



**KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİ YAŞAYAN ERGENLERİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN TRAVMA SONRASI
STRES VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Şüheyda KAPLAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN

Yüksek Lisans Tezi - 2024

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİ YAŞAYAN ERGENLERİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN TRAVMA SONRASI STRES VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Şüheyda KAPLAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN

Tez Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN
Doç. Dr. Ulviye GÜNAY
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin DÜKEN

MALATYA
2024

KABUL ONAY SAYFASI



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYAN

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Kahramanmaraş Depremi Yaşayan Ergenlerin Algıladıkları Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres ve Depresyon Düzeylerine Etkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 18/11/ 2024

Şüheyda KAPLAN

İTHAF

“Tezimi, hayatta olsaydı bana büyük bir sevgi ve destek vereceğine inandığım babam Ali KAPLAN’a ithaf ediyorum”.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ix
ABSTRACT	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Afet	4
2.2. Deprem	5
2.1.1. Deprem ve Çocuk Sağlığı	5
2.3. Travma sonrası Stres Bozukluğu	7
2.3.1. Tanım ve Tanı Kriterleri	7
2.3.2. Epidemiyoloji	8
2.3.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji	9
2.3.4. Klinik Belirtiler	10
2.4. Depresyon	11
2.4.1. Tanım ve Tanı Kriterleri	11
2.4.2. Epidemiyoloji	12
2.4.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji	12
2.4.4. Klinik Belirtiler	14
2.5. Sosyal Destek	14
2.5.1. Tanım ve İşlevleri	14
2.5.2. Sosyal Destek Modelleri	15
2.5.3. Sosyal Destek Türleri	16
2.5.4. Sosyal Destek Kaynakları	16
3. MATERYAL VE METOT	18
3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	18
3.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	18

3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	19
3.4.2. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği	19
3.4.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	19
3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	19
3.5. Verilerin Toplanması	20
3.6. Araştırmanın Akış Şeması	20
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.7.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni	20
3.7.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni	20
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	20
3.9. İstatistiksel Yöntem	21
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	35
KAYNAKLAR	36
EKLER	51
EK-1. Özgeçmiş	51
EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu	52
EK-3. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği	53
EK-4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	55
EK-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	59
EK-6. Etik Kurul Onayı	60
EK-7. Kurum İzni	61
EK-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	62

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin her aşamasında bilgi birikimi, rehberliği ve sabrı ile bana yol gösteren, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum ve daima örnek aldığım değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN’a,

Çalışmamın başarılı bir şekilde tamamlanmasına katkı sağlayan, önerileri ve yapıcı yorumlarıyla yanımda olan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Ulviye GÜNAY ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin DÜKEN’e,

Eğitim-öğretim hayatım boyunca karşılaştığım, üzerimde katkısı ve emeği olan tüm hocalarıma,

Kardeşleri olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim ve hayatımın her anında yanımda olan ablalarım Zeynep, Tuğba, Rümeysa ve abim Güngör’e,

Gülüşleri ve neşeleriyle hayatıma renk katan biricik yeğenlerim Gizem, Elif, Ali İmran, Meryem ve Ali Aras’a,

Burada adlarını anamadığım, ancak manevi desteklerini unutamayacağım tüm arkadaşlarıma,

İçinde bulundukları zorlu koşullara rağmen çalışmama katılmayı kabul eden tüm depremzede çocuklara gönülden teşekkür ederim.

Ve en büyük teşekkürüm; sevgi ve desteğini esirgemedi bugünlere gelmem için büyük fedakarlıklar gösteren, hakkını asla ödeyemeyeceğim annem Ayşe KAPLAN’a, tüm kalbimle minnettarım.

Ayrıca 6 Şubat Kahramanmaraş merkezli depremlerde, başta değerli arkadaşım Seyhan TURHAN olmak üzere, hayatını kaybeden tüm vatandaşlarımıza Allah’tan rahmet diliyor, depremden etkilenen herkese geçmiş olsun dileklerimi iletiyorum. Bir daha böyle büyük bir felaketin yaşanmaması temennisiyle...

Şüheyda KAPLAN

ÖZET

Kahramanmaraş Depremini Yaşayan Ergenlerin Algıladıkları Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres ve Depresyon Düzeylerine Etkisi

Amaç: Araştırma, Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin, algıladıkları sosyal desteğin, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılan bu çalışma, Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşamış 12-18 yaş arasındaki 525 ergenle gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, Çocuk Bilgi Formu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde sayı, yüzdelik dağılım, ortalama, standart sapma, bağımsız örneklem t testi, Levene testi, Bonferroni, Tamhane's T2 testleri ile tek yönlü ANOVA, Pearson korelasyon analizi ve Path analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Cinsiyet, ekonomik durum travma sonrası stres düzeyini, deprem nedenli bir yakınıni kaybetme durumu travma sonrası stres ve depresyon düzeyini etkileyen faktörlerdir. Katılımcıların %33.5'inde ağır, %29.9'unda orta düzeyde travma sonrası stres yaşandığı, %47.2'sinde depresyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeğinin çocuk depresyon ölçeği üzerindeki etkisinde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin ($\beta:0.07$, $p:0.003$) aracı rol üstlendiği tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu araştırma deprem sonrası ergenlerde travma sonrası stres ve depresyon semptomların varlığını ortaya koymuştur. Ayrıca algılanan sosyal desteğin deprem sonrasında görülen travma sonrası stres ve depresyon ile başa çıkmada önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar hem politika hem de sağlık profesyonelleri için, deprem sonrası müdahalenin geliştirilmesi açısından değerli bilgiler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Deprem, Depresyon, Ergen, Sosyal destek, Travma sonrası stres bozukluğu.

ABSTRACT

The Effect of Perceived Social Support of Adolescents Experiencing Kahramanmaraş Earthquake on Post Traumatic Stress and Depression Levels

Aim: The study was conducted to examine the effect of perceived social support on post-traumatic stress disorder and depression in adolescents who experienced the earthquakes centred on Kahramanmaraş.

Material and Method: This descriptive and correlational study was conducted on 525 adolescents aged 12-18 years who experienced the earthquakes centred in Kahramanmaraş. Child Information Form, Multidimensional Perceived Social Support Scale, Posttraumatic Stress Reaction Scale for Children and Depression Scale for Children were used to collect the data. Number, percentage distribution, mean, standard deviation, independent samples t-test, Levene's test, Bonferroni's test, Tamhane's T2 test, one-way ANOVA, Pearson correlation analysis and path analysis methods were used to analyse the data obtained.

Results: Gender, economic status, level of post-traumatic stress and loss of a relative due to the earthquake were the factors that influenced the level of post-traumatic stress and depression. It was found that 33.5% of the participants had severe posttraumatic stress, 29.9% had moderate posttraumatic stress and 47.2% had depression. It was also found that the multidimensional perceived social support scale ($\beta:0.07$, $p:0.003$) played a mediating role in the effect of the child posttraumatic stress reaction scale on the child depression scale.

Conclusion: This study revealed the presence of post-traumatic stress and depression symptoms in adolescents after the earthquake. It was also concluded that perceived social support plays an important role in coping with posttraumatic stress and depression after the earthquake. These findings provide valuable information for policy makers and health professionals to improve post-earthquake interventions.

Keywords: Adolescent, Depression, Earthquake, Social support, Post-traumatic stress disorder.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ÇİDÖ	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇİTSSTÖ	: Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal
NE	: Nörepinefrin
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
vb.	: ve benzeri



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 4.1. Path (Yol) Modeli..... 29



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Kahramanmaraş merkezli depremi yaşayan ergenlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	22
Tablo 4.2. Kahra*manmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin depremlere dair bilgilerinin dağılımı	23
Tablo 4.3. Kahramanmaraş merkezli depremi yaşayan ergenlerin çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği, çocuklar için depresyon ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutları puan ortalaması	24
Tablo 4.4. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçek puanının demografik özelliklerine göre incelenmesi	25
Tablo 4.5. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin çocuklar için depresyon ölçek puanının demografik özelliklerine göre incelenmesi	26
Tablo 4.6. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek ve alt boyut puanlarının demografik özelliklerine göre incelenmesi	27
Tablo 4.7. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin sosyodemografik özellikleri ile çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği, çocuklar için depresyon ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkiler	28
Tablo 4.8. Çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği, çocuklar için depresyon ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkiler	28
Tablo 4.9. Araştırmada kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı	30

1. GİRİŞ

Afetler, toplumun başa çıkma kapasitesini aşan, ne zaman ve nerede meydana geleceği önceden bilinemeyen, fiziksel, sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel etkilere yol açan olaylardır. Doğaları ve sonuçları nedeniyle canlılarda yaralanmalara ve ölümlere neden olabilir (1). Deprem, tsunami, kasırga, sel, heyelan, volkanik patlama ve kuraklık gibi çeşitli doğa olayları farklı afet türlerini oluşturur. En büyük doğal afetlerden biri olan depremler, Dünya'nın kabuğundaki fay adı verilen kırıklarda biriken enerjinin ani şekilde serbest kalmasıyla meydana gelen karmaşık elastik dalga hareketleri olarak tanımlanır (2). Deprem yer kabuğundaki sarsılmaların ötesinde, maddi hasar, beşerî etkiler, toplumsal değişimler, psikolojik travmalar ve sağlık sorunları gibi birçok boyutu kapsayan bir süreçtir (3).

Deprem gibi doğal afetler, hayatta kalanların ruh sağlığında uzun vadeli bozulmalara yol açabilir. Çoğu insan afet sonrası bir yıl içinde ruhsal rahatsızlıklarını atlatabilse de, bazı bireylerde bu rahatsızlıklar birkaç yıl sürebilir (4). Afetlerin yol açtığı hasar ve kayıplar, bu afetlerin psikolojik etkileriyle yakından ilişkilidir. Doğal afetlere maruz kalan bireyler, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete ya da diğer ruhsal hastalıkları yaşama riski taşırlar (5). Afet durumlarında, olumsuz duygular genellikle risklere ve tehditlere karşı temel bir tepkiyi oluşturur. Bu tepkiler hem yaşadıkları hasarın büyüklüğüne hem de kişisel özelliklere bağlı olarak değişebilir. Her yaş grubunun afetlere farklı tepkileri olmakla birlikte çocukların ve ergenlerin tepkileri genellikle daha alışılmadık olduğundan, bu yaş grubuna özel bir dikkat gösterilmelidir (6). Sosyal ve ekonomik olarak ailesine bağımlı olan ergenler, yaşamlarının çatışmalı dönemleri nedeniyle doğal afetlerden sonra psikolojik bozukluklar açısından özellikle risk altındadır (7). Depremler, olumsuz dünya görüşlerine ve duygusal tepkilere yol açarak, depresif semptomların depremden kurtulan ergenlerde diğer gruplara kıyasla daha yaygın hale gelmesine neden olabilir (8, 9). Afetlerin ardından çocuklar ve ergenlerde sıklıkla TSSB, depresyon ve anksiyete gibi rahatsızlıklar görülür. Bunun yanı sıra, akut stres bozukluğu, uyum bozukluğu, panik bozukluğu, obsesif semptomlar gibi ruh sağlığı sorunları da ortaya çıkabilir (10). 2003 Bingöl depremi sonrası 243 çocuk ve ergenle yapılan bir çalışmada travma düzeyi %92 oranında bildirilmiş ve yaş azaldıkça travma düzeyinin arttığı görülmüştür (11). Wenchuan depremini yaşayan 373 çocuk ve ergenin katıldığı çalışma sonucunda TSSB ve depresyon düzeyleri sırasıyla %29.6 ve %44.8 olarak bulunmuştur (12). Depremlerin uzun vadeli psikolojik etkileri, genellikle

yaralanma ve ölüm oranları, ev yıkımları ve sosyal hizmetlerin yetersiz desteği nedeniyle daha da kötüleşebilir. Bu durum, depremde kurtulan bireylerin zihinsel gerginlik ve travmayla başa çıkma yöntemlerini anlamının önemini vurgular (13). Ya'an depremi sonrası çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada TSSB ve depresyon düzeyleri sırasıyla %43.9 ve %20.9 olarak bulunmuştur. Ebeveynlerle kavga etme veya ihmal edilmiş hissetme ile ailesinden birini kaybedenlerin TSSB düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (14). Aile ilişkileri ergenlerin travma sonrası uyumunu etkilemektedir. Yani ebeveynlerin, yaşamı tehdit eden durumlarda çocukları korumada önemli bir rolü vardır (8). Destekleyici bir ortam, stres altındaki bireyler için rahatlık, güvence ve yardım sağlayan güvenli bir liman işlevi görebilir. Sosyal destek, insanların sıkıntıyla başa çıkmasında ve olumlu değişiklikler yapmasında önemli bir kaynaktır (15). Bireylerin sosyal ağları, stresin olumsuz etkileriyle başa çıkabilmeleri için gerekli fiziksel ve psikolojik kaynakları sağlayarak yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemektedir (16). Deprem sonrasında bireylerde görülen stres, depresyon ve anksiyete gibi sorunlar için zamanında uygun müdahaleler olmazsa uzun vadede TSSB gibi kalıcı etkiler ortaya çıkmaktadır (17). Sosyal destek yalnızca bu riskleri azaltmakla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda diğer zihinsel semptomların veya bozukluklarının gelişimine karşı koruyucu bir rol oynamaktadır. Çalışmalar, güçlü bir sosyal destek ağının, stresin birey üzerindeki kötüleştirici etkisini azaltarak zihinsel sağlık sorunlarının gelişimine karşı koruma sağladığını ortaya koymuştur (18-20). Marmara depremi sonrası bölgeden ayrılan 215 çocuk ve ergen ile yapılan bir çalışmada TSSB düzeyi %21.9 olarak bildirilmiştir. Çalışma sonucunda azalan sosyal desteğin travma düzeyini artırdığı görülmüştür (21).

Türkiye, dünyanın en aktif fay hatlarının birinin üzerinde bulunur ve bu fay hattı kısa aralıklarla tekrarlanan depremler üretir. Son yıllarda bu aktif faylar birçok önemli ve yıkıcı deprem meydana getirmiş, geniş çaplı can kayıplarına ve altyapıda büyük hasarlara yol açmıştır (22). 6 Şubat 2023'te Türkiye'de 9 saat arayla merkezi Kahramanmaraş olan iki büyük deprem gerçekleşmiş ve bu depremler ciddi bir insani krize neden olmuştur (23). Ülkede en büyük can ve mal kaybına neden olan felaketler olarak kayıtlara geçen bu depremler, ülke yüzölçümünün %14'ünü doğrudan etkilemiş ve bu büyük felaket sonucunda 50 binden fazla can kaybı yaşanmıştır (24).

Kahramanmaraş merkezli depremler, depremi yaşayan tüm yaş gruplarını psikolojik olarak derinden etkilemiştir. Bu denli büyük felaketlerin, devam eden gelişimleri nedeniyle daha hassas bir grup olan ergenler üzerindeki etkisinin anlaşılması, etkili ve zamanında müdahale edilebilmesi için büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmada

Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin algıladıkları sosyal desteğin TSSB ve depresyon düzeyine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma verileri depremin ardından 6 ay sonra elde edilen ilk dönem sonuçlarını sunmaktadır.

Araştırmanın Soruları:

1. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin travma sonrası stres düzeyi nedir?
2. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin depresyon düzeyi nedir?
3. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyi nedir?
4. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin algıladıkları sosyal destek ile travma sonrası stres düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
5. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
6. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin algıladıkları sosyal destek ile travma sonrası stres ve depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Afet

Toplumun geneli ya da belirli gruplarında fiziksel, sosyal ve ekonomik zararlar oluşturan günlük yaşamı ve bireylerin faaliyetlerini engelleyen ya da aksatan, zarar gören toplumun baş etme yeteneğinin yetersiz kaldığı doğa, insan veya teknoloji kaynaklı olaylar afet olarak tanımlanır (25). Afet Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi'nin 2023 yılı raporunda, dünya çapında 399 doğal afet meydana geldiği ve bu olayların, 86.473 ölüme neden olduğu, 93.1 milyon kişiyi olumsuz etkilediği, ekonomik hasarın 223 milyar dolar değerinde olduğu kaydedilmiştir (26). Afetler insanları, teknolojik, fiziksel, finansal, psikolojik ve sağlık açısından büyük ölçüde olumsuz etkiler ve küresel altyapıyı tehlikeye atar (27). Afetlerin yol açtığı korku, kişinin kontrol duygusunu zayıflatır ve hem kendine hem de çevresine olan güven duygusunu sarsar (28). Afetler tıbbi, sosyal ve ekonomik alanlarda çeşitli zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçlarına neden olmakla birlikte çevresel bozulma, kamu veya özel mülklerin tahribatına yol açarak yaşam kalitesinin sürdürülmesini zorlaştırmaktadır (29, 30). Yapılan bir meta-analiz araştırma sonucunda afetlerin en zararlı sonuçlarından birinin fiziksel yıkım olduğu belirtilmektedir. İşyerlerinin ve konutların hasar görmesi veya yıkılması, can kaybı ve yaralanmalar da fiziksel kayıplar arasında yer almaktadır. Konut, sağlık, eğitim ve endüstriyel hizmetlerde meydana gelen zararlar, fiziksel kayıplara yol açmanın yanı sıra, mevcut toplumsal sorunları daha da kötüleştirmekte ve yeni toplumsal sorunlar yaratabilmektedir (31).

Depremler, seller, fırtınalar, orman yangınları, volkanik patlamalar ve heyelanlar, dünyanın doğal yapısını binlerce yıl boyunca şekillendiren süreçlerdir. Bu doğal olaylar, insan yapımı yerleşim yerleri, tarım alanları ve altyapılarla etkileşime girerek çeşitli doğal afetlere yol açabilir (32). Küresel çapta meydana gelen doğal afetler incelendiğinde, 31 farklı türde doğal afetin 28'inin meteorolojik olaylar tarafından oluşturulduğu gözlemlenmektedir. Afetler oluşum nedenine bağlı olarak doğal, teknolojik ve insan kaynaklı olmak üzere üç başlık altında değerlendirilmektedir. Doğal afetler jeofizik, hidro-meteorolojik, klimatolojik, biyolojik, teknolojik ve sosyal fenomenler sonucu ortaya çıkarlar. Depremler, kütle hareketleriyle açıklanan jeolojik afetler grubuna girmektedir (25, 33).

2.2. Deprem

Deprem, önceden tahmin edilemeyen ve herhangi bir uyarı vermeden meydana gelen kaçınılmaz afetlerdir (34, 35). Deprem, etkilediği bölgelerde fiziksel ve maddi hasarın yanı sıra tüm yaş gruplarında çeşitli psikolojik rahatsızlıklara yol açtığı bilinmektedir. Gelişim sürecinde olmaları ve stres faktörlerine duyarlılıkları nedeniyle, özellikle ergenler ve genç yetişkinler risk altındadır. Bu tür travmatik olaylar, bireylerin maddi olanakları, yaşam koşulları ve kişilik özellikleri gibi en değerli kaynaklarını etkileyerek ve bu yoksunlukla başa çıkma yeteneklerini sınırlayarak hızlı bir tükenmeye ve buna bağlı olarak yüksek düzeyde strese yol açar (36).

Türkiye’de 6 Şubat 2023’te, 9 saatlik bir aralıkla Pazarcık ve Elbistan merkezli olan, sırasıyla 7.8 ve 7.5 büyüklüğünde iki büyük deprem meydana gelmiştir (37-39). 108.812 km²’lik bir bölgede etkili olan ve Türkiye’nin yanı sıra Suriye, Kıbrıs, Lübnan, Ürdün, Mısır, İran ve Irak gibi geniş bir coğrafyada hissedilen bu depremler, Türkiye tarihindeki en yıkıcı deprem olarak kaydedilmiştir (39, 40). Yaşanan bu olay ülke nüfusunun yaklaşık altıda birini oluşturan 14 milyondan fazla insanın yaşadığı 11 şehri etkilemiştir (41). Depremlerden sonra üç aylık süre içinde bölgede 33.591 artçı sarsıntı meydana gelmiştir. Resmi verilere göre, bu depremler sonucu 50.783 kişi yaşamını yitirirken, 115.353 kişi ise yaralanmıştır. Ayrıca, 37.984 binanın yıkıldığı bildirilmiştir (42). Kahramanmaraş merkezli depremler dünya çapında en ölümcül doğal afetlerden biri olarak tarihe geçmiştir (37). Geçtiğimiz yirmi yılda doğal afetler milyonlarca kişinin ölümüne yol açmış ve yüz milyonlarca insanın fiziksel ve zihinsel sağlıklarını önemli ölçüde etkilemiştir (43, 44). Bu tür felaketler, fiziksel etkilerinin yanı sıra insan ruh sağlığını da olumsuz etkileyerek duygusal problemlere neden olmuştur (40, 45, 46). Depremler; anksiyete, depresyon, TSSB, kaçınma, aşırı uyarılma vb. semptomlarla birlikte uyku bozuklukları ve madde bağımlılığı dahil olmak üzere psikolojik rahatsızlıkların oluşumunu arttırmaktadır (47-49) .

2.1.1. Deprem ve Çocuk Sağlığı

Büyük bir depremin insanların psikolojik işleyişi üzerinde potansiyel olarak ciddi oranda travmatik etkisi vardır. Özellikle çocuklar afetlerden en çok etkilenen gruptur, çünkü felaketlerin travmatik sonuçlarına karşı oldukça savunmasızdırlar (50, 51). Ayrıca çocukların güçsüz ve kırılgan yapıda olmaları afetlerden etkilenme oranını artıran diğer bir faktördür (52). Dünya genelinde, her yıl milyonlarca çocuk ve genç doğal afetlerden

etkilenmektedir (53). Çocuklar ve ergenler; travmatik olaylar sonrasında başa çıkacak deneyim, beceri ve kaynaklardan yoksun oldukları için kısa ve uzun vadeli ruhsal sağlık sorunları yaşama konusunda yetişkinlere göre daha fazla risk altındadır. Bu yaş grubundaki bireyler, travmayı bağımsız olarak değerlendirme ve etkilerini yönetme konusunda genellikle yeterli olgunluğa sahip olmayabilirler (54, 55). Çocuklar ve ergenler deprem gibi büyük felaketler sonrasında fiziksel olarak yaralanabilirler. Yaralanan çocuklar, fiziksel olarak tam anlamıyla iyileşmeyebilir veya iyileşseler bile uzun süre psikolojik etkilerden kurtulamayabilirler (56). Afetlerden kurtulan çocuk ve ergenler, aile bireyleri ve yaşadıkları yerden ayrılma, düzen ve fırsatların değişmesi, sevdikleri ya da yakın oldukları bireyleri kaybetme, yetersiz yerleşim, eğitim durumunun aksaması gibi zorluklarla karşılaşabilirler. Bu durum umutlu bir gelecek duygusunu sarsarak karamsarlık ve umutsuzluğa neden olabilmektedir (57-59). Büyük bir deprem, kalıcı ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir ve bu durum sürekli destek ve tedavi gerektirebilir (60).

Afetlerden sonraki erken psikolojik belirtiler, anormal bir olay karşısında normal tepkiler olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle, bu tür travmalar sonrasında yoğun olumsuz duygular beklenmedik bir durum değildir (61). Olumsuz psikolojik etkiler, felaketin şiddetine, süresine ve yaşanan kişisel kayıplara bağlı olarak değişkenlik gösterebilir (62). Ayrıca yaş, cinsiyet, ailenin tepkisi, aile içi ilişkiler, günlük yaşantı, ekonomik koşullar, ayrılık, kayıp derecesi, sosyal destek, daha önceki yaşantılar, depremin dolaylı etkileri vb. çocukların depremden etkilenme derecesini belirleyen faktörlerdendir (63). Daha önce yapılan araştırmalar, felaketlerin ergenleri, çocukları ve yetişkinleri farklı şekillerde etkilediğini ortaya koymuştur. Çocukların yaşadıkları olaylara verdikleri tepkiler yaş ve gelişimsel dönem özellikleri tarafından belirlenmektedir (11, 64). Travmatik yaşantının uzun vadeli sonuçlarını kavrayacak zihinsel olgunluğa erişmiş ergenler ise felaket sırasında ve sonrasında başa çıkma mekanizması olarak yaşadıkları kaygıdan kaçmak amacıyla kendine zarar verme veya riskli davranışlara yönelebilirler. Okuldan kaçma, saldırganlık, madde kullanımı, çalma, yağmalama, antisosyal davranışlar, vandalizm ve erken cinsel deneyimler gibi davranışların artış gösterdiği görülmektedir (11, 65).

2.3. Travma sonrası Stres Bozukluğu

2.3.1. Tanım ve Tanı Kriterleri

Ruh biliminde “sarsıntı” olarak açıklanan travma sözcüğü, tıp biliminde “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme” şeklinde tanımlanmaktadır (66). TSSB, hayatı tehdit eden olaylarla karşılaşan bireyler arasında görülen ciddi sıkıntı ve azalmış işlevsellikle ilişkili yaygın nöropsikiyatrik bozukluktur (67, 68). TSSB, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına, sosyal ve eğitimsel süreçlerinin bozulmasına neden olur (69, 70).

TSSB deprem ve afetlerden sonra en çok araştırılan ruhsal bozukluklardandır. Felaketten sonra ortaya çıkan psikolojik sorunlar, felaketten önce, felaket sırasında ve felaketten sonra meydana gelen faktörlerden etkilenir ve insanlar yalnızca kişisel faktörlerden değil aynı zamanda sosyal ve kültürel faktörlerden de etkilenir (71). Özellikle ergenler ve genç yetişkinler, gelişimsel süreçleri ve stres faktörlerine duyarlılıkları nedeniyle bu tür olaylardan daha fazla etkilenebilirler. Doğal afetlerin bireyler üzerindeki psikolojik etkilerini araştırmak ve ergenler ile genç yetişkinler üzerindeki özel etkilerini anlamak için birçok çalışma yürütülmüştür. Araştırmalar, deprem gibi travmatik olaylara maruz kalmanın TSSB semptomları da dahil olmak üzere bir dizi olumsuz psikolojik sonuca neden olabileceğini göstermektedir (36). TSSB diğer psikiyatrik bozukluklardan, belirgin bir tetikleyici olayı izlemesi ve net bir başlangıç noktasına sahip olması ile ayrışır. Erken TSSB semptomları travmaya maruz kaldıktan sonraki birkaç gün içinde gelişir (72, 73). Çocuklarda bir travmanın ardından TSSB belirtilerinin görülmesi travmanın şiddeti kadar kişilerin bireysel, ailesel, bağlamsal vb. objektif faktörleriyle de bağlantılıdır (74, 75).

TSSB tanı kriterleri 2013 yılında, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)’nın beşinci baskısıyla (DSM-IV) güncellendi. TSSB, daha önce bir anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılırken, artık travmayla ilişkili bozuklukların yeni bir kategorisinde yer aldı (76).

A kriteri TSSB tanı kriterlerinin ilk bölümüdür ve tanı koyabilmek için temel bir ön koşuldur. Bireyin maruz kaldığı bir ya da daha fazla travmatik olayı yaşamış olmasını açıklar. Bu kriterler olaya doğrudan maruz kalmak, travmaya tanık olmak, öğrenilen bir olay veya olayın olumsuz ayrıntılarına dolaylı olarak maruz kalmak (örneğin sağlık görevlileri, ilk yardım görevlileri vb.) şeklinde açıklanabilir (77). Kriter B en belirgin

semptomları içerir. Birey olayı tekrarlayan, istemsiz, rahatsız edici anılar ve/veya rüyalar, geri dönüşler gibi dissosiyatif tepkiler, tetikleyicilere karşı yoğun veya uzun süreli psikolojik sıkıntı veya tetikleyicilere karşı belirgin fizyolojik tepkiler ile ısrarla yeniden deneyimlemektedir (76). Tanı kriterlerinin üçüncü bölümü olan Kriter C, bireyin travmayı hatırlatan içsel veya çevresel uyaranlardan kaçınma eğiliminde olduğu durumları ifade eder (78). Kriter D ise travmatik olaya maruz kaldıktan sonra gelişen korku, dikkatsizlik, duygu ve düşüncelerde meydana gelen olumsuz değişiklikler gibi kalıcı belirtileri içerir (79). Beşinci bölümde bulunan Kriter E travma sonrasında görülen uyku güçlükleri, irritabilite, öfke patlamaları, sinirlilik, saldırganlık gibi aşırı uyarılmışlık ve tepkisellik belirtileriyle bağlantılıdır (80). Kriter F tanı koyulabilmesi için belirtilerin 1 aydan daha fazla devam etmesi gerektiğini, Kriter G semptomların sosyal ya da mesleki işlevsel bozukluğa neden olduğunu açıklar. Son bölümde Kriter H semptomların madde, ilaç kullanımı veya başka bir hastalıktan kaynaklanmadığını belirtir (77).

2.3.2. Epidemiyoloji

18 yaşından küçük çocuk ve ergenlerin %6'sından fazlasının yaşamları boyunca TSSB tanısı alacak kriterleri karşıladığı tespit edilmiştir. Travmanın türüne ve özelliklerine bağlı olarak prevalans oranları farklılık göstermektedir (81). Her yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen genç yetişkinler arasında daha yaygındır ve kadınlarda (%1-3) erkeklere (%0.5) göre daha yüksek bir yaşam boyu yaygınlık oranına sahiptir (82). Travmatik bir olayın ardından TSSB gelişme olasılığı %5 ile %31 arasında değişmekte olup yaygın olarak kabul edilen oran %15'tir (83).

Afetler sonrası evlerin ve okul binalarının yıkılması, çocukların arkadaşlık ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Yeni bir yere taşınmak, çocuklarda sosyal desteğin azalmasına, yalıtılmışlık ve yalnızlığa yol açabilir. Çocuklar bu tür olaylara maruz kaldıklarında, çaresizlikten aşırı korkuya kadar değişen nitelikte farklı tepkiler yaşayabilir. Bu durumlar TSSB gibi psikolojik etkilerle birleştiğinde çocuğun normal gelişimini tehlikeye atabilir ve duygusal, zihinsel, biyolojik ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir (11, 64). 2020 Hırvatistan depremi sonrasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %16.3'ünde TSSB tanısı alma olasılıklarının daha yüksek olduğu ve ev hasarının TSSB semptomlarının önemli bir öngörücüsü olduğu görülmüştür (13). Bulut tarafından ergenlerde yapılan bir çalışmada, deprem sonrası travmatik reaksiyonların %92 oranında görüldüğü ve daha küçük yaş grubundaki bireylerin daha fazla olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Ayrıca, sevdiği birini kaybeden ergenlerin %52'sinin TSSB

kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir (11). Hızlı ve arkadaşları tarafından Marmara ve Düzce depremlerinden 4 yıl sonra, deprem bölgesinden göç eden çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada ciddi psikiyatrik bozuklukların devam ettiğini ve depremden sağ kurtulan her beş çocuk veya ergenden birinin TSSB yaşama olasılığının bulunduğunu göstermiştir (84). 2015 Nepal depremi sonrası sağ kalanlar arasında yapılan araştırma TSSB yaygınlığının %18.5 olduğunu göstermiştir. Yaygınlık, cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi ile ilişkilendirilmiştir (85). Araştırmalar, TSSB'nin deprem mağdurlarında sıkça karşılaşılan sorunlardan biri olduğunu ve yaygınlık oranlarının %4.10 ile %67.07 arasında değiştiğini ortaya koymuştur. Bu değişkenlik, depreme maruz kalmanın her zaman TSSB ile sonuçlanmayacağını ve bireylerin tepkilerinin, psikolojik ve çevresel faktörler nedeniyle önemli ölçüde farklılık gösterebileceğini göstermektedir (86).

2.3.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji

Gelişiminde genetik yatkınlık, travmanın sıklığı veya yoğunluğu, travmanın yaşandığı gelişim aşaması ve eş zamanlı psikiyatrik bozukluk gibi birçok etmenin bulunduğu TSSB için güçlü bir stres yaratan olayın temel tetikleyici faktörler arasında olduğu söylenebilir (87, 88). Ancak, biyolojik ve psikososyal risk faktörleri, semptomların başlangıcı, şiddeti ve kronikleşmesi giderek daha önemli öngörücü faktörler olarak kabul edilmektedir (89). Yapılan çalışmalara göre TSSB seviyesini arttıran sosyodemografik değişkenler arasında kadın cinsiyeti, bekar olma, eğitim düzeyi düşük olanlar, sosyal destek eksikliği, çocuklar ve yaşlılar, psikiyatrik tanı geçmişine sahip olma, düşük sosyoekonomik düzey ve ırksal/etnik azınlık statüsü gibi faktörler yer almaktadır (90-93). Travma sonrası aracılık yapan faktörleri inceleyen çalışmalarda, çocuk veya ergenin ailesinin ya da sosyal destek sağlayan bakıcılarının niteliğinin (örneğin; destekleyici, sakin ve besleyici olmaları ya da uzak, öngörülemeyen veya endişeli olmaları) TSSB geliştirme riskiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca ebeveynlerde yaşanan travma sonrası görülen ruhsal sorunlar, tekrarlayan ve yineleyen travma yaşama, ebeveynlerin çocuklarda görülen belirtilere verdikleri tepkiler gibi faktörler hastalığın ortaya çıkmasında etkili risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (84, 94).

TSSB patofizyolojisine bakıldığında; nörotransmitter ve nöroendokrinolojik faktörlerin TSSB riskini, semptom profillerini ve şiddetini etkilediği görülmektedir. Bu faktörler, çevresel etkiler, genetik ve epigenetik etmenler nedeniyle bireyler arasında değişiklik gösterebilmektedir (95). TSSB'de amigdala ve hipokampus gibi beyin bölgelerinde hiperaktivite gözlemlenir. Amigdala, duygusal yanıtları ve korkuyu işleyen

bir bölgedir, hipokampus ise korku hafızasının silinmesinde önemli bir rol oynar. Hiperaktivite bu bölgelerde, katekolamin sinyalleşmesinin (nörepinefrin (NE), epinefrin ve dopamin gibi kimyasal iletkenlerin) işlev bozukluğu ile bağlantılıdır. Bu iletkenler, beynin stres ve korku tepkilerini düzenlemede rol oynar. Katekolaminlerin dengesizliği, amigdala ve hipokampüste hiperaktiviteye yol açarak, TSSB belirtilerini şiddetlendirebilir ve kişinin korku ve stresle başa çıkma yeteneğini olumsuz etkileyebilir (96, 97). TSSB'li bireylerde hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin işlevinde anormal değişiklikler olur ve glukokortikoid seviyelerinde düşüş görülür. HPA eksen, stres yanıtını düzenleyen nöroendokrin sistemin temel bir parçasıdır. Ek olarak TSSB yaşayan bireylerde, stres anında HPA eksenini aktive eden kortikotropin salıverici hormon yüksek seviyelerde bulunur. Bu durum, stres yanıtının aşırı aktif olmasına yol açabilir (97). Elektro-ensefalografik ve nörogörüntüleme araştırmalarının da TSSB patofizyolojisinin anlaşılmasında önemli bir yeri bulunmaktadır. Elektro-ensefalografik aktivite çalışmalarında TSSB'nin travmayla ilgili uyaranları daha ileri düzeyde işlerken nötr uyaranları ise daha az işlediği bulunmuştur. Nörogörüntüleme araştırmalarından elde edilen çeşitli kanıtlar, bu değişmiş bilgi işlem süreçlerinin TSSB'deki farklı işlevsel beyin bölgeleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (98).

2.3.4. Klinik Belirtiler

Belirtiler genellikle travmanın hemen ardından birkaç gün içinde ortaya çıkar ve çoğu zaman müdahale olmaksızın birkaç hafta içerisinde düzelir. Fakat bazı durumlarda, semptomlar aylarca ya da yıllarca devam edebilir ve başlangıç, travmatik olaydan aylar sonra dahi ortaya çıkabilir (82). TSSB, travmatik olayın sürekli müdahaleci anıları, duygusal uyuşma, bu anıları hatırlatan durumlardan kaçınma ve aşırı uyarılma belirtilerinin bir kombinasyonudur (95). Tekrarlayan, kontrol edilemeyen ve rahatsız edici anılar veya rüyalar, geri dönüşler şeklindeki disosiyatif tepkiler, tetikleyicilere karşı yoğun veya uzun süreli psikolojik rahatsızlık ve belirgin fizyolojik tepkiler görülebilir (76). Travmatik olayların müdahaleci bir şekilde tekrar yaşanmasının arkasındaki yoğun korku anıları sürekli olarak devam eder (99). Duygusal uyuşma durumunda öfke patlamaları ya da duygusal çözümler görülebilir. Dünyaya, insanlara ve bireyin kendisine karşı olumsuz bir bakış açısı oluşturur (100). Kaçınma davranışlarında ise travma anılarından, duygularından veya düşüncelerinden kaçınma veya travmayı hatırlatan dış etkilere kaçınma gibi tepkiler gösterir. Aşırı uyarılma durumunda sinirlilik veya öfke patlamaları, kendine zarar verme davranışları, sürekli tetikte olma,

abartılı irkilme tepkileri, dikkat dağınıklığı ve uyku bozuklukları vb. semptomlar görülebilir (76). TSSB'nin ergenlerdeki klinik belirtileri yaşa bağlı bazı gelişimsel özellikler olmasına rağmen çoğunlukla yetişkinlerle benzerlik gösterir (101). Fakat ergenler genelde daha dürtüsel davranışlar sergileyebilir ya da maddeyi kötü kullanma gibi aşırı tepkiler gösterebilirler. Ek olarak ergenler duygusal ikilikleri ve somatizasyonu sözlü olarak daha fazla abartabilir ve yaşadıkları olaylardan başkalarını sorumlu tutabilirler (102).

2.4. Depresyon

2.4.1. Tanım ve Tanı Kriterleri

Türk Dil Kurumu'na göre “bunalım, çöküntü” olarak tanımlanan depresyon sözcüğü, derin bir üzüntü ve bazen hem bunaltıcı hem üzüntülü bir duygudurum ile konuşma, hareket, düşünce ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve durgunluk ile karakterize edilen bir sendromdur (66, 103). Günümüz toplumlarının önemli hastalıklarından biridir ve gelişmekte olan ülkelerde oldukça yüksek oranlarda görülmektedir (104). Dünya genelinde en yaygın ruh sağlığı sorunlarından biri olan depresyon, küresel hastalık yükü sıralamasında ishali hastalıklar ve solunum yolu enfeksiyonlarından sonra üçüncü sırada yer alır (105).

DSM, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952 yılında yayımlanmaya başlamıştır. Depresyon, DSM-I ve DSM-II'de polariteye göre sınıflandırılmadan tanımlanmıştır. Modern anlamda psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılması ve tanı kriterlerinin belirlenmesi ise 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile sağlanmıştır. Son olarak 2013 yılında yayınlanan DSM-V ile majör depresif bozukluk tanı kriterleri oluşturulmuştur (106). Depresyon en az iki hafta süren ve dokuz belirtiden beşinin görülmesiyle karakterize edilen klinik semptomlar kümesidir. DSM-V'e göre tanı kriterlerinin karşılanması için, beş veya daha fazla belirtinin iki hafta boyunca, neredeyse her gün ve günün büyük bölümünde devam etmesi gerekmektedir. Bu semptomlardan en az birinin ya üzgün ruh hali ya da hemen her etkinlikte görülen zevk alamama ve ilgi kaybı olması gerekir ve klinik bağlamda önemli bir sıkıntıya veya bireyin işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açabilir. Ancak, bu durumların genel tıbbi bir durum ya da madde kullanımıyla açıklanmaması gerekmektedir (77).

Çocuklar ve ergenler için tanı kriterleri farklı olmasa da tipik belirtiler sunumları farklılık göstermektedir. Kovacs tarafından yürütülen bir çalışmada ergenlerin çocuklara

oranla daha fazla aşırı uyku isteği, daha az iştah ve kilo değişikliği yaşadığını ve sanrı bildirimlerinde daha düşük oranlar gösterdiğini belirtmiştir (107).

2.4.2. Epidemiyoloji

Araştırmalar, depresyonun okul öncesi çocukların yaklaşık %0.3-1.4'ünü, ergenlik öncesi çocukların %1.2'sini ve ergenlerin yaklaşık %3-8'ini etkilediğini göstermektedir (108). Ergenlik depresif belirtilerin görülme sıklığının arttığı, zayıf işlevsel sonuçlarla depresyon başlangıcı ve yüksek tekrarlama oranları için riskli bir dönemdir (109). Ergenlik dönemi çocuklukla karşılaştırıldığında, uyum sağlanması gereken değişim alanları ve hızındaki artış, ergenlik çağında ruh sağlığı problemlerinin daha yaygın hale gelmesine neden olmaktadır; bu nedenle ergenliğe giren çocuklarda depresyon oranları önemli ölçüde artmaktadır (110, 111). Bu dönemdeki depresyon, yetişkinlikteki ile benzer etkiler doğurabilmektedir. Ergenlerde depresyon, hem işlevsellik kaybına yol açabilir hem de intihar davranışlarını tetikleyebilir (110). Ergenler ile klinik görüşme yöntemiyle yapılan epidemiyolojik çalışmalar, depresyon oranlarını %2 ile %8 arasında göstermiştir. Çoğu genç ilk depresif epizottan iyileşse de nüksler yaygındır; gençlerin %40 ile %70'i 3 veya 5 yıl içinde bir tekrar yaşar (107). Ergenlerin yaklaşık %10-20'sinin 18 yaşına kadar en az bir majör depresif dönem geçirdiği varsayılmaktadır (111). Kesitsel bir çalışma 2016 Endonezya depreminden altı ay sonra ergenlerde, %58.3 TSSB ve %16.8 depresyon yaygınlığını bildirmiştir (112). Wenchuan depreminin ardından üç yıl sonra depremden en çok etkilenen bölgelerde 373 ergen katılımcı ile yapılan bir çalışmada, %44.8 oranında depresyon görüldüğü bulunmuştur (12). Gerstner ve arkadaşlarının Ekvador depreminden sonra yaptıkları, depresyon ve anksiyete oranlarının sırasıyla %29 ve %15 düzeylerinde olduğu bulunan çalışma 316 ergen ile yürütülmüştür (7).

2.4.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji

Depresyon etiyojisi ve patogenezi çeşitli yönlerden ele alınmış olsa da tam olarak açıklanamamıştır. Buna rağmen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin depresyonun ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülmektedir (113, 114).

Biyolojik faktörler

Depresyonun gelişiminde rol oynayan faktörlerden biri genetik etkenlerdir. İkiz ve evlat edinme araştırmaları sonucunda, genetik varyasyonun, depresif bozuklukların aktarılmasında yüksek oranda etkili olduğu görülmüştür (115). Ailede depresyon öyküsü

olan kişiler ile olmayanlar arasında klinik farklılıklar bulunmuştur. Duygusal bozuklukları olan yetişkinlerle aile bağı olan çocuk ve ergenler hastalığı genellikle daha şiddetli seyretmekte, daha erken yaşta ortaya çıkmakta ve daha yüksek tekrarlama oranlarına sahiptirler (116, 117). Depresyonun patofizyolojisi için önemli bir hipotez olan monamin hipotezine göre serotonin, dopamin ve NE gibi nörotransmitterlerin depresyon gelişmesinde rol oynadığı düşünülmektedir (118). Depresyona neden olan gen lokuslarının belirlenmesi için son yıllarda birçok genom genelleştirilmiş birleşim çalışması yapılmıştır. Yapılan bir çalışmada depresyon için spesifik bir gen lokusu bulunmamış olsa da depresyonun kalıtsal olduğunu gösteren çok sayıda kanıt ortaya konmuştur (116).

Psikolojik faktörler

Bireyin psikolojik yapısı hangi olumsuz uyanların güçlü olumsuz duyguları tetikleyeceğini ve bu duyguların nasıl işlendiğini anlamak açısından önemlidir (118). Depresyon araştırmacıları, olumsuz anılar, geri bildirimlere yanıtlar, yorumlamalar, tahminler ve beklentilerle ilişkili disfori etkileri inceleyerek depresyonun bilişsel modellerini araştırmışlardır. Çalışmaların büyük çoğunluğu şu anda depresyon yaşayan bireylerin, depresyon yaşamayanlara kıyasla daha olumsuz içerik ve bilişsel örüntüler sergilediğini ve bu örüntülerin mevcut olduğunu bulmuşlardır (119). Düşük özsaygı, kendini eleştirme ve mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri depresyon riskini arttırabilir. İşsizlik, çocukluk travmaları, ihmal ve istismar da depresyonun gelişiminde önemli bir rol oynar (120, 121). Bireylerin olayları algılaması, yetiştirilme tarzı ve geçmiş deneyimler gibi faktörler bireylerin stresli durumlarla başa çıkmasını etkilemektedir. Ayrıca bağlanma biçimlerinin de ruh sağlığı hastalıklarını etkileyebileceği öne sürülmekte ve erken dönemde bağlanma ilişkilerinin bozulmasının depresyon ve kaygı riskini arttırdığı düşünülmektedir (115).

Sosyal faktörler

Çocukluk döneminden itibaren yetişkinliğe kadar yaşadığımız olumsuz olayları ve psikososyal stresörlerin ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu düşünülmektedir (122). İnsanların çevresel stres faktörlerine verdikleri tepkiler ve duygularını düzenleme biçimleri, depresif atakların başlangıcı ve şiddetini öngörmeye belirleyici olabilmektedir (123). Hayatın zorlu dönemleri, ekonomik sorunlar, iş kaybı, ilişki problemleri, daha az sosyal ilişkiye sahip olma, yalnızlık ve izolasyon, düşük akran ve ebeveyn desteği, ilişki

problemleri gibi stres faktörleri depresyonu tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir (120, 121, 124).

2.4.4. Klinik Belirtiler

Depresyon tanısı klinik bir değerlendirme ile konur. Ergenlerin ruh hali, duygular, düşünceler, davranışlar, günlük işlevler ve bu işlevlerdeki olası bozulmalar ile fiziksel semptomlar üzerindeki değişiklikleri belirlemek için kapsamlı bir şekilde soru sorulmalıdır (125). Çalışmalar ergenlerin %9'unun herhangi bir dönemde depresyon kriterlerini karşıladığını ve ergenlerin beşte birinin ergenlik döneminde bir noktada depresyon yaşadığını göstermektedir (126). Depresyon ruh hali, düşünce, davranış ve fiziksel işlevlerde değişiklikleri içeren bir durumdur. Ergenler arasında depresyon, genellikle öfke, sinirlilik, yorgunluk ve üzüntü gibi duygusal durumları da kapsayabilir (125, 127). Depresyon tanılı çocuk ve ergenler genellikle belirgin bir şekilde üzgün olabilirler, daha önce zevk aldıkları günlük durumlara ilgi göstermeyebilirler. Sıkça baş ağrısı veya mide ağrısı gibi bedensel belirtiler yaşarlar ve okulda yüksek devamsızlık oranları düşük akademik performans sergileyebilirler. Sık sık azalmış ve enerjisiz görünebilirler ve konsantrasyon problemleri yaşayabilirler (128). Diğer belirtiler arasında; kilo ve iştah değişiklikleri, uyku düzeninde bozulma, yorgunluk, bitkinlik veya enerji kaybının olması, değersizlik hissi ve suçluluk duygusu yaşama, konsantrasyon bozukluğu veya kararsızlık, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, intihar veya özkıyım düşüncelerinin olması yer alır (77).

2.5. Sosyal Destek

2.5.1. Tanım ve İşlevleri

Sosyal destek çeşitli biçimlerde kavramsallaştırılmış ve tanımlanmış karmaşık bir olgudur. Temel tanımı, başkaları tarafından sunulan yardımlar ve kaynaklar şeklinde özetlenebilir (129). Sosyal destek son yılların en aktif araştırma alanlarından biridir. Sosyal desteğin sorunların ortaya çıkmasına karşı bir koruyucu rol oynayabileceği vurgulanmıştır. Destekleyici sosyal desteğe sahip bireyler stresli olaylar karşısında daha dirençli hissedebilirler (130). Sosyal destek bireylerin öz saygı ve öz yeterlik gibi kişisel kaynaklarını olumlu yönde etkileyen, psikososyal bir başa çıkma kaynağı kabul edilir ve stresin olumsuz etkilerini hafifletir. Bu da sosyal desteğin duygusal sağlık ve refah üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (131). Sosyal destek, sosyal ilişkilerin sunduğu

faydalar aracılığıyla doğrudan, stresli durumlara karşı ise bir tampon işlevi sunarak dolaylı yoldan zihinsel sağlığı korumaktadır (132). Öğrenmeyi teşvik ederek akademik motivasyonu ve performansı arttırabilir. Minnettarlık duygularını yeniden uyandırabilir ve kişinin kendisini daha güvende hissetmesini sağlayarak uzun vadeli prososyal davranışları güçlendirebilmektedir (133). Ayrıca bireylerin psikolojik motivasyonunu arttırır ve duygusal, bilişsel ve psikolojik durumlarına faydalı olarak ruhsal sağlıklarını destekler (134).

Ergenliğin başlangıcı genellikle birçok kişilerarası zorlukla birlikte gelir. Ergenler, artan aile çatışmaları, akran ilişkilerindeki değişiklikler ve kendilerini yeni sosyal gruplarda konumlandırma ihtiyacı gibi kişilerarası sorunlarla karşılaşabilirler. Bu nedenle özellikle ergenler için aile içi ve dışı desteğin daha kritik bir rol oynayabileceği söylenebilir (135). Çalışmalar, sosyal desteğin ergenlerde umutla olumlu bir ilişki içinde olduğunu tutarlı bir şekilde göstermiştir. Özellikle destekleyici arkadaşlıklar, ebeveynlerinden daha fazla bireyselleşme özerklik arayan ergenler için önemli destek kaynaklarıdır. Arkadaş sosyal desteği, ergenlerin psikolojik iyi oluşunu etkileyen önemli bir faktördür (136).

2.5.2. Sosyal Destek Modelleri

Sosyal desteğin bedensel ve ruh sağlığı üzerindeki etkisi için, ana etki modeli, tampon modeli ve dinamik model olmak üzere üç hipotez mevcuttur (137). Ana etki modeli, sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu öne sürer. Sosyal destek, her durumda fiziksel sağlık ve genel refah üzerinde olumlu sonuçlar doğurur (138). Bu modele göre sosyal destek, bireylerin üzülmeye seviyelerini azaltıp sağlıklarını iyileştirerek stresin sonuçları üzerinde doğrudan bir etki gösterirken, aynı zamanda stresörlere ilişkin değerlendirmelerini de etkileyebilir (139). Stres tamponlama modeli, sosyal ağların yalnızca stres altında olan kişiler için refah ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (140). Bireylerin sosyal ağlarının, stresin olumsuz etkileriyle daha iyi başa çıkmalarını sağlamak için gerekli fiziksel veya psikolojik kaynakları sunabileceğini ve bu durumun yaşam kalitesini olumlu şekilde etkileyebileceğini öne sürmektedir (16). Dinamik model ise, ana etki ve tampon modellerini sınırlı bulduğu için reddeder ve stres ile sosyal desteğin aynı anda bağımsız değişkenler olarak ele alınması gerektiğini savunmaktadır (137). Sosyal destek ve stres arasında birbirini etkileyen karmaşık bir etkileşim olduğunu öne sürmektedir. Bu bağlamda, proaktif yaklaşımlar, ergenlerin erken

dönemde farklı kaynaklardan destek algılamalarını sağlamaya odaklanmalı ve destek azalmasını önlemelidir (141).

2.5.3. Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek türleri çoğunlukla duygusal ve araçsal olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Bazı çalışmalarda desteğin duygusal destekle bağlantılı olabilecek diğer yönleri de belirlenmiştir. Bunlar destek kaynaklarının bireye sorun çözmede yardımcı olabilecek bilgileri sağladığı “bilgilendirici” desteği içerir. Duygusal desteğin en önemli bileşeni öz saygınlığı arttırarak bireyin olumlu öz değerlendirme yapmasına teşvik eder (142). Bireye sıcaklık ve şefkat sağlamayı, başkalarının önemsendiği değerli bir kişi olduğuna dair güvence vermeyi içerir. Bilgi desteği; bireyin stresli bir olayı daha anlamasına, bununla başa çıkmak için hangi kaynaklara ve başa çıkma stratejilerine ihtiyaç duyabileceğini belirlemesine yardımcı olduğunda ortaya çıkar. Bu tür bilgi veya tavsiye yoluyla, stres altındaki bir kişi stresli olayın ne gibi bir potansiyel maliyet veya zorluklara yol açabileceğini tam olarak belirleyebilir ve bunu en iyi nasıl yönetebileceğine karar verebilir. Somut destek ise mali yardım ve diğer özel yardım, hizmetler gibi somut yardımların sağlanmasını içerir. Yaralanmış bir arkadaşın acil servise götürülmesi veya yaşlı bir aileye ihtiyaçlarına yönelik yardım edilmesi örnek olarak verilebilir (143).

2.5.4. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal desteği inceleyen araştırmalar, algılanan sosyal destek (örneğin, ihtiyaç duyulduğunda birinin size sarılacağına ve dinleyeceğine inanmak) ile alınan sosyal destek (yani, resmi veya gayri resmi gruplar tarafından sağlanmış ya da şu anda sağlanmakta olan kaynaklar) arasındaki ayrımı yapmanın önemini vurgulamaktadır (144). Çünkü yalnızca algılanan destek, sağlık ve refah ile tutarlı bir şekilde güçlü bir ilişki göstermiştir. Yalnızlıkla ilişkili olmakla birlikte insanların ilişkilerinden ne kadar destek alabileceklerine ve bu desteğin kalitesine dair inançlarını ifade eder (145). Alınan destek ise müdahaleci olarak görülebilir ve bireyin bağımsızlık duygusunu tehdit edebilir. Bir bireyin başkalarıyla etkileşimi (yani alınan destek) bu desteğin doğrudan alındığını gösterir. Bu destek, duygusal düzenlemeye yardımcı olarak olumlu etkileri arttırabilir ve duyarlı olduğunda olumsuz yaşam anlarının yoğunluğunu ve süresini sınırlayabilir (146). Öte yandan algılanan sosyal destek, fiziksel ve psikolojik sağlığı iyileştiren, hastalık iyileşmesini yavaşlatan ve ölüm oranını azaltan önemli koruyucu bir faktördür, daha

düşük allostatik yük ve azalmış stres tepkileri ile ilişkilidir. Destekleyici bir sosyal ağı sahip olma algısı, kritik yaşam olaylarına karşı fizyolojik stres tepkilerini hafifletmektedir (147). Bu destek türü, yalnızlıkla negatif, yaşam kalitesi ve psikolojik sağlıkla pozitif bir ilişkiye sahiptir. Ayrıca, yalnızlığın ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerine karşı bir tampon görevi görür (145).

Deprem ve Hemşirelik

Afetler, özellikle depremler, sağlık üzerinde önemli etkiler yaratabilir. Bu nedenle sağlık sistemi, bu tür olaylardan önce, sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde sunmak için kritik bir rol oynar (148). Büyük bir depremin insanların psikolojik durumu üzerinde potansiyel olarak son derece travmatik etkisi olabilir. Bu durum, özellikle felaketlerin travmatik sonuçlarına karşı daha savunmasız olan ve savunmasızlıkları bilişsel ile duygusal gelişim düzeyine bağlı çocuklar için daha belirgindir (51). Çocuklar, depremler sonrası genellikle önemli psikolojik sıkıntılar yaşar. Bu sıkıntılar kısa vadede konsantrasyon güçlüğü, yalnızlık korkusu ve uyku bozuklukları gibi problemleri içerebilir. Uzun vadede ise TSSB ve depresyon gibi ciddi ruhsal etkilerle karşılaşılabilir (149). Hemşireler, dünya genelinde en büyük sağlık profesyonelleri grubunu oluşturur ve afet kurtarma müdahaleleri sırasında öncelikli müdahaleciler olarak rol oynarlar (150, 151). Afet sonrası ilk acil müdahaleyi gerçekleştiren ekiplerin içinde yer alan hemşireler, çocuklarda görülebilecek ruhsal bozuklukları belirlemek ve bu bozuklukların gelişimini önlemek için çocuklarla bütünsel olarak ilgilenmeleri gerekmektedir. Böylece, çocuklar ruhsal olarak korunur ve iyileşme süreçlerine katkı sağlanır (152). Çocuklarda ortaya çıkan psikolojik belirtilerinin altında yatan en önemli etkenlerin yaşadıkları kayıplar ve yakınlarının enkazdan çıkmasını bekledikleri süre olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle hemşirelerin, ebeveynlerini kaybeden ve uzun süredir ebeveynlerin enkazdan çıkarılmasını bekleyen çocukların duygusal gereksinimlerin karşılanması için daha fazla zaman ayırmaları ve sosyal destek sağlamaları büyük önem taşımaktadır (153). Her felaketin kendine özgü zorlukları vardır. Afet yönetiminde hemşirelerin rolü giderek daha önemli hale gelmektedir. Sağlık ekibinin tüm üyelerinin işbirlikçi çabaları ve disiplinler arası yaklaşımları sayesinde, afetlerle ilişkili travmatik durumların en aza indirilmesi hedefi gerçekleştirilebilir (154).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Kahramanmaraş merkezli depremlerden etkilenen ergenlerin algıladıkları sosyal desteğin, depresyon ve travma sonrası stres düzeyleriyle olan ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel bir araştırma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler sonrasında Malatya il merkezinde kurulan Teknokent konteyner kentte Temmuz 2023-Kasım 2023 tarihlerinde, 08:00-17:00 saatleri arasında yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş merkezli depremlerini yaşamış, 12-18 yaş arasındaki Malatya’da yaşayan ergenler oluşturdu. Örneklemenin belirlenmesi güç analizi kullanılarak hesaplandı. Bu çalışma kapsamında GPower 3.1 paket programı kullanılarak; 0.10 etki büyüklüğü, 0.95 güven aralığı ve 0.95 evreni temsil gücüyle örneklem büyüklüğü en az 525 birey olarak belirlendi. Örneklemenin benzerlik (aynı konteyner koşulları, aynı bölgede kalanlar vb.) göstermesi amacı ile amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak Teknokent konteyner kentte yaşayan 525 ergene ulaşıldı.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşamış olan,
- Teknokent konteyner kentte yaşayan,
- Şehir değişikliği, konteyner değişikliği yapmayanlar,
- 12-18 yaş aralığındaki ergenler çalışmaya dahil edildi.

3.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmaktan vazgeçen,
- Başka bir konteyner kentte yaşayıp Teknokent konteyner kente sonradan gelen ergenler araştırmadan dışlandı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Depremzede çocukların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2), Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇİTSSTÖ) (EK-3), Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ) (EK-4) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-5) kullanıldı.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bu form çocuğun sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, kardeş sayısı, anne-baba meslekleri, ekonomik durum vb.) ve Kahramanmaraş merkezli depremler ile ilgili (deprem sırasında nerede bulunduğu, evlerinin hasar durumu, deprem sonrası okula devam edip etmedikleri, depremde enkaz altında kalma durumu, depremde yakın kaybı yaşayıp yaşamadığı vb.) soruları içeren toplam 23 sorudan oluşan bir formdur.

3.4.2. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

Pynoos ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması 1999 yılında Erden ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir. 20 maddeden oluşan likert tipi yarı yapılandırılmış bu ölçek, 8 ile 18 yaş arası çocuklar ve ergenlerde görülen stres tepkilerini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Çocuk ile yapılan görüşme sonrasında veriler toplanır ve toplam puan hesaplaması yapılır. Puan aralıkları şu şekildedir: 12-24 puan hafif, 25-39 orta düzeyde, 40-59 arası ağır ve 60 puanın üzeri çok ağır TSSB belirtilerini göstermektedir.

3.4.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

Kovacs tarafından 1981 yılında geliştirilen ölçek 6-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin depresif belirtilerini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Türkçeye Öy tarafından 1991 yılında uyarlanan bu ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Her madde için üç seçim sunulmakta ve çocuk/ergenden son iki hafta içinde kendisine en uygun olanı tercih etmesi istenmektedir. Cevaplar 0 ile 2 arasında puanlanır ve 19 puan ve üzeri depresyon varlığını göstermektedir. Puan arttıkça depresyonun şiddeti de artmaktadır.

3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Zimet ve ark. tarafından bireylerin algıladıkları sosyal desteğe ilişkin verileri toplamak amacıyla 1998 yılında geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik

çalışması Eker ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir. 12 maddeden oluşan ölçek üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş, özel insan) alınan desteğin öznel yeterliliğini değerlendirmektedir. Her madde 1 ile 7 puan arasında likert tipi ölçek kullanılarak derecelendirilmektedir. Ölçekten en az 12, en fazla 84 puan alınabilmektedir. Elde edilen yüksek puan, algılanan desteğin yüksek olduğunu, düşük puan ise destekten yoksun olduğunu göstermektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Malatya il merkezinde kurulan Teknokent konteyner kentlerde yaşayan ve Kahramanmaraş merkezli depremlerden etkilenen ergenlerle, Temmuz 2023-Kasım 2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği yapılarak toplandı. Her katılımcıya araştırma hakkında bilgi verildi ve araştırmaya katılmak isteyenlerden yazılı ve sözlü izinler alındı. Verilerin toplanmasında her bir katılımcıya en az 20 dakika zaman ayrıldı.

3.6. Araştırmanın Akış Şeması

Araştırmanın akış şeması aşağıdaki gibi ilerlemiştir;

- Bilgilendirme ve Onam Formunun Alınması
- Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ölçeklerin Doldurulması
- Veri Girişlerinin Yapılması
- Veri İstatistiklerinin Analizi

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni

12-18 yaş arasındaki ergenlerin sosyodemografik özellikleri, yakınlarını kaybetmiş olmaları ya da olmamaları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

ÇBASDÖ, ÇİTSSTÖ, ÇİDÖ'den elde edilecek puanlar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay (2023/5105) (EK-6) ve Malatya Valiliği İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü'nden (EK-7) yazılı izin alındı. Katılımcılara

araştırma hakkında gerekli bilgiler verilip, araştırmaya katılmak isteyenlere gönüllü bilgilendirme formu okundu, sözlü ve yazılı onam (EK-8) alındıktan sonra anketler uygulandı.

3.9. İstatistiksel Yöntem

Veriler IBM Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS programlarına aktarılmıştır. Veriler sayı, yüzdelik dağılımı, ortalama, standart sapma, bağımsız örneklem t testi ile, farklar tek yönlü varyans analizi, Levene testi, çoklu karşılaştırma testleri (Bonferroni ya da Tamhane's T2), Bonferroni, Tamhane's T2 testi, Pearson korelasyon analizi, yol analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçekler ve alt boyutlarının Cronbach alpha katsayısı güvenilirlik analizi ile hesaplanmış ve sonuçlar tablolar halinde sunulmuştur. Anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırmanın sınırlılıkları, örneklemin aynı konteyner kentte kalan ergenler ile sınırlı olması ve sadece Malatya'da yürütölmüş olmasıdır. Araştırmanın güçlü yönleri, depremden 6 ay sonra gerçekleştirilmesi, katılımcıların kendi yaşam alanlarında değil konteyner kentlerde yaşayan bireylerden oluşması ve veri toplama sürecinde artçı sarsıntıların devam ediyor olmasıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde Kahramanmaraş merkezli depremde etkilenen ve Malatya ilinde kurulan konteyner kentlerde yaşayan 525 çocuğa ait aşağıdaki veriler elde edildi.

Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin sosyo-demografik özelliklerine yer verilmiştir. Toplam örneklemin %55.8'i kadın, %44.2'si erkektir. Ergenlerin %89.1'i lise düzeyinde ve depremler sonrasında %94.1'i okula devam ettiği, %82.9'unun annesinin çalışmadığı, %32.6'sının baba mesleğinin işçi olduğu, %69.3'ünün ekonomik durumunun orta seviyede olduğu, %66.9'nun şehir merkezinde yaşadığı ve %74.3'ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 15.46 ± 1.54 , kardeş sayısı ortalaması 2.85 ± 1.32 , anne yaşı ortalaması 41.85 ± 5.87 ve baba yaşı ortalaması ise 46.49 ± 6.42 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Kahramanmaraş merkezli depremi yaşayan ergenlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=525)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	293	55.8
	Erkek	232	44.2
Eğitim durumu	Ortaokul	57	10.9
	Lise	468	89.1
Okul devam durumu	Evet	494	94.1
	Hayır	31	5.9
Anne meslek	Çalışmıyor	435	82.9
	Memur	28	5.3
	İşçi	29	5.5
	Esnaf	9	1.7
	Emekli	1	0.2
	Diğer	23	4.4
Baba meslek	Çalışmıyor	38	7.2
	Memur	74	14.1
	İşçi	171	32.6
	Esnaf	108	20.6
	Emekli	34	6.5
	Diğer	100	19.0
Ekonomik durum	İyi	112	21.3
	Orta	364	69.3
	Kötü	49	9.3
Yaşadığı yer	Şehir merkezi	351	66.9
	Kırsal	174	33.1
Aile tipi	Çekirdek	390	74.3
	Geniş	94	17.9
	Parçalanmış	41	7.8
Yaş	ort $\pm$ ss (min-maks)	15.46 ± 1.54 (12-18)	
Kardeş sayısı	ort $\pm$ ss (min-maks)	2.85 ± 1.32 (0-8)	
Anne yaşı	ort $\pm$ ss (min-maks)	41.85 ± 5.87 (30-68)	
Baba yaşı	ort $\pm$ ss (min-maks)	46.49 ± 6.42 (35-73)	

Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin depremlere dair bilgileri verilmiştir. Ergenlerin %89.1'in evi ağır hasarlanırken %10.9'unun evi yıkılmıştır. Ergenlerden sadece %1.7'si enkaz altında kalmış, yakınlarından enkaz altında kalanlar ise %15.4'tür. %42.0'ı amca/dayısı, %34.6 teyze/halası enkaz altında kalmıştır. 1. derece yakınıni kaybedenler %0.2'yken, 2. derece yakını kaybedenler %7.4'tür. %35.0'ı dayısını, %20.0'ı amcasını, %17.5'i teyzesini, %10.0'ı büyükannesini, %10.0'ı büyükbabasını, %7.5'i halasını kaybetmiştir. 3. derece de kayıp yaşayanlar %25.1 iken %41.1'i arkadaşını kaybetmiştir. Bir yakınıni kaybetme oranı ise %51.8'dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin depremlere dair bilgilerinin dağılımı (n=525)

		n	%
Ev hasar durumu	Yıkıldı	57	10.9
	Ağır hasarlı	468	89.1
Enkaz altında kalma	Evet	9	1.7
	Hayır	516	98.3
Enkaz altında kalan yakın varlığı	Evet	81	15.4
	Hayır	444	84.6
Yakınıınız kim	Amca/dayı	34	42.0
	Teyze/hala	28	34.6
	Büyükanne/büyükbaba	11	13.6
	Anne	3	3.7
	Kardeş	3	3.7
	Baba	2	2.5
Ölen 1 derece	Evet	1	0.2
	Hayır	524	99.8
Ölen1 kim	Bir kardeş	1	100.0
Ölen 2 derece	Evet	39	7.4
	Hayır	486	92.6
Ölen 2 kim	Dayı	14	35.0
	Amca	8	20.0
	Teyze	7	17.5
	Büyükanne	4	10.0
	Büyükbaba	4	10.0
	Hala	3	7.5
Ölen 3 derece	Evet	132	25.1
	Hayır	393	74.9
Ölen arkadaş	Evet	216	41.1
	Hayır	309	58.9
Bir yakınıni kaybetme durumu	Evet	272	51.8
	Hayır	253	48.2

ÇİTSSTÖ puanı 35.32 ± 15.78 , ÇİDÖ puanı 18.19 ± 8.59 ve ÇBASDÖ puanı 43.24 ± 17.88 'dir. Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan kriterlerden biri, içsel tutarlılığı ölçen Cronbach's alfa'dır. Ölçekler için bu değer hesaplanmış ve genellikle kabul edilebilir değer olan 0.700'ün üzerinde bulunmuştur (155) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kahramanmaraş merkezli depremi yaşayan ergenlerin çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği, çocuklar için depresyon ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutları puan ortalaması (n=525)

	ort	ss	min	max	Cronbach alfa
Çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği	35.32	15.78	1	73	0.898
Çocuklar için depresyon ölçeği	18.19	8.59	1	44	0.855
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği	43.24	17.88	12	84	0.889
Aile	12.64	7.33	4	28	
Arkadaş	13.34	7.31	4	28	
Özel insan	17.26	8.24	4	28	

Okula devam etme durumları açısından ÇİTSSTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Ancak cinsiyet, ekonomik durum, 2. derece akraba, 3. derece akraba, arkadaş veya en az bir yakınını kaybetme durumları arasında çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre, kadınların travma sonrası stres tepkileri ölçek puanları erkeklere göre, ekonomik durumu orta veya kötü olanların puanları iyi olanlara göre, 2. derece, 3. derece, arkadaş ya da en az bir yakınını kaybedenlerin puanları ise bir yakınını kaybetmeyenlere göre daha yüksektir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçek puanının demografik özelliklerine göre incelenmesi(n=525)

		Çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği		Test	p
		ort	ss		
Cinsiyet	Kadın	37.29	15.14	3.255 ^t	0.001*
	Erkek	32.82	16.25		
Okul devam durumu	Evet	34.79	15.65	-0.916 ^t	0.360
	Hayır	43.68	15.85		
Ekonomik durum	İyi	31.24b	14.03	4.856 ^F	0.008*
	Orta	36.34a	16.08		
	Kötü	37.02a	16.14		
Ölen 2 derece	Evet	42.59	15.72	3.014 ^t	0.003*
	Hayır	34.73	15.66		
Ölen 3 derece	Evet	42.56	16.27	6.317 ^t	0.000*
	Hayır	32.88	14.86		
Ölen arkadaş	Evet	38.66	16.22	4.122 ^t	0.000*
	Hayır	32.98	15.06		
Bir yakınıni kaybetme durumu	Evet	39.05	15.86	5.788 ^t	0.000*
	Hayır	31.30	14.71		

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: p<0.05

Cinsiyet ve ekonomik durumlar açısından ÇİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Ancak okula devam etme durumu, 2. derece akraba, 3. derece akraba, arkadaş ya da en az bir yakınıni kaybetme durumları bakımından çocuklar için depresyon ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılıklar bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre, okula devam eden çocukların depresyon ölçek puanları, devam etmeyenlere göre, 2. derece, 3. derece, arkadaş ya da en az bir yakınıni kaybeden çocukların bir yakınıni kaybetmeyenlere göre depresyon ölçek puanları daha yüksektir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin çocuklar için depresyon ölçek puanının demografik özelliklerine göre incelenmesi (n=525)

		Çocuklar için depresyon ölçeği		test	p
		ort	Ss		
Cinsiyet	Kadın	18.02	8.47	-0.498	0.619
	Erkek	18.40	8.76		
Okul devam durumu	Evet	18.31	8.60	-2.697	0.009*
	Hayır	16.29	8.30		
Ekonomik durum	İyi	17.54	9.41	0.508	0.602
	Orta	18.43	8.30		
	Kötü	17.82	8.87		
Ölen 2 derece	Evet	22.46	9.42	3.259	0.001*
	Hayır	17.84	8.44		
Ölen 3 derece	Evet	20.81	7.88	4.116	0.000*
	Hayır	17.31	8.65		
Ölen arkadaş	Evet	19.59	8.45	3.161	0.002*
	Hayır	17.20	8.57		
Bir yakını kaybetme durumu	Evet	19.55	8.38	3.822	0.000*
	Hayır	16.72	8.59		

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: $p < 0.05$

Ekonomik durum, 2. derece akraba, 3. derece akraba ve arkadaş kaybetme durumları açısından ÇBASDÖ ile alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Cinsiyetler arasında özel insan alt boyutu puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre, kadınlarda özel insan alt boyut puanı erkeklere göre daha yüksektir. Okula devam etme durumları arasında ÇBASDÖ ve özel insan alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre, okula devam etmeyenlerde ÇBASDÖ ve özel insan alt boyut puanları devam edenlere göre daha yüksektir. En az bir yakını kaybetme durumları arasında aile alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre, en az bir yakını kaybedenlerde aile alt boyut puanı kaybetmeyenlere göre daha yüksektir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek ve alt boyut puanlarının demografik özelliklerine göre incelenmesi(n=525)

	Aile	Arkadaş	Özel insan	Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Cinsiyet				
Kadın	12.94±7.63	12.99±7.31	18.14±8.44	44.08±17.94
Erkek	12.26±6.94	13.77±7.32	16.15±7.86	42.18±17.80
t/p	1.065/0.287	-1.205/0.229	-2.796/0.005*	1.211/0.227
Okul devam durumu				
Evet	12.46±7.29	13.25±7.29	17.26±8.26	42.96±17.69
Hayır	15.61±7.57	14.74±7.71	17.35±8.09	47.71±20.53
t/p	0.653/0.516	1.611/0.108	2.291/0.022*	2.017/0.044*
Ekonomik durum				
İyi	11.46±7.01	12.67±7.24	16.30±8.07	40.43±17.49
Orta	12.87±7.35	13.4±7.31	17.49±8.36	43.76±17.92
Kötü	13.65±7.75	14.35±7.51	17.78±7.75	45.78±18.10
F/p	2.118/0.121	0.948/0.388	0.986/0.374	2.039/0.131
Ölen 2 derece				
Evet	13.38±7.58	14.95±7.85	18.59±8.11	46.92±18.44
Hayır	12.58±7.32	13.21±7.26	17.15±8.25	42.94±17.83
t/p	0.657/0.511	1.433/0.152	1.046/0.296	1.338/0.181
Ölen 3 derece				
Evet	14.22±7.40	13.77±7.10	17.65±7.76	45.64±17.18
Hayır	12.11±7.24	13.19±7.39	17.13±8.41	42.43±18.06
t/p	2.877/0.004*	0.780/0.436	0.629/0.530	1.784/0.075
Ölen arkadaş				
Evet	13.28±7.42	13.08±7.34	16.57±8.39	42.94±17.74
Hayır	12.19±7.25	13.51±7.30	17.74±8.12	43.45±18.01
t/p	1.676/0.094	-0.659/0.510	-1.598/0.111	-0.319/0.750
Bir yakını kaybetme durumu				
Evet	13.43±7.36	13.42±7.34	16.93±8.18	43.78±17.78
Hayır	11.79±7.22	13.25±7.30	17.62±8.32	42.66±18.01
t/p	2.567/0.011*	0.272/0.786	-0.953/0.341	0.719/0.473

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: p<0.05

ÇİTSSTÖ puanı ile anne yaşı arasında pozitif yönde, ÇİDÖ puanı ile yaş, kardeş sayısı, anne ve baba yaşı arasında pozitif yönde, ÇBASDÖ ile aile ve arkadaş alt boyut puanları ile yaş, kardeş sayısı, anne ve baba yaşı arasında pozitif yönde, özel insan alt boyut puanı ile anne ve baba yaşı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin sosyodemografik özellikleri ile çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği, çocuklar için depresyon ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkiler

		Yaş	Kardeş	Anne yaşı	Baba yaşı
Çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği	r	0.067	0.079	0.096	0.033
	p	0.123	0.071	0.028*	0.452
Çocuklar için depresyon ölçeği	r	0.202	0.123	0.122	0.143
	p	0.000*	0.005*	0.005*	0.001*
Aile	r	0.144	0.123	0.105	0.134
	p	0.001*	0.005*	0.016*	0.002*
Arkadaş	r	0.114	0.093	0.132	0.155
	p	0.009*	0.033*	0.003*	0.000*
Özel insan	r	-0.034	0.074	0.095	0.117
	p	0.443	0.092	0.030*	0.007*
ÇBASDÖ	r	0.09	0.122	0.141	0.172
	p	0.039*	0.005*	0.001*	0.000*

r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p < 0.05$

ÇİTSSTÖ, ÇİDÖ ve ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksek olan ergenlerin, travma sonrası stres ve depresyon düzeyleri daha düşüktür (Tablo 4.8).

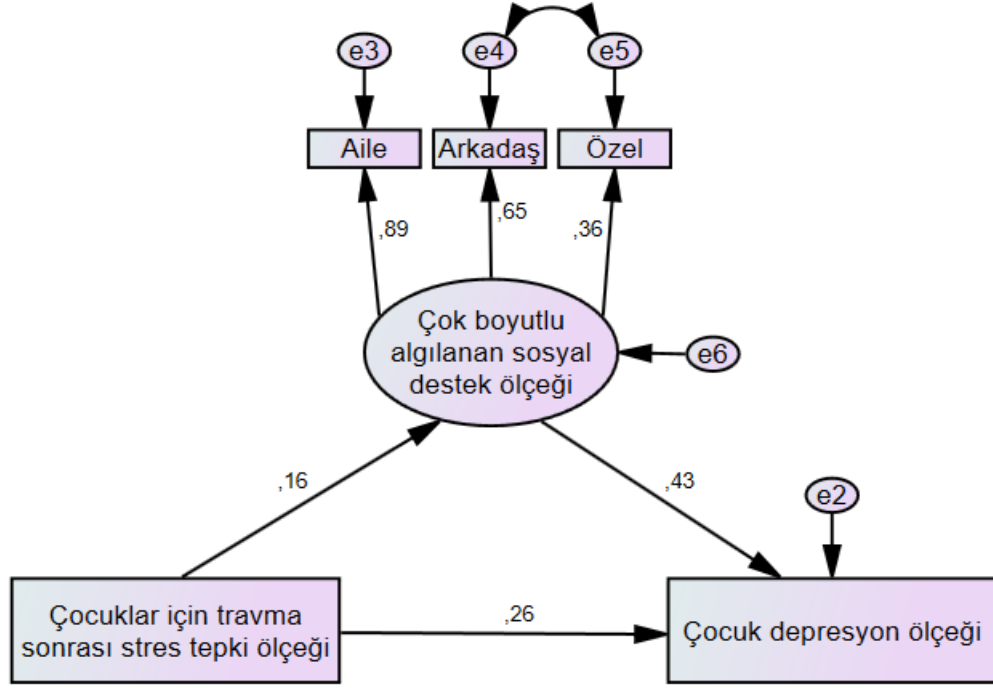
Tablo 4.8. Çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği, çocuklar için depresyon ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkiler

		Çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği	Çocuklar için depresyon ölçeği	Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği
Çocuklar için travma sonrası stres tepkileri ölçeği	r	1	0.324	0.107
	p		0.000*	0.014*
Çocuklar için depresyon ölçeği	r		1	0.346
	p			0.000*
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği	r			1
	p			

r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p < 0.05$

Son aşamada, path modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular path modelinin genel olarak iyi uyum sağladığını göstermektedir. Path modeline göre, ÇİTSSTÖ'nin ÇBASDÖ üzerinde pozitif yönde ($\beta: 0.16$, $p: 0.000$), ÇBASDÖ'nin ÇİDÖ üzerinde pozitif yönde ($\beta: 0.43$, $p: 0.000$) ve ÇİTSSTÖ'nin ÇİDÖ üzerinde pozitif yönde

(β :0.26, p :0.000), istatistiksel olarak anlamlı derecede bir etkisi bulunmaktadır. Ayrıca ÇİTSSTÖ'nin, ÇİDÖ üzerindeki etkisinde ÇBASDÖ'nin (β :0.07, p :0.003) aracı bir rol üstlendiği tespit edilmiştir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Path (Yol) Modeli

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , GFI, NFI, TLI, IFI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin iyi uyum sağladığı görülmektedir (156-158). Genel olarak uyum indeksleri incelendiğinde, path modelinin kabul edilebilir olduğu söylenmelidir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Araştırmada kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$	3.293
GFI	$0.90 \leq GFI \leq 1$	$0.85 \leq GFI \leq 0.90$	0.993
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.979
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0.950
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0.985
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0.985
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0.066
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0.024

5. TARTIŞMA

Bu araştırma depremden 6 ay sonra 525 depremzedenin katılımı ile gerçekleştirilmiş olup, katılımcıların 293'ü kadın ve 232'si erkektir. Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin %33.5'inde ağır, %29.9'unda orta ve %22.7'sinde hafif düzeyde travma sonrası stres bozukluğu olduğu ve katılımcıların %47.2'sinde depresyon varlığı saptanmıştır.

Marmara depreminden 2-6 ay sonra yakınlarını kaybeden, evleri yıkılan, kendisi ya da aile üyelerinden biri tedavi gerektirecek şekilde yaralanan depremzedelerin seçildiği 151 ergenle yapılan bir çalışmada yüksek travma düzeyleri tespit edilmiştir (159). Bal ve Jensen tarafından Marmara depreminden 3 yıl sonra ergenler ile yapılan çalışmada ergenlerin büyük çoğunluğunun orta ile çok şiddetli düzeylerde TSSB semptomları gösterdikleri bildirilmiştir (160). Van depremi sonrası ergenlerle yürütülen bir çalışmada travma sonrası stres düzeyi %45.8 bulunmuştur. Bu çalışmada travma düzeyinin kadın cinsiyeti ve depremde en az bir yakını kaybetme ile anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir (161). Bu bulgu araştırmamız sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Araştırmamız sonuçlarına bakıldığında kadınlarda ve bir yakını kaybedenlerde travma düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.4). Van depreminden 8 yıl sonra ergenlerin post travma düzeyleri incelendiğinde çoğunun “orta” ve “orta-ağır” TSSB belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Bu çalışmada, bir yakını kaybetme ve enkaz altında kalma gibi durumlarla travma düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıca, depremin üzerinden 8 yıl geçmesine rağmen, travma düzeylerinin yüksek olması depremin psikolojik etkilerinin devam ettiğini göstermiştir (162). Van depreminden bir buçuk yıl sonra 1059 ergenin travma düzeyleri %35.5 olarak belirlenmiştir. (163). 1999 Parnitha depreminden 3 yıl arayla takip edilen ergenlerin TSSB düzeylerinin 3 yıl sonunda azaldığı gözlemlenmiştir. Bu azalma, deprem bölgesinde gerçekleştirilen toplumsal iyileştirme çabalarının etkili olmasının ve afet sonrası olumsuzlukların düşük düzey olmasının bir sonucu olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda kızlarda erkeklere oranla daha yüksek düzeyde travma puanı olduğu görülmüştür (164). Haiti depreminden 4 yıl sonra sokak çocuklarıyla ilgili yapılan bir çalışmada TSSB yaygınlık oranı %14.94 olarak bildirilmiştir. Düşük semptom oranları travma hissizliği olarak yorumlanmıştır (165). Nepal depreminin ardından yapılan bir başka çalışmada, depremden 4 yıl sonra 18-20 yaş arası üniversite öğrencisinde TSSB yaygınlık oranı %19.2 bulunmuştur. Bu çalışmada, karmaşık romantik ilişkilerin TSSB

semptomlarını artırabileceği belirtilmiştir (166). Araştırmamızda kadınlarda ve en az bir yakını kaybeden ergenlerde TSSB düzeylerinin literatür ile benzer şekilde yüksek olduğu ve bu durumun özellikle yaşam şeklinin değişmemiş olması nedeniyle devam ettiği görülmektedir. Araştırmamız benzer özellikler gösteren (depremi yaşadıkları şehir aynı olanlar, aynı konteyner kentte yaşayanlar) bir grup olması ve artçı depremlerin devam ettiği bir süreçte olması nedeniyle literatür için önemli bir bulgudur.

Araştırma sonuçlarımıza bakıldığında cinsiyet ve depresyon arasında anlamlı farklılık yokken, en az bir yakını kaybedenlerde depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Marmara depreminden sonra iki farklı bölgede depresyon düzeylerini incelemek için yapılan çalışmada, merkez üssüne yakın bölgelerdeki bireylerde depresyon yaygınlığının daha yüksek olduğu kayıt edilmiştir (167). Marmara depreminden altı ay sonra gerçekleştirilen bir çalışmada, çadırkentte ve evde yaşayan ergenlerin depresyon düzeyleri karşılaştırılmış aralarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (168). 2008 Wenchuan depreminden üç yıl sonra ergenlerle yapılan bir çalışmada ise, depresyon düzeyi %44.8 bulunmuş ve birinin yaralandığına tanıklık edenlerde depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (12). Wenchuan depreminin ardından 6,12,18 ve 24. aylarda yapılan çalışmada depresyon yaygınlık oranları sırasıyla %27.4, %41, %31.9 ve %38.3 olarak rapor edilmiştir. Bu sonuçlar, depresif semptomların kalıcı ve dirençli olabileceğini göstermektedir (169). Ya'an depreminden üç yıl sonra 6132 gibi yüksek rakamlı evrenle yapılan çalışmada ergenlerin depresyon yaygınlığı %19.8 bulunmuş, kızlarda ve yaşları daha büyük olan ergenlerde depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (170). Haiti depreminden iki buçuk yıl sonra çocuklar ve ergenler ile yürütülen bir çalışma sonucunda kızların ve çocukların daha yüksek depresyon semptomları gösterdiği bildirilmiştir (171). Bu çalışmalar arasındaki farklılıklar, depremin şiddeti ve örneklem özelliklerinden kaynaklanabilir.

Araştırmamız sonuçlarına bakıldığında, kadın ve erkekler arasında TSSB puanlarında anlamlı bir fark gözlemlenirken, cinsiyet ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Giannopoulou ve arkadaşlarının 1999 Atina depremi sonrası 2037 çocuk ve ergen üzerinde yaptığı çalışmada, kızların erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla TSSB semptomu gösterdikleri bulunmuştur (172). Marmara depremi sonrası ergenlerle yapılan çalışma, kızların erkeklere kıyasla daha yüksek TSSB puanlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur (160). 2011 Van depremi sonrası ergenlerle yapılan bir çalışmanın bulgularına bakıldığında araştırmamızla benzer olarak, kadınlarda TSSB oranının daha yaygın olduğu, ancak depresyon üzerinde cinsiyetin etkili olmadığı

görülmüştür (173). Türkiye’de yaşanan büyük depremler sonrasında TSSB ve depresyon düzeylerinin hala yüksek düzeylerde olması müdahale politikalarımızda hata veya eksiklik olduğunun göstergesidir. Öte yandan, Tang ve ark.’nın 2013 Ya’an depremi sonrası gerçekleştirdiği çalışma, cinsiyetin TSSB ve depresyon üzerindeki etkisinin belirgin olmadığını göstermiştir (14). Bu çelişkili bulgular, cinsiyetin travma sonrası psikopatolojideki rolünün karmaşık olduğunu göstermektedir.

Bulgularımız, depremde en az bir yakını (aile, akraba, arkadaş) kaybetmenin yüksek TSSB ve depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğunu, ayrıca düşük sosyo-ekonomik durumların ise TSSB ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Tang ve ark. Ya’an depreminden sonra ergenlerin TSSB ve depresyon düzeylerini sırasıyla %43.9 ve %20.9 olarak bulmuş, ayrıca her iki bozukluğun birlikte görülme oranını %18.2 olarak raporlamıştır. Bu çalışmada, ailede ölüm, yoksulluk, daha önceki deprem deneyimlerinin TSSB ve depresyon üzerinde önemli etkiler yarattığı belirtilmiştir (14). Kun ve ark. 2008 Wenchuan depreminden sonra yaptığı çalışmada, TSSB düzeylerinin yüksek seviyelerde olduğu bulunmuş ve düşük gelir, ailede ölüm ve evde hasar gibi faktörlerin TSSB’yi artırdığı bildirilmiştir (174). Kurt ve Gülbahçe’nin Van depreminden 8 yıl sonra ergen depremzedelerle yürüttüğü çalışmada, TSSB yaygınlığı orta düzey olarak bulunmuştur. Çalışmada, deprem kaynaklı yakını kaybetme veya enkaz altında kalma durumlarının TSSB puanları ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (162). Nepal depremi sonrası ergenler arasında yapılan çalışmalarda, düşük sosyo-ekonomik ve eğitim seviyelerinin TSSB ve depresyon oranlarıyla ilişkilendirildiği görülmüştür. (175). Ancak, bazı çalışmalar sosyo-ekonomik durumun ergenlerin ruh hali üzerindeki etkisinin sınırlı olabileceğini öne sürmüştür (174, 176). Araştırmamız, sosyo-ekonomik durumun TSSB üzerindeki etkisini desteklemekte, ancak bu bulguların tüm durumlar için geçerli olmayabileceğine işaret etmektedir. Bu tür varyasyonların ve koşullara özgü farklılıkların göz önünde bulundurulması, bu alandaki daha kapsamlı araştırmalar için önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada algılanan sosyal destek ile TSSB ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve sosyal desteğin önemli bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan ergenlerin, travma sonrası stres ve depresyon düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Araştırmamız sonucunda sosyal desteğin, ergenlerde TSSB ve depresyon gelişiminde koruyucu bir rol oynadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, literatürdeki diğer çalışmalarla da uyum göstermektedir. Psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkilere sahip olan sosyal destek, bireylerin genel iyi hissetmelerini ve

fiziksel sağlıklarını sürekli olarak olumlu etkilemektedir. Ayrıca, sosyal destekten yoksun olmanın birey üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabileceği ifade edilmektedir (138). Türkiye’de yapılan bir meta analiz sonucuna göre genel iyi oluş ile sosyal destek arasında pozitif bir ilişki, depresyon ile sosyal destek arasında negatif bir ilişki olduğu görölmüştür (177). Depremden etkilenen 549 ergen ile yapılan bir çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek puanı orta düzeyin üzerinde saptanmıştır. Kardeş sayısı, depremde bir yakınını kaybetme, deprem sonrası başka şehire gitme gibi faktörler ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu iletilmiştir (178). Depremi yaşamış yalnızca kız çocuklarıyla yapılan bir nitel çalışmada, bireyin sosyal çevresiyle sürekli ilişki içinde olmasının travmatik durumların daha hafif atlatılmasına yardımcı olduğu bulunmuştur. Depremzede kız öğrenciler, aile, arkadaş ve yakın akraba desteğinin önemine vurgu yaparken, aile üyeleri arasında hayatta kalanların birbirlerine sıkı bir şekilde tutunduğu ve arkadaş desteğinin haberleşme yoluyla sürdüğu ifade edilmiştir (179). Haiti depremi sonrası yapılan bir çalışmada ergenlerde algılanan sosyal destek düzeyleri ile TSSB semptomları arasındaki ilişki incelenmiştir. Algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan katılımcıların, TSSB semptomlarının daha düşük düzeyde olduğu görölmüştür (180). Mevcut araştırmamızın bulgularıyla tutarlılık gösteren bu sonuç, sosyal desteğin travma sonrası iyileşme süreçlerinde önemli bir koruyucu faktör olduğunu göstermektedir. Afetlerin devam edeceği düşünöldüğünde ergenlerde görölen psikopatolojik semptomların azaltılmasına yönelik müdahalelerin geliştirilmesi ve sosyal destek sistemlerin güçlendirilmesi özellikle travmatik deneyimlerin ardından ergenlerde görölen psikolojik iyilik hallerinin artması açısından kritik bir öneme sahip olduğu öngörülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ergenlerin algıladıkları sosyal desteğin travma sonrası stres ve depresyon düzeylerine etkisi incelenmiştir ve araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- Depremden etkilenen ergenlerin büyük çoğunluğunun travma sonrası stres ve depresyon yaşadığı görülmüştür.
- Kadın cinsiyeti, ekonomik durumu orta/kötü olan ve en az bir yakını kaybetmiş olan ergenlerin travma sonrası stres düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Okula devam eden ve en az bir yakını kaybetme ergenlerin depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinde, kadınların ve okula devam etmeyen ergenlerin özel alt boyut puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.
- En az bir yakını kaybeden ergenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek aile alt boyutu puanı daha yüksek bulunmuştur.
- Algılanan sosyal destek düzeyinin artmasıyla birlikte ergenlerin, travma sonrası stres ve depresyon düzeylerinde azalma olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Ergenlerde TSSB ve depresyon düzeylerinin uzun vadeli etkilerini incelemek için uzun dönemli takip çalışmaları yapılmalıdır. Bu çalışmalar, etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.
- Cinsiyetin travma ve depresyon üzerindeki potansiyel rolünü daha iyi belirlemek için kapsamlı ve çeşitli örneklerle yapılacak gelecekteki araştırmalar büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmalar, cinsiyetin travma sonrası psikopatolojinin çeşitli boyutlarına etkilerini daha iyi anlamamıza ve hedeflenmiş müdahaleler geliştirmemize yardımcı olabilir.
- Depremler sonrasında sosyal destek kaynaklarının hızlı bir şekilde devreye alınmasına yönelik politikaların geliştirilmesi, aile, öğretmenler ve arkadaşlar aracılığıyla sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ergenlerin psikolojik dayanıklılığını arttırabilir.

KAYNAKLAR

1. Usta G, Gündüz F, Atalay E. Disaster and gender: men's experiences during and after the earthquake. *Natural Hazards*. 2024;120: 9917-33.
2. Akar A, Akar Ö, Konakoğlu B. Analysis of emergency assembly points for post-earthquake disaster management: a case study of Erzincan, Türkiye. *Natural Hazards*. 2024;120:11791-824.
3. Turan Bayraktar D, Kefeli Çol B, Gümüşler Başaran A, Genç Köse B. Earthquake knowledge level and sustainable earthquake awareness of university students. *Natural Hazards*. 2024;120(11):10001-11.
4. Matsuoka Y, Haseda M, Kanamori M, Sato K, Amemiya A, Ojima T, et al. Does disaster-related relocation impact mental health via changes in group participation among older adults? Causal mediation analysis of a pre-post disaster study of the 2016 Kumamoto earthquake. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1982-93.
5. Trisilia MS, Sugiyanto C, Rifai A. Impact of natural disasters on mental health and welfare: the case of the 2006 Yogyakarta earthquake. *Discover Psychology*. 2024;4(1):1-22.
6. Yeon DH, Chung JB, Im DH. The effects of earthquake experience on disaster education for children and teens. *Int J Environ Res and Public Health*. 2020;17(15):5347-61.
7. Gerstner RMF, Lara-Lara F, Vasconez E, Viscor G, Jarrin JD, Ortiz-Prado E. Earthquake-related stressors associated with suicidality, depression, anxiety and post-traumatic stress in adolescents from Muisne after the earthquake 2016 in Ecuador. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):347-54.
8. Li Y, Ye Y, Zhou X. Parent-child relationship, parenting behaviors, and adolescents' depressive symptoms after an earthquake: unraveling within-adolescent associations from between-adolescent differences. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(7):2301-18.
9. Le Roux IH, Cobham VE. Psychological interventions for children experiencing PTSD after exposure to a natural disaster: a scoping review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2022;25(2):249-82.
10. Demirci H, Bilge Y, Emiral E, Şen S. Enhancing recovery in post-earthquake adolescents: examining the impact of a psychoeducational intervention on traumatic stress symptoms and coping strategies. *Curr Psychol*. 2024;43(33):26983-96.

11. Bulut S. Depremden sonra çocuklarda görülen travma sonrası stres tepkilerinin yaş ve cinsiyetler açısından karşılaştırılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2009;4(31):43-51.
12. Pan X, Liu W, Deng G, Liu T, Yan J, Tang Y, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among junior high school students in worst-hit areas 3 years after the Wenchuan earthquake in China. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):1985-94.
13. Löw A, Lotar Rihtarić M, Vrselja I. Resource loss, coping strategies and post-traumatic stress disorder symptoms in survivors of the 2020 Croatia earthquake. *BMC Psychology*. 2023;11(1):128-36.
14. Tang W, Zhao J, Lu Y, Yan T, Wang L, Zhang J, et al. Mental health problems among children and adolescents experiencing two major earthquakes in remote mountainous regions: a longitudinal study. *Compr Psychiatry*. 2017;72:66-73.
15. Sun R, Yang X, Wu X, Zhou X. Sometimes less is more: switching influence of social support on posttraumatic growth over time after a natural disaster. *J Youth Adolesc*. 2023;52(1):218-28.
16. Ye H, Wang D, Chen X, Chen M, Ouyang H, Chen C, et al. Mediating roles of social support and posttraumatic growth in the relation between mindfulness and quality of life in disaster-exposed survivors. *J Public Health*. 2024;32(6):931-41.
17. İme Y. The effect of online cognitive behavioral group counseling on anxiety, depression, stress and resilience in Maraş-centered earthquake survivors. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2024;42(2):459-74.
18. Pijnenburg LJ, Velikonja T, Pietrzak RH, DePierro J, de Haan L, Todd AC, et al. Perceived social support and longitudinal trajectories of depression and anxiety in World Trade Center responders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2024;59(8):1413-24.
19. Olstad R, Sexton H, Sogaard AJ. The Finnmark study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(12):582-9.
20. Seeman TE, McEwen BS. Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosom Med*. 1996;58(5):459-71.
21. Hızlı FG, Taşkıntuna N, Işıklı S, Kılıç C, Zileli L. Predictors of posttraumatic stress in children and adolescents. *Child Youth Serv Rev*. 2009;31(3):349-54.

22. Xiao J, Deng Q, Hou M, Shen J, Gencel O. Where are demolition wastes going: reflection and analysis of the February 6, 2023 earthquake disaster in Turkey. *Low-carbon Materials and Green Construction*. 2023;1(1):1-9.
23. Okuyama J, Seto S, Fukuda Y, Suzukamo Y, Okazaki T, Furusawa Y, et al. Establishment of a post-disaster healthcare information booklet for the Turkey–Syrian earthquake, based on past disasters. *Sci Rep*. 2024;14(1):1558-66.
24. Avcil F, Işık E, İzol R, Büyüksaraç A, Arkan E, Arslan MH, et al. Effects of the February 6, 2023, Kahramanmaraş earthquake on structures in Kahramanmaraş city. *Natural Hazards*. 2024;120(3):2953-91.
25. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü. <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu> Son Erişim Tarihi 27 Ekim 2024.
26. Centre for Research on Epidemiology of Disasters 2023 Disasters in Numbers: A Significant Year of Disaster Impact. https://files.emdat.be/reports/2023_EMDAT_report Son Erişim Tarihi 22 Kasım 2024.
27. Smith DF, Casadevall A. Disaster microbiology-a new field of study. *MBio*. 2022;13(4):1-10.
28. Sarı T, Taşdelen Karçkay A, Tarcın Ş. The development of the fear of earthquake scale: validity and reliability study in Türkiye after the 2023 earthquake. *BMC Psychol*. 2023;11(1):433-43.
29. Matsuda S, Yoshimura H, Kawachi I. Impact of natural disaster on oral health: a scoping review. *Medicine*. 2023;102(8):33076-82.
30. Shukla D, Azad HK, Abhishek K, Shitharth S. Disaster management ontology- an ontological approach to disaster management automation. *Sci Rep*. 2023;13(1):8091-106.
31. Semerci M, Uzun S. The effectiveness of post-disaster psychotherapeutic interventions: a systematic review and meta-analysis study. *Asian J Psychiatr*. 2023;85:103615-22.
32. Chaudhary MT, Piracha A. Natural disasters-origins, impacts, management. *Encyclopedia*. 2021;1(4):1101-31.
33. Yazıcı Ö, Kalın Ulu Ö. “Doğal Afet” için kavramsal metaforların karşılaştırmalı analizi. *e- Kafkas Eğitim Araştırmaları Dergisi*. 2018;5(1):25-40.

34. Iyama A, Utsunomiya D, Uetani H, Kidoh M, Sugahara T, Yoshimatsu S, et al. Emergency radiology after a massive earthquake: clinical perspective. *Jpn J Radiol.* 2018;36(11):641-8.
35. Wang Y, Xu J, Lu Y. Associations among trauma exposure, post-traumatic stress disorder, and depression symptoms in adolescent survivors of the 2013 Lushan earthquake. *J Affect Disord.* 2020;264:407-13.
36. Can Gür G. Shattered ground, resilient souls: examining coping strategies, social support, and earthquake exposure's effects on post-traumatic stress disorder symptoms among adolescent and young adults survivors of the 2023 earthquake in Türkiye. *Curr Psychol.* 2024;43(25):21745-55.
37. Keskin Töre F, Ağralı C, Nacar G. Changes in family planning methods and sexual behaviors after Türkiye's earthquake and the effect of on quality of sexual life. *Am J Fam Ther.* 2024;52(5):537-51.
38. Kocaman İ. The effect of the Kahramanmaraş earthquakes (Mw 7.7 and Mw 7.6) on historical masonry mosques and minarets. *Engineering Failure Analysis.* 2023;149:107225-39.
39. Asoğlu E, Özdemir Ö. Deprem kaynaklı travma sonrası stres belirtileri ile başa çıkmada din eğitiminin rolü. *Türkiye Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi.* 2024;17:321-48.
40. Efendi GY, Temeltürk RD, Çakmak IB, Dinçer M. Surviving the immediate aftermath of a disaster: a preliminary investigation of adolescents' acute stress reactions and mental health needs after the 2023 Turkey earthquakes. *Children (Basel).* 2023;10(9):1485-503.
41. Topçu EG. Disaster preparedness: the effects of natural disasters on women's health in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;163(2):345-7.
42. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı 06 Şubat 2023 Pazarcık-Elbistan Kahramanmaraş (Mw: 7.7 – Mw: 7.6) Depremleri Raporu. https://deprem.afad.gov.tr/assets/pdf/Kahramanmara%C5%9F%20Depremi%20%20Raporu_02.06.2023.pdf Son Erişim Tarihi 27.09.2024.
43. Lo H-WA, Su C-Y, Chou FH-C. Disaster psychiatry in Taiwan: a comprehensive review. *J Exp Clin Med.* 2012;4(2):77-81.
44. Alpay EH, Aydın A. Effects of peritraumatic reactions on post-traumatic stress among Kahramanmaras earthquake survivors. *Nord J Psychiatry.* 2024;78(2):153-61.

45. Fong KNK, Law YM, Luo L, Zhao ZE, Chen H, Ganesan B, et al. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after an earthquake experience: a cross-sectional survey of Wenchuan earthquake victims with physical disabilities 10 years later. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2022;80:103225-37.
46. Lazarus PJ, Jimerson SR, Brock SE. *Best Practices in School Crisis Prevention and Intervention*, 1sted. Amerika Birleşik Devletleri, NASP Publications, 2002: 435-50.
47. Akram S, Baloch MYJ, Alrefaei AF, Almutairi MH, Idrees M, Al-Kubaisi HAR. Interface between mental health and the earthquake: considering humanitarian endeavor. *Front Public Health.* 2024;12:1-5.
48. Jieling C, Xinchun W. Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth among children and adolescents following an earthquake: a latent profile analysis. *Child Adolesc Ment Health.* 2017;22(1):23-9.
49. Şişman H, Yurtseven Ş, Arslan S. Metaphorical perceptions of surgical nurses regarding care for earthquake victims. *Int J Orthop Trauma Nurs.* 2024;54:101104-8.
50. Sulistyaningrum E. The impact of earthquake on child test score. *Journal of Indonesian Economy and Business.* 2017;32(2):104-20.
51. Raccanello D, Burro R, Hall R. Children's emotional experience two years after an earthquake: an exploration of knowledge of earthquakes and associated emotions. *PLoS One.* 2017;12(12):1-21.
52. Limoncu S, Atmaca AB. Çocuk merkezli afet yönetimi. *Megaron.* 2018;13(1):132-43.
53. Subedi S, Davison C, Bartels S. Analysis of the relationship between earthquake-related losses and the frequency of child-directed emotional, physical, and severe physical abuse in Haiti. *Child Abuse Negl.* 2020;106:104509-18.
54. Liu X, Tang B, Zhao F, Xue C, Dong J, Zhang L. Post-traumatic positive and negative psychological changes experienced by child and adolescent earthquake survivors in remote rural western China: a cross-sectional study six years after the Yushu earthquake. *Psychol Health Med.* 2021;26(2):184-95.
55. Ulloa RE, Sarmiento E. Patient characteristics associated with the need for long-term treatment in a child psychiatry hospital after the earthquake in Mexico city. *Disaster Med Public Health Prep.* 2022;16(1):16-8.
56. Demir Kasap B, Başaran C. Deprem sonrası çocuk hasta, ezilme (crush) sendromu. *TOTBİD Dergisi.* 2022;21(3):304-11.

57. Ataç M, Özsezer G. Depremden etkilenen çocuk ve ergenlerin ruhsal durumu ve hemşirelik yaklaşımı. *Acil Yardım ve Afet Bilimi Dergisi*. 2021;1(1):22-7.
58. Mutch C. "Sailing through a river of emotions": capturing children's earthquake stories. *Disaster Prevention and Management*. 2013;22(5):445-55.
59. Canpolat N, Saygılı S, Sever L. Earthquake in Turkey: disasters and children. *Türk Arch Pediatr*. 2023;58(2):119-21.
60. Khan YS, Khan AW, Alabdulla M. The psychological impact of the Turkey-Syria earthquake on children: addressing the need for ongoing mental health support and global humanitarian response. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(2):1-5.
61. Kunii Y, Usukura H, Otsuka K, Maeda M, Yabe H, Takahashi S, et al. Lessons learned from psychosocial support and mental health surveys during the 10 years since the great East Japan earthquake: establishing evidence-based disaster psychiatry. *Psychiatry Clinical Neurosci*. 2022;76(6):212-21.
62. Okan N, Şahin Y. Mental health during crisis: development and evaluation of the post-disaster spiritual coping scale in Turkey. *J Relig Health*. 2024;63(2):1609-22.
63. Erkan S. Deprem yaşayan ve yaşamayan okul öncesi çocukların davranışsal/duygusal sorunlarının karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Dergisi*. 2010;28(28):55-66.
64. Oflaz F. Travma yaşamış çocuk ve gençlerin ele alınmasında çocuk-ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Dergisi*. 2015;1(2):46-51.
65. Erden G, Gürdil G. Savaş yaşantılarının ardından çocuk ve ergenlerde gözlenen travma tepkileri ve psiko-sosyal yardım önerileri. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2009;12(24):1-13.
66. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr/> Son Erişim Tarihi 30 Eylül 2024.
67. Torrisi SA, Leggio GM, Drago F, Salomone S. Therapeutic challenges of post-traumatic stress disorder: focus on the dopaminergic system. *Front Pharmacol*. 2019;10:404-15.
68. Astill Wright L, Sijbrandij M, Sinnerton R, Lewis C, Roberts NP, Bisson JI. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2019;9(1):334-43.

69. Sever M, Allahverdi FZ. Çocukluk döneminde maruz kalınan istismar nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylere özgü etkili psikolojik tedaviler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2023;25(3):1278-307.
70. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Clin Psychol Rev. 2012;32(2):122-38.
71. Matsumoto K, Sakuma A, Ueda I, Nagao A, Takahashi Y. Psychological trauma after the Great East Japan earthquake. Psychiatry Clin Neurosci. 2016;70(8):318-31.
72. Mega FJPA. Travma sonrası stres bozukluğu tanısının tarihsel süreci, çocuklarda klinik seyri ve BDT uygulamaları. Psikoloji Araştırmaları. 2020;1(1):24-9.
73. Qi W, Gevonden M, Shalev A. Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: current evidence and future directions. Curr Psychiatry Rep. 2016;18(2):20-31.
74. Acharya S, Bhatta DN, Assannangkornchai S. Post-traumatic stress disorder symptoms among children of Kathmandu 1 year after the 2015 earthquake in Nepal. Disaster Med Public Health Prep. 2018;12(4):486-92.
75. Otto MW, Henin A, Hirshfeld-Becker DR, Pollack MH, Biederman J, Rosenbaum JF. Posttraumatic stress disorder symptoms following media exposure to tragic events: Impact of 9/11 on children at risk for anxiety disorders. J Anxiety Disord. 2007;21(7):888-902.
76. Schrader C, Ross A. A review of PTSD and current treatment strategies. Mo Med. 2021;118(6):546-51.
77. Amerikan Psikiyatri Birliği. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Çeviri: Köroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
78. Yavuz KF, Karatepe HT. Travma sonrası stres bozukluğunun psikoterapisi. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2015;8(1):44-52.
79. Küçük S, Gözen D. Çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu ve hemşirenin rolü. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2024;7(2):218-24.
80. Yorbık Ö, Dikkatli S, Söhmen T. Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry. 2002;3(1):35-44.
81. Donnelly CL, Amaya-Jackson L. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Pediatr Drugs. 2002;4(3):159-70.

82. Öz E, Küçükkelepçe O, Kurt O, Kapıcı Y. The relationship between earthquake-induced post-traumatic stress disorder and breastfeeding attitude and behavior. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):343-51.
83. Girgenti MJ, Hare BD, Ghosal S, Duman RS. Molecular and cellular effects of traumatic stress: implications for PTSD. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(11):1-10.
84. Hızlı FG, Taşkıntuna N, Işıklı S, Kılıç C, Zileli L. Predictors of posttraumatic stress in children and adolescents. *Child Youth Serv Rev*. 2009;31(3):349-54.
85. Dahal HR, Kumar DS, Thapa D. Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorders among the survivors of 2015 Nepal earthquake, in Dhading, Nepal. *Sleep and Hypnosis*. 2018;20(2):128-39.
86. Çıtak Ş, Dadandı İ. The effect of earthquake exposure on ptsd symptoms is mediated by intrusive rumination and moderated by gender: a cross-sectional study on the 2023 Kahramanmaraş earthquake survivors. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2294-302.
87. Toropova KA, Ivashkina OI, Anokhin KV. Post-traumatic stress disorder: theoretical approaches and animal models. *Neurosci Behav Physiol*. 2022;52(5):705-21.
88. Christoffersen MN, Thorup AAE. Post-traumatic stress disorder in school-age children: a nationwide prospective birth cohort study. *J Child Adolesc Trauma*. 2024;17(2):139-57.
89. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1(1):1-22.
90. Coşgun MG, Cömert IT. 2020 İzmir depremini yaşamış bireylerde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki. *Afet ve Risk Dergisi*. 2022;6(3):1024-34.
91. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. 2015;46(2):327-43.
92. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med*. 2012;3(1):2-9.
93. Tunçel Kuman Ö. Deprem, kitlesel travma ve sonrası. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2023;60:97-8.

94. Coşkun AB, Elmaoğlu E, Alsaç Yüzer S. Post Travmatik Stres Sendromu: Çocuklar, Aileler ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Uyar Hazar H(editör). Sağlık ve Bilim 2023: Hemşirelik II, 1. Baskı. İstanbul, Efe Akademik Yayıncılık, 2023: 47-62.
95. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(11):769-87.
96. Norred MA, Zuschlag ZD, Hamner MB. A neuroanatomic and pathophysiologic framework for novel pharmacological approaches to the treatment of post-traumatic stress disorder. *Drugs*. 2024;84(2):149-64.
97. Li J, Tong L, Schock BC, Ji LL. Post-traumatic stress disorder: focus on neuroinflammation. *Mol Neurobiol*. 2023;60(7):3963-78.
98. Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dörfel D, Rohleder N, Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006;30(7):1004-31.
99. Kim GS, Smith AK, Nievergelt CM, Uddin M. Neuroepigenetics of Post-Traumatic Stress Disorder. In: Rutten BPF (ed). *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 1sted. Hollanda, Academic Press, 2018: 227-53.
100. Alpay H, Çelik D. Karmaşık travma sonrası stres bozukluğu: bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2022;14(4):589-96.
101. Astitene K, Lahlou L, Barkat A. Post traumatic stress disorder among adolescents schooled in public schools. *Open Access of Library Journal*. 2018;5(12):1-25.
102. Astitene K, Barkat A. Post traumatic stress disorder in schooled adolescents in detention. *Open Access of Library Journal*. 2018;5(10):1-20.
103. Dikici Sücüllüoğlu D, Aşçıbaşı K, Aydemir Ö. DSM-5 Depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(2):51-6.
104. Yıldırım İ, Özşevik K, Özer S, Canyurt E, Tortop Y. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2015;9(9):32-9.
105. Weersing VR, Jeffreys M, Do MT, Schwartz KT, Bolano C. Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017;46(1):11-43.
106. Shorter E. The history of nosology and the rise of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(1):59-67.

107. Choe CJ, Emslie GJ, Mayes TL. Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21(4):807-29.
108. Kapornai K, Vetró Á. Depression in children. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(1):1-7.
109. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord*. 2019;243:175-81.
110. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(4):382-9.
111. Dopheide JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm*. 2006; 63(3):233-43.
112. Marthoenis M, Ilyas A, Sofyan H, Schouler Ocak M. Prevalence, comorbidity and predictors of post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adolescents following an earthquake. *Asian J Psychiatr*. 2019;43:154-9.
113. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam*. 2004;17(1):27-33.
114. Uslu B, Aktaş Ş. Selenyum ve depresyon üzerine etkileri. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*. 2020;20:147-51.
115. Langlieb AM, JR DePaulo Jr. Etiology of depression and implications on work environment. *J Occup Environ Med*. 2008;50(4):391-5.
116. Flint J, Kendler KS. The genetics of major depression. *Neuron* 2014;81(3):484-503.
117. Brage DG. Adolescent depression: a review of the literature. *Arch Psychiatr Nurs*. 1995;9(1):45-55.
118. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: an integrated view. *Asian J Psychiatr*. 2017;27:101-11.
119. Hammen C. Risk factors for depression: an autobiographical review. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;14(1):1-28.
120. Kessler RC, Jonge P, Shahly V, Van Loo HM, Se Wang P, Wilcox MA. Epidemiology of Depression. In: Gotlib IH, Hammen CL. *Handbook of Depression*, 3rd ed. New York, Guilford Press, 2015:7-24.
121. Munro M, Milne R. Symptoms and causes of depression, and its diagnosis and management. *Nursing Times*. 2020;116(4):18-22.

122. Bakic H, Ajdukovic D. Resilience after natural disasters: the process of harnessing resources in communities differentially exposed to a flood. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1891733-47.
123. LeMoult J. From stress to depression: bringing together cognitive and biological science. *Curr Dir Psychol Sci*. 2020;29(6):592-8.
124. Hammen C. Adolescent depression: stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(4):200-4.
125. Thompson MC, McNeil FM, Rea MM, Asarnow JR. Identifying and treating adolescent depression. *West J Med*. 2000;172(3):172-6.
126. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein RE, Levitt A, et al. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics*. 2018;141(3):1-21.
127. Farmer TJ. The experience of major depression: adolescents' perspectives. *Issues Ment Health Nurs*. 2002;23(6):567-85.
128. Seiffge Krenke I. Depression in children and adolescents: prevalence, diagnosis, etiology, gender differences and therapeutic approaches. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2007;56(3):185-205.
129. Tajvar M, Fletcher A, Grundy E, Arab M. Social support and health of older people in Middle Eastern countries: a systematic review. *Australas J Ageing*. 2013;32(2):71-8.
130. Hombrados-Mendieta I, Castro-Travé M. Apoyo social, clima social y percepción de conflictos en un contexto educativo intercultural. *Annals of Psychology*. 2013;29(1):108-22.
131. Hefner J, Eisenberg D. Social support and mental health among college students. *Am J Orthopsychiatry*. 2009;79(4):491-9.
132. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry*. 2016;209(4):284-93.
133. Trombini C, Jiang W, Kinias Z. Receiving social support motivates long-term prosocial behavior. *Journal of Business Ethics*. 2024:1-23.
134. Yuan Z, Li W, Ding W, Song S, Qian L, Xie R. Your support is my healing: the impact of perceived social support on adolescent NSSI — a sequential mediation analysis. *Curr Psychol*. 2024;43(1):261-71.

135. Yang Q, Xie R, Li J, Zhang R, Ding W, Li W. the mutual relationship between self-compassion, perceived social support, and adolescent nssi: a three-wave longitudinal study. *Mindfulness*. 2023;14(8):1940-50.
136. Kwok SYCL, Gu M, Lai KY. A longitudinal study of perceived social support from friends and hope in adolescents: emotional intelligence as the mediator. *Current Psychology*. 2024;43(25):21518-29.
137. Zhang Y, Cao X, Lei G, Wu H. Relationship between perceived social support and postgraduate students' general self-efficacy: a mediated model with moderation. *Curr Psychol*. 2024;43(16):14567-80.
138. Yavuzer Y, Albayrak G, Keldal G. Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: problem çözme becerilerinin aracılık etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2018;33(1):242-55.
139. Yürür S, Sarıkaya M. Sosyal çalışmacıların sosyal destek algılarının tükenmişliğe etkisi/The effect of social workers' social support perceptions on burnout. *Ege Akademik Bakış*. 2011;11(4):537-52.
140. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *J Urban Health*. 2001;78(3):458-67.
141. Cornwell B. The dynamic properties of social support: decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*. 2003;81(3):953-78.
142. Stansfeld SA, Marmot M, Wilkinson R. Social support and social cohesion. *Social Determinants of Health*. 2006;2:148-71.
143. Taylor SE. Social support: a review. In: Friedman SH (ed). *The Oxford Handbook of Health Psychology*, 2nded. Amerika Birleşik Devletleri, Oxford University Press, 2011: 189-214.
144. Szkody E, Spence A, Özdoğru A, Tushir B, Chang F, Akkaş H, et al. Social support and help-seeking worldwide. *Curr Psychol*. 2024;43(22):20165-81.
145. Long E, Thomson M, Milicev J, Goodfellow C, Letina S, Bradley S, et al. Loneliness, social support, and social networks: urban–rural variation and links to wellbeing in Scotland. *J Public Health*. 2024:1-11.
146. Montoya M, Uchino BN. Social support and telomere length: a meta-analysis. *J Behav Med*. 2023;46(4):556-65.
147. Borgers T, Rinck A, Enneking V, Klug M, Winter A, Gruber M, et al. Interaction of perceived social support and childhood maltreatment on limbic responsivity

- towards negative emotional stimuli in healthy individuals. *Neuropsychopharmacology*. 2024;49(11):1775-82.
148. Akbari K, Yari A, Ostadtaghizadeh A. Nurses' experiences of providing medical services during the Kermanshah earthquake in Iran: a qualitative study. *BMC Emerg Med*. 2024;24(1):4-14.
149. Arslanlı SE, Duru HA, Bakır E, Pulat P. Exploring the disaster experiences and psychosocial support needs of children affected by the Kahramanmaraş earthquake in Turkey through drawing narratives. *J Pediatr Nurs*. 2024;78:260-9.
150. Abdi A, Vaisi Raygani A, Najafi B, Saidi H, Moradi K. Reflecting on the challenges encountered by nurses at the great Kermanshah earthquake: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2021;20(1):90-7.
151. Zhang D, Zhang LY, Zhang K, Zhang H, Zhang H-f, Zhao K. Disaster literacy in disaster emergency response: a national qualitative study among nurses. *BMC Nurs*. 2024;23(1):1-10.
152. Küçükoğlu S, Yıldırım N, Dursun OB. Posttraumatic stress symptoms seen in children within the 3-month period after the Van earthquake in Turkey. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(5):542-9.
153. Düken ME. Investigation of the relationship between mental health status and sleep patterns of children who experienced the Kahramanmaraş earthquake: data from the earthquake region. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2023;30(5):868-77.
154. Nasrabadi A, Naji H, Mirzabeigi G, Dadbakhs M. Earthquake relief: Iranian nurses' responses in Bam, 2003, and lessons learned. *Int Nurs Rev*. 2007;54(1):13-8.
155. Nunnally JC. *Psychometric Theory*, 2nd ed. New York, Tata McGraw-Hill, 1978: 245-46.
156. Meydan CH, Şeşen H. Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları, 2. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, 2015: 36-49.
157. Hu Lt, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999;6(1):1-55.
158. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using Multivariate Statistics*, 6th ed. New York, Pearson, 2013: 497-16.
159. Alyanak B, Ekşi A, Toparlak D, Peykerli G, Saydam R. Depremden sonraki 2-6 aylık sürede travma sonrası stres bozukluğunun ergenlerde araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2000;7(2):71-80.

160. Bal A, Jensen B. Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish child and adolescent trauma survivors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(7):449-57.
161. Tanhan F, Kardaş F. Van depremini yaşayan ortaöğretim öğrencilerinin travmadan etkilenme ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Dergisi*. 2014;4(1):102-15.
162. Kurt E, Gülbahçe A. Van depremini yaşayan öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2019;23(3):957-72.
163. Kardaş F, Tanhan F. Van depremini yaşayan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres, travma sonrası büyüme ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2018;15(1):1-36.
164. Goenjian AK, Roussos A, Steinberg AM, Sotiropoulou C, Walling D, Kakaki M, et al. Longitudinal study of PTSD, depression, and quality of life among adolescents after the Parnitha earthquake. *J Affect Disord*. 2011;133(3):509-15.
165. Derivois D, Cénat JM, Joseph NE, Karray A, Chahraoui K. Prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms in street children survivors of the 2010 earthquake in Haiti, four years after. *Child Abuse Negl*. 2017;67:174-81.
166. Sharma V, Levin BL, Rahill GJ, Baldwin JA, Luitel A, Marhefka SL. Post-earthquake self-reported depressive symptoms and post-traumatic stress disorder and their correlates among college-youths in Kathmandu, Nepal. *Psychiatr Q*. 2021;92(4):1595-609.
167. Kılıç C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108(3):232-8.
168. Sabuncuoğlu O, Çevikaslan A, Berkem M. Marmara depreminden etkilenen iki ayrı bölgede ergenlerde depresyon, kaygı ve davranış. *Klinik Psikiyatri*. 2003;6:189-97.
169. Ye Y, Fan F, Li L, Han Q. Trajectory and predictors of depressive symptoms among adolescent survivors following the Wenchuan earthquake in China: a cohort study. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(6):943-52.
170. Tang W, Lu Y, Xu J. Post-traumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms among adolescent earthquake victims: comorbidity and associated sleep-disturbing factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(11):1241-51.

171. Cénat JM, Derivois D. Long-term outcomes among child and adolescent survivors of the 2010 Haitian earthquake. *Depress Anxiety*. 2015;32(1):57-63.
172. Giannopoulou I, Strouthos M, Smith P, Dikaiakou A, Galanopoulou V, Yule W. Post-traumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake. *Eur Psychiatry*. 2006;21(3):160-6.
173. Kadak MT, Nasıroğlu S, Boysan M, Aydın A. Risk factors predicting posttraumatic stress reactions in adolescents after 2011 Van earthquake. *Compr Psychiatry*. 2013;54(7):982-90.
174. Kun P, Han S, Chen X, Yao L. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1134-40.
175. Silwal S, Chudal R, Dybdahl R, Sillanmäki L, Lien L, Sourander A. Post-traumatic stress and depressive symptoms among adolescents after the 2015 earthquake in Nepal: a longitudinal study. *Child Psychiatry Human Dev*. 2022;53(3):430-9.
176. Sweeting H, Green M, Benzeval M, West P. The emergence of health inequalities in early adulthood: evidence on timing and mechanisms from a West of Scotland cohort. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1-15.
177. Yalçın İ. İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2015;26(1):21-32.
178. Kurudirek F, Çiftci K, Demir İmamoğlu Z, Demir Barbak Z. Depremden etkilenen ergenlerde yalnızlık ve sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi: Türkiye’den bir çalışma. 4. Uluslararası Akdeniz ve 3. Uluslararası 8. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi; 1-3 Haziran 2023, Erzurum, Türkiye: 4. Uluslararası Akdeniz ve 3. Uluslararası 8. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongre Kitabı; 2023. p. 758-759.
179. Sarıgül A. Depremi deneyimlemiş kız üniversite öğrencilerinin deprem sonrası sosyal destek uygulamalarına ilişkin fenomenolojik bir çalışma. *Spor, Eğitim ve Çocuk*. 2023;3(3):21-37.
180. Mesidor JK, Sly KF. Religious coping, general coping strategies, perceived social support, PTSD symptoms, resilience, and posttraumatic growth among survivors of the 2010 earthquake in Haiti. *Mental Health, Religion and Culture*. 2019;22(2):130-43.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu

- 1.Cinsiyetiniz 1.Kadın 2. Erkek
- 2.Yaş 3.Kardeş sayınız.....
- 4.Eğitim durumunuz: 1.Ortaokul 2.Lise
- 5.Okula devam etme durumunuz: 1.Evet 2.Hayır
- 6.Annenizin yaşı..... 7.Babanızın yaşı.....
- 8.Annenizin mesleği 1. Çalışmıyor 2. Memur 3. İşçi 4. Esnaf 5. Emekli 6.Diğer
- 9.Babanızın mesleği 1. Çalışmıyor 2. Memur 3. İşçi 4. Esnaf 5. Emekli 6.Diğer
- 10.Ailenizin sosyo ekonomik durumu
- 1.İyi 2. Orta 3.Kötü
- 11.Yaşadığınız yer: 1 Şehir merkezi 2.Kırsal kesim (ilçe, kasaba, köy)
- 12.Aile tipi: 1.Çekirdek 2.Geniş 3. Parçalanmış
- 13.Deprem sırasında hangi ilde ikamet ediyordunuz?
- 1.Kahramanmaraş 2.Hatay 3.Adıyaman 4. Malatya 5.Diğer
- 14.Depremden sonra evinizin hasar alma durumu?
- 1.Yıkıldı 2.Ağır hasarlı 3.Orta hasarlı 4.Hafif hasarlı 5.Hasarsız
- 15.Depremde enkaz altında kalma durumu: 1.Evet 2.Hayır
- 16.Depremde enkaz altında kalan yakınınız oldu mu? 1.Evet 2.Hayır
- 17.(Varsa) Enkaz altında kalan yakınınız kimdi?
- 1.Anne 2.Baba 3.Kardeş 4.Teyze/Hala 5.Amca/Dayı 6.Büyükanne/Büyükbaba
- 18.Depremde hayatını kaybeden birinci derece akrabanız var mı?
- 1.Evet 2.Hayır
- 19.(Varsa) Depremde hayatını kaybeden birinci derece akrabanız kim/kimler?
- 1.Annem 2.Babam 3.Bir kardeş 4.İki ve üstü kardeş
20. Depremde hayatını kaybeden ikinci derece akrabanız var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 21.(Varsa) Depremde hayatını kaybeden ikinci derece akrabanız kim/kimler?
- 1.Teyze 2.Hala 3.Amca 4.Dayı 5.Büyükanne 6.Büyükbaba
22. Depremde hayatını kaybeden üçüncü derece akrabanız var mı? 1.Evet 2.Hayır
23. Depremde hayatını kaybeden arkadaşınız var mı? 1.Evet 2.Hayır

EK-3. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepkileri Ölçeği Türkçe Form	Hiç Bir Zaman	Seyrek Olarak	Ara Sıra	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Bu (olay/olaylar) senin yaşındaki çocukların çoğunuüzecek ya da rahatsız edecek türden miydi?	0	1	2	3	4
2. (Olayı) düşündüğünde korku, endişe ya da sıkıntıhissediyor musun?	0	1	2	3	4
3. Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani (Olay) lailgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu ya da aklına sesler geliyor mu?	0	1	2	3	4
4. (Olay) ile ilgili düşünceler istemediğin halde tekrar tekraraklına geliyor mu?	0	1	2	3	4
5. A.Kötü rüyalar görüyor musun? B.(Olay) ile ilgili güzel yada kötü rüyalar görüyor musun?	0	1	2	3	4
6. Sana böyle bir olayın yine olabileceğini düşündüren şeyler var mı?	0	1	2	3	4
7. Arkadaşlarınla oynamak, spor yapmak ya da okuldaki etkinliklere katılmak gibi (olay)dan önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi de aynı şekilde seviyor musun?	0	1	2	3	4
8. İçin için kendini daha yalnız hissettiğin (ya da kendi kendine kalmış gibi hissettiğin) oluyor mu; sana sanki başkaları senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmışgibi geliyor mu?	0	1	2	3	4
9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadarkorku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?	0	1	2	3	4
10. Konuşamayacak ve ağlayamayacak kadar korku, sıkıntıya da üzüntü duyduğun oluyor mu?	0	1	2	3	4
11. Eskisine göre (olaylardan öncesine göre) şimdi dahakolay yerinden sıçırıyor musun ya da daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?	0	1	2	3	4
12. İyi uyuyor musun?	0	1	2	3	4
13. (Olayla ilgili) Keşke yapmasaydım dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun? Ya da keşke yapmasaydım diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için? (Örneğin bir şeyin olmasını engelleyemediğin, birisine yardım etmediğin ya da başkası kadar kötü bir duruma düşmediğin için)	0	1	2	3	4
14. Olaylar ile ilgili duygu ve düşünceler okulda veya evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyormu?	0	1	2	3	4
15. Eskisi kadar (Olaydan öncesi) kolaylıkla dikkatini topalayabiliyor musun?	0	1	2	3	4
16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?	0	1	2	3	4
17. Bir şey sana (olayı) anımsattığında ya da düşünmene neden olduğunda gerginlik ya da sıkıntı hissediyor musun?	0	1	2	3	4
18. Küçükken yaptığın ama yapmayı bırakmış olduğun şeyleri (olaydan) sonra yine yapmaya başladın mı?(Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisinin yanında uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek yatağına daha sık çıış ya da kaka kaçırmak gibi.)	0	1	2	3	4
19. (Olaydan) beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, baş ağrısı çekiyor ya da kendini daha sık hasta	0	1	2	3	4

hissediyomusun?					
20. Eskiden olsa yapmayacağın davranışları şimdi yapmaktankendini alıkoyamadığın oluyor mu? (Örneğin: Daha çok kavga etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, bir yerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında ya da caddede karşıdan karşıya geçerken daha dikkatsiz davranmak)	0	1	2	3	4



EK-4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

A

0.Kendimi arada sırada üzgün hissederim

1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.

2.Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B

0.İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.

1.İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.

2.İşlerim yolunda gidecek.

C

0.İşlerimin çoğunu doğru yaparım.

1.İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.

2.Herşeyi yanlış yaparım.

D

0.Bir çok şeyden hoşlanırım.

1.Bazı şeylerden hoşlanırım.

2.Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E

0.Her zaman kötü bir çocuğum.

1.Çoğu zaman kötü bir çocuğum.

2.Arada sırada kötü bir çocuğum.

F

0.Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.

1.Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.

2.Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G

0.Kendimden nefret ederim.

1.Kendimi beğenmem.

2.Kendimi beğenirim.

H

0.Bütün kötü şeyler benim hatam

1.Kötü şeylerin bazıları benim hatam.

2.Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I

0.Kendimi öldürmeyi düşünmem.

1.Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.

2.Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ

0.Her gün içimden ağlamak gelir.

1.Birçok günler içimden ağlamak gelir.

2.Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J

0.Her şey her zaman beni sıkar.

1.Her şey sık sık beni sıkar.

2.Her şey arada sırada beni sıkar.

K

0.İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.

1. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

2. Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L

0.Her hangi bir şey hakkında karar veremem.

1.Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.

2.Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M

0.Güzel / yakışıklı sayılırım.

1.Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.

2.Çirkinim.

N

0.Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.

1.Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.

2.Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

O

0.Her gece uyumakta zorluk çekerim.

1.Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.

2.Oldukça iyi uyurum.

Ö

0.Arada sırada kendimi yorgun hissederim.

1.Birçok gün kendimi yorgun hissederim.

2.Her zaman kendimi yorgun hissederim.

P

0.Hemen her gün canım yemek yemek istemez.

1.Çoğu gün canım yemek yemek istemez.

2.Oldukça iyi yemek yerim.

R

0.Ağrı ve sızılardan endişe etmem.

1.Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

2.Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S

0.Kendimi yalnız hissetmem.

1.Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.

2.Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş

0.Okuldan hiç hoşlanmam.

1.Arada sırada okuldan hoşlanırım.

2.Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T

0.Birçok arkadaşım var.

1.Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.

2.Hiç arkadaşım yok.

U

0.Okul başarım iyi.

1.Okul başarım eskisi kadar iyi değil.

2.Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.

Ü

0.Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

1.Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.

2.Diğer çocuklar gibi iyiyim.

V

0.Kimse beni sevmez.

1.Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

2.Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y

0.Bana söyleneni genellikle yaparım.

1.Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

2.Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z

0.İnsanlarla iyi geçinirim.

1.İnsanlarla sık sık kavga ederim.

2.İnsanlarla her zaman kavga ederim.



EK-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

	1-Kesinlikle hayır	2-Çoğunlukla hayır	3-Genellikle hayır	4-Bazen hayır Bazen evet	5-Genellikle evet	6-Çoğunlukla evet	7-Kesinlikle evet
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, kardeşimden) 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 güvenilebilirim.							
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-6. Etik Kurul Onayı



EK-7. Kurum İzni



EK-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bu araştırmanın amacı Kahramanmaraş depremini yaşayan ergenlerin algıladıkları sosyal desteğin travma sonrası stres ve depresyon düzeylerine etkisini incelemektir. Araştırmamız araştırmacı Şüheyda KAPLAN tarafından yapılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama, katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan ayrılma durumunda herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmayacak olup, hiçbir hak kaybına uğramadan araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli kalacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırma yayınlansa bile size ait bilgiler gizli kalacak ve elde edilen veriler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı

İmza

Araştırmacının Adı-Soyadı

İmza