



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE’DEKİ İTFAİyecİLERİN KARŞILAŞTIKLARI
VAKALARA GÖSTERDİKLERİ DEPRESYON VE ANKSİYETE
DÜZEYİNİN BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİYLE İLİŞKİSİ**

Seda AKKAYA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mert AKCANBA

İSTANBUL-2020

T. C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE’DEKİ İTFAİyecİLERİN KARŞILAŞTIKLARI
VAKALARA GÖSTERDİKLERİ DEPRESYON VE ANKSİYETE
DÜZEYİNİN BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİYLE İLİŞKİSİ**

**Seda AKKAYA
182102007**

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mert AKCANBAŞ

İSTANBUL-2020



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 184102007
Öğrenci Adı Soyadı	: Seda Akkaya
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Mert AKCANBAŞ
Tezin Başlığı	: TÜRKİYE'DEKİ İTFAİYECİLERİN KARŞILAŞTIKLARI TRAVMATİK VAKALARA GÖSTERDİKLERİ DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYİNİN BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİYLE İLİŞKİSİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 13.02.2020	Saati	: 10:00
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUGU ☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) ☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☐ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☐ OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Mert Akcanbaş	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Türkiye’deki İtfaiyecilerin Karşılaştıkları Travmatik Vakalara Gösterdikleri Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin Başa Çıkma Stratejileriyle İlişkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

...../...../2020

Seda AKKAYA

İmza:

TEŞEKKÜR

Çalışmamda bilgileri ve tecrübeleriyle desteğini eksik etmeyen değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üy. Mert AKCANBAŞ’a çok teşekkür ederim.

Araştırmama zaman ve emek veren tüm değerli katılımcılara ve tez sürecimizde hep birlikte bir yola çıktığımız, araştırmalarımızda beraber ilerlediğimiz, meslektaşlarım ve dostlarım Vildan ZOR ve Fatma AYDIN’a sevgiyle teşekkür ederim.

Hayatım boyunca ilgilerini, sevgilerini ve desteklerini hep hissettiğim değerli aileme başta dedem Hacı Mahmut AKKAYA olmak üzere, babam Cemil, annem Mehtap, kardeşlerim Ebru ve Cemre AKKAYA ve müstakbel eşim Fatih YILDIZ’a tüm kalbimle teşekkür ederim.

ÖZET

(AKKAYA, Seda, Yüksek Lisans, İstanbul, 2020)

Türkiye’deki İtfaiyecilerin Karşılaştıkları Vakalara Gösterdikleri Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin Başa Çıkma Stratejileriyle İlişkisi

Depresyon ve anksiyete bozukluğu psikolojideki en yaygın rahatsızlıklardandır ve yaşamdaki stresörler de bu rahatsızlıkların oluşumu ya da şiddetlenmesinde etkili olabilmektedir. Dolayısıyla kişilerin hayatlarındaki stresörlerle nasıl başa çıktıkları da bu sebepten önemlidir. Bu araştırmanın amacı da stresli bir mesleğe sahip olan itfaiye çalışanlarının maruz kaldıkları travmatik vakalar sonucunda sergileyebilecekleri depresyon ve anksiyete düzeylerinin başa çıkma stratejileriyle ilişkisinin incelenmesidir. Çalışmada itfaiyecilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin birbiri ile ve çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmada kullanılan örneklem İstanbul Büyükşehir Belediyesinde çalışan itfaiyecilerden oluşmaktadır. Araştırmaya aktif olarak operasyonlara katılan 200 itfaiyeci katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde Kolmogorov-Smirnov normallik testi, Bağımsız Örneklem T Testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Tek Yönlü Varyans analizi, Spearman Korelasyon analizi ve Pearson Korelasyon Katsayısı analizi uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre; Anadolu bölgesinde çalışan 100 ve Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olduğu, toplam 200 itfaiyecinin başa çıkma stratejilerinden kaçınma ile yaş arasında anlamlı bir fark olduğu, Anadolu bölgesindeki 100 itfaiyecinin medeni durumlarıyla başa çıkma stratejileri ve problem çözme arasında anlamlı bir fark olduğu, Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayısına göre anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu, Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşları ile başa çıkma stratejilerinden sosyal destek arama arasında anlamlı bir fark olduğu, Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin meslekte çalışma süreleri ile başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Başa Çıkma Stratejileri, İtfaiye

ABSTRACT

(AKKAYA, Seda, Master, İstanbul, 2020)

The Relationship Between the Depression and Anxiety Level that the Firefighters in Turkey Show with the cases that They Faced and Coping Strategies

Depression and anxiety disorder can be effective in the formation or exacerbation of the most common disorders in psychology. Therefore, how people deal with stressors in their lives is also important for this reason. The aim of this study was to investigate the relationship between depression and anxiety levels with coping strategies that firefighters with a stressful profession can exhibit as a result of traumatic cases they are exposed to. In this study, the relationship of firefighters' levels of depression and anxiety and coping strategies were investigated with each other and with various sociodemographic variables. The sample of the study consists of firefighters working in the Istanbul Metropolitan Municipality. Totally 200 firefighters participate in this study. The Sociodemographic Information Form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale and Coping Strategies Scale were used. Kolmogorov-Smirnov normality test, Independent Sample T test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, One Way Variance Analysis, and Pearson Correlation Coefficient were applied in the analysis of the obtained data. According to the results of the research; There is a significant difference between avoiding coping strategies and ages of 100 firefighters working in the Anatolian region and 100 firefighters working in the European region, there is a significant difference between avoiding coping strategies and age of total 200 firefighters, there is a significant difference between the strategies to deal with marital status and problem-solving of 100 firefighters working in the Anatolian region, there is a significant difference between anxiety levels according to the number of children of 100 firefighters working in the European region, there is a significant difference between the age of starting the profession and seeking social support from coping strategies of 100 firefighters working in the European region, and there is a significant difference between working time and coping strategies of 100 firefighters working in the Anatolian region.

Keywords: Depression, Anxiety, Coping Strategies, Firefighters

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR.....	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
BÖLÜM I: GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın problemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	3
1.3. Sınırlılıklar	3
1.4. Sayıtlar	4
1.5. Hipotezler	4
BÖLÜM II: GENEL BİLGİLER	6
2.1. Depresyon	6
2.1.1. Depresyonun Belirtileri	7
2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi	10
2.1.3. Depresyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	11
2.1.4. Depresyonun Tedavi Yöntemleri.....	11
2.2. Anksiyete Bozukluğu	15
2.2.1. Anksiyete Bozukluğunun Tipleri	16
2.2.2. Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi	19
2.2.3. Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	19
2.2.4. Anksiyete Bozukluğunun Tedavi Yöntemleri	20
2.3. Başa çıkma stratejileri	21
2.4. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun İlişkisi	22
2.5. Depresyon ve Başa Çıkma Stratejilerinin İlişkisi	24
2.6. Anksiyete ve Başa Çıkma Stratejilerinin İlişkisi	24
BÖLÜM III: YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Modeli	26
3.2. Evren ve Örneklem.....	26
3.3. Veri Toplama Araçları.....	26
3.3.1. Sosyo-demografik Veri Formu	26
3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	27
3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği	27
3.3.4. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği.....	27

3.4. Verilerin Toplanması	28
3.5. Verilerin İstatiksel Analizi	28
BÖLÜM IV: BULGULAR.....	29
4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin İncelenmesi	29
4.2. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler.....	31
4.3. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon	34
4.4. Bölgeye Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
4.5. Demografik Değişkenlere Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
BÖLÜM V: TARTIŞMA, SONUÇ, ÖNERİLER.....	52
5.1. TARTIŞMA	52
5.2. SONUÇ	56
5.3. ÖNERİLER	57
KAYNAKÇA.....	58
EKLER.....	66
EK - 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	66
EK - 2. Sosyodemografik Veri Formu.....	69
EK – 3. Beck Depresyon Ölçeği	70
EK – 4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	73
EK – 5. Başa çıkma Stratejileri Ölçeği.....	74
EK – 6. Etik Kurul Onay Formu	77
EK - 7. Özgeçmiş	78

KISALTMALAR

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BÇSÖ: Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

%: Yüzde

N: Norm

Ort: Ortalama

P: Anlamlılık Değeri

R: Pearson Korelasyon Katsayısı

Ss: Standart Sapma

t: t değeri

$\bar{x}$: Aritmetik Ortalama

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa:

Tablo 1. Sosyo-Demografik özellikler... ..	29
Tablo 2. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler	30
Tablo 3. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon.....	31
Tablo 4. Bölgeye Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması... ..	33
Tablo 5. Demografik Değişkenlere Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.	35
Tablo 6. Bölgeye Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması... ..	38
Tablo 7. Yaşlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 8. Eğitim Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması... ..	41
Tablo 9. Medeni Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması... ..	42
Tablo 10. Sahip Olunan Çocuk Sayılarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması... ..	44
TABLO 11. Sahip Olunan Çocuk Sayılarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devam).....	45
Tablo 12. Avrupa Bölgesinde Çalışan İtfaiyecilerin Çocuk Sayılarına Göre Beck Anksiyete Puanlarının İkili Karşılaştırması... ..	46
Tablo 13. Mesleğe Başlama Yaşlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması... ..	47

Tablo 14. Meslekteki Çalışma Sürelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması... ..49

Tablo 15. Gelir Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması... .. 51



BÖLÜM I: GİRİŞ

Depresyon duygudurumun bozulmasıyla oluşur. İç dünyamızda yaşantılanan, bireyin dış dünyayı ve kendisini öncekinden farklı algılamaya başlamasına sebep olan duygu hali kişinin duygudurumunu ifade eder. Bu duygudurumun davranışlara yansması ise duygulanımdır. Kişilerin duygudurumları yüksek, normal, çökkün olarak sınıflandırılabilir. Depresyonda olunması çökkün duygudurumuyla gelir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal,2011). Depresif belirtiler yoğun, yaygın, kalıcı, normal işleyişe müdahale eden semptomlarla tanımlanır (Bukberg ve ark.,1984). Tıp dünyasında depresyonun belirtileri ruh halindeki değişimler, bilişte bozulmalar, motor işlevde bozulma ve vejetatif olarak bozukluk olarak sınıflandırılabilir. Ruh halindeki değişimlere örnek olarak günlük işlerde isteksizlik, yaşamdan zevk almamak, kendini suçlama ve eleştirme, umudunu kaybetme, kendini öldürme düşüncesi, boşlukta kalma duygusu, bilişte bozulmalar, bilişteki bozulmalara örnek; öğrenme, dikkat ve konsantre olmada güçlük, hafızada sıkıntı, programlama ve harekete geçmede zorluk, motor işlevde bozulmalara örnek; hareket etmede yavaşlık, vücutta ağrılar ve huzursuz beden yapısı, vejetatif problemlere örnek olarak ise uyku ve iştahda dengesizlik, tansiyon düzensizliği, enerjisiz hissetme ve motive olamama gibi durumlar söylenebilir (Acarkan ve Nazlıkul,2017).

Majör depresyon için bir yıllık yaygınlık %6,6 iken yaşam boyu yaygınlık oranı %6,2 olarak gözlemlenmiştir. Risk olarak bakıldığında ise yaşam boyu hastalanma olasılığı erkeklerde %8-12, kadınlarda ise %20-26 olarak bildirilmiştir (Öztürk ve Uluşahin,2016). Depresyonun mevcut açıklamaları biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlere işaret etmektedir (Comer,2013). Tek kutuplu depresyon (Major Depresyon ve Distimi) ile mücadelede en sık kullanılan psikolojik tedaviler psikodinamik, davranışsal ve bilişsel düşünce kuramlarından gelir (Busch ve ark.,2004).

Refah için ciddi bir tehdit gibi görünen bir şeyle karşılaştığımızda korku olarak bilinen acil durum sinyaline tepki gösterebiliriz. Bazen bu alarm haline bir neden bulunamayabilir ancak yine de hoş olmayan bir şeylerin olması beklendiğinden gergin ve sinirli hissedilir. Bu tehlikede olma duygusu genellikle kaygı olarak adlandırılır ve nefes almada zorluk, kas gerginliği, terleme gibi korku ile aynı özelliklere sahip semptomlar gösterir (Comer,2013). Toplum taramalarında anksiyete bozukluklarının yaygın olduğunu

gösteren araştırmalar mevcuttur. Yaşam boyu anksiyete yaygınlığının %13.6 ile %28.8 arasında olduğu bildirilmiştir. Avrupa ölkelerinde yapılan bir çalışmada 12 aylık anksiyete yaygınlık oranları kadınlarda %17.5 bulunurken erkeklerde bu oran %3.8dir (Horwath,2011). DSM 5'e göre genetik, mizaç ve çevresel faktörler gibi birçok faktörün bu bozukluğun gelişiminde etkili olduğu düşünölmektedir (APA,2013). Anksiyete bozuklukları bireye aşırı acı veren, şiddetli güvensizliğe ve yetiyitimine neden olabilen rahatsızlıklardandır bu bozuklukların tedavisinde çeşitli psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır (Durham,2007).

Depresyon ve anksiyete tıbbi rahatsızlıklar arasında sıklıkla kaşılaşılanlardır ve birlikte görölme oranları daha fazladır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal,2011). Bir anksiyete bozukluğu mevcut olduğunda depresyon kazanımı çok daha yüksektir. Majör depresyonu olanların da neredeyse yarısı şiddetli ve kalıcı kaygıdan muzdariptir. Depresyonda olan insanlar genellikle kaygılı, endişeli hissederekler. Biri diğerini kolayca tetikleyebilir.

Başa ıkma stratejileri birincil ve ikincil değerlendirmelere dayanan, uyarlanabilir bir süreçtir. Stresle başa çıkma ağırlıklı olarak bir süreç, strateji ve stil olarak sınıflandırılır. Süreç yaklaşımı, stratejiler ve stresle baş etme yolları olarak adlandırılan alt kategorileri içerir. Süreç, bireyin psiko-fiziksel özelliğine bağlı olarak zaman içinde değişen bir dizi strateji olarak anlaşılmaktadır. Stil ise genellikle zor durumlarda kullanılan, stresle ilişkili başa çıkma stratejileri grubunu ifade eder (Orzechowska ve ark.,2013). Esasen başa çıkma stratejileri duygu odaklı ve problem odaklı olarak ayrılır. Duygu odaklı bir strateji, hastaların duygularını hareket ederek ve düşünerek işlemeye çalıştıklarını vurgular. Hastalar problem odaklı bir strateji kullandıklarında, hastalıklarının neden olduğu durumu değiştirmeyi veya durumu yönetmek için kaynaklarını kontrol edebilmeyi etkileyebileceği ve yaşam kalitesini koruma açısından bu tür stratejilerin önemli olduğuna inanırlar. Duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma stratejileri aynı anda veya dönüşümlü olarak kullanılabilir (Tuncay ve ark.,2008).

Stresli yaşam deneyimleri ve onlarla başa çıkma yolları ruh hali bozukluklarına sebep olabilir ve depresyonun kendisi, şiddetli stres ve buna karşı gelmek için az gelişmiş teknikler kullanılmasından kaynaklı olabilir. Bu nedenle, depresyonun başlangıcı ve seyri ile ilgili değişkenler başa çıkma stratejileri ile önemli derecede ilişkilidir (Dantzer ve ark.,2008).

Bir kişi stresli durumlardan her etkilendiğinde, uygun başa çıkma stratejileri uygulaması gerekmektedir (Dardas, Ahmad,2015). Başa çıkma stratejileri, stresli bir durumu yorumlamak ve düzeltmek ve ortaya çıkan acıyı azaltmak için yapılan bir dizi bilişsel ve davranışsal çabadır (Aust ve ark.,2016). Araştırmacılar, başa çıkma kavramının stres faktörleri karşısında stresten daha önemli olduğuna inanmaktadır (Loo ve ark.,2016).

1.1. Araştırmanın problemi

İtfaiye çalışanlarının depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejilerinin birbirleriyle, bölge değişkeniyle ve demografik özelliklerle ilişkisinin var olup olmadığına bakılmasıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bireyler hayatları boyunca karşılaştıkları stresli olaylara bağılı olarak psikolojik sıkıntılar ve bunların üstesinden gelebilmek veya bunları en aza indirgeyebilmek adına kendi başa çıkma stratejilerini geliştirebilir. Bu araştırma, itfaiyeciliğin travmatik vakalarla karşı karşıya kalınan bir meslek grubu olmasından ötürü, itfaiye çalışanlarındaki depresyon ve anksiyete düzeyinin, kendilerindeki başa çıkma stratejileriyle nasıl bir ilişkisi olduğunu anlamak üzerinedir. İtfaiye çalışanlarının maruz kaldığı bu travmatik olaylar sonucu oluşturabileceğı depresyon, anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıkların onların kendi başa çıkma stratejilerini geliştirmesi ya da var olan başa çıkma stratejilerinin bu rahatsızlıkların üstesinden gelmede etkin bir rol sahibi olabilmesi bu çalışmada gösterilmesi hedeflenen hipotezdir. Araştırmanın amaç ve önemi literatüre katkı yapmayı sağlamak ve topluma, itfaiye mesleğinin oluşturabileceğı depresyon ve anksiyete seviyesinin kişilerdeki başa çıkma stratejileriyle ilişkisinin farkındalığını oluşturabilmektir.

1.3. Sınırlılıklar

1-Bu araştırma hipotezde belirtilen sorular ile sınırlıdır.

2-Araştırma süre kapsamında 2019-2020 yılında gerçekleştiğı için sınırlıdır.

3-Araştırma Ümraniye, Üsküdar, Kadıköy, Maltepe, Kartal, Beşiktaş, Beyoğlu, Şişli, Bakırköy ilçelerindeki İstanbul Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Daire başkanlığına bağlı itfaiyecilerden toplanan verilerle sınırlıdır.

4- Araştırmada elde edilen bulgular, veri toplama aracı olarak kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği'nin nitelikleri ile sınırlıdır.

1.4. Sayıtlar

1- Araştırma örnekleminin evreni gerekli sınırlar içerisinde ve doğru bir şekilde temsil ettiği varsayılmıştır.

2- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının itfaiye istasyonlarında çalışan itfaiyeciler tarafından içten ve doğru bir şekilde cevaplandırıldığı varsayılmıştır.

3- Araştırmanın ölçüm araçları, ölçütleri, niteliksel açısından geçerli ve güvenilirlerdir.

1.5. Hipotezler

Araştırma örnekleminde yer alan Avrupa ve Anadolu yakasında çalışan itfaiyecilerin arasında depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejileri açısından anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin yaşları ile depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin eğitim düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin medeni durumları ile depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin sahip oldukları çocuk sayıları ile depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin mesleğe başlama yaşları ile depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin meslekte çalışma süreleri ile depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin algıladıkları gelir düzeyi ile depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.



BÖLÜM II: GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Birtakım belirtilerle gelen, haftalar veya aylar şeklinde süren, kişinin hayat standardını olumsuz yönde etkileyen, dönem dönem yinelemeye meyilli sendromlara duygu durum bozuklukları denir ve bu sendromlardan bir tanesi de depresyondur (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016). Depresyon kelimesinin kökü Latince ‘Depressus’ olup Türkçe karşılığı ruhsal çöküntü ya da çökkünlük ’tür (Köknel,1989). Kelime anlamı bakımından ise depresyon; üzgün ve kederli bir ruh haline sahiplik, günlük işlevsellik düzeyinde yetersizlikler olması şeklinde bir anlam taşıyan çökkün bir duygu durumunda kalma sürecidir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016). Depresyon sözcüğü 19. Yüzyıl’da Baillarger tarafından kullanılıp daha sonra Kraepelin’in manik-depresif psikoz tanımını, üzüntü ve bunu izleyen mutluluk sürecini sistemli bir şekilde tanımlamasıyla kesin olarak benimsenmiştir. Takip eden zamanda ise depresyon kavramının bu tanımı da genişletilerek kişinin hayatındaki ve davranışlarındaki coşkunluk ve mutluluğunun bozulmasıyla tüm üzüntü ve bitkinlik dönemini ifade etmeye başlamıştır. Her üzüntü hissi depresyon demek olmasa da depresyon üzüntüyü kapsar (Lôo,1993). Depresyon duygudurumun bozulmasıyla oluşur. İç dünyamızda yaşantılanan, bireyin dış dünyayı ve kendisini öncekinden farklı başlamasına sebep olan duygu hali kişinin duygudurumunu ifade eder. Bu duygudurumun davranışlara yansması ise duygulanımdır. Kişilerin duygudurumları yüksek, normal, çökkün gibi sınıflandırılabilir. Depresyonda olunması çökkün duygudurumuyla gelir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal,2011). Kişiler yaşamlarında bir olumsuzluk deneyimlediklerinde de bu tür üzgün, kederli duygulara sahip olabilir fakat depresyon için bu hislerin belli bir sürede ve yoğunlukta devam etmesi gerekir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016). Önemli olan bu üzüntünün şiddetinin ve süresinin, günlük yaşamı, olayları yargılayabilmeyi, kendini doğru değerlendirebilmeyi, uyku ve yeme gibi temel ihtiyaçları ne kadar etkilediğidir (Lôo,1993). Depresyon, maruz kalınan olaya göre duygusal çökkünlük yaşama halidir. Bu olaylara örnek vermek gerekirse, sevilen birini kaybetmek, maddi kayıplar, aile arasında huzursuzluk, eğitimdeki başarının düşmesi, boş veya yalnız kalma, hastalık vb. durumlar olabilir (Aylaz ve ark.,2011) ve kendisinde fiziksel bir hastalık bulunan kişiler depresyona sahiplerse morbidite ve mortalite durumlarına büyük etkileri var olabilmektedir (Sertöz ve

Mete,2004). Depresyon duygudurumun bozulmasıyla oluşur. İç dünyamızda yaşantılanan, bireyin dış dünyayı ve kendisini öncekinden farklı algılamaya başlamasına sebep olan duygu hali kişinin duygudurumunu ifade eder. Bu duygudurumun davranışlara yansması ise duygulanımdır. Kişilerin duygudurumları yüksek, normal, çökkün olarak sınıflandırılabilir. Depresyonda olunması çökkün duygudurumuyla gelir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal,2011). Depresyon, üzüntü, yalnızlık, umutsuzluk, düşük benlik saygısı ve kendini kınama gibi duygularla karakterize mental bir durum veya kronik bir zihinsel bozukluktur. Depresyona eşlik eden belirtiler psikomotor gerilik, sosyal iletişimden çekilme ve uykusuzluk, iştahsızlık gibi durumları içerir. Duygu görünümüleri üzüntülü, umutsuz, kaygılı, boşlukta hissetme, çaresizlik, tepki vermeme ve ağlamaklı bir görünümle betimlenebilir. Tipik olarak karşılaşılan depresif sendromlar major depresyon, minör depresyon ve distimi yani kalıcı depresif bozukluğudur (Tahirović ve ark.,2018). Birçok hekimin belirttiği gibi depresyon beynin kimyasındaki bozulmayla ortaya çıkar, beyin biyokimyası da kişinin ruh dünyasını etkiler (Acarkan ve Nazlıkul,2017).

2.1.1. Depresyonun Belirtileri

Depresif belirtiler yoğun, yaygın, kalıcı, normal işleyişe müdahale eden semptomlarla tanımlanır (Bukberg ve ark.,1984). Tıp dünyasında depresyonun belirtileri ruh halindeki değişimler, bilişte bozulmalar, motor işlevde bozulma ve vejetatif olarak bozukluk olarak sınıflandırılabilir. Ruh halindeki değişimlere örnek olarak günlük işlerde isteksizlik, yaşamdan zevk almamak, kendini suçlama ve eleştirme, umudunu kaybetme, kendini öldürme düşüncesi, boşlukta kalma duygusu, bilişte bozulmalar, bilişteki bozulmalara örnek; öğrenme, dikkat ve konsantrasyon olmada güçlük, hafızada sıkıntı, programlama ve harekete geçmede zorluk, motor işlevde bozulmalara örnek; hareket etmede yavaşlık, vücutta ağrılar ve huzursuz beden yapısı, vejetatif problemlere örnek olarak ise uyku ve iştahta dengesizlik, tansiyon düzensizliği, enerjisiz hissetme ve motive olamama gibi durumlar söylenebilir (Acarkan ve Nazlıkul,2017).

Depresyonda en başta varolan belirti çökkün ruh halidir. Disfori denilen çökkün duygudurumu, kendini dertli, keder içinde, mutsuz, umutsuz ve sıkıntılı hissetmeyle gelir ve bir süre kalır. Melankolik ve psikotik depresyon çok daha yoğun bir çökkün

duygudurumu demektir ve öfkelenmenin fazlaştığı, strese dayanmanın zorlaştığı bir profilden bahsedilir. Depresyondan bahsedebilmek için çökkün ruh hali veya gündelik yaşama olan ilgi kaybından ve anhedoniden yani yapılan işlere karşı zevk alamamaktan en az biri varolmalıdır. Buradaki günlük yaşam kişinin aile, sosyal ve iş hayatını kapsar ve buraya olan yaklaşımlarına ve gündelik aktivitelerine karşı artık eskisi gibi haz alıcı hissetmeme, mutlu olmama, yapmakta zorlanma halleri de depresyondur. Sıkıntılı hissetme, bunalma gibi anksiyöz belirtiler depresyon için tam anlamıyla en baş kriter sayılmasa da çökkün ruh hali ve ilgi kaybından sonra bir diğer özellik olarak anksiyete gösterebilir. Eleştirilere gelememe, unutmama, aşırı öfkeli, gergin ve bunalmış hissetme gibi semptomlarla varolabilir. Bu şekilde hissetmekten dolayı kalpte çarpıntı, ağızda kuruma, karında ağrı, bağırsaktaki rahatsızlıklar gibi fiziksel problemler ortaya çıkabilir. Aşırı bunalmışlık yoğun depresyon geçiren hastalar için ajitasyon oluşturabilir ve klinik görüntüde bu dikkat çekici halde gözlemlenir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016). Depresyon hastalarının anksiyete bozukluğu yaşayanlarında tedaviye cevap vermesi de daha güç hale gelebilmektedir (Işık ve ark.,2013). Depresyonun akut sürecinde dikkat, hafıza, öğrenme ve motor işlevler gibi bilişsel meselelerde bozulmalar görülebilmektedir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016).

Dismnezi yani hatıraya getirmede zorluk yaşama, unutmaların sıklaşması en çok farkedilendir. Bir konu üzerine düşünebilme ve konsantre olmada zorlanmaları günlük yaşam standartlarını etkiler ve kişi televizyon seyretme, kitap ve dergi gibi yoğunlaşma gerektiren yazıları okumada sıkıntı çekerler (Yavuz,1999). Depresyondaki kişi düşünme işlevindeki ağırlaşmadan kaynaklı, kendisine yöneltilen soruları cevaplamada zorluk, bazen de konuşulana cevap vermeme şeklinde bir durum yaşayabilir. Bunun sebebi, dikkatini toparlamada yetersizleşmesi ve konuşmaya halsiz hissetmesindendir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016).

Ağır depresyon yaşayan kişiler için konuşma daha zorlanılan bir şey haline geldiğinden tek kelimelik olarak evet, hayır şeklinde cevaplarla diyaloga girerler ya da mutizm yani hiç konuşmama şeklinde bir davranış sergilerler (Yavuz,1999). Melankolik depresyon için mutizmin sıklıkla görülmesinden söz edilebilmektedir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016).

Kendini suçlu ve değersiz hissetme gibi bir düşünce içeriğine sahip olma depresyonda olan çoğu kişide görülen bir diğer belirtidir. Özellikle suçlu olduklarını düşündükleri anılarını hafızada canlandırarak yoğun bir şekilde pişmanlık yaşarlar ve cezalandırılmaları gerektiğini düşünerek kendilerine zarar verme hatta öldürme eğilimine

girerler. Kendi benliklerine olan saygılarını kaybederek değersiz, eksik ve başarısız biri olduklarını düşünürler (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016). Bu tarz düşünceler hastaların %10'unda hezeyana sebep olabilmektedir. İntihar düşünceler obsesif bir şekilde fazlalaşarak devam etmesinden, kendini öldürmek isteyenlerin oranı %75'tir. Kendilerine yaptıkları bu aşırı suçlayıcı tavırlarından ötürü, algılarında azarlayıcı bir ses belirterek sürekli kendilerine kusurlu ve hatalı biri olduklarını düşündürdüğünden, psikotik bir hal alarak depersonalizasyon ve derealizasyon duygularıyla koku halüsinasyonları oluşabilir (Yavuz,1999).

Olumsuz düşünceler depresyon hastalarında kendisi, çevresi, dış dünya ve geleceği hakkındaki meselelerin hepsinde kendini göstermektedir. Depresif kişiler maruz kaldıkları her olay negatif bir değerlendirme yaparak bilişsel çarpıtmalarını beslerler ve her türlü durumu olumsuz görürler. Umutsuzluk onlar için gelecek yaşam olaylarını düşünürken hissettikleri en temel duygudur. Yaşadıklarını ve geleceklerini yargılarken böyle olumsuz düşünceler ve karamsar bir ruh hali sebebiyle de karar almada zorluk ya da kararsızlıklar belirir. Bu yüzden de hastalara ciddi kararlar vermesi gereken durumlarda daha sonra değerlendirme yapması tavsiye edilir.

Bir diğer belirti olarak obsesif ruminasyonlar ve fobiler de hastaların kendilerini suçlayıcı düşüncelerini takıntılı bir biçimde sıklıkla düşünmelerinden ve daha önceki korku düşüncelerinin bu dönemde artarak ilerleyebilmesinden ortaya çıkmaktadır (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016).

Depresyon hastalarında en çok görülen belirtilerden biri de intihardır. Hastaların %75'inde kendini öldürme düşüncesine rastlanmıştır. İntihar eden kişilerin otopsisine bakılmasının ardından %60 olarak depresyon bulgusuna rastlanmıştır. İntihar oranı en sıkça görülen depresyon çeşidi ise melankolidir. Depresif bozukluğa sahip hastaların 1/3'ü kendini öldürme davranışı sergiler ve ölümle sonuçlanma oranı ise %10'dur. İntihara kalkışma oranı kadınlarda daha sıkça görülürken, ölüm gerçekleşmiş olan intihar oranı erkeklerde daha çoktur (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016). İntihar depresyon hastalarında sıklıkla, geleceğe olan beklentisizlik, karamsarlık ve olumsuzluk düşünceleriyle ilişkilendirilir. Depresyon ve intihar etme isteğinin birbirini tetiklemesinde en önemli mesele umutsuzluktur (Atmaca ve Durat,2016).

Depresyondaki hastalarda hipokondriak belirtiler görme olasılığı 1/4'tür. Buna ek olarak baş, ense, boyun, bel ve eklem ağrıları yaşama oranı hastaların %63'ünde görülmektedir. Ağır depresyon hastalarının vücutlarının belirli bölgelerinde hissettikleri ağrı somatik

hezeyana dönüşebilir. Özellikle yaşlı hastaların depresyon bulgusu vermeyip psikosomatik şikayetler taşıması gibi bir örüntü maskeli depresyondur ve klinisyenlerin depresyona ihtimal vermemesine neden olabilir. Kişinin bedeniyle ne denli ilgilenip hipokondriak bir özellik sergilediği, hastalığın seyrinde oldukça önemlidir. Ağır depresif vakalarda kişi bağırsaklarının çürüdüğü ve çalışmadığı gibi hezeyanlara kapılarak ‘Kotard Sendromu’ olarak adlandırılan bu rahatsızlığı deneyimleyebilir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu,2016).

2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Herhangi bir özel grupta bulunan depresyon görülme sıklığı genel popülasyonda görülme sıklığıyla dikkate alınmalıdır (Bukberg ve ark.,1984). Psikoterapi alan yetişkinler arasında en yaygın şikayetlerden biri depresyondur ve duygu durum bozuklukları batı toplumunda çok sık görülmektedir (North ve ark.,1990).

Majör depresyon için bir yıllık yaygınlık %6,6 iken yaşam boyu yaygınlık oranı %6,2 olarak gözlemlenmiştir. Depresyonda sıklık yani bir yılda görülen yeni olgu ise erkekler için yüz binde 80-200 iken kadınlarda yüz binde 250-600 olarak raporlanmıştır. Risk olarak bakıldığında ise yaşam boyu hastalanma olasılığı erkeklerde %8-12, kadınlarda ise %20-26 olarak bildirilmiştir. Yapılan çalışmalar çoğu olarak kadınların majör depresyona yakalanmasının erkeklerin deneyimlemesinden iki kat daha fazla olduğunu doğrulamaktadır. Bu farkın son 30-40 yılda giderek kapandığı düşünülmektedir.

Depresyona, yaş olarak deneyimleme açısından bakıldığında; kadınların 35-35 yaşları arasında, erkeklerin ise 55 yaşından sonra rastladığı söylenilebilse de genç yaşlarda da fazlasıyla deneyimlendiğine dair araştırmalar vardır (Öztürk ve Uluşahin,2016).

2.1.3. Depresyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Araştırmacılar depresif kişilerin rahatsızlıklarının başlamasından hemen önceki ay boyunca, aynı zaman diliminde diğer insanlardan daha fazla stresli yaşam olayı yaşadıklarını bulmuşlardır. Depresyonun mevcut açıklamaları biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlere işaret etmektedir.

Klinisyenlerin depresyon vakasında hem içsel hem de durumsal özellikleri değerlendirenlerinin yanı sıra, aynı zamanda depresyonun tam olarak anlaşılması için çeşitli açıklamaların toplu olarak incelenmesi gerektiğine inananları da vardır. Biyolojik bakış açısı olarak, medikal araştırmacılar yıllardır bazı hastalıkların ve üretilen ilaçların ruh hali değişiminde etkili olduğunu farketmektedirler.

Genetik, biyokimyasal, anatomik ve bağışıklık sistemi çalışmalarından elde edilen kanıtlar da bunun sıklıkla olduğunu göstermektedir. Aile soyağacı, ikiz olma, evlat edinme ve moleküler biyoloji gen çalışmaları şeklinde olan bu dört çalışma türü, bazı insanların depresyona yatkınlık gösterdiklerini söylemektedir. Biyokimyasal olarak baktığımızda ise iki nörotransmitter kimyasalının, norepinefrin ve serotoninin, düşük aktivitesi, depresyonla güçlü bir şekilde bağlantılı olduğu bilinmektedir (Comer,2013).

2.1.4. Depresyonun Tedavi Yöntemleri

Tek kutuplu depresyon (Major Depresyon ve Distimi) ile mücadelede en sık kullanılan psikolojik tedaviler psikodinamik, davranışsal ve bilişsel düşünce kuramlarından gelir. Tüm modern psikoterapilerin en eskisi olan psikodinamik terapi, araştırmanın etkinliği hakkında güçlü bir kanıt sunmasa da depresyon için yaygın olarak kullanılmaya devam etmektedir.

Tek kutuplu depresyonun, diğer insanlara aşırı bağımlılık ile bir araya gelen, gerçek veya hayali kayıplara karşı bilinçsiz kederden kaynaklandığına inanan psikodinamik terapistler, bu bozukluğa sahip kişilerin altta yatan bu sorunlarını bilince getirmelerine ve bunları çözmelerine yardımcı olmaya çalışırlar. Bu tedavi yönteminden faydalanan klinisyenler temel psikodinamik prosedürlerin cephaneliğini kullanarak, depresif hastayı tedavi sırasında özgürce ilişki kurmaya teşvik ederler, hastanın düzeninin, hayallerinin ve direniş ve aktarım gösterilerinin yorumlanmasını önerirler ve kişinin geçmiş olayları ve duyguları gözden geçirmesine yardımcı olurlar (Busch ve ark., 2004). Genel olarak,

psikodinamik tedavi, çocukluk kaybı veya travma öyküsü, uzun zamandır devam eden bir boşluk duygusu, mükemmeliyetçilik duyguları ve aşırı özeleştirme içeren depresyon vakalarında en büyük yardımcı gibi görünmektedir. (Luyten ve Blatt,2011; Blatt,1999,1995).

Tipik bir davranışçı yaklaşımda, terapistler, depresif hastaları zevkli olaylara ve aktivitelere yeniden dahil ederler, depresif ve baskıcı olmayan davranışlarını uygun şekilde güçlendirirler ve sosyal becerilerini geliştirmelerine yardımcı olurlar. (Farmer ve Chapman,2008).

İlk olarak, terapist, hastanın, alışverişe gitmek veya fotoğraf çekmek gibi zevkli olduğunu düşündüğü aktiviteleri seçer ve kişiyi onlarla ilgilenmek için haftalık bir program oluşturmaya teşvik eder. Çalışmalar, bir kişinin hayatına bazen davranışsal aktivasyon adı verilen olumlu aktiviteler eklemenin gerçekten daha iyi bir ruh haline yol açabileceğini göstermektedir. (Martell ve ark.,2010). Bazen hastanın aile bireyleri ve arkadaşlarıyla da tedavinin bu özelliğine yardımcı olmaları için işbirliğine gidilebilir. (Liberman ve Raskin,1971). Son olarak, davranış terapistleri hastalarını, etkili sosyal beceriler konusunda eğitebilir. İki veya daha fazla davranışsal teknik birleştirildiğinde, davranışsal tedavinin özellikle depresyon hafifse, depresif belirtileri azalttığı görülmektedir (Lazzari ve ark.,2011; Martell ve ark.,2010; Jacobson ve ark.,2001,1996).

Bir negatif düşünme modelinden kaynaklanan tek kutuplu depresyon, mevcut üzücü durumların tetiklediği bir bozukluktur. Uyumsuz davranışlar insanları tekrar tekrar, kendilerini, dünyalarını ve geleceklerini olumsuz yollarla görmeye yönlendirir. Bu tür önyargılı görüşler, depresyon belirtileri üretecek olan, zihni sular altında bırakmaya, beklenmedik şekilde olumsuz düşünceler geliştirmeye ve mantıksız düşünmeye iter. Hastaların bu olumsuz düşünceyi aşmalarına yardımcı olmak için Aaron Beck, bilişsel terapi olarak adlandırdığı bir tedavi yaklaşımı geliştirmiştir. Bu, insanların uyumsuz varsayımları ve psikolojik bozukluklarına neden olan düşünme yollarını tanımlamasına ve değiştirmesine yardımcı olan bir terapidir. Beck ‘bilişsel’ etiketini kullanır, çünkü yaklaşım öncelikle hastaların olumsuz bilişsel süreçlerini tanımasına ve değiştirmesine yardımcı olmak ve böylece ruh hallerini iyileştirmek için tasarlanmıştır (Beck ve Weishaar,2011; Wright, Thase ve Beck,2011). Bilişsel tedaviye zemin hazırlamak için terapistler davranışçı teknikler kullanarak önce bireyleri daha aktif ve kendinden emin olmaya teşvik eder. Hastalar, her bir oturum boyunca, gelecek hafta için saatlik faaliyetlerin ayrıntılı bir çizelgesini hazırlamak için zaman harcarlar. Haftadan haftaya

daha aktif hale geldikçe, ruh hallerinin iyileşmesi beklenmektedir. Daha sonra, insanlar daha aktif olduklarında ve duygusal bir rahatlama hissettiklerinde ise bilişsel terapistler onları olumsuz otomatik düşünceleri hakkında eğitmeye başlarlar. Bireylere otomatik düşünceleri gerçekleştikçe tanımları ve kaydetmeleri ve bu listelerini her oturuma getirmeleri söylenmektedir. İnsanlar otomatik düşüncelerindeki kusurları tanımaya başladığında, bilişsel terapistler onlara mantıksız düşünme süreçlerini ve bu düşüncelere nasıl katkıda bulunduklarını gösterir. Terapistler ayrıca olaylara ilişkin, danışanlarının hemen hemen tüm yorumlarının olumsuz bir önyargıya sahip olduğunu fark etmelerine ve bu yorum tarzını değiştirmelerine yardımcı olmaktadır. Son olarak da terapistler, danışanların depresyonlarına zemin hazırlayan uyumsuz tutumlarını değiştirmelerine yardımcı olur.

Bu bilgiler ışığında, birçok depresyon terapisti bilişsel ve bilişsel-davranışçı yaklaşımları benimsemiş, bazıları da bunları grup terapisi formatında uygulayabilmektedir (Petrocelli,2002). Hastalar, olumsuz düşüncelerini gittikçe daha fazla farkedip kabul ettikçe, yaşam boyunca yollarına devam ederken düşüncelerinin etrafında daha iyi çalışabilmektedirler (Hollon ve DiGiuseppe,2011; Manicavasgar ve ark.,2011; Hayes ve ark.,2006). Kültüre duyarlı terapiler ise kültürel azınlık gruplarının karşılaştıkları özgün sorunları ele almaya çalışır.

Multikültürel tedavi yaklaşımı tipik olarak terapistlerin özel kültürel eğitimini içerir ve terapistlerin azınlık vatandaşı danışanlarının kültürel değerleri ve onların karşılaştığı kültüre ilişkin stres, önyargı ve klişelerin kendileri üzerinde farkındalığının artırılması ve terapistlerin danışanlarına rahat bir 'iki kültürlü denge' sağlamaya yardımcı olma ve kendi kültürlerinin ve baskın kültürün kendi görüşleri ve davranışları üzerindeki etkisini tanıma çabaları sürecidir. (Prochaska ve Norcross,2010). Tek kutuplu depresyon tedavisinde, kültüre duyarlı yaklaşımlar giderek artan oranda ve geleneksel psikoterapi formlarıyla birleştirilmekte dolayısıyla hastalarının rahatsızlıklarını aşma olasılığını en üst düzeye çıkarmaktadır. Günümüzde birçok terapist depresyondaki hastaları için bilişsel-davranışçı terapi sunarken aynı zamanda hastaların ekonomik baskıları, azınlık kimlikleri ve ilgili kültürel sorunlarına da odaklanmaktadır (Stacciarini ve ark.,2007).

Çalışmalar göstermektedir ki, başka bir şekilde aldıkları psikoterapi biçimine kültüre duyarlı terapi odağı eklendiğinde, İspanyol Amerikan, Afrikan Amerikan, Amerikan Kızılderili ve Asyalı Amerikalı hastaların depresif bozukluklarının üstesinden gelme olasılığı daha yüksektir. (Comas-Diaz,2011; Ward,2007).

Depresyonda bir diğer tedavi ekolü olan ‘aile ve sosyal yaklaşımlar’ı kullanan terapistler, hastaların yaşamlarındaki yakın ilişkilerle nasıl başa çıktıklarını değiştirmelerine yardımcı olur. En etkili aile-sosyal yaklaşımlar kişilerarası psikoterapi ve çift terapisi. Klinik araştırmacılar Gerald Klerman ve Myrna Weissman tarafından geliştirilen kişilerarası psikoterapi, kişilerarası dört problem alanından herhangi birinin depresyona yol açabileceğini ve ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Bunlar kişilerarası rol kaybı, kişilerarası rol anlaşmazlığı, kişilerarası rol geçişi ve kişilerarası eksikliklerdir (Frank ve Levenson,2011; O'Hara ve ark.,2010).

İlk olarak, depresyondaki kişiler, psikodinamik teorisyenlerin önerdiği gibi, önemli bir kişilerarası kayıp, sevilen birinin kaybı üzerinde keder tepkisi yaşıyor olabilirler. Bu gibi durumlarda, kişilerarası psikoterapi terapistleri danışanlarının kayıp kişi ile ilişkilerini keşfetmeye ve ortaya çıkarabilecekleri öfke duygularını ifade etmeye teşvik eder. İkinci olarak, depresyondaki insanlar kendilerini kişilerarası bir rol anlaşmazlığının ortasında bulabilirler. Rol anlaşmazlıkları, iki kişinin ilişkilerinden ve her birinin oynaması gereken rolden farklı beklentileri olduğunda ortaya çıkar. Kişilerarası psikoterapi terapistleri danışanların dahil olabilecekleri rol anlaşmazlıklarını incelemelerine ve daha sonra bunları çözmenin yollarını geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Depresyondaki insanlar, boşanma veya çocuğun doğumu gibi büyük yaşam değişikliklerinin getirdiği kişilerarası rol geçişini yaşıyor olabilirler dolayısıyla da yaşam değişikliğine eşlik eden rol değişikliklerinden bunalmış gibi hissedebilirler. Bu gibi durumlarda kişilerarası psikoterapi terapistleri, yeni rollerin gerektirdiği sosyal destek ve becerileri geliştirmelerine destek olurlar. Son olarak da bazı depresif insanlar, aşırı ilişki veya sosyalleşmede yetersizlik gibi, yakın ilişkilere sahip olmalarını engelleyen kişiler arası açıklar sergilerler. Kişilerarası psikoterapi terapistleri bu tür bireylerin eksikliklerini fark etmelerine yardımcı olabilir ve sosyal etkinliklerini geliştirmek için onlara sosyal becerilerle huzurlu olmayı öğretebilmektedirler. Depresyon, evlilik uyumsuzluğundan dolayı da kaynaklanabilir ve eşlerinden destek alamayan insanlar için depresyondan kurtulma genellikle daha yavaştır (Whisman ve Schonbrun,2010). Aslında, tüm depresif hastaların yarısından fazlası işlevsiz bir ilişki içinde olabilir. Bu nedenle, birçok depresyon vakasının, bir terapistin uzun süreli bir ilişki paylaşan iki kişi üzerinde çalıştığı yaklaşımında olan çift terapisi ile tedavi edilmesi şaşırtıcı değildir. Evliliğin zorluklarına yakından bağlı olarak gelişen bir depresyonun olduğu durumlarda, çift terapisi genellikle bireysel terapi kadar veya bireysel terapiden daha yararlı olabilmektedir.

Biyolojik tedavi ise genellikle antidepresan ilaçlar veya popüler bitkisel takviyeler

anlamına gelir ancak bu bazen diğer tedavilere cevap vermeyen ciddi depresyonlu bireyler için, 70 yıldan fazla süredir devam eden bir yaklaşım olan elektrokonvülsif tedavi veya nispeten yeni bir yaklaşım olan beyin uyarımı tedavisini de kapsayabilmektedir (Comer,2013).

2.2. Anksiyete Bozukluğu

Refah için ciddi bir tehdit gibi görünen bir şeyle karşılaştığımızda korku olarak bilinen acil durum sinyaline tepki gösterebiliriz. Bazen bu alarm haline bir neden bulunamayabilir ancak yine de hoş olmayan bir şeylerin olması beklendiğinden gergin ve sinirli hissedilir. Bu tehlikede olma duygusu genellikle kaygı olarak adlandırılır ve nefes almada zorluk, kas gerginliği, terleme gibi korku ile aynı özelliklere sahip semptomlar gösterir (Comer,2013). Kaygı normal ve sağlıklıdır (Teze,2019). Dolayısıyla, günlük korku ve kaygı deneyimleri hoş olmasa da genellikle yararlıdır. Bizi bir tehlike tehdit ettiğinde 'savaş ya da kaç' eylemine hazırlar (Comer,2013). Dünyadaki tehlikeli durumlardan kaygı tepkimiz bizi korumuş olur (Teze,2019). Bir fırtınada arabayı daha dikkatli sürmeye, okuma görevlerinde yazıyı takip edebilmek için yetiştirmeye, arkadaşlarımıza daha duyarlı davranmaya ve işimizde daha sıkı çalışabilmeye katkıda bulunur. İnsanlar yaşamlarına öncülük edemeyecek kadar rahatsız edici düzeyde korku ve endişe geçirebilirler. Rahatsızlıkları çok şiddetli, çok sık veya çok uzun sürüyor ve çok kolay tetikleniyor olabilir. Bu insanların anksiyete bozukluğu veya bununla ilişkili bir rahatsızlığı olabileceği söylenebilir.

Kişinin içsel ve dışsal tehdit edici uyaranlara karşı kendini güvende hissedebilme kontrolünün kaybolması ya da yetersizliği ile bu tehlikelere açık olduğu ve maruz kaldığı şeklindeki algısı saldırılara açık olma duygusudur (Beck ve Emery,2006). Genellikle stresli veya tehdit edici olaylar karşısında endişeli ve gergin hissetmek olağan tepkilerdir ancak çoğu insanın kolaylıkla üstesinden gelebildiği durumlarda ortaya çıkan kaygı ve stres, anksiyete olarak adlandırılır. Anksiyete bozuklukları bir grup bozukluk olarak ya başlıca belirtinin kaygı olması (genelleşmiş anksiyete ve panik bozuklukları) ya da kişinin kendinde birtakım uyum sağlamayan davranışları kontrol altına almaya çalışmasından anksiyete hissetmesi (fobik ve obsesif kompulsif bozukluklar) ile meydana gelir (Atkinson ve ark.,1995). Anksiyete kişiyi rahatsız eden, belirli bir uyarana karşı olmayan, bir olumsuzluk geleceğine inanılan önsezidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal,2011).

2.2.1. Anksiyete Bozukluğunun Tipleri

Yaygın anksiyete bozukluğu her etkinlik ve aktiviteye karşı aşırı veya sürekli endişe ve kaygılı olma halinin en az altı ay sürmesidir (APA,2000). Yaygın anksiyete bozukluğu olan insanlar çoğu durumda aşırı endişe yaşarlar ve hemen hemen her şeyden endişe duyarlar (Turk ve Mennin,2011). Tipik olarak huzursuz, kenarda ve kilitlenmiş hissederler, kolayca yorulurlar ve konsantre olmakta zorluk çekerler, kas gerginliği ve uyku problemlerinden muzdariptirler (Comer,2013). Kaygılarını kontrol etmede güçlük çekerler. Huzursuzluk, kolay yorulma, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku bozukluğundan en az üçünün varolması gerekir (APA,2000).

Toplamda, tüm insanların yüzde 6'sına yakın bir kısmı yaşamları boyunca genel anksiyete bozukluğu geliştirir. Her yaşta ortaya çıkabilir, ancak genellikle ilk önce çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkar. Yaygın anksiyete bozukluğu teşhisi konan kadınlar 2'ye 1 oranında erkeklerden fazladır (Comer,2013).

Sosyokültürel kuramcılara göre, yaygın anksiyete bozukluğunun, kendileri için tehlike teşkil eden toplumsal koşullarla karşı karşıya olan insanlarda ortaya çıkması muhtemeldir. Çalışmalar, son derece tehdit edici ortamlara maruz kalan insanların, bu rahatsızlıktaki genel gerginlik, kaygı ve yorgunluk duygularını ve uyku bozukluklarını geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (Jacob ve ark.,2010; Stein ve Williams,2010).

Psikodinamik açıdan ise Sigmund Freud (1856-1939), tüm çocukların büyümenin bir parçası olarak bir dereceye kadar kaygı yaşadıklarına ve hepsinin bu kaygıyı kontrol etmelerine yardımcı olması için ego savunma mekanizmalarını kullandıklarına inanmıştır. Hümanist teorisyenler, genel anksiyete bozukluğunun, diğer psikolojik bozukluklar gibi, insanlar kendilerine dürüst ve kabul edilebilir bir şekilde bakmayı bıraktıklarında ortaya çıktığını söylemektedir. Gerçek düşüncelerine, duygularına ve davranışlarına karşı tekrarlanan reddetmeleri, bu insanları son derece endişeli kılar ve insan olarak potansiyellerini yerine getirmeyi engeller (Comer,2013).

Bilişsel modelin takipçileri psikolojik sorunların genellikle işlevsiz düşünme biçimlerinden kaynaklandığını düşünmektedir (Ferreri ve ark.,2011). Dolayısıyla kognitif bir semptom olan aşırı endişeyi, yaygın anksiyete bozukluğunun temel bir özelliği olarak görmektedirler (Comer,2013).

Biyolojik teorisyenler, genel anksiyete bozukluğunun başlıca olarak biyolojik

faktörlerden kaynaklandığına inanmaktadır. Yıllarca bu iddia, ilk olarak araştırmacıların bir bozukluğu olan bir kişinin kaç ve hangi akrabasının aynı bozukluğa sahip olduğunu belirlediği aile soyağacı çalışmaları tarafından desteklenmiştir. Genel anksiyete bozukluğuna karşı kalıtsal olarak eğilimler varsa, biyolojik olarak ilişkili olan kişilerin bu bozukluğu geliştirme olasılıkları benzer olabilmektedir. Çalışmalar, biyolojik ilişkili yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan kişilerin, biyolojik olarak ilişkili olmayan yaygın anksiyete bozukluğundan daha yüksek olduğunu göstermektedir (Schienle ve ark.,2011; Domschke ve Deckert,2010).

Fobi, belirli bir nesne, etkinlik veya durum için kalıcı ve mantıksız bir korkudur (Comer,2013). Fobisi olan insanlar, korktukları nesneyi veya durumu bile düşünürlerse korkarlar ancak bundan kaçındıklarını düşündüklerinde genellikle rahat kalırlar.

Spesifik yani özgül fobi ise, belirli bir nesne veya durum için sürekli bir korkudur. Hastalar bir nesneye veya duruma maruz kaldıklarında, tipik olarak ani korku yaşayabilirler. Yaygın spesifik fobilerde, belirli hayvanlara veya böceklerle, yüksekliklere, kapalı alanlara, fırtınalara ve kana dair yoğun korkudan bahsedilebilir.

Sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler, utanabilecekleri sosyallik veya performans gerektiren durumlara karşı ciddi, kalıcı ve irrasyonel korkulara sahiptir. Sosyal fobi dediğimiz bu rahatsızlık kişinin hayatına büyük ölçüde müdahale edebilir (Ravindran ve Stein,2011). Başkalarıyla etkileşime giremeyen veya toplum içinde konuşamayan bir kişi önemli sorumlulukları yerine getirememeye başlayabilir. Halka açık yerlerde yemek yiyemeyen biri, yemek davetlerini ve diğer sosyal davetleri reddedebilir. Bu fobisi olan çoğu insan korkularını gizli tuttuğundan, sosyal isteksizlikleri genellikle kibir, ilgisizlik veya düşmanlık olarak yanlış yorumlanır. Geniş kapsamlı bir şekilde göz önüne alındığında, bu bozukluk birçok klinik çevrede sosyal fobi yerine sosyal anksiyete bozukluğu olarak bilinmektedir.

Bir diğer anksiyete bozukluğu tipi olan panik atakta ise, bazen bir kaygı tepkisi, insanların davranışlarının kontrolünü kaybettiği ve aslında ne yaptıklarından neredeyse habersiz oldukları boğucu, kabus gibi bir panik biçimini alabilir. Herkes gerçek bir tehdit anı ortaya çıktığında aniden, panikle tepki gösterebilir. Bununla birlikte, bazı insanlar aniden ortaya çıkan, 10 dakika içinde zirveye ulaşan ve yavaş yavaş geçen, periyodik, kısa panik ataklar yaşarlar. Ataklar kalbin çarpıntısı, ellerde veya ayaklarda karıncalanma, nefes darlığı, terleme, sıcak ve soğuk basmaları, titreme, göğüs ağrıları, boğulma hissi, baygınlık, baş dönmesi ve gerçeksizlik hissi gibi panik belirtilerinden en az dördüne sahiptir.

Panik atak sırasında birçok insan öleceğinden, çıldıracağından veya kontrolünü kaybedeceğinden korkmaktadır (Comer,2013).

Bir diğer anksiyete bozukluğu olan agorafobi ise endişe hissedildiğinde kişinin gerekli desteği bulamayacağından korkması ve dolayısıyla zorluk içine gireceği düşüncesinden kurtulamayarak aşırı endişe ve korku duyma halidir. Bu sebepten kişi böyle bir duruma maruz kalmamak adına dışarı çıkmaya kaçınma davranışı sergiler ve markete, toplu taşıtlara, kapalı-açık herhangi bir alana gitmemeye çalışır. Bunları yapabilmesi için çevresindekilerin kendilerine eşlik ederek yardımcı olması gerekmektedir (Şahin,2019). Seçici Konuşmazlık tanısı ise hiç konuşma davranışı sergilemeyen, yakın hissettikleri kişiler haricinde sessiz kalarak iletişim kurmayan çocuklara verilir. Bu rahatsızlık genel olarak çocuk 2-4 yaşları arasındayken başlamaktadır. Evdeyken, yakın aile üyeleriyle iletişimde problem olmayan bu bozukluğa sahip çocuklar, yabancı birileriyle diyalog haline girmezler. Zekalarında veya duyma kabiliyetlerinde bir sıkıntı görülmez ve yaşlıları kadar iyi bir anlatıma, sözcük dağarcığına ve akıcılığa sahiptirler. Bu probleme sahip çocuklarda bu rahatsızlık birkaç hafta veya ay içinde kendi kendine var olmaya başlamaktadır (Şahin,2019).

Bir diğer önemli anksiyete bozukluğu olan ayrılma kaygısı yapılan çalışmalarda çocuklukla özdeşleşmiş bir bozuklukken günümüzde yetişkinlerin de bu sıkıntıdan muzdarip olduğu görülmektedir. Çocukluğunda bu bozukluğu deneyimleyen kişilerin üçte birinin ilerleyen senelerinde de bu rahatsızlığı sürdürmekte olduğu bulunmuştur. Bazen de bu bozukluk 10'lu yaşların sonlarına doğru ve hatta yetişkinlikte de başlayabilmektedir. Yetişkinlerin en büyük korkusu eşlerine veya sahip oldukları çocuklarına kötü bir şeyler olacaktı ve onları kaybedecekmiş gibi hissetmeleridir. Onlara bağımlı bir kişilik örüntüsü sergileyerek yanlarından ayrılmak istemezler. Bu tek olarak uyuyamamaya, kaybetmekle alakalı kabuslar deneyimlemeye kadar varabilir (Şahin,2019).

Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu ise bir tıbbi rahatsızlığın panik atağa veya aşırı kaygı semptomlarının var olmasında etkili rol oynayabilmesidir. Maddenin veya ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu ise bir kaygı bozukluğu semptomunun veya panik atak deneyimlemenin sebebinin madde veya ilaç kullanımıyla ilişkili olabilmesidir (Şahin,2019).

Son olarak başka türlü adlandırılmayan kaygı bozukluğunda ise buraya kadar tanımlanan kaygı bozukluğu türlerinden herhangi biriyle uyuşmayan ve dahil olmayan, temel anksiyete belirtilerinin görüldüğü örüntüler için söylenmektedir. (Şahin,2019).

Diğer bozukluklarda anksiyete olarak bir durumun varlığı da söz konusudur çünkü kaygı

bozukluğu bazı rahatsızlıklar üzerinde etkili rol oynar. Tanı ölçütleri bakımından kendilerine özellikli olarak ayrılırsalar da anksiyeteye eş tanı aldıkları da olabilmektedir. Bunlar duygudurum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu, beden belirti bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk'tur (Şahin,2019).

2.2.2. Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Toplum taramalarında anksiyete bozukluklarının yaygın olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Yaşam boyu anksiyete yaygınlığının %13.6 ile %28.8 arasında olduğu bildirilmiştir. Avrupa ülkelerinde yapılan bir çalışmada 12 aylık anksiyete yaygınlık oranları kadınlarda %17.5 bulunurken erkeklerde bu oran %3.8dir (Horwath,2011). Türkiye ruh sağlığı profilinde ise anksiyete bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı %6.7 olarak bildirilmiştir (Kılıç,1998). Genel toplumda anksiyete bozuklukları içerisinde en sık görülen özgül fobilerdir bu bozukluğu da sosyal fobi takip etmektedir. Aynı zamanda yaygınlığı en az olan anksiyete bozukluğu olarak obsesif kompulsif bozukluk gösterilmektedir. Anksiyete bozukluklarının sıklıkla erken yaşta başladığı ve ortaya çıkmasında en riskli dönem olarak 10 ile 25 yaş arası bildirilmiştir. Yapılan araştırmalar ise vakaların %80-%90'ında belirtilerin 35 yaşından önce ortaya çıktığı görülmüştür (Michael,2007).

2.2.3. Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Anksiyete bozuklukları Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık görülen ruhsal bozukluklardan biri olarak kaydedilmiştir. Herhangi bir yılda yetişkin nüfusun yaklaşık %18'i DSM-IV-TR tarafından tanımlanan altı anksiyete bozukluğundan biri veya diğerini deneyimlemekten muzdaripken, tüm insanların %29'u yaşamlarının bir noktasında bu bozukluklardan birini geliştirmektedir. Bu bireylerin sadece beşte biri tedavi görmektedir. Anksiyete bozuklukları klinik uygulamada en sık karşılaşılan ruhsal bozukluklar arasındadır (Kirkwood ve Melton,2002). Aynı zamanda DSM 5'e göre genetik, mizaç ve çevresel faktörler gibi bir çok faktörün bu bozukluğun gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir(APA,2013). Anksiyete bozukluğu olan bir kişinin ebeveynlerinde, çocuklarında ve kardeşlerinde anksiyete bozukluğu olmayan birinin

akrabalarına göre daha yüksek bir anksiyete bozukluğu şansının olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Torgersen,1983; Weissman,1993). Çocuklarda anksiyete üzerine yapılan ikiz çalışmalar, semptom ve bozukluklardaki varyansın yaklaşık %30 ile %40'ının kalıtsallığa atfedilebileceğini göstermektedir (Gregory ve Eley,2007). Aynı zamanda kaygılı ebeveynlerin çocuklarında panik bozukluğu riskinin artmakta olduğu bilinmektedir (APA,2013). Ailede ölüm, boşanma, iş kaybı, mali kayıp, kaza veya büyük hastalık gibi yaşam deneyimleri, bir kişinin yaşam durumlarına karşı tutumunu ve tepkisini etkiler. Uzun süre taciz, şiddet, terörizm ve yoksulluğa maruz kalmak bireyin anksiyete bozukluklarına karşı yatkınlığını etkileyebilir (Eysenck,2004).

2.2.4. Anksiyete Bozukluğunun Tedavi Yöntemleri

Anksiyete bozuklukları bireye aşırı acı veren, şiddetli güvensizliğe ve yetiyitimine neden olabilen rahatsızlıklardandır bu bozuklukların tedavisinde çeşitli psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır (Durham,2007). Yaygın anksiyete bozukluğunda, fobiler ve panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı yöntemlerin başka psikoterapi türlerinden daha etkili olduğu ileri sürülmüştür (Salkovskis,2007). Bilişsel davranışçı terapide amaç örseleyici yaşam olayları karşısında daha etkin bir rol alınması ile sorun çözme becerilerini arttırmaktır aynı zamanda tedavi, olumsuz düşüncüyü azaltmaya, aktif problem çözme yetisini arttırmaya ve bireye fonksiyonel bir başa çıkma görünümü sağlamaya yöneliktir (Öztürk,2016). Maruz kalma tekniği, fobiler ve anksiyete bozuklukları için davranış terapisinin ana tekniğidir, bu da bireylerin korktuğu şeylerin üzerine azar azar artan derecede ve sürelerle giderek yüzleşmesine neden olurken, kaçma ve kaçınma dışında başa çıkma yollarının kazanımını sağlar. Agorofobinin eşlik ettiği panik bozukluğunda da en etkili yöntemin üstüne giderek alıştırma yani maruz bırakma uygulaması olduğu bilinmektedir (Öztürk,2016). Diğer etkili davranış terapileri, anksiyetenin fiziksel semptomlarını azaltmaya yöneliktir terapilerdir. Bunlar kas gevşemesi ve özel nefes egzersizlerini içerir (Chorpita ve Southam-Gerow,2006). Bu bozukluğun tedavisinde etkili olduğu düşünülen tedavi metotlarından biride destekleyici psikoterapidir. Kaygı verici bilinçli sorunlar ele alınır ve bunlara çözüm yolları bulmaya, bireye güven verici rahatlatıcı yollar gösterilmeye çalışılır (Öztürk,2016).

2.3. Başa çıkma stratejileri

Başa çıkma, stresli yaşam olaylarıyla bağlantılı fiziksel, duygusal ve psikolojik yükü azaltmayı amaçlayan bir yanıt olarak tanımlanır (Snyder ve ark.,1987). Stres çoğunlukla olumsuz ve zararlı bir şey olarak düşünülür. Aslında, stres sadece çok güçlü olduğunda veya çok uzun sürdüğünde olumsuz etkilere neden olur ve böylece bireyin uyum kapasitesini aşar. Orta stres, çevresel taleplere adaptasyonu kolaylaştırır, böylece entelektüel büyümeyi teşvik eder. Birçok araştırmacı için, bu tür stres zihinsel gelişimde birincil faktördür (Orzechowska ve ark.,2013). Bununla birlikte uzun süreli stres, zihinsel bozukluklar, özellikle anksiyete (nevrotik) bozuklukları ve depresyon riskini artırır (Kay ve Tasman,2006).

Stres faktörlerinin nasıl tanımlanacağını öğrenmek, stres nedenlerini ortadan kaldırma ve böylece etkilerini önleme veya hafifletme yeteneği verir. Stresle baş etmek stresli bir durumda gerçekleştirilen tüm faaliyetler olarak tanımlanır (Heszen- Niejodek,2000). Başa çıkma stratejileri birincil ve ikincil değerlendirmelere dayanan, uyarlanabilir bir süreçtir. Stresle başa çıkmak ağırlıklı olarak bir süreç, strateji ve stil olarak sınıflandırılır. Süreç yaklaşımı, stratejiler ve stresle baş etme yolları olarak adlandırılan alt kategorileri içerir. Süreç, bireyin psiko-fiziksel özelliğine bağlı olarak zaman içinde değişen bir dizi strateji olarak anlaşılmaktadır. Stil ise genellikle zor durumlarda kullanılan, stresle ilişkili başa çıkma stratejileri grubunu ifade eder (Orzechowska ve ark.,2013).

Bilişsel-işlemsel modelde, stresle başa çıkma, aşırı veya ezici olarak değerlendirilen dış ve iç taleplerle başa çıkmak için sürekli bilişsel ve davranışsal çaba olarak anlaşılmaktadır (Ogińska-Bulik ve Juczyński,2008). Stresle yanlış başa çıkma belirtileri arasında gerginliği etkili bir şekilde serbest bırakamama, duygusal tepkilerin sınırlı kontrolü ve işlev bozukluğu bulunur. Hem fizyolojik hem de psikolojik semptomlara (örneğin, sık baş ağrısı, viral enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, uyku bozukluğu, depresif ruh hali ve artan sinirlilik) yol açan kaygı uyandırır (Orzechowska ve ark.,2013)

Araştırmacılar yaklaşma ve kaçınma, sorun odaklı ve duygu odaklı olarak iki geniş başa çıkma yaklaşımını tanıma eğilimindedir (Billings ve Moos,1985). Problemlerle doğrudan başa çıkmayı etkileyen aktif davranışsal başa çıkma aktif davranışsal başa çıkma; kişinin olayın stresli olduğu yönündeki değerlendirmesini yönetme girişimlerini

gösteren aktif bilişsel başa çıkma ve kaçınma, inkar ve gerginliğin azaltılmasını içeren kaçınma ile başa çıkma olarak üç spesifik başa çıkma stratejisi tanımlamıştır (Shawney ve ark.,2018).

Esasen başa çıkma stratejileri duygu odaklı ve problem odaklı olarak ayrılır. Duygu odaklı bir strateji, hastaların duygularını hareket ederek ve düşünerek işlemeye çalıştıklarını vurgular. Hastalar problem odaklı bir strateji kullandıklarında, hastalıklarının neden olduğu durumu değiştirmeyi veya durumu yönetmek için kaynaklarını kontrol edebilmeyi etkileyebileceği ve yaşam kalitesini koruma açısından bu tür stratejilerin önemli olduğuna inanırlar. Duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma stratejileri aynı anda veya dönüşümlü olarak kullanılabilir (Tuncay ve ark.,2008). Duygu odaklı başa çıkma stratejisi, sorunun mantıksal çözülmesini değil, stresi azaltmayı amaçlayan tepkileri belirtirken, sorun odaklı başa çıkma stratejisi, konuyu çözmek için hedeflenmiş çabaları ifade eder (Proulx ve Aldwin,2016). Duygu odaklı ve problem odaklı stratejilerin sırasıyla zihinsel sağlığı azaltma ve artırmada rol oynadığını belirtilmektedir (Ghazanfari, Ghadam,2008).

2.4. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun İlişkisi

Depresyon nadiren bağımsız bir psikolojik bozukluktur, özellikle anksiyete bozukluğu ve diğer psikolojik bozukluklarla da birlikte var olabilir. (Smith,2015). Depresyon ve anksiyete tıbbi rahatsızlıklar arasında sıklıkla kaşılaşılanlardır ve birlikte görülme oranları daha fazladır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal,2011). Bir anksiyete bozukluğu mevcut olduğunda depresyon kazanımı çok daha yüksektir. Majör depresyonu olanların da neredeyse yarısı şiddetli ve kalıcı kaygıdan muzdariptir. Depresyonda olan insanlar genellikle kaygılı, endişeli hissederekler. Biri diğerini kolayca tetikleyebilir (Rodriguez,2015).

Bir Amerika Birleşik Devletleri çalışması olan Ulusal Ektanı Araştırması göstermektedir ki ruhsal rahatsızlıkların epidemiyolojisi olarak ölçek uygulandığında sonuçlar, majör depresyona sahip %58 hastada ikincil bir anksiyete bozukluğunun varlığı, herhangi bir anksiyete bozukluğu olan %68 hastada ise ek tanı olarak majör depresyonun varlığı şeklinde bulunmuştur (Kessler ve ark.,1996).

Kırk yıllık bir zaman dilimini kapsayan bir gözlem araştırmasında anksiyete ve depresyon hastalarının süreçlerine bakılırken anksiyete bozukluğundan yakınan

hastaların %50'sinde majör depresyonun da bulunduğu gösterilmektedir (Murphy ve ark.,2004). Epidemiyolojik çalışmalar açısından toplumdaki araştırmalar dikkate alındığında bir majör depresyon hastasının bir anksiyete bozukluğu deneyimleme riskinin 3.3-8.2 kat, bir anksiyete bozukluğuna sahip birinin bir sene içerisinde depresyona yakalanması riski ise 7-62 kat aralığında yükselmede olduğu ortaya çıkmıştır (Hirschfeld,2001). Anksiyete ve depresyonun birlikte seyretme sıklığı birinci basamakta fazla olmasının yanı sıra, bu bozukluklara sahip kişilerin şikayet ettikleri mesele ruhsal veya davranışsal durumlardan ziyade fiziksel yakınmalardır (Türkçapar,2004). Araştırmalar göstermektedir ki depresyonun ilk belirtileri olarak süreklileşen ağrılar, çok çabuk yorulma, uykuda bozulmalar birinci basamağa gelen hastalar için söylenebilmektedir (Montano).

Hem anksiyete bozukluğu hem de depresyonun varlığına işaret edebilecek özellikler şunlardır: Uzaklaşmayan mantıksız endişeler veya korkular, yorgunluk, baş ağrısı, hızlı kalp atışı, nefes darlığı veya karın ağrısı gibi fiziksel belirtiler, uyuma veya uykuda kalma güçlüğü, yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler (çok fazla veya çok az yeme), hatırlama, karar verme veya konsantre olma sorunları, sürekli üzüntü veya değersizlik duyguları, etkinliklere veya hobilere olan olağan ilginin kaybı sık sık yorgun ve huysuz hissetmek, anında rahatlama yaşayamama, iç kontrolü kaybetme duygusu da dahil olmak üzere panik ataklardan muzdarip olma vb. şekildedir.

Kanıtı dayalı araştırmalar hem anksiyete hem de depresyonun aynı anda tedavi edildiğini göstermektedir. Bu birlikte ortaya çıkan durumların tedavisinde sıklıkla kullanılan etkili stratejiler şunları içermektedir: Bilişsel Davranışçı Terapi sıklıkla her iki bozukluğu olan insanları tedavi etmek için kullanılır. Korkular, endişeler ve depresyona yönelik eğilimler, kök nedenlerini araştırarak yönetilir. Bir kez ortaya çıktığında, hastalar duygularını ve yaşamlarını nasıl kontrol altına alacaklarını öğrenirler. Genellikle bilişsel davranışçı tedavi ile birlikte, seçici serotonin geri alım inhibitörleri antidepressanlar her iki bozukluğun tedavisinde de reçete edilebilir. Egzersizler iki hastalık için de çok yararlı olabilir. Fiziksel aktivite vücutta iyi hissettiren kimyasalların salınmasına neden olur. Bu rahatlama ve iyi hissetmeye yardımcı olur. Rahatlama teknikleri, meditasyon veya farkındalığı içerir. Bu teknikler genellikle her iki bozukluğun giderilmesine ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olabilmektedir (Rodriguez,2015).

2.5. Depresyon ve Başa Çıkma Stratejilerinin İlişkisi

Stresin depresyon üzerindeki etkisi, hastalığın sonraki aşamalarını tetiklemedeki rolü ve stres-depresyon ilişkisine aracılık eden faktörler psikiyatri ve psikolojide giderek yaygınlaşan araştırma konularıdır (Sariusz-Skapska ve ark.,2003). Günümüzde, depresyon çok faktörlü bir bozukluk olarak anlaşılmaktadır. Etkileşen genetik, biyolojik ve psikolojik faktörler patogeneze katkıda bulunur. Depresyon etiyojisinin popüler bir açıklaması da son zamanlarda “yatkınlık-stres” modeli haline gelmesidir. Bu yaklaşım, belirli bir zihinsel bozukluğa genetik olarak belirlenmiş bir yatkınlığı olan kişilerin, hastalığı sadece stresli yaşam olayları nedeniyle geliştirebileceği varsayımına dayanmaktadır (Dantzer ve ark.,2008). Hastalığın ortaya çıkmasına katkıda bulunan diğer faktörler, sosyal öğrenme sürecinde oluşturulan yanlış bilişsel kurgulardır (Antonovsky,1995). Stresli yaşam olayları tanımlandıkça, özellikle kayıp veya aşırı zorlanma gibi durumlar, bireyin kişilik özelliklerine bağlı olarak depresyona neden olabilir veya şiddetlendirebilir (Orzechowska ve ark.,2013). makale 10-13. Stres ve depresyon arasındaki ilişki tek yönlü değildir. Stresli yaşam deneyimleri ve onlarla başa çıkma yolları ruh hali bozukluklarına sebep olabilir ve depresyonun kendisi, şiddetli stres ve buna karşı gelmek için az gelişmiş teknikler kullanılmasından kaynaklı olabilir. Bu nedenle, depresyonun başlangıcı ve seyri ile ilgili değişkenler başa çıkma stratejileri ile önemli derecede ilişkilidir (Dantzer ve ark.,2008). Depresif bozukluk ile ilişkili olumsuz duygusal durumların deneyimi, dikkat süresini daraltır, esnek ve çözüm odaklı düşünme yeteneğini ve aynı zamanda uyarlanabilir kapasiteyi azaltır. Bu, günümüzde ve gelecekte stresli durumlarda etkili başa çıkmayı sınırlar. Başa çıkma kaynaklarının yetersizliği, sağlığı olumsuz etkileyen yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur (Fredrickson,2002).

2.6. Anksiyete ve Başa Çıkma Stratejilerinin İlişkisi

Bilişsel odaklı çalışmalarda kişilerin hayatlarındaki strese sebep olan durumları kontrol edememelerinden kaynaklı anksiyeteye sahip olma riskinin, streslerini kontrol edebilen insanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur (Morris,2002). Buna bağlı olarak da kişi bu kaygıyı geçirebilmek için bazı başa çıkma metotları geliştirebilir. Bu da demektir

ki, bireylerin duygusal ve çevresel yapılanması birlikte şekillenmekte ve çözüme ulaştırma tekniklerinde de bütünlüğü korunmaktadır (Bilge ve Pektaş,2004). Bir kişi stresli durumlardan her etkilendiğinde, uygun başa çıkma stratejileri uygulaması gerekmektedir (Dardas ve Ahmad,2015). Başa çıkma stratejileri, stresli bir durumu yorumlamak ve düzeltmek ve ortaya çıkan acıyı azaltmak için yapılan bir dizi bilişsel ve davranışsal çabadır (Aust ve ark.,2016). Araştırmacılar, başa çıkma kavramının stres faktörleri karşısında stresten daha önemli olduğuna inanmaktadır (Loo ve ark.,2016). Stres, bireyin günlük yaşamından farklı şekillerde gelir ve bir organizmanın zihinsel, duygusal veya fiziksel taleplere yeterince yanıt verememesinin sonucunu ifade eden bir biyo- psikososyal modeldir (Kwaah ve Essilfie,2017). Stresin birey üzerindeki etkisinin ampirik kanıtları, bireyin stresle başa çıkma stratejilerine bağlı olarak, stresin bir kişinin fiziksel ve zihinsel sağlığına çok zararlı olabileceğini göstermektedir (Kwaah ve Essilfie,2017). Stresin psikolojik etkileri öfke, sinir gerilimi, depresyon, can sıkıntısı ve kaygı olabilmektedir. Yüksek düzeyde strese eşlik edebilecek doğrudan davranışlar, yetersiz yeme veya aşırı yeme, artan sigara ve alkol kullanımı ve uyuşturucu kullanımını içermektedir (Kwaah ve Essilfie,2017). Stresi azaltmak için baş etme stratejileri, uzun süreli stresin zararlı etkilerini önlemek için gerekli bir koşuldur (William,2010). Başa çıkma stratejileri, insanların stresli olaya hakim olmak, azaltmak veya en aza indirmek için kullandıkları özel çabaları ifade eder. Başa çıkma çok boyutludur ve bazıları diğerlerinden daha işlevsel olan çeşitli stratejiler içerir (Gbilka ve ark.,2012). Stresi yönetmenin iki önemli yolu, sosyal destek ve işlevsiz başa çıkma stratejileridir (Chao,2012). Ailelerden ve arkadaşlardan destek almak gibi sosyal destek doğal olarak insanların stresi yönetmesine yardımcı olur İşlevsel olmayan başa çıkma stratejileri ise duygulara odaklanma ve duyguları ortaya çıkarma ile davranışsal çözülme ve zihinsel çözülme içerir (Kwaah ve Essilfie,2017).

BÖLÜM III: YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmaya İstanbul Büyük Şehir Belediyesinde çalışan İtfaiyeciler tarafından araştırmaya onam veren ve gönüllü olan ve aynı zamanda aktif olarak operasyonlara katılmaya devam eden 200 kişi katılmıştır. Araştırmada Sosyodemografik Veri Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma, bu ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkiyi saptamak ve bazı değişkenler kapsamında incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmada kullanılan örneklem İstanbul Büyük Şehir Belediyesinde çalışan itfaiyecilerden oluşmaktadır. Araştırmaya aktif olarak operasyonlara katılan 200 itfaiyeci katılmıştır. Bu itfaiyeciler Ümraniye 16, Üsküdar 27, Kadıköy 15, Maltepe 27 ve Kartal 15 kişi olmak üzere Anadolu yakasında çalışan toplam 100 ve Beşiktaş 19, Beyoğlu 37, Şişli 29 ve Bakırköy 15 kişi olmak üzere Avrupa yakasında çalışan toplam 100 kişi olarak değerlendirilmişlerdir. Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup, kendi istekleri doğrultusunda katılımları sağlanmıştır. Kullanılan ölçekleri kendileri doldurmaları istenmiştir. Ölçekleri eksiksiz dolduranlar analize dâhil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Bu veri formu, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. Sosyo-demografik veri formunun kullanım amacı uygulanan anketlere katkı sağlayan bireyler hakkında detaylı bilgi edinmektir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi bilgilere bu şekilde ulaşılmak amaçlanmıştır.

3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck (1961) tarafından geliştirilmiş 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Beck Depresyon Envanteri; erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir (Beck,1961). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Her madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden (0-3) dört seçeneği olan 21 adet kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. BDÖ'den alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir (Bozkurt,1998).

3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Envanteri, Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir (Canan ve Ataoğlu,2010).

Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. BAÖ, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir Uğuz ve ark.,2004).

3.3.4. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

Amirkhan (1990) tarafından geliştirilmiş. Aysan (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sosyal Destek Arama, Problem Çözme ve Kaçınma olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerde toplam 11 'er madde bulunmakta ve alt ölçek toplam puanları 11-33 arasında değişebilmektedir. Ölçekte 1- Hiç, 2-Biraz, 3-Çok olmak üzere üçlü Likert tipi bir değerlendirme vardır. Ölçeğin istatistiksel değerlendirme sürecinde yapılan faktör

analizi sonucunda maddelerin faktör yüklerinin. 30 üzerinde olduğu ve bir faktör yükünün diğer faktördeki yükten en az 10 farklı olduğu belirlenmiştir. BÇSÖ'nin lise öğrencilerine uygulanarak yapılan geçerlik güvenirlik çalışması ölçeğin psikometrik özelliklerinin yeterliği olduğunu göstermiştir (Aysan ve Bozkurt,1998).

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma yapılmadan önce araştırmada kullanılacak olan ölçekler demografik form, araştırmanın amacı, araştırmanın modeli ve araştırmaya dâhil tüm bilgiler Üsküdar Üniversitesi etik kuruluna sunulmuş ve araştırmanın yapılması için onam alınmıştır. Araştırmanın uygulanması için gerekli izin İstanbul Büyük Şehir Belediyesi İtfaiye Daire Başkanlığı'ndan alınmıştır. Tüm izinler alındıktan sonra araştırma uygulanmıştır.

3.5. Verilerin İstatiksel Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 24.00 programı kullanılarak analizler yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov normallik test sonucuna göre analizlerde Bağımsız Örneklem T Testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Değişkenler arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için Spearman Korelasyon ve Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

BÖLÜM IV: BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin İncelenmesi

Araştırmaya katılan itfaiyecilerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özellikler

		Bölge				Toplam	
		Avrupa		Anadolu			
		N	%	n	%	n	%
Eğitim Düzeyi	İlkokul	2	2,0	0	0,0	2	1,0
	Ortaokul	0	0,0	1	1,0	1	0,5
	Lise	42	42,0	46	46,0	88	44,0
	Lisans	52	52,0	50	50,0	102	51,0
	Lisansüstü	4	4,0	3	3,0	7	3,5
	Toplam	100	50,0	100	50,0	200	100,0
Medeni Durum	Bekâr	15	15,0	12	12,0	27	13,5
	Evli	81	81,0	86	86,0	167	83,5
	Boşanmış/Dul	4	4,0	2	2,0	6	3,0
	Toplam	100	50,0	100	50,0	200	100,0
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	9	10,6	7	8,0	16	9,2
	1 Çocuk	21	24,7	14	15,9	35	20,2
	2 Çocuk	29	34,1	37	42,0	66	38,2
	3 Çocuk	22	25,9	23	26,1	45	26,0
	4 Çocuk	4	4,7	7	8,0	11	6,4
	Toplam	85	49,1	88	50,9	173	100,0
Gelir Düzeyi	Düşük	7	7,0	10	10,0	17	8,5
	Orta	87	87,0	87	87,0	174	87,0
	Yüksek	6	6,0	3	3,0	9	4,5
	Toplam	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Avrupa yakasında çalışan 100 itfaiyeciden %2,0’sinin ilkokul, %42,0’sinin lise, %52,0’sinin lisans, %4,0’ünün lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğu; %15,0’inin bekâr, %81,0’inin evli, %4,0’ünün boşanmış/dul olduğu; %7,0’sinin düşük, %87,0’sinin orta, %6,0’sının yüksek düzeyde gelirinin olduğu gözlenmiştir. Evli, boşanmış/dul olan 85 itfaiyeciden %10,6’sının çocuğu olmadığı, %24,7’sinin 1 çocuk, %34,1’inin 2 çocuk, %25,9’unun 3 çocuk, %4,7’sinin 4 ve üstünde çocuğu olduğu gözlenmiştir.

Anadolu yakasında çalışan 100 itfaiyeciden %1,0'inin ortaokul, %46,0'sının lise, %50,0'sinin lisans, %3,0'ünün lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğu; %12,0'sinin bekâr, %86,0'sının evli, %2,0'sinin boşanmış/dul olduğu; %10,0'unun düşük, %87,0'sinin orta, %3,0'ünün yüksek düzeyde gelirinin olduğu gözlenmiştir. Evli, boşanmış/dul olan 88 itfaiyeciden %8,0'inin çocuğu olmadığı, %15,9'unun 1 çocuk, %42,0'sinin 2 çocuk, %26,1'inin 3 çocuk, %8,0'inin 4 ve üstünde çocuğu olduğu gözlenmiştir.

Toplam 200 itfaiyeciden %1,0'inin ilkokul, %0,5'inin ortaokul, %44,0'ünün lise, %51,0'inin lisans, %3,5'inin lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğu; %13,5'inin bekâr, %83,5'inin evli, %3,0'ünün boşanmış/dul olduğu; %8,5'inin düşük, %87,0'sinin orta, %4,05'inin yüksek düzeyde gelirinin olduğu gözlenmiştir. Evli, boşanmış/dul olan 173 itfaiyeciden %9,2'sinin çocuğu olmadığı, %20,2'sinin 1 çocuk, %38,2'sinin 2 çocuk, %26,0'sinin 3 çocuk, %6,4'ünün 4 ve üstünde çocuğu olduğu gözlenmiştir.

Tablo 2. Yaş, Mesleğe Başlama Yaşı ve Çalışma Süresi

		Ort.	Bölge				Toplam	
			Avrupa		Anadolu			
			n	%	n	%	n	%
Yaş	< 38 Yaş	38,38	47	47,0	44	44,0	91	45,5
	≥ 38 Yaş		53	53,0	56	56,0	109	54,5
	Toplam		100	50,0	100	50,0	200	100,0
Mesleğe Başlama Yaşı	< 26 Yaş	25,57	44	44,0	59	59,0	103	51,5
	≥ 26 Yaş		56	56,0	41	41,0	97	48,5
	Toplam		100	50,0	100	50,0	200	100,0
Meslekteki Çalışma Süresi	< 13 Yıl	12,81	47	47,0	43	43,0	90	45,0
	≥ 13 Yıl		53	53,0	57	57,0	110	55,0
	Toplam		100	50,0	100	50,0	200	100,0

Tablo 2'ye baktığımızda çalışan 200 itfaiyecinin yaş ortalamasının 38,38, mesleğe başlama yaş ortalamasının 25,57, bu meslekteki çalışma sürelerinin ortalamasının 12,81 yıl olduğu gözlenmiştir.

Avrupa yakasında çalışan 100 itfaiyeciden %47,0'sinin 38 yaş altında, %53,0'ünün 38 yaş ve üstünde olduğu; %44,0'ünün 26 yaş altında mesleğe başladıkları, %56,0'sının 26 yaş ve üstünde mesleğe başladıkları; %47,0'sinin 13 yılın altında itfaiyeci olarak çalıştığı, %53,0'ünün 13 yıl ve üstünde itfaiyeci olarak çalıştıkları gözlenmiştir.

Anadolu yakasında çalışan 100 itfaiyecinin %44,0'ünün 38 yaş altında, %56,0'sının 38

yaş ve üstünde olduğu; %59,0'unun 26 yaş altında mesleğe başladıkları, %41,0'inin 26 yaş ve üstünde mesleğe başladıkları; %43,0'ünün 13 yılın altında itfaiyeci olarak çalıştığı, %57,0'sinin 13 yıl ve üstünde itfaiyeci olarak çalıştıkları gözlenmiştir.

Toplam 200 itfaiyecinin %45,5'inin 38 yaş altında, %54,5'inin 38 yaş ve üstünde olduğu; %51,5'inin 26 yaş altında mesleğe başladıkları, %48,5'inin 26 yaş ve üstünde mesleğe başladıkları; %45,0'inin 13 yılın altında itfaiyeci olarak çalıştığı, %55,0'inin 13 yıl ve üstünde itfaiyeci olarak çalıştıkları gözlenmiştir.

4.2. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçek puanlarına göre oluşturulan depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilgili bilgiler Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Düzeyleri

		Bölge				Toplam	
		Avrupa		Anadolu			
		n	%	n	%	n	%
Beck Depresyon Düzeyi	Normal Düzeyde Depresyon	65	65,0	55	55,0	120	60,0
	Hafif Düzeyde Depresyon	24	24,0	38	38,0	62	31,0
	Orta Düzeyde Depresyon	6	6,0	5	5,0	11	5,5
	Şiddetli Depresyon	5	5,0	2	2,0	7	3,5
	Toplam	100	50,0	100	50,0	200	100,0
Beck Anksiyete Düzeyi	Normal Düzeyde Anksiyete	70	70,0	65	65,0	135	67,5
	Hafif Düzeyde Anksiyete	16	16,0	20	20,0	36	18,0
	Orta Düzeyde Anksiyete	7	7,0	11	11,0	18	9,0
	Şiddetli Anksiyete	7	7,0	4	4,0	11	5,5
	Toplam	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Avrupa yakasında çalışan 100 itfaiyeciden %65,0'inin normal düzeyde depresyon, %24,0'ünün hafif düzeyde depresyon, %6,0'sinin orta düzeyde depresyon, %5,0'inin şiddetli düzeyde depresyonlarının olduğu; %70,0'inin normal düzeyde anksiyete, %16,0'sinin hafif düzeyde anksiyete, %7,0'sinin orta düzeyde anksiyete, %7,0'sinin şiddetli düzeyde anksiyetelerinin olduğu gözlenmiştir.

Anadolu yakasında çalışan 100 itfaiyeciden %55,0'inin normal düzeyde depresyon, %38,0'inin hafif düzeyde depresyon, %5,0'inin orta düzeyde depresyon, %2,0'sinin şiddetli düzeyde depresyonlarının olduğu; %65,0'inin normal düzeyde anksiyete, %20,0'sinin hafif düzeyde anksiyete, %11,0'inin orta düzeyde anksiyete, %4,0'ünün şiddetli düzeyde anksiyetelerinin olduğu gözlenmiştir.

Toplam 100 itfaiyecinin %60,0'ının normal düzeyde depresyon, %31,0'inin hafif düzeyde depresyon, %5,5'inin orta düzeyde depresyon, %3,5'inin şiddetli düzeyde depresyonlarının olduğu; %67,5'inin normal düzeyde anksiyete, %18,0'inin hafif düzeyde anksiyete, %9,0'unun orta düzeyde anksiyete, %5,5'inin şiddetli düzeyde anksiyetelerinin olduğu gözlenmiştir.

Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği ve alt boyut puanlarının istatistiki dağılımları ile ilgili bilgiler Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekler		Avrupa N=100					Anadolu N=100					Toplam N=200				
		Ort.	S. Sapma	Min	Max	P	Ort.	S. Sapma	Min	Max	p	Ort.	S. Sapma	Min	Max	P
BDÖ	Beck Depresyon	8,56	9,31	0	51	0,00	9,57	7,12	0	41	0,00	9,07	8,28	0	51	0,00
BAÖ	Beck Anksiyete	7,17	9,97	0	61	0,00	7,33	8,32	0	44	0,00	7,25	9,16	0	61	0,00
BÇSÖ	Problem Çözme	25,52	5,01	11	33	0,00	26,34	4,56	12	33	0,00	25,93	4,80	11	33	0,00
	Sosyal Destek Arama	20,31	5,54	11	33	0,09*	21,02	4,74	11	33	0,14*	20,67	5,16	11	33	0,01
	Kaçınma	19,68	4,74	11	33	0,09*	20,55	4,12	12	33	0,02	20,12	4,45	11	33	0,00
	Başa Çıkma Stratejileri	65,51	12,50	33	99	0,01	67,91	10,46	36	99	0,00	66,71	11,56	33	99	0,00

p: Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi, *p>0,05: Normal Dağılım Göstermekte

Avrupa yakasında çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon puan ortalamasının 8,56, Beck anksiyete puan ortalamasının 7,17, problem çözme puan ortalamasının 25,52, sosyal destek arama puan ortalamasının 20,31, kaçınma puan ortalamasının 19,68, başa çıkma stratejileri puan ortalamasının 65,51 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik test sonucuna göre Avrupa yakasında çalışan itfaiyecilerin Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, başa çıkma stratejileri puanlarının normal dağılım göstermediği ($p<0,05$), sosyal destek arama ve kaçınma puanlarının normal dağılım gösterdiği ($p>0,05$) sonucuna varılmıştır.

Anadolu yakasında çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon puan ortalamasının 9,57, Beck anksiyete puan ortalamasının 7,33, problem çözme puan ortalamasının 26,34, sosyal destek arama puan ortalamasının 21,02, kaçınma puan ortalamasının 20,55, başa çıkma stratejileri puan ortalamasının 67,91 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik test sonucuna göre Anadolu yakasında çalışan itfaiyecilerin Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanlarının normal dağılım göstermediği ($p<0,05$), sosyal destek arama puanlarının normal dağılım gösterdiği ($p>0,05$) sonucuna varılmıştır.

4.3. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon

İtfaiyecilerin Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonları

		Bölge	N		BDÖ	BAÖ	BÇSÖ			
					Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Problem Çözme	Sosyal Destek Arama	Kaçınma	Başa Çıkma Stratejileri
BDÖ	Beck Depresyon	Avrupa	100	r	1					
		Anadolu	100	r	1					
		Toplam	200	r	1					
BAÖ	Beck Anksiyete	Avrupa	100	r	0,64*	1				
		Anadolu	100	r	0,52*	1				
		Toplam	200	r	0,59*	1				
BÇSÖ	Problem Çözme	Avrupa	100	r	0,06	0,00	1			
		Anadolu	100	r	0,02	-0,09	1			
		Toplam	200	r	0,06	-0,04	1			
	Sosyal Destek Arama	Avrupa	100	r	-0,10	-0,14	0,58*	1		
		Anadolu	100	r	0,05	-0,04	0,37*	1		
		Toplam	200	r	-0,01	-0,09	0,48*	1		
	Kaçınma	Avrupa	100	r	0,31*	0,29*	0,42*	0,38*	1	
		Anadolu	100	r	0,35*	0,19	0,25**	0,37*	1	
		Toplam	200	r	0,35*	0,25*	0,34*	0,36*	1	
	Başa Çıkma Stratejileri	Avrupa	100	r	0,13	0,05	0,83*	0,82*	0,68*	1
		Anadolu	100	r	0,18	0,00	0,69*	0,80*	0,67*	1
		Toplam	200	r	0,17**	0,03	0,76*	0,81*	0,68*	1

r: Spearman Korelasyon, **Pearson Korelasyon**, *p<0,01, **p<0,05: İlişki Var

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile Beck anksiyete puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,64$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile Beck anksiyete puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,52$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin Beck depresyon ile Beck anksiyete puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,59$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile problem çözme puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,06$, $p>0,05$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile problem çözme puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,02$, $p>0,05$); 200 itfaiyecinin Beck depresyon ile problem çözme puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı ($r=0,06$, $p>0,05$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile sosyal destek arama puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=-0,10$, $p>0,05$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile sosyal destek arama puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,05$, $p>0,05$); 200 itfaiyecinin Beck depresyon ile sosyal destek arama puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı ($r=-0,01$, $p>0,05$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile kaçınma puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,31$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile kaçınma puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,35$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin Beck depresyon ile kaçınma puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,35$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile başa çıkma stratejileri puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,13$, $p>0,05$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck depresyon ile başa çıkma stratejileri puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,18$, $p>0,05$); 200 itfaiyecinin Beck depresyon ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde çok zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,17$, $p<0,05$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck anksiyete ile problem çözme puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,00$, $p>0,05$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck anksiyete ile problem çözme puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=-0,09$, $p>0,05$); 200 itfaiyecinin Beck anksiyete ile problem çözme puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı ($r=-0,04$, $p>0,05$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck anksiyete ile sosyal destek arama puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=-0,14$, $p>0,05$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck anksiyete ile sosyal destek arama puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=-0,04$, $p>0,05$); 200 itfaiyecinin Beck anksiyete ile sosyal destek arama puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı ($r=-0,09$, $p>0,05$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck anksiyete ile kaçınma puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,29$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100

itfaiyecinin Beck anksiyete ile kaçınma puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,19$, $p>0,05$); 200 itfaiyecinin Beck anksiyete ile kaçınma puanı arasında aynı yönde çok zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,25$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck anksiyete ile başa çıkma stratejileri puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,05$, $p>0,05$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin Beck anksiyete ile başa çıkma stratejileri puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,00$, $p>0,05$); 200 itfaiyecinin Beck anksiyete ile başa çıkma stratejileri puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=0,03$, $p>0,05$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin problem çözme ile sosyal destek arama puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,58$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin problem çözme ile sosyal destek arama puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,37$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin problem çözme ile sosyal destek arama puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,48$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin problem çözme ile kaçınma puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,42$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin problem çözme ile kaçınma puanı arasında aynı yönde çok zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,25$, $p<0,05$); 200 itfaiyecinin problem çözme ile kaçınma puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,34$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin problem çözme ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,83$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin problem çözme ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,69$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin problem çözme ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,76$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin sosyal destek arama ile kaçınma puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,38$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin sosyal destek arama ile kaçınma puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,37$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin sosyal destek arama ile kaçınma puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu ($r=0,36$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin sosyal destek arama ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,82$, $p<0,01$); Anadolu

bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin sosyal destek arama ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,80$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin sosyal destek arama ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,81$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin kaçınma ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,68$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin kaçınma ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,67$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin kaçınma ile başa çıkma stratejileri puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,68$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

4.4. Bölgeye Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

İtfaiyecilerin çalıştıkları bölgeye göre Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki farklılıklar Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Bölgeye Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

N=200		Bölge	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	Z	P
BDÖ	Beck Depresyon	Avrupa	100	8,56	9,31	91,60	-2,180	0,03*
		Anadolu	100	9,57	7,12	109,41		
BAÖ	Beck Anksiyete	Avrupa	100	7,17	9,97	96,53	-0,976	0,33
		Anadolu	100	7,33	8,32	104,48		
BÇSÖ	Problem Çözme	Avrupa	100	25,52	5,01	96,08	-1,084	0,28
		Anadolu	100	26,34	4,56	104,93		
	Sosyal Destek Arama	Avrupa	100	20,31	5,54	96,60	-0,956	0,34
		Anadolu	100	21,02	4,74	104,41		
	Kaçınma	Avrupa	100	19,68	4,74	93,54	-1,706	0,09
		Anadolu	100	20,55	4,12	107,46		
	Başa Çıkma Stratejileri	Avrupa	100	65,51	12,50	94,90	-1,370	0,17
		Anadolu	100	67,91	10,46	106,10		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$: İlişki Var

Avrupa bölgesinde çalışan itfaiyeciler ile Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri

puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin Beck depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur.

4.5. Demografik Değişkenlere Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

İtfaiyecilerin yaşlarına göre Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. Yaşlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge	Ölçekler		Yaş	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	Z/T	P
Avrupa N=100	BDÖ	Beck Depresyon	< 38 Yaş	47	8,55	8,30	52,05	Z	0,61
			≥ 38 Yaş	53	8,57	10,20	49,12	-0,505	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< 38 Yaş	47	8,13	10,18	52,81	Z	0,45
			≥ 38 Yaş	53	6,32	9,81	48,45	-0,755	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< 38 Yaş	47	25,83	4,89	51,96	Z	0,64
			≥ 38 Yaş	53	25,25	5,14	49,21	-0,474	
		Sosyal Destek Arama	< 38 Yaş	47	20,77	5,70	52,98	T	0,44
			≥ 38 Yaş	53	19,91	5,42	48,30	0,774	
		Kaçınma	< 38 Yaş	47	20,34	5,04	53,77	T	0,19
			≥ 38 Yaş	53	19,09	4,43	47,60	1,316	
		Başa Çıkma Stratejileri	< 38 Yaş	47	66,94	12,73	53,38	Z	0,35
			≥ 38 Yaş	53	64,25	12,27	47,94	-0,936	
Anadolu N=100	BDÖ	Beck Depresyon	< 38 Yaş	44	9,07	6,35	49,30	Z	0,71
			≥ 38 Yaş	56	9,96	7,70	51,45	-0,369	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< 38 Yaş	44	7,55	8,62	50,05	Z	0,89
			≥ 38 Yaş	56	7,16	8,16	50,86	-0,139	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< 38 Yaş	44	26,64	4,27	51,49	Z	0,76
			≥ 38 Yaş	56	26,11	4,81	49,72	-0,303	
		Sosyal Destek Arama	< 38 Yaş	44	21,64	5,07	54,40	T	0,25
			≥ 38 Yaş	56	20,54	4,46	47,44	1,154	
		Kaçınma	< 38 Yaş	44	21,48	4,06	56,67	Z	0,06
			≥ 38 Yaş	56	19,82	4,05	45,65	-1,893	
		Başa Çıkma Stratejileri	< 38 Yaş	44	69,75	10,31	55,47	Z	0,13
			≥ 38 Yaş	56	66,46	10,44	46,60	-1,519	
Toplam N=200	BDÖ	Beck Depresyon	< 38 Yaş	91	8,80	7,38	100,87	Z	0,93
			≥ 38 Yaş	109	9,28	8,99	100,19	-0,082	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< 38 Yaş	91	7,85	9,41	102,43	Z	0,66
			≥ 38 Yaş	109	6,75	8,97	98,89	-0,434	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< 38 Yaş	91	26,22	4,59	102,70	Z	0,62
			≥ 38 Yaş	109	25,69	4,97	98,66	-0,493	
		Sosyal Destek Arama	< 38 Yaş	91	21,19	5,39	106,65	Z	0,17
			≥ 38 Yaş	109	20,23	4,93	95,37	-1,376	
		Kaçınma	< 38 Yaş	91	20,89	4,60	109,57	Z	0,04*
			≥ 38 Yaş	109	19,47	4,23	92,93	-2,031	
		Başa Çıkma Stratejileri	< 38 Yaş	91	68,30	11,64	107,96	Z	0,10
			≥ 38 Yaş	109	65,39	11,37	94,28	-1,666	

Z: Mann Whitney U Testi, T: Bağımsız Örneklem T Testi, * $p<0,05$: İlişki Var

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yaşlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yaşlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Toplam 200 itfaiyecinin yaşlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), 38 yaşın altında olan itfaiyecilerin, 38 yaş ve üstünde olan itfaiyecilere kıyasla kaçınma puanları daha yüksek bulunmuştur.

İtfaiyecilerin eğitim durumlarına göre Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8. Eğitim Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge	Ölçekler		Eğitim Düzeyi	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	Z/T	p
Avrupa N=100	BDÖ	Beck Depresyon	< Lisans	44	8,57	8,94	52,06	Z	0,63
			≥ Lisans	56	8,55	9,66	49,28	-0,477	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< Lisans	44	5,82	6,76	49,55	Z	0,77
			≥ Lisans	56	8,23	11,86	51,25	-0,294	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< Lisans	44	25,00	4,77	46,80	Z	0,26
			≥ Lisans	56	25,93	5,19	53,41	-1,135	
		Sosyal Destek Arama	< Lisans	44	20,57	5,32	51,39	T	0,68
			≥ Lisans	56	20,11	5,74	49,80	0,411	
		Kaçınma	< Lisans	44	19,52	4,69	49,55	T	0,77
			≥ Lisans	56	19,80	4,82	51,25	-0,293	
		Başa Çıkma Stratejileri	< Lisans	44	65,09	12,09	49,81	Z	0,83
			≥ Lisans	56	65,84	12,92	51,04	-0,212	
Anadolu N=100	BDÖ	Beck Depresyon	< Lisans	47	10,32	8,95	50,35	Z	0,96
			≥ Lisans	53	8,91	4,96	50,63	-0,048	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< Lisans	47	8,72	10,29	52,33	Z	0,55
			≥ Lisans	53	6,09	5,91	48,88	-0,597	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< Lisans	47	26,53	4,40	50,95	Z	0,88
			≥ Lisans	53	26,17	4,74	50,10	-0,146	
		Sosyal Destek Arama	< Lisans	47	21,38	5,13	52,46	T	0,47
			≥ Lisans	53	20,70	4,40	48,76	0,719	
		Kaçınma	< Lisans	47	20,94	4,20	51,81	Z	0,67
			≥ Lisans	53	20,21	4,05	49,34	-0,427	
		Başa Çıkma Stratejileri	< Lisans	47	68,85	10,93	51,47	Z	0,75
			≥ Lisans	53	67,08	10,05	49,64	-0,315	
Toplam	BDÖ	Beck Depresyon	< Lisans	91	9,47	8,94	101,76	Z	0,78

			$\geq$ Lisans	109	8,72	7,71	99,44	-0,283	
	BAÖ	Beck Anksiyete	$<$ Lisans	91	7,32	8,84	101,08	Z	
			$\geq$ Lisans	109	7,19	9,47	100,01	-0,131	0,90
		Problem Çözme	$<$ Lisans	91	25,79	4,62	97,60	Z	
			$\geq$ Lisans	109	26,05	4,95	102,92	-0,650	0,52
	BÇSÖ	Sosyal Destek Arama	$<$ Lisans	91	20,99	5,21	103,25	Z	
			$\geq$ Lisans	109	20,39	5,12	98,20	-0,616	0,54
		Kaçınma	$<$ Lisans	91	20,25	4,48	101,20	Z	
			$\geq$ Lisans	109	20,00	4,45	99,91	-0,158	0,88
		Başa Çıkma Stratejileri	$<$ Lisans	91	67,03	11,59	101,16	Z	
			$\geq$ Lisans	109	66,44	11,57	99,95	-0,147	0,88

Z: Mann Whitney U Testi, T: Bağımsız Örneklem T Testi, * $p < 0,05$: İlişki Var

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin eğitim durumlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$).

Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin eğitim durumlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$).

Toplam 200 itfaiyecinin eğitim durumlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$).

İtfaiyecilerin medeni durumlarına göre Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 9. Medeni Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge	Ölçekler	Medeni Durum	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	Z/T	p
Avrupa N=100	BDÖ	Beck Depresyon	Evli	81	9,05	9,62	52,16	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	19	6,47	7,68	43,42	-1,185
	BAÖ	Beck Anksiyete	Evli	81	7,40	10,14	52,07	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	19	6,21	9,44	43,82	-1,124
	BÇSÖ	Problem Çözme	Evli	81	25,32	4,91	49,01	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	19	26,37	5,46	56,87	-1,066
		Sosyal Destek Arama	Evli	81	20,27	5,61	49,85	T
			Bekâr/Boşanmış/Dul	19	20,47	5,38	53,26	-0,142
		Kaçınma	Evli	81	19,42	4,73	48,52	T
			Bekâr/Boşanmış/Dul	19	20,79	4,78	58,92	-1,135
		Başa Çıkma Stratejileri	Evli	81	65,01	12,38	48,62	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	19	67,63	13,12	58,53	-1,341
Anadolu N=100	BDÖ	Beck Depresyon	Evli	86	9,37	6,46	50,60	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	14	10,79	10,53	49,89	-0,085
	BAÖ	Beck Anksiyete	Evli	86	7,00	7,50	50,61	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	14	9,36	12,43	49,82	-0,095
	BÇSÖ	Problem Çözme	Evli	86	25,94	4,72	48,09	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	14	28,79	2,36	65,32	-2,069
		Sosyal Destek Arama	Evli	86	20,81	4,66	48,94	T
			Bekâr/Boşanmış/Dul	14	22,29	5,24	60,11	-1,077
		Kaçınma	Evli	86	20,37	4,25	48,80	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	14	21,64	3,05	60,93	-1,456
		Başa Çıkma Stratejileri	Evli	86	67,13	10,69	47,63	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	14	72,71	7,56	68,11	-2,451
Toplam N=200	BDÖ	Beck Depresyon	Evli	167	9,22	8,13	102,59	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	33	8,30	9,10	89,91	-1,153
	BAÖ	Beck Anksiyete	Evli	167	7,19	8,85	102,25	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	33	7,55	10,74	91,64	-0,967
	BÇSÖ	Problem Çözme	Evli	167	25,64	4,81	96,63	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	33	27,39	4,53	120,09	-2,134
		Sosyal Destek Arama	Evli	167	20,55	5,13	98,45	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	33	21,24	5,32	110,89	-1,131
		Kaçınma	Evli	167	19,91	4,50	96,96	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	33	21,15	4,10	118,42	-1,953
		Başa Çıkma Stratejileri	Evli	167	66,10	11,55	95,90	Z
			Bekâr/Boşanmış/Dul	33	69,79	11,25	123,79	-2,531

Z: Mann Whitney U Testi, T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p<0,05: İlişki Var

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin medeni durumlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin medeni durumlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, sosyal destek arama, kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); problem çözme, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), bekâr/boşanmış/dul olan itfaiyecilerin, evli olan itfaiyecilere kıyasla problem çözme, başa çıkma stratejileri puanları daha yüksek bulunmuştur.

Toplam 200 itfaiyecinin medeni durumlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, sosyal destek arama, kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); problem çözme, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), bekâr/boşanmış/dul olan itfaiyecilerin, evli olan itfaiyecilere kıyasla problem çözme, başa çıkma stratejileri puanları daha yüksek bulunmuştur.

İtfaiyecilerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 10 ve Tablo 11’de yer almaktadır.

Avrupa bölgesinde çalışan ve evli, boşanmış/dul olan 85 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre Beck depresyon, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), farklılıkların hangi çocuk sayıları arasında olduğuna dair ikili karşılaştırmalar Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 10. Sahip Olunan Çocuk Sayılarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge	Ölçekler		Çocuk Sayısı	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	χ^2/F	P
Avrupa N=85	BDÖ	Beck Depresyon	Çocuk Yok	9	8,44	7,68	42,39	χ^2 5,458	0,14
			1 Çocuk	21	13,10	11,32	53,43		
			2 Çocuk	29	9,17	11,07	40,90		
			3 Çocuk ve Üstü	26	6,69	6,44	37,13		
			Çocuk Yok	9	3,33	2,74	34,50		
	BAÖ	Beck Anksiyete	1 Çocuk	21	12,14	13,18	57,24	χ^2 9,671	0,02*
			2 Çocuk	29	7,21	9,62	39,67		
			3 Çocuk ve Üstü	26	6,00	8,46	38,15		
			Çocuk Yok	9	27,78	3,67	55,06		
	BÇSÖ	Problem Çözme	1 Çocuk	21	25,48	4,65	43,17	χ^2 2,537	0,47
			2 Çocuk	29	24,76	5,76	40,98		
			3 Çocuk ve Üstü	26	24,81	5,06	40,94		
			Çocuk Yok	9	20,89	6,33	44,61		
		Sosyal Destek Arama	1 Çocuk	21	20,24	4,66	44,43	F 0,427	0,73
			2 Çocuk	29	20,72	6,74	44,55		
			3 Çocuk ve Üstü	26	19,12	5,12	39,56		
		Kaçınma	Çocuk Yok	9	19,89	3,92	46,44	F 0,213	0,89
			1 Çocuk	21	19,76	5,05	43,52		
			2 Çocuk	29	19,90	5,45	44,02		
			3 Çocuk ve Üstü	26	18,92	4,56	40,25		
Başa Çıkma Stratejileri	Çocuk Yok	9	68,56	10,47	50,89	χ^2 1,291	0,73		
	1 Çocuk	21	65,48	9,88	43,90				
	2 Çocuk	29	65,38	15,41	42,36				
	3 Çocuk ve Üstü	26	62,85	12,61	40,25				
Avrupa N=88	BDÖ	Beck Depresyon	Çocuk Yok	7	8,57	6,29	41,14	χ^2 2,381	0,50
			1 Çocuk	14	7,50	5,42	37,57		
			2 Çocuk	37	10,65	7,14	48,95		

	BAÖ	Beck Anksiyete	3 Çocuk ve Üstü	30	9,70	8,34	43,03	χ^2 7,476	0,06
			Çocuk Yok	7	4,00	6,33	30,43		
			1 Çocuk	14	3,50	3,59	32,86		
			2 Çocuk	37	8,89	8,41	50,95		
			3 Çocuk ve Üstü	30	8,00	9,92	45,27		
	BÇSÖ	Problem Çözme	Çocuk Yok	7	27,14	3,93	50,86	χ^2 2,300	0,51
			1 Çocuk	14	25,43	5,29	41,18		
			2 Çocuk	37	25,22	4,95	40,96		
			3 Çocuk ve Üstü	30	26,90	4,16	48,93		
			Çocuk Yok	7	23,71	6,85	53,86	F 0,993	0,40
		Sosyal Destek Arama	1 Çocuk	14	20,21	4,10	40,61		
			2 Çocuk	37	20,68	4,66	44,05		
			3 Çocuk ve Üstü	30	20,80	4,27	44,68		
		Kaçınma	Çocuk Yok	7	24,43	5,03	62,86	χ^2 4,095	0,25
			1 Çocuk	14	19,79	4,84	41,11		
			2 Çocuk	37	20,05	4,18	42,66		
			3 Çocuk ve Üstü	30	20,20	3,39	44,07		
		Başa Çıkma Stratejileri	Çocuk Yok	7	75,29	14,48	59,14	χ^2 4,029	0,26
			1 Çocuk	14	65,43	10,82	39,25		
			2 Çocuk	37	65,95	11,12	41,11		
			3 Çocuk ve Üstü	30	67,90	8,34	47,72		

N: Evli, Boşanmış/Dul olan Kişilerin Sayısı, χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, *p<0,05: İlişki Var

Anadolu bölgesinde çalışan ve evli, boşanmış/dul olan 88 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir (p>0,05).

Tablo 11. Sahip Olunan Çocuk Sayılarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Bölge	Ölçekler		Çocuk Sayısı	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	χ^2	p
Toplam N=173	BDÖ	Beck Depresyon	Çocuk Yok	16	8,50	6,88	82,88	2,132	0,55
			1 Çocuk	35	10,86	9,71	94,11		
			2 Çocuk	66	10,00	9,03	90,08		
			3 Çocuk ve Üstü	56	8,30	7,60	80,11		
	BAÖ	Beck Anksiyete	Çocuk Yok	16	3,63	4,49	64,97	4,967	0,17
			1 Çocuk	35	8,69	11,21	95,59		
			2 Çocuk	66	8,15	8,93	91,15		
			3 Çocuk ve Üstü	56	7,07	9,24	83,04		
	BÇSÖ	Problem Çözme	Çocuk Yok	16	27,50	3,67	105,06	3,243	0,36
			1 Çocuk	35	25,46	4,84	83,74		
			2 Çocuk	66	25,02	5,28	81,61		
			3 Çocuk ve Üstü	56	25,93	4,67	90,22		
		Sosyal Destek Arama	Çocuk Yok	16	22,13	6,50	95,69	0,838	0,84
			1 Çocuk	35	20,23	4,38	84,97		
			2 Çocuk	66	20,70	5,62	88,65		
			3 Çocuk ve Üstü	56	20,02	4,72	83,84		

		Üstü							
		Çocuk Yok	16	21,88	4,87	105,22			
		1 Çocuk	35	19,77	4,89	83,60			
		2 Çocuk	66	19,98	4,74	86,67			
		3 Çocuk ve Üstü	56	19,61	3,99	84,30			
		Çocuk Yok	16	71,50	12,42	107,09			
		1 Çocuk	35	65,46	10,11	83,13			
		2 Çocuk	66	65,70	13,07	83,58			
		3 Çocuk ve Üstü	56	65,55	10,74	87,71			

N: Evli, Boşanmış/Dul olan Kişilerin Sayısı, χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, * $p<0,05$: İlişki Var

Evli, boşanmış/dul olan toplam 173 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 12. Avrupa Bölgesinde Çalışan İtfaiyecilerin Çocuk Sayılarına Göre Beck Anksiyete Puanlarının İkili Karşılaştırması

Çocuk Sayısı		Avrupa Beck Anksiyete P
Çocuk Yok	1 Çocuk	0,007*
	2 Çocuk	0,690
	3 Çocuk ve Üstü	0,834
1 Çocuk	Çocuk Yok	-
	2 Çocuk	0,019
	3 Çocuk ve Üstü	0,009*
2 Çocuk	Çocuk Yok	-
	1 Çocuk	-
	3 Çocuk ve Üstü	0,858
3 Çocuk ve Üstü	Çocuk Yok	-
	1 Çocuk	-
	2 Çocuk	-

p: Mann Whitney U Testi, * $p<0,017$: İlişki Var

Avrupa bölgesinde çalışan 85 itfaiyecinin Beck anksiyete puanları arasındaki farklılıkların hangi çocuk sayıları arasında olduğuna dair ikili karşılaştırmalarına baktığımızda;

Çocuğu olmayan itfaiyeciler ile 1 çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,017$); 1 çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları, çocuğu olmayan itfaiyecilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Çocuğu olmayan itfaiyeciler ile 2 çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,017$).

Çocuğu olmayan itfaiyeciler ile 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,017$).

1 Çocuğu olan itfaiyeciler ile 2 çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,017$).

1 Çocuğu olan itfaiyeciler ile 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,017$), 1 çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları, 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

2 Çocuğu olan itfaiyeciler ile 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,017$).

İtfaiyecilerin mesleğe başlama yaşlarına göre Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 13'te yer almaktadır.

Tablo 13. Mesleğe Başlama Yaşlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge			Mesleğe Başlama Yaşı	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	Z/T	P
Avrupa N=100	BDÖ	Beck Depresyon	< 26 Yaş	44	8,02	7,41	50,56	Z	0,99
			≥ 26 Yaş	56	8,98	10,61	50,46	-0,017	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< 26 Yaş	44	8,34	9,49	55,68	Z	0,11
			≥ 26 Yaş	56	6,25	10,32	46,43	-1,594	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< 26 Yaş	44	26,36	4,35	54,45	Z	0,23
			≥ 26 Yaş	56	24,86	5,42	47,39	-1,212	
		Sosyal Destek Arama	< 26 Yaş	44	21,55	5,17	57,34	T	0,04*
			≥ 26 Yaş	56	19,34	5,67	45,13	2,007	
		Kaçınma	< 26 Yaş	44	19,75	3,88	52,13	T	0,90
			≥ 26 Yaş	56	19,63	5,36	49,22	0,130	
		Başa Çıkma Stratejileri	< 26 Yaş	44	67,66	10,07	55,59	Z	0,12
			≥ 26 Yaş	56	63,82	13,98	46,50	-1,556	
Anadolu N=100	BDÖ	Beck Depresyon	< 26 Yaş	59	10,88	8,19	55,14	Z	0,06
			≥ 26 Yaş	41	7,68	4,69	43,83	-1,921	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< 26 Yaş	59	9,07	9,66	55,80	Z	0,03*
			≥ 26 Yaş	41	4,83	5,03	42,88	-2,200	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< 26 Yaş	59	26,39	4,20	50,07	Z	0,86
			≥ 26 Yaş	41	26,27	5,09	51,12	-0,179	
		Sosyal Destek	< 26 Yaş	59	21,39	4,67	52,58	T	0,35

Toplam N=200		Arama	≥ 26 Yaş	41	20,49	4,86	47,50	0,935	0,11
		Kaçınma	< 26 Yaş	59	21,05	3,53	54,35	Z	
			≥ 26 Yaş	41	19,83	4,80	44,96	-1,598	
		Baş Çıkma Stratejileri	< 26 Yaş	59	68,83	9,46	53,69	Z	
			≥ 26 Yaş	41	66,59	11,74	45,90	-1,323	0,19
	BDÖ	Beck Depresyon	< 26 Yaş	103	9,66	7,95	106,40	Z	0,14
			≥ 26 Yaş	97	8,43	8,61	94,23	-1,489	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< 26 Yaş	103	8,76	9,55	111,47	Z	0,01*
			≥ 26 Yaş	97	5,65	8,49	88,85	-2,776	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< 26 Yaş	103	26,38	4,25	104,08	Z	0,37
			≥ 26 Yaş	97	25,45	5,30	96,70	-0,903	
		Sosyal Destek Arama	< 26 Yaş	103	21,46	4,86	109,62	Z	0,02*
			≥ 26 Yaş	97	19,82	5,35	90,82	-2,301	
		Kaçınma	< 26 Yaş	103	20,50	3,72	107,17	Z	0,09
			≥ 26 Yaş	97	19,71	5,10	93,42	-1,684	
		Baş Çıkma Stratejileri	< 26 Yaş	103	68,33	9,70	109,01	Z	0,03*
			≥ 26 Yaş	97	64,99	13,08	91,46	-2,144	

Z: Mann Whitney U Testi, T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p<0,05: İlişki Var

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); sosyal destek arama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), 26 yaşın altında mesleğe başlayan itfaiyecilerin, 26 yaş ve üstünde mesleğe başlayan itfaiyecilere kıyasla sosyal destek arama puanları daha yüksek bulunmuştur.

Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre Beck depresyon, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), 26 yaşın altında mesleğe başlayan itfaiyecilerin, 26 yaş ve üstünde mesleğe başlayan itfaiyecilere kıyasla Beck anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur.

Toplam 200 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre Beck depresyon, problem çözme, kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); Beck anksiyete, sosyal destek arama, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), 26 yaşın altında mesleğe başlayan itfaiyecilerin, 26 yaş ve üstünde mesleğe başlayan itfaiyecilere kıyasla Beck anksiyete, sosyal destek arama, başa çıkma stratejileri puanları daha yüksek bulunmuştur.

İtfaiyecilerin meslekteki çalışma sürelerine göre Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği, alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 14'tedir.

Tablo 14. Meslekteki Çalışma Sürelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge	Ölçekler		Meslekteki Çalışma Süresi	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	Z/T	P
Avrupa N=100	BDÖ	Beck Depresyon	< 13 Yıl	47	7,98	7,89	50,47	Z	0,99
			≥ 13 Yıl	53	9,08	10,45	50,53	-0,010	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< 13 Yıl	47	6,38	9,21	46,78	Z	0,22
			≥ 13 Yıl	53	7,87	10,64	53,80	-1,217	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< 13 Yıl	47	25,89	4,90	52,12	Z	0,60
			≥ 13 Yıl	53	25,19	5,13	49,07	-0,526	
		Sosyal Destek Arama	< 13 Yıl	47	20,57	5,37	51,38	T	0,66
			≥ 13 Yıl	53	20,08	5,73	49,72	0,448	
		Kaçınma	< 13 Yıl	47	20,43	5,32	53,59	T	0,14
			≥ 13 Yıl	53	19,02	4,11	47,76	1,490	
	Başa Çıkma Stratejileri	< 13 Yıl	47	66,89	12,58	52,97	Z	0,42	
		≥ 13 Yıl	53	64,28	12,42	48,31	-0,802		
Anadolu N=100	BDÖ	Beck Depresyon	< 13 Yıl	43	9,60	6,17	51,98	Z	0,66
			≥ 13 Yıl	57	9,54	7,81	49,39	-0,443	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< 13 Yıl	43	7,02	7,11	50,69	Z	0,96
			≥ 13 Yıl	57	7,56	9,19	50,36	-0,056	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< 13 Yıl	43	26,86	4,30	53,22	Z	0,41
			≥ 13 Yıl	57	25,95	4,75	48,45	-0,818	
		Sosyal Destek Arama	< 13 Yıl	43	21,88	5,15	56,71	T	0,11
			≥ 13 Yıl	57	20,37	4,35	45,82	1,594	
		Kaçınma	< 13 Yıl	43	21,37	4,18	55,90	Z	0,11
			≥ 13 Yıl	57	19,93	3,99	46,43	-1,622	
	Başa Çıkma Stratejileri	< 13 Yıl	43	70,12	10,55	57,27	Z	0,04*	
		≥ 13 Yıl	57	66,25	10,16	45,39	-2,028		
Toplam N=200	BDÖ	Beck Depresyon	< 13 Yıl	90	8,76	7,13	101,45	Z	0,83
			≥ 13 Yıl	110	9,32	9,14	99,72	-0,210	
	BAÖ	Beck Anksiyete	< 13 Yıl	90	6,69	8,23	96,48	Z	0,37
			≥ 13 Yıl	110	7,71	9,87	103,79	-0,892	
	BÇSÖ	Problem Çözme	< 13 Yıl	90	26,36	4,62	104,57	Z	0,37
			≥ 13 Yıl	110	25,58	4,93	97,17	-0,901	
		Sosyal Destek Arama	< 13 Yıl	90	21,20	5,28	106,65	Z	0,17
			≥ 13 Yıl	110	20,23	5,04	95,47	-1,362	
		Kaçınma	< 13 Yıl	90	20,88	4,80	108,70	Z	0,07
			≥ 13 Yıl	110	19,49	4,05	93,79	-1,818	
	Başa Çıkma Stratejileri	< 13 Yıl	90	68,43	11,70	109,16	Z	0,06	
		≥ 13 Yıl	110	65,30	11,30	93,42	-1,914		

Z: Mann Whitney U Testi, T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p<0,05: İlişki Var

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin meslekteki çalışma sürelerine göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir (p>0,05).

Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin meslekteki çalışma sürelerine göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), meslekteki çalışma süresi 13 yılın altında olan itfaiyecilerin, meslekteki çalışma süresi 13 yıl ve üstünde olan itfaiyecilere kıyasla başa çıkma stratejileri puanları daha yüksek bulunmuştur.

Toplam 200 itfaiyecinin meslekteki çalışma sürelerine göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

İtfaiyecilerin gelir düzeylerine göre Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, başa çıkma stratejileri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 15'te yer almaktadır.

Tablo 15. Gelir Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge			Gelir Düzeyi	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	χ^2/F	p
Avrupa N=100	BDÖ	Beck Depresyon	Düşük	7	12,57	12,01	61,50	χ^2 2,348	0,31
			Orta	87	8,23	9,36	48,79		
			Yüksek	6	8,67	3,14	62,50		
	BAÖ	Beck Anksiyete	Düşük	7	11,57	13,38	58,86	χ^2 1,153	0,56
			Orta	87	7,06	9,93	50,44		
			Yüksek	6	3,67	4,03	41,67		
	BÇSÖ	Problem Çözme	Düşük	7	23,86	7,34	46,93	χ^2 0,466	0,79
			Orta	87	25,79	4,61	51,24		
			Yüksek	6	23,50	7,56	44,00		
		Sosyal Destek Arama	Düşük	7	17,43	4,93	35,57	F 1,391	0,25
			Orta	87	20,66	5,55	52,44		
			Yüksek	6	18,67	5,61	39,75		
		Kaçınma	Düşük	7	19,00	4,47	49,50	F 0,235	0,79
			Orta	87	19,80	4,75	50,92		
			Yüksek	6	18,67	5,61	45,58		
		Başa Çıkma Stratejileri	Düşük	7	60,29	15,41	43,00	χ^2 1,074	0,58
			Orta	87	66,25	12,04	51,66		
			Yüksek	6	60,83	15,56	42,42		
Anadolu N=100	BDÖ	Beck Depresyon	Düşük	10	9,00	8,56	45,95	χ^2 1,520	0,47
			Orta	87	9,77	7,06	51,64		
			Yüksek	3	5,67	2,08	32,67		
	BAÖ	Beck Anksiyete	Düşük	10	8,30	10,31	50,85	χ^2 0,002	1,00
			Orta	87	7,24	8,21	50,47		
			Yüksek	3	6,67	7,02	50,33		
	BÇSÖ	Problem Çözme	Düşük	10	26,30	5,44	50,50	χ^2 2,447	0,29
			Orta	87	26,21	4,50	49,61		
			Yüksek	3	30,33	1,53	76,17		
		Sosyal Destek Arama	Düşük	10	22,00	5,14	51,60	F 0,533	0,59
			Orta	87	20,84	4,77	49,76		
			Yüksek	3	23,00	1,73	68,17		
		Kaçınma	Düşük	10	19,80	3,97	46,70	χ^2 0,828	0,66
			Orta	87	20,59	4,16	50,47		
			Yüksek	3	22,00	4,36	64,00		
		Başa Çıkma Stratejileri	Düşük	10	68,10	10,75	50,40	χ^2 2,861	0,24
			Orta	87	67,63	10,56	49,55		
			Yüksek	3	75,33	3,79	78,33		
Toplam N=200	BDÖ	Beck Depresyon	Düşük	17	10,47	9,93	105,62	χ^2 0,158	0,92
			Orta	174	9,00	8,30	99,92		
			Yüksek	9	7,67	3,08	102,06		
	BAÖ	Beck Anksiyete	Düşük	17	9,65	11,39	108,21	χ^2 0,840	0,66
			Orta	174	7,15	9,08	100,47		
			Yüksek	9	4,67	4,98	86,44		
	BÇSÖ	Problem Çözme	Düşük	17	25,29	6,19	97,91	χ^2 0,187	0,91
			Orta	174	26,00	4,54	100,36		
			Yüksek	9	25,78	6,92	108,00		
		Sosyal Destek Arama	Düşük	17	20,12	5,42	90,62	χ^2 0,640	0,73
			Orta	174	20,75	5,16	101,72		
			Yüksek	9	20,11	5,01	95,61		
		Kaçınma	Düşük	17	19,47	4,06	97,06	χ^2 0,067	0,97
			Orta	174	20,20	4,47	100,85		
			Yüksek	9	19,78	5,22	100,22		
		Başa Çıkma Stratejileri	Düşük	17	64,88	13,03	95,26	χ^2 0,207	0,90
			Orta	174	66,94	11,31	100,76		
			Yüksek	9	65,67	14,41	105,39		

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, *p<0,05: İlişki Var

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Toplam 200 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).



BÖLÜM V: TARTIŞMA, SONUÇ, ÖNERİLER

5.1. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde yapılan istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgular tartışılmıştır. Bu kapsamda ilk olarak itfaiyecilerin baş etme stratejileri, depresyon ve anksiyete belirtileri ile bazı demografik değişkenler arasındaki (yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, mesleğe başlama yaşı, çalışma süresi ve gelir düzeyi) ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

İkinci olarak ise örneklem grubunda bulunan itfaiyecilerin baş etme stratejileri ile depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu bölümde, yapılan istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgular tartışılmış ve çalışmadaki bulgular diğer çalışmalardaki bulgular ile karşılaştırılıp anlamlandırılmaya çalışılmıştır.

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda Avrupa bölgesinde çalışan itfaiyeciler ile Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) fakat Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin Beck depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Bölgelere göre depresyon puanları arasındaki bu farklılığın nedeni olarak Avrupa yakasında Anadolu yakasına göre daha fazla itfaiye istasyonu olması ve Avrupa bölgesine göre sayıca az olan Anadolu yakasında çalışan itfaiyecilerin daha fazla operasyona katılmalarının etken olduğu söylenebilir. Depresyonun iş stresi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Kim,2013). Ayrıca itfaiyecilerde depresyon düzeyinin yüksek olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (Kim,2010).

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda Avrupa bölgesinde çalışan 100 ve Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yaşlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).Toplam 200 itfaiyecinin yaşlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); fakat kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), 38 yaşın altında olan itfaiyecilerin, 38 yaş ve üstünde olan itfaiyecilere kıyasla

kaçınma puanları daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan araştırmalar genç olan çalışanların mesleki travmalar karşısında daha büyük risk altında olduğunu göstermektedir (Kılıç,2015). İtfaiyecilerle yapılan bir diğer çalışma ise yaş ile depresyon belirtileri arasında ters yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir (Chiu,2010). Gerçekleştirilmiş bir diğer çalışma olan hasta grubuna uygulanan ölçeklerde hastanın yaşı ile başa çıkabilme puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Özarslan ve ark.2015).

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda Avrupa bölgesinde çalışan 100, Anadolu bölgesinde çalışan 100 ve toplam 200 itfaiyecinin eğitim durumlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$). Bu bulgular eğitim düzeyinin itfaiyecilerde depresyon anksiyete ve başa çıkma stratejileri puanlarını etkilemediğini göstermektedir. İtfaiye çalışanlarıyla yapılan bir araştırmaya göre çalışanların eğitim durumları ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Zafer,2016). Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da depresyon ve kontrol grubu arasında eğitim seviyesi dağılımı olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmektedir (Özarslan,2015). Var olan bir diğer araştırmaya göre de başa çıkma stratejilerinin eğitim düzeyi ile anlamlı bir ilişki içinde olmadığı gösterilmiştir (Şahin ve Erigüç,2000).

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin medeni durumlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$). Anadolu bölgesinde çalışan 100 ve toplam 200 itfaiyecinin medeni durumlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, sosyal destek arama, kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); problem çözme, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), bekâr/boşanmış/dul olan itfaiyecilerin, evli olan itfaiyecilere kıyasla problem çözme, başa çıkma stratejileri puanları daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarıyla ilgili yapılan bir araştırmada kişilerin medeni durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Saygın,2012). Yapılan bir diğer çalışmada ise depresyon ve kontrol grubu arasındaki medeni hal dağılımı açısından anlamlı bir ilişki bulunmadığı söylenmektedir (Özarslan ve ark.,2015). Bu literatürdeki bilgi ile uyumlu bir sonuçtur (Soskolne ve ark.,1996). Başa çıkma stratejileriyle ilgili bir başka çalışmada

ise evlilik deneyimi olmayan yaşlıların evlenmiş veya dul olan yaşlılara göre daha çok kaçınma davranışını kullandıkları bulunmuştur (Aysan ve Özben,2004).

Araştırma grubunda yer alan itfaiyecilerin boşanmış/dul olmalarına göre depresyon, anksiyete, başa çıkma stratejileri puanlarının farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için yeterli sayıda örneklem sayısı bulunmamaktadır. Bu kapsamda yeterli örneklem sayısı ile araştırmanın tekrarlanması daha sağlıklı bir sonuç elde edilmesini sağlayacaktır.

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda Anadolu bölgesinde çalışan ve evli, boşanmış/dul olan 88 itfaiyecinin ve evli, boşanmış/dul olan toplam 173 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$). Avrupa bölgesinde çalışan ve evli, boşanmış/dul olan 85 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre Beck depresyon, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$), farklılıkların hangi çocuk sayıları arasında olduğuna dair ikili karşılaştırmalara baktığımızda çocuğu olmayan itfaiyeciler ile 1 çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,017$); 1 çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları, çocuğu olmayan itfaiyecilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda 1 Çocuğu olan itfaiyeciler ile 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,017$), 1 çocuğu olan itfaiyecilerin Beck anksiyete puanları, 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. 1 çocuğu olan itfaiyecilerde, kendisine veya çocuğuna zarar gelme ihtimalinde soyunun devam edemeyeceği ve teselli bulabileceği başka evladının olmaması gibi bir bilinçaltıyla tek olan çocuğunun üzerine daha çok titreme ve kaybetme veya iyi, sağlıklı yetiştirememesi endişesinin varlığı söz konusu olabilir. Böyle bir endişe daha çok çocuğa sahip bir kişide, sağ kalacak olan çocuklarıyla acısını dindirebilme, onlarda teselli bulabilecek olma bilinçaltıyla kendini göstermiyor olabilir.

Yapılan çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular sonucunda Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); sosyal destek arama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu

gözlenmiş olup ($p<0,05$), 26 yaşın altında mesleğe başlayan itfaiyecilerin, 26 yaş ve üstünde mesleğe başlayan itfaiyecilere kıyasla sosyal destek arama puanları daha yüksek bulunmuştur.

Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre Beck depresyon, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); Beck anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), 26 yaşın altında mesleğe başlayan itfaiyecilerin, 26 yaş ve üstünde mesleğe başlayan itfaiyecilere kıyasla Beck anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur.

Toplam 200 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre Beck depresyon, problem çözme, kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); Beck anksiyete, sosyal destek arama, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), 26 yaşın altında mesleğe başlayan itfaiyecilerin, 26 yaş ve üstünde mesleğe başlayan itfaiyecilere kıyasla Beck anksiyete, sosyal destek arama, başa çıkma stratejileri puanları daha yüksek bulunmuştur. Gerçekleştirilen bir çalışmada ise mesleğe yeni başlayan hemşirelerin stres seviyesi daha yüksek bulunmuştur (Güreş,2010). Yapılan bir çalışmada başa çıkma tarzlarından kaçma-soyutlama, kaçma soyutlanma ve dine sığınmanın 30 yaş altı olan beden eğitimi öğretmenlerinde daha fazla görüldüğü, dolayısıyla mesleğe başlama yaşının artmasıyla başa çıkma stillerinin azaldığı kaydedilmiştir (Erkmen ve Çetin,2008).

Yapılan çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular sonucunda Avrupa bölgesinde çalışan 100 ve toplam 200 itfaiyecinin meslekteki çalışma sürelerine göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$). Yani Avrupa bölgesinde çalışan ve toplam 200 itfaiyecinin depresyon, anksiyete ve başa çıkma stratejilerinden aldığı puanlar meslekte çalışma sürelerine göre farklılık göstermemektedir. Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin meslekteki çalışma sürelerine göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), meslekteki çalışma süresi 13 yılın altında olan itfaiyecilerin, meslekteki çalışma süresi 13 yıl ve üstünde olan

itfaiyecilere kıyasla başa çıkma stratejileri puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde böyle bir araştırmaya rastlanmamakla birlikte mesleğe yeni başlamanın verdiği heyecan ve istekle kişiler kendilerinde uygun başa çıkma stratejileri geliştirerek belirli bir süre bunu koruyor olabilir.

Yapılan çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular sonucunda toplam 200 itfaiyecinin algılanan gelir düzeylerine göre Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$). Yani itfaiyecilerin algılanan gelir düzeylerine göre anksiyete, depresyon ve başa çıkma stratejileri puanları farklılık göstermemektedir. Kişilerin gelir düzeylerini yüksek ya da düşük algılamaları depresyon veya anksiyete bozukluğu geliştirilmelerinde veya sahip oldukları rahatsızlıkların üstesinden gelmede onlar için yeterli bir kaynak olmadığı düşünülmektedir.

5.2. SONUÇ

Araştırmanın bu bölümünde çalışmadan elde edilen sonuçlara değinilmiş ve bu sonuçlara bağlı olarak çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Avrupa bölgesinde çalışan itfaiyeciler ile Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı fakat Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenerek Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin Beck depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşa göre, toplam 200 itfaiyeciden 38 yaşın altında olanların, 38 yaş ve üstünde olanlara göre kaçınma puanları daha yüksek olduğu görülerek anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Eğitim durumlarına göre, toplam 200 itfaiyecinin, Beck depresyon, Beck anksiyete, problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma ve başa çıkma stratejileri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir

Medeni duruma göre, Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerden bekâr/boşanmış/dul olanların, evli olanlara kıyasla problem çözme, başa çıkma stratejileri puanları daha yüksek bulunmuştur.

Sahip olunan çocuk sayısına göre, Avrupa bölgesinde çalışan itfaiyecilerden 1 çocuğu olanların Beck anksiyete puanları, çocuğu olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Buna ek olarak Avrupa bölgesinde çalışan itfaiyecilerden 1 çocuğu olanların Beck anksiyete puanlarının, 3 ve üstünde çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Mesleğe başlama yaşına göre, Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyeciden 26 yaşın altında mesleğe başlayanların, 26 yaş ve üstünde mesleğe başlayanlara kıyasla sosyal destek arama puanları daha yüksek bulunmuştur. Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyeciden 26 yaşın altında mesleğe başlayanların, 26 yaş ve üstünde mesleğe başlayanlara göre ise Beck anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur.

Meslekte çalışma süresine göre, Anadolu bölgesinde görevini gerçekleştiren 100 itfaiyeciden meslekteki çalışma süresi 13 yılın altında olanların, meslekteki çalışma süresi 13 yıl ve üstünde olanlara kıyasla başa çıkma stratejileri puanları daha yüksek bulunmuştur.

Algılanan gelir düzeylerine göre, toplam 200 itfaiyecinin anksiyete, depresyon ve başa çıkma stratejileri puanları farklılık göstermemektedir.

5.3. ÖNERİLER

Araştırmanın örneklemini İstanbul Büyükşehir Belediyesinde itfaiyecilik mesleğini gerçekleştiren, aktif olarak operasyonlara katılan 200 çalışan oluşturmaktadır. İtfaiyecilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ve başa çıkma stratejilerine ilişkin daha geniş kapsamlı bir bilgilendirme olabilmesi adına daha büyük bir örneklem üzerinde araştırmaların yapılması en etkili çözümlerden biri olabilecektir.

İtfaiyecilerin günlük hayatlarında sıklıkla maruz kaldıkları stresörlere ve bunun sonucunda oluşabilecek ruhsal sıkıntılara yönelik, psikoloji seminer programları, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi ve aktifleştirilebilmesi konusunda bilgilendirici eğitimler ve grup çalışmaları gibi programlar düzenlenerek destek almaları sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- ACARKAN T, Nazlıkul H. (2017). Complementary Medicine Approach to Depression. *Journal of Complementary Medicine, Regulation and Neural Therapy*, 11(1).
- ANTONOVSKY A. (1995). Unraveling the mystery of health. How to deal with stress and not get sick, Warszawa: *Fundacja*.
- ATKINSON RL, ATKINSON RC, HILGARD ER. (1995). Psikolojiye Giriş. İstanbul. *Sosyal Yayınlar*.
- ATMACA G, DURAT G. (2016). Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 51-55.
- AUST H, RÜSCH D, SCHUSTER M, STURM T, BREHM F, NESTORIUC Y. (2016) Endişeli cerrahi hastalarında başa çıkma stratejileri. *BMC Sağlık Hizmetleri Araştırması*. 16(1), 250.
- AYLAZ R, GÜLLÜ E, GÜNEŞ G. (2011). Aeorobik Yürüme Egzersizin Depresif Belirtilere Etkisi: Egzersizin Depresyon Düzeyine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(4), 172-177.
- AYSAN F. (1994). Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği ve Güvenirliği. *I. Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitapçığı*. 1158-1168.
- AYSAN F, BOZKURT N. (1998). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Kullandığı Başa Çıkma Stratejileri ile Depresif Eğilimleri ve Olumsuz Otomatik Düşünceleri Arasındaki İlişki. *Ankara X. Ulusal Psikoloji Kongresi*.
- AYSAN F, ÖZBEN Ş. (2004). Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlının Kullandığı Başa Çıkma Startejileri. *Ege Eğitim Dergisi*, 5(2), 1-12.
- APA (American Psychiatric Association). (2000). DSM-IV text revision. Washington.
- BECK AT. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 4, 561-571.
- BECK AT, EMERY G. (2006). Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- BECK AT, WEISHAAR M. (2011). Cognitive Therapy. *Current Psychotherapies*. 9, Belmont.

- BILLINGS AG, MOOS RH. (1985). Life Stressors and Social Resources Affect Post-Treatment Outcomes Among Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 140–153.
- BLATT SJ. (1995). The Destructiveness of Perfectionism. Implications for the treatment of Depression. *American Psychologist*. 50(12), 1003–1020.
- BLATT SJ. (1999). Personality Factors in Brief Treatment of Depression: Further Analyses of the NIMH-Sponsored Treatment for Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy indications and outcomes*. Washington:American Psychiatric Press.
- BOUTEYRE E, MAUREL M, BERNAUD JL. (2007). Daily Hassles and Depressive Symptoms Among First Year Psychology Students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*. 23, 93–99.
- BOZKURT N. (1998). Lise Öğrencilerinin Okul Başarısızlıklarının Altında Yatan Depresyonla İlişkili Otomatik Düşünme Kalıpları. Yayınlanmamış Doktora Tezi, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- BUKBERG J, PENMAN D, HOLLAND JC. (1984). Depression in Hospitalized Cancer Patients. *Psychosomatic Medicine*, 46(3).
- BUSCH FN, RUDDEN MG, SHAPIRO T. (2004). Psychodynamic treatment of depression. Washington, DC:American Psychiatric Publishing.
- CANAN F, ATAÖĞLU A. (2010). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 11, 38-43.
- CHAO RC. (2012). Research Managing Perceived Stress Among College Students. *The Roles of Social Support and Dysfunctional Coping. Journal of College Counseling*. 15, 5–22.
- CHIU S, WEBBER MP, ZEIG OWENS R, GUSTAVE J, LEE R, KELLY KJ, RIZOTTO L, PREZANT DJ. (2010). Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in Screening for Major Depressive Disorder Among Retired Firefighters Exposed to the World Trade Center Disaster.
- CHORPITA BF, SOUTHAM GEROW MA. (2006). Fears and Anxieties. *Treatment of Childhood Disorders*. 3, 271–335. New York:Guilford Press.
- COMER RJ.(2013).Abnormal Psychology (8th ed.) New York:Worth Publishers.

- DANTZER R, O'CONNOR JC, Freund GG, ve ark. (2008). From Inflammation to Sickness and Depression. *When the Immune System Subjugates the Brain*. Nat Rev Neurosci. 9:46–56.
- DARDAS LA, AHMAD MM. (2015). Otistik Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynleri Arasında Stres ve Yaşam Kalitesi Arasında Aracı ve Moderatör Olarak Baş Etme Stratejileri. *Stres ve Sağlık*. 31(1), 5-12.
- DOMSCHKE K, DECKERT J. (2010). Genetics. *Behavioral Neurobiology of Anxiety and Its Treatment. Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 63–75, New York:Springer Science + Business Media.
- DURHAM RC. (2007). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*. ERKMENN, ÇETİN MÇ. (2008). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. (19), 231-242.
- EYSENCK MW. (2004). Approaches to Abnormality: *Psychology. An International Perspective*. 794-853, New York, NY:Psychology Press.
- FERRERI F, LAPP LK, PERETTI, CS. (2011). Current Research on Cognitive Aspects of Anxiety Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 24(1), 49–54.
- FRANK E, LEVENSON JC. (2011). Interpersonal psychotherapy. Washington, DC:American Psychological Association.
- FREDRICKSON B, JOINER T. (2002). Positive Emotions Trigger Upward Spirals Toward Emotional Well-being. *Psychol Sci*. 13, 172–75.
- GHAZANFARI F, GHADAM PE. (2008). Khoramabad Şehrinin Vatandaşlığında Ruh Sağlığı ve Baş Etme Stratejileri Arasındaki İlişki. *Üç Aylık Akıl Sağlığı Temelleri Dergisi*. 10(37), 47-54.
- GNILKA PB, CHANG CY, DEW BJ. (2012). The Relationship Between Supervisee Stress, Coping Resources, the Working Alliance, and the Supervisory Working Alliance. *Journal of Counseling & Development*. 90, 63–70.
- GREGORY AM, ELEY TC. (2007). Genetic Influences on Anxiety in Children: What We've Learned and Where We're Heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 10, 199–212.

- HAYES SC., LUOMA JB, BOND FW, MASUDA A, LILLIS J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavioral Research and Therapy*, 44, 1–25.
- HESZEN-NIEJODEK I. (2000). Stress and Coping-Major Controversy. *Man in times of stress*. Katowice: University of Silesia. 12–43. Polish.
- HELVACI ÇELİK F, HOCAOĞLU Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 6(1), 51-66.
- HIRSCHFELD RM. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 3, 244-254.
- HOLLON SD, DIGIUSEPPE R. (2011). Cognitive Theories of Psychotherapy. *History of psychotherapy: Continuity and Change*. 2, 203–241. Washington, DC: American Psychological Association.
- HORWATH E, ve ark. (2011). Epidemiology of Anxiety Disorders. *Textbook of Psychiatric Epidemiology*.
- IŞIK E, IŞIK, U, TANER Y. (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ziraat Grup Matbaacılık, Ankara.
- JACOB KS, PRINCE M, GOLDBERG D. (2010). Confirmatory Factor Analysis of Common Mental Disorders Across Cultures: Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder. *Refining the research agenda for DSM-V*. 191–210. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- JACOBSON NS, DOBSON KS, TRUAX PA, ADDIS ME, ve ark. (1996). A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64(2), 295–304.
- JACOBSON NS, MARTELL CR, DIMIDJIAN S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 8, 255–270.
- KARAMUSTAFALIOĞLU O, YUMRUKÇAL H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 45(2), 65-74.

- KAY J, TASMAN A. (2006). Psychological Factors Affecting Medical Condition. *Essential Psychiatry*. New Jersey: John Wiley & Sons, 811–22.
- KESSLER RC, NELSON CB, MC GONAGLE KA, ve ark. (1996). Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder in the General Population Results From the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry*. 30, 17-30.
- KILIÇ C. (1998). Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profiline T.C. Sağlık Bakanlığı*. Ankara.
- KIM MG, KIM K, RYOO J. (2013). Koreli Erkek İtfaiyecilerinde Mesleki Stres ve İşle İlgili Kas-İskelet Sistemi Bozuklukları Arasındaki İlişki. *Occup ve Çevre Med*. 25, 9.
- KIM TW, KIM KS, AHN YS. (2010). Relationship between Job Stress and Depressive Symptoms among Field Firefighters. *Korean J Occup Environ Med*. 22(4), 378-387.
- KIRKWOOD CK, MELTON ST. (2002). Anxiety Disorders. *Pharmacotherapy: A' pathophysiologic approach*. 5, New York, NY: McGraw-Hill.
- KWAAH Y, ESSILFIE G. (2017). Stress and Coping Strategies Among Distance Education Students at the University of Cape Coast, Ghana: *Turkish Online Journal of Distance Education*. 18(3), 8.
- LÔO H, LÔO P. (1993). Depresyon. *Cep Üniversitesi 118*. İstanbul: İletişim Yayıncılık.
- LOO GT, DiMAGGIO CJ, GERSHON RR, CANTON DB, MORSE SS, GALEA S. (2016). Federal Afete Müdahale Edenler Arasında Başa Çıkma Davranışı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Riski. *Afet Tıbbı ve Halk Sağlığına Hazırlık*. 10(01), 108-17.
- MANICAVASGAR V, PARKER G, PERICH T. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy vs Cognitive Behaviour Therapy as a Treatment for Non-Melancholic Depression. *Journal of Affective Disorders*. 130(1-2), 138–144.
- MARTELL CR, DIMIDJIAN S, HERMANDUNN R. (2010). Behavioral Activation for Depression. *A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press.

- MICHAEL T, ve ark. (2007). Epidemiology of Anxiety Disorders. *Psychiatry*.
- MONTANO CB. New Frontiers in the Treatment of Depression.
- MORRIS CG. (2002). Psikolojiyi Anlamak. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*. 23(1). 491-495, Ankara. Çeviren: Belgin Ayvasik, Melike Sayil.
- NORTH TC, McCULLAGH P, TRAN ZV. (1990). Effect of Exercise in Depression 18(1), 376-416.
- OGIŃSKA-BULIK N, JUCZYŃSKI Z. (2008). Personality, Stress and Health. Polish.
- O'HARA MW, SCHILLER CE, STUART S. (2010). Interpersonal Psychotherapy and Relapse Prevention for Depression. *Relapse prevention for depression*. 77–97. Washington, DC:American Psychological Association.
- ORZECZOWSKA A. ve ark. (2013). Depression and Ways of Coping with Stress: A preliminary study. *Medical Science Monitor*, 19, 1050-1056.
- ÖZARSLAN Z, FISTIKÇI N, KEYVAN A, UĞURAD Z, SAYGILI S. (2015). Depresyon Hastalarının Stres ile Başa Çıkma Stratejileri. *Marmara Medical Journal*. 26 (3), 130-135.
- ÖZTÜRK MO, ULUŞAHİN NA. (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14, Ankara.
- PETROCELLI JV. (2002). Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy for General Symptomatology: A Meta-Analysis. *Journal for Specialists in Group Work*. 27(1), 92–115.
- PROCHASKA JO, NORCROSS JC. (2010). Systems of Psychotherapy. A *Transtheoretical Analysis*. 7, Pacific Grove.
- PROULX J, ALDWIN CM. (2016). Başa Çıkmanın Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkileri. *Yetişkinlik ve Yaşlanma Ansiklopedisi*.
- RODRIGUEZ D. (2015). How to Cope With Anxiety and Depression. *Everyday Health*.
- RAVINDRAN LN, STEIN MB. (2011). Pharmacotherapy for Social Anxiety Disorder in Adolescents and Young Adults: Social Anxiety in Adolescents and Young Adults. *Translating Developmental Science into Practice*. 265–279.
- SARIUSZ-SKAPSKA M, CZABAŁA I, DUDEK D, ZIEBA A. (2003). Ocena Stresujących Wydarzeń Życiowych i Poczucie Koherencji u Pacjentów Chorobą

Afektywną Jedno-i Dwubiegunową Psychiatr Pol, 37(5), 863.

SAYGIN M, YAŞAR S, ÇETİNKAYA G, KAYAN M, ÖZGÜNER M, KORUCU C.

(2012). Radyoloji Çalışanlarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(3), 139-144.

SCHIENLE A, HETTEMA JM, CÁCEDA R, NEMEROFF CB. (2011). Neurobiology and Genetics of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatric Annals*. 41(2), 133–123.

SERTÖZ ÖÖ, METE HE. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2, 63-69.

SHAVNEY M. KUNEN S. ASHUM G. (2018). Depressive Symptoms and Coping Strategies Among Indian University Students. *Psychological Reports*. 1-15.

SMITH K, PEDNEAULT M, SCHMITZ N. (2015). Investigation of Anxiety and Depression Symptom Co-morbidity in a Community Sample with Type 2 Diabetes: Associations with indicators of self-care. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne De Santé Publique*, 106(8), E496-E501.

SOSKOLNE V, BONNE O, DENOUR AK, SHALEY AY. (1996). Depressive Symptoms in Hospitalized Patients: A Crosssectional Survey. *Int J Psychiatry Med*. 26, 271-285.

STACCIARINI JMR, O'KEEFFE M, MATHEWS M. (2007). Group Therapy as Treatment for Depressed Latino Women: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*. 28(5), 473–488.

STEIN DJ, WILLIAMS D. (2010). Cultural and Social Aspects of Anxiety Disorders. *Textbook of anxiety disorders*. 2, 717–729). Arlington.

ŞAHİN M. (2019). Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 6(10), 117-135.

TAHIROVIĆ S, KAPIDZIC M, KAPIDZIC A. (2018). Depression in Patients with Epilepsy. *Journal of the International Scientific Researches*. 3(2), 896-909.

TATAR YÜKSEL Ç, ÖZGÜR G. (2008). Hemşirelerin Stresle Baş Etme Tarzları ile Depresyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 24(1), 67-82.

- TORGERSEN S. (1983). Genetic Factors in Anxiety Disorders. *Archives of General Psychiatry*. 40(10), 1085-1089.
- TURK CL, MENNIN DS. (2011). Phenomenology of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatric Annals*, 41(2), 72–78.
- TUNCAY T, MUSABAK I, ENGİN GOK D, KUTLU M. (2008). The Relationship Between Anxiety, Coping Strategies and Characteristics of Patient with Diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*. 6, 79.
- TÜRKÇAPAR H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*. 4, 12-16.
- UĞUZ Ş, TOROS F, YAZGAN İNANÇ B, ÇOLAKKADIOĞLU O. (2004). *Klinik Psikiyatri*. 7, 42-47.
- WARD EC. (2007). Examining Differential Treatment Effects for Depression in Racial and Ethnic Minority Women: A qualitative systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 99(3), 265–274.
- WEISSMAN MM. (1993). Family Genetic Studies of Panic Disorder. *Journal of Psychiatry Research*. 27(1), 69-78.
- WHISMAN MA, SCHONBRUN YC. (2010). Marital Distress and Relapse Prevention for Depression. *Relapse Prevention for Depression*. 251–269.
- WRIGHT JH, THASE ME, BECK AT. (2011). Cognitive Therapy. *Essentials of Psychiatry*. 3, 559–587. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- YAVUZ R. (1999). Depresyonun Kliniği. *İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul, 29-34.
- ZAFER M. (2016). İtfaiye Çalışanlarında Psikolojik Dayanıklılık ve Kendini Sabotaj Düzeylerinin İncelenmesi: İstanbul İtfaiyesi Örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul.

EKLER

EK - 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Türkiye'deki İtfaiyecilerin Karşılaştıkları Travmatik Vakalara Gösterdikleri Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin Başa Çıkma Stratejileriyle İlişkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Bu çalışmanın konusu, itfaiye çalışanlarındaki depresyon ve anksiyete düzeyinin, kendilerindeki başa çıkma stratejileriyle nasıl bir etkileşim içinde olduğunu belirlemektir. Araştırmadaki amaç literatüre katkı yapmayı sağlamak ve topluma, itfaiye mesleğinin oluşturabileceği depresyon ve anksiyete seviyesinin kişilerdeki başa çıkma stratejileriyle ilişkisinin farkındalığını oluşturabilmektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken 4 adet form verilecektir. Bunların ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacı tarafından hazırlanmıştır. Diğer formlar ise standardize ölçeklerdir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?: İtfaiye mesleğinin oluşturabileceği depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sıkıntıların kişilerdeki var olan veya sonradan edinmiş olduğu başa çıkma stratejileriyle nasıl bir etkileşim içinde olduğu, bu rahatsızlıkların giderilmesinde veya azaltılmasında bir faydası olup olmadığını

öğrenmek bu çalışmanın olası yararadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK? İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Psikolog Seda AKKAYA

E-mail: seda23akkaya@gmail.com





Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü 1 Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

- 1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine
başından sonuna dek tanıklık eden kişi
2: 2:Gönüllüyü araştırma hakkında
bilg- ilendiren kişi

EK - 2. Sosyodemografik Veri Formu

Aşağıdaki ölçeklerde isim, adres gibi kişisel bilgiler yer almamaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar yalnızca bu araştırmanın sürdürülmesi amacı ile kullanılacak, bilgileriniz araştırma ile ilgisi olmayan kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz:

() Erkek () Kadın

3)Eğitim Düzeyiniz (en son bitirdiğiniz okul):

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Lisans () Lisansüstü

4)Medeni Durumunuz:

() Bekar () Evli () Boşanmış/Dul

5) Varsa Çocuk sayınız:.....

6)Bu mesleğe kaç yaşında başladınız?.....

7)Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?.....

8) Gelir Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?

()Düşük ()Orta ()Yüksek

EK – 3. Beck Depresyon Ölçeği

Sayın cevaplayıcı, aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için teşekkürler.

- 1) 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2) 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3) 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4) 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5) 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

- 8) 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9) 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10) 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12) 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13) 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14) 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15) 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16) 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17) 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 18) 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19) 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20) 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka řeyleri dūřünmek zorlařıyor.
3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.
- 21) 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilginde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK – 4. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hi ç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlan- abildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zor- landım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yer- inde uyuşma veya karıncal- anma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da ra- hatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK – 5. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

Açıklama: Bu çalışmada bireylerin yaşamlarında sorunlarla ve problemlerle nasıl başa çıktığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Aşağıda çeşitli başa çıkma yolları verilmiştir. Sizden bunları ne derece kullandığınızı belirtmeniz istenmektedir. Tüm yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Geçtiğimiz altı aylık süre içerisinde karşılaştığınız bir problemi düşünmeye çalışın Bu problemin sizin için önemli olup kaygılanmanıza neden olması gerekiyor. (Sevdiğiniz bir kişiyi kaybetmekten üst birinin sizi uyarmasına kadar her şey olabilir, fakat bunun sizin için ÖNEMLİ olması gerekmektedir.)

Böyle bir probleminizi aklınızda tutarak, nasıl başa çıktığınızı sizin için en uygun kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Bazı sorular benzer olsa da lütfen her bir maddeyi işaretleyiniz.

O stresli olayı aklınızda bulundurarak ne dereceye kadar;

1.	Duygularınızı bir arkadaşla açtınız?	___Çok	___Biraz	___Hiç
2.	Probleminizin en iyi şekilde çözülmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz?	___Çok	___Biraz	___Hiç
3.	Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız?	___Çok	___Biraz	___Hiç
4.	Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?	___Çok	___Biraz	___Hiç
5.	Herhangi bir kimsenin size sempati ve anlayış göstermesini kabul ettiniz?	___Çok	___Biraz	___Hiç
6.	Yaşadığınız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu başkalarının görmemesi için elinizden geleni yaptınız?	___Çok	___Biraz	___Hiç
7.	Konu ile ilgili olarak başkalarıyla konuştunuz, çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu?	___Çok	___Biraz	___Hiç
8.	Durumla başedebilmek için kendinize bazı amaçlar belirlediniz?	___Çok	___Biraz	___Hiç
9.	Seçeneklerinizi çok dikkatli bir biçimde tarttınız?	___Çok	___Biraz	___Hiç
10.	Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?	___Çok	___Biraz	___Hiç

11.	Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
12.	Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya akrabanıza açtınız?	—Çok	—Biraz	—Hiç
13.	Zamanınızı, her zamankinden çok, yalnız olarak geçirdiniz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
14.	Sadece konuşmak bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için, (yaşadığınızı) durumla ilgili olarak konuştunuz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
15.	Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
16.	Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
17.	Aklınızda bir eylem planı şekillendi?	—Çok	—Biraz	—Hiç
18.	Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
19.	Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (Arkada/profesyonel bir kişi) gittiniz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
20.	Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız?	—Çok	—Biraz	—Hiç
21.	Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?	—Çok	—Biraz	—Hiç
22.	Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemten kaçındınız?	—Çok	—Biraz	—Hiç
23.	Problemlle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
24.	Durumu nasıl değiştirebileceğinizle ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurduunuz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
25.	Aynı problemi yaşamış olan arkadaşlarınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
26.	Her zamankinden daha fazla uyudunuz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
27.	“Her şey daha farklı olabilirdi” diye hayal kurdunuz?	—Çok	—Biraz	—Hiç
28.	Romanlardaki veya filmlerdeki karakterlerle özdeşim kurdunuz?	—Çok	—Biraz	—Hiç

29.	Problemi çözmeye çalıştınız?	___Çok	___Biraz	___Hiç
30.	İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz?	___Çok	___Biraz	___Hiç
31.	Arkadaşınız veya akrabanız size yardımcı oldu?	___Çok	___Biraz	___Hiç
32.	Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?	___Çok	___Biraz	___Hiç
33.	Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planladınız?	___Çok	___Biraz	___Hiç



EK – 6. Etik Kurul Onay Formu

 www.uskudar.edu.tr
Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

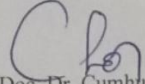
**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

SAYI: 61351342-/ 2019-433 23/09/2019

**Sayın Dr.Öğr.Üyesi Mert AKÇANBAŞ
(Seda AKKAYA)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/09/2019 tarihinde yapılan 09 No.lu toplantısında “**Türkiye’deki İtfaiyecilerin Karşılaştıkları Travmatik Vakalara Gösterdikleri Depresyon Ve Anksiyete Düzeyinin Başa Çıkma Stratejileriyle İlişkisi**” adlı araştırma projenizin kurum izni getirme koşulu ile şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

ÜÜ-FB.075 Revizyon No: 0115.03.2017

EK - 7. Özgeçmiş

SEDA AKKAYA

Psikolog

Şehit Fethi sok. No:61 Acıbadem-Üsküdar/İSTANBUL

Gsm: (537)5025750

Email: seda23akkaya@gmail.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Cinsiyet :Kadın

Doğum Tarihi :03.01.1993

Uyruk :T.C.

Medeni Durumu : Bekar

Sürücü Belgesi : B

HEDEF

Amacım, mesleğim doğrultusunda psikolojik desteğe ihtiyacı olan kişilere gereken en doğru yardımı belirleyebilmek, başarılı şekilde uygulayabilmek ve kendi alanımda tatmin edici bir kariyere sahip olabilmektir.

EĞİTİM

Yüksek Lisans : Üsküdar Üniversitesi-İstanbul

Klinik Psikoloji-02/2018-

Üniversite : Bahçeşehir Üniversitesi-İstanbul

Psikoloji-09/2010-06/2015

Lise : Acarkent Doğa Koleji-İstanbul

2006-2010

EK EĞİTİMLER VE SERTİFİKALAR

02/2015	Travma/İstanbul Ticaret Üniversitesi İki gün süren ‘Travmalar’ semineri
04/2015	Yeme Bozuklukları Sempozyumu/Bahçeşehir Üniversitesi İki gün süren ‘Yeme Bozuklukları’ eğitimi
05/2015	Objektif Testler Eğitimi (MMPI, Catell 3A Zeka Testi, Catell 2A Zeka Testi, Alexander Pratik Yetenek Zeka Testi, Porteus Labirentleri Zeka Testi, GoodEnough Testi, AGTE, Gesell Gelişim Testi, Peabody Resim Kelime Testi, Metropolitan Okul Olgunluk Testi, Bender Gestalt Algı Testi, Benton Görsel Bellek Testi, Draw A Person, Standardize Mini Mental Testleri)/ Klinik Psikoloji Enstitüsü 3 ay süren eğitim ve 1 sene süpervizyon
09/2015	Dr. James Strain tarafından verilen ‘Depression is a Systematic Illness’ konulu depresyon semineri/Humanite Psikiyatri
12/2018	Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği uygulayıcı eğitimi/Üsküdar Üniversitesi
03/2020	Travma Psikolojisi Kongresi/Üsküdar Üniversitesi

İŞ/STAJ DENEYİMİ

02/2019	NP İstanbul Beyin Hastanesi/Stajyer Klinik Psikolog
07/2019-Halen	Özel Sondurak Ümran Tıp Merkezi/Psikolog

BİLGİSAYAR BECERİLERİ

SPSS, Microsoft Office programları.

YABANCI DİL

İngilizce- Konuşma: ileri Okuma: ileri Yazma: ileri