



**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**2023 KAHRAMANMARAŞ MERKEZLİ DEPREMLER SONRASI
DEPREMZEDELERDE POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU,
DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞININ
ARAŞTIRILMASI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Handan DEMİRBAŞ KURTOĞLU**

**GAZİANTEP
2023**

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**2023 KAHRAMANMARAŞ MERKEZLİ DEPREMLER SONRASI
DEPREMZEDELERDE POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU,
DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞININ
ARAŞTIRILMASI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Handan DEMİRBAŞ KURTOĞLU**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. Gülçin ÇİNPOLAT ELBOĞA**

**GAZİANTEP
2023**

TEZ ONAY SAYFASI

**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

TEZİN ADI

2023 KAHRAMANMARAŞ MERKEZLİ DEPREMLER SONRASI DEPREMZEDELERDE POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU, DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI

DR HANDAN DEMİRBAŞ KURTOĞLU

TARİH:22.08.2023

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(imza).....
Prof.Dr. Şevki Hakan EREN
Tıp Fakültesi Dekanı

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

(imza)
Doç.Dr. Gülçin ELBOĞA
Anabilim Dalı Başkanı

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

(İmza).....
Doç.Dr. Gülçin ELBOĞA
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof.Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ (İmza)
2. Doç.Dr.Gülçin ELBOĞA (İmza)
3. Prof.Dr. Ebru FINDIKLI (İmza)

I. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince kıymetli bilgi, birikim ve deneyimleriyle her zaman bana yol gösterici olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ, Doç. Dr. Şengül ŞAHİN, Doç. Dr. Bahadır DEMİR'e

Tez dönemim boyunca destek ve katkılarını esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Gülçin ÇİNPOLAT ELBOĞA'a

Çocuk psikiyatrisi ve nörolojideki değerli hocalarıma,

Mezunu olduğum Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki isimlerini sayamadığım kıymetli hocalarıma,

Beraber çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarım ve psikiyatri anabilim dalında çalışan personellere,

Her zaman yanımda olan, desteğini ve sevgisini eksik etmeyen eşime,

Hayatım boyunca benden sevgisini ve desteğini eksik etmeyen tüm aileme teşekkür ederim.

Dr. Handan DEMİRBAŞ KURTOĞLU

Gaziantep 2023

II. ÖZET

DEMİRBAŞ KURTOĞLU H., 2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremler Sonrası Depremzedelerde Posttravmatik Stres Bozukluğu, Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2023.

Deprem, çevresel hasarların yanı sıra fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplarla birlikte ruhsal sıkıntılara ve travmatik yaşantılara da yol açan bir doğa olayıdır. Deprem sonrasında etkilenen bireylere erken ve uygun düzeyde psikososyal müdahaleler sağlamak, yaşanan zorlukların ciddi ruh sağlığı sorunlarına dönüşmesini önlemekte etkilidir. Bu nedenle öncelikle hastalıkların teşhisi ve risk etmenlerinin saptanması gerekmektedir. Deprem gibi toplumu etkileyen büyük afetlerden sonra psikiyatrik hastalıkların görülmesinde artış olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu hastalıkların büyük bir çoğunluğunu travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu oluşturmaktadır.

Sunulan bu tez çalışmasında, 06 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş merkezli gerçekleşen depremlerden yaklaşık 3 ay sonra 401 depremzedede Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Major Depresif Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu yaygınlığı araştırılmıştır. Aynı zamanda bahsedilen hastalıklar ile sosyodemografik veriler ve depremle ilgili değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. Demografik veriler arasında cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey gibi faktörler bulunmaktadır. Depremle ilgili değişkenler arasında ise depremde göçük altında kalma, yakınına kaybetme, mal kaybı gibi deprem anı ve deprem sonrası deneyimler yer almaktadır. Araştırma, büyük çoğunluğu Gaziantep'ten olmak üzere depreme yakalanan illerden 18 yaş üstü 401 depremzede gönüllüden oluşmaktadır. Depremzedelere Sosyodemografik Veri formu, Beck-Depresyon, Beck-Anksiyete, DSM 5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5), Travmatik Yaşantılar Ölçeği ve Üstbiliş -30 ölçeği uygulanmıştır. Analizlerde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22,0 Windows versiyon paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%) olarak sunulmuştur. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu

Shaphiro Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılmayan değişkenlerin iki grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç grupta karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Dunn testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ile test edilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman rank korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. $P<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırma sonucunda katılımcılar içinde %12,2 oranında TSSB prevelansı saptanmıştır. Katılımcıların Beck-Depresyon ölçeğine göre %26,7 orta-ağır depresyon, Beck-Anksiyete ölçeğine göre ise %40 oranında orta-şiddetli anksiyete puanları elde edilmiştir.

Kadın cinsiyete sahip olanlar, geçmiş psikiyatrik şikayetlerinde artış olanlar, kendi göçük altında kalanlar, akrabası veya komşularından göçük altında kalanlar, depremden hemen sonra yakınlarıyla iletişime geçemeyenler, evinde hasar olanlar, mal kaybı yaşayanlar, depremden sonra prefabrik yerleşkede kalanlar, depremden sonra psikososyal destek alanlarda PCL-5, Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete ölçeği skorları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin üstbilişlerinin psikiyatrik hastalıkların gelişimine etki edip etmediğini incelemek amacıyla; depremzedelere uygulanan Üstbiliş ölçeği-30 ile bahsedilen hastalıkların ilgili ölçekleri arasında korelasyon yapılmıştır. Sonuçlara göre Üstbiliş ölçeği-30 puanı ile PCL-5 ve Beck Anksiyete puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanırken, Beck Depresyon skorları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Yine depremzedelere uygulanan Travmatik Yaşantılar Ölçeği ile geçmiş travmaların hastalık ölçek puanlarına etkisi incelenmiş; ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği ile PCL-5, Beck Depresyon ve Beck anksiyete puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Deprem, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon, üstbiliş

III. ABSTRACT

DEMIRBAS KURTOGLU H., Investigation of the Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder, Depression, and Anxiety Disorders Among Earthquake Survivors Following the 2023 Kahramanmaraş-Centered Earthquakes, Gaziantep University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Specialization in Medicine Thesis, Gaziantep, 2023.

Earthquake is a natural disaster that not only causes environmental damage but also leads to physical, economic, and social losses, as well as psychological distress and traumatic experiences. Providing early and appropriate psychosocial interventions to individuals affected by earthquakes is effective in preventing the transformation of difficulties into serious mental health problems. Therefore, it is essential to first diagnose the illnesses and identify risk factors. Numerous studies have demonstrated an increase in psychiatric disorders following major disasters like earthquakes. The majority of these disorders consist of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety disorders.

In this presented thesis study, the prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder, Major Depressive Disorder, and Generalized Anxiety Disorder was investigated among 401 earthquake survivors approximately 3 months after the earthquakes that occurred in Kahramanmaraş on February 6, 2023. Additionally, the relationships between these mentioned disorders, socio-demographic variables, and earthquake-related factors were examined. The socio-demographic variables included factors such as gender, age, marital status, education level, and socio-economic status. Among the earthquake-related factors were experiences like being trapped under debris, losing a loved one, and experiencing property loss. The research included 401 voluntary earthquake survivors aged 18 and over, mainly from Gaziantep and other affected regions. Socio-demographic Data Form, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, DSM-5 Checklist for Post-Traumatic Stress Disorder (PCL-5), Traumatic Experience Scale, and Upper Cognition Scale-30 were applied to the participants. The data were analyzed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 for Windows. Descriptive statistics were presented as frequencies (n) and percentages (%) for categorical variables. The normality of numerical variables

was tested using the Shapiro-Wilk test. Non-normally distributed variables were compared using the Mann-Whitney U test for two groups and Kruskal-Wallis and Dunn tests for three groups. The relationships between categorical variables were tested using the chi-square test, and Spearman's rank correlation coefficient was used to test the relationships between numerical variables. A significance level of $P < 0.05$ was considered statistically significant.

As a result of the research, a prevalence of 12.2% for Post-Traumatic Stress Disorder was found among the participants. According to the Beck Depression Inventory, 26.7% of the participants exhibited moderate to severe depression, while according to the Beck Anxiety Inventory, 40% of the participants obtained moderate to severe anxiety scores.

Significantly higher PCL-5, Beck Depression Inventory, and Beck Anxiety Inventory scores were found in individuals who were female, had a history of previous psychiatric complaints, experienced being trapped under rubble, had relatives or neighbors trapped under rubble, were unable to communicate with their loved ones immediately after the earthquake, had damage to their homes, experienced property loss, stayed in prefabricated settlements after the earthquake, and received psychosocial support after the earthquake.

In order to examine whether individuals' metacognitions influence the development of psychiatric disorders, correlations were established between the Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30) scores applied to earthquake survivors and the relevant scales for the mentioned disorders. The results indicated a weak positive correlation between MCQ-30 scores and scores of the PCL-5 and Beck Anxiety Inventory, while a moderate positive correlation was observed with Beck Depression Inventory scores. Additionally, the influence of past traumas on the scores of the disease scales was investigated using the Traumatic Experiences Scale, and a weak positive correlation was found between the Traumatic Experiences Scale and PCL-5, Beck Depression Inventory, and Beck Anxiety Inventory scores.

Keywords: Earthquake, posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, metacognition.

IV. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	i
II. ÖZET	ii
III. ABSTRACT	iv
IV. İÇİNDEKİLER	vi
V. ŞEKİL LİSTESİ	ix
VI. TABLO LİSTESİ	x
VII. KISALTMA LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Afet	3
2.2. Afet ve Psikoloji	4
2.3. Deprem	4
2.4. Deprem ve Türkiye	5
2.5. Deprem ve Kahramanmaraş (ve Çevresi)	6
2.6. Travma	7
2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	8
2.7.1. Tarihçe	8
2.7.2 Tanım ve Tanı Kriterleri	9
2.7.3. Epidemiyoloji	11
2.7.4. Etiyoloji ve Patofizyoloji	12
2.7.5. Klinik Özellikler	13
2.7.6. Ayırıcı Tanı	14
2.7.7. Prognoz	14
2.7.8. Tedavi	15
2.8. Major Depresif Bozukluk	16
2.8.1. Tarihçe	16

2.8.2. Epidemiyoloji	17
2.8.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji.....	17
2.8.4. Klinik Seyir	18
2.8.5. Tanı.....	19
2.8.6. Komorbidite.....	20
2.8.7. Prognoz.....	20
2.8.8. Tedavi	20
2.9. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	21
2.9.1. Tanım ve Tarihçe.....	21
2.9.2. Tanı.....	22
2.9.3. Epidemiyoloji	22
2.9.4. Etiyoloji ve Patofizyoloji.....	23
2.9.6. Ayırıcı Tanı	24
2.9.7. Komorbidite.....	25
2.9.8. Prognoz.....	25
2.9.9. Tedavi	25
2.10. Üst Biliş.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri	28
3.2. Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri	28
3.3. Uygulama	28
3.4. Kullanılan Ölçek ve Formlar.....	29
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	29
3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	29
3.4.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	29
3.4.4 Üst Biliş Ölçeği-30	30
3.4.5 Travmatik Yaşantılar Ölçeği	30
3.4.6. DSM 5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi- PCL-5	31

3.4.7 İstatistiksel Yöntem	31
4. BULGULAR	32
3.1. Tanımlayıcı İstatistikler.....	32
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ	62
7. KAYNAKLAR.....	64
8. EKLER	
EK-1 Sosyo-Demografik Veri Formu	
Ek-2 :Beck Anksiyete Ölçeği	
Ek-3 Beck Depresyon Ölçeği	
Ek-4 Üstbilis Ölçeği-30	
Ek-5 Travmatik Yaşantılar Ölçeği	
Ek-6 Dsm-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (Pcl-5)	

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Doğal ve insan kaynaklı afetler	3
Şekil 4.1. PCL-5 Skorlamasına Göre TSSB Varlığının Dağılımı.....	35
Şekil 4.2. Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Depresyon Düzeylerinin Dağılım Sıklıkları.....	41
Şekil 4.3. Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarına Göre Anksiyete Düzeylerinin Dağılım Sıklıkları.....	47



VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. TSSB DSM-5 TR Tanı Ölçütleri	10
Tablo 2.2. DSM 5 TR'ye göre Major Depresif Bozukluk tanı ölçütleri	19
Tablo 2.3. DSM-5-TR'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğunun tanı kriterleri	22
Tablo 4.1. Depremzedelerin Demografik Özellikleri (n = 401)	32
Tablo 4.2. Depremzedelerin Özgeçmiş-Soygeçmiş Özellikleri (n = 401)	33
Tablo 4.3. Deprem Anı Değişkenlerinin Dağılımı (n = 401)	33
Tablo 4.4. Deprem Sonrası Değişkenlerinin Dağılımı (n=401)	34
Tablo 4.5. PCL-5 Ölçek Puanı ile Depremzedelerin Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki	36
Tablo 4.6. PCL-5 Ölçek Puanı ile Depremzedelerin Özgeçmiş-Soygeçmiş Özellikleri Arasındaki İlişki	37
Tablo 4.7. PCL-5 Ölçek Puanı ile Deprem Anı Değişkenleri Arasındaki İlişki	38
Tablo 4.8. PCL-5 Ölçek Puanı İle Deprem Sonrası Değişkenler Arasındaki İlişki ...	39
Tablo 4.9. PCL-5 Ölçek Puanı ile Üst Biliş-30 ölçeğinin ve Travmatik yaşantılama Ölçeğinin korelasyonu	40
Tablo 4.10. Beck Depresyon Ölçeği Puanı İle Depremzedelerin Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki	42
Tablo 4.11. Beck Depresyon Ölçeği Puanı İle Depremzedelerin Özgeçmiş-Soygeçmiş Özellikleri Arasındaki İlişki	43
Tablo 4.12. Beck Depresyon Ölçeği Puanı İle Deprem Anı Değişkenleri Arasındaki İlişki	44
Tablo 4.13. Beck Depresyon Ölçeği Puanı İle Deprem Sonrası Değişkenler Arasındaki İlişki	45
Tablo 4.14. Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile Üst Biliş-30 ölçeğinin ve Travmatik yaşantılama Ölçeğinin korelasyonu	46
Tablo 4.15. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı İle Depremzedelerin Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki	48
Tablo 4.16. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı İle Depremzedelerim Özgeçmiş-Soygeçmiş Özellikleri Arasındaki İlişki	49

Tablo 4.17. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı İle Deprem Anı Değişkenleri Arasındaki İlişki	50
Tablo 4.18. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı İle Deprem Sonrası Değişkenler Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 4.19. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı ile Üst Biliş-30 ölçeğinin ve Travmatik yaşantılama Ölçeğinin korelasyonu	52



VII. KISALTMA LİSTESİ

AFAD	: Afet ve Acil Durum Başkanlığı
APA	: Amerikan Psikiyatri Derneği
ASB	: Akut stres bozukluğu
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CRF	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EMDR	: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme terapisi
GABA	: Gama aminobütirik asit
HIV	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
MCQ-30 (ÜBÖ-30)	: Üstbiliş Ölçeği -30
MDB	: Major depresif bozuluk
PTSB	: Posttravmatik stres bozukluğu
PCL-5	: DSM 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi
SNRI	: Serotonin-noradrenalin gerilim inhibitörleri
SSRI	: Seçici serotonin gerilim inhibitörleri
S-REF	: Kendini Düzenleyici Yönetici İşlevler Teorisi
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
YAB	: Yaygın anksiyete bozukluğu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Deprem, tektonik kuvvetlerin veya volkanik faaliyetlerin etkisiyle yer kabuğunda meydana gelen kırılmalar sonucu ortaya çıkan enerjinin sismik dalgalar halinde yayılarak geçtikleri ortamları ve yeryüzünü şiddetle sarsma olayıdır(1). Birçok doğal afet türü arasında, depremler yıkıcı, kontrol edilemez ve en fazla göçe yol açan, yaşamı en çok tehdit eden olaylar olarak kabul edilir(2). Tarihsel kayıtlara göre en büyük can kayıplarının yaşandığı depremler şunlardır: 1556 yılında Çin'in Shaanxi eyaletinde, 830 binden fazla insanın hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Ülkemizde ise 1999 yılında Marmara bölgesinde meydana gelen depremde resmi rakamlara göre 17,480 kişi yaşamını yitirmiştir. 2011 yılında Japonya'da gerçekleşen depremde 15,900 kişinin öldüğü ve 2,531 kişinin hala kayıp olduğu açıklanmıştır. Nepal'de ise 2015 yılında meydana gelen depremde 8,000 kişi hayatını kaybetmiştir(3). Büyüklüğüne göre değişmekle birlikte depremler; evsizlik, yakın kaybı ve ciddi ruhsal sağlık sorunları gibi sonuçlar doğurabilir(4).

Depremlerden sonra; fiziksel engellilik, enfeksiyon hastalıkları ve salgınlar gibi sağlık sorunları, konut ve toplumsal zorluklar meydana gelebilir. Bununla birlikte, depresif belirtiler, anksiyete semptomları ve özellikle travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklar da görülebilir(5, 6). Büyük felaketlerin ardından görülen psikiyatrik semptomlar ve hastalıklar, yaş, cinsiyet, medeni durum, afet sonrası yaşanan kayıplar, önceki sağlık sorunları ve ülkenin ekonomik koşulları gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Ayrıca, psikiyatrik hastalıkların erken teşhis edilmesi ve uygun müdahalelerin yapılması, hastalığın seyrini etkileyebilir(7). Deprem gibi felaketlerin ardından can ve mal kaybına uğrayan kişilerde; evlerinin durumu ve toplanma yerleri hakkında belirsizlik, yakınlarını, evlerini, işlerini ve sosyal yaşam alanlarını kaybetme veya bunları kaybetme endişesi gibi duygusal zorluklarla beraber, ruhsal olarak zorlayıcı bir süreç başlamaktadır(4).

Literatürdeki araştırmalar gösteriyor ki, deprem mağduru bireyler arasında yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), majör depresif bozukluk (MDB) ve akut stres bozukluğu (ASB) gibi psikiyatrik hastalık oranlarında bir artış görülmektedir(6). En fazla araştırma yapılan konular arasında ise, akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelmektedir(5).

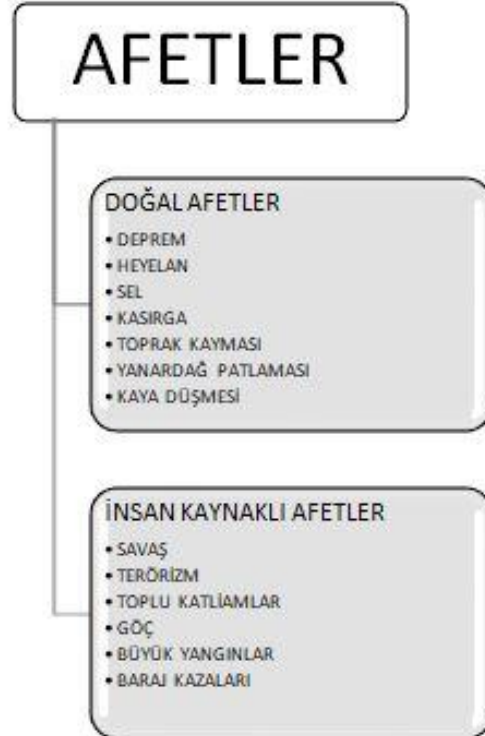
Üstbiliş kavramı, bilişsel süreçleri kontrol eden, değerlendiren ve düzenleyen üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Üstbiliş kişinin kendi zihnindeki işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir sistemdir(8, 9). Travma deneyimi bağlamında, bireyin kendisine ve aynı zamanda dünyaya ve diğer insanlara yönelik işlevsiz üstbilişlerin varlığı, etkili bir travma sonrası iyileşmenin ilerleyişini olumsuz etkileyebilir(10).

Bu bilgilerden yola çıkarak yapılan bu çalışmayla; 06.02.2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremler sonrasında, depremzedelerde gelişen TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluğunun prevalansının öğrenilmesi ve aynı zamanda bu hastalıkların oluşmasında daha fazla risk oluşturduğu düşünülen sosyodemografik verilerin, deprem anı ve sonrası değişkenlerin, işlevsiz üstbilişlerin ve daha önceki travmatik yaşantı öyküsünün ne oranda etkin olduğunun belirlenmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Afet

'Afet', toplumları etkileyen ve etkilenen bireyler için fiziksel yaralanmalara, can ve mal kayıplarına yol açan, sosyal hayatı ve normal yaşamı durdurarak veya kesintiye uğratarak, yerel imkanlarla başa çıkılamayan her türlü doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olayları ifade eder(11). Doğal afetler, insanlık tarihi boyunca toplum hayatını en çok etkileyen olaylar arasında yer almaktadır. Bu beklenmedik olaylar, aniden ortaya çıkarak normal toplumsal yaşamı sekteye uğratır ve olumsuz sosyal ve ekonomik etkilere neden olur. Bu büyük çoğunlukla doğal kaynaklı olaylar, önlenemez ve mevcut imkanlarla tam olarak kontrol altına alınamaz(12). Afetler, şekil -1 deki gibi ortaya çıkış nedenlerine bağlı olarak doğal ve yapay afetler olarak iki ana gruba ayrılır. Doğal afetler, deprem, kasırga, sel, toprak kayması, yanardağ patlaması gibi doğal etkenlerin sebep olduğu olayları ifade ederken, yapay afetler ise terörizm, savaş, toplu katliamlar, göç gibi insan kaynaklı olayları kapsar(13).



Şekil 2.1. Doğal ve insan kaynaklı afetler (14)

Doğal afetlerin oluşumunda bazen insanların katkısı olabilir, ancak genellikle doğal etkenler hakimdir. Doğal afetler, sosyal yapıyı, ekonomiyi, kültürel dokuyu ve hatta politikayı olumsuz etkiler ve her ülkenin tarihinde önemli bir yer edinir. Özellikle hızlı başlayan, çevresel etkileri yıkıcı olan ve insan hayatını yaralama, sakat bırakma ve ölümle etkileyen afetler, daha derin izler bırakır. Dünya genelinde afet sayısında bir artış gözlenmektedir. 1985'ten bu yana doğal kökenli afetlerde dört kat artış olduğu gözlemlenmektedir(15).

2.2. Afet ve Psikoloji

Afetler, insanlık tarihi boyunca meydana gelmiş olsa da, psikiyatrik etkilerinin değerlendirilmesi oldukça yeni bir konudur. Bunun nedeni, afetlerin ardından ilk öncelik olarak afetzedelerin barınma, beslenme gibi sosyoekonomik ihtiyaçlarının karşılanması gerekliliğidir. Ancak, afet sonrası psikiyatrik yardımın önemi ve bu alana dikkat çekme gerekliliği, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün gündemine 1995 yıllarından sonra girmiştir(16). Doğal afetler, sadece maddi kayıplar, altyapı hasarları ve kaynak tahribatıyla sınırlı kalmaz; aynı zamanda ikincil psikiyatrik rahatsızlıklara da yol açar. Afet sonrası yapılan incelemelerde, en yüksek oranda gözlemlenen ruhsal rahatsızlığın Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olduğu belirlenmiştir. İkinci sırada Major Depresif Bozukluk (MDB) gelmektedir. Bunun yanı sıra, alkol kullanım bozuklukları, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) gibi hastalıklar da görülebilir. Büyük bir afete maruz kalan kişilerde, intihar düşüncesi/girişimi, alkol ve nikotin bağımlılığı gibi ruhsal problemlerin de ortaya çıkabileceği bilinmektedir(17). Her ne kadar afet sonrası gelişen ruhsal hastalıkların sıralaması ve düzeyi değişse de, afetlerle psikoloji arasındaki ilişki her dönemde önemini koruyacak gibi görünmektedir(18).

2.3. Deprem

Birçok doğal afet türü arasında, depremler yıkıcı, kontrol edilemez ve en fazla göçe yol açan, yaşamı en çok tehdit eden olaylar olarak kabul edilir(2). Depremler, tektonik kuvvetlerin veya volkanik faaliyetlerin etkisiyle yer kabuğunda meydana gelen kırılmalar sonucu ortaya çıkan enerjinin sismik dalgalar halinde yayılarak geçtikleri ortamları ve yeryüzünü şiddetle sarsma olayıdır(1). Her yıl dünyada yaklaşık olarak bir milyon deprem meydana gelmekte olup, bunlardan bazıları büyük can ve mal kaybına yol açan depremlerdir. 20. yüzyılda ise depremlerden dolayı 2

milyondan fazla kişi hayatını kaybetmiştir(19). Depremi tanımlarken genellikle iki temel kavramı kullanırız: deprem şiddeti ve deprem büyüklüğü. Deprem şiddeti, deprem sırasında açığa çıkan enerji miktarını ifade ederken, deprem büyüklüğü ise depremin zemine nasıl etki ettiğini gösterir. Deprem şiddeti genellikle Richter Ölçeği kullanılarak 1-9 arasında bir skalada puanlandırılır. Her sayı, bir öncekine göre 30 kat daha fazla enerjinin açığa çıktığını temsil eder. Deprem büyüklüğü ise Mercalli Ölçeği kullanılarak 1-12 arasında puanlanır ve depremin etkisini gösterir(20). Depremler, meydana geliş şekillerine bağlı olarak üç ana gruba ayrılır. Bu grupların en yaygın olanı tektonik depremlerdir ve ülkemizde en sık karşılaşılan deprem türüdür. Diğer gruplar ise volkanik ve çöküntü depremleridir. Faylar, yüzeyde veya daha derindeki büyük kayalar arasındaki kırık bölgelerdir. Bu faylarda zamanla enerji birikir ve bu enerji, yeryüzündeki levhaların hareket etmesi sonucunda ortaya çıkar(21). Bir bölge, fay hattı ve çevresine yakın ise, 1. derece deprem bölgesi olarak tanımlanır. Bu bölgeden uzaklaştıkça, depremi hissetme oranı azalır(22). Dünya üzerinde bilinen en büyük deprem kuşakları 3 tanedir. Bunlar Pasifik Çevre Deprem Kuşağı, Alp-Himalaya Deprem Kuşağı ve Orta Atlantik Deprem Kuşağıdır. Ülkemiz ise Alp-Himalaya Deprem kuşağı üzerinde bulunmaktadır(21). Alp sıradağları, Asya ve Avrupa anakaralarının birbirlerine göre göreceli hareketlerinin neden olduğu sıkıştırıcı güçlerin etkisiyle oluşmuştur. Benzer şekilde, Himalayalar da Hindistan ve Asya anakaralarının birleşmesi sonucunda meydana gelmiştir(23).

Tarihte kaydedilen en büyük can kayıplarına neden olan depremler şunlardır: 1556 yılında Çin'in Shaanxi eyaletinde, 830 binden fazla insanın hayatını kaybettiği belirtilmektedir. 1999 yılında Türkiye'nin Marmara bölgesinde meydana gelen depremde, resmi verilere göre 17.480 kişi hayatını kaybetmiştir. Japonya'da 2011 yılında gerçekleşen depremde ise 15.900 kişinin öldüğü ve 2.531 kişinin hâlâ kayıp olduğu bildirilmiştir. Nepal'de 2015 yılında meydana gelen depremde ise 8.000 kişi hayatını kaybetmiştir(3).

2.4. Deprem ve Türkiye

Türkiye, dünyanın önemli deprem kuşaklarından biri olan Alp-Himalaya deprem kuşağında bulunmaktadır. Türkiye'nin üzerinde yer aldığı Anadolu Plakası, kuzeyde Avrasya Plakası, güneyde Afrika ve Arap Plakası, doğuda Doğu Anadolu Bloğu ve batıda Ege Bloğu ile çevrilidir(24). Tektonik yapısı nedeniyle Türkiye,

birçok aktif fay hattına sahiptir ve depremlerin oluşma mekanizmaları farklılık gösterir. Kuzey Anadolu Fay Hattı, Avrasya ve Anadolu levhaları arasında yer aldığından ve hareketli bir karaktere sahip olmasından dolayı Türkiye'de en fazla ve en şiddetli depremlerin yaşandığı bölgedir(21). Türkiye, Alp-Himalaya deprem kuşağının en aktif bölgesinde yer alması sebebiyle tarih boyunca birçok kez depremlerle büyük zararlar görmüş, can ve mal kayıplarına yol açarak ülke ekonomisini derinden etkilemiştir. Özellikle 1999 Marmara depremi sonrasında deprem tehlikesi ve yıkıcı etkileri daha iyi anlaşılmıştır. Marmara depremi, yaklaşık 16 milyon kişinin etkilendiği bir felakete dönüşmüştür. Bu deprem, Türkiye'nin depreme karşı ne kadar hazırlıksız olduğunu ortaya koymuş ve deprem sonrasında acil toplanma, tahliye, barınma ve yardım gibi hayati konular için kullanılabilecek kentsel açık ve yeşil alanların ülkede yetersiz olduğunu gözler önüne sermiştir. Bu olayla birlikte ülke, depremin yıkıcı etkilerini ve önemini daha derinden kavramıştır(25). Türkiye'de yaklaşık iki yılda bir depremler meydana gelerek can ve mal kaybına yol açmaktadır. Bu depremler, diğer ülkelerdeki depremlerle karşılaştırıldığında daha küçük büyüklüklere sahip olsa da, şiddetleri yüksek olup daha fazla yapıda hasara ve can kaybına neden olabilmektedir(26).

2.5. Deprem ve Kahramanmaraş (ve Çevresi)

Kahramanmaraş ilinin konumu, Akdeniz Bölgesi'nin kuzeydoğusunda bulunmaktadır. İl, Doğu Anadolu Fayı ve diğer birçok faya ev sahipliği yapmaktadır. Bölgede etkili olan ana tektonik yapılar, Doğu Anadolu Fay Zonu ve Ölü Deniz Fay Zonu'dur. Kahramanmaraş ilinin bu jeolojik konumu nedeniyle tarihsel ve kaydedilen dönemlerde birçok depreme maruz kaldığı bilinmektedir(27).

Kahramanmaraş ili, Afet ve Acil Durum Başkanlığı (AFAD) tarafından 2018 yılında yayınlanan Türkiye deprem tehlike haritasına göre, yüksek riskli bir bölgede bulunmaktadır. Doğu Anadolu Fay hattının batı kısmı, uzun bir süre boyunca önemli bir deprem etkinliği göstermeyen ve sessiz kalan bir bölge olarak bilinmektedir. Kahramanmaraş il sınırları içerisinde 1900-2023 yılları arasında 5.5 büyüklüğünü aşan bir deprem kaydedilmemiştir. Ancak, 06 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş'ta meydana gelen depremlerle birlikte durum değişmiştir(28).

06 Şubat 2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremler:

6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli meydana gelen depremler, çok sayıda ili etkisi altına alarak Cumhuriyet tarihinin en büyük yıkımlarından biri olarak kayıtlara geçmiştir. Söz konusu tarihte aynı gün içinde iki büyük deprem yaşanmıştır(29). Kandilli Rasathanesi'nin verilerine göre, 6 Şubat 2023 tarihinde saat 04.17'de Gaziantep Şehitkâmil Sofalaca merkez üssüne sahip büyük bir deprem meydana gelmiştir. Aynı şekilde, AFAD'ın kayıtlarına göre de Kahramanmaraş'ın Pazarcık İlçesi merkez üssü olarak tespit edilen ve 7.7 büyüklüğündeki bu deprem, Türkiye'nin güneydoğusunda on bir ilde büyük bir yıkıma ve can kaybına yol açmıştır. Aynı gün saat 13.24'te ise Kahramanmaraş-Elbistan merkez üssüne sahip 7.6 büyüklüğünde başka bir deprem yaşanmış ve benzer şekilde can ve mal kaybı meydana gelmiştir. Bu iki büyük deprem ve ardından gelen artçı depremler, bölgedeki insanlar arasında acı, korku ve çaresizlik duygularını tetiklemiştir(30). Oluşan depremler, Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Osmaniye, Şanlıurfa ve sonradan Elazığ'ın da eklenmesiyle toplamda on bir ilde büyük hasara yol açmıştır(31). Bu iki deprem, Türkiye'de yaşanan en büyük ikinci ve üçüncü depremler olarak resmi kayıtlara geçmiştir(32). 13 Mart 2023 tarihli Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı raporlarına göre, bu deprem felaketine yaklaşık 17.000 artçı sarsıntı eşlik etmiş, 301.000'e yakın konut ve işyeri yıkılmış veya orta-ağır düzeyde hasar görmüş ve ayrıca 50.000'den fazla can kaybı yaşanmıştır. Bu felaketin ekonomik maliyeti tahminen 104 milyar dolar olarak belirtilmiştir(31).

2.6. Travma

Travma, bir kişinin fiziksel veya psikolojik olarak yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden veya bozan her türlü olayı ifade eder. Psikolojik travma ise kişinin yaşamında değişikliklere neden olan, uyum gerektiren, psikolojisini tehdit eden, duygusal ve düşünsel olarak baş etmesi zor olan olaylar, deneyimler veya durumları içerir. Travmatik olaylar genellikle yaygın olarak yaşanır ve önemli bir halk sağlığı sorunudur(33). Travmatik yaşantılar, insanların normal yaşamları sırasında karşılaştıkları ve başa çıkma mekanizmalarını etkileyerek hayata uyumlarını bozan deneyimlerdir(34). Psikolojik travmaya verilen tepkiler çeşitlilik gösterebilir. Bu

tepkileri etkileyen faktörler arasında travmanın türü, şiddeti, yaşam tarzı, kişi için anlamı, önceden benzer veya farklı travmalarla karşılaşma durumu gibi toplumsal, biyolojik ve kişilik özellikleri yer alır. Travma, bireyin kendisini, diğer insanları ve dış dünyayı algılamasını, değerlendirmesini etkileyerek bilişsel sürecini değiştirebilir(35).

Biliş, bir kişinin olayları, insanları ve durumları algılama, değerlendirme ve yargılama şeklidir. Her birey, kendi algılama, değerlendirme ve yargılama alışkanlıklarına göre bu travmatik olaylardan çıkarımlar yapar. Eğer bir kişi olumsuz sonuçlar çıkarırsa, bu durum benlik saygısı üzerinde yıkıcı bir etkiye neden olabilir ve çeşitli psikolojik sorunlara yol açabilir(36, 37). Epidemiyolojik veriler, çocukların dörtte birinin erişkinliğe ulaşmadan önce önemli bir travmatik olayla karşılaştığını göstermektedir. Travma sonrası ortaya çıkan çeşitli durumlar arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Akut Stres Bozukluğu (ASB), Uyum Bozukluğu gibi travma ile ilişkili bozukluklar yer alırken, ayrıca bağlanma sorunları, ayrılık anksiyetesi, yas, uzamış yas, major depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranışlar, Borderline Kişilik Bozukluğu, Psikotik Bozukluk, Somatoform Bozukluklar ve madde kötüye kullanımı gibi birçok ruhsal bozukluk da görülebilir(38).

2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.7.1. Tarihçe

Hastalığın isimlendirilmesi ve tanımlanması, II. Dünya Savaşı'ndan sonra daha gerçekçi ve açıklayıcı hale gelmiştir. II. Dünya Savaşı'ndan elde edilen gözlemlere dayanarak, "Büyük Stres Reaksiyonu" olarak adlandırılan bir durum ortaya çıkmış ve DSM-I'de (Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders) (1952) tanımlanmıştır. DSM-II'de (1968) ise travmaya bağlı olarak yetişkin yaşamında uyum bozukluğu olarak tanımlanmış ve "Geçici Ruhsal Bozukluk" olarak adlandırılmıştır. Vietnam Savaşı'nın etkisiyle birlikte DSM-III'de (1980), "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" olarak anksiyete bozuklukları arasında yer almıştır. DSM-III-R (1987) ile DSM-III'te tanımlanan beş kriterin yanı sıra altı ek belirti eklenmiş ve belirtilerin en az 30 gün sürmesi gerekliliği getirilmiştir. DSM-IV'de, travmatik olayın tanımlanmasında değişiklikler yapılmıştır. Travma tanımlamasına, yaşamı tehdit eden ciddi hastalıklar, fiziksel olmayan saldırılar, uygunsuz cinsel deneyimler

gibi stres faktörleri de dahil edilmiştir. Ayrıca, belirtilerin süresine göre tanımlamalar yapılmıştır. Belirtiler 2-30 gün arasında sürerse "akut stres bozukluğu", 3 aydan kısa sürerse "akut", daha uzun sürerse "kronik" olarak adlandırılmıştır(39). Günümüzde, DSM-V ve ICD-11 sınıflandırma sistemlerine göre, travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların ve özellikle TSSB nin hala önemli bir tanı olduğu ve yeni alt bölümler ve tiplerin geliştirilebileceği öngörülmektedir(16).

2.7.2 Tanım ve Tanı Kriterleri

Psikolojik travma, bireyin biyolojik ve psikolojik başa çıkma yeteneğini baskılayan ve yardıma karşı dirençli bir durumdur. Psikolojik travma yaşayan kişilerde, yaşamın sürekliliği ve düzenine olan inancın kaybı meydana gelir(40). TSSB, fiziksel hasar veya kaygı gibi zihinsel şok içeren bir kazanın ardından zihinsel travmanın neden olduğu bir akıl hastalığıdır(41). Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre, TSSB, travmatik olayı doğrudan deneyimleyen veya tanık olan kişilerde veya yakın akraba veya arkadaşlarda ortaya çıkar. TSSB'nin başlıca tetikleyicileri arasında şiddet içeren suçlar, kazalar, duygusal-sosyal istismar, fiziksel saldırı, askeri çatışma, toplumsal huzursuzluklar, doğal afetler ve çocuk istismarı bulunur. TSSB, klinik olarak önemli sosyal işlev bozukluğu, çalışamama veya diğer günlük işlevleri yerine getirmede zihinsel yeteneklerin azalmasıyla karakterize edilen bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanır(42).

TSSB, canlı hatıralar, anımsamalar ve kabuslar şeklinde travmatik olayları tekrar deneyimleme gibi emosyonel ve nörofizyolojik bir yelpaze ile karakterize edilir. Bu hatıralar zamanla solgunlaşmaz, aksine yıllar boyunca kalıcı olabilir veya hatta şiddetlenebilir(43). Bu deneyimleri ezici bir korku ve güçlü fiziksel duyular takip eder. TSSB'si olan bireyler, toplumdan geri çekilerek anıları bastırmaya veya travmatik olayları anımsatan etkinliklerden kaçınmaya çalışırlar. Çevredeki uyaranlara aşırı uyanıklık veya beklenmedik gürültüye tepki söz konusudur. Kişi şu anda bir tehditle karşı karşıyaymış gibi bir korku durumu gösterir. Bu semptomlar kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki ve diğer önemli fonksiyonel alanları belirgin şekilde bozarak yaşam kalitesini düşürür(42, 43).

TSSB, bir diğer adıyla Posttravmatik stres bozukluğunun DSM-5 Tr de bulunan tanı ölçütleri aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

Tablo 2.1. TSSB DSM-5 TR Tanı Ölçütleri

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (DSM-5 TR Tanı Ölçütleri)
6 Yaşından Büyük Bireylerde Posttravmatik Stres Bozukluğu
Not: Aşağıdaki ölçütler yetişkinler, ergenler ve 6 yaşından büyük çocuklar için geçerlidir.
A. Gerçek veya tehdit edilen ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete bir veya daha fazla aşağıdaki yollarla maruz kalma durumu:
1. Travmatik olay(lar)ı doğrudan deneyimleme.
2. Başkalarının başına gelen olaylara bizzat şahit olma.
3. Travmatik olay(lar)ın yakın bir aile üyesine veya yakın bir arkadaşına gerçekleştiğini öğrenme. Gerçek veya tehdit edilen bir aile üyesi veya arkadaşın ölüm durumunda, olay(lar) şiddetli veya kazayla meydana gelmiş olmalıdır.
4. Travmatik olay(lar)ın rahatsız edici ayrıntılarına sürekli veya aşırı maruz kalma (örneğin, ilk müdahalecilerin insan kalıntıları toplaması; polis memurlarının çocuk istismarı ayrıntılarına tekrar tekrar maruz kalması).
Not: Ölçüt A4, elektronik medya, televizyon, filmler veya resimler yoluyla maruziyete, sadece işle ilgili olan kısım dahildir
B. Travmatik olay(lar) ile ilişkili olarak, travmatik olay(lar) sonrasında başlayan aşağıdaki belirtilerinden birinin (veya daha fazlasının) varlığı:
1. Travmatik olay(lar)ın tekrarlayan, istemsiz ve zorlayıcı anıları.
Not: 6 yaşından büyük çocuklarda, travmatik olay(lar)ın temalarının veya yönlerinin ifade edildiği tekrarlayan oyunlar olabilir.
2. Travmatik olay(lar) ile ilişkili olarak içeriği ve/veya etkisi rahatsız edici olan tekrarlayan kabuslar.
Not: Çocuklarda, tanımlanabilir içeriği olmayan korkutucu kabuslar olabilir.
3. Travmatik olay(lar)'nın tekrarlandığı hissi veya davranışları içeren dissosiyatif reaksiyonlar (örneğin, flashbackler). (Bu tepkiler, varlığın tamamen farkında olamama gibi bir süreklilik içinde ortaya çıkabilir.)
Not: Çocuklarda, travma ile ilgili yeniden canlandırma oyunları olabilir.
4. Travmatik olay(lar) ile ilişkili sembolize veya hatırlatan içsel veya dışsal uyarıcılara maruz kaldığında yoğun veya uzun süreli psikolojik sıkıntı.
5. Travmatik olay(lar)ı sembolize eden veya hatırlatan içsel veya dışsal uyarıcılara belirgin fizyolojik tepkiler.
C. Travmatik olay(lar) ile ilişkili uyaranlardan kaçınma, travmatik olay(lar)'dan sonra başlayan ve aşağıdakilerden biri veya her ikisiyle kanıtlanan şekilde devam eder:
1. Travmatik olay(lar) ile ilgili rahatsız edici anıları, düşünceleri veya duyguları önlemek veya önlemeye yönelik çabalar.
2. Travmatik olay(lar) ile yakından ilişkili olan dışsal hatırlatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, aktiviteler, nesneler, durumlar) kaçınma veya önlemeye yönelik çabalar.
D. Travmatik olay(lar) ile ilişkili olarak bilişsel ve ruh hali değişiklikleri, travmatik olay(lar)'dan sonra başlar veya kötüleşir ve aşağıdakilerden ikisi (veya daha fazlası) ile kanıtlanır:
1. Travmatik olay(lar)'ın önemli bir yönünü hatırlayamama (genellikle dissosiyatif amneziye ve başka faktörlere, örneğin kafa yaralanması, alkol veya ilaçlara bağlı olmayan) durumu.
2. Kendi, diğerleri veya dünya hakkında kalıcı ve abartılı negatif inançlar veya beklentiler (örneğin, "Ben kötüyüm", "Hiç kimseye güvenemezsin", "Dünya tamamen tehlikeli", "Tüm sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu").
3. Travmatik olay(lar)'ın nedeni veya sonuçları hakkında sürekli ve çarpıtılmış bilişler, bireyin kendisini veya başkalarını suçlamasına neden olan.

Tablo 2.1. TSSB DSM-5 TR Tanı Ölçütleri (Devamı)

4. Kalıcı negatif duygusal durum (örneğin, korku, dehşet, öfke, suçluluk veya utanç).
5. Önemli etkinliklere karşı belirgin ilgi veya katılım eksikliği.
6. Diğer insanlardan kopukluk veya uzaklaşma hissi.
7. Pozitif duyguları deneyimlemekte kalıcı bir başarısızlık (örneğin, mutluluk, memnuniyet veya sevgi hissetme yeteneğinin olmaması).
E. Travmatik olay(lar) ile ilişkili olarak uyarılma ve tepkisel değişikliklerde belirgin değişiklikler, travmatik olay(lar)'dan sonra başlar veya kötüleşir ve aşağıdakilerden ikisi (veya daha fazlası) ile kanıtlanır:
1. Az ya da hiç neden olmaksızın sinirlilik ve öfke patlamaları (genellikle sözel veya fiziksel saldırganlık şeklinde) kişilere veya nesnelere yönelik.
2. İhmalkâr veya kendine zarar verici davranışlar.
3. Aşırı tetikte olma.
4. Abartılı refleks tepkisi.
5. Konsantrasyon sorunları.
6. Uyku bozuklukları (örneğin, zor uykuya dalma veya uyku düzensizliği).
F. Bozukluğun süresi (Kriter B, C, D ve E) 1 aydan fazladır.
G. Bozukluk, sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda klinik olarak önemli sıkıntı veya işlev bozukluğuna neden olur
H. Bozukluk, bir madde (örneğin, ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
Dissosiyatif belirtilerle birlikte: Bireyin belirtileri PTSSB kriterlerini karşılar ve ayrıca stres verici etki karşısında bireyin aşağıdaki belirtilerden biri veya her ikisini sürekli veya tekrarlayan şekilde deneyimlediği belirtilir:
1. Depersonalizasyon: Zihinsel süreçlerini veya bedenini dışarıdan bir gözlemci gibi hissetme ve kopmuş gibi hissetme deneyimleri (örneğin, bir rüyadaymış gibi hissetme; kendini veya bedenini ya da zamanın yavaş aktığını hissetme).
2. Derealizasyon: Çevrenin gerçek dışı, rüya gibi, uzak veya bozuk bir şekilde deneyimlendiği sürekli veya tekrarlayan deneyimler (örneğin, dünya birey tarafından gerçek olmayan, rüya gibi, uzak veya bozuk bir şekilde algılanır).
Not: Bu alt tipten faydalanabilmek için, dissosiyatif semptomlar bir maddeye bağlı olarak (örneğin, bayılmalar, alkol alımı sırasındaki davranışlar) veya başka bir tıbbi duruma (örneğin, kompleks parsiyel nöbetler) bağlanmamalıdır.

2.7.3. Epidemiyoloji

Gelişmiş ülkelerde yapılan genel nüfus çalışmaları, insanların büyük bir bölümünün hayatlarında en az bir travmatik olaya maruz kaldığını göstermektedir (tahmini %28 ila %90 arasında). Amerika Birleşik Devletleri'nde ise herhangi bir travmatik olaya maruz kalma yaygınlığı %82,7 olarak belirlenmiştir(44). Travmaya özgü TSSB riski nedeniyle, hastalık yaygınlığı populasyon ve travma türüne bağlı olarak değişmektedir. Kuzey Amerika genel yetişkin nüfusunda, yaşam boyu TSSB

yaygınlığı %6 ila %9 arasında değişirken, bir yıllık yaygınlık %3,5 ila %5 arasındadır(45).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 5692 katılımcıdan oluşan bir örnekte, katılımcıların %82,7'si ciddi ve olası travmatik olaylara maruz kaldığını belirtmiş ve travmaya maruz kalan katılımcıların %8,3'ü yaşam boyu TSSB teşhisi almıştır. Bir toplum sağlık merkezinden gelen hastalar arasında ise, katılımcıların %65'i ciddi ve olası travmatik olaylara maruz kaldığını bildirmiş; bu katılımcıların %12'sinde ise TSSB gelişmiştir(41, 46)

17 Ağustos depremi sonrasında TSSB oranı, toplum taramaları sonuçlarına göre %20 olarak belirlenmişken, çadırlarda yaşayan bireylerde bu oran %47'ye yükselmiş ve sağaltım hizmetlerine başvuranlarda ise %63 olarak tespit edilmiştir(47). Kocaeli'de yapılan bir çalışmada üç yıllık toplam TSSB oranı %14,8,nokta yaygınlığı ise %11.7 olarak saptanmıştır(48).

Daha önce yapılan çalışmalar, TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının ülkeler arasında büyük ölçüde farklılık gösterdiğini göstermiştir(49). Ön prevalans tahminlerinin ülkelere göre geniş ölçüde farklılık göstermesi, TSSB'nin dünya çapındaki yaygınlığına ilişkin doğru bir resmin, tutarlı bir araç, örnekleme prosedürleri ve analitik yaklaşım kullanarak küresel düzeyde ülkeleri araştırmayı gerektirdiğini göstermektedir(46).

2.7.4. Etiyoloji ve Patofizyoloji

TSSB'nin kökeni, olağandışı ve travmatik bir olayla ilişkilendirilse de, nedenlerinin birden fazla faktöre bağlı olabileceği düşünülmektedir. Travma, TSSB'nin gelişiminde ana tetikleyici olarak kabul edilir, ancak aynı travmatik olay her bireyde TSSB'nin ortaya çıkmasına yol açmayabilir(50). TSSB nin gelişiminde farklı etnik, kültürel, psikolojik, fiziksel, ailesel, sosyal faktörler ve bireysel özellikler önemli bir rol oynamaktadır(51). Araştırmacılar, travmanın birey için kişisel anlamının önemine özellikle odaklanmaktadır(50). Yoğun bir travma durumunda, kişisel faktörlerin etkisi daha azdır, ancak düşük yoğunluklu bir travma durumunda bu faktörler daha önemli hale gelebilir(49). Bireyin kişisel yatkınlığını etkileyen faktörler arasında bekar, dul veya boşanmış olma durumu, düşük sosyoekonomik seviye, düşük eğitim düzeyi, çocukluk dönemine ait olumsuz yaşam deneyimleri (örneğin cinsel taciz veya kaçırılma gibi), kadın cinsiyet, yetersiz sosyal

destek, belirli kişilik özellikleri (borderline, paranoid, antisosyal veya bağımlı kişilik özellikleri taşıma, içe dönük olma, dışsal kontrol odağına aşırı bağlı olma) bulunmaktadır. Ayrıca işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri, kurtulma ile ilgili suçluluk duygusu, aşırı öfke tepkileri, genetik ve fiziksel yatkınlık, kişinin travmaya verdiği anlam, yakın zamanda yaşanan stresli olaylar, bireyin kendisinde veya ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol veya madde kötüye kullanımı da yatkınlık oluşturan diğer unsurlardır(52).

TSSB'nin patofizyolojisi; nörotransmitter ve nörohormonal işlevde meydana gelen değişiklikleri içerir. TSSB'nin olan bireylerde, stres anında kortizol seviyeleri düşük veya normaldir, ve yüksek seviyelerde kortikotropin salınım faktörü (CRF) tespit edilir. CRF, noradrenalin salınımını artırarak sempatik sistemini aktive eder. Ayrıca, gamma-aminobütirik asit (GABA) ve serotonin seviyeleri azalır(53).

2.7.5. Klinik Özellikler

TSSB nin klinik tablosu temelde 3 tanedir:

Olayın Yeniden Yaşantılanması

Travmatik olayla ilişkili olan tekrarlayan imgeleri, düşünceleri, kabusları ve fizyolojik belirtileri içeren bir durumdur. Davranışsal yeniden yaşama, farklı şekillerde ortaya çıkabilir, en özgül semptomu ise flashback olarak adlandırılan yeniden yaşama belirtisidir. Daha ciddi vakalarda, yeniden yaşama anında disosiyatif belirtiler, panik atak belirtileri olarak taşıkardi, dispne, terleme gibi belirtiler ve ajitasyon veya agresyon eşlik edebilir(54).

Kaçınma Davranışları

Travmatik olayı hatırlatan düşüncelerden, olaylardan, konuşmalardan, insanlardan, aktivitelerden ve yerlerden tamamen kaçınma durumunu ifade eder. Kişi, travmatik olayların etkisinden kaynaklanacak anksiyeteden ve olumsuz düşüncelerden korunmak için kaçınma tepkileri sergiler. Bu kaçınma tepkileri, künt duygulanım, zevk alamama ve geleceğe yönelik olumsuz düşünceler gibi diğer semptomlarla birlikte ortaya çıkabilir(16).

Aşırı uyarılma belirtileri

Hastalarda endişe, aşırı uyarılma, sinirlilik, terleme, irkilme belirtileri ve uyku bozuklukları aşırı uyarılma belirtileri olarak değerlendirilir. Hastalarda uykuya

dalma ve uyku sürecini sürdürmede zorluklar yaşanabilir. Klinik süreçte uyku bozukluklarının giderek artan bir oranda görüldüğü gözlemlenmektedir(55).

2.7.6. Ayırıcı Tanı

Travma sonrası başvuran hastaların öncelikle mevcut travmaya bağlı fiziksel etkilerin gözden kaçırılmaması gereklidir. Travma dolayısıyla oluşabilecek beyin hasarı, konsantrasyon bozukluğu veya irritabilite belirtileri TSSB nin klinik belirtilerinde de görülebileceğinden ayırıcı tanı önemlidir(56).

Önceden yapılan sınıflandırmalarda TSSB, benzer birçok psikiyatrik semptom içerdiği için anksiyete bozukluğu gibi değerlendirilmiştir. Ancak daha sonra, TSSB'nin anksiyete bozukluklarından farklı temel özelliklere sahip olduğu ve farklı bir klinik seyir sergilediği fark edilmiştir. TSSB'de, hastanın rahatsızlık duyduğu ana odak travmatik olaya ilişkin zorlayıcı düşüncelerdir; ancak anksiyete bozukluklarında daha çok gelecekte kötü şeyler olacağı korkusu hakimdir. Ayrıca, TSSB'de önemli bir semptom kümesi olan kaçınma belirtileri, anksiyete bozukluklarında bulunmaz(52).

Aynı tanı kriterlerinin bir aydan daha kısa bir süre içinde karşılanması durumunda, bireye Akut Stres Bozukluğu tanısı konulurken; bir aydan daha uzun bir süre boyunca kriterlerin karşılanması durumunda ise TSSB tanısı konulur.

Ayrıca travma sonrası dönemde kişi, elde edebileceği maddi kazanç beklentisi ile semptomlarını abartarak veya öğrenilmiş semptomları taklit ederek temaruz yapabilir. Bu süreçte kişiyi adli psikiyatri kontrollerine çağırarak takibe almak gerekebilir(52).

2.7.7. Prognoz

TSSB, travmayla karşılaşıldıktan sonra veya sonraki birkaç yıl içerisinde ortaya çıkar ve semptomlar birkaç yıl boyunca artarak devam eder. Sonrasında ise semptomlar sabit bir seviyede seyreder.

Belirtiler zaman içinde dalgalanmalara tabi olabilir ve stresli dönemlerde yoğunlaşabilir. Hastaların yaklaşık %30'u tamamen iyileşirken, %60'ının belirtileri hafif veya orta derecede devam eder. %10'luk bir kısım ise belirtilerinde değişiklik olmaksızın veya daha da kötüleşme yaşayabilir. Tedavi görenler arasında, yıllar sonra ciddi bir stresorle karşılaşıldığında belirtilerin tekrar ortaya çıkması sıkça görülen bir durumdur. Semptomlar ne kadar kronik ise, prognoz o kadar kötü olma

eğilimindedir. Kaçınma davranışı, hastanın yaşamını kısıtlar ve mesleki uygulamasını zorlaştırabilir. Duygusal kısıtlılık ve sosyal izolasyon, alkol ve diğer madde kötüye kullanımı ile intihar eğilimine yol açabilir. Bazen ikincil kazançlar da prognozu daha da kötüleştirebilir(57).

Travmatik olayın ciddiyeti, süresi ve bireyin travmaya yatkınlığı, TSSB nin gelişiminde önemli faktörlerdir. TSSB; bekar, boşanmış, dul olanlar ve ekonomik ve sosyal sorunları olan bireylerde daha kolay bir şekilde ortaya çıkabilir. Travmanın süresi uzadıkça, TSSB'nin ortaya çıkma ve kronikleşme potansiyeli de artar. İyi bir prognozun göstergeleri, belirtilerin aniden başlaması, kısa süreli olması, önceden mevcut işlevsellik düzeyinin iyi olması, sosyal desteklerin varlığı ve başka bir psikiyatrik, tıbbi veya madde kullanımı ile ilişkili bozukluğun bulunmamasıdır(58).

2.7.8. Tedavi

Diğer yaygın ruhsal bozukluklar gibi, TSSB'nin tedavisi genellikle psikolojik ve farmakolojik tedavinin kombinasyonunu gerektirir. TSSB için psikoterapi, TSSB'nin birinci basamak tedavisi olarak kabul edilir ve randomize kontrollü çalışmalarda ilaç tedavisinden daha büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu gösterilmiştir(59, 60). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapisi, TSSB semptomlarında büyük azalmalar gösteren birçok randomize kontrollü çalışmaya sahip olmuştur(59, 60).

BDT, klinik uygulamada en sık kullanılan psikoterapidir. Kanıtlanmış etkinliği nedeniyle öncelikli olarak uygulanır. Temel hedefleri, hastayı travmatik olaya karşı hiyerarşik bir şekilde duyarsızlaştırmak, maruziyet sırasında ortaya çıkan anksiyete ile baş etme becerilerini öğretmek ve hastaya kontrolün kendisinde olduğu hissini yeniden kazandırmaktır(61).

EMDR; hastanın göz hareketlerini ritmik olarak bir obje veya parmak takibiyle yaparak travmatik olaya odaklanması ve olayın beyinde yeniden işlenmesi, hatırlandığında daha az rahatsız edici bir boyut kazandırmayı amaçlar. EMDR terapisinin, birçok kontrol grubuyla yapılan çalışmalarda travma stresörlerinin tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, tedavi sonrasında daha sağlıklı bilişlerin yerleştiği ve anksiyete düzeyinde önemli azalmaların olduğu tespit edilmiştir(62).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) arasında fluoksetin, sertralin ve paroksetin ile serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar) arasında venlafaksin, TSSB semptomlarını azaltmada etkinlik göstermiş ve TSSB için birinci basamak ilaç tedavileri olarak kabul edilmiştir(63, 64). Ancak, antidepresanlar yalnız başlarına genellikle TSSB ile ilişkili uykusuzluk ve kabusları tedavi etmede etkili olmamaktadır(64). Genellikle uyku düzenini iyileştiren ek bir ilaca ihtiyaç duyulmaktadır. Prazosin, trazodon, zopiklon ve atipik antipsikotikler, TSSB ile ilişkili uykusuzluk ve kabusların tedavisinde seçeneklerdir. Prazosin (günlük 2 ila 20 mg), TSSB'ye bağlı kabustan kaynaklanan rahatsızlığı ve aşırı uyarılmayı azaltmada etkinliği birkaç çalışma ile gösterilmiş olan alfa 1-adrenerjik blokerlerden biridir(65, 66).

Daha şiddetli vakalarda uyku kalitesini artırmak için olanzapin ve iritabilite ile kaygıyı azaltmak için risperidon gibi ilaçların ek tedavi olarak kullanılması da desteklenmiştir(67). Araştırmalar, travmanın erken dönemlerinde verilen propranolol'ün de nüksü azalttığını göstermiştir(68).

2.8. Major Depresif Bozukluk

2.8.1. Tarihçe

Antik aėlardan itibaren, depresyon örneklerine ait kayıtlar bulunmaktadır. Eski aėlarda, depresyonun oluşumunda doğaüstü güçlere inanma yaygınken, Hipokrat (MÖ 460-357) depresyona sistemli bir şekilde fizyolojik mekanizmalar üzerinden yaklaşmıştır. Ruhsal bozuklukların ve hastalıkların çaėa özgü bilimsel yaklaşımla adlandırılması ve sınıflandırılması alışmaları Hipokrat ile başlamıştır. Depresyon için "melankoli" (melan=siyah, cholé=safra) terimini kullanmıştır. Melankolinin, bağırsak ve dalakta biriken kara safra miktarının aşırı olduğu ve bu toksik maddenin beyni etkilediği ifade edilmiştir. Hipokrat, melankolinin uzun süreli stresli durumlarda ortaya çıktığını belirtmiştir(69). Emil Kraepelin, ilk kez "Depresyon" ifadesini kullanarak terminolojide melankoli teriminin yerine depresyon terimini kullanmaya başlamıştır(70).

American Psychiatric Association (APA) tarafından düzenlenen DSM, tanımlamalarına 1952 yılında başlamıştır. İlk olarak kabul edilen DSM-I'de, depresyon organik ve reaktif olmak üzere ikiye ayrılmıştır. 1968 yılında kabul edilen DSM-II'de ise depresyon psikotik ve nörotik olarak sınıflandırılmıştır. Belirtilerin ve

bulguların belirli bir süre boyunca ortaya çıkması ve belirli bir şekilde bir araya gelmesi, ilk olarak 1980 yılında kabul edilen DSM-III'te dikkate alınmıştır(71, 72). DSM-V'de ise depresyon, duygudurum bozuklukları spektrumundan ayrılarak ayrı bir başlık altında değerlendirilmiştir.

2.8.2. Epidemiyoloji

Depresyon, sık görülen bir hastalıktır ve yaşam kalitesini düşüren, kronikleşme ve intihar gibi ciddi sonuçları olan bir durumdur. Ergenlerde yaşam boyu görülme sıklığı %6,2 iken yetişkinlerde %19'dur. Dünya genelinde en yaygın görülen hastalıklardan biri olan depresyon, iş gücü kaybına ve maddi kayıplara neden olan bir hastalıktır(73, 74).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından gerçekleştirilen kapsamlı bir çalışmada, 18 ülkenin verileri incelenerek yıllık depresyon yaygınlığı araştırılmıştır. Sonuçlara göre, yüksek gelirli ülkelerde depresyon yaygınlığı %5,5 iken düşük gelirli ülkelerde %5,9 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, depresyonun yaşam boyu yaygınlığı yüksek gelirli ülkelerde %14,6 iken düşük gelirli ülkelerde %11,1 olarak tespit edilmiştir(75).

Depresyon, kadınlarda %5,1, erkeklerde ise %3,6 oranında yaygındır ve yaşam boyu hastalanma riski kadınlarda %20-26, erkeklerde ise %8-12 olarak belirlenmiştir(76).

Global hastalık yükü, 1990 ile 2019 yılları arasında incelendiğinde, depresyonun 10-24 yaş grubunda 8. sıradan 4. sıraya, 24-49 yaş grubunda 8. sıradan 6. sıraya ve 50-74 yaş grubunda 19. sıradan 14. sıraya yükseldiği görülmektedir(77).

2.8.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji

Depresyonun biyolojik nedenleri, noradrenerjik, serotonerjik, glutamaterjik sistemler, nöropeptidler, hipotalamo-hipofizer tiroid aksı, nöroplastisite, nörogenesis ve nörotrofik faktörler, genetik yatkınlık, hücre içi bozukluklar ve nöroanatomik bağlantılardaki değişiklikler gibi faktörlerle özetlenebilir(78). Katekolaminlerin azalması veya inaktive olması en çok üzerinde durulan görüşlerden biridir. Ancak bu görüş, depresyonun etyopatogenezini tam olarak açıklayamaz çünkü serotonin, dopamin ve noradrenalin gibi kimyasalların yerine konulması, hastalığın remisyona girmesini garantilemez. Bazı çalışmalar, postsinaptik reseptör düzeyinde patolojik bir durumun olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, kortizol düzeyindeki artışın ve

sürrenal bezdeki hipertrofinin hormonal bir etkenin etyopatogeneizde rol oynayabileceğini düşündürmektedir(79).

Soy geçmişinde duygudurum bozukluğu olan bireylerde, depresyon geçirme riski 2 ila 4 kat daha fazladır. Aile öyküsü olan kişilerde depresyonun başlangıcı daha erken olur, depresyon dönemleri daha sık görülür(80). Depresyonun kalıtsallık oranı genellikle %37-38 arasındadır. Yineleyici depresyon veya erken başlangıçlı depresyon durumlarında bu oran daha yüksek olabilir(81). İkizlerden birinde depresyon varlığı durumunda, diğer ikizin depresif atak geçirme olasılığı monozigot ikizlerde %65 iken dizigot ikizlerde %14 olarak belirlenmiştir(82).

Boşanmış ve dul kişiler arasında depresyon en yüksek oranda görülürken, evli kişiler arasında ise bu oran daha düşüktür(83, 84). Düşük sosyoekonomik durum ile depresyon ilişkilidir(85). Yoksul kesimde depresyon, diğer kesimlere göre 2 kat daha fazla görülür(80). Şehir yaşamının stresi ve yaşamı tehdit eden riskleri nedeniyle depresyon, kırsal bölgelere kıyasla kentlerde daha fazla görülür(86).

Bilişsel kurama göre, depresyon bilişsel üçlü, temel inançlar ve bilişsel hatalar kavramlarıyla açıklanır. Biliş, duygu ve davranışları belirleyen bir süreçtir. Bilişsel üçlü, kişinin kendisi, geleceği ve çevresiyle ilgili olumsuz tutumları ifade eder. Depresyon durumunda kişi kendisini yetersiz veya kusurlu olarak algılar, çevresinin kendisine yardım etmediğine ve yaşamın zorluklarla dolu olduğuna inanır, gelecek hakkında umutsuz hisseder. Bilişsel hatalar, gerçeği çarpıtarak yorumlama şeklinde ortaya çıkar ve kişiye ikna edici gelebilir(87).

2.8.4. Klinik Seyir

Depresyonun klinik belirtileri arasında çökkün duygudurum, zevk alamama, ilgide azalma, bunaltı, düşünce sürecinde yavaşlama, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, umutsuzluk, kararsızlık, kişinin kendi bedensel sağlığıyla ilgili endişeler, intihar düşünceleri ve/veya girişimleri, bellek sorunları, algıda bozulma ve dikkat problemleri gibi bilişsel bozukluklar bulunabilir. Ayrıca, bedensel belirtiler genellikle ruhsal şikayetlere eşlik eder; iştahta azalma veya artış, enerji düşüklüğü, cinsel istekte azalma, uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi durumlar ortaya çıkabilir. Psikomotor retardasyon veya ajitasyon gibi davranışsal belirtiler de gözlenebilir(88). Depresif Bozukluk hastalarının yaklaşık %15'i intihar girişiminde bulunur, bu da depresyonun yaşam kalitesini ne ölçüde olumsuz etkilediğinin bir kanıtıdır(89).

2.8.5. Tanı

Tablo 2.2. DSM 5 TR’ye göre Major Depresif Bozukluk tanı ölçütleri

DSM 5 TR’ye göre Major Depresif Bozukluk tanı ölçütleri
A. İki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi-istek ya da zevk almada azalmadır.
Not= Açıkça başka bir tıbbi duruma bağlı belirtileri dahil etmeyin.
1. Kişinin öznel olarak bildirdiği (ör; üzüntülü ve boşlukta hissediyor ya da umutsuzdur) veya başkalarının gözlenen; günün çoğunda ve hemen her gün olan depresif duygudurumun bulunması (Not= Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum olabilir.)
2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgi de belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir.)
3. Diyet yapmıyorken çok kilo verme veya kilo alma (ör; bir ay içerisinde beden ağırlığının %5’inden daha fazla değişiklik) ya da neredeyse her gün iştahta azalma ya da artma (Not= Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama dikkate alınmalıdır.)
4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da fazla uyuma
5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (başkalarının gözlemlenebilir; yalnızca öznel olarak hissedilen yerinde duramama ya da yavaşlama duygusu değildir.)
6. Neredeyse her gün yorgunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün, değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallı olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değildir)
8. Neredeyse her gün düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarının gözlenen)
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özgül plan yapmaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürmek üzere özgül plan yapma
B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz
Not= A’dan C’ye kadar olan tanı ölçütleri bir major depresif dönemi temsil eder.
Not= Önemli kayıp (Ör; yas, iflas, doğal afet sonrası kayıplar, önemli bir hastalık ya da engellilik) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen yoğun bir üzüntü duygusu, kayıpla ilgili ruminasyonlar, uykusuzluk, iştahta azalma ve kilo kaybı gibi depresif dönemi andırabilen belirtiler olabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılır ya da yaşanan kayba uygun bulunabilirse de önemli kayıp sonrasında ortaya çıkan normal tepkilere ek olarak bir major depresif dönemin de olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu karar kişiden alınan öykü ve kayıp ile ilgili ifade edilen acının kültürel ölçütleri klinik olarak değerlendirilerek verilir.
D. Major depresif dönem şizofreni bozukluk (şizofreninin üzerine eklenmiş major depresif dönemi olmamalı), şizofreni, şizofreni form bozukluk, sanrısallı bozukluk ya da şizofreni spektrum bozuklukları kapsamında diğer belirlenmiş ya da belirlenmemiş bozukluklar veya diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E. Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik dönem olmamıştır.
Not= Mani ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz

2.8.6. Komorbidite

Majör depresyonu olan bireylerin yarısında anksiyete bozukluklarıyla birliktelik saptanmaktadır(90). Özellikle TSSB, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve sosyal fobi depresyonla birliktelik gösterir(91). Panik bozukluk ve madde kötüye kullanımı gibi durumlarda depresif bozukluk ile birlikte görülen diğer psikiyatrik tanılardır. Ayrıca, kişilik bozuklukları da depresyonla sıklıkla birlikte ortaya çıkar ve bu birliktelik hastalığın seyrini olumsuz yönde etkiler(92). Depresyon ile kardiyovasküler bozukluklar, solunum sistemi hastalıkları, diyabet, HIV, irritabl bağırsak sendromu ve inme gibi fiziksel durumlar arasında da birliktelik tespit edilmiştir(93-95).

2.8.7. Prognoz

Depresyonda kötü prognoz ile ilişkilendirilen bir dizi risk faktörü belirlenmiştir, bunlar arasında eşlik eden hastalıklar (özellikle anksiyete ve kişilik bozuklukları), intihar riski, epizodun şiddeti, hastaneye yatış sayısı, epizodun tekrarlama sıklığı, erken başlangıç, melankolik özellikler ve ilk tedaviye yanıt vermeme sayılabilir(96). Bir meta-analiz, çocuklukta kötü muamele geçmişinin tekrarlayan ve kronik depresif epizodların gelişme riskini artırdığını ve tedavi sırasında yanıt yetersizliği ile ilişkili olduğunu bulmuştur(97). Boşanma veya dul olma, hastaneye yatış öyküsü, psikotik belirtiler, yetersiz ve kısa süreli tedavi, aktif stresörlerin varlığı gibi durumlar hastalığın kötü seyretmesine işaret eder. Tedavi edilmemiş depresif bozukluğu olan hastaların %40'ı genellikle bir yıl içinde iyileşirken, %40'ında işlevsel bir düzelme olmaz ve %20'si distimik bozukluğa ilerler(98). Depresif bozukluk ile takip edilen hastaların yaklaşık olarak %15'i intihar girişiminde bulunur(89).

2.8.8. Tedavi

Çok sayıda klinik çalışma, majör depresif bozuklukta en etkili tedavinin psikoterapi ve farmakoterapi kombinasyonu olduğunu göstermiştir. Bilişsel terapi, psikanalitik odaklı psikoterapiler, kişilerarası ve davranışçı terapi gibi yöntemlerin etkinliğini araştıran birçok çalışma bulunmaktadır(99).

Son yıllarda, SSRI'lar ve SNRI'lar, tedavide ilk tercih edilen ilaçlar haline gelmiştir. Tedaviye ek olarak, duygudurum düzenleyiciler ve antipsikotiklerden de faydalanılmaktadır(100).

Tedavi bireysel bazda belirlenir, çünkü ilaç veya terapi seçimi sadece hastaların belirtilerini ortadan kaldırmakla sınırlı değildir, aynı zamanda hastanın psikososyal sorunlarını, komorbiditelerini ve öyküsünü de dikkate alan daha geniş bir bağlama dayanır(101).

2.9. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

2.9.1. Tanım ve Tarihçe

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sürekli devam eden korku, sıkıntı ve endişeyle karakterize, belirli bir nesne veya düşünceye bağlı olmayan, ruhsal ve fiziksel belirtilere yol açan bir kaygı durumudur. Bu durum, sağlıklı bireylerde de görülebilen bir durum olmasına rağmen YAB da daha yoğun ve uzun süreli olarak yaşanmaktadır(102).

Kraepelin, 1896 yılında tüm ruhsal hastalıkları sınıflandırmış ve Anksiyete bozukluğunu "Psikojenik Nevroz" olarak tanımlamıştır. Sonraları Freud, ataklarla giden ruhsal ve fiziksel bileşenleri olan "Anksiyete Nevrozu" olarak tanımlamıştır (103).

YAB tanımı psikoanalitik kuramın etkisi altında yapılmıştır(103). DSM-III'de Yaygın Anksiyete Bozukluğu terimi ilk kez kullanılmıştır(104). DSM-V'te, DSM-IV'de aynı kategori altında bulunan TSSB, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Anksiyete Bozuklukları ayrı bir şekilde sınıflandırılmış ve her biri kendi spektrum başlığı altında yer almıştır(105).

2.9.2. Tanı

Tablo 2.3. DSM-5-TR'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğunun tanı kriterleri

DSM-5-TR'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğunun tanı kriterleri;
A- En az 6 ay süren ve zamanın çoğu gününde yaşanan, bir dizi etkinlik veya etkinlikler (iş veya okul performansı gibi) ile alakalı olarak, aşırı düzeyde kaygı ve endişe (endişeli beklenti) vardır.
B- Birey, endişesini kontrol etmekte zorlanır.
C- Bu kaygı ve endişe, 6 semptomdan en az üç tanesi (veya daha fazlası) ile ilişkilidir. (En azından birtakım semptomlar son altı ayda çoğu günde yaşanmaktadır).
Not: Çocuklarda yalnız tek semptom bulunması yeterlidir.
1) Sakinleşememe (huzursuzluk), gergin veya sürekli diken üstündeymiş gibi hissetme
2) Çabuk yorulma
3) Konsantrasyon zorluğu ya da zihnin boşalması
4) Çabuk kızma
5) Kaslarda gerginlik
6) Uyku düzensizliği (dalma veya devam ettirmekte zorlanma veya dinlendirmeyen, yeterli olmayan uyku uyuma)
D- Kaygı, endişe veya vücutsal semptomlar, mesleki, sosyal ya da başka önemli işlevsellik bölümlerinde klinik açıdan ciddi bir sıkıntı ya da bozulmaya sebep olur.
E- Bu rahatsızlık, bir maddenin (örneğin: tedavi için kullanılan ilaç, kötüye kullanılan ilaç) ya da başka bir tıbbi durumun (örneğin: Hipertiroidi) fizyolojik etkilerine bağlanamaz. Yalnız bir duygudurum bozukluğu, bir psikotik bozukluk veya bir yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.
F- Bu bozukluk bir başka ruhsal rahatsızlıkla daha iyi açıklanamaz (ör. panik bozuklukta panik atağı yaşayacağına dair kuruntu ya da endişe, toplumsal kaygı bozukluğunda negatif değerlendirmeler, obsesif kompulsif bozuklukta bulaş obsesyonu, ayrılık kaygısı bozukluğunda bağlanılmış olunan bireylerden ayrılık durumu, travma sonrası stres bozukluğunda travmaya neden olan olayın hatırlatıcıları, anoreksiya nevroza hastalığında kilo artışı olması, bedensel belirti bozukluğunda bedenle ilgili şikayetler, vücut dismorfik bozukluğunda algılanmış olan görünüş kusurları, hastalık kaygısında ciddi bir hastalığı olma veya şizofreni veya sanrılı bozuklukta görülen düşüncelerin içeriği).

2.9.3. Epidemiyoloji

Hastaneye başvuran hastalarda en yaygın görülen anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğudur(106). Amerika ve Almanya'da birlikte yürütülen bir çalışmada, YAB'nin yaşam boyu yaygınlığının %5.1 olduğu tespit edilmiştir(107). DSÖ'ye göre, psikolojik sorunlar nedeniyle hastaneye başvuranların %25'i ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranların %8'i yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almaktadır(108). YAB aynı zamanda kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir ve yaşam boyu yaygınlıkları sırasıyla %6.6 ve %3.6 olarak

belirlenmiştir. İşsizler, boşanmışlar, ayrı yaşayanlar, dul olanlar ve 24 yaşından büyük kişilerde hastalığın ortaya çıkma olasılığı artmıştır(107). YAB ortalama olarak 32 yaşında teşhis edilmektedir(109).

2.9.4. Etiyoloji ve Patofizyoloji

Yapılan araştırmalar, YAB'nin ailesel ve genetik temellere sahip olabileceğini destekleyen kanıtlar ortaya koymuştur. Bir çalışmada, YAB hastalarının birinci derece yakınlarında, kontrol grubuna kıyasla beş kat daha yüksek bir sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir(110). Genetik faktörlerin YAB üzerinde orta düzeyde etkisi olduğuna dair kanıtlar bulunmasına rağmen, yapılan çalışmalar çevresel faktörlerin daha etkili olduğunu göstermektedir(111).

Psikoanalitik kurama göre, birey stres faktörleriyle başa çıkmak için savunma mekanizmalarını kullanır. Eğer başarılı bir şekilde başa çıkılırsa, kaygı azalır ve normal hayata devam edilir. Ancak, başa çıkma başarısız olursa, içsel bir karmaşa ortaya çıkar ve bunun sonucunda anksiyete ve buna bağlı semptomlar ortaya çıkar(112). Bilişsel modelde, kaygının patolojik boyutlara ulaşmasının temel nedeni olarak felaketleştirme düşüncesinin önemli olduğu iddia edilir(113).

Hayvanlar üzerinde yapılan çeşitli araştırmalar, amigdalada GABAerjik sinir iletiminin anksiyeteyeyle ilişkili davranışların kontrolünde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Örneğin, amigdalaya GABA veya GABA reseptör agonistlerinin verilmesi, farklı hayvan türlerinde korku ve kaygı düzeylerini azaltmaktadır, ancak GABA antagonistlerinin verilmesi ise anksiyojenik etkilere yol açma eğilimindedir(114).

Akut stres tepkisi, hipotalamusta noradrenalin artışına ve kortikotropin salgılatıcı hormon salınımının artmasına neden olur. Bu durum, akut stres sırasında noradrenalin sisteminin aktive olmasına ve endokrin, kardiyovasküler ve solunum sistemlerinde glukokortikoid ve adrenalin salınımına yol açar. Bu otonomik ve nöroendokrin tepkilerin aniden yükselmesi, insanlarda panik atak gibi şiddetli anksiyete yaşanmasına neden olabilir. Bu tepkiler olumsuz bir deneyimle ilişkilendirildiğinde akut stres ve kaygı ortaya çıkabilir ve sonuç olarak kaçınma davranışı gelişebilir(115).

2.9.5. Klinik

Bu hastalığa sahip olan bireylerde başlangıçta genellikle "hastalanırsam, işimi kaybedersem, kaza olursa" gibi endişeler ve tehditler yer almaktadır. Hastalar, bu tehditleri çözmeye çalışarak sürekli düşünceler üretmeye başlarlar. Sorunu çözmek için bilişsel fonksiyonlar ve dikkat süreçleri bu tehditlere odaklanır ve zamanla dikkat kaynakları tükenir. Bu durum eş zamanlı olarak gerçekleştirilen görevlerde konsantrasyon güçlüğü, dikkatin toparlanamaması, yorgunluk ve yürütücü işlevlerde bozulma gibi belirtilere yol açabilir(116). Bu belirtiler ortaya çıktıktan sonra, hastalar artık sorunu çözemeyeceklerini, kontrolü kaybedeceklerini ve hatta delirebileceklerini düşünerek negatif düşünceler üretmeye devam ederler. Bu durumda, limbik sistem yapılarından olan amigdalada uyarılma meydana gelir, bu da korku hissiyle sonuçlanır. Ayrıca, hipotalamusun uyarılması nedeniyle sempatik aktivite artar ve terleme, titreme, gerilim, çarpıntı, ağız kuruluğu, sıcak veya soğuk basması, nefes darlığı, yutma zorluğu, bulantı, uyku bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıkar. Hipokampusun uyarılmasıyla ise bellek bozuklukları gelişebilir(117). YAB olan bireylerde genellikle fiziksel semptomlar daha belirgin olduğundan, bu kişilerin psikiyatri dışı hekimlere başvurma oranı, psikiyatlara başvurma oranından iki kat daha yüksektir(118).

2.9.6. Ayırıcı Tanı

YAB belirtileri, psikiyatrik hastalıklar, tıbbi durumlar ve ilaçların yan etkileri gibi birçok durumda ortaya çıkabilir. Bu nedenle, hastalar yardım almak için psikiyatri polikliniğine başvurmak yerine diğer tıp branşlarına yönelme eğiliminde olabilirler. Bu nedenle, YAB'nin tıbbi durumlara bağlı ortaya çıkan anksiyeteden ayrıştırılması önemlidir(119).

YAB ın aksine Sosyal Anksiyete Bozukluğu, genellikle sosyal ortamlarda ortaya çıkan kaygı ile karakterize edilir. Bu durumda insanlar, küçük görülme veya yaptıkları bir hareketin yanlış yorumlanması gibi korkularla karşı karşıya kalabilir ve bu korkular kişinin işlevselliğini etkileyebilir. Panik Bozukluk ise kaygı ataklarıyla ilişkilidir, ancak ataklar genellikle tüm gün sürmez. Atakların dışında, yeni bir atak yaşama korkusu da eşlik edebilir. Fobik Bozukluk ise kaygı, belirli bir olaya veya nesneye karşı yoğunlaşır(120). Depresyonda, genellikle anksiyete eşlik eder, ancak depresif duygudurum klinik açıdan daha belirgindir. İntihar düşünceleri ve zevk

alamama ön plandadır. Alkol ve madde kullanımıyla ilişkili anksiyete genellikle madde intoksikasyonu veya yoksunluğu sırasında ortaya çıkar. Madde kullanımına dair laboratuvar bulguları da görülebilir. Anksiyetenin tıbbi nedenlere bağlı olmadığından emin olmak için organik patolojiler dikkate alınmalıdır(121).

2.9.7. Komorbidite

YAB en sık olarak depresyonla beraberdir(122). YAB olan hastaların yaklaşık %60'ında majör depresyon, %28.9'unda sosyal fobi, %21.5'inde panik bozukluk, %10'unda ise obsesif-kompulsif bozukluk tanısı bulunmaktadır. YAB hastalarının %90'ında, ikincil bir anksiyete bozukluğu olan sosyal anksiyete bozukluğu veya panik bozukluğu gibi hastalıkların da eşlik ettiği düşünülmektedir(123).

2.9.8. Prognoz

Bir yılın sonunda YAB hastalarının %15'inde tam iyileşme gözlenirken, iki yıllık izlem sonucunda bu oran %25'e yükselmiş ve 5 yıllık izlem sonucunda ise %38'e çıkmıştır. YAB hastalarında tedaviye yanıt almak ve tam remisyon elde etmek için uzun bir sürenin gerekebileceği unutulmamalıdır(124). Başka bir araştırmada, YAB hastalarının %50'den fazlasında 5 yıllık bir izlem sürecinde klinik belirtilerin hala devam ettiği ve işlevselliklerinin bozulduğu görülmüştür(125). 3. Dekattan sonra YAB tanısı alan bireylerde, hastalık genellikle ikincil bir patolojiye bağlı olarak gelişir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte, kaygının yerini bedensel şikayetlerin aldığı gözlemlenmiştir(126).

Yaygın anksiyete bozukluğuyla birlikte Eksen-II özelliklerinin bulunması, hastalığın uzun süreli seyretmesi, ek bir psikiyatrik tanının olması, işsizlik, boşanmış olma ve zayıf bir sosyal çevrenin varlığı, kötü bir seyir gösterme olasılığını artırır(127).

2.9.9. Tedavi

YAB olan hastalarda, birinci basamak tedavi olarak SSRI'lar ve SNRI'lar kullanılır. İkinci basamak tedavide ise buspiron, benzodiazepinler, ikinci kuşak antipsikotikler ve pregabalin gibi ilaçlar tercih edilebilir. İkinci basamak tedavi seçimi, eşlik eden komorbid klinik duruma göre planlanır. Benzodiazepinlerin kullanımında hastalığın süresi, bağımlılık potansiyeli, kötüye kullanım riski ve olası yoksunluk belirtileri göz önünde bulundurulmalıdır. Bir SSRI veya SNRI kullanan

YAB hastalarında remisyon süreci daha uzun olabilir, bu nedenle tedavi süresi genellikle en az 8 ay olarak belirlenmelidir(125, 128).

YAB olan hastalarda farmakolojik tedavilerin yanı sıra dinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi ve bilişsel-davranışçı terapi gibi çeşitli psikoterapi yöntemleri de uygulanabilir. Dinamik psikoterapide, çözülmemiş çatışmaların neden olduğu işlev bozuklukları ve ilişki sorunları üzerinde çalışılır. Destekleyici psikoterapide ise kaygı belirtilerine yol açan çevresel faktörlerin azaltılması hedeflenir. BDT ise kişinin duygu, düşünce ve davranışları arasındaki ilişkileri fark etmesini amaçlar. Böylelikle kişi, anksiyete oluşturan olumsuz otomatik düşüncelerini ve bu düşüncelerin yol açtığı davranışları fark eder. Bilişsel yeniden yapılandırma sayesinde kişi, endişelerini ve düşüncelerini daha gerçekçi bir şekilde görmeyi başarır(129).

2.10. Üst Biliş

Üst biliş kavramı, bilişsel süreçleri kontrol eden, değerlendiren ve düzenleyen üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Üstbiliş kişinin kendi zihnindeki işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir sistemdir(8, 9). Wells ve Matthews'in (1994) Kendini Düzenleyici Yönetici İşlevler Teorisi (The Self-Regulatory Executive Function: S-REF), psikolojik bozuklukların ortaya çıkışında ve devamında farklı üstbilişsel faktörlerin etkili olabileceğini iddia etmektedir(130). Psikolojik bozukluklarda, ruminasyon, düşünceleri bastırma çabaları, ve kaçınma gibi başa çıkma yöntemleri sıkça kullanılmaktadır ve bu işlevsiz üstbilişsel yöntemlerin kişi tarafından fark edilmesi zor olabilmektedir. Bu teori, depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve TSSB gibi bozuklukların gelişimiyle ilgili oluşturulan güncel modelleri etkileyerek, bu bozuklukların tedavi protokollerinde önemli bir rol oynamıştır(131). Wells'in (2000) geliştirdiği üstbiliş modeli, duygudurum ve anksiyete bozukluklarıyla ilgili olarak bilişsel süreçler ve duygular üzerine odaklanmıştır(8). Travma deneyimleriyle ilişkili olarak, kişinin kendisine, dünyaya ve diğer insanlara yönelik işlevsel olmayan inançlara sahip olması, travma sonrası sürecin seyrini olumsuz etkiler(10). Anormal ve aşırı düşünme, ruminasyon ve üzüntü travma sonrası başa çıkma stratejilerini olumsuz etkilemektedir. Adaptif olmayan üstbilişlerin, travma hastalarında stres tepkilerini

artırdığı tespit edilmiştir(132). Algılanan stres, anksiyete, depresyon ve üstbiliş ile ilişkili faktörler arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur(133). Sonuç olarak, anormal üstbilişsel faaliyetler duyguların normal şekilde işlenmesini engelleyerek klinik belirtilerin daha yoğun algılanmasına neden olmaktadır. Bu anlamda TSSB hastalarında patolojik üstbilişlerin hastalık semptomlarıyla ilişkisini inceleyen bir çalışmada anlamlı sonuçlar elde edilmiştir(134).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, depremzedelerin incelendiği ve 401 katılımcının yer aldığı bir çalışmadır. Bu katılımcılar 18 yaşından büyük olup, 06 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremi yaşamış gönüllü kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan kişilere çalışmanın içeriği hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Veri toplama sürecinde Sosyo-Demografik Veri Formu, Beck-Depresyon, Beck-Anksiyete, Üst Biliş-30, DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği kullanılmıştır.

3.1. Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. 2023 Kahramanmaraş Merkezli depremlere maruz kalanlar
2. 18 yaşından büyük olanlar
3. Sözel iletişimde zorluk yaşamayan bireyler
4. Araştırmaya katılmayı kabul edenler
5. Zeka geriliği ve demans tanısı olmayanlar

3.2. Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

1. 2023 Kahramanmaraş Merkezli depremleri yaşamamış kişiler
2. 18 yaşından küçük olanlar
3. Sözel iletişimde zorluk yaşayanlar
4. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler
5. Zeka geriliği ve demans tanısı olanlar

3.3. Uygulama

Araştırma, çoğunluğu Gaziantep de yaşayan bireyler olmak üzere Osmaniye, Hatay, Kahramanmaraş, Şanlıurfa, Adana, Adıyaman ve Malatya'dan toplamda 401 katılımcıdan oluşmaktadır. Bu katılımcılar 18 yaşından büyük olup, 06 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremi yaşamış gönüllü kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan kişilere çalışmanın içeriği hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Veri toplama sürecinde Sosyo-Demografik Veri Formu, Beck-Depresyon, Beck-Anksiyete, Üst Biliş-30, DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların bir kısmına psikososyal destek birimlerinde, bir kısmına da ev ve iş ziyaretleri

düzenlenerek gerekli ölçekler yüz yüze doldurulmuştur. Okur-yazar olmayan katılımcıların ölçekleri araştırmacılar tarafından yardımcı olunarak doldurulmuştur.

3.4. Kullanılan Ölçek ve Formlar

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların demografik bilgilerini kapsayan veri formu, çalışmayı yürütenler tarafından amaca uygun sorular geliştirilerek oluşturulmuştur. Bu form, birkaç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, yaş, cinsiyet, medeni durum gibi demografik verilerin yanı sıra, ek hastalıkların varlığı ve daha önceki psikiyatrik öykü gibi diğer verileri de içermektedir. Diğer iki bölüm ise depresyonla ilgili değişkenleri ele almaktadır. "Depresyon Anı" başlığı altında, katılımcıların depresyon anında nerede oldukları, göçük altında kalıp kalmadıkları gibi sorular yer almaktadır. "Depresyon Sonrası" başlığı altında ise, katılımcıların depresyon sonrasında nerede kaldıkları, psikososyal desteklerden faydalanıp faydalanmadıkları, maddi kayıp yaşayıp yaşamadıkları gibi konuları kapsayan sorular bulunmaktadır.

3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği), 1961 yılında Beck ve ekibi tarafından, depresyonun davranışsal belirtilerini değerlendirmek amacıyla adolesan ve erişkinler için geliştirilmiştir(135). 1978 yılında, ölçeğin tamamı gözden geçirilmiş ve şiddeti tanımlayan tekrarlamalar çıkarılarak, hastaların güncel durumlarını yansıtan bir biçimde son bir haftalık dönemdeki durumlarını işaretlemeleri istenmiştir(136). Uyarlaması Hisli tarafından yapılmıştır(137). Ölçek, 21 farklı belirti kategorisinden oluşmaktadır. Bu belirtiler bedensel, ruhsal ve bilişsel açıdan kategorize edilmiştir. Genellikle, ölçeğin kesme puanı 17 olarak kabul edilir ve en yüksek skor 63'tür. Puanın yükselmesi, hastalığın şiddeti hakkında bilgi sağlar(138).

3.4.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bireyin deneyimlediği anksiyete belirtilerini ve şiddetini ölçmek amacıyla, Beck ve ekibi tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir(139). Bu ölçek, anksiyete belirtilerinin düzey ve şiddetini değerlendirmek için kullanılan 21 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0-3 arasında bir puan alır ve toplam puan 0-63 arasında değerlendirilir. Testin toplam puanları şu şekilde yorumlanır: 0-7 arası puanlar minimal anksiyete, 8-15 arası puanlar hafif anksiyete, 16-25 arası puanlar orta düzeyde anksiyete ve 26-63 arası puanlar şiddetli anksiyete düzeyini

gösterir(140, 141). Türkçe uyarlaması için, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve ekibi tarafından yapılmıştır(142).

3.4.4 Üst Biliş Ölçeği-30

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından oluşturulan 60 maddelik ölçeğin asıl adı "Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)" olarak bilinir. Daha sonra ise Wells ve Cartwright-Hatton (2004), bu ölçeğin kısa formu olarak 30 maddelik "Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)" olarak adlandırılan bir versiyonunu geliştirmişlerdir(143). ÜBÖ-30, psikopatolojilerle ilişkilendirilen üstbilişsel modellere dayanarak tasarlanmış ve bu nedenle psikopatolojilerdeki üstbilişleri değerlendirmek için uygun bir ölçektir. Geçerlik ve güvenirlik çalışması ülkemizde de yapılmıştır(144).

Her maddesi 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası kullanılarak, "[1] kesinlikle katılmıyorum" ile "[4] kesinlikle katılıyorum" arasında değerlendirilen ÜBÖ-30 da, alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi, patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder(134). ÜBÖ-30, beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; olumlu inançlar (1,7,10,20,23,28. maddeler), kontrol edilemezlik ve tehlike algısı (6, 13, 15, 21, 25, 27.maddeler), bilişsel güven (8, 14, 18, 24, 26 ve 29. maddeler), düşünceleri kontrol etme ihtiyacı (2, 4, 9, 11, 16, 22.maddeler) ve bilişsel farkındalık (3, 5, 12, 17, 19 ve 30.maddeler). ÜBÖ-30, bu beş faktör aracılığıyla üç temel özelliği değerlendirir: olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar, düşünceleri izleme ve bilişsel güvene yönelik kararlar(134).

3.4.5 Travmatik Yaşantılar Ölçeği

Bu ölçek, bireylerin yaşadıkları travmaları tespit etmek ve bu travmalardan ne kadar etkilendiklerini öğrenmek amacıyla geliştirilmiştir. Farklı travma türlerini içeren 29 sorudan oluşmaktadır(145). Nijenhuis ve ekibi tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir(145). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, ölçeğin 2000 yılında Şar tarafından yapılmıştır(146). Ölçek, kişinin başından geçen travmatik olayları, olayların yaşandığı yaşları ve olayların kişiyi ruhsal açıdan ne kadar etkilediğini sorgulamaktadır. Ölçekte, kişi olayı yaşamışsa 1 puan, yaşamamışsa 0 puan verilmektedir. Total skoru, muhtemel travmatik yaşantıların sayısını gösterir (aralık 0-29). Ayrıca, her travma türü için (duygusal ihmal, duygusal istismar, bedensel

istismar, cinsel taciz, cinsel istismar) detaylı bileşik puanlar da hesaplanabilmektedir(147).

3.4.6. DSM 5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi-

PCL-5

DSM-III-R'ye göre 17 maddeden oluşan PCL, klinik alanda TSSB belirtilerini ölçmek için yaygın olarak kullanılmıştır. Ancak DSM-5'e uygun olarak, Weathers ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan son adaptasyonla ölçeğin maddeleri TSSB semptomlarıyla uyumlu şekilde 20 maddeye çıkarılmıştır. Bu öz-bildirime dayalı ölçek, bireylerin son 1 aydaki semptomlarını değerlendirmektedir. Cevaplar için 0 (hiç yok) ile 4 (aşırı miktarda var) arasında uzanan 5'li Likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Ölçek sonuçları iki farklı şekilde yorumlanabilir. Birinci yöntemde, belirtilerin her maddedeki puanları toplanarak toplam belirti puanı hesaplanır ve belirtilerin düzeyi hakkında bilgi verir. Bu durumda, 33 puanın kesme noktası olarak kullanılması önerilmektedir. Ancak ölçeğin kullanılma amacına bağlı olarak bu değer değişebilir(148). PCL-5 in ikinci kullanım şekli, DSM-5'e göre tanı koymak için belirli koşulların sağlanmasını içerir. DSM-5'in B maddesine göre, 1-5 arasındaki sorulardan en az biri 2 ve üstü olmalıdır; C maddesi için 6-7 maddelerinden en az biri aynı şekilde olmalıdır. D maddesi için 8-14 arası sorulardan en az 2 tanesi ve E maddesi için 15-20 arası sorulardan en az 2 tanesi 2 ve üstünde bir değer almalıdır. Eğer tüm bu koşullar sağlanıyorsa, kişinin TSSB tanı kriterlerini sağladığı sonucuna varılabilir. Ülkemizde PCL'nin uyarılama çalışmasını Boysan ve arkadaşları (2017) yapmıştır(149).

3.4.7 İstatistiksel Yöntem

Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılmayan değişkenlerin iki grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç grupta karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Dunn testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ile test edilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman rank korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Analizlerde SPSS 22,0 Windows versiyon paket programı kullanılmıştır. $P < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

3.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Bu araştırma, 401 depremzededen oluşan bir katılımcı grubuyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların 231'i (%57,6) kadın ve 170'ü (%42,4) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $36,25 \pm 11,83$ 'dür (minimum=18, maksimum=75, ortanca=32).

Tablo 4.1. Depremzedelerin Demografik Özellikleri (n = 401)

		n	%
Cinsiyeti	Kadın	231	57,6
	Erkek	170	42,4
Medeni Durum	Bekar	125	31,2
	Evli	263	65,6
	Dul	9	2,2
	Boşanmış	4	1,0
Eğitim Durumu	Lise ve altı	65	16,2
	Üniversite	336	83,8
Ekonomik Durum	Düşük	52	13,0
	Orta	303	75,6
	Yüksek	46	11,5
Mesleki Durum	Çalışıyor	311	77,5
	Çalışmıyor	90	22,5
Yaşadığı Yer	İl	327	81,5
	İlçe	63	15,7
	Köy	11	2,7

2023 Kahramanmaraş merkezli depremi yaşayan depremzedelerin demografik özelliklerini içeren bilgiler Tablo 4.1'de sunulmuştur. Katılımcıların çoğunluğu (%65.6, n=263) evlidir. Katılımcıların yaşadığı yerlere bakıldığında; Gaziantep (n=191), Osmaniye (n=60), Adana (n=48), Kahramanmaraş (n=52), Hatay (n=32), Adıyaman (n=7), Malatya (n=4), Şanlıurfa (n=4), Elazığ (n=3) olduğu görülmüştür. Katılımcıların yine yaşadığı yerlere bakıldığında il (%81.5, n=327), ilçe (%15.7, n=63) ve köy (%2.7, n=11) olduğu görülmüştür. Üniversite mezunu katılımcılar (%83.8, n=336) en yüksek orana sahiptir. Depremzedelerin %75,6'sı (n=303) orta düzey ekonomik düzeye sahipken, %11,5'i (n=46) yüksek düzey ekonomik düzeye sahiptir. Meslek dağılımına bakıldığında, depremzedelerin %77,5'i (n=311) çalışıyor, %22,5'i (n=90) çalışmıyor olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.2. Depremzedelerin Özgeçmiş-Soygeçmiş Özellikleri (n = 401)

		n	%
Sigara kullanım durumu	Evet	89	22,2
	Hayır	312	77,8
Alkol kullanım durumu	Evet	36	9,0
	Hayır	365	91,0
Ek tıbbi hastalığınız var mı?	Var	79	19,7
	Yok	322	80,3
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	63	15,7
	Yok	338	84,3
Daha önce intihar girişimi var mı?	Var	5	1,2
	Yok	396	98,8
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	72	18,0
	Yok	329	82,0

Depremzedelerin özgeçmiş-soygeçmiş özellikleri Tablo 4.2 'de yer almaktadır.

Tablo 4.3. Deprem Anı Değişkenlerinin Dağılımı (n = 401)

		n	%
Deprem esnasında nerdeydiniz?	Kendi evimde	359	89,5
	Kendi evim dışında bir ev	33	8,2
	Kafe veya başka bir sosyal ortam	5	1,2
	Açık alan	2	0,5
	Asansör	1	0,2
	Araba	1	0,2
Deprem esnasında tek miydiniz?	Evet	47	11,7
	Hayır	354	88,3
Deprem esnasında yanınızda kim vardı?	Ailem	320	90,4
	Komşularım	4	1,1
	Akrabalarım	2	0,6
	Tanımadığım insanlar	6	1,7
	Arkadaşlarım	22	6,2
Depremde göçük altında kaldınız mı?	Evet	11	2,7
	Hayır	390	97,3
Aile bireylerinizden göçük altında kalan oldu mu?	Evet	31	7,7
	Hayır	370	92,3
Akraba veya komşularınızdan göçük altında kalan oldu mu?	Evet	194	48,4
	Hayır	207	51,6
Herhangi birinin deprem esnasında öldüğüne şahit oldunuz mu?	Evet	105	26,2
	Hayır	296	73,8
Herhangi birinin deprem esnasında yaralandığına şahit oldunuz mu?	Evet	145	36,2
	Hayır	256	63,8
Depremde bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Evet	161	40,1
	Hayır	240	59,9

Deprem anı değişkenlerinin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Katılımcıların çoğunluğu, deprem anında kendi evlerinde (%89,5, n=359) olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların bir kısmı depreme yalnızken (%11,7, n= 47) yakalanırken ve çoğunluğu aileleriyle (%90,4, n=320) olduklarını ifade etmiştir. Deprem sırasında göçük altında kalan 11 (%2,7) kişi, aile bireylerinden göçük altında kalan 31 (%7,7), akraba veya komşuları göçük altında kalan 194 (%48,4) kişi, birinin öldüğüne şahit olan 105 (%26,2) kişi, birinin yaralandığına şahit olan 145 (%36,2) ve yakınıni kaybeden 161 (%40,1) kişi depremzedeler arasında yer almaktadır.

Tablo 4.4. Deprem Sonrası Değişkenlerinin Dağılımı (n=401)

		n	%
Depremden sonra aile ya da arkadaşlarınızla kısa zamanda iletişime geçebildiniz mi?	Evet	305	76,1
	Hayır	96	23,9
Depremden sonra arama-kurtarma çalışmalarına katıldınız mı?	Evet	62	15,5
	Hayır	339	84,5
Depremden sonra nerde kaldınız	Kendi evimde	67	16,7
	Akrabalarımın evinde	145	36,2
	Arkadaşlarımın evinde	26	6,5
	Sosyal destek kurumlarının tahsis ettiği yerlerde	44	11,0
	Çadır veya konteyner	30	7,5
	Şehir dışına çıktım	89	22,2
Depremden sonra sosyoekonomik desteklerden faydalanmış mıydınız?	Evet	102	25,4
	Hayır	299	74,6
Depremden sonra psikososyal destek aldınız mı?	Evet	40	10,0
	Hayır	361	90,0
Depremden sonra geçmiş psikiyatrik şikayetlerinde artış oldu mu?	Evet	96	23,9
	Hayır	305	76,1
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış yapıldı mı?	Evet	21	5,2
	Hayır	380	94,8
Depremden sonra mal kaybınız oldu mu?	Evet	118	29,4
	Hayır	283	70,5
Depremden sonra evinizde hasar kaydı oldu mu?	Evim yıkıldı	7	1,7
	Ağır hasar	33	8,2
	Orta hasar	37	9,2
	Hafif hasar	207	51,6
	Hasar kaydı yok	117	29,2

Deprem sonrası değişkenlerinin dağılımı Tablo 4.4'te sunulmuştur. Arama kurtarma çalışmalarına katılan 62 (%15,5) katılımcı bulunmaktadır. 118 (%29,4) depremzede, depremden sonra maddi kayıp yaşadıklarını ifade etmiştir. 7 (%1,7) depremzedenin evleri yıkılmış olup, depremzedelerin çoğunluğu (%51,6, n=207) evlerinde hafif hasar kaydı olduğunu belirtmiştir. Deprem sonrasında, katılımcıların sadece 67'si (%16,7) kendi evlerinde kalmış olup, 30'u (%7,5) prefabrik yerleşimde ve 44'ü (%11,0) Sosyal destek kurumlarının tahsis ettiği yerlerde kalmıştır. Katılımcıların 102'si (%25,4) sosyal destek, 40'ı (%10,0) ise psikolojik destek almıştır. Katılımcıların 96'sında (%23,9) deprem sonrasında, mevcut psikiyatrik hastalıklarının semptom şiddetinin arttığı ve 21'inde (%5,2) psikofarmakolojik tedavisinin yeniden düzenlendiği öğrenilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu İle İlişkili Faktörler



Şekil 4.1. PCL-5 Skorlamasına Göre TSSB Varlığının Dağılımı

Tablo 4.5. PCL-5 Ölçek Puanı ile Depremzedelerin Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

		PCL-5		P
		n	Ort±St.Sapma	
Cinsiyeti	Kadın	231	21,05 ± 13,78	0,001*†
	Erkek	170	14,19 ± 14,23	
Medeni durum	Bekar	125	19,63 ± 13,75	0,075¶
	Evli	263	17,63 ± 14,34	
	Dul ya da boşanmış	13	14,15 ± 19,56	
Eğitim	Lise ve altı	65	17,48 ± 17,86	0,176†
	Üniversite	336	18,27 ± 13,61	
Yaşadığı Yer	Köy	11	15,55 ± 18,73	0,469¶
	İlçe	63	19,02 ± 14	
	İl	327	18,06 ± 14,3	
Ekonomik Durum	Düşük	52	19,42 ± 19,72	0,477¶
	Orta	303	17,58 ± 13,14	
	Yüksek	46	20,39 ± 14,95	
Mesleki durum	Öğrenci	30	18,8 ± 16,54	0,218¶
	Memur	255	18,16 ± 13,38	
	İşçi	20	18,25 ± 18,98	
	Özel meslek	36	18,53 ± 12,74	
	Emekli	15	11 ± 16,03	
	Çalışmıyor	45	19,62 ± 16,53	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ¶Kruskal Wallis ve Dunn testi

PCL-5 ölçek puanlarının demografik özelliklerle olan ilişkisi Tablo 4.5'te sunulmaktadır. Kadınlarda ölçek puanı anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (p=0.001). Ancak medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, ekonomik durum ve mesleki durum ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.6. PCL-5 Ölçek Puanı ile Depremzedelerin Özgeçmiş-Soygeçmiş Özellikleri Arasındaki İlişki

		PCL-5		P
		n	Ort±St.Sapma	
Sigara kullanım durumu	Evet	89	21,17 ± 15,66	0,033*†
	Hayır	312	17,28 ± 13,87	
Alkol kullanım durumu	Evet	36	19,06 ± 12,67	0,460†
	Hayır	365	18,05 ± 14,53	
Ek tıbbi hastalığınız var mı?	Var	79	18,29 ± 15,08	0,987†
	Yok	322	18,11 ± 14,2	
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	63	19,41 ± 16,09	0,716†
	Yok	338	17,91 ± 14,03	
Daha önce intihar girişimi var mı?	Var	5	24,4 ± 12,16	0,216†
	Yok	396	18,07 ± 14,38	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	72	19,24 ± 13,76	0,351†
	Yok	329	17,91 ± 14,5	
Depremden sonra geçmiş psikiyatrik şikayetlerinde artış oldu mu?	Evet	96	24,44±14,87	0,001*†
	Hayır	305	16,16±13,63	
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış yapıldı mı?	Evet	21	27,71±17,85	0,008*†
	Hayır	380	17,62±13,98	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi

PCL-5 ölçek puanlarının depremzedelerin özgeçmiş-soygeçmiş özellikleri ile olan ilişkisi Tablo 4.6'da sunulmuştur. Sigara kullanımının olduğu bireylerde ölçek puanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,033). Yine depremde sonra psikiyatrik şikayetlerinde artış olanlar (p=0,001) ve ilaç dozunda artış yapılanlar (p=0,008) ile ölçek puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ölçek puanları ile diğer özgeçmiş-soygeçmiş özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p>0.05).

Tablo 4.7. PCL-5 Ölçek Puanı ile Deprem Anı Değişkenleri Arasındaki İlişki

		PCL-5		
		n	Ort±St.Sapma	P
Deprem esnasında neredeydiniz?	Kendi evimde	359	18,52±14,56	0,477††
	Kendi evim dışında bir ev	33	14,76±11,57	
	Kafe veya başka bir sosyal ortam	5	22,80±17,82	
	Açık alan	2	9,50±0,71	
	Asansör	1	6,00	
	Araba	1	3,00	
Deprem esnasında tek miydiniz?	Evet	47	17,26±12,70	0,864†
	Hayır	354	18,28±14,61	
Depremde göçük altında kaldınız mı?	Evet	11	39,73±18,25	0,001*†
	Hayır	390	17,54±13,78	
Aile bireylerinizden göçük altında kalan oldu mu?	Evet	31	28,55±19,20	0,002*†
	Hayır	370	17,27±13,55	
Akraba veya komşularınızdan göçük altında kalan oldu mu?	Evet	194	20,53±15,36	0,003*†
	Hayır	207	15,91±13,00	
Herhangi birinin göçük altından çıkarıldığına şahit oldunuz mu?	Evet	93	21,40±16,64	0,058†
	Hayır	306	17,27±13,44	
Herhangi birinin deprem esnasında öldüğüne şahit oldunuz mu?	Evet	105	21,25±16,57	0,046*†
	Hayır	296	17,04±13,34	
Herhangi birinin deprem esnasında yaralandığına şahit oldunuz mu?	Evet	145	21,11±15,39	0,003*†
	Hayır	256	16,46±13,48	
Depremde bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Evet	161	20,34±15,67	0,038*†
	Hayır	240	16,68±13,24	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ††Kruskal Wallis ve Dunn testi

PCL-5 ölçek puanı ile deprem anı değişkenleri arasındaki ilişki Tablo 4.7’de sunulmaktadır. Depremde göçük altında kalanlarda ($p=0.001$), aile bireyleri göçük altında kalanlarda ($p=0.002$), akraba veya komşusu göçük altında kalanlarda ($p=0.003$), herhangi birinin deprem esnasında öldüğüne şahit olanlarda ($p=0.046$) veya yaralandığına şahit olanlarda ($p=0.003$) ve depremde bir yakını kaybedenlerde ($p=0.038$) ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Diğer deprem anı değişkenlerine göre ise ölçek puanında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. PCL-5 Ölçek Puanı İle Deprem Sonrası Değişkenler Arasındaki İlişki

		PCL-5		
		n	Ort±St.Sapma	P
Depremden sonra aile ya da arkadaşlarınızla kısa zamanda iletişime geçebildiniz mi?	Evet	305	16,30±13,23	0,001*†
	Hayır	96	23,99±16,21	
Depremden sonra arama-kurtarma çalışmalarına katıldınız mı?	Evet	62	19,58±15,90	0,537†
	Hayır	339	17,88±14,07	
Depremden sonra prefabrik yerleşimde kaldınız mı?	Evet	39	22,03±12,84	0,039*†
	Hayır	362	17,73±14,47	
Depremden sonra psikososyal destek aldınız mı?	Evet	40	26,78±12,20	0,001*†
	Hayır	361	17,19±14,27	
Depremden sonra mal kaybınız oldu mu?	Evet	118	21,86±15,41	0,006*†
	Hayır	283	16,62±13,65	
Depremden sonra evinizde hasar kaydı oldu mu?	Evim yıkıldı	7	37,86±14,23	0,011*††
	Ağır hasar	33	21,24±15,10	
	Orta hasar	37	20,38±15,72	
	Hafif hasar	207	17,13±14,06	
	Hasar kaydı yok	117	17,19±13,38	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ††Kruskal Wallis ve Dunn testi

PCL-5 ölçek puanı ile deprem sonrası değişkenler arasındaki ilişki Tablo 4.8'de sunulmaktadır. Depremden sonra aile ya da arkadaşlarıyla kısa zamanda iletişime geçemeyenlerde ölçek puanı anlamı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,001). Depremden sonra maddi kaybı olanlarda olmayanlara göre (p=0.006), depremden sonra evi yıkılanlarda diğer durumda olan bireylere göre (p=0.011) ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Depremden sonra prefabrik yerleşkede kalanlarda diğer yerlerde kalanlara göre (p=0.039), ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak saptanmıştır. Depremden sonra psikososyal destek alanlarda ölçek puanı almayanlara oranla daha yüksek saptanmıştır (p=0,001). Depremden sonra arama-kurtarma çalışmalarına katılıp katılmama durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p>0.05).

Tablo 4.9. PCL-5 Ölçek Puanı ile Üst Biliş-30 ölçeğinin ve Travmatik yaşantılama Ölçeğinin korelasyonu

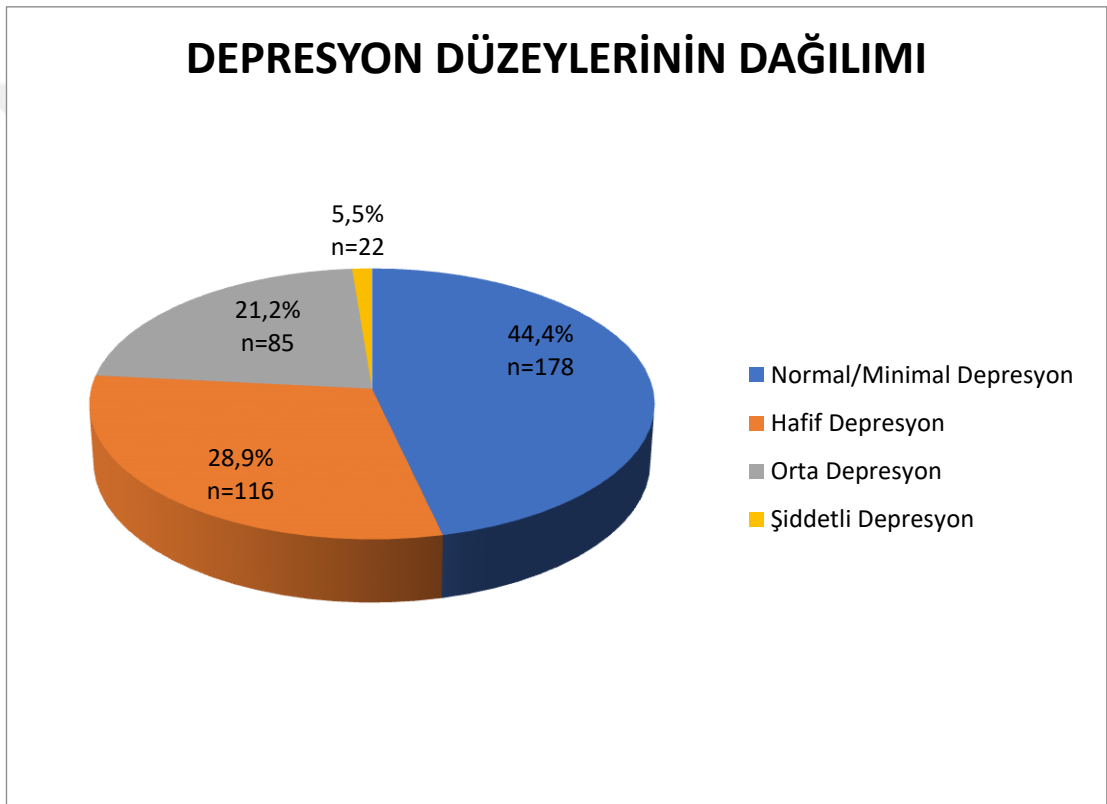
		PCL-5
Olumlu inançlar	r	0,206
	p	0,001
	n	401
Kontrol edilemezlik ve tehlike	r	0,309
	p	0,001
	n	401
Bilişsel güven	r	0,188
	p	0,001
	n	401
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	r	0,448
	p	0,001
	n	401
Bilişsel farkındalık	r	0,334
	p	0,001
	n	401
Üstbiliş-30 (total)	r	0,374
	p	0,001
	n	401
Travmatik yaşantılar ölçeği	r	0,366
	p	0,001
	n	401

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, r:Spearman rank korelasyon katsayısı, r; 0-0,2:çok zayıf 0,2-0,4:zayıf 0,4-0,6:orta 0,6-0,8:güçlü 0,8-1:çok güçlü, n:örneklem sayısı

PCL-5ölçek puanı ile Üstbiliş-30 ölçeğinin (total ve alt boyutlar) ve Travmatik yaşantılama ölçeğinin korelasyonu yanda verilen Tablo 4.9'da sunulmaktadır. Üst biliş -30 ölçeği alt boyutlarından olan olumlu inançlar (r:0,206 p:0,001),kontrol edilemezlik ve tehlike (r:0,309 p:0,001), bilişsel farkındalık puanı (r:0,334 p:0,001) ile PCL-5 ölçeği puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki

bulunmuştur. Bilişsel güven puanı ile PCL-5 arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r:0,188$ $p:0,001$). Yine Üstbiliş -30 ölçeği alt boyutlarından olan düşünceleri kontrol ihtiyacı puanı ile PCL-5 ölçek puanı arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki bulunmuştur. ($r:0,448$ $p:0,001$). Üstbiliş-30 ölçeği toplam puanı ile PCL- 5 ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r:0,374$ $p:0,001$). Travmatik yaşantılar ölçeği ile PCL- 5 ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r:0,366$ $p:0,001$).

Beck Depresyon Ölçeği Puanı İle İlişkili Faktörler



Şekil 4.2. Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Depresyon Düzeylerinin Dağılım Sıklıkları

Tablo 4.10. Beck Depresyon Ölçeği Puanı İle Depremzedelerin Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

		BECKdepresyon		
		n	Ort±St.Sapma	P
Cinsiyeti	Kadın	231	13,91 ± 9,12	0,001*†
	Erkek	170	9,67 ± 9,49	
Medeni durum	Bekar	125	14,18 ± 10,1	0,003*‡
	Evli	263	11,34 ± 8,99	
	Dul ya da boşanmış	13	7,85 ± 10,64	
Eğitim	Lise ve altı	65	14,77 ± 12,23	0,116†
	Üniversite	336	11,6 ± 8,81	
Yaşadığı Yer	Köy	11	12,82 ± 18,48	0,061‡
	İlçe	63	13,73 ± 8,4	
	İl	327	11,78 ± 9,29	
Ekonomik Durum	Düşük	52	13,79 ± 12,3	0,829‡
	Orta	303	11,86 ± 8,96	
	Yüksek	46	11,87 ± 9,46	
Mesleki durum	Öğrenci	30	17,4 ± 14,43	0,006*‡
	Memur	255	11,06 ± 8,23	
	İşçi	20	12,65 ± 9,46	
	Özel meslek	36	13,33 ± 8,49	
	Emekli	15	6,6 ± 7,78	
	Çalışmıyor	45	15,2 ± 11,45	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ‡Kruskal Wallis ve Dunn testi

BDÖ puanı ile depremzedelerin demografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo 4.10'da sunulmuştur. Kadınlarda BDÖ puanı erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,001). Bekarların BDÖ puanları evlilere ve dul ya da boşanmışlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,006, p=0,007). Dul ya da Boşanmışlar ile evliler arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,085). Çalışmayan katılımcılar ile çalışan katılımcılar arasında (p=0.006) BDÖ puanında anlamlı olarak farklılık bulunmuştur. Eğitim düzeyi, ekonomik durum ve yerleşim alanına göre ise ölçek puanında anlamlı farklılık saptanamamıştır (p>0.05).

Tablo 4.11. Beck Depresyon Ölçeği Puanı İle Depremzedelerin Özgeçmiş-Soygeçmiş Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler		BECKdepresyon		P
		n	Ort±St.Sapma	
Sigara kullanım durumu	Evet	89	13,26 ± 9,53	0,156†
	Hayır	312	11,79 ± 9,48	
Alkol kullanım durumu	Evet	36	12,42 ± 8,78	0,602†
	Hayır	365	12,08 ± 9,58	
Ek tıbbi hastalığınız var mı?	Var	79	12,3 ± 10,19	0,947†
	Yok	322	12,07 ± 9,34	
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	63	15,83 ± 12,03	0,009*†
	Yok	338	11,42 ± 8,8	
Daha önce intihar girişimi var mı?	Var	5	15,2 ± 4,97	0,235†
	Yok	396	12,08 ± 9,54	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	72	14,4 ± 11,33	0,053†
	Yok	329	11,61 ± 9	
Depremden sonra geçmiş psikiyatrik şikayetlerinde artış oldu mu?	Evet	96	16,21 ± 9,64	0,001*†
	Hayır	305	10,83 ± 9,10	
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış yapıldı mı?	Evet	21	20,62 ± 11,08	0,002*†
	Hayır	380	11,64 ± 9,20	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ‡Kruskal Wallis testi

BDÖ puanı ile depremzedelerin özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri arasındaki ilişki Tablo 4.11'de sunulmaktadır. Geçmişte psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre (p=0.009), depremde sonra psikiyatrik şikayetleri artanlar (p=0,001) ve ilaç dozunda artış yapılanlarda (p=0,002) BDÖ puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sigara, alkol kullanımı, ek tıbbi hastalık, daha önce intihar girişimi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre ölçek puanında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.12. Beck Depresyon Ölçeği Puanı İle Deprem Anı Değişkenleri Arasındaki İlişki

Değişken		BECKdepresyon		P
		n	Ort±St.Sapma	
Deprem esnasında neredeydiniz?	Kendi evimde	359	12,11±9,55	0,93††
	Kendi evim dışında bir ev	33	11,91±9,90	
	Kafe veya başka bir sosyal ortam	5	15,00±6,71	
	Açık alan	2	11,50±10,61	
	Asansör	1		
	Araba	1		
Deprem esnasında tek miydiniz?	Evet	47	12,47±7,27	0,286†
	Hayır	354	12,06±9,81	
Depremde göçük altında kaldınız mı?	Evet	11	22,27 ± 2,71	0,001*†
	Hayır	390	11,83 ± 0,47	
Aile bireylerinizden göçük altında kalan oldu mu?	Evet	31	17,00 ± 10,99	0,006*†
	Hayır	370	11,71 ± 9,27	
Akraba veya komşularınızdan göçük altında kalan oldu mu?	Evet	194	13,64 ± 10,05	0,002*†
	Hayır	207	10,68 ± 8,75	
Herhangi birinin göçük altından çıkarıldığına şahit oldunuz mu?	Evet	93	14,49 ± 10,30	0,007*†
	Hayır	306	11,47 ± 9,13	
Herhangi birinin deprem esnasında öldüğüne şahit oldunuz mu?	Evet	105	14,32± 10,31	0,005*†
	Hayır	296	11,33± 9,09	
Herhangi birinin deprem esnasında yaralandığına şahit oldunuz mu?	Evet	145	13,24 ± 9,38	0,025*†
	Hayır	256	11,48 ± 9,53	
Depremde bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Evet	161	13,53 ± 10,06	0,016*†
	Hayır	240	11,17 ± 9,01	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ††Kruskal Wallis ve Dunn testi

BDÖ puanı ile deprem anı değişkenleri arasındaki ilişki Tablo 4.12’de sunulmaktadır. Depremde göçük altında kalanlarda (p=0.001), aile bireyleri göçük altında kalanlarda (p=0,006), akraba veya komşusu göçük altında kalanlarda (p=0.002), herhangi birinin göçük altından çıkarıldığına şahit olanlarda (p=0,007), herhangi birinin deprem esnasında öldüğüne şahit olanlarda (p=0,005) veya yaralandığına şahit olanlarda (p=0.025) ve depremde bir yakınını kaybedenlerde (p=0.016) ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Diğer deprem anı değişkenlerine göre ise ölçek puanında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.13. Beck Depresyon Ölçeği Puanı İle Deprem Sonrası Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişken		BECKdepresyon		P
		n	Ort±St.Sapma	
Depremden sonra aile ya da arkadaşlarınızla kısa zamanda iletişime geçebildiniz mi?	Evet	305	10,58±8,57	0,001*†
	Hayır	96	16,99±10,66	
Depremden sonra arama-kurtarma çalışmalarına katıldınız mı?	Evet	62	14,26 ± 10,54	0,056†
	Hayır	339	11,72 ± 9,26	
Depremden sonra nerde kaldınız	Kendi evimde	67	9,82±10,28	0,01*††
	Akrabalarımın evinde	145	12,53±9,94	
	Arkadaşlarımın evinde	26	11,19±8,14	
	Sosyal destek kurumlarının tahsis ettiği yerlerde	44	10,84±7,90	
	Çadır veya konteynerde	30	16,33±9,50	
	Şehir dışına çıktım	89	12,64±8,88	
Depremden sonra psikososyal destek aldınız mı?	Evet	40	16,28 ± 8,13	0,001*†
	Hayır	361	11,65 ± 9,54	
Depremden sonra mal kaybınız oldu mu?	Evet	118	14,46±9,71	0,001*†
	Hayır	283	11,16±9,27	
Depremden sonra evinizde hasar kaydı oldu mu?	Evim yıkıldı	7	20,86±9,17	0,001*††
	Ağır hasar	33	13,36±6,13	
	Orta hasar	37	16,16±8,82	
	Hafif hasar	207	11,02±9,10	
	Hasar kaydı yok	117	11,89±10,64	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ††Kruskal Wallis ve Dunn testi

BDÖ puanı ile deprem sonrası değişkenler arasındaki ilişki Tablo 4.13'te sunulmaktadır. Depremden sonra aile ya da arkadaşlarıyla kısa zamanda iletişime geçemeyenlerde ölçek puanı anlamı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,001). Depremden sonra maddi kaybı olanlarda olmayanlara göre (p=0.001), depremde sonra evi yıkılanlarda (p=0.001) ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksektir.

Depremden sonra çadır veya konteynırda kalanlarda belirtilen diğer yerlerde kalanlara göre ($p=0.010$), ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak saptanmıştır. Depremden sonra psikososyal destek alanlarda ölçek puanı almayanlara oranla daha yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Depremden sonra arama-kurtarma çalışmalarına katılıp katılmama durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

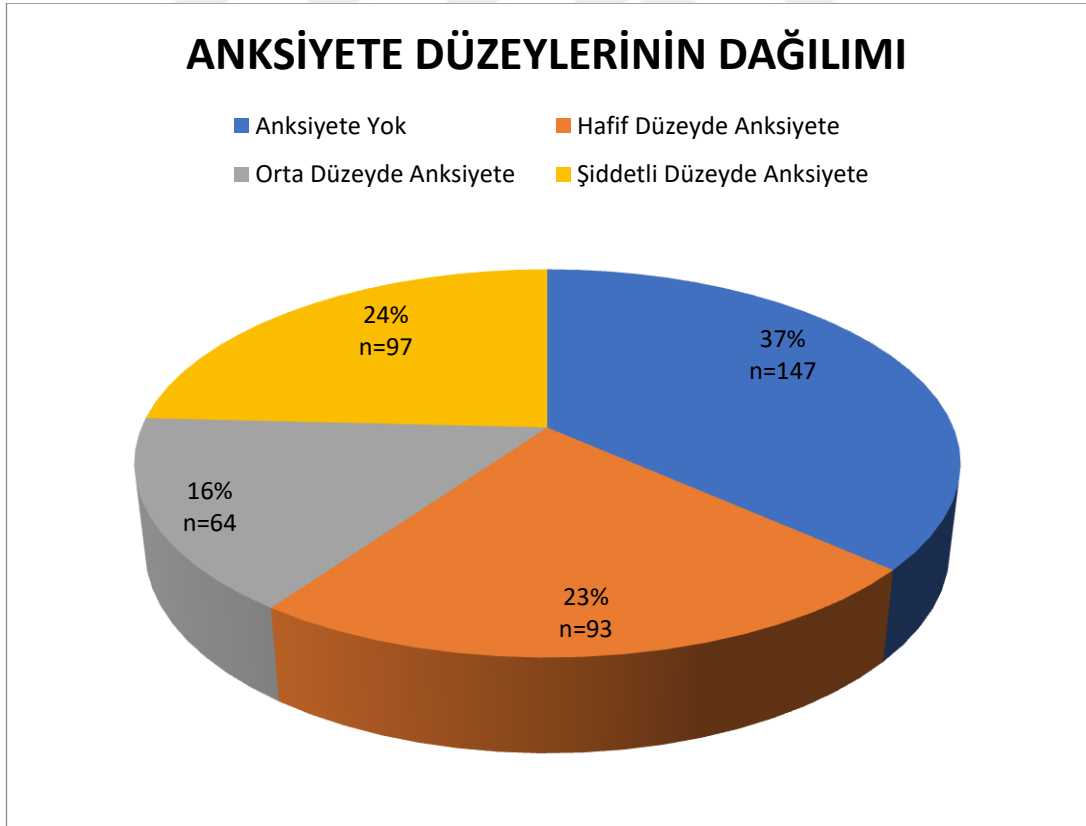
Tablo 4.14. Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile Üst Biliş-30 ölçeğinin ve Travmatik yaşantılama Ölçeğinin korelasyonu

		BDÖ
Olumlu inançlar	r	0,216
	p	0,001
	n	401
Kontrol edilemezlik ve tehlike	r	0,380
	p	0,001
	n	401
Bilişsel güven	r	0,271
	p	0,001
	n	401
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	r	0,483
	p	0,001
	n	401
Bilişsel farkındalık	r	0,313
	p	0,001
	n	401
Üstbiliş30 (total)	r	0,427
	p	0,001
	n	401
Travmatik yaşantılar ölçeği	r	0,344
	p	0,001
	n	401

* $p<0,05$ düzeyinde anlamlı, r:Spearman rank korelasyon katsayısı, r; 0-0,2:çok zayıf 0,2-0,4:zayıf 0,4-0,6:orta 0,6-0,8:güçlü 0,8-1:çok güçlü, n:örneklem sayısı

BDÖ puanı ile Üstbiliş-30 ölçeğinin (total ve alt boyutlar) ve Travmatik yaşantılama ölçeğinin korelasyonu yanda verilen Tablo 4.14'te sunulmaktadır. Üst biliş -30 ölçeği alt boyutlarından olan olumlu inançlar ($r:0,216$ $p:0,001$), kontrol edilemezlik ve tehlike ($r:0,380$ $p:0,001$), bilişsel güven. ($r:0,271$ $p:0,001$).bilişsel farkındalık puanı ($r:0,313$ $p:0,001$) ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Yine Üstbiliş -30 ölçeği alt boyutlarından olan düşünceleri kontrol ihtiyacı puanı ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki bulunmuştur. ($r:0,483$ $p:0,001$). Üstbiliş-30 ölçeği toplam puanı ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki bulunmuştur ($r:0,427$ $p:0,001$). Travmatik yaşantılar ölçeği ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r:0,344$ $p:0,001$).

Beck Anksiyete Ölçeği Puanı İle İlişkili Faktörler:



Şekil 4.3. Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarına Göre Anksiyete Düzeylerinin Dağılım Sıklıkları

Tablo 4.15. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı İle Depremzedelerin Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişken		BECK anksiyete		P
		n	Ort±St.Sapma	
Cinsiyeti	Kadın	231	18,07 ± 13,34	0,001*†
	Erkek	170	12,03 ± 12,67	
Medeni durum	Bekar	125	15,9 ± 13,15	0,664¶
	Evli	263	15,22 ± 13,45	
	Dul ya da boşanmış	13	17,62 ± 14,78	
Eğitim	Lise ve altı	65	18,06 ± 14,11	0,131†
	Üniversite	336	15,01 ± 13,2	
Ekonomik Durum	Düşük	52	18,08 ± 13,19	0,269¶
	Orta	303	15,22 ± 13,61	
	Yüksek	46	14,52 ± 11,88	
Yaşadığı Yer	Köy	11	21,91 ± 11,08	0,051¶
	İlçe	63	17,35 ± 13,33	
	İl	327	14,94 ± 13,41	
Mesleki durum	Öğrenci	30	16,53 ± 15,01	0,379¶
	Memur	255	14,38 ± 12,66	
	İşçi	20	18,7 ± 17,3	
	Özel meslek	36	15,22 ± 12,24	
	Emekli	15	15,53 ± 12,78	
	Çalışmıyor	45	20,04 ± 14,83	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ¶Kruskal Wallis ve Dunn testi

BAÖ puanı ile depremzedelerin demografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo 4.15'te sunulmaktadır. Kadınlarda, erkeklere göre (p=0.001) ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak gözlenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenlerin ölçek puanında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.16. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı İle Depremzedelerim Özgeçmiş-Soygeçmiş Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişken		BECKanksiyete		P
		n	Ort±St.Sapma	
Sigara kullanım durumu	Evet	89	16,71 ± 13,63	0,321†
	Hayır	312	15,17 ± 13,31	
Alkol kullanım durumu	Evet	36	15,72 ± 12,59	0,675†
	Hayır	365	15,49 ± 13,47	
Ek tıbbi hastalığınız var mı?	Var	79	17,77 ± 14,52	0,117†
	Yok	322	14,95 ± 13,05	
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	63	18,7 ± 14,36	0,048*†
	Yok	338	14,91 ± 13,12	
Daha önce intihar girişimi var mı?	Var	5	25,2 ± 13,52	0,102†
	Yok	396	15,39 ± 13,35	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	72	17,31 ± 14,44	0,247†
	Yok	329	15,12 ± 13,13	
Depremden sonra geçmiş psikiyatrik şikayetlerinde artış oldu mu?	Evet	96	22,25±13,68	0,001*†
	Hayır	305	13,39±12,58	
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış yapıldı mı?	Evet	21	25,29±15,57	0,002*†
	Hayır	380	14,97±13,06	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ‡Kruskal Wallis testi

BAÖ puanı ile depremzedelerin özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri arasındaki ilişki Tablo 4.16'da sunulmaktadır. Geçmişte psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre (p=0.048), depremde sonra psikiyatrik şikayetleri artanlar (p=0,001) ve ilaç dozunda artış yapılanlarda (p=0,002) BAÖ puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer özgeçmiş ve soygeçmiş değişkenlerin ölçek puanında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.17. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı İle Deprem Anı Değişkenleri Arasındaki İlişki

		BECKanksiyete		P
		n	Ort±St.Sapma	
Deprem esnasında neredeydiniz?	Kendi evimde	359	15,59±13,47	0,588††
	Kendi evim dışında bir ev	33	15,94±13,57	
	Kafe veya başka bir sosyal ortam	5	15,20±7,40	
	Açık alan	2	8,00±5,66	
	Asansör	1	4,00	
	Araba	1	0,00	
Deprem esnasında tek miydiniz?	Evet	47	13,83±12,57	0,388†
	Hayır	354	15,76±13,50	
Depremde göçük altında kaldınız mı?	Evet	11	29,18 ± 3,89	0,002*†
	Hayır	390	15,12 ± 0,67	
Aile bireylerinizden göçük altında kalan oldu mu?	Evet	31	21,61±15,51	0,002*†
	Hayır	370	15,00±13,08	
Akraba veya komşularınızdan göçük altında kalan oldu mu?	Evet	194	16,76±13,44	0,004*†
	Hayır	207	14,34±13,24	
Herhangi birinin göçük altından çıkarıldığına şahit oldunuz mu?	Evet	93	15,10±13,26	0,82†
	Hayır	306	15,61±13,46	
Herhangi birinin deprem esnasında öldüğüne şahit oldunuz mu?	Evet	105	15,77±13,29	0,693†
	Hayır	296	15,42±13,43	
Herhangi birinin deprem esnasında yaralandığına şahit oldunuz mu?	Evet	145	17,47±13,44	0,013*†
	Hayır	256	14,40±13,24	
Depremde bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Evet	161	16,66±13,53	0,12†
	Hayır	240	14,73±13,25	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ††Kruskal Wallis ve Dunn testi

BAÖ puanı ile deprem anı değişkenleri arasındaki ilişki Tablo 4.17’de verilmiştir. Depremde göçük altında kalanlarda (p=0.002), aile bireyleri göçük altında kalanlarda (p=0,002), akraba veya komşusu göçük altında kalanlarda (p=0.004), herhangi birinin deprem esnasında yaralandığına şahit olanlarda (p=0.013) ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Diğer deprem anı değişkenlerine göre ise ölçek puanında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.18. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı İle Deprem Sonrası Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişken		BECKanksiyete		P
		n	Ort±St.Sapma	
Depremden sonra aile ya da arkadaşlarınızla kısa zamanda iletişime geçebildiniz mi?	Evet	305	14,47±12,97	0,017*†
	Hayır	96	18,81±14,16	
Depremden sonra arama-kurtarma çalışmalarına katıldınız mı?	Evet	62	14,05±13,47	0,289†
	Hayır	339	15,78±13,36	
Depremden sonra nerde kaldınız	Kendi evimde	67	10,33±12,04	0,001*††
	Akrabalarımın evinde	145	17,29±13,84	
	Arkadaşlarımın evinde	26	13,54±14,72	
	Sosyal destek kurumlarının tahsis ettiği yerlerde	44	14,32±12,30	
	Çadır veya konteyner	30	20,90±13,22	
	Şehir dışına çıktım	89	15,85±12,67	
Depremden sonra psikososyal destek aldınız mı?	Evet	40	22,95±14,68	0,001*†
	Hayır	361	14,68±12,99	
Depremden sonra mal kaybınız oldu mu?	Evet	118	18,46±13,77	0,004*†
	Hayır	283	14,33±13,04	
Depremden sonra evinizde hasar kaydı oldu mu?	Evim yıkıldı	7	27,29±16,57	0,002*††
	Ağır hasar	33	17,30±13,60	
	Orta hasar	37	21,70±13,85	
	Hafif hasar	207	14,65±12,32	
	Hasar kaydı yok	117	13,86±14,04	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, †Mann Whitney U testi, ††Kruskal Wallis ve Dunn testi

BAÖ puanı ile deprem sonrası değişkenler arasındaki ilişki Tablo 4.18'de sunulmaktadır. Depremden sonra aile ya da arkadaşlarıyla kısa zamanda iletişime geçemeyenlerde ölçek puanı anlamı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,017). Depremden sonra maddi kaybı olanlarda olmayanlara göre (p=0,004), depremden sonra evi yıkılanlarda diğer seçeneklere göre ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,002). Depremden sonra çadır veya konteynerde kalanlarda belirtilen diğer yerlerde kalanlara göre (p=0,001), ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak saptanmıştır. Depremden sonra psikososyal destek alanlarda ölçek puanı almayanlara oranla daha yüksek saptanmıştır (p=0,001). Depremden sonra arama-kurtarma çalışmalarına katılıp katılmama durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.19. Beck Anksiyete Ölçeği Puanı ile Üst Biliş-30 ölçeğinin ve Travmatik yaşantılama Ölçeğinin korelasyonu

		BAÖ
Olumlu inançlar	r	0,213
	p	0,001
	n	401
Kontrol edilemezlik ve tehlike	r	0,315
	p	0,001
	n	401
Bilişsel güven	r	0,217
	p	0,001
	n	401
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	r	0,389
	p	0,001
	n	401
Bilişsel farkındalık	r	0,223
	p	0,001
	n	401
Üstbiliş 30 (total)	r	0,350
	p	0,001
	n	401
Travmatik yaşantılar ölçeği	r	0,263
	p	0,001
	n	401

*p<0,05 düzeyinde anlamlı, r:Spearman rank korelasyon katsayısı, r; 0-0,2:çok zayıf 0,2-0,4:zayıf 0,4-0,6:orta 0,6-0,8:güçlü 0,8-1:çok güçlü, n:örneklem sayısı

BAÖ puanı ile Üstbiliş-30 ölçeğinin (total ve alt boyutlar) ve Travmatik yaşantılama ölçeğinin korelasyonu yanda verilen Tablo4.19’da sunulmaktadır. Üst biliş -30 ölçeği alt boyutlarından olan olumlu inançlar (r:0,213 p:0,001), kontrol edilemezlik ve tehlike (r:0,315 p:0,001), bilişsel güven (r:0,217 p:0,001), düşünceleri kontrol ihtiyacı (r:0,389 p:0,001) ve bilişsel farkındalık puanı (r:0,223 p:0,001) ile BAÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Üstbiliş-30 ölçeği toplam puanı ile BAÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (r:0,350 p:0,001). Travmatik yaşantılar ölçeği ile BAÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (r:0,263 p:0,001).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, depremde yaklaşık 3 ay sonra başlamış olup 401 depremezededen oluşmaktadır ve katılımcıların 231'i (%57,6) kadın ve 170'ü (%42,4) erkektir. TSSB teşhisi konan katılımcı sayısı 49 olup, bu tüm katılımcıların %12.2'sini temsil etmektedir. Wang ve arkadaşları, 2009 ve 2011 yıllarında Çin'deki Wenchuan depremi sonrasında yaptıkları çalışmalarda, depremde bir ay sonra TSSB yaygınlık oranının %62.8 (150) depremde iki ay sonra %43 ve üç ay sonra ise %37.8 oranında olduğunu tespit etmişlerdir(151). Van depreminden 9 ay sonra 1500 depremezede üzerinde yapılan bir çalışmada, TSSB oranının %35.5 olduğu tespit edilmiştir(152). 1999 Marmara depreminden 18-20 ay sonra yapılan çalışmada, ergenlerde TSSB %18.9 ve depresyon %5.4 oranında bulunmuştur(153). Marmara depreminden 14 yıl sonra 403 depremezede üzerinde yapılan bir tez çalışmasında, TSSB yaygınlığı araştırılmış ve TSSB oranının %12.4 olduğu belirlenmiştir(154). Türkiye'de yeterli sayıda ve kapsamlı çalışma yapılmamıştır. Mevcut sınırlı sayıda çalışmada, deprem sonrasında yaşam boyu TSSB oranı %14.6 olarak tespit edilmiştir(155). Dolayısıyla; bu çalışmamız depremde 3 ay sonra başlamış olmakla beraber TSSB oranları literatür ile uyumludur. Bu bilgiler ışığında; farklı deprem şiddetlerinin ve örneklem seçim metodlarının farklılıklarının çalışmamızı diğer çalışmalarla karşılaştırmayı zorlaştırdığını belirtmek önemlidir. Sonuç olarak çalışmamıza katılan depremezedelerin çoğunluğunun Gaziantep'te depreme yakalanmış olması ve Gaziantep merkezde, diğer 2023 Kahramanmaraş merkezli depreme maruz kalan illere göre yıkımın daha az olması TSSB oranının beklenenden nispeten daha az çıkmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Düzce depremi sonrasında üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, depremde sonra gelişen travmayı daha şiddetli algılamada kadınların daha yüksek risk taşıdığı belirlenmiştir(156). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak cinsiyet değişkeni ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kadınlarda PCL-5 puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).

Van depreminden sonra 1492 kişi ile yapılan bir çalışmada, TSSB oranları ve ilişkili risk faktörleri araştırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre işsizlik ve düşük gelir

düzeyinin TSSB gelişimi için risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır(152). Ancak bizim çalışmamızda medeni durum, eğitim düzeyi, yerleşim yeri, mesleki durum ve ekonomik düzey ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Bunun muhtemel sebebi; örneklem büyüklüğünün daha küçük olması nedeniyledir.

Sigara kullanımı ile PCL-5 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir ($p=0,033$). Çalışmamızla uyumlu olarak COVID-19 pandemi sürecinde sigara ve alkol kullanan kişilerde TSSB oranlarını inceleyen bir çalışmada da sigara ve alkol kullanımı olan bireylerde TSSB oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır(157).

Depremzedelerin eski psikiyatrik hastalıklarına bağlı semptomlarında, depremden sonra artış olması ($p=0,001$) ve ilaçlarında doz artımına gidilmesi ($p=0,008$) ile PCL-5 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu anlamda yapılan bazı çalışmalar önceki psikiyatrik tanısı TSSB açısından bir risk faktörü olarak değerlendirmiştir(158). Çalışmanın sonucu bu manada literatürle uyumludur.

Deprem sırasında kendi göçük altında kalanlarda PCL-5 puanları anlamlı olarak çok yüksek bulunmuştur. ($p=0,001$) Aile bireyleri ($p=0,002$) ve akrabası veya komşularından ($p=0,003$) göçük altında kalan kişilerde ve depremde yakınıni kaybedenlerde ($p=0,03$) PCL-5 ölçek puanları önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Aynı şekilde, PCL-5 ölçek puanları ile depremde birinin ölümüne ($p=0,046$) veya yaralanmasına ($p=0,003$) şahit olma arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak, TSSB ile katılımcıların deprem anında nerede oldukları ve yanlarında kimin olduğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Farklı zamanlarda meydana gelen 10 farklı afet sonrasında TSSB gelişimi için öncü faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, yaşanan afetten sonra birinin ölümüne veya yaralanmasına şahit olmanın, TSSB gelişimini kolaylaştıran bir etmen olduğu kanısına varılmıştır(159). Marmara depreminden sonra Suat Yiğit tarafından yapılan bir tez çalışmasında; TSSB tanısı olan bir grup ile kontrol grubu karşılaştırılmış ve depremde yaralanmış olanların ve yakın kaybı yaşamış olanların TSSB gelişimi için daha yüksek risk taşıdıkları tespit edilmiştir. Deprem sonrasında yakın kaybının TSSB gelişimiyle ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir

(160). Bu nedenle, bu bulgumuz diğer araştırma sonuçları ile uyumludur. Travmaya maruz kalma süresinin uzun olması, kişinin hazırlıksız yakalanması, olayın katastrofik olması, ölüm tehlikesi içermesi, kayıpların yoğunluğu ve travma sonrasında olumsuz yaşam olaylarının gelişmesi, kişinin bedensel bütünlüğünün bozulması ve çevresindekilerle birlikte maruziyeti gibi faktörler, travmanın etkisini arttıran etmenler olarak sayılabilir(161). Bu nedenle göçük altında kalan depremzedelerin enkazdan çıkarılma sürelerinin uzunluğu ile TSSB varlığı ve şiddeti arasında anlamlı bir ilişki beklenmektedir. Ancak çalışmamızda kendisi göçük altında kalan (n=11 %2,7) çok az depremzede olmasından dolayı PCL-5 ölçek puanları ile anlamlı sonuç bulunamamıştır.

Depremın akabinde yakınlarıyla kısa sürede iletişime geçemeyen depremzedelerde PCL-5 ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($p=0,001$). Yakınlarının başına kötü bir şey gelmiş olabileceği korkusu kişide kaygı düzeyini arttıran bir faktördür ve dolayısıyla TSSB şiddeti ile arasındaki ilişki beklenilen ile uyumludur. Travma sonrasında ortaya çıkan olumsuz yaşam olayları ve çevresindekilerle birlikte maruziyeti travmanın etkisini artıran faktörler olarak kabul edilir(161). Dolayısıyla TSSB gelişmesi depremde sonra konaklama amacıyla kullanılan prefabrik yerleşkede yaşayan bireylerde daha olasıdır. Çalışmamızdaki prefabrik yerleşkede kalan depremzedelerin de PCL-5 ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,039$).

Deprem sonrasında maddi kayıp oluşumu ($p=0.006$), evde hasar oluşumu ($p=0.011$), psikososyal ($p=0.001$) destek alımı ile PCL-5 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Kızılay tarafından 2005 Pakistan depremi sonrasında psikososyal yardımların etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, kontrol ve çalışma grubundaki bireylerin 1 aylık psikososyal destek alımı sonrasında yapılan son testler, önceden yapılan ön testlerle karşılaştırılmıştır. Psikososyal destek, 1 aylık bir süre boyunca haftalık düzenli görüşmeleri içeren bir programı kapsamaktadır. Katılımcılar, psikolojik ve sosyal olarak iki ayrı bileşeni olan bir programa dahil edilmişlerdir. Sonuçlar, depresyon, anksiyete ve TSSB gelişimi açısından kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur(162). Bu çalışma ile aradaki farklılığın sebebi psikososyal desteğin içeriği, süresi ve bireylerin uyumundaki farklılıklardan dolayı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda

depremzedelere yöneltilen soruda, psikososyal destek biriminden alınan yardımlar kastedilmektedir. Depremzedelerin bu anlamda şikayetlerine yönelik profesyonel yardım arayışı beklenen durumdur. Öte yandan çalışmamızda sosyal ve psikiyatrik desteğe ihtiyacı olmayan bireylerin de, depremin olumsuz etkilerine daha az maruz kaldıkları ve dolayısıyla daha az destek arayışında oldukları düşünülebilir.

Travmatik yaşantılar ölçeği ile PCL- 5 ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bunun sebebi; kişinin daha önce yaşadığı travmatik deneyimlerin, bir sonraki travma durumunda psikolojik dayanıklılığını azaltabilmesi, daha önceki travmatik olaylardan sonra yeterli psikiyatrik destek alınmamasının TSSB gelişimini kolaylaştırıcı bir faktör olabilmesi muhtemeldir. Diğer taraftan daha önce örselenmiş bir yaşam olayı olan bireyler için yaşadıkları travmatik olaylar, gelecekte yaşayabilecekleri travmalar için koruyucu bir etkiye sahip olabilmesi de bu sonucu doğurmuş olabilir.

Üst bilişleri değerlendiren ÜBÖ-30 ölçeği kişilerin ne düşündüklerinden çok nasıl düşündüklerini öne çıkaran bir ölçektir(134). TSSB olan bireylerde patolojik üstbilişleri inceleyen bir çalışma; ÜBÖ-30 ve alt boyutları ile TSSB oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde etmiştir(134). Bu çalışmanın analiz sonuçlarına göre, TSSB grubu, kontrol grubuna göre "kontrol edilemezlik ve tehlike", "düşünceleri kontrol", ve "bilişsel güven" alt boyutlarında anlamlı derecede daha yüksek puanlar almıştır. Ancak "olumlu inanç" boyutunda, TSSB hastaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük puan almışlardır. TSSB grubu ile kontrol grubu arasında benzerlik gösteren bir alt boyut ise düşüncelerinin izlenmesi ve farkındalığı ile ilişkili olan "bilişsel farkındalık" alt boyutudur(134). Bizim çalışmamızda ÜBÖ-30 alt boyutlarından olan olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık puanı ile PCL-5 ölçeği puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. ÜBÖ-30 alt boyutlarından olan düşünceleri kontrol ihtiyacı puanı ile PCL-5 ölçek puanı arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki bulunmuştur. TSSB hastalarında düşünceleri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmaları gerektiğine ve düşüncelerini kontrol edememenin tehlikeli sonuçları olabileceğine inanmaktadırlar(134). Bu bulgu, bizim ve Wells ve Bennett'in (2010) çalışma sonuçlarını doğrulamaktadır(163).

Çalışmadaki depremzedelerin BDÖ puanlamasına göre %28,9 oranında hafif; % 21,2 oranında orta ve %5,5 oranında ağır depresyona sahip oldukları tespit edilmiştir. Marmara depreminin ardından üç yıl geçtikten sonra yapılan bir çalışmada, 769 katılımcıdan %40'ı TSSB ve %18'i depresif bozukluk olarak belirlenmiştir. Haiti depreminden 2.5 yıl sonra ise toplam 1355 kişinin katıldığı bir çalışmada %36,7 oranında TSSB ve %25,9 oranında Depresif Bozukluk tespit edilmiştir(164). Nepal'deki depremde 14 ay sonra 198 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ise, depremzedelerin %8'inin belirgin depresif belirtiler sergilediği tespit edilmiştir(165). Çalışmadaki depremzedelerin BDÖ puanlarına göre olan depresyon düzeyleri literatürle uyumlu olmakla beraber; depremlerin farklı yerlerde, farklı şiddette olmaları ve çalışmaya başlama sürelerinin farklılık göstermesi diğer çalışmalarla karşılaştırmayı güçleştirmektedir.

Depremde kadınlarda, bekar kişilerde, geçmişte psikiyatrik öyküsü olanlarda ve düzenli işi olmayanlarda BDÖ puanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Çok sayıda çalışmada, evli olan bireylerde bekar bireylere kıyasla depresif bozukluk gelişme riskinin daha düşük olduğu belirlenmiştir(80). Çeşitli çalışmalarda, depresyonun temel risk faktörleri olarak ailesel genetik yükü, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, olumsuz yaşam olayları, ek hastalıklar, işsizlik, bekar veya dul olmak gibi durumlar öne sürülmüştür(166). Düzce'de yapılan 3 yıllık bir poliklinik izlem çalışmasında, depremden öncesi ve sonrası hasta grubu karşılaştırılmıştır. Çalışmada, şu an için aktif bir işte çalışmayan bireylerin, memur olan bireylere göre depresyon ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir(167). Bu anlamda çalışmamız paralellik göstermektedir. Sigara-alkol kullanımı, ek tıbbi hastalık öyküsü, ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsü ve daha önceki intihar girişimi ile BDÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Örneklem büyüklüğünün genişletilmesi bu anlamda literatürle uyumlu sonuçlar doğuracaktır.

Depremde göçük altında kalanlarda ($p=0,001$), aile bireylerinden ($p=0,006$), akraba veya komşusundan ($p=0,002$) göçük altında kalanlarda, deprem esnasında birinin öldüğüne ($p=0,005$) veya yaralandığına ($p=0,025$) şahit olanlarda ve depremde bir yakını kaybedenlerde ($p=0,016$) ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Marmara depreminden üç yıl sonra, 769

katılımcıyla yapılan bir çalışma, yakın kaybının depresyon gelişimiyle yüksek düzeyde ilişki içinde olduğunu ortaya koymuştur(160). 1999 Marmara depreminden yaklaşık 9 yıl sonra yapılan bir çalışmada; enkaz altında kalmak, bulunduğu binanın çökmesi ve aile bireylerinin kaybı gibi faktörlerin depresyon gelişimini arttırdığı saptanmıştır(168). Travmanın katastrofik olmasının psikiyatrik şikayetleri arttırdığı görülmüştür. Yakın kaybının yasla beraber uzun vadede depresyona sebep olduğu görülmüştür. Bu anlamda çalışma literatürle uyumlu sonuçlar vermektedir.

TSSB ile ilişkisine benzer şekilde depremden sonra yakınlarıyla erken dönemde iletişime geçemeyen depremzedelerde BDÖ puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. ($p=0,001$).Arama-kurtarma çalışmalarına katılmış olmanın depresyondan koruyucu etkisinin olduğunu savunan çalışmalar olmakla beraber; bizim çalışmamızda olduğu gibi anlamlı sonuç saptanmayan çalışmalar da mevcuttur(168). 99 Marmara depreminden 9 yıl sonra yapılan bu çalışmada; kurtarma çalışmalarına katılan depremzedelerin depresyon düzeyleri, katılmayan depremzedelerin depresyon düzeylerinden daha düşüktür. Kurtarma çalışmalarına katılma sürecinde, insanların kendi içinde bulundukları durumdan bir süreliğine uzaklaşıp, enkaz altında kalmış olan insanları düşünmeleri nedeniyle depresyon puanları daha düşük olabilir(168). Ancak bizim çalışmamızda aksine arama-kurtarma çalışmalarına katılan bireylerde BDÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Bunun muhtemel sebebinin ikincil travmatizasyon olduğu düşünülmektedir.

Depremden sonra çadır veya konteynırda kalanlarda ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur.Y aşam şartlarının bir anda kötüleşmesi kişide olumsuz duygulara neden olabilmektedir. Deprem sonrası prefabrik yerleşimde kalmanın psikopatoloji geliştirme riski hakkında spesifik bir çalışmaya rastlanmamıştır, bu nedenle çalışmamızdaki bu bulgu yeni araştırmaların yapılmasının önemini vurgulamaktadır. Depremden sonra psikososyal destek alan bireylerin BDÖ puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır($p=0,001$). TSSB ile ilişkisine benzer şekilde, şikayetlerine uygun olarak bireylerin yardım arayışında olmaları ve bu nedenle psikososyal destek almaları muhtemel sebeptir.

Depremde mal kaybı yaşayanlarda ($p=0,001$) ve evi yıkılanlarda ($p=0,001$) BDÖ puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Düzce depreminden yaklaşık 14 ay sonra 2007 depremzedenin sağlık hizmetlerinden faydalanmasının diğer

değişkenlerle ilişkisini inceleyen bir çalışmada, depremde sonra psikiyatrik yardıma başvurma oranları; geçmiş psikiyatrik öyküye sahip ve maddi kayıp yaşayan bireylerde anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur. Maddi kaybın, hem depresif hem de travmatik stres faktörleriyle ilişkisi olduğu tespit edilmiştir, ancak depresif belirtilerle olan ilişki daha yüksek düzeyde anlamlıdır(169). Sonuçlar dolayısıyla literatürle uyumlu olarak sonuçlanmıştır.

Travmatik yaşantılar ölçeği ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Burada kişinin önceden yaşadığı travmatik deneyimlerin, bir sonraki travma durumunda psikolojik dayanıklılığını azaltabileceği ve daha önceki travmatik olaylardan sonra yeterli psikiyatrik destek alınmamasının depresyon gelişimini kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği olasılığı vardır. Diğer yandan zayıf ilişkinin sebebi travmanın kişide hassasiyeti veya dayanıklılığı hangi yönde arttıracığının kişiden kişiye göre değişmesi olabilir.

ÜBÖ-30 alt boyutlarından olan olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven. Bilişsel farkındalık puanı ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Yine ÜBÖ-30 alt boyutlarından olan düşünceleri kontrol ihtiyacı ve ÜBÖ-30 toplam puanı ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki bulunmuştur. MDB ve panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi isimli bir çalışmada; MDB ve panik bozukluğu olan hastaların ÜBÖ -30 toplam puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. MDB hastalarında olumlu inanç ile kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutları, panik bozukluk hastalarında ise kontrol edilmezlik ve bilişsel farkındalık alt boyutları kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, MDB hastalarında BDÖ puanları ile ÜBÖ bilişsel güven arasında pozitif bir ilişki gözlemlenmiştir(170). Bu bağlamda üstbilişsel düzenin depresyon açısından bir etken olduğu çalışmamızla beraber literatür tarafından desteklenmektedir.

Çalışmadaki depremzedelerin BAÖ puanlamasına göre %23 oranında hafif; % 16 oranında orta ve %24 oranında şiddetli düzeyde anksiyeteye sahip oldukları tespit edilmiştir. Nepal'de meydana gelen depremde 14 ay sonra yapılan bir çalışmada, 198 depremzedenin %20'sinde belirgin anksiyete belirtileri olduğu tespit edilmiştir(165). Marmara depremde yaklaşık 6 yıl sonra 62 katılımcı ile yapılan çalışmada %24.2 oranında TSSB ve %25.8 oranında orta şiddetli derecede anksiyete

bozukluğu tespit edilmiştir(171). Deprem sonrası anksiyete bozukluğu gelişimi, genellikle TSSB ve depresyon gelişimi ile beraber değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, benzer çalışmalardaki bulgularla uyumludur.

Kadınlarda BAÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. ($p=0,001$) 2008 yılında Çin'in Wenchuan kentinde meydana gelen depremde sonra yapılan bir çalışmada, 2080 katılımcı ile yapılan görüşmelerde, kadın cinsiyetin anksiyete gelişimi için bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür(172). 2010 yılında Elazığ Kovancılar'da meydana gelen depremde sonra, 101 depremzede üzerinde anksiyete düzeyini ölçmek için yapılan çalışmada, kadınların anksiyete düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(173). Sonuçlar diğer çalışmalar ile bu anlamda paralellik göstermektedir.

Marmara depreminden 6 yıl sonra Sapanca'da yapılan bir çalışmada; kadınlarda, okuryazar olmayanlarda, depremde bir yakınını kaybetmiş olanlarda, mal kaybı yaşayanlarda, deprem sonrası bazı alışkanlıklarını değiştirenlerde orta ila şiddetli anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur(171). Bizim çalışmamızda medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, mesleki durum, bireyin depreme nerde yakalandığı, sigara ve alkol kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ek tıbbi hastalık öyküsü ve intihar girişimi öyküsü gibi değişkenlerde BAÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürden farklı olarak bu duruma çalışmamızdaki örneklem sayısının azlığı neden olmuş olabilir. Geçmişte psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre ($p=0.048$), depremde sonra psikiyatrik şikayetleri artanlarda ($p=0,001$) ve ilaç dozunda artış yapılanlarda ($p=0,002$) BAÖ puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Geçmişteki psikiyatrik öykü, birçok ruhsal hastalıkta olduğu gibi anksiyete gelişimi için uygun bir zemin oluşturan bir faktör olarak düşünülebilir. Hal böyleyken deprem sonrası şikayetlerin artması dolayısıyla ilaç doz artımına gidilmesi kaçınılmazdır. Depremde göçük altında kalanlarda ($p=0.002$), aile bireyleri göçük altında kalanlarda ($p=0,002$), akraba veya komşusu göçük altında kalanlarda ($p=0.004$), herhangi birinin deprem esnasında yaralandığına şahit olanlarda ($p=0.013$) ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak analiz verileri literatürle uyumlu görünmektedir.

Depremden sonra aile ya da arkadaşlarıyla kısa zamanda iletişime geçemeyenlerde ölçek puanı anlamı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,017$). Anksiyete hastalarındaki belirsizliğe tahammülsüzlük bulgusunu doğuran bir faktör olduğu düşünülmektedir. Depremden sonra maddi kaybı olanlarda olmayanlara göre ($p=0.004$), depremden sonra evi yıkılanlarda diğer seçeneklere göre ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.002$). Depremden sonra çadır veya konteynerda kalanlarda belirtilen diğer yerlerde kalanlara göre ($p=0.001$), ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu değişkenlerin kişide gelecek kaygısını oluşturduğu varsayılabılır. Depremden sonra psikososyal destek alanlarda ölçek puanı almayanlara oranla daha yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). TSSB ile ilişkisine benzer şekilde, şikayetlerine uygun olarak bireylerin yardım arayışında olmaları ve bu nedenle psikososyal destek almaları muhtemel sebeptir.

Elazığ merkezli depremden sonra anksiyete düzeylerini ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada; geçmişte travma deneyimi olanların BAÖ skoru, travma deneyimi olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır(173). Bizim çalışmamızda Travmatik yaşantılar ölçeği ile BAÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Burada kişinin önceden yaşadığı travmatik deneyimlerin, bir sonraki travma durumunda psikolojik dayanıklılığını azaltabileceği ve daha önceki travmatik olaylardan sonra yeterli psikiyatrik destek alınmamasının kaygı düzeyini arttırıcı bir faktör olabileceği olasılığı vardır. Diğer yandan zayıf ilişkinin sebebi travmanın kişide hassasiyeti veya dayanıklılığı hangi yönde arttıracağına kişiden kişiye göre değişmesi olabilir.

Literatürde anksiyete bozukluğunda üstbilişlerin sorgulandığı çok fazla yayın bulunmamakla beraber; panik bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin üstbilişleri arasında yapılan karşılaştırmada, panik bozukluk hastalarının daha düşük işlevsel üst bilişlere sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca, panik bozukluk hastalarının "kontrol edilemezlik ve tehlike" üst bilişini büyük etki değerinde, "düşünceleri kontrol ihtiyacı" üst bilişini ise orta etki değerinde daha fazla kullandığı belirlenmiştir. Ancak "bilişsel güven", "olumlu inançlar" ve "bilişsel farkındalık" üst bilişlerinde panik bozukluk hastaları ile kontrol grubu arasında bir fark tespit edilmemiştir(174). Bizim çalışmamızda ÜBÖ-30 alt boyutlarından olan olumlu inançlar kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel

farkındalık puanı ve Üstbiliş-30 ölçeği toplam puanı ile BAÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bu da çalışmamızı kısmen doğrular niteliktedir.



6. SONUÇ

Son yıllarda dünya genelinde yaşanan doğal afetlerin sayısı artmaktadır. Deprem, diğer afetlerden farklı olarak önceden tahmin edilemeyen ve büyük yıkımlara neden olabilen bir doğa olayıdır. Türkiye, coğrafi konumu itibariyle depremlerin sıkça yaşandığı bir bölgedir. Bu nedenle depremler, ülkemizin bir gerçeği olarak kabul edilmektedir.

Tarihten günümüze kadar depremlerin, çoğu zaman yaralanmalara, ölümlere ve büyük acılara yol açtığı bir gerçektir. Bu nedenle deprem sonrası sürecin, hem erken dönemde hem de ilerleyen zamanlarda iyi yönetilmesi çok önemlidir. İyi yönetilebilmesi için çeşitli hususlar ele alınmalıdır ve önemli konulardan biri de deprem mağdurlarının ruhsal açıdan etkilenmesidir. Bu nedenle deprem öncesinde alınacak gerekli önlemler ve deprem sonrasında bedensel ve ruhsal sağlığı korumak için yapılan her çalışma son derece önemlidir ve rehberlik edecektir. Biz de çalışmamızla 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası depremzedelerde gelişen TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluğu prevalansını ve bu hastalıkların bazı değişkenlerle ilişkisini araştırmayı amaçladık. Deprem üzerinden yaklaşık 3 ay sonra başlayan çalışmamız bu anlamda literatürdeki ilk çalışma sayılabilir. Çalışmamızın en önemli yönü; deprem sonrasında ortaya çıkan ruhsal hastalıkları tahmin edebilmek için çok fazla değişkeni incelemiş olmasıdır. Bu açıdan, çalışmamız gelecekte yapılacak araştırmalara rehberlik edebilecek niteliktedir.

Sonuçlarımızı değerlendirirken bazı kısıtlılıkların dikkate alınması gerekmektedir. Bu kısıtlılıklar arasında ilk olarak, örneklem sayımızın nispeten yetersiz olması ve katılımcıların çoğunluğunun Gaziantep'te depreme maruz kalmış olmasıdır. Çünkü 2023 Kahramanmaraş merkezli depremde nispeten Gaziantep merkez yerleşimi daha az etkilenmiştir. Bu durum elde ettiğimiz sonuçların genelleştirilmesini ve yorumlanmasını kısıtlamaktadır. Elde edilen bulguların daha anlamlı hale gelebilmesi için daha büyük örneklem gruplarıyla daha ileri araştırmalar yapılması gereklidir.

Çalışmada, yakını veya kendisi göçük altında kalma, yakın kaybı ve mal kaybı gibi faktörlerin araştırılan her üç hastalıkta da ciddi bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Yapılan diğer çalışmaların büyük çoğunluğunda da, bu faktörlerin ruhsal hastalık gelişimiyle güçlü bir ilişki içinde olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle, depremde önce alınacak önlemler önemli hale gelmektedir. Hasarlı yapıların önceden tespit edilmesi, yapıların depreme dayanıklılığının araştırılması ve belirli aralıklarla kontrollerin yapılması, can ve mal kayıplarının önlenmesinde en önemli faktörler olarak kabul edilmektedir.

Elde ettiğimiz bulgular, deprem gibi hayatları olumsuz etkileyen felaketlerden sonra sağ kalan bireylerin erken dönemde psikiyatrik semptomlarının ve

şikayetlerinin tespit edilmesinin büyük önem taşıdığını göstermektedir. Erken dönemde psikiyatrik semptomlar üzerinde yapılan değerlendirmeler, hızlı bir şekilde teşhis ve müdahale imkanı sunar. Bu süreçte, etkilenen kişilere barınma ve iş olanakları sağlama, psikolojik ve sosyal destek grupları oluşturma gibi önlemler almak da mümkündür. Bu tür tedbirler, psikiyatrik semptomların ve hastalıkların iyileşme sürecini hızlandırabilir ve insanların daha sağlıklı bir şekilde toparlanmalarına yardımcı olabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Afet TB, Başkanlığı ADY. Açıklamalı afet yönetimi terimleri sözlüğü. TC Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Deprem Dairesi Başkanlığı, Ankara. 2014.
2. Wu Z, Xu J, He L. Psychological consequences and associated risk factors among adult survivors of the 2008 Wenchuan earthquake. BMC psychiatry. 2014;14(1):1-11.

3. Farooqui M, Quadri SA, Suriya SS, Khan MA, Ovais M, Sohail Z, et al. Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2017;39:135-43.
4. TAŞÇI GA, Özsoy F. Deprem travmasının erken dönem psikolojik etkileri ve olası risk faktörleri. *Cukurova Medical Journal*. 2021;46(2):488-94.
5. CANKARDAŞ S, SOFUOĞLU Z. Deprem ya da Yangın Deneyimlemiş Kisilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri ve Belirtilerin Yordayıcıları. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2019;30(3).
6. Roberts YH, Mitchell MJ, Witman M, Taffaro C. Mental health symptoms in youth affected by Hurricane Katrina. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2010;41(1):10.
7. Norenzayan A, Lee A. It was meant to happen: explaining cultural variations in fate attributions. *Journal of personality and social psychology*. 2010;98(5):702.
8. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2002.
9. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2004;35(4):307-18.
10. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*. 1999;11(3):303.
11. Kadioğlu M. Afet Yönetimi Beklenilmeyeni Beklemek. En Kötüsünü Yönetmek, TC Marmara Belediyeler Birliği Yayını. 2011;65.
12. Atalay S. Acil durum hizmet grupları verilerinin standartlaştırılması ve TABİS'e uygun hale getirilmesi: Fen Bilimleri Enstitüsü; 2010.
13. Fullerton CS, McCaughey BG, Ursano RJ. Individual and community responses to trauma and disaster: the structure of human chaos: Cambridge University Press; 1995.
14. Gökçe O, Tetik Ç. Teoride ve pratikte afet sonrası iyileştirme çalışmaları. AFAD yayınları, 270ss. 2012.
15. Shaluf IM. Disaster types. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*. 2007;16(5):704-17.
16. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nature reviews Disease primers*. 2015;1(1):1-22.

17. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Mulder RT. Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. JAMA psychiatry. 2014;71(9):1025-31.
18. Mc Farlane R. Heavy crude oil production tool and method. 1987.
19. Duyan V, Tufan B, Aktas A, Duyan V. A Brief Look at the Case-History of Earthquakes in Turkey. Trauma Treatment Professionals' Training. 2000:77-82.
20. Akdur R. Deprem yönetimi ve depremde sağlık konu ve amaçları. Sağlık ve Toplum. 2000:25-30.
21. Kasapoğlu K. Depremler ve Türkiye hakkında bilmek istedikleriniz. İstanbul: Berkay Ofset. 2007.
22. Orhan F. Depremlerin Şehir ve Mesken Mimarisine Olan Etkilerine Coğrafi Bir Bakış: 1939 Erzincan Depremi Örneği. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2019;23(1):339-64.
23. Ajansı JUI. Türkiye’de Doğal Afetler Konulu Ülke Strateji Raporu. TC İçişleri Bakanlığı, Ankara. 2004.
24. Bıkçe M. TÜRKİYE’DE HASARA VE CAN KAYBINA NEDEN OLAN DEPREM LİSTESİ (1900-2014). 2015.
25. KORGAVUŞ¹ B, ERSOY M. KADIKÖY İLÇESİ KENTSEL AÇIK VE YEŞİL ALANLARININ OLASI İSTANBUL DEPREMİNDE YETERLİLİĞİNİN İRDELENMESİ.
26. Erdik M, Aydınoglu N, editors. Earthquake vulnerability of buildings in Turkey. 3rd Int. Symposium on Integrated Disaster Risk Management; 2003.
27. KARTAL RF, KADIRIOĞLU FT, APAK A. DEPREM AKTİVİTESİNİN BÖLGENİN NEOTEKTONİĞİ İLE İLİŞKİSİ.
28. KARAAĞAÇ D, Karaman H, AKTUĞ B. Kahramanmaraş ve Adıyaman illerinin afetselliğinin incelenmesi ve mekansal analiz teknikleriyle yerleşime uygun alanların belirlenmesi. Türk Deprem Araştırma Dergisi. 2019;1(2):123-33.
29. Kanat E, Tetik N. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremlerin Bist (Borsa İstanbul) Üzerindeki Etkileri. 2023.
30. ÖZDAL A. 06 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi Ağıt-Destanlarının İşlevsel Analizi. Korkut Ata Türkiyat Araştırmaları Dergisi. 2023(11):390-406.
31. MARANGOZ M, Çağrı İ. Doğal Afetlerin Ekonomik, Sosyal ve Çevresel Etkilerinin 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremler Bağlamında

Girişimciler Açısından Değerlendirilmesi. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2023;24(52):1-30.

32. Özer M. Education Policy Actions by the Ministry of National Education after the Earthquake Disaster on February 6, 2023 in Türkiye. Bartın University Journal of Faculty of Education. 2023;12(2).

33. Birliği AP. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)(Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1995.

34. Yüksel Ş. Felakete uyum ve ruh sağlığı. Klinik Psikiyatri. 2000;3:5-11.

35. Yıldırım G TA. Cognitive processes in post-traumatic stress disorder. Journal of Human Sciences. 2012;9(2):1429-42.

36. ATAÖĞLU BB, ATAÖĞLU A, ANKARALI H. Travmatik yaşantıların benlik saygısı üzerine etkisi. Duzce Medical Journal. 2019;21(3):186-91.

37. Türkbay T, Özcan C, Doruk A, Uzun Ö. Ergenlerin psikiyatrik belirtileri ve benlik saygıları üzerine kimlik bocalamasının etkileri. Türkiye’de Psikiyatri. 2005;7(3):92-7.

38. EKERBİÇER DŞ, ALYANAK DB. MADDE KULLANAN ERGENLERDE TRAVMA VE TRAVMA.

39. Battal S, Özmenler N. Posttravmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. Psikiyatri Temel El Kitabı. 1997;1:505-15.

40. van der Kolk BA, Streeck-Fischer A. Trauma and violence in children and adolescents: A developmental perspective. International handbook of violence research: Springer; 2003. p. 817-32.

41. Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P, Lenox R, McCahill ME. Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. General hospital psychiatry. 2000;22(4):261-9.

42. Rosenfield PJ, Stratyner A, Tufekcioglu S, Karabell S, Mckelvey J, Litt L. Complex PTSD in ICD-11: A case report on a new diagnosis. Journal of Psychiatric Practice®. 2018;24(5):364-70.

43. Iribarren J, Prolo P, Neagos N, Chiappelli F. Post-traumatic stress disorder: evidence-based research for the third millennium. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2005;2:503-12.

44. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. Psychological medicine. 2016;46(2):327-43.

45. Sareen J, Stein M, Friedman M. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Up to date [online]. 2018.
46. Koenen K, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin K, Bromet E, Stein D, et al. Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological medicine*. 2017;47(13):2260-74.
47. Kılıç C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(3):232-8.
48. Önder E, Tural Ü. Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. Ankara, Türk Psikiyatri Derneği. 2004.
49. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(7):626-32.
50. Davey GC, Burgess I, Rashes R. Coping strategies and phobias: The relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *British Journal of Clinical Psychology*. 1995;34(3):423-34.
51. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: New Delhi: Wolters Kluwer, 2007; 2007.
52. Geyran P. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2000;8:9-12.
53. Gül IG, Eryılmaz G. Travma sonrası stres bozukluğunun nörobiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Klinik psikiyatri*. 2015;18:71-9.
54. Avşar Ş. Pandemi döneminde eşleri tarafından ev içi şiddete maruz kalan kadınlarda gelişen travma sonrası stres bozukluğu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir olgu-Kontrol çalışması: (İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.
55. Davidson J. Posttraumatic stress disorder, risk factors and comorbidity. *A Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2000;1448.
56. Şuer T. Posttravmatik stres bozukluğu. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*. 2005;47:205-10.
57. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *The American journal of psychiatry*. 1992;149(5):671-5.

58. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 1999;1(34-41).
59. Bajor LA, Ticlea AN, Osser DN. The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: an update on posttraumatic stress disorder. *Harvard review of psychiatry*. 2011;19(5):240-58.
60. Berenz EC, Vujanovic AA, Coffey SF, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity and breath-holding duration in relation to PTSD symptom severity among trauma exposed adults. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(1):134-9.
61. Kornør H, Winje D, Ekeberg Ø, Weisæth L, Kirkehei I, Johansen K, et al. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2008;8:1-8.
62. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 1989;20(3):211-7.
63. Stein DJ, Seedat S, van der Linden GJ, Zungu-Dirwayi N. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of post-traumatic stress disorder: a metaanalysis of randomized controlled trials. *International clinical psychopharmacology*. 2000;15:S31-S9.
64. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S, Sager C, Amos T. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*. 2006(1).
65. Raskind MA, Peskind ER, Kanter ED, Petrie EC, Radant A, Thompson CE, et al. Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(2):371-3.
66. Raskind MA, Peterson K, Williams T, Hoff DJ, Hart K, Holmes H, et al. A trial of prazosin for combat trauma PTSD with nightmares in active-duty soldiers returned from Iraq and Afghanistan. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(9):1003-10.
67. Sabuncuoğlu O, Çevikaslan A, Berkem M. Marmara depreminden etkilenen iki ayrı bölgede ergenlerde depresyon, kaygı ve davranış. *Klinik Psikiyatri*. 2003;6:189-97.
68. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). 2013.
69. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive textbook of psychiatry*: lippincott Williams & wilkins Philadelphia; 2000.

70. Davison K. Historical aspects of mood disorders. *Psychiatry*. 2006;5(4):115-8.
71. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Text revision)(DSM-IVTR). Washington, DC: American Psychiatric Association. Inc[Google Scholar]. 2000.
72. Association AP. DSM-5 diagnostic classification. (No Title). 2013.
73. Erskine H, Baxter A, Patton G, Moffitt T, Patel V, Whiteford H, et al. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2017;26(4):395-402.
74. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*. 2013;34:119-38.
75. Friedman ES, Anderson IM, Arnone D, Denko T. *Handbook of depression*: Springer; 2014.
76. Depression W. Other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization. 2017;24.
77. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.
78. Celik F, Hocaoglu C. Major depressive disorder definition, etiology and epidemiology; A Review. *J Contemp Med*. 2016;6(1):51-66.
79. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Substance related disorders. Kaplan HI, Sadock BJ Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry 8th ed Baltimore: Williams & Wilkins. 1998:419-26.
80. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ankara, Rotatıp Kitapevi. 2013.
81. Sullivan P, Neale M. C., Kendler K. S. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1552-62.
82. Shapiro P. Çocukluk ve İlk Gençlik Depresyonu. Çev: M Kesim İstanbul: Papius Yayinevi. 1997.
83. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, KILIÇKAP Z. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, 1. baskı, Sivas. Dilek Matbaası. 1995:50-2.

84. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. *Biological psychiatry*. 1999;45(3):300-7.
85. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*. 2003;289(23):3095-105.
86. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. 2007.
87. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*: Guilford press; 1979.
88. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016;6(1):51-66.
89. Fawcett J. The morbidity and mortality of clinical depression. *International clinical psychopharmacology*. 1993;8(4):217-20.
90. Fava M, Uebelacker LA, Alpert JE, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF. Major depressive subtypes and treatment response. *Biological psychiatry*. 1997;42(7):568-76.
91. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*. 2001;110(4):585.
92. Roth RS, Geisser ME, Bates R. The relation of post-traumatic stress symptoms to depression and pain in patients with accident-related chronic pain. *The Journal of Pain*. 2008;9(7):588-96.
93. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *Journal of affective disorders*. 2009;115(1-2):112-21.
94. Rosenthal MH. The challenge of comorbid disorders in patients with depression. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2003;103(s84):10-5.
95. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Jama*. 1989;262(7):914-9.
96. Souery D, Oswald P, Massat I, Bailer U, Bollen J, Demyttenaere K, et al. Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: results from a European multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(7):1062-70.

97. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(2):141-51.
98. Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen H-U. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *The British journal of psychiatry*. 1996;168(S30):38-43.
99. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry: Wolters Kluwer Philadelphia, PA; 2015.
100. Dell'Osso B, Camuri G, Castellano F, Vecchi V, Benedetti M, Bortolussi S, et al. Meta-review of metanalytic studies with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for the treatment of major depression. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 2011;7:167.
101. Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(suppl E1):27767.
102. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları (11. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara. 2004:291-342.
103. Bayraktar E. Yaygın anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları*. 2006:469-508.
104. Sanderson WC, DiNardo PA, Rapee RM, Barlow DH. Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III—R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1990;99(3):308.
105. Şar V. DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış:“Batı cephesinde yeni bir şey yok” mu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2010;13:196-208.
106. Bal U. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları (Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana. 2010.
107. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and anxiety*. 2002;16(4):162-71.
108. Maier W, Gänscike M, Freyberger H, Linz M, Heun R, Lecrubier Y. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;101(1):29-36.
109. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):276-85.

110. Noyes Jr R, Clarkson C, Crowe RR, Yates WR, McChesney CM. A family study of generalized anxiety disorder. *The American journal of psychiatry*. 1987;144(8):1019-24.
111. Nalbantoğlu B. Sosyal anksiyete bozukluğu ve bilişsel abartma tarzı: bilinçli farkındalık ve tekrarlayıcı olumsuz düşüncelerin düzenleyici rolleri: Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2020.
112. Uzun N. Ergen anksiyete bozukluklarında serum oksitosin ve vazopresin düzeyleri ve ilişkili faktörler. 2017.
113. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. 2004.
114. Barbalho CA, Nunes-de-Souza RL, Canto-de-Souza A. Similar anxiolytic-like effects following intra-amygdala infusions of benzodiazepine receptor agonist and antagonist: evidence for the release of an endogenous benzodiazepine inverse agonist in mice exposed to elevated plus-maze test. *Brain research*. 2009;1267:65-76.
115. Sullivan GM, Coplan JD, Kent JM, Gorman JM. The noradrenergic system in pathological anxiety: a focus on panic with relevance to generalized anxiety and phobias. *Biological psychiatry*. 1999;46(9):1205-18.
116. Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo MG. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*. 2007;7(2):336.
117. Engels AS, Heller W, Mohanty A, Herrington JD, Banich MT, Webb AG, et al. Specificity of regional brain activity in anxiety types during emotion processing. *Psychophysiology*. 2007;44(3):352-63.
118. BALCIOĞLU İ, ÜNSALVER B. Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. 2006;37(3):115-20.
119. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. C Güleç, E Köroğlu (eds): *Psikiyatri Temel Kitabı*'nda, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1997;1:449-59.
120. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
121. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. Inc, Güleç C, Köroğlu E, editör *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1997:449-526.
122. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Poli P, Bertini N, Milantoni L. Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(6):752-60.

123. Wittchen H-U, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(5):355-64.
124. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. *Psikiyatri temel kitabı*. Baskı Ankara: HYB Basım Yayın. 2007;273.
125. Stahl S. *Anksiyete ve Psikofarmakoloji*. 3. Baskı. Cambridge University Press. Karamustafalıoğlu O.(çeviren) Sigma Publishing; 2011.
126. Rubio G, López-Ibor JJ. Generalized anxiety disorder: A 40-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;115(5):372-9.
127. SYçe KS. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Tedavi ve Diğer Anksiyete Bozuklukları ile ilişkisi. Bursa: Özsan Matbaacılık. 2000:175-81.
128. Strawn JR, Geraciotti L, Rajdev N, Clemenza K, Levine A. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. *Expert opinion on pharmacotherapy*. 2018;19(10):1057-70.
129. Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1991;59(1):167.
130. Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*. 1994;32(8):871-8.
131. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in depressive and anxiety disorders: current directions. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2008;1(1):33-44.
132. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(1):111-22.
133. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(5):1172-81.
134. Yazıhan N, Yelboğa Z. Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında üstbilişlere ilişkin inançlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2019;22(4):445-51.
135. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
136. Guy W. *Clinical global impression. Assessment manual for Psychopharmacology*. 1976:217-22.

137. Hisli N. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory for university students. *Psikoloji dergisi*. 1989;7:3-13.
138. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
139. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893.
140. Waisbren S, White D. Screening for cognitive and social-emotional problems in individuals with PKU: tools for use in the metabolic clinic. *Molecular genetics and metabolism*. 2010;99:S96-S9.
141. Santos G, Boin I, Pereira M, Bonato T, Silva R, Stucchi R, et al., editors. Anxiety levels observed in candidates for liver transplantation. *Transplantation proceedings*; 2010: Elsevier.
142. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163.
143. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-96.
144. Tosun A, Irak M. Adaptation, Validity, and Reliability of the Metacognition Questionnaire-30 for the Turkish Population, and its Relationship to Anxiety and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2008;19(1).
145. Nijenhuis ER, Van der Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2002;9(3):200-10.
146. Şar V. Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TEQ)-Türkçe Versiyonu. Erişim Tarihi. 2000;15:2018.
147. Korkmaz S. Obsesif kompulsif bozuklukta travmatik yaşantılar. *Dicle Tıp Dergisi*. 2020;47(4):903-10.
148. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov. 2013;10(4):206.
149. Boysan M, Guzel Ozdemir P, Ozdemir O, Selvi Y, Yilmaz E, Kaya N. Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders, (PCL-5). Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2017;27(3):300-10.

150. Wang L, Zhang Y, Wang W, Shi Z, Shen J, Li M, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder among adult survivors three months after the Sichuan earthquake in China. Journal of traumatic stress. 2009;22(5):444-50.

151. Wang L, Zhang Y, Shi Z, Wang W. Symptoms of posttraumatic stress disorder among adult survivors two months after the Wenchuan earthquake. Psychological Reports. 2009;105(3):879-85.

152. Boztas MH, Aker AT, Munir K, Çelik F, Aydın A, Karasu U, et al. 2011 yılı Van-Erciş depremi sonrası yetişkinlerde travma sonrası stres bozukluğu. KLİNİK PSİKIYATRİ DERGİSİ.22(4):380-8.

153. Eksi A, Braun KL. Over-time changes in PTSD and depression among children surviving the 1999 Istanbul earthquake. European Child & Adolescent Psychiatry. 2009;18:384-91.

154. Bedirli B. Deprem travmasının kronik psikolojik etkileri: Düzce Depremi'nden 14 yıl sonra travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri. Haliç Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2014.

155. Foa EB. Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2006;67(Suppl 2):40-5.

156. Baloglu M, Harris MB, Karagözoğlu C. The Psychological effects of an earthquake on Turkish college students. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi. 2005;2(2):125-36.

157. Sevda A, DEMİRCİ HB, KAYLI DŞ, Yazarbaş G. COVID-19 pandemisi sürecinde sigara ve alkol kullanan bireylerde travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının incelenmesi. Klinik Psikoloji Dergisi. 2021;5(3):254-65.

158. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB, Breslau N. Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. 1999.

159. North CS, Oliver J, Pandya A. Examining a comprehensive model of disaster-related posttraumatic stress disorder in systematically studied survivors of 10 disasters. American journal of public health. 2012;102(10):e40-e8.

160. Livanou M, Bassoglu M, Ssalcioglu E, Kalendar D. Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. The Journal of nervous and mental disease. 2002;190(12):816-23.

161. Sungur MZ. İkincil travma ve sosyal destek. Klinik Psikiyatri. 1999;2(2):105-8.

162. Kılıç M. Afetlerde psikososyal hizmetlerin etkililiği: Türk Kızılayı ve 2005 Pakistan depremi: Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
163. Bennett H, Wells A. Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of anxiety Disorders*. 2010;24(3):318-25.
164. Cénat JM, Derivois D. Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adults survivors of earthquake in Haiti after 30 months. *Journal of affective disorders*. 2014;159:111-7.
165. Thapa P, Acharya L, Bhatta BD, Paneru SB, Khattri JB, Chakraborty PK, et al. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder after earthquake. 2018.
166. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5(1):8-15.
167. ÖZÇETİN A, ÖZKAN M, ĞLU AA, İÇMELİ C. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Poliklini ğine Başvuran Hastaların Sosyo-Demografik Tanılar ve Depremle ilişkileri. *Düşünen Adam Dergisi*. 2002:149-7.
168. Güven K. Marmara depremini yaşayan yetişkinlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile travma sonrası gelişim ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
169. Önder E, Tural Ü, Aker T, Kılıç C, Erdoğan S. Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41:868-74.
170. Özsoy F, KULOĞLU MM. Major depresif bozukluk ve Panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017;7(1):42-9.
171. Önsüz MF, Topuzoğlu A, İkişik H, Karavuş M, editors. Marmara Depreminden Altı Yıl Sonra Sapanca'da Travma Sonrası Stres ve Anksiyete Bozukluklarının Değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*; 2009.
172. Tang B, Liu X, Liu Y, Xue C, Zhang L. A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC public health*. 2014;14:1-12.
173. Bilici R, Tufan E, Turhan L, UĞURLU GK, Serap T, KAŞAN T. Deprem sonrasında bireylerin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler: Elazığ merkezli bir ön çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*. 2013;18(1):15-9.
174. Böke Ö, PAZVANTOĞLU O, BABADAĞI Z, Ünverdi E, Ay R, Çetin E, et al. Panik bozukluğunda üst bilişler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16(1).



8. EKLER

EK-1 Sosyo-Demografik Veri Formu

Adı soyadı:		
Cinsiyeti:		
1. Kadın 2. Erkek		
Yaşı:		
Medeni durum:		
1-Bekar	2-Evli	3-Dul 4-Boşanmış
Eğitim durumu:		
1- Lise ve altı		
2- Üniversite		
Yerleşim Alanı:		
1-Köy(.....)	2-ilçe (.....)	3-il(.....)
Ekonomik Durum:		
1-Düşük		
2-Orta		
3-Yüksek		
Meslek:		
1-Öğrenci	2-Memur	3-İşçi 4-Özel meslek 5-Emekli
6-Çalışmıyor		
Sigara kullanımı öyküsü:		
1- Evet (miktar/gün)		2-Hayır
Alkol kullanım öyküsü:		
1- Evet (miktar/gün)		2-Hayır
Ek tıbbi hastalık öyküsü :		
1-Var (.....)		
2- Yok		
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü :		
1-Var		2-Yok
Daha önce İntihar girişimi :		
1-Var		2-Yok
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü :		
1-Var		2-Yok

Depremden sonra geçmiş psikiyatrik şikayetlerinde artış oldu mu?			
1.Evet		2.Hayır	
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış yapıldı mı?			
1.Evet		2.Hayır	
Deprem esnasında nerdeydiniz?			
1.Kendi evimde			
2.Kendi evim dışında başka bir ev			
3.Cafe veya başka bir sosyal ortam			
4.Açık alan			
5.A sensör			
6.Araba			
Deprem esnasında tek miydiniz?			
1.Evet		2.Hayır	
Deprem esnasında yanınızda kim vardı?			
1.Ailem	2.Komşularım	3.Akrabalarım	4.Tanımadığım insanlar
5.Arkaşlarım			
Depremde göçük altında kaldınız mı?			
1.Evet		2.Hayır	
Göçük altında ne kadar süre kaldınız?			
Aile bireylerinizden göçük altında kalan oldu mu?			
1.Evet		2.Hayır	
Akraba veya komşularınızdan göçük altında kalan oldu mu?			
1.Evet		2.Hayır	
Herhangibirinin göçük altından çıkarıldığına şahit oldunuz mu?			
1.Evet		2.Hayır	
Herhangi birinin deprem esnasında öldüğüne şahit oldunuz mu?			
1.Evet		2.Hayır	
Herhangi birinin deprem esnasında yaralandığına şahit oldunuz mu?			
1.Evet		2.Hayır	
Depremde bir yakınınızı kaybettiniz mi?			
1.Evet		2.Hayır	

Depremden sonra aile-akraba yada arkadaşlarınızla kısa zamanda iletişime geçebildiniz mi?	
1.Evet	2.Hayır
Depremden sonra arama-kurtarma çalışmalarına katıldınız mı?	
1.Evet	2.Hayır
Depremden sonra nerde kaldınız?	
1.Kendi evimde	
2.Akrabalarımın evinde	
3.Arkadaşlarımın evinde	
4.Sosyal destek kurumlarının tahsis ettiği yerlerde	
5.Çadırkentte	
6.Şehir dışına çıktım	
Depremden sonra psikososyal destek aldınız mı?	
1.Evet	2.Hayır
Depremden sonra prefabrik yerleşimde kaldınız mı?	
1.Evet	2.Hayır
Depremden sonra mal kaybınız oldu mu?	
1.Evet	2.Hayır
Depremden sonra evinizde hasar kaydı oldu mu?	
1.Evim yıkıldı	
2.Ağır hasar	
3.Orta hasar	
4.Hafif hasar	
5.Hasar kaydı yok	

Ek-2 :Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

Ek-3 Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|---|---|
| <p>1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> <p>3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> <p>4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.</p> <p>5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.</p> <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.</p> | <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.</p> <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p>13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p>15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> <p>16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p>18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p>20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|---|---|

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek-4 Üstbiliş Ölçeği-30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

© MCQ-30 Questionnaire telif hakkı sahiplerinin izniyle araştırma amaçlı kullanılmaktadır [Kaynak: Wells, A & Cartwright-Hatton, S. (2004). *Beh. Res. and Therapy*, 42; 385-396.]. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması için Tosun, A., & Irak M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.

Ek-5 Travmatik Yaşantılar Ölçeği

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden ,2001
© Türkçe Versiyon: Vedat Şar, 2002

TRAVMATİK YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (T. E. C.)

İnsanların başından geçen ileri derecede üzücü ve sarsıcı yaşantılara TRAVMA adı verilmektedir. Aşağıdaki listede sizin de başınıza gelmiş olabilecek bazı travma yaşantıları sorulmaktadır. Sorularda üç şey üzerinde durulmaktadır: Olay başınızdan geçmiş midir? Olay sırasında kaç yaşındaydınız? Olay sizi ruhsal bakımdan ne kadar etkilemiştir?

A) Sorulan 29 çeşit olaydan her biri için başınızdan geçip geçmediğini EVET ya da HAYIR cevabını daire içine alarak işaretleyiniz.

B) EVET cevabını verdiğiniz her soruda olay sırasında kaç yaşında olduğunuzu yazınız. Olay bir kereden fazla oldu ise her defasında kaç yaşında olduğunuzu belirtiniz. Eğer olay bir yıldan fazla sürdü ise belirtiniz (örneğin 7 ile 12 yaş arası) biçiminde yazınız.

C) Başınızdan geçen her bir olayın üzerinizdeki ruhsal ETKİSİNİ (uygun düşen rakamı daire içersine alarak) belirtiniz.

- 1 = hiç etkilemedi
- 2 = biraz etkiledi
- 3 = orta derecede etkiledi
- 4 = çok etkiledi
- 5 = ileri derecede etkiledi

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

	Başınıza geldi mi?	Kaç yaşında?	Etkilenme
1. Çocukluğunuzda anababanıza ya da kardeşlerinize bakmak zorunda olmak	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
2. Ailenizde problemler olması (örneğin ana ya da babanızda alkolizm ya da ruhsal problem olması, fakirlik)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
3. SİZ ÇOCUKKEN aile bireylerinden birinin ölümü (kardeş ya da anababa)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
4. ERİŞKİNLİĞİNİZDE aile bireylerinden birinin (çocuk ya da eş) ölümü	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
5. Vücutça ağır yaralanma (örneğin kol ya da bacak kaybı, ağır yanık)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
6. Hastalık, ameliyat ya da kaza nedeniyle hayati tehlike geçirme	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
7. Anababanızın boşanması	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
8. Kendinizin boşanması	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
9. Birisinin sizi ölümle tehdit etmesi (örneğin gasp sırasında)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
10. Şiddetli ağrı çekme (örneğin yaralanma ya da ameliyat nedeni ile),	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
11. Savaş koşullarında yaşanan olumsuz olaylar (örneğin esir düşme, yakınların ölümü, mahrumiyet, yaralanma)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5

12. İkinci kuşak olarak savaşın etkilerine maruz kalma (Anababa ya da yakın akrabalarınızın başına savaş koşullarında kötü olaylar gelmiş olması) Hayır Evet 1 2 3 4 5
13. Başkasının travmaya uğramasına tanık olma. Hayır Evet 1 2 3 4 5
14. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin yalnız bırakılma, yetersiz sevgi görme) Hayır Evet 1 2 3 4 5
15. Diğer aile bireyleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) Hayır Evet 1 2 3 4 5
16. Aileniz dışındaki kişiler tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey anababa öğretmenler). Hayır Evet 1 2 3 4 5
17. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından duygusal tacize uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi) Hayır Evet 1 2 3 4 5
18. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi) Hayır Evet 1 2 3 4 5
19. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey anababa öğretmenler) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi) Hayır Evet 1 2 3 4 5

20. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından
vücutça istismara uğrama (örneğin,
size vurulması, eziyet edilmesi,
ya da yaralanmanız) Hayır Evet 1 2 3 4 5
21. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca,
dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne
ve büyükbaba) tarafından
vücutça istismara uğrama (örneğin,
size vurulması, eziyet edilmesi,
ya da yaralanmanız) Hayır Evet 1 2 3 4 5
22. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin
komşular, arkadaşlar, üvey anababa
öğretmenler) tarafından vücutça
istismara uğrama (örneğin,
size vurulması, eziyet edilmesi,
ya da yaralanmanız) Hayır Evet 1 2 3 4 5
23. Size çok ağır cezalar verilmesi
Cevabınız evet ise bu nasıl bir cezaydı, açıklayınız.
.....
.....
.....
24. Anababa ya da kardeşleriniz
tarafından cinsel tacize uğrama
(bedensel temas ya da dokunma
OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda
bulunulması) Hayır Evet 1 2 3 4 5
25. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca,
dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne
ve büyükbaba) tarafından cinsel tacize
uğrama (bedensel temas ya da dokunma
OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda
bulunulması) Hayır Evet 1 2 3 4 5
26. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin
komşular, arkadaşlar, üvey anababa
öğretmenler) tarafından cinsel
tacize uğrama (bedensel temas ya da
dokunma OLMAKSIZIN cinsel
davranışlarda bulunulması) Hayır Evet 1 2 3 4 5

27. Anababa ya da kardeşler tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinseldavranışlar) Hayır Evet 1 2 3 4 5
28. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temasya da dokunmanınolduğu istenmeyen cinsel davranışlar) Hayır Evet 1 2 3 4 5
29. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, öğretmenler) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar Hayır Evet 1 2 3 4 5
30. Eğer taciz ya da istismara uğradiysanız, bunları kaç kişi yaptı?
- A) Duygusal istismar (14-19 arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).
- Kişi sayısı:
- B) Bedensel istismar (20-23 arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).
- Kişi sayısı:.....
- C) Cinsel taciz (24-26) arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).
- Kişi sayısı:
- D) Cinsel istismar (27-29 arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).
- Kişi sayısı:

31. Önceki soruda (30. soru) sözünü ettiğiniz her bir kişi sizin neyiniz oluyordu, belirtiniz. (örneğin, baba, erkek kardeş, arkadaş, öğretmen, yabancı, v.b.). Eğer bu kişi sizden en az 4 yaş büyük idiyse yanına (+) işaret koyunuz. Aksi halde (-) olarak işaretleyiniz.

Örneğin arkadaş (-) ya da amca (+) gibi,

A) Duygusal ihmal

B) Duygusal istismar

C) Bedensel istismar

D) Cinsel taciz

E) Cinsel istismar

32. Sizi etkilemiş olan BAŞKA travma (ileri derecede üzücü olay) yaşantınız varsa onları da belirtiniz.

.....

33. 1 ve 29 arasındaki sorulardan herhangi birine EVET cevabı verdiyseniz, söz konusu olaydan sonra ne kadar destek gördünüz? (Sorunun numarasını ve desteğin düzeyini belirtiniz)

Soru numarası

Destek (0= Yok, 1= Biraz, 2= Çok)

.....

.....

Ek-6 Dsm-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (Pcl-5)

DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. **SON BİR AY İÇİNDE** bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

<i>GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:</i>	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Orta derecede</i>	<i>Oldukça fazla</i>	<i>Aşırı</i>
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD