

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HASTANE ÇALIŞANLARINDA DEPREM SONRASI
TRAVMA DÜZEYİ VE STRESLE BAŞ ETME
YÖNTEMLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emine BİÇEN BASKI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU

ŞANLIURFA
2024

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecime başladığım ilk günden beri bilimsel ve sosyal konulardaki tecrübelerini bizden esirgemeyen her daim bize yol gösteren saygıdeğer hocam ve aynı zamanda tez danışmanım olmasından gurur duyduğum Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimim süresince “aile” birlikteliği içerisinde çalıştığımız ve bilgilerinden faydalandığımız değerli hocam Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI 'ya

Uzmanlık eğitimim süresince beraber sıcak ilişkiler kurduğumuz ve uyum içinde çalışarak gerçek ailenin ne demek olduğunu derinden hissettiren tüm asistan arkadaşlarıma,

Bugüne gelmemde şüphesiz ki en fazla emeği olan, bana daima yürekten inanan canım aileme ve kardeşlerime,

Yaşamımdaki her alanda olduğu gibi bu çalışmada sırasında da sevgisi, sabrı ve desteği ile yanımda olan sevgili eşim Hasan BASKI 'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Emine BİÇEN BASKI

ÖZET

Hastane Çalışanlarında Deprem Sonrası Travma Düzeyi ve Stresle Baş Etme Yöntemleri

Dr. Emine BİÇEN BASKI

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Deprem; evsizliğe, yıkımlara, göçlere, insanların sevdiklerini kaybetmesine ve bunlarla ilişkili olarak önemli ruh sağlığı sorunlarına yol açan bir doğal afettir. Deprem sonrası hastane çalışanları depremin olumsuz etkilerinin yanında artan iş yüklerinin stresini de yaşamaktadır. Çalışmanın amacı hastane çalışanlarında travma düzeyini saptamak, stres ile başa çıkma yöntemlerini araştırmak, bu konuda literatüre katkı sağlamaktır.

Prospektif, kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki araştırmamız 6 Şubat Kahramanmaraş depremini yaşayan Şanlıurfa Harran Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan 511 gönüllü üzerinde çevrimiçi online anket aracılığı ile yapıldı.

Çalışmamızda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) açısından kadın cinsiyet ($p=0,000$), depremde yakınına kaybetmek ($p=0,000$), evinin hasarlanması ($p=0,009$), deprem sonrası kendi evi dışında kalınması ($p=0,000$), geçmişte travmatik olay yaşanılması ($p=0,000$) ve arama kurtarma çalışmalarına katılmak ($p=0,012$) risk faktörü olarak bulunmuştur. Ayrıca hastane çalışanlarından doktor dışı sağlık çalışanlarının stres puanlarının hem doktorlardan hem de sağlık dışı hastane çalışanlarından daha fazla oldukları bulunmuştur ($p=0,001$). Bunun nedeni özellikle hemşirelerin hastalarla daha yakın temasta bulunarak duygusal bağ kurması olabilir. Stresle başa çıkmada olumlu yeniden değerlendirme stratejilerini daha fazla kullananların stres puanlarının daha az olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Dini başa yöntemlerinin ise daha yüksek stresle puanlarıyla ilgili olduğu saptanmıştır ($p=0,023$). Bunun nedeni daha çok Tanrı'nın cezalandırmasını düşünmek gibi olumsuz dini başa etme stratejisi seçimi olabilir.

Çalışma sonuçlarımız başta hemşireler ve hekimler olmak üzere tüm hastane çalışanlarının TSSB açısından risk altında olduğunu ortaya koymuştur. Her yönden yıkıcı etkileri olan deprem felaketini deneyimleyen ve çalışma koşulları nedeniyle ağır fiziksel ve ruhsal yüke maruz kaldığı bilinen hastane çalışanlarında çeşitli seviyelerde ortaya çıkan TSSB nedeniyle ciddi sağlık sorunları yaşamalarının önüne geçilmesinde mevcut etkilenme durumlarının düzenli aralıklarla taranması ve iyileştirici müdahalelerin planlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hastane Çalışanı, Deprem, Stres, Travma

ABSTRACT

Post-Earthquake Trauma Level and Methods of Coping with Stress in Hospital Staff

Dr. Emine BİÇEN BASKI

Department of Family Medicine Specialization Thesis

Earthquake is a natural disaster that causes homelessness, destruction, migration and loss of loved ones, which can lead to significant mental health problems. After the earthquake, hospital workers experience the stress of increased workloads as well as the negative effects of the earthquake. The aim of this study is to determine the level of trauma in hospital workers, to investigate the methods of coping with stress and to contribute to the literature on this subject.

Our prospective, cross-sectional, descriptive study was conducted with an online survey on 511 volunteers working at Şanlıurfa Harran University Research Hospital who experienced the February 6 Kahramanmaraş earthquake.

In our study, it was found that female gender ($p=0,000$), losing a relative in the earthquake ($p=0,000$), having a damaged house ($p=0,009$), staying outside one's own house after the earthquake ($p=0,000$), experiencing traumatic events in the past ($p=0,000$), and participating in search and rescue operations ($p=0,012$) were risk factors for post-traumatic stress disorder (PTSD). In addition, it was found that the stress scores of non-physician health workers among hospital employees was higher than both physicians and non-medical hospital employees ($p=0,001$). The reason for this may be that especially nurses have closer contact with patients and establish emotional bonds. Stress scores was found to be lower in those who used positive reappraisal strategies more in coping with stress ($p=0,000$). Religious coping methods were found to be more related to stress scores ($p=0,023$). This may be due to the choice of negative religious coping strategies such as thinking about God's punishment.

Our study results revealed that all hospital workers, especially nurses and physicians, are at risk for PTSD. It is recommended that hospital workers who experienced the earthquake disaster, which had devastating effects in all aspects, and who are known to be exposed to heavy physical and psychological burden due to their working conditions, should be screened regularly for their current vulnerability and remedial interventions should be planned in order to prevent them from experiencing serious health problems due to PTSD at various levels.

Key Words: Hospital Staff, Earthquake, Stress, Trauma

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
GRAFİKLER DİZİNİ	x
Sayfa.....	x
KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Deprem.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Kahramanmaraş Depremi	5
2.1.3. Deprem ve Sağlık Çalışanları	6
2.2. Travma	7
2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	7
2.3.1. Tanım ve Epidemiyoloji	7
2.3.2. Risk Faktörleri	8
2.3.3. Patofizyoloji	8
2.3.4. Klinik Manifestasyonlar	10
2.3.5. Tanı Kriterleri	11
2.3.6. Ayırıcı Tanı.....	14
2.3.7. Eşlik Eden Durumlar	17
2.3.8. Tedavi	18
2.3.9. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....	19
2.3.10. Prognoz	21
2.3.11. Tarama	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Çalışmanın Dizaynı.....	22
3.2. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	22
3.3. Bakılan Parametreler ve Yöntem	22
3.4. İstatistiksel Yöntem	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	58

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER	74
8.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	74
8.2. Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği (DSTBÖ)	76
8.3. Deprem Stresi ile Baş etme Ölçeği (DSBÖ).....	78
8.4. İntihal Raporu	80
8.5. Etik Kurul Onayı.....	87



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

- Şekil 2.1.** AFAD 2018 Türkiye'nin deprem tehlike haritası. 6 Şubat 2023 depremleri (mavi çizgiler) yüksek potansiyel tehlikeye sahip olduğu bilinen faylar üzerinde meydana geldi. Kesikli kutuda en yüksek yer ivmesine göre deprem riski gösterilmektedir (3). 6
- Şekil 2.2.** TSSB'de rol oynayan beyin bölgelerinin MRG'da gösterilmesi. 9



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. TSSB gelişiminde risk faktörleri (23)	8
Tablo 2.2. TSSB'nin temel klinik özellikleri (4)	10
Tablo 2.3. DSM-5-TR TSSB tanı kriterleri (28).....	11
Tablo 4.1. Sosyodemografik verilerin dağılımı	24
Tablo 4.2. Deprem öncesi durum ile ilgili sorular	27
Tablo 4.3. Deprem öncesi psikiyatrik hastalık olma durumuna göre dağılım	27
Tablo 4.4. Deprem süreci ile ilgili sorular	28
Tablo 4.5. Deprem sonrası durum ile ilgili sorular	32
Tablo 4.6. Kurtarma Çalışmalarına Katılma Durumuna Göre Bireylerin Deprem Sonrası Durumlarının Değerlendirilmesi	34
Tablo 4.7. Depremde kalınan yerin etkilenme durumuna göre bireylerin deprem sonrası durumlarının değerlendirilmesi	35
Tablo 4.8. Depremde yakınlarının göçük altında kalma durumuna göre bireylerin deprem sonrası durumlarının değerlendirilmesi	36
Tablo 4.9. Depremde yakınlarından kaybı olma durumuna göre bireylerin deprem sonrası durumlarının değerlendirilmesi	37
Tablo 4.10. Yaş ve ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri	38
Tablo 4.11. Cinsiyet durumu ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	39
Tablo 4.12. Medeni durum ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	40
Tablo 4.13. Öğrenim durumu ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	41
Tablo 4.14. Meslek grupları ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı	42
Tablo 4.15. Deprem öncesi psikiyatrik hastalığı olma durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	43
Tablo 4.16. Deprem sonrası psikiyatrik ilaç başlanma durumu ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	44
Tablo 4.17. Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacı olma durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	45
Tablo 4.18. Deprem sonrası hastanedeki göreve devam etme durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı	46
Tablo 4.19. Deprem esnasında tek başına olma durumuna göre ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	47
Tablo 4.20. Depremde göçük altında kalan yakını olma durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	48
Tablo 4.21. Depremde Yakınlarından Kaybı Olma Durumuna Göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	49
Tablo 4.22. Deprem sonrası arama kurtarma çalışmalarına katılma durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı	50
Tablo 4.23. Deprem öncesi ağır Travmatik olay yaşama durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	51

Tablo 4.24. Depremde kendisinde veya yakınlarında travmaya bağlı ciddi hasar olma durumuna göre ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı	52
Tablo 4.25. Deprem sonrasında kalınan yere göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı	53
Tablo 4.26. Deprem sırasında kalınan yerin hasar görme durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı.....	54
Tablo 4.27. Yaş ile ölçek puanları arasında korelasyon analizi.....	55
Tablo 4.28. Tüm katılımcıların ölçek puanları arasında korelasyon analizi.....	55



GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa
Grafik 4.1. Katılımcıların cinsiyet dağılımı	25
Grafik 4.2. Katılımcıların medeni hal dağılımı	26
Grafik 4.3. Katılımcıların meslek dağılımı.....	26
Grafik 4.4. Katılımcıların eğitim durumu dağılımı	27
Grafik 4.5. Deprem sürecinde aktif olarak kurtarma çalışmalarında rol alma durumu.....	29
Grafik 4.6. Göçük altında yakını olma durumu.....	30
Grafik 4.7. Katılımcıların deprem sürecinde hastanede görevine devam etme durumu	30
Grafik 4.8. Depremden sonra psikiyatrik hastalık şikâyetlerindeki artış durumu	33
Grafik 4.9. Depremden sonra ruhsal sorunlar nedeniyle ilaç başlanma durumu.....	33



KISALTMALAR

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri'nde
- AFAD:** Türkiye Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
- ASB:** Akut stres bozukluğu
- BAB:** Bilişsel alt boyut puanları,
- BDT:** Bilişsel-davranışçı terapi
- CRH:** Kortikotropin salgılatıcı hormon
- DAB:** Duyuşsal alt boyut puanları,
- DBEAB:** Dini baş etme alt boyutu
- DPAB:** Davranış problemi alt boyut,
- DSBÖ:** Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği
- DSM-5:** Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
- DSM-5-TR:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 Metin Revizyonu
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- DSTBÖ:** Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği
- HPA:** Hipotalamik-hipofiz-adrenal
- HSAB:** Heyecansal sınırlılık alt boyut
- KKT:** Kaynakların korunması teorisi
- MBT:** Maruz bırakma terapisi
- MDB:** Major depresif bozukluk
- MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme
- OR:** Odds oranı
- OYDAB:** Olumlu yeniden değerlendirme alt boyutu
- SDAAB:** Sosyal destek arama alt boyut
- SNRI:** Serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri
- SSRI:** Serotonin geri alım inhibitörleri
- TBH:** Travmatik beyin hasarı
- TO:** Travmatik olay

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

UPAB: Uyku problemleri alt boyut puanları,

VMPFK: Ventral medial prefrontal korteks

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu



1. GİRİŞ

Deprem, yerkürenin litosferinde depolanmış enerjinin açığa çıkarak jeolojik fayların kırılması nedeniyle yer yüzeyinin sarsılması olarak tanımlanır (1). Deprem en korkulan doğal afetlerden biridir ve büyüklüğüne bağlı olarak evsizliğe, büyük ölçüde yıkımlara, arazi bozulmalarına, göçlere, sevdiklerini kaybetmeye ve bunlarla ilişkili olarak önemli ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir (2).

Kahramanmaraş'ın yer aldığı 6 Şubat 2023 günü saat sabah 04.17'de 7.8 büyüklüğünde, yaklaşık 9 saat sonra ise 7.6 büyüklüğünde olmak üzere iki deprem oluşmuştur. Bu depremler, 20 Mart 2023 itibariyle 57.000'i aşan (50.000'i Türkiye'de, 7.000'i Suriye'de) toplam ölü sayısı ile modern Türkiye tarihinin en ölümcül olayı olarak kabul edilmiştir (3).

Travma kavramı 20. yüzyıla kadar fiziksel yaralanma anlamında kullanılsa da günümüzde ise ruhsal sağlık üzerine olumsuz etki yaratan olaylar anlamında da kullanılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Derneği; bireyin kendisine veya bir yakınına gelen fiziksel veya ölüm, yaralanma, yaşamı tehdit eden her türlü üzücü durumları ruhsal travma olarak tanımlamaktadır (4, 5). Ruhsal travma oluşturan birçok olay tanımlanmıştır. Bunlar arasında savaş ile ilişkili travmalar, fiziksel şiddet içeren travmalar, cinsel şiddet içeren travmalar, sevdiği birinin ve kişinin kendisinin ciddi bir hastalığı olması, kazalar, deprem gibi doğal afetler travma oluşturan durumlar olarak saptanmıştır (6).

Yapılan çalışmalarda deprem sonrasında artan iş yükü ve uzamış çalışma saatleri gibi faktörlerin sağlık çalışanlarını olumsuz etkilediği bulunmuştur. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının deprem sonrası dönemde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikiyatrik hastalıklar için

tedavi almaları gerekebilir. Bu sebeple depremin özellikle sağlık çalışanları üzerindeki etkisi önemlidir (7).

TSSB, psikolojik travmanın yol açtığı karmaşık somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal etkileri olarak tanımlanmıştır. Bunlar geçmiş travmatik olaylarla (TO) ilgili rahatsız edici düşünceler, travmayı hatırlatan şeylerden kaçınma, uyku bozukluğu şeklinde görülür (8). Yapıla bir çalışmada depremi yaşamış kişilerde 1 ay sonra TSSB taraması önerilmiş ve bunun TSSB'yi nlenmesine yardımcı olduğu görülmüştür (9).

Travmatik stres bağlamında kişilerin bu stres için birçok başa çıkma yöntemi vardır. Başa ıkma yöntemlerinde olumlu düşünme gibi başa çıkma stratejileri strese iyi uyumla ilişkilendirilirken kaçınma gibi stratejiler ise genellikle uyumsuz başa çıkma stratejileri olarak bulunmuştur. Sosyal destek arayışı TSSB'ye karşı önemli ölçüde koruma sağlayan travmatik stresle başa çıkmada etkili aktif bir başa çıkma stratejisidir (10). Problem odaklı başa çıkmalar, kabullenme, olumlu yeniden yorumlama, dini faaliyetler ve dindarlığın da etkisinin olumlu olduğu görülmüştür (11). Başa ıkma yöntemi olarak dini başa çıkma olumlu veya olumsuz olarak iki şekilde tanımlanmıştır. Olumlu dini başa çıkma yöntemlerini kullanan kişilerde TSSB dahil birçok psikiyatrik hastalık daha az görülürken olumsuz dini başa çıkma yöntemi kullananlarda psikiyatrik hastalıklar daha sık görülür (12).

Bu çalışmanın amacı 6 şubat Kahramanmaraş depremlerini yaşayan hastane alışanlarında travma düzeyini saptamak, stres ile başa çıkma yöntemlerini araştırmak, bu konuda literatüre katkı sağlamaktır. Ayrıca bu çalışma gelecekte oluşabilecek muhtemel bir depremde çalışacak sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarını olumlu etkileyecek stratejiler belirlenmesinde kullanılabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Deprem

2.1.1. Tanım

Deprem, yerkürenin litosferinde depolanmış enerjinin açığa çıkması ve genellikle jeolojik fayların kırılması nedeniyle yer yüzeyinin sarsılması olarak tanımlanır. Deprem tanımlanırken genellikle depremin şiddeti ve büyüklüğü olmak üzere iki kavram kullanılır. Şiddet ile depremin açığa çıkardığı enerji miktarı; büyüklük ile de depremin zemine üzerindeki etkisi anlatılır. Şiddet bir sismometre tarafından kaydedilen dalgaların genliğinin logaritmasından belirlenen 10 tabanlı Richter büyüklük ölçeğinde ölçülür. Richter Ölçeği ile 1-9 arası puanlandırılır. Her sayı bir öncekine göre 30 kat enerjinin açığa çıktığını gösterir. Büyüklük ise Mercalli Ölçeği ile 1-12 değerleri arası bir puanlama ile ifade edilir. Bir depremin büyüklüğünün depremin açığa çıkardığı bu enerji ile orantılı olduğu bulunmuştur. Büyüklüğü 3 Richter'den küçük olan depremler genellikle tanınmaz iken 6 Richter'den büyük olanlar ise ciddi hasarlarla ilişkili olduğu görülmüştür. Birincil ve ikincil olmak üzere iki tür sismik dalga tanımlanmıştır. Birincil dalgalar güvenli ve daha hızlı olup varış noktasına ilk ulaşan dalgalar, ikincil dalgalar ise zararlı ve birincil dalgalardan daha yavaş olup varış noktasına ikinci ulaşan dalgalardır (1, 13).

Deprem, birçok farklı doğal afet türü arasında yaşamı en çok tehdit eden, yıkıcı ve kontrol edilemez olanlardan biri olarak kabul edilir. Amerika Birleşik Devletleri Jeolojik Araştırmalar Kurumu'nun Ulusal Deprem Bilgi Merkezi'ne göre, yılda dünyada yarım milyon deprem olduğu tahmin edilmektedir, ancak bunların çoğu uzak bölgelerde meydana geldiği veya çok küçük

büyüklikte olduğu için tespit edilememektedir. Depremin büyüklüğüne bağlı olarak, deprem sonrası felaketle sonuçlanabilir ve bazen evsizliğe, sevdiklerini kaybetmeye ve önemli ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir. Depremler ayrıca büyük ölçüde yıkımlara ve arazi bozulmalarına, göçlere neden olabilir (2).

Türkiye yeryüzünde çok aktif olan Akdeniz, Alp, Himalaya Deprem Kuşağı'nda bulunması ve jeolojik yapısı sebebiyle deprem açısından riskli bölge olarak tanımlanır. 1902-2003 seneleri arasında, Türkiye'de hasar verecek seviyede toplam 137 adet deprem oluşmuştur. Bu depremler sonucunda 83 bin 908 kişi yaşamını yitirmiş, 171 bin 283 kişi yaralanmış ve 493 bin 824 bina yıkılmış veya ağır hasar almıştır (14).

2.1.2. Kahramanmaraş Depremi

Kahramanmaraş bölgesinde 6 Şubat 2023 günü saat sabah 04.17'de 7,8 büyüklüğünde, yaklaşık 9 saat sonra ise 7.6 büyüklüğünde toplamda iki deprem meydana gelmiştir. Bu depremler Türkiye'de şiddetli sarsıntılara (Mercalli Şiddeti 6-9) yol açmıştır. Yirmi Mart 2023 itibariyle 50 bini aşan toplam ölü sayısı ile modern Türkiye tarihinin en ölümcül olayı olarak kabul edilmiştir (3). Türkiye Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından 2018 yılında yayınlanan Türkiye'nin deprem tehlike haritasında Kahramanmaraş depremi şekil 2.1'de gösterilmiştir.

2.2. Travma

Travma kavramı özellikle 20. yüzyıla kadar özellikle fiziksel yaralanma anlamında kullanılmıştır (5). Günümüzde ise travma, ruhsal sağlık üzerine olumsuz etki yaratan olaylar anlamında da kullanılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Derneği; bireyin kendisine veya bir yakınına gelen fiziksel veya ölüm, yaralanma, kaza gibi yaşamı tehdit eden her türlü mutsuz edici durumları ruhsal travma olarak tanımlamaktadır (4).

Ruhsal travma oluşturan birçok olay tanımlanmıştır. Bunlar arasında savaş ile ilişkili travmalar, savaşta yer almış veya savaş bulunan bölgede yaşamış kişilerde görülür. Fiziksel şiddet içeren travmalar; fiziksel olarak saldırıya uğrama, çocuklukta fiziksel şiddete maruz kalma, kaçırılma olayı yaşayan kişilerde saptanır. Cinsel şiddet içeren travmalar; partneri tarafından istismara maruz kalma, cinsel saldırı veya tecavüze uğramış kişilerde görülür. Sevdiği birinin ciddi bir hastalığı olması veya ölmesi, ebeveynler tarafından duygusal veya fiziksel istismar, kişinin ciddi hastalığının bulunması, kazalar, doğal afetler de travma oluşturan durumlar olarak saptanmıştır (6).

2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.3.1. Tanım ve Epidemiyoloji

TSSB, psikolojik travmanın yol açtığı karmaşık somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal etkileri olarak tanımlanmıştır. Bunlar geçmiş TO ile ilgili rahatsız edici düşünceler, travmayı hatırlatan şeylerden kaçınma, uyku bozukluğu şeklinde görülür (8). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yetişkinlerde TSSB'nin yaşam boyu prevalansı yaklaşık %7,8 olarak saptanmıştır (16) Kadınlar erkeklere göre daha az travma yaşamalarına rağmen TSSB açısından daha fazla risk taşımaktadır (%20,4'e karşılık %8,2) (17). Doğal afetlere maruz kalan kişilerde yapılan çalışmalara bakıldığında Mc Farlane ve ark.'nın orman yangını sonrasında itfaiyeciler üzerindeki araştırmasında TSSB sıklığı yaklaşık %30 saptanmıştır (18). Başka bir çalışmada deprem sonrasında TSSB sıklığı %24 bulunmuştur (19). Türkiye'de Marmara Depremi'ni deneyimlemiş kişilerde yapılan bir çalışmada ise TSSB sıklığı %42 saptanmıştır. (20). Nepal'de 2015 yılında görülen deprem sonrası sağlık çalışanlarında TSSB sıklığı %21.9 olarak saptanmıştır

(21). Katrina Kasırğa'sı etkilerine maruz kalmış acil çalışanlarında yapılan bir çalışmada TSSB sıklığı %38 olarak bulunmuştur (22).

2.3.2. Risk Faktörleri

TSSB gelişiminde travmanın şiddeti, travmaya maruz kalan kişinin özellikleri ve travma sonrası yaşanan ortam gibi birçok risk faktörü olduğu bulunmuştur. Bu risk faktörleri travma öncesi, travma anında ve travma sonrası olmak sınıflandırılmıştır (23). TSSB gelişimindeki risk faktörleri tablo 2.1'de gösterilmiştir.

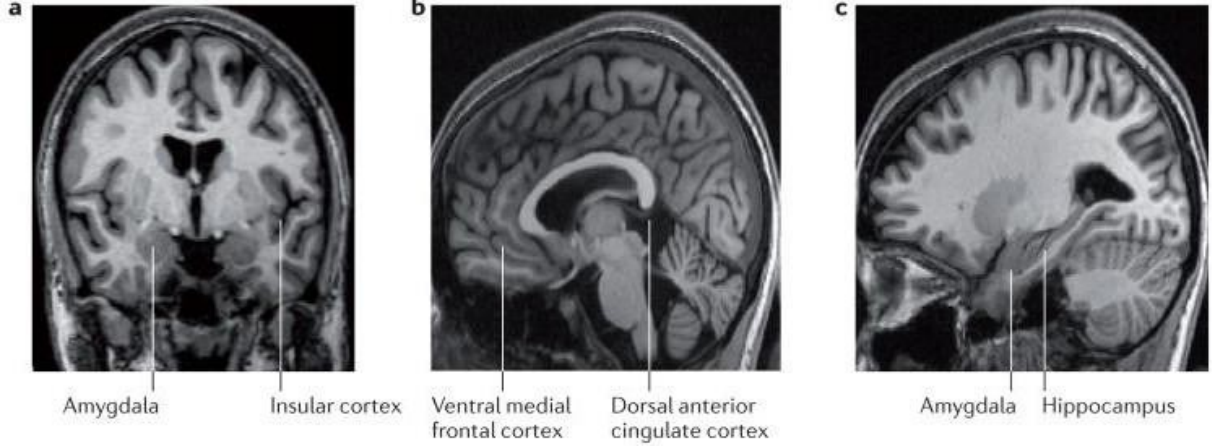
Tablo 2.1. TSSB gelişiminde risk faktörleri (23)

Pre-travmatik faktörler	Düşük sosyoekonomik durum Ebeveyn ihmali Kişisel veya ailevi psikiyatrik hastalık Kadın cinsiyet Zayıf sosyal destek
Peri-travmatik faktörler	Travmanın şiddeti, yoğunluğu, sıklığı ve süresi Kişinin travmaya verdiği ilk tepkinin şiddeti Travmanın öngörülemezliği ve kontrol edilemezliği
Post-travmatik faktörler	Sosyal destek eksikliği Yaşam stresi Erken teşhis ve tedavide başarısızlık

2.3.3. Patofizyoloji

Yapılan araştırmalarda TSSB'nin patofizyolojisinde amigdala, locus coeruleus ve hipokampus gibi beyin bölgeleri ile noradrenerjik sistem ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) aksta bozukluk olduğu düşünülmüştür. Bunlar arasında hipokampus ve anterior singulat korteks hacimlerinin azalması görülen en sık nöroanatomik değişiklik olarak saptanmıştır (24). Ventral medial prefrontal korteksin (VMPFK), amigdala üzerindeki inhibitör etkisiyle zihindeki orijinal korkunun üzerine güvenli olan hatıraların yazılması da etkili olduğu bulunmuştur (25). TSSB hastalarında yaygın olarak VMPFK'da hacim azlığı saptanmıştır. Ayrıca VMPFK aktivitesinin TSSB'nin semptomlarının şiddeti ile negatif korele olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalarda da

sağlıklı kontrollere kıyasla TSSB'li hastalarda artmış bir amigdala aktivasyonu bulunmuştur. Amigdala aktivasyon artışı ile TSSB semptomlarının şiddeti arasında aynı yönlü ilişki saptanmıştır. Bozulmuş hipokampal fonksiyonun yanı sıra azalmış hipokampal hacim TSSB ile ilişki olduğu düşünülmektedir (24). TSSB'de rol oynayan beyin bölgelerinin Manyetik Rezonans Görüntüleme'de (MRG) gösterilmesi şekil 2.2'de bahsedilmiştir. Ayrıca TSSB hastalarında kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) seviyelerinin artmış olduğu görülmüştür. TSSB hastalarında kortizol seviyelerinin bazı araştırmalarda düşük bazı araştırmalarda yüksek saptanması sebebiyle kortizolün TSSB patofizyolojisindeki rolü net olarak görüş birliğine varılamamıştır (26).



Şekil 2.2. TSSB'de rol oynayan beyin bölgelerinin MRG'da gösterilmesi.

Amigdala (panel a ve c'de gösterilmiştir) tehlikeye işaret eden uyarıların tanınmasında ve korku tepkisinin ifade edilmesinde rol oynar. Amigdala reaktivitesi TSSB olan bireylerde abartılıdır ve semptom şiddeti ile pozitif korelasyon gösterir. İnsular korteks (a) ve dorsal anterior singulat korteks (b) de TSSB'de hiper-reaktiftir; bu yapılar amigdalanın korku ifadesini modüle edebilir (bu durumlarda arttırabilir). Buna karşılık, amigdalanın korku tepkisini ifade etmesini de düzenleyen (bu durumlarda azaltan) VMPFK'deki (b) aktivasyon TSSB'de azalır; VMPFK aktivitesi semptom şiddeti ile negatif ilişkilidir. Hem güvenli hem de tehlikeli olayların tanınmasında rol oynayan hipokampustaki (c) işlevsel nörogörüntüleme bulguları TSSB'de karışıktır ve hem hipo hem de hiper-reaktivite gözlenmiştir (24).

2.3.4. Klinik Manifestasyonlar

TSSB tanılı hastalarda, travmatik bir olayın hatırlatıcılarına cevap olarak belirgin bilişsel, duygusal veya davranışsal semptomlar görülür. Bunlar arasında geriye dönüşler, şiddetli anksiyete, dissosiyatif ataklar, kaçma veya kavgacı davranışlar yer alabilir. Bu belirtiler, travma yaşamış ve sonrasında TSSB yaşamamış diğer bireylere kıyasla daha belirgindir ve daha fazla psikososyal bozulmaya yol açar. TSSB'li bireylerin semptomları ortaya çıkarabilecek deneyimlerden kaçınmaya çalıştığı görülmüştür. Bu durum duygusal uyuşma, günlük faaliyetlere ilginin azalması ve aşırı durumlarda diğerlerinden kopma ile sonuçlanabilir. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5) 'te semptomlar dört kümeye ayrılmaktadır. Bunlar intrüzyon/yeniden deneyimleme semptomları, kaçınma semptomları, olumsuz bilişler ile ruh hali ve aşırı uyarılma semptomlarıdır. TSSB'nin temel klinik özellikleri tablo 2.2'de gösterilmiştir (4).

Tablo 2.2. TSSB'nin temel klinik özellikleri (4)

Kriter A: Travmatik olay (TO)	Bireyler doğal afet, tecavüz, soygun gibi TO'larda mağdur olabileceği gibi, bu olayın gözlemcisi de olabilir veya sevdiği birinin bu olayı yaşadığını duyabilir.
Kriter B: İntrüzyon semptomları	"Yeniden deneyimleme" semptomları olarak da bilinen intrüzyon semptomları, TSSB'nin özellikle travma ile ilişkili diğer ruh sağlığı bozukluklarından ayırt etmeye yardımcı bir özelliğidir. TO'nun istenmeyen anıları, travma hakkında ara sıra istenmeyen düşüncelerden sık kabuslara ve "Flashback"lere kadar geniş bir çeşitlilik gösterir. Tipik olarak korku veya panik gibi önemli psikolojik sıkıntılarla ilişkilidir. Otonomik uyarılma gibi fizyolojik tepkiler de mevcut olabilir. Bu semptomları kendiliğinden veya travmanın bir yönünü andıran olaylar tarafından tetiklenebilir.
Kriter C: Kaçınma semptomları	TO ile ilişkili uyarılardan kaçınma, kişisel ve iş hayatını etkileyen davranış değişikliklerine yol açabilir. Hastalar travmayı hatırlatan aktivitelerden, insanlardan veya durumlardan da kaçınabilirler.

(Devam ediyor)

Tablo 2.2. (Devam) TSSB'nin temel klinik özellikleri (4)

Kriter D: Olumsuz bilişler ve ruh hali	Depresyon ve olumsuz ruh hali değişiklikleri TSSB'nin ilk belirtileri olabilir. Hastalar olumlu duygular yaşamakta zorluk çekebilir, iş, boş zaman veya sosyal aktiviteler gibi faaliyetlere olan ilgileri azalabilir. Başkalarıyla bağlantı kuramadıklarını tarif edebilirler. Birçok hasta olayla ilgili aşırı suçluluk duygusu yaşar ve olaydan dolayı kendilerini suçlar. Bu, kendileri hakkında olumsuz inançlara yol açabilir ve nihayetinde dünya görüşlerini değiştirebilir. Dünyayı tehlikeli, kötü niyetli bir yer olarak görmeye başlayabilirler.
Kriter E: Uyarılma ve reaktivite değişiklikleri	Hastalar başlangıçta sinirlilik veya agresif fiziksel veya sözel davranış belirtileri ile başvurabilir. Diğer belirtiler arasında umursamaz veya kendine zarar verici davranışlar (örneğin madde kullanımı), gergin hissetme, kolayca irkilme, konsantrasyonda azalma ve uyku bozuklukları yer alabilir. Bu semptomlar TO'dan sonra başlamalıdır.

Dissosiyatif alt tip TSSB'de hastalarda belirgin dissosiyatif semptomlar görülür. Bu hastalar, dissosiyatif belirtilerin olmadığı TSSB'ye kıyasla daha yüksek düzeyde komorbidite ve intihar riski ile ilişkilidir. Dissosiyatif semptomlar Depersonalizasyon ve Derealizasyonu içerir. Depersonalizasyon kişinin kendini bedeninden kopmuş gibi hissetmesidir. Örneğin, bedeni kendisine ait değilmiş gibi ya da kendisini "kaybolmuş" veya "sersemlemiş" hisseder. Derealizasyon ise kişinin sanki etrafındaki dünya gerçek değilmiş gibi hissetmesidir. Örneğin, dünyayı izliyormuş ya da dünyayı rüya gibi bir durumda deneyimliymiş gibi hisseder (27).

2.3.5. Tanı Kriterleri

TSSB tanısı altı yaşından büyük hastalar için DSM-5 Metin Revizyonu (DSM-5-TR) kriterlerinin tümünü karşılmasıyla konulur (28). DSM-5-TR TSSB tanı kriterleri tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3. DSM-5-TR TSSB tanı kriterleri (28)

A. Aşağıdaki yollardan biri (veya daha fazlası) ile fiili veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalma:

- TO doğrudan deneyimleme.
 - TO'nun başkalarının başına geldiğine bizzat şahit olmak.
 - TO'nun yakın bir aile üyesinin veya yakın bir arkadaşın başına geldiğini öğrenmek. Bir aile üyesinin veya arkadaşın fiili veya ölüm tehdidi altında olduğu durumlarda, TO şiddet veya kaza sonucu meydana gelmiş olmalıdır.
 - TO'nun tiksindirici ayrıntılarına tekrar tekrar veya aşırı derecede maruz kalma (örneğin, insan kalıntılarını toplayan ilk müdahale ekipleri; çocuk istismarı ayrıntılarına tekrar tekrar maruz kalan polis memurları).
- (Not: A4 Kriteri, işle ilgili olmadığı sürece, elektronik medya, televizyon, film veya resim yoluyla maruz kalma için geçerli değildir.)

B. TO meydana geldikten sonra başlayan, TO ile ilişkili aşağıdaki intrüzyon semptomlarından birinin (veya daha fazlasının) varlığı:

- TO ile ilgili tekrarlayan, istemsiz ve müdahaleci sıkıntı verici anılar.
- (Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, TO'nun temalarının veya yönlerinin ifade edildiği tekrarlayan oyunlar ortaya çıkabilir)
- Rüyanın içeriğinin ve/veya etkisinin TO ile ilişkili olduğu tekrarlayan sıkıntı verici rüyalar.
- (Not: Çocuklarda, tanınabilir içeriği olmayan korkutucu rüyalar olabilir)
- Kişinin TO tekrarlanıyormuş gibi hissettiği veya davrandığı dissosiyatif reaksiyonlar (örn. flashbackler). (Bu tür tepkiler bir süreklilik içinde ortaya çıkabilir ve en uç ifadesi mevcut çevrenin farkındalığının tamamen kaybolmasıdır).
- (Not: Çocuklarda, travmaya özgü yeniden canlandırma oyun sırasında ortaya çıkabilir)
- TO'nun bir yönünü sembolize eden veya ona benzeyen iç veya dış ipuçlarına maruz kalındığında yoğun veya uzun süreli psikolojik sıkıntı.
 - TO'nun bir yönünü simgeleyen veya andıran iç veya dış ipuçlarına karşı belirgin fizyolojik tepkiler

C. TO meydana geldikten sonra başlayan ve aşağıdakilerden biri ya da her ikisi ile kanıtlanan, TO ile ilişkili uyaranlardan sürekli kaçınma:

- TO hakkında ya da TO ile yakından ilişkili sıkıntı verici anılardan, düşüncelerden ya da duygulardan kaçınma ya da kaçınma çabaları.
- TO ile ilgili veya bunlarla yakından ilişkili sıkıntı verici anıları, düşünceleri veya duyguları uyandıran dış hatırlatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma veya kaçınma çabaları.

(Devam ediyor)

Tablo 2.3. (Devam) DSM-5-TR TSSB tanı kriterleri (28)

<p>D. Aşağıdakilerden ikisi (veya daha fazlası) ile kanıtlandığı üzere, TO meydana geldikten sonra başlayan veya kötüleşen, TO ile ilişkili bilişlerde ve ruh halinde olumsuz değişiklikler:</p> <ul style="list-style-type: none">• TO'nun önemli bir yönünü hatırlayamama (tipik olarak kafa travması, alkol veya uyuşturucu gibi diğer faktörlere değil dissosiyatif amneziye bağlıdır).• Kendisi, başkaları veya dünya hakkında ısrarcı ve abartılı olumsuz inançlar veya beklentiler• TO'nun nedeni veya sonuçları hakkında kişinin kendisini veya başkalarını suçlamasına yol açan kalıcı, çarpıtılmış bilişler.• Kalıcı olumsuz duygusal durum (örneğin korku, dehşet, öfke, suçluluk veya utanç).• Önemli faaliyetlere ilgi veya katılımında belirgin azalma.• Başkalarından kopma veya uzaklaşma hissi.• Olumlu duyguları deneyimlemede ısrarlı yetersizlik (örneğin, mutluluk, memnuniyet veya sevgi dolu duyguları deneyimlemede yetersizlik).
<p>E. Aşağıdakilerden en az ikisi ile kanıtlandığı üzere, TO meydana geldikten sonra başlayan veya kötüleşen, TO ile ilişkili uyarılma ve tepkisellikte belirgin değişiklikler:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipik olarak insanlara veya nesnelere karşı sözlü veya fiziksel saldırganlık olarak ifade edilen sınırlı davranışlar ve öfke patlamaları (çok az provokasyonla veya hiç provokasyon olmadan).• Pervasız veya kendine zarar verici davranışlar.• Hipervijilans.• Abartılı irkilme tepkisi.• Konsantrasyon ile ilgili sorunlar.• Uyku bozukluğu (örneğin, uykuya dalma veya uykuda kalma güçlüğü veya huzursuz uyku).
<p>F. Rahatsızlığın süresi (B, C, D ve E kriterleri) bir aydan fazladır.</p>
<p>G. Rahatsızlık klinik olarak anlamlı sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p>
<p>H. Rahatsızlık, bir maddenin (örneğin ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine atfedilemez.</p>

Dissosiyatif semptomlarla birlikte olan TSSB: Bireyin semptomları TSSB kriterlerini karşılar ve ek olarak, stres etkenine yanıt olarak birey aşağıdakilerden birinin kalıcı veya tekrarlayan semptomlarını yaşar

Not: Bu alt tipin kullanılabilmesi için dissosiyatif semptomların bir maddenin fizyolojik etkilerine (örn. bilinç kaybı, alkol zehirlenmesi sırasındaki davranışlar) veya başka bir tıbbi duruma (örn. kompleks parsiyel nöbetler) atfedilebilir olmaması gerekir

Gecikmiş TSSB: Tam tanı kriterleri olaydan altı ay sonrasına kadar karşılanmamasıdır (28).

2.3.6. Ayırıcı Tanı

Akut Gerginlik (Stres) Bozukluğu

Akut stres bozukluğu (ASB), bir kişinin travmatik bir olaya (ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel ihlal) maruz kalmasından sonraki ilk bir ay içinde ortaya çıkabilen akut stres tepkileriyle karakterize bir durumdur. ASB; içe kapanma, ayrışma, olumsuz ruh hali, kaçınma ve uyarılma belirtilerini içerir. ASB, semptomlarının süresinin 3 gün-1 ay arasında olması ile TSSB'den ayırt edilir (4).

ASB tedavisi, akut stres tepkilerinin semptomlarını azaltmayı ve bunların TSSB'ye dönüşmesini önlemeyi amaçlamaktadır (29). ASB tedavisinde, travma odaklı bilişsel-davranışçı terapidir (BDT) tercih edilir. BDT, TSSB'nin daha fazla gelişme riskini azaltabilir. Şu anda ASB'nin tedavisi için farmakoterapötik bir ajana ilişkin yüksek kaliteli bir kanıt bulunmamaktadır. Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve propranolol ASB'yi önlemek veya tedavi etmek için denenmiş, ancak etkilerinin çok az olduğu gösterilmiştir (30).

Major Depresyon

Depresyon; üzüntü, umutsuzluk, endişe, boşluk, cesaretsizlik veya umutsuzluk duyguları ile belirtilen ruh hali olarak tanımlanır. Bu durumda kişi hiçbir şey hissetmez veya ağlamaklı görünür. Depresif (disforik) ruh hali gündelik hayatta kayıp, hayal kırıklığı veya herhangi bir başarısızlığa karşı normal ve zaman zaman uyarlanabilir bir yanıt olarak saptanabilir. Ayrıca, depresif ruh hali psikopatolojik bir sendromun veya başka bir tıbbi bozukluğun belirtisi de olabilir (4).

Majör depresif bozukluk (MDB), klinik olarak ruh hali ve bilişsel değişikliklerin yanı sıra en az 2 hafta süren ilgi veya zevk kaybı ile kendini gösteren psikiyatrik bir durumdur. ABD'li yetişkinler arasında MDB'nin yıllık prevalansı %7,1 olup bunların yarısı ilaç tedavisi almaktadır (31).

MDB sebepleri arasında doğal afetler de yer alır. Tian ve ark çalışmasında MDB deprem yaşayan kişilerde yaşamayanlara göre daha sık saptanmıştır (32). Başka bir çalışmada ise Çin'de

1976 Tangshan Deprem'ini yaşamış kişilerde 37 sene sonrasında bile MDB ile deprem arasında ilişki bulunmuştur (33).

MDB; depresif ruh hali, faaliyetlere karşı ilgi veya zevk kaybı, az veya aşırı uyumak, kilo kaybı/alımı veya iştahta azalma veya artış, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, yorgunluk veya düşük enerji, konsantrasyon veya karar verme becerisinde azalma, değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk düşünceleri, tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri ya da intihar girişimi belirtilerinden dokuzundan beş veya daha fazlasının en az iki hafta üst üste görülmesiyle ortaya çıkar. Bunlardan en az bir belirtinin depresif duygudurum veya ilgi/zevk kaybı olması gerekmektedir. Semptomlar neredeyse her gün görülmelidir. Bunlara ek olarak, semptomlar önemli bir sıkıntıya veya psikososyal bozulmaya neden olmalıdır. Ayrıca bu klinik bir madde veya hastalık nedeniyle oluşmamalıdır. Yas, MDB tanısını dışlamaz (4).

MDB'de farmakoterapi ve psikoterapi tedavisinin kombinasyonunun, tek başına psikoterapi veya farmakoterapiden daha etkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu daha çok orta ve şiddetli MDB'de incelenmiştir ve MDB'nin daha hafif formları için de geçerli olup olmadığı net değildir (34).

TSSB ile ayırıcı tanısında MDB öncesinde travmatik bir olay olabilir veya olmayabilir ve tam kriterler karşılandığında MDB tanısı konulmalıdır. Spesifik olarak, MDB'de herhangi bir TSSB Kriter B veya C semptomu bulunmaz. Ayrıca TSSB Kriter D veya E'deki bazı semptomları da MDB hastaları içermez. Ancak, TSSB için tam kriterler de karşılanıyorsa, her iki tanı da aynı hastada bulunabilir (28).

Travmatik Beyin Hasarı

Travmatik beyin hasarı (TBH), travmatik bir olay (örn. travmatik kaza, bomba patlaması, hızlanma/yavaşlama travması) sebebiyle beyin hasarı meydana geldiğinde, TSSB belirtilerinin ortaya çıkabildiği bir durumdur. Kafa travmasına neden olan bir olay aynı zamanda psikolojik travmaya da neden olmuş olabilir. Baş ağrısı, baş dönmesi, ışığa veya sese karşı hassasiyet, sinirlilik, konsantrasyon eksikliği gibi semptomlar TSSB'li bireyler de dahil olmak üzere TBH olan ve olmayan kişilerde ortaya çıkabilir. TSSB ve TBH ile ilişkili nörobilişsel semptomlar

örtüşebildiğinden, TSSB ve TBH'ye atfedilebilen nörobilişsel bozukluk semptomları arasında ayırıcı tanısı, her bir hastalık için ayırt edici semptomlara dikkat edilerek yapılır. Yeniden deneyimleme ve kaçınma semptomları TSSB'nin karakteristik özellikleri olup TBH'de beklenmez. Kalıcı oryantasyon bozukluğu ve kafa karışıklığı (nörobilişsel etkiler) ise TSSB'den ziyade TBH'ye özgü semptomlardır (4).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), kontrol edilmesi zor, önemli sıkıntıya veya işlev kaybı oluşturan ve en az altı ay boyunca her gün görülen aşırı endişe ile karakterize bir durumdur. YAB tanımlı hastalarda endişe ve sinirlilik gibi psikolojik semptomların yanı sıra yorgunluk, kas gerginliği gibi fiziksel semptomlar da bulunmaktadır. YAB, sosyal anksiyete ve panik bozukluğunu kapsar. Ayrıca tedavi edilmediğinde ve kronikleştiğinde MDB'ye yol açabilen genel bir anksiyete şemsiyesi olarak bilinir (35).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün dünya çapında üniversite öğrencileri arasında yaptığı bir epidemiyoloji araştırmasında, YAB'nin 12 aylık prevalansı %16,7 olarak bulunmuştur. Buna panik bozukluğunun %4,5 olan prevalansı da eklendiğinde YAB'nin prevalansı %21,2 ile prevalansı %18,5 olarak bulunmuş MDB'den daha fazla olduğu saptanmıştır (36).

YAB tedavisinde farmakoterapi, BDT ve bunların kombinasyonu kullanılır. Yapılan çalışmalarda kombinasyon tedavisinin sadece farmakoterapi veya BDT'den daha etkili olduğu görülmüştür (37).

TSSB ile ayırıcı tanısında panik bozukluğunun uyarılma ve dissosiyatif semptomlarının, YAB'nin ise kaçınma, sinirlilik ve anksiyetesinin belirli bir TO ile ilişkisi olmadığı görülür. Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun belirtileri travmatik bir olaydan ziyade evden veya aileden ayrılma ile ilişkilidir (28).

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) tekrarlayıcı ve rahatsız edici düşüncelerle (obsesyonlar) ve tekrarlayan davranışlar (kompulsyonlar) ile kendini gösteren bir durumdur.

OKB'li hastalar genellikle takıntılarının anlamsızlığının ve kompulsif davranışlarının aşırılığının farkındadır. OKB hastalarında obsesyon olarak hastalık ve kirlenme korkuları, istenmeyen agresif düşünceler, seks veya dinle ilgili diğer tabu düşünceler yer alır. Aşırı temizlik, düzenleme, kontrol etme, sayma, tekrarlama veya güvence arama gibi kompulsiyonlar ise genellikle obsesyonların sıkıntısını nötralize etmeye yarar. Bununla birlikte, bazen kompulsiyonların kendileri de kaygı yaratacak kadar zaman alıcı veya zahmetli hale gelebilir. Obsesyon ve kompulsiyonları tetikleyen unsurlardan kaçınma OKB'nin yaygın bir özelliğidir. OKB'nin yaşam boyu insanların %2,3'ünü etkilediği saptanmıştır (38).

OKB tedavisinde farmakoterapi, psikoterapi kullanılır. İlk olarak bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve farmakoterapiyi içerir. Farmakoterapide öncelikle SSRI'lar tercih edilir (39).

TSSB ile ayırımında OKB'deki tekrarlayan müdahaleci düşünceler takıntı tanımına uymaktadır. Buna ek olarak, OKB'deki müdahaleci düşünceler yaşanan travmatik bir olayla ilgili değildir, hastalarda kompulsiyonlar genellikle mevcuttur ve TSSB veya akut stres bozukluğunun diğer belirtileri tipik olarak yoktur (4).

2.3.7. Eşlik Eden Durumlar

TSSB olan hastalarda psikiyatrik komorbidite sıklığı yüksek saptanmıştır. Ulusal Komorbidite Anketi verilerine göre bu hastaların %16'sında bir, %17'sinde iki ve yarısında üç veya daha fazla psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. TSSB hastalarında depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu iki ila dört kat daha yaygın olduğu görülmüştür (40, 41). Çalışmalarda TSSB hastalarında somatik semptomların sağlıklı insanlara göre 90 kat sık görüldüğü saptanmıştır (42).

Yapılan araştırmalarda TO'ya maruz kalmanın ve TSSB'nin bir dizi fiziksel sağlık sorunuyla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu araştırmalarda TSSB'li hastalarda kemik ve eklem hastalıklarının veya nörolojik, kardiyovasküler, solunum veya metabolik sistem hastalıklarının TSSB'si olmayan bireylere kıyasla 1,5 ila 3 kat daha yaygın olduğunu saptanmıştır. Bunlardan anjina odds oranı (OR) 2.4, kalp yetmezliği OR 3.4; bronşit, astım, karaciğer ve periferik arter

hastalığı OR 2.5-3.1 saptanmış olup artmış risk ile ilişkilendirilmiştir (43-45). TSSB hastalarında yüksek oranda iritabl bağırsak sendromu saptanmıştır. Yapılan bir meta-analizde TSSB ve iritabl bağırsak sendromu arasındaki ilişki için OR 2.80 çıkmış olup birbirleri ile ilişkili bulunmuştur (46).

TSSB ve erken yaşlanma üzerine yapılan sistematik bir incelemede TSSB ile hızlı yaşlanma ve demans arasında ilişki saptanmıştır (47).

2.3.8. Tedavi

TSSB yaşayan bireyler için birçok etkili psikoterapötik tedavi bilinmektedir. Bu tedavi genellikle semptomların hafifletilmesinde etkili olsa da başarılı olabilmesi için hastanın yeterli düzeyde psikolojik stabiliteye sahip olması gerekir. Psikolojik dengesi zayıf olan hastalar, travmayla ilgili tedavilere başlamadan önce destekleyici, ego güçlendirici veya motivasyonel tedavinin verilmesinin faydalı olduğu bulunmuştur (48). Semptomların gerilemesine ilişkin en etkili yöntemin travma ile ilgili terapiler olan maruz bırakma terapisi (MBT) ve BDT olduğu saptanmıştır. MBT, korku tepkisine neden olan durumlara kademeli olarak maruz bırakmayı içerir ve bireyin korku ipuçlarına karşı duyarsızlaşmasına neden olur. BDT ise hastanın dünya veya kendisi hakkındaki olumsuz inançlarına meydan okumaya yönlendirirken aynı zamanda hastayı egzersiz, uyku yönetimi, sosyal aktivasyon ve madde bağımlılığının yönetimi gibi daha sağlıklı davranışlara yönlendirir (23).

TSSB'nin tedavisinde farmakolojik tedavi de kullanılır. Farmakolojik tedavinin genellikle aşırı uyarılmayı azaltmada ve ruh halini iyileştirmede etkisi yüksek iken yeniden deneyimleme, hissizleşme ve kaçınma semptomlarını iyileştirmede etkisinin düşük olduğu bulunmuştur. Birinci basamak tedavi olarak antidepresanların, özellikle de SSRI'ların kullanılması önerilir (23). TSSB tedavisinde serotonin norepinefrin geri alım inhibitörlerinin (SNRI) de etkili olduğu bulunmuştur (49). Ek tedaviler arasında ise en çok çalışılan prazosin olmak üzere alfa-adrenerjik reseptör blokerlerinin kabusları azalttığı ve uykuyu iyileştirdiği gösterilmiştir (50). Ayrıca, mirtazapinin TSSB ile ilişkili uykusuzluk semptomlarının yönetiminde ve depresif semptomların tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur (51). Etkisiz oldukları gösterildiğinden ve kötüye kullanım ve bağımlılık

riski yüksek olduğundan benzodiazepin grubu ilaçlarının kullanımında özellikle dikkatli olunması, mümkünse kullanılmaması önerilmektedir (52, 53). Etkisiz olduğu gösterilen ilaçlar arasında amitriptilin ve nortriptilin gibi eski antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri, duygudurum dengeleyiciler, gabapentin, pregabalin ve atipik antipsikotikler de bulunmaktadır (54).

2.3.9. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Çalışmalarda, TSSB gelişimi açısından travmaya maruz kalmanın önemli bir risk faktörü olmasına rağmen, bazı bireylerin travmatik deneyimlerden sonra TSSB geliştirmediğini saptanmıştır. Psikososyal stres faktörlerine verilen duygusal ve nörobiyolojik tepkilerin çarpıcı bireysel farklılıklar gösterdiği görülmüştür (10). Araştırmacılar bu durumu, potansiyel TO ve stresörlerle başa çıkmak için kullanılan farklı stratejilere bağlamışlardır. Başa çıkma, "Stresli olarak değerlendirilen durumları yönetmek için kullanılan düşünce ve davranışlar" olarak tanımlanabilir ve travmatik stres bağlamında farklı başa çıkma stratejileri saptanmıştır (10, 11).

Genel olarak duygu odaklı başa çıkma ve problem odaklı başa çıkma olarak iki tür ana başa çıkma tepkisi tanımlanmıştır. Problem odaklı başa çıkma, stresli olay veya durumu çözmeyi amaçlar ve bilgi aramayı, çözüm üretmeyi ve stresli kişi-çevre etkileşimini değiştirmek için harekete geçmeyi hedefler. Kontrol edilebilir stres durumları için daha uygun bir başa çıkma stildir. Duygu odaklı başa çıkma ise stresli durumun ortaya çıkardığı olumsuz duyguları en aza indirmeye yöneliktir ve duyguları ifade etmeyi, başkalarından destek aramayı, seçici dikkati veya stres kaynağından kaçınmayı ifade eder. Problem odaklı başa çıkma aktif, duygu odaklı başa çıkma pasif olarak temellendirilmiştir (55). Aktif başa çıkma stratejileri (örn. yüzleşme, savaşıma, kaçma) genellikle stresör veya tehdit kontrol edilebilir veya kaçılabilir olduğunda; pasif başa çıkma stratejileri (örn. hareketsizlik, ayrılma) ise stresör kontrol edilemez veya kaçınılamaz olduğunda ortaya çıktığı bulunmuştur (11). Travmatik stres bağlamında, olumlu düşünme veya sorunlarla aktif bir şekilde ilgilenme gibi aktif başa çıkma stratejileri strese iyi uyumla ilişkilendirilirken kaçınma gibi pasif başa çıkma stratejileri çoğunlukla uyumsuz başa çıkma stratejileri olarak bulunmuştur. Sosyal destek arayışı, bir meta-analizde kanıtlandığı üzere TSSB'ye karşı önemli ölçüde koruma sağlayan travmatik stresle başa çıkmada etkili aktif bir başa çıkma stratejisidir (10). Problem odaklı başa çıkma, kabullenme, olumlu yeniden yorumlama, dini faaliyetler ve dindarlığın da travma

ile başa çıkmada etkisinin olumlu olduğu görülmüştür (11). Yapılan çalışmalarda sosyal izolasyon, alkol alma, kendine zarar verici davranışlar, inkâr ve kaçınma gibi pasif başa çıkma stratejilerinin, kişinin TO'dan dolayı kendini suçlaması gibi çoğunlukla uyumsuz bir yanıtı neden olduğu bulunmuştur (56, 57).

Stresle başa çıkma yöntemi olarak dini başa çıkma olumlu veya olumsuz olarak iki şekilde tanımlanmıştır. Olumlu dini başa çıkma yöntemlerini kullanan kişiler, kriz sırasında sevgi, destek, güç ve rehberlik için büyük olasılıkla Tanrı'ya bakarlar ve üstesinden gelmek için Tanrı ile ortak olarak çalışırlar. Bunun sonucunda TSSB dahil birçok psikiyatrik hastalık daha az görülür. Tersine, olumsuz dini başa çıkma yöntemi kullananlarda psikiyatrik hastalıklar daha sık görülür. Olumsuz dini başa çıkma cezalandırıcı, uzak, terk eden bir Tanrı algısını yansıtır. Her ne kadar olumlu dini başa çıkma olumsuz dini başa çıkmadan çok daha yaygın olsa da dini başa çıkmanın derecesi kişisel kimliğe ve dinin birey için ne derece önemli bir dünya görüşü olduğuna bağlıdır (12).

Yapılan bir çalışmada 2015 Nepal depreminde sağ kurtulan yetişkinlerin stres için kullandıkları genel başa çıkma yöntemleri arasında, en fazla kullanılan başa çıkma stratejisi aktif başa çıkma, ardından sosyal başa çıkma saptanmıştır. Buna karşılık, en az kullanılan başa çıkma stratejisi madde bağımlılığı ile başa çıkma olarak bulunmuştur. Bu bulgunun nedeni olarak yetişkinlerin depremden büyük ölçüde etkilenmiş olmalarına rağmen, durumlarını değiştirme ve sorun çözme faaliyetlerine aktif olarak katılarak ve eskisine kıyasla daha fazla sosyalleşerek olumlu başa çıkma stratejilerini daha sık benimsedikleri olduğu düşünülmüştür. Ayrıca, hayatta kalanların stresle başa çıkma stratejisi olarak dua ve ibadet etmek, Tanrı'nın yardımına inanmak, Tanrı adına hayır yapmak gibi dini başa çıkma pratiklerini de kullandıkları görülmüştür. Bunun nedeni iyi veya kötü zamanlarda Tanrı'nın yardımına olan güçlü inançları ve doğal afetleri 'tanrının bir eylemi' olarak görerek bu TO'nun gelecekte yaşanmaması için tanrıyı memnun etmek amacıyla dini ritüellerini uygulamak istemeleri olarak düşünülmüştür (58).

Löw ve ark 2020 Hırvatistan Depremi yaşayanlarda yaptığı çalışmada sağ kurtulan kişilerde evinin hasar görmesi gibi maddi kayıpları olanlarda TSSB'yi daha sık bulmuştur. Bunun sebebi olarak kaynakların korunması teorisi (KKT) olduğu düşünülmüştür. KKT'ye göre bireyin sahip olduğu kaynaklar ile stresle başa çıkma becerisi arasında ilişki bulunmaktadır. Bu çalışmaya göre

kaynak sıkıntısı çeken bireylerin (evleri zarar gören katılımcılar) aktif başa çıkmadan ziyade pasif başa çıkma yöntemlerini, özellikle de kaçınma ve duygusal boşaltım yöntemlerini daha sık kullandığı saptanmıştır (59).

2.3.10. Prognoz

TSSB hastalarının yalnızca üçte birinin bir yıllık takipte iyileştiği ve üçte birinin travmadan on yıl sonra hala semptomatik olduğu saptanmıştır (40). TSSB geliştiren çoğu bireyde hastalığın TO'dan sonraki birkaç ay içinde başladığı görülmüştür. Bununla birlikte, epidemiyolojik çalışmalarda bu hastaların yaklaşık %25'inin altı ay veya daha sonrasında gecikmiş TSSB şeklinde hastalığının başladığı ortaya koyulmuştur (60).

Ruh sağlığına etkisi çok şiddetli olmayan travmaların sonrasında akut semptomların genellikle kısa sürede kaybolduğu görülmüştür. TSSB hastalarının yaklaşık %30'unun tamamen iyileştiği, %40'ında hafif düzeyde ve %20'sinde ılımlı düzeyde TSSB belirtilerinin devam ettiği bulunmuştur. Hastaların %10'unda ise bu belirtilerin değişmeden yıllar boyu aynı şekilde kaldığı ya da bu belirtilerin daha da kötüye gittiği saptanmıştır (61).

Şiddetli bir depremin ardından TSSB tanılı hastalarda daha fazla intihar riskinin olduğu bulunmuştur. Ayrıca, eşik altı TSSB belirtileri olan kitlesel bir felaketten sağ kurtulanlarda da intihar riskinin artmış olduğu görülmüştür (62).

2.3.11. Tarama

Zatzick ve ark çalışmasında savaş deneyimi yaşamış askeri personel ve gaziler ile travmatik şekilde yaralanmış sivillerin TSSB açısından sistematik olarak taranması gerektiği önerilmiştir. Ancak bu taramanın yalnızca yüksek kaliteli ruh sağlığı hizmetleriyle birleştirildiğinde daha iyi klinik sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (63). Başka bir çalışmada ise Wenchuan depremi yaşamış hastalarda 1 ay sonra PTSD açısından bireylerin taranması önerilmiştir. Bunun sonucunda erken psikolojik müdahalelerin mağdurların psikolojik dayanıklılıklarını arttırdığı ve TSSB'yi etkili bir şekilde önlemelerine yardımcı olduğu görülmüştür (9).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Dizaynı

Araştırmamız dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya onay veren 01.05.2023-10.09.2023 tarihleri arasında Şanlıurfa Harran Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan 511 gönüllü üzerinde anket aracılığı ile gerçekleştirildi. Bu çalışma Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi 24.05.2023 evrak tarihli ve 227864 sayılı etik kurul onayı ile prospektif, kesitsel, tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.2. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil edilme kriterleri :

1. On sekiz yaş üstü olması
2. Hastane çalışanı olması
3. Altı Şubat depremini deneyimlemiş olması
4. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması

Dışlanma kriterleri:

1. 18 yaşın altında olması
2. Depremi deneyimlememiş olması

3.3. Bakılan Parametreler ve Yöntem

Çalışma için veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından literatürün taranması ile oluşturulan ve sosyodemografik özellikleri ve hastanın yaşadığı depremden etkilenme durumu ile ilgili 23 sorudan oluşan anket formu (Ek-1), Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği

(DSTBÖ) (Ek-2), Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği (DSBÖ) (Ek-3) kullanıldı. İlgili anketler Dr. Emine Biçen Baskı tarafından gönüllülere soruldu.

3.4. İstatistiksel Yöntem

Çalışma verilerinin analizinde IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0 programı kullanılmıştır. Bu çalışmada verilerin değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel ölçütlerden ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, sıklık ve yüzdelik dağılım değerleri kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlere göre normal dağılım gösterip göstermediğinin tespiti amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve bütün değişkenlerin normal dağılım gösterdikleri saptanmıştır. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman Halton exact test kullanıldı. Çalışmada ölçekler arası ilişkinin tespit edilmesinde ve diğer bütün korelasyon analizlerinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Ölçeklerin ve alt boyutlarının sosyodemografik verilere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda hangi gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmesi amacıyla post-hoc testlerden varyansın homojen olduğu koşullar için Scheffe testi ve varyansın homojen olmadığı koşullar için Tamhane's T2 testleri tercih edilmiştir. Sonuçlar için anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilecektir.

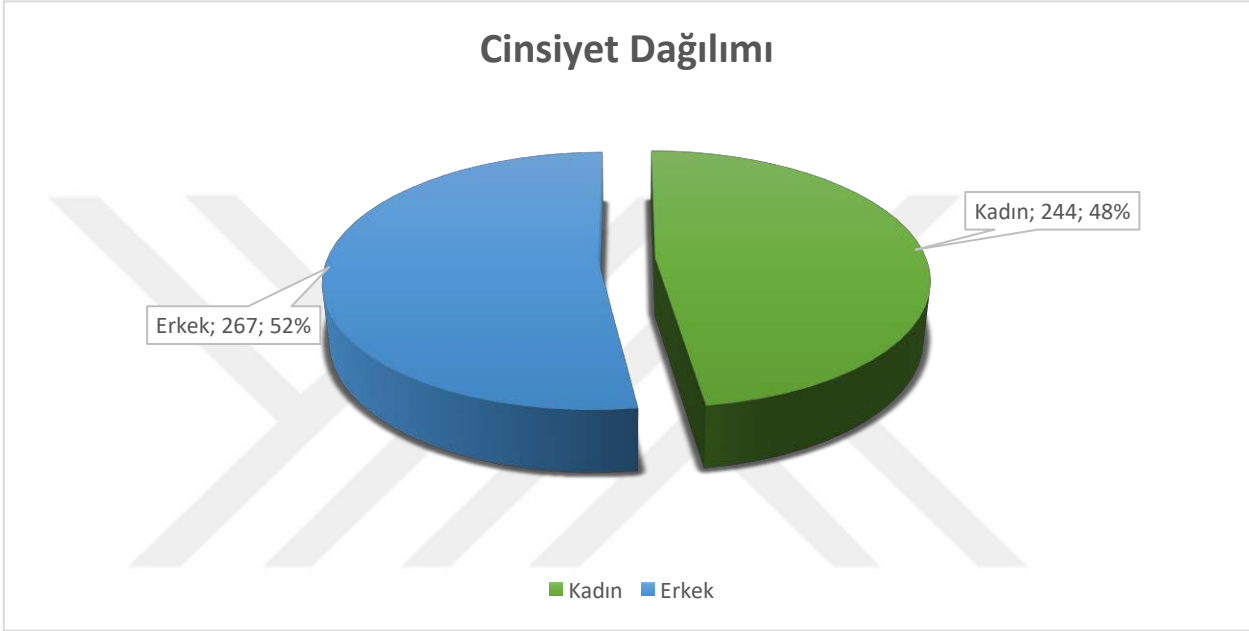
4. BULGULAR

Çalışmamız %47,7'si (n:244) kadın, %52,3'ü (n:267) erkek olmak üzere toplam 511 katılımcı ile yapıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $31,4 \pm 7,6$ olup ve yaşları 20-62 yaş aralığında dağılım göstermektedir. Hastane çalışanlarının %53,8'inin (n:275) çocuk sahibi değildi. Çocuk sahibi olanların %16,4'ünün (n:84) 1; %18,4'ünün (n:94) 2; %8'inin (n:41) 3; %2,2'sinin (n:11) 4; %0,8'inin (n:4) 5; %0,4'ünün (n:2) 6 çocuğu vardı. Katılımcılara ait sosyodemografik verilerinin dağılımı tablo 4.1'de, cinsiyet dağılımı grafik 4.1'de verilmiştir.

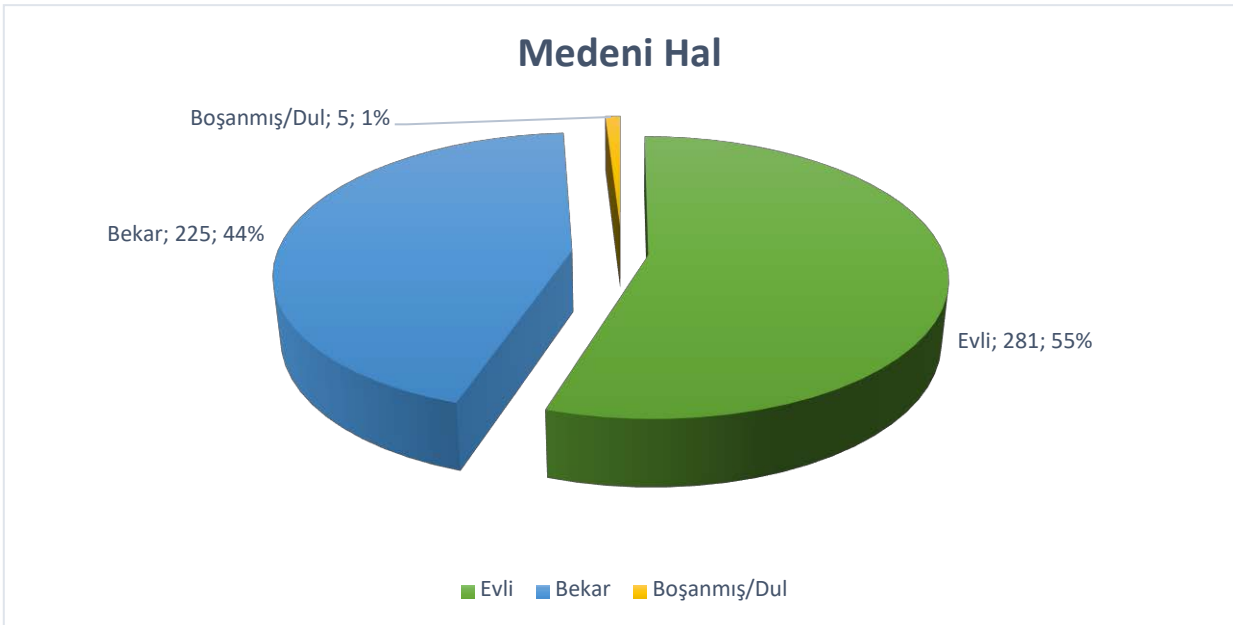
Tablo 4.1. Sosyodemografik verilerin dağılımı

		N	%
Cinsiyet	Kadın	244	47,7
	Erkek	267	52,3
Medeni Durum	Evli	281	55
	Bekar	225	44
	Boşanmış/Dul	5	1
Çocuk Sayısı	0	275	53,8
	1	84	16,4
	2	94	18,4
	3	41	8
	4	11	2,2
	5	4	0,8
Meslek Grupları	6	2	0,4
	Doktor	270	52,8
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları	192	37,6
Eğitim Durumu	Sağlık Dışı Meslek Grupları	49	9,6
	İlköğretim	12	2,3
	Lise	80	15,7
Meslekte kaçınıcı yılınız?	Üniversite ve üzeri	419	82
	0-5 yıl	268	52,4
	6-10 yıl	131	25,6
	11-15 yıl	52	10,2
	16-20 yıl	26	5,1

Katılımcıların %55'inin (n:281) evli, %44'ünün (n:225) bekar, %1'inin (n:5) boşanmış veya dul olduğu saptandı. Katılımcıların medeni hal dağılımı grafik 4.1'de gösterilmiştir.

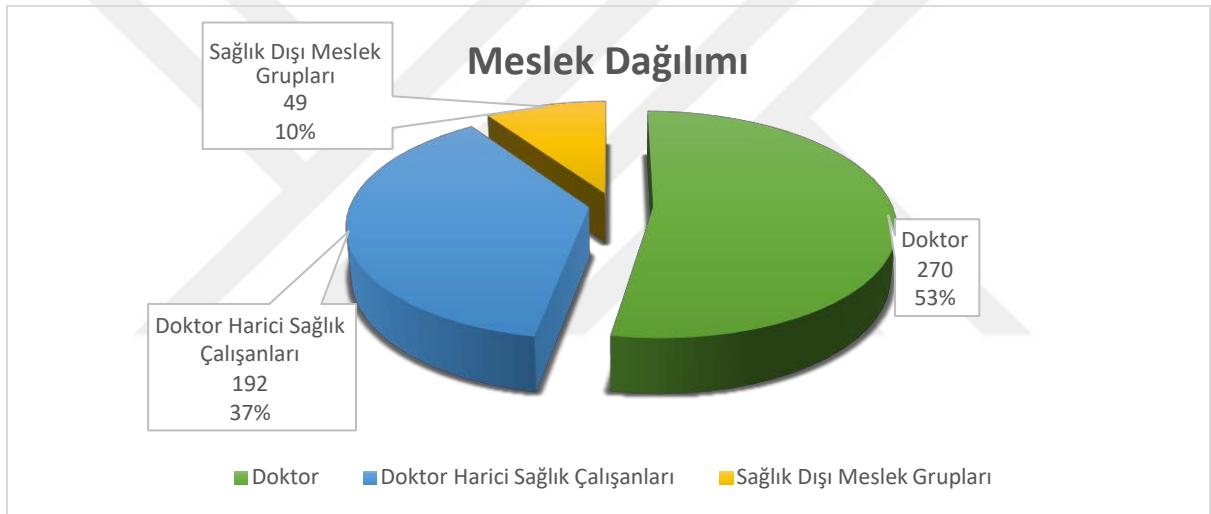


Grafik 4.1. Katılımcıların cinsiyet dağılımı

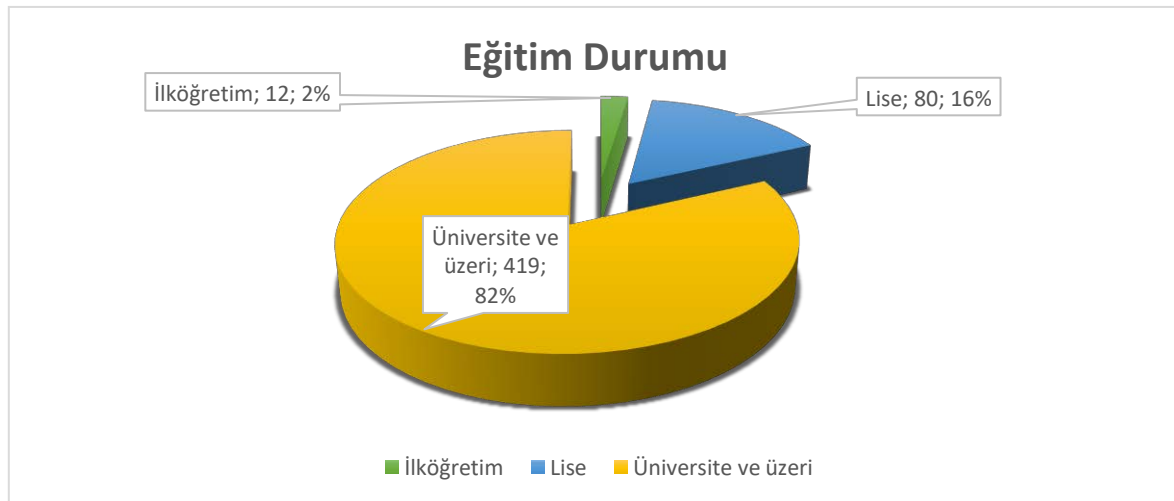


Grafik 4.2. Katılımcıların medeni hal dağılımı

Katılımcıların %52,8'inin (n:270) doktor, %37,6'sının (n:192) doktor harici sağlık çalışanları, %9,6'sının (n:49) sağlık dışı meslek grupları grubunda olduğu tespit edildi. Katılımcıların %2,3'ünün (n:12) ilköğretim mezunu, %15,7'sinin (n:80) lise mezunu, %82'sinin (n:419) üniversite ve üzeri eğitim durumunda olduğu saptandı. Katılımcıların %52,4'ünün (n:268) 0-5 yıl arası, 25,6'sının (n:131) 6-10 yıl arası, %10,2'sinin (n:52) 11-15 yıl arası, %5,1'inin (n:26) 16-20 yıl arası, %6,7'sinin (n:34) 21 yıl ve üzeri sürelerde meslek hayatı olduğu tespit edildi. Katılımcıların meslek dağılımı şekil 4.3'te, eğitim durumu dağılımı grafik 4.4'te gösterilmiştir.



Grafik 4.3. Katılımcıların meslek dağılımı



Grafik 4.4. Katılımcıların eğitim durumu dağılımı

Katılımcıların %12'sinde (n:62) deprem öncesinde psikiyatrik hastalık mevcutken %88'inde (n:449) bulunmuyordu. Bireylerin %4,9'u (n:25) deprem öncesinde psikiyatrik rahatsızlık sebebi ile ilaç kullanırken, %95,1'i (n:486) ilaç kullanmıyordu. "Daha önce sizi derinden sarsan herhangi bir travmatik olay yaşadınız mı?" sorusuna %27,6'sı (n:141) evet, %72,4'ü (n:370) hayır yanıtını verdi. Deprem öncesi durum ilgili sorular tablo 4,2'de, deprem öncesi psikiyatrik hastalık olma durumuna göre katılımcıların dağılımı grafik 4,5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Deprem öncesi durum ile ilgili sorular

		N	%
Deprem öncesinde psikiyatrik hastalığınız var mıydı?	Evet	62	12
	Hayır	449	88
Deprem öncesi psikiyatrik tanınız nedir?	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	3	0,6
	Anksiyete	24	4,6
	Psikiyatrik Hastalık Yok	449	88
	Panik Bozukluk	3	0,6
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	0,4
	Sosyal Fobi	2	0,4
	Erişkin DEHB	5	0,9
Depresyon	23	4,5	
Deprem öncesi psikiyatrik hastalık nedeniyle ilaç kullanıyor muydunuz?	Evet	25	4,9
	Hayır	486	95,1
Daha önce sizi derinden sarsan herhangi bir travmatik olay yaşadınız mı?	Evet	141	27,6
	Hayır	370	72,4



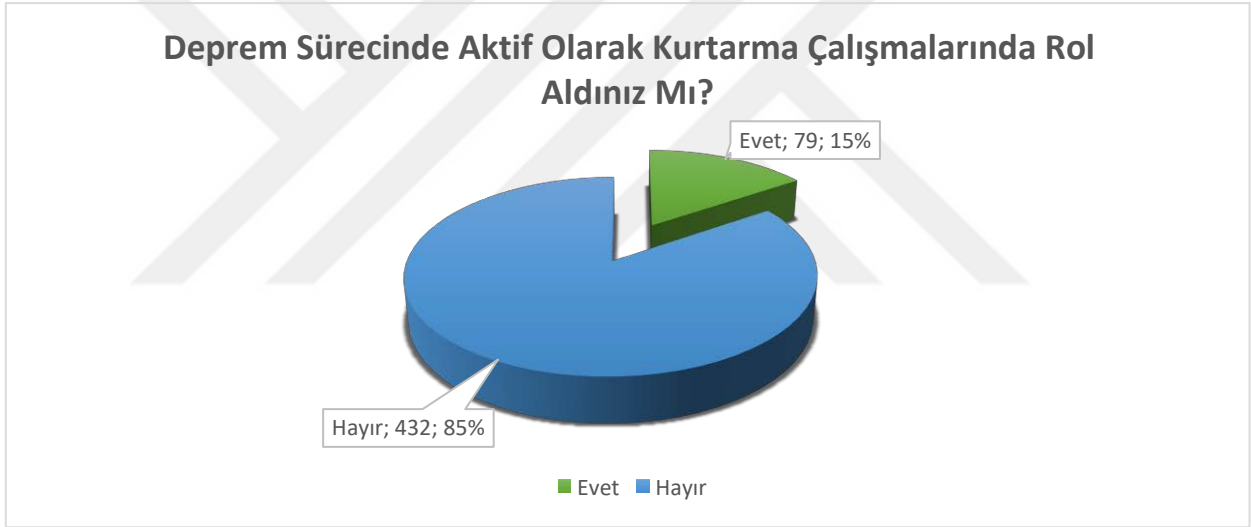
Tablo 4.3. Deprem öncesi psikiyatrik hastalık olma durumuna göre dağılım

Katılımcıların deprem süreci ile ilgili soruları tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Deprem süreci ile ilgili sorular

		N	%
Deprem sürecinde aktif olarak kurtarma çalışmalarında rol aldınız mı?	Evet	79	15,5
	Hayır	432	84,5
Deprem sürecinde hastanede görevinize aktif olarak devam ettiniz mi?	Evet	427	83,6
	Hayır	84	16,4
Deprem sürecinde hastanede görevinize aktif olarak devam ettiyseniz belirtiniz.	Depremden itibaren ilk 1 hafta görev aldım.	320	62,6
	1 haftadan sonraki süreçte görev aldım.	113	22,1
	Görevime aktif olarak devam etmedim.	78	15,3
Deprem esnasında tek miydiniz?	Evet	105	20,5
	Hayır	406	79,5
Deprem sırasında kaldığınız yer (ev, yurt vb.) depremden ne derecede etkilendi?	Hasar görmedi	118	23,1
	Az hasar gördü	348	68,1
	Orta hasar gördü	41	8
	Ağır hasar gördü	2	0,4
	Tam yıkıldı	2	0,4
Depremde göçük altında kaldınız mı?	Hayır	511	100
	Evet	0	0
Depremde göçük altında kalan yakınınız oldu mu?	Evet	155	30,3
	Hayır	356	69,7
Depremde göçük altında kalan yakınınız olduysa lütfen kimler olduğunu belirtiniz.	Hiç kimse	351	68,7
	Anne	1	0,2
	Baba	1	0,2
	Kardeş/kardeşler	7	1,4
	Akraba	88	17,2
	Arkadaş	63	12,3
Depremde yakınlarınızdan kayıplarınız oldu mu?	Evet	147	28,8
	Hayır	364	71,2
Depremde yakınlarınızdan kaybınız olduysa lütfen kimler olduğunu belirtiniz.	Hiç kimse	364	71,2
	Anne	1	0,2
	Kardeş/kardeşler	4	0,8
	Akraba	85	16,6
	Arkadaş	57	11,2
Depremde siz ya da birinci derece yakınlarınızda travmaya bağlı ciddi hasar oldu mu?	Evet	29	5,7
	Hayır	482	94,3

Çalışmamıza katılan bireylerin %15,5'i (n:79) deprem sürecinde aktif olarak arama kurtarma çalışmalarına katılırken, %84,5'i (n:432) arama kurtarma çalışmalarına katılmamıştır. Bireylerin %83,6'sı (n:427) hastanedeki aktif görevine devam ederken, %16,4'ü (n:84) bu görevine devam etmemiştir. Katılımcıların %20,5'i (n:105) deprem esnasında tek başına bulunuyordu. Çalışmamıza katılan bireylerin hiçbiri deprem esnasında göçük altında kalmadığını beyan etti. Bireylerin %30,3'ünün (n:155) göçük altında kalan yakını mevcut iken, depremde yakınlarından kaybı olanların oranı %28,8 (n:147) olarak belirlendi. Deprem sürecinde aktif olarak kurtarma çalışmalarında rol alma durumu şekil 4,6'da, göçük altında yakını olma durumu grafik 4,7'de gösterilmiştir.



Grafik 4.5. Deprem sürecinde aktif olarak kurtarma çalışmalarında rol alma durumu



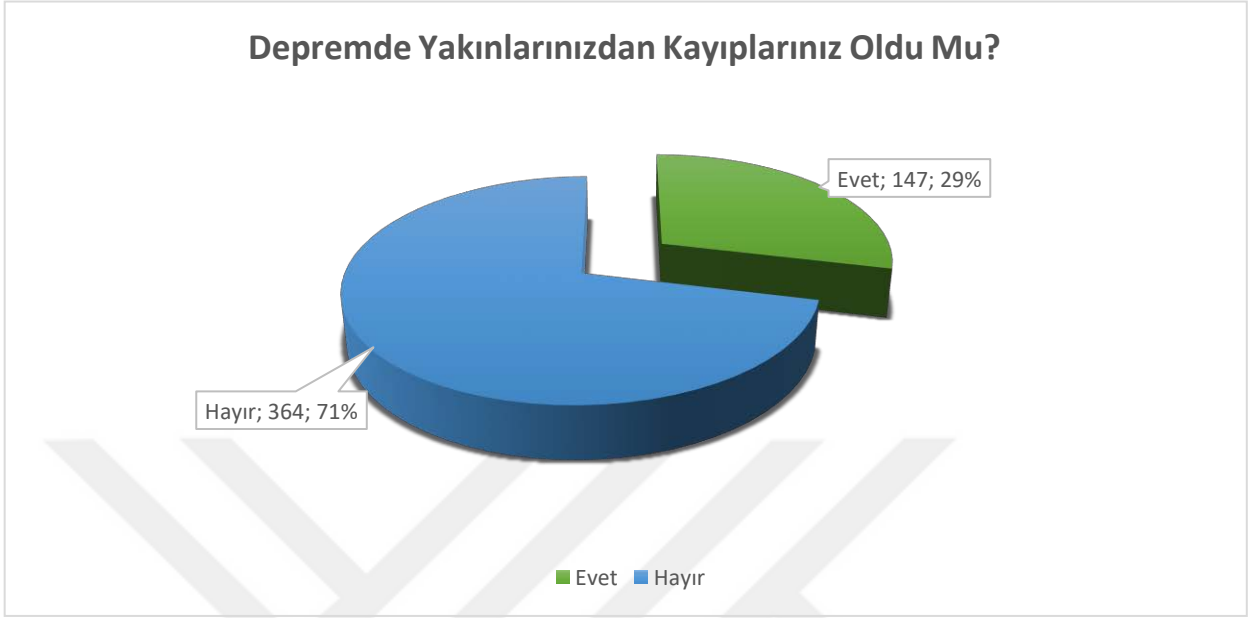
Grafik 4.6. Göçük altında yakını olma durumu

Katılımcıların deprem sürecinde hastanede görevine devam etme durumu grafik 4,8’de gösterilmiştir.



Grafik 4.7. Katılımcıların deprem sürecinde hastanede görevine devam etme durumu

Katılımcıların yakınlarından kayıp olma durumu grafik 4,9’da gösterilmiştir.



Şekil 4.9. Katılımcıların yakınlarından kayıp olma durumu

Depremden sonrası katılımcıların %4,5'i (n:23) psikiyatrik hastalığına bağlı şikayetlerinde artış olduğunu söylerken, %1,6'sı (n:8) kullandığı psikiyatrik ilacın dozunda artış ihtiyacı olduğunu beyan etti. Ruhsal sorunları nedeniyle ilaç tedavisi başlananların oranı %3,7 (n:19), bu sorunları nedeniyle psikoterapi ihtiyacı olanların oranı ise %12,7 (n:65) olarak belirlendi. Bireylerin %50,7'sinde (n:259) depremden önce olmayan yeni şikayetler ortaya çıkarken, %56,9'u (n:291) geleceğe yönelik planlarında değişiklik olduğunu beyan etti. Bireylerin %15,9'u (n:81) deprem sonrasında kaygı ve stresini gidermek için herhangi bir yöntem kullandığını söyledi. Deprem sonrası durum ile ilgili sorular tablo 4,4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Deprem sonrası durum ile ilgili sorular

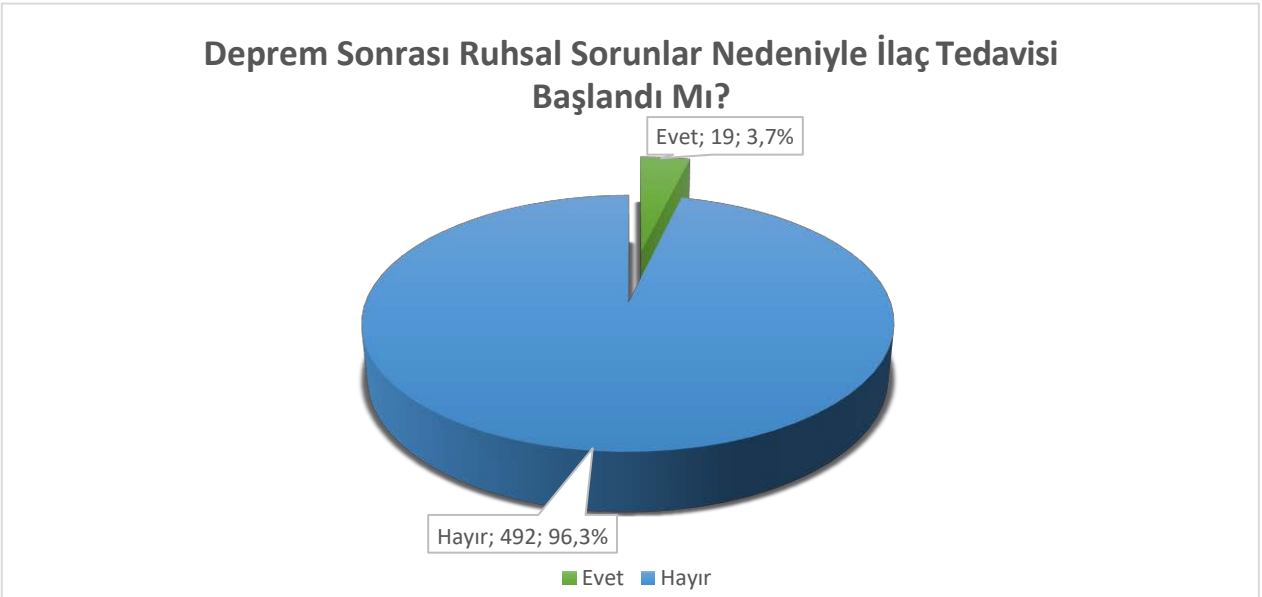
		N	%
Depremden sonra bu psikiyatrik hastalığınıza bağlı şikayetlerinizde artış oldu mu?	Evet	23	4,5
	Hayır	39	7,6
	Psikiyatrik hastalığım yok	449	87,9
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı oldu mu?	Evet	8	1,6
	Hayır	17	3,3
	Psikiyatrik ilaç kullanmıyorum	486	95,1
Deprem sonrası ruhsal sorunlar nedeniyle doktor tarafından ilaç tedavisi başlandı mı?	Evet	19	3,7
	Hayır	492	96,3
Deprem sonrası ilaç başlanan ruhsal sorununuz nedir?	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	4	0,8
	Anksiyete	8	1,6
	Psikiyatrik ilaç başlanmadı	492	96,3
	Depresyon	7	1,3
Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacınız oldu mu?	Evet	65	12,7
	Hayır	446	87,3
Deprem sonrası nerede kaldınız?	Kendi evim	210	41,1
	Araba	71	13,9
	Akraba evi	97	19
	Çadır	12	2,3
	Konteyner ev	9	1,8
	Diğer	112	21,9
	Depremden sonra herhangi bir profesyonel psikolojik destek aldınız mı?	Evet	23
Hayır		488	95,5
Depremden önce olmayan ve sonrasında ortaya çıkan şikayetleriniz var mı?	Evet	259	50,7
	Hayır	252	49,3
Deprem sonrası geleceğe yönelik planlarınızda herhangi bir değişim oldu mu?	Evet	291	56,9
	Hayır	220	43,1
Deprem sonrası kaygı ve stresinizi gidermek için kullandığımız herhangi bir yöntem oldu mu?	Evet	81	15,9
	Hayır	430	84,1

Depremden sonra psikiyatrik hastalık şikâyetlerindeki artış durumu şekil 4.10’da gösterilmiştir.



Grafik 4.8. Depremden sonra psikiyatrik hastalık şikâyetlerindeki artış durumu

Depremden sonra ruhsal sorunlar nedeniyle ilaç başlanma durumu şekil 4.11’de gösterilmiştir.



Grafik 4.9. Depremden sonra ruhsal sorunlar nedeniyle ilaç başlanma durumu

Deprem sürecinde arama kurtarma çalışmalarına aktif olarak katılanların %7,6'sına (n:6) hekim tarafından ruhsal sorunları nedeniyle ilaç tedavisi başlanırken, arama kurtarma çalışmalarına katılmayanların %3'üne (n:13) ilaç tedavisi başlandığı belirlendi. Bu çalışmalarda rol alanların %2,6'sında (n:2) kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı olurken, çalışmalara katılmayanların %1,4'ünün (n:6) ilaç dozunda artış ihtiyacı olduğu belirlendi. Depremden sonra psikiyatrik hastalığa bağlı şikayetlerde artış olma sıklığı (p=0,49) ve deprem sonrasında psikoterapi ihtiyacı olma sıklığı (p=0,59) açısından arama kurtarma çalışmalarına katılanlar ile katılmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. Kurtarma çalışmasına katılıma göre tablo 4.5'da değerlendirilmiştir.

Tablo 4.6. Kurtarma Çalışmalarına Katılma Durumuna Göre Bireylerin Deprem Sonrası Durumlarının Değerlendirilmesi

		Deprem sürecinde aktif olarak kurtarma çalışmalarında rol aldınız mı?			
		Evet	Hayır	Toplam	P
Deprem sonrası ruhsal sorunlar nedeniyle doktor tarafından ilaç tedavisi başlandı mı?	Evet	6 %7,60	13 %3,00	19 %3,70	0,096
	Hayır	73 %92,40	419 %97,00	492 %96,30	
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı oldu mu?	Evet	2 %2,60	6 %1,40	8 %1,60	0,59
	Hayır	3 %3,90	14 %3,20	17 %3,30	
	İlaç kullanmıyor	72 %93,50	414 %95,40	486 %95,10	
Depremden sonra bu psikiyatrik hastalığınıza bağlı şikayetlerinizde artış oldu mu?	Evet	4 %4,90	19 %4,40	23 %4,50	0,49
	Hayır	4 %4,90	35 %8,10	39 %7,60	
	Hastalığım yok	73 %90,20	376 %87,50	449 %87,90	
Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacınız oldu mu?	Evet	12 %15,20	53 %12,30	65 %12,70	0,59
	Hayır	67 %84,80	379 %87,70	446 %87,30	

Ki-kare testi

Depremde kalınan yerin etkilenme durumuna göre bireylerin deprem sonrası durumlarının değerlendirilmesi tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Depremde kalınan yerin etkilenme durumuna göre bireylerin deprem sonrası durumlarının değerlendirilmesi

		Deprem sırasında kaldığımız yer nasıl etkilendi?			
		Hasar görmedi	Hasar gördü	Toplam	P
Deprem sonrası ruhsal sorunlar nedeniyle doktor tarafından ilaç tedavisi başlandı mı?	Evet	3 %2,50	16 %4,10	19 %3,70	0.58
	Hayır	115 %97,50	377 %95,90	492 %96,30	
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı oldu mu?	Evet	1 %0,90	7 %1,80	8 %1,60	0.68
	İlaç kullanmıyor	4 %3,50	13 %3,30	17 %3,30	
	İlaç kullanmıyor	110 %95,60	376 %94,90	486 %95,1	
Depremden sonra bu psikiyatrik hastalığınıza bağlı şikayetlerinizde artış oldu mu?	Evet	4 %3,40	19 %4,80	23 %4,50	0.48
	Hastalığım yok	10 %8,20	29 %7,50	39 %7,60	
	Hastalığım yok	107 %88,40	342 %87,70	449 %87,90	
Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacınız oldu mu?	Evet	12 %10,20	53 %13,50	65 %12,70	0,43
	Hayır	106 %89,80	340 %86,50	446 %87,30	

Ki-kare testi

Depremden sonra ruhsal sorunlar nedeniyle hekim tarafından ilaç başlanma sıklığı (p=0,58), depremde sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı olma sıklığı (p=0,68), depremde sonra psikiyatrik hastalığa bağlı şikayetlerde artış olma sıklığı (p=0,48) ve deprem sonrasında psikoterapi ihtiyacı olma sıklığı (p=0,43) açısından deprem sırasında kaldığı yer hasar görenler ile hasar görmeyenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Depremde yakınlarının göçük altında kalma durumuna göre bireylerin deprem sonrası durumlarının değerlendirilmesi tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Depremde yakınlarının göçük altında kalma durumuna göre bireylerin deprem sonrası durumlarının değerlendirilmesi

		Depremde göçük altında kalan yakınınız oldu mu?			
		Evet	Hayır	Toplam	P
Deprem sonrası ruhsal sorunlar nedeniyle doktor tarafından ilaç tedavisi başlandı mı?	Evet	10 %6,50	9 %2,50	19 %3,70	0,057
	Hayır	145 %93,50	347 %97,50	492 %96,30	
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı oldu mu?	Evet	4 %2,60	4 %1,10	8 %1,60	0,4
	Hayır	6 %4,10	11 %3,10	17 %3,30	
	İlaç kullanmıyor	140 %93,30	346 %95,80	486 %95,10	
Depremden sonra bu psikiyatrik hastalığınıza bağlı şikayetlerinizde artış oldu mu?	Evet	11 %7,00	12 %3,30	23 %4,50	0,044*
	Hayır	10 %6,50	29 %8,20	39 %7,60	
	Hastalığım yok	134 %86,50	315 %88,50	449 %87,90	
Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacınız oldu mu?	Evet	32 %20,60	33 %9,30	65 %12,70	0,001*
	Hayır	123 %79,40	323 %90,70	446 %87,30	

*: p<0,05; Ki-kare testi

Depremden sonra ruhsal sorunlar nedeniyle hekim tarafından ilaç başlanma sıklığı ve depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı olma sıklığı açısından depremden göçük altında kalan yakını olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi (p=0,057). Depremden sonra göçük altında kalan yakını olanların %7’sinin (n:11) psikiyatrik hastalığına bağlı şikayetlerinde artış olurken bu oran depremden göçük altında kalan yakını olmayanlarda %3,3 (n:12) olarak belirlendi. Göçük altında kalan yakını olanların psikiyatrik hastalığa bağlı şikayetlerinde artış olma oranı, göçük altında kalan yakını olmayanlardan anlamlı

derecede yüksek bulundu ($p=0,044$). Depremden sonra göçük altında kalan yakını olanların psikoterapi ihtiyacı sıklığı (%20,6 n:32), depremde göçük altında kalan yakını olmayanların psikoterapi ihtiyacı olma sıklığından (%9,3 n:33) anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,001$).

Depremde yakınlarından kaybı olma durumuna göre bireylerin deprem sonrası durumlarının değerlendirilmesi tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Depremde yakınlarından kaybı olma durumuna göre bireylerin deprem sonrası durumlarının değerlendirilmesi

		Depremde yakınlarınızdan kayıplarınız oldu mu?			
		Evet	Hayır	Toplam	P
Deprem sonrası ruhsal sorunlar nedeniyle doktor tarafından ilaç tedavisi başlandı mı?	Evet	10 %6,80	9 %2,50	19 %3,70	0,037*
	Hayır	137 %93,20	355 %97,50	492 %96,30	
Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı oldu mu?	Evet	4 %2,80	4 %1,10	8 %1,60	0,4
	Hayır	5 %3,50	12 %3,30	17 %3,30	
	İlaç kullanmıyor	134 %93,70	352 %95,60	486 %95,10	
Depremden sonra bu psikiyatrik hastalığınıza bağlı şikayetlerinizde artış oldu mu?	Evet	11 %7,60	12 %3,30	23 %4,50	0,024*
	Hayır	9 %6,20	30 %8,20	39 %7,60	
	Hastalığım yok	125 %86,20	324 %88,50	449 %87,90	
Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacınız oldu mu?	Evet	33 %22,40	32 %8,80	65 %12,70	0,00*
	Hayır	114 %77,60	332 %91,20	446 %87,30	

*: $p<0,05$; Ki-kare testi

Depremde yakınlarını kaybedenlerin kaybetmeyenlere kıyasla ruhsal sorunlar nedeniyle hekim tarafından ilaç tedavisi başlanma oranı ($p=0,037$), psikiyatrik hastalığa bağlı şikayetlerde artış olma oranı ($p=0,024$), psikoterapi ihtiyacı olma oranı ($p=0,00$) anlamlı derecede yüksek olarak bulundu. Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış olma sıklığı açısından

depremde yakınlarını kaybedenler ile kaybetmeyenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0,4$).

Katılımcıların yaş ve ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Yaş ve ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
DSTDBÖ Ölçeği Toplam Puan	511	20	62	31,41	7,58
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	511	4	20	7,70	3,49
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	511	5	25	10,40	4,82
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	511	4	20	9,70	3,34
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	511	4	20	10,73	4,41
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	511	3	15	6,14	3,36
DSBÖ Ölçeği Toplam Puan	511	25	64	45,88	6,99
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan	511	5	20	15,47	3,54
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan	511	9	24	17,91	3,48
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan	511	5	20	12,50	2,74

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma

Cinsiyet ile ölçek puanlarının değerlendirilmesi tablo 4.10'da gösterilmiştir. Kadınların erkeklere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları, davranış problemi alt boyut (DPAB) puanları, heyecansal sınırlılık alt boyut (HSAB) puanları, duyuşsal alt boyut (DAB) puanları, bilişsel alt boyut (BAB) puanları, uyku problemleri alt boyut (UPAB) puanları, sosyal destek arama alt boyut (SDAAB) puanları olduğu tespit edildi ($p=0,00$). Dini baş etme alt boyutu (DBEAB) ($p=0,43$) ve olumlu yeniden değerlendirme alt boyutu (OYDAB) puanları ($p=0,08$) açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı fark tespit edilmedi.

Tablo 4.11. Cinsiyet durumu ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Kadın	244	48,94	16,70	0,00*
	Erkek	267	40,77	15,55	
Davranış Problemi Alt Boyutu	Kadın	244	8,47	3,72	0,00*
	Erkek	267	6,99	3,10	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu	Kadın	244	11,42	4,84	0,00*
	Erkek	267	9,46	4,60	
Duyuşsal Alt Boyut	Kadın	244	10,39	3,28	0,00*
	Erkek	267	9,06	3,28	
Bilişsel Alt Boyut	Kadın	244	11,84	4,37	0,00*
	Erkek	267	9,71	4,21	
Uyku Problemleri Alt Boyut	Kadın	244	6,80	3,51	0,00*
	Erkek	267	5,53	3,09	
Dini Baş Etme Alt Boyutu (DSBÖ)	Kadın	244	15,58	3,24	0,43
	Erkek	267	15,35	3,78	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu (DSBÖ)	Kadın	244	17,63	3,58	0,08
	Erkek	267	18,16	3,37	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu (DSBÖ)	Kadın	244	13,06	2,78	0,00*
	Erkek	267	11,98	2,59	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Katılımcıların medeni durum ile ölçek puanlarının analizi tablo 4.11’de gösterilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların medeni durumlarına göre ölçek puanları değerlendirildiğinde, evli bireylerin bekar bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek BAB ($p=0,029$), DBEAB ($p=0,000$) ve OYDAB ($p=0,035$) puanları olduğu tespit edildi. DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,625$), DPAB puanları ($p=0,993$), HSAB puanları ($p=0,959$), DAB puanları ($p=0,437$), UPAB puanları ($p=0,755$) ve SDAAB puanları ($p=0,329$) açısından medeni duruma göre gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.12. Medeni durum ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

	Medeni Hal	N	Ortalama	Standart Sapma	P	Post-Hoc
DSTDBÖ Ölçeği Toplam Puan	Evli	281	45,31	17,24	0,625	
	Bekar	225	43,87	15,85		
	Boşanmış/Dul	5	45,40	15,84		
Davranış Problemi Alt Boyutu	Evli	281	7,69	3,60	0,993	
	Bekar	225	7,72	3,39		
	Boşanmış/Dul	5	7,60	2,30		
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu	Evli	281	10,39	4,93	0,959	
	Bekar	225	10,42	4,71		
	Boşanmış/Dul	5	9,80	3,96		
Duyuşsal Alt Boyut	Evli	281	9,86	3,45	0,437	
	Bekar	225	9,49	3,22		
	Boşanmış/Dul	5	10,20	2,49		
Bilişsel Alt Boyut	Evli (1)	281	11,20	4,59	0,029*	1>2
	Bekar (2)	225	10,15	4,13		
	Boşanmış/Dul (3)	5	10,60	4,51		
Uyku Problemleri Alt Boyut	Evli	281	6,16	3,39	0,755	
	Bekar	225	6,09	3,31		
	Boşanmış/Dul	5	7,20	4,09		
Dini Baş Etme Alt Boyutu (DSBÖ)	Evli (1)	281	16,12	3,31	0,000*	1>2
	Bekar (2)	225	14,60	3,64		
	Boşanmış/Dul (3)	5	17,80	2,17		
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu (DSBÖ)	Evli (1)	281	18,20	3,50	0,035*	1>2
	Bekar (2)	225	17,51	3,44		
	Boşanmış/Dul (3)	5	20,00	2,74		
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu (DSBÖ)	Evli	281	12,63	2,49	0,329	
	Bekar	225	12,32	3,03		
	Boşanmış/Dul	5	13,40	1,82		

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, ANOVA

Katılımcıların öğrenim durumu ile ölçek puanlarının analizi tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Öğrenim durumu ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ Ölçeği Toplam Puan	İlköğretim	12	47,42	24,08	0,718
	Lise	80	45,59	17,06	
	Üniversite ve üzeri	419	44,42	16,31	
Davranış Problemi Alt Boyutu	İlköğretim	12	8,42	5,20	0,46
	Lise	80	8,05	3,74	
	Üniversite ve üzeri	419	7,62	3,39	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu	İlköğretim	12	11,25	6,08	0,823
	Lise	80	10,34	5,01	
	Üniversite ve üzeri	419	10,39	4,75	
Duyuşsal Alt Boyut	İlköğretim	12	10,75	5,45	0,22
	Lise	80	10,14	3,35	
	Üniversite ve üzeri	419	9,59	3,27	
Bilişsel Alt Boyut	İlköğretim	12	10,42	5,65	0,919
	Lise	80	10,89	4,58	
	Üniversite ve üzeri	419	10,71	4,35	
Uyku Problemleri Alt Boyut	İlköğretim	12	6,58	4,08	0,892
	Lise	80	6,18	3,61	
	Üniversite ve üzeri	419	6,12	3,29	
Dini Baş Etme Alt Boyutu (DSBÖ)	İlköğretim	12	17,08	3,96	0,12
	Lise	80	15,90	3,50	
	Üniversite ve üzeri	419	15,34	3,52	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu (DSBÖ)	İlköğretim	12	18,67	4,01	0,662
	Lise	80	18,08	3,48	
	Üniversite ve üzeri	419	17,86	3,47	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu (DSBÖ)	İlköğretim	12	10,92	2,19	0,058
	Lise	80	12,19	2,55	
	Üniversite ve üzeri	419	12,61	2,77	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, ANOVA

Çalışmamızda DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,718$), DPAB puanları ($p=0,46$), HSAB puanları ($p=0,823$), DAB puanları ($p=0,22$), BAB puanları ($p=0,919$), UPAB puanları ($p=0,892$), DBEAB puanları ($p=0,12$), OYDAB puanları ($p=0,662$) ve SDAAB puanları ($p=0,058$) açısından eğitim durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Katılımcıların meslek gruplarına göre ölçek puanları tablo 4.13'te değerlendirildi.

Tablo 4.14. Meslek grupları ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

	Meslek Grupları	N	Ortalama	Standart Sapma	P	Post-Hoc
DSTDBÖ Ölçeği Toplam Puan	Doktor (1)	270	43,09	15,23	0,001*	2>1
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları (2)	192	48,02	17,45		2>3
	Sağlık Dışı Meslek Grupları (3)	49	40,33	18,49		
Davranış Problemi Alt Boyutu	Doktor (1)	270	7,37	3,11	0,001*	2>1, 2>3
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları (2)	192	8,40	3,80		
	Sağlık Dışı Meslek Grupları (3)	49	6,82	3,75		
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu	Doktor	270	10,16	4,58	0,091	
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları	192	10,96	4,98		
	Sağlık Dışı Meslek Grupları	49	9,55	5,27		
Duyuşsal Alt Boyut	Doktor	270	9,41	3,08	0,077	
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları	192	10,13	3,46		
	Sağlık Dışı Meslek Grupları	49	9,63	4,09		
Bilişsel Alt Boyut	Doktor (1)	270	10,33	4,12	0,000*	2>1, 2>3
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları (2)	192	11,70	4,57		
	Sağlık Dışı Meslek Grupları (3)	49	9,18	4,64		
Uyku Problemleri Alt Boyut	Doktor (1)	270	5,83	3,05	0,001*	2>1, 2>3
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları (2)	192	6,84	3,69		
	Sağlık Dışı Meslek Grupları (3)	49	5,14	3,15		
Dini Baş Etme Alt Boyutu (DSBÖ)	Doktor	270	15,25	3,56	0,089	
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları	192	15,53	3,44		
	Sağlık Dışı Meslek Grupları	49	16,45	3,66		
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu (DSBÖ)	Doktor (1)	270	17,42	3,41	0,000*	2>1 3>1
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları (2)	192	18,42	3,47		
	Sağlık Dışı Meslek Grupları (3)	49	18,67	3,58		
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu (DSBÖ)	Doktor	270	12,54	2,88	0,216	
	Doktor Harici Sağlık Çalışanları	192	12,61	2,54		
	Sağlık Dışı Meslek Grupları	49	11,86	2,64		

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, ANOVA

Doktor harici sağlık çalışanlarının doktorlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları (p=0,001), DPAB puanları (p=0,001), BAB puanları (p=0,000), UPAB puanları (p=0,001) ve OYDAB puanları (p=0,003) olduğu tespit edildi.

Doktor harici sağlık çalışanlarının sağlık dışı meslek gruplarına kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,001$), DPAB puanları ($p=0,001$), BAB puanları ($p=0,000$) ve UPAB puanları ($p=0,001$) olduğu tespit edildi.

Sağlık dışı meslek gruplarında çalışanların doktorlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek OYDAB puanları olduğu tespit edildi ($p=0,003$).

Deprem ncesi psikiyatrik hastalığı olma durumuna göre ölçek puanlarının analizi tablo 4.14’de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Deprem ncesi psikiyatrik hastalığı olma durumuna göre DSTDBÖ ve DSB puanlarının ilişkisinin dağılımı

Deprem öncesinde psikiyatrik hastalığınız var mıydı?		N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Evet	62	48,90	16,67	0,094
	Hayır	449	44,32	16,57	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	62	8,70	3,96	0,06
	Hayır	449	7,62	3,44	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	62	11,98	5,30	0,031*
	Hayır	449	10,27	4,76	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	62	10,33	3,66	0,219
	Hayır	449	9,65	3,32	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	62	11,60	3,91	0,195
	Hayır	449	10,66	4,45	
Uyku Problemleri Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	62	6,30	3,24	0,755
	Hayır	449	6,13	3,37	
Dini Baş Etme Alt Boyutu (DSB)	Evet	62	14,68	4,05	0,139
	Hayır	449	15,54	3,48	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu (DSB)	Evet	62	16,43	3,54	0,005*
	Hayır	449	18,04	3,45	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu (DSB)	Evet	62	12,83	2,87	0,436
	Hayır	449	12,47	2,73	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Deprem ncesi psikiyatrik hastalığı olanların olmayanlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek HSAB puanları ($p=0,031$), daha düşük OYDAB puanları ($p=0,005$) olduğu tespit edildi. Deprem ncesi psikiyatrik hastalığı olma durumuna göre bireyler arasında DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,094$), DPAB puanları ($p=0,06$), DAB puanları ($p=0,219$), BAB puanları ($p=0,195$),

UPAB puanları ($p=0,755$), DBEAB puanları ($p=0,139$) ve SDAAB puanları ($p=0,436$) açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Deprem sonrası psikiyatrik ilaç başlanma durumu ile ölçek puanlarının analizi tablo 4.16’da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Deprem sonrası psikiyatrik ilaç başlanma durumu ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Deprem sonrası psikiyatrik ilaç başlandı mı?		N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Evet	19	60,53	21,66	0,004*
	Hayır	492	44,06	16,10	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	19	11,32	4,28	0,000*
	Hayır	492	7,56	3,38	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	19	14,42	6,09	0,000*
	Hayır	492	10,24	4,70	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	19	11,68	4,15	0,008*
	Hayır	492	9,62	3,29	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	19	14,84	5,00	0,000*
	Hayır	492	10,57	4,32	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Evet	19	8,26	4,65	0,055
	Hayır	492	6,06	3,28	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	19	16,37	3,15	0,259
	Hayır	492	15,44	3,55	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	19	17,95	4,08	0,966
	Hayır	492	17,91	3,46	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	19	12,58	3,93	0,930
	Hayır	492	12,50	2,69	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Deprem sonrasında psikiyatrik ilaç başlanılan bireylerin başlanmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,004$), DPAB puanları ($p=0,000$), HSAB puanları ($p=0,000$), DAB puanları ($p=0,008$) ve BAB puanları ($p=0,000$) olduğu tespit edildi. Deprem sonrasında psikiyatrik ilaç başlanma durumuna göre bireyler arasında UPAB puanları ($p=0,055$), DBEAB puanları ($p=0,259$), OYDAB puanları ($p=0,966$) ve SDAAB puanları ($p=0,930$) açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacı olma durumuna göre ölçek puanlarının analizi tablo 4.16'da gösterilmiştir. Çalışmamızda deprem sonrasında psikoterapi ihtiyacı olan bireylerin olmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,000$), DPAB puanları ($p=0,000$), HSAB puanları ($p=0,000$), DAB puanları ($p=0,000$), BAB puanları ($p=0,000$), UPAB puanları ($p=0,000$) ve DBEAB ($p=0,037$) olduğu tespit edildi.

Deprem sonrasında psikoterapi ihtiyacı olma durumuna göre bireyler arasında OYDAB puanları ($p=0,060$) ve SDAAB puanları ($p=0,277$) açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.17. Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacı olma durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacınız oldu mu?		N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Evet	65	59,94	16,48	0,000*
	Hayır	446	42,45	15,43	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	65	10,77	3,71	0,000*
	Hayır	446	7,26	3,23	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	65	14,48	4,81	0,000*
	Hayır	446	9,80	4,53	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	65	12,15	3,28	0,000*
	Hayır	446	9,34	3,20	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	65	14,34	3,91	0,000*
	Hayır	446	10,21	4,24	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Evet	65	8,20	3,95	0,000*
	Hayır	446	5,84	3,16	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	65	14,62	3,44	0,037*
	Hayır	446	15,59	3,54	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	65	17,15	3,59	0,060
	Hayır	446	18,02	3,46	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	65	12,85	3,03	0,277
	Hayır	446	12,45	2,69	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Deprem sonrası hastanedeki göreve devam etme durumuna göre ölçek puanlarının analizi tablo 4.17'de gösterilmiştir. Deprem sonrası hastanedeki görevine devam eden bireylerin etmeyen bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek UPAB puanları olduğu tespit edildi ($p=0,005$). Deprem sonrasında hastanedeki görevine devam etme durumuna göre bireyler arasında DSTDBÖ

toplam puanları (p=0,126), DPAB puanları (p=0,374), HSAB (p=0,249), DAB puanları (p=0,338), BAB puanları (p=0,189), DBEAB puanları (p=0,232), OYDAB puanları (p=0,817) ve SDAAB puanları (p=0,386) açısından eğitim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.18. Deprem sonrası hastanedeki göreve devam etme durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Deprem sonrası hastanedeki görevinize devam ettiniz mi?	N	Ortalama	Standart Sapma	P	
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Evet	427	45,17	16,92	0,126
	Hayır	84	42,14	14,75	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	427	7,76	3,54	0,374
	Hayır	84	7,39	3,22	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	427	10,51	4,84	0,249
	Hayır	84	9,85	4,71	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	427	9,76	3,38	0,338
	Hayır	84	9,38	3,18	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	427	10,84	4,50	0,189
	Hayır	84	10,20	3,91	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Evet	427	6,30	3,44	0,005*
	Hayır	84	5,32	2,79	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	427	15,55	3,54	0,232
	Hayır	84	15,05	3,53	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	427	17,93	3,54	0,817
	Hayır	84	17,83	3,20	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	427	12,45	2,76	0,386
	Hayır	84	12,74	2,63	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Deprem esnasında tek başına olma durumuna göre ölçek puanlarının analizi tablo 4.18’de gösterilmiştir. Deprem esnasında tek başına olan bireylerin tek başına olmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha düşük DBEAB puanları olduğu tespit edildi (p=0,006). Deprem esnasında tek başına olma durumuna göre DSTDBÖ toplam puanları (p=0,398 DPAB puanları (p=0,328), HSAB puanları (p=0,101), DAB puanları (p=0,856), BAB puanları (p=0,885), UPAB puanları (p=0,154), OYDAB puanları (p=0,286) ve SDAAB puanları (p=0,367) açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 4.19. Deprem esnasında tek başına olma durumuna göre ile DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Deprem esnasında tek miydiniz?		N	Ortalama	Standart Sapma	P
	Evet	105	46,01	18,58	0,398
	Hayır	406	44,33	16,07	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	105	8,00	3,56	0,328
	Hayır	406	7,63	3,47	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	105	11,09	5,25	0,101
	Hayır	406	10,22	4,69	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	105	9,65	3,66	0,856
	Hayır	406	9,71	3,26	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	105	10,68	4,74	0,885
	Hayır	406	10,75	4,33	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Evet	105	6,60	3,79	0,154
	Hayır	406	6,02	3,23	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	105	14,62	3,70	0,006*
	Hayır	406	15,69	3,46	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	105	17,59	3,73	0,286
	Hayır	406	18,00	3,42	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	105	12,29	2,83	0,367
	Hayır	406	12,56	2,71	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Göçük altında yakını olmasına göre ölçek puanlarının analizi tablo 4.19’da gösterilmiştir. Depremde göçük altında kalan yakını olan bireylerin olmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,000$), DPAB puanları ($p=0,000$), HSAB puanları ($p=0,000$), DAB puanları ($p=0,001$), BAB puanları ($p=0,000$) ve UPAB puanları olduğu tespit edildi ($p=0,000$). Depremde göçük altında kalan yakını olma durumuna göre bireyler arasında DBEAB puanları ($p=0,888$), OYDAB puanları ($p=0,382$) ve SDAAB puanları ($p=0,926$) açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.20. Depremde göçük altında kalan yakını olma durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Depremde göçük altında kalan yakınız oldu mu?		N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Evet	155	49,66	16,77	0,000*
	Hayır	356	42,50	16,08	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	155	8,72	3,30	0,000*
	Hayır	356	7,26	3,48	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	155	11,69	4,89	0,000*
	Hayır	356	9,84	4,68	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	155	10,46	3,41	0,001*
	Hayır	356	9,37	3,26	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	155	11,83	4,43	0,000*
	Hayır	356	10,26	4,32	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Evet	155	6,96	3,61	0,000*
	Hayır	356	5,78	3,18	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	155	15,50	3,35	0,888
	Hayır	356	15,46	3,62	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	155	17,71	3,49	0,382
	Hayır	356	18,00	3,48	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	155	12,48	2,53	0,926
	Hayır	356	12,51	2,83	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Depremde yakınlarından kaybı olma durumuna göre ölçek puanlarının analizi tablo 4.20’de gösterilmiştir. Depremde yakınlarından kaybı olan bireylerin olmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları, DPAB puanları HSAB puanları, DAB puanları, BAB puanları ve UPAB puanları olduğu tespit edildi ($p=0,000$). Depremde yakınlarından kaybı olma durumuna göre bireyler arasında DBEAB puanları ($p=0,826$), OYDAB puanları ($p=0,350$) ve SDAAB puanları ($p=0,793$) açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.21. Depremde Yakınlarından Kaybı Olma Durumuna Göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Depremde yakınlarınızdan kaybınız oldu mu?		N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Evet	147	50,32	16,91	0,000*
	Hayır	364	42,40	15,95	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	147	8,80	3,40	0,000*
	Hayır	364	7,26	3,43	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	147	11,97	4,92	0,000*
	Hayır	364	9,76	4,63	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	147	10,61	3,35	0,000*
	Hayır	364	9,34	3,28	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	147	11,96	4,47	0,000*
	Hayır	364	10,24	4,30	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Evet	147	6,98	3,58	0,000*
	Hayır	364	5,80	3,21	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	147	15,52	3,35	0,826
	Hayır	364	15,45	3,61	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	147	17,69	3,43	0,350
	Hayır	364	18,01	3,50	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	147	12,55	2,55	0,793
	Hayır	364	12,48	2,81	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Deprem sonrası arama kurtarma çalışmalarına katılma durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi tablo 4.21’de gösterilmiştir. Deprem sonrası arama kurtarma çalışmalarına katılan bireylerin arama kurtarma çalışmalarına katılmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,012$), DPAB puanları ($p=0,008$), DAB puanları ($p=0,024$), BAB puanları ($p=0,045$), UPAB puanları ($p=0,048$) ve OYDAB puanları ($p=0,036$) olduğu tespit edildi. Deprem sonrası arama kurtarma çalışmalarına katılma durumuna göre bireyler arasında HSAB puanları (0,073), DBEAB puanları ($p=0,602$) ve SDAAB puanları (0,058) açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.22. Deprem sonrası arama kurtarma çalışmalarına katılma durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Deprem sonrası arama kurtarma çalışmalarına katıldınız mı?	N	Ortalama	Standart Sapma	P	
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Evet	79	48,99	15,32	0,012*
	Hayır	432	43,89	16,73	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	79	8,66	3,43	0,008*
	Hayır	432	7,53	3,48	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	79	11,29	4,55	0,073
	Hayır	432	10,24	4,85	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	79	10,48	3,30	0,024*
	Hayır	432	9,56	3,34	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	79	11,65	4,05	0,045*
	Hayır	432	10,56	4,46	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Evet	79	6,91	3,80	0,048*
	Hayır	432	6,00	3,26	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	79	15,28	3,78	0,602
	Hayır	432	15,50	3,49	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	79	18,67	3,18	0,036*
	Hayır	432	17,78	3,52	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	79	13,04	2,56	0,058
	Hayır	432	12,40	2,76	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Deprem öncesi ağır TO yaşama durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi tablo 4.22’de gösterilmiştir. Deprem öncesi ağır travmatik bir olay yaşayan bireylerin yaşamayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,000$), DPAB puanları ($p=0,022$), HSAB puanları ($p=0,001$), DAB puanları ($p=0,007$), BAB puanları ($p=0,000$) ve UPAB puanları ($p=0,000$) olduğu tespit edildi. Deprem öncesi ağır bir TO yaşama durumuna göre bireyler arasında DBEAB puanları ($p=0,775$), OYDAB puanları ($p=0,126$) ve SDAAB puanları ($p=0,818$) açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.23. Deprem öncesi ağır Travmatik olay yaşama durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Deprem öncesi ağır travmatik olay yaşadınız mı?		N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Evet	141	48,94	17,43	0,000*
	Hayır	370	43,05	16,01	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	141	8,31	3,82	0,022*
	Hayır	370	7,47	3,33	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	141	11,53	4,92	0,001*
	Hayır	370	9,97	4,71	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	141	10,34	3,42	0,007*
	Hayır	370	9,46	3,29	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	141	11,89	4,40	0,000*
	Hayır	370	10,29	4,34	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Evet	141	6,87	3,54	0,003*
	Hayır	370	5,86	3,25	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	141	15,40	3,53	0,775
	Hayır	370	15,50	3,54	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	141	17,53	3,43	0,126
	Hayır	370	18,06	3,50	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Evet	141	12,55	2,61	0,818
	Hayır	370	12,48	2,79	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Depremde kendisinde veya yakınlarında travmaya bağlı ciddi hasar olma durumuna göre ölçek puanlarının analizi tablo 4.23’de gösterilmiştir. Depremde kendisinde veya yakınlarında travmaya bağlı ciddi hasar olan bireylerin olmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DPAB puanları olduğu tespit edildi ($p=0,012$).

Depremde kendisinde veya yakınlarında travmaya bağlı ciddi hasar olma durumuna göre bireyler arasında DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,152$), HSAB puanları ($p=0,172$), DAB puanları ($p=0,402$), BAB puanları ($p=0,324$), UPAB puanları ($p=0,694$), DBEAB puanları ($p=0,539$), OYDAB puanları ($p=0,565$) ve SDAAB puanları ($p=0,602$) açısından eğitim durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.24. Depremde kendisinde veya yakınlarında travmaya bağlı ciddi hasar olma durumuna göre ile DSTDBÖ ve DSB puanlarının ilişkisinin dağılımı

Depremde sizde veya yakınlarınızda travma oldu mu?		N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ LEğİ TOPLAM PUAN	Evet	141	48,94	17,43	0,152
	Hayır	370	43,05	16,01	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	141	8,31	3,82	0,012*
	Hayır	370	7,47	3,33	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Evet	141	11,53	4,92	0,172
	Hayır	370	9,97	4,71	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Evet	141	10,34	3,42	0,402
	Hayır	370	9,46	3,29	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Evet	141	11,89	4,40	0,324
	Hayır	370	10,29	4,34	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Evet	141	6,87	3,54	0,694
	Hayır	370	5,86	3,25	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSB)	Evet	141	15,40	3,53	0,539
	Hayır	370	15,50	3,54	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSB)	Evet	141	17,53	3,43	0,565
	Hayır	370	18,06	3,50	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSB)	Evet	141	12,55	2,61	0,602
	Hayır	370	12,48	2,79	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Deprem sonrasında kalınan yere göre ölçek puanlarının analizi tablo 4.24'de gösterilmiştir. Deprem sonrasında farklı bir yerde kalan bireylerin kendi evinde kalan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,000$), DPAB puanları ($p=0,000$) HSAB puanları ($p=0,000$), DAB puanları ($p=0,001$), BAB puanları ($p=0,000$) ve UPAB puanları ($p=0,000$) olduğu tespit edildi. Deprem sonrasında kaldığı yere göre bireyler arasında DBEAB puanları ($p=0,352$), OYDAB puanları ($p=0,083$) ve SDAAB puanları ($p=0,572$) açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.25. Deprem sonrasında kalınan yere göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Deprem sonrasında nerde kaldınız?		N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ Ölçeği Toplam Puan	Kendi evim	210	40,81	15,95	0,000*
	Farklı yer	301	47,37	16,55	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Kendi evim	210	7,00	3,20	0,000*
	Farklı yer	301	8,20	3,60	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Kendi evim	210	9,30	4,56	0,000*
	Farklı yer	301	11,17	4,85	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Kendi evim	210	9,14	3,40	0,001*
	Farklı yer	301	10,09	3,25	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Kendi evim	210	9,86	4,39	0,000*
	Farklı yer	301	11,34	4,34	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Kendi evim	210	5,52	3,18	0,000*
	Farklı yer	301	6,57	3,42	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Kendi evim	210	15,30	3,63	0,352
	Farklı yer	301	15,59	3,47	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Kendi evim	210	18,23	3,24	0,083
	Farklı yer	301	17,69	3,63	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Kendi evim	210	12,42	2,66	0,572
	Farklı yer	301	12,56	2,79	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Deprem sırasında kalınan yerin hasar görme durumu ile ölçek puanlarının analizi tablo 4.25’de gösterilmiştir. Çalışmamızda deprem sırasında kaldığı yer hasar gören bireylerin hasar görmeyen bireylere kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları ($p=0,009$), DPAB puanları ($p=0,004$), HSAB puanları ($p=0,001$) ve UPAB puanları ($p=0,015$) olduğu tespit edildi. Deprem sonrasında kaldığı yere göre bireyler arasında DAB puanları ($p=0,421$), BAB puanları ($p=0,069$), DBEAB puanları ($p=0,38$), OYDAB puanları ($p=0,139$) ve SDAAB puanlarında ($p=0,595$) anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.26. Deprem sırasında kalınan yerin hasar görme durumuna göre DSTDBÖ ve DSBÖ puanlarının ilişkisinin dağılımı

Deprem sırasında kaldığınız yer nasıl etkilendi		N	Ortalama	Standart Sapma	P
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Hasar görmedi	118	41,178	15,87	0,009*
	Hasar gördü	393	45,725	16,7	
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Hasar görmedi	118	6,8983	3,615	0,004*
	Hasar gördü	393	7,944	3,419	
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Hasar görmedi	118	9,2288	4,026	0,001*
	Hasar gördü	393	10,751	4,981	
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Hasar görmedi	118	9,4831	3,228	0,421
	Hasar gördü	393	9,7659	3,38	
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Hasar görmedi	118	10,085	4,306	0,069
	Hasar gördü	393	10,926	4,431	
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	Hasar görmedi	118	5,4831	3,252	0,015*
	Hasar gördü	393	6,3384	3,369	
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Hasar görmedi	118	15,72	3,637	0,38
	Hasar gördü	393	15,394	3,506	
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Hasar görmedi	118	18,331	3,397	0,139
	Hasar gördü	393	17,789	3,503	
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	Hasar görmedi	118	12,619	2,686	0,595
	Hasar gördü	393	12,466	2,755	

Ort.= Ortalama, SS. = Standart Sapma, Student-t testi

Yaş ile ölçek puanları arasında korelasyon analizi tablo 4.26'da gösterilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların tümünün DPAB puanları ile yaşları arasında zıt yönlü, anlamlı ilişki saptandı ($p=0.013$, $r=-0,110$). Katılımcıların tümünün DSBÖ toplam puanları ile yaşları arasında aynı yönlü, anlamlı ilişki saptandı ($p=0.001$, $r=0,145$). Katılımcıların tümünün DBEAB puanları ile yaşları arasında aynı yönlü, anlamlı ilişki saptandı ($p=0.000$, $r=0,189$). Katılımcıların tümünün OYDAB puanları ile yaşları arasında aynı yönlü, anlamlı ilişki saptandı ($p=0.003$, $r=0,130$).

Tablo 4.27. Yaş ile ölçek puanları arasında korelasyon analizi

		Yaş
DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	r	-0,080
	p	0,070
Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	r	-,110*
	p	0,013
Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	r	-0,085
	p	0,056
Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	r	-0,025
	p	0,580
Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	r	-0,049
	p	0,266
Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan	r	-0,072
	p	0,102
DSBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	r	,145**
	p	0,001
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	r	,189**
	p	0,000
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	r	,130**
	p	0,003
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan (DSBÖ)	r	-0,039
	p	0,373

Pearson Korelasyon Analizi, r: Pearson korelasyon katsayısı, ** p <0.01, * p <0.05

Tüm katılımcıların ölçek puanları arasında korelasyon analizi tablo 4.27’de gösterilmiştir.

Tablo 4.28. Tüm katılımcıların ölçek puanları arasında korelasyon analizi

		DSTDBÖ Ölçeği Toplam Puan	Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Duyuşsal Alt Boyut Toplam Puan	Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan
DSBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	r	-0,019	-0,068	-0,037	,112*	-0,003	-0,077
	p	0,675	0,127	0,404	0,011	0,954	0,08
Dini Baş Etme Alt Boyutu Toplam Puan	r	,101*	0,036	,104*	,164**	,096*	0,021
	p	0,023	0,411	0,019	0,00	0,029	0,628

Pearson Korelasyon Analizi, r: Pearson korelasyon katsayısı, ** p <0.01, * p <0.05

(Devam ediyor)

Tablo 4.27. (devam) Tüm katılımcıların ölçek puanları arasında korelasyon analizi

		DSTDBÖ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN	Davranış Problemi Alt Boyutu Toplam Puan	Heyecansal Sınırlılık Alt Boyutu Toplam Puan	Duyuşsal Alt Boyut Toplam	Bilişsel Alt Boyut Toplam Puan	Uyku Problemleri Alt Boyut Toplam Puan
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu Toplam Puan	r	-,155**	-,162**	-,165**	-0,003	-,154**	-,160**
	p	0,000	0,000	0,000	0,948	0,000	0,000
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu Toplam Puan	r	0,02	-0,014	-0,019	0,079	0,065	-0,022
	p	0,645	0,757	0,675	0,073	0,144	0,617

Pearson Korelasyon Analizi, r: Pearson korelasyon katsayısı, ** p <0.01, * p <0.05

Katılımcıların tümünün DSBÖ toplam puanları ile DAB puanları arasında aynı yönlü, anlamlı ilişki saptandı (p=0.011, r=0,112).

Katılımcıların tümünün DBEAB puanları ile DSTDBÖ toplam puanları arasında aynı yönlü, anlamlı ilişki saptandı (p=0.023, r=0,101).

Katılımcıların tümünün DBEAB puanları ile HSAB puanları arasında aynı yönlü, anlamlı ilişki saptandı (p=0.019, r=0,104).

Katılımcıların tümünün DBEAB puanları ile DAB puanları arasında aynı yönlü, anlamlı ilişki saptandı (p=0.000, r =0,164).

Katılımcıların tümünün DBEAB puanları ile BAB puanları arasında aynı yönlü, anlamlı ilişki saptandı (p=0.029, r =0,096).

Katılımcıların tümünün OYDAB puanları ile DSTDBÖ toplam puanları arasında zıt yönlü, anlamlı ilişki saptandı (p=0.000, r=-0,155).

Katılımcıların tümünün OYDAB puanları ile DPAB puanları arasında zıt yönlü, anlamlı ilişki saptandı (p=0.000, r=0,162).

Katılımcıların tümünün OYDAB puanları ile HSAB puanları arasında zıt yönlü, anlamlı ilişki saptandı (p=0.000, r =-0,165).

Katılımcıların tümünün OYDAB puanları ile BAB puanları arasında zıt yönlü, anlamlı ilişki saptandı ($p=0.000$, $r=-0,154$).

Katılımcıların tümünün OYDAB puanları ile UPAB puanları arasında zıt yönlü, anlamlı ilişki saptandı ($p=0.000$, $r=-0,160$).



5. TARTIŞMA

Depremler yol açtığı can ve mal kaybı nedeniyle en çok korkulan doğal afetlerdendir (2). Türkiye jeolojik yapısı sebebiyle deprem açısından riskli bölge olarak tanımlanır (14). Yapılan Altı Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli olduğu bildirilen, 11 ili içine alan ve Şanlıurfa'yı da etkileyen art arda 7.8 ve 7.6 şiddetinde iki büyük deprem yaşanmıştır. Türkiye tarihinin en ölümcül olayı olarak kabul edilen (3) bu depremleri birebir deneyimlemenin yanında, görevleri gereği kesintisiz sağlık hizmeti vermek durumunda olan fakülte hastanesi sağlık çalışanlarının da derinden etkilendiği görülmektedir. Bu denli büyük bir afetin yol açtığı travmanın şiddeti ve iyileştirici müdahale gereksiniminin belirlenmesi amacıyla Şanlıurfa Harran Üniversite Hastanesi çalışanlarının deprem nedeniyle maruz kaldıkları travma düzeyi ve stresle baş etme yöntemlerinin araştırıldığı ve 511 gönüllü katılımcı ile yapılan bu çalışmada sağlık çalışanlarında yaşanan depremin çeşitli seviyelerde travmaya sebep olduğu, DSTDBÖ puanı yüksek olan bireylerde ruhsal destek psikiyatrik ilaç kullanımı ihtiyacının anlamlı şekilde daha fazla olduğunu ortaya koyulmuştur.

Literatürde depremin kişinin ruh sağlığını etkileyerek birçok psikolojik hastalığa neden olabilecek travmatik bir olay olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Gao ve ark.'nın çalışmasında Lushan depremi deneyimlemiş kişilerde deneyimlememişlere kıyasla yaşam boyu ruhsal bozukluk sıklığının; özellikle anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve madde bağımlılığının daha fazla olduğu saptanmıştır (64). Cénat ve ark.'nın çalışmasında 2010 Haiti Depremi'ne maruz kalanlarda MDB, YAB ve TSSB sıklığının arttığı bulunmuştur (65). Bizim çalışmamızda katılımcıların 62'sinde (%12) deprem öncesi psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Bu hastalıkların 3'ü (%0,6) TSSB, 24'ü (%4,6) YAB, 3'ü (%0,6) panik bozukluk, 2'si (%0,4) OKB, 2'si (%0,4) sosyal fobi, 5'i (%0,9) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 23'ü (%4,5) MDB olarak bulunmuştur. Deprem sonrası 23 katılımcının psikiyatrik hastalık şikayetinde ise artma olduğu görülmüştür. Deprem sonrası 4 (%0,8) kişiye TSSB, 8 (%1,6) kişiye YAB, 7 (%1,3) kişiye

MDB tanısı konulduğu, 65 kişinin psikoterapi ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Ölüm korkusu, sevdiklerinin ölümü ile yüzleşmek, yaşadıkları yerlerin yıkımı, barınma ile gıda ve hijyen sorunları şiddetli kaygı hissine yol açabilir ve müdahale edilmezse kalıcı ruhsal ve fiziksel sorunlar kaçınılmaz hale gelebilir. Bu durum etnik köken ve kültür farkı gözetmeksizin tüm insanlarda gözlenebilen durumlardır.

Kadınların erkeklere göre daha az travma yaşamalarına rağmen TSSB gelişimi açısından daha fazla risk taşıdığı saptanmıştır (17). Dell'Osso ve ark.'nın yaptığı çalışmada deprem deneyimlemiş erkeklerde TSSB sıklığı %25,7 iken kadınlarda %51,7 ile erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (66). Satılmış ve ark.'nın Kahramanmaraş depremlerini yaşamış sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada kadın olmanın TSSB gelişimi açısından bağımsız risk faktörü olduğu saptanmıştır (67). Naeem ve ark.'nın çalışmasında kadınlarda TSSB sıklığının daha fazla olduğu ve bunun nedeninin kadınların felaketler hakkında daha fazla düşünmesi ve bunun erkeklere göre TO'da daha fazla ruhsal yük oluşturabileceği ifade edilmiştir (68). Kneavel ve ark.'nın çalışmasında kadınlarda TSSB daha sık görülmenin yanında stresle başa çıkmada kadınların daha sık sosyal destek arama stratejisini kullandığı görülmüştür (69). Bizim çalışmamızda da kadınların erkeklere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanı saptanmış olup kadınların daha fazla TSSB riski taşıdığı ve davranış problemi sıklığının da kadınlarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca kadınların erkeklere kıyasla stresle başa çıkma yöntemlerinden sosyal destek aramayı daha sık kullandıkları saptanmıştır. Kadınların hormon etkilerine maruz kaldıkları menüstrüasyon, gebelik, menapoz gibi döngüler nedeni ile daha kırılgan oldukları bilinmektedir (70). Travmaların yol açtığı ruhsal yük bu nedenle kadınlarda daha şiddetli deneyimlenebilmektedir. Özellikle annelik içgüdüleri, ailelerine destek ve yardım arayışında olmaları kadınların motivasyonlarını arttırıyor olabilir.

Lazaratou ve ark.'nın çalışmasında katılımcılarda deprem sonrasında uykuya dalmada güçlük, gece boyunca uyanma ve gün içinde uyukulu olma hali şikayetleri görülmüş olup sosyodemografik faktörlerden bağımsız bir şekilde depremden 6 ay sonra uyku bozuklukları saptanmıştır (71). Yapılan başka bir çalışmada doğal felaketler sonrası kadınlarda uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü saptanmıştır (72). Bizim çalışmamızda da kadınların erkeklere kıyasla deprem sonrasında uyku problemlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Uyku ile yapılan

çalışmalarda menstrüasyon, hamilelik ve menopoz gibi kadınların biyolojik döngüsündeki değişiklikler nedeniyle kadınlarda hayatın her aşamasında uyku bozukluklarının görüldüğü ve erkeklere kıyasla daha sık olduğu bulunmuştur (73, 74). Kadınların hayatlarında yaşadıkları travmalar da bu durumu arttırmış olabilir.

TSSB gelişimi açısından Zhang ve ark.'nın çalışmasında 30-40 yaş arasındaki bireylerin diğer yaştakilere göre TSSB gelişimi açısından daha riskli olduğu belirtilmişken başka bir çalışmada ise riskin yaşlılarda daha fazla olduğu bulunmuştur (75, 76). Adhikari Baral ve ark.'nın çalışmasında 2015 Nepal depremi sonrasında 291 hasta üzerinde yaptığı çalışmada yaşlı hastalarda stresle başa çıkmada dini başa çıkma yöntemlerinin daha sık kullanıldığı ve 60 yaş üzeri hastalarda TSSB'nin diğer yaştaki hastalara göre daha sık görüldüğü saptanmıştır (58). Bizim çalışmamızda gençlerde DSTDBÖ ölçeğinde davranış problemleri daha fazla saptanırken yaş ile DSTDBÖ toplam puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Ek olarak; yaşlı bireylerin gençlere kıyasla stresle başa çıkma yöntemlerini, bunlar arasında da özellikle dini baş etme ve olumlu yeniden değerlendirme yöntemlerini daha fazla kullandıkları bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada okuma yazma bilmeyenlerde bilenlere kıyasla deprem sonrası daha sık TSSB görülmüştür (58). Diğer bazı çalışmalarda ise eğitim durumu ile deprem sonrası TSSB gelişimi arasında bir ilişki bulunmamıştır (75, 77). Bizim çalışmamızda da eğitim durumuyla stres arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kılıç ve ark.'nın çalışmasında evli olmanın TSSB riskini arttırdığı saptanmıştır (78). Salcıoğlu ve ark. çalışmasında ise evli olmanın stresi azalttığı görülmüştür (79). Kezić ve ark.'nın yaptığı çalışmada bekar ve evli bireyler arasında TSSB sıklığı ve başa çıkma yöntemleri arasında farklılık bulunmamıştır (80). Bizim çalışmamızda da TSSB ile medeni durum arasında ilişki saptanmamıştır. Fakat evli bireylerin bekar bireylere kıyasla DSTDBÖ ölçeğinde bilişsel sorunların daha fazla olduğu bulunmuştur. Ek olarak evli bireylerin stresle başa çıkmada daha fazla dini baş etme ve olumlu yeniden değerlendirme yöntemlerini kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca deprem esnasında tek başına olanların olmayanlara kıyasla benzer DSTDBÖ toplam puanıyla stres seviyeleri arasında farklılık görülmemekle beraber stresle baş etmede daha fazla dini baş etme yöntemleri kullandıkları bulunmuştur. Bir yaratıcı inancı kişinin yalnız olmadığını ve korunacağı

hissinin oluşmasında önemli bir faktördür ve akut travmalar ve yoğun stres altında ölüm korkusu ve tüm diğer kaygıların yönetiminde etkili bir araç olarak kabul görebilir.

Kang ve ark.'nın çalışmasında başkalarının ciddi yaralanmasına veya evlerinin hasar almasına şahit olanlarda TSSB'nin daha sık görüldüğü saptanmıştır (77). Feder ve ark.'nın çalışmasında 2005 Pakistan Depremi'nde ailesinden kaybı olan kişilerde TSSB seviyesi daha yüksek bulunmuştur (81). Başka bir çalışmada 2020 Hırvatistan Depremi sonrası sağ kurtulularda evin hasar görmesi gibi maddi kayıpları olanlarda TSSB daha sık bulunmuştur (59). Soqia ve ark.'nın çalışmasında deprem esnasında oturdukları evin zarar görmesinin TSSB, MDB ve YAB için risk faktörü olduğu saptanmıştır (82). Bizim çalışmamızda deprem sonrası kaldığı yeri hasar gören kişilerin anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ, davranış problemi alt boyut, heyecansal sınırlılık alt boyut ve uyku problemleri alt boyut puanları olduğu tespit edilerek daha stresli olduğu bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda depremde göçük altında yakını olanlar ile yakınlarından kaybı olanların da daha yüksek DSTDBÖ toplam puanı ile stres seviyesinin daha fazla olduğu görülmüştür. Depremde kendisi veya yakını zarar gören kişilerin DSTBÖ toplam puanı benzer olmakla beraber daha sık davranış problemlerine sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca depremde yakınlarını kaybedenlerin kaybetmeyenlere kıyasla ruhsal sorunlar nedeniyle hekim tarafından ilaç tedavisi başlanma oranı, psikiyatrik hastalığa bağlı şikayetlerde artış olma oranı, psikoterapi ihtiyacı olma oranı anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Depremden sonra ruhsal sorunlar nedeniyle hekim tarafından ilaç başlanma sıklığı ve depremde sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı olma sıklığı açısından depremde göçük altında kalan yakını olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ancak deprem sonrası dönemde, göçük altında kalan yakını olanlarda mevcut psikiyatrik hastalığa bağlı şikayetlerde olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine bu grupta psikoterapiye ihtiyaç duyma sıklığı da anlamlı şekilde daha yüksektir. İnsanın sosyal bir varlık olması nedeniyle aile ve akrabalık ilişkileri vazgeçilmez değerlerin başında gelir ve bireyler kan bağı olan yakınlarıyla ilgili durumlarda daha hassas ve kırılgan olabilmektedirler. İnsan hayatında yakınların kaybedilmesi ve/veya kaybedilme olasılığı barındıran böylesi travmalar ruh sağlığı üzerine olumsuz etkileri çok daha belirgin risk faktörleri olabilir.

Gerstner ve ark.'nın çalışmasında deprem sonrası kendi evinde kalanlar ile barınakta kalanlar arasında TSSB açısından farklılık saptanmamıştır (83). Başka bir çalışmada da deprem sonrası kendi evinde yaşayanlar ile geçici evlerde kalanlar arasında TSSB sıklığı benzer bulunmuştur (58). Fakat Chen ve ark.'nın çalışmasında Taiwan depremini yaşamış kişilerde deprem sonrası prefabrik evlerde kalmanın TSSB için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (84). Bizim çalışmamızda da deprem sonrasında farklı bir yerde kalan bireylerin kendi evinde kalan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ, davranış problemi alt boyut, heyecansal sınırlılık alt boyut, duyuşsal alt boyut, bilişsel alt boyut ve uyku problemleri alt boyut puanları olduğu tespit edilerek daha stresli oldukları saptanmıştır. Barınma ihtiyacı en temel insani durumlardandır ve barınacak yerle ilgili somut bir durum olmasa dahi bu konuda herhangi bir tehdit dahi bireyleri kaygıya sevk edebilir. Hele böylesi büyük bir yıkımı birebir deneyimlemek, konfor alanının dışında kalmak, alışılan rutin hijyen ve mahremiyet koşullarını kaybetmek, ciddi ruhsal sorunlar yaşaması olasılığı bakımından önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Depremde arama kurtarma çalışmalarına katılan kişilerin hem kendi streslerine hem de başkalarına yardım etme stresine maruz kalarak psikolojik sıkıntı geliştirme riski altında olduğu zorluklara ve travmatik ölümlere şahit olmaları nedeniyle gizli mağdurlar olarak da adlandırılabileceği kabul edilir (85). Johnsen ve ark.'nın çalışmasında hem travmaya maruz kalanların hem de arama kurtarma çalışmalarına katılanların travmaya maruz kalmayan kişilere göre stres puanlarının daha fazla olduğunu saptamıştır (86). Başoğlu ve ark.'nın çalışmasında 1999 Gölcük Depremi yaşamış kişilerde arama kurtarma çalışmalarına katılmanın travmatik stres açısından risk ile ilişkili olduğu bulunmuştur (87). Bizim çalışmamızda da deprem sonrası arama kurtarma çalışmalarına katılan bireylerin arama kurtarma çalışmalarına katılmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanı, davranış problemi alt boyut puanları, duyuşsal alt boyut puanları, bilişsel alt boyut puanları, uyku problemleri alt boyut puanları ve olumlu yeniden değerlendirme alt boyut puanları olduğu tespit edilerek daha fazla strese sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca arama kurtarma çalışmalarına katılmayanların %3'üne, aktif olarak katılanların %7,6'sına hekim tarafından ruhsal sorunları nedeniyle ilaç tedavisi başlanmış olup katılanlara daha sık ilaç tedavisi başlanmış olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ek olarak depremden sonra psikiyatrik hastalığa bağlı şikayetlerde artış olma

sıklığı ve deprem sonrasında psikoterapi ihtiyacı olma sıklığı açısından arama kurtarma çalışmalarına katılanlar ile katılmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

TSSB gelişiminde travma öncesi, travma anında ve travma sonrası olmak üzere birçok risk faktörü tanımlanmıştır (23). Tortella ve ark.'nın çalışmasında TSSB gelişiminde pretravmatik risk faktörü olarak kişide psikiyatrik hastalığın bulunması ve daha önceden travmaya maruz kalmak saptanmıştır (88). Bizim çalışmamızda da deprem öncesi ağır travmatik bir olay yaşayan bireylerin yaşamayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ, davranış problemi alt boyut, heyecansal sınırlılık alt boyut, duyuşsal alt boyut, bilişsel alt boyut ve uyku problemleri alt boyut puanları olduğu tespit edilerek daha stresli oldukları tespit edildi. Deprem öncesi ağır bir TO yaşama durumuna göre bireyler arasında başa çıkma yöntemlerinden dini baş etme, olumlu yeniden değerlendirme ve sosyal destek arama açısından ise anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Deprem sonrası bir ortamda çalışan sağlık çalışanlarında, depreme doğrudan maruz kalmanın getirdiği psikolojik etkilerin yanı sıra depremzedelerin tıbbi ihtiyaçlarına cevap verme ve yoğun çalışma şartlarının baskısı sonucunda tükenmişlik hissi ile stresin daha yaygın olduğu saptanmıştır. Deprem deneyimlemiş hastane çalışanlarını içeren bir çalışmada doktorların diğer sağlık çalışanlarına kıyasla stresinin daha fazla olduğu bulunmuştur (15). Ke ve ark.'nın çalışmasında ise deprem sonrası TSSB'nin hemşirelerde doktorlardan daha yaygın olduğu görülmüştür (89). Kang ve ark.'nın çalışmasında da hemşirelerin TSSB açısından doktorlara göre daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır (77). Türkiye'de Kahramanmaraş merkezli depremleri deneyimlemiş sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada da sağlık çalışanları arasında hemşire olmanın risk faktörü olduğu bulunmuştur (67). Bizim çalışmamızda hemşirelerin de yer aldığı doktor harici sağlık çalışanları grubunun doktorlara ve sağlık dışı meslek gruplarına kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları, davranış problemleri ile daha stresli olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık dışı meslek gruplarında çalışanların doktorlara kıyasla stresle başa çıkmada olumlu yeniden değerlendirmeyi daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Bu durum hekimlerin yaşadıkları deprem nedeniyle maruz kaldıkları travmanın yanı sıra aldıkları eğitim gereği hastalarında gelişebilecek komplikasyonların daha fazla farkında olması ve ekip lideri olarak aldıkları fazlaca sorumlulukları nedeniyle açıklanabilir. Ayrıca özellikle hemşirelerin

hekimlerden daha fazla stres puanına sahip olması hastaların tedavi ve takibinde hemşirelerin hastalara daha yakın temasta bulunarak duygusal bağ kurması nedeniyle olabilir.

Shrestha ve ark.'nın çalışmasında deprem sonrası ilk gelen hastaları takip eden sağlık çalışanlarında TSSB sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (21). Kang ve ark.'nın çalışmalarında deprem sonrası ilk gün ile 3. gün işe başlama arasında TSSB sıklığı açısından farklılık görülmemiştir (77). Bizim çalışmamızda ise deprem sonrasında hastanedeki görevine devam edenlerde etmeyenlere kıyasla benzer DSTDBÖ toplam puanları görülmüş olup bu durumun stresle ilgili ilişkisi saptanmamıştır. Fakat deprem sonrası hastanedeki görevine devam eden bireylerin etmeyen bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha fazla uyku problemlerine sahip olduğu görülmüştür.

Dini inançların çoğu insan için acılarının kabul edilip teselli bulabildiği destekleyici bir ortam olanağı verdiği, kriz veya travmaya eşlik eden izolasyon duygusunu azalttığı görülmektedir. Dini başa çıkma yöntemi olarak dini başa çıkma olumlu veya olumsuz olarak iki şekilde tanımlanmıştır. Olumlu dini başa çıkma yöntemlerini kullanan kişiler, kriz sırasında sevgi, destek, güç ve rehberlik için büyük olasılıkla Tanrı'ya bakarlar ve üstesinden gelmek için Tanrı ile ortak olarak çalışırlar. Bunun sonucunda TSSB dahil birçok psikiyatrik hastalık daha az görülür. Tersine, olumsuz dini başa çıkma yöntemi kullananlarda psikiyatrik hastalıklar daha sık görülür. Olumsuz dini başa çıkma cezalandırıcı, uzak, terk eden bir Tanrı algısını yansıtır. Her ne kadar olumlu dini başa çıkma olumsuz dini başa çıkmadan çok daha yaygın olsa da dini başa çıkmanın derecesi kişisel kimliğe ve dinin birey için ne derece önemli bir dünya görüşü olduğuna bağlıdır (12). Yapılan bir çalışmada olumsuz dini başa çıkmanın, demografik ve dini değişkenler kontrol edildikten sonra, anksiyete, fobik anksiyete, depresyon, paranoid düşünce, obsesif-kompulsiflik ve somatizasyon dahil olmak üzere çeşitli psikopatoloji biçimleriyle önemli ölçüde bağlantılı olduğu saptanmıştır (90). Ano ve ark.'nın meta analiz çalışmasında olumsuz dini başa çıkma yöntemleri kullananlarda stres seviyelerinin daha fazla olduğu, bu yöntemin olumsuz psikolojik uyum ile ilişkili olduğu bulunmuştur (91). Feder ve ark.'nın çalışmasında 2005 Pakistan depremi sonrası olumsuz dini başa çıkma yöntemi kullananlarda TSSB semptomları daha sık görülmüştür (81). Bizim çalışmamızda stresle baş etme stratejilerinden dini başa etme yöntemini kullanan kişilerde daha yüksek DSTDBÖ toplam puanları görülmüş olup bu durumun stresi arttırdığı saptanmıştır. Bunun sebebi olarak

katılımcıların kullandığı dini başa çıkma yöntemlerinin olumlu değil de depremin Tanrı'dan gelen bir cezalandırma olduğunu düşünmek gibi daha çok olumsuz dini başa çıkma yöntemi şeklinde yapması olabilir.

Travmatik stres bağlamında, olumlu düşünme veya sorunlarla aktif bir şekilde ilgilenme gibi aktif başa çıkma stratejileri strese iyi uyumla ilişkilendirilmiştir (10). Zhang ve ark.'nın çalışmasında deprem sonrası stresle başa çıkmada pozitif düşünme, sorunu çözme gibi problem odaklı stratejilerin travmaya iyi adaptasyon ile ilişkili olduğu ve bu hastalarda TSSB'nin daha az görüldüğü bulunmuştur (92). Bizim çalışmamızda da stresle başa çıkma stratejilerinden olumlu yeniden değerlendirme yöntemini kullanan katılımcılarda daha düşük DSTDBÖ toplam puanı saptanarak bu yöntemin stresi azalttığı bulunmuştur. DSTDBÖ toplam puanı ile olumlu yeniden değerlendirme arasında zıt yönlü korelasyon saptanmıştır. Ayrıca olumlu yeniden değerlendirme yapanlarda uyku problemleri daha az görülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın bulguları depremin ruhsal travma nedeni olarak travma sonrası stres bozukluğu için risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Bulgularımıza göre kadın cinsiyete sahip olmak, depremde yakınına kaybetmek, evi hasarlanmak/yıkılmak, deprem sonrası kendi evinden başka yerde kalmak, daha önce travmatik olaya maruz kalmak ve arama kurtarma çalışmalarına katılmak TSSB açısından risk faktörleri arasındadır. Yakınları göçük altında kalanlarda ruhsal destek ihtiyacı ve mevcut psikiyatrik hastalıklarına bağlı şikayetlerde anlamlı şekilde artış olduğu saptanmıştır. Mevcut iş koşullarının ağırlığı dikkate alınarak hastane çalışanlarının ruhsal ve bedensel bakımdan bu ve benzeri travmaların etkilerinden korunması ve iyileştirilmesi yönünde periyodik taramalara ve profesyonel danışmanlar ile görüşmelerin planlanmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda bazı kısıtlamalar bulunmaktadır;

Bu çalışma tek merkezli olarak yürütülmüştür. Katılımcıların afet sonrası ruhsal durumunu etkileyebilecek sosyoekonomik düzey ve sigara/alkol veya diğer madde kullanımları sorgulanmamıştır. Bu parametrelerin de irdelendiği çok merkezli ve daha fazla katılımcı ile yapılacak ileri araştırmalar daha kesin kanıtlar sağlayabilir. Yine de bu çalışmadan elde edilen verilerin hastane çalışanlarının büyük deprem felaketi nedeniyle yaşadıkları travmada stres risk faktörlerinin belirlenmesi, iyileştirici çalışmalara yön verecek kanıtların elde edilmesi ve bu konuda farkındalığın artırılmasına katkısı olacağı kanaatindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Akdur R. Deprem yönetimi ve depremde sağlık konu ve amaçları. 2000;25-30.
2. 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(2):135-43.
3. Hussain E, Kalaycıoğlu S, Milliner CWD, Çakir Z. Preconditioning the 2023 Kahramanmaraş (Türkiye) earthquake disaster. Nature reviews Earth & environment. 2023;4(5):287-9.
4. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
5. Bayram S, Duman RN, Demirtaş B. Üç insan, bir olay, üç farklı travmatik deneyim süreci. Bilge Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi. 2018;1(1):165-82.
6. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. European journal of psychotraumatology. 2017;8(sup5):1353383.
7. Ehring T, Razik S, Emmelkamp PM. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. Psychiatry research. 2011;185(1-2):161-6.
8. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. The American journal of psychiatry. 1996;153(7 Suppl):83-93.
9. Gao X, Luo X. [PTSD-positive screening and factors influencing the mental state in victims evacuated/ not evacuated from Wenchuan earthquake area within 1 month]. Zhong nan da xue xue bao Yi xue ban = Journal of Central South University Medical sciences. 2009;34(6):504-9.
10. Olf M, Langeland W, Gersons BP. The psychobiology of PTSD: coping with trauma. Psychoneuroendocrinology. 2005;30(10):974-82.
11. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. Journal of traumatic stress. 2004;17(1):11-21.
12. Bell Meisenhelder J. Terrorism, posttraumatic stress, and religious coping. Issues in mental health nursing. 2002;23(8):771-82.

13. Ghanjal A, Bahadori M, Ravangard R. An Overview of the Health Services Provision in the 2017 Kermanshah Earthquake. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2019;13(4):691-4.
14. Ergünay OJTAS. Türkiye'nin afet profili. 2007;5(7):1-14.
15. Mattei A, Fiasca F, Mazzei M, Necozone S, Bianchini V. Stress and Burnout in Health-Care Workers after the 2009 L'Aquila Earthquake: A Cross-Sectional Observational Study. *Frontiers in psychiatry*. 2017;8:98.
16. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
17. Ditlevsen DN, Elklit A. Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of general psychiatry*. 2012;11(1):26.
18. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1989;154:221-8.
19. Wang X, Gao L, Shinfuku N, Zhang H, Zhao C, Shen Y. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. *The American journal of psychiatry*. 2000;157(8):1260-6.
20. Başoğlu M, Salcioğlu E, Livanou M, Ozeren M, Aker T, Kiliç C, et al. A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *Journal of traumatic stress*. 2001;14(3):491-509.
21. Shrestha R. Post-traumatic Stress Disorder among Medical Personnel after Nepal earthquake, 2015. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2015;13(30):144-8.
22. Mills LD, Mills TJ, Macht M, Levitan R, De Wulf A, Afonso NS. Post-traumatic stress disorder in an emergency department population one year after Hurricane Katrina. *The Journal of emergency medicine*. 2012;43(1):76-82.
23. Kirkpatrick HA, Heller GM. Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *International journal of psychiatry in medicine*. 2014;47(4):337-46.
24. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature reviews Neuroscience*. 2012;13(11):769-87.
25. Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour research and therapy*. 2008;46(1):5-27.
26. Stoppelbein L, Greening L, Fite P. The role of cortisol in PTSD among women exposed to a trauma-related stressor. *Journal of anxiety disorders*. 2012;26(2):352-8.
27. Wolf EJ, Mitchell KS, Sadeh N, Hein C, Fuhrman I, Pietrzak RH, et al. The Dissociative Subtype of PTSD Scale: Initial Evaluation in a National Sample of Trauma-Exposed Veterans. *Assessment*. 2017;24(4):503-16.

28. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision (DSM-5-TR). Fifth ed. Washington DC,2022.
29. Kornør H, Winje D, Ekeberg Ø, Weisaeth 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;8:81.
30. Fanai M, Khan MAB. Acute Stress Disorder. StatPearls. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Moien AB Khan declares no relevant financial relationships with ineligible companies.: StatPearls Publishing Copyright © 2023.
31. Zhdanava M, Pilon D, Ghelerter I, Chow W, Joshi K, Lefebvre P, et al. The Prevalence and National Burden of Treatment-Resistant Depression and Major Depressive Disorder in the United States. *The Journal of clinical psychiatry*. 2021;82(2).
32. Tian Q, Han H, Zhang D, Ma Y, Zhao J, Li S. Earthquake Trauma, Overgeneral Autobiographical Memory, and Depression Among Adolescent Survivors of the Wenchuan Earthquake. *Frontiers in psychology*. 2018;9:2505.
33. Gao X, Leng Y, Guo Y, Yang J, Cui Q, Geng B, et al. Association between earthquake experience and depression 37 years after the Tangshan earthquake: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2019;9(8):e026110.
34. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*. 2019;21(12):129.
35. Showraki M, Showraki T, Brown K. Generalized Anxiety Disorder: Revisited. *The Psychiatric quarterly*. 2020;91(3):905-14.
36. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*. 2018;127(7):623-38.
37. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England journal of medicine*. 2008;359(26):2753-66.
38. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KA, Coffey BJ. Obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2014;37(3):257-67.
39. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2014;37(3):375-91.
40. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
41. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2008;14(3):171-81.
42. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological medicine*. 1991;21(3):713-21.

43. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosomatic medicine*. 2009;71(9):1012-7.
44. Gradus JL, Farkas DK, Svensson E, Ehrenstein V, Lash TL, Milstein A, et al. Posttraumatic stress disorder and cancer risk: a nationwide cohort study. *European journal of epidemiology*. 2015;30(7):563-8.
45. Husarewycz MN, El-Gabalawy R, Logsetty S, Sareen J. The association between number and type of traumatic life experiences and physical conditions in a nationally representative sample. *General hospital psychiatry*. 2014;36(1):26-32.
46. Ng QX, Soh AYS, Loke W, Venkatanarayanan N, Lim DY, Yeo WS. Systematic review with meta-analysis: The association between post-traumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2019;34(1):68-73.
47. Greenberg MS, Tanev K, Marin MF, Pitman RK. Stress, PTSD, and dementia. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2014;10(3 Suppl):S155-65.
48. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress*. 2011;24(6):615-27.
49. Davidson J, Baldwin D, Stein DJ, Kuper E, Benattia I, Ahmed S, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release: a 6-month randomized controlled trial. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(10):1158-65.
50. Calohan J, Peterson K, Peskind ER, Raskind MA. Prazosin treatment of trauma nightmares and sleep disturbance in soldiers deployed in Iraq. *Journal of traumatic stress*. 2010;23(5):645-8.
51. Blier P, Ward HE, Tremblay P, Laberge L, Hébert C, Bergeron R. Combination of antidepressant medications from treatment initiation for major depressive disorder: a double-blind randomized study. *The American journal of psychiatry*. 2010;167(3):281-8.
52. Braun P, Greenberg D, Dasberg H, Lerer B. Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *The Journal of clinical psychiatry*. 1990;51(6):236-8.
53. Hermos JA, Young MM, Lawler EV, Rosenbloom D, Fiore LD. Long-term, high-dose benzodiazepine prescriptions in veteran patients with PTSD: influence of preexisting alcoholism and drug-abuse diagnoses. *Journal of traumatic stress*. 2007;20(5):909-14.
54. Jeffreys M, Capehart B, Friedman MJ. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: review with clinical applications. *Journal of rehabilitation research and development*. 2012;49(5):703-15.
55. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*. 1985;48(1):150-70.
56. Spaccarelli S. Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*. 1994;116(2):340-62.

57. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*. 2002;65(3):207-39.
58. Adhikari Baral I, K CB. Post traumatic stress disorder and coping strategies among adult survivors of earthquake, Nepal. *BMC psychiatry*. 2019;19(1):118.
59. Löw A, Lotar Rihtarić M, Vrselja I. Resource loss, coping strategies and post-traumatic stress disorder symptoms in survivors of the 2020 Croatia earthquake. *BMC psychology*. 2023;11(1):128.
60. Smid GE, Mooren TT, van der Mast RC, Gersons BP, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009;70(11):1572-82.
61. Davidson JRT. Posttraumatic stress disorder, risk factors and comorbidity. *A Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2000;1448.
62. Carmassi C, Bertelloni CA, Dell'Oste V, Luperini C, Marazziti D, Rossi R, et al. PTSD and Suicidal Behaviors Amongst L'Aquila 2009 Earthquake Young Survivors. *Frontiers in public health*. 2021;9:590753.
63. Zatzick D, Roy-Byrne P, Russo J, Rivara F, Droesch R, Wagner A, et al. A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(5):498-506.
64. Gao R, Chan SKW, Zhang BZ, Lin JX, Peng SR, Yang CG, et al. An epidemiological survey of mental disorders 5 years after the Lushan earthquake in Ya'an, China. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2021;56(7):1263-72.
65. Cénat JM, McIntee SE, Blais-Rochette C. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, anxiety and other mental health problems following the 2010 earthquake in Haiti: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2020;273:55-85.
66. Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, Daneluzzo E, Di Tommaso S, Rossi A. Full and partial PTSD among young adult survivors 10 months after the L'Aquila 2009 earthquake: gender differences. *Journal of affective disorders*. 2011;131(1-3):79-83.
67. Satilmis D, Yildiz E, Cevik E. Posttraumatic stress disorder in health-care workers after two major earthquakes centered in Kahramanmaras, Turkey. *Turkish journal of emergency medicine*. 2024;24(1):27-32.
68. Naeem F, Ayub M, Masood K, Gul H, Khalid M, Farrukh A, et al. Prevalence and psychosocial risk factors of PTSD: 18 months after Kashmir earthquake in Pakistan. *Journal of affective disorders*. 2011;130(1-2):268-74.
69. Kneavel M. Relationship Between Gender, Stress, and Quality of Social Support. *Psychological reports*. 2021;124(4):1481-501.
70. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *The lancet Psychiatry*. 2017;4(2):146-58.

71. Lazaratou H, Paparrigopoulos T, Anomitri C, Alexandropoulou N, Galanos G, Papageorgiou C. Sleep problems six-months after continuous earthquake activity in a Greek island. *Psychiatrike = Psychiatriki*. 2018;29(1):25-33.
72. Tang W, Lu Y, Xu J. Post-traumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms among adolescent earthquake victims: comorbidity and associated sleep-disturbing factors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018;53(11):1241-51.
73. Pengo MF, Won CH, Bourjeily G. Sleep in Women Across the Life Span. *Chest*. 2018;154(1):196-206.
74. Krishnan V, Collop NA. Gender differences in sleep disorders. *Current opinion in pulmonary medicine*. 2006;12(6):383-9.
75. Zhang Y, Ho SM. Risk factors of posttraumatic stress disorder among survivors after the 512 Wenchuan earthquake in China. *PloS one*. 2011;6(7):e22371.
76. Parker G, Lie D, Siskind DJ, Martin-Khan M, Raphael B, Crompton D, et al. Mental health implications for older adults after natural disasters--a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*. 2016;28(1):11-20.
77. Kang P, Lv Y, Hao L, Tang B, Liu Z, Liu X, et al. Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu earthquake: A neglected problem. *Psychiatry research*. 2015;230(2):517-23.
78. Kiliç C, Aydin I, Taşkıntuna N, Özçürümez G, Kurt G, Eren E, et al. Predictors of psychological distress in survivors of the 1999 earthquakes in Turkey: effects of relocation after the disaster. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2006;114(3):194-202.
79. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *The Journal of nervous and mental disease*. 2003;191(3):154-60.
80. Kezić S, Britvić D, Caratan S, Goršić L, Ivezić E, Matić K, et al. Day Hospital Treatment as a Missing Link for Single Patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): a Preliminary Study. *Psychiatria Danubina*. 2016;28(2):184-7.
81. Feder A, Ahmad S, Lee EJ, Morgan JE, Singh R, Smith BW, et al. Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: purpose in life, religious coping and social support. *Journal of affective disorders*. 2013;147(1-3):156-63.
82. Soqia J, Ghareeb A, Hadakie R, Alsamara K, Forbes D, Jawich K, et al. The mental health impact of the 2023 earthquakes on the Syrian population: cross-sectional study. *BJPsych open*. 2023;10(1):e1.
83. Gerstner RMF, Lara-Lara F, Vasconez E, Viscor G, Jarrin JD, Ortiz-Prado E. Earthquake-related stressors associated with suicidality, depression, anxiety and post-traumatic stress in adolescents from Muisne after the earthquake 2016 in Ecuador. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):347.

84. Chen CH, Tan HK, Liao LR, Chen HH, Chan CC, Cheng JJ, et al. Long-term psychological outcome of 1999 Taiwan earthquake survivors: a survey of a high-risk sample with property damage. *Comprehensive psychiatry*. 2007;48(3):269-75.
85. Chang CM, Lee LC, Connor KM, Davidson JR, Jeffries K, Lai TJ. Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *The Journal of nervous and mental disease*. 2003;191(6):391-8.
86. Johnsen BH, Eid J, Løvstad T, Michelsen LT. Posttraumatic stress symptoms in nonexposed, victims, and spontaneous rescuers after an avalanche. *Journal of traumatic stress*. 1997;10(1):133-40.
87. Başoğlu M, Salcioğlu E, Livanou M. Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *Journal of traumatic stress*. 2002;15(4):269-76.
88. Tortella-Feliu M, Fullana MA, Pérez-Vigil A, Torres X, Chamorro J, Littarelli SA, et al. Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2019;107:154-65.
89. Ke YT, Chen HC, Lin CH, Kuo WF, Peng AC, Hsu CC, et al. Posttraumatic Psychiatric Disorders and Resilience in Healthcare Providers following a Disastrous Earthquake: An Interventional Study in Taiwan. *BioMed research international*. 2017;2017:2981624.
90. McConnell KM, Pargament KI, Ellison CG, Flannelly KJ. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(12):1469-84.
91. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of clinical psychology*. 2005;61(4):461-80.
92. Zhang W, Liu H, Jiang X, Wu D, Tian Y. A longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptoms and its relationship with coping skill and locus of control in adolescents after an earthquake in China. *PloS one*. 2014;9(2):e88263.

8. EKLER

8.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

3- Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Boşanmış/Dul

4- Evli iseniz çocuk sayınız (0,1,2 gibi sayı şeklinde belirtiniz):

5- Mesleğiniz:

a) Öğretim Üyesi Doktor (Profesör Dr, Doçent Dr) b) Araştırma Görevlisi Doktor

c) Eczacı d) Hemşire e) Diyetisyen f) Psikolog g) Laborant h) Tıbbi Sekreter

i) Tekniker j) Güvenlik Personeli k) Temizlik Personeli

k) diğer.....

6- Öğrenim durumunuz (mezun olduğunuz):

a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite ve üzeri

7-Meslekteki kaçınıcı yılınız:

a) 0-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16-20 yıl e) 21 ve üzeri

8-Psikiyatrik Hastalığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

9- 8.soruya cevabınız evet ise lütfen belirtiniz

a) Anksiyete b) Depresyon c) Bipolar d) Panik bozukluğu e) Obsesif

Kompulsif Bozukluk f) Travma Sonrası Stres Bozukluğu g) Sosyal Fobi h)

Erişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu i) Madde ve Nikotin Bağımlılığı

10-Depremden sonra bu psikiyatrik hastalığınıza bağlı şikayetlerinizde artış oldu mu?

a) Evet b) Hayır c) Psikiyatrik hastalığım yok

11- Deprem öncesi psikiyatrik hastalık nedeniyle ilaç kullanıyor muydunuz?

a) Evet b) Hayır

12- Depremden sonra kullandığı psikiyatrik ilaç dozunda artış ihtiyacı oldu mu?

a) Evet b) Hayır c) Psikiyatrik ilaç kullanmıyorum.

13- Deprem sonrası ruhsal sorunlar nedeniyle doktor tarafından ilaç tedavisi başlandı mı?

a) Evet b) Hayır

14- Bir önceki soruya cevabınız evet ise hangi ruhsal sorun nedeniyle doktor tarafından ilaç tedavisi başlandı?

a) Travma Sonrası Stres Bozukluğu b) Anksiyete c) Depresyon

d) diğer.....

15- Deprem sonrası psikoterapi ihtiyacınız oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

16- Deprem sürecinde aktif olarak kurtarma çalışmalarında rol aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

17- Deprem sürecinde hastanede görevinize aktif olarak devam ettiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

18- Deprem sürecinde hastanede görevinize aktif olarak devam ettiyseniz belirtiniz.

a) Deprem olduğu günden itibaren ilk 1 haftalık süreçte görev aldım.

b) 1 haftadan sonraki süreçte görev aldım.

c) Görevime aktif olarak devam etmedim.

19-Deprem esnasında tek miydiniz?

- a) Evet b) Hayır

20- Deprem sırasında kaldığınız yer (ev, yurt vb.) depremden ne derecede etkilendi?

- a) Hasar görmedi b) Az hasar gördü c) Orta hasar gördü d) Ağır hasar gördü
e) Tam yıkıldı

20-Depremde göçük altında kaldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

21-Depremde göçük altında kalan yakınınız oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

22-21.soruya cevabınız evet ise lütfen kimler olduğunu belirtiniz.

- a) Anne b) Baba c) Kardeş/kardeşler d) Akraba
e) Arkadaş

23- Depremde yakınlarınızdan kayıplarınız oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

24-Depremde yakınlarınızdan kaybınız olduysa lütfen kimler olduğunu belirtiniz.

- a) Anne b) Baba c) Kardeş/kardeşler d) Akraba
e) Arkadaş

25-Deprem sonrası nerede kalıyorsunuz?

- a) Kendi evi b) Araba c) Akraba evi d) Çadır e) Konteyner ev
f) Diğer:.....

26-Depremde siz ya da birinci derece yakınlarınızda travmaya bağlı ciddi hasar (Crush, uzuv kaybı ve uzun süreli bakım ihtiyacı) oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

27- Depremden sonra daha önce olmayan ve ortaya çıkan şikayetleriniz varsa işaretleyiniz.

- a) Baş dönmesi b) Baş ağrısı c) Mide ağrısı d) Mide yanması
e) Göğüs ağrısı f) Çarpıntı g) Uykusuzluk
h) Kabızlık i) İshal j) Herhangi bir şikâyetim yok

28- Depremden sonra herhangi bir profesyonel psikolojik destek aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

29-Daha önce sizi derinden sarsan herhangi bir travmatik olay (trafik kazası, deprem, sel, taciz, ağır hastalık vb.) yaşadınız mı?

a) Hayır b) Evet (Açıklayınız)

30-Deprem sonrası geleceğe yönelik planlarınızda herhangi bir değişim oldu mu?

a) Evet b) Hayır

8.2. Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği (DSTBÖ)

Alt faktörler		Maddeler	Hiç katılmıyorum	Az katılıyorum	Orta düzeyde katılıyorum	Çok katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Davranışsal Problem	1	İştah kaybı yaşıyorum.					
	2	Daha öfkeli ve sinirli biri oldum.					
	3	Kabuslar görüyorum.					
	4	Deprem olacak diye kapalı ortamlara giremiyorum.					
Heyecansal Sınırlık	5	Geleceğe ilişkin güven duygumu yitirdim					
	6	Artık hayatın hiçbir anlamı yokmuş gibi geliyor.					
	7	Yaşadıklarım sonrasında yaşama isteğim azaldı.					
	8	Deprem sonrasında hayatımda yaptıklarımın ilişkin pişmanlıklarım arttı.					
	9	Kendimi çok çaresiz/güçsüz hissediyorum.					
Duyuşsal	10	Yardıma muhtaç olmam onurumu kırıyor.					

	11	Deprem sonrasında davranışlarıma/ilişkilerime daha çok dikkat etmeye başladım.					
	12	Hayatımın değerini daha çok anladım.					
	13	Çok duygusallaştım/durup dururken ağlıyorum					
Bilişsel Yapı	14	Çocuklarım/annem-babam/tanıdıklarım/arkadaşlarım için kaygılanıyorum.					
	15	Her an deprem olacakmış düşüncesiyle tedirginim.					
	16	Deprem görüntüleri gözümün önüne geliyor.					
	17	Geleceğe ilişkin kaygılanıyorum.					
Uyku problemi	18	Uykumdan aniden uyanıyorum.					
	19	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum.					
	20	Daha az uyuyorum.					

8.3. Deprem Stresi ile Baş etme Ölçeği (DSBÖ)

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

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

Deprem sonrası kaygı ve stresinizi gidermek için kullandığınız herhangi bir yöntem oldu mu?

a) Evet b) Hayır

Bir önceki soruya cevabınız evet ise belirtiniz.

Dini baş etme maddeleri: 2, 8, 9, 10, 11

Olumlu yeniden değerlendirme maddeleri: 5, 12, 13, 15, 16

Sosyal destek arama maddeleri: 1, 3, 4, 6, 7



8.4. İntihal Raporu

HASTANE ÇALIŞANLARINDA DEPREM SONRASI TRAVMA DÜZEYİ VE STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

ORJİNALLİK RAPORU

%**9**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**7**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**4**

YAYINLAR

%**3**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**2**

2

Submitted to Istanbul Aydin University

Öğrenci Ödevi

%**1**

3

Submitted to Kirikkale University

Öğrenci Ödevi

%**1**

4

www.dualpsikoloji.com

İnternet Kaynağı

%**1**

5

turkebelerderneği.org

İnternet Kaynağı

<%**1**

6

AK, Recep, ÜSTÜNDAĞ, Sedat, ÜSTÜNDAĞ, Ayten, GÜLDİKEN, Babürhan and SÜT, Necdet. "Kronik Böbrek Hastalığında Bilişsel Fonksiyon Bozukluğu: Diyaliz Modalitesinin Etkisi", Türk Nefroloji Derneği, 2015.

Yayın

<%**1**

7

Çetin, Kübra. "ÜNiversite Öğrencilerinin Travma İle Başa Çıkabilme Algısı İle Öz Şefkat ve Yaşam Stresi Arasındaki İlişkinin Karma

<%**1**

Yöntemle İncelenmesi", Necmettin Erbakan
University (Turkey), 2023

Yayın

- | | | |
|----|--|------|
| 8 | Titiz, Tugba Yildirici. "Ergenlerde Dini Basa cıkma-Yasam Doyumu Iliskisi (Antalya Imam Hatip Liseleri ornegi)", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2021
Yayın | <% 1 |
| 9 | acikerisim.gelisim.edu.tr
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 10 | Submitted to TechKnowledge Turkey
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 11 | docplayer.biz.tr
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 12 | acikerisim.erbakan.edu.tr
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 13 | earsiv.odu.edu.tr:8080
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 14 | Oztag, Merve. "Agir astimli hastalarin Beslenme durumlarinin değerlendirilmesi Ve Total Antioksidan Kapasiteleri arasindaki iliskinin saptanmasi.", Marmara Universitesi (Turkey), 2021
Yayın | <% 1 |
| 15 | sbk2019.org
İnternet Kaynağı | <% 1 |

16	abakus.inonu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
17	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
18	Fatma BİRGİLİ, Güllü YAZKAN, Nezihe BULUT UĞURLU. "Evaluation of Nurse's Hand Hygiene Knowledge, Belief and Practices During the Pandemic Period: Descriptive Research", <i>Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences</i> , 2023 Yayın	<% 1
19	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
20	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
21	Işık, Aylin Kara. "Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Eğitimci Kadın Sanatçıların Sanat Eğitimindeki Yeri", <i>Marmara Üniversitesi (Turkey)</i> , 2023 Yayın	<% 1
22	openaccess.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
23	Submitted to Gaziantep Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
24	Ferah, Nimet. "Boşanma Sürecindeki Bireylerde Dini Başa Çıkma Davranışlarının	<% 1

Analizi", Sakarya Universitesi (Turkey), 2022

Yayın

25	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
26	doczz.net İnternet Kaynağı	<% 1
27	i-rep.emu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
28	www.cappsy.org İnternet Kaynağı	<% 1
29	www.celikeltarim.com İnternet Kaynağı	<% 1
30	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	<% 1
31	openaccess.ahievran.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
32	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
33	pesquisa.bvsalud.org İnternet Kaynağı	<% 1
34	tahek.esfam.org İnternet Kaynağı	<% 1
35	earsiv.kastamonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1


36	emissc.org İnternet Kaynağı	<% 1
37	openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
38	pdffox.com İnternet Kaynağı	<% 1
39	Aynur Bahar, Döndü Çuhadar. "Trauma Level, Coping with Stress and Post-Traumatic Change in University Students Experiencing Kahramanmaraş Centered Earthquake: A Cross-Sectional Study", Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 2023 Yayın	<% 1
40	acikerisim.aksaray.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
41	avesis.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
42	bbs.ancient.cn İnternet Kaynağı	<% 1
43	espace.inrs.ca İnternet Kaynağı	<% 1
44	iab.de İnternet Kaynağı	<% 1
45	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

- 46 search.trdizin.gov.tr
İnternet Kaynağı <% 1
-
- 47 www.aydin.edu.tr
İnternet Kaynağı <% 1
-
- 48 www.researchgate.net
İnternet Kaynağı <% 1
-
- 49 unal, Eda. "Bursa İli Merkez İlcelerindeki Sağlıklı Yasam Merkezlerinin Obezite Danisma Birimlerini Tercih Eden Bireylerin Beden Kitle İndeksleri İle Beslenme Okuryazarlıkları Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2021
Yayın <% 1
-
- 50 Tekin, Gokce. "Turkish mothers' attitudes toward childrearing practices", Proquest, 20111003
Yayın <% 1
-

Alıntılarını çıkart Kapat
Bibliyografyayı Çıkart Kapat

Eşleşmeleri çıkar Kapat

8.6.ÖLÇEK İZİNLERİ



Daha akıllı bir Gmail'e geçin
Güvenli, hızlı ve düzenli e-posta

AC

'Fuat'

📧 🗑️ ⌵

Emine Biçen
alıcı fuad65
3 Mart 2023 [Ayrıntılar](#)

Sayın Hocam Merhaba
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görev yapmaktayım. Doktorların deprem sonrası travma düzeyi ve deprem stresi ile başlamayı içeren bir çalışma yürütmeyi planlıyoruz. Tarafınızca güçlendirilmiş Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeğini araştırmamızda kullanmak istiyoruz. İzininiz ve onayınız olduğu takdirde çalışmamızda kullanılmak üzere işletimin görüşünüzü ve kullanımınızın size ait olmasını rica ederiz. İlginize teşekkür eder, iyi çalışmalar yaparsınız.

fuat tanhan
alıcı ben
3 Mart 2023 [Ayrıntılar](#)

Selamlar
Ölçeğimizi kullanmayı tercih ettiğiniz için öncelikle teşekkür etmek isterim. Ölçeğin sınıflarını ölçek makalesinden doğrudan alıp, (aynı sırayı kullanın lütfen) belirtilen oranlara uygun olarak kullanabilirsiniz. Diğer ihtiyaç duyacağınız verilere de ölçek makalesinden ulaşabilirsiniz.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

⋮