



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**DEPREM SONRASI DÖNEMDE ERİŞKİN KİŞİLERİN
POST TRAVMATİK STRES BOZUKLUğU,
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İLİŞKİLİ
DURUMLAR YÖNÜNDEN DEğERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Enes MAHMUT

ADANA-2023



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**DEPREM SONRASI DÖNEMDE ERİŞKİN KİŞİLERİN
POST TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU,
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İLİŞKİLİ
DURUMLAR YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Enes MAHMUT**

**TEZ DANIŐMANI
Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY**

ADANA-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca yardımlarını ve desteğini esirgmeden yoluma ışık tutan, öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum değerli hocam ve tez danışmanım Başasistan Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a,

Uzmanlık eğitimim süresince yol gösterici olan, aile hekimliğinin ilkelerini, birinci basamağın önemini bizlere aşıl原因; hoşgörüsü ve bilgisiyle daima yanımızda olan kıymetli hocam Doç. Dr. Kenan TOPAL'a,

Her fırsatta içtenliğiyle bizlere yeni bilgiler kazandırmaya çalışan, donanımlarına ve tecrübelerine sonsuz güvendiğim değerli hocam Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA'ya,

Hep olduğu gibi bu zorlu süreçte de yanımda olan, sevgisini, desteğini ve ilgisini esirgemeyen canım eşim Büşra Nur MAHMUT'a,

Eğitim süresince bana yoldaş olmanın yanında tez yazım sürecinde de desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Dr. Muhammedcan AYDIN, Dr. Ezgi ÖZEN ve Dr. Cansen AYDIN'a,

Veri toplama sürecinde ASM'lerinin kapılarını açarak bana desteklerini sunan tüm hekim arkadaşlarıma ve sağlık çalışanlarına,

Bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim sevgili annem, babam ve kardeşime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Enes MAHMUT

Adana-2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLOLAR LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. AFET.....	3
2.2. DEPREM	3
2.3. TRAVMA	4
2.4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB).....	5
2.5. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK.....	9
2.6. UYKU	10
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	14
3.1. DSM-5 İÇİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KONTROL LİSTESİ (PCL-5).....	15
3.2. CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ-KISA FORM (CDPDÖKF).....	16
3.3. JENKINS UYKU SKALASI	16
3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	62
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER.....	77
8.1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	77

8.2. ANKET VERİ FORMU.....	78
8.3. PCL-5	81
8.4. CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ-KISA FORM	82
8.5. JENKINS UYKU SKALASI.....	83



TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri.....	18
Tablo 2. Katılımcıların özgeçmişine ait bulgular	20
Tablo 3. Travmatik olaya ait veriler	22
Tablo 4. Deprem sonrasına ait veriler	24
Tablo 5. PCL-5 puanlarının dağılımı.....	27
Tablo 6. Connor-Davidson psikolojik dayanıklılık ölçeği-kısa form.....	30
Tablo 7. Jenkins uyku skalası.....	31
Tablo 8. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puan dağılımı.....	31
Tablo 9. Çalışmada kullanılan ölçeklerin normallik ve Cronbach Alpha güvenirlik katsayı değeri	33
Tablo 10. Katılımcıların yaş düzeyleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki.....	33
Tablo 11. Ölçek puanları ile cinsiyet değişkeni arasındaki farklılıklar	33
Tablo 12. Ölçek puanları ile medeni durum değişkeni arasındaki farklılıklar	34
Tablo 13. Ölçek puanları ile çocuk sahibi olma durumu değişkeni arasındaki farklılıklar	34
Tablo 14. Ölçek puanları ile evinde yalnız yaşama değişkeni arasındaki farklılıklar	34
Tablo 15. Ölçek puanları ile eğitim durumu değişkeni arasındaki farklılıklar	35
Tablo 16. Ölçek puanları ile çalışma durumu değişkeni arasındaki farklılıklar	35
Tablo 17. Ölçek puanları ile gelir durumu değişkeni arasındaki farklılıklar.....	35
Tablo 18. Ölçek puanları ile binanın yapı değişkeni arasındaki farklılıklar	36
Tablo 19. Ölçek puanları ile bedensel kronik hastalık değişkeni arasındaki farklılıklar.....	36
Tablo 20. Ölçek puanları ile ruhsal kronik hastalık değişkeni arasındaki farklılıklar	36
Tablo 21. Ölçek puanları ile düzenli olarak ilaç kullanımı değişkeni arasındaki farklılıklar	37
Tablo 22. Ölçek puanları ile sigara kullanımı değişkeni arasındaki farklılıklar	37
Tablo 23. Ölçek puanları ile alkol kullanımı değişkeni arasındaki farklılıklar	38
Tablo 24. Ölçek puanları ile 1. derece veya 2. derece yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık bulunma değişkeni arasındaki farklılıklar	38
Tablo 25. Ölçek puanları haftalık orta ağırlıklı egzersiz değişkeni arasındaki farklılıklar	39
Tablo 26. Ölçek puanları ile deprem anında ölüm korkusu yaşama değişkeni arasındaki farklılıklar	39
Tablo 27. Ölçek puanları ile depremde bir yakını kaybetme değişkeni arasındaki farklılıklar	40
Tablo 28. Ölçek puanları ile depremde bir yakınının yaralanması değişkeni arasındaki farklılıklar	40
Tablo 29. Ölçek puanları ile depremde maddi kayba uğrama değişkeni arasındaki farklılıklar	41
Tablo 30. Ölçek puanları ile depremde iş kaybına uğrama değişkeni arasındaki farklılıklar	41
Tablo 31. Ölçek puanları ile daha önce bir deprem yaşama değişkeni arasındaki farklılıklar	41
Tablo 32. Ölçek puanları ile bina içerisinde artçı depremlere yakalanma değişkeni arasındaki farklılıklar	42
Tablo 33. Ölçek puanları ile deprem sonrası evinden uzak kalma durumu değişkeni arasındaki farklılıklar	42
Tablo 34. Ölçek puanları ile barınma ile ilgili devam eden kaygı değişkeni arasındaki farklılıklar	43
Tablo 35. Ölçek puanları ile aileden veya yakın çevreden yeterli psikolojik ve sosyal destek alma değişkeni arasındaki farklılıklar.....	43
Tablo 36. Ölçek puanları ile apartman dairesinde yaşayanların ortalama bina katı bulguları arasındaki ilişki.....	44
Tablo 37. Ölçek puanları ile apartman dairesinde yaşayanların ortalama oturdukları kat bulguları arasındaki ilişki	44

Tablo 38. Ölçek puanları ile deprem anında korku düzeyi derecesi arasındaki ilişki.....	44
Tablo 39. Ölçek puanları ile evin hasar durumu arasındaki farklılıklar.....	45
Tablo 40. Ölçek puanları ile deprem sonrasında toplanma alanı ve sosyal yaşam alanı ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ile ilgili farklılıklar	45
Tablo 41. Ölçek puanları ile depremde oluşan maddi destek gereksinim düzeyi arasındaki ilişki.....	46
Tablo 42. Ölçek puanları ile depremde oluşan barınma destek gereksinim düzeyi arasındaki ilişki.....	46
Tablo 43. Ölçek puanları ile depremde oluşan psikolojik destek gereksinim düzeyi arasındaki ilişki.....	46
Tablo 44. Ölçek puanları ile depreme dair kaygı düzeyi arasındaki ilişki.....	47
Tablo 45. Yaş düzeyi ile deprem anındaki korku düzeyi derecesi arasındaki ilişki.....	47
Tablo 46. Ölçek puanları ile deprem anında ölüm korkusu yaşama durumu ile ilgili farklılıklar	47
Tablo 47. Cinsiyet değişkeni ile deprem anında korku düzeyi derecesi ile arasındaki farklılıklar	48
Tablo 48. Yalnız yaşama durumu değişkeni ile deprem anında korku düzeyi derecesi arasındaki farklılıklar	48
Tablo 49. Apartman dairesinde yaşayanların ortalama bina katı ile deprem anında korku düzeyi derecesi arasındaki ilişki.....	48
Tablo 50. Apartman dairesinde yaşayanların ortalama oturdukları kat ile deprem anında korku düzeyi derecesi arasındaki ilişki	49
Tablo 51. Ölçek puanları arasındaki ilişki	49

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. PCL-5'te ölçek puanının kesim noktasına göre katılımcıların dağılımı32



KISALTMALAR LİSTESİ

AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
ANOVA	: Analysis of Variance
Ark	: Arkadaşları
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CDPDÖKF	: Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği-Kısa Form
Dk	: Dakika
DSM-5	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
EMG	: Elektromiyografi
EOG	: Elektrokülografi
Maks.	: Maksimum
Med.	: Medyan
Min.	: Minimum
NREM	: Nonrapid Eye Movement
Ort	: Ortalama
Örn	: Örneğin
PCL-5	: Post Traumatic Stress Disorder Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
PTSD	: Post Traumatic Stress Disorder
REM	: Rapid Eye Movement
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Ss	: Standart sapma
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZET

Deprem Sonrası Dönemde Erişkin Kişilerin Post Travmatik Stres Bozukluğu, Psikolojik Dayanıklılık ve İlişkili Durumlar Yönünden Değerlendirilmesi

Amaç: Bu araştırmanın amacı deprem sonrası dönemde bölgemizde post travmatik stres bozukluğu düzeyinin belirlenmesi, buna etki eden faktörlerin araştırılması ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu tez çalışması etik kurul onayı alındıktan sonra 01.06.2023-31.07.2023 tarihleri arasında toplam 10 aile hekimliği birimindeki 253 gönüllü katılımcı ile yürütüldü. Yapılandırılmış anket formu ile katılımcıların; sosyodemografik verileri, PTSD'ye etki edebilecek potansiyel risk faktörleri verileri, travmatik olaya ait verileri ve travma sonrası döneme ait verileri kayıt altına alınmıştır. Tüm katılımcılara DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi(PCL-5), Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği-Kısa Form(CDPDÖKF) ve Jenkins Uyku Skalası ölçekleri uygulanmıştır. Veriler uygun istatistiksel program kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza göre post travmatik stres bozukluğu prevalansı %30,8(n=78) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %66,8(n=169)'i kadın, %67,6(n=171)'sı evliydi. Katılımcıların %84,2(n=213)'si apartman dairesinde yaşıyordu. Katılımcıların %41,9(n=106)'unun evi hasar görmüştü. Katılımcıların %6,3(n=16)'ü ruhsal kronik hastalık tanısı bulunduğunu, %62,8(n=159)'i deprem anında ölüm korkusu yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %19(n=48)'unun depremde bir yakını yaralanmıştır, %17,4(n=44)'ü ise depremde bir yakını kaybetmiştir. Deprem sonrasında katılımcıların %65,2(n=165)'si toplanma ve sosyal yaşam alan ihtiyaçlarını karşılayabildiklerini, %56,9(n=144)'u ise ailesinden veya yakın çevresinden yeterli psikolojik destek alabildiğini belirtmiştir. Katılımcıların %22,9(n=58)'u deprem sonrasında maddi kayba uğradığını, %78,3(n=198)'ü ise evinden uzak kaldığını belirtmiştir. Çalışmamıza göre kadınların, ruhsal kronik hastalığa sahip olanların, depremde ölüm korkusu yaşayanların, evleri hasar görenlerin, depremde bir yakını kaybedenlerin, maddi kayba uğrayanların, evlerinden uzak kalanların, deprem sonrası toplanma ve sosyal yaşam alanı ihtiyaçlarını karşılayamayanların ve aileden veya çevreden yeterli psikolojik destek alamayanların PCL-5 ölçek skorları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi(PCL-5) ölçek puan ortalamasının(sd) 38,5±19,1; Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği-Kısa Form(CDPDÖKF) ölçek puan ortalamasının(sd) 25,2±7,9; Jenkins Uyku Skalası ölçek puan ortalamasının(sd) 8,78±5,4 olduğu gözlenmiştir. Çalışmamız sonuçlarına göre CDPDÖKF ölçek puanları ile PCL-5 puanları arasında negatif(ters) yönlü bir ilişki bulunmuştur ve kişilerin psikolojik dayanıklılıkları arttıkça PCL-5 skorlarının anlamlı olarak düştüğü gözlenmiştir.

Sonuç: Afet sonrası dönemlerde post travmatik stres bozukluğu prevalansları azımsanamayacak düzeyde yüksek çıkmaktadır. Bu durumun birinci basamakta

tespiti ve aile hekimliği yaklaşımıyla ele alınması toplum sağlığı açısından çok önemlidir. Risk gruplarının göz önünde bulundurularak ruh sağlığını koruyucu ve iyileştirici politikaların geliştirilmesi ve bunların harekete geçirilmesi toplumun afet sonrası dönemi hızlı bir şekilde atlatmasında etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Post travmatik stres bozukluğu, psikolojik dayanıklılık, deprem



ABSTRACT

Evaluation of Adults in Terms of Post Traumatic Stress Disorder, Psychological Resilience, and Related Conditions in the Post Earthquake Period

Objective: This study aimed to determine the level of posttraumatic stress disorder in our region in the postearthquake period, to investigate the factors affecting it, and to evaluate its relationship with psychological resilience.

Materials and Method: This cross-sectional thesis study was conducted with 253 volunteer participants in 10 family medicine units between 01.06.2023-31.07.2023 after ethics committee approval. Sociodemographic data of the participants, data on potential risk factors that may affect PTSD, data on the traumatic event, and data on the posttraumatic period were recorded with a structured questionnaire form. Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), Connor-Davidson Psychological Resilience Scale-Short Form (CDPDRS), and Jenkins Sleep Scale scales were applied to all participants. Data were analyzed using appropriate statistical software.

Results: According to our study, the prevalence of posttraumatic stress disorder was found to be 30.8% (n=78). Among the participants, 66.8% (n=169) were female and 67.6% (n=171) were married. 84.2% (n=213) of the participants lived in an apartment. 41.9% (n=106) of the participants had a damaged house. 6.3% (n=16) of the participants had a diagnosis of mental chronic disease, and 62.8% (n=159) of the participants stated that they experienced fear of death during the earthquake. 19% (n=48) of the participants had a relative injured in the earthquake, and 17.4% (n=44) lost a relative. After the earthquake, 65.2% (n=165) of the participants stated that they were able to meet their needs for gathering and social living spaces, and 56.9% (n=144) of the participants stated that they could receive adequate psychological support from their family or close environment. 22,9% (n=58) of the participants stated that they suffered financial loss after the earthquake, and 78,3% (n=198) stated that they stayed away from their homes. According to our study, the PCL-5 scale scores of women, those with mental chronic illness, those who experienced fear of death in the earthquake, those whose houses were damaged, those who lost a relative in the earthquake, those who suffered financial loss, those who stayed away from their homes, those who could not meet their needs for gathering and social living space after the earthquake, and those who could not receive adequate psychological support from family or environment were significantly higher. In our study, it was observed that the mean scale score of Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) was 38.5 ± 19.1 ; the mean scale score of Connor-Davidson Psychological Resilience Scale-Short Form (CDPRSS) was 25.2 ± 7.9 ; and the mean scale score of Jenkins Sleep Scale was 8.78 ± 5.4 . According to the results of our study, a negative (inverse) relationship was found between the scores of the CDPRSSscale and the PCL-5 scores, and it was observed that the PCL-5 scores decreased significantly as the psychological resilience of the individuals increased.

Conclusion: The prevalence of post-traumatic stress disorder is significantly high in post-disaster periods. Detection of this condition in primary care and addressing it with a family medicine approach is crucial for public health. Developing and mobilizing policies that protect and improve mental health by considering risk groups will be effective in helping society overcome the postdisaster period quickly.

Keywords: Post traumatic stress disorder, Psychological resilience, Earthquake



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Afetler hem insanlar hem de diğer canlılar için rutin günlük yaşamı etkileyen ve toplumsal faaliyetleri sekteye uğratan; toplumda fiziksel, ekonomik, sosyal ve kültürel kayıplara sebep olabilen ve etkilenen topluluğun üstesinden gelemediği doğal kaynaklı veya insan kaynaklı gerçekleşebilen olgulardır (1). Afet sonrası dönemde afete maruz kalanların büyük bir kısmı bu durumdan ruhsal olarak da etkilenmektedir (2). Depremler ise çok kısa bir sürede çok geniş bir coğrafyayı etkileyerek toplumda geniş çaplı olumsuz etkilere neden olabilen en yıkıcı doğal afetlerdendir (3). Ülkemiz bilinen en yaygın sismik hareketlerin yaşandığı ikinci coğrafi sınırlar içinde yer alan Alp Himalaya Deprem Kuşağı içerisinde yer almakta olup en çok depremin yaşandığı ülkeler arasındadır (4).

6 şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli iki adet 7 şiddetinin üzerinde çevre illeri de yıkıcı düzeyde etkileyen bir deprem meydana gelmiş ve bu sarsıntılar bölgede ciddi bir doğal afet oluşmasına yol açmıştır (5). Ülkemizde yaşanan depremler binlerce kişinin ölmesine, fiziksel olarak yaralanmasına, sevdiklerini kaybetmesine, iş hayatının sonlanmasına, evsiz kalmasına yol açabilmektedir (6). Bunlar haricinde deprem gibi yıkıcı afetler sonrasında post travmatik stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı gibi ruhsal sorunlarda da ciddi artışlar görülmektedir (7). Afet sonrasında en sık görülen ruhsal rahatsızlıklardan biri de post travmatik stres bozukluğudur. PTSD, bizzat ağır travmatik bir olaya maruz kalma veya bir başkasının bu travmatik olaya maruz kalmasını öğrenme neticesinde gelişebilen yoğun belirtiler grubu içeren ruhsal bir hastalık tanısıdır (8). Bu belirtiler grubunun içerisinde başlıca aşırı uyarılma, yeniden yaşantılama, duygusal kaçınma, bilişsel ve ruhsal olumsuzluk hali bulunur (9). Ancak herkes afet sonrasında karşılaştıkları travmalara aynı şekilde yanıt vermez. Bu yanıt biraz da bireylerin psikolojik dayanıklılık durumlarıyla bağlantılıdır (10). Psikolojik dayanıklılık; insanın yaşamında karşılaştığı veya karşılaşma olasılığı bulunan olumsuz olaylardan, zorlu ve stresli süreçlerden sonra kendine gelebilme ve bu sıkıntılı süreçleri atlatıp normal yaşamına dönebilme becerisi olarak ifade edilebilir (11). Bizler bölgemizde gerçekleşen deprem sonrasında yaptığımız bu çalışmada temel olarak; depremedelerde en sık karşılaşılan ruhsal problemlerden

olan travma sonrası stres bozukluğu düzeyini belirlemeyi ve bu ruhsal problemin kişilerin psikolojik dayanıklılık durumları ile ilişkisini irdelemeyi amaçladık. Bu tür çalışmaların aktif bir deprem kuşağında yer alan ÷lkemizde hem deprem öncesi hem de deprem sonrası dönemler için afet ruh sağlığı destek ve müdahale politikalarının belirlenmesinde ve genel toplum ruh sağlığının iyileştirilmesinde faydalı olacağını düşünmekteyiz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. AFET

Afetler, insanlığın var olduğu günden bu yana toplumsal hayatı en fazla etkileyen durumların başında gelmiştir. Mevcut imkanlarla altından kalkılamayan, beklenmedik bir zamanda oluşan; toplumsal, sosyal ve aynı zamanda ekonomik etkileri olan, büyük oranda doğal nedenlerle meydana gelen olaylardır (12). Göç, savaş, geniş kitleleri etkileyen katliamlar ve terörizm yapay afetlere örnek iken; deprem, kasırga, heyelan, sel, yanardağ faaliyetleri gibi durumların neden olduğu olaylar doğal afet olarak nitelendirilir (13).

Doğal afetler sosyal yapıyı ve ekonomiyi etkilediği gibi kültürel doku ve hatta politikada da olumsuz etkiler bırakıp ülkelerin tarihlerinde yer etmişlerdir. Bunun yanında afete tanık olmak insan ruhunu derinden etkileyen, kaygı ve strese yol açan bir deneyimdir (14). Kaygı ve stres durumu başlarda normal karşılanacak bir tepki gibi görünse de zamanla azalma göstermediğinde önemli bir ruh sağlığı problemi haline dönüşebilir (15). Afete maruz kalmak kişide genel bir sıkıntı haline, endişeye, korkuya, tekrarlayan rahatsız edici anılara ve depresyon gibi birtakım psikolojik belirtilere yol açabilmektedir. Bu durum etkilenen kişilerin yaşam kalitesini ve psikososyal işlevselliğini ciddi miktarda bozabilmektedir (16).

Yapılan çalışmalarda afet akabinde en çok görülen ruhsal hastalık post travmatik stres bozukluğu olarak tespit edilmiştir. Bunu takip eden ise major depresif bozukluk olmaktadır. Yine anksiyete bozuklukları, alkol ve nikotin kullanım bozuklukları, intihar düşüncesi veya girişimleri gibi ruhsal etkiler meydana gelebilmektedir(17). Ruhsal hastalıkların çeşidi veya görülme sıklıkları değişse de afet ve insan psikolojisi arasındaki bağlantı önemini koruyacak, psikoloji ve sosyal bilimin ilgi alanında olmaya devam edecektir.

2.2. DEPREM

Dünya üzerindeki fay düzlemlerinde biriken enerjinin, aniden deşarj olmasıyla meydana gelen titreşimlerin dalgalar biçiminde yayılarak yeryüzünü sarsması durumuna deprem denir (18). Depremler en yıkıcı doğal afetlerden olup

dünyada her yıl yaklaşık 500 bin adet deprem olduğu tahmin edilmekte, bunların ancak 100 bininin insanlarca hissedilebildiği bilinmektedir (4). Büyük depremler can ve uzuv kayıplarına, ruhsal sağlık sorunlarına, çevre veya fiziksel altyapı kayıplarına sebep olarak toplum üzerinde sarsıcı etkilere neden olabilmektedir. Depremlerin önlenemez ve önceden kestirilemez olması, henüz erken uyarı sistemlerinin yetersiz olması, artmakta olan nüfusun sismik olarak tehlikeli bölgelere yerleşmesi gibi nedenlerle günümüzde depremlerden zarar gören kişi sayısının gittikçe artış göstermesi olasıdır (19).

Ülkemiz yerküre karasal büyüklüğünün yalnızca %0.5'lik kısmını oluşturmasına rağmen bulunduğu kuşak nedeniyle en fazla depreme maruz kalan ülkeler içerisinde 4. sırada bulunmaktadır (4). AFAD verilerine göre ülkemizde 1900'den günümüze kadar can veya mal kaybına neden olan 269 deprem meydana gelmiş olup bunlardan 20'sinin şiddeti 7'nin üzerinde olmuştur. Can kaybı ve maddi hasar yönünden en büyük depremler sırasıyla; Kahramanmaraş (2023), Erzincan (1939) ve Gölcük (1999) merkezli depremler olmuştur (5).

2.3. TRAVMA

Travma; kişide fiziksel ve psikolojik bütünlüğü bozan yaralanma, kayıp ve tehdit durumlarının ortaya çıkması veya bizzat yaşanmasa da bu durumlara tanık olunması olarak ifade edilmektedir (20). Travma olgusu uzunca bir zaman literatürde sadece fiziksel deneyimleri ifade etmek amacıyla kullanılmış olup psikolojik çıktıları ve etkileri, 1980 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda kendine yer bulmuştur (21). Bu kapsamda insanların olumsuz duygular geliştirip üstesinden gelemedikleri, hayatlarında fiziksel ve ruhsal anlamda tehdit olarak algıladıkları olayların tamamı psikolojik travma olarak ifade edilebilir (22). Trafik kazaları, saldırıya uğrama, hastalanma, intihar girişimi, iflas etme, tutuklanma, yakınıni kaybetme gibi durumların yanı sıra kasırga, sel, deprem gibi afetler de travmatik olaylar arasındadır (23). Bu olaylar kişide çaresizlik, stres, şiddetli korku ve dehşet gibi olumsuz duygular hissettirmektedir (24).

Travmatik yaşantılar; kişide adalet ve güven gibi temel değerlerin sarsılmasına yol açabilir, kişinin dünyanın adil ve güvenilir bir yer olduğuna dair

inancını yıkabilir ve olay sonrasında kişinin kendini daha yetersiz bir birey gibi hissetmesine neden olabilir (9).

2.4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB)

Travma sonrası stres bozukluğu, kişinin doğal afet, savaş, kaza, cinsel saldırı, terör saldırısı gibi fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir olayı yaşaması veya bir başkasının yaşamasına tanık olması sonucunda meydana gelebilen kronik mental bir bozukluktur. Yıkıcı olayların veya olağanüstü tehditlerin neden olduğu felaketlerden sonra görülen en yaygın psikiyatrik bozukluk türü olarak kabul edilmektedir (25).

TSSB artmış uyarılmışlık, yeniden yaşantılama, kaçınma, olumsuz bilişler ve olumsuz ruh hali şeklinde dört ana grupta değerlendirilen semptomları içerir (9). Tanı alan kişiler yaşadıkları deneyim hakkında rahatsız edici duygulara ve düşüncelere sahiptir. Deneyimi rüyalar veya geri dönüşler yoluyla yineleyen şekilde yaşayabilirler; kaygılı, üzüntülü, sinirli hissedebilirler veya diğer insanlara yabancılaşmış onlardan kopmuş bir ruh hali içerisinde olabilirler. Deneyimi hatırlatan uyaranlardan kaçınabilir, olağan durumlara karşı aşırı tepkiler verebilirler (26).

İlk grup semptomlarda yer alan artmış uyarılmışlık travma sonrası stres bozukluğunda en yaygın görülen belirtidir (27). Uykusuzluk, konsantrasyon bozukluğu, devamlı kaygı hali de bu başlık içerisinde yer alır (28). Uyku ile alakalı semptomlar TSSB’de sık olarak görülmekte olup intihar düşüncesi ve onun da ötesinde intihar girişimlerine kadar varan ölüm riski artışıyla ilişkilendirilmiştir (29). İkinci grup semptomlar travmatik olayın yeniden yaşantılanması ile ilgilidir. Bunlar algılar, düşünceler, hayaller biçiminde olabilmektedir. Bu tip durumlarda kişi travmatik olayla ilişki kurduğu sesleri veya kokuları yeniden algılayabilmektedir (28). Yeniden yaşantılama, bilinç bozukluğu meydana gelmesizin travmatik olayın canlı olarak yeniden yaşanması şeklindeki disosiyatif geri dönüşler biçiminde de kendini gösterebilmektedir ve vakalarda %8-13 oranında görülmektedir (30). Üçüncü semptomlar kümesi kaçınma davranışıyla ilgilidir. Bunun sonucunda kişi iç dünyasına çekilmekte ve olaylar karşısında kendini kontrol etmede güçlük hissetmektedir. Olayı hatırlatan mekanlardan uzak kalmakta, olayı konuşmaktan çekinmekte veya olayın konuşulduğu ortamdan uzak durmaktadır. İlgi alanlarında ve

aktivitelerinde azalma görülmektedir (31). Dördüncü ve son belirtiler kümesi ise biliş ve duygudurum ile ilgili değişikliklerdir. Bunlar olayın önemli anlarını hatırlayamama, kendisini veya başkalarını suçlama, pozitif duygular yaşayamama ve kendini bir olumsuzluk içinde hissetmeyi içermektedir (32).

Genel olarak bu belirtilerin üç ile otuz gün arasında sürmesi akut stres bozukluğu olarak tanımlanırken, 1 aydan uzun sürmesi post travmatik stres bozukluğu olarak tanımlanır. Yani post travmatik stres bozukluğu bir anlamda akut stres bozukluğunun kronikleşmiş halidir. Tanı ölçütleri DSM-5'te aşağıdaki şekildedir:

“A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da daha fazlasıyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanma ile karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma

- 1. Doğrudan travmatik olaylar yaşamış olma*
- 2. Başkalarının başına gelen olayları doğrudan doğruya görme*
- 3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olaylar geldiğini öğrenme*
- 4. Travmatik olayların sevimsiz ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşılaşmış olma (örn: çocuk istismarı ayrıntılarıyla tekrar tekrar karşılaşan polis memurları)*

B. Travmatik olaylardan sonra başlayan travmatik olaylara ilişkin istem dışı gelen belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı

İstem Dışı Gelen Belirtiler

- 1. Travmatik olayların yineleyici, istem dışı sıkıntı veren anıları*
- 2. İçeriği ya da duygulanımı travmatik olaylarla ilişkili yineleyici sıkıntı veren düşler*
- 3. Kişinin travmatik olayları sanki yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı disosiyasyon tepkileri (flash back'ler)*
- 4. Travmatik olayları çağrıştıran ya da simgeleyen iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama*
- 5. Travmatik olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme*

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyarılardan sürekli bir biçimde kaçınma

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları

2. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözümlerine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir)

2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”)

3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler

4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç)

5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma

6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları

7. Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumu ya da sevgi duygularını yaşayamama)

Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışarı vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında)

2. *Sakinmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.*

3. *Her an tetikte olma*

4. *Abartılı irkilme tepkisi gösterme*

5. *Odaklanma güçlükleri*

6. *Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma)*

F. *Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur*

G. *Bu bozukluk, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.”(9).*

Travmanın mental etkileri özellikle 2. Dünya Savaşı sonrasında incelenmeye başlanmış ancak post travmatik stres bozukluğu tanısı olarak DSM’de yer bulması Vietnam gazileri üzerinde yapılan çalışmalarla mümkün olmuştur (33). TSSB yaygınlığı kişilerin; genetik özelliklerine, ailesel, kültürel ve sosyal yapılarına, fiziksel durumlarına, kişilik özelliklerine, sahip oldukları stres faktörlerinin şiddetine, o anki duygudurumlarına, psikolojik geçmişleri ve stresle baş etme yöntemlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Ekonomik açıdan zayıf, bekar, sosyal açıdan izole, daha önce psikolojik travma geçirmiş, geçmişinde psikiyatrik hastalık tanısı almış, küçük yaşta ailesiden ayrılmış, sosyal desteği az kişilerde bu tanı daha sık görülmektedir. Tanı alanlarda belirtilerin ani başlamış olması, travma şiddetinin ve maruziyetinin az olması, psikiyatrik veya tıbbi hastalık öyküsünün olmaması, duruma madde kullanımının eşlik etmemesi, toplumsal işlevselliğin yüksek olması iyi prognoz göstergeleri olarak görülmektedir (31).

Fazla şiddetli olmayan stres faktörlerinin sebebiyet verdiği travmalardaki akut belirtiler genelde kısa bir zaman içerisinde kaybolmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu vakalarının yaklaşık olarak %30’u tamamen iyileşme gösterir. %40’ı hafif düzeyde, %20’si orta düzeyde belirti göstermeye devam eder. Yaklaşık %10’luk bir kısmı ise kronikleşerek yıllar boyu aynı düzeyde devam eder veya daha da kötüye gider (24).

Post travmatik stres bozukluğu tedavisinde farmakolojik tedaviler yanında psikososyal tedaviler de kullanılabilir (34). Başlıca yaklaşımlar ilaç tedavileri,

davranışsal terapi, bilişsel terapi ve psikodinamik terapidir. İlaç tedavisinde MAO inhibitörleri ve trisiklik anti-depresanlar, adrenerjik aktivite inhibitörleri, anti-manik ilaçlar ve benzodiazepinler kullanılabilir (35). Tedavide en yaygın olarak antidepresanlar kullanılmaktadır ve onlar arasında da ilk akla gelen trisiklik antidepresanlardır. Bunlar daha çok depresif belirtilerin eşlik ettiği vakalarda kullanılırlar. Obsesif belirtilerin daha yoğun olması durumunda serotonerjik ajanlardan sertralin ve klomipramin tercih edilebilir. Anksiyete belirtilerinin yoğun olduğu vakalarda ise bağımlılık riski de göz önünde bulundurularak benzodiazepinler tercih edilebilir (36).

Literatürde kombine olarak uygulanan tedavilerin daha iyi sonuçlar verdiği belirtilmektedir. Özellikle ciddi travmalarla karşılaşan kişiler tedavi olmaya istekli olmamakta ve bu durum terapötik süreci karmaşık bir hale getirmektedir. Bu nedenle iletişimin temel ilkelerini kullanma becerisi, travmatize kişilerle sağlıklı bir etkileşim kurmada ve tedavi sürecinde sürekliliği sağlamada önemli bir rol oynamaktadır (37).

2.5. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Kişiler günlük yaşamda strese sebebiyet veren birçok olumsuz duruma karşılaşmakta ve bunlar bireylerin biyopsikososyal açıdan bütünlüğünü etkilemektedir. Kimileri bu stresör faktörlerle yeterine baş edemezken kimileri de bu süreci sağlıklı bir şekilde yürütebilmektedir. Psikolojik dayanıklılık; bu sürecin sağlıklı bir şekilde yürütülmesini sağlayan, olumsuz uyaranlar ile baş edebilme gücü olarak ifade edilmektedir (38). Yine genel bir ifade ile psikolojik dayanıklılık bireylerin; travmalara, olumsuz koşullara ve zorluklara karşı başarılı bir şekilde mücadele edebilme, bunlara uyum gösterme ve bunun neticesinde psikolojik iyilik halini devam ettirebilme yeteneği olarak tanımlanabilir (39).

Klasik psikoloji daha çok hastalıklarla ve olumsuzluklarla ilgilenirken pozitif psikoloji daha çok insanların olumlu özelliklerine odaklanmıştır. Pozitif psikoloji kişileri aktif, seçenekleri olan ve seçenekleri arasında tercih yapabilen, umutlara sahip, karar verici bir canlı olarak görmektedir. Psikolojik dayanıklılık ya da diğer adıyla psikolojik sağlamlık da pozitif psikolojiye paralel olarak gelişmiş ve kişilerin olumlu özelliklerine ve bu özelliklerle hareket etmesi durumuna vurgu yapmıştır (40). Bazı kişilerin var olan kötü koşullara rağmen hayatta pozitif yönde ilerleyiş

kaydetmeye devam ettikleri ve karşılaştıkları birçok olumsuzluğa rağmen hayatta başarılı olabildikleri gözlenmiş ve bunun nedenleri üzerine araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar insanlarda onları olumsuzluğa itebilecek risk faktörlerinin yanında; bireysel, ailesel ve çevresel olabilen koruyucu faktörlerin de bulunduğunu göstermiştir (41). Maddi'nin (1999), bireyin hayata yönelik verdiği pozitif tepkileri açıklamak için önerdiği psikolojik sağlık modeline göre; kişinin engel ve sıkıntılarla çevrili hayat şartlarında kendisini koruyabilmesi ve bu engel ve sıkıntıları minimize edebilmesi için bir koruma bölgesine sahip olması gerekir ve bu da kişinin psikolojik dayanıklılığıdır (42). Bu özelliğe sahip bireyler olumsuz şartlara karşı mücadele edebilmekte, ilk kez karşılaştıkları bir sorunda dahi bu sorunla birlikte yeni koruyucu özellikler kazanabilmektedir (43).

Stewart, Reid ve Mangham (1997), psikolojik dayanıklılığın literatürdeki farklı tanımlarını değerlendirerek bu tanımlardaki ortak bileşenleri belli başlıklar altında toplamışlardır. Bu derlemeye göre psikolojik dayanıklılık, kişilerin çevreleri ve kendilerine ait belirli özellikler arasındaki karmaşık bir oyundur. Sorunlarla başa çıkma yeteneği ile stres arasındaki bir dengedir. Psikolojik dayanıklılık sabit ve değişmez bir kavram olmayıp dinamiktir. Kişilere stres yükleyen risk faktörlerinin olumsuz etkisini azaltıp yatıştırıcı koruyucu faktörler psikolojik dayanıklılığa olumlu katkıda bulunur. Psikolojik dayanıklılık gelişimsel olup başarılı olma kişilerin bu yeteneğini güçlendirir. Yaşam geçişlerinde çok önemli bir faktördür. Özetlenecek olursa psikolojik dayanıklılık kişilerin yaşamda etkili stratejiler geliştirmesi, içinde bulunduğu çevreye etkili bir uyum sağlayabilmesi, yaşamındaki birçok alanda başarılı olabilmesi için önemli görünmektedir. Öte yandan bireyin kendisine güvenmesini de içeren benlik saygısı ile de ilişkili bir kavramdır (44).

2.6. UYKU

Uyku birçok iç ve dış etmenden etkilenen, ileri derecede organize, geri döndürülebilir bir bilinçsizlik halidir. Belli dönemlerinde ise beynin uyanıklıktaki kadar aktif olabildiği, seçici bir yanıtsızlık özelliği gösteren kompleks bir süreçtir (45). Uyku esnasında beden hareketlerinde azalma ve elektromiyografik aktivitede düşüş görülür. Gözler kapalıdır, dış uyaranlara karşı tepkide azalma mevcuttur. Uyku sürecinde vücut pozisyonunda yataylık, solunum hızında azalma ve polisomnografik

olarak değerlendirilen beyin dalgaları mimarisinde değişimler gibi fizyolojik özellikler görülür (46). Uyku belirli aralıklarla tekrarlanır ve homeostatik olarak düzenlenir. Uyku hücre ve dokuların onarılabilmesi, vücuttaki enerji kaynaklarının yapılandırılabilmesi ve enerjinin etkili bir şekilde kullanılabilmesi, bağışıklık sisteminin güçlendirilebilmesi, ısı regülasyonunun ve metabolik düzenin sağlanabilmesi için son derecede önemlidir (47). İnsan yaşamının yaklaşık olarak üçte birini tüketen biyolojik bir zorunluluktur (48).

Her insanın uykuya gereksinimi vardır ve kaliteli, doğru zamanda yeterli sürede uyumak sağlıklı bir yaşam için elzemdir. Kaliteli ve yeterli uyku ile birlikte vücuttaki anabolik süreçler kolaylaşır, hayatta kalma adaptasyonu yükselir. Yüksek bir uyku kalitesi, uyanıklık süresince aktif olan öğrenme ve hafıza durumunun ve de beyin gelişimi ve restorasyonu gibi sinirsel sinaptik aktivitelerin desteklenmesini sağlar. Uyku yoksunluğunda ise bahsedilen nöronal fonksiyonlarda bozulmalar görülür, yeni verilerin ve anıların inşa edilmesi sekteye uğrar, reflekslerde yavaşlama ve konsantrasyon bozuklukları gibi sorunlar meydana gelir. Uyku sadece nöronal sistem ile sınırlı olmayıp akciğerlerden kalbe kadar tüm metabolizmayı ve insanın ruhsal haline kadar bedendeki tüm sistemleri etkilemesi yönüyle genel sağlığın kritik bir bileşenidir (49).

Sağlıklı bir uyku; yeterli süre, uygun zamanlama, iyi kalite ve uyku bozukluklarının olmaması gibi boyutları içerir (50). Sağlıklı bir uykuya sahip olmamak genellikle gündüzleri uyuklama hallerine, gün içinde yorgunluğa, depresif bir ruh haline, gündelik işlevlerde bozulmaya, genel sağlık ve güvenlik sorunlarına yol açar (51). Kronik uykusuzluk morbidite ve mortalite ile ilişkilidir (52). Uyku kalitesi; cinsiyet, akademik geçmiş, ekonomik durum, sosyal yaşam, genel sağlık durumu ve stres düzeyi gibi birçok faktörden etkilenmektedir (53). Dini inanış ve kültürel ritüeller de uyku kalitesinin bileşenleri arasında sayılabilir (54). Bir kişinin aktif, enerjik ve yeni güne hazır olduğu hissini önemli bir bileşeni olan uyku kalitesi yaşam kalitesi için oldukça önemlidir. İçerisinde uykuya dalma süresi, uykuda geçen zaman, uyku derinliği, uyku süresince uykunun bölünme sayısı ve dinlenme gibi nitel ve nicel birçok yönü barındırır (55).

Beyindeki subkortikal ve kortikal merkezler uykunun başlatılıp sonrasında da sürdürülmesinde görev almaktadır. Uykunun ana kaynağı olan beyin bölümleri

hipotalamus, talamus, truncus cerebri ve uyku ile ilgili kısımlar içeren bazal önbeyindir (56). Bedenimizin kabaca günlük biyolojik saatine sirkadiyen ritim denilmektedir ve uyku ile uyanıklık döngüsü bu ritmin belirleyicilerindedir. Kortizol, tiroid stimülan hormon, prolaktin, büyüme hormonu salınımı, kan basıncının ayarlanması gibi çeşitli metabolik olayların düzenlenmesinde de sirkadiyen ritmin önemli bir yeri bulunmaktadır (57).

Uyku kabaca hızlı göz hareketlerinin olduğu REM uykusu ile REM olmayan (NREM) uyku şeklinde iki evrede incelenebilir. Bu evreler beyin dalgalarının incelendiği EEG (elektroensefalografi), kas tonusunun incelendiği EMG (elektromiyografi) ve göz hareketlerinin incelendiği EOG (elektrookülografi) ile belirlenmektedir (58). REM dönemi hızlı göz hareketlerinin var olduğu evre iken NREM dönemi hızlı göz hareketlerinin bulunmadığı evredir. Uyanıklık halinden uykuya ilk geçiş NREM dönemi ile başlar ve arkasından da REM dönemi gelir. Uyku süresince bu dönemler birbirini takip etmektedir. Tüm uykunun yaklaşık olarak %20-25'lik dönemini REM evresi oluşturuyorken %75-80'lik dönemini ise NREM dönemi oluşturmaktadır. Uykunun başlaması ile ilk REM döneminin tamamlanması bir uyku siklusunu oluşturur ve ortalama 8 saatlik bir gece uykusu kabaca 4-5 adet siklus içerir (59).

NREM döneminde göz hareketlerinde hızlanma yoktur, yalnız çenede ve boyunda az miktarda devamlı kas hareketleri gözlenir. 4 evreden oluşur. İlk evre uyku ile uyanıklık arasındaki uykuya dalma aşamasıdır. Kalp atışı ve solunum hızı yavaşlamıştır. Düşük aktiviteli teta dalgalarının görüldüğü dönem olup yaklaşık 1-7 dakika kadar devam etmektedir. İkinci evre göz hareketlerinin yok olduğu, kas tonusunun düştüğü, beden hareketlerinin minimal olduğu bir evredir. EEG'de kompleks K dalgaları görülür. Parçalı fikirlerin ve imajların akıldan geçtiği derin uyku dönemidir. 3. evre uykunun en derin bölümü olup bu dönemde dış uyaranlara maruz kalmak uyku kalitesini ciddi anlamda düşürür. 4. evre; 3. evre gibi yavaş dalga uykusunun olduğu, EEG'de geniş delta dalgalarının görüldüğü dönemdir. Uykunun yarısından fazlasını bu evre oluşturur (60). Uykunun REM döneminde ise hızlı göz hareketleriyle birlikte kalp hızında artma, kas tonusunda azalma ve nefeste düzensizlik görülür. Yoğun düşlerin görüldüğü paradoksal uyku adı verilen bölümdür (61).

Uyku bozuklukları PTSS'nin belirgin özelliklerinden biridir. PTSS'de artmış uyarılmışlık; uykuyu başlatmada ve uykuyu devam ettirmede güçlüğe neden olur. Yine uyku bozuklukları bu hastalarda gece kabusları şeklinde de kendini gösterebilmektedir. Kronik PTSS ile ilgili yapılan çalışmalarda; artmış uyarılmışlığın ve uyku sırasında bunun neden olduğu sık hareketlerin uyku bölünmesine yol açtığı görülmüştür. Ayrıca bu hastalarda var olan psikişik anksiyetenin, kabus ile ilişkili olmasına gerek kalmadan sık semptomatik uyanmalara neden olduğu gözlenmiştir (62).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu tez çalışması etik kurul onayı alındıktan sonra 01.06.2023-31.07.2023 tarihleri arasında Adana Karaisalı Eğlence Aile Sağlığı Merkezi ve Adana Seyhan Meydan Aile Sağlığı Merkezi'ndeki toplam on adet aile hekimliği biriminde 253 gönüllü katılımcı ile yürütüldü. Çalışmaya başlamadan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.05.2023 tarihli ve 2599 sayılı onayı alındı. Çalışma, başından sonuna kadar Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütüldü.

Evren büyüklüğünü iki adet aile sağlığı merkezine bağlı 20.000 kişi oluşturmuştur. Epi-info programı ile güç %95, güven aralığı %95 ve hata payı %5 alındığında yeterli örneklem büyüklüğü 245 olarak bulunmuştur. Araştırmamıza mental durum bozukluğu olanlar, sağlıklı iletişim kurulamayanlar, araştırmaya devam etmek istemeyenler, 18 yaş altı bireyler ve gönüllü olmayanlar dahil edilmemiştir. Veriler kişilerle yüz yüze görüşülerek toplandı. Araştırmaya katılan kişilere, araştırmanın amacı, verilerden elde edilecek bilgilerin nasıl kullanılacağı, araştırmanın ne şekilde yapılacağı ve araştırmanın nihai hedefleri ile ilgili bilgi verildi ve katılımcılardan yazılı onam alındı.

Katılımcılara hazırlanan yapılandırılmış anket formunun sosyodemografik veriler kısmında cinsiyetleri, yaşları, çocuk sahibi olup olmadıkları, evde yalnız yaşayıp yaşamadıkları soruldu. Medeni durumları evli ve bekar olarak gruplandırıldı. Eğitim durumları; eğitim almamış, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite şeklinde soruldu. Çalışma durumları; çalışmıyor-ev hanımı, çalışıyor ve de emekli şeklinde gruplandırıldı. Aylık gelir durumları 8500 TL. altı, 8500-17000 TL. arası ve 17000 TL. üzeri şeklinde gruplandırıldı. Gruplandırma dönemin asgari ücretine göre şekillendirildi. Yaşanılan yapı özelliği müstakil ve apartman dairesi şeklinde sınıflandırılıp soruldu. Apartman dairesinde yaşayanlara binanın kaç katlı olduğu ve kaçınca katta yaşadıkları soruldu.

Katılımcılara hazırlanan yapılandırılmış anket formunun özgeçmiş-soygeçmiş kısmında kişilere bedensel ve ruhsal kronik hastalıkları bulunup bulunmadığı eğer var ise tanının ne olduğu, düzenli olarak kullandıkları bir ilacın olup olmadığı, sigara ve alkol kullanıp kullanmadıkları, 1. veya 2. derece yakınlarında psikiyatrik bir

rahatsızlık bulunup bulunmadığı soruldu. Kişilere haftada ne kadar süre egzersiz yaptıkları; hiç yapmıyorum, haftada 150 dk.'dan az yapıyorum ve haftada 150 dk.'dan fazla yapıyorum şeklinde gruplandırılarak soruldu. Gruplandırma Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bir yetişkinin haftada minimum yapması gereken orta ağırlıklı egzersiz süresi baz alınarak oluşturuldu (63).

Hazırlanan anket veri formunun travmatik olaya ait veriler kısmında kişiye; depremde yaralanıp yaralanmadığı, deprem anında ölüm korkusu yaşayıp yaşamadığı, bir yakınının yaralanıp yaralanmadığı, bir yakınının ölüp ölmediği, maddi kayıp ve iş kaybı yaşayıp yaşamadığı soruldu. Kişiye daha önce bir deprem yaşayıp yaşamadığı, artçı depremlere yakalanıp yakalanmadığı, deprem sonrasında toplanma alanı ve sosyal yaşam alan ihtiyacının karşılanıp karşılanmadığı soruları yöneltildi. Evin hasar durumu; hasar almadı, az hasar aldı, orta düzeyde hasar aldı ve ağır hasar aldı şeklinde gruplandırılarak soruldu. Kişinin depremde oluşan maddi destek gereksinimi, barınma desteği gereksinimi ve psikolojik destek gereksinimi ile deprem anında yaşanan korku düzeyi 5'li likert şeklinde derecelendirilerek soruldu.

Hazırlanan veri formunun deprem sonrasına ait veriler kısmında kişilere; deprem sonrasında evinden uzak kalıp kalmadığı eğer kaldıysa ne kadar süre uzak kaldığı soruldu. Barınma ile ilgili devam eden kaygıları olup olmadığı ve aileden veya yakın çevreden yeterli sosyal ve psikolojik destek alıp almadıkları soruldu. Depreme dair kaygı düzeyleri 5'li likert şeklinde soruldu.

Katılımcılara Boysan ve arkadaşları (2017) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)(64), Kaya ve arkadaşları (2021) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği-Kısa Form (65) ve Duruöz ve arkadaşları tarafından 2018 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Jenkins Uyku Skalası ölçekleri uygulandı (66).

3.1. DSM-5 İÇİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KONTROL LİSTESİ (PCL-5)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PTSS semptomlarını değerlendirmede en sık kullanılan tarama araçlarından biridir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın son revizyonuyla birlikte (DSM-5) PTSS

tanımında bazı değişikler olmuştur. Blevins ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen son adaptasyon ile ölçek DSM-5'e uygun olarak 20 maddeden oluşturulmuştur. Boysan ve arkadaşlarının 2017 yılında gerçekleştirdikleri “*Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5)*” başlıklı PCL-5 ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında PCL-5 ölçeği kesim noktasının 48 puan olduğu belirtilmiştir. Cevaplar; 0=hiç yok, 4=aşırı miktarda var şeklinde 5’li likert tipi derecelendirme kullanılarak oluşturulmuştur (67).

3.2. CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ-

KISA FORM (CDPDÖKF)

Kişilerin karşılaştıkları olumsuz olaylar sonrasında eski normal durumlarına geri dönebilmelerini sağlayan psikolojik dayanıklılıklarını belirlemek hedefiyle geliştirilen Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, orijinal haliyle 5’li likert tipi yanıtlardan oluşan 25 maddelik bir ölçektir. 0=hiç doğru değil yanıtını ifade ederken, 4=neredeyse her zaman doğru yanıtını ifade etmektedir (68). 2007 yılında ölçek maddelerine yapılan faktör analizleri sonucunda ölçeğin 10 maddelik kısa formu oluşturulmuş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (69). Ölçekten alınan puan yükseldikçe psikolojik dayanıklılığın da yükseldiği kabul edilmektedir (65).

3.3. JENKİNS UYKU SKALASI

Jenkins ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen bu ölçek; uykuya dalmada zorluk, gece boyunca birkaç defa uykudan uyanmak durumunda kalma, çok erken uyanmak da dahil olmak üzere gece boyunca uykuyu devam ettirmede zorluk ve uyandıktan sonra kişinin kendini yorgun ve bitkin hissetmesi olmak üzere 4 maddenin son bir ayda ne sıklıkta yaşandığını sorgular. Bu şikayeti son bir ayda; hiç yaşamama durumu 0 puan, 1-3 gün arası yaşama 1 puan, 4-7 gün yaşama 2 puan, 8-14 gün yaşama 3 puan, 15-21 gün yaşama 4 puan ve 22-31 gün yaşama 5 puan olarak ifade edilir. Ölçeğe göre alınan puan yükseldikçe uyku kalitesi düşmektedir (70).

Ölçeğin Türkçe diline uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Duruöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (66).

3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma(gerekli yerlerde medyan(ortanca) ve minimum-maksimum) olarak özetlenmiştir. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede ölçek skorlarının çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerde ikili grup analizlerinde bağımsız student t-testi, ikiden fazla grup analizlerinde Oneway ANOVA testi kullanılmıştır. Değişkenlerden ikiden fazla grup olanların gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemede Post Hoc testlerinden Tukey testine başvurulmuştur. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alınmıştır (71).

4. BULGULAR

Çalışmaya 253 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamalarının (sd) $40,9 \pm 12,6$ yıl olduğu saptanmıştır. Cinsiyet dağılımında % 33,2 (n=84)'sinin erkek, % 66,8 (n=169)'inin kadın olduğu gözlenmiştir. Medeni durum açısından katılımcıların % 32,4 (n=82)'ünün bekar, % 67,6 (n=171)'sının ise evli olduğu saptanırken; katılımcıların % 64,8 (n=164)'inin çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların % 12,3 (n=31)'ünün evde yalnız yaşadıkları gözlenirken, % 87,7 (n=222)'sinin ise yalnız yaşamadıkları belirlenmiştir.

Eğitim durumu açısından katılımcılardan sırasıyla % 4,0 (n=10)'ü ilkokul, %5,9 (n=15)'u ortaokul, %25,3 (n=64)'ü lise, %64,8 (n=164)'inin ise üniversite mezunu oldukları gözlenmiştir.

Katılımcılardan %62,5 (n=158)'inin çalıştıkları gözlenirken; %26,5 (n=67)'inin ev hanımı, %11,1 (n=28)'inin ise emekli oldukları tespit edilmiştir. Aylık toplam gelir durumu incelendiğinde katılımcılardan sırasıyla %11,5 (n=29)'inin 8500 TL altı, %34,4 (n=87)'ünün 8500-17000 TL arası, %54,2 (n=137)'sinin ise 17000 TL üstü gelire sahip oldukları saptanmıştır.

Yaşadıkları yapının özelliği katılımcıların %84,2 (n=213)'sinde apartman dairesi, %15,8 (n=40)'inde ise müstakil olduğu belirlenmiştir. Apartman dairesinde yaşayanların bina katı ortalaması (sd) $10,36 \pm 4,1$ kat iken; apartman dairesinde yaşayanların oturdukları kat ortalamasının (sd) ise $5,99 \pm 3,9$ olduğu gözlenmiştir. (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri (n=253)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort±Ss) (Med(Min-Maks))	40,9±12,6	39 (18-76)
Cinsiyet		
Erkek	84	33,2
Kadın	169	66,8
Medeni durum		
Bekar	82	32,4
Evli	171	67,6

Tablo 1'nin devamı

Çocuk sahibi		
Evet	164	64,8
Hayır	89	35,2
Evde yalnız mı yaşıyorsunuz?		
Evet	31	12,3
Hayır	222	87,7
Eğitim durumu		
İlkokul	10	4,0
Ortaokul	15	5,9
Lise	64	25,3
Üniversite	164	64,8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	158	62,5
Çalışmıyor-ev hanımı	67	26,5
Emekli	28	11,0
Evinizdeki aylık toplam gelir durumu		
8500 TL altı	29	11,5
8500-17000 TL arası	87	34,3
17000 TL üstü	137	54,2
Yaşadığınız yapının özelliği		
Apartman dairesi	213	84,2
Müstakil	40	15,8
Apartman dairesinde yaşayanların ortalama bina katı (Ort±Ss) (Med(Min-Maks))	10,36±4,1	11 (2-23)
Apartman dairesinde yaşayanların ortalama oturdıkları kat (Ort±Ss) (Med(Min-Maks))	5,99±3,9	5 (1-19)

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Tablo 2'de katılımcıların özgeçmişlerine ait bulgular incelenmiştir. Yapılan incelemeye göre katılımcılardan %16,2 (n=41)'sinin bedensel kronik hastalık tanısı aldıkları gözlenirken; bedensel kronik hastalık tanısı alan 41 katılımcıdan sıklık sırasına göre %53,7 (n=22)'sinde hipertansiyon, %17,1 (n=7)'inde diyabet, %14,6 (n=6)'sında astım, %14,6 (n=6)'sında ise diğer kronik hastalıkların var olduğu saptanmıştır.

Ruhsal kronik hastalık tanı oranı katılımcıların %6,3 (n=16)'ünde gözlenmiştir.

Düzenli olarak ilaç kullanımı katılımcıların %30 (n=76)'unda gözlenmiştir.

Sigara kullanımı katılımcıların %26,5 (n=67)'inde gözlenmiştir. Alkol kullanımı ise katılımcıların %19,8 (n=50)'inde saptanmıştır.

Katılımcılardan %20,6 (n=52)'sının birinci derece veya ikinci derece yakınlarının psikiyatrik rahatsızlığı olduğu gözlenmiştir.

Katılımcılardan %49,8 (n=126)'inin egzersiz yapmadıkları tespit edilirken; %30,8 (n=78)'inin haftada 150 dk.'dan az, %19,4 (n=49)'ünün ise haftada 150 dk.'dan fazla orta ağırlıklı egzersiz yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların özgeçmişine ait bulgular (n=253)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Bedensel kronik hastalık tanısı		
Evet	41	16,2
Hayır	212	83,8
Bedensel kronik hastalık tanısı olanlarda (n=41)		
Hipertansiyon	22	53,7
Diyabet	7	17,1
Astım	6	14,6
Diğer	6	14,6
Ruhsal kronik hastalık tanısı		
Evet	16	6,3
Hayır	237	93,7
Düzenli olarak kullanılan ilaç		
Evet	76	30
Hayır	177	70
Sigara kullanımı		
Evet	67	26,5
Hayır	186	73,5
Alkol kullanımı		
Evet	50	19,8
Hayır	203	80,2
1. derece veya 2. Derece yakınlarınızda psikiyatrik rahatsızlık varlığı		
Evet	52	20,6
Hayır	201	79,4

Tablo 2'nin devamı

Haftada ne kadar süre orta ağırlıklı egzersiz yaparsınız		
150 dk.'dan az	78	30,8
150 dk.'dan fazla	49	19,4
Hiç yapmıyorum	126	49,8

Tablo 3'te travmatik olaylara ait veriler incelenmiştir. Yapılan incelemeye göre deprem anında korku düzeyi derecesi sırasıyla katılımcıların %7,5 (n=19)'inde çok az, %7,9 (n=20)'unda az, %23,3 (n=59)'ünde orta, %25,7 (n=65)'sinde fazla, %35,6 (n=90)'sında ise çok fazla olduğu gözlenmiştir.

Deprem anında ölüm korkusu yaşama katılımcıların % 62,8 (n=159)'inde gözlenmiştir.

Katılımcılardan %0,8 (n=2)'inde depremde yaralanma bulgularına rastlanılmıştır.

Depremde bir yakını kaybetme katılımcıların %17,4 (n=44)'ünde gözlenirken; %19 (n=48)'unda ise depremde bir yakınının yaralandığı saptanmıştır.

Depremde maddi kayba uğrama oranı katılımcıların %22,9 (n=58)'unda gözlenmiş iken, %7,1 (n=18)'inin ise depremde iş kaybına uğradığı belirlenmiştir.

Katılımcılardan %58,1 (n=147)'inin evlerinin hasar almadıkları saptanırken; %36 (n=91)'sında az hasar, %3,6 (n=9)'sında orta düzey, %2,4 (n=6)'ünde ise ağır hasar bulgularına rastlanılmıştır.

Daha önce bir deprem yaşama oranı katılımcıların %79,1 (n=200)'inde gözlenirken; bina içerisinde artçı depremlere yakalanma katılımcıların %89,3 (n=226)'ünde belirlenmiştir.

Katılımcıların deprem sonrasında toplanma ve sosyal yaşam alanı ihtiyaçlarının karşılanma oranının %65,2 (n=165) olduğu gözlenmiştir.

Depremde oluşan maddi destek gereksinimi sırasıyla katılımcıların %43,9 (n=111)'unda çok az, %11,9 (n=30)'unda az, %27,3 (n=69)'ünde orta, %7,9 (n=20)'unda fazla, %9,1 (n=23)'inde ise çok fazla olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılarda depremde oluşan barınma destek gereksinimi sırasıyla %37,5 (n=95)'inde çok az, %11,5 (n=29)'inde az, %22,1 (n=56)'inde orta, %11,1 (n=28)'inde fazla, %17,8 (n=45)'inde ise çok fazla olduğu tespit edilmiştir.

Depremde oluşan psikolojik destek gereksinimi sırasıyla katılımcıların %28,9 (n=73)'unda çok az, %16,6 (n=42)'unda az, %22,5 (n=57)'inde orta, %13,8 (n=35)'inde fazla, %18,2 (n=46)'inde ise çok fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Travmatik olaya ait veriler (n=253)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Deprem anında korku düzeyi derecesi		
Çok az	19	7,5
2	20	7,9
3	59	23,3
4	65	25,7
Çok fazla	90	35,6
Deprem anında ölüm korkusu yaşama		
Evet	159	62,8
Hayır	94	37,2
Depremde yaralanma		
Evet	2	0,8
Hayır	251	99,2
Depremde bir yakını kaybetme		
Evet	44	17,4
Hayır	209	82,6
Depremde bir yakını yaralanma		
Evet	48	19
Hayır	205	81
Depremde maddi kayba uğrama		
Evet	58	22,9
Hayır	195	77,1
Depremde iş kaybına uğrama		
Evet	18	7,1
Hayır	235	92,9
Evinizin hasar durumu		
Hasar almadı	147	58,1
Az hasar aldı	91	36
Orta düzey hasar aldı	9	3,6
Ağır hasar aldı	6	2,4

Tablo 3'ün devamı

Daha önce bir deprem yaşama		
Evet	200	79,1
Hayır	53	20,9
Bina içerisinde artçı depremlere yakalanma		
Evet	226	89,3
Hayır	27	10,7
Deprem sonrasında toplanma ve sosyal yaşam alanı ihtiyacını karşılayabilme		
Evet	165	65,2
Hayır	88	34,8
Depremde oluşan maddi destek gereksinimi		
Çok az	111	43,9
2	30	11,9
3	69	27,3
4	20	7,9
Çok fazla	23	9,1
Depremde oluşan barınma destek gereksinimi		
Çok az	95	37,5
2	29	11,5
3	56	22,1
4	28	11,1
Çok fazla	45	17,8
Depremde oluşan psikolojik destek gereksinimi		
Çok az	73	28,9
2	42	16,6
3	57	22,5
4	35	13,8
Çok fazla	46	18,2

Katılımcılardan %78,3 (n=198)'ünün deprem sonrası evlerinden uzak kaldıkları tespit edilirken; deprem sonrası evlerinden ortalama (sd) 45,20±34,9 gün uzak kaldıkları saptanmıştır.

Barınma ile ilgili devam eden kaygı katılımcıların %38,3 (n=97)'ünde tespit edilmiştir.

Katılımcıların %56,9 (n=144)'unun ailelerinden veya yakın çevrelerinden yeterli psikolojik ve sosyal destek aldıklarını düşündükleri gözlenmiştir.

Katılımcıların deprem anında korku düzey derecesi sırasıyla %10,7 (n=27)'sinde çok az, %14,6 (n=37)'sında az, %29,2 (n=74)'sinde orta, %17,4 (n=44)'ünde fazla, %28,1 (n=71)'inde ise çok fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Deprem sonrasına ait veriler (n=253)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Deprem sonrası evinizden uzak kaldınız mı?		
Evet	198	78,3
Hayır	55	21,7
Deprem Sonrası Evlerinden Uzak Kalanlarda (N=198) (Ort±Ss) (Med(Min-Maks)) (Gün)	45,2±34,9	30 (0,30-150)
Barınma ile ilgili devam eden kaygılarınız var mı?		
Evet	97	38,3
Hayır	156	61,7
Ailenizden veya yakın çevrenizden yeterli psikolojik ve sosyal destek aldığınızı düşünüyor musunuz?		
Evet	144	56,9
Hayır	109	43,1
Depreme dair kaygı düzeyi derecesi		
Çok az	27	10,7
2	37	14,6
3	74	29,2
4	44	17,4
Çok fazla	71	28,1

Tablo 5'te PCL-5 maddelerine verilen yanıtların puan dağılımları özetlenmiştir.

“1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı 2,50±1,2 ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -6,509, p: <0,001).

“2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı 1,84±1,3 ve test değeri

olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -13,729, p: <0,001).

“3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,17 \pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -10,018, p: <0,001).

“4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,39 \pm 1,2$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -8,189, p: <0,001).

“5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (*örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi*) sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $1,79 \pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -14,661, p: <0,001).

“6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,02 \pm 1,2$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -12,991, p: <0,001).

“7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (*örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan*) kaçınmaya çalışmaksizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,09 \pm 1,2$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -12,150, p: <0,001).

“8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $1,90 \pm 1,2$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -14,450, p: <0,001).

“9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (*örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler*) sizi ne kadar

bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $1,76\pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -14,730, p: <0,001).

“10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $1,62\pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -16,964, p: <0,001).

“11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $1,92\pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -13,419, p: <0,001).

“12. Daha önce yapmaktan keyif aldığımız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,06\pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -11,330, p: <0,001).

“13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $1,98\pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -12,615, p: <0,001).

“14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,14\pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -10,589, p: <0,001).

“15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,01\pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -11,705, p: <0,001).

“16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $1,76\pm 1,4$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -14,420, p: <0,001).

“17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,25 \pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -9,216, p: <0,001).

“18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,04 \pm 1,4$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -10,972, p: <0,001).

“19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,02 \pm 1,3$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -11,742, p: <0,001).

“20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,26 \pm 1,4$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -8,226, p: <0,001).

Tablo 5. PCL-5 puanlarının dağılımı (n=253)

	Ort±Ss	t	p
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	2,50±1,2	-6,509	<0,001
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	1,84±1,3	-13,729	<0,001
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	2,17±1,3	-10,018	<0,001
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	2,39±1,2	-8,189	<0,001
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (<i>örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi</i>) sizi ne kadar bunalttı?	1,79±1,3	-14,661	<0,001
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	2,02±1,2	-12,991	<0,001

Tablo 5'in devamı

7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan) kaçınmaya çalışmaksizi ne kadar bunalttı?	2,09±1,2	-12,150	<0,001
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	1,90±1,2	-14,450	<0,001
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	1,76±1,3	-14,730	<0,001
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	1,62±1,3	-16,964	<0,001
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	1,92±1,3	-13,419	<0,001
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	2,06±1,3	-11,330	<0,001
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	1,98±1,3	-12,615	<0,001
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?	2,14±1,3	-10,589	<0,001
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	2,01±1,3	-11,705	<0,001
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	1,76±1,4	-14,420	<0,001
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	2,25±1,3	-9,216	<0,001
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	2,04±1,4	-10,972	<0,001
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	2,02±1,3	-11,742	<0,001
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	2,26±1,4	-8,226	<0,001

Tablo 6'da Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği-Kısa Form maddelerine verilen yanıtların puan dağılımları özetlenmiştir.

“1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,71 \pm 1,0$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -4,554, p: <0,001).

“2. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,69 \pm 1,0$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -4,831, p: <0,001).

“3. Sorunlarla karşılaştığım zaman, onların komikyönlerini görmeye çalışırım.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,00 \pm 1,2$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -13,022, p: <0,001).

“4. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,32 \pm 1,2$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -9,009, p: <0,001).

“5. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,38 \pm 1,2$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -8,496, p: <0,001).

“6. Engeller olsa da hedeflerime ulaşacağıma inanırım.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,85 \pm 1,0$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -2,351, p: <0,001).

“7. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $1,99 \pm 1,2$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -13,195, p: <0,001).

“8. Başarısızlık karşısında kolay pes etmem.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,73 \pm 1,1$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -3,760, p: <0,001).

“9. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,83 \pm 1,1$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -2,487, p: <0,001).

“10. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,66 \pm 1,1$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -5,033, p: <0,001).

Tablo 6. Connor-Davidson psikolojik dayanıklılık ölçeği-kısa form (n=253)

	Ort±Ss	t	p
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	2,71±1,0	-4,554	<0,001
2. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.	2,69±1,0	-4,831	<0,001
3. Sorunlarla karşılaştığım zaman, onların komik yönlerini görmeye çalışırım.	2,00±1,2	-13,022	<0,001
4. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	2,32±1,2	-9,009	<0,001
5. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	2,38±1,2	-8,496	<0,001
6. Engeller olsa da hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	2,85±1,0	-2,351	0,020
7. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	1,99±1,2	-13,195	<0,001
8. Başarısızlık karşısında kolay pes etmem.	2,73±1,1	-3,760	<0,001
9. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	2,83±1,1	-2,487	0,014
10. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.	2,66±1,1	-5,033	<0,001

Tablo 7’de Jenkins Uyku Skalası maddelerine verilen yanıtların puan dağılımları özetlenmiştir.

“1. Uykuya dalmakta zorluk?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $1,98 \pm 1,6$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -10,418, p: <0,001).

“2. Gece boyunca birkaç kez uykudan uyanmak?” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,26 \pm 1,6$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -7,503, p: <0,001).

“3. Gece hiç uyanmadan uyumakta zorluk (buna çok erken uyanmak dahil)” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,02 \pm 1,6$ ve test değeri olarak alınan

3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -9,762, p: <0,001).

“4. Normal sürede uykunuzu alıp uyandıktan sonra yorgun ve bitkin hissetmek” maddesine verdikleri cevapların ortalama puanı $2,53 \pm 1,7$ ve test değeri olarak alınan 3,0 puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (t: -4,549, p: <0,001).

Tablo 7. Jenkins uyku skalası (n=253)

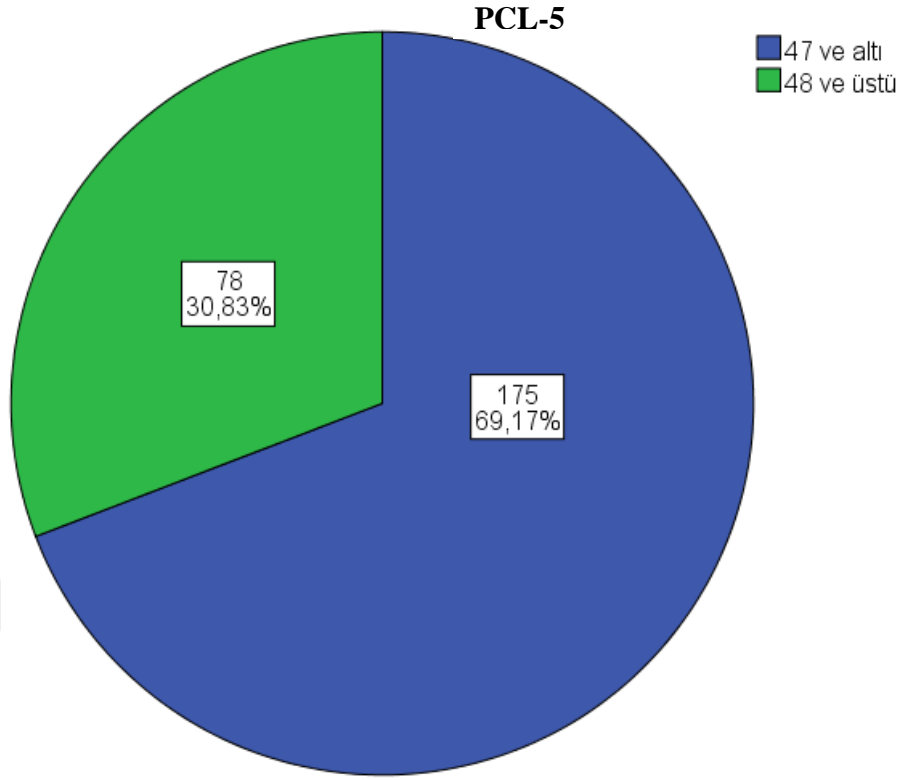
	Ort±Ss	t	p
1. Uykuya dalmakta zorluk?	1,98±1,6	-10,418	<0,001
2. Gece boyunca birkaç kez uykudan uyanmak?	2,26±1,6	-7,503	<0,001
3. Gece hiç uyanmadan uyumakta zorluk (buna çok erken uyanmak dahil)	2,02±1,6	-9,762	<0,001
4. Normal sürede uykunuzu alıp uyandıktan sonra yorgun ve bitkin hissetmek	2,53±1,7	-4,549	<0,001

Tablo 8’de çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri özetlenmiştir. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ölçek puan ortalamasının (sd) $38,5 \pm 19,1$; Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği-Kısa Form (CDPDÖKF) ölçek puan ortalamasının (sd) $25,2 \pm 7,9$; Jenkins Uyku Skalası ölçek puan ortalamasının (sd) $8,78 \pm 5,4$ olduğu gözlenmiştir.

Tablo 8. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puan dağılımı (n=253)

	İfade sayısı	Ort	Ss	Med	Min	Maks
PCL-5	20	38,5	19,1	39	0	76
CDPDÖKF	10	25,2	7,9	25	3	40
Jenkins Uyku Skalası	5	8,78	5,4	8	0	20

PCL-5: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, CDPDÖKF: Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği-Kısa Form



Şekil 1. PCL-5'te ölçek puanının kesim noktasına göre katılımcıların dağılımı

Boysan ve arkadaşları 2017 yılında gerçekleştirdikleri “Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5)” başlıklı PCL-5 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında PCL-5 ölçeği kesim noktasının 48 puan olduğunu bildirmişlerdir. Bu doğrultuda yapılan çalışmada PCL-5 ölçek puanı 48 ve üstünde 78 (% 30,83) katılımcının, 48 puan altında ise 175 (% 69,17) katılımcının olduğu tespit edilmiştir.

Hair ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada normal dağılım göstermesi için sürekli ölçüm parametrelerine ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1 ve -1 değer aralığında olması gerektiğini bildirmiştir (71). Çalışmada kullanılan PCL-5, CDPDÖKF ve Jenkins Uyku Skalası ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık değerlerinin de +1 ve -1 aralığında olduğu gözlenmiştir. Böylelikle çalışmada normal dağılım gösteren testlerin kullanılması gerektiği anlaşılmıştır. Ölçek Cronbach Alpha güvenilirlik katsayı değerleri incelendiğinde PCL-5, CDPDÖKF ve Jenkins Uyku Skalası ölçek puanlarının yüksek güvenilirlikte olduğu saptanmıştır (sırasıyla $\alpha=0,964$; $\alpha=0,891$; $\alpha=0,871$) (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışmada kullanılan ölçeklerin normallik ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayı değeri

	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı
PCL-5	-0,057	-0,712	0,964
CDPDÖKF	-0,258	-0,391	0,891
Jenkins Uyku Skalası	0,409	-0,711	0,871

PCL-5: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, CDPDÖKF: Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği-Kısa Form

Katılımcıların yaş düzeyleri ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların yaş düzeyleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki (n=253)

	Yaş	
	r	p
PCL-5	-0,090	0,154
CDPDÖKF	0,043	0,500
Jenkins Uyku Skalası	-0,031	0,629

* $p<0,05$, Pearson korelasyon test

Kadın katılımcıların, erkek katılımcılara göre PCL-5 ve Jenkins Uyku Skalası ölçek puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $p=0,005$; $p=0,005$). Cinsiyet değişkeni ile CDPDÖKF ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Ölçek puanları ile cinsiyet değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Kadın (n=169)	Erkek (n=84)	t	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	40,8±19,1	33,7±18,2	2,811	0,005**
CDPDÖKF	24,7±8,2	26,2±7,3	-1,469	0,143
Jenkins Uyku Skalası	9,46±5,5	7,42±5,0	2,850	0,005**

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların medeni durum değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Ölçek puanları ile medeni durum değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Bekar (n=82)	Evli (n=171)	t	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	40,0±19,1	37,7±19,0	0,924	0,357
CDPDÖKF	26,2±7,2	24,7±8,2	1,381	0,168
Jenkins Uyku Skalası	8,15±4,9	9,08±5,6	-1,278	0,202

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Çocuk sahibi olanların, çocuk sahibi olmayanlara göre Jenkins Uyku Skalası ölçek puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,036$). Tablo 13'te yer alan diğer ölçek puanları ile çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 13. Ölçek puanları ile çocuk sahibi olma durumu arasındaki farklılıklar (n=253)

	Çocuk Sahibi Olmayanlar (n=89)	Çocuk Sahibi Olanlar (n=164)	t	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	37,9±19,3	38,7±18,9	-0,290	0,772
CDPDÖKF	25,6±7,6	24,9±8,1	0,634	0,527
Jenkins Uyku Skalası	7,82±5,1	9,31±5,5	-2,104	0,036*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların evlerinde yalnız yaşama durumu değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p > 0,05$). (Tablo 14).

Tablo 14. Ölçek puanları ile evinde yalnız yaşama arasındaki farklılıklar (n=253)

	Evinizde yalnız yaşama		t	p
	Hayır (n=222)	Evet (n=31)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	38,4±18,8	38,5±21,4	-0,030	0,976
CDPDÖKF	25,0±8,0	26,1±7,1	-0,697	0,486
Jenkins Uyku Skalası	8,89±5,4	8,03±5,3	0,827	0,409

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların eğitim durumları değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Ölçek puanları ile eğitim durumu değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Ortaokul ve altı (n=25)	Lise (n=64)	Üniversite (n=164)	F	p
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	36,3±23,9	36,4±19,6	39,6±18,0	0,826	0,439
CDPDÖKF	22,0±8,9	25,9±7,9	25,4±7,7	2,292	0,103
Jenkins Uyku Skalası	8,36±5,4	8,95±5,4	8,78±5,5	0,107	0,899

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Oneway ANOVA

Katılımcıların çalışma durumu değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 16).

Tablo 16. Ölçek puanları ile çalışma durumu değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Çalışıyor (n=158)	Çalışmıyor (n=95)	t	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	37,9±18,5	39,4±19,9	-0,641	0,522
CDPDÖKF	25,4±7,9	24,8±7,9	0,601	0,548
Jenkins Uyku Skalası	8,43±5,2	9,36±5,7	-1,326	0,186

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların gelir durumu değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Ölçek puanları ile gelir durumu değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	8500 TL altı (n=29)	8500-17000 TL arası (n=87)	17000 TL üstü (n=137)	F	p
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	37,7±23,4	41,6±18,5	36,6±18,3	1,821	0,164
CDPDÖKF	25,1±7,5	24,6±8,4	25,5±7,7	0,325	0,723
Jenkins Uyku Skalası	8,10±5,5	9,48±5,3	8,48±5,5	1,157	0,316

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Oneway ANOVA

Katılımcıların oturdukları binaların yapı değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Ölçek puanları ile binanın yapı değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Apartman Dairesi (n=213)	Müstakil (n=40)	t	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	39,5±18,8	33,1±19,8	1,965	0,051
CDPDÖKF	24,9±7,8	26,4±8,3	-1,051	0,294
Jenkins Uyku Skalası	8,92±5,3	8,02±5,8	0,969	0,334

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların bedensel kronik hastalık değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Ölçek puanları ile bedensel kronik hastalık değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Bedensel Kronik Hastalık		t	p
	Hayır (n=212)	Evet (n=41)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	38,3±19,1	39,5±18,9	-0,380	0,704
CDPDÖKF	25,0±7,9	25,8±7,9	-0,584	0,559
Jenkins Uyku Skalası	8,53±5,4	10,07±5,5	-1,667	0,097

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Ruhsal kronik hastalık bulgusuna sahip olan katılımcıların PCL-5 ölçek puanlarının, ruhsal kronik hastalık bulgusu olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,039$). Tablo 20’de yer alan diğer ölçek puanları ile ruhsal kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 20. Ölçek puanları ile ruhsal kronik hastalık değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Ruhsal Kronik Hastalık		t	p
	Hayır (n=237)	Evet (n=16)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	37,8±18,8	47,9±21,5	-2,071	0,039*
CDPDÖKF	25,3±7,9	22,9±8,9	1,195	0,233
Jenkins Uyku Skalası	8,64±5,4	10,87±5,9	-1,598	0,111

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Düzenli ilaç kullanan hastaların, düzenli ilaç kullanmayan hastalara göre CDPDÖKF ölçek puanlarının düşük ($p=0,009$); Jenkins Uyku Skalası ölçek puanlarının ise anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,040$). PCL-5 ölçek puanı ile düzenli ilaç kullanım varlığı arasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Ölçek puanları ile düzenli olarak ilaç kullanımını değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Düzenli Olarak Kullandığımız İlaç Varlığı		t	p
	Hayır (n=177)	Evet (n=76)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	37,3±18,5	41,1±20,2	-1,463	0,145
CDPDÖKF	26,0±7,6	23,2±8,3	2,636	0,009**
Jenkins Uyku Skalası	8,32±5,3	9,85±5,6	-2,069	0,040*

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların sigara kullanımını değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Ölçek puanları ile sigara kullanımını değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Sigara Kullanımı		t	p
	Hayır (n=186)	Evet (n=67)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	37,7±18,9	40,5±19,5	-1,016	0,311
CDPDÖKF	24,8±8,0	26,1±7,6	-1,167	0,244
Jenkins Uyku Skalası	8,53±5,4	9,49±5,4	-1,245	0,214

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların alkol kullanımını değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Ölçek puanları ile alkol kullanımı değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Alkol Kullanımı		t	p
	Hayır (n=203)	Evet (n=50)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	37,9±19,4	40,4±17,6	-0,824	0,411
CDPDÖKF	25,2±7,9	24,9±8,1	0,244	0,807
Jenkins Uyku Skalası	8,75±5,5	8,90±5,1	-0,165	0,869

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Birinci derece veya ikinci derece yakınında psikiyatrik rahatsızlığı olan katılımcıların, olmayan katılımcılara göre CDPDÖKF ölçek puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0,048$). Tablo 24’te yer alan diğer ölçek puanları ile birinci derece veya ikinci derece yakınlarında psikiyatrik rahatsızlığı olanların değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 24. Ölçek puanları ile 1. derece veya 2. derece yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık bulunma değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	1. derece veya 2. derece yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık varlığı		t	p
	Hayır (n=201)	Evet (n=52)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	37,3±19,3	42,9±17,7	-1,917	0,056
CDPDÖKF	25,7±7,7	23,2±8,7	1,986	0,048*
Jenkins Uyku Skalası	8,49±5,2	9,92±6,0	-1,703	0,090

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların CDPDÖKF ölçek puanı ile haftalık orta ağırlıklı egzersiz değişkeni bulguları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık Post Hoc Tukey Testi ile incelendiğinde haftalık 150 dk.’dan fazla orta ağırlıklı egzersiz yapanların, hiç egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek ölçek puanına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p=0,012$). Tablo 25’te yer alan diğer ölçek puanları ile haftalık orta ağırlıklı egzersiz değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 25. Ölçek puanları haftalık orta ağırlıklı egzersiz değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Haftada ne kadar süre orta ağırlıklı egzersiz yaparsınız			F	p
	Hiç yapmıyorum (n=126)	150 dk'den az (n=78)	150 dk'den fazla (n=49)		
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	38,2±20,2	39,2±17,9	37,9±18,1	0,092	0,912
CDPDÖKF	23,9±8,1 ^a	25,7±7,6	27,7±7,3 ^a	4,435	0,013*
Jenkins Uyku Skalası	9,22±5,9	8,46±4,6	8,18±5,5	0,850	0,429

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Oneway ANOVA, a: $p = 0,012$

Deprem anında ölüm korkusu yaşayan katılımcıların PCL-5 ölçek puanlarının yüksek ($p < 0,001$); CDPDÖKF ölçek puanlarının ise deprem anında ölüm korkusu yaşamayan katılımcılara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p = 0,004$). Jenkins Uyku Skalası ile deprem anında ölüm korkusu yaşama ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Ölçek puanları ile deprem anında ölüm korkusu yaşama değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Deprem anında ölüm korkusu yaşama		t	p
	Hayır (n=94)	Evet (n=159)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	31,4±18,8	42,6±18,0	-4,693	<0,001**
CDPDÖKF	27,0±7,6	24,1±7,9	2,869	0,004**
Jenkins Uyku Skalası	8,03±5,3	9,23±5,5	-1,710	0,089

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Depremde bir yakını kaybeden katılımcıların PCL-5 ve Jenkins Uyku Skalası ölçek puanlarının, depremde bir yakını kaybetmeyen katılımcılara göre daha yüksek ölçek puanına sahip olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$). CDPDÖKF ölçek puanı ile depremde bir yakını kaybetme değişkeni arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Ölçek puanları ile depremde bir yakını kaybetme değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Depremde bir yakını kaybetme		t	p
	Hayır (n=209)	Evet (n=44)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	36,4±19,3	47,9±14,6	-3,742	<0,001**
CDPDÖKF	25,4±7,9	24,3±8,1	0,822	0,412
Jenkins Uyku Skalası	8,17±5,2	11,68±5,6	-4,015	<0,001**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Depremde bir yakını yaralanan katılımcıların, yakını yaralanmayan katılımcıların PCL-5 ve Jenkins Uyku Skalası ölçek puanlarına göre daha yüksek ölçek puanına sahip olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$). CDPDÖKF ölçek puanı ile depremde bir yakının yaralanma değişkeni arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p > 0,05$). (Tablo 28).

Tablo 28. Ölçek puanları ile depremde bir yakınının yaralanması değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Depremde bir yakınının yaralanması		t	p
	Hayır (n=205)	Evet (n=48)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	36,2±18,8	48,0±17,0	-3,978	<0,001**
CDPDÖKF	24,9±7,8	25,9±8,4	-0,728	0,467
Jenkins Uyku Skalası	8,16±5,0	11,45±6,3	-3,901	<0,001**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcılardan depremde maddi kayba uğrayanların PCL-5 ölçek puanlarının, maddi kayba uğramayanlara göre daha yüksek ölçek puanına sahip oldukları saptanmıştır ($p = 0,022$). Tablo 29’da yer alan diğer ölçek puanları ile depremde maddi kayba uğrama değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p > 0,05$).

Tablo 29. Ölçek puanları ile depremde maddi kayba uğrama değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Depremde maddi kayba uğrama		t	p
	Hayır (n=195)	Evet (n=58)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	36,9±19,3	43,5±17,3	-2,311	0,022**
CDPDÖKF	25,2±8,0	25,1±7,7	0,087	0,931
Jenkins Uyku Skalası	8,46±5,4	9,86±5,5	-1,729	0,085

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların depremde iş kaybına uğrama değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Ölçek puanları ile depremde iş kaybına uğrama değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Depremde iş kaybına uğrama		t	p
	Hayır (n=235)	Evet (n=18)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	38,4±19,1	38,6±18,5	-0,024	0,981
CDPDÖKF	24,9±7,9	28,6±7,6	-1,892	0,060
Jenkins Uyku Skalası	8,84±5,4	8,05±5,2	0,593	0,554

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların daha önce bir deprem yaşama değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Ölçek puanları ile daha önce bir deprem yaşama değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Daha Önce Bir Deprem Yaşama		t	p
	Hayır (n=53)	Evet (n=200)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	39,8±19,7	38,1±18,9	0,568	0,571
CDPDÖKF	24,8±7,8	25,3±7,9	-0,424	0,672
Jenkins Uyku Skalası	9,09±5,3	8,70±5,5	0,464	0,643

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların bina içerisinde artçı depremlere yakalanma değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 32).

Tablo 32. Ölçek puanları ile bina içerisinde artçı depremlere yakalanma değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Bina içerisinde artçı depremlere yakalanma		t	p
	Hayır (n=27)	Evet (n=226)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	36,4±20,1	38,7±18,9	-0,599	0,549
CDPDÖKF	23,1±8,5	25,4±7,8	-1,428	0,155
Jenkins Uyku Skalası	8,66±5,8	8,80±5,4	-0,121	0,903

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Deprem sonrası evlerinden uzak kalan katılımcıların, evlerinden uzak kalmayan katılımcılara göre PCL-5 ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,027$). Tablo 33'te yer alan diğer ölçek puanları ile deprem sonrası evlerinden uzak kalma değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 33. Ölçek puanları ile deprem sonrası evinden uzak kalma durumu değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Deprem sonrası evinden uzak kalma durumu		t	p
	Hayır (n=55)	Evet (n=198)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	33,4±21,1	39,8±18,3	-2,232	0,027*
CDPDÖKF	26,9±8,2	24,7±7,8	1,793	0,074
Jenkins Uyku Skalası	7,83±5,7	9,05±5,3	-1,474	0,142

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Barınma ile ilgili kaygıları devam eden katılımcıların, kaygıları devam etmeyen katılımcıların PCL-5 ve Jenkins Uyku Skalası ölçek puanlarına göre daha yüksek ölçek puanına sahip olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,022$).

CDPDÖKF ölçek puanı ile barınma ile kaygıları devam etme değişkeni arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 34).

Tablo 34. Ölçek puanları ile barınma ile ilgili devam eden kaygı değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Barınma ile ilgili devam eden kaygılarınız var mı?		t	p
	Hayır (n=156)	Evet (n=97)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	34,8±18,8	44,3±18,1	-3,975	<0,001**
CDPDÖKF	25,3±7,9	24,9±8,1	0,360	0,719
Jenkins Uyku Skalası	8,17±5,4	9,77±5,3	-2,303	0,022*

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Aile veya yakın çevresinden yeterli psikolojik ve sosyal destek alan katılımcıların, destek almayan katılımcıların PCL-5 ve Jenkins Uyku Skalası ölçek puanlarına göre daha düşük ölçek puanına sahip olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,002$). CDPDÖKF ölçek puanı ile aile veya yakın çevreden yeterli psikolojik ve sosyal destek alma değişkeni arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo 35. Ölçek puanları ile aileden veya yakın çevreden yeterli psikolojik ve sosyal destek alma değişkeni arasındaki farklılıklar (n=253)

	Ailenizden veya yakın çevrenizden yeterli psikolojik ve sosyal destek aldığınızı düşünüyor musunuz?		t	p
	Hayır (n=109)	Evet (n=144)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	44,1±18,9	34,2±18,0	4,254	<0,001**
CDPDÖKF	24,5±7,8	25,7±7,9	-1,123	0,262
Jenkins Uyku Skalası	10,01±5,4	7,85±5,2	3,203	0,002**

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcılardan apartman dairesinde yaşayanların ortalama bina katı ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 36).

Tablo 36. Ölçek puanları ile apartman dairesinde yaşayanların ortalama bina katı bulguları arasındaki ilişki (n=253)

	Apartman dairesinde yaşayanların ortalama bina katı	
	r	p
PCL-5	0,101	0,139
CDPDÖKF	0,060	0,379
Jenkins Uyku Skalası	0,029	0,668

* $p < 0,05$, Pearson korelasyon

Katılımcılardan apartman dairesinde yaşayanların ortalama oturdukları kat bulguları ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 37).

Tablo 37. Ölçek puanları ile apartman dairesinde yaşayanların ortalama oturdukları kat bulguları arasındaki ilişki (n=253)

	Apartman dairesinde yaşayanların ortalama oturdukları kat	
	r	p
PCL-5	0,014	0,837
CDPDÖKF	0,071	0,311
Jenkins Uyku Skalası	0,002	0,982

* $p < 0,05$, Pearson korelasyon

Katılımcıların deprem anında yaşadıkları korku düzeyi derecesi ile Jenkins Uyku Skalası arasında pozitif (doğrusal) yönlü zayıf ($r = 0,197$); PCL-5 ölçek puanı ile de pozitif (doğrusal) yönlü orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = 0,374$). CDPDÖKF ölçek puanı ile deprem anında yaşanan korku düzeyi derecesi ile ise aralarında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 38).

Tablo 38. Ölçek puanları ile deprem anında korku düzeyi derecesi arasındaki ilişki (n=253)

	Deprem anında korku düzeyi derecesi	
	r	p
PCL-5	0,374**	<0,001
CDPDÖKF	-0,077	0,224
Jenkins Uyku Skalası	0,197**	0,002

* $p < 0,05$, Pearson korelasyon

Evleri hasar alan katılımcıların, hasar almayan katılımcılara göre PCL-5 ölçek puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$). CDPDÖKF ve Jenkins Uyku Skalası ölçek puanları ile evlerin hasar alma durumu değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 39).

Tablo 39. Ölçek puanları ile evin hasar durumu arasındaki farklılıklar (n=253)

	Evinizin Hasar Durumu		t	p
	Hasar almadı (n=147)	Hasar aldı ⁺ (n=106)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	35,1±18,9	43,2±18,3	-3,401	0,001**
CDPDÖKF	24,9±7,7	25,4±8,3	-0,408	0,684
Jenkins Uyku Skalası	8,34±5,4	9,40±5,4	-1,548	0,123

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test, +: Evi az hasarlı 91 katılımcı, Orta düzey hasarlı 9 katılımcı, Ağır hasarlı 6 katılımcı: Evi Hasar aldı grubunda birleştirildi.

Deprem sonrasında toplanma alanı ve sosyal yaşam alan ihtiyaçları karşılanmayan katılımcıların, karşılanan katılımcılara göre PCL-5 ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,008$). CDPDÖKF ve Jenkins Uyku Skalası ile deprem sonrasında toplanma alanı ve sosyal yaşam alan ihtiyaçlarının karşılanabilme değişkeni arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 40. Ölçek puanları ile deprem sonrasında toplanma alanı ve sosyal yaşam alan ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ile ilgili farklılıklar (n=253)

	Deprem sonrasında toplanma alanı ve sosyal yaşam alan ihtiyacınızı karşılayabildiniz mi?		t	p
	Hayır (n=88)	Evet (n=165)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
PCL-5	42,8±19,5	36,1±18,5	2,688	0,008**
CDPDÖKF	25,2±8,4	25,1±7,7	0,056	0,955
Jenkins Uyku Skalası	9,5±5,5	8,4±5,3	1,460	0,146

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların depremde oluşan maddi destek gereksinim düzeyi bulguları ile PCL-5 ve Jenkins Uyku Skalası ölçek puanları arasında pozitif (doğrusal) yönlü zayıf

bir ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $r=0,223$; $r=0,152$). CDPDÖKF ölçek puanı ile depremde oluşan maddi destek gereksinimi arasında ise anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 41. Ölçek puanları ile depremde oluşan maddi destek gereksinim düzeyi arasındaki ilişki (n=253)

	Depremde oluşan maddi destek gereksinimi	
	r	p
PCL-5	0,223**	<0,001
CDPDÖKF	-0,038	0,544
Jenkins Uyku Skalası	0,152*	0,015

* $p<0,05$, * $p<0,001$, Pearson korelasyon

Ölçek puanları ile depremde oluşan barınma destek gereksinimi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 42).

Tablo 42. Ölçek puanları ile depremde oluşan barınma destek gereksinim düzeyi arasındaki ilişki (n=253)

	Depremde oluşan barınma destek gereksinimi	
	r	p
PCL-5	0,082	0,196
CDPDÖKF	-0,004	0,953
Jenkins Uyku Skalası	0,062	0,328

* $p<0,05$, Pearson korelasyon

Katılımcıların depremde oluşan psikolojik destek gereksinimi ile CDPDÖKF ölçek puanı arasında negatif (ters) yönlü zayıf ($r=-0,144$); Jenkins Uyku Skalası ile pozitif (doğrusal) yönlü zayıf ($r=0,225$); PCL-5 ölçek puanı ile ise pozitif (doğrusal) yönlü orta düzey bir ilişkiye rastlanılmıştır ($r=0,351$) (Tablo 43).

Tablo 43. Ölçek puanları ile depremde oluşan psikolojik destek gereksinim düzeyi arasındaki ilişki (n=253)

	Depremde oluşan psikolojik destek gereksinimi derecesi	
	r	p
PCL-5	0,351**	<0,001
CDPDÖKF	-0,144*	0,022
Jenkins Uyku Skalası	0,225**	<0,001

* $p<0,05$, * $p<0,001$, Pearson korelasyon

Katılımcıların depreme dair kaygı düzeyi ile PCL-5 ve Jenkins Uyku Skalası arasında pozitif (doğrusal) yönlü orta düzey bir ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $r=0,500$; $r=0,325$). CDPDÖKF ölçek puanı ile depreme dair kaygı düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 44).

Tablo 44. Ölçek puanları ile depreme dair kaygı düzeyi arasındaki ilişki (n=253)

	Depreme dair kaygı düzeyi	
	r	p
PCL-5	0,500**	<0,001
CDPDÖKF	-0,069	0,271
Jenkins Uyku Skalası	0,325**	<0,001

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Pearson korelasyon

Katılımcıların yaşı ile deprem anı korku düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 45).

Tablo 45. Yaş düzeyi ile deprem anındaki korku düzeyi derecesi arasındaki ilişki (n=253)

	Deprem anında korku düzeyi derecesi	
	r	p
Yaş	-0,016	0,795

* $p<0,05$, Pearson korelasyon

Katılımcıların deprem anında ölüm korkusu yaşaması ile yaş düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 46).

Tablo 46. Ölçek puanları ile deprem anında ölüm korkusu yaşama durumu ile ilgili farklılıklar (n=253)

	Deprem anında ölüm korkusu yaşama		t	p
	Hayır (n=94)	Evet (n=159)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Yaş	40,5±12,9	41,1±12,5	-0,335	0,738

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcılardan kadın olanların, erkek olanlara göre deprem anında korku düzeyi derecelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,049$) (Tablo 48).

Tablo 47. Cinsiyet değişkeni ile deprem anında korku düzeyi derecesi ile arasındaki farklılıklar (n=253)

	Cinsiyet		t	p
	Kadın (n=169)	Erkek (n=84)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Deprem anında korku düzeyi derecesi	3,85±1,2	3,52±1,3	1,970	0,049*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların yalnız yaşama durumları ile deprem anında korku dereceleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 50).

Tablo 48. Yalnız yaşama durumu değişkeni ile deprem anında korku düzeyi derecesi arasındaki farklılıklar (n=253)

	Yalnız Yaşama Durumu		t	p
	Hayır (n=222)	Evet (n=31)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Deprem anında korku düzeyi derecesi	40,9±12,5	40,4±13,5	0,236	0,814

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Bağımsız student t-test

Katılımcıların apartman dairesinde yaşayanların ortalama bina katı ortalamaları ile deprem anında korku düzeyi dereceleri arasında pozitif (doğrusal) yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r = 0,206$) (Tablo 51).

Tablo 49. Apartman dairesinde yaşayanların ortalama bina katı ile deprem anında korku düzeyi derecesi arasındaki ilişki (n=253)

	Deprem anında korku düzeyi derecesi	
	r	p
Apartman dairesinde yaşayanların ortalama bina katı	0,206**	0,002

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Pearson korelasyon

Katılımcıların apartman dairesinde yaşayanların ortalama oturdukları kat bulguları ile deprem anında korku düzeyi dereceleri arasında pozitif (doğrusal) yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r = 0,193$) (Tablo 53).

Tablo 50. Apartman dairesinde yaşayanların ortalama oturdukları kat ile deprem anında korku düzeyi derecesi arasındaki ilişki (n=253)

	Deprem anında korku düzeyi derecesi	
	r	p
Apartman dairesinde yaşayanların ortalama oturdukları kat	0,193**	0,005

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, Pearson korelasyon

Çalışmada kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 57’de incelenmiştir. Yapılan incelemeye göre katılımcıların CDPDÖKF ölçek puanı ile PCL-5 ve Jenkins Uyku Skalası arasında negatif (ters) yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $r = -0,150$; $r = -0,147$). Katılımcıların Jenkins Uyku Skalası ile PCL-5 ölçek puanları arasında ise pozitif (doğrusal) yönlü orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = 0,534$; $p < 0,001$).

Tablo 51. Ölçek puanları arasındaki ilişki

	CDPDÖKF		Jenkins Uyku Skalası	
	r	p	r	p
PCL-5	-0,150*	0,017	0,534**	<0,001
Jenkins Uyku Skalası	-0,147*	0,020		

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, r: Pearson korelasyon

5. TARTIŞMA

6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen Kahramanmaraş depremleri sonrasında bölgemizdeki post travmatik stres bozukluğunun araştırıldığı, buna etki eden birtakım faktörlerin ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkisinin değerlendirildiği bu çalışmaya 253 kişi dahil edilmiştir ve tartışma bu kişilerden elde edilen bulgular ile yürütülmüştür.

Çalışma kapsamında anketi dolduranların %30,83'ünün post travmatik stres bozukluğu (PTSB) tanısına sahip olduğu gözlenirken, %69,17'sinin bu tanıya sahip olmadığı görülmüştür. Peru'da 2021 yılında gerçekleşen 6.1 şiddetindeki depremin ardından Valladares-Garrido ve arkadaşlarının 18 yaş üstü bireylerde yaptığı çalışmada post travmatik stres bozukluğu prevalansı %20.3 olarak bulunmuştur (72). 2015 Nepal depreminden sonra Acharya Pandey'in 1076 yetişkin depremzede üzerinde yaptığı çalışmada PTSD prevalansı %18.9 olarak bulunmuştur (73). Cairo ve arkadaşlarının Peru'nun Pisco kentinde gerçekleşen 8.0 şiddetindeki depremin ardından yaptıkları çalışmada PTSD prevalansı %25.2 olarak izlenmiştir (74). Ermenistan'da 1988 yılında gerçekleşen Spitak depremine maruz kalanlar arasında yapılan bir çalışmada PTSD oranı %41 olarak bulunmuştur (75). Cofini ve arkadaşlarının 2009'da İtalya'da gerçekleşen depremin ardından 281 yetişkin birey üzerinde yürüttüğü çalışmada PTSD prevalansı %43 bulunmuştur (76). Cheng ve ark. Sichuan'da gerçekleşen yıkıcı depremden 1 yıl sonra yaptıkları çalışmada PTSD yaygınlığını %39.6 olarak bulmuşlardır (77). Dai ve arkadaşlarının 2016'da yaptığı ve 46 çalışmanın dahil edildiği bir meta analizde depremden 9 ay sonra hayatta kalanların %28.8'inde post travmatik stres bozukluğu saptanmıştır (25). Bizim çalışmamızdaki prevalans da literatürdeki deprem sonrası PTSD oranlarına yakındı. Literatürdeki çalışmalar deprem sonrasında hayatta kalanların en az %50'sinde PTSD, kronik depresyon veya yaygın anksiyete bozukluklarından birinin gözlemlendiğini belirtmektedir (78). 2022 yılında yapılan sistematik bir gözden geçirmede afete maruz kalan insanlarda ilk 6 ay içerisinde %28 oranında depresif belirtiler, %23 düzeyinde anksiyete belirtileri, %24 oranında ise klinik olarak anlamlı travma sonrası stres bozukluğu belirtileri olduğu gözlenmiştir (79). Deprem sonrası görülen ruhsal bozukluklar bunlarla sınırlı değildir. Önder ve arkadaşları (2006) afet

bölgesinde depremden 3 sene sonra yaptıkları çalışmada panik bozuklukların, obsesif kompulsif bozuklukların, sosyal ve özgül fobilerin de yüksek yaygınlıkta olduğunu tespit etmiştir (80). Afet gibi kitlesel travmalar sonrasında ruhsal hastalıklara olan yatkınlıkların yüksek olması, onların tespitini ve gerekli müdahalelerin yapılmasını önemli kılmaktadır. Zamanında tespit ve gerekli müdahalelerin yapılmaması toplumda artan şiddetli ruhsal tepkilere ve içinde bulunulan durum ile baş edilememesi sonucunda kitlesel ruhsal tahribatlara yol açabilir. Nitekim bu tahribatların bir sonraki kuşağa aktarılması dahi söz konusu olabilmektedir (81). Bu nedenle kitlesel afetler sonrasında birinci basamağa başvuran kişilere bu şikayetlerle gelmeseler dahi ruhsal durumlarına yönelik sorular yöneltilip bunu detaylıca sorgulamak büyük önem arz etmektedir.

Çalışmamızda kadın cinsiyete sahip olanlarda PCL-5 ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İtalya'nın L'Aquila kentinde 2009 yılında gerçekleşen 6.3 şiddetindeki depremin ardından Dell'Osso ve arkadaşlarının (2013) 1488 kişi üzerinde yaptığı çalışmada kadınlarda travma sonrası stres bozukluğu ana semptomlarının erkeklere göre anlamlı derecede fazla görüldüğü saptanmıştır (82). Deprem sonrası Pisco nüfusunun yaklaşık olarak dörtte birinde travma sonrası stres bozukluğunun tespit edildiği bir prevelans araştırmasında kadın olmanın semptomların görülmesinde anlamlı bir risk artışına neden olduğu görülmüştür (74). Literatürde afet sonrası yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de kadınların daha fazla PTSD semptomu gösterdiği görülmektedir. To ve arkadaşlarının (2021) orman yangını sonrası, Asnakew ve arkadaşlarının (2019) heyelan sonrası yaptığı çalışmada kadınlarda PTSD tanısı daha yüksek oranda bulunmuştur (83),(84). Araştırmamızla da paralel olarak birçok çalışmadan çıkarılabileceği üzere kadın olmak PTSD'yi etkileyen önemli bir risk faktörüdür (76). Ayrıca çalışmamızda kadın katılımcıların deprem anında yaşadığı korku düzeyi erkek katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu durumun da kadınlarda PTSD oranının yüksek olmasına etki eden faktörler arasında olabileceğini düşünmekteyiz. Yine bu yüksek prevelansta kadınların tehdit sonrası üretilen stres hormonlarına karşı daha duyarlı olması gibi genetik ve biyolojik farklılıkların rol oynadığı düşünülmektedir (85). Afet sonrası dönemlerde birinci

basamağa başvuran kişilerin anamnezleri alınıp sorgulamaları yapılırken kadınların PTSD açısından daha hassas olduğunun göz önünde bulundurulması yararlı olacaktır.

Çalışmamızda yaş ile PCL-5 puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çin'in Jiuzhaigou kentinde yaşanan depremin ardından 13-89 yaş aralığındaki 611 kişi üzerinde yapılan ve travma sonrası stres bozukluğunun incelendiği çalışmada yaş faktörünün tanı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır (68). İtalya'da L'Aquila depreminin ardından 2015 yılında verilerin yetişkin depremzedelerden toplandığı bir çalışmada yaş faktörü PTSD ile ilişkili bulunmamıştır (76). Kun ve arkadaşlarının Çin'de 2008 yılında gerçekleşen 8 şiddetindeki depremin ardından yaptığı ve 15 yaş üstündeki 446 kişinin dahil edildiği çalışmada yaşın PTSD üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür (86). 2021 yılında Piura'da gerçekleşen ve yetişkinler üzerinde yapılan çalışmada yine yaş faktörü PTSD için anlamlı bulunmamıştır (72). Gigantesco ve ark. (2013) İtalya'da deprem sonrasında 957 yetişkin katılımcıda psikopatolojileri araştırdıkları çalışmada yaş faktörünün PTSD üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (87). Bulgularımız bu anlamda literatür ile paraleldi ve yetişkin bir insanın yaş farketmeksizin hayatının herhangi bir döneminde PTSD semptomlarıyla karşı karşıya kalabileceğini göstermekteydi.

Çalışmamızda eğitim durumu ile PCL-5 puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kane ve ark. (2017)'nin 2015'te gerçekleşen Nepal depremleri sonrasında toplumdaki ruhsal ve psikososyal problemleri araştırdıkları ve 513 kişinin dahil olduğu çalışmada eğitim durumunun PTSD üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucu çıkmıştır (88). 6.1 şiddetindeki Piura depreminden sonra yapılan çalışmada eğitim durumu ile PTSD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (72). Cofini ve arkadaşlarının 2015 yılında yayınladıkları ve deprem sonrası PTSD'yi inceledikleri çalışmada eğitim durumu PTSD'yi anlamlı düzeyde etkilememiştir (76). Kun ve ark. (2009) bölgelerinde depremden etkilenen 446 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin PTSD ile istatistiksel anlamlı bir ilişkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır (86). Xu ve Song (2011) depremden 1 yıl sonra 15 yaş ve üzeri 2080 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada düşük eğitim düzeyinin PTSD'yi anlamlı derecede arttırdığı sonucuna varmışlardır (89). İtalya'da 2002 yılında gerçekleşen bir depremin 6 ay sonrasında 2148 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada yüksek eğitim

düzeyinin PTSD oranını anlamlı derecede azalttığı sonucuna varılmıştır (90). Literatüre bakıldığında eğitim durumu ile PTSD arasında farklı sonuçların bulunduğu araştırmalar görülmekte, net ve genel bir çıkarımdan söz edilememektedir. Biz araştırmamızda eğitim düzeyi değişkeni ile PCL-5 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamadık. Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek katılımcıların çoğunlukta olmasının bunda etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda kişilerin medeni durumu ile PCL-5 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulmamıştır. Valladares-Garridove ve arkadaşlarının çalışmasında (2022) medeni durum PTSD üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturmamıştır (72). Wang ve ark. (2011) ise Çin'deki Wenchuan depreminin ardından yaptıkları çalışmada evli olmanın PTSD için bir risk faktörü olduğunu bulmuşlardır (91). Zhang ve Ho'nun 2011'de 956 Çinli depremzede üzerinde yaptıkları çalışmada evli olanlarda PTSD anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (92). 2013 yılında Çin'de aynı depreme ait 1820 kişi ile yapılan başka bir çalışmada bekar olmak PTSD için bir risk faktörü olarak görülmüştür (93). Literatürdeki çalışmalara baktığımızda medeni durum ile PTSD arasındaki ilişkide farklı sonuçların olabildiğini görmekteyiz. Normal şartlarda eşler birbirlerinin birincil destek kaynağı olabilmekte, eşlerden birisi ruhsal bir problemle karşılaştığında diğeri onun bu süreci daha rahat ve hızlı atlattırmasında etkili olabilmektedir (94). Ancak travmatize olmuş bir aile bireyi duruma göre diğer aile bireylerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Deprem gibi toplu bir felaket eşlerden her ikisini de etkilemişse eşlerin birbirlerine destek olamaması, hatta aksine birbirlerini olumsuz yönde etkileyebilmesi olasılık dahilindedir. Wang ve ark. (2011) bu konuyla ilgili olarak evli olanların aile üyelerine zarar gelmesi konusunda aşırı endişeli olabileceğini ve bunun da kaygı ve stres yükünü artırıyor olabileceğini belirtmiştir. Yine ailesel yapıdaki farklılıkların ve kültürel farklılıkların da bu durumda etkili olabileceğini söylemişlerdir (91). Çalışmalardaki farklı sonuçların bu nedenlerden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda bedensel kronik hastalık varlığı PCL-5 puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturmamışken ruhsal kronik hastalığı olanlarda PCL-5 puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Asnakew ve ark. (2019)'na göre PTSD'ye ek ruhsal hastalıkların eşlik etmesi sıklıkla ve daha önceden bir ruhsal

hastalığa sahip olmak travma sonrası stres bozukluğu için bir risk faktörüdür (84). Brewin ve ark. (2000)'nın yetişkinlerde yaptıkları ve PTSD ve risk faktörlerini araştırdıkları meta analizde bireyin ruhsal hastalık öyküsünün olması PTSD için bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (95). Şalcıoğlu ve ark. (2003) 586 depremde üzerinde yaptıkları çalışmada geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsünün PTSD için anlamlı bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşmıştır (96). Savaş nedeniyle Suriye'den Türkiye'ye sığınarak göç eden kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişilerde PTSD düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (97). PTSD gelişiminde risk faktörlerinin değerlendirildiği 2647 çalışmanın dahil edildiği bir meta analizde kişide daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması PTSD için önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (98). Chris ve ark. (1993) bu durumu; psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin rahatsız edici deneyimleri düşünme eğilimlerinin daha yüksek olmasıyla açıklamıştır (99). Birinci basamaktaki hekimlerin önceden ruh sağlığı problemi bulunan bireyleri tespit etmesi bu açıdan önemlidir. Ruhsal problem geçmişinin varlığı, afet sonrasında toplumda artması muhtemel olan PTSD gibi ruhsal problemlere hazırlayıcı bir zemin oluşturmaktadır. Cheng ve ark. (2015) Sichuan depreminden 1 yıl sonra depresyon ve PTSD prevalansı ile risk faktörlerini araştırdıkları çalışmada ruhsal hastalık öyküsünün yanında bedensel hastalık varlığının da PTSD için bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir ve sosyal destek programlarında bu gruplara öncelik verilmesi gerektiğini söylemişlerdir (77).

Araştırmamızda evde yalnız yaşıyor olmak ile PCL-5 puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Priebe (2009) İtalya'da depremden 6 ay sonra yaptığı çalışmada yalnız yaşamının PTSD için bir risk faktörü olmadığı sonucuna varmıştır (90). Zhou ve ark. (2013) deprem sonrası PTSD prevalansı ve risk faktörlerini araştırdıkları, 14207 kişiyi dahil ettikleri geniş çaplı çalışmada yalnız yaşamayı bir risk faktörü olarak tespit etmişlerdir (100). Literatüre bakıldığında farklı sonuçlarla karşılaşabilmekteyiz. Toplu afetlerden sonra gelişen PTSD durumlarında aynı evde yaşayan diğer bireyler de travmaya bağlı ruhsal problemler geliştirebilmekte ve bu durum hane içindeki bireylerin birbirlerini daha da olumsuz olarak etkilenmesine yol açabilmektedir (91). Bu açıdan değerlendirildiğinde yalnız yaşamak veya toplu yaşamak kendi içinde farklı riskler barındırabilmektedir.

Çalışmalardaki farklı sonuçların bu durumdan kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca bazı çalışmalarda bekar olmanın yalnız yaşamak gibi değerlendirildiği ve ikisi arasındaki ayrımın net olarak yapılmadığı görülmüştür. Bu durum da çalışmalar için sınırlayıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmamızda çalışma durumu ve gelir durumu ile PCL-5 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Depremden sağ kurtulan erişkinler arasında yapılan ve PTSS ve risk faktörlerini araştıran 37 adet çalışmayı içeren bir meta analizde işsizlik ve gelir durumunun düşüklüğü bir risk faktörü olarak görülmüştür. Aynı çalışmada ekonomik kaynakların fazla olmasının daha etkili ve profesyonel başa çıkma yöntemleri kullanımına fırsat tanıyacağı ve böylece depremin etkisinin ve depremin getirdiği ruhsal sorunların azaltılabileceği belirtilmiştir (101). Çalışmamızda doğrudan gelir durumu ile ilgili olmasa da depremde maddi kayba uğrayanların PCL-5 puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Cohen ve arkadaşlarının 2019 yılında doğal afet sonrası PTSS'yi araştırdıkları çalışmada felaketten ekonomik olarak zarar görenlerin görmeyenlere göre daha yüksek PTSS geliştirdikleri gözlenmiştir. Cohen'e göre büyük ölçekli travmatik olaylardan sonra PTSS gelişiminin temel etkenlerinden biri kaynak kaybıdır (102). Cerda ve arkadaşlarının Haiti depreminden sonra 2013 yılında yayınladıkları çalışmada ekonomik kayıp ile PTSS ve depresyon gibi ruhsal problemlerin gelişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (103). Galea ve ark. (2008) Katrina Kasırgası sonrasında Mississippi sakinleri üzerinde yaptıkları ve PTSS'yi araştırdıkları çalışmada gelir kaybının PTSS geliştirme olasılığını iki katına çıkardığını belirtmişlerdir (104). 1989 yılında gerçekleşen Hugo Kasırgası'ndan sonra Freedy ve ark. (1992)'nin yaptıkları çalışmada kaynak kaybının PTSS gelişimindeki en önemli nedenlerden olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada kaynak kaybı yaşayanlarda PTSS gelişme olasılığının dört ile yedi kat arasında arttığı belirtilmiştir (105). Mülk kaybı tek başına kişiler için travmatik bir unsur olabilmektedir. Bu durum alışlagelmiş yaşam standartlarında düşmelere neden olabilmekte ve dolaylı olarak kişilerin yaşamlarında köklü düzenlemeler yapmalarını gerekli kılabilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre sigara ve alkol kullanımı PCL-5 puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturmamıştır. Piura depreminden

sonra yapılan 176 yetişkinin dahil olduğu çalışmada PTSD ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken sigara kullanmanın anlamlı düzeyde PTSD artışına neden olduğu görülmüştür (72). Guo ve ark. (2014) Wenchuan depreminden sonra depremezeler üzerinde yaptıkları çalışmada sigara ve alkol kullanan kişilerde PTSD prevalansının daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır (106). Bremner ve ark. 1996 yılında yayınladıkları çalışmada PTSD hastalarında alkol kullanımının akut dönemde semptomları azalttığı sonucuna varmışlardır (107). Alkolün stresi azaltma etkisinin afet sonrasında bir başa çıkma mekanizması olarak kullanılabildiğine dair araştırmalar olsa da travma sonrasında alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı artış göstermektedir. PTSD tanısı olan bireylerin olmayanlara göre alkole bağlı sorunlar geliştirme olasılıkları daha yüksek çıkmaktadır (108). Bağımlılığın gelişmesiyle birlikte bağımlılığın veya madde yoksunluğunun neden olduğu durumlar PTSD semptomlarının daha da ağır bir şekilde karşımıza çıkmasına neden olabilmektedir (109).

Çalışmamızda depremde ölüm korkusu yaşayan katılımcıların PCL-5 puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur. Yine çalışmamızda yaşanan korku düzeyi derecesi ile PCL-5 puanları arasında pozitif yönlü (doğrusal) bir ilişki tespit edilmiştir. Tang ve ark. (2017) PTSD'nin korkuya dayalı bir hastalık olduğunu ve dolayısıyla korku duygusunun önemli bir PTSD yordayıcısı olduğunu belirtmişlerdir (101). Başoğlu ve ark. 2004 yılında depremden 14 ay sonra yaptıkları epidemiyolojik bir çalışmada korkunun travma sonrası stres bozukluğunda önemli bir etken olduğunu söylemişlerdir (110). Xu ve Song (2011) depremin 1 yıl sonrasında depremden sağ kurtulanlar arasında yaptıkları çalışmada deprem sırasında yaşanan korku düzeyinin PTSD'nin en önemli yordayıcılarından olduğunu belirtmişlerdir (89). Lonergan (2014) PTSD için bilişsel davranışçı terapiyi araştırdığı çalışmada deprem sırasında yaşanan korkunun PTSD semptomlarıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir (111). Zhang ve ark. (2015) depremden 5 yıl sonra travma sonrası stres bozukluğu prevalansı ve risk faktörlerini araştırdıkları bir çalışmada depremden sağ kurtulanlarda korkuyu hedef alan psikolojik müdahalelerin PTSD semptomlarını hafiflettiğini belirtmişlerdir (112).

Araştırmamızda depremde bir yakını kaybeden veya bir yakını yaralanan kişilerde PCL-5 ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Valladares-Garrido

ve arkadaşlarının (2022) Piura kentinde gelişen depremden sonra yaptıkları kesitsel çalışmaya göre, deprem nedeniyle aile bireyleri zarar gören kişilerde PTSS görülme oranı görmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir (72). Kun ve ark. (2009) Wenchuan depreminden sonra toplamda 446 kişiyi dahil ettikleri çalışmada bir yakını kaybetmenin PTSS için bir risk faktörü olduğunu söylemişlerdir (86). Dai ve ark. (2016) depremedelerde PTSS prevalansını araştırdıkları meta analizde, yakını yaralananlarda veya yakını kaybedenlerde PTSS oranının anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (25). PTSS gelişimi için kişinin bizzat bir travma yaşaması veya travmaya tanık olması gerekmektedir. Bir yakınının veya sevdiği bir kişinin travmaya maruz kalması da dolaylı olarak o kişiyi ciddi anlamda etkileyebilmektedir (9). Bu durum afet sonrası dönemde sadece afetten fiziki olarak etkilenenlerin değil, o bölge ile bağı olan tüm toplumun psikolojik sorunlar açısından hedefte olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda deprem sonrasında evleri hasar gören ve evlerinden uzak kalan katılımcıların diğer katılımcılara göre PCL-5 puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Goldmann ve Galea (2013) afetlerin ruh sağlığına etkilerini inceledikleri çalışmada büyük ölçekli afetlerden sonra yer değiştirmek zorunda kalmanın önemli bir kaynak kaybı oluşturduğunu ve bunun PTSS üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (113). Cohen ve ark. (2019) Katrina Kasırgası'ndan sonra yayınladıkları çalışmada yerinden edilmenin PTSS geliştirme olasılığını anlamlı düzeyde arttırdığını belirtmişlerdir (102). Çalışmamızda deprem sonrasında toplanma alanı, sosyal yaşam alanı ihtiyaçları karşılanmayan kişilerde PCL-5 puanları bu ihtiyaçları karşılanan kişilere göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi (1943) barınma gibi temel ihtiyaçların karşılanmasının, ruhsal iyilik halinin sağlanabilmesinde önemli bir yere sahip olduğunu ileri sürer (114). Buna göre doğal afetten etkilenen toplumların hem ekonomik hem de barınma kaynaklarının yeniden kazanılması toplumdaki ruh sağlığı yükünü önemli ölçüde azaltacaktır.

Çalışmamızda kişilerin depreme yakalandıkları yapı çeşidinin apartman ya da müstakil olması ile PCL-5 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yine apartmanda yaşayanların toplam apartman kat sayıları ve kaçınıcı katta buldukları ile PCL-5 puanları arasında anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır. 5'li likert ölçeği kullanarak derecelendirdiğimiz korku düzeyine baktığımızda ise yaşanan kat düzeyi ve yaşanan apartmanın toplam kat sayısı arttıkça korku düzeyi derecesi artış göstermiştir. Yaşanılan apartmanın ve yaşanan katın yüksekliği arttıkça korku düzeyi artsa da bu durum PCL-5 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturmamıştır.

Çalışmamızda ailesinden veya yakın çevresinden yeterli psikolojik ve sosyal destek aldığını düşünen katılımcıların, ailesinden veya yakın çevresinden yeterli psikolojik ve sosyal destek almadığını düşünen katılımcılara göre PCL-5 puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yine çalışmamızda kişinin psikolojik destek gereksiniminin arttıkça PCL-5 puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı gözlenmiştir. 2017 yılında meydana gelen Harvey Kasırgası akabinde travma sonrası stresin araştırıldığı ve 316 katılımcının dahil olduğu bir çalışmaya göre, alınan sosyal destek travma sonrası stres semptomlarını azaltmaktadır (115). Karancı, Işıklı ve Aker (2011)'e göre alınan sosyal destek, geçirilen travmanın etkisini azaltmaktadır ve travmanın etkisine karşı koruyucu bir görev üstlenmektedir (116). Cerda ve ark. (2013) 2010 yılında gerçekleşen Haiti depreminden sonra PTSD ve major depresyonun incelendiği bir çalışmada yeterli sosyal destek almamış olmanın her iki psikopatoloji için de risk faktörü olduğunu belirtmiştir (103). Şalcıoğlu ve ark. (2003) Türkiye'de 1999 yılında gerçekleşen Marmara depremi sonrasında 586 depremzede üzerinde yürüttükleri çalışmada, afet sonrasında sürekli psikolojik ve sosyal desteğin kişilerin ruhsal iyilik halinin sağlanmasında önemli bir rol oynadığını ifade etmiştir (96). Ide-Okochi ve ark. (2022) Japonya'da 2016'da gerçekleşen Kumamoto depremlerinden 5 yıl sonra hayatta kalanlar arasında ruh sağlığı sorunları ve ilgili faktörler ile depremin uzun vadeli etkilerini araştırdıkları çalışmada sosyal izolasyonun; depresif belirtileri, uyku bozukluklarını ve PTSD riskini arttırdığını belirtmişlerdir (117). Bu bağlamda kendi çalışmamız ile literatürdeki birçok çalışma paraleldi. Çevreden yeterli psikolojik ve sosyal destek almak birçok ruhsal problemi hafiflettiği gibi PTSD semptomlarını da azaltmaktadır. Nitekim Sakarya ve Güneş (2013) Türkiye'de Van depreminden sonra yaptıkları çalışmada afet sonrası sosyal gereksinimlerin karşılanmasının PTSD ve travma ilişkili diğer ruhsal problemlerin önlenmesinde etkili olabileceğini belirtmişlerdir (118). Afete maruz kalma ile hem manevi hem maddi kayıp yaşayan kişilerin bu izlerini silebilmek özveri gerektiren

zahmetli bir süreç olmakla birlikte travmatik dönemlerden geçmiş bireylere sağlanacak psikososyal destekler hem birey için hem de toplum için yararlı olacaktır.

Çalışmamıza göre CDPDÖKF ölçek puanları ile PCL-5 puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olması, bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının arttıkça PCL-5 puanlarının düştüğünü göstermektedir. Davydov ve ark. (2010)'na göre psikolojik dayanıklılık, olumsuz ve stresli yaşam olaylarının psikopatoloji oluşturabilecek etkilerine karşı kişiyi koruyan bir mekanizmadır (119). Sakarya ve Güneş (2013) Van'da 2011 yılında gerçekleşen depremlerden etkilenen kişiler üzerinde yaptıkları çalışmada psikolojik dayanıklılığın PTSD üzerinde koruyucu bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (118). Mealer ve ark. (2012) çalışma koşulları nedeniyle sık sık strese maruz kalmakta olan 744 yoğun bakım hemşiresi ile yaptıkları çalışmada psikolojik dayanıklılık arttıkça PTSD, anksiyete ile depresyon semptomları ve tükenmişlik sendromu prevalansının önemli ölçüde azaldığı sonucuna varmışlardır (120). Connor ve Davidson (2003) yeni bir psikolojik dayanıklılık ölçeği geliştirdikleri çalışmada PTSD semptomlarıyla karşılaşan bireylerin daha düşük psikolojik dayanıklılığa sahip olduğunu belirtmişlerdir (68). Fino ve ark. (2019) PTSD ve psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü üzerine yaptıkları ve savaş travması yaşayan 83 sığınmacıyı ele aldıkları çalışmada; psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişilerin psikolojik dayanıklılığı düşük kişilere göre travmatik bir olay yaşadktan sonra PTSD geliştirme olasılıklarının daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır (121). Lekka ve ark. (2022) pandemi döneminde 400 sağlık çalışanı üzerinde yaptıkları PTSD, psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi düzeyi ile bunların birbiriyle ilişkilerini araştırdıkları çalışmada yüksek psikolojik dayanıklılığın PTSD semptomları üzerinde koruyucu olduğunu belirtmişlerdir (122). King ve ark. (1998) 1632 Vietnam gazisinden oluşan ve PTSD, psikolojik dayanıklılık ve iyileşme faktörlerini inceledikleri çalışmada yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin daha az PTSD semptomları geliştirdiğini ifade etmişlerdir (123). Literatüre bakıldığında psikolojik dayanıklılığın arttıkça PTSD semptomlarının azaldığı ve genel sonuçların bizim çalışmamızın sonuçlarıyla paralel olduğu görülmektedir. Terzi (2008)'nin çalışmasında ifade ettiği gibi psikolojik dayanıklılık, stres üzerinde oldukça önemli pozitif bir etki sağlamaktadır ve kişinin kendini toparlama gücünün en önemli unsurlarındandır (124). Toplumda kişiler

mental sağlıklarını olumsuz olarak etkileyebilecek; aile içi Őiddet, ocuk ihmal ve istismarı, yoksulluk, dűk sosyoekonomik statü, toplumsal Őiddet, terör gibi durumlarla karŐılaŐabilmektedir ve tüm bunlar göz önüne alındığında kiŐilerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olması önem arz etmektedir (41). Ayrıca bireylerin psikolojik dayanıklılığının arttırılmasına ve psikolojik dayanıklılığının desteklenmesine yönelik araŐtırmalar ve giriŐimler afet sonrası dönemde toplumda travma sonrası stres düzeylerinin azalmasında ve afetzedelerin ruh sağlığının korunmasında etkili olacaktır.

Çalışmamızda PCL-5 ve Jenkins Uyku Skalası lek puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olması, PCL-5 puanlarının arttıka uyu kalitesinin düştüğünü göstermektedir. Yine alıŐmamızdaki sonuçlara göre CDPDÖKF lek puanları ile Jenkins Uyku Skalası puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olması, psikolojik dayanıklılığın arttıka uyu kalitesinin de yükseldiğini göstermektedir. Uyku sorunları PTSD tanı koyma kriterleri arasındaki bileŐenlerden biri durumundadır (9). Geng ve ark. (2019) deprem sonrası 1492 kişi üzerinde yaptıkları ve PTSD, uykusuzluk ve depresif belirtileri araştırdıkları çalışmada; PTSD tanısı alan depremedelerin tanı almayan depremedelere göre uykusuzluk yaşama olasılıklarının %50 daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (125). Tang ve ark. (2018) geniş bir depremede popülasyonunda uyu sorunlarına dair yaptıkları epidemiyolojik bir çalışmada travmatik olayların uyu devamlılığını ve bütünlüğünü önemli ölçüde bozabildiğini ve travmatik olayların uyu bozukluklarının önemli bir tetikleyicisi olduğunu belirtmişlerdir (126). Melmann ve ark. (1995) Andrew Kasırgası sonrasında uyu bozukluğu ile travma sonrası stres bozukluğunu araştırdıkları ve uyu sorunlarını polisomnografi gibi objektif bir yöntemle değerlendirdikleri çalışmada afetzedelerin uyu parametrelerinde önemli anormallikler olduğunu tespit etmişlerdir (62). Sinha (2015) travma ve uykusuzluk ilişkisini araştırdığı çalışmada yaşanılan travmanın merkezi sinir sistemindeki uyarılma merkezlerini hassaslaŐtırarak aşırı uyarılmaya yol açabildiğini ve bu durumun uyu düzenleyici mekanizmayı bozabildiğini belirtmiştir. Aynı çalışmada travmanın neden olduğu uykusuzluğun PTSD'nin tetikleyicisi olabileceği, bu nedenle travmaya bağlı uykusuzluğun erken tespitinin travma sonrası süreçte PTSD geliŐimini önleyebileceği belirtilmiştir (127). Spoomaker ve Montgomery (2008)

PTSB ve uyku bozukluğu ilişkisini araştırdığı çalışmada PTSD ve uyku sorunları arasında sıkı bir bađ olduğunu belirtmiştir. Ancak uyku sorunlarının PTSD'nin bir neticesi olduğu dűřüncesinin yanlış olabileceğini ve giderek artan sayıda kanıtın bize travma sonrası dűnemdeki uykusuzluğun PTSD'nin bir tetikleyicisi olduğunu gűsterdiđini sűylemiřtir (128). Aynı çalışmada, başarılı bir PTSD tedavisinden sonra dahi uyku bozukluklarının devam edebileğini buna karşın uyku bozukluğuna odaklanan bir tedavi anlayışının hem PTSD hem de uyku sorunlarını azaltabileceği ifade edilmiştir (128). Wang ve ark. (2021) depreme maruz kalanlar arasında PTSD, uyku sorunları ve dayanıklılığa ilişkin yaptıkları çalışmada dűřük dayanıklılığa sahip depremezelerin uyku problemleri geliştirme olasılığının daha yűksek olduğu sonucuna varmışlardır. Aynı çalışmada belirtildiği üzere uyku bozukluğunu hedef alan ve psikolojik dayanıklılık temelli műdahalelerin deprem sonrası dűnemde PTSD belirtilerini hafifletmede ve ruhsal problemleri azaltmada etkili olabileceği belirtilmiştir (129).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

1. 253 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada PTSS prevalansı %30.8 (n=78) olarak bulunmuştur.
2. Kadın cinsiyete sahip olanların PCL-5 ölçek puanları erkeklere nazaran anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
3. Özgeçmişinde ruhsal kronik hastalık öyküsü olan katılımcıların PCL-5 puanları ruhsal kronik hastalık öyküsü olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
4. Deprem anında ölüm korkusu yaşamış olan katılımcıların PCL-5 ölçek puanları ölüm korkusu yaşamamış olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
5. Deprem anında yaşanan korku düzeyi derecesi ile PCL-5 puanları arasında pozitif yönlü (doğrusal) bir ilişki saptanmıştır.
6. Depremde bir yakını yaralanmış olan veya yaşanan depremde bir yakınını kaybetmiş olan katılımcıların PCL-5 ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
7. Depremde evleri hasar gören veya maddi kayba uğrayan katılımcıların PCL-5 skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
8. Deprem sonrasında evinden uzak kalan ve de barınma ile ilgili kaygıları devam eden katılımcıların PCL-5 ölçek skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
9. Ailesinden veya yakınlarından yeterli psikolojik ve sosyal destek aldığını düşünen katılımcıların PCL-5 ölçek puanları, almadığını düşünen katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.
10. Çalışmamıza göre deprem sonrasında toplanma alanı ve sosyal yaşam alanı ihtiyaçları karşılanan kişilerin PCL-5 skorları anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır.
11. Çalışmamıza göre kişilerin psikolojik dayanıklılıkları arttıkça PCL-5 puanları anlamlı olarak düşmektedir.
12. Çalışmamıza göre PCL-5 ölçek puanları arttıkça Jenkins Uyku Skalası puanları yükselmekte yani kişilerin uyku kaliteleri düşmektedir.

13. Çalışmamıza göre psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişilerin uyku kaliteleri daha yüksek çıkmaktadır.

Afet sonrası dönemlerde PTSD prevalansları azımsanamayacak düzeyde yüksek çıkmaktadır ve böyle dönemlerde bu psikiyatrik bozukluğun tespit edilip iyi bir şekilde yönetilmesi önem arz etmektedir. Travmatik yaşantılarla dolu ve ağır yükler altında kalınan bu dönemin izlerini silmek özveri ve sabır isteyen bir süreçtir. Bu süreçte ruh sağlığını koruyucu ve iyileştirici politikaların geliştirilmiş olması ve bunların harekete geçirilmesi toplum için çok önemlidir.

Deprem sonrası dönemde kadın cinsiyete sahip olmak, psikiyatrik hastalık öyküsü bulundurmamak, bir yakınını kaybetmek gibi risk faktörü bulunduran kişilere karşı daha hassas bir yaklaşım içerisinde bulunulmalıdır. Deprem sonrası dönemde risk grubunda olup birinci basamağa başvuran kişilerden daha detaylı bir anamnez alınması, kişiye biyopsikososyal bir bakış açısıyla yaklaşılması ve bütüncül bir değerlendirmenin yapılması hem PTSD tespitini kolaylaştıracak hem de başka unsurların gözden kaçmasını engelleyecektir.

Deprem sonrası maddi kayba uğrayan kişilere yönelik yardım olanaklarının oluşturulması; haneleri zarar gören ve hanelerinden uzak kalan kişilerin barınma ihtiyaçlarının giderilmesi ruhsal iyilik halinin sağlanmasında etkili olacaktır. Bölgede gelir getirici faaliyetlerin desteklenmesi ve genel yaşam koşullarının iyileştirilmesi PTSD oranlarının düşmesinde etki sağlayacaktır.

Deprem sonrasında korku yaşayan ve hanelerine giremeyen depremzedelere yönelik önceden planlanmış acil toplanma alanlarının oluşturulması önemlidir. Bu acil toplanma alanlarının önceden bölge halkına duyurulmuş olması afet sonrasında oluşacak kargaşanın da önüne geçilmesinde etkili olacaktır. Aynı şekilde evleri hasar gören veya evlerine giremeyen kişiler için oluşturulan geçici barınma yerlerinde sosyal yaşam alanlarının oluşturulmuş olması PTSD geliştirme riskinin azalmasına yol açacaktır.

Deprem sonrası dönemde kişinin ailesinden ve çevresinden psikolojik ve sosyal destek alması önemlidir. Bu açıdan ailevi bağların güçlü tutulması ve kişilerin toplumla barışık ve bütünleşmiş olması önem arz etmektedir.

Psikolojik dayanıklılığın kişileri hayata karşı birçok olumsuzluktan koruyabildiği gibi afet sonrası dönemde PTSD yaşamasına karşı da bir bariyer

olabildiği görülmektedir. Bu açıdan, karmaşık ve çok yönlü bir kavram olan psikolojik dayanıklılığa etki eden etmenlerin neler olduğu ve psikolojik dayanıklılığın nasıl arttırılabileceğine yönelik daha derin ve geniş araştırmaların yapılması değerlidir.



7. KAYNAKLAR

1. **Gündoğdu O, Özçep F.** Yaşanan Önemli Depremlerin Işığında Afet Yönetimi Problemi ve Değerlendirilmesi. Türkiye 15 Jeofizik Kurult Ve Sergisi Bildiri Özet Kitabı İzmir. Ekim 2003:111.
2. **Uğurlu M, Bakım B, Güveli M, Oğuz K, Soydal T, Ergüder T.** Afet Yaşantıları, Afet Psikiyatrisi ve Bingöl Depremi Sonrası Ruhsal Müdahale Programı. *Düşünen Adam.* 2003; 16(4):203-10.
3. **Işık Ö, Aydınlioglu HM, Koc S, Gundogdu O, Korkmaz G, Ay A.** Afet Yönetimi ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetleri. *Med J Okmeydani Train Res Hosp.* 2013; 28(2):82-123.
4. **Bıçakçı N, Karakayalı O.** Depremler ve Medikal Etkileri. *Anatol J Emerg Med.* 2022; 5(4):203-8.
5. 2023 Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Raporu. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023:6.
6. **Doğan A.** Adolescents' posttraumatic stress reactions and behavior problems following Marmara earthquake. *Eur J Psychotraumatology.* 2011; 2(1):5825.
7. **Leon GR.** Overview of the psychosocial impact of disasters. *Prehospital Disaster Med.* 2004; 19(1):4-9.
8. **Lin CY, Peng YC, Wu YH, Chang J, Chan CH, Yang DY.** The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emerg Med J.* 2007; 24(1):12-7.
9. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 5. bs. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, (çeviri editörü: Koroğlu E.), 2013.
10. **Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M.** A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003; 12(2):65-76.
11. **Uz Baş A, Yurdabakan İ.** Psikolojik Sağlık ve Okul İkliminin Ortaokul Öğrencilerinin Yaşam Doyumunu Yordama Gücü. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 2017; 1(41):202.

12. **Yavaş H.** Doğal afet yönetimi ve yerel gündem 21 çalışmaları kapsamında İzmir’de deprem riski. **2001**;3(3).
13. **Ursano RJ, McCaughey BG, Fullerton CS.** Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos. Cambridge University Press, **1995**:436.
14. **Kar N, Bastia BK.** Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* **2006**.
15. **Sánchez J, Amor J.** Manual de salud mental en desastres. Sintesis, **2008**.
16. **Liang Y, Cheng J, Ruzek JI, Liu Z.** Posttraumatic stress disorder following the 2008 Wenchuan earthquake: A 10-year systematic review among highly exposed populations in China. *J Affect Disord.* **2019**; 243:327-39.
17. **Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Mulder RT.** Impact of a Major Disaster on the Mental Health of a Well-Studied Cohort. *JAMA Psychiatry.* **2014**; 71(9):1025.
18. **Aytekin O.** 2011 Van Depreminin Yöresindeki Kültür Varlıklarına Olan Etkisi Üzerine Bir Değerlendirme. *Yaşam Bilimleri Dergisi.* **2012**; 1(1).
19. **Bartels SA, Van Rooyen MJ.** Medical complications associated with earthquakes. *The Lancet.* **2012**; 379(9817):748-57.
20. **Figley CR.** Compassion fatigue: Psychotherapists’ chronic lack of self care. *J Clin Psychol.* **2002**; 58(11):1433-41.
21. **Kokurcan A, Özsan HH.** Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi.* **2012**; (20):19-24.
22. **Pearlman LA, Courtois CA.** Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *J Trauma Stress.* **2005**; 18(5):449-59.
23. **Palabiyikoğlu R.** Durumsal Yaşam Krizleri. *Ank Üni Psikiyatr Kriz Uygul ve Araşt Merk Yay.* **2000**; 97-123.
24. **Sadock BJ, Sadock VA.** Kaplan&Sadock’s Synopsis of Psychiatry. 7. bs. Baltimore: Williams &Wilkins, **1994**.

25. **Dai W, Chen L, Lai Z, Li Y, Wang J, Liu A.** The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes:a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. **2016**; 16(1):188.
26. **Koyuncuoğlu T, Sevim H, Çetrez N, Meral Z, Gönenç B, Kuntsal Dertsiz E, vd.** High intensity interval training protects from Post Traumatic Stress Disorder induced cognitive impairment. *Behav Brain Res*. **2021**; 397:112923.
27. **Rosen V, Ayers G.** An Update on the Complexity and Importance of Accurately Diagnosing Post-Traumatic Stress Disorder and Comorbid Traumatic Brain Injury. *Neurosci Insights*. **2020**; 15:2633.
28. **Çırakoğlu O.** Uzun Süren Bir Savaş: Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Başkent Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilim Fakültesi, Pivolka, Savaş özel sayısı **2003**; 20:3-6.
29. **Chen A, Rosenbaum S, Wells R, Gould K, Ward PB, Steel Z.** Obesity, physical activity and sleep quality in patients admitted to a posttraumatic stress inpatient ward. *Australas Psychiatry*. **2020**; 28(3):270-3.
30. **Burstein A.** Post Traumatic flashbacks, dream disturbances and mental imagery. *J Clin Psychiatry*, **1985**; 46:374-8.
31. **Özgen F, Aydın H.** Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, **1999**; 1:34-41.
32. **Choi KR, Seng JS, Briggs EC, Munro-Kramer ML, Graham-Bermann SA, Lee RC, vd.** The Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Among Adolescents: Co-Occurring PTSD, Depersonalization/Derealization, and Other Dissociation Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **2017**; 56(12):1062-72.
33. **Elwood LS, Hahn KS, Olatunji BO, Williams NL.** Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clin Psychol Rev*. **2009**; 29(1):87-100.
34. **Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI.** Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatology*. **2020**; 11(1):1729633.
35. **Fairbank JA, Schlenger WE, Caddell JM, Woods MG.** Post-traumatic stress disorder. İçinde: Comprehensive handbook of psychopathology, 2nd ed. New York, NY, US: Plenum Press; **1993**:145-65.

36. **Battal S, Ak İ.** Posttravmatik stres bozukluğu. Hekimler Yayın Birliği. Anksiyete Monografıları Serisi, **1994**;(7):273-85.
37. **Foa EB, Meadows EA.** Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A Critical Review. *Annu Rev Psychol.* **1997**; 48(1):449-80.
38. **Ungar M, Theron L.** Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry.* **2020**; 7(5):441-8.
39. **Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V.** Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Mex).* **2019**; 55(11):745.
40. **Seligman MEP, Csikszentmihalyi M.** Positive psychology: An introduction. *Am Psychol.* **2000**; 55(1):5-14.
41. **Öz PDF, Yılmaz UHEB.** Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlık, *Hacettepe Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg.* **2009**; 16(3):82-9.
42. **Maddi SR.** The personality construct of hardiness: I. Effects on experiencing, coping, and strain. *Consult Psychol J Pract Res.* **1999**; 51(2):83-94.
43. **Nikolaeva EI, Elnikova OE.** A Comparative Analysis of the Parameters of “Hardiness” and “Resilience”. *Mediterr J Soc Sci [Internet].* **2015** [a.yer 07 Ağustos 2023]; Erişim adresi: <https://www.richtmann.org/journal/index.php/mjss/article/view/7818>
44. **Stewart M, Reid G, Mangham C.** Fostering children’s resilience. *J Pediatr Nurs.* **1997**; 12(1):21-31.
45. **Öztürk L.** Yanıtını arayan eski bir soru: niçin uyuruz? **2007**; 70(4).
46. **Zielinski MR, McKenna JT, McCarley RW.** Veterans Affairs Boston Healthcare System, West Roxbury, MA 02132, USA and Harvard Medical School, Department of Psychiatry. Functions and Mechanisms of Sleep. *AIMS Neurosci.* **2016**; 3(1):67-104.
47. **Rasch B, Born J.** About Sleep’s Role in Memory. *Physiol Rev.* **2013**; 93(2):681-766.

48. **Basner M, McGuire S.** WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Effects on Sleep. *Int J Environ Res Public Health.* **2018;** 15(3):519.
49. National Institute of Neurological Disorders and Stroke [İnternet]. [a.yer 08 Ağustos 2023]. Brain Basics: Understanding Sleep. Erişim adresi: <https://www.ninds.nih.gov/health-information/public-education/brain-basics/brain-basics-understanding-sleep>
50. **Gruber R, Carrey N, Weiss SK, Frappier JY, Rourke L, Brouillette RT, vd.** Position Statement on Pediatric Sleep for Psychiatrists. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* **2014;** 23(3):174-95.
51. **Shochat T, Cohen-Zion M, Tzischinsky O.** Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: A systematic review. *Sleep Med Rev.* **2014;** 18(1):75-87.
52. **Komitesi TE (ABD) UT ve A.** Uyku Bozuklukları ve Uyku Yoksunluğu. National Academies Press (ABD), **2006.**
53. **Saygılı S, Çil Akıncı A, Arıkan H, Dereli E.** Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *Electronic Journal of Vocational Colleges.* **2011;** 88-94.
54. **Yang JY, Huang JW, Kao TW, Peng YS, Lu CS, Chen DL, vd.** Impact of Spiritual and Religious Activity on Quality of Sleep in Hemodialysis Patients. *Blood Purif.* **2008;** 26(3):221-5.
55. **Agargun M.** Türk Psikiyatri Dergisi. **1996;** 7:107-15.
56. **Öztürk L.** Yanıtını arayan eski bir soru: niçin uyuruz? **2007;** 70(4).
57. **Guyton A, Hall J.** Tıbbi Fizyoloji. **2007:**11.
58. Stages and architecture of normal sleep - UpToDate [İnternet]. [a.yer 19 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep>
59. **Kocaaslan S, Öniz A, Özgören M.** Uykuda işitsel uyarılma potansiyelleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* **2010;** 11(3):49-56.
60. **Hirshkowitz M.** Normal human sleep: an overview. *Med Clin North Am.* **2004;** 88(3):551-65.

61. **Feinsilver SH.** Sleep in the elderly. *Clin Geriatr Med.* **2003;** 19(1):177-88.
62. **Mellman TA.** Sleep events among veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* **1995;** 152(1):110-5.
63. **World Health Organization.** Global recommendations on physical activity for health. *Recomm Mond Sur Act Phys Pour Santé.* **2010;** 58.
64. **Boysan M, Guzel Ozdemir P, Ozdemir O, Selvi Y, Yilmaz E, Kaya N.** Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5). *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* **2017;** 27(3):300-10.
65. **Kaya F, Odaci H.** The Adaptation of the Connor–Davidson Resilience Scale Short Form into Turkish: A Validity and Reliability Study. *Hayef J Educ.* **2021;** 18(1):38-54.
66. **Duruöz MT, Erdem D, Gencer K, Ulutatar F, Baklacioğlu HŞ.** Validity and reliability of the Turkish version of the Jenkins Sleep Scale in psoriatic arthritis. *Rheumatol Int.* **2018;** 38(2):261-5.
67. VA.gov | Veterans Affairs [Internet]. [a.yer 23 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp#obtain>
68. **Connor KM, Davidson JRT.** Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* **2003;** 18(2):76-82.
69. **Campbell-Sills L, Stein MB.** Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress.* **2007;** 20(6):1019-28.
70. **Jenkins CD, Stanton BA, Niemcryk SJ, Rose RM.** A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *J Clin Epidemiol.* **1988;** 41(4):313-21.
71. **Hair JF.** Multivariate data analysis. 7. ed., Pearson new internat. ed. Harlow: Pearson, **2014;**734.
72. **Valladares-Garrido MJ, Zapata-Castro LE, Peralta CI, García-Vicente A, Astudillo-Rueda D, León-Figueroa DA, vd.** Post-Traumatic Stress Disorder after the 6.1 Magnitude Earthquake in Piura, Peru: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* **2022;** 19(17):11035.

73. **Acharya Pandey R, Chalise P, Khadka S, Chaulagain B, Maharjan B, Pandey J, vd.** Post-traumatic stress disorder and its associated factors among survivors of 2015 earthquake in Nepal. *BMC Psychiatry*. **2023**; 23:340.
74. **Cairo JB, Dutta S, Nawaz H, Hashmi S, Kasl S, Bellido E.** The prevalence of posttraumatic stress disorder among adult earthquake survivors in Peru. *Disaster Med Public Health Prep*. **2010**; 4(1):39-46.
75. **Goenjian AK, Noble EP, Walling DP, Goenjian HA, Karayan IS, Ritchie T, vd.** Heritabilities of symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in earthquake exposed Armenian families. *Psychiatr Genet*. **2008**; 18(6):261-6.
76. **Cofini V, Carbonelli A, Cecilia MR, Binkin N, Di Orio F.** Post traumatic stress disorder and coping in a sample of adult survivors of the Italian earthquake. *Psychiatry Res*. **2015**; 229(1):353-8.
77. **Cheng Z, Ma N, Yang L, Agho K, Stevens G, Raphael B, vd.** Depression and Posttraumatic Stress Disorder in Temporary Settlement Residents 1 Year After the Sichuan Earthquake. *Asia Pac J Public Health*. **2015**; 27(2):1962-72.
78. **Jia Z, Tian W, Liu W, Cao Y, Yan J, Shun Z.** Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health*. **2010**; 10(1):172.
79. **Newnham EA, Mergelsberg ELP, Chen Y, Kim Y, Gibbs L, Dzidic PL, vd.** Long term mental health trajectories after disasters and pandemics: A multilingual systematic review of prevalence, risk and protective factors. *Clin Psychol Rev*. **2022**; 97:102203.
80. **Önder E, Tural Ü, Aker T, Kılıç C, Erdoğan S.** Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. **2006**; 41(11):868-74.
81. **Canel AN, Balcı L.** Intergenerational Transmission of Earthquake Trauma (Deprem Travmasının Kuşaklararası Aktarımı). *IV Int Symp Multidiscip Stud ISMS*. **2018**; 2:491-514.
82. **Dell’Osso L, Carmassi C, Massimetti G, Stratta P, Riccardi I, Capanna C, vd.** Age, gender and epicenter proximity effects on post-traumatic stress symptoms in L’Aquila 2009 earthquake survivors. *J Affect Disord*. **2013**; 146(2):174-80.
83. **To P, Eboime E, Agyapong VIO.** The Impact of Wildfires on Mental Health: A Scoping Review. *Behav Sci*. **2021**; 11(9):126.

84. **Asnakew S, Shumet S, Ginbare W, Legas G, Haile K.** Prevalence of post-traumatic stress disorder and associated factors among Koshe landslide survivors, Addis Ababa, Ethiopia: a community-based, cross-sectional study. *BMJ Open.* **2019**; 9(6):28550.

85. **Zhou X, Kang L, Sun X, Song H, Mao W, Huang X, vd.** Risk factors of mental illness among adult survivors after the Wenchuan earthquake. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* **2013**; 48(6):907-15.

86. **Kun P, Han S, Chen X, Yao L.** Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depress Anxiety.* **2009**; 26(12):1134-40.

87. **Gigantesco A, Mirante N, Granchelli C, Diodati G, Cofini V, Mancini C, vd.** Psychopathological chronic sequelae of the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy. *J Affect Disord.* **2013**; 148(2-3):265-71.

88. **Kane JC, Luitel NP, Jordans MJD, Kohrt BA, Weissbecker I, Tol WA.** Mental health and psychosocial problems in the aftermath of the Nepal earthquakes: findings from a representative cluster sample survey. *Epidemiol Psychiatr Sci.* **2018**; 27(3):301-10.

89. **Xu J, Song X.** Posttraumatic stress disorder among survivors of the Wenchuan earthquake 1 year after: prevalence and risk factors. *Compr Psychiatry.* **2011**; 52(4):431-7.

90. **Priebe S, Grappasonni I, Mari M, Dewey M, Petrelli F, Costa A.** Posttraumatic stress disorder six months after an earthquake: Findings from a community sample in a rural region in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* **2009**; 44(5):393-7.

91. **Wang B, Ni C, Chen J, Liu X, Wang A, Shao Z, vd.** Posttraumatic stress disorder 1 month after 2008 earthquake in China: Wenchuan earthquake survey. *Psychiatry Res.* **2011**; 187(3):392-6.

92. **Zhang Y, Ho SMY.** Risk Factors of Posttraumatic Stress Disorder among Survivors after the 512 Wenchuan Earthquake in China. Uddin M. *PLoS ONE.* **2011**; 6(7):22371.

93. **Kun P, Tong X, Liu Y, Pei X, Luo H.** What are the determinants of post-traumatic stress disorder: age, gender, ethnicity or other? Evidence from 2008 Wenchuan earthquake. *Public Health.* **2013**; 127(7):644-52.

94. **Schulz U, Schwarzer R.** Long-Term Effects of Spousal Support on Coping with Cancer After Surgery. *J Soc Clin Psychol.* **2004**; 23(5):716-32.

95. **Brewin CR, Andrews B, Valentine JD.** Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* **2000**; 68(5):748-66.
96. **Şalcioğlu E, Başoğlu M, Livanou M.** Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey, *J Nerv Ment Dis.* **2003**; 191(3):154-60.
97. **Alpak G, Unal A, Bulbul F, Sagaltici E, Bez Y, Altindag A, vd.** Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* **2015**; 19(1):45-50.
98. **Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS.** Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull.* **2003**; 129(1):52-73.
99. **Brewin CR, Andrews B, Gotlib IH.** Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychol Bull.* **1993**; 113(1):82-98.
100. **Zhou X, Kang L, Sun X, Song H, Mao W, Huang X, vd.** Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder among adult survivors six months after the Wenchuan earthquake. *Compr Psychiatry.* **2013**; 54(5):493-9.
101. **Tang B, Deng Q, Glik D, Dong J, Zhang L.** A Meta-Analysis of Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults and Children after Earthquakes. *Int J Environ Res Public Health.* **2017**; 14(12):1537.
102. **Cohen GH, Tamrakar S, Lowe S, Sampson L, Ettman C, Kilpatrick D, vd.** Improved social services and the burden of post-traumatic stress disorder among economically vulnerable people after a natural disaster: a modelling study. *Lancet Planet Health.* **2019**; 3(2):93-101.
103. **Cerdá M, Paczkowski M, Galea S, Nemethy K, Péan C, Desvarieux M.** Psychopathology in the aftermath of the haiti earthquake: a population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression: Research Article: Psychopathology after the Haiti Earthquake. *Depress Anxiety.* **2013**; 30(5):413-24.
104. **Galea S, Tracy M, Norris F, Coffey SF.** Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after Hurricane Katrina. *J Trauma Stress.* **2008**; 21(4):357-68.
105. **Freedy J, Masters C.** Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: An application of the conservation resources stress model, John Freedy and Cheryl Masters - Academia.edu [Internet]. [a.yer 27 Eylül 2023]. Erişim adresi: https://www.academia.edu/22667452/Towards_an_understanding_of_the_psychological_impact_of_natural_disasters_An_application_of_the_conservation_resources_stress_model

- 106. Guo J, Wu P, Tian D, Wang X, Zhang W, Zhang X, vd.** Post-traumatic Stress Disorder among adult survivors of the Wenchuan Earthquake in China: A repeated cross-sectional study. *J Anxiety Disord.* **2014**; 28(1):75-82.
- 107. Bremner JD, Southwick SM, Darnell A.** Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry.* **1996**; 153(3):369-75.
- 108. Stewart SH.** Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychol Bull.* **1996**; 120(1):83-112.
- 109. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR.** Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Am J Psychiatry.* **2001**; 158(8):1184-90.
- 110. Basoglu M, Kilic C, Salcioglu E, Livanou M.** Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: An epidemiological study. *J Trauma Stress.* **2004**; 17(2):133-41.
- 111. Lonergan M.** Cognitive Behavioral Therapy for PTSD: The Role of Complex PTSD on Treatment Outcome. *J Aggress Maltreatment Trauma.* **2014**; 23(5):494-512.
- 112. Zhang LP, Zhao Q, Luo ZC, Lei YX, Wang Y, Wang PX.** Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder among survivors five years after the “Wenchuan” earthquake in China. *Health Qual Life Outcomes.* **2015**; 13(1):75.
- 113. Goldmann E, Galea S.** Mental Health Consequences of Disasters. *Annu Rev Public Health.* **2014**; 35(1):169-83.
- 114. Maslow AH.** A theory of human motivation. *Psychol Rev.* **1943**; 50(4):370-96.
- 115. Fitzpatrick KM.** Post-traumatic stress symptomatology and displacement among Hurricane Harvey survivors. *Soc Sci Med.* **2021**; 270:113634.
- 116. Karancı NA, Aker TA, Işıklı S.** Yetişkinlerde travmatik olay yaşama yaygınlığı, travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim’in değerlendirilmesi. **2009** [a.yer 30 Eylül 2023]; Erişim adresi: <https://open.metu.edu.tr/handle/11511/49905>

117. **Ide-Okochi A, Samiso T, Kanamori Y, He M, Sakaguchi M, Fujimura K.** Depression, Insomnia, and Probable Post-Traumatic Stress Disorder among Survivors of the 2016 Kumamoto Earthquake and Related Factors during the Recovery Period amidst the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. **2022**; 19(7):4403.
118. **Sakarya D, Günes C.** Van depremi sonrasında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*. **2013**; 21(1):25-32.
119. **Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I.** Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev*. **2010**; 30(5):479-95.
120. **Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M.** The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *Int J Nurs Stud*. **2012**; 49(3):292-9.
121. **Fino E, Mema D, Russo PM.** War trauma exposed refugees and posttraumatic stress disorder: The moderating role of trait resilience. *J Psychosom Res*. **2020**; 129:109905.
122. **Lekka D, Orlandou K, Pezirkianidis C, Roubi A, Tsaraklis A, Togas C, vd.** Health Professionals in a COVID-19 Reference Hospital: Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) Levels and Their Associations With Psychological Resilience and Quality of Life. *Cureus*. 14(2):22473.
123. **King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA.** Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *J Pers Soc Psychol*. **1998**; 74(2):420-34.
124. **Terzi Ş.** Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Turk Psychol Couns Guid J*. **2008**; 3(29):1-11.
125. **Geng F, Liang Y, Li Y, Fang Y, Pham TS, Liu X, vd.** Bidirectional associations between insomnia, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among adolescent earthquake survivors: a longitudinal multiwave cohort study. *Sleep*. **2019**; 42(11):162.
126. **Tang W, Lu Y, Yang Y, Xu J.** An epidemiologic study of self-reported sleep problems in a large sample of adolescent earthquake survivors: The effects of age, gender, exposure, and psychopathology. *J Psychosom Res*. **2018**; 113:22-9.
127. **Sinha SS.** Trauma-induced insomnia: A novel model for trauma and sleep research. *Sleep Med Rev*. **2016**; 25:74-83.

- 128. Spormaker VI, Montgomery P.** Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? *Sleep Med Rev.* **2008**; 12(3):169-84.
- 129. Wang S, Shi X, Chen X, Zhu Y, Chen H, Fan F.** Earthquake Exposure and PTSD Symptoms Among Disaster-Exposed Adolescents: A Moderated Mediation Model of Sleep Problems and Resilience. *Front Psychiatry.* **2021**; 12:577328.



8. EKLER

8.1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ASM'mizde Uzm.Dr.Hüseyin AKSOY'un sorumlu araştırmacısı olduğu "Deprem sonrası dönemde erişkin kişilerin post travmatik stres bozukluğu, psikolojik dayanıklılık ve ilişkili durumlar yönünden değerlendirilmesi" isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Hekimin Açıklaması: Bu araştırmanın amacı deprem sonrası dönemde bölgemizde post travmatik stres bozukluğu düzeyinin belirlenmesi, buna etki eden faktörlerin araştırılması ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkisinin değerlendirilmesidir. Araştırmaya gönüllü olarak katılıyor olmanız durumunda anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Kişisel bilgileriniz hiçbir kişi, kurum veya kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Sizin kişisel bilgileriniz deklare edilmeyecek, çalışma karşılığı bir ödeme yapılmayacak ve çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz. Size verilen anket sorularını cevaplayarak çalışmaya dahil olmayı kabul ederseniz, size en uygun cevapları belirtmeniz yeterli olacaktır. Yardıma ihtiyacınız olduğu anda soru sormaktan çekinmeyiniz.

Katılımcının Beyanı: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana tanık huzurunda yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığı:

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Araştırmacı:

Adı soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza

8.2. ANKET VERİ FORMU

	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
---	---

Deprem sonrası dönemde erişkin kişilerin post travmatik stres bozukluğu, psikolojik dayanıklılık ve ilişkili durumlar yönünden değerlendirilmesi

Bu çalışmanın amacı deprem sonrası dönemde bölgemizde post travmatik stres bozukluğunun araştırılması ve bunun psikolojik dayanıklılıkla ilişkisinin değerlendirilmesidir. Bu çalışma kapsamında elde edilecek veriler ile temel olarak hassas popülasyonun belirlenmesini ve gerekli biyopsikososyal müdahalelerin yapılabilmesi adına bölgemizde deprem sonrasında post travmatik stres bozukluğu yaygınlığını belirlemeyi amaçlamaktayız.

Yanıtlarımız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler isimsiz olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Anket verilerini doldurmanız yaklaşık olarak 10 dk. Sürecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

Katılımcının Ad ve Soyadının Baş Harfleri:.....

A. Katılımcının Sosyodemografik Verileri:

1. Yaşınız?:
2. Cinsiyetiniz?: Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz?: Bekar Evlü
4. Çocuk sahibi misiniz?: Hayır Evet
5. Evinizde yalnız mı yaşıyorsunuz?: Hayır Evet
6. Eğitim durumunuz nedir?:
Eğitim almamış İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
- 7.Çalışma durumunuz nedir?
Çalışmıyor-Ev hanımı Çalışıyor Emekli
- 8.Evdeki toplam gelir durumu nedir?
<8500 TL 8500 – 17000 TL >17000 TL
- 9.Yaşadığınız yapının özelliği nasıldır?
Müstakil Apartman dairesi(ise binanız kaç katlı.....)
- 10.Binada yaşıyorsanız kaçınca kattasınız?
.....

B.Katılımcının Özgeçmiş-Soygeçmiş:

11.Bedensel kronik hastalık tanınız var mı?

Hayır Evet(ise belirtiniz;

12.Ruhsal kronik hastalık tanınız var mı?

Hayır Evet(ise belirtiniz;



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

13. Düzenli olarak kullandığımız bir ilaç var mı?

Hayır Evet

14. Sigara kullanıyor musunuz?

Hayır Evet

15. Alkol kullanıyor musunuz?

Hayır Evet

16. 1. derece veya 2. derece yakınlarınızda psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı?

Hayır Evet

17. Haftada ne kadar süre orta ağırlıklı egzersiz yaparsınız?

Hiç yapmıyorum 150 dk.'dan az 150 dk.'dan fazla

C. Travmatik Olaya Ait Veriler

18. Deprem anında korku düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?(1;çok az, 5;çok fazla)

1 2 3 4 5

19. Deprem anında ölüm korkusu yaşadınız mı?

Hayır Evet

20. Depremde yaralandınız mı?

Hayır Evet

21. Depremde bir yakınınızı kaybettiniz mi?

Hayır Evet

22. Depremde bir yakınınız yaralandı mı?

Hayır Evet

23. Depremde maddi kayba uğradınız mı?

Hayır Evet

24. Depremde iş kaybına uğradınız mı?

Hayır Evet

25. Evinizin hasar durumu nasıldı?

Hasar almadı Az hasar aldı Orta düzey hasar aldı Ağır hasar aldı

26. Daha önce bir deprem yaşamış mıydınız?

Hayır Evet

27. Bina içerisinde artçı depremlere de yakalandınız mı?

Hayır Evet



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği**

28. Deprem sonrasında toplanma alanı ve sosyal yaşam alan ihtiyacınızı karşılayabildiniz mi?

Hayır Evet

29. Depremde oluşan maddi destek gereksiniminizi 1 ile 5 arasında numaralandırınız(1;çok az, 5;çok fazla)

1 2 3 4 5

30. Depremde oluşan barınma desteği gereksiniminizi 1 ile 5 arasında numaralandırınız(1;çok az, 5;çok fazla)

1 2 3 4 5

31. Depremde oluşan psikolojik destek gereksiniminizi 1 ile 5 arasında numaralandırınız(1;çok az, 5;çok fazla)

1 2 3 4 5

D. Deprem Sonrasına Ait Veriler

32. Deprem sonrası evinizden uzak kaldınız mı?

Hayır Evet(ise ne kadar süre.....)

33. Barınma ile ilgili devam eden kaygılarınız var mı?

Hayır Evet

34. Ailenizden veya yakın çevrenizden yeterli sosyal destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

Hayır Evet

35. Depreme dair kaygı düzeyinizi 1 ile 5 arasında numaralandırınız(1;çok az, 5;çok fazla)

1 2 3 4 5

8.3. PCL-5

DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

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

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

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

8.4. CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ-

KISA FORM

CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ-KISA FORM						
Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.		Hiç doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru
1.	Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	0	1	2	3	4
2.	Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.	0	1	2	3	4
3.	Sorunlarla karşılaştığım zaman, onların komik yönlerini görmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
4.	Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	0	1	2	3	4
5.	Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	0	1	2	3	4
6.	Engeller olsa da hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	0	1	2	3	4
7.	Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	0	1	2	3	4
8.	Başarısızlık karşısında kolay pes etmem.	0	1	2	3	4
9.	Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	0	1	2	3	4
10.	Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.	0	1	2	3	4

8.5. JENKİNS UYKU SKALASI

Jenkins Uyku Skalası Jenkins Sleep Evaluation Scale (JSS)

Aşağıdaki problemleri geçen ay hangi sıklıkta yaşadınız?

	Hemen hemen hiç	Ayda 1-3 gün	Ayda 4-7 gün	Ayda 8-14 gün	Ayda 15-21 gün	Ayda 22-31 gün
1. Uykuya dalmakta zorluk	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Gece boyunca birkaç kez uykudan uyanmak	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Gece hiç uyanmadan uyumakta zorluk (buna çok erken uyanmak dahil)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Normal sürede uykunuzu alıp uyandıktan sonra yorgun ve bitkin hissetmek	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Jenkins CD, Stanton BA, Niemcryk SJ, Rose RM. A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *J Clin Epidemiol* 1988;41:313-21.

Geç.Göv.: Duruoğ MT, Unal C, Ulutatar F, etal. The Validity and Reliability of Turkish Version of the Jenkins Sleep Evaluation Scale in Rheumatoid Arthritis. *Arch Rheumatol* 2018;33(2):160-167

Toplam Puan: