



**6 ŞUBAT KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİ YAŞAMIŞ ERGENLERDE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: ÖZ ŞEFKATİN ARACI ROLÜ**

Kader ŞERİFOĞLU

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr.Emine YILMAZ**

Yüksek Lisans Tezi - 2024

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**6 ŞUBAT KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİ YAŞAMIŞ ERGENLERDE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: ÖZ ŞEFKATİN ARACI ROLÜ**

Kader ŞERİFOĞLU

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr.Emine YILMAZ**

**Tez Jüri Üyeleri
Doç. Dr.Emine YILMAZ
Doç. Dr.Erman YILDIZ
Doç. Dr.Ganime CAN GÜR**

**MALATYA
2024**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Doç. Dr. Emine YILMAZ” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “6 Şubat Kahramanmaraş Depremini Yaşamış Ergenlerde Psikolojik Sağlamlığın Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerindeki Etkisi: Öz Şefkatin Aracı Rolü” 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.../.../2024

Kader ŞERİFOĞLU

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
TABLolar DİZİNİ.....	xv
1.GİRİŞ.....	16
2. GENEL BİLGİLER	20
2.1. Deprem	20
2.1.1. 6 Şubat Kahramanmaraş Depremleri.....	21
2.1.2. Deprem Sonrası Bireyde Oluşabilecek Psikolojik Etkiler.....	22
2.1.3. Deprem ve Ergen/Çocuk.....	23
2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB).....	24
2.2.1. Tarihçesi	24
2.2.2. Travma Tanımı	26
2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri	26
2.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Kümeleri	28
2.2.5. TSSB'nin Üç Ana Semptom Grubu İçinde Ergenlere Özgü Özellikler	29
2.2.6. TSSB'nin Çocuklarda Görülme Sıklığı	30
2.2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kuramsal Yaklaşımlar	31
2.2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Risk Faktörleri	33
2.2.9. Komorbidite:	36
2.2.10. TSSB Tedavisi	37
2.3. Psikolojik Sağlamlık (Resilience)	39
2.3.1. Psikolojik Sağlamlığın Tarihçesi	40
2.3.2. Psikolojik Sağlamlıkla İlgili Yaklaşım ve Modeller	41
2.3.3. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler	44
2.3.4. Psikolojik Sağlamlıkta Risk Faktörleri	45
2.3.5. Psikolojik Sağlamlığa Sahip Bireylerin Özellikleri.....	46
2.3.6. Psikolojik Sağlamlığın Nitelikleri	47
2.4. Öz Şefkat (Self-Compassion).....	47
2.4.1. Öz Sevecenlik (Self-Kindness).....	47
2.4.2. Ortak Deneyim Oluşturma (Common Humanity)	48

2.4.3. Bilinçli Farkındalık (Mind-Fullness).....	48
2.5. Travmalarda Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı.....	48
3. MATERYAL VE METOT	50
3.1. Araştırmanın Türü.....	50
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	50
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	50
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	50
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	51
3.3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	51
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	51
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	52
3.4.2. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSSTÖ).....	52
3.4.3. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12).....	52
3.4.4. Çocuklar için Öz Şefkat Ölçeği	53
3.5. Verilerin Toplanması	53
3.6. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi	53
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	54
3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları	55
4. BULGULAR.....	56
4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	56
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Analizi Sonuçlarına İlişkin Bulgular ..	58
4.3. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Düzeylerine İlişkin Bulgular	58
4.4. Ölçüm Araçlarının Tanımlayıcı Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	59
4.5. Ölçüm Araçları Arasındaki İlişkileri Belirlemeye Yönelik Gerçekleştirilen Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	62
4.6. Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Stres Arasındaki İlişkide Öz Şefkatin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular	63
4.7. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlığının Travma Sonrası Stres Düzeyleri Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular	65
5. TARTIŞMA.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
KAYNAKLAR.....	76
EKLER	87

EK-1.Özgeçmiş	87
Ek-2.Sosyodemografik Bilgi Formu	88
Ek-3.Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	89
Ek-4.Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği.....	90
Ek-5.Çocuklar İçin Öz Şefkat Ölçeği.....	92
Ek-6.Meb Valilik İzin Formu.....	93
Ek-7.Ölçek Kullanım İzni Formu	94
Ek-8.Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Formu.....	95
Ek-9 Tez Başlığı Değişikliği Dilekçesi.....	96



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde büyük katkısı olan, engin bilgisiyle bana ışık tutan, özellikle seçtiğim tez konum için şevkimi kırmayarak beni yüreklendiren, kıymetli tecrübelerinden faydalandığım değerli danışmanım Doç. Dr. Emine YILMAZ hocama, Doç. Dr. Erman YILDIZ hocama, bölüm hocalarıma ve bu süreçte desteklerini esirgemeyerek her koşulda yanımda olan canım eşim ve biricik oğlum Muaz Talha'ya, arkadaşım Yasemin'e, dualarıyla her zaman yanımda olan canım annem, babam, kayınvalidem ve kayınpederime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kader ŞERİFOĞLU

ÖZET

6 Şubat Kahramanmaraş Depremini Yaşamış Ergenlerde Psikolojik Sağlamlığın Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Etkisi: Öz Şefkatin Aracı Rolü

Amaç: Bu araştırma 6 Şubat depremini yaşayan ergenlerde psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres bozukluğuna etkisinde öz şefkatin aracı rolünü incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırmanın örneklem grubunu orta öğretim kurumlarında öğrenim gören ve araştırma kriterlerini karşılayan 894 ergen birey oluşturmuştur. Veriler "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği", "Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği" ve "Çocuklar için Öz Şefkat Ölçeği" kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max, Oneway ANOVA, bağımsız gruplarda T Testi ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracılık rolünün incelenmesinde SPSS Hayes PROCESS Makro v.4.2 paketi kullanılmış olup dolaylı etkilerin incelenmesinde bootstrap yöntemi esas alınarak analiz yapılmıştır.

Bulgular: Travma sonrası stres ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönde, öz şefkat düzeyi ile travma sonrası stres düzeyleri arasında negatif yönde, öz şefkat ve psikolojik sağlamlıkları arasında ise pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Bu bağlamda, travma sonrası stres, psikolojik sağlamlık ve öz şefkat değişkenlerinin birbirleriyle istatistiki olarak anlamlı ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki etkisine bakılırken, öz şefkat incelemeye dahil olduğunda; psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki öz şefkat vasıtasıyla olan aracı (dolaylı) etkisinin negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir (-0.087 ; $p<0.001$).

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres bozukluğuna etkisinde öz şefkatin kısmi aracılık rolü olduğu ve travma sonrası stres, psikolojik sağlamlık ile öz şefkat arasındaki dolaylı etkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki etkisinde öz şefkatin bu etkiyi arttırıcı rolünün olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu bulguların ruh

sağlığı çalışanlarına, travma sonrası stresle baş etmeye yönelik hedefler, geliştirilecek olan psikoeğitim programları için önemli temel oluşturabileceği, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres ilişkisinde rol oynayan potansiyel aracı mekanizmaların neler olabileceği konusunda da alan yazına önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, Ergen, z şefkat, Psikolojik Sağlamlık, TSSB



ABSTRACT

The Effect of Psychological Resilience on Post-Traumatic Stress Disorder and in Adolescents Who Experienced the February 6 Kahramanmaraş Earthquake: The Mediating Role of Self-Compassion

Aim: This research was conducted to examine the mediating role of self-compassion in the effect of psychological resilience on post traumatic stress disorder in adolescents who experienced the February 6 earthquake.

Materials and Methods: The sample group of the research consisted of 894 adolescent individuals studying in secondary education institutions and meeting the research criteria. Data were collected by face-to-face interview method using the "Sociodemographic Information Form", "Post-Traumatic Stress Reaction Scale for Children", "Child and Youth Psychological Resilience Scale" and "Self-Compassion Scale for Children". Number, percentage, average, average total scores, standard deviation, min-max, Oneway ANOVA, Independent Groups t Test and Pearson Product Moment Correlation Analysis were used in the analysis of the data. Finally, SPSS Hayes PROCESS Makro v.4.2 package was used to examine the mediating role of self-compassion in the relationship between psychological resilience and post-traumatic stress, and analysis was performed based on the bootstrap method to examine indirect effects.

Results: A negative correlation was found between post-traumatic stress and psychological resilience, a negative correlation between self-compassion level and post-traumatic stress levels, and a positive correlation between self-compassion and psychological resilience. In this context, it was observed that the variables post-traumatic stress, psychological resilience and self-compassion had a statistically significant relationship with each other. Additionally, when examining the effect of psychological resilience on post-traumatic stress, when self-compassion was included in the analysis, it was observed that the mediating (indirect) effect of psychological resilience on post-traumatic stress through self-compassion was statistically significant in negative direction (-0.087; $p < 0.001$).

Conclusion: According to the results of the research, it was determined that self-compassion had a partial mediating role in the effect of psychological resilience on post-traumatic stress disorder and that the indirect effect between post-traumatic stress,

psychological resilience and self-compassion was significant. In other words, it shows that self-compassion has an increasing role in the effect of psychological resilience on post-traumatic stress. It is thought that these findings will provide mental health professionals with goals for coping with post-traumatic stress, provide an important basis for psychoeducation programs to be developed, and will make significant contributions to the literature on the potential mediating mechanisms that play a role in the relationship between psychological resilience and post-traumatic stress.

Keywords: Adolescent, Earthquake, PTSD, Psychological Resilience, Self-Compassion.



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT	:Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇGPSÖ-12	:Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
ÇTSSTÖ	: Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMDR	: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden işleme
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1.1. Araştırmada öz şefkatin aracılık rolü modeli	19
Şekil 2.1. Henderson ve Milstein'in psikolojik sağlamlık çemberi	41
Şekil 4.1. Araştırmanın aracılık modelinin istatistiksel diyagramı	63
Şekil 4.2. Psikolojik sağlamlık ile travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin kısmi aracılık rolünün analizi.....	66



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Psikolojik sağlamlık nitelikleri	47
Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	56
Tablo 4.2. Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel analiz sonuçları	58
Tablo 4.3. Katılımcıların travma sonrası stres düzeylerine göre karşılaştırmaları	58
Tablo 4.4. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması	59
Tablo 4.5. Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği arasındaki ilişkiler	62
Tablo 4.6. Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracılık rolünün incelenmesi	64
Tablo 4.7. Psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki aracılık (dolaylı) etkisinin incelenmesi	65

1.GİRİŞ

Ülkemiz aktif deprem üreten kuşaklarından biri olan Alp-Himayala Kıvrım Kuşağı'nda ve birçok fay hattı üzerinde konumlanmıştır. Bu sebeple hasara yol açan yıkıcı depremler belli aralıklarla meydana gelmektedir (1). Bu depremlerden bir tanesi olan “Yüzyılın Felaketi” olarak adlandırılan 6 Şubat Kahramanmaraş Depremleri'dir. Bu depremler 50 binden fazla insanın hayatını kaybetmesine, 100 binden fazla insanın yaralanmasına ve 700 binden fazla binanın yıkılmasına ya da kullanılamaz hâle gelmesine neden olmuştur (2).

Çocuklar ve ergenler depremin etkilerine karşı diğer tüm travmalarda olduğu gibi daha duyarlı ve savunmasızdır (3). Deprem, ergenlerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde derin etkileri olan önemli bir travmatik olaydır. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), travmatik olaylardan sonra ergenlerde en sık görülen olumsuz psikolojik tepkidir (4). TSSB kişinin aniden karşılaştığı, yaşam düzenini bozan, karşılaştığı olay sonrasında yoğun korku, gerginlik, çaresizlik hissetmesine sebep olan, kişide yaşadığı olayı hatırlamaktan kaçınmasına ve artmış uyarılmışlık belirtilerine yol açan ruhsal bir durum olarak tanımlanmaktadır (5). Bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal açıdan büyük değişimler yaşadığı ergenlik dönemindeki olumsuz deneyimler, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer olumsuz ruh sağlığı sonuçlarının gelişmesi için risk faktörüdür (3,4). Afetlerden sonra TSSB yaşayan ergenlerin boylamsal seyri üzerine yapılan araştırmalar, semptomların çoğunun olaydan sonraki yıllar içerisinde bile görülmeye devam ettiğini ortaya koymuştur (6). 2011 Van depreminden 5 yıl sonrası ergenlerin %19,4'ünün orta/ağır düzeyde ve %1.3'ünün ise şiddetli travmatik stres belirtilerinin olduğu tespit edilmiştir (6). Marmara depreminden sağ kurtulan ergenlerle 6.-20. haftalar arasında yapılan görüşmelerde %60'ının TSSB tanısı aldığı belirlenmiştir (5,6). Ülkemizde 6 Şubat Depreminden 6 ay sonra depremi yaşamamış depreme sadece haberlerden, sosyal medyadan tanıklık eden 487 ergenin kaygı ve travma sonrası stres düzeyinin orta düzey olduğu belirlenmiştir (7). Depremden sonraki ilk iki yıl için, çocuk ve ergenlerde TSSB oranı %19.2 ile %24,4 arasında değişmektedir (6,7). TSSB ergenlerde travmaya verilen yaygın bir tepki olup zaman içinde anksiyete, depresyon, panik bozukluk, davranış sorunları, intihar, madde bağımlılığı gibi diğer psikiyatrik komorbidite semptomlarını tetiklemektedir (8). TSSB hem ergenin bulunduğu dönem hem de yetişkinlik döneminde işlevsel bozulmaya neden olabileceğinden ele alınması gereken önemli bir parametredir.

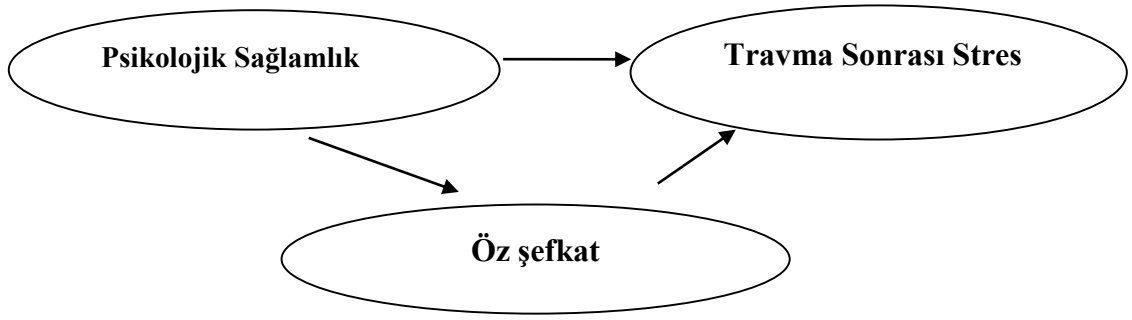
Ergenin adaptif veya aktif başa çıkma yöntemlerini kullanma becerisi tıpkı yetişkinlerde olduğu gibi afet sonrası psikolojik semptomlar için koruyucu veya risk faktörü olarak işlev görebilir (9). Travmatik olayların olumsuz etkileriyle aktif ve etkili bir şekilde başa çıkma hayatta kalanların travmatik olaylardan büyük ölçüde etkilenmesini önleyebilir, TSSB düzeylerini azaltabilir (8,9). Travma, tehdit veya stres kaynaklarına karşı iyileşme ve uyum sağlama yeteneği olarak tanımlanan psikolojik sağlamlılık, bireyin yaşadığı travmanın TSSB'ye dönüşüp dönüşmeyeceğinin önemli bir belirleyicisidir (10). Yazıcı ve arkadaşlarının Kahramanmaraş Depremi'ni yaşamış ergen öğrencilerin TSSB belirtilerinin yüksek düzeyde, psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (11). Literatürde psikolojik sağlamlık müdahalelerinin, ergenlerde adaptif başa çıkma becerileri, öz yeterlilik, yaşam memnuniyeti, olumlu duygulanım gibi koruyucu faktörlerde iyileşme, anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma ve yasadışı madde kullanımında azalma sağladığı belirlenmiştir (11,12). Psikolojik sağlamlık yaşam boyunca öğrenilebilen, değiştirilebilen bilişsel, tutumsal ve davranışsal yönleri kapsayan dinamik bir süreçtir (12). Beyin plastisitesinin ve öğrenme kapasitesinin daha yüksek olduğu çocukluk dönemi, yürütme işlevlerinin kazanılmasıyla karakterize edilen, planlama ve öz düzenleme için daha fazla kapasite sağlayan ergenlik dönemi, dayanıklılığı teşvik eden stratejilerin uygulanması için elverişli yaşam süreçleridir (13).

TSSB semptomlarını hafifletici etkisi olduğu yetişkin örnekleminde gösterilmiş olan öz şefkat, ergenlerde de iyi olma halinin bir belirleyicisi olarak tanımlanmaktadır. (14). Kavramsal olarak, Neff (2003) öz-şefkati üç çift kutuplu bileşen açısından tanımlamıştır: (a) öz yargılamaya karşı öz nezaket, (b) izolasyona karşı ortak insanlık ve (c) aşırı özdeşleşmeye karşı farkındalık. Öz şefkat, öz yargılamanın aksine kendine özen ve anlayışla davranma becerisini ifade eder (15). Ortak insanlık, kişinin başarısızlıkları ve kusurları nedeniyle kendini yalıtılmış ve yalnız hissetmesinin aksine, kusurluluğun insan deneyiminin ortak bir yönü olduğunun kabul edilmesini ifade eder. Farkındalık, duygulara dahil olmak yerine kişinin şu anki deneyimini tutmasını ve kabul etmesini içerir. Deprem yaşamış ergenlerle yapılan çalışmada öz şefkatin TSSB düzeylerinin önemli ölçüde negatif bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur (16). Öz şefkati yüksek bireyler, kendilerini yatıştırmak için daha istekli olup, travmayla ilintili düşünce ve duygular karşısında daha az tehdit altında hissedebilir, travmatik olayların neden olduğu hayal kırıklığı ve acıyı nesnel bir tutumla ele alıp, travmanın etkisine hızlı bir şekilde uyum sağlama ve TSSB semptomlarını hafifletme eğilimindedir (17). Ayrıca, öz-şefkat,

sorunlarla doğrudan yüzleşme, sorunlara makul ölçüde gerçekçi değerlendirmeler yapma, sağlıksız duygusal tepkileri fark etme ve değiştirme gibi başa çıkma tarzlarıyla da ilişkilidir (15). Öz-şefkat ergen popülasyonda psikolojik ve fiziksel sağlık sorunlarına karşı bir “tampon” olarak tanımlanmıştır (18). Yetişkinler ve ergenler üzerinde yapılan araştırmalar, öz-şefkatin daha yüksek iyimserlik, daha fazla sosyal bağlantı hissi, mutluluk, daha düşük stres ve depresyon gibi psikolojik iyi oluşun birçok boyutuyla ilişkili olduğunu göstermiştir (19-21). 15-19 yaş arası ergenlerden oluşan bir örneklemede travmatik bir olayın ardından daha yüksek öz-şefkat düzeylerinin daha düşük psikopatoloji (depresyon, travma sonrası stres, panik ve intihar) düzeylerinin yordayıcısı olduğu belirlenmiştir (21). Bluth ve ark. (2017) 6 haftalık öz-şefkat temelli müdahalenin, ergenlerin öz-şefkat ve yaşam memnuniyeti düzeylerini artırdığını ve kontrol grubuna oranla önemli ölçüde düşük depresyon düzeyleri bildirdiklerini rapor etmiştir (20).

Travmaya maruz kalmış özel gruplar içinde yer alan ergenlerle çalışmaların kısıtlı olması bu özel grubun daha iyi anlaşılmasında ve yaşadıkları travmatik deneyimlere yönelik etkili müdahalelerin benimsenmesi noktasında güçlükler neden olmaktadır. Ulusal ve uluslararası alan yazındaki araştırmalar incelendiğinde travma sonrası stres, psikolojik dayanıklılık, ve öz şefkatin birlikte incelendiği farklı modellemelere sahip çalışmaya rastlanmamıştır. Aynı zamanda, Türkiye'nin aktif deprem kuşakları üzerindeki mevcut konumu, çocuklar ve ergenler için sürekli bir travmatik risk oluşturmaktadır. Kahramanmaraş Depremleri ve benzeri büyük ölçekli afetler, ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve diğer psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda, ergenlerin TSSB belirtilerini hafifletici ve genel iyilik hallerini destekleyici faktörler üzerine durulması önem kazanmaktadır. Hemşirelik uygulamalarında bu faktörlerin göz önünde bulundurulmasının, ergenlerin travmatik olaylar sonrası iyileşme süreçlerini desteklemeye ve etkili müdahaleler geliştirilmeye katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın amacı Şekil 1’de modellendiği gibi 6 Şubat Depremini yaşamış ergenlerde travma sonrası stres, psikolojik sağlamlık ilişkisinde öz şefkatin aracı rolünü incelemektir.



Şekil 1.1. Araştırmada öz şefkatin aracılık rolü modeli

Bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

S1: 6 Şubat Depremini yaşamış ergenlerde travma sonrası stres, psikolojik dayanıklılık ve öz şefkat düzeyleri tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

S2: 6 Şubat Depremini yaşamış ergenlerde travma sonrası stres, psikolojik dayanıklılık ve öz şefkat değişkenleri arasında ilişki var mıdır?

S3: Öz şefkatin psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide aracılık etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Deprem

Deprem; yer kabuğundaki kırılmalar sebebiyle ani şekilde ortaya çıkan titreşimlerin dalgalar halinde yayılarak, geçtikleri ortamları ve yeryüzünü sarsması olarak tanımlanır (23).

Dünyamız büyüklü küçüklü birçok hareketli levhadan oluşmaktadır. Bu levhalar insanların hissetmediği bir hızla hareket etmektedir (24). Yer kabuğunu oluşturan bu levhaların birbirine sürtündükleri, birbirini sıkıştırdıkları ve birbirinin üstüne çıktıkları levha sınırları dünyamızda depremlerin olduğu yerlerdir. Levhalar arasındaki bu itmelerden kaynaklanan sürtünme kuvveti aşıldığı zaman ortaya bir hareket çıkar. Ortaya çıkan bu hareket çok hızlıdır ve adeta şok niteliğindedir. Tüm bu hareketlenmelerin sonucunda çok uzak noktalara kadar yayılabilen sarsıntı dalgaları oluşur. İşte bu sarsıntılar depremin oluşumunu bize açıklar. Bu sarsıntılar sırasında yeryüzünde bazen gözle de görülebilen arazi kırıkları yani “fay” dediğimiz boyu kilometreleri bulan kırıklar ortaya çıkar (25).

Yeryüzünü oluşturan levhalar her zaman sarsıntıya sebep olmasa da devamlı bir hareketlenme içerisinde. Bu durum levhalar arasında bir enerji birikine yol açmaktadır. Bu da enerji birikimine dayanamayan levhaların belirli dönemlerde kırılmasına ve depreme sebep olmaktadır. Açığa çıkan enerji de sarsıntının büyüklüğü ile doğru orantılı şekilde artmaktadır (24,25).

Depremin gücü iki yolla ölçülmektedir; biri şiddetini diğeri ise büyüklüğünü ölçmek için kullanılmaktadır. Şiddet ve büyüklük karıştırılan iki kavram olmuştur. Depremin türü ve insanlara, yapılara, doğaya ne kadar zarar verdiğini ölçmeye yarayan “şiddet ölçümü”dür. Şiddet depremin büyüklüğü hakkında matematiksel bir veri değildir, yalnızca depremin oluşturduğu hasarı gösterir (23,25).

Bir deprem olduğunda etkilerine bakılarak “Şiddet Cetvelleri” oluşturulmuştur. Şiddet cetvelinde XII’ye kadar şiddet dereceleri bulunmaktadır. Bu cetvellerde, gözlenen etkiler romen rakamlarıyla belirtilmiş hangi şiddet tanımına uyuyorsa o şiddet derecesi verilir. Örnek verecek olursak; bir depremin verdiği hasar VI şiddet tanımındaki bulguları karşılıyorsa o deprem, VI şiddetindedir. Şiddet cetvellerine göre derecesi V ve altında olan depremler genelde hasar oluşturmazlar ya az hasar oluşturlar. VI-XII arasındaki

şiddette depremler ise insanlara ve yapılara daha fazla zarar verir ve verdiği bu zarara göre değerlendirilir (26).

Depremiñ gücünü ölçmek için kullanılan bir diğerk yöntem; depremin şiddeti değil, ortaya çıkardığı enerjiyi ölçmek yani büyüklüğünü (magnitüdü) ölçmektir. Depremiñ magnitüdü, depremin büyüklüğü tanımını ilk kez yapan ve kendi adıyla anılan “Richter Ölçeğı” ile ölçülür. Richter Ölçeğı, sert bir zemine yerleştirilmiş özel bir sismografla zemin hareketlerini ölçerek çıkan değeriñ logaritmasıñın alınması prensibine dayanır. Buna göre rakamlar büyüdükçe depremin büyüklüğü de logaritmik olarak artmaktadır. Yani magnitüdü(büyüklüğü) 6 olan bir deprem, magnitüdü 5 olan depremden daha büyüktür. Depremiñ büyüklüğünü ölçmek şiddetini ölçmekten hem daha güvenilir hem de daha kullanışlıdır. Depremiñ büyüklüğünü ölçmeñin bir diğerk avantajı ise, dünya üzerindeki tüm depremleri kaydedebiliyor olmasıdır (26,27).

Depremiñ, doğa, insanlar ve yapılar üzerindeki etkisi depremin şiddetinin bir ölçüsüdür. Bunlar, depremin büyüklüğüne, yapıların depreme karşı dayanıklılığına ve etkilenen yerlerin uzaklığına bağılı olarak değışir (27).

Depreme verilen tepkiler; depremin şiddeti, kişiyek, geçmiş deneyimlerine ve bulunduğı toplumun normlarına göre değışiklik göstermektedir (28).

Depremiñ aniden meydana gelmesi, artçı depremlerin devam etmesi ve etkilerinin büyük olması nedeniyle diğerk doğal afetlerden büyük oranda ayrılmaktadır (29).

Gelişmiş ölkelerdeki mimari, deprem etkilerinin azaltılmasına yönelik, deprem koşullarına uygun standartlarda olmasına karşıñ; gelişmekte olan ölkelerdeki mimari ise denetimsiz şartlarda inşaa edilmekte ve bu koşulları taşımamaktadır (28,29).

Deprem Bölgeleri Haritası’nın verilerine göre; ölkemizin %96’sı deprem bölgeleri içerisinde bulunduğı bilinmektedir (2). Türkiye’de 1927 yılından 2020 yılına kadar 6-9 şiddet aralığında 25 kadar deprem meydana gelmiştir. Bu depremler sonucundaki resmi veriler dikkate alındığında; toplam 143.730 kişi hayatını kaybetmiş, 849.632 yapı ise yıkılmış veya hasarlı olarak kaydedilmiştir (28,29).

2.1.1. 6 Şubat Kahramanmaraş Depremleri

2023 Kahramanmaraş Depremleri, 6 Şubat Depremleri ya da 2023 Türkiye-Suriye Depremleri adlarıyla bilinen depremler 6 Şubat 2023 tarihinde 9 saat ara ile merkez üssü Kahramanmaraş’ın Pazarcık ve Elbistan ilçeleri olan, 7.8 ve 7.5 büyüklüklerindeki iki depremdir. Bu depremler sonucunda ölkemizde 50.783, Suriye’de ise 8.476 kişi hayatını

kaybetti ve 122 binden fazla kişi yaralandı. Depremlerin ardından 6.7 şiddetine varan 45 binden fazla artçı sarsıntı meydana gelmiştir (28,29).

Depremler ülkemizde başta Kahramanmaraş, Hatay, Gaziantep, Osmaniye, Malatya, Kilis, Adana, Diyarbakır, Adıyaman ve Elazığ; dünyada ise Suriye, Lübnan, Irak, Kıbrıs, Mısır, İsrail, İran ve Ürdün gibi ülkeler olmak üzere 350.000 km²'lik çok geniş bir coğrafyada hissedilmiştir (29,30).

Bu depremlerden sonra 14 milyon kişi etkilenmiş, 35 binden fazla bina yıkılmış ve 300 bine yakın yapı ağır hasar almıştır. Ülkemizde 2 milyondan fazla insan barınma sorunuyla karşı karşıya kalırken, 5 milyon kişi farklı yerleşim yerlerine göç etmek durumunda kalmışlardır (28,29,30).

Depremden etkilenen illerde olağanüstü hâl ve hayatını kaybedenler için ülkemizde ve depremin hissedildiği diğer ülkelerde milli yas ilân edilmiştir. Ayrıca Türkiye hükümeti tarafından doğal afet ve salgın gibi acil hâllerde diğer ülke ve uluslararası kuruluşlardan yardım çağrılarını kapsayan en yüksek acil durum olan 4. Seviye alarm ilan edildiğini, Dünya Sağlık Örgütü ise 3. Seviye acil durum ilân edildiğini açıklamıştır (29,30).

Kahramanmaraş depremleri bu hâliyle 1939 Erzincan Depremi'ni geride bırakarak, Türkiye Cumhuriyeti tarihinin en büyük depremi olarak tarihe geçmiştir (30).

2.1.2. Deprem Sonrası Bireyde Oluşabilecek Psikolojik Etkiler

Deprem gibi doğal felâketler ani ve beklenmedik olması sebebiyle bireyi birçok yönden etkilemektedir. Bu etkilerden bir tanesi de psikolojik etkilerdir. Deprem ister doğal kaynaklı isterse de insan kaynaklı olsun felaketi yaşayan bireylerde birçok can ve mal kaybına yol açtığı yadsınamaz bir gerçektir (31).

Depremi ani oluşu, kişide can kaybı, yaralanma, yaşadığı yapının kaybı sebebiyle ikamet ettiği yapıdan ya da şehirden farklı bir yerde yaşamak zorunda kalması, işini, okulunu hizmet aldığı tüm kamu kurumlarını terk etmek zorunda olması gibi nedenlerle bireyi fiziksel, ruhsal, psikolojik ve toplumsal olarak derinden etkilemektedir (32).

Deprem sonrası depremden etkilenen insanlara yapılan yardımlar öncelikle enkaz altındakilerin kurtarılması, depremzedelere yiyecek, giyecek ve barınma sağlanması, hijyen ve altyapı hizmetlerini kapsadığı için yardımların psikolojik ve ruhsal boyutu daha sonraya ertelenmektedir (31,32). Oysa insanın en az fiziki sağlığı ve ihtiyaçları kadar ruhsal ve psikolojik ihtiyaçları da önemlidir.

Deprem her zaman ölüm riski de taşıdığından dolayı psikolojik açıdan yıpranma olasılığı yüksek olan bir doğal felakettir. Van ve Erciş depremleriyle ilgili yapılan çalışmalarda bu psikolojik etkilerin bir çoğunun gözlemlendiği görülmüştür (32,33).

Deprem sonrası bireyde şok, korku, çaresizlik, karamsarlık, öfke, suçluluk ve endişe gibi duygular görülebilir (33). Ayrıca felaketle ilk karşılaşıldığında bireyde konfüzyon (zihin bulanıklığı-sersemleme) görülmesi olağandır. Bununla birlikte sonraki süreçte uyku düzeninde bozulma, olayı tekrar tekrar yaşama, diğer insanlara ve çevreye karşı ilginin azalması, hissizlik, olayı hatırlatacak her türlü ortam ve durumlardan kaçınma davranışları görülebilmektedir (33). Tüm bu belirtiler bize deprem sonrası bireyde ortaya çıkabilecek psikolojik etkiler arasında travma sonrası stres bozukluğu da olduğunu göstermektedir.

İnsan yaşadığı tüm stresli olaylara karşı yapısı gereği baş edebilme ve uyum sağlayabilme yeteneğine sahiptir. Ancak bu uyum sağlama bazen yılları bulabilir. Zira her insanın stresli bir durumla özellikle de deprem gibi bir doğal afetle baş edebilme yeteneği farklıdır.

1999 Marmara Depremi ile ilgili Gölcük, İzmit ve Adapazarı'nda bulunan depremzedeler üzerine yapılmış olan çalışmalarda bireylerde en fazla; uykusuzluk, sinir bozukluğu, bunalım, depresyon gibi psikolojik etkilerin olduğu görülmüştür (34).

Tüm bu nedenlerle bireylerin psikolojik olarak tekrar hayata döndürme çalışmaları adına; psikiyatr, psikolog ve tüm sosyal destek çalışanlarının yaptıkları çalışmalar büyük önem kazanmaktadır. Böylece daha sağlıklı baş etme yöntemlerini deneyimleyip çevrelerine de yardım edebilecek düzeye geleceklerdir (34,35).

2.1.3. Deprem ve Ergen/Çocuk

Deprem yetişkinler için dahi atlatılması zor bir süreçtir. Duygusal, zihinsel, fiziksel ve sosyal açıdan kişide birçok etki bırakan bir olgudur. Hâl böyleyken yani yetişkinlerin yaşamını bu kadar etkilerken, ergenler/çocuklar daha hassas bir yapıda oldukları için onları daha fazla etkilemesi beklenir.

Çocuklar için düzen ve rutin çok önemlidir. Depremle birlikte bu kavramlar da ortadan kalkmıştır. Yine doğduğu andan itibaren kazandığı temel güven inancı sarsılır. Yetişkinler için bu durumu kabullenmek ve baş etme yöntemleri geliştirmek daha kolay olabilirken çocuklar için bu durum daha zor olabilir (35,36).

1999 Marmara Depremi ve 2011 Van Depremi sonrasında çocuklar üzerinde yapılan çalışmalarda, çocuklarda bazı davranış değişiklikleri olduğu gözlemlenmiştir. Bu davranışlardan en dikkat çeken huzursuzluk, sebepsiz öfke nöbetleri olmuştur. Ayrıca uykuda ağlama ve kötü rüya görmeye bağlı olarak uyku sorunları da görülmüştür. Yakınını kaybeden çocuklarda ise tüm bu sorunlara ek olarak oyun oynama isteksizliği, akranlarıyla beraber olmama ve yaşından daha küçük davranma gibi belirtiler gözlemlenmiştir (36,37).

Ergenlik/çocukluk çağı stresli bir durumla baş edebilme yöntemlerini öğrenme açısından oldukça kritik bir dönemdir. Bu nedenle deprem gibi bir afeti yaşayan ergen/çocuk bu durumla baş etme yöntemi geliştirdikten sonra, ileriki yıllarda yaşayacağı stresli olaylarda aynı baş etme yöntemini kullanır (37,38).

Ergenin/çocuğun depreme karşı vermiş olduğu tepkiyi belirleyen bazı etmenler mevcuttur. Örneğin ailenin vermiş olduğu tepki, yaşadıkları korku ve kaygıyı ergen/çocuğa hissettirmeleri ya da tepkisiz kalmaları ergenin/çocuğun vereceği tepkiyi belirleyen kilit etmenlerdendir. Yine yaşının küçük olması, kız cinsiyet, yakınlığına bağlı olarak değişen akraba kaybı, daha önce yaşamış olduğu psikolojini etkileyen olaylar, ailesinin sosyokültürel ve sosyoekonomik koşulları ve son olarak ailenin ergene/çocuğa vermiş olduğu sosyal destek çocuğun deprem felaketi karşısında vereceği tepkiyi belirleyen faktörlerdir (38).

2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

2.2.1. Tarihçesi

Travma tarih boyunca farklı isimlerle adlandırılmıştır. Özellikle savaş ve çatışma ortamında bulunan askerlerin gösterdiği belirtiler travmaya olan ilgiyi daha da artırmıştır. Ancak bu semptomlardan bahsedildiği en eski olay 17. Yüzyılda meydana gelen Büyük Londra Yangını'dır. Bu yangından sağ olarak kurtulan S.Pepys tuttuğu günlüğünde; yaşadığı bu olayla ilgili kâbuslarından, olayı istemeden tekrar tekrar yaşantılamasından ve çeşitli uyku sorunlarından bahsetmiştir (39).

1800'lere gelindiğinde İngiltere'de toplu taşıma başladıktan sonra, yaşanan bir tren kazasından kurtulan insanların gösterdikleri psikolojik semptomlara fizyolojik bir sebepten kaynaklandığı sanılarak "railway spine(ray omurgası)" adı verilmiştir.

Daha sonra 1876'da Da Costa tarafından yayınlanan bir makalede sivil bir savaşta görev alan askerlerde hipervijilans(aşırı uyarılma), irkilme ve kalp ritimlerinde bozukluk görüldüğü yazılmıştır (40).

1. Dünya Savaşı'ndan sonra bu tür travma sonrası stres semptomları birçok insanda görülmeye başlayınca, sorunun patlayan bombalardan kaynaklandığı düşünülmüş ve bu sendroma da "shell shock(bombardıman şoku)" adı verilmiştir (39,40).

2. Dünya Savaşı sırasında ise sağlık dünyası askerlerin yaşadıkları semptomlar hakkında daha fazla bilgiye sahip olmuşlardır ve Kardiner(1942) askerler üzerinde yaptığı deneyler ışığında günümüzde travma sonrası stres bozukluğu tanımına en yakın tanıyı yapmıştır. Ve bu tanıma da "savaş nevrozu" adını vermiştir. Burada askerler üzerinde aşırı uyarılmışlık, irkilme ve öfke patlamaları gibi semptomları gözlemlemiştir. Tüm bu semptomları göz önünde bulundurarak; kişinin travma sonrası hâlâ yaşadıkları olay anında takılı kaldıklarını, içindeki bulundukları anın farkında olmadıklarını ve ayrıca dünyayı ve kendilerini algılamada bozulmalar yaşadıklarını ortaya koymuştur (41).

Yine aynı dönemlerde Nazi Toplama Kamplarından kurtulan insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda TSSB'nin farklı semptomlarının olduğu ortaya çıkmıştır.

1974'e geldiğimizde Burges ve Holstrom'un tecavüze uğramış kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmalarda, hastaların göstermiş oldukları flashback(geriye dönme) ve kâbusların savaş nevrozunun semptomlarıyla benzerlik gösterdiğine dikkat çekmişlerdir.

Vietnam gazileri ile yapılan bilimsel çalışmalarda da TSSB'nin bir tanı kategorisinde ele alınmasını sağlayacak veriler elde edilmiştir. Diğer psikolojik bozukluklarda da olduğu gibi travma yaşamış çocuklarda TSSB'nin görülebileceği gerçeği çok daha sonraları kabul görmüştür (40,41).

1985'te Garmezy ve Rutter bir literatür taraması yapmışlar ve bu taramalar sonucunda elde ettikleri sonuca göre; çocukların deneyimledikleri travmatik olaylardan sonra çeşitli rahatsızlıklar yaşadıkları, ancak bu semptomların önemsiz düzeyde olduğu yönündeydi. Buna ek olarak çocuklarda duygusal küntlük, hafıza kaybı, flashbacks(geriye dönme) gibi TSSB semptomları görülmediği için yetişkinlerden farklı olarak bir spesifik TSSB tanı kategorisine ihtiyaç duyulmadığı fikrini de savunmuşlardı (42). Bunun en büyük nedeni bu verileri travmayı yaşayan çocukların kendisinden değil, daha ziyade ebeveyn ve öğretmenlerinden elde etmiş olmalarıydı. Çocukların bu semptomları saklamaları, gereğinden fazla itaatkâr davranmaları ve yetişkinlerin de kendi psikolojik durumlarıyla ilgilenmelerinden dolayı bu belirtiler gözden kaçmıştır (41,42).

TSSB'nin çocuklarda da görülebilen bir bozukluk olduğu fikri Terr'in bir okul otobüsü kaçırılma olayından sonra olayı yaşayan çocuklarla yapmış olduğu çalışmalarda TSSB semptomlarını ayrıntılı şekilde ele aldıktan sonra kabul görmeye başlamıştır (43).

TSSB ilk olarak DSM –I'de travmatik olarak yer almıştır. Burada TSSB semptomları tahammül edilemez stres reaksiyonları şeklinde yer bulmuştur (APA, 1952).

DSM –II'de ise TSSB semptomları geçici ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır (APA,1968).

TSSB Anksiyete tanı kategorisinde ilk kez DSM –III 'te yer almıştır (APA, 1980).

DSM-IV'te bir önceki tanı kategorisinde kabul gören Anksiyete bozuklukları altında yer almasına ek olarak travmatik yaşantılar sonucu ortaya çıkan fizyolojik tepkiler de yer almıştır (Bromet vd 1998).

DSM-V'te ise travma ve stresörle ilişkili bozukluklar olarak ayrı bir kategoride ele alınmıştır (DSM-2014).

2.2.2. Travma Tanımı

Travma TDK 2021'e göre sözlük anlamı; bir doku veya organın şeklinin bozulması, dıştan gelen mekanik bir etkiyle oluşan yaralanma olarak ifade edilmektedir. Travmanın anlamı ise; kişinin kendisine yönelik ölüm, ölüm riski, ciddi bir yaralanma, fiziksel bütünlüğe karşı her türlü tehdidin bulunabileceği ya da bu gibi durumları sevdiği birinde gördüğü, şahit olduğu olaylar olarak tanımlanmaktadır (44).

Travmanın iki anlamına da baktığımızda genel olarak sadece fiziksel bir etkilenmeden bahsedildiğini görürüz. Oysa travmanın ruhsal olarak etkilenme boyutu da bulunmaktadır. Travmanın ruhsal boyutunu da göz ardı etmeden çok boyutlu şekilde ele alınması gerekmektedir. Bu nedenle insanların baş edemedikleri, bireyi hem fiziki hem de ruhsal yönden tehdit olarak algılanan olayların tümü “psikolojik travma” olarak değerlendirilmektedir (44,45).

Psikolojik travmaların depresyon, anksiyete, alkol ve madde bağımlılığı, öz kıyım girişimi ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal sonuçları olmaktadır (46).

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

Not: Aşağıdaki tanı ölçütleri erişkinler, gençler ve altı yaşından büyük çocuklara uygulanır. Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklar için aşağıda ona karşı gelen tanı ölçütlerine bakılması gerekir.

Bir kişide travma sonrası stres bozukluğundan söz etmek için aşağıdaki kriterlere uyması gerekir;

A. Aşağıda belirtilen bir veya birden fazla durumda ölümle, ağır yaralanma veya cinsel saldırıya uğrama gibi durumla karşılaşmış olma:

- Travmatik bir durumu yaşama,
- Diğer kişilerin başına gelen olayı direk gözlemleme,
- Aile bireyinin ya da yakın arkadaşın başına travmatik bir durum meydana geldiğini öğrenme,
- Meydana gelen travmatik durumu hatırlaması, tekrar etmesi ve etki oranının artması.

B. Meydana gelen travmatik durum sonrası, istemsiz semptomlardan bir veya daha fazlasının var olma durumu:

- İstenilmeyen, kendiliğinden ortaya çıkan travmatik durumun hatırdaki olması,
- Travmatik olaya bağlı, negatif düşüncüler,
- Travmatik duruma bağlı olarak olayı tekrar yaşamaya bağlı oluşan tepkiler,
- Travmatik durumu hatırlatan iç ve dış durumlara karşı negatif sıkıntılı ruh hâli,
- Travmatik durumu hatırlatan durumlara karşı fizyolojik değişiklikler.

C. Aşağıdakilerden bir veya daha fazla durumun tanımlanan travmatik durum sonrası oluşma durumu:

- Meydana gelen travmatik duruma bağlı olarak, olayı hatırlatan negatif düşüncelerden uzak olma isteği,
- Meydana gelen travmatik duruma bağlı olarak, birey ve nesnelerden uzak durma isteği.

D. Meydana gelen travmatik durum sonrası bilişsel ve negatif duygu duruma karşın aşağıda belirtilen durumlardan 2 veya daha fazlasının gözlemlenme hali:

- Travmaya neden olan olayın bir bölümünü veya tamamını hatırlayamama,
- Bireyin kendisi, diğerleri ve dünya hakkında tekrarlayan negatif düşüncüler ve inanışlar,
- Travmatik olayın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler,
- Devam eden negatif duygu durum,
- Aktiviteye isteğin ve katılma durumuna karşı isteğin kaybolma hali,
- Diğer insanlardan farklı hissetme ve onları tanımama duygu durumu,

- Devam eden süre zarfında pozitif duygu durumundan yoksun olma.

E. Travmatik duruma bağlı olarak yaşanılan duruma karşı beklenilmeyen tepkisel farklılık olması:

- Birey ve nesnelere karşı uygulanan, gözlemlenebilen, sınırlı hareketler ve öfkeli olma durumu,
- Önlem almama veya bireyin sergilediği davranışların kişiye zarar vermesi,
- Her an tetikte olma,
- Aşırı irkilme durumu,
- Odaklanma güçlükleri,
- Uyku bozukluğu.

F. B, C, D ve E maddelerinin 1 aydan fazla gözlemlenebilir olması.

G. Bu bozuklukla birlikte bireylerde sosyal, iş vb. alanlarda işlevsellikte belirgin bir düşme görölmektedir.

H. Tanımlanan bu bozukluk başka bir nedene(ör; diğer psikiyatrik bozukluklar) bağlı olarak açıklanamamaktadır (DSM-5, 2014).

2.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Kümeleri

Travmatik Olayı Tekrar Yaşantılama:

Herhangi bir bilinç bozukluğuna bağlı olmadan yaşanmış travmatik olayın yeniden yaşanması olarak tanımlanmaktadır. Tekrar yaşantılama, travmayı yaşayan bireyde görsel imgeleme yoluyla bilinç düzeyine tekrar çıkmasıdır. Bu imgelemeler özellikle flashback(geriye gitme)'ler ve kâbuslar şeklinde kendini göstermektedir. Olayı hatırlatacak herhangi bir uyararla karşılaşan bireyde ortaya çıkan bu imgelemeler sırasında, korku, huzursuzluk(irritabilite) ve aşırı irkilme görölmektedir. Bu durum sıklıkla tekrarlanabilmektedir (46,47).

Artmış Uyarılmışlık:

Travmatik olayı deneyimledikten sonra, ses, ışık ve dokunma gibi fiziksel uyarılarla karşılaşıldığında aşırı irkilme ve aşırı tetikte olma durumudur. Bu symptom TSSB'nin en yaygın görölen belirtisidir. Dürtüsellik ve uykusuzluk bu symptomun klinik özelliklerindendir (48).

Kaçınma:

Travmatik olayı yaşayan bireyin bu olayı hatırlatacak her türlü ortam, düşünce ve imgelerden kaçınması durumudur. Bu uzaklaşma ve geri çekilme; olayı hatırlatan yerlerden, insanlardan, nesnelerden olduğu için kişinin kendini korumaya yönelik davranışlardır. Bu kaçınma davranışı sebebiyle bireyde duygusal küntlük, ilgide azalma, travmatik olayın bir bölümünü hatırlayamama, umutsuzluk ve insanlara karşı yabancılaşma gibi durumlar görülebilmektedir. Kaçınma davranışı ile mücadele eden bireyde, özellikle ergen grubunda, madde kullanımı ve saldırgan davranışlar sık karşılaşılan durumlardır (48,49).

2.2.5. TSSB'nin Üç Ana Semptom Grubu İçinde Ergenlere Özgü Özellikler

Çocuk ve ergenlerde yetişkinlerden farklı olan TSSB semptomları görülebilir. Ergenlerin verdiği tepkiler yetişkinlerinkiyle benzerlik gösterse de, özellikle çocukların gösterdiği davranışların arasında; yaşadıkları travmayı rüya ve kâbuslarla açığa çıkarma, oyuna veya birşeye daldığı zaman travmayı tekrar yaşıyormuş gibi hissetme, ebeveyne daha çok bağlanma ve zor ayrılma, yaşından daha küçük davranışlar sergileme, saldırganlık, tepkisellik gibi semptomlar yetişkinlerden ayıran özellikleridir. Bunlara daha ayrıntılı değinecek olursak; (49,50)

Kaçınma:

Travmayı hatırlatan yer, insan ve aktiviteden uzaklaşma durumu olan kaçınma davranışı ergenin bu durumla baş edebilmek için geliştirdiği bir savunma mekanizması olabilir. Ancak bu baş etme yöntemi çocuk tarafından sürekli olarak kullanıldığında kalıcı bir psikiyatrik bozukluğa sebep olabilmektedir (50).

Sürekli Olarak Yeniden Yaşantılama:

Çocuklar/ergenler yaşadıkları olayı tekrar tekrar yaşıyormuş gibi deneyimlerini anlatabilir ya da travmayı yansıtan oyunları tekrarlı bir şekilde oynayabilirler. Travmayla ilgili görsel, işitsel veya kinestetik(fiziksel aktivite içeren) imgelere yer verebilirler (50).

Genel Psikolojik Küntlük:

Çocuklarda/ergenlerde bu belirtiyi anlamak yetişkinlerden daha zor olmakla birlikte, özellikle duygusal küntlük; daha önce zevk aldığı aktivitelere ve oyunlara karşı ilgisini kaybetme, insanlara karşı yabancılaşma, daha önce sahip olduğu gelişimsel becerilerini unutma, kısıtlı duygulanım gibi belirtilerle kendini gösterir (51).

Artmış Uyarılmışlık:

Uyku sorunları(küçük çocuklarda uykuya dalmada güçlük vb.), huzursuzluk, öfke patlamaları, hipervijilans semptomları ile karakterizedir. Uyku sorunlarının daha ziyade olayın ilk zamanlarında görüldüğü bilinmekle birlikte, bunun yanında karanlık korkusu ve kâbus görme en yaygın görülen belirtileridir. Ebeveynlerden/aileden ayrılmada güçlük çekme(bu durum çocuklarla birlikte ergenlerde de görülebilir), aile ve yakın çevresine daha sinirli davranma gibi durumlara sık rastlanır. Akademik başarıda da fark edilir düzeyde bir düşüş göze çarpar. Bu duruma sebep olan durumlar arasında konsantrasyon zorluğu ve hafıza problemleri sayılabilir (51,52).

2.2.6. TSSB'nin Çocuklarda Görülme Sıklığı

TSSB, 4 yaşından küçük çocuklarda semptomları Yaygın Anksiyete Bozukluğu olarak yorumlanabilmiş olacağı için bu yaş grubunda görülme oranı %0.1 olarak bildirilmiştir. 9-12 yaş aralığında %0.5 ile %2.6 arasında 12 yaşından büyük çocuklarda ise %0.7 ve %6 şeklinde bildirilmiştir (52).

Travmaya maruz kalmış 1420 çocuk üzerinde travma sonrası gelişen durumları saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan bu çocukların 3’te 2’sinden fazlasının 16 yaşına kadar bir travmaya maruz kaldığı bildirilmiştir. Travmaya maruz kalmış bu çocukların ise %13.4’ünde ise travma sonrası stres bozukluğu görüldüğü kaydedilmiştir (52,53).

Çocuklar üzerinde travma sonrası stres bozukluğu sıklığı ve travmatik yaşam olaylarını araştıran bir diğer çalışmaya göre ise; TSSB yaşam boyu görülme oranının %2 ile %6 arasında olduğu, olumsuz şartlarda büyüyen çocuklarda ise bu oran %20 ve %63 arasındadır (53).

Mülteci çocuk ve ergenlerde ise bu oranın daha yüksek olduğu ve Türkiye’de yaşayan mülteci çocuklarda da yine aynı şekilde TSSB görülme sıklığının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (54).

Büyüme şartları zor olmayan ancak daha sonradan kaza, doğal afet, cinsel istismar ve şiddet gibi travmatik yaşam olaylarına maruz kalan çocuklardaki TSSB görülme sıklığı %3 ile %90 arasında değiştiği çalışmalarla ortaya konmuştur (54,55).

Çocuklarda/ergenlerde TSSB görülme sıklığı konusunda dezavantajlı gruplara baktığımızda ise, kız çocukları/ergenleri erkek çocuklarına/ergenlerine göre daha fazla travmatik olaya maruz kalması nedeniyle TSSB görülme sıklığı açısından daha dezavantajlıdır.

Cinsiyetler arasındaki bu farklılık yaşla birlikte artabilmektedir. Bu farklılığın kız çocuklarının/ergenlerinin cinsel istismar, cinsel taciz ve cinsel zorlama gibi eylemlere erkek çocuklarından/ergenlerinden daha fazla maruz kalmaları sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Kız çocuklarında/ergenlerinde TSSB semptomları gelişebilmesi için bir tek olay yetebiliyorken; erkek çocuklarında/ergenlerinde ise kaza ve hastalık gibi travmatik yaşam olaylarına birden fazla kez maruz kaldıktan sonra TSSB gelişebilmektedir (55).

Etnik farklılığın çocuklarda/ergenlerde TSSB görülme sıklığını etkilediğini ortaya koyan çalışmalar bulunduğu gibi etkilemediğini savunan çalışmalar da mevcuttur. Bazı araştırmacılar etnik olarak azınlıkta olan grubun TSSB gelişmesi açısından daha riskli olduğunu savunurken; diğer araştırmacılar da etnik olarak çoğunlukta olan grubun daha yüksek risk taşıdıklarını savunmaktadır (56).

2.2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kuramsal Yaklaşımlar

Analitik Kuram:

Freud'a göre; travma, önceden yaşanmış ancak çözüme kavuşmamış olayların yeniden çağrışımlar yoluyla zihinde imgelenmesi ve tekrar yaşantılanmasıdır. Bu durumu yaşayan birey, inkâr, bastırma, yapma-bozma ve regresyon(gerileme) gibi savunma mekanizmalarını kullanır.

Travmayı yaşayan kişi yaşadığı olayı inkâr eder ya da flasback(ör; rüyalar) yoluyla olayı tekrar yaşantılar. Bu durumlar neticesinde bireyde;

- Üzüntülü olma veya yas
- Davranış bozuklukları ve öfke
- Korkular
- İstenmeyen şiddet davranışı

- Yaşadığı için pişmanlık duygusu
- Kendini suçlu hissetme
- Travmatik olayı tekrar yaşantılama
- TSSB'ye sebep olan nesne veya olaya karşı duyulan öfke durumları gözlenebilir (57).

Bilişsel Kuramlar:

Bu kurama göre TSSB travmatik olarak adlandırılan olaylardan sonra ortaya çıkan farkındalıkların beyindeki duygu ve bilişleri harekete geçirmesi ile açıklanır (51).

Travmanın kâbuslar, reddetme flasbackler ile tekrar yaşantılandığı düşünülmektedir. Bu ekole göre kişinin evrendeki varoluşuyla, benlik saygısıyla ve güven duygusuyla ilgili değerlerin sınırlandırılması ya da engellenmesi travmayla ilgilidir. İnsanların sosyalleşirken kullandıkları iletişimi de olumsuz yönde etkilemektedir ve bu zedelenmiş ilişkiler de travmanın oluşumunda bir etkindir (58).

Bireyde travma sonrası bilişsel çarpırtımlar gözlemlenebilir. Bu bilişsel/düşünsel çarpıtmalar otomatik düşüncelerin oluşmasında çok büyük bir etkiye sahiptir. Örnek verecek olursak; kişinin gireceği bir sınav konusunda “asla başarılı olamayacağım” tarzı bir otomatik düşüncesi varsa, bu kişi “başarısızlık” ile ilgili bir bilişsel çarpıtmaya sahiptir.

Bireyin yaşadığı bir travmanın ardından duygularını belirleyen, yaşadığı olay değil o olaya karşı bakış açısı ve düşünme biçimidir. Bu düşünme biçimi de “otomatik düşünceler”i oluşturmaktadır (59).

Bu kurama göre travmayla ilgili bir diğer kavram da erken çocukluktan itibaren dış dünya ve kendimizle ilgili oluşturduğumuz “şema”lardır. Bireyin oluşturduğu bu şemalara uymayan durumlar kişi tarafından “travmatik olay” olarak algılanır. Bu durumla başa çıkabilmek için, bu şemaları tekrar gözden geçirmek ve yeniden yapılandırmak uyumsuzluğu ortadan kaldırmak için çözüm sağlayabilmektedir.

Bu başa çıkma stratejileri kişiden kişiye göre değişiklik göstermektedir. Bu mekanizmayı yeterince kullanamayan bireyde flashbackler ve kâbuslar sık görülürken, bu mekanizmayı aşırı kullanan bireylerde de kaçınma davranışı gözlemlenmektedir. Kişi bu süreçte yeniden ruhsal dengesini sağlayana dek tekrar yaşantılama ve kaçınma davranışları arasında gidip gelmektedir (60).

Foa ve arkadaşlarının geliştirdiği bir duygu işleme modeline göre TSSB etkileri uzun süreli bellekteki dış uyaranlara verilen tepkilerin birleşiminden oluşan bir korku yapılanmasıdır. Bu model travma sonrası semptomların, yaşanan olayın tekrar hatırlanmasını sağlayan tetikleyici unsurların, kaçınma ve geri çekilme gibi belirtilerin ortaya çıktığı süreçlerdir (61).

Biyolojik Modeller:

İnsanda dış çevreden gelen bilgiyi işleme sistemi limbik sistem, beyin sapı, serebellum gibi yapılar aracılığıyla olmaktadır. Bu sistemin uyum içerisinde çalışması gelen uyaranlara uygun yanıtlar verilmesine bağlıdır. Oysa TSSB bu bilgi işleme sistemin uygun yanıt verebilme sistemine zarar vermekte ve sistemde aksaklıklar oluşmasına sebep olmaktadır (62).

Travma sonrası stres bozukluğu bireyin dürtülerinde de aşırı tepkiye neden olmaktadır. Bu kurama göre TSSB kişinin nörobiyolojisini de değiştirmektedir (61,62).

Bazı bireylerde yapı gereği ya da derinlerde bulunan bir yatkınlık nedeniyle yaşadığı olayın travmaya dönüşmesi daha muhtemeldir. Yine aynı şekilde maruz kaldığı stresli bir olay neticesinde de stres bozukluğu yaşaması diğer insanlara göre daha olasıdır. Bu model ile bireylerin biyolojik sistemlerindeki farklılıkları çözümlemeye ve travma sonrasında semptomları nasıl devam ettirdiği açıklanmaya çalışılmıştır.

2.2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Risk Faktörleri

Yetişkinlerde ve çocuklarda travmaya maruz kalma oranları ve TSSB semptomları geliştirme prevalans oranları karşılaştırıldığında her yetişkin ya da çocuğun yaşadığı travma sonrası TSSB geliştirmediği sonucu çıkarılır. Bir kişi için sıradan sayılabilecek bir olay bir başkası için travmatik etki oluşturabilecek felaket düzeyinde algılanabilir. Bu durum araştırmacıları travma sonrası stres bozukluğu geliştiren ve geliştirmeyenler arasındaki farkı anlamaya yöneltmiştir (62,63).

TSSB için risk faktörleri üç grupta ele alınmaktadır;

a) Travmadan Önceki Faktörler:

Travmatik olayla karşılaşmadan önceki risk faktörlerine bakıldığında, ilk önce cinsiyet olarak kadınlar daha fazla riske sahiptir. Bu durum çocuklarda da aynı şekilde olup, kız çocuklarında erkek çocuklarından daha fazla bir oranda TSSB semptomlarını

geliştirme riski vardır. Bunun nedeninin de kız çocuklarından erkek çocuklarından daha fazla yaşamı tehdit edebilecek taciz, tecavüz, cinsel şiddet gibi travmalara daha fazla maruz kalması sebebiyle olduğu düşünülmektedir. Ancak savaş travmasına maruz kalan her iki cinsiyette de birbirine yakın oranda TSSB semptomlarını geliştirme durumu görülmektedir (63).

Yaş kriterine baktığımızda ise, TSSB semptomları her yaş grubunda görülebilmektedir. Travma oluşturabilecek durumların gençlerde ve genç yetişkinlerde daha sık rastlanması nedeniyle bu grupta TSSB semptomları daha fazla görülür (64).

Yapılan çalışmalarda evli olanların hiç evlenmemişlere oranla TSSB açısından daha az riske sahip olduğu bulunmuştur. Yine boşanmış ve yalnız yaşayanların da evli olanlara göre daha fazla TSSB riskine sahip oldukları bulunmuştur (65).

Daha önce travmatik deneyim öyküsü olan insanlarda olmayanlara göre TSSB yaşama riski daha yüksektir. Geçmişte travmatik deneyimler ve TSSB gelişme riski arasındaki bu ilişki, bu duruma sebep olabilecek travmatik olaya göre değişiklik göstermektedir (66).

Eğitim durumu ve zekâ seviyesinin TSSB semptomları açısından koruyucu bir faktör olduğu savunulmuştur. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerde eğitim seviyesi yüksek olanlara göre TSSB semptomları daha fazla görülmüştür. Vietnam Gaziler üzerinde yapılan bir çalışmada da zekâ seviyesi yüksek olanların zekâ seviyesi düşük olanlara göre TSSB semptomlarını gösterme açısından daha fazla riske sahip olduğu belirtilmiştir (65,66).

Bir diğer kriter ruhsal hastalık öyküsünün olup olmamasıdır. Ruhsal hastalık geçmişli olan bireylerde TSSB gelişme riski daha fazladır. Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalık öyküsüyle TSSB gelişme riski arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Ruhsal hastalık öyküsü yönünden en fazla etkiye sahip TSSB öyküsü olmasıdır (67).

Ergenler için ise travma öncesi risk faktörleri; sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi düşük bir ailede büyüme, özellikle 6 yaşından küçük çocuklar için ebeveyn kaybı, erken çocuklukta örselenme öyküsünün olması, 10 yaşından evvel ebeveyn ayrılığı yaşamış olması, psikiyatrik hastalık öyküsünün olması ve psikiyatrik hastalıklara ailesel yatkınlık, davranış sorunları öyküsünün olması, alkol veya madde kötüye kullanım öyküsünün bulunması gibi faktörlerdir (68).

b) Travma Anındaki Faktörler:

TSSB gelişmesi için travmatik olaylara maruz kalma şiddeti önemli bir risk etkeni oluşturmaktadır. Travmatik olaylara maruz kalma süresinin uzaması, kişinin bu olaya bakış açısı, fiziksel yaralanmalar, bireyde suçluluk ve kendini köşeye sıkışmış hissetmesi gibi etmenlerde TSSB oluşumu için risk oranı artmaktadır. Travmanın insan eliyle yapılmış olması doğal yollarla olan travmalara göre daha fazla TSSB semptomu geliştirme riskine sahiptir (69).

c) Travma Sonrasındaki Faktörler:

Travma yaşayan birçok bireyde yaşadıkları olayın ya da felaketin kendisi kadar, gelen yardımların gecikmesi, yardımlardan eşit oranda faydalanılamaması, fiziki yaralanma ya da sakatlık yaşanması, yakınların kaybedilmesi, yeterli beslenme, barınak ve hijyenin olmaması gibi durumlar da travma kadar örseleyici durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır (70).

Travmatik durumlardan sonra yeterince sosyal destek alamamak, kişinin kendini suçlaması veya çevrenin bu olaydan dolayı onu sorumlu tutması yaşanan travmadan sonra çoğu zaman ikincil bir travma oluşturmaktadır. Bu da TSSB gelişim riskini artıran bir durumdur.

Yaşanan travma sonrası ölüm riskinin olması, travmaya hazırlıksız yakalanılması, travmanın süresinin uzun olması ve çeşitli durumlarda yeniden hatırlanması TSSB gelişim riskini pozitif yönde etkileyen durumlardır (71).

Travmatik yaşantılardan sonra insanlar bu durumla baş edebilmek için çeşitli stresle baş etme yöntemleri geliştirmektedirler. Bunların bir kısmı kişinin duygularına yönelik problem odaklı başa çıkma yöntemleridir. Bu yöntem travmatik olayı ortadan kaldırmaya ya da etkisini azaltmaya yöneliktir ve kişinin durumu, yaşadığı olaya göre değişiklik göstermektedir. Diğer bir kısım yöntemde ise problem ile baş etmek yerine strese sebep olan uyarıcıdan uzak durmak yani kaçınma yöntemi esas alınır.

Yapılmış çalışmalar incelendiğinde; TSSB semptomları ile başa çıkma yöntemleri arasında negatif yönlü bir ilişki varken(yani baş etme yöntemleri arttıkça TSSB semptomlarının azaldığı), kaçınma yöntemleri ile TSSB semptomları arasında pozitif yönlü(kaçınma davranışları arttıkça TSSB semptomları da artmakta) bir ilişki saptanmıştır (72).

2.2.9. Komorbidite:

Yapılan çalışmalar incelendiğinde TSSB yaşayan bireylerin büyük kısmında TSSB'ye ek başka ruhsal hastalıkların da olduğu tespit edilmiştir.

Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; TSSB'ye eşlik eden ruhsal hastalıklar; erkeklerde en fazla karşılaşılabilecek olarak, alkolizm %52, majör depresyon %48, davranım bozukluğu %43, ilaç kötüye kullanımı %35, basit fobi %31 ve sosyal fobi %27 olarak bulunmuştur. Kadınlarda ise TSSB'ye eşlik eden bu hastalıklar; majör depresyon %49, alkolizm %30, basit fobi %29, sosyal fobi %28, ilaç kötüye kullanımı %27, distimi(kronik depresyon) %23 şeklinde sıralanmıştır. Ayrıca bu çalışmadaki diğer bir sonuç da TSSB semptomlarının hafiflemesiyle birlikte ikincil bir bozukluk geliştirme riski de azalmaktadır. Bu sonuçtan da ikincil hastalığa TSSB semptomlarının sebep olduğu ya da yatkınlık oluşturduğu söylenilebilir (73,74).

Travmatik olaylardan sonra en sık rastlanan ruhsal hastalık TSSB olmasına rağmen bunun depresyon gibi diğer psikiyatrik bozukluklarında görüldüğü saptanmıştır. TSSB tanısı alan hastaların %21 ile %94 arasındaki oranlarda depresyon tanısı da aldıkları ortaya konmuştur. %39 ile %97 arasında ise TSSB'ye eşlik eden anksiyete bozukluğu ve TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluğunun birlikte görülme oranının ise %11 ile %67 arasında olduğu saptanmıştır (74).

Bireyde var olan TSSB tanısına depresyon tanısı eşlik ederse ya da mevcut depresyon tanısına TSSB tanısı da eşlik ederse yaşam kalitesi, işlev kalitesi ve uyum daha çok bozulmaktadır (75).

TSSB'de komorbiditenin nasıl oluştuğu ve nasıl geliştiğiyle ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bazı çalışmalarda kişilerin hastalık öykülerinin travmatik olaylarla karşılaştıklarında TSSB gelişme risklerini artırdığı ortaya konmuştur. Bu çalışmada TSSB'ye eşlik eden depresyonu bulunan hastalar incelendiğinde; TSSB ortaya çıkmadan önce hastaların büyük çoğunluğunda depresyon tanısının var olduğu bulunmuştur (76).

Diğer bir çalışmada ise TSSB oluşuktan sonra diğer psikopatolojilere neden olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalara örnek olarak Kessler'in çalışmasında TSSB geliştikten sonra anksiyete ve depresyonun ortaya çıktığı ortaya konmuştur (77).

Diğer çalışmalarda ise TSSB, depresyon ve anksiyetenin komorbid olmadığı birbirinden bağımsız oldukları savunulmuştur.

2.2.10. TSSB Tedavisi

a) Farmakolojik Yaklaşımlar:

Travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde ilaç tedavisi olarak, yan etkilerinin az olması, kullanımının kolay olması ve TSSB hastalarının birçoğunda etkili olması nedeniyle Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri(SSRI) en çok tercih edilen farmakolojik gruptur. TSSB tanısı alan hastaya düşük doz SSRI başlanabilir ve hastalık belirtilerinin şiddetine göre doz artırımları yapılabilir. Bu ilaçların etkisini gösterebilmeleri için 4-6 hafta kadar beklenmeli, en yüksek doza çıkıldıktan sonra semptomlarda gerileme görülmemişse SSRI tedavisine ek başka ilaçlar da eklenmelidir (76,77).

Travma sonrası stres bozukluğunda psikofarmakolojik tedavinin amacı zorlayıcı(intruzif) düşünceleri azaltmak, gelen uyaranlara duyarlılığı azaltmak, depresif duygu durumu ve duygusal küntleşmeyi azaltmak, kaçınmanın azaltılması, kendine ve çevresine karşı impulsif saldırganlığın azaltılması amaçları güdölür (78).

b) Psikoterapi Tedavileri:

1. Bilişsel Davranışçı Terapiler:

TSSB tedavi protokolünde farmakolojik yaklaşımın yanında psikoterapi tedavisi de uygulanmalıdır. Semptomların şiddetli olmadığı vakalarda öncelikle psikoterapi uygulanmalı, şiddetli olduğu durumlarda ise ilaç tedavisi varlığında psikoterapi uygulanmalıdır (79).

Psikoterapiler “Davranışçı Psikoterapi”ler ve “Destekleyici Psikoterapi”lerdir. Davranışçı Psikoterapiler içerisinde ise en sık kullanılan terapiler Bilişsel Davranışçı Terapilerdir. Bilişsel Davranışçı Terapi(BDT) ile TSSB hastalarının tedavisinde %70 oranında başarı elde edildiği çalışmalarla ortaya konmuştur.

Bilişsel Davranışçı Terapi; kökeni bilişsel psikolojik ilkeler ve öğrenme kuramlarına dayanan, var olan psikopatolojilerin tedavisinde ve potansiyel psikopatolojilerin tedavisinde kullanılan bilimsel kanıtlara dayalı terapilerdir (80).

Bu teknikte TSSB tanılı bireyin bu kaygısına ya da çeşitli semptomlarına neden olan insan, ortam ya da nesne ile karşı karşıya getirilerek bu duruma alışması esas alınır. Bireyin imgeleme yoluyla ya da gerçek hayatta travmayı yaşadığı, kendisini rahatsız eden bu ortamlarda bulunması istenerek bu duruma alışması ve duyarsızlaşması amaçlanır.

Terapi 4 aşamadan oluşur. Bunların ilki psikoeğitim aşamasıdır. Bu aşamada taravmanın ne olduğu, nasıl ortaya çıktığı ve tedavi aşamaları hakkında bilgi verilir. Travmatik olayın sebep olduğu uyaranlardan kaçındıkça bu uyaranların tekrarlı ve giderek arttığı anlatılır. 2. Aşamada nefes egzersizleri yer almaktadır. Hastaya bu egzersizleri nasıl yapacağı ve nefes egzersizlerinin faydaları hakkında bilgilendirme yapılır. 3. Aşamada hastada travmaya sebep olan durum, ortam, insan ya da olaya maruz bırakma teknikleri kullanılır. Hastanın gerçekten ya da imgeleme yoluyla bu durumla tekrarlayıcı şekilde yüzleşmesi sağlanır (79,80).

Travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi tekniğinde son aşama ise hastaya yaşadığı olay tekrarlayıcı şekilde ve yüksek sesle anlatılır. Bu yöntemle hasta yaşadığı travmayı güvenli bir ortamda tekrar yaşantılayarak duygularını işlemesi sağlanır (81,83).

2. EMDR(Eye Movement Desensitization and Reproceing):

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme olarak adlandırılan EMDR terapisi; danışan merkezli, bedene odaklanan ve bilişsel davranışçı terapilerin çeşitli özelliklerinden oluşmuş klinik protokollere dayalı bütüncül bir terapi yöntemidir (82).

EMDR travma sonrası oluşan semptomların giderilmesinde kullanılmıştır. DSÖ(Dünya Sağlık Örgütü 2013 yılında EMDR'nin travma yaşamış çocuk, ergen ve yetişkinlerde kullanılmasına izin vermiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2013).

EMDR'de göz hareketleri ve diğer uyarılar travma anındaki olayların canlılığını azaltmakta ve böylece kişinin bu anılara karşı geliştirmiş olduğu kaçınma davranışını azaltarak ulaşılan bu duyguyu tekrardan doğru bir şekilde işleme yolu izlenir (Shapiro ve Maxfield, 2002).

TSSB tedavisinde kullanılan EMDR protokolü 8 aşamadan oluşmaktadır (Rodenburg ve ark., 2009). Bu aşamalar;

- 1.Aşama; Öykü Alma ve Tedavi Seyrini Belirleme
- 2. Aşama; Hazırlık
- 3. Aşama; Değerlendirme
- 4. Aşama; Duyarsızlaştırma
- 5. Aşama; Yerleştirme
- 6. Aşama; Beden Tanılama

- 7. Aşama; Kapanış
- 8. Aşama; Yeniden Değerlendirme bölümlerinden oluşmaktadır.

3. Grup Terapisi:

İnsanların yaşadıkları travmatik olayları ve bu olaylardan sonra yaşadıkları öfke, suçluluk, utanç, korku ve kınama gibi duyguları başkalarının da deneyimlediğini duymaları tedavi edici bir etkiye sahip olmaktadır. Grup terapisinde amaç; grupta bulunan tüm bireylerin travmatik olaydan sonra yaşadıkları kaçınma, tekrarlayıcı düşünceleri empati yoluyla birbirleriyle paylaşmalarıdır.

Grupta bulunan üyeler yaşadıklarını anlatabilmeyi ve başkalarının da maruz kaldığı travmayı analiz etmeyi başardıkları zaman daha güçlü olmakta ve kendilerine olan güvenleri artmaktadır.

TSSB yaşayan bir insan yaşadığı üzüntü, korku, anksiyete duygularını direkt olarak yüzleştiklerinde grubun diğer üyeleri de hayatın diğer sorunları ve kendi semptomları ile baş edebilmektedirler (83,84,85).

2.3. Psikolojik Sağlamlık (Resilience)

Bir maddenin elastik yapıda olması ve kolayca eski hâline dönebilmesi kavramını karşılayan Latince “Resiliens” kelimesinden türetilmiştir (86).

Psikolojik sağlamlık sözlük anlamı olarak ise; bir maddenin sıkıştırılıp esnetilmesinden sonra tekrar eski formuna dönüşmesi olarak tanımlanır.

Psikolojik sağlamlık, pozitif psikolojinin bir ürünüdür ve olumlu psikolojik özelliklere dayanır. Literatürdeki anlamına baktığımızda ise; bireylerin hayatında uyum sağlamalarını zorlaştıran, önemli ve büyük değişikliklere yol açan zorlayıcı yaşam olayları sonrasında direnebilme, sağlıklı bir şekilde eski yaşam becerilerine tekrar kavuşabilme olarak tanımlanabilir (87).

Psikolojik sağlamlık, hayata uyumun artırılması, zorlayıcı yaşam olayları sonrasında stresin düşürülmesi ve yaşam memnuniyetinin artırılması açısından önemli bir kavram olup pozitif psikolojinin önem kazanmasıyla özellikle son 40 yılda araştırmalar açısından ivme kazanmıştır (87,88).

Özetle psikolojik sağlamlıkla ilgili literatür incelendiğinde şu 3 olgu üzerinde durulduğu görülmektedir;

- Risk veya zorlayıcı yaşam olayları

- Olumlu uyum gösterme, baş etme becerisi
- Koruyucu(protective) faktörlerdir.

2.3.1. Psikolojik Sağlamlığın Tarihçesi

Psikolojik sağlamlık kavramı ilk olarak Amerika’da 19. Yüzyılın ortalarında kullanılmıştır. Horatio Alger tarafından yürütülen çalışmalarda evsiz ve yoksul insanların sağlam bir irade ve çalışmayla zor yaşam koşullarıyla nasıl baş ettikleri konusu üzerinde durmuştur (89).

Psikolojik sağlamlığa bilimsel olarak bakıldığında ise; Werner’in Havai’de bulunan Kauai Adası’ndaki yerliler üzerinde yapmış olduğu araştırma çıkar karşımıza. Bu çalışmanın en önemli tarafının bir insanın yetiştirme biçiminin onu bir ömür içinde kalacağı bir “hapishane” oluşturmadığını ortaya koymasındır. Werner’in “Zorlukları Aşmak” adını verdiği ve çalışmalarını topladığı bu kitap çocuklarda psikolojik sağlamlık konusunda yapılan “en iyi çalışma” olarak nitelendirilmiştir (88,89).

Richardson (2002) sağlamlık teorisinin ortaya nasıl çıktığı ve gelişimini 3 dalga şeklinde açıklamıştır; (89,90)

I. Birinci Dalga; Burada psikolojik sağlamlık kavramının tanımı, iç ve dış kaynaklı koruyucu faktörlerin belirlenmesi, zorluklarla baş edebilme faktörlerinin belirlenmesine önem ve öncelik verilmiştir.

II. İkinci Dalga: Bu çalışmalarda da psikolojik sağlamlık süreci işlenmiştir. Bu süreçle ilgili olarak koruyucu faktörler belirlenerek sağlamlığın niteliklerinin tespitine odaklanılmıştır.

III. Üçüncü Dalga: Bu son kısımda ise kişinin yaşadığı travmatik deneyimden sonra içinde bulunan gizli gücünü ortaya çıkardığı, büyüme ve gelişme yaşadığı ve kendini geliştirme yolunda bir “farkındalık” ve doğuştan gelen “sağlamlık” kavramları üzerinde durulmuştur.

Psikolojik sağlamlık psikiyatri, sosyoloji ve eğitim alanlarında olumsuz yaşam koşullarının üstesinden geldikçe arttığına inanılan “sağlamlık” kavramı adı altında incelense de Türkiye’de bu konuda bazı ayrılıklar söz konusu olmuştur. Bir kısım araştırmacı “psikolojik sağlamlık” olarak adlandırırsa da bir kısmı “dayanıklılık”, bir kısmı “yılmazlık”, bir kısmı da “kendini toparlama gücü” olarak kabul etmişlerdir. Ancak bu çalışmamızda “resilience” kavramının karşılığı olarak “psikolojik sağlamlık” kavramını kullanacağız.

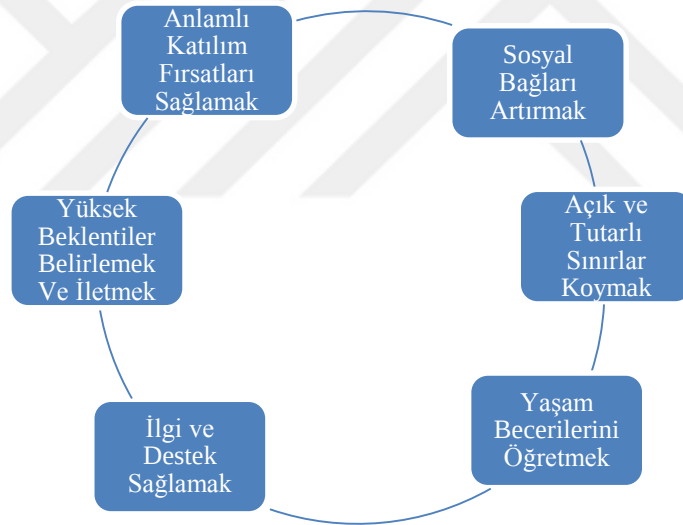
2.3.2. Psikolojik Sağlamlıkla İlgili Yaklaşım ve Modeller

Henderson ve Milstein'in Psikolojik Sağlamlık Çemberi Modeli:

Bu modelde psikolojik sağlamlık, kişiden kişiye göre değişebilen ve zamanla artıp azalabilen bir kavram olarak karşımıza çıkar. Psikolojik sağlamlığın geliştirilmesiyle birlikte bir “Sağlamlık Çemberi” oluşturulmuştur (91,92).

Not: Şekilde “Anlamlı katılım fırsatları sağlamak, yüksek beklentiler belirlemek ve iletmek, ilgi ve destek sağlamak” çevrede yılmazlık oluşturmak başlığıyla değerlendirilirken; “Sosyal ağları arttırmak, açık ve tutarlı sınırlar koymak ve yaşam becerilerini öğretmek” ise çevredeki risk faktörlerini azaltmak başlığıyla değerlendirilir.

Belirlenen bu 6 öğeye göre risk faktörleri azaltılarak psikolojik sağlamlığı geliştiren ortamlar oluşturulabilir.



Şekil 2.1. Henderson ve Milstein'in psikolojik sağlamlık çemberi (Gürkan, 2006: 42.) (92)

Benard Modeli:

Benard (1991) Modeli'nde psikolojik sağlamlıkla ilgili 2 farklı özellik benimsenmiştir. İlki psikolojik sağlamlığa sahip bireylerin doğuştan getirdiği özellikler, ikincisi ise sonradan kazandığı özelliklerdir. Buna göre psikolojik olarak sağlam bireylerin doğuştan gelen özellikleri;

- Sakin ve anlayışlı bir mizaca sahip olmaları,
- Bulunduğu ortamlarda olumlu tepki alabilme yeteneklerinin bulunması.

Psikolojik olarak sağlam bireylerin sonradan kazanabildiği özellikleri;

- Kendine ait bir kimlik bilgisinin olması ve kökenleriyle gurur duyması
- Sevecen ve empatik bir kişilik yapısının olması
- Etkili iletişim becerilerine sahip olması
- Başka birine ihtiyaç duymadan önemli görevleri üstlenebilmesi, yalnız başına sorumluluk alabilmesi
- Olumsuz, başkaları için travmatik olacak durumların komik ve ironik yanlarını görebilmeleri
- Hayatta geçerli ve gerçekçi hedeflerinin bulunması ve buna göre yaşamını düzenlemesi
- Kendine kötü gelen insan, durum ve ortamlardan kaçınabilmesi
- Strese uyum yeteneğinin yüksek olması, olumlu hayat bakış açısına sahip olması, başarısızlıklardan ders alabilen bir yapıda olması, esnek olabilmesi gibi özelliklerdir (92,93).

Weinstein Beklenti İletişimleri Modeli:

Weinstein Beklenti İletişimleri Modeli'nde öğrencilerden beklenen yüksek beklenti konusu ve “olumlu bir beklenti” nasıl oluşturulmalı sorusu üzerinde durulmuştur. Bu nedenle bu modele göre yapılması gereken bazı düzenlemeler;

- Müfredat Programı: Öğrenmeyi kolaylaştıran ve öğrencilerin katılımını teşvik eden her türlü sorumluluk için öğrenciyi cesaretlendirmesi gerekir.
- Motivasyon: Rekabete dayalı öğretim stratejisi yerine iş birliği ve ilgiye dayanan bir strateji benimsenmelidir.
- Grup Çalışmaları: Öğrencinin ilgi duyduğu alana göre çok çeşitli aktiviteler olmalı ve aktiviteler karışık olarak ilgi alanları içermelidir.
- Ölçme ve Değerlendirme: İçerisinde çoklu zeka kavramının da bulunduğu farklı öğrenme stilleri kullanılmalıdır.
- Öğretmen-Öğrenci İlişkisi: Ayrım gözetmeksizin tüm öğrencilere eşit davranılmalı ve bireysel farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır.
- Anne-Baba-Sınıf İlişkileri: Olumlu ve etkili iletişim kurulmalıdır.

- Öğrenmede Sorumluluk Vermek: Her öğrencinin aktif olarak katılımını sağlamalı ve kişisel karar alma haklarına saygı duyulmalıdır (90,91,92).

Richardson Sağlamlık ve Sağlamlığın Meta Kuramı:

Richardson Kuramı'nın altında yatan ana fikir sağlamlığı insan enerjisine bağlamasıdır. Birey yaşamındaki biyolojik, psikolojik dengesinden başlayarak maddi ve manevi varlığını hayatındaki “an” dediğimiz bölümlere adapte edebilmektedir (91,92).

Wolin Modeli:

Bir psikiyatr olan Steven Wolin uzun süre hasta tedavisinde geleneksel tıbbi yöntemi kullandı. Bu yöntemde terapist, doktor hastayı dinliyor ona göre terapi ya da ilaç tedavisine yönlendiriyordu. Burada hasta ya da danışan güçsüz durumdaydı. Bu nedenle Wolin bu durumdan hoşlanmamış ve hastanın güçlü yönlerine odaklanmıştır (81).

Steven Wolin ve eşi Sybil Wolin özellikle yaşamlarında bulunan tüm olumsuzluklara rağmen iyileşebilen, sağlam durabilen bireylerin özelliklerini merak etmişler ve bunları sıralamışlardır. Bu davranışlara “yedi sağlamlık davranışı” adını vermişlerdir. Bunlar; (90,92)

- İlişkiler(Relationship): Sorunlu bir ailede büyümüş olan bireyin ailesiyle kuramadığı sevgi, saygı ve güvene dayalı iletişimin başkasıyla kurulması,
- Bağımsızlık(Independence): Sorunlu ailede büyüyen bireyin ailesinden daha fazla zarar görmemesi için fiziksel ve psikolojik olarak uzak durması,
- İçgörü(Insight): Sorunlu ailede büyümüş bireyin yaşadığı olayları fark etmesi ve gün yüzüne çıkarması,
- Yaratıcılık(Creativity): Kendisinde iz bırakmış olan acı olayları herhangi bir sanat dalıyla yansıtmak,
- Ahlâk(Morality): Bireyin çevresinde hep kötülük ve kötü insanlar da olsa içinde iyilik duygusu ve vicdanı barındırması,
- Girişim(Initiative): Sorunlu ailelerde büyümüş çocukların ortaya çıkan sorunlarıyla ilgilenmek için ilk adımı atmak,
- Mizah(Humor): Kendine ve acılarına mizah duygusuyla yaklaşarak acılarını azaltmak.

Benson'un “Özellikler Kazandırma” Psikolojik Sağlamlık Kuramı:

1989'da Benson tarafından ortaya konulan “Özellikler Kazandırma “ kuramına göre, yetişkinler çocuklar ve gençlerin özelliklerini belirlemede bir etkidir. Yetişkinler onlara ne kadar iyi bir ortam ve koşullar sağlarsa çocuk ve gençlerin de o oranda riskli davranışlarda bulunmaları azalır (91,92,93).

Krovetz Sağlamlık Kuramı:

Krovetz'in Sağlamlık Kuramı, eğitim seviyesi ve ekonomik düzeyi yüksek ailelerde yetişmiş olan insanlarda bulunan ancak sorunlu aile ve ortamlarda yetişmiş bireylerde daha az ya da hiç bulunmayan koruyucu faktörleri tanımlamıştır.

Sağlamlık Kuramına göre bu koruyucu özellikleri taşıyan bireyler olumsuz durumlarla baş edebilmekte daha başarılıdır ve bu koruyucu faktörlerden her insanda bir miktar bulunmaktadır (91,92).

Süreklilik Kuramı:

Süreklilik Kuramının bireyin psikolojik sağlamlığındaki görüşü; bireyin dış özellikleri ve şefkatli ilişkileri hayattan beklediği beklentilerinin yüksekliği ve katılım fırsatlarını değerlendirmekteki kararlılığı nispetindedir (90,91,92).

Psikolojik sağlamlıkla ilgili kuramlar sağlamlığın hem doğuştan getirildiği hem de çevrenin etkisi ve desteğiyle oluştuğu görüşü üzerinde fikir birliğindedirler. Bu sebeple de bu sağlamlığın oluşması yönünde aileye, okula ve çevreye büyük sorumluluk düşmekte, bu içsel ve dışsal faktörlerin de öneminin anlaşılması gerekmektedir (90,92).

2.3.3. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlığın açıklanmasında önemli bir yere sahip olan koruyucu faktörler; yaşanan riskli durum ya da zorlu bir olayın etkisini azaltan, yumuşatan ve bireyin normal uyum sürecine olumlu yönde katkıda bulunan hususlardır.

Koruyucu faktörler, bireyin yaşadığı zorlu olayların etkilerini azaltmaya, ortadan kaldırmaya ve fizyolojik, psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya yardım eden değişkenlerdir (87,92).

Gizir ve Aydın(2006) psikolojik sağlamlıkta bireyin kültür, yaş grubu ve zorlu yaşam olayları gibi riskli durumlarda bireyi başarı ve mutluluğa ulaştıran bir takım

koruyucu faktörlerin olduğuna inanır. Bu faktörleri içsel(bireysel) ve dışsal(çevresel) olarak gruplandırır (89,91).

Bu koruyucu faktörleri biraz daha detaylandırırsak; bireysel(kişisel), ailesel ve çevresel koruyucu faktörler olarak gruplandırabiliriz: (93)

- **Bireysel (Kişisel) Koruyucu Faktörler;** zeka, kolay mizaç, akademik başarı, benlik saygısı, mizah anlayışına sahip olmak, öz yeterlilik, özerklik, özgüven, olumlu bir hayat bakış açısı, hayattan somut beklentilerinin olması, planlı yaşamak, problem çözme becerilerinin olması, yaş, cinsiyet gibi faktörlerdir.
- **Ailesel Koruyucu Faktörler;** destekleyici ebeveyn tutumuna sahip olma, diğer aile üyeleriyle olumlu ve uyumlu bir ilişki içinde olma, sosyoekonomik açıdan avantajlı bir aileye sahip olma, aile tarafından bireyle ilgili gerçekçi beklentilere sahip olma, ailenin etkili ve sınırları olan bir yapıya sahip olması.
- **Çevresel Koruyucu Faktörler;** Sosyal çevredeki etkili ve destekleyici ilişkilere sahip olma, arkadaş, okul ve sosyal topluluklar gibi üyesi olunan çevreyle olumlu ilişkiler kurmak.

Psikolojik sağlamlığın ortaya çıkmasını ve sürekliliğini sağlayan koruyucu faktörleri farklı bir açıdan ele alan Hammer, Weiter ve Dunn(2016) bu faktörleri post travmatik bir gelişme şeklinde ele almışlardır. Bu gelişimi ise travma sonrası büyüme, yaşama ve hayatındaki olumluluklara minnet duyabilme ve kişisel gücünü arttırma olarak görmüşlerdir.(86,90)

2.3.4. Psikolojik Sağlamlıkta Risk Faktörleri

Risk ve Stres:

Psikolojik sağlamlığın ortaya çıkması için **risk** anahtar faktördür. Riskli yaşam olayları; doğal afetler, istismarlar, travmalar gibi bireyde stresör olarak görev yapan örseleyici olaylar tam da psikolojik sağlamlığın ortaya çıkışını sağlayan etmenlerdir. Yani birey bu gibi zorlayıcı yaşam olaylarından sonra eski hâline dönebiliyorsa bireyin psikolojik sağlamlığa sahip olduğundan söz edebiliriz. Psikolojik sağlamlık açısından risk oluşturacak faktörlere baktığımızda ise literatürde özellikle çocuk ve gençleri baz alan birçok farklı risk faktörü ele alınmıştır. Bunları gruplandırarak olursak; kişisel, aile ile ilgili ve çevresel ya da sosyal risk faktörleri olarak ele alınabilir.(87,90)

a) Bireysel (Kişisel) Risk Faktörleri:

Bireyin kendi karakter özelliklerinden kaynaklanan, içsel risk faktörleri olarak da adlandırılan değişkenlerdir. Yapılan çalışmalarda incelenen kişisel risk faktörleri; (88,90)

- Kaygılı kişilik yapısı
- İçer kapanık, antisosyal yapıda olma
- Bireyin özgüveninin düşük olması
- Etkili baş etme mekanizmalarına sahip olmaması
- Çeşitli kronik hastalıklar
- Alıngan ya da agresif mizaç
- Kendini kontrol etme yeteneğinin az olması
- Sosyal değerlerin dışında davranışlar sergilemek
- Erken doğum.

b) Ailesel Risk Faktörleri:

- Tek ebeveynli olmak
- Ebeveynlerin hastalığı ya da psikopatolojisi
- İhmalkâr bir aileye sahip olma
- Kuralların ve sınırların hiç olmadığı ya da belirsiz olduğu bir aile
- Kalabalık aile ortamına sahip olma
- Ebeveynler ve çocuk arasında sağlıklı bir iletişimin kurulamamış olması
- Aile içi şiddet, cinsel istismar gibi durumlar.

c) Çevresel-Sosyal Risk Faktörleri:

- Savaş, göç, doğal afetler gibi çocuğu ve tüm toplumu etkileyen olaylar
- Ekonomik zorluklar ve yoksulluk
- Azınlık olma
- Toplumda çocuk ihmali ve istismarının olması
- Düşük sosyoekonomik statü ve işsizlik gibi faktörlerdir (89,92).

2.3.5. Psikolojik Sağlamlığa Sahip Bireylerin Özellikleri

Benard'a (1991) göre psikolojik sağlamlığı yüksek olan bireylerin şu 4 ortak özelliği bulunmaktadır:

- Sorun çözme becerisine sahip olması
- Sosyal yeterliliğe sahip olmak; diğer insanlarla olumlu ve uyumlu ilişkiler içinde bulunmak.

- Özerklik; kendine ait kimlik özelliklerinin bulunması.
- Amaç ve gelecek inancının olması; hayata karşı hedefleri ve gerçekleştirmek istediği hayallerinin bulunması (94).

2.3.6. Psikolojik Sağlamlığın Nitelikleri

Psikolojik sağlamlığın niteliklerinin bireye yansımaları Haynes (2005) 3 grupta toplayarak açıklamaktadır. Bunu bir tablo ile açıklayacak olursak; (93)

Tablo 2.1. Psikolojik sağlamlık nitelikleri (Haynes, 2005)

1)Sosyal Özellikler	2)Duygusal Özellikler	3)Bilişsel/Akademik Özellikler
* Çevresiyle olumlu ilişkiler kurmakta yeteneklidir. *Yeni arkadaşlıklar kurmakta zorlanmazlar. * Gerekğinde yardım bulabilir ancak başkasından yardım alma noktasında isteksizdir. * Etkili iletişim becerilerine sahiptir.	*Özgüveni yüksek düzeydedir. *Kendine olan öz saygısı yüksek düzeyde ve kendini kabulü açıktır. *Güçlü bir öz yeterliliğe sahiptir. *Hayatındaki değişikliklere çabuk uyum gösterir. *Kaygı ve engellere karşı dayanabilme gücü vardır. *Duygularını kontrol edebilme ve duygularının farkına varma becerisine sahiptir.	* Geleceği düşünme ve planlama yetenekleri vardır. * Başarı ile motive olurlar. *Onlar için dış kaynaklı motivasyonlardan (takdir, ödül gibi) ziyade iç motivasyonlar daha güdüleyicidir. *Çevresini de kendilerinin faydası için yüreklendirir ve harekete geçirirler. *Stresli ve travmatik olaylarla baş etme mekanizmaları gelişmiştir.

2.4. Öz Şefkat (Self-Compassion)

Günümüzde pozitif psikolojinin bir ürünü olan, hayattaki olumsuzluklar ve başarısızlıklardan ziyade olumlu olaylar ve başarıya odaklanan, “self-compassion” olarak adlandırılan “öz şefkat” bireyin aynı zamanda refah seviyesidir. Dolayısıyla özşefkat, bireyin kendi başarısızlıklarını kabullenmeyi, kendi acılarının farkında olup onları sevmeyi ve onlardan ders çıkarıp kendine karşı nazik olmayı içerir (Neff, 2003) (95).

Alanyazında öz şefkatin 3 ana boyutu ele alınmaktadır. Bunlar;

2.4.1. Öz Sevecenlik (Self-Kindness)

Öz sevecenliğe sahip olan bireyler, kendi yetersizlik ve başarısızlıklarına karşın katı, eleştirel ve yargılayıcı bir tutum almak yerine sevecen bir yaklaşım sergiler. Yani bir yakınına kullanacağı kibar ve cesaretlendirici dili kendisine de kullanır. Bu da öz şefkatin öz sevecenlik boyutunu oluşturmaktadır.

2.4.2. Ortak Deneyim Oluşturma (Common Humanity)

Öz şefkatin bu boyutunda birey yaşadığı olumsuz deneyim ve acıları sadece kendisinin değil, diğer insanların da yaşadığını kabul eder ve böylece insanlığın ortak deneyimine katkıda bulunmuş olur.

Keder ve acının sadece kendi başına geldiğini düşünen birey umutsuzluğa kapılıp kendini toplumdan soyutlayabilir. Oysa bu olumsuz deneyimi sadece kendisinin değil tüm insanların da yaşayabildiğini, bu deneyimlerin insan olmanın bir gereği olduğunu kabul eden birey rahatlar (96).

2.4.3. Bilinçli Farkındalık (Mind-Fullness)

Kişinin acı verici düşünce, duygu ve deneyimlerini içselleştirmesi yerine yeterli ve dengeli bir farkındalık içinde bulunması durumudur. Bilinçli farkındalık anın içinde olmayı, acıyı fark ederek bu durumla beraber yaşamayı gerektirir (97).

Bilinçli farkındalığa sahip birey olumsuz bir deneyiminde durumu “başarısız oldum” şeklinde kabullenirken, bu durumu içselleştiren bir birey ise böyle bir deneyimden sonra, “ben başarısız biriyim” şeklinde yorumlar (98).

Öz şefkat boyutu olarak bilinçli farkındalık, olaylar ne kadar sıkıntı verici olduğuna bakmaksızın bu durumdan kaçmayarak deneyim kazanmayı sağlar. Böylece bireyin de kendini yargılamadan kendine şefkat gösterebilme becerisini artırmaktadır. Bu nedenle farkındalık, öz şefkatin önemli bir boyutudur (95,96,97).

2.5. Travmalarda Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı

Travmalar bireyin yaşam düzenini bozan, aniden karşılaşılan ve bireyde yoğun korku, çaresizlik gibi duyguların hissedilmesine yol ačan olaylardır (98,99). Bu nedenle böyle bir olayla karşılaşan bireyin yaşadığı travmatik deneyimin etkisinden dolayı bař etme sistemleri de zarar görmektedir (98,99). Birey bu sebeptedir ki, travmatik deneyimi yaşadıktan sonra dahi aynı uyarılmışlık ve korku haliyle uzun süre bař etmek durumunda kalabilir. Bu yüzden travmatik olaylarda koruyucu bir başka deyişle “travma bilici” sağlık hizmetleri ayrı bir önem kazanmaktadır. Travma sürecinde psikososyal koruma, krize müdahale ve önleme hizmetleri sağlık disiplinleri arası profesyonel işbirliği ile sağlanmaktadır (100). Profesyonel hizmet vericilerden psikiyatri hemşireleri hasta ve ailesine en yakın hizmeti veren sağlık profesyoneli konumunda bulunmalarından dolayı travmatik olayın olumsuz etkilerine karşı bireyi korumada da etkin bir role sahiptir (101).

Travmatik olaydan sonra bireyde en sık görülen travma sonrası stres bozukluğu(TSSB)'nın (100,101) etkilerini bilerek ve farkında olarak bireye koruyucu sağlık hizmeti vermek özellikle psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında bulunmaktadır.

Travma ile karşılaşan bireyde yoğun korku, çaresizlik, ümitsizlik gibi duygular görülmektedir. Bu duygularla baş edilemediği takdirde bireyde, anksiyete, depresyon, TSSB gibi psikiyatrik durumlar ortaya çıkabilmektedir. Psikiyatri hemşiresi bu bakımdan hastayı değerlendirmeli ve yaşadığı duyguları açıkça ifade etmesini teşvik etmelidir (101,102). Bireyi bu psikiyatrik sorunlara iten risk faktörlerini belirleyerek önlem almalıdır. Bireyi hem travma süreci hem de günlük yaşam işleyişi hakkında bilgi sahibi olarak, kişinin böyle psikiyatrik sorunları yaşamasına sebep olabilecek bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörlerini değerlendirmeli ve o kısma odaklanmalıdır (102).

Travmatik deneyimlerde psikiyatri hemşiresinin bir diğer rolü de bireyin yaşadığı olayın olumsuz değil de olumlu yönlerine odaklanabilmesini sağlamaktır. Böylece bireyin yaşadığı deneyimi psikolojik büyümesine bir katkı sağlayacak ve olumlu bir psikososyal bakış açısı kazandıracaktır (102,103)

Psikiyatri hemşiresi her bireyin yaşamış olduğu travmatik deneyimi algılayış biçimi ve bu deneyime vermiş olduğu tepkinin farklı olduğunu bilmektedir. Bu nedenle vereceği travma müdahale yaklaşımını bireye özgü olarak plânlamalıdır. Yaşadığı travmanın ne olduğu, ne şekilde ve nasıl etkilediği hakkında konuşmalı ve iyileştirici müdahaleler konusunda da gerekli bilgilendirmeleri yapmalıdır (104). Travma sonrası stresin ruh sağlığı üzerindeki etkisi baz alınarak, afet yönetimi ve müdahale programlarının geliştirilmesi, bireyin baş etme becerilerini desteklemek ve ruhsal iyilik hallerini korumak açısından hayati önem taşımaktadır. Bu müdahaleler, travmatik olaydan sonraki kısa vadede acil ihtiyaçların giderilmesiyle sınırlı kalmamalı, risk altındaki gruplara yönelik orta ve uzun vadeli psikososyal müdahalelere odaklanmalıdır.

Sonuç olarak; travmatik deneyimlerde koruyucu yaklaşımlar bireyin psikolojik sağlığı açısından çok büyük bir öneme sahiptir. Bu müdahaleleri yerine getiren sağlık profesyonellerinden biri olan psikiyatri hemşireleri, bireyin yaşadığı deneyimi uygun, yerinde ve destekleyici yaklaşımlarla bireyin lehine çevirebilir. Yani psikolojik büyümesine katkı sağlayabilir (103,104).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri Malatya Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaöğretim kurumlarından toplanmış ve araştırma Aralık 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 6 Şubat Kahramanmaraş Depremi'ni yaşamış Malatya Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaöğretim kurumlarında öğrenimine devam eden ve araştırma kriterini karşılayan bireyler oluşturmuştur. Araştırma yöneticilerinin uygun gördüğü farklı türdeki liselerde (sosyal bilimler, imam hatip vb.) yürütülmüştür.

Örneklem sayısı G power 3.1 programı kullanılarak Tip 1 hata 0.05 hata payıyla Tip 2 hata 0.20 %80 güç ile orta etki (cohen d: 0.3) büyüklüğü için gerekli örneklem büyüklüğü 487 olarak hesaplanmıştır (5). Bu doğrultuda eksik ya da hatalı form gelme ihtimaline karşın, gönüllülük esas alınarak 927 ergen çalışma grubuna dahil edilmiştir. Bunlardan 11'i dışlanma kriterlerinden (bilinen psikiyatrik tanı ve öykünün olması), 17'si analiz sürecinde ve 12 'si eksik form nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırma 560'ı kız öğrenci, 334'ü erkek öğrenci olmak üzere 894 öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmeden öğrencilere okul yönetimi tarafından duyuru yapılmış araştırma kriterini karşılayan tüm öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri Mart/Nisan 2024 tarihinde 3 farklı okuldan ve her okuldan ortalama 290-320 öğrenciden toplanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Katılımcının çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- Katılımcının iletişime ve işbirliğine açık olması.
- Katılımcının 6 Şubat depremini Malatya ilinde yaşamış olması.

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Katılımcının iletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olması,
- Katılımcının psikiyatrik tanısı ve öyküsünün olması.

3.3.3. Araştırmanın Değişkenleri

a) Bağımlı Değişkenler;

- Travma sonrası stres tepki düzeyi
- Psikolojik sağlamlık düzeyi
- Öz şefkat düzeyi

b) Bağımsız Değişkenler;

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Kardeş sayısı,
- Anne ve babanın sağ olup olmama durumu,
- Anne ve babasının birlikte yaşayıp yaşamadığı,
- Deprem sonrası süreçte aileyle birlikte kalıp kalmadığı,
- Ailenin gelir durumu,
- Yaşadığı depremde bulunduğu ev ya da yapının hasar görüp görmediği,
- Yaşadığı depremde enkaz altında kendisinin, ailesinden birinin veya yakın, komşu, akrabadan birinin kalıp kalmadığı ya da yaralanıp yaralanmadığı,
- Yaşadığı depremde ailesinden birinin veya yakın, komşu, akrabadan kayıp yaşayıp yaşamadığı durumunu kapsamaktadır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-2), Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği(ÇTSSTÖ) (EK-4), Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12) (EK-3), Çocuklar için Öz Şefkat Ölçeği (EK-5) kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form; doğum tarihi, cinsiyet, kardeş sayısı, gelir durumu, anne ve babanın yaşayıp yaşamadığı, şu anda kiminle oturulduğu, yaşadığı depremde bulunduğu ev ya da yapının hasar alıp almadığı, yaşadığı depremde enkaz altında kalma durumu ve depremde kayıp yaşayıp yaşamadığını belirleyen ergenin sosyodemografik ve deprem durumu ile ilgili 13 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSSTÖ)

ÇTSSTÖ, çocuklarda savaş, doğal afetler, cinsel istismar gibi travmatik olaylarda TSSB düzeyini belirlemek amacıyla en sık kullanılan ölçektir. Ölçek Pynoos ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (105). Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması ise Erden G. ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (106). 20 maddeden ve “Hiç” den, “Pek Çok”a değişen 5’li likert tipinden oluşan ölçeğin puanlaması 12-60 puan arasında puanlanmaktadır. Bahsi geçen puanlamaya göre 12-24 puan arası “Hafif Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, 25-39 aralığında puan alan bir birey için “Orta Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, 40-59 puan arası “Ağır Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, 60 puan ve üzerindeki puanlamalar ise “Çok Ağır Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu” olarak adlandırılmaktadır. 12’den küçük olan puanlamalarda ise TSSB yoktur denebilir (107). Ölçeğin geçerlilik güvenirlik katsayısı 0.86, Cronbach Alfa katsayısı 0.75 bulunmuştur. Araştırmamızda ÇTSSTÖ’nin güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12)

Çocuk ve gençlerde “resilience” (esneklik) kelimesinden türeyen psikolojik sağlamlığı ölçmek adına, 11 farklı ülkeden toplanan veriler ışığında oluşturulan 28 maddelik ölçeğin orjinal hâlinin 12 maddelik kısa form çalışması Liebenberg, Ungar ve Le Blanc (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçek tek faktörden oluşup 11-16 yaş grubuna uygulanmaktadır. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ise G. Arslan (2015) tarafından yapılmıştır (108). Beşli likert yapısına sahip ölçekte; “Kesinlikle Katılmıyorum”(1) ile “Kesinlikle Katılıyorum” (5) arasında değişen derecelendirmeler bulunmaktadır. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği’nde yüksek puan yüksek sağlamlık düzeyini göstermektedir. Ölçeğin faktör yük değerleri 0.39 ile 0.88 arasında değişmekte ve iç

tutarlılık katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise bu güvenilirlik katsayısı (α) 0.84 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Çocuklar için Öz Şefkat Ölçeği

Ölçek bir öz bildirim ölçeği olup, bireyin hayatındaki olumsuzluklardan ziyade olumlu yönleri odaklandığı, başarısızlıkları ve acılarından ders çıkararak kendine karşı nazik olmayı içeren öz şefkati (Neff,2003) çocuklarda ölçmek amacıyla 2020 yılında Nas ve Sak tarafından geliştirilmiştir (109). Beşli likert yapısına sahip ölçekte; “Hiçbir zaman” (1) ile “Her zaman”(5) arasında değişen derecelendirmeler ve toplam 20 madde oluşmaktadır. Çocuklar için Öz Şefkat Ölçeği’nde yüksek puan yüksek öz şefkat düzeyini göstermektedir. Ölçeğin geçerlik güvenirliği 12-18 yaş arası 756 çocuk üzerinde yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda ise bu değer 0.88 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından katılımcılara yüzyüze görüşülerek Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-2), Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği(ÇTSSTÖ) (EK-4), Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12) (EK-3), Çocuklar için Öz Şefkat Ölçeği (EK-5) olmak üzere 4 adet form araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmaya ait bu 4 form araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgi verildikten sonra sınıf ortamında katılımcılara dağıtılmış ve ortalama 15-20 dakikalık süre içerisinde direkt gözlem altında uygulanmıştır.

3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi SPSS 23.0 ve Process Macro v.4.2 eklentisi ile yapılmıştır. İlk olarak veri setinin analizlere uygunluğu ve aracılık etkilerinin temel varsayımlarını karşılayıp karşılamadığını belirlemek için kayıp veriler, uç değerler, normal dağılım ve çoklu bağıntı problemi incelemesi yapılmıştır (110).

Bu doğrultuda 17 veri, veri seti dışında tutularak 894 kişi ile analizlere devam edilmiştir. Çok değişkenli uç değerlerin analizi kapsamında Mahalanobis uzaklığı hesaplanmış ve uç değer olarak herhangi bir veri çıkarılmamıştır. Ölçek puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizde puanların çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiştir. Bu değerlerin -1 ile +1 arasında olması

beklenmektedir (111,112). Çarpıklık ve basıklık kriterleri bu çalışmada kullanılan her ölçek tarafından karşılanmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında çoklu bağlantı probleminin olup olmadığına bakılmıştır. Çoklu bağlantı, tolerans ve varyasyon şişirme faktörleri (VIF) ile kontrol edilmiştir. Literatürde, tolerans değerinin 0.1'den az olmaması, VIF değerlerinin ise 10'dan büyük olmaması gerekmektedir (113,114,115). Araştırma kapsamında hesaplanan tolerans değeri bağımsız değişkenlerin her biri için 0.911 ve VIF değeri için 1.098 olarak bulunmuştur. Bu değerlere göre değişkenler arasında çoklu bağlantı probleminin olmadığı görülmektedir.

Veri setinin uygunluğu tespit edildikten sonra, tanımlayıcı değişkenlere ilişkin frekans ve yüzde değerleri analiz edilmiştir. Psikolojik sağlamlık, travma sonrası stres ve öz şefkat değişkenlerine ilişkin betimsel istatistik değerleri (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum, Cronbach alfa katsayısı) hesaplanmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleriyle ölçek puanlarının karşılaştırılmasında, bağımsız örneklemelerde t-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA analizi sonrasında anlamlı farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc analizlerde, varyansların homojen olduğudurumlarda Least Significant Difference (LSD), varyansların homojen olmadığı durumlarda ise Tamhane's T2 çoklu karşılaştırma teknikleri kullanılmıştır.

İncelenen değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek ve sonraki analizlerin varsayımlarını doğrulamak için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır (korelasyon katsayısı (r); 0.00-0.25 çok zayıf, 0.26-0.49 zayıf, 0.50-0.69 orta, 0.70-0.80 yüksek ve 0.90-1.00 çok yüksek) (112). Son olarak ise psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracılık rolünün incelenmesinde SPSS Hayes PROCESS Makro v.4.2 paketi kullanılmış olup dolaylı etkilerin incelenmesinde bootstrap yöntemi esas alınarak analiz yapılmıştır. Bootstrap analizinde 5000 yeniden örnekleme tercih edilmiştir. Tüm testler için önem düzeyi %95 güven aralığında test edilmiştir (116).

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay (Ek-8) ve daha sonra ise Malatya Valiliği'ne bağlı İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden etik izin alınmıştır. Sonrasında ise araştırmanın yapıldığı okullarda kurum izinleri alınmıştır.

Etik İlke; Araştırma Helsinki Bildirgesi'nde yer alan etik ilkeler göz önüne alınarak yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları

Bu araştırma 6 Şubat Kahramanmaraş Depremi'ni yaşamış Malatya ilinde ikamet eden ergenlerle yürütüldüğünden benzer demografik özelliklere sahip ergenlere genellenebilir. Depremin etkisi, coğrafi bölgenin özellikleri ve ergenlerin özelliklerini göz önünde bulundurulduğunda geniş bir popülasyona genellenmesi sınırlı olup elde edilen bulgular deprem yaşamış tüm ergenlere genellenemez. Araştırma kesitsel özelliktedir ve neden-sonuç ilişkisi içermemektedir. Mevcut çalışmada ölçme araçları (anket) kullanılarak nicel araştırma yöntemleri ile parametreler arasındaki ilişkiler çalışılmıştır. Özellikle ergenlerin psikolojik sağlamlık ve öz şefkat düzeyleri ve stresi nasıl yaşadıkları hakkında daha ayrıntılı ve derinlemesine bilgiler elde edilmesi hedefiyle nitel araştırma yöntemleri de eklenerek karma desene dayalı araştırmalar yapılabilir. Deprem sonrası ergenlerin psikolojik sağlamlığı aracılık veya düzenleyicilik ilişkilerinde farklı değişkenlerin de yer alabileceği ve buna yönelik çalışmaların yapılabileceği dikkate alınmalıdır. Bu doğrultuda, ergenlerin sosyal desteği, aile ilişkileri, akran zorbalığı, çocukluk çağı travmaları, akademik başarı, öğrenilmiş güçlük, bilişsel esneklik gibi farklı değişkenlerin aracı veya düzenleyici rolleri ele alınarak travma sonrası stres tepkileri, öz şefkat ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiler incelenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sorularının test edilmesi amacıyla yapılan analizlere ait bulgular yer almaktadır. Buna göre beş temel bulgu sunulmuştur.

- Katılımcıların tanımlayıcı ve deprem ile ilgili özelliklerinin dağılımı,
- Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarına ilişkin betimsel analiz sonuçları,
- Ölçüm araçlarının tanımlayıcı değişkenlere göre karşılaştırılması,
- Ölçüm araçları arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik gerçekleştirilen korelasyon analizi sonuçları,
- Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracı rolüne ilişkin sonuçlar.

4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	560	62.6
Erkek	334	37.4
Gelir durumu		
Düşük	87	9.7
Orta	725	81.1
Yüksek	82	9.2
Anneniz sağ mı?		
Evet	888	99.3
Hayır	6	0.7
Babanız sağ mı?		
Evet	876	98.0
Hayır	18	2.0
Anne ve baba birlikte mi?		
Annem ve babam birlikte yaşıyor	845	94.5
Annem öldü üvey annem var	17	1.8
Annem ve babam ayrı yaşıyor	20	2.2
Diğer	12	1.4
Ev hasarı		
Evet hasar gördü ancak içinde yaşıyoruz	256	28.6
Evet evimiz yıkıldı, konteynırda yaşıyoruz	77	8.6
Evimiz yıkıldı, başkalarının yanında yaşıyoruz	59	6.6
Evimiz hasar görmedi/ yıkılmadı	480	53.7
Evet yıkıldı, başka eve taşındık	22	2.5
Kiminle yaşıyorsunuz?		
Ailemle	819	91.6
Akrabalarımızda	17	1.9

Pansiyonda	49	5.5
Diğer	9	1.0
Göçük/enkaz altında kalma durumu		
Evet (ben)	2	0.2
Evet (1. derece yakınım)	4	0.4
Evet (2. derece yakınım)	23	2.6
Hayır	865	96.8
Depremde yaralanma durumu		
Evet (ben)	4	0.4
Evet (1. derece yakınım)	20	2.1
Evet (2. derece yakınım)	16	1.8
Hayır	854	95.5
Depremde ailenizde/akrabalarınızda ölüm durumu		
Evet (1. derece yakınım)	14	1.6
Evet (2. derece yakınım)	108	12.1
Hayır	772	86.4
Depremde komşu/arkadaşlarınızda ölüm durumu		
Evet	206	23
Hayır	688	77
	Ort±SS	Min-Max
Yaş	14.49±1.84	10-18
Kardeş sayısı	3.20±1.29	1-12

Araştırma kapsamındaki katılımcılara ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalamasının 14.49±1.84 yıl ve kardeş sayısının 3.20±1.29 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %62.6’sının kadın olduğu, %81.1’inin aile gelirinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcıların ebeveynlerinin sağ olup olmama durumu incelendiğinde, %99.3’ünün annesi ve %99’unun babası sağ iken, %94.5’inin anne ve babasının birlikte yaşadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların depreme ilişkin özellikleri incelendiğinde; %53.7’sinin evlerinin herhangi bir hasar almadığı, %91.6’sının deprem sonrası dönemde ailesiyle birlikte yaşadığı, %96.8’inin deprem sırasında göçük altında kalmadığı ve %95.5’inin depremde yaralanmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, %86.4’ünün deprem nedeniyle ailesinde/akrabalarında ve %77’sinin komşularında/arkadaşlarında ölüm durumuna “hayır” cevabı verdiği tespit edilmiştir.

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Analizi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel analiz sonuçları

Ölçekler	N	Ort.±SS	Min.-Maks.	Çarpıklık	Basıklık
Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği	894	70.11±15.49	0-77	-0.04	-0.43
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	894	42.20±9.17	20-60	-0.49	-0.32
Öz Şefkat Ölçeği	894	53.73±9.98	14-70	-0.72	0.87

*Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin ortalama, standart sapma, minimum-maksimum, çarpıklık- basıklık ve güvenirlik analizlerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.2.’de sunulmuştur. Katılımcıların ölçeklerden aldığı puanlar incelendiğinde, “Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği” toplam puanlarının 0 ile 77 puan arasında değer aldığı ve ortalama puanının 70.11±15.49 olduğu, “Psikolojik Sağlamlık Ölçeği” toplam puanlarının 20 ile 60 puan arasında değer aldığı ve ortalama puanının 42.20±9.17 olduğu ve “Öz Şefkat Ölçeği” toplam puanlarının 14 ile 70 puan arasında değer aldığı ve ortalama puanının 53.73±9.98 olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.).

Normallik varsayımının test edilmesi için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Tüm değerlerin -1 ile +1 aralığında değiştiği ve bu doğrultuda verilerin normal dağılıma sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.).

4.3. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Katılımcıların travma sonrası stres düzeylerine göre karşılaştırmaları

Travma Sonrası Stres Düzeyleri	n (%)	Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Ort.±SS
Yok (1)	35 (3.9)	7.42±2.91
Hafif (2)	102 (11.4)	18.66±3.56
Orta (3)	302 (33.8)	32.65±4.15
Ağır (4)	344 (38.5)	48.18±5.52
Çok Ağır (5)	111 (12.4)	65.46±4.43

p<0.05, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Yok=0-11, Hafif=12-24, Orta=25-39, Ağır=40-59, Çok Ağır=60-80

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği düzeylerinden aldıkları puan ortalamaları ve düzeylere göre karşılaştırmalara ilişkin sonuçlar Tablo 4.3’te sunulmuştur.

Katılımcıların %38.5'inin ağır düzeyde ve %33.8'inin orta düzeyde travma sonrası stres yaşadığı belirlenmiştir.

4.4. Ölçüm Araçlarının Tanımlayıcı Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Ort±SS	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Ort±SS	Öz Şefkat Ölçeği Ort±SS
Cinsiyet			
Kadın	42.94±15.45	44.80±9.52	54.72±9.46
Erkek	35.38±14.38	46.08±8.52	52.08±10.61
<i>Test istatistiği</i>	<i>t=7.253</i>	<i>t=-2.022</i>	<i>t=3.851</i>
<i>p değeri</i>	<i>p=0.000</i>	<i>p=0.043</i>	<i>p=0.000</i>
Gelir durumu			
Düşük (1)	44.06±17.35	44.87±9.91	54.26±11.05
Orta (2)	39.77±14.98	45.16±9.07	53.83±9.65
Yüksek (3)	39.00±17.34	46.73±9.28	52.29±11.53
<i>Test istatistiği</i>	<i>F=3.239</i>	<i>F=1.164</i>	<i>F=1.016</i>
<i>p değeri</i>	<i>p=0.040</i>	<i>p=0.313</i>	<i>p=0.362</i>
<i>Post-Hoc</i>	<i>1>2, 3**</i>		
Anne sağ mı?			
Evet	40.16±15.52	45.28±9.17	53.73±10.00
Hayır	34.00±6.95	44.33±9.97	54.50±6.65
<i>Test istatistiği</i>	<i>t=0.971</i>	<i>t=0.254</i>	<i>t=-0.188</i>
<i>p değeri</i>	<i>p= 0.332</i>	<i>p= 0.799</i>	<i>p= 0.851</i>
Baba sağ mı?			
Evet	40.15±15.50	45.33±9.14	53.77±10.01
Hayır	38.22±15.09	42.83±10.83	51.88±8.15
<i>Test istatistiği</i>	<i>t=0.525</i>	<i>t=1.144</i>	<i>t=0.793</i>
<i>p değeri</i>	<i>p= 0.600</i>	<i>p= 0.253</i>	<i>p= 0.428</i>
Anne ve baba birlikte mi?			
Annem ve babam birlikte yaşıyor (1)	40.18±15.54	45.23±9.16	53.73±10.03
Annem öldü üvey annem var (2)	35.00±8.28	55.00±3.74	54.00±6.37
Annem ve babam ayrı yaşıyor (3)	41.42±17.21	48.80±7.68	55.60±9.97
<i>Test istatistiği</i>	<i>F=0.404</i>	<i>F=3.305</i>	<i>F=0.391</i>
<i>p değeri</i>	<i>p=0.750</i>	<i>p=0.020</i>	<i>p=0.760</i>
<i>Post-Hoc</i>		<i>2>1*</i>	
Ev hasarı			
Evet hasar gördü ancak içinde yaşıyoruz (1)	44.24±14.18	44.13±9.78	54.72±9.88
Evet evimiz yıkıldı, konteynırda yaşıyoruz (2)	41.74±16.18	45.77±9.09	55.11±9.35
Evimiz yıkıldı, başkalarının yanında yaşıyoruz (3)	44.15±16.35	44.71±9.01	63.55±10.81
Evimiz hasar görmedi/ yıkılmadı (4)	37.17±15.30	46.00±8.83	53.14±9.96
Evet yıkıldı, başka eve taşındık (5)	39.90±16.43	42.68±8.80	50.81±10.64
<i>Test istatistiği</i>	<i>F=10.502</i>	<i>F=2.319</i>	<i>F=1.895</i>
<i>p değeri</i>	<i>p=0.001</i>	<i>p=0.045</i>	<i>p=0.109</i>
<i>Post-Hoc</i>	<i>1,2,3>4*</i>	<i>4>1*</i>	
Kiminle yaşıyorsunuz?			
Ailemle	40.05±15.37	45.25±9.26	53.64±9.98
Akrabalarımızda	46.05±12.31	48.47±8.21	54.88±8.57
Pansiyonda	39.63±16.91	45.34±8.07	55.26±9.02
Diğer	37.00±22.23	41.44±7.69	51.88±16.66
<i>Test istatistiği</i>	<i>F=0.975</i>	<i>F=1.212</i>	<i>F=0.584</i>

<i>p değeri</i>	<i>p=0.404</i>	<i>p=0.304</i>	<i>p=0.626</i>
Göçük/enkaz altında kalma durumu			
Evet (ben) (1)	41.00±2.82	49.50±13.43	60.00±14.14
Evet (1. derece yakınım) (2)	52.75±8.42	39.25±7.93	48.50±14.61
Evet (2. derece yakınım) (3)	49.39±15.48	45.86±9.07	56.47±8.72
Hayır (4)	39.81±15.44	45.28±9.18	53.67±9.98
<i>Test istatistiği</i>	F=3.783	<i>F=0.747</i>	<i>F=1.219</i>
<i>p değeri</i>	p=0.010	<i>p=0.524</i>	<i>p=0.302</i>
<i>Post-Hoc</i>	2>4*		
Depremde yaralanma durumu			
Evet (ben)	55.50±14.47	46.75±12.76	54.50±13.22
Evet (1. derece yakınım)	42.05±14.77	44.17±9.02	56.05±8.68
Evet (2. derece yakınım)	44.18±16.21	45.50±8.54	57.93±9.49
Hayır	39.92±15.46	45.29±9.20	53.60±10.01
<i>Test istatistiği</i>	<i>F=1.368</i>	<i>F=0.113</i>	<i>F=0.978</i>
<i>p değeri</i>	<i>p=0.243</i>	<i>p=0.978</i>	<i>p=0.418</i>
<i>Post-Hoc</i>			
Depremde ailenizde/akrabanızda ölüm durumu			
Evet (1. derece yakınım) (1)	48.07±14.89	42.07±9.44	54.85±8.74
Evet (2. derece yakınım) (2)	44.17±15.97	45.68±8.49	54.20±9.63
Hayır (3)	39.40±15.32	45.28±9.26	53.65±10.06
<i>Test istatistiği</i>	F=6.439	<i>F=0.961</i>	<i>F=0.235</i>
<i>p değeri</i>	p=0.002	<i>p=0.383</i>	<i>p=0.790</i>
<i>Post-Hoc</i>	1,2>3*		
Depremde komşu/arkadaşlarınızda ölüm durumu			
Evet	44.90±15.17	43.82±9.11	54.52±9.47
Hayır	38.68±15.30	45.71±9.16	53.50±10.12
<i>Test istatistiği</i>	t=5.123	t=-2.606	<i>t=1.298</i>
<i>p değeri</i>	p= 0.000	p= 0.009	<i>p= 0.195</i>

p<0.05, * LSD Testi, **Tamhane Testi.

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği toplam puanlarının tanımlayıcı özellikler açısından karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.4.'te sunulmuştur.

Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği toplam puanları tanımlayıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında;

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği toplam puanlarının “cinsiyete” göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kadın cinsiyete sahip olan bireylerin ölçek puanları erkek cinsiyete sahip olan bireylerden anlamlı derecede yüksektir (**p<0.01**; Tablo 4.4.).

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği toplam puanlarının ailelerinin “gelir düzeyine” göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Aileleri düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerin ölçek puanları orta ve yüksek gelir düzeyine sahip olan bireylerden anlamlı derecede yüksektir (**p<0.05**; Tablo 4.4.).

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği toplam puanlarının “ev hasarı” durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Evi hasar gören ancak içinde yaşayan, evi yıkılan ve konteynırda yaşayan, evi yıkılan ve başkalarının yanında yaşayan

bireylerin ölçek puanları evi hasar görmeyen bireylerden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$; Tablo 4.4.).

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği toplam puanlarının “göçük/enkaz altında kalma durumuna” göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. 1. derece yakınları göçük/enkaz altında kalanların ölçek puanları göçük/enkaz altında kalmayan bireylerden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$; Tablo 4.4.).

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği toplam puanlarının “depremde ailenizde/arkabalarınızda ölüm durumuna” göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. 1. ve 2. derece yakınları ölen bireylerin ölçek puanları kayıp vermeyen bireylerden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$; Tablo 4.4.).

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği toplam puanlarının “depremde komşu/arkadaşlarınızda ölüm durumuna” göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Depremde komşu/arkadaşları ölen bireylerin ölçek puanları kayıp vermeyen bireylerden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$; Tablo 4.4.).

Ayrıca Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği toplam puanlarının anne ve babanın sağ olma durumuna, anne-babanın birlikte yaşama durumuna, katılımcının kiminle yaşadığına ve depremde yaralanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.4.).

Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları tanımlayıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında;

Katılımcıların Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanlarının “cinsiyete” göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Erkek cinsiyete sahip olan bireylerin ölçek puanları kadın cinsiyete sahip olan bireylerden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$; Tablo 4.4.).

Katılımcıların Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanlarının “anne ve babanın birlikte yaşama” durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Annesi ölen ve üvey annesi olan bireylerin ölçek puanları anne ve babası birlikte yaşayan ve diğer seçeneğini işaretleyen bireylerden anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca anne ve babası ayrı yaşayan bireylerin ölçek puanları diğer seçeneğini işaretleyen bireylerden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$; Tablo 4.4.).

Katılımcıların Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanlarının “ev hasarı” durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Evi hasar görmeyen bireylerin ölçek puanları evi hasar gören ancak içinde yaşayan bireylerden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$; Tablo 4.4.).

Katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanlarının “depremde komşu/arkadaşlarınızda ölüm durumuna” göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Depremde komşu/arkadaşlarından kayıp vermeyen/ölmeyen bireylerin ölçek puanları kayıp veren bireylerden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$; Tablo 4.4.).

Ayrıca Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanlarının gelir durumuna, anne ve babanın sağ olma durumuna, katılımcının kiminle yaşadığına, göçük/enkaz altında kalma durumuna, depremde yaralanma durumuna, depremde ailenizde/akrabalarınızda ölüm durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.4.).

Öz Şefkat Ölçeği toplam puanları tanımlayıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında;

Katılımcıların Öz Şefkat Ölçeği toplam puanlarının “cinsiyete” göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kadın cinsiyete sahip olan bireylerin ölçek puanları erkek cinsiyete sahip olan bireylerden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$; Tablo 4.4.).

Ayrıca Öz Şefkat Ölçeği toplam puanlarının gelir durumuna, anne ve babanın sağ olma durumuna, anne-babanın birlikte yaşama durumuna, katılımcının kiminle yaşadığına, ev hasarı durumuna, göçük/enkaz altında kalma durumuna, depremde yaralanma durumuna, depremde ailenizde/akrabalarınızda ölüm durumuna ve depremde komşu/arkadaşlarınızda ölüm durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.4.).

4.5. Ölçüm Araçları Arasındaki İlişkileri Belirlemeye Yönelik Gerçekleştirilen Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği arasındaki ilişkiler

Ölçekler	1	2	3
1. Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği	-	-0.148**	-0.224**
2. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği		-	0.298**
3. Öz Şefkat Ölçeği			-

** $p<0.01$

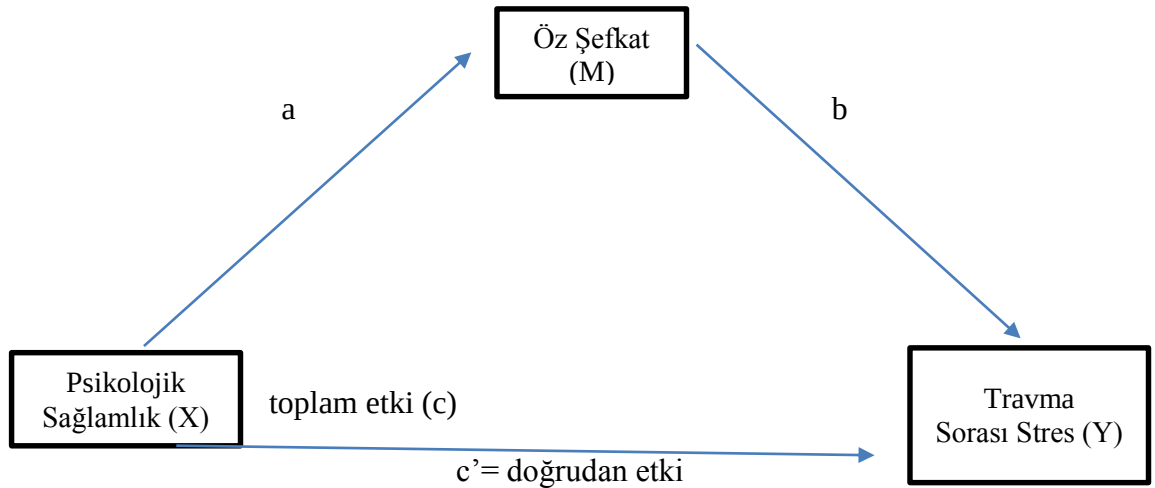
Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği arasındaki ilişkilere ilişkin sonuçlar Tablo 4.5.’te sunulmuştur. Buna göre;

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puan ortalamaları arasında, zayıf düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.148$; $p<0.01$). Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ile Öz

Şefkat Ölçeği puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.224$; $p<0.01$). Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.298$; $p<0.01$).

4.6. Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Stres Arasındaki İlişkide Öz Şefkatin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular

Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracılık rolünün incelenmesinde SPSS Hayes PROCESS Makro v.4.2 eklentisi (Model 4) kullanılmıştır (95). Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracılık rolünün olup olmadığını belirlemek için Hayes'in (2018) dolaylı etki kavramından faydalanılmıştır. Analiz bulguları Bootstrap yöntemi ile 5000 yeni örnekleme yöntemine dayanarak hesaplanan güven aralığıyla değerlendirilmiştir. Güven aralığı %95 olarak ele alınmıştır. Güven aralığında alt (BootLLCI) ve üst(BootULCI) değerler arasında sıfırın olup olmamasına göre aracılık etkisinin anlamlılığı yorumlanmaktadır. Her iki değer de sıfırın altında veya üstünde olması yani sıfır içermemesi koşuluyla aracılığın anlamlılığı kabul edilmektedir (116). Araştırmanın aracılık modeline ilişkin diyagram Şekil 4.1.'de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Araştırmanın aracılık modelinin istatistiksel diyagramı (Model 4)

Yukarıdaki araştırma modeline göre;

a= Bağımsız değişkenin (X) aracı değişken (M) üzerindeki etkisi

b=Aracı değişkenin (M) bağımlı değişken (Y) üzerindeki etkisi

c'=Bağımsız değişken (X) ile bağımlı değişken (Y) arasındaki doğrudan etki (M'nin aracı değişken olarak modele dahil edilmesiyle X'in Y üzerindeki doğrudan etkisi)

a.b=Bağımsız değişken (X) ile bağımlı değişken (Y) arasındaki dolaylı etki (X'in M vasıtasıyla Y değişkeni üzerindeki dolaylı etki)

c=Bağımsız değişken (X) ile bağımlı değişken (Y) arasındaki toplam etki

Dolaylı etki (a.b) + Doğrudan etki (c') = Toplam etki (a.b +c')

Tablo 4.6. Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracılık rolünün incelenmesi

Bağımlı/Aracı Değişken	Bağımsız Değişken	B	SH	Beta (β)	t	p	Güven aralığı	
							Alt	Üst
Öz Şefkat	Sabit	39.053	1.606	-	24.310	0.000	35.900	42.206
	Psikolojik Sağlamlık (a yolu)	0.324	0.034	0.298	9.326	0.000*	0.256	0.392
	$F_{(1, 892)} = 86.978; p=0.000; R^2=0.088$							
Travma Sonrası Stres	Sabit	51.435	2.582	-	19.920	0.000	46.367	56.502
	Psikolojik Sağlamlık (c yolu)	-0.249	0.055	-0.148	-4.471	0.000*	-0.359	-0.140
	$F_{(1, 892)} = 19.993; p=0.000; R^2=0.021$							
Travma Sonrası Stres	Sabit	33.623	3.194	-	10.526	0.000	27.354	39.892
	Psikolojik Sağlamlık (c' yolu)	-0.397	0.056	-0.235	-7.081	0.000*	-0.508	-0.287
	Öz Şefkat (b yolu)	-0.456	0.051	0.294	-8.833	0.000*	-0.354	-0.557
$F_{(2, 891)} = 49.871; p=0.000; R^2=0.100$								

* $p<0.001$, B= Standardize edilmemiş katsayısı, Beta (β)=Standardize katsayısı, SH= Standart Hata, %95 güven aralığı

Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracılık rolüne ilişkin yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda değişkenler arasındaki ilişkiler Tablo 4.5, 4.6. ve Şekil 4.1.'de gösterilmiştir. Bu kapsamda psikolojik sağlamlık bağımsız değişken (X), öz şefkat aracı değişken (M) ve travma sonrası stres bağımlı değişken (Y) olarak atanmıştır.

Bağımsız değişkenin aracı değişkeni yordadığı ilk modelin (a yolu) istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F_{(1, 892)} = 86.978; p<0.001$). Psikolojik sağlamlık puanı ($t=9.326; p<0.001$), öz şefkat puanının %8.8'lik kısmını açıklamaktadır. Psikolojik sağlamlık puanındaki 1 birimlik artış öz şefkat puanını 0.298 birim artırmaktadır (Tablo 4.6. ve Şekil 4.1.).

Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni yordadığı ikinci modelin (c yolu) istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F_{(1, 892)} = 19.993; p<0.001$). Psikolojik sağlamlık puanı ($t=-4.471; p<0.001$), travma sonrası stres puanının %2.1'lik kısmını

açıklamaktadır. Psikolojik sağlamlık puanındaki 1 birimlik artış travma sonrası stres puanını 0.148 birim azaltmaktadır (Tablo 4.6. ve Şekil 4.2.).

Bağımsız değişken ve aracı değişkenin bağımlı değişkeni yordadığı üçüncü modelin (b yolu ve c' yolu) istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F_{(2, 891)} = 49.871$; $p < 0.001$). Psikolojik sağlamlık puanı ($t = -7.081$; $p < 0.001$) ve öz şefkat puanı ($t = -8.833$; $p < 0.001$), travma sonrası stres puanının %10'luk kısmını açıklamaktadır. Psikolojik sağlamlık puanındaki 1 birimlik artış travma sonrası stres puanını 0.235 birim azaltırken, öz şefkat puanındaki 1 birimlik artış travma sonrası stres puanını 0.294 birim azaltmaktadır. Ayrıca, psikolojik sağlamlık puanının travma sonrası stres puanını yordama gücü öz şefkat puanının dahil edildiği modelde -0.148'den -0.235'e yükselmiştir. Bu doğrultuda psikolojik sağlamlık ile travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin kısmi aracılık rolü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6. ve Şekil 4.2.).

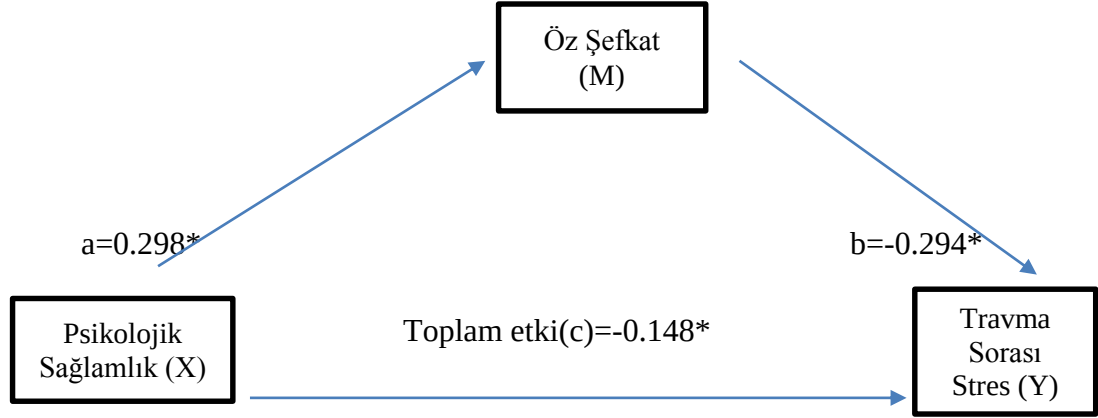
4.7. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlığının Travma Sonrası Stres Düzeyleri Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki aracılık (dolaylı) etkisinin incelenmesi

	Beta (β)	SH (BootSE)	Güven aralığı (BootLLCI- BootULCI)	
			Alt	Üst
Psikolojik Sağlamlık=>Öz Şefkat=>Travma Sonrası Stres	-0.087	0.014	-0.059	-0.117

$p < 0.05$, Beta (β)=Standardize katsayısı, SH (BootSE)= Standart Hata, BootLLCI-BootULCI = %95 güven aralığı

Yapılan analizlerin sonucunda psikolojik sağlamlık ile travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin kısmi aracılık rolünün anlamlı olduğu görülmüştür ($\beta = -0.087$, SH = 0.014, % 95 CI [-0.059; -0.117] (Tablo 4.7.)



Doğrudan etki(c')= -0.235*

Dolaylı etki (a.b)= -0.087*

* $p < 0.001$, Model 4

Şekil 4.2. Psikolojik sağlık ile travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin kısmi aracılık rolünün analizi

Yukarıdaki Şekil 4.2'de bulunan araştırma modeli incelendiğinde, psikolojik sağlık ve travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracı rolünün etkisine yönelik sonuçlar yer almaktadır. Buna göre, psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki toplam etkisine bakıldığında, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($c = -0.148$; $p < 0.001$). Psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki doğrudan etkisine (c') bakıldığında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($c' = -0.235$; $p < 0.001$). Buna göre, aracı değişken modele dahil olduğunda bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlılığının devam ettiği görülmektedir. Psikolojik sağlık ile travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin dolaylı (aracı) etkisinin ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($a.b = -0.087$; $p < 0.001$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde 6 Şubat Maraş Depremi'ni yaşamış ergenlerde TSSB ve psikolojik sağlamlığın öz şefkat aracılık rolü belirlemek kapsamında yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler, literatür sonuçları doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmamızda katılımcıların %38.5'inin ağır düzeyde ve %33.8'inin orta düzeyde travma sonrası stres yaşadığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde bu araştırma ile uyumlu sonuçlara rastlanmıştır. Düken ve arkadaşlarının 2023'te deprem yaşamış 947 ergen örneklemiyle yapmış oldukları çalışmada; katılımcıların %74.4'ünde ağır düzeyde travma sonrası stres belirtileri gösterdikleri bulunmuştur (117). Gür'ün 2023 yılında deprem yaşamış 204 ergen ve genç yetişkin ile yapmış olduğu çalışmada travma sonrası stres belirtilerini orta düzeyde bulunmuştur (118). Travma sonrası stres bozukluğu, ergenlerde öfke, tepkisellik, yaşadığı olayı rüya ve kâbuslarla ortaya çıkarma, olayı yaşadığı ortam, insan ve aktiviteden uzaklaşma, yaşından daha küçük davranma ve ebeveyne bağlanma gibi durumları ortaya çıkarmaktadır (47,48). Bu nedenle ergenlerde travma sonrası stresin ruh sağlığı üzerindeki etkisi baz alınarak, afet yönetimi ve müdahale programlarının geliştirilmesi, ergen bireyin baş etme becerilerini desteklemek ve ruhsal iyilik hallerini korumak açısından hayati önem taşımaktadır. Bu müdahaleler, travmatik olaydan sonraki kısa vadede acil ihtiyaçların giderilmesiyle sınırlı kalmamalı, risk altındaki gruplara yönelik orta ve uzun vadeli psikososyal müdahalelere odaklanmalıdır.

Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres gelişimi için cinsiyetin risk faktörü olması bilinen bir gerçektir (119). Sarman ve Tuncay'ın 2023'te yapmış oldukları 6 Şubat Depremi'nden sonra ergenlerde kaygı düzeyi ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki ilişkiye baktıkları çalışmada; kız öğrencilerin travma sonrası stres davranışlarının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (120). Bu da çalışmamızda bulduğumuz kadın cinsiyete sahip bireylerin travma sonrası stres düzeyi erkek cinsiyete sahip bireylerden anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuyla tutarlılık göstermektedir. Yazıcı ve Ökten'in 2023'te K.Maraş Depremi'ni yaşamış öğrenciler üzerinde yapmış oldukları çalışmada da kız öğrencilerde travma sonrası stres belirtileri daha fazla bulunmuştur (11). Kurt ve Gülbahçe'nin 2019'da yaptığı Van Depremi'ni yaşamış olan kız ve erkek öğrencilerin travma sonrası stres belirtileri açısından incelendiği çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha fazla travma sonrası stres

belirtisi gösterdiği belirlenmiştir (121). Bu durum alanyazında, erkek ve kadın cinsiyete sahip bireyler arasındaki genetik ve biyolojik faktörlerden, örneklem grubunun daha çok kız öğrencilerden oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Örneğin; kadınların daha hassas, stres hormonlarına karşı daha savunmasız ve stresle baş etmede etkili yöntemler kullanma konusunda erkeklerden daha başarısız olmaları bu farklılığın ortaya çıkmasında etken olabilir (122). Aynı zamanda kızların büyürken toplumda almış oldukları rollerin onları daha fazla strese maruz bırakması, erkeklerden daha fazla maruz kalmaları onları travma sonrası stres belirtilerine daha yatkın hâle getirmektedir (70).

Araştırmamızda deprem yaşamış ergenlerin travma sonrası stres düzeyleri ailelerinin “gelir düzeyine” göre değerlendirildiğinde; aileleri düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerin ölçek puanları orta ve yüksek gelir düzeyine sahip olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Alanyazın incelendiğinde araştırmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur. Sarman ve Tuncay’ın çalışmalarında düşük sosyoekonomik düzeye sahip ergenlerde travma sonrası stres belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (120). Xu ve Song çalışmalarında düşük gelir düzeyine sahip çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (123). Olumsuz yaşam olaylarından biri olan düşük sosyoekonomik düzeyin, bireyde strese sebebiyet vererek birçok ruhsal hastalığı yordadığı bilinmektedir. Bu olumsuz koşullara sahip ailelerde büyüyen ergenlerin kendilerini bu koşullara karşı tampon görevi görecektir kaynaklara erişimlerinin kısıtlı olması onları daha kırılgan bir yapıya sevk etmektedir (124). Bu bağlamda, afet sonrası müdahale ve destek programları, afetlerin psikolojik etkilerini en aza indirmek için yaşam koşullarını desteklemeye ve kaynakları artırmaya odaklanmalıdır.

Araştırmamızda evi hasar gören ya da yıkılan çocuk ve ergenlerin evi hasar görmeyenlere göre travma sonrası stres puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Zhang ve arkadaşlarının Çin’de 8.0 büyüklüğündeki depremi yaşamış olan ergenler üzerinde yapmış oldukları çalışmada yaşanan evin tahribatının travma sonrası stres bozukluğu gelişimi açısından risk faktörü olduğu bulunmuştur (125). Demirci ve arkadaşlarının 2023’te deprem yaşamış ergenlerle yaptığı çalışmada evi hasar görmüş olan bireylerde travma sonrası stres düzeyinin yüksek çıktığı bulunmuştur (126). Diğer yandan Hong ve arkadaşının 2016 yılında Çin’de deprem deneyimlemiş ergenleri konu alan bir metaanaliz çalışmasında ev ya da eşyaların hasar görmesinin travma sonrası stres bozukluğunu pozitif yönde yordadığı bulunmuştur (127). Deprem, meydana geldiği bölgede birçok can ve mal kaybının yanı sıra ev ve eşya hasarı/kaybına da neden olmaktadır. Depremle

birlikte bulunan yapının hasar alması; ergenin alışmış olduğu yaşam alanını, güven duyduğu ortamı ve idame ettirdiği hayat düzenini bir anda değiştirmektedir (23,24). Hasarlı bir yapıda yaşamaya devam etmek ergen bireyler için çok önemli bir duygu olan güven duygusunu sağlamakta aciz kalmaktadır. Çünkü artçı bir depremin olup olmayacağı belli olmaması ergende “acaba evin içinde kalmaya devam edersek, ev yıkılır mı, enkaz altında kalır mıyız, yaralanır mıyız?” gibi soruları kendine sormasına ve bir belirsizliğe neden olmaktadır. Bu da onlar için yeni bir stres kaynağıdır. Öte yandan hasarlı yapıdan ayrılıp yeni bir barınma alanında(çadır, konteyner ya da başka ev) yaşamak da aynı şekilde alışılmış düzen ve güven ortamını hemen sağlayamamaktadır. Ergenin yeni koşullardan kaynaklanan strese maruz kalmasıyla birlikte travma sonrası stres bozukluğuna yatkınlık da artmaktadır (21,23,24,).

Depremden sonra bireyler yoğun korku ve panik yaşarlar. Daha sonraki aşamalarda ise yardım faaliyetlerindeki koordinasyon eksikliği, yiyecek, barınma, hijyen gibi ihtiyaçların sağlanmasındaki aksaklıklar fiziksel psikolojik zorluklara neden olmaktadır. Özellikle ergenlerin geçmiş hayatlarını düşünme ve bakış açılarını tekrardan şekillendirebilme yetenekleri yeni yaşamlarına uyum sağlamada oldukça etkili olmaktadır. Ancak yakınlarının ve sevdiklerinin enkaz altında kalmış olduğunu görmek, ölüm ve kayıp korkusuyla baş etmek onlarda çaresizlik duygusuna neden olmaktadır. Böylece travmatik olayları daha derinden yaşamakta ve stresle baş etme noktasında daha güçsüz kalmaktadırlar (128).

Travma sonrası stres bozukluğu ergenlerde deprem gibi doğal afetlerden sonra uzun süre devam etme eğilimindedir. Bunda yukarıda bahsettiğimiz depremin fiziksel etkilerinin yanı sıra depremden sonra psikososyal desteğin eksikliği ve özellikle aile, yakın çevreden sağlanan sosyal destek yoksunluğunun da payı büyüktür (129). Araştırmamızda ailesinden birinci ve ikinci dereceden, komşu ve arkadaşlarından kayıp veren katılımcıların travma sonrası stres tepki puanlarının kayıp vermeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cerdá ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada akraba, aileden birinin ya da arkadaşların yaralanması veya ölümüne tanık olan ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu görülme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (130). Tomak ve ark. 2023’te deprem yaşamış ergenlerle yaptığı çalışmada ergenler için ekonomik kayıp, gelecek endişesi, ebeveynlerin, yakınların ölümüne tanık olma ve onlardan ayrılmanın travma sonrası stres tepkilerinin pozitif yordayıcı olduğunu bulmuşlardır (7).

Bireyin hayatında uyum sağlamasını zorlaştıran, büyük ve önemli değişikliklere yol açan zorlayıcı yaşam koşulları(doğal afetler, ölüm vb.) karşısında direnebilme ve eski yaşam becerilerine tekrar kavuşabilme olarak tanımladığımız psikolojik sağlamlık; hayata daha olumlu bir pencereden bakmayı sağlar (131). Hayatında kendini zorlayan bu koşullardan biri olan depresyonun ardından eski hâline dönmesi, yaşadığı bu deneyime olumlu açıdan bakabilmesi, sadece kendisinin başına gelmediğinin farkında olması gibi becerileri gösterebildiği ölçüde o bireyin psikolojik sağlamlığının yüksek olduğundan bahsedebiliriz (84). Deprem ergenlerde büyük değişikliklere yol açtığı ve baş edilmesi güç bir durum olması nedeniyle psikolojik dayanıklılık açısından bir risk faktörüdür (84,90). Alanyazına göre cinsiyet de bu uyumu sağlamada bir risk faktörüdür (132). Araştırmamızda erkek cinsiyete sahip bireylerin psikolojik sağlamlıklarının kadın cinsiyete sahip bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. 2021’de Niu ve arkadaşlarının 2021’de Yushu depremini yaşamış öğrencilerin psikolojik sağlamlıklarını inceledikleri çalışmada benzer sonuca ulaşarak, kadın cinsiyete sahip olmanın ergenlerin sağlamlıklarıyla negatif ilişki içinde olduğunu bulmuşlardır (133). Literatür incelendiğinde deprem yaşamış ergenlerde kızların psikolojik sağlamlık bakımından dezavantajlı olduğuna dair veriler mevcuttur (134,135).

Psikolojik dayanıklılık ergenlerin deprem sonrası etkilerle baş edebilmelerinde çok önemli roldedir (12). Psikososyal bakım verici olan psikiyatri hemşireleri özellikle deprem gibi felaketlerden sonra ergenlerin sağlamlıklarını arttırmada etkili olan; bireyin öz güven, öz saygı ve özerliğini desteklemeli, sosyal bağlarını arttırmasında yardımcı olmalı ve başına gelen olayın olumlu yönlerine odaklanmasını teşvik etmelidir (5,88).

Araştırmamızda annesi ölen ve üvey anne ile yaşayan ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının anne ve babasıyla birlikte yaşayan katılımcılarınkinden yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde psikolojik dayanıklılıktan bahsedebilmemiz için çocuk veya ergenin riskli bir durumla karşılaşmış olması gerekir (10). Ergenin içinde bulunduğu ailede bireylerin birbiriyle uyum içerisinde olması, sınırların net bir şekilde belli olması, ebeveynlerin ilgili olması ve ailenin sosyoekonomik açıdan avantajlı olması ergenin psikolojik esnekliğinin pozitif yordayıcılarıdır (136). Tam tersi olarak ergenin tek ebeveyne sahip olması, sınırların belirsiz, kalabalık ve ihmalkâr bir ailede büyüyen ergenin de psikolojik sağlamlığı negatif olarak etkilenmektedir (136,88). Araştırmamızda bulduğumuz sonucun tüm bu nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Deprem yaşamış bireylerde barınma önemli bir ihtiyaçtır. Bu nedenle depremden sonra bulunduğu yapının yıkılması veya hasar olması ruh sağlığını etkileyen bir faktördür

(10). Yaşanılan evin hasar almış olması mevcut yaşam düzenini değiştireceğinden uyum sağlanması gereken bir durumdur. Bu stresli koşul olan evinin hasar alması ya da yıkılması durumuna çabuk uyum sağlayan, gerektiğinde yardım alma konusunda sıkıntı yaşamayan, geleceğe dair planlarında olumlu ve farkında bir bakış açısına sahip olan ergenler sağlamlığı yüksek olan bireylerdir (22). Araştırmamızda evi hasar görmeyen katılımcıların psikolojik sağlamlıklarının evi hasarlı olup içinde yaşayan bireylerden yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde araştırmamızla benzer sonuçta olan Yazıcı ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada evi hasar alan/yıkılan ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının negatif yönde etkilendiği sonucuna varılmıştır (11). Deprem yaşamış ergenleri hedef alan hemşirelerin, onlarla etkili bir iletişim ve bağ kurarak geleceğe dair umutlarında olumlu değişimler oluşturması, onlara duygularını fark ettirerek duygularını kontrol edebilme yetisi kazandırmada destekleyici olması psikolojik sağlamlık düzeylerini arttıracaktır (86).

Araştırmamızda depremde komşu ya da arkadaşlarından kayıp vermeyen katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin kayıp veren katılımcılara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Psikolojik sağlamlık riskli bir olaydan sonra bireyin tekrar eski hâline dönebilmesidir (137). Burada deprem gibi riskli bir olayı yaşayan ergen bir de sevdiği komşu ya da arkadaş kaybı yaşamaması çevresinden alacağı sosyal desteği de kaybetmesi anlamına gelmektedir. Bu durum da psikolojik sağlamlığı negatif yönde etkileyen bir durumdur (92) ve bu yüzden arkadaş veya komşularından kayıp yaşayan katılımcıların psikolojik sağlamlık puanlarının neden düşük çıktığını açıklamaktadır. Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçtan farklı olarak; Öz ve arkadaşlarının (2012) deprem yaşamış üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada arkadaş ve komşularını kaybeden öğrencilerle kayıp yaşamayan öğrenciler arasında psikolojik sağlamlık puanları bakımından anlamlı bir farklılığa rastlamamışlardır (138). Bu durumun da araştırmamızdaki örneklem grubunun yaş ortalamasının (12-16 yaş) Öz ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmadaki yaş ortalamasından (18-22 yaş) daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öz şefkati yüksek olan ergenler yaşadıkları başarısızlıklardan ders çıkarabilir. Stresli yaşam olaylarında (doğal afetler gibi) umutsuzluğa kapılmadan süreci daha iyi yönetebilirler (22). Araştırmamızda kadın cinsiyete sahip katılımcıların öz şefkat düzeylerinin erkek cinsiyete sahip olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ergenler için okul ve ebeveyn ilişkilerinin olumlu olması öz şefkati pozitif yönde etkileyen en önemli belirleyicilerdir (139). Peng ve arkadaşlarının 2024'te 14776 ergen ile yaptığı

çalışmada kızların ebeveyn ve okul ilişkilerine daha duyarlı olduklarını, yani öz şefkatlerinin daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (139). Karunia ve arkadaşlarının Pare Yetimhanesi'nde 2024'te 25 ergenlere yaptığı çalışmada kızların duyarlılıklarının erkeklerden neredeyse 2 kat daha yüksek olduğunu saptamışlardır (140). Hayatta yaşanan olaylara duyarlı olmak, yaşanan olumsuz olayları da daha fazla içselleştirmeye neden olabilir. Bu görüşe kanıt olan; kızların erkeklerden daha düşük öz şefkate sahip olma eğiliminde olduklarını savunan görüştür. Çünkü kızların geçmişteki olumsuz olayları unutmamaları ve onlara hâlâ duyarlı davranmaları bu duruma sebep olmaktadır (140).

Öz şefkati yüksek olan ergen kendini hata ve kusurlarıyla kabul eder, yaşadığı olumsuz olayları bu hayat yolculuğunun bir parçası olduğunu kendine içtenlikle fısıldar (5). Psikiyatri hemşiresi depresyon gibi travmatik bir doğal afetten sonra ergene bunun toplumun ortak deneyiminin bir parçası olduğunu söylemeli, yaşadığı acının farkında olup bu durumla yaşamayı öğrenmesini teşvik etmelidir.

Bu araştırmada; ergenlerin psikolojik sağlık düzeyi yükseldikçe travma sonrası stres tepkilerinin azaldığı, öz şefkat düzeyi arttıkça psikolojik sağlamlığın yükseldiği, öz şefkat azaldıkça travma sonrası tepkilerin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, psikolojik sağlık puanının travma sonrası stres puanını yordama gücü öz şefkat puanının dahil edildiği modelde -0.148'den -0.235'e yükselmiştir. Bu doğrultuda psikolojik sağlık ile travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin kısmi aracılık rolü olduğu belirlenmiştir. Psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki toplam etkisine bakıldığında, negatif yönde, psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki doğrudan etkisine bakıldığında negatif yönde, psikolojik sağlık ile travma sonrası stres arasındaki ilişkide öz şefkatin dolaylı etkisinde negatif yönlü olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda depresyon sonrası ergenlerin öz şefkat düzeyleri, travma sonrası stres tepkilerinde bir tampon görevi görmek ve ergenlerin yaşadıkları depresyonun travmatik etkisinden dolayı meydana gelebilecek psikolojik sağlık düzeyine olumsuz etkiyi azaltmaktadır. Öz-şefkat düzeyleri yüksek olan ergenlerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin yüksek, travma sonrası tepkilerinin daha az olacağı araştırma bulgularından ortaya çıkmaktadır. Bireyin kendisine karşı yargılayıcı bir tutum içerisinde bulunmaması, başına gelen olayların herkesin de başına gelebileceği gerçeğini kabullenmesi, acıyla yüzleşmesi, acıyı hafifletme arzusu, acıları ve başarısızlıklarından sonra umutsuzluğa kapılmadan tekrar denemesi ve bu acılardan ders çıkarabilmesi olarak tanımlanan öz şefkat kavramı aynı zamanda psikolojik sağlamlığı arttıran bir faktördür. Elde edilen bulgular ergenlerin travma sonrası stres tepkileri ve psikolojik sağlık düzeyleri (134),

travma sonrası stres tepkileri ve öz-şefkat düzeyleri (6,17), öz-şefkat ve psikolojik iyi oluş düzeyleri (12,16,141) arasındaki ilişkilere yönelik yapılmış çalışmalarla uyumludur.

Ergen popülasyonda yürütülen meta-analiz araştırmalarında; öz-şefkat ile kaygı, depresyon, anksiyete, riskli davranışlar, bağımlılık, intihar fikri ve travma sonrası stres gibi olumsuz zihinsel durumlar arasında negatif ilişki, post travmatik büyüme, psikolojik sağlamlık, yaşam kalitesi, umut arasında pozitif ilişki ayrıca orta ve yüksek seviyede etki büyüklüğüne sahip çalışmalar bulunmaktadır (5,15,21). Psikolojik sağlamlığı yüksek kişilerin özelliklerinden olan zor durumlarla baş edebilme, kendini iyi hissedecek yollar bulabilme, zorlu yaşam olaylarıyla karşılaştığında bu durumun hayatın bir parçası olduğunu kabul edebilme, karşılaştığı olaylara farklı açılardan bakabilme, duyguların farkına varabilme aynı zamanda öz şefkati yüksek kişilerin özelliklerindendir. Düşük öz-şefkat ve psikolojik sağlamlık düzeyinin duygu düzenleme güçlükleri, travmatik duygusal deneyimleri düzenleme ve yönetme (kaçınma yerine temas etme kabul etme) işleviyle travma sonrası stres tepkilerini etkilediği gösterilmiştir (142). Böylece mevcut araştırma bağlamında da yüzyılın felaketi olarak adlandırılan depremi yaşayan ergenlerin öz-şefkat düzeyleri arttıkça, travma sonrası stres tepkilerinin psikolojik sağlamlıklarına olan olumsuz etkisinin de azaldığı bulgusu alanyazınla da desteklenmekte olduğu görülmektedir. Ergenlerin travma sonrası stres tepkilerini azaltmaya yönelik çalışmalarda, psikolojik sağlamlık düzeylerinin ve öz-şefkat düzeylerinin artırılmasına yönelik müdahalelere yer verilmesinin önemli olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6 Şubat Depremi'ni yaşamış ergenlerde psikolojik sağlamlık düzeyinin travma sonrası stres bozukluğu üzerindeki etkisini öz şefkat aracılığıyla incelediğimiz bu çalışmamızda şu sonuçlara varılmıştır:

- Travma sonrası stres tepki ile psikolojik sağlamlık düzeyi puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, , travma sonrası stres tepki düzeyi ile öz şefkat düzeyi puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, psikolojik sağlamlık düzeyi ile öz şefkat düzeyi puan ortalamaları arasında ise zayıf düzeyde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.4.).
- Ergenlerde travma sonrası stres tepki düzeyinin cinsiyet, gelir düzeyi, ev hasarı, enkaz/göçük altında kalıp kalmama durumu ve aile, akraba, komşu, arkadaşlardan kayıp olup olmaması değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir
- Ergenlerde psikolojik sağlamlık düzeyi puan ortalamasının erkek cinsiyete sahip, annesi ölen, anne babası ayrı yaşayan, evi hasar görmeyen ve depremde komşu/arkadaşlarından kayıp vermeyen bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.).
- Ergenlerde öz şefkat düzeyinin kadın cinsiyete sahip bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.).
- Deprem yaşayan ergenlerde psikolojik sağlamlık ile öz şefkat arasındaki ilişki pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani, psikolojik sağlamlık arttıkça, öz şefkat düzeyi de artmaktadır.
- Deprem yaşayan ergenlerde öz şefkat ile travma sonrası stres düzeyi arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani, öz şefkat arttıkça, travma sonrası stres düzeyi azalmaktadır.
- Psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres düzeyine toplam etkisine baktığımızda ise; psikolojik sağlamlık arttıkça travma sonrası düzeyi azalmaktadır (Toplam etki (c): -0.148).
- Psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres düzeyine doğrudan etkisine baktığımızda; psikolojik sağlamlık arttıkça travma sonrası stres düzeyi azalmaktadır (Doğrudan etki (c'):-0.235).

- Öz şefkatin aracı rolüyle psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres düzeyine etkisine, yani öz şefkatin psikolojik sağlamlık ve travma sonrası stres düzeyi üzerindeki dolaylı etkisini incelediğimizde; psikolojik sağlamlık arttıkça öz şefkat düzeyi artmakta ve bu da travma sonrası stres düzeyini azaltmaktadır (Dolaylı etki (a.b): -0.087).

Öneriler

- Psikiyatri hemşireleri öz şefkati artırmada, travma sonrası semptomları azaltmada etkili olan; Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi, Ruminasyon Odaklı Bilişsel Davranış Terapisinin ve Öz şefkat Terapisi temelli müdahaleler ile ilgili eğitimlerin yapılması ve tedavi planına dahil edilmesi,
- Bu çalışma 6 Şubat Depremi'ni yaşamış ergenler üzerinde yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü genişletilerek daha kapsamlı şekilde yapılması,
- “Yüzyılın Felaketi” olan 6 Şubat Depremi’nden sonra psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres üzerindeki uzun vadeli etkilerini belirlemek için boylamsal çalışmalar yapılması,
- Ergen bireylerde travma sonrası stres belirtilerini azaltmak adına müdahalelerde bulunulması,
- Afet sonrası müdahale ve destek programları, afetlerin psikolojik etkilerini en aza indirmek için yaşam koşullarını desteklemeye ve kaynakları artırma önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkmen İ, Karakoç MB, Ayaz Y, Sarıcı T. 6 Şubat Depremleri Sonrası Malatya Deprem Raporu ve Eylem Planı. İnönü Üniversitesi Yayınevi, 2023
2. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı. Gazi Üniversitesi Coğrafi Bilgi Sistemleri.
3. Rezayat AA, Sahebdel S, Jafari S ve ark. Evaluating the Prevalence of PTSD among Children and Adolescents after Earthquakes and Floods: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly*. 2020;91:1265-90
4. Liu A, Wang W, Wu X. The mediating role of rumination in the relation between self-compassion, post traumatic stress disorder, and post traumatic growth among adolescents after the Jiuzhaigou earthquake. *Current Psychology*. 2021;1-14.
5. Luo X, Che X, Lei Y, & Li H. Investigating the influence of self-compassion-focused interventions on posttraumatic stress: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 2021.
6. Zhen B, Yao B, & Zhou X. How does parent-child communication affects posttraumatic stress disorder and growth in adolescents during the COVID-19 pandemic: The mediating roles of self-compassion and disclosure. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 306: 1-8.
7. Tomak L, Demirel T, Demir İ. 2023 Kahramanmaraş depreminden etkilenen depremzedelerin demografik özellikleri ve genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi; Gaziantep Nurdağı ilçesinden bir kesit. *BMC Public Health*. 2024; 24(937).
8. Hodder RK ve ark. Systematic review of universal school-based 'resilience' intervention targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Preventive Medicine*, 2017;100:248-68.
9. Winders SJ, Murphy O, Looney K, O'Reilly G. Self-compassion, trauma, and post traumatic stress disorder: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2020;27(3):300-29.
10. Liang, Y., Zheng, H., Cheng, J., Zhou, Y., & Liu, Z. Associations between posttraumatic stress symptoms, creative thinking, and trait resilience among Chinese adolescents exposed to the Lushan earthquake. *The Journal of Creative Behavior*. 2021; 55(2), 362-73.
11. Gezgin Yazıcı H, Ökten Ç. *International Journal of Social Work Research*. 2024;4(1):3-11.

12. Bluth K, Mullarkey M, & Lathren C. Self-compassion: a potential path to adolescent resilience and positive exploration. *Journal of child and family studies*. 2018; 27: 3037-3047.
13. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primaryschool-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*. 2018;6:1-17.
14. Kaniušonytė G, Laursen B. Perceptions of positive parenting predict increases in resilience for low neurotic and high agreeable adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2022; 185:111272.
15. Marsh I, C Chan, S W, & MacBeth. A. Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 2018; 9: 1011-102
16. Temel M, Atalay A. The relationship between perceived maternal parenting and psychological distress: mediator role of self-compassion. *Current Psychology*. 2020; 39; 2203-2210.
17. Liu A, Wang W, & Wu X.). Understanding the relation between self-compassion and suicide risk among adolescents in a post-disaster context: mediating roles of gratitude and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in psychology*. 2020; 11, 1541.
18. Zeller M, Yuval K, Nitzan-Assayag Y, Bernstein A. Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *J Abnorm Child Psychol*. 2015;43(4):645-53.
19. Játiva R, Cerezo MA. The mediating role of self-compassion in the relationship between victimization and psychological maladjustment in a sample of adolescents. *Child AbuseNegl*. 2014;38(7):1180-90.
20. Bluth K, Blanton PW. The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *J Posit Psychol*. 2015;10(3):219-30.
21. Suh H, & Jeong J. Association of self-compassion with suicidal thoughts and behaviors and non-suicidal self injury: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12: 633482.
22. Bluth, K., Campo, RA, Futch, WS ve Gaylord, SA. Büyük bir ergen örneğinde öz şefkat ve duygusal refah arasındaki ilişkilerde yaş ve cinsiyet farklılıkları. *Gençlik ve Ergenlik Dergisi* 2017;46 (4): 840–853
23. Anonim. *Ana Britannica Genel Kültür Ansiklopedisi*, 2. Cilt, Ana Yayıncılık Aş.,

- İstanbul, 1995.
24. Buğdaycı İ. Depremi dili: Sismoloji. TÜBİTAK Bilim ve Teknik. 1999; 32(382): 26-30
 25. Jenkins SR. Coping and social support among dispatchers: Hurricane Andrew. Journal of Social Behavior and Personality. 1997;12:201-16.
 26. Buğdaycı İ. Depremi dili: Sismoloji. TÜBİTAK Bilim ve Teknik. 1999; 32(382): 26-29.
 27. Arda TS. Depremlerde yapıların yıkılması kader değildir. Yapısal Çelik Derneği İnşaat ve Malzeme Dergisi. 1999:163.
 28. Şenol C. Türkiye’de Meydana Gelen En Büyük Depremler. AFAD, 2019
 29. Wikipedia, Şubat 2023 Depremi Ön İnceleme Raporu. İTÜ.
 30. Nakajima Ş. Deprem ve sonrası psikolojisi. Okmeydanı Tıp Derg. 2012; 28(2):150
 31. Anonymous. Managing Traumatic Stress: Tips for Recovering From Disaster and Other Traumatic Events, 1999.
 32. 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 Derg. 2018;15(1):1-36.
 33. Gluckman P. Psychosocialeffects of earthquake. <http://www.stuff.co.nz/the-press/opinion/perspective/6892800/Psychosocial-effects-of-the-earthquakes>. Son Erişim Tarihi: 10 Şubat 2024.
 34. Akkaya T, Kırımlı Y, Polat T. Deprem Yardımlarında Yararlanan Kişilerin Değerlendirme Raporu. İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2021: 4283.
 35. Jenkins SR. Coping and social support among dispatchers: Hurricane Andrew. Journal of Social Behavior and Personaliry. 1997;12: 201-16.
 36. Chris P. Facts for families: Helping children after disaster. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2000.
 37. Erol N, Öner Ö. Travmaya Psikolojik Tepkiler ve Bunlara Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği, 1999.
 38. Sarman A. Elazığ ilinin Karakoçan ilçesinde yaşanan yıkıcı deprem sonrasında, depremi yaşayan ilköğretim çağı çocuklarda kaygı düzeyi, depresyon belirtileri ve etkileyen faktörler [yüksek lisans tezi]. Elazığ, 2012
 39. Yılmaz B. Travma sonrası stres bozukluğu. Türk Psikoloji Yazıları. 1999;1(3):79-98.

40. Van der Kolk BA ve ark. History of trauma in psychiatry. In: Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York, The Guilford Press, 1996: 47-74.
41. Yule W ve ark. Post traumatic stress disorder in adults. In: Yule W (ed). Post Traumatic Stress Disorder: Concepts and Therapy. Chichester, John Wiley&Sons, 1999: 1-24.
42. Garmez N, Butter M. Acute reaction to stress. In: Rutter M, Hersov L (eds). Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches. Oxford, Blackwell, 1985: 152-76.
43. Yule W. Post Traumatic stress reactions in children and adolescents. In: Yule W (ed.), Post Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy. Chichester, John Wiley&Sons, 1999:25-50.
44. Terr LC. Children of chowchilla. Psychoanalytic Study of the Child. 1979;34:547-623.
45. İnci F, Boztepe H. Travma sonrası büyüme: Öldürmeyen acı güçlendirir mi? Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013;4(2):80-4.
46. Pearlman L, Courtois C. Clinic alapplications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. J Trauma Stress. 2005;18:449-59.
47. Kılıç C, İnci F. Acil Tıp Çalışanlarında Travmatik Stres: Yaş ve Eğitimin Koruyucu Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2015;26(4):236-41.
48. Binay H. Suriye ve Irak'tan gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi [yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
49. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri. 1999;1:34-41.
50. Piferbaum B. Post traumatic stress disorder. In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
51. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and post traumatic stress in childhood. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(5):577.
52. Gabbay V, Oatis MD, Silva RR, Hirsch G. Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. In: Silva RR (ed). Post Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: Handbook. New York, Norton, 2004: 1-17.
53. Nasıroğlu S, Çeri V. Post traumatic stress and depression in Yazidi refugees.

- Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:2941-8.
54. Salmon K, Bryant RA. Post traumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. Clin Psychol Rev. 2002;22(2):163-88.
55. Lonigan C, Phillips BM, Richey JA. Posttraumatic stress disorder in children: Diagnosis, assessment, and associated features. Child Adolescents Psychiatr Clin N Am. 2003;12(2):171-94.
56. Lemos-Miller A, Kearney CA. Depression and ethnicity as intermediary variables among dissociation, trauma-related cognitions, and PTSD symptomatology in youths. J Nerv Ment Dis. 2006;194(8):584-90.
57. Horowitz MJ. Stress-response syndromes: A review of post traumatic and adjustment disorders. Hosp Community Psychiatry. 1986;37:241-9.
58. Başoğlu M. Psikolojik travma sonrası stres hastalığı-psikobiyolojik kuramlar, tedavide yeni gelişmeler ve güncel konular. Türk Psikiyatri Derg. 1992;3.
59. Beck JS. Bilişsel terapi temel ilkeler ve ötesi. Hisli Şahin N (Çeviren). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1995.
60. Joseph S, Williams R, Yule W. Understanding Post-traumatic Stress. West Sussex, John Wiley&Sons, 1997.
61. Foa EB, Huppert JD, Cahill SP. Emotional Processing Theory: An Update. Psychopathol Emot Process, 2006.
62. Coupland NJ. Brain mechanism and neurotransmitters. Post traumatic Stress Disorder Diagnosis, Management and Treatment. 2000:69-93.
63. Zoladz PR, Diamond DM. Current status on behavioral and biological markers of PTSD: A search for clarity in a conflicting literature. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(5):860-95.
64. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 7. Baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, 2016: 606-11.
65. Carmassi C, Dell'Oso L, Manni C. Frequency of trauma exposure and post traumatic stress disorder in Italy: Analysis from the World Mental Health Survey Initiative. J Psychiatr Res. 2014;59:77-84.
66. Wolfe J, Erickson D, Sharkansky E, King D, King L. Course and predictors of post traumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis. J Consult Clin Psychol. 1999;67(4):520-8.
67. McNally R, Shin L. Association of intelligence with severity of post traumatic

- stress disorder symptoms in Vietnam Combat veterans. *Am J Psychiatry*. 1995;152(6):936-8.
68. Di Gangi J, Gomez D, Mendoza L, Jason L, Keys C, Koenen K. Pretrauma risk factors for post traumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(6):728-44.
69. Şahin M, Aydın B, Sarı SV, Sezen K, Havva P. Öznel iyi oluşu açıklamada umut ve yaşam anlamı. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2012;20(3):827-36.
70. Ozer E, Best S, Lipsey T, Weiss D. Predictors of post traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;129(1):52-73.
71. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 13. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.
72. Sungur M. İkincil travma ve sosyal destek. *J ClinPsychol*. 1999;2(2):105-8.
73. Carver C, Scheier M, Segerstrom S. Optimism. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(7):879-89.
74. Kessler RC. Post traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048.
75. Ginzburg K, Koopman C, Butler LD, Palesh O, Kraemer HC, Classen CC ve ark. Evidence for a Dissociative Subtype of Post-Traumatic Stress Disorder.
76. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Comorbidity of PTSD and depression: Associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugee resettled in Australia. *J Affect Disord*. 2004;80(2-3):231-8.
77. O'Toole BI, Marshall RP, Schureck RJ, Dobson M. Risk factors for post traumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32(1):21-31.
78. Davidson J, Pearlstein T, Lonnberg P, Brady KT, Rothbaum B, Bell J, Farfel G. Efficacy of sertraline in preventing relapse of post traumatic stress disorder: Results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *AJP*. 2001;158(12):1974-81.
79. Marshall RD, Beebe KL, Oldham M, Zaninelli R. Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: A fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2001;158(12):1982-8.
80. Budur K, Falcone T, Franco K. Diagnosing and managing post traumatic stress disorder. *Cleve Clin J Med*. 2006;73(2):121-9.

81. Davidson JRT, March JS. Traumatic stress disorders. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA (eds). Psychiatry. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1997.
82. Öztürk OM, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008.
83. Özcan Ö, Çelik GG. Bilişsel davranışçı terapi. Türkiye Klinikleri. 2017;3(2):115.
84. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged exposure therapy for PTSD. Oxford, Oxford University Press, 2007.
85. Shapiro F, Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. J Clin Psychol. 2002;58(8):933-46.
86. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience. Eur Psychol. 2013.
87. Gürgen U. Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi [doktora tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2006.
88. Şahin D. Öğretmenlerin öz duyarlıklarının psikolojik sağlamlık ve yaşam doyumu açısından incelenmesi [yüksek lisans tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2014.
89. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinde kendini toplama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2008;(35):297-306.
90. Gizir C, Aydın G. Psikolojik Sağlamlık ve Ergen Gelişim Ölçeği'nin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2006;26(3):87-99.
91. Çataloğlu B. Madde kullanan ve kullanmayan ergenlerin psikolojik sağlamlık ve aile işlevleri açısından karşılaştırılması [doktora tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2011.
92. Benard B. Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family. School and Community. 1991 <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED335781.pdf> Son Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2024.
93. Haynes NM. Personalized leadership for effective schooling. 2005.
94. Afek, A., Ben-Avraham, R., Davidov, A., Berezin Cohen, N., Ben Yehuda, A., Gilboa, Y., & Nahum, M. (2021). Psychological resilience, mental health, and inhibitory control among youth and young adults under stress. Frontiers in Psychiatry, 11, 608588
95. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion.

- Self Identity. 2003;2:223-50.
96. Atalay Z. Mindfulness-Bilinçli Farkındalık; Farkındalıkla Anda Kalabilme Sanatı. İstanbul: İnkılap Yayınevi, 2019.
97. Neff K, Germer C. Self compassion and psychological well-being. In: Seppälä EM, Simon Thomas E, Brown S, Worline M, Cameron CD, Doty J (eds). Oxford, Handbook of Compassion Science, 21. Baskı. USA, Oxford University Press; 2017: 371-80.
98. Yıldırım M, Sarı T. Öz-şefkat ölçeği kısa formunun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018; 18(4):2502-2517.
99. Atalay D, Özyürek A. Ergenlerde arkadaşlık ilişkileri ve akran sapması. Journal of Humanities and Tourism Research. 2020;10(2):249-261.
100. Young J, Taylor J, Paterson B. Trauma-informed practice: a paradigm shift in the education of mental health nurses. Mental Health Practice.2019.
101. Kim YH, Choi MN, Kang HK. The domains of the Competencies of trauma nursing: a Scoping review. J Korea Contents Assoc 2019;19:497–510.
102. Cohen, J. Statistical Power Analysis For The Behaviors Science (Two Edition). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, 1988: 19-66.
103. Kim H, Joe S, Hong E. Core competency of nurses at regional trauma centers in South Korea. 2018;36:29–40
104. Ayaksız, D. 1999 Gölçük Depremi sonrasında çocuk ve ergenlerde TSSB, sürekli kaygı ve depresyon düzeylerini yordayan değişkenler [yüksek lisans tezi]. İstanbul, 2004.
105. Pynoos RS. Life Threat and Posttraumatic Stress in School-age Children. Arch Gen Psychiatry. 1987;44(12):1057.
106. Erden, G., Kılıç, E. Z., Uslu, R. İ. ve Kerimoğlu, E. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6(3), 1999: 143-149.
107. Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M, Karakashian M, Manjikian R, Manoukian G, vd. Post-traumatic Stress Reactions in Children After the 1988 Armenian Earthquake. Br J Psychiatry. 1993;163(2):239-47.
108. Arslan, G . Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin (ÇGPSÖ-12) psikometrik özellikleri: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Ege Eğitim Dergisi,

- 16(1), 2015: 1-12.
109. Nas E, Sak R. Child Psychiatry& Human Development. 2021;52:477–87
110. Vander Weele, T. J. Mediation analysis: a practitioner's guide. Annual Review of Public Health, 2016: 37(1), 17-32.
111. Kang, H. The prevention and handling of the missing data. Korean Journal of Anesthesiology, 2013;64(5), 402-406.
112. Byrne, B. M. Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming (multivariate application series). New York: Taylor & Francis Group, 2010: 396(1), 7384
113. Tabachnick B. G., & Fidell L. S. 2018: Using multivariate statistics. 7th Edn London
114. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 2013: (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
115. Miles J. Tolerance and variance inflation factor. Wiley Statsref: Statistics Reference Online. 2014.
116. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis; 2018: A regression-based approach (2. Baskı). The Guilford Press.
117. Düken M, Kaplan V, Almazan J. Yüzyılın en kötü felâketine maruz kalan ergenlerin travma sonrası stres bozukluğu ile ruh sağlığı arasındaki ilişki: Güneydoğu Türkiye'den kapsamlı veriler. Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing. 2024; 37(1): 20-32
118. Can Gür G. Parçalanmış zemin, dayanıklı ruhlar: 2023 Türkiye depreminden sağ kurtulan ergen ve genç yetişkinlere başa çıkma stratejileri, sosyal destek ve deprem maruziyetinin travma sonrası stres bozukluğu semptomları üzerindeki etkilerinin incelenmesi. Current Psychology. 2024; 43: 21745-55.
119. Şeker BD, Akman E. Van depremi sonrası duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler: Polis örneklemini incelemesi. Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Derg. 2014;15(27):215-31.
120. Sarman A, Tuncay S. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2024;18(1):81-92.
121. 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.
122. Şaşmaz ŞC. Çocuğu olan evli ve evli olmayan bireylerin psikolojik sağıamlık ve mutluluk düzeylerinin incelenmesi [yüksek lisans tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2016
123. Xu J, Song X. A cross-sectional study among survivors of the 2008 Sichuan earthquake: Prevalence and risk factors of post traumatic stress disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33(4):386-92
124. Tercanlı Metin G, Harma M, Gökçay G. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ergenlerde olumsuz yaşam olayları, özdenetim becerisi ve problem davranışlar. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2017; 32(79): 1–14.
125. Zhou Y, Han Q, Fan F. Latent growth curves and predictors of depressive symptoms among Chinese adolescent earthquake survivors. *Pers Individ Dif*. 2016;100:173-8.
126. Demirci H, Bilge Y, Emiral E, Şen S. Deprem sonrası ergenlerde iyileşmenin artırılması: psikopedagojik müdahalenin travmatik stres semptomları ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Current Psychology*. 2024.
127. Hong C, Efferth T. Wenchuan depremi kurtulanlarında travma sonrası stres bozukluğu üzerine sistematik inceleme. *Sage Journals*. 2016; 17(5).
128. Başkale H, Solmaz P. Depremden etkilenen ergenlerin deneyimleri: nitel bir çalışma. *Journal For Specialists İn Pediatric Nursing*. 2024; 29(3).
129. Ergün Arslanlı S, Altundal Duru H, Bakır E, Pulat P. Türkiye'de Kahramanmaraş depreminden etkilenen çocukların afet deneyimlerini ve psikososyal destek ihtiyaçlarını çizim yoluyla incelemek. *Journal Of Pediatric Nursing*. 2024.
130. Cerdá M, Paczkowski M, Galea S, Nemethy K, Péan C, Desvarieux M. Psychopathology in the aftermath of the Haiti earthquake: A population-based study of post traumatic stress disorder and major depression. *Depress Anxiety*. 2013;30(5):413-24.
131. Stratta P ,Capanna C ,Patriarca S, Cataldo S. Resilience in adolescence: Gender differences two years after the earthquake of L'Aquila. *Personality and Individual Differences*. 2013; 54(3), 327-31.
132. Mavranouzouli I. Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post- traumatic stress disorder: a

- network meta- analysis. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2020; 61:18–29.
133. Niu Y, Jiang N, Jiang X. Factors related to the resilience of Tibetan adolescents ten years after the Yushu earthquake. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2021;65:102554.
134. Nakashima M, Canda ER. Positive Dying and Resiliency in Later Life: A Qualitative Study. *Journal of Aging Studies*, 2005, 19: 109-125.
135. Stratta P ,Capanna C ,Patriarca S, Cataldo S. Resilience in adolescence: Gender differences two years after the earthquake of L'Aquila. *Personality and Individual Differences*. 2013; 54(3), 327-31.
136. İkizer G, Karanci AN, & Doğulu C. Exploring factors associated with psychological resilience among earthquake survivors from Turkey. *Journal of Loss and Trauma*. 2016; 21(5), 384-398.
137. Apaydın Cirik V, Aksoy B, Gül U. Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve COVID-19 sürecinde başa çıkma stratejileri: Tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2021;13(3):693-703
138. Öz F, İnci F, Bahadır-Yılmaz E. Hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygısı ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve aralarındaki ilişki. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2012;50(4):229-36.
139. Peng Y, Xia M, Çi X. Ebeveyn-ergen ilişkisi ve okul bağlılığının ergen öz şefkati ile yaşa göre değişen ilişkileri: cinsiyete göre farklılıklar. *Journal of Adolescence* 2024; 17(2).
140. Kristanti EE, Kartika DA, Indraswari P. Kasıh karunia Pare yetimhanesindeki gençlerde öz şefkat tespiti. *Indonesian Health Literacy Journal*. 2024; 1(1).
141. Wu N, Hou Y, Jiang Y, Zeng Q, & You J. Longitudinal relations between social relationships and adolescent life satisfaction: the mediating roles of self-compassion and psychological resilience. *Journal of Child and Family Studies*. 2024; 1-14.
142. Per M, Schmelefske, E, Brophy K, Austin S, B, & Khoury B. Mindfulness, self-compassion, self-injury, and suicidal thoughts and behaviors: a correlational meta-analysis. *Mindfulness*. 2022; 13(4):821-842

EKLER

EK-1.Özgeçmiş



Ek-2.Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz:1)Kız2) Erkek
3. Siz de dahil olmak üzere kardeş sayınız, (Lütfen belirtiniz):.....
4. Anneniz sağ mı? 1)Evet2)Hayır, (Ne Zaman vefat etti)
5. Babanız sağ mı? 1)Evet2)Hayır, (Ne Zaman vefat etti)
6. Anneniz ile babanız birlikte mi yaşıyorlar?1)Annem ve babam birlikte yaşıyorlar
2)Annem öldü üvey annem var 3) Babam öldü üvey babam var 4) Annem ve babam ayrı yaşıyor 5) Diğer,(Açıklayınız)
7. Depremde eviniz hasar gördü mü veya yıkıldı mı?1)Evet hasar gördü ancak içinde yaşıyoruz 2) Evet evimiz yıkıldı, çadırda yaşıyoruz 3) Evimiz yıkıldı, başkalarının yanında yaşıyoruz 4)Evimiz hasar görmedi/yıkılmadı 5) Evimiz yıkıldı, başka evde yaşıyoruz.
8. Şu anda kiminle birlikte kalıyorsunuz?1)Ailemle 2)Akrabalarımızla,3) Pansiyonda,
4)Diğer,(Lütfen belirtiniz):.....
9. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1) düşük, 2) orta, 3) yüksek
10. Yaşanan depremde ailenizden herhangi bir kişi(siz dahil) göçük/enkaz altında kaldı mı? 1)Evet 2)Hayır (Yanıtınız Evet ise kim ya da kimler).....
11. Yaşanan depremde ailenizden herhangi bir kişi (siz dahil) yaralandı mı? 1)Evet
2)Hayır(Yanıtınız Evet ise kim ya da kimler).....
12. Yaşanan depremde ailenizden/akrabalarınızdan herhangi bir kişi öldü mü? 1)
Evet 2)Hayır (Yanıtınız Evet ise kim ya da kimler)
13. Yaşanan depremde komşularınızdan/arkadaşlarınızdan herhangi bir kişi öldü mü?
1)Evet 2)Hayır

Ek-3.Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

	KesinlikleKatılmıyorum	KısmenKatılmıyorum	Kararsızım	KısmenKatılıyorum	KesinlikleKatılıyorum
1.Hayatımda saygı duyabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	5
2.Eğitim almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
3.Ailem benim hakkımda birçokşeyi bilir (örneğin,arkadaşlarımla kim olduğunu,nelerden hoşlandığımı).	1	2	3	4	5
4.Başladığım faaliyetleri/işleri bitirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5.Birşeyler istediğim şekilde gitmediğinde,diğer insanlara Ve kendime zarar vermeden bu durumu çözebilirim (örn,şiddete başvurmadan veya kötü şeylersöylemeden)	1	2	3	4	5
6.Yardıma ihtiyacım olursa,nereden yardım alabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
7.Kendimi okuluma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
8.Ailem zor zamanlarımda yanımdadır (örn:hasta olduğumda veya başım sıkıştığında).	1	2	3	4	5
9.Arkadaşlarım zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
10.Yaşadığım toplumda bana adil bir şekilde davranılır.	1	2	3	4	5
11.Hayatımda gelecekte kullanacağım yeteneklerimi geliştireceğim fırsatlara sahibim.	1	2	3	4	5
12.Ailemin aile geleneklerini ve kültürünü seviyorum.	1	2	3	4	5

Ek-4.Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

- 1. Bu deprem senin yaşındaki çocukların çoğunu üzecek ya da rahatsız edecek türden miydi?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)
- 2. Depremi düşündüğünde korku, endişe ya da sıkıntı hissediyor musun?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)
- 3. Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani olayla ilgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu ya da aklına sesler geliyor mu?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)
- 4. Depremle ilgili düşünceler istemediğin halde tekrar aklına geliyor mu?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla (3) Pek çok(4)
- 5. Kötü rüyalar görüyor musun?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)
- 6. Sana böyle bir depremin yeniden olacağını düşündüren şeyler var mı? Neler?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)
- 7. Arkadaşlarınla oynamak, spor yapmakya da okuldaki etkinliklere katılmak gibi depremden önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi aynı şekilde seviyor musun?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(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 anlamıyorlarmış gibi geliyor mu?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)
- 9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)
- 10. Konuşamayacak ya da ağlamayacak kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?**
Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)
- 11. Eskisine göre (depremden öncesine göre) şimdi daha kolay yerinden sıçırıyor musun, ya da daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?**

Hiç(0) Çok az(1) Az (2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)

12. İyi uyuyor musun?

Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)

13. Depremle ilgili“keşke yapmasaydım”dediğin birşey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun? Ya da“keşke yapmasaydım”diye düşündüğün birşeyi yapmış olduğun için(örneğin birşeyin olmasını engellemediğin, birisine yardım etmediğin, ya da başkası kadar kötü duruma düşmediğin için)

Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)

14. Depremle ilgili duygular ve düşünceler örneğin okulda ya da evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu?

Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)

15. Eskisi (depremden öncesi) kadar dikkatini kolaylıkla toplayabiliyor musun?

Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)

16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?

Hiç(0)Çokaz(1)Az (2)Çoğunlukla(3)Pek çok (4)

17. Birşey sana depremi anımsattığında ya da düşünmene neden olduğunda gerginlik ya da sıkıntı hissediyor musun?

Hiç(0) Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)

18. Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri depremden den beri yine yapmaya başladın mı? (Örneğin; birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek, ya da yatağına daha sık çiş, kaka kaçırmak?)

Hiç(0)Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)

19. Depremden beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, baş ağrısı çektiğinya da kendini dah asık hasta hissettiğin oluyor mu?

Hiç(0)Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)

20. Eskiden olsa yapamayacağın davranışları şimdi yapmaktan kendini 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)

Hiç(0)Çok az(1) Az(2) Çoğunlukla(3) Pek çok(4)

Ek-5.Çocuklar İçin Öz Şefkat Ölçeği

	Hiçbir zaman	nadir	Ara sıra	Sık sık	Her zaman
1.İnsanların başına kötü bir şey geldiğinde, üzülürüm.	1	2	3	4	5
2.Acı çeken insanların neler hissettiklerini anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3.Kendini kötü hisseden insanlara yardım etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
4.Yardıma ihtiyacı olan insanlara yardım etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5.Acı çeken hastalar için üzülürüm.	1	2	3	4	5
6.Ağlayan bir çocuk gördüğümde, ona yardım etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7.Kendimi acı çeken insanların yerine koymaya çalışırım.	1	2	3	4	5
8.Acı çeken insanlara yardım etmeye çalışmaktan huzur duyarım.	1	2	3	4	5
9.İnsanlara iyilik yapmaya çalıştığımda mutlu olurum	1	2	3	4	5
10.Her alanda başarılı olamayabilirim	1	2	3	4	5
11.Diğer insanlar gibi ben de acı çekebilirim.	1	2	3	4	5
12.Diğer insanlar gibi ben de hata yapabilirim	1	2	3	4	5
13.Diğer insanlar gibi ben de başarısız olabilirim	1	2	3	4	5
14.Bazı sorunlarımı çözmeye gücümün yetmediğini kabul ederim.	1	2	3	4	5
15.Bitkiler zarar gördüğünde kendimi çok kötü hissederim.	1	2	3	4	5
16.Ağaçlar zarar gördüğünde onu önlemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
17.Doğadaki hayvanlar zarar gördüğünde kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5
18.Ormanları korumak için gayret ederim.	1	2	3	4	5
19.Çevre kirliliğinden dolayı kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5
20.Ormanların yanmasından dolayı kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5

Ek-6.Meb Valilik İzin Formu



Ek-7.Ölçek Kullanım İzni Formu



Ek-8.Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Formu



Ek-9 Tez Başlığı Değişikliği Dilekçesi

