

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ

HİZMET SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN BİREYLERİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN, DEPRESYON VE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

FERHAT AVLUKYARI

LEFKOŞA – 2022

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ

HİZMET SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN BİREYLERİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN, DEPRESYON VE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

FERHAT AVLUKYARI

DANISMAN

YRD.DOÇ.DR. ELİZ VOLKAN

LEFKOŞA - 2022



Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

KLİNİK PSİKOLOJİ

TEZ ONAY SAYFASI

Psikoloji Anabilim Dalı'nda, 22004801 numaralı, Ferhat AVLUKYARI'nın hazırladığı "Hizmet Sektöründe Çalışan Bireylerin Algıladıkları Sosyal Desteğin, Depresyon Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu İle İlişkisi" konulu Yüksek Lisans tezi ile ilgili savunması yapılmış ve adayın çalışmasının jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunmuş ve Klinik Psikoloji tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14 Haziran 2022

Jüri üyeleri

- 1) Danışmanı (Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi)
Yrd.Doç.Dr. Eliz VOLKAN
- 2) Üye (Doğu Akdeniz Üniversitesi)
Yrd.Doç.Dr. Şerif TÜRKKAL
- 3) Üye (Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi)
Dr. Umut ÇIVGIN

İmza

Prof. Dr. Tahir ÇELİK
Enstitü Müdürü

BEYANNAME

Ad ve Soyad: FERHAT AVLUKYARI

Tezin başlığı: HİZMET SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN BİREYLERİN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN, DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ

Danışman: YRD. DOÇ. DR. ELİZ VOLKAN

Yıl: 2022

Yukarıda başlığı verilen ve tarafımca kaleme alınan bu tez çalışması içerisinde verilen tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik davranışlara uygun olarak elde ettiğimi ve sunduğumu; bu çalışmaya özgün olmayan ve başka kaynaklardan aldığım bilgileri, akademik kuralların ve etik davranışların gerektirdiği şekilde, metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi beyan ederim.

Bu tez çalışması; Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü tarafından saklanabilir ya da elektronik olarak sunulabilir.

Tarih:

İmza:

TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisiyle daima yol gösteren, çalışmalarına sabırla geri bildirimde bulunan değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Eliz VOLKAN'a teşekkür ederim.

Tez jürimde yer almayı kabul ederek tezime ve kişisel gelişimime katkı sağlayan Yrd. Doç. Dr. ŞERİF TÜRKKAL ve Dr. Umut ÇIVGIN hocalarıma da çok teşekkür ederim.

Lisans eğitimim boyunca öğrettiklerini hiçbir zaman unutmadığım, bana bilimsel araştırmayı sevdiren, öğrencisi olmaktan büyük kıvanç duyduğum Doç. Dr. Murat KURT'a teşekkürü ayrıca borç bilirim.

Ellerinden gelen yardımı ve desteği hiçbir zaman esirgemeyen annem Melek'e, abim Furkan'a ve kardeşim E. Kader'e teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca da desteklerini esirgemeyen sevgili Şule TANGAL'a, kıymetli dostlarım İhsan ŞANLI ve M. Esat KAYIŞ'a, Kara Harp Okulu 2017 devresine, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikoloji Bölümü 2015 mezunlarına ve süreç boyunca beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan tüm arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Başta Ulu Önder Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK ve

Canlarını ay yıldızlı bayrak için feda eden devrelerim, silah arkadaşlarım Şht. Tğm. Muhammet Can SEVİM, Şht. Tğm. Raşit AYDIN, Şht. Tğm. Fikret DİNÇER, Şht. Ütğm. Canbert TATAR, Şht. Ütğm. Ömer DELİBAŞ ve Şht. Ütğm. Nuri Melih BOZKURT olmak üzere tüm şehitlerimizin aziz hatırasına ithafen...

RUHLARI ŞAD OLSUN

ÖZET

Bu çalışmada hizmet sektöründe çalışan bireylerin demografik bilgileri, algıladıkları sosyal destek, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki ilişki incelenmektedir. Örneklemi Eğitim, Sağlık, Güvenlik/Adalet, Sosyal Hizmet ve Diğer (Finans, Haberleşme, İnşaat, Spor, Turizm ve Ticaret) sektör çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmaya yaşları 21 ve 56 arasında değişen, 187 kadın 122 erkek katılmıştır.

Katılımcılara basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Yapılan araştırma temel aldığı bakış açısına göre, nicel (korelasyonel ve nedensel karşılaştırmalı); düzeyine göre ise ilişkisel sınıfta yer almaktadır.

Form ve Ölçekler katılımcılara Google Formlar aracılığıyla ulaştırılmıştır. Araştırmada Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu kullanılmıştır. Ocak ve Mayıs 2022 ayları arasında (yaklaşık 5 ay) 309 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcılardan bilgilendirilmiş onamları (Ek-1) alınmasına müteakip veri toplanmaya başlanmıştır. Hipotezler Pearson Korelasyon Testi, T-Testi, ANOVA ve Welch Testi ile SPSS 22.0 programı kullanılarak test edilmiştir.

Travma düzeyi açısından; depresyon düzeyi, travmatik olayın sayısı, şiddeti ve yaşama etkisi, ölüm riski, ölüm veya yaralanmaya tanıklık, psikiyatrik tanı ve bedensel rahatsızlık öykülerinin risk faktörü olabileceği tespit edilmiştir. Ancak sosyal destek algısı ve yüz yüze görüşme sıklığının da yüksek olmasının koruyucu faktör olabileceği bulunmuştur. Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da sağlık çalışanlarının, başta sosyal hizmet çalışanları olmak üzere diğer çalışanlardan daha çok travmatik olaya maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bununla beraber sağlık çalışanları diğer meslek gruplarından daha düşük sosyal destek algıladığı görülmektedir. Araştırmanın diğer bulguları ilgili literatür eşliğinde tartışılarak olası klinik katkılara yer verilmiş ve önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Sosyal Destek, Askeri Psikoloji, Depresyon, Savaş Travması, Travma, TSSB.

ABSTRACT

In this study, the relationship between demographic information, perceived social support, depression and post-traumatic stress disorder of individuals working in the service sector is examined. 187 women and 122 men (aged between 21 and 56) from Education, Health, Security/Justice, Social Service and Other (Finance, Communication, Construction, Sports, Tourism and Trade) sector employees participated in the research.

Participants were reached by simple random sampling method. The quantitative/relational model (correlational and causal comparative) is preferred in this research.

The form and the scales were delivered to the participants via Google Forms. Demographic Information Form, Beck Depression Inventory, Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale, Revised Form of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support are used in this research. Between January and May 2022 (about 5 months), 309 participants were reached. After the informed consent (Annex-1) was obtained from the participants, data collection began. Hypotheses were tested with Pearson Correlation Test, T-Test, ANOVA and Welch Test; via SPSS 22.0.

Findings have shown that in terms of trauma level; level of depression, traumatic event's number, severity and impact on life, risk of death, witnessing death or injury, psychiatric diagnosis and physical discomfort histories may be risk factor. On the other hand, it was found that the perception of social support and the high frequency of face-to-face meetings may be protective factors. Although there was no statistically significant difference in this study, health workers were exposed to more traumatic events than others, especially social workers. At the same time, it was found that health workers perceived lower social support than others. Other findings of the study were discussed in the light of the relevant literature, possible clinical contributions were included and suggestions were made.

Keywords: Depression, Military Psychology, Perceived Social Support, PTSD, Trauma, War Trauma.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	iii
İÇİNDEKİLER TABLOSU	v
TABLolar	x
KISALTMALAR	xi
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problem durumu.....	7
1.1.1.Problemler.....	8
1.1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	9
1.2.Araştırmanın Amacı.....	10
1.3.Araştırmanın Önemi.....	10
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	13
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	13
2. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	14
2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB).....	14
2.1.1.Tanımı.....	14
2.1.2. Etiyolojisi.....	14
2.1.2.1. Psikodinamik yaklaşım.....	15
2.1.2.2. Bilgi işleme modeli.....	16
2.1.2.3. Öğrenme ve davranışçı modeli.....	16
2.1.2.4. Nöropsikolojik Model.....	17
2.1.3. Risk Faktörleri.....	18
2.1.4.TSSB'nun Epidemiyolojisi.....	21
2.2. İkincil Travmatik Stres Kavramı.....	24
2.2.1. Tanımı	24
2.2.2.Etiyolojisi.....	24
2.2.3.Risk Faktörleri	25

2.3. Algılanan Sosyal Destek.....	26
2.3.1. Tanımı	26
2.3.2. Risk Faktörleri.....	26
2.4. Depresyon	28
2.4.1. Tanımı	28
2.4.2.Etiyolojisi.....	29
2.4.3.Risk Faktörleri	31
3.YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Örneklemi ve Modeli.....	33
3.2. Demografik Bilgi Formu.....	37
3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	37
3.4. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ)	38
3.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (MSPSS).....	38
3.6.Verilerin Toplanması ve Analizi.....	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Verilerin Betimsel İstatistikler ve Normallik Dağılımı Analizleri.....	40
4.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular.....	42
4.2.1. Meslek grupları ile sosyal destek algısı, depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular	42
4.2.2. Travma türü ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	44
4.2.3. Cinsiyet ile ölüm riski, sosyal destek algısı, depresif belirti, TSSTÖ alt puanları, iş arkadaşı ve iş arkadaşı olmayan birinin ölümü yaralanmasına şahit olma arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	47
4.2.4. Eğitim durumları ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	49
4.2.5. Medeni hal ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	50

4.2.6. Yıllık izin kullanma sıklığı ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular	52
4.2.7. Psikiyatrik tanı almış olma durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	54
4.2.8. Kronik veya akut bir rahatsızlığı olma durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	55
4.2.9. Sigara kullanım sıklığı ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	56
4.2.10. Alkol kullanım durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	57
4.2.11. İlaç kullanım durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	59
4.2.12. Depresif belirti, sosyal destek algısı, TSSTÖ puanlarıyla demografik değişkenler arasında ikili bir ilişki var mıdır?.....	60
5.TARTIŞMA.....	64
5.1. Meslek grupları ile sosyal destek algısı, depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	64
5.2.Travma türü ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	64
5.3. Cinsiyet ile ölüm riski, sosyal destek algısı, depresif belirti, TSSTÖ alt puanları, iş arkadaşı ve iş arkadaşı olmayan birinin ölümü yaralanmasına şahit olma arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	65
5.4. Eğitim durumları ile depresyon sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	66
5.5. Medeni hal ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	66

5.6. Yıllık izin kullanma sıklığı ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	67
5.7. Psikiyatrik tanı almış olma durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	67
5.8. Kronik veya akut bir rahatsızlığı olma durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	68
5.9. Sigara kullanım sıklığı ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	68
5.10. Alkol ve ilaç kullanım durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	69
5.11. Yaş ile sosyal destek algısı, depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	69
5.12. Mesleki tecrübe ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	70
5.13. Tutulan nöbet sayısı ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	70
5.14. Toplam istirahat süresi, yüz yüze ve telefonla görüşme sıklıkları ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	70
5.15. Ölüm riskiyle karşılaşma, iş arkadaşı olan ve olmayan birinin ölümüne yaralanmasına şahit olma durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	71
5.16. Depresif belirti ile TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	72
5.17. Sosyal destek algısı ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	72

5.18. Travma Sayısı ile diğer TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	72
5.19. Olay şiddeti ile diğer TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	73
5.20. Travma düzeyi ile diğer TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	73
6.KLİNİK KATKILAR VE ÖNERİLER	74
6.1.Klinik katkılar	74
6.2.Öneriler.....	75
KAYNAKLAR.....	77
EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	90
EK-2 KATILIMCI BİLGİ FORMU	91
EK-3 DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	92
EK-4 TRAVMA SONRASI STRES TANI ÖLÇEĞİ.....	94
EK-5 BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	98
EK-6 ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU.....	101
EK-7 BİLGİLENDİRME.....	103

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. <i>Betimsel İstatistikler ve Normallik Dağılımları</i>	37
Tablo 4.2.1. <i>Meslek Gruplarının ANOVA ve Welch Testi Analiz Sonuçları</i>	39
Tablo 4.2.2. <i>Travma Türlerine Göre Welch Testi Analizi Sonuçları</i>	41
Tablo 4.2.3. <i>Cinsiyete Göre Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Analizi Sonuçları</i>	44
Tablo 4.2.4. <i>Eğitim Durumlarına göre ANOVA ve Welch Testi Analiz Sonuçları</i>	46
Tablo 4.2.5. <i>Medeni Hal Değişkenine Göre Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Analiz Sonuçları</i>	47
Tablo 4.2.6. <i>İzin Sıklığı Değişkenine Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları</i>	49
Tablo 4.2.7. <i>Psikiyatrik Tanı Değişkeninin Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Analizi Sonuçları</i>	50
Tablo 4.2.8. <i>Bedeni Rahatsızlık Durumlarına Göre Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Analiz Sonuçları</i>	51
Tablo 4.2.9. <i>Sigara Kullanım Sıklığına Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları</i>	53
Tablo 4.2.10. <i>Alkol Tüketim Sıklığına Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları</i>	54
Tablo 4.2.11. <i>İlaç Kullanım Durumlarına Göre Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Analiz Sonuçları</i>	55
Tablo 4.2.12 <i>Depresyon, MSPSS, TSSTÖ Puanlarıyla Demografik Değişkenler Arasındaki İkili Pearson Korelasyon Katsayıları</i>	59

KISALTMA LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BDE: Beck Depresyon Envanteri

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

mPFC: Medial Prefrontal Korteks

MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

PIE: Proximity to the battle, Immediacy of treatment and Expectancy of recovery, including return to duty

SCID: Dsm-III İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SPECT: Tek-Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi

SPSS: Statistical Packages For The Social Sciences

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TSB: Travma Sonrası Büyüme

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1. GİRİŞ

Psikoloji bilimi ile günlük hayat arasında çift yönlü bir etkileşim vardır. Bu etkileşim çerçevesinde kimi zaman yaşanan bir problemi çözmek veya somut veriler elde etmek için psikolojinin yöntem ve tekniklerinden faydalanılırken, kimi zaman da günlük hayatta karşılaşılan bir problem psikolojiye yeni kavramlar girmesini sağlar. Bu durum temel ve uygulamalı bilimlerin doğasından kaynaklanmaktadır. Travma bunlardan biridir. Travma deyince akla savaş travması, cinsel saldırı, doğal afet gibi birçok alt boyutu gelebilir. Yalnız bunların içerisinde kitlesel olarak ortaya çıkması ve dolaylı yoldan toplumların bekâsını etkilemesi sebebiyle savaş travması daha çok dikkat çekmektedir. Savaş travması deyince ilk olarak akla askeri birlikler üzerinde yapılan araştırmalar gelmektedir. Bu bağlamda askeri birlikler kimi zaman Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gibi rahatsızlıkların ilk defa tanındığı yerken; kimi zaman da zeka testleri, kişilik testleri gibi psikoloji biliminde yeni çıkan bir takım testlerin ilk defa uygulama sahası olmuş; kimi zaman da endüstri psikolojisi gibi yeni alt alanların doğmasına ortam hazırlamıştır (Başalan, 2020). Bu çalışmada travma ve meslek grupları arasındaki ilişki bir dizi demografik değişkenlerle beraber, algılanan sosyal destek ve depresyon ekseninde değerlendirilmiştir. Yalnız alanyazındaki diğer çalışmalardan farklı olarak, bu meslek grupları değişkenine, güvenlik sektöründe çalışan kişiler de dahil edilmiş ve bu çalışma önceki çalışmalara (Haksal, 2007; Gürdil, Birinci ve Erden, 2016; Gündüz, 2020) kıyasla daha kapsamlı bir hal almıştır.

Son zamanlarda savaş konseptlerindeki değişimlere bağlı olarak (Özer, 2018), hem TSSB'nin tarihsel gelişiminde oynadığı role istinaden, hem de sektördeki mevcut sorunlara ışık tutmak maksadıyla güvenlik sektöründe daha fazla araştırma yapılması gerektiği düşünülmüştür. Bu maksatla araştırmaya güvenlik sektörü de dahil edilmiştir. Konu, güvenlik sektörü ekseninde ele alınmadan önce alanyazındaki ilgili çalışmalar ışığında genel olarak gözden geçirilmiştir.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ve UNICEF desteğiyle yürütülen bir projede travmatik bir olay “herhangi bir kişi için, aşırı derecede örseleyici veya başa çıkması zor olan, kişinin varlığını tehdit eden, hatta öleceğini düşündürebilen, normal yaşamın dışındaki herhangi bir olay” olarak tanımlanmıştır. (Öztan, Aydın, Eroğlu ve Stuvland, 2001, s.11). Öztan vd. ayrıca tacize uğramayı, trafik kazası geçirmeyi, bir kazaya tanık olmayı, yaralanmayı veya yaşamı tehdit eden herhangi bir olaya maruz kalmayı travmatik olaylardan bazıları olarak tanımlamıştır. Yine Öztan vd. bu olaylara verilen tepkilerin normal olduğunu ve bunların travma sonrası stres tepkileri olarak adlandırıldığını belirtmiştir. Öztan vd. istenmeden akla gelen bu tepkileri; düşünce ya da

görüntüler, kaçınma tepkileri ve aşırı uyarılma olmak üzere üç ana başlık altında incelemiştir. Prasram ve Stein (2013)'ün belirttiğine göre travma sonrası stres tepkileri savaşa katılan askerlerde yüzyıllardır gözlemlenmekteydi, ancak; ilk olarak, DSM-III ile birlikte ayrı bir kategori olarak yerini almıştır. DSM-5 (APA, 2013)'te Travma sonrasında oluşabilecek bozukluklar ise aşağıdaki başlıklar altında sınıflandırılmıştır:

- Tepkisel Bağlanma Bozukluğu
- Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu
- Akut Stres Bozukluğu
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)
- Uyum Bozuklukları
- Tanımlanmış Diğer Travma ve Tetikleyici Etkenle ilgili Bozukluk
- Tanımlanmamış Diğer Travma ve Tetikleyici Etkenle ilgili Bozukluk

Psikolojik travmaya ilişkin bozuklukların genelinin çok önemli olması ile birlikte, bu çalışma psikolojik travmayı TSSB üzerinden araştırmayı hedeflemektedir. Yapılan araştırmalar bu bozukluklardan TSSB'nin savaş ortamında kalan ve ülkelerini terk etmek zorunda olan mültecilerle (Binay, 2016), doğal afetlerden etkilenen kişiler arasında yaygınlığı en fazla olan bozukluk olduğunu göstermiştir (Galea, Nandi ve Vlahov, 2005). Bu yaygınlık, araştırmanın TSSB ekseninde yürütülmesinin en önemli sebebi olarak gösterilebilir. DSM-5 (2013)'te TSSB doğrudan örseleyici bir olaya maruz kalma veya tanıklık etme sonucu kişinin örseleyici olaylar yeniden oluyormuş gibi hissettiği veya düşler gördüğü ve bunun sonucunda yoğun ruhsal sıkıntı yaşaması şeklinde tanımlanmıştır.

Travmanın kendisi kadar, maruziyet derecesi ve kaynağı da yaygınlığını ve sonrasında oluşabilecek stres tepkilerinin şiddetini belirlemektedir. Yapılan araştırmalar TSSB'nin en önemli risk faktörünün afete maruz kalma derecesi olabileceğini göstermiştir (Galea, Nandi ve Vlahov, 2005). Bu kapsamda afetin doğrudan kurbanı olan kişilerde TSSB yaygınlığı %30-40 aralığındayken, afet esnasındaki arama kurtarma çalışanlarına katılanlarda bu oran %10-20 ve toplumun genelindeyse %5-10 aralığında bulunmuştur (Galea vd.). Yiğit (2000) ise 17 Ağustos 1999 Marmara depreminde deprem bölgesinden gelen, depremde fiziksel zarar gören ve can kaybı olanların TSSB belirti şiddetinin; bu durumları yaşamayanların TSSB belirti şiddetine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ancak Baytar (2017) ise çocukluğunda 1999 Gölcük depremini yaşamış olan kişilerle yapmış olduğu çalışmasında katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, mesleki statüleri ve depremde akraba/arkadaş kaybı yaşayıp

yaşamadığına göre travma sonrası stres düzeyleri açısından farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Baytar bu çalışmada işsiz bireylerin memur ve özel sektör çalışanlarından; kadınların ise erkeklerden daha yüksek travma sonrası stres belirtisi gösterdiğini belirtmiştir. İnsan kaynaklı felaketlerden sonra TSSB yaygınlığı doğal afetlerden sonra oluşanlara nazaran daha fazla olsa da, araştırmacılar bunun örneklem farklılığından kaynaklanabileceğini belirtmiştir (Galea vd.). Yani terör saldırısı gibi insan kaynaklı çalışmaların çoğunluğu doğrudan travmaya maruz kalan bireylerle yapıldığı için yaygınlığı da fazladır. Deprem gibi doğal afetlerde ise daha çok genel bir ölçüm alındığı için yaygınlığın daha düşük tespit edildiği belirtilmiştir (Galea vd.).

İnsan kaynaklı travmatik olaylardan bir diğeri de cinsel istismardır. Çocukluk çağı istismarlarının yetişkinlikteki sonuçları üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların %20sinin erkeklerin ise %10unun çocuklukta uygun olmayan önemli bir zorlayıcı cinsel aktiviteye maruz kaldığına dair kanıt olduğu belirtilmiştir (Bourke, 2021). Bulut Şahin (2020) ise 18-24 yaş arası üniversite öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada cinsel istismar bildirim oranının kadınlarda %39.8, erkeklerde %44.3 seviyesinde olduğunu ancak cinsiyetle cinsel istismar arasında bir ilişki çıkmadığını belirtmiştir. Bourke ise bu istismarların yetişkinlikte depresif hastalık madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları, sınırda kişilik bozukluğu ve kendine zarar verme gibi sağlık, sosyal ve davranışsal sorunlara sebep olduğunu belirtmiştir. Tahıllıoğlu (2021) ise olumsuz ruhsal sonuçların oluşmasında cinsel istismar şiddetinin önemli olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda yaptığı çalışmada, cinsel istismarın niteliksel şiddetindeki artışın depresyonu, sayısındaki artışın da ruh sağlığındaki kalıcı bozulma ve psikiyatrik tanı varlığını yordadığını tespit etmiştir. Ayrıca kızlarda TSSB ve anksiyete bozukluğu erkeklere göre daha fazla oranda görülse de tanılarını yordamada bu farklılık anlamlı bulunmamıştır. Duman (2021) ise ergenlerle yapmış olduğu çalışmada cinsel istismar mağduru katılımcıların yalnızca %23.4'ünün TSSB tanısı almadığı geri kalanının ise yalnız TSSB (%29.7) ve TSSB disosiyatif alt tip (%46.8) tanılarını karşıladığını tespit etmiştir. Bu bulgulardan hareketle mevcut çalışmada da cinsiyet ile psikiyatrik tanı değişkenleri arasındaki ilişkinin kapsamlı şekilde incelenmesi gerektiği söylenebilir.

Yapılan araştırmalara göre cinsiyetin bir risk faktörü olup olmadığı konusunda ikilem mevcuttur. Birtakım araştırmacılar travma sonrasında kadınlarda erkeklere göre daha fazla TSSB oluştuğu, bu sebeple kadın cinsiyetin TSSB için bir risk faktörü olduğu belirtirken (Arata, Picou, Johnson, vd., 2000; Armenian, Morikawa, Melkonian, vd., 2000; Bourke, 2021), cinsiyetin bir risk faktörü olmadığını belirtenler de mevcuttur (Binay, 2016; Bulut Şahin, 2020). Okcu(2016)'nın travmaya maruz kalan 9-12 yaş arası çocuklarla yapmış olduğu çalışmada ise kızların TSSB düzeyinin

erkeklere göre daha hafif olduğu, bunun sebebinin ise araştırmanın örneklemenin muhafazakar ve koruyucu tutumundan olabileceği belirtilmiştir. Bununla beraber psikiyatrik rahatsızlık geçirmiş olmak veya olay esnasında eş tanının olması ve düşük sosyal destek de TSSB için risk faktörlerindendir (Koopman, Classen ve Spiegel, 1994; Vernberg, La Greca, Silverman vd. 1996; La Greca, Silverman, Vernberg vd., 1996). Bunlara ilaveten Binay (2016)'ın Türkiye'ye iltica etmiş olan Suriyeli ve Iraklı mültecilerle yaptığı çalışmaya göre savaş kaybı yaşama, lme tanıklık etme, rehine kalma durumu, şiddete maruz kalma, yaralanma ve kaza geçirme, patlamaya tanıklık ile cinsel istismara uğrama durumlarının TSSB açısından risk faktörü olduğu bulunmuştur. Gl, (2014) ise yetişkinlerle yaptığı araştırmasında travmatik olay yaşayan katılımcıların oranını %67.3, katılımcılardan TSSB tanı kriterlerini karşılayanları ise %10.8 olarak tespit etmiştir. Ayrıca kasıt/saldırı içeren şiddet olayları, zorlayıcı ve istemli tekrarlayan düşünceler ile travma sonrası stres belirti şiddetini; algılanan sosyal desteğin ise travma sonrası gelişim düzeylerini yordadığını belirtmiştir. Okcu (2016) da ebeveyn tarafından fiziksel ve psikolojik (bağırma, hakaret etme, küçük düşürme) şiddet uygulanan ocukların TSSB düzeylerinin daha ağır olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmalara istinaden cinsiyet, psikiyatrik tanı, sosyal destek, lme veya yaralanmaya tanıklık etme, şiddete maruz kalma değişkenlerinin TSSB ile ilişkilerinin incelenebileceğini göstermektedir.

Başalan (2020)'a göre insan kaynaklı travmatik olayların başında da savaşlar gelmektedir ve günümüzde kitlesel savaşlar yerini küçük çaplı operasyonlara bırakmıştır. Öte yandan Başalan küresel çapta artan terör örgütlerinin “terör psikolojisi” gibi yeni sorun alanlarını ön plana çıkardığını ve bunun incelenmesinin gerekli olduğunu belirtmiştir. Amerikan İç savaşından Fransız İhtilali, Birinci/İkinci Dünya, Kore, Vietnam, Körfez ve Irak savaşlarına, günümüzde de Terristle mücadele harektlarına kadar psikoloji disiplininin başta ordu olmak üzere diğer meslek grupları aktif olarak faydalanmıştır. Bunun neticesinde psikoloji biliminde yeni terimler, teknikler ve alt alanların ortaya çıktığı; gelecekte ise bu ilişkinin sürekli devam edeceği öngörülmektedir. Bu kapsamda psikoloji biliminin gelişiminin devamı için güncel çatışma konseptine maruz kalan güvenlik sektörü personeliyle yapılacak olan araştırmaların da önemli olacağı değerlendirilmektedir.

Parasram ve Stein (2013)'in de belirttiğine göre, TSSB savaşa katılan askerlerde yüzyıllardır gözlemlenmekteydi ancak; ilk olarak, DSM-III ile birlikte resmi terminolojide yerini almıştır. Travmaya maruz kalan bireylerin küçük bir yüzdesinde TSSB gelişimi gözlendiğinden, bu bozukluk travma maruziyetine karşı geliştirilen anormal bir psikobiyolojik tepki olarak

görülmüştür. Daha açık bir ifadeyle, travmaya maruz kalan bireyin zihninde bir miktar değişiklik olması normal karşılanmaktadır. Ancak kişi zamanla çevresine uyum sağlıyor ve yaşantılarını kabul edip işlevselliğini koruyorsa bir normallikten söz edilebilmektedir (Parasram ve Stein). Kişiyi TSSB tanısı konabilmesi için hemen hemen herkesin stresli bulacağı bir travmatik olay yaşanmış olmalıdır (APA, 2013). DSM-5 (APA, 2013) kriterlerine göre bakıldığında, travmaya maruz kalan kişide, travmatik olaydan sonraki 6 ay içinde olayı yeniden deneyimleme, aşırı uyarılmışlık ve kaçınma olmak üzere üç belirtinin gözlenmesi gerekmektedir. 6 aydan daha uzun sürede ortaya çıktıysa gecikmeli başlangıçlı tezahür olarak belirtilmelidir. Semptomların travmatik olaydan 1 saat sonra başlayıp 48 saat içinde bitenleri ICD-10 (2010)'da Akut Stres Reaksiyonu olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. DSM-5'e göre tanı kriterlerinin karşılanması için bu süre en az 3 gün, en fazla da 1 ay olarak belirtilmiştir (APA, 2013).

TSSB'nin zaman ve diğer faktörlerle ilişkisini inceleyen, ABD Kongresi'nin desteğiyle hazırlanan "Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study" başlıklı araştırmada 3.15 milyon Vietnam gasisinden en az %15inin savaştan 15 yıl sonra bile TSSB semptomları gösterdiğinin sunulmasıdır (Kulka vd., 1990; akt.: Shephard, 2006). Hendin ve Haas (1991) ise Vietnam Savaşından 15 yıl sonra TSSB tanısı almış olan gazilerin en az %19unun en az bir defa intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür. Savaş suçlarından dolayı yaşanan suçluluk duygusu ise intihar girişimlerini en çok yordayan değişken olduğu da ilk kez bu çalışmada bulunmuştur. Shephard (2006) ise bu suçluluk duygusunun halkın askerlerin savaş sırasındaki eylemlerini onaylamaması, onurlarına zafer yürüyüşleri, kilise ayinleri gibi törenler icra etmemesinden ileri geldiğini belirtmiştir. Pollock, Rhodes, Boyle, Decoufle ve McGee (1990) ise ABD medyasında tekrar tekrar 50.000'den fazla gazinin intihar ettiğine dair haberlerin nasıl yayıldığını araştırmış ve Vietnam gazilerinin normal insanlara göre intihara %25 oranında daha fazla eğilimli olduğunu bulmuştur. İntihar eden Vietnam gazilerinin sayısı intihar sebeplerinin şüpheli olması (ilaç kullanımı, trafik kazası vb.) sebebiyle halen tartışılmakla birlikte, tartışılan en düşük sayının görev esnasında vefat eden asker sayısına yakın olması, sorunun ne kadar büyük olduğunu anlamamız açısından yeterlidir. Yapılan araştırmalar ışığında sosyal desteğinin olmaması ile TSSB ve intihar davranışları arasında bir ilişki olduğu görülmektedir.

Savaşlarda sosyal desteğin tartışılması yeni bir konu değildir. Henüz Birinci Dünya Savaşı yeni sona ermişken, Salmon (1917) ABD savaşa girmeden önce "İngiliz Ordusunda Savaş Sendromlarının (Gülle Şoku) Tedavisi ve Bakımı" adlı raporu hazırlamıştır. Bu raporda askerlerin Savaş boyunca ABD ordusunda bu raporda belirttiği tedbirleri uygulayan Salmon, savaştan sonra

da üyesi olduğu kısaca “Legion” diye bilinen gazi örgütünde, Gülle Şoku’ndan muzdarip gazilerin tedavilerinin devam ettirilmesi ve halkın gazileri onurlandırması gerektiğini savunmuştur. (Akt.: Cox, 2001). Salmon’in bu düşüncesi Shephard (2006) ve Friedman (1981)’ın sosyal destek hakkındaki düşüncesiyle örtüşmektedir. Eşsizoglu vd. (2009) ise terör saldırısı sonrasında yapmış oldukları çalışmada, araştırmanın yapıldığı toplumun kolektivist yapısının, yani sosyal desteğin, medeni koşullar arasında anlamlı fark çıkmamasının sebebi olarak görmüştür. Gazilerle ve sivillerle yapılan tüm bu çalışmalar sosyal desteğin TSSB’yi yordadığı, aynı zamanda sosyal desteğin varlığının TSSB şiddetini ve intihar riskini azaltıcı bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Bulgulara istinaden sosyal desteğin TSSB’yi yordayan güçlü bir faktör olduğu değerlendirilerek araştırmaya dahil edilmiştir.

Söz konusu travma olunca konunun etraflıca incelenmesi gerekmektedir. İnsan kaynaklı ve doğa kaynaklı travma türlerine ilaveten alkol/madde kullanımı eğitim düzeyi ve meslek gruplarının da travma sonra stres düzeyiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. (Erkaya, 2013; Keleş, 2014; Okcu, 2016; Özmen, 2017; Mercandağı, 2020; Karşıyaka, 2011). Okcu (2016) çocuklarla yapmış olduğu çalışmada, annelerin eğitim düzeyi düştükçe TSSB düzeyinin de arttığını; ancak böyle bir ilişkinin baba eğitim düzeyi açısından gözlemlenmediği belirtmiştir. Erkaya (2003) ise itfaiye ve “112 acil” görevlilerinden oluşan acil kurtarma ekiplerinde TSSB görülme oranını %21.8, öğretmenlerden oluşan kontrol grubunda ise %5 olarak bulmuştur. Aynı çalışmada yalnızca “112 acil” çalışanlarının öğretmenlere göre daha yüksek TSSB düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Mercandağı (2020) ise alkol/madde bağımlılarında travma belirtileri ve ilişkili etmenlerin incelemiştir. Yaptığı çalışmada alkol ve madde bağımlılığı relapsı görülen kişilerde travmatik olay sayısı ve şiddeti ile fiziksel ve duygusal istismarın da fazla olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada travmatik yaşantıların sayısı, düzeyi ve sonrasında madde kullanım davranışındaki artışın da relaps görülme ihtimalini güçlü şekilde yordadığı görülmüştür. TSSB ile ilişkili bir diğer değişken ise kronik rahatsızlıklardır. Keleş (2014) Taşıyaritmili çocuklarla yapmış olduğu çalışmada çocukların %6’sı ağır olmak üzere %40’ında TSSB belirtileri olduğunu tespit etmiştir. Özmen (2017) ise Ankara’da Onkoloji bilim dalında izlenen çocuk hastalarla ve anneleriyle yapmış olduğu çalışmada, aktif tedavi gören hasta çocuklar ve anneleri ile remisyonda olan çocuklar ve anneleri; her iki kontrol grubundaki çocuklar ve annelerinden (sağlıklı çocuklar ve anneleri ile travma öykülü çocuklar ve anneleri) anlamlı şekilde daha fazla yaşam boyu travmaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Karşıyaka, (2011)’in yaptığı çalışmada ise

migren hastalarının, migren olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla sayıda travmaya tanıklık, travmatik olaya maruziyet, şimdi ve yaşam boyu TSSB tanısı görüldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca TSSB saptanan migren hastalarının %94'ü, hastalık başlangıç zamanlarını travmatik deneyim sonrası olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmalardan hareketle kişide veya aile fertlerinden birinde olan rahatsızlıkların TSSB'yle, TSSB'nin de alkol/madde bağımlılığıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Bu yüzden söz konusu değişkenler de araştırmaya dahil edilmiştir.

1.1.Problem durumu

Çalışma şartları ağır olan meslek gruplarının karşılaştıkları zorlukların psikolojik etkilerinin tanımlanması ve de bunlara dayanarak çalışma şartlarında iyileştirmelerin yapılması için sahada yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Güvenlik sektöründe çalışan kişilerin görevleri esnasında yaşayabileceği problemler sivillerden farklılaşmaktadır. Örneğin, bir terör saldırısı sonunda sağlık çalışanları yaralıları patlama olup bittikten sonra tanık olurken; asker ve polisler bu patlamalara ve kazazedelere, mesleğin doğası gereği, devamlı maruz kalabilmekte ve bizzat olayı yaşayabilmektedir. Bu durum güvenlik sektörü çalışanlarını diğer meslek çalışanlarından ayrıca ele alınması zorunluluğunu doğurmaktadır.

Günümüzde TSSB olarak bilinen rahatsızlık için Amerikan iç savaşında nostalji hastalığı ve da costa sendromu; Birinci Dünya Savaşında efor sendromu ve gülle şoku, İkinci Dünya Savaşında ise savaş stres reaksiyonu; Vietnam Savaşında agent orange etkisi; 1980 sonrası gerçekleşen savaşlarda ise TSSB terimleri kullanılmaktaydı (Başalan, 2020). Adları farklı olsa da gösterdikleri temel semptomlar birbirine benzer veya aynıdır. İlk defa kitleleri aşırı etkilemesi yönünden Gülle Şoku Birinci Dünya Savaşı boyunca çok tartışılmış, ancak tanı kriterleri konusunda hekimler görüş birliğine varamamıştır (Başalan). Dönemin Times (Shell Blindness, 1915) dergisinde bu rahatsızlık mermi patlaması sonucunda hali hazırda yorgun ve bitkin olan askerlerde, yaralanmadan çok sarsıntının sebep olduğu, körlük ve diğer duylarda kayıp, otomatik hareketleri engellemeyecek kadar bilinç kaybı, yeni anı oluşturmama, göz kısılması ve sulanması ile karakterize bir durum olarak ifade edilmiş ve iyileşmesinin yavaş olduğu ifade edilmiştir.

Birinci ve İkinci Dünya Savaşı gibi kitlesel savaşlarda ABD ve İngiltere ordularında askerlerin psikolojik sorun sahaları tespit edilmiş ve Myers tarafından geliştirilen “*Proximity to the battle, Immediacy of treatment and Expectancy of recovery, including return to duty*” (Savaşa yakınlık, Tedavinin aciliyeti ve İyileşme beklentisi, göreve yeniden dönme dahil) kelimelerinin baş harflerinden oluşan PIE müdahalesi uygulanarak gülle şoku ve savaş stres reaksiyonu yaşayan askerlerin görevlerine kısmen geri dönmeleri sağlanmıştır (Jones, Thomas ve Ironside, 2007).

Gerek diğ er meslek gruplarına nazaran daha büyük risk altında olmaları, (Parasram ve Stein, 2013; Pollock vd., 1990) gerekse doğrudan yapılacak çalışmaların sektöre sunacağı pratik çözümlerle elde edilecek kazanç sebebiyle travma araştırmalarına güvenlik sektörü personelinin dahil edilmesi önem arz etmektedir.

Ulusal alanyazında sivillerin yaşamış olduğu TSSB veya İkincil Travmatik Stresin; sosyal destek, depresyon, izin kullanma, nöbet tutma, patlamaya tanıklık etme, birinin ölümüne tanıklık etme gibi faktörler açısından incelendiği farklı çalışmalar mevcuttur (Haksal, 2007; Gürdil Birinci ve Erden, 2016; Altan, 2020; Gündüz, 2020; Eřsizozđlu vd. 2009; Koryürek, 2011; şimşir, 2017; Karataş, 2015; Kına 2019). Yalnız hakkında araştırma yapılmış olan meslek grupları arasında güvenlik personeli nispeten daha azdır (Alpar, 2014;  nl , 2014). Bu araştırmanın bu meslek gruplarını da dâhil etmesi bakımından önceki araştırmalara kıyasla özgün ve incelediği faktörler açısından daha kapsamlı olduğu düşünülmektedir.

1.1.1.Problemler

Çalışmanın problem cümlesi birinci sırada diğ er alt problemler ise aşağıdaki şekilde listelenmiştir:

- 1- Meslek gruplarının çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek  l eği Gözden Geçirilmiş Formu (MSPSS), depresif belirtiler ve Travma Sonrası Stres Tanı  l eği (TSST ) puanları arasında bir fark var mıdır?
- 2- Travma türüne göre depresif belirtiler ve TSST  puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 3- Cinsiyete göre depresif belirtiler ve TSST  puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 4- Eğitim durumlarına göre depresif belirtiler, MSPSS, Travma Düzeyleri ve Yaşama Etki puanları ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 5- En az iki medeni hale göre depresif belirtiler ve TSST  puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 6- Yıllık izin kullanma sıklığına göre depresif belirtiler ve TSST  puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

- 7- Daha önce psikiyatrik tanı alan bireyler almayanlara göre daha yüksek depresif belirtiler ve TSSTÖ puanlarına sahip midir?
- 8- Kronik veya akut bir rahatsızlığı olanlar ile olmayanların depresif belirtileri ve TSSTÖ puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 9- Sigara kullanımıyla depresif belirtiler ve TSSTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 10- Alkol kullanımıyla depresif belirtiler ve TSSTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 11- Kronik bir rahatsızlıktan ötürü ilaç kullanımıyla depresif belirtiler ve TSSTÖ puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 12- Depresif belirtiler, MSPSS ve TSSTÖ puanlarıyla demografik değişkenler arasında ikili bir ilişki var mıdır?

1.1.2. Araştırmanın Hipotezleri

Belirlenen bu problemler ışığında araştırmada test edilecek olan hipotezler aşağıda belirtildiği gibidir:

- 1- En az iki meslek grubunun depresif belirtiler, MSPSS, ve TSSTÖ puanları arasında anlamlı bir fark vardır.
- 2- En az iki travma türüne göre depresif belirtiler, ve TSSTÖ puanları arasında anlamlı bir fark vardır.
- 3- Cinsiyete göre Ölüm Riski, İş Arkadaşının Ölümü Yaralanmasına Şahit Olma, İş Arkadaşı Olmayan Birinin Ölümü Yaralanmasına Şahit Olma, Depresif Belirtiler, MSPSS, TSSTÖ puanları arasında anlamlı bir fark vardır.
- 4- En az iki eğitim grubunun depresif belirtileri, MSPSS, Travma Düzeyleri ve Yaşama Etki puanları ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.
- 5- Evliler bekârlara göre anlamlı olarak daha düşük depresif belirtilere ve TSSTÖ puanına sahiptir.

- 6- Yıllık izin kullanma sıklığı fazla olan bireylerin depresif belirtileri ve TSSTÖ puanları az olanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür.
- 7- Daha önce psikiyatrik tanı alan bireyler almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek depresif belirtilere ve TSSTÖ puanlarına sahiptir.
- 8- Kronik veya akut bir rahatsızlığı olanlar olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek depresif belirtilere ve TSSTÖ puanlarına sahiptir.
- 9- Sigara kullanım sıklığı fazla olan bireylerin depresif belirtileri ve TSSTÖ puanları da anlamlı olarak daha fazladır.
- 10- Alkol kullanım sıklığı fazla olan bireylerin depresif belirtileri ve TSSTÖ puanları da anlamlı olarak daha fazladır.
- 11- Kronik bir rahatsızlıktan ötürü ilaç kullanan bireylerin depresif belirtileri ve TSSTÖ puanları kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha fazladır.
- 12- Depresif belirtiler, MSPSS ve TSSTÖ puanlarıyla en az bir demografik değişken arasında ikili bir ilişki vardır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Ankara, İzmir, Bursa, Adana, Mersin, Osmaniye ve Samsun il sınırları içerisindeki hizmet sektöründe çalışan bireylerin demografik bilgileri, algıladıkları sosyal destek, depresif belirtiler ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki ilişkisi incelenmektedir.

1.3.Araştırmanın önemi

Yapılan bu çalışmanın ulusal alanyazında farklı meslek çalışanları üzerinde yapılan çok faktörlü çalışmalar açısından bir ilk olma özelliği taşıdığı düşünülmektedir. Ulusal alanyazında meslek mensuplarının iş yerinde yaşadıkları travmatik olaylar açısından incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yalnız ikincil travmatik stres kavramının meslek grupları, yaş, cinsiyet, mesleki tecrübe vb. bu çalışmada da incelenmesi tasarlanan faktörler açısından incelendiği görülmüştür (Haksal, 2007; Gürdil Birinci ve Erden, 2016; Gündüz, 2020;). Bu çalışmalarda meslek gruplarının genel olarak akıl sağlığı ve sosyal hizmet çalışanları olarak sınırlı tutulmuş olması, mevcut çalışmayı farklı kılan bir diğer husustur. Bu çalışmayı diğerlerinden farklı kılan en önemli yönü eğitim, sağlık, sosyal hizmet güvenlik ve adalet sektörü çalışanlarını aynı anda

değerlendirmiş olmasıdır. Bu bölümde alanyazında meslek gruplarında travmaya nasıl yaklaşıldığına, sahada uygulanan pratik yöntemlere ve bunların sonuçlarına değinilmiştir.

Başalan (2020)'ın da belirttiği gibi savaş sendromları her savaşta farklı adlarla anılmıştır. Amerikan iç savaşında Nostalji Hastalığı ve Da Costa Sendromu; Birinci Dünya Savaşında Efor Sendromu ve Gülle Şoku; İkinci Dünya Savaşında Savaş Stres Reaksiyonları; Vietnam Savaşında Agent Orange etkisi; 1980 sonrası gerçekleşen savaşlarda ise TSSB olarak tanımlanmıştır. Adları farklı olsa da gösterdikleri temel semptomlar birbirine benzer veya aynıdır. Başalan ilk defa kitleleri aşırı etkilemesi yönünden Gülle Şoku'nun Birinci Dünya Savaşı boyunca çok tartışıldığını, ancak tanı kriterleri konusunda hekimlerin görüş birliğine varamadığını belirtmiştir. Dönemin Times (Shell Blindness, 1915) dergisinde bu rahatsızlık mermi patlaması sonucunda hali hazırda yorgun ve bitkin olan askerlerde, yaralanmadan çok sarsıntının sebep olduğu, körlük ve diğer duylarda kayıp, otomatik hareketleri engellemeyecek kadar bilinç kaybı, yeni anı oluşturamama, göz kısılması ve sulanması ile karakterize bir durum olarak ifade edilmiş ve iyileşmesinin yavaş olduğu ifade edilmiştir.

Birinci Dünya Savaşında İngiliz ordusunda en yaygın sendrom Gülle Şoku olarak bilinmekteydi (Reid ve Van Everbroeck, 2014). Reid ve Van Everbroeck'in belirttiğine göre yaklaşık 8.900.000 kişilik İngiliz ordusundan 80.000 asker (yaklaşık %1) gülle şoku tedavisi görmüş ve 1921 yılında 65.000 asker gülle şoku tanısından ötürü emekli aylığı almıştır. Bourke (2011) ise Birinci Dünya Savaşında İngiliz ordusunda gülle şokundan muzdarip askerlerin %20sinin cepheye dönebildiğini belirtmiştir. Bu sayı aynı savaşta Amerikan ordusunda 4 milyonda 15-75 bin arasındaydı ve vakaların %65i rehabilite ederek tekrardan savaş alanına geri gönderilmiştir (Stagner, 2014). Jones ve Wessely (2005) de psikolojik zayırlara hazırlıklı olarak savaşa sonradan giren ABD ordusunda PIE müdahalesi daha etkin kullanıldığı için Gülle Şoku tanılı askerlerden cepheye dönen asker oranını %65 olarak aktarmıştır. Ayrıca Amerikan Ordusunda 2'nci Dünya Savaşında ve Vietnam Savaşında da PIE müdahalesinin geliştirilmiş versiyonlarının kullanılmaya devam ettiği görülmektedir (Friedman, 1981). Amerikan ordusunda hastalığın sebepleri üzerine araştırılma yapılmasa da pratikte üretilen çözümler askeri psikolojinin diğer disiplinler arasındaki yerini sağlamlaştırdığı görülmektedir. Bu da yapılacak olan her araştırmanın sonucunun önemini artırmaktadır.

Jones vd. (2007) yapmış olduğu çalışmanın sonuçları ise, yapılan çalışmalara güvenlik sektörünün de dahil edilmesinin, sahada sektörün sorunlarına yönelik pratik çözümler ortaya koyulduğunu ispatlar niteliktedir. Yaptıkları çalışmada Jones vd. Birinci Dünya Savaşında cepheye aktif olarak

hizmet veren dört hastanenin Ocak ve Kasım 1917 tarihleri arasındaki kayıtlarını incelemiştir. Hastanelere Gülle Şoku tanısıyla kaldırılan 3580 asker incelenmiş; birlik detayları, askeri deneyim, hastanede kalış süresi ve sonuçlarını analiz edilmiştir. Askerler muharip, muharebe destek sınıfı ve muharip olmayan gruplar olarak kategorize edilmiştir. Analiz sonucunda fiziksel zayıatların arttığı görevler sırasında, Gülle Şoku vakalarının da önemli ölçüde arttığı görülmüştür. Hastaların %50'sinden fazlası Fransa'da 9 aydan daha az hizmet yaptığı ve %21'inin Fransa'ya gittikten sonra 3 ay içinde görev yapamaz hale geldiği tespit edilmiştir. Buna rağmen askerlerin %20'den azı doğrudan muharip birliklerine dönmüş; çoğu diğer hastanelere, ikmal depolarına veya  s görevlerine gitmiştir. Bu çalışmadan sonuç olarak dönemin psikiyatri biliminin, askerlerin muharip birliklerine geri gönderilmesinde etkili olmadığı, ancak askerleri muharebe destek rollerine tahsis ederek silahlı kuvvetlerden kaçışları veya görev yapamaz duruma gelmelerini engellediği görülmüştür. Bu da yapılan çalışmadan elde edilen bulgular neticesinde üretilen pratik çözümlerin sahada ne kadar önemli faydalar sağlayacağının altını çizmektedir.

Battal ve  zmenler (1997)'in belirttiğine göre her ne kadar Birinci Dünya Savaşı sonrasında askeri psikoloji yerini sağlamlaştırmış olsa da savaş sendromları üzerine hekimlerin ortak bir tanı kriteri belirlemesi Vietnam savaşı bitiminde olmuştur. 1980 yılında Vietnam savaşının da oluşturmuş olduğu etkiyle savaş sendromları DSM-III'de TSSB adıyla anılmaya başlamıştır (Battal ve  zmenler). Yine Battal ve  zmenler Vietnam gazilerinde %26 gibi yüksek oranda TSSB görüldüğünü bildirmiştir. Sendromların isimleri farklı olsa da Birinci Dünya Savaşına kıyasla ordunun psikolojik zayıatı çok daha yüksek olmuş ve yöneticiler ekonomik yükümlülüklerden kaçınmak için bu durumu reddetmiş, görmezden gelmiştir. Buna rağmen TSSB'ye alkol/madde bağımlılığı ve intihar eğilimlerinin eşlik etmesi sorunu daha da somutlaştırmış ve uzunca bir süre kamuoyunun gündeminde kalmıştır.

TSSB'na koruyucu faktör olarak “sosyal destek” kavramının  nemi Vietnam gazileriyle artmıştır (Başalan, 2020). Bu durum ilk olarak psikoloji biliminin ürettiği bilgilerin güvenilirliğine sonra da maddi ve manevi kayıpları azaltmak için savaş sendromlarının risk ve koruyucu faktörleri üzerine daha çok araştırma yapılması gerektiğinin önemini bir kez daha ön plana çıkarmaktadır.

Birinci Dünya Savaşından bu yana savaş konseptleri de değişmiştir. Buna bağlı olarak ortaya çıkan yeni problemler, yeni müdahale yöntemleri arayışını da gerekli kılmıştır. Terör psikolojisi bunlardan biridir (Başalan, 2020). Günümüz güvenlik görevlilerinin en güncel savaş konseptlerine maruz kaldığını göz önünde bulundurunca; yapılacak olan çalışma travma ve depresyon yaşama ihtimali yüksek olan güvenlik görevlileriyle eğitim, sağlık ve sosyal hizmet

sektörlerinde çalışan diğer bireylerin yaşadıkları sorunlara etken faktörleri inceleyecek olması açısından önem arz etmektedir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada kabul edilen tek varsayım tüm katılımcıların cevaplarını doğru ve samimi verdiği'dir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma 2021-2022 yılları arasında Ankara, İzmir, Bursa, Adana, Mersin, Osmaniye ve Samsun illerinde çalışan hizmet sektörü çalışanlarıyla sınırlıdır. Yapılan çalışma ilişkisel bir araştırmadır. İncelenen faktörler arasında neden sonuç ilişkisi kurulamayacak olması araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Araştırma Beck Depresyon Envanteri (BDE), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ)'nin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır. Veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi seçilmiştir. Veriler çevrimiçi toplanmış olup araştırmacının gözlemleri söz konusu değildir. Katılımcıların soruları ve yönergeleri doğru olarak anladığı varsayılmıştır. Ölçek ve anketlerin ortalama olarak 20 dakika içerisinde doldurabileceği bilinmektedir. Yalnız katılımcılardan gelen geri bildirimler araştırmanın zaman aldığı ve çabuk sıkıldıkları şeklinde olmuştur. Araştırmada 30 katılımcı sayısının altında kalan sektörler (Finans, Haberleşme, İnşaat, Spor, Turizm ve Ticaret) "Diğer" başlığı altında toplanarak incelenmiştir. Yalnız bu sektörlerin birbirinden çok farklı nitelikte olması bu gruba ilgili yapılacak kıyaslamaların geçerliğini düşürmektedir. Her ne kadar katılımcılar evreni temsilen seçilmiş olsa da araştırmanın sonuçları evrene genellenemez, sadece tahminde bulunulmasına yardımcı olacaktır.

2. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Bu bölümde TSSB'nin alanyazındaki tanımlamalarına, nedenlerine, risk ve koruyucu etkenleri ile yaygınlığına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.1.1.Tanımı

Bu rahatsızlık DSM-5 (2013)'te doğrudan örseleyici bir olaya maruz kalma veya tanıklık etme sonucu kişinin örseleyici olaylar yeniden oluyormuş gibi hissettiği veya düşler gördüğü ve bunun sonucunda yoğun ruhsal sıkıntı yaşaması şeklinde tanımlanmıştır. Kişi örseleyici olaya bağlı olarak da benzeri uyarıcılardan kaçınabilir, odaklanma güçlüğü yaşayabilir, sürekli tetikte olur veya en ufak bir uyarıcıya karşı abartılı irkilme tepkileri veya saldırganlık gösterebilir. Volkan ve Hadjimarkou (2019) ise 1963-1974 Kıbrıs savaşı travmatik olaylarına örnek olarak adam kaçırmayı, ceset veya ceset parçaları görme, başka insanları öldürme, göç etme, savaşta esir düşme, tecavüze uğrama, aile fertleri veya arkadaşlarının katledilmesine tanık olmayı göstermiştir.

2.1.2. Etiyolojisi

DSM-5 (2013)'in A kriterlerine göre doğrudan örseleyici olay yaşamayla beraber, başkası veya bir aile ferdinin örseleyici olay yaşadığına şahit olma veya öğrenme, örseleyici olayın istenmeyen ayrıntılarına doğrudan defalarca maruz kalma TSSB oluşumuna başlıca etkindir.

Alanyazında TSSB'nin etiyojisini en kapsamlı şekilde Ford, Grasso, Elhai, Courtois (2015)'in ele aldığı düşünülmektedir. Ford vd. TSSB'nin tek bir nedeninin olmadığını çok fazla potansiyel faktörün kombinasyonu neticesinde oluşan bir rahatsızlık olduğunu belirtmiştir. Bu yüzden etiyojisinin de risk ve koruyucu faktörler olarak ele alınması gerektiğini savunmuştur. Bu sebeple yalnızca travmatik stresöre maruz kalmak TSSB oluşumu için yeterli değildir, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler de risk faktörü veya koruyucu faktör olarak rol alacağı için TSSB oluşumunda belirleyici olduğunu bildirmiştir. Ona göre travmatik olay öncesi risk faktörlerine aile bireylerinin travmatik olaya maruz kalması, psikiyatrik veya bağımlılık problemleri, kişiler arası çatışmalar örnek iken; sosyal destek, eğitim düzeyinin yüksek olması sonucu soyo-ekonomik kaynaklara erişim ve sorunlarla başa çıkma yetenekleri de kilit koruyucu faktörlerdendir. Bunların dışında kadın olmak, etnik kökeninin azınlık olması, doğrudan travmatik olayı yaşamak, olay esnasında çocuk olmak, yaralanmak veya özellikle bir yakınının buna maruz kaldığına tanık olmak, katliam veya savaşta kitlesel imhaya tanık olmak, olay sonrasında kişinin

veya ebeveynlerinin gösterdiği aşırı stres tepkileri TSSB'nin en önemli risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Ford vd.).

Ford vd. (2015)'in yorumuna benzer olarak, Aydın ve Özgen (1999) de aynı travmatik olayı yaşayan herkeste TSSB oluşmadığını, bu durumun da stresörün kişi için taşıdığı anlamdan ötürü olduğunu belirtmiştir. Ayrıca öznel algıya ilaveten 15 yaşından önce travma yaşamış olma, yetersiz sosyal destek, psikiyatrik hastalığa yatkınlık, kaygı bozukluğu ve majör depresyon geçirmiş olma, 10 yaşından önce aileden ayrılmış olma gibi etnik-kültürel, psikolojik, biyolojik, ailesel ve sosyal etkenlerin de TSSB oluşumunda rol oynadığını belirtmiştir. Bunlarla beraber travmatik olay öncesindeki depresif ruh haline sahip olma gibi kişisel ve gelecekteki olayların kontrol edilebilirliği gibi bilişsel özelliklerin de TSSB oluşma ihtimalini artırdığı görülmektedir. (Resnick, Kilpatrick, Best ve Kramer 1992; Kushner, Riggs, Foa ve Miller, 1992).

Volkan ve Hadjimarkou (2019) Kıbrıslı Rum ve Türk toplumlarında savaş travmasının bilinçaltı varlığını incelemiş oldukları çalışmada, savaştan yaklaşık 50 yıl sonra bile her iki Kıbrıs toplumunda savaş psikopatolojisinin var olabileceğini bulmuştur. Aynı çalışmada, Kıbrıslı Türk katılımcıların tepkilerindeki gecikmenin Kıbrıslı Rum katılımcılara kıyasla daha yavaş olmasının toplulukların yaşadığı devletlerin siyasi/ekonomik statülerindeki değişimden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Bu bulgu bir çok şekilde yorumlanabileceği gibi, aradan geçen yıllara rağmen, benzer travmaları yaşayan toplumların travma hatırlatıcılarına gösterdikleri tepkilerinin farklılaşmasında devletlerin siyasi/ekonomik statülerine de değinmiş olması bakımından ilgi çekicidir.

Son olarak Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best, Veronen, Resnick, (1989) tarafından yürütülen bir araştırmada 391 kadın katılımcı suç ilişkili TSSB ile seçilmiş kurban ve suç karakteristikleri arasındaki ilişki açısından incelemiştir. Yapılan çalışmada tamamlanmış tecavüz, saldırı sırasında yaşama yönelik tehdit ve saldırı esnasındaki fiziksel yaralanma ile TSSB arasında ilişki bulunmuştur. Bu değişkenlerin üçünün bir arada görüldüğü vakaların görülmeyenlere göre TSSB geliştirme ihtimalinin 8.5 kat daha olası olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmacılar tecavüz kurbanlarında diğer suç kurbanlarına göre TSSB gelişme olasılığı daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

2.1.2.1. Psikodinamik yaklaşım

Özgen ve Aydın, (1999) TSSB oluşum sürecini, travmatik yaşantının çözülmemiş iç çatışmayı harekete geçirmesi şeklinde yorumlamıştır. Freud'a (1962) göre ego organizmanın

gerçek dünyayla ilişkisini düzenlemek ve dış dünyanın üstesinden gelmesini sağlamakiçin 6-8. Aylarda, ID'den evrimleşerek gelişir ve ID'in amaçlarına ulaşmasına yardımcı olur (akt.: Yazgan İnanç ve Yerlikaya, 2015). Freud'a göre travmatik olay egonun stresörle baş edememesine ve savunma mekanizmalarının yetersiz kalmasına sebep olmaktadır (Özgen ve Aydın).

Psikodinamik bakış açısı tedavinin, danışanın travmatik anıyla ilgili duygu ve düşünceleri bastırmak için kullandığı bilinçsiz savunma girişimlerini tanımasına bağlı olduğunu belirtmiştir (Ford vd. 2015). Psikodinamik yaklaşımın takipçilerinden olan Harry S. Sullivan kişilik yapısı ve davranışların oluşumunda kişilerarası ilişkilere odaklanmıştır (Yıldırım ve Kumcağız, 2022). Kişilerarası psikoterapi ise Adolph Meyer ve Harry S. Sullivan'ın kişilerarası kuramı ile John Bowlby'nin bağlanma kuramından esinlenerek tasarlanmıştır. (Klerman, Weissman, Rounsaville vd., 1984). Sosyal desteği artırarak ve ilişkilerde akut krizleri önleyerek, depresyonu tedavi etmek için geliştirilmiştir. Bu yaklaşımda bir dizi yapılandırılmış ödev ile kişilerarası iletişim ve karar verme yeteneği üzerine çalışarak TSSB semptomlarının da azaldığı görülmüştür (Markowitz vd., 2015).

2.1.2.2. Bilgi işleme modeli

Özgen ve Aydın (1999) bu modelde TSSB'yi ağır stres karşısında bilgi işlemenin bozulması sonucu travmatik yaşantıların kolayca uyarılabilmesi, bastırılmaması veya dışlanamaması şeklinde açıklamıştır. Korkuyla kaydedilen düzensiz yaşantılarla ilintili duygu veya düşünce öğelerinden birisinin uyarılmasıyla tümü harekete geçmekte, bu da TSSB'deki uyarılmışlık, bellek bozuklukları gibi belirtilerin kaynağı olarak değerlendirilmektedir (Özgen ve Aydın). Lancaster, Teeters, Gros ve Back (2016)'ın bu modelle ilgili düşüncesi ise, travma esnasında yaşananlar tam olarak işlenmemiş olmasıdır. Lancaster vd. bu yüzden kişinin travma anında oluşan yanlış algıları ve çarpık düşünce kalıplarını olaydan sonra da devam ettirdiğini ve bunun da TSSB oluşumuna sebep olduğunu belirtmiştir.

2.1.2.3. Öğrenme ve davranışçı modeli

Bu kurama göre travma klasik koşullanma yöntemiyle öğrenilmektedir ve temelinde de Mowrer'in iki faktörlü öğrenme kuramı yer almaktadır (Keane, Fairbank, Caddell, Zimering ve Bender, 1985). Temel davranışçı konsepte göre koşulsuz uyarıcı olan travmatik olay, koşulsuz tepki olan ürkme, korkma gibi davranışlara sebep olurken; travmatik olayı çağrıştıran bir nesne veya imgelem koşullu uyarıcı işlevi görüp uzun süre sonra karşılaşıldığında bile ürkme korkma gibi koşullu tepkilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bireyin travmatik anılarıyla gündeme

gelen korku duygusuna karşı kullanmış olduğu bastırma tepkisi (eylem) de rahatlamayla (pekiştirici) sonuçlanan edimsel koşullanmaya sebep olmaktadır. Shalev, Bonne, ve Eth (1996) TSSB hastalarının travmatik olaya maruz bırakma yöntemiyle iyileşeceklerini belirtmiştir. Ancak basit koşullanmanın aksine, TSSB'deki koşullu tepkinin zamanla sönmediği görülmüştür (Shalev vd.). Bu farklılığa Mowrer'in (1960) iki faktörlü modeli açıklık kazandırmıştır. Bu modele göre travma ilk olarak basit koşullanma gibi oluşur (dövüş sesleri gibi travma esnasında mevcut olan koşullu uyaranlardan kaçınma gibi); müteakiben travma (herhangi bir savaş hatırası veya benzer özellikte bir koşullu uyarıcı) sıkıntıda azalma ile ödüllendirilir. Yani klasik koşullanmayla öğrenilmiş olunan istenmeyen koşullu uyarıcıdan, bilinçli olarak kaçınan kişi, edimsel koşullanma ile kendi travmasını pekiştirmiş olur. Böyle bir kaçınmanın pekiştirilmesi de koşullu uyarıcının zamanla sönmesini engellemiş olur. Dolayısıyla travma sonrası stres tepkileri artarak TSSB'ye dönüşür.

2.1.2.4. Nöropsikolojik model

Parasram ve Stein (2013)'e göre TSSB; hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksen, serotonin ve nöradrenalin sistemleri, glutamat-Gaba ve opiat sistemleri gibi çok sayıda moleküler bozulmalardan kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte Parasram ve Stein nörogörüntüleme çalışmalarında tespit edilen, TSSB'den etkilenen kişilerin hipokampal hacminin azalmasının, deneyimlenen bellek ve öğrenme bozukluğunun da sebebi olabileceğini belirtmiştir. Bu azalmanın travma sonrasında HPA'da oluşan işlev kaybının nörotoksik etkisinden kaynaklı olabileceği gibi, TSSB gelişimi için önceden var olan bir risk faktörü de olabileceğini belirtmiştir.

Francati, Vermetten ve Bremner (2005) ise 1993 ve 2005 yılları arasında, insan deneklerle, TSSB üzerine yapılan 45 nörogörüntüleme çalışmasını incelemiştir. Bu çalışmalarda tek-foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT), pozitron emisyon tomografisi (PET) ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) gibi beyindeki kan akışı, oksijen seviyesi ve nöroreseptör yoğunluğunun görselleştirildiği teknikler kullanılmıştır. Yapılan kıyaslamalar sonucunda kesin bir kanıt olmamasına rağmen TSSB'nin Medial Prefrontal Korteks (mPFC) aktivasyonundaki azalma ve Amigdala aktivasyonundaki artışla ilgili olabileceği değerlendirilmiştir. Ayrıca destekleyen birkaç çalışmaya rağmen Hipokampus ve Parahipokampal Girus'un TSSB'deki rolünün belirsiz olduğu ifade edilmiştir.

McLaughlin vd. (2014) Amigdala ve mPFC aktivitelerinin TSSB ile ilişkisindeki belirsizliği, 2013 yılındaki Boston Maratonu saldırısından sonra yapılan bir çalışmayla kısmen netleştirmiştir.

Araştırmacılar Boston Maratonu saldırısından 2 yıl önce fMRI taraması yaptıkları 40 ergen ile saldırıdan 1 ay sonra terörist saldırısıyla ilgili travma sonrası semptomların değerlendirildiği bir anket çalışması yapma fırsatı yakalamıştır. 2 yıl önce fMRI çalışmasına katılan 40 ergenden sadece 15'i ankete katılım sağlamış, katılımcıların az olması da yapılan çalışmanın zayıflığı olarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar, olumsuz duygusal bilgilere karşı artan amigdala aktivitesinin, bir terörist saldırının ardından oluşabilecek potansiyel TSSB için bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir. Ancak duygusal tepki esnasında oluşan mPFC aktivitesi ile travma sonrası semptomlar arasında bir ilişki bulunamamıştır (McLaughlin vd.). Etik nedenler insan deneklerle travma üzerine neden sonuç ilişkili deney yapılmasını kısıtlamaktadır. Bu bakımdan yapılan çalışma TSSB'nin nedenlerini anlamamız açısından çok önemli olduğu değerlendirilmektedir.

Bu modele göre TSSB'de korku tepkisi üreten uyarının doğası bir fobi uyarısından daha aşırıdır. Fobi uyararı olabilen örümcek ile travma uyararı olabilen araba kazası veya cinsel saldırı arasındaki fark buna örnektir. Bu fark beynin duygusal bilgisayarı ve alarm sistemi olan amigdala üzerindeki ilk etkinin muhtemelen daha büyük olduğu anlamına gelir. Amigdala, hipotalamusla yakın bağlantısı sayesinde iyi huylu veya kötü huylu arasında ayırım yapar ve uyarının tam olarak ne olduğunun farkına varmadan önce, savaş ya da kaç tepkisini belirleyebilir. Bir anı, amigdalaya ne kadar güçlü işlenirse, o kadar kontrol altına alınamaz olabilir ve dramatik bedensel tepkileri tetikleyebilir. Bunun sonucunda da kişi TSSB'yi karakterize eden tam duygusal tekrarlarla tamamlanan travmayı yeniden deneyimleyebilir (Scott ve Stradling, 2006).

2.1.3. Risk Faktörleri

TSSB nin risk ve koruyucu faktörleriyle ilgili alanyazında birbirine zıt sonuçlar mevcuttur. Bunların tamamına yer vermek mümkün olmayacağı için araştırmanın temel hipotezleri ile ilişkili sonuçlara yer verilmiştir. Parasram ve Stein (2013), herhangi bir travmatik olay TSSB gelişimine yol açabildiğini lakin tecavüz ve savaş gibi daha az yaygın ve daha şiddetli olaylar için TSSB riskinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Yazarlar, TSSB gelişimine yatkınlık oluşturan risk faktörlerini, travma öncesi faktörler (örneğin kadın cinsiyet, çocukluk çağı travması geçirmiş olma, genetik faktörler, önceden var olan psikiyatrik bozukluk, düşük zeka); travma esnasındaki faktörler (örneğin travmanın beklenmedik ve şiddetli doğası, kişilerarası şiddet, travma sırasında disosiyasyon); ve travma sonrası faktörler (ör. travma sonrası zayıf sosyal destek) olarak ele alınması gerektiğini ifade etmiştir. Yazarlar her ne kadar sınıflama açısından bir sistem önerisinde bulunmuş olsalar da, alanyazındaki araştırmaların çoğunluğu bu sistematığı dikkate almamıştır.

Binay (2016) Suriyeli ve Iraklı göçmenlerle yaptığı bir araştırmada, çatışma ortamında bulunma kadar TSSB riskini artıran bir diğer etkenin savaş ortamında cinsel saldırılara maruz kalmak veya tanık olmak olduğu sonucuna varmıştır. Aynı araştırma sonuçları 202 göçmendenden %36.6 (74)'sının cinsel istismar, taciz, tecavüz gibi bir travmayı ya yaşadığını ya da tanıklık ettiğini göstermiştir.

Ek olarak, Halimi ve Halimi (2015) Kosovada görev yapmış TSSB ve eşlik eden Majör Depresif Bozukluk tanısı almış 215 gazinin %31.8'inde yüksek intihar riski bulmuştur. Bu araştırmadan yola çıkarak depresyonun TSSB için önemli bir yordayıcı olduğu da söylenebilmektedir.

Friedman (1981)'in araştırmasına göre Vietnam Savaşına 1965-1973 arasında 3 milyon ABD askeri katılmış, 58.000 asker görev esnasında ölmüş, yaklaşık 400.000 askeri ise yaralanmıştır. Bu araştırma Vietnam Savaşı'nın üzerinde 5 yıl geçmesinin ardından askerlerde yapılan araştırmalar şüphelenilen oranların aksine psikiyatrik zayıatların %20 ila %60 arasında olduğunu göstermiştir. Araştırmacı "psikiyatrik zayıatlar" olarak uyku bozukluğu, depresif mod, kaygı, öfke kontrol güçlüğü, alkol/ilaç bağımlılığı, düşük stres toleransı, rahatlama ve odaklanma güçlüğü, aşırı ürkek tepkiler, tekrarlayan kâbus ve geriye dönüşleri göstermiştir. Bu rahatsızlıklar Vietnam Sonrası Sendrom olarak nitelendirilmiş ve DSM-III'e göre TSSB tanı kriterlerini karşıladığı belirtilmiştir. Friedman (1981) oranların yüksek olmasının sebebini Vietnam savaşında diğer savaflara nazaran çok daha az grup desteği, yani sosyal desteğin olmasıyla açıklamıştır.

Ulusal alanyazına bakıldığında siviller ile yapılan travma, sosyal destek ve depresyon çalışmaları; asker ve polisle yapılan çalışmalara nispeten daha fazla olduğu görülmüştür. Eşsizoglu vd. (2009) tarafından yapılan, bir terörist saldırı sonrasında TSSB gelişimini etkileyen risk faktörlerinin incelendiği boylamsal bir çalışmada, patlamadan 1 ve 3 ay sonra alınan veriler incelendiğinde her iki ölçüm için de psikiyatrik bozukluk öyküsüne sahip olmanın TSSB gelişimi açısından bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada patlama esnasında yaralanmış olmanın ise 1 ay sonraki ölçümlerde TSSB açısından risk faktörü oluşturduğu; 3 ay sonraki ölçümlerde ise böyle bir riskin söz konusu olmadığı ortaya çıkmıştır. Yine aynı araştırmada patlamadan sonraki birinci ayda TSSB oluşan ve oluşmayan iki grup incelendiğinde patlamaya tanıklık etmenin, ölü ve yaralılarla karşılaşmış olmanın, bir yakın veya tanıdığın ölmesi veya yaralanmış olması, ev ve iş yerinde fiziksel anlamda hasar meydana gelme oranları anlamlı düzeyde yüksek olmasına rağmen, hiçbirisi TSSB gelişimi açısından risk faktörü olarak belirlenmemiştir. Bunun nedeni olarak da araştırmacılar, söz konusu patlamanın sebep olmuş olduğu yıkım ve verdirdiği kayıplar bakımından nispeten küçük olmasını ve araştırmaya dahil edilen katılımcıların az olmasından

dolayı literatürdeki faktörlerin tam anlamıyla incelenememiş olmasını görmektedir. Araştırmacılar evli olmayanlar arasında yalnız yaşayanların sayısının az olmasının, araştırmanın yapıldığı toplumun kolektivist yapısının, kısacası sosyal desteğin, medeni koşullar arasında anlamlı fark çıkmamasının sebebi olarak görmüştür.

Alpar (2014) poliste gelişen travmatizasyon üzerine yapmış olduğu araştırmada, polislerin en çok etkilendiklerini bildirdikleri olaylarda fiziksel yara almanın, bir başkasının fiziksel yara almasına tanık olmanın, hayatının tehlike altında olmasının, bir başkasının hayatının tehlike altında olduğuna tanık olmanın, travma sonrası stres belirtileri toplam puanları üzerindeki etkisinin anlamlı olduğunu bulmuştur. Bu da incelenen faktörleri TSSB gelişimi açısından potansiyel risk faktörü olarak düşündürmektedir. Alpar (2014)'ın incelediği faktörler, Eşsizoglu vd. (2009)'nin çalışmasında incelenen faktörlerle benzer olması ama sonuçların zıt olması açısından ilgi çekicidir.

Ünlü (2014)'nın operasyonel görev yapan askeri personelde TSSB sıklığını etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında 230 askeri personel; medeni hal, eğitim durumu, alkol, psikososyal çevresel sorunlar, bedensel hastalıklar, sigara ve geçirilmiş hastalık faktörleri açısından incelenmiştir. Örnekleme dâhil edilen 13 kişiye TSSB tanısı konulmuştur. TSSB ile sadece sigara kullanımı ve psikiyatrik tedavi öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak Ünlü (2014) ve Eşsizoglu vd. (2009)'nin bulgularına göre psikiyatrik tedavi öyküsü TSSB açısından bir risk faktörü olarak gösterilmiştir.

Koryürek (2011) Ankara'da okuyan savaş mağduru 203 Iraklı Türkmen genç ile yaptığı bir çalışmada, TSSB'yi en güçlü yordayan etmenin travmatik olay sayısı olduğunu bulurken; depresyonu da bir diğer yordayıcı etken olarak tespit etmiştir. Ayrıca, aynı çalışmada? silah kullanmayı bilmenin travmatik olaylara karşı koruyucu etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları savaş ortamından uzağa göç edilmiş olsa bile savaş travması yaşamış genç sivillerin TSSB ve Majör Depresyon gibi psikolojik sorunların yaygın olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Birçok çalışmada Depresyon ve TSSB'nin bir arada görüldüğü belirtilirken araştırmacılar bu durumu hastalığın kronikleşmesiyle ilişkili olduğunu düşünmüştür (Hoven, vd. 2005; Vinck, Pham, Stover, & Weinstein, 2007; Niaz, Hassan ve Hassan, 2007). Bu çalışmalardan yola çıkarak depresyon ve travmatik olay sayısı risk faktörü olarak değerlendirilirken, silah kullanmayı bilmek ise koruyucu etki olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bulgular travma ortaya çıkmadan müdahale etmek için bize ışık tutabilir. Bu yüzden yapılacak olan çalışmaya hem silah kullanmayı bilen asker ve polislerin hem de bilmediği varsayılan diğer

sivil meslek çalışanlarının dahil edilmesiyle, önceki çalışmalarda elde edilen bulguların tekrar değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Öztan vd. (2001)'ın belirttiğine göre travmatik olaydan etkilenmeyi belirleyen faktörlerin başında; aşırı durumlara tanık olma, stres yaratan durumlara maruz kalma süresi, yaşamın tehlikede olduğunu düşünme, stresle başa çıkma gücü, sosyal desteğin doğası ve derecesi ile anne-babanın etkilenme düzeyi gelmektedir. Alanyazındaki diğer araştırmalardan farklı olarak anne-babanın etkilenme düzeyi ve onların verdikleri güçlü olumsuz tepkilerin çocukların travmatik olaylardan daha fazla etkileneceğini savunması bakımından bu çalışma ilgi çekicidir. Ayrıca bu faktör hem bir ebeveyn hem de sosyal destek sağlayıcısı olan kişilerden “dolaylı öğrenme” yoluyla TSSB'nin şiddetinin arttığı düşüncesini de akla getirmesi bakımından öğrenme ve davranışçı modeli işaret etmektedir.

Alan yazından da anlaşıldığı üzere savaş ve terör mağduru göçmenler üzerinde hatırı sayılır çalışma mevcuttur; ama askeri personelin savaş travması ve depresyon belirtileri ile ilgili doğrudan bir çalışma nispeten daha azdır. Eldeki bilgiler göz önünde bulundurulduğunda silah kullanmayı bilmenin ve algılanan sosyal desteğin TSSB'yi engelleyici veya azaltıcı bir etken olduğu düşünülmektedir (Koryürek, 2011). Asker ve polislerin meslek ve günlük hayattaki dinamikleri bu faktörler açısından sivillerden ayrılmaktadır. Bir doktor, avukat veya sosyal hizmet çalışanı zaman zaman fazla mesai yapsa veya nöbet tutsa da görev sonunda istirahatini ailesiyle beraber evinde geçirebilmektedir. Asker ve polisler ise diğer meslek gruplarına nazaran nispeten daha fazla zamanı ailesinden uzakta geçirmektedir. Bu da edinilecek olan sosyal desteğin meslekler bağlamında değişeceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde bir öğretmen veya sosyal hizmet uzmanı da hobi olarak avcılık, atıcılık gibi bir takım silahlar ile ilgilense de asker ve polisler görevi gereği bu silahları onlardan daha iyi kullandığı varsayılmaktadır. Sonuç olarak bu çalışmanın kendinden öncekilere kıyasla incelediği meslek grupları ve faktörler yelpazesinin daha geniş olması bakımından önemli olduğu söylenebilir.

2.1.4.TSSB'nun Epidemiyolojisi

Bu bölümde alanyazında TSSB'nin genel popülasyona oranı ile travma türlerine göre TSSB geliştiren bireylerin yaygınlığının değerlendirildiği ilgili çalışmalara yer verilmiştir. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes ve Nelson (1995)'ın yaptığı çalışmanın sonuçları konuya genel bir çerçeve çizmektedir. Araştırmacılar, yaşları 15 ile 54 arasında değişen 5877 kişiyle yapmış oldukları çalışmalarında TSSB'nin tahmini yaşam boyu yaygınlığı %7.8 olarak bulunmuştur.

Yine aynı çalışmada TSSB ile en çok ilişkilendirilen bozukluklar ise erkekler arasında çatışmaya maruz kalma veya tanık olma; kadınlar arasında ise taciz ve tecavüz olduğu belirtilmiştir. Bu bilgi ışığında, erkeklerin en çok yaşadığı travma türü olan; çatışmaya maruz kalan veya kalma ihtimali diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olan meslek gruplarının da incelendiği nadir çalışmalardan biri olması bakımından yapılan bu araştırma önem arz etmektedir.

Parasram ve Stein (2013)'ın Tıp Fakültesi öğrencileri için yazmış oldukları Uluslararası Psikiyatri El Kitabında belirttiğine göre insanların çoğunluğu TSSB ile sonuçlanacak kadar şiddetli travmatik bir olaya maruz kalmaktadır. Bununla birlikte, bunların yalnızca nispeten küçük bir kısmı TSSB geliştirmektedir. Özgen ve Aydın (1999) ise bireylerin genetik özellikleri, fiziksel yapıları, psikolojik geçmişleri, o anki motivasyonları ve stresle baş etme düzeneklerindeki farklılıklara göre TSSB yaygınlığının farklılık gösterdiğini belirtmiştir. Bu farklılıklara göre genç yetişkin, bekar, boşanmış dul, ekonomik yönden zayıf ya da sosyal yönden izole bireyler ile insan kaynaklı felaketlere maruz kalan bireyler arasında TSSB'nin daha yaygın olduğunu ifade etmiştir.

Başoğlu, Kılıç, Şalcıoğlu ve Livanos (2004)'ün 1999 Marmara depreminden sonra yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %42'sinde TSSB bulunmuştur. Bu oran depremden 14 ay sonra %23 seviyelerinde tespit edilmiştir. Güloğlu ve Kararımak (2013)'in çalışmasında ise Güneydoğu Anadolu bölgesinde askerlik yaptığı esnada girdiği çatışmalarda yaralanıp gazi ünvanı alan 247 kişiden %29.6'sında TSSB bulgulanmıştır. Silahlı çatışmada bulunan askerlerle yapılmış Güloğlu (2016)'nın çalışmasında ise bu oran %46,7 seviyesindedir. Bir terör saldırısı sonucu patlamaya tanık olan kişilerle yapılan başka bir çalışmada da patlamadan 1 ay sonra TSSB oranı %12.5 iken 3 ay sonra %9.6 olarak bulunmuştur (Eşsizioğlu vd., 2009). Bu çalışmalardan hareketle travmatik olaya maruz kalan herkeste TSSB'nin oluşmadığı, olaydan sonra TSSB belirtilerinin zamanla azalabileceği çıkarımını yapmamız mümkündür.

Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders ve Best (1993) tarafından ABD'de kadınlarla TSSB prevalansına ilişkin geriye dönük yapılan bir çalışmada, ağır saldırı mağdurlarının %17,8'i ve tecavüz mağdurlarının %12.4'ünün kronik TSSB yaşadığını bulmuştur. Buna karşılık suç ile oluşmayan travma vakalarında TSSB %3.4 oranında bulundu. Buradan saldırıya uğrayan kadınların suç dışı faktörlerle travma yaşayan kadınlara kıyasla TSSB geliştirme ihtimalleri 4 veya 5 kat daha fazla olduğu görülmektedir

Foa (1995)'nın 96 tecavüz ve 100 cinsel olmayan saldırı mağduruyla yaptığı araştırmada saldırıdan 2 hafta sonra yapılan değerlendirmede tecavüz mağdurlarının %92'si cinsel olmayan

saldırı mağdurlarının ise %74'ü TSSB kriterini karşılamıştır. Saldırıdan 3 ay sonra bu oran birinci grup için %47, ikinci grup için ise %27; 6 ay sonra ise birinci grup için %35, ikinci grup için ise %13 seviyelerinde olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Rothbaum, Foa, Murdock, Riggs ve Walsh (1992) tarafından 64 tecavüz ve 49 cinsel olmayan saldırı mağduru kadınla yürütülen bir başka çalışmada da katılımcıların travma sonra tepkileri haftalık olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada da tecavüz mağdurları arasında TSSB oranı saldırıdan kısa bir süre sonra %94 seviyelerindeyken 3 ay sonra yapılan değerlendirmede bu oranının %47 seviyesine gerilediği görülmüştür.

Göçmenlerle yapılan çalışmalarda da sonuçlar benzerdir. Mollica vd. (1987)'nin 52 güneydoğu asyalı göçmenlerle yaptığı çalışmaya göre neredeyse her birinin 10 travma ve 2 işkence yaşadığını belirtmiştir. Bu mültecilerin yarısının TSSB kriterlerini karşıladığı ve karşılamayanların da diğerlerine göre çok daha fazla travma yaşadığını belirtmiştir. Kinzie vd. (1990)'nin yaptığı çalışmaya göre ise akıl sağlığı merkezine başvuran 322 Güneydoğu Asyalı mülteci arasından TSSB kriterlerinin karşılayanların oranının %70 olarak belirtmiştir. Binay (2016) ise Türkiye'ye iltica etmiş olan Suriyeli ve Iraklı göçmenlerle yaptığı çalışmada şimdiki TSSB sıklığını %57,9, hayatboyu TSSB sıklığını ise %58,9 olarak tespit etmiştir.

Sudetic (1998) 1992-1995 yılları arasında, eski Yugoslavya Cumhuriyetinin dağılmasından sonra Bosnalı Müslümanlara yapılan soykırımı (250.000 kişinin ölümü ve 2 milyondan fazlasının da göç etmesiyle sonuçlanan) etnik temizlik harekâtı olarak nitelendirmiştir. Weine vd. (1995)'nin Bosna soykırımından sonra hayatta kalan 20 kişiyle yapılan bir çalışmada da katılımcıların %65'inin TSSB kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada ayrıca TSSB şiddetiyle yaşanan travmatik olay sayısı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmalar ışığında anlaşılmıştır ki kişi ne kadar çok travmatik olaya maruz kalırsa yaşayacağı TSSB da o kadar çok şiddetli oluyor. Etnik temizlik harekâtını devam eden yıllarda Weine vd. (1998) Bosnalı mültecilerde TSSB varlığını araştırmaya devam etmiştir. Bu çalışmada 34 mülteci, göç ettikleri ülkeye yerleştiklerinde ve yerleştikten bir yıl sonra olmak üzere iki defa değerlendirilmiştir. İlk değerlendirmelerinde TSSB oranı %65 iken (25 kişi) ikinci değerlendirmelerinde bu oran %44 seviyesinde bulunmuştur. Vojvoda, Weine, McGlashan, Becker ve Southwick (2008) ise ABD'ye iltica eden 45 Bosnalı mülteci ile 3.5 yıl boyunca boylamsal bir çalışma yapmıştır. 45 katılımcıdan 21'i 3.5 yıl boyunca çalışmaya katılabilmiş ve sadece 21 kişi istatistiklere dahil edilmiştir. Sonuçlar kendinden öncekileri doğrular nitelikte olup, katılımcılar henüz yerleştiği

esnada %76, 1 yıl sonra %33, 3.5 yıl sonra da %24 seviyesinde bulunmuştur. TSSB semptomları gösteren birey sayısı zamanla azalmıştır.

2.2. İkincil Travmatik Stres Kavramı

Mevcut çalışmada hizmet sektöründe çalışan bireylerin yaşadığı TSSB incelenmektedir. Ancak alanyazında çeşitli meslek çalışanlarının ikincil travmatik stres ile olan ilişkilerine de değinilen çalışmalar olmasından ötürü, bu kavramın da çeşitli boyutlarıyla ele alınmasında fayda olacağı değerlendirilmektedir.

2.2.1. Tanımı

Figley (1993) travmatize olmuş bireyin duygusal yükünü paylaşan eş veya anne gibi yakınların, zamanla travmatik olayın dolaylı kurbanı haline gelmesiyle yaşadıkları tecrübeyi ikincil travma veya travmatik stres olarak adlandırmıştır. Yine Figley (1995)'in belirttiğine göre travma kurbanlarıyla çalışan terapistlerde anılarını istemsizce anımsama, kâbus görme ve kaygı durumlarının yükselmesi gözlenebilir. Empati yeteneği güçlü, danışanlarının acı korku ve ıstırap hikayelerini dinleyen profesyonellerin ikincil travmatik stres yaşama ihtimalini daha olası görmüştür. Figley'nin tespitine göre bu profesyoneller de travma kurbanlarıyla benzer semptomları gösterecektir. Buradan hareketle Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeğinden (TSSTÖ) yüksek puan alan travma mağdurları gibi terapistleri de benzer puanlar alacağı beklenmektedir. TSSTÖ Foa, Cashman, Jaycox ve Perry (1997) tarafından TSSB tanısı alabilecek kişileri ve yaşadıkları TSSB'nin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu yüzden akıl sağlığı çalışanlarına ayrıca bir ölçek uygulanmamıştır.

2.2.2.Etiyolojisi

İkincil Travmatik Stresin etiyolojisi TSSB'nun etiyolojisiyle benzerdir. Bu yüzden bu bölümde sadece farklı olan kısma değinilmiştir. Farkını anlamak için de bu kavramın tanımına bakmak gerekmektedir. Figley (1993)'ün tanımından anlaşılacağı üzere ortada şiddetli bir stresöre yani travmaya maruz kalmış bir birey vardır ve bireyin bu tecrübesi yakın çevresindekiler tarafından da bir takım zihinsel süreçlerle deneyimlenir. Gürdil Birinci ve Erden (2016)' göre bu dolaylı deneyimlemenin sonucunda kişide oluşan duygu ve davranışların temelinde, kişinin travmatize bireye yardım etme isteği yatmaktadır. Bu deneyim sonrasında da TSSB oluşumuna benzer şekilde kişide semptomlar başlar. Bu noktadan sonrasını anlayabilmek için TSSB'nin etiyolojisi ile ilgili modellemeleri incelemek gerekir.

2.2.3.Risk Faktörleri

Ulusal alanyazında aynı faktörler açısından farklı sonuçlar mevcuttur. Bunlardan Gürdil Birinci ve Erden (2016) tarafından yapılan bir araştırmada yardım çalışanları (psikologlar, sosyal hizmet görevlileri, ambulans görevlileri ve avukatlar) üstlenilmiş travma, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik kavramları açısından bir dizi ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların kendi travmatik yaşantılarından etkilenme düzeylerinin özellikle ikincil travmatik stres gelişimi açısından önemli bir risk etkeni olduğunu ortaya koyarken; diğer puanlar (üstlenilmiş travma, tükenmişlik) meslek grupları açısından karşılaştırıldığında psikologların almış oldukları mesleki eğitimlerden ötürü daha az risk altında olabileceği değerlendirilmiştir.

Altan (2020)'ın yaptığı çalışma da psikolog, psikiyatrist ve psikiyatri hemşireleriyle yaptığı çalışma da Gürdil Birinci ve Erden (2016)'ın çalışmasını doğrular niteliktedir. Ayrıca nöbet tutan katılımcıların, tutmayanlara göre ikincil travmatik stres ölçeği puanları daha yüksek olduğu için; nöbet tutan katılımcılar risk grubunda olduğu şeklinde değerlendirilmiştir. Yaş ve meslekte geçirilen süre ile ikincil travmatik stres ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Görülen o ki meslekte geçirilen süre ve yaşlanmaya bağlı olarak yorulan çalışanlar ikincil travmatik stres açısından risk grubundadırlar.

Sağlık çalışanlarıyla ilgili yapılan bir diğer çalışmada ise acil servis çalışanları sosyal destek algısı, psikopatoloji belirtileri, disosiyasyon düzeyi, travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri açısından incelenmiştir (Haksal, 2007). Araştırmada kadınların erkeklere göre daha yüksek düzeyde travma sonrası stres belirtileri gösterdiği bulunmuştur. Görünen o ki cinsiyete göre ikincil travmatik stres düzeyleri değişebilmektedir.

Gündüz (2020) tarafından akıl sağlığı çalışanlarıyla (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, çocuk gelişimciler, öğretmenler) yapılan bir çalışmada: katılımcıların yaş, cinsiyet, deneyim yılı, öğrenim durumları, ait oldukları meslek grupları ve medeni durumlarının yaşadıkları ikincil travma düzeyinde farklılaşmadığı sonucuna varılmıştır. Kılıç ve İnci (2015)'nin çalışmasında kadınlar, erkeklerden; 25 yaş üstü bireyler de 25 yaş altı bireylerden daha yüksek düzeyde travmatik stres bildirmişlerse de bu fark anlamlı bulunmamıştır.

Bununla birlikte sosyal destek ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı ilişkisinin bulunmadığına dair araştırma da mevcuttur (Badger, Royse ve Craig, 2008). Araştırmada meslekte bulunan süre ile ikinci travmatik stres arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu da daha çok detaylı araştırma yapılmasının gereklerinden biri olarak görülmektedir.

Söz konusu araştırmalarda meslek grupları, meslekte geçirilen süre ve yaş faktörlerinin, ikincil travmatik stres açısından risk olup olmadığı değerlendirildiğinde ortaya farklı bulgular çıktığı görülmektedir. Bu yüzden yapılacak araştırmada meslek grupları, deneyim süresi, yaş, cinsiyet, gibi faktörler TSSB açısından değerlendirildiğinde ortaya ilginç sonuçlar çıkacağı düşünülmüş ve bu faktörler de araştırmaya dahil edilmiştir.

Görüldüğü gibi sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının ikincil travmatik strese maruz kaldığına dair kanıtlar mevcuttur. Bu yüzden araştırmada denenecek olan hipotezlerden biri de bahsedilen meslek çalışanlarının yaşadıkları problemlerin doğrudan TSSB ile ilişkili olup olmadığıdır.

2.3. Algılanan Sosyal Destek

Sosyal desteğin tanımına ve risk faktörlerine ilişkin çok sayıda çalışma mevcuttur. Bunlardan alanyazında öne çıkanlara aşağıda yer verilmiştir.

2.3.1. Tanımı

Oktan (2005) sosyal desteği, bireyin çevresinden gördüğü dürüst ve empatik tepki, ilgi, sevgi, güven, saygı, takdir edilme, bilgi edinme ve maddi yardım gibi kişisel, sosyal, psikolojik ve ekonomik nitelikli her türlü yardım olarak tanımlamıştır. Yıldırım (1997) sosyal desteği bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlamıştır. Bu çerçevede Yıldırım'a göre bireyin ailesi, en geniş aile çevresi, arkadaşları, karşı cins arkadaşı, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Ardahan (2006) sosyal destek hakkındaki bir diğer tanımlamanın gereksinim duyan kişiye yardım edebilecek kişilerin sayısı olduğunu belirtirken, Jung (1997) ise bireyin ilişkilerinin niceliğinden çok gereksinim duyduğu anda kişiye gerçekten yardım alabileceği kişinin varlığı algısına işaret etmektedir. Bu çalışmalar sosyal desteğin farklı boyutlarına değinse de kesişim noktaları aynıdır.

2.3.2. Risk Faktörleri

Yıldırım (1997)'a göre bireyin kendisinde veya destek kaynaklarında meydana gelen değişimler nedeniyle bireyin algıladığı sosyal destek düzeyi değişebilir. Buna örnek olarak Yıldırım, aile bireyleri arasındaki çatışmaların, ebeveynlerin iş hayatındaki olumsuzlukların veya ölümün, sosyal beceri noksanlığı veya bireydeki cinsel sapmaların, bireyin yardım kaynakları konusundaki bilgisizliği, göçler, hastalık, ailenin onaylamadığı 'bir dinden veya etnikten biriyle evlenmek vb. durumların bireyin sosyal destek düzeyini düşürebileceğini belirtmiştir. Bu bölümde sosyal

destekle ilgili çalışmalara yer verilmiştir. Aşağıda alanyazında bulunan sosyal destek ile ilgili çalışmaların bir kısmına yer verilmiştir.

Tedeschi, Park ve Calhoun (1998)'un da belirttiğı gibi travmatik olay sonrasında gelişen olumsuz ıktılar TSSB olarak nitelendirilirse, TSSB'nin antitezi olan olumlu ıktıları da Travma Sonrası Büyüme (TSB) olarak nitelendirilmesi hiç de yanlış olmayacaktır. Tedechi vd. (1998) TSB'yi travmatik olayla başa çıkmaya çalışırken gelişen bilişsel ve duygusal sürecin ıktıları olarak tanımlamıştır. Bu bilgiler ışığında şimşir (2017)'in yapmış olduğı ilişkisel tarama modeline göre gerçekleştirilen bir araştırmada da savaş travması geçiren yetişkinlerin sahip oldukları değerler arttıkça, TSB düzeylerinin de arttığı gözlemlenmiştir. Ayrıca kişilerin algıladıkları sosyal destek miktarı arttıkça, TSB düzeylerinin de arttığı; sahip olunan değerler arttıkça da algılanan sosyal destek miktarının da arttığı tespit edilmiştir.

Kına (2019)'un yapmış olduğı bir çalışma ise yine TSB kavramıyla ilgilidir. Bu çalışmada da algılanan sosyal desteğin yüksek olmasının TSB'de artış sağladığı görölmüştür. Ayrıca askeri çatışma veya savaş alanında bulunma deneyiminin algılanan sosyal destek ve dünyaya ilişkin varsayımların puan ortalamalarında herhangi bir farklılığa neden olmadığı görölmüştür.

Oktan (2005)'ın yapmış olduğı çalışmada cinsiyetin algılanan sosyal desteği yordadığı görölmüştür. Bulgulara göre kız ergenler erkek ergenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla sosyal destek algılamaktadırlar. Haksal (2007) ise sağlık yapmış olduğı araştırmada acil servis çalışanlarının poliklinik çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde sosyal destek algıladıklarını ve sosyal desteğin travma sonrası stres belirtilerini yordayıcısı olduğunu bulmuştur. Aynı meslek grubu içinde sadece farklı pozisyonda bile sosyal desteğin farklılaşabileceğini ortaya koyması yönünden Haksal'ın çalışması ilgi çekicidir.

Bahsi geçen bulgulara göre sahip olunan değerler ve cinsiyetin algılanan sosyal desteği, sosyal desteğin de TSB ve TSSB düzeylerini yordadığı görölmektedir. Yıldırım (1997)'nin de belirttiğı gibi sosyal destek birçok faktörden etkileniyor olabilir. Bunların tamamının incelenmesi mümkün olmadığı için araştırmada ilgili alanyazın ışığında sosyal destek sağlayıcılarıyla geçirilen vakti ve yöntemi incelemek maksadıyla “telefonla ve yüz yüze görüşme sıklığı” ile “istirahat süresi” değişkenleri de bu araştırmaya dahil edilmiştir.

2.4. Depresyon

Alanyazında depresyon ve çeşitlerine ilişkin birçok tanımlama yapılmıştır. Bunların baz aldıkları kriterler de birbirinden farklılaşabilmektedir. Bu bölümde en çok öne çıkan birkaç çalışmaya aşağıda yer verilmiştir.

2.4.1. Tanımı

Alanyazında, depresyon ile ilgili çeşitli tanımlara rastlanmaktadır. DSM-5'te aynı iki haftalık dönemde çökkün duygu durumu, etkinliklere karşı ilgide azalma ya da bunlardan zevk almama, kilo kaybı, uykusuzluk çekme yada aşırı uyuma, aşırı öfkeli, gergin halde bulunma ya da tersine yavaşlama, bitkinlik hissi, değersizlik ya da suçluluk duyguları, odaklanmada güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama ve yineleyici ölüm düşünceleri ile karakterize rahatsızlık olarak tanımlanmıştır (APA, 2013). Yine DSM-5'te tür olarak sekiz başlık altında incelenmiştir:

- Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu
- Yeğin depresyon bozukluğu
- Süregiden depresyon bozukluğu
- Aybaşı öncesi disfori bozukluğu
- Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluk
- Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu
- Tanımlanmamış depresyon bozukluğu

Türkçapar (2004) ise psikiyatrik sınıflandırma sistemlerindeki depresif bozuklukları majör depresif nöbet, distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olarak üçe ayrıldığını belirtmiştir. Majör depresif bozukluğu en az iki hafta süren depresif duygudurum ya da ilgi kaybıyla birlikte; diyet yapmadığı halde kilo kaybı ya da alımı (vücut kilosunun %5'inden fazlası), hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları ya da düşüncelerini belli bir konu üzerine odaklama yetisinde azalma ya da kararsızlık ve yineleyen ölüm düşünceleri belirtilerinden en az dördünün bir arada görüldüğü bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır. Distimiyi ise en az iki yıl süreyle hemen her gün yaklaşık gün boyu süren kronik bir depresif duygu durum olarak tanımlamıştır. Ayrıca kişiye Distimi tanısı konulabilmesini duygu durum dönemlerinde iştahsızlık ya da aşırı yemek yeme, uykusuzluk ya da aşırı uyku uyuma, düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk, düşük benlik

saygısı, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük çekme ve umutsuzluk duyguları belirtilerinden en az ikisinin bulunması şartını belirtmiştir. McWilliams (2011) ise daha sade ve genel bir tanımla depresyonu sürekli üzüntü, enerjisizlik, günlük hayattan tat, haz alamama, yeme, uyku ve kendilik düzenlemesi alanlarında sorunlarla karakterize bir bozukluk olarak tanımlamıştır.

2.4.2.Etiyolojisi

McWilliams (2011) depresyonun etiyolojisini psikanalitik bakış açısıyla ele almıştır. Aile üyelerinin aşırı zorlandıkları zamanlarda, çocuklarının ihtiyaçlarını ihmal etmeleri, yas tutmanın engellenmesi, duygusal veya gerçek terk deneyimleri, erken yaşlarda ebeveynin yaşadığı depresyon, yetişkinlerin çocukların kaygılarına yeterince zaman ayırmaması, taşınma, ailelerin parçalanması, ilaç kötüye kullanımı, obezite ve kumar oynamayı depresif eğilimlerin nedenleri arasında göstermiştir. Ayrıca bunlar arasından depresif ebeveyne bağımlı oldukları dönemin erken olması, kendi yaşayacakları duygusal sıkıntıların da şiddetini belirleyici olduğunu ifade etmiştir. Oltmans, Neale ve Davison (2003)'nın aktardığına göre Freud (1917/1925) depresyonda bir kişinin öfkesinin içe doğru yöneldiğini ve orijinal nesne yerine benliğini hedef aldığını belirtmiştir. Freud'a göre depresif eğilimi olan kişiler engellenme ve düşmanca duyguların oluşmasını destekleyen bağımlı kişilik geliştirmişlerdir. Freud bu kişilerin her ne sebeple olursa olsun bağlandıkları kişiyle olan ilişkileri bittiğinde, özdeşleştiği kişiye besledikleri bu düşmanca duyguların da kendi benliklerine yöneleceğini belirtmiştir.

Alanyazına bakıldığında depresyonun biyolojik nedenlerine yönelik Wasserman (2011)'ın çalışmasının nörotransmitterlere, hormonlara ve bağışıklık sistemine değinmesinden ötürü kapsamlı olduğu düşünülmüş ve çalışmada yer verilmiştir. Wasserman serotonin düzeyi yüksek olan kişilerin kendinden emin, iyimser, rahat ve ne agresif ne de dürtüsel, aynı zamanda da özeleştiri ve vicdan sahibi olduklarını belirtmiştir. Öte yandan, serotonin düzeyi düşük olan kişilerin ise saldırgan, rekabetçi ve daha dürtüsel ancak aynı zamanda da korkulu ve çekingen olabileceğini belirtmiştir. Yine Wasserman noroadrenalinin dolaşım ve solunum sistemleriyle, dikkat ve savunma mekanizmalarında; yani dolaylı da olsa depresyon oluşumunda rol aldığını belirtmiştir. Wasserman dopaminin düzeyi yüksek olan kişilerin dürtüsel, ilgi alanlarını sürekli değiştiren, kendine zarar verme eğiliminde olduğunu; düşük olan kişilerin de analitik ve kararlı olduğunu bazı durumlarda hayattan zevk almada zorluk yaşadıklarını belirtmiştir. Wasserman'ın ayrıca Melatonin hormonunun geceleyin daha fazla olması gerekirken depresif periyotta bunun eşitlendiğini, prolaktin hormonunun da depresif periyotta artarak hastalarda kilo alımına, libido

azalmasına, güçsüzlük ve benlik saygısında azalmaya sebep olduğunu belirtmiştir. Son olarak uzun süreli stres sonrasında bağışıklık sisteminin zayıfladığını ve tiroid bezinde üretilen tiroksin hormonlarının eksikliğinde kişilerde yorgunluk, karamsarlık bilişsel işlevlerde bozulma ve kaygı belirtilerinin görüldüğü belirtilmiştir (Wasserman).

Lam, ve Mok (2008) da Wasserman'a benzer şekilde norepinefrin serotonin ve dopamin ile adrenal, tiroid ve büyüme hormonlarının da depresyonun fizyopatolojisinde rol oynadığını belirtmiştir. Bunlara ilaveten depresyon hastalarında tiroid hastalıklarının %5-10 arasında olduğunu bu yüzden depresyon hastalarında hormonların da kontrol edilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal (2011) ise endokrin hastalıkları (tiroid, böbrek ve kardiyopulmoner hastalıklar, aids, kanser vd.) ile nörolojik hastalıklarda (alzheimer, demans, epilepsi, migren, romatoid hastalıklar vd.) depresif belirtilerin sık görüldüğünü bu yüzden hastaların çok boyutlu incelenmesi gerektiğini belirtmiştir.

Breslau, Davis, Peterson, ve Schultz (2000) TSSB ile majör depresyon arasındaki bağlantıyı araştırdığı çalışmada TSSB geliştirmiş olan bireylerde majör depresyon geliştirme ihtimalinin yaklaşık üç kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada ileriye dönük 5 yıllık süreç de depresyon riski açısından incelenmiştir. Breslau vd. bu analizlerinde önceden TSSB tanısı olan kişilerden 5 yıl içerisinde yine travmaya maruz kalanların majör deprsyon geliştirme riskinin arttığını tespit etmiştir. Depresyonun etiyolojisini açıklamaya çalışan sosyal depresyon teorisi ve öğrenilmiş çaresizlik modelinde Wasserman (2011) olumsuz yaşantılardan sonra sosyal desteğin olmamasının, öğrenilmiş çaresizliğe ve dolaylı yoldan umutsuzluk duygularına yol açtığını belirtmiştir. Wasserman depresyonun herhangi bir şey yapmaya çalışmanın anlamı olmadığına dair psikolojik algının doğrudan sonucu olabileceğini belirtmiştir. Gelişimsel depresyon modeli ve olumsuz yaşam olaylarının rolünde ise Wasserman olumsuz yaşantıların çocukluk çağında yaşanması halinde çocuğun bilişi, eylemleri ve başkalarıyla ilişkilerinin bundan olumsuz etkileneceğini ve yetişkinlikte bunların depresyon anksiyete veya akıl sağlığı sorunlarına yol açacağını belirtmiştir.

Alanyazındaki çalışmalardan özetle depresyonun, olumsuz yaşantılarının çocuklukta veya yetişkinlikte oluşmasına, sosyal destek yokluğuna, endokrin sistemi ve nörotransmitterlerin işleyişindeki bozulmalara ve içsel çatışma ve saplantılara bağlı olarak ortaya çıkabileceği görülmektedir.

2.4.3.Risk Faktörleri

Karataş (2015) bireylerin aylık kazançları, çalışma süreleri ve yıllık izinlerinin depresyon ve mesleki doyum üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışmada; yıllık izin kullanan çalışanların, kullanmayanlara göre depresyon düzeylerinin anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada haftada iki gün izin kullananların, bir gün kullananlara göre; bir gün izin kullananların ise hiç kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük depresyon düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Karataş).

Gören (2019)'in asistan hekimlerde depresyon seviyeleri ve nedenleri üzerine yaptığı araştırmada yaş, medeni hal, nöbet sayısı, asistanlık yılı ve meslek yılı faktörleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış; cinsiyet ve sigara kullanımının ise depresyon düzeyini yordadığı bulunmuştur. Buna göre kadınlar erkeklere göre, sigara içenler de içmeyenlere göre daha yüksek depresyon düzeyine sahiptir.

Hisli (1989)'nin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliğini araştırdığı çalışmasında cinsiyet faktörünün öğrencilerin depresyon düzeylerini yordamadığı, yani cinsiyete göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark çıkmadığı görülmüştür. Cinsiyet faktörü açısından Hisli (1989)'den sonra yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Akdemir vd. (1996)'nın yapmış olduğu Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliği ve klinikte kullanımı adlı çalışmada DSM-III için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID) ölçütleriyle depresyon tanısı konan 94 hastaya HDDÖ ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Hastaların eğitim durumu, medeni durumu, gelir düzeylerinin ve dağılımlarının, ek tanı almış olup olmamalarının depresyon düzeyleriyle arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte cinsiyet ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, kadınların erkeklere göre daha yüksek depresyonu olduğu tespit edilmiştir.

Hisli (1989)'nin örnekleminde yaş aralığı 17-23 arasında değişirken, Akdemir vd, (1996) yaş faktörünü incelenmemiştir. Çalışma sonuçlarındaki farklılığa yaşın da bir etkisinin olabileceği değerlendirilerek, yapılacak olan araştırmaya hem yaş hem de cinsiyet faktörleri dahil edilmiştir. Ayrıca hemşire, doktor, polis ve askerlerin kendi iç hiyerarşisinde eğitim durumuna göre farklılıklar olduğu göz önünde bulundurulunca, eğitim durumlarına göre aynı meslek çalışanları örneklemdaki diğer bireylerden bağımsız olarak değerlendirilecek ve sonuçlar alanyazındaki araştırmalarla kıyaslanacaktır.

Alan yazında depresyon ve yordayıcı deęiřkenlerin incelendięi birçok arařtırma olmakla beraber bunlardan konumuzla iliřkili olduęunu dūřundūęümüz dięer arařtırmalara TSSB bōlūmūnde yer verilmiřtir. (Halimi ve Halimi, 2015; Koryūrek, 2011)



3. YÖNTEM

Bu bölümde kuramsal yapıda hazırlanan araştırma önerisinin yöntemine değinilecektir ve araştırmanın çalışılacağı örneklem, veri toplama araçları ve işlemler hakkında bilgi verilecektir.

3.1. Araştırmanın Örneklemi ve Modeli

Araştırmanın örneklemi Ankara, İzmir, Bursa, Adana, Mersin, Osmaniye ve Samsun illerinde görev yapmakta olan Eğitim, Sağlık, Güvenlik/Adalet, Sosyal Hizmet ve Diğer (Finans, Haberleşme, İnşaat, Spor, Turizm ve Ticaret) sektör çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmaya yaşları 21 ve 56 arasında değişen, 187 kadın 122 erkek katılmıştır.

Araştırmada katılımcılara basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Katılımcıların Demografik Bilgilerine göre dağılımları Tablo 3.1'deki gibidir. Yapılan araştırma temel aldığı bakış açısına göre nicel (korelasyonel ve nedensel karşılaştırmalı), düzeyine göre ise ilişkisel sınıfta yer almaktadır (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2012).

Tablo 3.1.

Katılımcıların Cinsiyet, Eğitim, Medeni Hal ve Çalıştıkları Sektör Durumlarına Göre Dağılımları

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Erkek	187	60,5
	Kadın	122	39,5
Eğitim	Önlisans ve Altı	47	15,2
	Lisans	218	70,6
	Yüksek Lisans ve Üzeri	44	14,2
Medeni Hal	Bekar	145	46,9
	Evli	164	53,1
Meslek Sektörü	Eğitim	71	23,0
	Sağlık	54	17,5
	Güvenlik/Adalet	118	38,2
	Sosyal Hizmet	33	10,7
	Diğer	33	10,7

Büyüköztürk vd. (2012) nedensel karşılaştırmalı desenlerde deneysel desenlere göre daha büyük örnekleme ihtiyaç olduğunu, bunun da araştırmacının bütçesi ve zamanıyla sınırlı olduğunu da belirtmiştir. Roscoe (1975) ise örneklem büyüklüğünün tahmininde analiz biriminin de göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmiştir. Bu yüzden analizlerin yapılacağı alt örneklemeler söz konusu ise her kategoriden en az 30 katılımcının örnekleme dahil edilmesi gerektiğini belirtmiştir (Akt: Büyüköztürk vd.). Bu çalışmada ise hizmet sektörleri temel alındığı için her mesleki sektör grubu için en az 30 kişiye ulaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırmada Ek-4 Demografik Bilgi Formuna göre veri toplanmıştır. Yalnız, Eğitim değişkeninin alt kategorisi olan Lise, Ortaokul, İlkokul ve Medeni Hal değişkeninin alt kategorisi olan Sözlü/Nişanlı, Dul düzeylerinde yeteri kadar katılımcıya ulaşılamamasından ötürü sağlıklı analiz yapabilmek için kategori sayısı tablo 3.1’deki gibi daraltılmış ve veriler birleştirilmiştir. Meslek sektörlerinin gruplandırılmasında T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2022) verilerinden faydalanılmıştır. Tek başına 30 veriyi geçemeyip Eğitim, Sağlık, Güvenlik Adalet ve Sosyal Hizmet gibi dört ana sektöre girmeyen katılımcılar (Finans, Haberleşme, İnşaat, Spor, Turizm ve Ticaret gibi muhtelif sektör alışanları) “Diğer” adı altında gruplandırılarak analize devam edilmiştir.



Tablo 3.2.

Katılımcıların Psikiyatrik Tanı ve Travma Türlerine göre Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Psikiyatrik Tanı	Evet	33	11,0
	Hayır	276	89,0
Psikiyatrik Tanı Türü	Yok	277	89,6
	Majör Depresyon	8	2,6
	Kaygı Bozukluğu	14	4,5
	OKB	3	1,0
	Panikatak	4	1,3
	Bipolar Bozukluk	2	,6
	Uyum Bozukluğu	1	,3
Travma Türü	Hiçbiri	71	23,0
	Kaza	48	15,5
	Afet	22	7,1
	Fiziksel Saldırı	19	6,1
	Cinsel Saldırı	10	3,2
	Askeri Çarpışma	40	12,9
	Hapsedilme	2	,6
	Hayati Hastalık	8	2,6

Beklenmedik Ölüm	68	22,0
Başka Bir Olay	21	6,8
Total	309	100,0

Katılımcılar arasında tanı alan sayısı az olduğu için tanı türlerine göre inceleme yapılmamıştır. Sadece tanı alan ve almayan bireylerle ilgili hipotez test edilmiştir. “Tanıdığınız Kişinin Cinsel Saldırısı” ve “Tanımadığınız Kişinin Cinsel Saldırısı” türleri örneklem azlığından ötürü birleştirilerek “Cinsel Saldırı” adı altında gruplandırılmıştır. “Tanıdığınız Birinin Saldırısı” ve “Tanımadığınız Birinin Saldırısı” türleri de yine örneklem azlığından ötürü birleştirilerek “Fiziksel Saldırı” adı altında gruplandırılmıştır.

3.2. Demografik Bilgi Formu

İlgili alanyazın ışığında demografik bilgileri elde etmek ve faktörlerin ikili ilişkisini ortaya çıkarmak için sorulan sorular araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Demografik Bilgi Formu aracılığıyla alanyazındaki bilgiler ışığında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, mesleki sektör, mesleki tecrübe, yıllık izin sıklığı, aylık tutulan nöbet sayısı, psikiyatrik tanı, kronik/akut rahatsızlık varlığı, sigara/alkol tüketim sıklığı, günlük istirahat süresi, telefonla ve yüz yüze görüşme sıklığı, ölüm ve yaralanma riskiyle karşılaşma/tanıklık etme sıklığına ilişkin veriler toplanmıştır.

3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri, Beck, Ward ve Mendelsohn tarafından (1961) depresyonu ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenirliğini Hisli (1989) yapmıştır. 21 maddeden oluşmaktadır, somatik ve duygusal değerlendirmeyi esas almaktadır. Her soru 0-3 puan arası değer almaktadır. Sonuçlar değerlendirilirken de; 0-10 puan normal; 11-16 puan hafif duyu durum bozukluğu; 17-20 puan sınırda klinik depresyon; 21-30 puan orta düzeyde depresyon; 31-40 puan ağır düzeyde depresyon ve 40 puan üzerinde çok ağır depresyona işaret etmektedir. Ölçeğin yarıya bölme yöntemiyle yapılan güvenirlik testinde iç tutarlık katsayısı $\alpha=0.74$ ve madde analizinde $\alpha=.80$ bulunmuştur. Mevcut çalışmada ise iç tutarlık katsayısı $\alpha=0.91$ olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu anlamına gelmektedir.

3.4. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ)

Ölçek Foa vd. (1997) tarafından TSSB tanısı alabilecek kişileri ve yaşadıkları TSSB'nin şiddetini ölçmek maksadıyla geliştirilmiştir. 50 maddeden oluşan ölçek kendini değerlendirme türünde uygulanan bir ölçektir. 4 alt ölçeği bünyesinde barındırır. Ölçeğin üçüncü bölümünün yüksek iç tutarlılığa $\alpha=0.92$ sahip olduğu bilinmektedir. Ölçeğin duyarlılığı, yani TSSB tanısı almış kişileri ayırt etme düzeyi %82, özgüllüğü, yani tanı almamış olanları ayırt etme gücü de %76 olarak bulunmuştur (Foa vd.). Türkçe uyarlaması ise Işıklı (2006) tarafından yapılmış ve üçüncü bölümün iç tutarlılık katsayısının $\alpha=0.93$ olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı $\alpha =0.94$ olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu anlamına gelmektedir. İlk bölümde travmatik yaşantıların bir listesi vardır ve bunlardan birini işaretlemeyen katılımcı ölçeğe devam etmesine gerek yoktur. İkinci bölümde birden çok travmatik yaşantı var ise en çok hangi yaşantıdan etkilendiği tespit edilmeye çalışılır. Bu bölümde ayrıca 6 soruluk olay şiddeti alt ölçeği vardır. Kişinin daha çok evet demesi olayın şiddetinin fazla olduğunu gösterir. Üçüncü bölümde travma belirtilerinin düzeyini ölçmeye yarayan 17 maddelik Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği bulunmaktadır. 0-3 puanlı Likert tipli yanıtlanan bir ölçektir. 0-10 hafif, 11-20 orta, 21-35 orta-ciddi ve 35-51 ciddi dereceye travma olduğunu gösterir. Ölçeğin dördüncü bölümünde ise travmanın kişinin yaşamı üzerindeki etkisinin derecesini belirlemeye yarayan 9 soruluk evet/hayır şeklinde cevaplanan Olay Etkisi Alt Ölçeği bulunmaktadır. Evet cevaplarının çokluğu travmanın kişinin hayatına olumsuz etki ettiğini gösterir (Işıklı).

3.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (MSPSS)

İlk olarak Zimet, Dahlem, Zimet, ve Farley (1988) tarafından kişilerin algıladıkları sosyal destek oranını ölçebilmek için yapılmıştır. Eker ve Arkar (1995) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından ise yeniden gözden geçirilmiş; geçerlik, güvenirlikleri yapılmıştır. Ölçeğin geneli 12 sorudan oluşmaktadır ve 3 alt ölçeği mevcuttur. Alt ölçeklerin puanlarının toplanmasıyla genel bir puan elde edilir. Bu puan ne kadar yüksek ise algılanan sosyal destek de o kadar yüksektir. Bunlar Aile, Arkadaş ve Özel İnsan alt ölçekleridir. Bu 3 faktörün kümülatif olarak toplam varyansın %75ini açıkladığı bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığını Umutsuzluk Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ile yapılan korelasyon çalışmalarında psikiyatri ve cerrahi örneklemelerinde anlamlı bulunmuştur. MSPSS toplam puanında ve alt ölçeklerde iç tutarlılığı ölçmek için cronbach alfa yöntemi kullanılmış ve değerler $\alpha=0.80$ ile $\alpha=0.95$ arasında bulunmuştur. Mevcut çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı

$\alpha=0.927$ olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin yapı geçerliği için Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Belirti Tarama Listesi, Beck alt ölçeklerinde, psikiyatri örnekleme, birbirinden anlamlı olarak farklılık göstermeyen cerrahi ve normal örneklemlerinden, anlamlı olarak daha az seviyelerde sosyal destek bildirmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması ve Analizi

Veriler çevrimiçi olarak hizmet sektöründe çalışan bireylere Google Formlar aracılığıyla ulaştırılmıştır. Ocak ve Mayıs 2022 ayları arasında yaklaşık 5 ay sürede 309 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcılardan bilgilendirilmiş onamları (Ek-1) alınmasına müteakip veri toplanmaya başlanmıştır. Toplanan verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin normallik varsayımını karşıladığı görülmüştür. Bu yüzden korelasyon için “Pearson Korelasyon Testi” kullanılmıştır. Araştırmada veriler tekrarlı ölçümler olmadığı için Bağımsız Örneklemeler için T-Testi kullanılmıştır. İki den fazla alt grubu olan değişkenlerin analizinde ANOVA uygulayabilmek için Levene’s Homojenlik Testi sonucuna bakılmıştır. Sonuca göre varyansları homojen olan örneklemeler için ANOVA ve Tukey; olmayanlar için ise Welch Testi ve Games Howell testleri kullanılmıştır. Mevcut araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlık analizleri cronbach alpha analizi ile yapılmıştır. Verilerin tamamı SPSS 22.0 programı kullanılarak test edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Verilerin Betimsel İstatistikleri ve Normallik Dağılımı Analizleri

Verilerin Normallik Dağılımları çarpıklık ve basıklık katsayılarıyla analiz edilmiştir. Toplanan verilerin normal dağılıp dağılmadığı referans aralığı içerisinde olmasına bağlıdır. Yalnız literatür incelendiğinde bu konuda bir fikir birliğine varılamadığı görülmüştür. Referans aralığı çeşitli kaynaklarda ± 1 ile ± 3 arasında farklılaşmakla beraber; en yaygın başvuru ve ortalama değer olması sebebiyle bu çalışmada ± 2 değeri baz alınmıştır. (Genceli, 2006; Tabachnick ve Fidell, 2013; Terzi, 2019; Cevahir, 2020) . İlk analizde ± 2 referans aralığına girmeyen "Profesyonel Meslekte Geçirilen Yıl"dan 5, "Ölüm Riski"nden 25 "Arkadaş Ölüm Yaralanması"ndan 19 "Travma Sayısı"ndan ise 1 veri uç değer olarak tespit edilmiş ve veriler silinerek analiz yinelenmiştir. Son yapılan analiz sonucu ve verilere ait betimsel istatistikler Tablo 4.1'deki gibidir.

Tablo 4.1.

Betimsel İstatistikler ve Normallik Dağılımları

	N	Min	Max	$\bar{X}$	SS	Çarpıklık	Basıklık
Yaş	309	21.00	56.00	31.52	6.84	1,362	1,504
Mesleki Tecrübe	304	0.00	30.00	7.20	6.35	1,589	1,954
Aylık Nöbet	309	0.00	10.00	2.89	3.03	0,984	0,229
Toplam İstirahat	309	0.00	24.00	6.90	3.64	1,032	1,776
Tel Görüşme Sıklığı	309	0.00	7.00	4.34	2.19	-0,121	-1,387
Yüz Yüze Görüşme Sıklığı	309	0.00	7.00	2.79	2.27	0,627	-0,791
Ölüm Riski	284	0.00	6.00	0.93	1.58	1,693	1,874
Arkadaş Ölüm Yaralanması	290	0.00	7.00	1.12	1.72	1,533	1,383
Diğer Birinin Ölüm Yaralanması	309	0.00	10.00	1.97	3.29	1,649	1,293
Depresif Belirti	309	0.00	49.00	10.29	9.03	1,289	1,940
Sosyal Destek Algısı	309	12.00	84.00	63.35	17.66	-0,694	-0,239
Travma Sayısı	308	0.00	7.00	1.64	1.51	1,007	0,542
Olay Şiddeti	309	0.00	6.00	2.11	1.89	0,301	-1,194
Travma Düzeyi	309	0.00	51.00	10.06	11.85	1,189	0,606
Yaşama Etkisi	309	0.00	9.00	2.05	2.80	1,198	0,166

4.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

Aşağıda araştırma konusu olan hipotezlerle ilgili yapılan parametrik testlerin sonuçlarına yer verilmiştir.

4.2.1. Meslek grupları ile sosyal destek algısı, depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Birinci hipotezin testi için beş farklı meslek grubu depresif belirti, sosyal destek algısı ve travma düzeyi açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir (Tablo 4.2.1.). Beş meslek grubunun depresif belirti bakımından anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir $F(4, 304)=2.159, p>0.05$. Beş meslek grubunun sosyal destek algısı açısından anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir $F(4, 304)= 1.780, p>0.05$. Beş meslek grubunun travma sayısı arasında anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir $F(4, 303)=1.843, p>0.05$. Beş meslek grubunun travma düzeyi arasında anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir $F(4, 304)=1.710, p>0.05$. Beş meslek grubunun travmanın yaşama etkisi arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığı Welch Testi ile analiz edilmiş ve bir fark olmadığı tespit edilmiştir $F(4, 105.839)=2.187, p>0.05$. Tabloda başta “depresif belirti” ve “travmanın yaşama etkisi” değişkenleri olmak üzere, tüm değişkenler açısından belirgin bir fark olsa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.2.1.

Meslek Gruplarının ANOVA ve Welch Testi Analiz Sonuçları

Bağımlı Değişken	Meslek	n	$\bar{X}$	SS	F	df	p
Depresif Belirti	Eğitim	71	7,94	9,35	2.159	4,304	.074
	Sağlık	54	12,27	10,23			
	Güv/Adalet	118	10,75	8,72			
	Sosyal Hizmetler	33	9,36	6,79			
	Diğer	33	11,33	8,63			
Sosyal Destek Algısı	Eğitim	71	66,08	15,70	1.780	4,304	.133
	Sağlık	54	59,89	18,06			
	Güv/Adalet	118	63,73	17,35			
	Sosyal Hizmetler	33	66,36	18,90			
	Diğer	33	58,73	19,91			
Travma Düzeyi	Eğitim	71	1,25	1,41	1.843	4,304	.120
	Sağlık	54	1,78	1,40			
	Güv/Adalet	118	1,84	1,60			
	Sosyal Hizmetler	33	1,63	1,60			
	Diğer	33	1,55	1,39			
Travma Sayısı	Eğitim	71	8,90	12,38	1.710	4,303	.148
	Sağlık	54	13,80	12,57			

	Güv/Adalet	118	9,61	11,39			
	Sosyal Hizmetler	33	8,61	10,88			
	Diğer	33	9,55	11,50			
Yaşama Etkisi	Eğitim	71	1,38	2,26	2.187	4,304	.075
	Sağlık	54	2,50	3,05			
	Güv/Adalet	118	2,14	2,86			
	Sosyal Hizmetler	33	1,79	2,83			
	Diğer	33	2,70	3,05			

4.2.2. Travma türü ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

İkinci hipotezin testi için on farklı Travma Türü Welch Testi ile incelenmiştir (Tablo 4.2.2.). Buna göre:

Depresif belirti $F(9; 23.520) = 3.483$, $p < 0.05$, $\eta^2 = .091$ bu on düzeyden en az ikisi arasında farklılaştığı ve bu farklılaşmanın geniş bir etki oluşturduğu tespit edilmiştir. Yapılan Games-Howell Post-Hoc analizlerinde Hiçbir ($Ort = 5.92$ $SS = 6.36$) travma yaşamadığını belirtenlerin depresif belirti ortalaması Kaza ($Ort = 10.62$ $SS = 8.10$); Askeri Çarpışma ($Ort = 12.30$ $SS = 9.70$) ve bir yakının Beklenmedik Ölümü ($Ort = 10.88$ $SS = 8.69$) yaşayanlardan anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < .05$). Diğer travma türleriyle yapılan ikili karşılaştırmalar arasında bir fark çıkmamıştır ($p > .05$).

Travma Düzeyi $F(9; 22.941) = 17.538$, $p < 0.05$ $\eta^2 = .232$ ile travmanın on düzeyinden en az ikisi arasında farklılık olduğu ve bu farklılaşmanın geniş bir etki oluşturduğu tespit edilmiştir. Yapılan Game-Howell Post-Hoc analizlerinde Hiçbir ($Ort = .77$ $SS = 3.84$) travma yaşamadığını belirtenlerin travma düzeyi ortalaması Kaza ($Ort = 9.79$ $SS = 9.61$); Afet ($Ort = 14.45$ $SS = 14.87$); Fiziksel Saldırı ($Ort = 12.89$ $SS = 11.85$); Cinsel Saldırı ($Ort = 19.40$ $SS = 13.55$); Askeri Çarpışma ($Ort = 11.63$ $SS = 12.46$); Bir Yakının Beklenmedik Ölümü ($Ort = 12.37$ $SS = 11.31$) ve bunların

dışında Başka Bir Olay ($Ort=19.71$ $SS=12.29$); yaşayanlardan anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<.05$). Diğer travma türleriyle yapılan ikili karşılaştırmalarda bir fark çıkmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.2.2.

Travma Türlerine Göre Welch Testi Analizi Sonuçları

Değişken	Travma Türü	n	$\bar{X}$	SS	F	df	p
Depresif Belirti	Hiçbiri	71	5,92	6,36	3,48**	9; 23,520	.007
	Kaza	48	10,63	8,10			
	Afet	22	12,14	12,41			
	Saldırı	19	11,95	7,76			
	Cinsel Saldırı	10	17,50	10,66			
	Askeri Çarpışma	40	12,30	9,70			
	Hapsedilme	2	12,50	4,95			
	Hayati Hastalık	8	13,25	14,89			
	Beklenmedik Ölüm	68	10,88	8,69			
	Başka Bir Olay	21	10,33	7,98			
Travma Düzeyi	Hiçbiri	71	,77	3,84	17,54**	9; 22,941	.000
	Kaza	48	9,79	9,61			
	Afet	22	14,45	14,87			
	Saldırı	19	12,89	11,85			
	Cinsel Saldırı	10	19,40	13,55			
	Askeri Çarpışma	40	11,63	12,46			

	Hapsedilme	2	13,50	6,36			
	Hayati Hastalık	8	10,13	13,88			
	Beklenmedik Ölüm	68	12,37	11,31			
	Başka Bir Olay	21	19,71	12,29			
Yaşama Etkisi	Hiçbiri	71	,20	,92	14,23**	9; 22,963	.000
	Kaza	48	2,60	2,78			
	Afet	22	2,64	3,23			
	Saldırı	19	2,42	3,20			
	Cinsel Saldırı	10	3,40	2,91			
	Askeri Çarpışma	40	2,65	3,37			
	Hapsedilme	2	7,00	1,41			
	Hayati Hastalık	8	3,13	4,32			
	Beklenmedik Ölüm	68	2,26	2,35			
	Başka Bir Olay	21	2,76	3,13			

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Yaşama Etkisi $F(9; 22,963)=14,227$, $p < 0.05$, $\eta^2=.154$ puanlarının bu on düzeyden en az ikisi arasında farklılaştığı ve bu farklılaşmanın geniş bir etki oluşturduğu tespit edilmiştir. Yapılan Game-Howell Post-Hoc analizlerinde Hiçbir ($Ort=0,19$ $SS= 0,92$) travma yaşamadığını belirtenlerin yaşama etkisi ortalaması Kaza ($Ort=2,60$ $SS= 2,78$); Askeri Çarpışma ($Ort=2,65$ $SS= 3,37$); Bir Yakının Beklenmedik Ölümü ($Ort=2,27$ $SS= 2,35$) yaşayanlardan anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < .05$). Diğer travma türleriyle yapılan ikili karşılaştırmalarda bir fark çıkmamıştır ($p > .05$).

4.2.3. Cinsiyet ile ölüm riski, sosyal destek algısı, depresif belirti, TSSTÖ alt puanları, iş arkadaşı ve iş arkadaşı olmayan birinin ölümü yaralanmasına şahit olma arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.

Üçüncü hipotezin testi için yapılan Bağımsız Örneklemeler için T-Testi sonucuna göre Kadınların depresif belirtisi ($\bar{X}$ =10.60, SS =8.74) ile Erkeklerin depresif belirti (Ort =10.09, SS =9.23) ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir $t(307)=-.487, p>.05$ (Tablo 4.2.3.).

Kadınların algıladıkları sosyal destek (Ort =66.73, SS =17.16) Erkeklerin Algıladıkları Sosyal Destekten (Ort =61.14, SS =17.68) daha fazla çıkmıştır. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır $t(307)=-2.748, p<0.01$. Hesaplanan etki büyüklüğü ise küçük düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=.024$).

Kadınların Travma Sayısı (Ort =1.57, SS =1.39) ile Erkeklerin Travma Sayısı (Ort =1.68, SS =1.58) ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir $t(306)=.620, p>.05$.

Kadınların Olay Şiddeti (Ort =2.26, SS =1.79) ile Erkeklerin Olay Şiddeti (Ort =2.01, SS =1.95) ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir $t(307)=-1.142, p>.05$.

Kadınların Travma Düzeyi (Ort =11.77, SS =12.12) Erkeklerin travma düzeyi (Ort = 8.95, SS =11.57)'nden fazla çıkmıştır. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır $t(307)= -2.034, p<0.05$. Hesaplanan etki büyüklüğü küçük düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=.014$).

Kadınların yaşadıkları travmaların Yaşama Etkisi puanları (Ort =1.96 SS =2.54) ile Erkeklerin yaşadıkları travmaların Yaşama Etkisi puanları (Ort =2.11 SS =2.96) ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir $t(285.12)=-.485, p>.05$.

Kadınların yaşadığını belirttiği Ölüm Riski (Ort =0.55, SS =1.39) Erkeklerin yaşadığını belirttiği Ölüm Riski (Ort = 1.20 SS =1.65)'den daha az çıkmıştır. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır $t(271.09) =3.551, p<0.01$. Hesaplanan etki büyüklüğü küçük düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=.04$).

Tablo 4.2.3.

Cinsiyete Göre Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Analizi Sonuçları

Değişkenler	Kategori	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
Depresif Belirti	Erkek	187	10.09	9.23	-.487	307	.626
	Kadın	122	10.60	8.74			
MSPSS	Erkek	187	61.14	17.68	-2.748	307	.006
	Kadın	122	66.73	17.16			
Travma Sayısı	Erkek	187	1.68	1.58	.620	306	.536
	Kadın	122	1.57	1.39			
Olay Şiddeti	Erkek	187	2.01	1.95	-1.142	307	.254
	Kadın	122	2.26	1.79			
Travma Düzeyi	Erkek	187	8.95	11.57	-2.034	307	.043
	Kadın	122	11.77	12.12			
Yaşama Etkisi	Erkek	187	2.11	2.96	-.485	285.12	.628
	Kadın	122	1.96	2.54			
Ölüm Riski	Erkek	187	1.20	1.65	3.551	271.09	.000
	Kadın	122	0.55	1.39			
İş Arkadaşının Ölümü Yaralanması	Erkek	187	1.26	1.78	1.765	266.79	.079
	Kadın	122	0.90	1.61			
Diğer Birinin Ölümü Yaralanması	Erkek	187	2.0	3.26	.247	253.01	.805
	Kadın	122	1.91	3.36			

Kadınların iş arkadaşlarının ölümüne yaralanmasına şahit olma durumlarıyla ($Ort=0.90$, $SS=1.61$) ile Erkeklerin iş arkadaşlarının ölümüne yaralanmasına şahit olma durumları ($Ort=1.26$, $SS=1.78$) ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir $t(266.79)=1.765$, $p>.05$.

Kadınların iş arkadaşı dışında birinin ölümüne yaralanmasına şahit olma durumlarıyla ($Ort=1.91$, $SS=3.36$) ile Erkeklerin iş arkadaşı dışında birinin ölümüne yaralanmasına şahit olma durumları ($Ort=2.0$, $SS=3.26$) ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir $t(253.01)=.247$, $p>.05$.

4.2.4. Eğitim durumları ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Dördüncü hipotezin testi için üç farklı eğitim grubu depresif belirti, sosyal destek algısı, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi açısından ANOVA ve Welch testi ile incelenmiştir. Welch Testi sonucuna göre üç eğitim grubunun depresif belirti ortalamaları arasında anlamlı farklılaşma olduğu tespit edilmiştir $F(2, 92.052)=7.687$, $p<0.01$. Oluşan bu farklılaşmanın etkisi küçük düzeydedir ($\eta^2=.029$). ANOVA analizi sonucunda üç eğitim grubunun MSPSS $F(2, 306)=1.584$, $p>.05$, Travma Düzeyi $F(2, 306)=1.900$, $p>.05$ ve yaşanan travmanın Yaşama Etkisi $F(2, 306)=0.378$, $p>.05$ puanlarının ortalamaları arasında anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2.4).

Games Howell post-hoc testi sonucunda; Ön Lisans ve Altı ($Ort=12.45$ $SS:9.08$) ile Yüksek Lisans ve Üzeri ($Ort=6.91$ $SS:5.98$) grup ortalamaları arasında ($p=.003$) seviyesinde; Lisans ($Ort=0.5$ $SS:9.37$) ile YL ve üzeri ($Ort=6.91$ $SS:5.98$) arasında $p=.004$ seviyesinde anlamlı fark bulunmuştur. Lisans grubunun depresif belirti ortalaması Ön Lisans ve Altı grubundan daha düşük olmasına rağmen bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.2.4.

Eğitim Durumlarına göre ANOVA ve WelchTesti Analiz Sonuçları

Bağımlı Değişken	Eğitim	n	$\bar{X}$	SS	F	df	p
Depresif Belirti	ÖL ve Altı	47	12,45	9,08	7,687**	2; 92.052	.001
	Lisans	218	10,50	9,37			
	YL ve Üzeri	44	6,91	5,98			
Sosyal Destek Algısı	ÖL ve Altı	47	59,32	18,24	1,584	2; 206	.207
	Lisans	218	64,33	17,85			
	YL ve Üzeri	44	62,80	15,73			
Travma Düzeyi	ÖL ve Altı	47	12,11	12,55	1,900	2; 306	.151
	Lisans	218	10,18	12,03			
	YL ve Üzeri	44	7,32	9,75			
Yaşama Etkisi	ÖL ve Altı	47	2,36	2,66	0,378	2; 306	.685
	Lisans	218	2,02	2,84			
	YL ve Üzeri	44	1,89	2,81			

ÖL: Ön Lisans YL:Yüksek Lisans * $p<0.05$ ** $p<0.01$

4.2.5. Medeni hal ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Beşinci hipotezin testi için yapılan Bağımsız Örneklemeler için T-Testi sonucuna göre Bekarların depresif belirti ortalamalarının ($Ort=11.44$, $SS=9.46$) Evlilerin ($Ort= 9.27$, $SS=8.53$) ortalamalarından daha fazla olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(307)=2.110$, $p=.036$. Hesaplanan etki büyüklüğü ise küçük bulunmuştur ($\eta^2=0.014$) (Tablo 4.2.5.).

Bekarların sosyal destek algısı ortalamalarının ($Ort=60.20$, $SS=18.18$) Evlilerin sosyal destek algısı ($Ort=66.13$, $SS=16.76$) ortalamalarından daha düşük olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(307)=-2.982$, $p=.003$. Hesaplanan etki büyüklüğü ise küçük bulunmuştur ($\eta^2=0.028$).

Bekarların Travma Düzeyi puanları ortalamalarının ($Ort=10.86$, $SS=12.24$) Evlilerin Travma Düzeyi puanları ($Ort=9.35$, $SS=11.49$) ortalamalarından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir $t(307)=1.113$, $p=.267$.

Bekarların yaşadıkları travmanın Yaşama Etki puanları ortalamalarının ($Ort=2.19$, $SS=2.88$) Evlilerin yaşadıkları travmanın Yaşama Etki puanları ortalamalarından ($Ort=1.93$, $SS=2.74$) anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir $t(307)= 0.793$, $p=.429$.

Tablo 4.2.5.

Medeni Hal Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem için T-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Kategori	n	$\bar{X}$	SS	t	Df	p
Depresif Belirti	Bekar	145	11,44	9,46	2,11**	307	0,04
	Evli	164	9,27	8,53			
Sosyal Destek Algısı	Bekar	145	60,20	18,18	-2,98**	307	0,00
	Evli	164	66,13	16,76			
Travma Düzeyi	Bekar	145	10,86	12,24	1,113	307	0,27
	Evli	164	9,36	11,49			
Yaşama Etkisi	Bekar	145	2,19	2,88	0,793	307	0,43
	Evli	164	1,93	2,74			

* $p<0.05$

** $p<0.01$

4.2.6. Yıllık izin kullanma sıklığı ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Altıncı hipotezin testi için dört farklı Yıllık İzin Kullanma Sıklığı grubu depresif belirti, sosyal destek algısı, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi açısından ANOVA ile incelenmiştir. Dört farklı izin sıklığı grubunun; depresif belirti $F(3, 305)=0.397, p>.05$; sosyal destek algısı $F(3, 305)=0.769, p>.05$, Travma Düzeyi $F(3, 305)=0.709, p>.05$ ve yaşanan travmanın Yaşama Etkisi $F(3, 305)=1.033, p>.05$ puanlarının ortalamaları arasında anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2.6.).

Tablo 4.2.6.

İzin Sıklığı Değişkenine Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Bağımlı Değişken	İzin Sıklığı	n	$\bar{X}$	SS	F	df	p
Depresif Belirti	3 ayda bir	52	9,98	9,61	,397	3; 305	,756
	6 ayda bir	127	9,76	9,48			
	9 ayda bir	55	11,11	8,87			
	12+ ayda bir	75	10,80	7,99			
Sosyal Destek Algısı	3 ayda bir	52	63,62	19,80	,769	3; 305	,512
	6 ayda bir	127	64,30	17,11			
	9 ayda bir	55	64,51	15,30			
	12+ ayda bir	75	60,69	18,69			
Travma Düzeyi	3 ayda bir	52	10,38	12,70	,709	3; 305	,547
	6 ayda bir	127	8,95	11,51			
	9 ayda bir	55	11,45	11,38			
	12+ ayda bir	75	10,71	12,21			
Yaşama Etkisi	3 ayda bir	52	2,00	2,69	1,033	3; 305	,378
	6 ayda bir	127	1,78	2,70			
	9 ayda bir	55	2,55	2,87			
	12+ ayda bir	75	2,19	3,00			

4.2.7. Psikiyatrik tanı almış olma durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Yedinci hipotezin testi için yapılan Bağımsız Örneklemeler için T-Testi sonucuna göre, Psikiyatrik Tanı alan bireylerin depresif belirti ($Ort=15.46$ $S=11.48$) ortalamalarının Psikiyatrik Tanı almayanlarındakinden ($Ort=9.67$, $SS=8.51$) yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(307)=3.542$, $p<.01$ (Tablo 4.2.7.). Hesaplanan etki büyüklüğü ise küçük düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=0.039$).

Psikiyatrik Tanı alan bireylerin Travma Düzeyi puanları ($Ort=17.15$ $SS=14.14$) Psikiyatrik Tanı almayanların Travma Düzeyi puanları ($Ort=9.22$ $SS=11.28$) ortalamalarından yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(307)=3.709$, $p<.01$. Hesaplanan etki büyüklüğü ise orta düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=0.043$).

Psikiyatrik Tanı alan bireylerin yaşadıkları travmanın Yaşamlarına Etki puanları ($Ort=2.88$ $SS=3.14$) Psikiyatrik Tanı almayanların yaşadıkları travmanın Yaşamlarına Etki puanları ($Ort=1.95$ $SS=2.75$) ortalamalarından yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(307)=1.801$, $p>.05$. Hesaplanan etki büyüklüğü ise küçük düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=0.01$).

Tablo 4.2.7.

Psikiyatrik Tanı Değişkeninin Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Analizi Sonuçları

Değişkenler	Psikiyatrik Tanı	n	$\bar{X}$	SS	t	df	p
Depresif Belirti	Var	33	15,45	11,48	3,54**	307,00	0,000
	Yok	276	9,67	8,51			
Travma Düzeyi	Var	33	17,15	14,14	3,71**	307,00	0,000
	Yok	276	9,22	11,28			
Yaşama Etkisi	Var	33	2,88	3,14	1,80	307,00	0,073
	Yok	276	1,95	2,75			

* $p<0.05$

** $p<0.01$

4.2.8. Kronik veya akut bir rahatsızlığı olma durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Sekizinci hipotezin testi için yapılan Bağımsız Örneklemeler için T-Testi sonucuna göre: Kronik veya akut bir rahatsızlığı olan bireylerin depresif belirti puanları ortalamalarının ($Ort=15.71$ $SS=11.40$), rahatsızlığı olmayanlarınkinden ($Ort=9.27$ $SS=8.14$) yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(57.570)=3.782$, $p<.01$. Hesaplanan etki büyüklüğü ise orta düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=0.068$) (Tablo 4.2.8.).

Kronik veya akut bir rahatsızlığı olan bireylerin Travma Düzeyi puanları ortalamaları ($Ort=14.78$ $SS=14.19$) rahatsızlığı olmayanlarınkinden ($Ort=9.18$, $SS=11.17$) yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(59.698)= 2.613$, $p<.01$. Hesaplanan etki büyüklüğü ise küçük düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=0.030$).

Kronik veya akut bir rahatsızlığı olan bireylerin yaşadıkları travmanın Yaşamlarına Etki puanları ortalaması ($Ort=3.08$, $SS=3.27$) rahatsızlığı olmayanların yaşadıkları travmanın Yaşamlarına Etki puanlarından ($Ort=1.86$, $SS=2.67$) yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(60.664)= 2.473$, $p<.01$. Hesaplanan etki büyüklüğü ise küçük düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=0.026$).

Tablo 4.2.8.

Bedeni Rahatsızlık Durumlarına Göre Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Analizi Sonuçları

Değişkenler	Rahatsızlık Durumu	n	$\bar{X}$	SS	t	df	p
Depresif Belirti	Var	49	15,714	11,40	3,78**	57,57	,000
	Yok	260	9,2654	8,14			
Travma Düzeyi	Var	49	14,776	14,19	2,61*	59,70	,011
	Yok	260	9,1769	11,17			
Yaşama Etkisi	Var	49	3,0816	3,27	2,47*	60,664	,016
	Yok	260	1,8577	2,69			

* $p<0.05$

** $p<0.01$

4.2.9. Sigara kullanım sıklığı ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Dokuzuncu hipotezin testi için üç farklı Sigara Kullanma sıklığı grubu depresif belirti, sosyal destek algısı, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi açısından ANOVA ile incelenmiştir (Tablo 4.2.9.).

Depresif belirti ortalamalarının üç düzey arasında anlamlı farklılaşma gösterdiği tespit edilmiştir. $F(2, 306) = 4.176$, $p = .016$, $\eta^2 = 0.027$. Tukey testi sonucu yapılan post-hoc analizlerde ara sıra sigara içenlerin ($Ort = 8.15$, $SS = 7.83$) depresif belirti düzeyleri, günde 1 paket ve üzeri içenlerinkinden ($Ort = 12.43$, $SS = 9.28$) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p < .01$). Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($p > .05$).

Üç farklı düzeydeki sigara içen grupların MSPSS puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü ANOVA testi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda üç düzey arasında anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir $F(2, 306) = .470$; $p > .05$

Üç farklı düzeydeki sigara içen grupların Travma Düzeyi puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Welch Testi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda üç düzey arasında anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir $F(2, 116.62) = 1.86$, $p > .05$.

Üç farklı düzeydeki sigara içen grupların yaşadıkları travmanın Yaşama Etki puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Welch Testi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda üç düzey arasında anlamlı farklılaşma tespit edilmiştir $F(2, 133.35) = 3.60$ $p = .03$ $\eta^2 = 0.18$. Games-Howell testi sonucu yapılan post-hoc analizlerde ara sıra sigara içenlerin ($Ort = 1.33$, $SS = 2.06$) yaşadığı travmaların yaşamlarına etkisi, günde 1 paket ve üzeri içenlerinkinden ($Ort = 2.51$, $SS = 3.14$) anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < .01$). Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.2.9.

Sigara Kullanım Sıklığına Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Bağımlı Değişken	Sigara Sıklığı	n	$\bar{X}$	SS	F	df	p
Depresif Belirti	Hiç	173	9,79	9,05	4,18*	2; 306	0,016
	Ara Sıra	48	8,15	7,83			
	Günde 1+ Paket	88	12,43	9,28			
Sosyal Destek Algısı	Hiç	173	62,80	17,42	0,47	2; 306	0,626
	Ara Sıra	48	65,58	14,34			
	Günde 1+ Paket	88	63,20	19,76			
Travma Düzeyi	Hiç	173	9,12	11,02	1,86	2; 116,623	0,161
	Ara Sıra	48	9,40	11,41			
	Günde 1+ Paket	88	12,28	13,40			
Yaşama Etkisi	Hiç	173	2,02	2,77	3,60*	2; 133,350	0,030
	Ara Sıra	48	1,33	2,06			
	Günde 1+ Paket	88	2,51	3,14			

* $p < 0.05$ **4.2.10. Alkol kullanım durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular**

Onuncu hipotezin testi için üç farklı Alkol Tüketim Sıklığı grubu depresyon, MSPSS, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi açısından ANOVA ile incelenmiştir (Tablo 4.2.10.).

Tablo 4.2.10.

Alkol Tüketim Sıklığına Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları

	Alkol Tüketim Sıklığı	n	$\bar{X}$	SS	F	df	p
Depresif Belirti	Hiç	198	9,73	9,26	4,541*	2; 306	,011
	Yılda Birkaç	54	9,00	7,77			
	Ayda Birkaç	57	13,46	8,77			
Sosyal Destek Algısı	Hiç	198	63,00	18,33	,531	2; 306	,588
	Yılda Birkaç	54	65,56	16,18			
	Ayda Birkaç	57	62,46	16,74			
Travma Düzeyi	Hiç	198	9,41	11,68	,850	2; 306	,428
	Yılda Birkaç	54	11,09	12,44			
	Ayda Birkaç	57	11,37	11,89			
Yaşama Etkisi	Hiç	198	1,89	2,69	2,217	2; 306	,111
	Yılda Birkaç	54	1,91	2,91			
	Ayda Birkaç	57	2,75	3,00			

* $p < 0.05$

Depresif Belirti ortalamalarının üç düzey arasında anlamlı farklılaşma gösterdiği tespit edilmiştir $F(2, 306) = 4.541$, $p < .01$ $\eta^2 = 0.029$. Tukey testiyle yapılan post-hoc analizlerde, Hiç alkol tüketmeyenlerin ($Ort = 9.73$, $SS = 9.26$) depresif belirti ortalamaları, ayda birkaç kez tüketenlerinkinden ($Ort = 13.46$, $SS = 8.77$) anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < .01$). Yine Yılda Birkaç Kez Tüketenlerin depresif belirti ortalamalarının ($Ort = 9.00$, $S = 7.77$). Ayda Birkaç Kez Tüketenlerinkinden anlamlı düzeyde daha az olduğu tespit edilmiştir. Hiç alkol tüketmeyenlerle Yılda Birkaç Kez Tüketenler arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > .05$).

Üç farklı düzeydeki alkol tüketim gruplarının MSPSS $F(2, 306) = 0.531, p > 0.05$, Travma Düzeyi $F(2, 306) = 0.850, p > 0.05$ ve yaşadıkları travmanın Yaşama Etkisi $F(2, 306) = 2.217, p > 0.05$ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir.

4.2.11. İlaç kullanım durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

On bir numaralı hipotezin testi için yapılan Bağımsız Örneklemeler için T-Testi sonucuna göre: İlaç kullanan bireylerin depresif belirti puanları ortalamalarının ($Ort=14.68$ $SS=10.35$), kullanmayanlarınkinden ($Ort=9.67$ $SS=8.67$) yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(307)=3,254, p < .01$ (Tablo 4.2.11.). Hesaplanan etki büyüklüğü ise küçük düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=0.033$).

İlaç kullanan bireylerin Travma Düzeyi puanları ortalamalarının ($Ort=13.40$, $SS=13.52$) kullanmayanlarınkinden ($Ort=9.60$ $SS=11.55$) anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir $t(307)= 1.857, p=.064$.

Tablo 4.2.11.

İlaç Kullanım Durumlarına Göre Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	İlaç Kullanım Durumu	n	$\bar{X}$	SS	t	df	p
Depresif Belirti	Evet	38	14,68	10,35	3,25**	307	,001
	Hayır	271	9,67	8,67			
Travma Düzeyi	Evet	38	13,39	13,52	1,86	307	,064
	Hayır	271	9,60	11,55			
Yaşama Etkisi	Evet	38	2,89	3,09	1,99*	307	,047
	Hayır	271	1,93	2,74			

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

İlaç kullanan bireylerin yaşadıkları travmanın Yaşamlarına Etki puanları ortalaması ($Ort=2.90$ $SS=3.09$) kullanmayanların yaşadıkları travmanın Yaşamlarına Etki puanlarından ($Ort=1.93$ $SS=2.74$) yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir $t(307)= 1.990$ $p=.047$. Hesaplanan etki büyüklüğü ise küçük düzeyde bulunmuştur ($\eta^2=0.013$).

4.2.12. Depresif Belirti, Sosyal Destek Algısı, TSSTÖ puanlarıyla demografik değişkenler arasında ikili bir ilişki var mıdır?

On ikinci hipotezin testi için yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucuna göre elde edilen bulgular aşağıda belirtildiği gibidir. İkili karşılaştırmalara ait Pearson Korelasyon Katsayıları Tablo 4.2.12’de gösterilmiştir.

Yaş ile Depresif Belirti, Travma Düzeyi ve Travmanın Yaşama Etkisi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.2). Yaş ile **MSPSS** arasında ise zayıf düzeyde, anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($r=-.123$ $p<0.05$).

Mesleki Tecrübe ile Sosyal Destek Algısı, Depresif Belirti, Travma Düzeyi ve Travmanın Yaşama Etkisi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Aylık Nöbet sayısı ile Sosyal Destek Algısı, Depresif Belirti ve Travma Düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Toplam İstirahat Süresi ile Sosyal Destek Algısı ve Depresif Belirti arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Toplam İstirahat Süresi ve Travma düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. ($r=.135$, $p<0.05$).

Telefonla Görüşme Sıklığı ile Travma Düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak Depresif Belirti ile negatif yönlü anlamlı ve çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. ($r=-.142$, $p<0.05$). Sosyal Destek Algısı ile pozitif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. ($r=.219$, $p<0.01$).

Yüz Yüze Görüşme Sıklığı ile Travma Düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak Depresif Belirti ile negatif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. ($r=-.222$, $p<0.01$). MSPSS ile pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. ($r=.180$, $p<0.01$).

Ölüm Riski ile yaşanan travmanın Yaşama Etkisi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak Depresif Belirti ile pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf ($r=.163$, $p<0.01$); Sosyal Destek Algısı ile negatif yönlü anlamlı ve çok zayıf ($r=-.176$, $p<0.01$); Travma Sayısı ile pozitif yönlü

anlamlı ve zayıf ($r=.265, p<0.01$); Olay Şiddeti ile pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf ($r=.163, p<0.01$); Travma Düzeyi ile pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf ($r=.142, p<0.05$) bir ilişki bulunmuştur.

İş arkadaşlarından birinin ölümüne yaralanmasına şahit olma ile Depresif Belirti ve Sosyal Destek Algısı arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak yaşanan travmanın Yaşama Etkisi ile pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf ($r=.164, p<0.01$); Travma Sayısı ile pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf ($r=-.170, p<0.01$); Olay Şiddeti ile pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf ($r=.176, p<0.01$); Travma Düzeyi ile pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf ($r=.136, p<0.05$) bir ilişki bulunmuştur.

İş arkadaşları olmayan birinin ölümüne yaralanmasına şahit olma ile Depresif Belirti ve Sosyal Destek Algısı arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak yaşanan travmanın Yaşama Etkisi ile pozitif yönlü anlamlı ve çok zayıf ($r=.127, p<0.05$); Travma Sayısı ile pozitif yönlü anlamlı ve zayıf ($r=.265, p<0.01$); Olay Şiddeti ile pozitif yönlü anlamlı ve zayıf ($r=.235, p<0.01$); Travma Düzeyi ile pozitif yönlü anlamlı ve zayıf ($r=.209, p<0.05$) bir ilişki bulunmuştur.

Depresif Belirti ile Travma Sayısı arasında pozitif yönlü anlamlı ve zayıf ($r=.274, p<0.01$); Olay Şiddeti ile pozitif yönlü anlamlı ve zayıf ($r=.275, p<0.01$); Travma Düzeyi ile pozitif yönlü anlamlı ve orta düzey ($r=.563, p<0.01$); yaşanan travmanın Yaşama Etkisi ile pozitif yönlü anlamlı ve orta düzey ($r=.445, p<0.01$) bir ilişki bulunmuştur.

Sosyal Destek Algısı ile depresif belirti arasında orta düzeyde anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($r=-.442, p<0.01$). Sosyal Destek Algısı ile Travma düzeyi arasında zayıf düzeyde, anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($r=-.229, p<0.01$). Sosyal Destek Algısı ile Travmanın Yaşama Etkisi arasında zayıf düzeyde, anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($r=-.226, p<0.01$). Sosyal Destek Algısı ile Travma Sayısı arasında zayıf düzeyde, anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($r=-.121, p<0.01$).

Travma Sayısı ile Travma Düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ve orta düzey ($r=.403, p<0.01$); Olay Şiddeti ile pozitif yönlü anlamlı ve orta düzey ($r=.538, p<0.01$); yaşanan travmanın Yaşama Etkisi ile pozitif yönlü anlamlı ve zayıf ($r=.318, p<0.01$) bir ilişki bulunmuştur.

Yirmi üçüncü hipotezin testi için yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucuna göre Olay Şiddeti ile Travma Düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ve orta düzey ($r=.424, p<0.01$); yaşanan travmanın Yaşama Etkisi ile pozitif yönlü anlamlı ve zayıf ($r=.351, p<0.01$) bir ilişki bulunmuştur.

Yirmi dördüncü hipotezin testi için yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucuna göre Travma Düzeyi ile yaşanan travmanın Yaşama Etkisi arasında pozitif yönlü anlamlı ve orta düzey ($r=.542$, $p<0.01$) bir ilişki bulunmuştur.



Tablo 4.2.12

Depresyon, MSPSS, TSSTÖ Puanlarıyla Demografik Değişkenler Arasındaki İkili Pearson Korelasyon Katsayıları

No	Bağımsız Değişken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Yaş	1														
2	Mesleki tecrübe	0.871**	1													
3	Aylık Nöbet	0.033	0.127*	1												
4	Toplam İstirahat	0.190	0.132*	0.077	1											
5	Telefonla Görüşme Sıklığı	0.012	0.019	0.008	0.016	1										
6	Yüz Yüze Görüşme Sıklığı	0.010	0.017	0.058	0.043	0.309**	1									
7	Ölüm Riski	0.093	0.116	0.264**	0.083	0.041	0.012	1								
8	İş Arkadaş Ölüm Yaralanması	0.105	0.170**	0.191**	0.164**	0.038	0.023	0.542**	1							
9	Diğer Birinin Ölüm Yaralanması	0.052	0.073	0.209**	0.092	0.005	0.045	0.365**	0.399**	1						
10	Depresyon	0.097	0.090	0.046	0.031	0.142	0.222**	0.163**	0.109	0.163**	1					
11	Asdö	0.123*	0.049	0.040	0.061	0.219**	0.180**	0.176**	0.102	0.065	0.442**	1				
12	Travma Sayısı	0.104	0.083	0.088	0.028	0.011	0.086	0.365**	0.170**	0.265**	0.274**	0.121*	1			
13	Olay Şiddeti	0.053	0.047	0.043	0.114*	0.041	0.121*	0.163**	0.176**	0.235**	0.275**	0.073	0.538**	1		
14	Travma Düzeyi	0.049	0.033	0.018	0.135*	0.007	0.081	0.142*	0.136*	0.209**	0.563**	0.229**	0.403**	0.424**	1	
15	Yaşama Etkisi	0.043	0.015	0.014	0.51	0.062	0.048	0.114	0.164**	0.128*	0.446**	0.226**	0.318**	0.352**	0.542**	1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

5. TARTIŞMA

5.1. Meslek grupları ile sosyal destek algısı, depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada sonuçlar psikolog, sosyolog ve sosyal hizmet çalışanlarından oluşan sosyal hizmet sektörünün depresif belirti düzeyi açısından “eğitim” sektörü çalışanlarından daha yüksek olduğunu; sırayla “güvenlik/adalet, diğer ve sağlık” sektörü çalışanlarından ise daha düşük olduğunu göstermiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Diğer değişkenler açısından bakıldığında (en düşükten, en yükseğe doğru sırayla) sosyal destek algısı için “diğer, sağlık, güvenlik/adalet, eğitim, sosyal hizmet”, travma düzeyi için “eğitim, diğer, sosyal hizmet, sağlık, güvenlik/adalet”, travma sayısı için “sosyal hizmet, eğitim, diğer, güvenlik/adalet, sağlık”, yaşama etkisi için “eğitim, sosyal hizmet, güvenlik /adalet, sağlık, diğer” şeklinde farkların olduğu yalnız bu farkların da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Gündüz (2020) de katılımcıları yaş, cinsiyet, deneyim yılı, öğrenim durumları, ait oldukları meslek grupları ve medeni durumlarına göre incelediği çalışmasında katılımcıların ikincil travma düzeyinde farklılaşmadığı sonucuna varmıştı. Gündüz’ün aksine, Gürdil Brinci ve Erden (2016) ise yaptığı çalışmada psikologların meslek grupları bağlamında üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stres faktörleri açısından avukat sosyal hizmet görevlisi ve ambulans çalışanlarına göre daha az risk altında olduğu sonucuna varmıştı. Haksal (2007) da acil servis çalışanları ve poliklinik çalışanları arasında sosyal destek düzeylerinin farklılaştığını belirtmiştir. Bu bağlamda değerlendirilince yapılan çalışmada da sosyal hizmet sektörü çalışanlarının depresif belirti ve travma düzeylerinin azından diğer sektörlerden anlamlı olarak daha az olması beklenebilir. Bu çalışmada kişilerin doğrudan maruz kaldığı travma ölçülmüş olsa da bulgular psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, çocuk gelişimciler ve öğretmenler ile yaptığı çalışmada meslek grupları arasında ikincil travma düzeyinde bir fark bulamayan Gündüz’ün sonuçlarını doğrular niteliktedir. Ancak alanyazında birbirine zıt sonuçlar olması sebebiyle bu konunun daha detaylı incelenmesinde fayda olacağı değerlendirilmektedir.

5.2. Travma türü ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada travma türlerine göre; depresif belirti, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak afet, fiziksel saldırı ve bunların dışında başka bir

olay yaşıyan katılımcıların travma düzeyleri hiçbir şey yaşamayanlardan anlamlı düzeyde farklılaştığı; depresif belirti ve travmanın yaşama etkisi açısından ise farklılaşmadığı görülmüştür. Bu durum örneklem azlığına atfedilebileceği gibi, bu travma türlerinin katılımcılarda depresif belirti ve yaşamlarında anlamlı bir olumsuz etki bırakmadığı şeklinde de yorumlanabilir. Her halükarda sebebini anlayabilmek için daha geniş bir örneklem ile yapılacak analizlere ihtiyaç vardır. Öte yandan Başoğlu vd. (2004)'nin 1999 Marmara depreminden sonra yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %42'sinde TSSB bulunmuştur. Bu oran depremden 14 ay sonra %23 seviyelerinde tespit edilmiştir. Güloğlu ve Kararırmak (2013)'ın çalışmasında ise gazi ünvanı alan 247 kişiden %29.6'sında TSSB bulgulanmıştır. Silahlı çatışmada bulunan askerlerle yapılmış Güloğlu (2016)'nın çalışmasında ise bu oran %46,7 seviyesindedir. Bir terör saldırısı sonucu patlamaya tanık olan kişilerle yapılan başka bir çalışmada da patlamadan 1 ay sonra TSSB oranı %12.5 iken 3 ay sonra %9.6 olarak bulunmuştur (Eşsizozğlu vd., 2009). Foa (1995) ile Rothbaum vd. (1992) tecavüz ve cinsel olmayan saldırı kurbanlarıyla olaydan 2 hafta sonra yaptığı çalışmada tecavüz kurbanları arasında TSSB tanılı kişilerin daha fazla olduğunu; bu oranın 3 ay sonra azaldığını fakat farkın aynı şekilde devam ettiğini tespit etmiştir. Alanyazındaki bu çalışmalardan hareketle travmatik olaya maruz kalan herkeste TSSB'nin oluşmadığı, benzer gruplarda veya olaylarda farklı düzeylerde oluşabileceği, olaydan sonra TSSB belirtilerinin zamanla azalabileceği çıkarımını yapmamız mümkündür.

5.3. Cinsiyet ile ölüm riski, sosyal destek algısı, depresif belirti, TSSTÖ alt puanları, iş arkadaşı ve iş arkadaşı olmayan birinin ölümü yaralanmasına şahit olma arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.

Bu çalışmada kadınların erkeklerden daha yüksek travma düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Alanyazında ise cinsiyetin travmatik stres ve TSSB için risk faktörü olmadığını belirten araştırmalar mevcuttur (Kılıç ve İnci 2015; Binay, 2016). Yalnız, kadın cinsiyetin TSSB için risk faktörü olduğunu belirten çalışmalar daha fazladır (Arata, Picou, Johnson, vd., 2000; Armenian, Morikawa, Melkonian, vd., 2000; Ford, 2015). Bu bağlamda mevcut bulgular ikinci grup çalışmaları destekler niteliktedir.

Depresif belirti açısından her iki cinsiyet arasında farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Alanyazında ise Akdemir vd. (1996) ile Gören (2019)'in bulguları kadınların daha yüksek depresif belirti düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. Mevcut çalışma ise Hisli (1989)'nin bulgularını destekler niteliktedir.

İlaveten kadınların algıladıkları sosyal desteğin erkeklerden daha yüksek olduğu; erkeklerin ise ölüm riskiyle karşılaşma durumlarının kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Cinsiyete göre travma sayıları, yaşanan travmatik olayın şiddeti, travmanın yaşama etkisi, iş arkadaşı veya başka birinin ölümüne şahit olma bakımından fark olmadığı görülmüştür. Tüm bu değişkenler bir arada düşünüldüğünde, kadınların erkeklere göre özellikle sosyal destek ve ölüm riskiyle karşılaşma açısından daha avantajlı (travma sayısı, travmatik olayın şiddeti ve yaşama etkisi açısından nötr) olduğu halde travma düzeylerinin daha yüksek olması, cinsiyet bağlamında daha çok araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir.

5.4. Eğitim durumları ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada eğitim seviyesi arttıkça travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi azalmasına rağmen, bu farklılaşma anlamlı bulunmamıştır. Ford vd. (2015) ise çalışmasında eğitim düzeyinin yüksek olmasının TSSB için kilit koruyucu faktörlerden biri olarak ifade etmiştir. Mevcut sonuçlar eğitim durumlarına göre değerlendirilen askeri personelin TSSB düzeyleri arasında farklılaşma bulamayan Ünlü (2014)'nın çalışmasıyla örtüşmektedir.

Bu çalışmada yüksek lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip bireylerin depresif belirti düzeylerinin lisans, önlisans ve altı eğitim seviyesine sahip kişilerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu farklılaşmaya örneklem farkları sebep olmuş olabilir. Akdemir vd. (1996) eğitim durumu ve depresif belirti arasında bir fark bulmadığını belirtmişti. Akdemir vd. yaptığı çalışmanın örneklemi SCID tanı kriterlerini karşılayan depresif belirti hastaları oluşturmaktadır. Bu çalışmada ise örneklem daha geniştir ve sadece depresif belirti tanılı katılımcılarla yapılmamıştır.

5.5. Medeni hal ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu araştırmada bekar ve evlilerin hem travma düzeyi hem de yaşadıkları travmanın yaşamlarına etkileri açısından farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Alanyazına bakıldığında Eşsizoglu vd. (2009)'nin terör saldırısına maruz kalan bireylerle Ünlü (2014)'nin operasyonel görev yapan askeri personelle, Gündüz (2020) nin de akıl sağlığı çalışanlarıyla yapmış olduğu çalışmada medeni hal ile TSSB arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Alanyazındaki

araştırmaların farklı örneklemeler üzerinde yapılmış olduğu göz önünde bulundurulduğunda medeni halin bir faktör olmadığı fikri güçlenmektedir.

Bu çalışmada bekarların depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca sosyal destek algısının evlilerde, bekarlara göre daha yüksek olması ve sosyal destek eksikliğinin depresyonun güçlü yordayıcısı olması, bu farkın tesadüfen çıkmadığı fikrini destekler niteliktedir. Gören (2019)'in asistan hekimlerle yapmış olduğu çalışmada, Akdemir vd. (1996)'nin de depresyon tanılı hastalarla yapmış olduğu çalışmada depresyon ile medeni hal arasında bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Gören'in rneklemelinin eğitim düzeyinin yüksek olması veya Akdemir'in rneklemelinin tamamen depresyon tanılı kişilerden olması buna sebep olmuş olabilir. Bu çalışmada eğitim düzeyi ve psikiyatrik tanı faktörleri dâhil edilmiş ve ayrı ayrı incelenmiş olması daha güvenilir bir sonuç çıkmasını sağlamış olabilir. Her halükarda kesin cevabı çok faktörlü bir analiz verebilirdi. Gelecek araştırmalarda araştırma desenlerinin buna göre oluşturulmasında fayda olacağı değerlendirilmektedir.

5.6. Yıllık izin kullanma sıklığı ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSST alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada izin sıklığıyla depresif belirti, sosyal destek algısı, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi arasında bir fark bulunamamıştır. Karataş (2015)'in yıllık izin kullanan çalışanların kullanmayanlara göre depresif belirti düzeylerinin anlamlı şekilde düşük olduğunu tespit etmişti. Bunun sebebi bu araştırmanın rneklemelinin hizmet sektöründe çalışan bireylerden, Karataş'ın araştırmasının ise sadece Beyoğlu ilçesindeki asgari ücret altında ve üstünde çalışan bireylerden oluşuyor olması olabilir. Bir başka deyişle: Eğitim, sağlık, sosyal hizmet, güvenlik/adalet sektörü çalışanlarının neredeyse tamamı kamu personeli olup, yıllık izin ve özlük haklarının özel sektöre ve özellikle esnaf çalışanlarına göre daha iyi durumda olması bir farklılaşma çıkmamasına sebep olmuş olabilir.

5.7. Psikiyatrik tanı almış olma durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSST alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Mevcut bulgular depresif belirti, travma ve yaşama etki düzeylerinin psikiyatrik tanısı olan bireylerde daha fazla olduğunu; tanısı olmayanlarda ise anlamlı şekilde daha düşük olduğunu göstermektedir. Alanyazında travma öncesinde psikiyatrik tanısı olan bireylerin TSSB için risk grubunda olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur (Koopman vd. 1994; Vernberg, La Greca,

Silverman vd. 1996; La Greca, Silverman, Vernberg vd., 1996; Aydın ve Özgen, 1999; Eşsizozğlu vd. 2009; Ünlü, 2014; Ford vd. 2015). Sonuç olarak bu araştırmanın bulgularının alanyazındakiyle örtüştüğü söylenebilir.

5.8. Kronik veya akut bir rahatsızlığı olma durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada ise kronik veya akut rahatsızlığı olan bireylerin depresif belirti, travma ve yaşama etki düzeylerinin, rahatsızlığı olmayanlarınkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada bu rahatsızlıkların neler olduğuna dair veri toplanmamıştır. Ünlü (2014) askerlerle yapmış olduğu çalışmada bedensel hastalıklarla TSSB tanısı arasında bir ilişki bulamamıştır. Yalnız, mevcut sonuçlar nörolojik ve endokrin hastalıklarının depresif belirti düzeylerini etkilediğini belirten Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal (2011)'ın açıklamasıyla örtüşmektedir. Ünlü'nün araştırmasında böyle bir farkın çıkmamasını, örnekleminin asker şahıslardan oluşması açıklayabilir. Bilindiği üzere profesyonel olarak askerlik mesleğini yapabilmek için seçilen bireyler kapsamlı bir sağlık taramasından geçmekte ve nörolojik, endokrin hastalıkları açısından görece kusursuz olması gerekmektedir (Türk Silahlı Kuvvetleri 9431, 2016).

5.9. Sigara kullanım sıklığı ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada bulgular ara sıra sigara içtiğini belirten kişilerin depresif belirti düzeyinin günde bir paket ve daha fazla içenlere göre daha düşük olduğunu göstermiştir. Ancak bu ilişki doğrusal değildir. Ara sıra sigara içenlerin depresif belirti düzeyleri hiç içmeyenlerden de düşük çıkmıştır ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gören (2019) ise çalışmasında sigara içenlerin içmeyenlere göre daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. Sigara kullanımıyla ilgili ilgi çekici sonuçlar çıksa da istatistiksel olarak alanyazındaki bulgularla çelişen bir sonuç çıkmamıştır.

Bu çalışmada ise sigara tüketim sıklığına göre travma ve sosyal destek algısı düzeyi arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. Ancak ara sıra sigara içenlerde, travmatik olayın yaşama etkisinin; günde bir paket ve daha fazla içenlere göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Diğer gruplar arasında bir fark tespit edilmemiştir. Mevcut bulguların aksine Ünlü (2014)'nın çalışmasında sigara içen bireylerin TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşan, Gürgen, Özkan ve Oto (2008) da 16 yaş altında yaşanan travmalarla sigaraya başlama durumu

arasında ilişki bulunduğunu belirtmiştir. Mevcut bulguların; Yaşan vd. ve Ünlü'nün bulgularıyla örtüştüğü göz önünde bulundurulunca, travmanın sigara bağımlılığına zemin hazırladığı söylenebilir.

5.10. Alkol ve ilaç kullanım durumu ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada alkol kullananların depresif belirti düzeylerinin kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu, ancak sosyal destek algısı, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi açısından bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte, ilaç kullanan bireylerin depresif belirti ve travmanın yaşamlarına etki düzeyinin, kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu; travma düzeyi bağlamında ise bir farklılık olmadığı görülmüştür. Diğer taraftan Battal ve Özmenler (1997)'in belirttiğine göre, Vietnam gazilerinde TSSB oranı %26 düzeyindeydi ve bunların arasında alkol bağımlılığı yaygın bir sorundu. Friedman (1981) ise Vietnam gazilerinin genelinde psikiyatrik zayıatların %20-60 arasında olduğunu bu psikiyatrik zayıatların içinde alkol/ilaç bağımlılığı olduğunu belirtmiştir. Ünlü (2014) ise askeri personel ile yaptığı araştırmada TSSB ile alkol kullanımı arasında bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir. Battal ve Özmenler ile Friedman'ın çalışmaları daha çok gözlem niteliğinde olup bir hipotez testine dayanmamaktadır. Ünlü'nün çalışmasıyla kıyaslandığında araştırma sonuçlarının örtüştüğü görülmektedir.

5.11. Yaş ile sosyal destek algısı, depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Çalışmada yaş ile sadece sosyal destek algısı arasında zayıf düzeyde anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Yani yaş ilerledikçe sosyal destek algısı azalmaktadır. Bu sonuç, genç yetişkinlerde TSSB'nin daha yaygın olduğu Özgen ve Aydın(1999)'ın açıklamasıyla çelişmektedir. Ancak Kılıç ve İnci (2015)'nin 25 yaş üstü ve altı bireylerin travmatik stresleri arasında anlamlı fark bulamadığı çalışmasıyla örtüşmektedir. Benzer şekilde Gören (2019) de yaş ve ikincil travmatik stres arasında bir ilişki bulamamıştı. Bir ilişki veya farkın çıkmamasının bir nedeni de bu araştırmaya konu örneklemin yaş ortalamasının ($Ort=31.52$) genç olmasından dolayı olabilir.

5.12. Mesleki tecrübe ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Mevcut çalışmada mesleki tecrübe ile sosyal destek algısı, depresif belirti, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuç yaş faktörüne benzer şekilde mesleki tecrübe ortalamasının ($Ort=7.20$) da düşük olmasından kaynaklanabilir. Badger vd. (2008) sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada meslekte bulunma süresi uzadıkça, ikincil travmatik stresin azaldığını, yani tecrübeli kişilerin ikinci travmatik strese karşı daha dirençli olduğunu ifade etmiştir. Akıl sağlığı çalışanlarıyla çalışma yapan Altan (20220) ise Badger vd.’nin aksine meslekte geçirilen süre uzadıkça ikincil travmatik stresin arttığını belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçları ise, asistan hekimlerle yapmış olduğu çalışmada meslekteki yıl ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki bulunmadığını belirten Gören (2019)’in bulgularıyla paraleldir. Gelecek araştırmalarda yaş faktörünün daha dengeli şekilde örnekleme dâhil edilmesiyle bu faktörün daha net gözlenebileceği değerlendirilmektedir.

5.13. Tutulan nöbet sayısı ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Yapılan araştırmada tutulan nöbet sayısı ile sosyal destek algısı, depresif belirti, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Altan (2020) ise akıl sağlığı çalışanlarıyla yaptığı çalışmada nöbet tutan katılımcıların tutmayanlara göre daha yüksek ikincil travmatik stres puanı olduğunu belirtmiştir. Gören (2019) ise depresyon ile nöbet sayısı arasında bir ilişkiye rastlamadığını belirtmiştir. Bu çalışmada depresif belirti ve travma düzeyi arasındaki pozitif anlamlı ilişki göz önünde bulundurulunca; Altan ve Gören’in bulgularının birbirine zıt olduğu, mevcut bulguların da Gören ‘in çalışmasıyla paralel olduğu yorumu yapılabilir.

5.14. Toplam istirahat süresi, yüz yüze ve telefonla görüşme sıklıkları ile depresif belirti, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Alanyazında sosyal desteğin doğası ve derecesinin de travma düzeyi ve depresyon ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Resnick vd.1992; Kushner vd. 1992; Öztan vd. 2001). Bu maksatla “telefonla ve yüz yüze görüşme sıklığı” ile “günlük istirahat süresi” değişkenleri de bu araştırmaya dahil edilmiştir. Telefonla ve yüz yüze görüşme sıklığı arttıkça algılanan sosyal desteğin de artması bunu destekler niteliktedir. Bu varsayımdan hareketle telefonla ve yüz yüze görüşme sıklığı arttıkça depresif belirtinin de azaldığı görülmüştür. Yüz yüze görüşme sıklığı

telefonla görüşmeye göre depresif belirtilerle daha yüksek korelasyon göstermekte; algılanan sosyal destek açısından ise telefonla görüşme sıklığı daha yüksek korelasyon göstermektedir. Karataş (2015)'ın haftada iki gün izin kullananların, bir gün kullananlara göre; bir gün izin kullananların ise hiç kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük depresyon düzeyine sahip olduğu tespitinin aksine günlük toplam istirahat ile depresif belirtiler, sosyal destek algısı ve travmanın yaşama etkisi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Toplam istirahat süresi arttıkça travma düzeyinin azalması beklenirken, arttığı görülmüştür. Yalnız bu ilişkinin çok zayıf düzeyde olması tesadüfi olduğunu düşündürmüştür. Bu noktada daha detaylı bir araştırmanın yapılmasında fayda olacağı değerlendirilmektedir.

5.15. Ölüm riskiyle karşılaşma, iş arkadaşı olan ve olmayan birinin ölümüne yaralanmasına şahit olma durumu ile depresif belirtiler, sosyal destek algısı ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Araştırmada ölüm riskiyle karşılaşma, iş arkadaşı ve başka birinin ölümü yaralanmasına şahit olma ile travma sayısı ve olay şiddeti arasında anlamlı, zayıf düzeyde ama pozitif bir ilişki olması katılımcıların karşılaştıkları durumların hepsini travmatik olarak görmemesi şeklinde yorumlanabilir. Ancak ölüm riski arttıkça depresif belirtiler ve travma düzeyinin arttığı fakat; algılanan sosyal desteğin de azaldığı görülmüştür. Ölüm riskiyle travmanın yaşama etkisi arasında bir ilişki görülmemiştir. Kilpatrick vd. (1989) ve Alpar (2014) fiziksel yara almanın, bir başkasının fiziksel yara almasına tanık olmanın, hayatının tehlike altında olmasının, bir başkasının hayatının tehlike altında olduğuna tanık olmanın, TSSB için risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Binay (2016) da ölüm riskiyle karşılaşmanın TSSB açısından risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Ford vd. (2015) ile Öztan vd (2001) de travmatik olaylara örnek olarak bir kazaya tanık olmayı, yaşamı tehdit eden bir olaya maruz kalmayı vermiştir. Yalnız bu çalışmalardan farklı olarak Eşsizoglu vd. (2009) ise yaptığı çalışmada, travmadan 3 aydan sonra, yaralanmış olmanın TSSB açısından risk faktörü olmadığını bulmuştur. Alanyazın ışığında, yapılan çalışmanın sonuçlarının Alpar ve Binay'ın sonuçlarıyla örtüştüğü görülmektedir. Bunun sebebi araştırmamızın, örneklem dokusu itibarıyla Alpar'ın polis örneklemine daha benzer olması ve de Binay'ın incelemiş olduğu göçmenlerin daha şiddetli travmaya maruz kalmasından ötürü etkisinin uzun süre devam etmesi olabilir. Eşsizoglu vd. ise çalışmasını siviller üzerinde yürütmüştür. Medeni hal bakımından TSSB düzeyleri arasında fark çıkmamasını da toplumun ortaklaşacı yapısı ve örneklem sayısının azlığına bağlamıştır. Sonuç olarak bu ortaklaşacı yapı diğer faktörler üzerinde de gizli bir etki oluşturmuş olabilir.

İş arkadaşı olan ve olmayan birinin ölümüne yaralanmasına şahit olma sayısı da arttıkça travma düzeyi, travma sayısı, olay şiddeti ve travmanın yaşama etkisinin arttığı görülmüştür. Ancak her iki durumla sosyal destek algısı ve depresif belirti değişkenleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlar da alanyazınla kıyaslandığında örtüştüğü söylenebilir (Kilpatrick vd. 1989; Öztan vd. 2001; Alpar, 2014; Ford vd. 2015; Binay, 2016).

5.16. Depresif belirti ile TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmadaki bulgular da alanyazındakileri doğrular nitelikte olup travma sayısı, olay şiddeti, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi arttıkça depresif belirti düzeyinin de arttığı görülmüştür. Ayrıca depresif belirti ile en yüksek korelasyonu travma düzeyinin gösterdiği bulunmuştur. Alanyazında birçok çalışmada depresif belirti ile TSSB arasında ilişki olduğuna dair bulgular mevcuttur (Resnick vd.1992; Kushner vd. 1992; Hoven, vd. 2005; Vinck vd. 2007; Niaz, vd. 2007; Koryürek, 2011; Ford vd. 2015; Halimi ve Halimi, 2015).

5.17. Sosyal destek algısı ile depresif belirti ve TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada ise sosyal destek depreisf belirti ile orta; travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisi ile zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bulunmuştur. Yani sosyal destek arttıkça kişilerde depresif belirti, travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisinin azaldığı görülmüştür. Bu durum sosyal desteğin kişilerin hayata uyumunu olumlu etkilediğini göstermektedir. Resnick vd. (1992) TSSB oluşumunda sosyal desteğin ve depresyon özgeçmişinin rol oynadığını belirtmiştir. Shephard (2006) ise Vietnam gazileri arasında intihar eylemlerinin yüksek olmasında en büyük etkenin yine sosyal destek olduğunu belirtmişti. Salmon (1917) ise gülle şokundan muzdarip gazilerin tedavilerinin devam etirilmesi ve halkın gazileri onurlandırılması gerektiğini belirterek sosyal desteğin önemine işaret etmiştir. Bununla birlikte sosyal destek ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığına dair araştırma da mevcuttur (Badger vd. 2008). Netice itibariyle sosyal destek ile ilgili bulguların alan yazındaki bilgiler ile örtüştüğü görülmektedir.

5.18. Travma Sayısı ile diğer TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Koryürek (2011) ve Weine vd.. (1995) bulgularına paralel şekilde bu çalışmada da travma sayısı arttıkça, travma düzeyinin arttığı görülmüştür. Ayrıca olay şiddeti ve travmanın yaşama etkisinin

de travma sayısıyla doğru orantılı olarak arttığı tespit edilmiştir. Travma sayısının; depresif belirti ve olay şiddetinden sonra travma düzeyiyle en yüksek korelasyonu gösterdiği anlaşılmıştır.

5.19. Olay şiddeti ile diğer TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada olay şiddeti arttıkça travma düzeyi ve travmanın yaşama etkisinin de arttığı görülmüştür. Ayrıca olay şiddetinin, travma düzeyiyle en güçlü ikinci korelasyonu gösterdiği bulunmuştur. Kilpatrick, vd. (1989) tarafından yürütülen bir araştırmada tamamlanmış tecavüz, saldırı sırasında yaşama yönelik tehdit ve saldırı esnasındaki fiziksel yaralanma değişkenlerinin üçünün bir arada görüldüğü vakaların görülmeyenlere göre TSSB geliştirme ihtimalinin 8.5 kat daha olası olduğunu; Eşsizoglu vd. (2009) ise çalışmasında patlama esnasında yaralanmış olmanın 1 ay sonraki ölçümlerde TSSB açısından risk faktörü oluşturduğunu; tespit edilmiştir. Galea vd. (2005) de TSSB'nin en önemli risk faktörünün afete maruz kalma derecesi olduğunu belirtmiştir. Alanyazındaki bilgilerle mevcut bulguların paralel olduğu söylenebilir.

5.20. Travma düzeyi ile diğer TSSTÖ alt puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu araştırmada travma düzeyi arttıkça travmanın yaşama etkisinin de arttığı görülmüştür. Travmanın yaşama etkisiyle en yüksek korelasyonu travma düzeyinin, sonrasında depresif belirti ve olay şiddetinin gösterdiği bulunmuştur. Alanyazında travma düzeyiyle travmanın yaşama etkisinin incelendiği çalışmaya rastlanılmamıştır.

6. KLİNİK KATKILAR VE ÖNERİLER

6.1.Klinik katkılar

İlgili alanyazın incelendiğinde psikiyatrik tanı öyküsü, sosyal destek algısı, depresyon, travmatik olay sayısı ve şiddetinin; travma düzeyi ve yaşama etkisini yordadığı görülmektedir. Ayrıca yaş, cinsiyet, medeni hal, meslek grubu, mesleki tecrübe, sigara, alkol, eğitim düzeyi, bedeni hastalık öyküsü, izin sıklığı, ölüm ve yaralanma riski gibi demografik değişkenlerin de depresyon ve travmatik olay ile olan ilişkilerinin tartışıldığı buna yönelik farklı bulguların olduğu bilinmektedir. Bu bölümde mevcut araştırmadan elde edilen bulgulardan klinik bağlamda ne tür faydalar sağlanabileceği üzerine fikir yürütülmüştür.

Travma düzeyi açısından; depresif belirti düzeyi, travmatik olayın sayısı, şiddeti ve yaşama etkisi, ölüm riski, ölüm veya yaralanmaya tanıklık, psikiyatrik tanı ve bedensel rahatsızlık öykülerinin risk faktörü; sosyal destek algısı ve yüz yüze görüşme sıklığının da yüksek olmasının koruyucu faktör olabileceği bulunmuştur. Yaş, mesleki tecrübe, meslek grubu, tutulan nöbet sayısı, eğitim durumu, izin sıklığı, sigara kullanım sıklığı, ilaç kullanımı, toplam istirahat süresi ve travma türünün; travma düzeyiyle bir ilişkisi olmadığı değerlendirilmektedir. Travma düzeyi ile en yüksek ilişki gösteren üç değişkenin travmanın sayısı, şiddeti ve depresif belirti düzeyi olduğu göz önünde bulundurulunca; şiddetli travma geçirmiş kişilerin, özellikle kadınların ve psikiyatrik tanılı olanların yüksek düzeyde depresif belirtiler de gösterebileceği olasıdır. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmamış olsa da diğer meslek gruplarına göre sağlık ve güvenlik/adalet sektörü çalışanlarının daha çok travmaya maruz kaldığı; bunun sonucunda da bu iki sektör çalışanlarının yaşadığı travma düzeyinin ve travmanın yaşamlarına etkisinin diğer meslek çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bilgiler ışığında, özellikle bu iki meslek grubunda çalışan psikolog/psikiyatristlerin koruyucu akıl sağlığı eğitimlerini çeşitlendirmesi veya sıklaştırması bir takım sorunları büyümeden çözebileceği gibi erken teşhis ve tanıya da imkan tanıyacağı söylenebilir.

Mevcut bulgular, psikolojik olarak travmatize olmuş kişilerin sosyal destekten olumlu yönde fayda sağladığını göstermektedir. Buradan hareketle, travmatize bireyin tedavisinde danışanın ailesi veya arkadaş çevresiyle de iş birliğine gidilmesi; eş tanı veya geçirilmiş rahatsızlık olup olmadığının değerlendirilmesinde fayda olacağı düşünülmektedir.

Depresif belirti açısından bekar olmak, psikiyatrik tanı ve bedensel rahatsızlık öyküsü, sigara, alkol ve ilaç kullanımı, ölüm riski, travmatik olayın sayısı, şiddeti, düzeyi ve yaşama etkisinin

risk faktörü; evli olma, eğitim durumu, sosyal destek algısı, telefonla ve yüz yüze görüşme sıklıklarının ise koruyucu faktör olabileceği bulunmuştur. Yaş, mesleki tecrübe, çalışılan sektör, aylık nöbet sayısı, cinsiyet, izin sıklığı, toplam istirahat süresi, ölüm veya yaralanmaya tanıklık ve travma türü değişkenleriyle bir ilişki olmadığı görülmüştür. Depresif belirti ile en yüksek ilişkinin sırayla; travmanın düzeyi, yaşama etkisi ve sosyal destek algısı arasında olduğu bulunmuştur.

Bulgulara dayanarak, kliniğe başvuran depresif belirtiler gösteren bireyin sıkıntısının sadece bir travmadan mı yoksa madde kullanımı veya eşlik eden başka bir tanıdan mı kaynaklandığının ayırt edilmesi gerekmektedir. Kişinin tedavi sürecinde aile ve yakın arkadaşlarıyla iş birliği, iletişim becerileri ve varsa madde kullanımının (sigara, alkol ve ilaç kötüye kullanımı) da çalışılabileceği düşünülmektedir.

Telefonla ve yüz yüze görüşme sıklığı arttıkça sosyal destek algısının da arttığı; ölüm riski arttıkça da azaldığı görülmüştür. Ayrıca kadınlar ve evlilerin sosyal destek algısının, erkekler ve bekarlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş, mesleki tecrübe, eğitim durumu, meslek grubu, izin sıklığı, sigara kullanım sıklığı, toplam istirahat süresi değişkenlerinin sosyal destek algısı ile bir ilişkisi olmadığı değerlendirilmektedir. Özetle, araştırmaya dahil edilen değişkenlerden sadece telefonla veya yüz yüze görüşme sıklığı, ölüm riski, cinsiyet ve medeni halin sosyal destek algısı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle özellikle depresif duygu durum ve travmatik stres şikâyetiyle başvuran danışanların sosyal destekten fayda sağlayabilmesi için; çalışma şartları, medeni halleri ve cinsiyetlerinin de göz önünde bulundurulmasında fayda olacağı değerlendirilmektedir. Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da sağlık çalışanlarının, sosyal hizmet çalışanlarından daha çok travmatik olaya maruz kaldığı ancak; daha düşük sosyal destek algıladığı görülmektedir. Sonuç olarak danışanın çalıştığı sektörün göz önünde bulundurulması sosyal destek imkânları ve iletişim becerileri üzerine çalışılmasının tedavi sürecini hızlandıracağı değerlendirilmektedir.

6.2.Öneriler

Bu çalışmada alanyazında bulunan bilgiler ışığında depresyon, algılanan sosyal destek ve TSSB'nin kapsamlı bir şekilde incelenmesi amaçlanmıştır. Müteakip çalışmalarda çalışılan sektör, mesleki tecrübe, yaş ve travma türü gibi travma düzeyi ile ilişkisi olmadığı düşünülen değişkenlerin boylamsal bir desenle incelenmesinde fayda olacağı düşünülmektedir. Özellikle meslek grupları bağlamında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmasa da depresif belirti ve travmanın yaşama etkisinin anlamlılık düzeylerinin yükselme eğiliminde olduğu görülmüştür.

Meslek gruplarının daha geniş bir örnekleme ile incelenmesiyle anlamlı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada veriler çevrimiçi olarak toplanmıştır. Araştırmacının gözlemleri veya müdahalesi söz konusu olmamıştır. Katılımcıların soruları ve yönergeleri doğru olarak anladığı varsayılmıştır. Ölçek ve anketlerin ortalama olarak 20 dakika içerisinde doldurabileceği bilinmektedir. Yalnız katılımcılardan gelen geri bildirimler araştırmanın zaman aldığı ve çabuk sıkıldıkları şeklinde olmuştur. Bu geri bildirimle istinaden katılımcının diğer çevresel ve kişisel faktörlerden etkilendiği fakat bu etkinin ne kadar olduğu bilinmemektedir. Gelecek araştırmalarda bu etki CAPS-5 (Boysan, Özdemir, Yılmaz, Selvi, Özdemir ve Kefeli, 2017) gibi klinisyen tarafından uygulanan bir ölçekle ve daraltılmış bir değişken grubunun incelenmesiyle denetim altına alınabilir.

Mesleki tecrübe, çalışılan sektör, yaş, izin sıklığı, nöbet sayısı değişkenlerine göre depresyon ile ilgili alanyazında çeşitli bilgiler mevcuttur. Bu yüzden bu çalışmanın bulgularının elbette mutlak doğru olduğu söylenemez. Bu maksatla diğer değişkenler sabit tutularak, bu değişkenlerle daha çok katılımcıyla yapılacak olan bir çalışmanın sonuçlarının daha güvenilir olacağı değerlendirilmektedir.

Sosyal destek algısı ile yaş, mesleki tecrübe, eğitim durumu, meslek grubu, izin sıklığı, sigara kullanım sıklığı, toplam istirahat süresi değişkenlerinin ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Bu değişkenlerin de ancak daha geniş kapsamlı bir örnekleme, tercihen boylamsal olarak incelendiğinde genel geçerliği yüksek bulgular sunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdemir, A., Dönbak Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, M.H., İşcan, N., & Özbay, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251-259
- Alpar, G.(2014). *Psikolojik sağkalım: yoğun duygu yüklü yaşam olaylarına tanıklık etme ve maruz kalma ile poliste gelişen travmatizasyon*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Altan, B. (2020). *Ruh sağlığı çalışanlarında ikincil travmatik stres ile uyum bozucu şemalar, çocukluk çağı travmaları ve mesleki ve sosyodemografik değişkenlerin ilişkileri*. Yüksek lisans tezi, Işık Üniversitesi, İstanbul.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*, (E. Köroğlu, çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arata C.M., Picou, J.S., Johnson, G.D. & McNally, T.S. (2000). Coping with technological disaster: an application of the conservation of resources model to the Exxon Valdez oil spill [Teknolojik felaketle başa çıkmak: kaynakların korunması modelinin Exxon Valdez petrol sızıntısına uygulanması]. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 23–39.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9-2*.
- Armenian, H.K., Morikawa, M., Melkonian, A.K., Hovanesian, A.P., Haroutunian, N., Saigh, P.A. vd. (2001). Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. [Ermenistan'daki 1988 depreminden sağ kalan yetişkinlerden oluşan bir grupta TSSB'nin belirleyicisi olarak “kayıp”: politika için etkileri]. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 58–64.
- Badger, K., Royse, D. & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. [Hastane sosyal hizmet uzmanları ve dolaylı travmaya maruz kalma: Katkıda bulunan faktörlerin keşifsel bir çalışması]. *Health & Social Work*, 33(1), 63-71.

- Baytar, B. (2017). *1999 Gölcük depremini çocukluğunda yaşamış kişilerin günümüzdeki kaygı, depresyon ve TSSB düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Başalan, E. (2020). *Askeri psikoloji disiplininin tarihsel seyri ve temel araştırma konuları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Milli Savunma Üniversitesi, İstanbul.
- Başoğlu, M., Kılıç, C., Şalcıoğlu, E. & Livanos, M. (2004). Prevalance of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey; an epidemiological study. [Türkiye'de depremzedelerde travma sonrası stres bozukluğu ve eşlik eden depresyon prevalansı; epidemiyolojik bir çalışma.] *Journal of Traumatic Stress*. 17(2):133-141.
- Battal, S. & Özmenler, N., (1997). *Posttravmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu*. *Psikiyatri Temel Kitabı*. C. Güleç, E. Köroğlu (Ed). Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
- Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck depression inventory (BDI).[Beck Depresyon Envanteri] *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Binay, H., (2016). *Suriye ve Irak'tan gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi*. Yüksek Lisans Tezi: Gaziantep.
- Bourke, J. (2011). "Shell Shock during World War One". [Birinci Dünya Savaşı boyunca Güle Şoku] http://www.bbc.co.uk/history/worldwars/wwone/shellshock_01.shtml adresinden 28 Mart 2021 tarihinde edinilmiştir.
- Bourke, J. (2021) *Liaison Psychiatry*. A.Feather, D. Randall, M. Waterhouse, (içinde) Kumar and Clark's Clinical Medicine (s. 763-800). United Kingdom: Elsevier.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L. & Schultz, L.R. (2000). A Second Look at Comorbidity in Victims of Trauma: The Posttraumatic Stress Disorder–Major Depression Connection. [Travma Kurbanlarında Eş Tanıya İkinci Bir Bakış: Travma Sonrası Stres Bozukluğu–Majör Depresyon Bağlantısı].*Biol Psychiatry*, 48: 902–909
- Bulut Şahin, D. (2020). *Üniversite öğrencileri arasında çocukluk çağı cinsel istismar sıklığı, cinsel istismar bildirim sıklığı ve bildirim ile ilişkili faktörler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.

- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, E., Karadeniz, Ş. & Demirel, F. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (2.Baskı). Pegem Akademi, Ankara.
- Cevahir, E. (2020). *SPSS ile nicel veri analizi* (Ed. R.Özgür Çatar). Kibele Yayınları, İstanbul.
- Cox, C. (2001). Invisible Wounds: The American Legion, Shell-Shocked Veterans and American Society, 1919-1924. *Traumatics Pasts: History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*. ed. Mark S. Micale, Paul Lerner. Cambridge: Cambridge University Press, 280-305.
- Duman, Ş. (2021). *12-18 yaş ergen cinsel istismar mağdurlarında görülen travma sonrası stres bozukluğu dissosiyatif alt tipi yordayıcıları, ruhsal dayanıklılık (resilience) ve başa çıkma stratejileri ile ilişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Eker, D. & Arkar, H. (1995). Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30:121-126.
- Eker, D., Arkar, H. & Yaldız, H. (2001). Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 12(1):17-25.
- Erkaya,, H. (2003). *Acil kurtarma ekiplerinde travma sonrası stress bozukluğu*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Eşsizoglu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., Önal, S., Yıldırım, E. & Aker, T. (2009). Bir Terörist Saldırı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2): 118-126
- Figley, C. R. (1993). Coping with stressors on the home front.[Sivil cephede stresörlerle başa çıkma]. *Journal of Social Issues*, 49(4), 51-71.
- Figley, C.R.(1995). *Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stres Disorder: An Overview*. [İkincil Travmatik Stres Bozukluğu Olarak Merhamet Yorgunluğu: Genel Bir Bakış.] İçinde: C.R. Figley (ed). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stres Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. [Merhamet Yorgunluğu: Travmatize Edilmiş Kişileri Tedavi Edenlerde İkincil Travmatik Stres Bozukluğu ile Başa Çıkma] (1'st ed). New York, Brunner Mazel, 1-20.

- Foa, E.B. (1995). *Failure of emotional processing: Post trauma psychopathology. [Duygusal işlemenin başarısızlığı: Travma sonrası psikopatoloji]*. Dünya Davranışsal ve Bilişsel Terapiler Kongresi'nde Sunulan Bildiri, Copenhagen, Denmark.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. [Travma sonrası stres bozukluğunun öz bildirim ölçüsünün doğrulanması: Travma Sonrası Tanı Ölçeği] *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Ford, J.D., Grasso, D.J., Elhai, J.D. & Courtois, C.A. (2015). *Posttraumatic Stress Disorder Scientific and Professional Dimensions. [Travma Sonrası Stres Bozukluğu Bilimsel ve Mesleki Boyutları]*. (2'nci Baskı). Academic Press, San Diego.
- Francati, V., Vermetten, E. & Bremner, J.D. (2007). Functional neuroimaging studies in Post Traumatic Stress Disorder: Review of current methods and findings. [Travma Sonrası Stres Bozukluğunda fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları: Güncel yöntem ve bulguların gözden geçirilmesi]. *Depression and Anxiety*: 24:202–218.
- Freud, S.(1962). *The Ego and the Id. [Ego ve İd]* New York: W. W. Norton & Company.
- Friedman, M.J. (1981). Post-Vietnam Syndrome: Recognition and Management. *Psychosomatics*, Vol. 22, No. 11: 931.
- Galea, S., Nandi, A. & Vlahov, D. (2005). The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews*: 27: 78-91.
- Genceli, M. (2006). Tek değişkenli dağılımlarda normallik testleri. *Sigma Mühendislik ve Fen Bilimleri Dergisi*, 4.
- Gören, E.N. (2019). *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerin Beck Depresyon Ölçeğiyle depresyon seviyelerinin ve nedenlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi: İzmir.
- Gül, E. (2014) *İzmir toplum örnekleminde travmatik olaylar ve olası TSSB yaygınlık oranları ile travma sonrası stres ve gelişim yordayıcıları*. Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

- Güloğlu, B. & Kararımak, Ö. (2013). Güneydoğu gazilerinde travma sonrası stres bozukluğu gelişimi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(3).
- Güloğlu B. (2016). Psychiatric symptoms of Turkish combat-injured non-professional veterans. [Muharebede yaralanan, profesyonel olmayan Türk gazilerinde psikiyatrik belirtiler] *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1):29157.
- Gündüz, B. (2020). Meslek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan Ve Toplum Bilimleri Dergisi* 1(1): 1-14.
- Gürdil Birinci, G. & Erden G. (2016). Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma, İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, Haziran 2016, 31 (77), 10-26.
- Halimi, R., & Halimi H. (2015). Risk among Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder: The Impact of Psychosocial Factors on the Escalation of Suicidal Risk. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52;3, 263-266.
- <https://www.semanticscholar.org/paper/Risk-among-Combat-Veterans-with-Post-traumatic-The-Halimi-Halimi/18a12fb71cc52d108d6a101c8a6c4fda8105ecdb#citing-papers> adresinden 21 Mayıs 2021 tarihinde edinilmiştir.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hoven, C. W., Duarte, C. S., Lucas, C. P., Wu, P., Mandell, D. J., Goodwin, R. D. vd. (2005). Psychopathology Among New York City Public School Children 6 Months After September 11. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 545-52. <https://psycnet.apa.org/record/2005-04687-010> adresinden 04 Haziran 2021 tarihinde edinilmiştir.
- ICD-10. (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems*. [Hastalıkların ve ilgili sağlık sorunlarının uluslararası istatistiksel sınıflandırması]. (10'uncu revizyon). Dünya Sağlık Örgütü, Cenova; Lisans, CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Işıklı, S.(2006). *Travma sonrası stres belirtileri olan bireylerde olaya ilişkin dikkat yanlılığı, ayrışma düzeyi ve çalışma belleği uzamı arasındaki ilişkiler*. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Jones, E., Thomas, A. & Ironside, S. (2007). Shell Shock: An outcome study of a First World War “PIE” Unit. [Gülle Şoku: Birinci Dünya Savaşına ilişkin bir “PIE” biriminin sonuç çalışması] *Psychological Medicine*, Vol. 37, No. 2: 215-216.

https://www.academia.edu/19293222/Shell_shock_an_outcome_study_of_a_First_World_War_PIE_unit adresinden 21 Mayıs 2021 tarihinde edinilmiştir.

Jones, E., ve Wessely, S.(2005). *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to Gulf War*. New York: Psychology Press.

Jung, J.(1997) Balance and source of social support in relation to well-being. *The Journal of General Psychology* 124(1), 77-90.

Karamustafalıoğlu, O. & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2):65-74.

Karataş, H.C. (2015). *Beyoğlu İlçesinde Çalışan Bireylerin Aylık Kazançları, Çalışma Süreleri ve Yıllık İzinlerinin Depresyon ve Mesleki Doyum Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Karşıkaya, S. (2011) *Migren hastalarında travma sonrası stres bozukluğu*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimering, R.T. & Bender, M.E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Trauma and Its Wake*, 1, 257-294.

Keleş, M. (2014) *Taşiaritmi tanılı çocuk hastalarda yaşam kalitesi, tssb ve diğer ruhsal sorunlar*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.

Kessler, R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048–1060.

- Kılıç, C. & İnci, F. (2015). Acil tıp çalışanlarında travmatik stres: yaş ve eğitimin koruyucu etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(4), 236-241.
- Kına, D. (2019). *23 Yaş Üstü Bireylerde Travma Sonrası Büyüme Düzeyinin Travmatik Yaşantı Türü, Algılanan Sosyal Destek, Dünyaya İlişkin Varsayımlar, Psikolojik Sağlamlık ve Ruhsal Belirti Düzeyi Değişkenleri ile Yordanması*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-McMullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J. & Resnick, H.S. (1989). *Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder*. [Suça bağlı travma sonrası stres bozukluğunun gelişimi ile ilişkili mağdur ve suç faktörleri]. *Behavior Therapy*, 20, 199-214. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789489800693?via%3Dihub> adresinden 20 Mart 2022 tarihinde edinilmiştir.
- Kinzie, J. D., Boehnlein, J. K., Leung, P. K., Moore, L. J., Riley, C., & Smith, D. (1990). The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 147, 913–917.
- Klerman, G.L., Weissman M.M. & Rounsaville, B.J. (1984). *Interpersonal therapy of depression*. New York, Basic Books.
- Koopman C., Classen C., & Spiegel D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif firestorm. *American Journal of Psychiatry* 151:888–94.
- Koryürek, M.M. (2011). *Iraklı Sivillerde Savaş Travmasına Bağlı Ruhsal Sorunların Yordayıcıları*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R. vd. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation*. [Travma ve Vietnam Savaşı nesli]. New York: Brunner / Mazel Publishers.
- Kushner, M.G., Riggs, D.S., Foa, E.B. & Miller, S.M. (1992). Perceived controllability and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in crime victims. [Suç kurbanlarında algılanan kontrol edilebilirlik ve TSSB gelişimi]. *Behavioral Research and Therapy*, 31, 105-110.

- La Greca A.M., Silverman, W.K., Vernberg, E.M. & Prinstein, M.J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. [Andrew Kasırgası'ndan sonra çocuklarda travma sonrası stres belirtileri: prospektif bir çalışma]. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* 64: 712–23.
- Lam, R.W. & Mok, H. (2008). Depression. New York: Oxford University Press, 21-32.
- Lancaster, C.L., Teeters, J.B., Gros D.F. & Back, S.E. (2016). Posttraumatic stress disorder: overview of evidence-based assessment and treatment. *Journal of Clinical Medicine*, 22;5 (11):105.
- Markowitz, J.C., Petkova E., Neria Y., Van Meter P.E., Zhao Y., Hembree E., vd. (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of Interpersonal Psychotherapy for PTSD. [Maruz bırakma gerekli mi? TSSB için randomize edilmiş Kişilerarası Psikoterapi'nin klinik denemesi]. *American Journal of Psychiatry*.
- Mercandağı, E. (2020). *Alkol ve madde kullanım bozukluğunda travma belirtileri ve ilişkii etmenler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- McLaughlin, K.A., Busso, D.S., Duys, A., Green, J.G., Alves,S., Way, M. Vd. (2014). Amygdala response to negative stimuli predicts ptsd symptom onset following a terrorist attack. [Terörist saldırı sonrasında başlayan TSSB belirtilerini öngören negatif uyaranlara amigdala tepkisi]. *Depression and Anxiety*: 31, 834-842.
- McWilliams, N. (2011). *Psikanalitik Tanı Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak, 2'nci Baskı*. (E. Kalem çev.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları: İstanbul.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., Lavelle, J., Truong, T., Tor, S., & Yang, T. (1990). Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture.[Kitleli şiddet ve işkenceden kurtulan Güneydoğu Asya göçmenlerinde belirti değişikliklerinin değerlendirilmesi]. *The American Journal of Psychiatry*, 147(1), 83–88.
- Mowrer, O.H. (1960). Learning theory and behavior. [Öğrenme kuramı ve davranış] New York: John Wiley.
- Niaz, U., Hassan, S. & Hassan, M. (2007). Post-traumatic stress disorder (ptsd), depression, fear and avoidance in destitute women, earthquake survivors of nwfp, Pakistan.[Pakistan'daki

yoksul kadınlarda ve NWFP depremzedelerinde; Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), depresyon, korku ve kaçınma] *Journal of Pakistan Psychiatric Society, January-June, Vol.4-1.*

http://jpps.com.pk/article/posttraumaticstressdisorderptsddepressionfearandavoidanceindexofwomenearthquakesurvivorsofnwfpakistan_2301.html adresinden 04 Haziran 2021 tarihinde edinilmiştir.

Okcu, E. (2016) *Travmaya maruz kalan çocuklarda TSSB gelişimi ve şiddetiyle ilişkili faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

Oktan, V. (2005). Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21, 183-192.

Özer, Y. (2018) Savaşın değişen karakteri: teori ve uygulamada hibrit savaş. *Güvenlik Bilimleri Dergisi*, 7(1), 29-56.

Özgen F. & Aydın H. (1999). *Travma sonrası stres bozukluğu*. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.

Özmen, E.Ö. (2017) *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji Bilim Dalında izlenen hastaların ve annelerinin anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunun değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Öztañ, N., Aydın, G., Eroğlu, Ç., & Stuvland, R. (2001). Milli Eğitim Bakanlığı/Unicef psikososyal okul projesi travma sonrası normal tepkiler psikoeğitim el kitabı (2. Bas.). Ankara: MEB.

Parasram, L. & Stein, D.J. (2013). Anksiyete Bozuklukları. L.W. Roberts, J.B. Layde, R. Balon (Ed.). *International handbook of psychiatry: Aconcise guide for medical students, residents and medical practitioners*. [Uluslararası psikiyatri el kitabı: Tıp öğrencileri, asistanlar ve tıp pratisyenleri için özlü kılavuz]. World scientific, Singapore.

Pollock, D.A., Rhodes, P., Boyle, C.A., Decoufle, P. & McGee, D.L. (1990). Estimating the Number of Suicides Among Vietnam Veterans. [Vietnam Gazileri arasında intihar sayılarının tahmini]. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 147, No. 6: 772-774.

- Reid, F. & Van Everbroeck, C. (2014). Shell Shock and the Kloppe: war neuroses amongst British and Belgian troops during and after the First World War. [Gülle Şoku ve Kloppe: Birinci Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında İngiliz ve Belçikalı askerler arasında savaş nevrozları] *Medicine, Conflict and Survival*. Vol. 30. No. 4: 252-275. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13623699.2014.963970> adresinden 20 Mayıs 2021 tarihinde edinilmiştir.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Best, C. L., & Kramer, T. L. (1992). Vulnerability-stress factors in development of posttraumatic stress disorder. [Travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde kırılganlık-stres faktörleri]. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(7), 424-430.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. [Temsili bir ulusal kadın örneğinde sivil travma ve travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı]. *Journal of Consultation Clinical Psychology*, 61: 984-991.
- Roscoe, J.T. (1975). *Fundamental research statistics for the behavioral sciences*. [Davranış bilimleri için temel araştırma ve istatistik] (2.Baskı). Hoolt Rinehart and Winston, New York.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Murdock, T., Riggs, D.S. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. [Tecavüz kurbanlarında travma sonrası stres bozukluğunun ileriye dönük bir incelemesi]. *Journal of Traumatic Stress* 5: 455 -475.
- Shalev, A.Y., Bonne, O. & Eth, S. (1996). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Review. [Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi: Bir Gözden Geçirme]. *Psychosomatic Medicine*, 58: 165-182.
- Shephard, B. (2006). *Sinir Savaşı: Askerler ve Psikiyatrlar* (Birinci basım). (D. Şendil, E. Barın Egrik, çev.). İstanbul: Literatür Yayınları.
- Salmon, T.W. (1917). *The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses (Shell Shock) in the British Army*. New York: War Work Committee of the National Committee for Mental Hygiene.

- Scott M.J. & Stradling, S.G. (2006). *Counselling for Post-traumatic Stress Disorder*. [Travma sonrası stres bozukluğu için danışmanlık]. (3'üncü Baskı). Sage Publications, London.
- Shell Blindness. (1915, Nisan 8). [Gülle körlüğü]. The Times.
- Stagner, A.C. (2014). Healing the soldier, restoring the nation: representations of shell shock in the USA during and after the First World War. [Askeri iyileştirmek, ulusu yeniden kurmak: Birinci Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında ABD'de Gülle Şoku'nun temsilleri]. *Journal of Contemporary History*. Vol. 49. No. 2: 255-274.
- Sudetic, C. (1998). *Blood and vengeance: One family's story of the war in Bosnia*. [Kan ve intikam: Bosna'da bir ailenin savaş hikayesi]. New York: Penguin.
- Şimşir, Z. (2017). *Savaş travma sonrası büyüme, değerler ve algılanan sosyal destek arasındaki yordayıcı ilişkiler*. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6'ncı baskı). United States: Pearson Education.
- Tahıllıoğlu, H. A. (2021). *Cinsel istismara uğramış gençlerin sosyodemografik, gelişimsel, ruhsal ve psikososyal farklılıklarının nedensellik açısından değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. [Travma sonrası büyüme: kavramsal sorunlar]. R. G. Tedeschi, C. L. Park, ve L. G. Calhoun (Ed.). Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis. [Travma sonrası büyüme: kriz sonrasındaki olumlu değişimler içinde]. Mahwah, Nj: Lawrence Erlbaum Associates.
- Terzi, Y. (2019). *SPSS ile istatistiksel veri analizi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı sağlık yeteneği yönetmeliği. 2016/9431, Resmi Gazete, 29885 (11/11/2016).
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2022). *Mesleki Yeterlik Kurumu, Ulusal Meslek Standartları*. Ankara: Yazar.

- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek:4, 12-16.
- Ünlü, G.(2014). *Operasyonel görev yapan askeri personelde travma sonrası stres bozukluğu (tssb) sıklığını etkileyen faktörler*. Tıpta uzmanlık tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
- Vernberg, E.M., La Greca, A.M., Silverman, W.K. & Prinstein, M.J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. [Andrew Kasırgası'ndan sonra çocuklarda travma sonrası stres belirtilerinin tahmini]. *Journal of Abnormal Psychology*, 105:237–48.
- Vinck, P., Pham, P. N., Stover, E. & Weinstein, H. M. (2007). Exposure to war crimes and implications for peace building in Northern Uganda. [Kuzey Uganda'da savaş suçlarına maruz kalma ve barış inşası üzerindeki etkileri]. *JAMA*, 298, 543-54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17666675/> adresinden 04 Haziran 2021 tarihinde edinilmiştir.
- Volkan, E. & Hadjimarkou, M. (2019) Undivided trauma in a divided Cyprus: modified emotional stroop study. [Bölünmüş Kıbrıs'ta bölünmemiş travma: modifiye edilmiş duygusal stroop çalışması]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Gelişmiş çevrimiçi yayın. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000527>
- Vojvoda, D., Weine, S. M., McGlashan, T., Becker, D. E., & Southwick, S. M. (2008). Posttraumatic stress disorder symptoms in Bosnian refugees 3 ½ years after resettlement. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45, 421-426.
- Yıldırım, O. & Kumcağız, H. (2022). Psikodinamik yaklaşıma göre insan davranışının incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (40), 103-132.
- Yiğit, S. (2000). *Depremden etkilenme şiddeti ile kronik travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması (17 Ağustos 1999 Marmara Depremi)*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, GATA, İstanbul.
- Weine, S. M., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Laub, D., Lazrove, S. Vojvoda, D., vd. (1995). Psychiatric consequences of “ethnic cleansing”: Clinical assessment and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. [“Etnik temizliğin” psikiyatrik sonuçları:

- Yeni yerleşen Bosnalı mültecilerin klinik değerlendirmesi ve travma tanıklıkları.]. *American Journal of Psychiatry*, 152, 536-542.
- Weine, S. M., Vojvoda, D., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Hodzic, E., Laub, D., vd. (1998). PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. [ABD'ye yeniden yerleştirmeden 1 yıl sonra Bosnalı mültecilerde TSSB belirtileri]. *American Journal of Psychiatry*, 155, 562-564.
- Yaşan, A., Gürgen, F., Özkan, M.& Oto, R. (2008). Diyarbakır kent merkezinde sigara içme durumu ve ilişkili bazı etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:67-74
- Yazgan İnanç, B. & Yerlikaya, E.E. (2015) *Kişilik kuramları*. Pegem akademi, Ankara.
- Yıldırım İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 13: 81-87.

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmektedir. Araştırma FERHAT AVLUKYARI tarafından, Yrd.Doç.Dr. Eliz VOLKAN danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı; hizmet sektöründe çalışan bireylerin algıladıkları sosyal desteğin, depresyon ve TSSBAÖ (Travma Sonrası Stres Bozukluğu Alt Ölçeği) puanlarıyla ilişkili olup olmadığı incelenmektedir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz ve size en uygun gelen cevapları verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu araştırmada elde edilecek bilgiler, size sunulan formlar sayesinde değerlendirilecek ve sizden anket formlarında adınız ve soyadınız istenmeyecektir. Bu formu okuyup onaylamanız araştırmayı kabul ettiğiniz ve araştırmaya katılmak istediğiniz anlamına gelecektir. Anket, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek ifadeler içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz anketi doldurmayı yarıda bırakabilirsiniz.

Sizden beklenen soruları kendinize en uygun gelen şıkkı seçerek işaretlemeniz ve bittikten sonra bütün formları araştırmacıya teslim etmenizdir. Bu çalışmadan elde edilebilecek bilgiler sadece tez kapsamındaki bilimsel çalışmada kullanılacaktır. Araştırma hakkında detaylı bilgiye ihtiyaç duyarsanız pskferhatavlukyari@gmail.com adresinden bilgi alabilirsiniz.

“Yukarıda verilen bilgileri okudum. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü bilgilendirmeleri aldım. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.”

EK-2

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

“Hizmet Sektöründe Çalışan Bireylerin Algıladıkları Sosyal Desteğin, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile İlişkisinin İncelenmesi” başlığı altında yürütülen bu çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim. Araştırmanın amaçları ve hedeflerini açıklamayı amaçlayan aşağıdaki bilgileri okumak için birkaç dakikanızı ayırınız. Bu araştırma eğitim, sağlık, güvenlik/adalet ve sosyal hizmet alanlarında çalışan kişilerin depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu puanlarının algılanan sosyal destek gibi hangi faktörlerle ilişkili olduğunu incelemektedir. Çalışmaya katılan kişilerde depresyon, travma sonrası stres bozukluğu seviyelerinin incelenmesinin ardından katılımcılara ne gibi destekler verilebileceği konusunda fikir sahibi olunacağı düşünülmektedir. Size dağıtılan ölçeklerden elde edilen bilgiler sadece bilimsel araştırma ve yazılarda kullanılacaktır. Çalışmada genel sonuçlar çıktığında bireysel sonuçlar hakkında bilgi verilmemektedir. Çalışmanın genel sonuçlarını öğrenmek ya da araştırma hakkında ayrıntılı bilgi almak için Psikolog Ferhat AVLUKYARI’ ya pskferhatavlukyari@gmail.com adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırmaya katıldığınız için çok teşekkür ederim.

Saygılarımla,

FERHAT AVLUKYARI

EK-3

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1-Yaş:

2-Cinsiyet:

3-Eğitim Durumu:

4-Medeni Hal:

5-Mesleki Sektör:

Eğitim, Sağlık, Güvenlik/Adalet, Sosyal Hizmet, Diğer

6-Profesyonel Mesleğinizde Kaçınıcı Yılıınızdasınız?

7-Ne kadar sıklıkla yıllık izin kullanıyorsunuz?

a)Yaklaşık 3 ayda bir

b)Yaklaşık 6 ayda bir

c)Yaklaşık 9ayda bir

d)12 ay ve üzerinde bir

8-Ayda kaç gün işinizle ilgili nöbet tutuyorsunuz?

10-Herhangi bir Psikiyatri doktorundan tanı aldınız mı?

Evet/Hayır

Evet ise tanıyı yazınız....

11-Kronik veya akut bir rahatsızlığınız var mı? Bundan ötürü bir ilaç kullanıyor musunuz?

Evet/Hayır

Evet ise yazınız

12-Sigara veya alkol kullanıyor musunuz, evet ise sıklığını belirtiniz.

Evet/Hayır

Evet ise sıklığını yazınız:

Sigara:

Alkol:

13-Günlük toplam kaç saat istirahat edersiniz?

14- Aile veya yakın arkadaşlarınızla görüşme sıklığınız nedir?

Telefon ile görüşme sıklığı: gün saat hafta

Yüzyüze görüşme sıklığı:

15- Yaptığınız işin doğasından ötürü ölüm riskiyle karşılaştığınız oldu mu ? Evet ise kaç kez olduğunu belirtiniz.

Evet/Hayır

Evet ise kaç kez:.....

16- Yaptığınız işin doğasından ötürü iş arkadaşlarınızdan birinin ölümüne/yaralanmasına şahit oldunuz veya duydunuz mu?

Evet/Hayır

Evet ise kaç kez:.....

17- Yaptığınız işte iş arkadaşlarınız dışında birilerinin (iş arkadaşı olmayan birisi, hayvan vb.) ölümüne/yaralanmasına şahit oldunuz mu?

Evet/Hayır

Evet ise kaç kez:.....

TRAVMA SONRASI STRES TANI ÖLÇEĞİ

1. Bölüm

Birçok kişi, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay yaşamış ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, kendi başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz olayları yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Birden fazla olay işaretleyebilirsiniz.

(1)	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)	☐
(2)	Doğal afet (örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem)	☐
(3)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel saldırıya maruz kalmak (örneğin, dövülme, saldırıya uğrayıp soyulma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	☐
(4)	Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak (örneğin, kapkaç, gasp, saldırıya uğrayıp soyulma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	☐
(5)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, fiziksel temas içeren taciz, tecavüze teşebbüs ya da tecavüz)	☐
(6)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalmak (örneğin, fiziksel temas içeren taciz, tecavüze teşebbüs ya da tecavüz)	☐
(7)	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	☐
(8)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas)	☐
(9)	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma)	☐
(10)	İşkenceye maruz kalma	☐
(11)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	☐
(12)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	☐
(13)	Bunların dışında bir travmatik olay	☐
(14)	13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı kısaca anlatınız: 	

**YUKARIDAKİ OLAYLARDAN HERHANGİ BİRİNİ İŞARETLEDİYSENİZ,
SORULARI YANITLAMAYA DEVAM EDİN.**

HİÇBİR MADDEYİ İŞARETLEMEDİYSENİZ, “BECK DEPRESYON
ENVANTERİ” ÖLÇEĞİNE GEÇEREK DEVAM EDİNİZ.

2. Bölüm

- (15) 1. Bölümde **birden fazla** olay işaretlediyseniz, aşağıda bu olaylardan ***size en çok acı veren veya sizi en fazla rahatsız eden*** olayın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1.Bölümde **sadece bir** olayı işaretlediyseniz, aşağıda da aynı olayı tekrar işaretleyiniz.

(a)	Kaza (araba ya da iş kazası gibi)	☐
(b)	Doğal afet	☐
(c)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel saldırıya maruz kalma	☐
(d)	Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	☐
(e)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	☐
(f)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	☐
(g)	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	☐
(h)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	☐
(i)	Hapsedilme	☐
(j)	İşkenceye maruz kalma	☐
(k)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	☐
(l)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	☐
(m)	Bunların dışında bir olay	☐
(n)	Aşağıda boş bırakılan yerde <u>yukarıda işaretlemiş olduğunuz</u> travmatik olayı kısaca anlatınız. 	

Lütfen bundan sonraki tüm sorulara, yukarıda işaretleyip **ANLATTIĞINIZ OLAYI** düşünerek cevap veriniz.

- (16) Bu travmatik olay **ne kadar zaman önce** meydana geldi? (**YALNIZCA BİR TANESİNİ** işaretleyiniz)

(a)	1 aydan daha az	☐
(b)	1-3 ay arası	☐
(c)	3-6 ay arası	☐
(d)	6 ay – 3 yıl arası	☐
(e)	3-5 yıl arası	☐
(f)	5 yıldan daha fazla	☐

Aşağıdaki sorularda, **Evet** için ‘E’ harfini **Hayır** için ‘H’ harfini daire içine alınız.

Bu travmatik olay sırasında:

(17)	Fiziksel bir yara aldınız mı?	E	H
(18)	Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?	E	H
(19)	Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(20)	Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(21)	Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	E	H
(22)	Büyük bir korku veya dehşet duygusu yaşadınız mı?	E	H

3. Bölüm

Aşağıda travmatik bir olayın ardından insanların yaşayabileceği bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyunuz ve GEÇTİĞİMİZ AY İÇİNDE bu sorunun *sizi ne sıklıkta* rahatsız ettiğini en iyi gösteren sayıyı (0, 1, 2 ya da 3) daire içine alınız. Aşağıda belirtilen olayla ilgili her sıkıntıyı 15. maddede işaretlediğiniz ve anlattığınız travmatik olay açısından değerlendiriniz.

Örneğin, söz ettiğiniz olay geçtiğimiz ay içinde aşağıda verilen sıkıntılar açısından sizi yalnızca bir kez rahatsız ettiyse, 0’ı; haftada bir kez rahatsız ettiyse, 1’i işaretleyin.

- 0 Hiç ya da yalnızca bir kez
- 1 Haftada 1 ya da daha az/kısa bir süre
- 2 Haftada 2 – 4 kez / yarım gün
- 3 Haftada 5 ya da daha fazla / neredeyse bütün gün

(23)	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da hayallerin gelmesi	0	1	2	3
(24)	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	0	1	2	3
(25)	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3
(26)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3
(27)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	0	1	2	3
(28)	Bu travmatik olayı düşünmemeye, olay hakkında konuşmamaya ya da olayın yarattığı duyguları hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
(29)	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
(30)	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
(31)	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3

(32)	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
(33)	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk, taşlaşmış gibi hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	0	1	2	3
(34)	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	0	1	2	3
(35)	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
(36)	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
(37)	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	0	1	2	3
(38)	Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma,vb.)	0	1	2	3
(39)	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde, ani ve yüksek sesler duyduğunuzda)	0	1	2	3
(40)	Yukarıda belirttiğiniz sorunları kaç aydır yaşıyorsunuz? (<u>YALNIZCA BİR TANESİNİ</u> işaretleyiniz.) ☐ Bir aydan daha az ☐ 1-3 ay arası ☐ 3 aydan daha fazla				
(41)	Bu sorunlar söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladı?(<u>BİR TANESİNİ</u> işaretleyiniz.) ☐ 6 aydan daha az ☐ 6 ay ya da daha fazla				

4. Bölüm

Yukarıda (3. Bölüm’de) işaretlediğiniz sorunların **GEÇTİĞİMİZ AY SÜRESİNCE** aşağıda belirtilen alanlarda sizi engelleyip engellemediğini, **Evet** için ‘E’ harfini, **Hayır** için ‘H’ harfini daire içine alarak belirtiniz.

(42)	İş hayatı	E	H
(43)	Evin günlük işleri	E	H
(44)	Arkadaşlarınızla ilişkiler	E	H
(45)	Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler	E	H
(46)	Okulla ilgili işler	E	H
(47)	Ailenizle ilişkiler	E	H
(48)	Cinsel yaşam	E	H
(49)	Genel anlamda hayattan memnuniyet	E	H
(50)	Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi	E	H

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.

- 8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskişine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 18- 0.** İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-6**ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ
GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU**

Aşağıda bir grup listelenmiş ifade yer almaktadır. Her bir ifadede size en uygun olan seçeneği verilen ölçeğe göre işaretleyiniz.

	Kesinlikle Hayır (1)	2	3	4	5	6	Kesinlikle Evet (7)
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvенеbilirim.							

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK-7

BİLGİLENDİRME

Katıldığınız anket herhangi bir risk öngörmemektedir. Yalnız ihtiyaç halinde araştırmacıya ulaşabileceğiniz gibi UKÜ PDAREM ve Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne aşağıdaki adreslerden başvurabilirsiniz,

Uzman Psikolog Çise Haşımoğulları Tel: +90 392 671 1111 Dahili: 2030 E-posta: cakun@ciu.edu.tr

Uzman Psikolog Huriye Korusan Tel: +90 392 671 1111 Dahili: 2086 E-posta: hkorusan@ciu.edu.tr

Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Tel:+ 90 392 228 5441

Etik konular hakkındaki sorularınız için UKÜ Etik Kurulu'ndan bilgi alabilirsiniz. E-posta: info@ciu.edu.tr

Araştırmaya katılımınız için teşekkür ederim.

Ferhat AVLUKYARI

Psikolog

pskferhatavlukyari@gmail.com