6,0
	Cerrahi	30	16,5
Fiziksel kronik bir rahatsızlığınız var mı?	Evet	19	10,4
	Hayır	163	89,6
Ruhsal kronik bir hastalığınız var mı?	Evet	12	6,6
	Hayır	170	93,4
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	41	22,5
	Hayır	141	77,5
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	62	34,1
	Hayır	120	65,9

n: örneklem sayısı %: yüzde

Bu bulgular, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, ailenin ilk çocuğu olma durumu, meslekte çalışma yılı, çalışılan birim, fiziksel kronik bir rahatsızlık olup olmaması, ruhsal kronik bir rahatsızlık olup olmaması, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumunu yansıtmaktadır. Çalışmaya katılan 182 depremzede asistan doktorun %46,2’si (n=84) erkek ve %53,8’i (n=98) kadın olup %61,5’i (n=112) 30 yaş altındadır. Asistan doktorların %77,5’i (n=141) dahili bilimlerde, %6’sı (n=11) temel bilimlerde, %16,5’i (n=30) cerrahi

bilimlerde çalışmaktadır. Meslekte çalışma yılına bakacak olursak doktorların %62,6'sının (n=114) 5 yıldan az, %37,4'ünün (n=68) ise 5 yıldan fazla çalıştığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların deprem ile ilişkili değişkenleri

		n	%
Depremi nerde yaşadınız?	Hatay	146	80,2
	Diğer	36	19,8
Bundan önce hiç depreme yakalanmış mıydınız?	Evet	84	46,2
	Hayır	98	53,8
Deprem anında bulunulan yer	Evde	159	87,4
	Açık alanda/ sokakta	1	0,5
	Bir taşıt aracında	1	0,5
	Çalıştığım kurumda	18	9,9
	Diğer	3	1,6
Evinizin hasar durumu nedir?	Hasarsız	25	13,7
	Az hasarlı	88	48,4
	Orta hasarlı	22	12,1
	Ağır hasarlı	47	25,8
Depremde enkaz altında kaldınız mı?	Evet	2	1,1
	Hayır	180	98,9
Depremde bedensel yaralanma durumu?	Olmadı	155	85,2
	Hafif yaralanma	26	14,3
	Ağır yaralanma	1	0,5
Deprem esnasında yaşanan ölüm korkusu	Hiç korku yaşamadım	4	2,2
	Biraz	27	14,8
	Oldukça	32	17,6
	Şiddetli	60	33,0
	Çok şiddetli	59	32,4
Yakın gelecekte olabilecek bir depremi düşünülerek yaşanan korku kaygı durumu	Hiç korku yaşamadım	2	1,1
	Biraz	47	25,8
	Oldukça	62	34,1
	Şiddetli	41	22,5
	Çok şiddetli	30	16,5

n: örneklem sayısı %: yüzde

Katılımcıların deprem ile ilişkili değişkenleri Tablo 2’de özetlenmiştir.

Katılımcıların %80,2’sinin (n=146) depremi Hatay’da yaşadığı saptandı. Katılımcıların %46,2’si (n=84) geçmişte deprem deneyimi olduğunu belirtirken, %53,8’i (n=98) ise daha önce depremle karşılaşmadığını ifade etti.

Deprem anında katılımcıların %87,4’ü (n=159) evde, %0,5’i (n=1) açık alanda/sokakta, %0,5’i (n=1) bir taşıt aracında, %9,9’u (n=18) işyerinde (çalıştığı kurumda), %1,6’sı (n=3) ise ‘diğer’ yerlerde olduğunu söyledi.

Katılımcıların %13,7’si (n=25) evinin hasarsız olduğunu, %48,4’ü (n=88) az hasarlı olduğunu, %12,1’i (n=22) orta hasarlı olduğunu, %25,8’i (n=47) ağır hasarlı olduğunu bildirdi.

6 Şubat 2023’te yaşanan depremlerde katılımcıların %1,1’inin (n=2) enkaz altında kaldığı saptandı. Bedensel yaralanma durumunda ise katılımcıların %85,2’si (n=155) hiç yaralanma yaşamadığını, %14,3’ü (n=26) hafif yaralandığını, %0,5’i (n=1) ağır yaralandığını bildirdi.

Deprem esnasında yaşanan ölüm korkusu incelendiğinde, %2,2’si (n=4) hiç korku hissetmediğini, %14,8’i (n=27) biraz, %17,6’sı (n=32) oldukça, %33,0’ı (n=60) şiddetli, %32,4’ü (n=59) ise çok şiddetli korku yaşadığını ifade etti. Yakın gelecekte olabilecek bir depreme yönelik korku veya kaygı durumuna dair ise %1,1’i (n=2) hiç korku yaşamadığını, %25,8’i (n=47) biraz, %28,0’ı (n=51) oldukça, %22,5’i (n=41) şiddetli, %22,5’i (n=41) çok şiddetli korku duyduğunu belirtti.

Tablo 3. Katılımcıların deprem ile ilişkili değişkenleri-2

		n	%
Depremde yakın akrabalarınızdan (anne, baba, hala, teyze, dayı, amca) birini kaybettiniz mi?	Evet	21	11,5
	Hayır	161	88,5
Depremde maddi kayıp yaşadınız mı?	Evet	124	68,1
	Hayır	58	31,9
Barınma ile ilgili kaygılarınız oldu mu?	Evet	158	86,8
	Hayır	24	13,2
Deprem sonrası yaşamınızı nerede idame ettirdiniz?	Kendi evim	42	23,1
	Konteyner/prefabrik	45	24,7
	Akrabalarımnda kaldım	95	52,2
Deprem sonrasında evinizden uzak kaldınız mı?	Evet	170	93,4
	Hayır	12	6,6
Ailenizden veya yakın çevrenizden sosyal destek alabildiniz mi?	Evet	146	80,2
	Hayır	36	19,8
Deprem sonrası hiç psikiyatri doktoruna gittiniz mi?	Evet	24	13,2
	Hayır	158	86,8
Deprem sonrasında kullandığınız psikiyatrik ilaç var mı?	Evet	20	11,0
	Hayır	162	89,0

n: örneklem sayısı

Katılımcıların %11,5'i (n=21) depremde yakın akrabalarından (anne, baba, hala, teyze, dayı, amca) birini kaybettiklerini belirtti. Depremde maddi kayıp yaşayan katılımcıların oranı %68,1 (n=124) bulundu (Tablo 3).

Barınma ile ilgili kaygılar duyup duymadıklarına ilişkin soruya katılımcıların %86,8'i (n=158) "evet" derken, deprem sonrasında yaşamlarını nerede sürdürdükleri incelendiğinde, %23,1'inin (n=42) kendi evinde kalmaya devam ettiği, %24,7'sinin (n=45) konteyner veya prefabrik yapılarda yaşadığı, %52,2'sinin (n=95) ise akrabalarının yanında kaldığı görüldü. Evinizden uzak kaldınız mı sorusuna %93,4'ü (n=170) "evet" yanıtını verdi (Tablo 3).

Ailenizden veya yakın çevrenizden sosyal destek alabildiniz mi sorusuna ise %80,2 (n=146) "evet" şeklinde yanıt verdi. Deprem sonrasında psikiyatri doktoruna

gidenlerin oranı %13,2 (n=24) olarak belirlenirken, psikiyatrik ilaç kullanımına baktığımızda, %11,0'ının (n=20) ilaç kullandığı anlaşıldı (Tablo 3).

Tablo 4. BAÖ toplam ve DSBÖ alt boyut puan ortalamaları

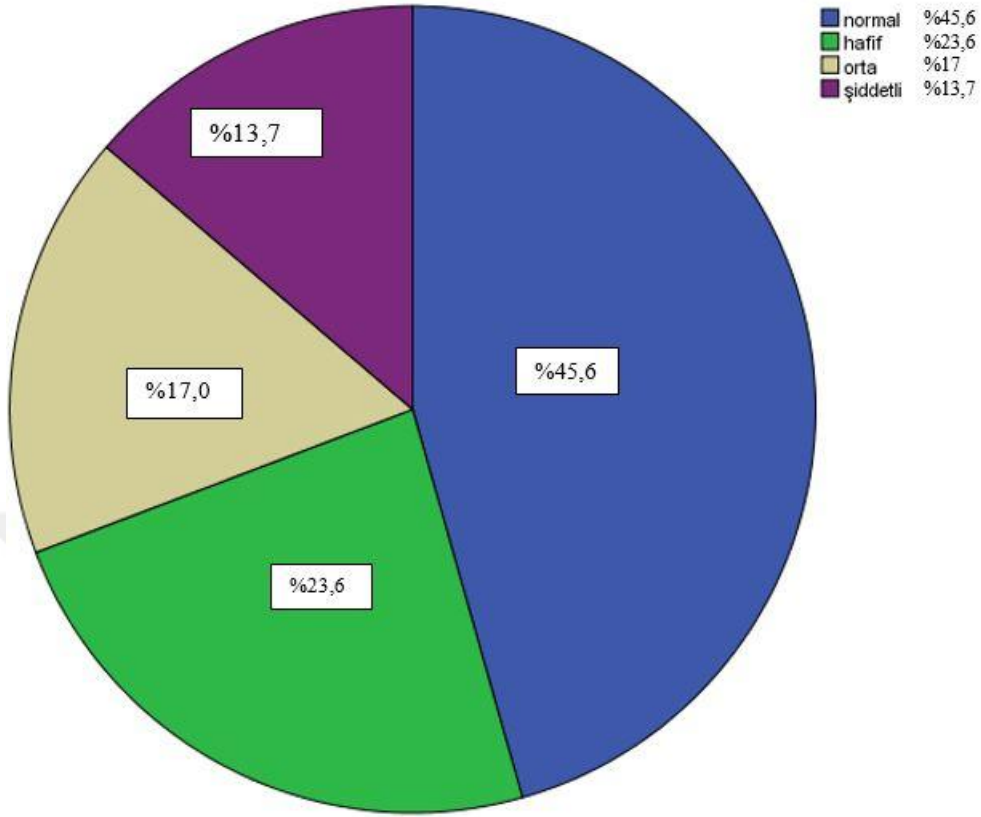
	Median (Q1-Q3)
BAÖ Toplam Puan	9,00 (3,00-19,00)
DSBÖ	
Dini baş etme	14,00 (10,00-16,00)
Olumlu yeniden değerlendirme	18,00 (15,00-20,00)
Sosyal destek arama	13,00 (11,00-15,00)

Median(Q1-Q3):Ortanca (%25 çeyreklik-%75 çeyreklik)

BAÖ toplam ve DSBÖ alt boyut puan ortalamaları Tablo 4'te verilmiştir.

BAÖ toplam puanlarına bakıldığında, medyan değer 9,00 olduğu görülmektedir.

DSBÖ'nün 3 alt boyutu, Dini baş etme, Olumlu yeniden değerlendirme, Sosyal destek almadır. Dini baş etme alt kategorisinde medyan puan 14,00 olarak hesaplanmıştır. Olumlu yeniden değerlendirme puan dağılımı incelendiğinde, medyan değer 18,00 olduğu görülür. Sosyal destek alt boyutunda ise medyan değeri 13,00 bulundu. Katılımcıların en çok olumlu yeniden değerlendirme yöntemini kullandığı görülmektedir.



Şekil 1. BAÖ toplam puan gruplarının yüzde dağılımı

Araştırmamıza katılan doktorların BAÖ'ye göre; %45,6'sının normal, %23,6'sının hafif düzeyde, %17'sinin orta düzeyde, %13,7'sinin şiddetli düzeyde anksiyete puanı aldığı tespit edildi.

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre BAÖ puanlarının karşılaştırılması

		n	BAÖ Puanı Median (Q1-Q3)	p
Yaş	30 yaş ve altı	112	9,00 (3,00-18,50)	0,923*
	30 yaş üzeri	70	10,00 (3,00-19,00)	
Cinsiyet	Erkek	84	5,00 (2,00-13,00)	<0,001*
	Kadın	98	12,00 (6,00-21,00)	
Medeni Durum	Evli	94	9,00 (3,00-19,00)	0,836*
	Bekar	88	9,00 (3,00-18,50)	
Çocuğunuz var mı?	Evet	49	12,00 (4,00-21,00)	0,588*
	Hayır	133	9,00 (3,00-18,00)	
Ailenizin ilk çocuğu musunuz?	Evet	63	12,00 (4,00-21,00)	0,154*
	Hayır	119	8,00 (3,00-18,00)	
Meslekte çalışma yılınız?	5 yıldan az	114	9,00 (3,00-18,00)	0,549*
	5 yıldan fazla	68	9,50 (3,00-20,00)	
Çalışılan Birim	Dahili	141	8,00 (3,00-18,00)	0,330**
	Temel	11	7,00 (1,00-18,00)	
	Cerrahi	30	12,50 (5,00-24,00)	
Fiziksel kronik bir rahatsızlığınız var mı?	Evet	19	21,00 (8,00-29,00)	0,011*
	Hayır	163	8,00 (3,00-18,00)	
Ruhsal kronik bir hastalığınız var mı?	Evet	12	28,50 (16,00-37,00)	<0,001*
	Hayır	170	8,00 (3,00-18,00)	
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	41	11,00 (4,00-21,00)	0,143*
	Hayır	141	8,00 (3,00-18,00)	
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	62	12,00 (4,00-21,00)	0,110*
	Hayır	120	7,50 (3,00-17,50)	

n: örneklem sayısı, *Mann Whitney U Test, **Kruskal Wallis H Testi, p<0,05; gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 5’de depremzede asistan doktorların sosyodemografik özelliklerine göre BAÖ puanı dağılımları ve p değerleri yer almaktadır. Yaş (30 yaş ve altı/30 yaş üzeri), medeni durum, çocuk sahibi olma, ailenin ilk çocuğu olma durumu, meslekte çalışma yılı, çalışılan birim, sigara ve alkol kullanımı açısından yapılan karşılaştırmalarda BAÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada ise kadın katılımcıların BAÖ puanları erkeklere göre daha yüksekti ve bu farklılık anlamlı idi (p<0,001). Fiziksel kronik

rahatsızlığı olan bireylerin BAÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,011$). Ruhsal kronik hastalığı olan bireylerde de BAÖ puanı anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Tablo 6. Katılımcıların deprem ilişkili değişkenlerine göre BAÖ puanlarının karşılaştırılması

		n	BAÖ Puanı Median (Q1-Q3)	p
Depremi nerde yaşadınız?	Hatay	146	8,00 (3,00-18,00)	0,432
	Diğer	36	12,00 (3,00-20,00)	
Bundan önce hiç depreme yakalanmış mıydınız?	Evet	84	10,50 (3,00-20,50)	0,459
	Hayır	98	8,50 (3,00-18,00)	
Deprem anında bulunulan yer	Evde	159	9,00 (3,00-18,00)	0,251**
	Açık alanda/ sokakta	1	23,00 (23,00-23,00)	
	Bir taşıt aracında	1	24,00 (24,00-24,00)	
	Çalıştığım kurumda	18	8,00 (2,00-18,00)	
	Diğer	3	15,00 (11,00-48,00)	
Evinizin hasar durumu nedir?	Hasarsız	25	9,00 (3,00-19,00)	0,678**
	Az hasarlı	88	10,50 (4,00-17,00)	
	Orta hasarlı	22	6,00 (2,00-18,00)	
	Ağır hasarlı	47	10,00 (3,00-24,00)	
Depremde enkaz altında kaldınız mı?	Evet	2	25,50 (23,00-28,00)	0,079
	Hayır	180	9,00 (3,00-18,00)	
Depremde bedensel yaralanma durumu?	Olmadı	155	10,00 (3,00-19,00)	0,439**
	Hafif yaralanma	26	6,50 (3,00-18,00)	
	Ağır yaralanma	1	23,00 (23,00-23,00)	
Deprem esnasında yaşanan ölüm korkusu	Hiç korku yaşamadım	4	3,00 (0,50-8,00)	0,003*
	Biraz	27	3,00 (1,00-15,00)	
	Oldukça	32	6,00 (3,00-12,00)	
	Şiddetli	60	12,00 (3,00-22,50)	
	Çok şiddetli	59	12,00 (7,00-20,00)	
Yakın gelecekte olabilecek bir depremi düşünülerek yaşanan korku kaygı durumu	Hiç korku yaşamadım	2	3,00 (1,00-5,00)	<0,001*
	Biraz	47	3,00 (0,00-7,00)	
	Oldukça	62	7,50 (3,00-13,00)	
	Şiddetli	41	15,00 (7,00-22,00)	
	Çok şiddetli	30	18,00 (12,00-28,00)	

n: örneklem sayısı, Mann Whitney U test, **Kruskal Wallis test, $p<0,05$; gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı *; Post hoc ikili gruplar arası Mann Whitney U test; düzeltilmiş $p<0,005$ anlamlı kabul edildi

Tablo 6'ya göre; katılımcıların depremi yaşıadığı il, daha önce deprem yaşıama durumu, deprem anında bulunulan yer, evin hasar durumu, enkaz altında kalma durumu ve bedensel yaralanma durumu ile BA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişıki bulunmadı.

BA toplam puanı; deprem esnasında yaşıanılan ölüm korkusunu çok Şiddetli yaşıayan kişıilerde, biraz ve oldukça yaşıayanlara göre daha yüksek bulundu. Ve bu fark anlamlı idi. Korkuyu Şiddetli yaşıayanların BA puanı biraz yaşıayanlara göre anlamlı yüksek bulundu ($p=0,003$). Yakın gelecekte olabilecek bir depremi düşünülerek yaşıanılan korku kaygı durumunu Şiddetli ve çok Şiddetli yaşıayanlarda, biraz ve oldukça yaşıayanlara göre BA puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Ek olarak kaygıyı oldukça yaşıayanların BA puanı biraz yaşıayanlara göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$).

Tablo 7. Katılımcıların deprem ilişkili değişkenleri-2'ye göre BAÖ puanlarının karşılaştırılması

		n	BAÖ Puanı Median (Q1-Q3)	p
Depremde yakın akrabalarınızdan (anne, baba, hala, teyze, dayı, amca) birini kaybettiniz mi?	Evet	21	6,00(3,00-15,00)	0,504*
	Hayır	161	10,00(3,00-19,00)	
Depremde maddi kayıp yaşadınız mı?	Evet	124	9,50(3,00-20,00)	0,497*
	Hayır	58	9,00(3,00-18,00)	
Barınma ile ilgili kaygılarınız oldu mu?	Evet	158	10,00(3,00-20,00)	0,087*
	Hayır	24	6,50(2,00-12,00)	
Deprem sonrası yaşamınızı nerede idame ettirdiniz?	Kendi evim	42	8,00(2,00-18,00)	0,702**
	Konteyner/prefabrik	45	7,00(3,00-19,00)	
	Akrabalarımnda kaldım	95	10,00(3,00-19,00)	
Deprem sonrasında evinizden uzak kaldınız mı?	Evet	170	9,50(3,00-19,00)	0,469*
	Hayır	12	6,50(2,50-12,50)	
Ailenizden veya yakın çevrenizden sosyal destek alabildiniz mi?	Evet	146	9,00(3,00-18,00)	0,191*
	Hayır	36	11,50(4,50-22,00)	
Deprem sonrası hiç psikiyatri doktoruna gittiniz mi?	Evet	24	14,50(11,00-28,00)	0,001*
	Hayır	158	7,50(3,00-18,00)	
Deprem sonrasında kullandığımız psikiyatrik ilaç var mı?	Evet	20	16,00(11,00-26,50)	0,002*
	Hayır	162	7,50(3,00-18,00)	

n: örneklem sayısı, *Mann Whitney U test,**Kruskal Wallis test; p<0,05; gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı, Median (Q1-Q3): Medyan (%25 quartile-%75 quartile)

Tablo 7'ye g6re; yakın akraba kaybı, maddi kayıp yaşama, barınma kaygısı, deprem sonrası yaşam yeri, evinden uzak kalma ve sosyal destek alma durumları ile BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Deprem sonrasında psikiyatri doktoruna giden kişilerin BAÖ puanı gitmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,001$). Yine aynı şekilde deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullananların BAÖ puanı kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,002$).



Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre DSBÖ alt boyutlarının karşılaştırılması

		DSBÖ Alt Boyutları		
		Dini Baş Etme Median (Q1-Q3)	Olumlu Yeniden Değerlendirme Median (Q1-Q3)	Sosyal Destek Arama Median (Q1-Q3)
Yaş grupları	≤ 30 (n=112)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-19,00)	14,00 (12,00-15,00)
	> 30 (n=70)	13,00 (10,00-16,00)	18,50 (15,00-21,00)	12,00 (10,00-15,00)
	p	0,457	0,066	0,042 *
Cinsiyetiniz	Erkek (n=84)	13,50 (10,00-16,00)	19,00 (17,00-21,00)	12,00 (10,00-14,00)
	Kadın (n=98)	14,00 (10,00-16,00)	17,00 (14,00-19,00)	14,00 (12,00-15,00)
	p	0,703	0,001*	<0,001*
Medeni durumunuz	Evli (n=94)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (14,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Bekar (n=88)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (10,00-15,00)
	p	0,927	0,169	0,667
Çocuğunuz var mı?	Evet (n=49)	15,00 (11,00-16,00)	18,00 (16,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Hayır (n=133)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (10,00-15,00)
	p	0,555	0,631	0,411
Ailenizin ilk çocuğumusunuz?	Evet (n=63)	14,00(10,00-17,00)	18,00(15,00-20,00)	13,00(10,00-15,00)
	Hayır (n=119)	13,00(10,00-16,00)	18,00(15,00-20,00)	14,00 (11,00-15,00)
	p	0,869	0,577	0,190
Meslekte çalışma yılınız?	5 yıldan az (n=114)	14,00 (10,00-17,00)	18,00 (10,00-20,00)	14,00 (11,00-15,00)
	5 yıldan fazla (n=68)	14,00 (10,00-15,50)	18,00 (15,00-20,50)	12,00 (10,00-15,00)
	p	0,460	0,558	0,027*
Çalışılan birim	Dahili (n=141)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Temel (n=11)	15,00 (10,00-17,00)	18,00 (14,00-20,00)	13,00 (10,00-15,00)
	Cerrahi (n=30)	14,00 (10,00-15,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	p	0,876	0,955	0,953

Tablo 8. Devamı

Fiziksel kronik bir rahatsızlığınız var mı?	Evet (n=19)	14,00 (10,00-16,00)	17,00 (15,00-20,00)	14,00 (10,00-15,00)
	Hayır (n=163)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	p	0,814	0,817	0,368
Ruhsal kronik bir hastalığınız var mı?	Evet (n=12)	11,00 (10,00 -13,00)	13,50 (11,50-16,50)	12,00 (9,00-15,00)
	Hayır (n=170)	14,00 (10,00 -16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	p	0,030*	0,001*	0,392
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet (n=41)	12,00 (8,00-15,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Hayır (n=141)	14,00 (11,00 -17,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00 -15,00)
	p	0,017*	0,906	0,982
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet (n=62)	11,00 (9,00 -14,00)	18,00 (14,00-20,00)	13,00 (10,00 -14,00)
	Hayır (n=120)	15,00 (11,00-17,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00 -15,00)
	p	<0,001*	0,342	0,120

n: örneklem sayısı, *Mann Whitney U test; $p < 0,05$; gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı, Median (Q1-Q3):Medyan(%25 quartile-%75 quartile)

Tablo 8'e göre medeni durum, çocuk sahibi olma, ailenin ilk çocuğu olma, çalışılan birim, fiziksel kronik rahatsızlığı olma durumları ile DSBÖ'nün alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Yaş değişkenine bakıldığında dini baş etme puanı ve olumlu yeniden değerlendirme puanlarında anlamlı bir fark bulunmadı. Fakat sosyal destek arama puanı 30 yaş altında daha yüksek çıktı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,042$).

Cinsiyet ile dini baş etme alt boyutu puanı arasında ($p=0,703$) anlamlı bir farklılık bulunmadı. Olumlu yeniden değerlendirme boyutunda ($p=0,001$) erkeklerin puanı, kadınlarınkinden anlamlı derecede yüksekti. Sosyal destek arama puanı kadınlarda erkeklere göre daha yüksekti ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Meslekte 5 yıldan az çalışanların 5 yıldan fazla çalışanlara göre sosyal destek arama alt boyutunu daha çok tercih ettiği ve bu farkın anlamlı olduğu bulundu ($p=0,027$). Dini baş etme ve olumlu yeniden değerlendirme boyutlarında anlamlı farklılık saptanmadı.

Ruhsal bir rahatsızlığı olan kişilerin olmayanlara göre dini baş etme ($p=0,030$) ve olumlu yeniden değerlendirme ($p=0,001$) alt boyutlarında daha az puanlar aldıkları görüldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Buna karşılık sosyal destek arama boyutunda anlamlı bir fark saptanmadı.

Olumlu yeniden değerlendirme ($p=0,906$) ve sosyal destek arama ($p=0,982$) alt boyutlarında, "sigara kullanan" ve "kullanmayan" gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Dini baş etme boyutunda ise sigara kullananların kullanmayanlara göre daha az puan aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p=0,017$).

Olumlu yeniden değerlendirme ($p=0,342$) ve sosyal destek arama ($p=0,120$) açısından alkol kullananlar ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık görülmedi. Fakat alkol kullanmayan kişilerin dini baş etme puanı alkol kullananlara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$).



Tablo 9. Katılımcıların deprem ilişkili değişkenleri göre DSBÖ alt boyutlarının karşılaştırılması

		DSBÖ Alt Boyutları		
		Dini Baş Etme Median (Q1-Q3)	Olumlu Yeniden Değerlendirme Median (Q1-Q3)	Sosyal Destek Arama Median (Q1-Q3)
Depremi nerde yaşadınız?	Hatay (n=146)	13,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-16,00)	13,00 (10,00-15,00)
	Diğer (n=36)	15,00 (13,00-18,00)	18,00 (15,00-19,00)	14,00 (13,00-15,00)
	p	0,007*	0,823	0,028*
Bundan önce hiç depreme yakalanmış mıydınız?	Evet (n=84)	14,00 (10,00-17,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (10,00-15,00)
	Hayır (n=98)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,50 (12,00-15,00)
	p	0,739	0,504	0,158
Deprem anında bulunulan yer	Evde (n=159)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Açık alanda/sokakta (n=1)	15,00 (15,00-15,00)	18,00 (18,00-18,00)	13,00 (13,00-13,00)
	Bir taşıt aracında (n=1)	17,00 (17,00-17,00)	14,00 (14,00-14,00)	17,00 (17,00-17,00)
	Çalıştığım kurumda (n=18)	12,00 (10,00-15,00)	18,00 (16,00-20,00)	11,50 (10,00-14,00)
	Diğer (n=3)	15,00 (11,00-18,00)	18,00 (15,00-23,00)	14,00 (11,00-16,00)
	p	0,568	0,818	0,500
Evinizin hasar durumu nedir?	Hasarsız (n=25)	14,00 (12,00-17,00)	17,00 (15,00-18,00)	14,00 (11,00-15,00)
	Az hasarlı (n=88)	13,50 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Orta hasarlı (n=22)	14,50 (11,00-16,00)	18,00 (14,00-19,00)	13,00 (10,00-14,00)
	Ağır hasarlı (n=47)	13,00 (10,00-17,00)	18,00 (15,00-21,00)	13,00 (11,00-15,00)
	p	0,867	0,438	0,439
6 Şubat 2023'de yaşanan depremlerde enkaz altında kaldınız mı?	Evet (n=2)	15,00 (15,00-15,00)	18,00 (18,00-18,00)	13,00 (13,00-13,00)
	Hayır (n=180)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	p	0,603	0,919	0,898
Depremde bedensel yaralanma durumu?	Olmadı (n=155)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Hafif yaralanma (n=26)	11,50 (8,00-15,00)	18,50 (16,00-21,00)	13,00 (10,00-14,00)
	Ağır yaralanma (n=1)	15,00 (15,00-15,00)	18,00 (18,00-18,00)	13,00 (13,00-13,00)
	p	0,381	0,714	0,471

Tablo 9. Devamı

Deprem esnasında yaşanan ölüm korkusu	Hiç korku yaşamadım (n=4)	18,00 (12,50-19,50)	24,00 (21,00-24,00)	9,50 (8,50-12,50)
	Biraz (n=27)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (17,00-21,00)	13,00 (10,00-15,00)
	Oldukça (n=32)	15,00 (11,00-17,00)	18,00 (15,50-20,00)	13,50 (12,00-15,00)
	Şiddetli (n=80)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (16,00-20,00)	13,00 (11,00-14,50)
	Çok şiddetli (n=59)	12,00 (10,00-16,00)	17,00 (13,00-19,00)	13,00 (11,00-15,00)
	p	0,323	0,016**	0,368
Yakın gelecekte olabilecek bir depremi düşünülerek yaşanan korku kaygı durumu	Hiç korku yaşamadım (n=2)	19,50 (19,00-20,00)	24,00 (24,00-24,00)	9,50 (9,50-8,00)
	Biraz (n=47)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (16,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Oldukça (n=62)	14,00 (11,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (10,00-15,00)
	Şiddetli (n=41)	13,00 (10,00-16,00)	18,00 (14,00-20,00)	14,00 (12,00-15,00)
	Çok şiddetli (n=30)	12,00 (10,00-16,00)	16,50 (14,00-20,00)	14,00 (11,00-15,00)
	p	0,149	0,107	0,238

*Mann Whitney U test $p < 0,05$; gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı **Kruskal Wallis testi; $p < 0,05$; Median (Q1-Q3): Medyan (%25 quartile-%75 quartile) Post hoc ikili gruplar arası Mann Whitney U test; düzeltilmiş $p < 0,01$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 9’da görüldüğü üzere; daha önce depreme yakalanma durumu, deprem anında bulunulan yer, evin hasar durumu, enkaz altında kalma durumu, depremde bedensel yaralanma durumu ve yakın gelecekte olabilecek bir depremi düşünülerek yaşanan korku kaygı durumu değişkenleri ile DSBÖ alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Depremi yaşadığı yer sorusunda depremi Hatay’da yaşayanların dini baş etme ($p=0,007$) ve sosyal destek arama ($p=0,028$) puanları anlamlı düzeyde düşük çıktı.

Deprem esnasında yaşanan ölüm korkusuna bakıldığında olumlu yeniden değerlendirme alt boyutu puanı çok şiddetli korku yaşadım seçeneğini seçenlerde hiç seçeneğini seçenlere göre daha düşüktü ve bu fark anlamlı bulundu ($p=0,016$). Buna karşın dini baş etme ($p=0,323$) ve sosyal destek arama ($p=0,368$) değişkenlerinde korku düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 10. Katılımcıların deprem ilişkili değişkenleri-2'ye göre DSBÖ alt boyutlarının karşılaştırılması

		DSBÖ Alt Boyutları		
		Dini Baş Etme Median (Q1-Q3)	Olumlu Yeniden Değerlendirme Median (Q1-Q3)	Sosyal Destek Arama Median (Q1-Q3)
Depremde yakın akrabalarınızdan (anne, baba, hala, teyze, dayı, amca) birini kaybettiniz mi?	Evet (n=21)	6,00 (3,00-15,00)	18,00 (15,00-19,00)	14,00 (12,00-15,00)
	Hayır (n=161)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	p	0,471	0,777	0,260
Depremde maddi kayıp yaşadınız mı?	Evet (n=124)	13,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (10,00-15,00)
	Hayır (n=58)	14,00 (10,00-17,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,50 (11,00-15,00)
	p	0,098	0,523	0,275
Barınma ile ilgili kaygılarınız oldu mu?	Evet (n=158)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Hayır (n=24)	14,00 (11,00-15,00)	19,00 (17,00-20,50)	13,00 (11,50-15,00)
	p	0,823	0,068	0,930
Deprem sonrası yaşamınızı nerede idame ettirdiniz?	Kendi evim (n=42)	12,50 (10,00-15,00)	17,50 (15,00-20,00)	14,00 (10,00-15,00)
	Konteyner/prefabrik (n=45)	14,00 (10,00-16,00)	19,00 (15,00-21,00)	13,00 (10,00-15,00)
	Akrabalarımnda kaldım (n=95)	14,00 (10,00-17,00)	18,00 (15,00-19,00)	13,00 (11,00-15,00)
	p	0,469	0,270	0,944
Deprem sonrasında evinizden uzak kaldınız mı?	Evet (n=170)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	Hayır (n=12)	14,00 (10,50-16,50)	17,00 (13,00-21,50)	14,00 (12,00-15,00)
	p	0,794	0,750	0,561
Ailenizden veya yakın çevrenizden sosyal destek alabildiniz mi?	Evet (n=146)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	14,00 (11,00-15,00)
	Hayır (n=36)	11,00 (10,00-16,00)	18,00 (16,00-20,00)	12,00 (10,00-14,00)
	p	0,403	0,646	0,060
Deprem sonrası hiç psikiyatri doktoruna gittiniz mi?	Evet (n=24)	11,50 (10,00-16,00)	15,00 (13,50-18,00)	14,00 (12,00-16,00)
	Hayır (n=158)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)

Tablo 10. Devamı

	p	0,254	0,011*	0,046*
Deprem sonrasında kullandığınız psikiyatrik ilaç var mı?	Evet (n=20)	11,00 (8,50-14,00)	15,50 (12,00-18,50)	14,00 (10,50-15,00)
	Hayır (n=162)	14,00 (10,00-16,00)	18,00 (15,00-20,00)	13,00 (11,00-15,00)
	p	0,013*	0,015*	0,661

n: frekans, *; $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı, p değerleri Mann Whitney U testinden elde edildi.

Tablo 10’da depremzede asistan doktorların depremle ilişkili değişkenlere göre DSBÖ alt boyutları olan dini baş etme, olumlu yeniden değerlendirme ve sosyal destek arama puanlarının dağılımları ve p değerleri görülmektedir.

Yakın akraba kaybı, maddi kayıp yaşama, barınma kaygısı yaşama, deprem sonrası yaşamın sürdürüldüğü yer, evden uzak kalma ve sosyal destek alma durumlarına göre dini baş etme, olumlu yeniden değerlendirme ve sosyal destek arama alt boyutlarında yapılan karşılaştırmalarda, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Deprem sonrası psikiyatri doktoruna gitmeyenlerde “olumlu yeniden değerlendirme” stratejisi gidenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,011$). Sosyal destek arama alt boyutu puanı, doktora gidenlerde anlamlı şekilde ($p=0,046$) daha yüksek çıktı. Dini baş etme alt boyutu puanlarında ise ($p=0,254$) anlamlı farklılık yoktu.

Deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullananların dini baş etme ($p=0,013$) ve olumlu yeniden değerlendirme ($p=0,015$) düzeyleri, kullanmayanlara kıyasla daha düşük çıktı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sosyal destek arama ($p=0,661$) alt boyutunda ise ilaç kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 11. BAÖ ile DSBÖ puanları arasındaki korelasyon

		BAÖ toplam puan
Dini baş etme	r	-0,153
	p*	0,039
	n	182
Olumlu yeniden değerlendirme	r	-0,265
	p*	<0,001
	n	182
Sosyal destek arama	r	0,056
	p*	0,450
	n	182

n: frekans, * $p<0,05$ düzeyinde anlamlı, r= Spearman rank korelasyon katsayısı

Tablo 11’de BAÖ ile DSBÖ’nin alt boyutlarının korelasyonu gösterilmiştir. Dini baş etme ile anksiyete düzeyi arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişki bulundu

($r=-0,153$, $p=0,039$). Olumlu yeniden değerlendirme ile anksiyete düzeyi arasında daha güçlü bir negatif ilişki bulundu ($r=-0,265$, $p=0,001$). Sosyal destek arama ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r = 0,056$, $p =0,450$).

Tablo 12. Deprem sonrası psikiyatri doktoruna gitme durumu ile deprem sonrasında psikiyatrik ilaç kullanma durumlarının cinsiyet ile ilişkisi

Cinsiyet	Deprem sonrası psikiyatri doktoruna gitme durumu		p*	Deprem sonrasında psikiyatrik ilaç kullanma durumu		p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)		Evet n (%)	Hayır n (%)	
Erkek	5 (6,0)	79 (94,0)	0,008	5 (6,0)	79 (94,0)	0,044
Kadın	19 (19,0)	79 (81,0)		15 (15,0)	83 (85,0)	

n: frekans,* $p<0,05$ düzeyinde anlamlı, Pearson ki kare testi kullanılmıştır, % satır yüzdesi olarak verilmiştir

Kadınların psikiyatri doktoruna gitme oranı erkeklerden daha yüksekti (%19 vs. %6). P değeri (0,008) anlamlı olduğu için, deprem sonrası psikiyatri doktoruna gitme durumu cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (Tablo 12).

Psikiyatrik ilaç kullanım oranı da kadınlarda erkeklerden daha fazlaydı (%15 vs. %6). P değeri (0,044) anlamlı olduğu için, deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımını cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (Tablo 12).

Tablo 13. Deprem sonrası psikiyatri doktoruna gitme durumu ile meslekte çalışma yılı ilişkisi

Meslekte çalışma yılı	Deprem sonrası hiç psikiyatri doktoruna gittiniz mi?		p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
5 yıldan az	20 (18,0)	94 (82,0)	0,025
5 yıldan fazla	4 (6,0)	64 (94,0)	

n: frekans * $p<0,05$ anlamlı, Fisher Exact testi kullanılmıştır, % satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Tablo 13’de, meslekte 5 yıldan az süredir çalışanların %18’inin, 5 yıldan fazla çalışanların %6’sının deprem sonrası psikiyatri doktoruna gittiği saptandı. 5 yıldan az süredir meslekte olanlar 5 yıldan uzun süredir olanlara göre psikiyatri doktoruna daha çok gitti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi($p=0,025$).

Tablo 14. Barınma ile ilgili kaygılarınız oldu mu sorusu ile deprem sonrası kalınan yer ilişkisi

Deprem sonrası yaşamınızı nerede idame ettirdiniz?	Barınma ile ilgili kaygılarınız oldu mu?		p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Kendi evim	28 (66,7)	14 (33,3)	< 0,001
Konteyner/ prefabrik	44 (97,8)	1 (2,2)	
Akrabalarımnda kaldım	86 (90,5)	9 (9,5)	

n: frekans * $p<0,05$ anlamlı, Pearson ki kare testi kullanılmıştır, %sıra yüzdesi olarak verilmiştir.

Tablo 14’de, konteyner veya prefabrik evde kalanların neredeyse tamamının (%97,8) barınma kaygısı yaşadığı bulundu (44/45). Akrabalarının yanında kalanlar arasında da barınma kaygısı yaşayanların oranı yüksekti (%90,5). Kendi evinde kalanlar arasında ise barınma kaygısı yaşayanların oranı diğer gruplara göre daha düşüktü (%66,7). $p<0,001$ olduğu için bu farklar rastgele oluşmamış, güçlü bir istatistiksel anlamlılık söz konusudur.

5. TARTIŞMA

Depremler, sağlık çalışanları üzerinde ciddi psikolojik ve fiziksel etkiler yaratmaktadır (128). Sağlık alışanları, toplumsal krizler ve afetler sırasında kritik bir rol üstlenmektedir. Bu nedenle, farklı afet türlerine uygun şekilde müdahale edebilmeleri için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Ancak, sağlık çalışanları felaketin her aşamasında çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedir (18). Bu bağlamda, afet sonrası sağlık çalışanlarının psikososyal destek mekanizmalarına erişiminin sağlanması ve mesleki dayanıklılıklarını artıracak eğitimlerin sunulması büyük önem taşımaktadır. Bu tür desteklerin hem bireysel hem de kurumsal düzeyde uygulanması, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini güçlendirecektir.

Depremzede asistan doktorların anksiyete düzeylerini ve deprem stresi ile baş etme stratejilerini araştırdığımız bu çalışma literatürde tek olması bakımından önem taşımaktadır. Maraş depremi sonrası depremzede sağlık çalışanları ile az sayıda çalışma olsa da depremzede doktorlarda anksiyete düzeyi özneline literatürde çalışma yoktur.

Bizim alışmamızda katılımcıların BAÖ'ye göre %30,7'sinde orta veya şiddetli düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. BAÖ puanları medyan değeri 9'dur. Nepal'de meydana gelen depremden 14 ay sonra yapılan bir çalışmada %20'sinde olası anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada felakete maruz kalan popülasyonda anksiyete semptomlarının yüksek oranda bulunduğu ifade edilmiştir (129). Marmara depreminden yaklaşık 6 yıl sonra 62 katılımcı ile yapılan çalışmada katılımcıların %64,5'inde minimal-hafif anksiyete ve %25,8'inde orta-ağır anksiyete tespit edilmiştir (130). 6 Şubat 2023 depremlerinden etkilenen Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 299 yetişkin sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların BAÖ puanları medyan değeri 19 bulunmuştur (141). 6 şubat depremlerinden 3 ay sonra çoğunluğu Gaziantep ilinden olmak üzere 401 depremzede ile yapılan bir tez çalışmasında depremzedelerin BAÖ puanlamasına göre %16 oranında orta ve %24 oranında şiddetli düzeyde anksiyeteye sahip oldukları

tespit edilmiştir (131). 508 depremzede olmayan doktorla yapılan bir çalışmada katılımcıların BAÖ puan ortalaması $9,6 \pm 7,7$ olarak hesaplanmış olup, en düşük puan 0, en yüksek puan ise 45 olarak tespit edilmiştir (132). Literatürde, deprem sonrası yalnızca anksiyete yaygınlığını inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda ulaştığımız oranlara benzer bulgulara sahip araştırmalar olmakla birlikte, farklı sonuçlar gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bunun nedeni depremin üzerinden geçen süre veya çalışmamızın asistan doktorlar özneline yapılmış olması olabilir.

Yaş ile BAÖ puanı ilişkisini değerlendirdiğimizde çalışmamızda 30 yaş üzeri grubun BAÖ puanı biraz daha yüksek bulunmuştur ama bu farklılık anlamlı değildir. Valladares-Garrido ve ark.'nın, Peru'nun Piura bölgesinde meydana gelen depremi yaşamış 177 yetişkin birey ile yaptığı bir çalışmada, anksiyete seviyesi anlamlı derecede yüksek olan grubun yaş ortalaması daha düşük bulunmuştur (133). 6 Şubat depremlerinde 3 ay sonra 632 sağlık çalışanına yapılan bir tez çalışmasında yaş ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (134). Yapılan başka bir çalışmada ise doktorlarda anksiyetenin yaş ilerledikçe azaldığı, ancak yine de genel popülasyona kıyasla daha yüksek seviyede olduğu ifade edilmektedir (135). Doktorlar üzerinde yapılan anksiyete araştırmalarında, yaş ile anksiyete arasında "U şeklinde bir dağılım" olduğu belirtilmektedir. Genç ve ileri yaş grubundaki doktorların anksiyete düzeyleri, orta yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur (136, 137). Kurt ve ark. tarafından COVID-19 pandemisi sırasında görev yapan asistan doktorların anksiyete ve depresyon durumlarını inceleyen bir çalışmada, anksiyete ile yaş arasında herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir (138). Bizim çalışmamız yaş ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı yönüyle diğer deprem sonrası çalışmalarıyla uyumlu çıkmıştır, fakat anksiyete düzeyinin hangi yaşlarda arttığı konusunda farklılıklar mevcuttur. Bu durum, yaş faktörünün anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisinin bazı çalışmalarda belirgin olsa da bazen tutarsız sonuçlar verebildiğini göstermektedir. Yaşla anksiyete arasındaki ilişkinin tutarsız çıkmasının nedenleri örneklem grubu (doktorlar gibi), yaş aralıklarının farklılığı, depremi yaşama, depremden sonra geçen süre, yaşam şartları ve çalışma koşulları farklılığı gibi değişkenler olabilir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların anksiyete puanlarının erkek katılımcılara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. 2008 yılında Çin'in Wenchuan

kentinde meydana gelen deprem sonrasında, 2080 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, kadın cinsiyetin anksiyete gelişimi açısından bir risk faktörü olabileceği öne sürülmüştür (139). 2010 yılında Elazığ Kovancılar 'da meydana gelen deprem sonrasında, 101 depremzede üzerinde anksiyete düzeyini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınların anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (140). 6 Şubat 2023 depremlerinden etkilenen Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 299 yetişkin sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların BAÖ puanları erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (141). 6 Şubat depremlerinden 4 ay sonra 400 depremzede ile yapılan bir çalışmada bütünlük anksiyete stres ölçeğinde kadın katılımcıların ortalama puanlarının, erkek katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (88). Asistan hekimlere yapılan bir tez çalışmasında kadınların BAÖ puanı anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (142). Bizim bulgularımız da literatürle uyumludur. Çalışmamızda elde edilen bulgular, kadınların afet sonrası anksiyete düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermekte ve bu durum biyolojik, psikososyal ve kültürel faktörlerle açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda medeni durum açısından BAÖ puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kahramanmaraş depremlerinden etkilenen Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 299 yetişkin sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada evli katılımcıların BAÖ puanı bekarlara göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır (141). 6 Şubat depremlerinden 3 ay sonra 400 depremzede ile yapılan bir çalışmada medeni durum değişkeni, bütünlük anksiyete ve stres düzeyi açısından değerlendirildiğinde, eşinden ayrılmış olan katılımcıların evli ve bekar katılımcılara kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiş ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (88). Kahramanmaraş merkezli depremlerden yaklaşık üç ay sonra, 401 depremzede vatandaşlar üzerinde yapılan bir tez çalışmasında BAÖ puanı medeni durum açısından anlamlı farklılık göstermemiştir (131). 283 araştırma görevlisi doktorun katıldığı bir tez çalışmasında da yine aynı şekilde medeni durum anlamlı farklılık göstermemiştir (142). Çalışmamızın bulguları literatür ile çoğunlukla uyumludur. Adıyaman'da yapılan çalışma ile uyumlu olmama nedeni bizim çalışmamızın spesifik olarak doktorlara yapılmış olması ve örneklem

büyükliğümüzün az olması olabilir. Genel olarak medeni durumun anksiyete düzeyleri üzerine olan etkisinin belirgin olmadığı kanısına varılmıştır.

BAÖ puanı ile çocuk sahibi olma durumu ve ailenin ilk çocuğu olma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bir araştırmada elde edilen sonuçlar, doğum sırası ile anksiyete düzeyi arasında zayıf ancak ters yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Daha sonra doğan kardeşlerin, ilk doğanlara göre anksiyete epizodlarını daha az ve daha hafif yaşama eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir (143). Yapılan başka bir çalışmada ilk doğan kişiler ile daha sonra doğanlar arasında BAÖ puanları açısından anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (144). Bizim çalışmamızda elde edilen bulgular da bu literatürle paralellik göstermekte ve ailenin ilk çocuğu olma durumu ile doğum sırasının anksiyete düzeyleri üzerinde belirleyici bir faktör olmadığını desteklemektedir.

Çalışmamızda doktorların meslekte çalışma yılı 5 yıldan fazla olanların BAÖ puanı 5 yıldan az olanlara göre biraz daha yüksek çıkmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depremzede olmayan asistan doktorlara yapılan bir tez çalışmasında meslekte 2 yıl ve 2 yıldan az çalışanların anksiyete puanı anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (142). 6 Şubat depremlerinde 3 ay sonra 632 sağlık çalışanına yapılan bir tez çalışmasında katılımcıların mesleki deneyimleri ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (134). Literatüre bakıldığında daha önce yapılan bazı çalışmalarda ve bizim çalışmamızda mesleki deneyimin anksiyete ile ilişkisi incelenmiş ve farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu durum, anksiyetenin sadece mesleki deneyime bağlı olmadığı, bireysel başa çıkma stratejileri, sosyal destek mekanizmaları ve travmatik olaylara maruziyet gibi faktörlerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Mesleki deneyimin koruyucu bir faktör olup olmadığı, çalışılan ortamın koşulları, kriz durumlarına maruziyet sıklığı ve bireysel psikolojik dayanıklılık gibi değişkenler göz önüne alınarak daha detaylı araştırılmalıdır.

Çalışmamızda BAÖ puanının çalışılan birime (dahili bilimler, temel bilimler, cerrahi bilimler) göre değerlendirilmesi yapıldığında cerrahi bilimlerde anksiyete medyan puanı daha yüksek olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bir üniversite hastanesinde çalışan 153 doktor ile yapılan bir

çalışmada, cerrahi bilimlerde görev yapanların, temel ve dahili bilimlerde çalışanlara kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (86). Asistan doktorların anksiyete düzeylerine bakılan bir tez çalışmasında ise çalışılan birimin anksiyete puanlarına olan etkisi anlamlı çıkmamıştır (142). Sonuçlarımız literatürle genel olarak uyumlu çıkmıştır. Aradaki farkın anlamlı çıkmama sebebinin cerrahi birimde görev yapan doktor sayılarının az olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Cerrahi birimde çalışan doktorların anksiyete seviyeleri daha yüksek olabilmektedir ve bunun sebebi cerrahi birimlerin çalışma koşulları olabilir.

Çalışmamızda fiziksel kronik rahatsızlığı olan bireylerin anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Valladares-Garrido ve ark.'nın, Peru'nun Piura bölgesinde meydana gelen depremi yaşamış 177 yetişkin birey ile yaptığı bir çalışmada, kronik rahatsızlık ile anksiyete seviyeleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (133). 6 Şubat depremini Malatya'da yaşamış olan 384 depremzede ile yapılan bir tez çalışmasında ek hastalık olması ile anksiyete arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (145). Sonuçlarımız literatür ile uyumlu çıkmamıştır. Bizim çalışmamız sağlık çalışanları gibi profesyonel bir grubu içerebilirken, diğer çalışmalar genel toplumdaki bireyleri içermiş olabilir. Farklı meslek gruplarında, sağlık farkındalığı, destek sistemleri ve stres faktörleri farklılık gösterebilir. Ayrıca örneklem büyüklüğü de etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda, BAÖ puanlarının ruhsal rahatsızlığı olan bireylerde anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Peru'nun Piura bölgesinde meydana gelen depremi yaşamış 177 yetişkin birey ile yapılan bir çalışmada ruhsal hastalık öyküsü ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (133). 2020 Elazığ Depremi sonrasında 320 depremzede üzerinde ruhsal hastalıkların yaygınlığının incelendiği bir tez çalışmasında önceden psikiyatrik hastalığı olan bireylerde ve ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunan katılımcılarda, BAÖ puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (146). Sonuç olarak, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin deprem gibi büyük ölçekli travmatik olaylara karşı daha savunmasız olduğu ve bu bireylerde anksiyete seviyelerinin anlamlı derecede yüksek olduğu hem bizim çalışmamızda hem de literatürdeki diğer çalışmalarda gözlemlenmiştir.

Bulduğumuz sonuçlara göre anksiyete puanı ile sigara içme ve alkol kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Valladares-Garrido ve ark.'nın, Peru'nun Piura bölgesinde meydana gelen depremi yaşamış 177 yetişkin birey ile yaptığı çalışmada da alkol ve sigara kullanımı ile anksiyete seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (133). Yapılan bir araştırmanın bulguları, psikiyatrik hastalıklarla sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (147, 148). Sigara ve alkol kullanımı psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olsa da anksiyete özelinde etkili olmayabilir. Kahramanmaraş depremlerinden yaklaşık 3 ay sonra 401 depremzede ile yapılan bir tez çalışmasında da BAÖ puanı ile sigara içme ve alkol kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (131). Asistan doktorlar üzerinde yapılan bir tez çalışmasında da aynı sonuçlar bulunmuştur (142). Bulgularımız literatürle genellikle uyumludur. Bu durum, sigara ve alkol kullanımının deprem sonrası anksiyete düzeylerini tek başına etkileyen belirleyici faktörler olmayabileceğini düşündürmektedir. Literatürle olan bu paralellik, çalışmamızın bulgularının güvenilirliğini ve geçerliliğini destekleyen önemli bir noktadır.

Çalışmamızda BAÖ puanı açısından deprem anında evde, açık alanda, bir taşıt aracında, çalıştığı kurumda veya farklı bir yerde bulunan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun sebebi deprem anında çoğu kişinin evde olması olabilir. Nitekim Kahramanmaraş depremlerinden etkilenen Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 299 yetişkin sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada da deprem anında bulunulan yer ile BAÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (141). Kahramanmaraş depremlerinden yaklaşık 3 ay sonra 401 depremzede ile yapılan bir tez çalışmasında da BAÖ puanı ile deprem anında bulunulan yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (131). Görüldüğü üzere literatür ile bulgularımız uyumlu çıkmış ve deprem anında bulunulan yer ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bunun sebebi, Kahramanmaraş depremleri gece olduğu için çoğu kişinin depreme evde yakalanmış olması olabilir.

Çalışmamızda evin hasar durumu ile BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde ise bu konuda farklı sonuçlar yer almaktadır. Peru'nun Piura bölgesinde meydana gelen depremi yaşamış 177 yetişkin birey ile depremden 2 ay sonra yapılan çalışmada evleri hasar almayan insanların anksiyete seviyeleri herhangi bir şiddette hasar alan kişilerin anksiyete seviyelerinden

anlamli derecede düşük bulunmuştur (133). Gerstner ve ark., deprem sonrasında özellikle ciddi ekonomik kayıplar yaşıyan bireyler arasında, yüksek düzeyde depresyon, travma sonrası stres ve anksiyete görüldüğünü rapor etmiştir (149). 6 Şubat depremlerinden yaklaşık 3 ay sonra Hatay'da 400 depremzede ile yapılan bir çalışmada ise depremde evi yıkılan katılımcıların bütünleşik anksiyete ve stres düzeylerinin, evi yıkılmayan veya az, orta ve ağır hasar gören katılımcılara kıyasla anlamli düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (88). Kahramanmaraş depremlerinden etkilenen Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 299 yetişkin sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada evi hasarlı olan katılımcıların BAÖ puanı, evi hasarsız olan katılımcılara göre anlamli düzeyde yüksek çıkmıştır (141). Literatür ile sonuçlarımızın farklı çıkmasının nedenleri arasında; örneklem büyüklüğünün sınırlı olması, ülke farklılığı, depremin üzerinden geçen süre farklılığı, çalışmamızın sadece asistan hekimler üzerinde gerçekleştirilmiş olması gibi etkenler yer alabilir.

Çalışmamızda enkaz altında kalanların anksiyete düzeylerinin belirgin şekilde daha yüksek olduğu görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır. Bunun nedeni enkaz altında kalan kişi sayısının çok az olması olabilir. 2011 Van depreminden yıllar sonra, depremi yaşamış 308 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada anksiyete düzeyleri enkaz altında kalanlarda daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur (150). 6 Şubat depremlerinden sonra 401 depremzede ile yapılan bir tez çalışmasında enkaz altında kalanların BAÖ puanı anlamli düzeyde yüksek çıkmıştır (131). Bizim çalışmamızda anlamli ilişki olmamasının sebebi enkaz altında kalan kişi sayısının azlığı olabilir. Enkaz altında kalan bireylerin anksiyete seviyelerinin yüksek olması yönüyle çalışmamız literatürle uyumludur. Yapılan çalışmalardan ve bizim çalışmamızdan yola çıkarak enkaz altında kalan kişilerin psikolojik olarak daha hassas olduğu sonucuna ulaşabiliriz.

Çalışmamızda hafif yaralanan bireylerin anksiyete puanlarının en düşük, ağır yaralanan bireylerin ise çok yüksek çıkmıştır. Ancak düşük örneklem sayısı nedeniyle istatistiksel anlamlılık elde edilememiştir. Valladares-Garrido ve ark.'nın, Peru'nun Piura bölgesinde meydana gelen depremi yaşamış 177 yetişkin birey ile yaptığı bir çalışmada, fiziksel yaralanmanın deprem sonrasında anksiyete riskini anlamli düzeyde yükselten bir stresör olduğu belirtilmiştir (133). 6 Şubat 2023 depremlerinden

etkilenen Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 299 yetişkin sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada Depremde yaralanan sağlık çalışanlarının anksiyete puanları, yaralanmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksektir (141). Sonuç olarak, deprem sonrası psikososyal müdahalelerde yaralanmanın şiddeti göz önünde bulundurularak, özellikle ağır yaralanma yaşayan bireylerin artmış anksiyete düzeylerine yönelik özel psikolojik destek sağlanması önem arz etmektedir.

Bizim çalışmamızda deprem esnasında yaşanan ölüm korkusu seviyesi arttıkça BAÖ puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durum, ölüm korkusunun travmatik stresin önemli bir bileşeni olduğunu ve bireylerin deprem sonrasında anksiyete seviyelerinin artmasında etkili bir faktör olabileceğini göstermektedir. Yakın gelecekte olabilecek bir deprem düşüncesine bağlı olarak korku/kaygı yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri de aynı şekilde anlamlı farklılık göstermiştir. Genel olarak korku kaygıyı yüksek yaşayanların anksiyete puanı daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, bireylerin deprem sonrası kaygılarının sadece yaşanan olayla sınırlı olmadığını, gelecekte benzer bir olayın yaşanabileceği korkusunun da psikolojik etkileri derinleştirebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda BAÖ puanı ile yakın akraba kaybı ve maddi kayıp yaşama durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma sonuçlarına göre, 1995 Büyük Hanshin-Awaji Depremi'nden 16 yıl sonra bile yakınlarını kaybeden mağdurların, psikolojik uyum ve öznel refah düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (151). 6 Şubat 2023 depremlerinden etkilenen Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 299 yetişkin sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada akrabalarını kaybedenlerin BAÖ puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlenmiştir (141). Yakın akraba kaybı bireylerin psikolojik olarak daha çabuk etkilenmesine neden olmuş olabilir. Kişilerin yakınlarını kaybetmesi, gelecekte de buna benzer durumlar yaşayabileceği ile ilgili kaygı seviyelerinin artmasına neden olmuş olabilir. Valladares-Garrido ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada maddi kaybı olan kişilerin anksiyete seviyesi anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (133). Marmara Depremi'nden 6 yıl sonra Sapanca'da yapılan bir çalışmada, depremde yakını kaybeden ve mal kaybı yaşayan bireylerde orta ila şiddetli anksiyete düzeylerinin daha çok olduğu tespit edilmiştir (130). Çalışmamızın literatürden farklı olma nedeninin

yaşanılan depremin şiddeti ya da örneklem gruplarının farklılığı olabileceği kanısındayız.

Çalışmamızda deprem sonrası evinden uzak kalan ve kalmayan bireyler arasında anksiyete düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. 6 Şubat 2023 depremlerinden etkilenen Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 299 yetişkin sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde deprem sonrası evinden uzak kalan ve kalmayan bireyler arasında anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (141). Bulgularımız uyumlu çıkmıştır ve bu bulgular, yaşanılan mekânın değişmesinin her bireyde aynı psikolojik etkiyi yaratmadığını düşündürmektedir. Aynı şekilde barınma kaygısı yaşama durumu, daha önce deprem yaşayıp yaşamama ve depremi Hatay ya da başka bir ilde yaşamış olma durumu ile de BAÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu durum, bireylerin deprem gibi travmatik olaylar karşısında geliştirdikleri baş etme stratejilerinin, yaşanılan fiziksel koşullardan çok daha karmaşık ve çok boyutlu olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızın sonuçları deprem sonrası yaşanılan yerin bireylerin anksiyete düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığını göstermektedir. 6 Şubat depremlerinden sonra Hatay ilinde 400 depremzede vatandaş ile yapılan bir çalışmada her zaman oturdukları evde kalan katılımcılarda bütünlük anksiyete ve stres düzeyleri geçici barınakta kalan katılımcılara kıyasla daha düşük bulunmuştur (88). Adıyaman'da 6 Şubat depremlerinden sonra sağlık çalışanlarına yapılan çalışmada da deprem sonrası yaşanılan yerin anksiyete düzeyi üzerinde anlamlı etkisi olmadığı bulunmuştur (141). Kahramanmaraş depremlerinden yaklaşık 3 ay sonra 401 depremzede vatandaş ile yapılan bir tez çalışmasında deprem sonrası çadır veya konteynerde kalan katılımcıların BAÖ puanlarının, diğer yerlerde kalanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (131). Sonuçlarımızın Hatay ve Maraş çalışmaları ile uyumlu olmamasının nedeni örneklem gruplarımızın farklılığı olabilir. Nitekim deprem sonrası Adıyaman'daki sağlık çalışanları ile yapılan çalışma ile bizim bulgularımız paralellik göstermiştir. Bu da bize çalışma yapılan örneklem grubuna göre farklı sonuçlar elde edilebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda sosyal destek alan ve almayan bireyler arasında anksiyete düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sosyal destek mekanizmaları bireyler için önemli bir psikolojik kaynak olmasına rağmen, kısa vadede anksiyete düzeyleri üzerinde belirgin bir etki göstermemiş olabilir. Valladares-Garrido ve ark.'nın, Peru'nun Piura bölgesinde meydana gelen depremi yaşamış 177 yetişkin birey ile yaptığı bir çalışmada, sosyal destek alan ve almayan kişiler arasında anksiyete düzeylerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (133). 1999 Marmara Depremi sonrasında 586 depremzede bireyler ile gerçekleştirilen Şalcıoğlu ve ark.'nın 2003 tarihli çalışmasında, afet sonrası sürdürülen sosyal desteğin, bireylerin ruhsal iyilik hali üzerinde belirgin bir etkisi olduğu saptanmıştır (152). Bulgularımız literatürle büyük ölçüde uyumludur. Bununla birlikte Kahramanmaraş depremlerinden yaklaşık 3 ay sonra 401 depremzede birey ile yapılan bir tez çalışmasında deprem sonrası psikososyal destek alan katılımcıların BAÖ puanları, destek almayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (131). Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen bulguların söz konusu literatürle tam olarak örtüşmemesi, örneklem grubunun sadece asistan doktorlardan oluşması, bu grubun travmaya karşı daha güçlü baş etme mekanizmalarına sahip olabileceği ya da destek sistemlerine erişimde bireysel farklılıklar gibi etkenlerle açıklanabilir.

Araştırmamızda deprem sonrası psikiyatri doktoruna giden katılımcıların anksiyete seviyeleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. 2020 Elazığ depreminden sonra 320 depremzede birey ile yapılan bir tez çalışmasında deprem sonrası psikolojik destek alan katılımcıların BAÖ puanları, diğerlerine göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (146). 24 Ocak 2020 Elazığ Depremi sonrasında, 320 depremzede birey üzerinde yapılan bir tez çalışmasında deprem sonrasında psikolojik destek alan katılımcıların BAÖ puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (146). Bulgularımız literatür ile uyumludur. Psikiyatri doktoruna başvuran bireylerin, travmayı daha yoğun yaşayan veya anksiyete seviyeleri daha yüksek olan bireyler olması muhtemeldir.

Çalışmamızda deprem sonrasında psikiyatrik ilaç kullanan bireylerin anksiyete seviyelerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Psikiyatrik ilaç kullanma, anksiyetenin zaten yüksek olduğu bireylerde daha yaygın olabilir. Bu

nedenle, yüksek anksiyete seviyesine sahip bireyler, daha fazla destek arayışına girmiş olabilir.

Lazarus ve ark. göre, stres yalnızca dış etkenlerden kaynaklanmaz; bireylerin hassasiyeti, savunmasızlığı ve başa çıkma becerileri gibi kişisel faktörler de stresin oluşumunda önemli rol oynar (153). Bu nedenle, strese bağlı rahatsızlıkların önceden tahmin edilmesi ve önlenmesi sürecinde başa çıkma stratejilerinin kritik bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (126).

DSBÖ açısından çalışmamızda en yüksek puanı olumlu yeniden değerlendirme alt boyutu almıştır. İkinci sırada dini baş etme ve en az puanı alan baş etme yöntemi ise sosyal destek arama olmuştur. Özetle, katılımcılar deprem stresine karşı en çok olumlu yeniden değerlendirme yöntemini kullanırken en az sosyal destek alma yöntemine başvurmuşlardır. Nepal ve Afganistan gibi bazı düşük gelirli ülkelerde, sosyal destek arama alt boyutunun daha yaygın olarak kullanıldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (127). 2008 Wenchuan depreminden üç yıl sonra Cheng ve ark. tarafından yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında, düşük sosyal desteğin başa çıkma sürecinde daha fazla risk oluşturduğu tespit edilmiştir (154). 2020 İzmir depreminde depremzedelere müdahale eden 113 acil servis sağlık çalışanı (acil bölümde görevli doktor ve hemşireler) ile yapılan bir çalışmada katılımcılar, ölçeğin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundan en yüksek puanı almıştır; sırasıyla sosyal destek arama ve dini başa çıkma stratejilerini daha az sık kullanmışlardır (155). Kahramanmaraş depremlerinden yaklaşık 6 ay sonra, 522 depremzede sağlık çalışanına yapılan bir tez çalışmasında DSBÖ açısından daha çok olumlu yeniden değerlendirme puanları yüksek çıkmıştır (6). Yine 6 Şubat depreminden yaklaşık 8 ay sonra 11 deprem ilinde, depremzede 600 yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşireleri ile yapılan bir tez çalışmasında DSBÖ’de, “Dini Başa Çıkma” alt boyutunun puan ortalaması 16,62, “Olumlu Yeniden Değerlendirme” alt boyutunun puan ortalaması 17,85 ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutunun puan ortalaması 13,25 olarak belirlenmiştir. Yani bu çalışmada en çok dini baş etme yöntemi kullanılmıştır (7). Çalışmamız depremden sonra sağlık çalışanlarına yapılan tez çalışmaları ile genel olarak uyumludur. Deprem stresi ile baş etmede genelde en çok kullanılan yöntem olumlu yeniden değerlendirme olmuştur. Diğer çalışmalarla farklı sonuçlar elde etmemizin sebebi bizim çalışmamızın spesifik olarak asistan doktorlara yapılmış

olması ve depremden 1,5 yıl sonra yapılmış olması olabilir. Yaşanılan depremin şiddetinin farklılığı da etken olabilir.

Yaş ile DSBÖ ilişkisine baktığımızda çalışmamızda, sosyal destek arama alt boyutunda 30 yaş altı bireylerin puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, genç bireylerin zorlayıcı yaşam olayları karşısında sosyal destek mekanizmalarına daha fazla başvurduğunu göstermektedir. Buna karşın, 30 yaş üstü bireylerde sosyal destek arama puanlarının daha düşük çıkması, bu grubun daha bağımsız başa çıkma stratejileri geliştirdiğini veya destek aramaktan kaçınabileceğini düşündürmektedir. Nepal 2015 Depreminden 10 ay sonra 291 yetişkinden oluşan bir çalışmada yaşlı yetişkinlerde dini baş etmenin gençlere göre daha sık kullanıldığı ve bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (156). Keskin ve ark.'nın 2020 İzmir depreminde depremzedelere müdahale eden 113 acil servis sağlık çalışanına yaptığı bir çalışmada olumlu yeniden değerlendirme alt boyutunda, 26-30 yaş grubunun puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (155). 6 Şubat depremlerinden yaklaşık 3 ay sonra 191 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada 27 yaş ve üzerindeki öğrencilerin, olumlu yeniden değerlendirme ve sosyal destek arama alt boyut puanlarının, daha genç öğrencilere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (157). Deprem stresi ile baş etmede yaşa bağlı olarak kullanılan yöntemler her çalışmada farklılıklar göstermiştir. Bunun sebebi örneklem grubu farklılığı, depremin şiddeti ya da depremin üzerinden geçen süre farklılığı olabilir.

Çalışmamızda DSBÖ ile cinsiyet ilişkisine baktığımızda erkekler olumlu yeniden değerlendirme yöntemini daha sık kullanırken, kadınlar sosyal destek arama stratejisini daha fazla tercih etmektedir. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Nepal 2015 Depreminden 10 ay sonra 291 yetişkinden oluşan bir çalışmada kadınların dini baş etme stratejisini daha çok kullandığı bulunmuştur (156). Erdoğan ve ark.'nın, Balıkesir'de gerçekleşen 5.0 şiddetindeki depremin sabahında 234 depremzede birey ile yaptığı bir çalışmada DSBÖ alt puanlarından "Olumlu Yeniden Değerlendirme" alt boyutu puanının kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek çıktığı belirlenmiştir (2). 6 Şubat depremlerinden yaklaşık 3 ay sonra 191 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada kadın öğrencilerin sosyal destek arama alt boyutu puanlarının, erkek öğrencilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (157). 2020 İzmir depreminde depremzedelere müdahale eden 113 acil

servis sağlık çalışanına yapılan bir çalışmada erkeklerin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutunda daha yüksek puan aldığı belirlenmiş ve bu fark anlamlı bulunmuştur (155). Sonuçlarımız Kahramanmaraş ve İzmir alışmaları ile uyumlu çıkmıştır. Fakat diğer çalışmalar ile farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bunun nedeni araştırmanın yapıldığı grupların farklılığı ya da depremin şiddeti ve üzerinden geçen zamanın farklılığı olabilir. DSB alt boyutlarından alınan puanların cinsiyete göre farklılaşması; toplumsal cinsiyet rollerinden, sosyal beklentilerden veya bireylerin stresle başa çıkma biçimlerindeki biyolojik ve psikososyal farklılıklardan kaynaklanabilir.

Çalışmamızda DSB leği puanları ile medeni durum arasında da anlamlı farklılık saptanmamıştır. Balıkesir'de 2019'da meydana gelen deprem sonrasında 234 depremzede kişilere uygulanan bir çalışmada DSB açışından dini baş etme alt boyutu puanları ile medeni durum ilişkisinde anlamlı farklılık saptanmıştır (2). Keskin ve ark.'nın 2020 İzmir depreminde depremzedelere müdahale eden 113 acil servis sağlık çalışanına yaptığı çalışmada da aynı şekilde medeni durum ile DSB alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (155). Çalışmamız literatür ile uyumludur, çalışmaya katılan bireylerin kişisel baş etme stratejilerinde bireysel farklılıklar gösterdiği sonucuna varılabilir.

DSB alt boyutları meslekte çalışma yılına göre incelendiğinde, “Dini Baş Etme” ve “Olumlu Yeniden Değerlendirme” alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak, sosyal destek arama alt boyutu açışından 5 yıldan az mesleki deneyime sahip olanların puanlarının, 5 yıldan fazla deneyime sahip olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Bu durum daha az deneyime sahip asistan hekimlerin zor durumlarla baş ederken sosyal çevrelerine daha fazla yöneldiklerini dşndrebilir. 2020 İzmir depreminde depremzedelere müdahale eden 113 acil servis sağlık çalışanı (acil bölümde görevli doktor ve hemşireler) ile yapılan bir çalışmada mesleki deneyim ile deprem stresi ile baş etme stratejileri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (155). Bizim çalışmamız ile İzmir'deki çalışma genel olarak benzer sonuçlar vermiştir.

DSBÖ alt boyutları açısından incelediğimizde üç çalışma birimi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, bireylerin mesleklerinden bağımsız olarak benzer baş etme mekanizmaları geliştirdiklerini düşündürmektedir.

Yaptığımız çalışmada fiziksel kronik hastalık, evin hasar durumu, barınma kaygısı yaşama durumu ve evinden uzak kalma durumları ile DSBÖ alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

DSBÖ açısından ruh sağlığı sorunu olan bireylerin, dini baş etme ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerini ruhsal rahatsızlığı olmayan bireylere kıyasla daha az kullandıkları belirlenmiştir. Buna karşılık, sosyal destek arama alt boyutunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin travmatik olaylar karşısında daha kırılğan olduğunu ve özellikle dini baş etme ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerini daha az kullandıklarını göstermektedir. 2020 İzmir depreminde depremzedelere müdahale eden 113 acil servis sağlık çalışanı (acil bölümde görevli doktor ve hemşireler) ile depremden bir yıl sonra yapılan bir çalışmada ruhsal bir hastalığa sahip olma durumu ile baş etme stratejileri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (155). İzmir’de yapılan çalışma ile farklı sonuçlar elde etme sebebimiz İzmir’de yaşanan depremin şiddetinin daha az olması veya depremin üzerinden geçen sürenin yine bu çalışmada daha az olması olabilir.

DSBÖ alt kategorilerinden dini baş etme stratejileri açısından sigara ve alkol kullanan bireylerle kullanmayanlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sigara kullanan bireylerin, kullanmayanlara kıyasla dini baş etme puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edildi. Benzer şekilde, alkol kullanan bireylerin de dini baş etme puanları alkol kullanmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar, sigara ve alkol kullanan bireylerin stresle baş etme süreçlerinde dini mekanizmalara daha az yöneldiklerini göstermektedir. Diğer alt boyutlarda istatistiksel bir fark bulunmamıştır.

Depremin yaşanıldığı il ile DSBÖ alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. “Dini Baş Etme” alt boyutunda, Hatay’da depremi yaşayan bireylerin puanları, diğer bölgelerde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Travmanın şiddeti arttıkça bireylerin dini baş etme stratejilerine

yönelmelerinin değişebileceği, bazılarının dini inançlarına daha sıkı sarılırken bazılarının inanç sistemleriyle çelişkiye düşebileceği düşünülebilir. Depremi yaşanıldığı ilin sosyokültürel farklılıkları da baskın baş etme stillerinin farklı olmasına neden olabilir. Olumlu yeniden değerlendirme alt boyutunda, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sosyal destek arama alt boyutunda, depremi Hatay dışında yaşayan bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, Hatay'daki depremzedelerin sosyal destek aramaktan daha çekingen olabileceğini veya mevcut destek kaynaklarının yetersiz olabileceğini düşündürmektedir. Yoğun yıkım ve kayıpların yaşandığı bölgelerde, bireyler çevrelerindeki insanların da benzer travmalar yaşadığını gördükleri için sosyal destek arama konusunda daha tereddütlü davranabilirler.

DSBÖ alt boyutları puanları ile deprem anında bulunulan yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. 522 depremzede sağlık çalışanı ile yapılan bir tez çalışmasında da aynı şekilde DSBÖ ile deprem anında bulunulan yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (6). 6 Şubat depreminden sonra 11 deprem ilinde, 600 depremzede yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşiresi ile yapılan bir tez çalışmasında da aynı sonuç bulunmuştur (7). Sonuç olarak, çalışmamız ve literatürdeki benzer çalışmalar, deprem anında bulunulan yerin psikolojik tepkiler ve baş etme stratejileri üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu ve bireysel faktörlerin daha belirleyici olabileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca 6 Şubat depremi anında çoğu kişinin evde olması da sonuçları etkilemiş olabilir.

Enkaz altında kalma durumu ile; dini baş etme, olumlu yeniden değerlendirme ve sosyal destek arama alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. 2023 Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşamış olan hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da aynı şekilde enkaz altında kalma durumu ile anlamlı ilişki bulunmamıştır (157). Çalışmamızda ve hemşirelerle yapılan diğer çalışmada enkaz altında kalan kişi sayısı çok az olduğu için DSBÖ açısından anlamlı sonuçlar çıkmamış olabilir.

Depremde yaralanma durumu ile deprem stresi ile baş etme stilleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. 6 Şubat depremlerinden yaklaşık 3 ay sonra 191 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada depremde yaralanan öğrencilerin dini

başa çıkma stratejilerini anlamlı derecede daha yüksek düzeyde kullandıkları gözlemlenmiştir. Buna ek olarak depremde yaralanan öğrencilerin, sosyal destek arama stratejisi puanları diğer öğrencilere kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (157). Sonuçlarımızın literatürden farklı çıkma sebebi örneklem gruplarımızın farklılığı ya da bizim çalışmamızın depremden yaklaşık 1,5 yıl sonra yapılmış olması olabilir. Diğer çalışmada depremin etkileri daha taze olduğu için anlamlı sonuç vermiş olabilir. Başa çıkma stratejilerinin kişisel faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebileceği unutulmamalı ve bireysel özellikleri dikkate alan destek programları oluşturulmalıdır.

Deprem stresi ile baş etme stratejileri açısından deprem esnasında yaşanan ölüm korkusunun şiddeti arttıkça olumlu yeniden değerlendirme puanlarının anlamlı şekilde düştüğü görülmüştür. Ölüm korkusu arttıkça bireylerin dini baş etme ve sosyal destek arama stratejilerini kullanma seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür. Bu sonuç, bireylerin ölüm korkusunun yoğunluğuna bakılmaksızın dini baş etme ve sosyal destek arama stratejilerini benzer düzeyde kullandıklarını göstermektedir. 6 şubat depremlerinden sonra depremzede sağlık çalışanlarına yapılan bir tez çalışmasında deprem sırasında ölüm korkusunu “çok şiddetli” veya “hiç korku yaşamadım” şeklinde belirten katılımcıların, dini başa çıkma yöntemini daha fazla kullandıkları tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, diğer alt boyutlar açısından ise anlamlı bir fark gözlenmemiştir (6). Bu bağlamda, çalışmamızın bulguları olumlu yeniden değerlendirme açısından farklılık gösterse de dini baş etme ve sosyal destek arama stratejileri ile ilgili literatürle kısmen uyumludur. Çalışmamız ve literatürdeki diğer çalışmalar deprem gibi travmatik olaylarda bireylerin baş etme yollarının hem içsel duygusal süreçlerine hem de sosyal/dini faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

DSBÖ alt boyutları açısından, yakın gelecekte olabilecek bir depremi düşünülerek yaşanan farklı korku seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. 6 şubat depremlerinden sonra depremzede sağlık çalışanlarına yapılan bir tez çalışmasında da DSBÖ alt boyutları ile deprem kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (6). Çalışmamızın bulguları yapılan diğer tez çalışmasının bulguları ile uyumlu çıkmıştır. Deprem kaygısının baş etme stratejileri üzerinde doğrudan

belirleyici olmadığı ve bireylerin baş etme mekanizmalarının korku seviyelerinden bağımsız olabileceği tespit edilmiştir.

DSBÖ açısından, çalışmamızda yakın akraba kaybı ve maddi kayıp yaşama durumları ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. 6 Şubat depremlerinden yaklaşık 3 ay sonra Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesinde okuyan 191 depremzede hemşirelik bölümü öğrencisi ile yapılan bir çalışmada depremde birinci derece akraba kaybı yaşayan öğrencilerin dini başa çıkma ve sosyal destek arama alt boyut puanlarının anlamlı derecede daha yüksek, buna karşın olumlu yeniden değerlendirme alt boyut puanlarının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir (157). Erdoğan ve ark.'nın Deprem Stresi ile Başa Çıkma adlı çalışmasında olumlu yeniden değerlendirme alt boyutunda can kaybı yaşayan bireyler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve bu başa çıkma yöntemini daha az kullandıkları tespit edilmiştir (2). Bu iki çalışmanın sonuçları benzer çıkmıştır ve yakınlarını kaybedenler olumlu yeniden değerlendirme yöntemini diğerlerine göre daha az kullanmıştır. Yakınlarını kaybedenler yaşanan acıyı olumlu perspektiften değerlendirmede zorluk yaşamış olabilirler. Fakat bizim çalışmamızda, yakın akraba kaybı ve maddi kaybın baş etme stratejileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bu durum, travmatik kayıpların bireylerin psikolojik süreçleri üzerindeki etkisinin karmaşık olduğunu ve başa çıkma mekanizmalarının bireysel faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir.

DSBÖ açısından, bireylerin deprem sonrası yaşadıkları yerin baş etme stratejileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Aynı şekilde 6 şubat depremlerinden sonra depremzede sağlık çalışanlarına yapılan bir tez çalışmasında da DSBÖ alt boyutları ile deprem sonrası yaşanan yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (6). Elde ettiğimiz bu sonuçlar literatürle uyumludur.

Çalışmamızda sosyal destek alma durumunun dini baş etme, olumlu yeniden değerlendirme ve sosyal destek arama stratejileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur.

DSBÖ alt kategorilerinden olan olumlu yeniden değerlendirme puanları deprem sonrası psikiyatri doktoruna gitmeyen bireylerde anlamlı yüksek bulunmuştur. Fakat sosyal destek arama alt boyutunda ise psikiyatri doktoruna giden katılımcıların

anlamli düzeyde yuiksek cikmiftir. Dini bas etme kategorisinde anlamli bir farklılık bulunmamiftir. 6 Őubat depremlerinden sonra depremzede sağlık çalışanlarına yapılan bir tez çalışmasında deprem sonrasında psikolojik destek almayan bireylerin, deprem stresiyle bařa çıkmada olumlu yeniden değerlendirme alt boyutunu daha fazla kullandıkları belirlenmiştir (6). Bizim alışmamızda da aynı sonuç çıkmıştır. Bu sonuçlar, psikiyatrik destek alan bireylerin travmayı olumlu değerlendirme konusunda zorlanabildiğini fakat sosyal destek mekanizmalarından daha fazla faydalandığını dūřündürmektedir.

Olumlu yeniden değerlendirme ve dini bas etme stratejileri psikiyatrik ilaç kullanmayan bireylerde daha fazla kullanılmıştır ve bu fark istatikselsel olarak anlamli bulunmuştur. Sosyal destek arama alt boyutunda psikiyatrik ilaç kullananlar daha fazla puan almış fakat bu farklılık anlamli bulunmamıştır. Bu da bize psikiyatrik destek almayan bireylerin alternatif bařa çıkma mekanizmalarına yuoneldiklerini gosterabilir. 6 Őubat depremlerinden sonra depremzede sağlık çalışanlarına yapılan bir tez çalışmasında psikiyatrik ilaç kullanmayan bireylerin, deprem stresiyle bařa çıkmada olumlu yeniden değerlendirme alt boyutunu daha fazla kullandıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu tespit edilmiştir (6). Sonuçlarımız literatürle genel olarak uyumludur. Bu sonuçlar, travmayla bas etmede kişisel inanç sistemleri ve bilişsel yeniden çerçeveleme sūrelerinin uonemli olduğunu gostermektedir.

Çalışmamızda BAÖ'den alınan puanlar ile DSBÖ alt boyutlarından alınan puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında; dini bas etme ile anksiyete düzeyi arasında negatif korelasyon ve anlamli bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, dini bas etme stratejisini daha fazla kullanan bireylerin anksiyete seviyelerinin daha dūřuk olduğunu gosterabilir. Bireylerin travmatik bir olay sonrası dini inanç ve ritüellere yuonnelmesi, onlara psikolojik bir rahatlama sağlayarak anksiyete düzeylerini dūřurebilir. Ancak korelasyon katsayısının (-0,153) dūřuk olması, bu ilişkinin gūlü olmadığını, yani dini bas etmenin anksiyete uzerinde sınırlı bir etkisinin olduğunu gostermektedir. Olumlu yeniden değerlendirme ile anksiyete düzeyi arasında negatif gūlü korelasyon ve anlamli bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, travmayı daha olumlu bir çerçevede değerlendirebilen bireylerin daha dūřuk anksiyete seviyelerine sahip olduğunu gostermektedir. Olumlu yeniden değerlendirme, bireylerin travmatik olaylardan ders çıkarmalarını ve yaşadıkları olayları yeniden anlamlandırmalarını sağlayan bir bařa

çıkma stratejisidir. Sosyal destek arama ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Deprem sonrası psikiyatri doktoruna gitme durumu ve psikiyatrik ilaç kullanma durumlarının cinsiyet ile ilişkisi incelendiğinde kadınların, psikiyatri doktoruna gitme ve psikiyatrik ilaç kullanma konusunda erkeklere kıyasla daha yüksek oranlara sahip olduğu ve bu farklılığın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yine Marmara Depremi sonrasında kadınların ruh sağlığı hizmetlerine (psikiyatri doktoru, psikolog vb.) başvuruda daha yüksek oranlara sahip olduğu, ilaç kullanımının da orantılı şekilde arttığı belirtilmiştir (158). 1995 Dinar Depremi sonrasında yapılan çalışmalar, kadınların psikolojik desteğe daha fazla başvurduğunu ortaya koymuştur (159). Sonuçlarımız literatürle uyumlu çıkmıştır. Bu bulgular, kadınların ruh sağlığı hizmetlerine erişim konusunda daha fazla istekli olduğunu ve travma sonrası destek arayışında daha aktif olduklarını düşündürmektedir.

Meslekte 5 yıldan az süredir çalışanların deprem sonrası psikiyatri doktoruna başvurma oranları 5 yıldan fazla çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, mesleki deneyimin stresle başa çıkma becerilerini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Yeni çalışanlar, deprem sonrası yoğun sorumluluk ve belirsizlikle baş etmekte daha fazla zorlanabilirler. Genç sağlık çalışanları, afet sonrası sahada daha az deneyime sahip oldukları için yüksek kaygı ve stres yaşayabilirler. Kıdemli çalışanlar, benzer kriz durumlarıyla daha önce karşılaşmış veya mesleki deneyim sayesinde stres yönetiminde daha etkin başa çıkma stratejileri geliştirmiş olabilirler. Deprem gibi büyük ölçekli afetlerde, kıdemli personelin deneyimi stresle başa çıkmada avantaj sağlayabilir. Yeni çalışanlara yönelik ek eğitim ve psikolojik destek programları planlanmalıdır.

Çalışmamızda deprem sonrası bireylerin barınma kaygısı yaşama durumları ile kaldıkları yer (kendi evi, konteyner/prefabrik, akraba yanı) arasındaki ilişki incelenmiştir. Konteyner/prefabrik evde kalanların ve akrabalarının yanında kalanların barınma kaygısı kendi evinde kalan bireylere göre çok daha fazla çıkmış ve bu farklılık anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, deprem sonrası kalınan yerin, bireylerin barınma kaygısı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Geçici barınma alanlarında (konteyner/prefabrik, akraba yanı) kalan bireylerin, evsiz kalma, yaşam

koşullarının belirsizliği, mahremiyet eksikliği, güvenlik endişeleri gibi nedenlerle daha yoğun barınma kaygısı yaşadıkları anlaşılmaktadır. Bu sebepten dolayı geçici barınma çözümleri sunulurken sadece fiziki yeterlilik değil, psikolojik güvenlik ve uzun vadeli belirsizlikleri azaltacak önlemler de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu doğrultuda, konteyner gibi geçici çözümlerde kalan bireylere yönelik psikososyal destek hizmetleri planlanması önemlidir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Sadece bir merkezde ve sınırlı sayıda asistan hekimle gerçekleştirildiği için, daha geniş örneklemler ve çok merkezli çalışmalarla bulguların genellenebilirliği desteklenmelidir. Katılımcıların daha önceki ruh sağlığı geçmişleri ve deprem öncesindeki anksiyete düzeyleri bilinmediğinden, depremin ruhsal etkileri tam olarak izole edilememiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremlerden doğrudan etkilenen Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde görev yapan asistan hekimlerin anksiyete düzeylerini ve deprem stresine karşı geliştirdikleri baş etme stratejilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiş olup elde edilen bulgular, afet sonrası ruh sağlığı açısından önemli ipuçları sunmuştur.

Araştırmamıza katılan asistan doktorların 1/3'ünde orta veya şiddetli düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. Anksiyete seviyesinin artmasında birçok faktör etkili olabilmektedir. Kadın cinsiyetin, fiziksel ve ruhsal kronik hastalığı olan bireylerin ve deprem sonrası psikiyatrik destek alanların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ek olarak deprem esnasında yaşanan korku ve gelecekte olabilecek bir deprem düşünülerek yaşanan kaygı düzeyleri ile anksiyete seviyeleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Deprem stresiyile başa çıkmada katılımcıların en sık başvurduğu strateji “olumlu yeniden değerlendirme”, en az tercih edilen yöntem ise “sosyal destek arama” olmuştur. DSBÖ alt boyutlarından alınan puanlara bakıldığında yaş, cinsiyet, mesleki deneyim, ruhsal kronik hastalık öyküsü, sigara ve alkol kullanımı, depremin yaşanıldığı il, psikiyatrik destek alma değişkenleri ile anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Dini baş etme stratejisi kullananların anksiyete düzeyinin düşük seviyede olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde olumlu yeniden değerlendirme yöntemini kullananların anksiyete düzeyi düşük bulunmuştur.

Bireysel psikososyal özelliklerin ve kişisel baş etme mekanizmalarının, afete bağlı psikolojik etkilerin şiddetinde belirleyici rol oynadığı görülmüştür. Ayrıca, sadece tıbbi değil aynı zamanda manevi ve sosyal destek sistemlerinin de afet sonrası ruh sağlığında koruyucu etkiler yaratabileceği görülmüştür.

Depremzede olarak karşılaştıkları zorlukların yanı sıra, afetzedelere tıbbi bakım sağlama sürecinde maruz kaldıkları ağır koşullar, doktorları fiziksel ve psikolojik olarak derinden etkilemiştir.

Afet sonrası sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik destek hizmetleri, yalnızca akut döneme değil, uzun vadeye yayılacak şekilde planlanmalıdır. Özellikle kronik hastalığı olanlar, kadın sağlık çalışanları ve daha önce psikiyatrik destek almış bireyler öncelikli gruplar olarak değerlendirilmelidir.

Olası travmatik olaylara karşı baş etme becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim programları, tıp fakültelerinde ve asistanlık eğitimi sürecinde yapılandırılmalıdır. Bu programlarda olumlu yeniden değerlendirme ve inanç temelli baş etme stratejileri gibi koruyucu mekanizmaların güçlendirilmesi amaçlanabilir.

Anksiyete düzeyi yüksek bireylerin sadece medikal tedavi ile değil, psikoeğitim, grup terapisi, dini rehberlik gibi multidisipliner yaklaşımlar ile desteklenmesinin daha etkili sonuçlar doğurabileceğini düşünmekteyiz.

Kurumsal sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ile özellikle afet sonrası izolasyon, belirsizlik ve tükenmişlik gibi duygularla mücadelede etkin olunabilir. Sağlık kuruluşlarında bu destek mekanizmalarının yapılandırılması ve geliştirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Özdoğan S. Türkiye'nin deprem bölgeleri. Türkiye Coğrafyası Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi. 1993;2:53-68.
2. Erdoğan CN, Aksoy ÖN. Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejileri Balıkesir Örneği. Sosyal Bilimler Akademi Dergisi. 2020;3(2):88-103.
3. Maden S. 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş'ta Yaşanan Depremler Ekseninde Türkiye'de Deprem Haberciliğine Bakış: Prof. Dr. Süleyman İrvan ile Söyleşi. Etkileşim. (11):406-20.
4. Taşçı GA, Özsoy F. Deprem travmasının erken dönem psikolojik etkileri ve olası risk faktörleri. Cukurova Medical Journal. 2021;46(2):488-94.
5. Ajansı A. Sağlık Bakanı Depremde Hayatini Kaybeden Sağlık Çalışanı Sayısını Açıkladı. 2023 [
6. Aksoy Y. Kahramanmaraş Merkezli Depremi Yaşamış Depremzede Sağlık Çalışanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyi ve Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejilerinin Değerlendirilmesi. Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2024.
7. Aytemiz S. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremini Yaşayan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri ve Karşılanamayan Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gaziantep: Sanko Üniversitesi; 2024.
8. Taşar B. 6 Şubat Depremlerini Yaşayan Doktorlarda Travmatik Stres Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin İncelenmesi. Adana: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2023.
9. Çelik N. 6 Şubat Pazartesi Pazarcık Merkezli Kahramanmaraş'ta Meydana Gelen Depremlerden Etkilenmiş KSÜ Hastanesindeki Depremzede Sağlık Çalışanlarının Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Psikolojik Dayanıklılık Ve Stresle Baş Etme Yöntemleri Açısından Değerlendirilmesi. Kahramanmaraş: T.C Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2024.
10. Varol N, Gültekin T. Afet antropolojisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;15(59).
11. Bulut A. Doğal Afetler ve Ruh Sağlığı İlişkisi. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi. 2023;5(3):265-73.
12. Organization WH. Western Pacific Regional framework for action for disaster risk management for health. 2015.

13. Şahin C. Doğal afetler ve Türkiye: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık; 2002.
14. Erkal T, Değerliyurt M. Türkiye’de afet yönetimi. Doğu Coğrafya Dergisi. 2009;14(22):147-64.
15. Ergünay O. Afete hazırlık ve afet yönetimi. Türkiye Kızılay Derneği Genel Müdürlüğü Afet Operasyon Merkezi (AFOM), Ankara. 2002.
16. Morganstein JC, Ursano RJ. Ecological disasters and mental health: causes, consequences, and interventions. *Frontiers in psychiatry*. 2020;11:1.
17. Koçkan Ç. Doğal Afet Risk Yönetimi. 3. Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı. 2015:14-6.
18. Selvi Ö, Aslan A. 6 Şubat 2023 Maraş Depreminde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Travma Sonrası Stres ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkilerinin Değerlendirilmesi. *Middle Black Sea Journal of Communication Studies*. 2024;9(1):1-18.
19. Jang SJ, Kim H, Lee H. Mental health nurses’ disaster nursing competencies: a cross-sectional study. *International journal of mental health nursing*. 2022;31(1):142-52.
20. Erdoğan B. Depremin sosyolojisi: 6 Şubat felaketinin toplumsal ve kültürel boyutları. TRT Akademi. 2023;8(18):718-25.
21. Cin M. Sınıf Öğretmeni Adaylarının Doğal Afetler ile İlgili Yanılgıları. *Marmara Coğrafya Dergisi*. 2013(22):70-81.
22. Öztürk MK. Sınıf öğretmeni adaylarının deprem deneyimleri üzerine bir araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013;28(28-1):308-19.
23. Hussain E, Kalaycıoğlu S, Milliner CWD, Çakir Z. Preconditioning the 2023 Kahramanmaraş (Türkiye) earthquake disaster. *Nat Rev Earth Environ*. 2023;4(5):287-9.
24. Gökçen O, Karataş KS, Akkuş M, Dönmez F, Aydoğan Ç, Aydoğan E. Secondary Traumatic Stress Symptoms in Social Media Users after the February 6, Kahramanmaraş Türkiye Earthquakes: The Relationship Social Media Addiction, Depression, Anxiety and Stress Symptom Levels. *Turk Psikiyatri Derg*. 2024;35(4):263-70.
25. Yapıcı G, Özdemir ÖÖ, Söker AB, Uğuz BE, Erdal D, Kurnaz Ş, et al. Kahramanmaraş ve Hatay Depremlerinin Ardından Mersin’de Depremzedelerin Yaşadığı Geçici Toplu Yerleşim Yerleri Hızlı Değerlendirme Raporu. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2023;13(2):469-81.

26. Duruel M. Afetlerde göçmen olmak: 6 Şubat depremi Hatay örneği. *Mukaddime*. 2023;14(2):227-55.
27. Erdemir AG, İdilman İS, Çifçi GÇ, Yıldız AE, Demirkazık F, Onur MR, et al. Imaging in crush injury: a spectrum of findings in survivors of the twin earthquakes on February 6, 2023. *Emergency radiology*. 2023;30(4):513-23.
28. Alomari O. Why vaccinations should be a top priority in earthquake relief efforts. *The Lancet*. 2023;401(10384):1263-4.
29. Ata NS. Kahramanmaraş Merkezli 6 Şubat Depremlerinin Kriz Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi. *Meriç Uluslararası Sosyal ve Stratejik Araştırmalar Dergisi*. 2023;7(Özel Sayı):59-77.
30. Sönmez MB. Deprem psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme. *Totbid Dergisi*. 2022;21(3):337-43.
31. Makwana N. Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of family medicine and primary care*. 2019;8(10):3090-5.
32. Soames Job R. The effects of uncontrollable, unpredictable aversive and appetitive events: Similar effects warrant similar, but not identical, explanations? *Integrative Physiological & Behavioral Science*. 2002;37(1):59-81.
33. Lee JY, Kim SW, Kim JM. The impact of community disaster trauma: a focus on emerging research of PTSD and other mental health outcomes. *Chonnam medical journal*. 2020;56(2):99.
34. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.
35. Yıldız B, Akkoyun AZ. Deprem sonrası psikiyatrik destek. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2023;8(2):817-20.
36. Altınöz A, Kaptanoğlu C. İnsan kaynaklı kitlesel travmatik olaylar ardından gelişen ruhsal durumlar ve bozukluklar. *Psikiyatride Güncel*. 2018;8(1):1-8.
37. Karakiş S, Karaaziz M. Türkiye’de Deprem Kaygısı, Anksiyete, Stres Ve Depresyon İlişkisinin Psikolojik Esneklik Açısından İncelenmesi. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*. 2024;8(2):131-44.
38. Erbil DD, Hazer O, Akçam E, Akkoyun S. Bireylerin Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejilerinin İncelenmesi: Kahramanmaraş Depremleri Örneği. *Türk Deprem Araştırma Dergisi*. 6(2):434-51.
39. Karakuş U. Depremi Yaşamış ve Yaşamamış Öğrencilerin Deprem Algılarının, Metafor Analizi ile İncelenmesi. *Doğu Coğrafya Dergisi*. 2013;18(29):97-116.

40. Asgary A, Willis KG. Household behaviour in response to earthquake risk: An assessment of alternative theories. *Disasters*. 1997;21(4):354-65.
41. Karaşin Y, Filiz M, Karagöz Y. Depreme yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Afet ve Risk Dergisi*. 2023;6(2):548-61.
42. Gluckman P. Psychosocial effects of the earthquake. Erişim Tarihi: <http://www.stuff.co.nz/the-press/opinion/perspective/6892800/Psychosocial-effects-of-the-earthquakes> Erişim Tarihi. 2012;10:2022.
43. Filiz M, Karagöz Y, Karaşin Y. Depreme Maruz Kalan Bireylerin Psikolojik Etkilerini Belirlemeye Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2023(33):236-50.
44. Johannesson E, Simrén M, Strid H, Bajor A, Sadik R. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*. 2011;106(5):915-22.
45. Demircioğlu M, Şeker Z, Aker AT. Psikolojik ilk yardım: Amaçları, uygulanışı, hassas gruplar ve uyulması gereken etik kurallar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2019;11(3):351-62.
46. Özkan B, Çetinkaya Kutun F. Afet psikolojisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8 (3), 249-256. 2021.
47. Direk N, Yüksel Ş. Travma sonrası erken dönemde etkin tedaviler: psikoterapi ve psikofarmakoloji. *Psikiyatride Güncel*. 2018;8(1):37-45.
48. Yavrutürk AR. Deprem Psikososyal Destek Çalışmalarında Görev Alan Psikolojik Danışmanların Deneyimlerine Yönelik Nitel Bir Çalışma. *Kapadokya Eğitim Dergisi*.5(2):196-211.
49. Aker A, Işık E. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım. *Akdeniz F. Aile Hekimleri İçin Psikiyatri'de* (1 Baskı, ss 179-203). 2017.
50. Başterzi A, Yılmaz B, Yüksel Ş. Kitlemel travmalar ve afetlerde ruhsal hastalıkları önleme, müdahale ve sağaltım kılavuzu. 2021.
51. Manav F. Kaygı kavramı. 2011.
52. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):319-25.
53. derneği tp. <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/25/yaygin-anksiyete-bozuklugu> (t.y) [Available from: <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/25/yaygin-anksiyete-bozuklugu>].
54. Dağ İ. Psikolojinin ışığında kaygı. *Doğu Batı Düşünce Dergisi*. 1999;6:181-9.

55. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı İstanbul: Remzi Kitabevi. Basım; 1991.
56. Özer K. Kaygı: Sınanma duygusuyla baş edebilme: Sistem Yayıncılık; 2008.
57. Association AP. American psychiatric association. 2019.
58. Irwin S, Hirst J, Block S, Savarese D, Hermann R. Overview of anxiety in palliative care. Uptodate. 2017.
59. Baldwin D, Stein M, Hermann R. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate [Internet] Waltham (MA): UpToDate. 2018.
60. Wolgensinger L. Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(3):347-51.
61. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. 2000.
62. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Archives of general psychiatry. 2003;60(8):837-44.
63. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005;62(6):617-27.
64. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(5):355-64.
65. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. J Clin Psychiatry. 2002;63 Suppl 8:24-34.
66. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602.
67. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, 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.
68. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Comorbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. Psychol Med. 2008;38(3):365-74.

69. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-79.
70. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):357-76.
71. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(5):465-75.
72. Roemer L, Molina S, Borkovec TD. An investigation of worry content among generally anxious individuals. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(5):314-9.
73. Naragon-Gainey K, Gallagher MW, Brown TA. A longitudinal examination of psychosocial impairment across the anxiety disorders. *Psychol Med.* 2014;44(8):1691-700.
74. Kessler RC, DuPont RL, Berglund P, Wittchen HU. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Am J Psychiatry.* 1999;156(12):1915-23.
75. Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, Montgomery SA, Kessler RC. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol.* 2000;15(6):319-28.
76. birliği Ap. 2022 [Available from: Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. baskı, Metin Revizyonu (DSM-5-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, 2022.
77. Weissman MM, Verdelli H, Gameroff MJ, Bledsoe SE, Betts K, Mufson L, et al. National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(8):925-34.
78. Michelle Craske P, Bystritsky, MD. Yetişkinlerde yaygın anksiyete bozukluğu 2024 [Available from: https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management?search=anksiyete%20tedavisi&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1.
79. gazete R. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel MÜdÜrlüğu 2009 [Available from: Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel MÜdÜrlüğu from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090718-5.htm>.
80. Buğdaycı R, Kurt AÖ, şaşmaz T, Öner S. Mersin İli'nde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni.* 2007;26(1):32-6.

81. Newbury-Birch D, Kamali F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgraduate medical journal*. 2001;77(904):109-11.
82. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *Jama*. 2003;289(23):3161-6.
83. Birliği TT. TTB. Asistan Hekimin Hakları Var! Talep Ediyoruz: Nitelikli Uzmanlık Eğitimi. 2015. 2015 [Available from: TTB. Asistan Hekimin Hakları Var! Talep Ediyoruz: Nitelikli Uzmanlık Eğitimi. 2015.
84. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *Bmj*. 1994;309(6964):1261-3.
85. Khuwaja AK, Qureshi R, Azam S. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. *Journal of Pakistan medical association*. 2004;54(2):45.
86. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2006;20(3):157-64.
87. Nakajima Ş. Deprem ve sonrası psikolojisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2012;28(2):150-5.
88. Okray Z, Es FY. Kamu Politikası Bağlamında 6 Şubat Depremi Hatay'da Yaşayan Bireylerin Deprem Sonrası Travma, Bütünleşik Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi*. 2024;15(2):181-95.
89. Cerdá M, Paczkowski M, Galea S, Nemethy K, Péan C, Desvarieux M. psychopathology in the aftermath of the haiti earthquake: A population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression. *Depression and anxiety*. 2013;30(5):413-24.
90. Gökçen O, Karataş Ks, Akkuş M, Dönmez F, Aydoğan Ç, Aydoğan E. Altı Şubat Kahramanmaraş Depremleri Sonrası Sosyal Medya Kullanıcılarında İkincil Travmatik Stres Belirtileri: Sosyal Medya Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete ve Stres Belirti Düzeyleri ile İlişkisi. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2024;35(4).
91. Özdemir F. Deprem Kaygısı ve Psikolojik Esneklik: Türkiye'deki Yetişkin Bireyler Üzerine Bir Araştırma. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2020;6(3):372-90.
92. Açıkgöz S. Depresyon, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunun psikolojik sağlamlık/dayanıklılık ile ilişkisi. *İstanbul Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*. 2019.

93. Arslan G, Yıldırım M. Deprem Kaygısı ve Psikolojik Esneklik İlişkisi: Bir Öz-Değerlendirme Çalışması. *Kriz Dergisi*. 2020;28(1):53-64.
94. Özyeşil Z, Altın M. Psikolojik esneklik, anksiyete ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi İnsan Bilimleri Dergisi*. 2018;10(1):595-614.
95. Soylu N, Kılıç C. Anksiyete ve stresle başa çıkmada psikolojik esnekliğin rolü: Klinik bir inceleme. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2017;24(4):278-90.
96. Sungur MZ HC. Deprem sonrası ortaya çıkan tepkiler ve kendi kendine yardım yöntemleri. Özel baskı, İstanbul: Reklam Yayıncılık; 2011. 2011 [Available from: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Sungur+MZ%2C+Herbert+C.+Deprem+sonras%C4%B1+ortaya+%C3%A7%C4%B1kan+tepkiler+ve%0Akendi+kendine+yard%C4%B1m+y%C3%B6ntemleri.+%C3%96zel+bask%C4%B1%2C+%C4%B0stanbul%3A+Reklam%0AYay%C4%B1nc%C4%B1k%3B+2011.&ie=UTF-8&oe=UTF-8&dlnr=1&sei=X0KbZ9ffCrG4i-gPggqqpQE>].
97. Canlı D, Yılmaz F. Deprem Sonrasında Bireylerin Deprem Kaygısı, Ölüm Kaygısı ve Psikolojik Sağlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Evaluation of Earthquake Anxiety, Death Anxiety and Psychological Resilience Levels of Individuals After Earthquake*. *Bozok Tıp Dergisi*. 2024;14(1):9-17.
98. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.
99. <https://www.uptodate.com/contents/authors-and-editors/patient-education>. Patient education: Stress (The Basics) [Available from: https://www.uptodate.com/contents/stress-the-basics?search=stres&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2].
100. Baltaş AB-Z. Stres ve başa çıkma yolları: Remzi Kitap Evi; 2021.
101. Demir AH. İlköğretim öğrencilerinde stres yaratan yönetici davranışları ve öğrencilerin başa çıkma davranışları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2002.
102. Balcıoğlu İ, Savrun M. Stres ve hormonlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*. 2001;2(1):43-50.
103. Amole B, Adebisi S, Dakare O. Multi-criteria decision analysis of occupational stress among healthcare professionals in Nigeria. *Progress in Health Sciences*. 2018;8(1):109-21.
104. Sousa CCd, Araújo TMD, Lua I, Gomes MR. Occupational stress and job dissatisfaction with health work. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2019;32:18.

105. Obasohan MO, Ayodele KO. Assessment of job stress among clinical health workers in three selected health-care industries in Lagos State, Nigeria. *IFE Psychologia: An International Journal*. 2014;22(2):58-63.
106. Fiabane E, Giorgi I, Musian D, Sguazzin C, Argentero P. Occupational stress and job satisfaction of healthcare staff in rehabilitation units. *Med Lav*. 2012;103(6):482-92.
107. Li L, Hu H, Zhou H, He C, Fan L, Liu X, et al. Work stress, work motivation and their effects on job satisfaction in community health workers: a cross-sectional survey in China. *BMJ open*. 2014;4(6):e004897.
108. Oginska-Bulik N. Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2006;19(2):113.
109. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro PHV. Occupational stress among health workers of a university hospital. *Revista gaucha de enfermagem*. 2018;39:e65127.
110. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2008:169-78.
111. Bamber M, McMahon R. Danger—Early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2008;15(2):96-112.
112. Makames RA, Alkoot EM, Al-Mazidi BM, El-Shazly MK, Kamel MI. Sources and expressions of stress among physicians in a general hospital. *Alexandria Journal of Medicine*. 2012;48(4):361-6.
113. Familoni O. An overview of stress in medical practice. *African health sciences*. 2008;8(1):6-7.
114. Yang S, Meredith P, Khan A. Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian journal of psychiatry*. 2015;15:15-20.
115. d’Ettorre G, Greco M. Organizational interventions as a strategy to prevent work related stress among mental health workers. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2015;17(3):640-3.
116. Lin HS, Probst JC, Hsu YC. Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(15-16):2342-54.

117. Yehya A, Sankaranarayanan A, Alkhal A, Al Naemi H, Almeer N, Khan A, et al. Job satisfaction and stress among healthcare workers in public hospitals in Qatar. *Archives of environmental & occupational health*. 2020;75(1):10-7.
118. Tutar H. *Kriz ve stres ortamında yönetim: Hayat*; 2000.
119. İştar E. Stres ve verimlilik ilişkisi. *Akademik Bakış Dergisi*. 2012;33(1):1-21.
120. Aydoğan A. Stresi Nasıl Yenerim?-2. *Milliyet Gazetesi*. 2002;28:2002.
121. Biray ř. *BY Kadınların Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri ve Etkileyen Faktörler. Bildiri Özet Metin Kitabı*.51.
122. AT A. *Ruhsal Travma ve Kuramlar, Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım*. 2017.
123. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893.
124. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163.
125. Avcı MG. Beck Anksiyete Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ege Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı; 1995.
126. Yöndem ZD, Altay E. Deprem Stresi ile Başetme Stratejileri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. 2008.
127. Özgölet Bm, Utkucu M. Depremin yıkıcı etkisiyle başa çıkmada etkili olan etkenler. *Academic Perspective Procedia*. 2021;4(2):89-98.
128. Sehlikoğlu ř, Yılmaz Karaman IG, Yastıbaş Kaçar C, Canakci ME. Deprem ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı: Bir sistematik derleme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2023;26(4):309-18.
129. Thapa P, Acharya L, Bhatta BD, Paneru SB, Khattri JB, Chakraborty PK, et al. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder after earthquake. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2018;16(1):53-7.
130. Önsüz MF, Topuzoğlu A, İkişık H, Karavuş M, editors. *Marmara Depreminden Altı Yıl Sonra Sapanca'da Travma Sonrası Stres ve Anksiyete Bozukluklarının Değerlendirilmesi. Yeni Symposium*; 2009.
131. Kurtoğlu HD. *2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremler Sonrası Depremzedelerde Posttravmatik Stres Bozukluğu, Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2023.

132. Koçak M. 2. ve 3. Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Uzman Doktorların Beck Anksiyete Skorlarının Saptanması. İstanbul; 2016.
133. Valladares-Garrido MJ, Zapata-Castro LE, Domínguez-Troncos H, García-Vicente A, León-Figueroa DA, Zila-Velasque JP, et al. Mental Health Disturbance after a Major Earthquake in Northern Peru: A Preliminary, Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14).
134. Akman EE. Bir Üniversite Hastanesinde Depremzede Hastalara Hizmet Veren Sağlık Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2023.
135. Brewin CB, Firth-Cozens J. Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1997;2(3):242.
136. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of. *Am J Psychiatry*. 1987;144(12):1561-6.
137. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Diseases of the nervous system*. 1975.
138. Kurt O, Deveci SE, Oguzoncul AF. Levels of anxiety and depression related to COVID-19 among physicians: An online cross-sectional study from Turkey. *Ann Clin Anal Med*. 2020;11(Supplement 3):S288-S93.
139. Tang B, Liu X, Liu Y, Xue C, Zhang L. A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC public health*. 2014;14:1-12.
140. Bilici R, Tufan E, Turhan L, Uğurlu GK, Tan S, Kaşan T. Deprem sonrasında bireylerin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler: Elazığ merkezli bir ön çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*. 2013;18(1):15-9.
141. Çifçi S, Kiliç Z. The Disaster of the Century: Effects of the 6 February 2023 Kahramanmaraş Earthquakes on the Sleep and Mental Health of Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2024;21(11):1533.
142. Demir M. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi; 2021.
143. Khan AM, Taj R, Naveed A, Mahmood K, Wali A. The influence of birth order on anxiety disorders in emerging adulthood: A longitudinal study. *Journal of Shifa Tameer-e-Millat University*. 2023;6(2):95-9.
144. Ahmed LA. The Relationship between Birth Order, Anxiety, and Locus of Control on Young Adults. *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*. 2023;12:126.

145. Albayrak S. 2023 Şubat Depremi Sonrası Malatya İlinde Yaşayan Kişilerde Gelişen Anksiyete, Post Travmatik Stres Bozukluğu ve Uyku Bozukluğu Sıklığının Değerlendirilmesi. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2024.
146. Gülmez E. 2020 Elazığ Depremi Sonrası, Depremzedelerde Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların Yaygınlığının Araştırılması. Elazığ: Fırat Üniversitesi; 2022.
147. Li XH, An FR, Ungvari GS, Ng CH, Chiu HFK, Wu PP, et al. Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *Sci Rep.* 2017;7(1):8430.
148. Wootton RE, Richmond RC, Stuijzand BG, Lawn RB, Sallis HM, Taylor GMJ, et al. Evidence for causal effects of lifetime smoking on risk for depression and schizophrenia: a Mendelian randomisation study. *Psychol Med.* 2020;50(14):2435-43.
149. Gerstner RM, Lara-Lara F, Vasconez E, Viscor G, Jarrin JD, Ortiz-Prado E. Earthquake-related stressors associated with suicidality, depression, anxiety and post-traumatic stress in adolescents from Muisne after the earthquake 2016 in Ecuador. *BMC psychiatry.* 2020;20:1-9.
150. Kurt E. Van depremini yaşayan öğrencilerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2019.
151. Oishi S, Kimura R, Hayashi H, Tatsuki S, Tamura K, Ishii K, et al. Psychological adaptation to the Great Hanshin-Awaji Earthquake of 1995: 16 years later victims still report lower levels of subjective well-being. *Journal of Research in Personality.* 2015;55:84-90.
152. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *The Journal of nervous and mental disease.* 2003;191(3):154-60.
153. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology.* 1985;48(1):150.
154. Cheng Y, Wang F, Wen J, Shi Y. Risk factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) after Wenchuan earthquake: a case control study. *PLoS One.* 2014;9(5):e96644.
155. Keskin G, Yurt E. Evaluation of the Situations of Coping With Mental Trauma and Trauma in Emergency Service Personnel Who Medically Intervened to Earthquake Affected People in the 2020 Izmir Earthquake. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness.* 2024;18:e17.

156. Adhikari Baral I, K CB. Post traumatic stress disorder and coping strategies among adult survivors of earthquake, Nepal. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):118.
157. Aloğlu N, Gll A. 2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremleri Yaşamış Olan Hemşirelik ğrencilerinin Deprem Stresi ile Başetme Stratejilerinin İncelenmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;7(2):75-83.
158. Kılıç C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(3):232-8.
159. Karanci NA, Alkan N, Aksit B, Sucuoglu H, Balta E. Gender differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinal (Turkey) earthquake. *North American Journal of Psychology*. 1999.



8. EKLER

Ek-1. Etik Kurul İzin Yazısı

HMKÜ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04	Tarih: 03/09/2024
	KARAR 04- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Erhan YENİL'in (Arş.Gör.Dr.Hanne DEMİRCİ'nin uzmanlık tezi) "Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin depresyon sonrası anksiyete düzeyleri ve depresyonu ile baş etme durumları" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ							
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım	
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr. Emre DİRİCAN Başkan Yrd.	Biyoistatistik	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM	Halk Sağlığı	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Adem YAPICI Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ Beden Eğitimi ve Spor Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr. Fatma ÖZ Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Fundagül B. ZORTUK Üye	Dış Hekimi	HMKÜ Dış Hekimliği Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Geçmiş KİMYON Üye	İç Hastalıkları Romatoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E <input type="checkbox"/>	H ✓
Prof.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Bilimleri	K	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Ertan YILMAZ Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları					E ✓	H <input type="checkbox"/>

Ek-2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek-3. Deprem Stresi ile Baş Etme Ölçeği (DSBÖ)

Deprem Stresi ile Baş Etme Ölçeği -DSBÖ

YÖNERGE: Aşağıda deprem stresi ile baş etmede kullanılan duygu düşünce ve davranışları yansıtan bazı ifadeler bulunmaktadır. Sizden, deprem ile ilgili stresinizle baş etmede bu stratejilerden hangilerini ne derecede kullandığınızı işaretlemeniz beklenmektedir. Lütfen bütün maddeleri okuyarak, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Araştırmaya katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Deprem stresi ile baş etme de..

Her Zaman Çoğunlukla Bazen Hiç

- 1 Yaşadıklarımı ailem ya da yakın arkadaşlarımla paylaşıyorum.
- 2 Kendimi Allah'a emanet ederim
- 3 Duygularımı kendime saklamaya çalışırım.
- 4 Bu sorunla daha iyi baş edebilen birileriyle konuşurum.
- 5 Depremle ilgili bütün olumsuzluklara rağmen mücadele ederim.
- 6 Duygularımı ve korkularımı ailem ya da arkadaşlarımla paylaşıyorum.
- 7 Korkularım ve kaygılarım hakkında konuşmamayı tercih ederim.
- 8 Ölümden kaçılmaz diye düşünürüm.
- 9 Dua ederek rahatlamaya çalışırım.
- 10 Alın yazısına ve bunun değişmeyeceğine inanırım.
- 11 Dini görevlerimi daha çok yerine getiririm.
- 12 Olanları birer deneyim olarak kabul ederim.
- 13 Yaşam hakkında daha iyimser olmaya çalışırım.
- 14 Olumlu düşünmeye çalışırım.
- 15 Kendime zaman tanımamın iyi geleceğini düşünürüm.
- 16 Olanları büyütmemeye çalışırım.

Puanlama: Her zaman 4/ Çoğunlukla 3/ Bazen 2 / Hiç 1 Puan

Alt Boyutlara göre puanlama yapılır. Puanların yüksekliği söz konusu baş etme stratejisini daha fazla kullandığını yansıtmaktadır. Ölçekten toplam puan hesaplanamaz.

Alt Boyutlar

Dini Baş Etme: 2-8-9-10-11/5 Madde/ En yüksek puan 20- En Düşük puan 5

Olumlu Yeniden Değerlendirme: 5-12-13-14-15-16/6 Madde/ En yüksek puan 24- En düşük puan 6

Sosyal Destek Arama: 1-3-4-6-7 / Toplam 5 Madde (Not 3. ve 7. Madde ters puanlanacak)/ En Yüksek puan 20- En düşük puan 5

Ek-4. Sosyodemografik Bilgiler Anketi

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimlerin Deprem Sonrası Anksiyete Düzeyleri ve Deprem Stresi ile Baş Etme Durumları

Katılımcının Sosyodemografik Verileri:

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: Erkek Kadın

3.Depremi nerde yaşadınız?

Hatay diğer 10 deprem ili

4. Medeni Durumunuz: Evli Bekar

5.Çocuğunuz var mı:

Evet Hayır

6. Ailenizin en büyük çocuğu musunuz?

Evet hayır

7.Meslekte çalışma yılınız:

5 yıldan az. 5 yıl ve daha fazla

8. Çalıştığınız birim:

Dahili bilimler Temel bilimler Cerrahi bilimler

9.Fiziksel kronik bir hastalığınız var mı:

Evet Hayır

10.Ruhsal kronik bir hastalığınız var mı:

Evet Hayır

11.Sigara kullanıyor musunuz:

Evet Hayır

12.Alkol kullanıyor musunuz:

Evet Hayır

13.Bundan önce hiç depreme yakalanmış mıydınız:

Evet Hayır

14. 6 Şubat 2023 de yaşanan depremlerde enkaz altında kaldınız mı?

Evet Hayır

15.Depremde bedensel yaralanma durumu:

Olmadı hafif yaralanma ağır yaralanma

16. Deprem esnasında yaşanan ölüm korkusu:

Çok şiddetli şiddetli oldukça biraz hiç korku yaşamadım

17. Yakın gelecekte olabilecek bir depremi düşünülerek yaşanan korku kaygı durumu:

Çok şiddetli. Şiddetli. Oldukça. Biraz. Hiç korku yaşamadım

18. Depremde yakın akrabalarınızdan (anne, baba, hala, teyze, amca, dayı) birini kaybettiniz mi

Evet Hayır

19. Depremde maddi kayıp yaşadınız mı:

Evet Hayır

20. Deprem anında bulunulan yer:

Evde açık alanda /sokakta. Bir taşıt aracında dışarıda
 Çalıştığım kurumda/hastanede. Diğer

21. Evinizin hasar durumu nedir:

Hasarsız Az Hasarlı Orta Hasarlı Ağır Hasarlı

22. Deprem sonrasında evinizden uzak kaldınız mı:

Evet Hayır

23. Barınma ile ilgili kaygılarınız oldu mu:

Evet Hayır

24. Deprem sonrası yaşamınızı nerede idame ettirdiniz.

Kendi evim Konteyner / prefabrik Akrabalarımında kaldım

25. Ailenizden veya yakın çevrenizden sosyal destek alabildiniz mi

Evet Hayır

26. Deprem sonrası hiç psikiyatri doktoruna gittiniz mi

Evet Hayır

27. Deprem sonrasında kullandığınız psikiyatrik ilaç var mı

Evet Hayır

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Hanne DEMİRCİ, [REDACTED] tarihinde [REDACTED] ilinde doğmuştur. İlköğretim eğitimini 2003-2007 yılları arasında Diyarbakır'da Arif Eminoglu İlköğretim Okulunda, 2007-2010 yılları arasında Adana'da Alparslan İlköğretim Okulunda, 2010-2011 yılları arasında ise Adana'da Hoca Ahmet Yesevi İlköğretim Okulunda devam ederek tamamlamıştır. Lise eğitimini 2011-2014 yılları arasında Özel Üçgül koleji ve 2014-2015 yılları arasında Adana Fen Lisesinde tamamlamıştır. 2015 yılında Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesini kazanmış ve tıp eğitimine başlamıştır. 2021 yılında Adıyaman Üniversitesinden mezun olmuştur. 06.07.2022 tarihinde Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında uzmanlık eğitimine başlamış olup halen burada araştırma görevlisi olarak çalışmalarına devam etmektedir.