

**T. C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MARMARA DEPREMİNİ YAŞAYAN
YETİŞKİNLERİN ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİ İLE TRAVMA SONRASI
GELİŞİM VE DEPRESYON ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KÜBRA GÜVEN

071106110

İstanbul, Şubat 2010

**T. C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MARMARA DEPREMİNİ YAŞAYAN
YETİŞKİNLERİN ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİ İLE TRAVMA SONRASI
GELİŞİM VE DEPRESYON ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KÜBRA GÜVEN

071106110

**Danışman Öğretim Üyesi :
Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI**

İstanbul, Şubat 2010

ÖNSÖZ

17 Ağustos 1999 sabahı, yerel saatle 03:02'de, Kocaeli Gölcük merkezli 7,5 büyüklüğünde gerçekleşen deprem, büyük çapta can ve mal kaybına neden olmuştur.

17 Ağustos depremi, tüm Marmara Bölgesi'nde, Ankara'dan İzmir'e kadar geniş bir alanda hissedilmiştir. Resmi raporlara göre, 17.480 ölüm, 23.781 yaralı olmuş, 505 kişi sakat kalmış, 285.211 konut, 42.902 işyeri hasar görmüştür. Resmi olmayan bilgilere göre ise yaklaşık 50.000 ölüm, ağır-hafif 100.000'e yakın yaralı olmuştur. Ayrıca 133.683 çöken bina ile yaklaşık 600.000 kişiyi evsiz bırakmıştır. Yaklaşık 16 milyon insan, depremden değişik düzeylerde etkilenmiştir. 1999 Marmara depremi gerek büyüklüğü, gerek etkilediği alanın genişliği, gerekse sebep olduğu maddi kayıplar açısından son yüzyılın en büyük depremlerinden biridir.

Deprem felaketinin meydana getirdiği sonuçlar ile insanın ruhsal durumunu ifade ederken kullandığı terimler - yerle bir olmak, darbe almak, yıkılmak, çökmek, allak bullak olmak, sarsılmak, depreşmek, vb. birbiriyle oldukça bağlantılıdır. Bu anlamda depresyonun tanımına bakacak olursak; çöküş anlamındadır ve belirli bir düzeyden alçalmayı ifade etmektedir. Bu araştırmaya başlarken ki amacım, enkaz içinde kalarak birebir yaşadığım deprem felaketinin, tıpkı şehirlerde ve binalarda oluşturduğu yıkım gibi insanlarda da oluşturduğu yıkım sonrasında bu psikolojik yapının yeniden inşa edilmesine yönelik ortaya bir şeyler koyabilmektir. 1999 Marmara depreminden 9 yıl sonra depremedelerde ki travma sonrası gelişim düzeylerini tarayarak literatüre ve toplumsal çalışmalara katkı sağlamaktır.

Marmara Depremini yaşayan yetişkinlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerine göre travma sonrası gelişim ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu çalışmaya katkılarından dolayı sayın hocalarım, Prof. Dr. Tamer AKER, Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI, Yrd. Doç. Dr. Ilgın GÖKLER, Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE' ye ve çalışmam boyunca desteklerini hiç esirgemeyen aileme teşekkürlerimi borç bilirim.

ÖZET

Bu çalışmada Marmara depremini yaşayan yetişkinlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile travma sonrası gelişim ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin bazı değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmeye çalışılmıştır.

Bu değişkenleri; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, yerleşim yeri, deprem sırasında bulunulan bölge, deprem sırasında bulunulan yer, sarsıntıyı hissetme, deprem sırasında bulunulan binada çökme, enkaz altında, ailede can kaybı, akrabalarda can kaybı, mal kaybı, kurtarma çalışmalarına katılma, evin şu andaki durumu ve şu anda kalınan yer oluşturmaktadır.

Uygulama Yalova bölgesinde ikamet eden, 1999 Marmara depreminde buldukları binanın çökmesi, enkaz altında kalma, yakın kaybı yaşama, mal kaybı yaşama gibi travmatik süreçlerden birini yada birkaçını yaşamış olan 190 depremzede üzerinde uygulanmıştır.

Araştırma da Depremzede Kişisel Bilgi Formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (PTG), Beck Depresyon Ölçeği (BECK), Sosyal Destek Formu uygulanmıştır.

Uygulamadan elde edilen bulgulara, araştırma amaçları doğrultusunda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı uygulanmış ve genel olarak şu sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, kadınların travma sonrası olumlu gelişim düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu ile travma sonrası olumlu gelişim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Medeni durum ile travma sonrası olumlu gelişim düzeyi karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Deprem sırasında bulunulan yerle travma sonrası olumlu gelişim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Binada çökme durumu ve enkaz altında kalma durumu ile travma sonrası olumlu gelişim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Binada çökme yaşamış ve enkaz altında kalmış depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim düzeyleri bu durumları yaşamamış kişilere göre daha düşüktür.

Aile bireylerinde can kaybı yaşama ve ciddi miktarda mal kaybı yaşama ile travma sonrası olumlu gelişim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır. Kurtarma çalışmalarına katılma ile travma sonrası olumlu gelişim düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Sosyal destek düzeyinin azaldıkça travma sonrası olumlu gelişim puanının azaldığı ve depresyon düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Cinsiyet kavramı ve eğitim durumu ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır

Ailede oluşan can kaybı ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Cinsiyet ve eğitim durumuyla depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Binada çökme durumu, enkaz altında kalma, ailede can kaybı yaşama, ciddi miktarda mal kaybı yaşama durumları ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Kurtarma çalışmalarına katılma ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır. Evlerinin şu andaki durumuyla depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Şu anda kalınan yerle depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Marmara Depremi, Travma Sonrası Gelişim, Depresyon, Sosyal Destek.

ABSTRACT

This research aims to study the relationship of the perceived social support level of the people who experienced Marmara earthquake to the posttraumatic development and depression by inquiring the variances according to some variables.

Gender, age, educational status, profession, marital status, location, region during the earthquake, location during the earthquake, feeling the quake, collapse of the building during the quake, remaining under the debris, casualties in family, casualties in relatives, property loss, joining rescue works, house's status and the home location forms these variables.

This study is carried out with 190 victims who are living in Yalova and experienced Marmara earthquake and some traumatic processes like collapse of the building, remaining under the debris, loss of some relatives, property loss.

Personal Information Form of Earthquake Victim, Development Scale of Post trauma, Beck's Depression Scale and Social Support Form are applied in the study.

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) has been applied to the findings reached by application in accordance with the aim of research. Generally we reached the following results.

According to the research results, it is confirmed that the positive development level after the trauma of the women is higher than men. There isn't any significant difference between educational status and the positive development level after the trauma. There isn't any significant difference between marital status and the positive development level after the trauma when we compare them. There isn't any significant difference between the location during earthquake and the positive development level after the trauma.

A significant difference was found between the collapse of the building, remaining under debris and the positive development level after the trauma. The positive development level after the trauma of the victims who experienced the earthquake is lower than the ones who never experienced it.

A significant difference has been found between the positive development level after the trauma and experiencing loss of life and property. There isn't any significant difference between joining search-rescue activities and the positive development level after the trauma.

It is stated that as the social support level decreases, the depression level increases and the positive development level point after the trauma decreases.

There isn't any significant difference between gender concept, education level and social support level.

A significant difference has been found between the loss of life in the family and social support level.

There isn't any significant difference between gender, education level and depression level.

A significant difference has been found between the collapse of the building, remaining under debris, loss of life in the family, loss of property in large quantities and the depression level.

There isn't any significant difference between joining search-rescue activities and depression level. A significant difference has been found between the current status of the houses and the depression level. There isn't any significant difference between the current residential area and the depression level.

Keywords: Marmara Earthquake, Post Traumatic Growth, Depression, Social Support.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
TABLO LİSTESİ.....	xii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xv
GİRİŞ.....	1
1.1 Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	5
1.1.1. Travma ve Travmaya Uyum.....	5
1.1.2. Travma ve Baş Etme.....	10
1.1.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	15
1.1.3.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tanımı.....	15
1.1.3.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirtileri	15
1.1.3.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi..	18
1.1.3.4 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi.....	19
1.1.3.5 TSSB'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar.....	22
1.1.3.6 TSSB'nin Oluşma Nedenleri	25
1.1.3.6.1 Genetik ve Ailesel Etkenler.....	25
1.1.3.6.2 Psikolojik Etkenler.....	26

1.1.3.6.3 Biyolojik Etkenler.....	30
1.1.3.7 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi.....	32
1.1.3.7.1 İlaç Tedavileri.....	33
1.1.3.7.2 Psikososyal Tedaviler.....	34
1.2 Depresyon ve Sosyal Destek.....	38
1.2.1.Doğal Afetler.....	38
1.2.1.1. Doğal Afetler Sonrası Psikolojik Duruma Bakış.....	39
1.2.1.2.Doğal Afetler Sonrası Başaçıkma Mekanizmaları.....	43
1.2.2.Depresyon.....	45
1.2.2.1.Depresyon Belirtileri.....	46
1.2.2.1.1.Emosyonel Belirtiler.....	46
1.2.2.1.2.Bilişsel ve Motivasyonel Belirtiler.....	47
1.2.2.1.3.Fiziksel Belirtiler.....	48
1.2.2.2. Depresyonun Sınıflandırılması.....	49
1.2.2.3. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar.....	51
1.2.2.3.1. Psikanalitik Kuramlar.....	51
1.2.2.3.2.Öğrenme Kuramları.....	53
1.2.2.3.3.Biyolojik Kuramlar.....	55
1.2.2.4. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	56
1.2.3 Sosyal Destek.....	58
1.2.3.1 Sosyal Destek Tanımı, Türleri ve İşlevleri.....	58
1.2.3.2 Sosyal Desteğin Yapısal ve İşlevsel Özellikleri.....	59
1.2.3.3 Sosyal Desteğin ve Stresle Başa Çıkmadaki Etkisi.....	61
1.2.3.3.1 Tampon Etkisi Modeli.....	62
1.2.3.3.2 Temel Etki Modeli.....	62

1.3 Travma Sonrası Gelişim.....	64
1.3.1 Travma Sonrası Gelişim Olgusunun Ortaya Çıkışı.....	66
1.3.2 Travma Sonrası Gelişim Türleri.....	67
1.3.2.1 Kendilik Algısında Yaşanan Değişim.....	68
1.3.2.2 Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişim.....	69
1.3.2.3 Yaşam Felsefesinde Yaşanan Değişim.....	70
1.4 Konu İle İlgili Daha Önce Yapılmış Araştırmalar.....	72
1.4.1 Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar.....	72
1.4.2 Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar.....	75
1.5 Araştırmanın Amacı.....	76
1.6 Araştırmanın Önemi.....	77

BÖLÜM II. YÖNTEM.....79

2.1 Araştırmanın Hipotezi, Kapsam ve sınırlılıkları.....	79
2.1.1 Araştırmanın Hipotezi.....	79
2.1.2 Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları.....	80
2.2 Araştırmanın Yöntem Bilimi.....	80
2.2.1 Araştırmanın Modeli.....	80
2.2.2 Evren ve Örneklem.....	81
2.2.2.1 Demografik Özellikler.....	81
2.2.2.2 Veri Toplama Yöntemi.....	86
2.2.3 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	86
2.2.3.1 Travma Sonrası Gelişim Ölçeği.....	86
2.2.3.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği..	87
2.2.3.3 Beck Depresyon Envanteri.....	88
2.2.3.4 Depremzede Kişisel Bilgi Formu.....	89

2.2.4 Veri Çözümleme Yöntemi.....	89
2.3 Bulgular.....	90
2.3.1 Travma Sonrası Gelişim Bulguları.....	90
2.3.2 Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Bulguları.....	98
2.3.3 Depresyon Bulguları.....	100
2.4 Değerlendirme Ve Tartışma.....	108
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	113
KAYNAKÇA.....	114
EK- A. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ.....	130
EK-B. ANKET FORMU.....	137
ÖZGEÇMİŞ.....	143

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSM-III	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
FSH	Folikül Uyarıcı Hormon
ICD-9	Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
LH	Lütein Yapıcı Hormon
MD	Majör Depresyon
MSPSS	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ODTÜ	Orta Doğu Teknik Üniversitesi
PTGI	Travma Sonrası Gelişim Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRIS	Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TPD	Türk Psikologlar Derneği
TREP	Depremzede Kişisel Bilgi Formu
TSH	Tiroit Stimülön Hormon
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
vd.	Ve diğerleri

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.2.2.1 Depremzedelerin Demografik Durumları.....	82
Tablo2.2.2.2 Araştırmaya Katılanların Akrabalarındaki Toplam Can Kaybı Sayısı84	
Tablo 2.3.1 Depremzedelerin cinsiyetlerine göre travma sonrası gelişimlerinin bağımsız örneklem t-testi sonuçları.....	90
Tablo 2.3.2 Depremzedelerin eğitim durumlarına göre travma sonrası gelişimlerinin varyans analizi sonuçları	91
Tablo 2.3.3 Depremzedelerin medeni durumlarına göre travma sonrası gelişimlerinin varyans analizi sonuçları.....	92
Tablo 2.3.4 Depremzedelerin deprem sırasında buldukları yere göre travma sonrası gelişimlerinin varyans analizi sonuçları.....	93
Tablo 2.3.5 Depremzedelerin deprem sırasında bulunduğu binada çökme durumuna göre travma sonrası gelişimlerinin Kruskal-Wallis analiz sonuçları.....	94
Tablo 2.3.6 Depremzedelerin enkaz altında kalma durumlarına göre travma sonrası gelişimlerinin bağımsız örneklem t-testi sonuçları.....	95
Tablo 2.3.7 Depremde aile bireylerinde can kaybı olma durumuna göre travma sonrası gelişimlerinin bağımsız örneklem t-testi sonuçları.....	96
Tablo 2.3.8 Depremde ciddi miktarda mal kaybı kaybetme durumuna göre travma sonrası gelişimlerinin bağımsız örneklem t-testi sonuçları	97
Tablo 2.3.9 Depremden sonra kurtarma çalışmalarına katılma ile travma sonrası gelişimin bağımsız örneklem t-testi sonuçları.....	97
Tablo 2.3.10 Depremzedelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin, travma sonrası gelişim ve depresyon düzeyi puanlarına etkisini gösterir korelasyon sonuçları.....	98

Tablo 2.3.11 Algılanan sosyal destek düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişkinin bağımsız t testi analiz ile incelenmesine yönelik bulgular.....	99
Tablo 2.3.12 Depremzedelerin eğitim durumlarına göre algıladıkları sosyal destek durumunun varyans analizi sonuçları.....	99
Tablo 2.3.13 Araştırmaya katılan depremzedelerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin ailede oluşan can kaybına kaybına göre bağımsız t testi sonuçları.....	100
Tablo 2.3.14 Depremzedelerin depresyon düzeyleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları.....	100
Tablo 2.3.15 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile eğitim durumları arasındaki ilişkiye ait tek yönlü varyans analizi sonuçları.....	101
Tablo 2.3.16 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile deprem sırasında buldukları binada çökme durumu arasındaki ilişkiye ait tek yönlü varyans analizi sonuçları..	101
Tablo 2.3.17 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile enkaz altında kalma durumları arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları.....	102
Tablo 2.3.18 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile ailelerinde cankaybı arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları.....	103
Tablo 2.3.19 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile mal kaybı arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları.....	103
Tablo 2.3.20 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile deprem sonrası kurtarma çalışmalarına katılma durumları arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları.....	104
Tablo 2.3.21 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile evlerinin şu andaki durumu arasındaki ilişkiye ait tek yönlü varyans analizi sonuçları.....	105
Tablo 2.3.22 Depremzedelerin evlerinin şu andaki durumlarına göre depresyon düzeylerinin TUKEY HSD testi sonuçları.....	106
Tablo 2.3.23 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile şu anda nerede kaldıkları arasındaki ilişkiye ait tek yönlü varyans analizi sonuçları.....	107

Tablo 2.24 Güvenilirlik Değeri.....	130
Tablo 2.25 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri.....	131
Tablo 2.26 Güvenilirlik Değeri.....	131
Tablo 2.27 Güvenilirlik Değeri.....	132
Tablo 2.3.28 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri.....	132
Tablo 2.29 Güvenilirlik Değeri.....	133
Tablo 2.3.30 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri.....	134
Tablo 2.3.31 Güvenilirlik Değeri.....	134
Tablo 2.3.32 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri.....	135
Tablo 2.33 Güvenilirlik Değeri.....	135
Tablo 2.3.34 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri.....	136
Tablo 2.3.35 Güvenilirlik Değeri.....	136

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.3.1 Araştırmamıza katılan depremzedelerin cinsiyetine göre dağılımları..	90
Grafik 2.3.2 Araştırmamıza katılan depremzedelerin eğitim durumlarına göre dağılımları.....	91
Grafik 2.3.3 Araştırmamıza katılan depremzedelerin medeni durumlarına göre dağılımları.....	92
Grafik 2.3.4 Araştırmamıza katılan depremzedelerin deprem sırasında buldukları binada olan çökme durumlarına göre dağılımları.....	94
Grafik 2.3.5 Araştırmamıza katılan depremzedelerin aile bireylerinde oluşan can kaybı dağılımları.....	96

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Travma yaratan olaylar, olağan insan deneyimleri dışında kalan ve bu tür deneyimlerden geçen hemen herkes için sıkıntı kaynağı olabilecek deprem, sel, çığ gibi doğal felaketler; yangın, trafik ve uçak kazaları gibi insanlar tarafından kazayla oluşturulan felaketler ve savaş, işkence, tecavüz gibi insanlar tarafından bilerek ve kasıtlı oluşturulan olaylardır. Bu tür olayların ardından gelişen fiziksel, duygusal, zihinsel, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren belirtiler Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) başlığı altında tanımlanmaktadır. TSSB, üstesinden gelinemeyecek bir olayı takiben ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve duygusal boyuttan olan bir bozukluktur. TSSB, travmatik olayı tekrar tekrar yaşama, geçirilen travmayı anımsatan olay, yer, kişiler ve etkinliklerden uzak durma; duygusal tepkilerin kısıtlı kalması ve aşırı otonomik uyarılma belirtileri ile kendini gösterir (Clark, 1997: 25; Epstein, 1989: 555; Sungur vd., 1995: 116).

17. yüzyıl edebiyatında Shakespeare ve Dickens gibi edebiyatçıların eserlerinde savaş ve sivil felaketlerin neden olduğu semptomlardan bahsedildiği bilinmektedir. TSSB ile ilgili çalışmaların dünya tarihindeki önemli olaylar paralelinde periyodik olarak arttığı söylenebilir. I.Dünya savaşı öncesinden itibaren travmanın ruhsal etkileri incelenmeye başlanmış, II. Dünya Savaşı sonrasında toplama kamplarında kalan insanlarla ilgili yapılan çalışmalarda konu daha detaylı bir şekilde ele alınmış ve çeşitli isimlendirmelerden sonra 1980'lerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu olarak DSM-III'de tanımlanmıştır. 1986'da da "posttravma tepkisi" olarak hemşirelik tanımları listesine eklenmiştir. 1990'lı yıllarda dünya psikiyatrisinin ilgi odağı olan bu bozukluk, çeşitli sağlık disiplinleri tarafından çok sayıda araştırmalarla incelenmeye başlamıştır. İnsanların karşılaştığı felaketlerin sıklığı ve çeşitliliği düşünüldüğünde konunun toplumları yalandan ilgilendirdiği açıktır.

Yapılan çalışmalar etioloji, ayırıcı tanı ve tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ancak, halen TSSB tanısı ve tedavisi hakkında görüş birliğine

varılmış değildir. Tedavide genel olarak psikodinamik, bilişsel-davranışçı ve biyolojik yöntemleri içeren yaklaşımlar uygulanmaktadır. Bugün kabul edilen görüş, TSSB'nun tedavisinde her hastanın ihtiyacına en uygun yaklaşımı ve tedavi şeklini bulmaktır (Başoğlu, 1992: 8; Epstein, 1989: 555).

Travmatik bir yaşantının sonrasında temel varsayımlarda ortaya çıkan değişim, travmaya maruz kalan kişide, travma sonrası stres tepkileri ve travmatik olaya bağlı bazı bozuklukların yanı sıra, travma sonrası gelişim kavramıyla ifade edilen bazı gelişmeleri de beraberinde getirebilir. Travma sonrası gelişim kavramı ciddi bir mücadeleyi gerektiren bir durumun ardından ortaya çıkan olumlu psikolojik değişimi ifade etmek için kullanılmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 2006).

Travma sonrası büyüme ile ilgili yazında, travmatik olayın ardından yaşanan olumlu değişim sürecine ilişkin giderek daha fazla sayıda bildirim yer almaktadır. Travmaların psikolojik sorunlara neden olduğuna ilişkin yaygın varsayımın yerini bu tür olayların gelişmeye neden olduğu inancı almamalıdır, ancak konuyla ilgili araştırmalar, stres tepkileri ve büyümenin sıklıkla bir arada görüldüğünü ortaya koymaktadır. (Yılmaz, B, 2006).

Travma sonrası gelişim kavramının ve sürecinin anlaşılması, travma sonrası tepkilerin anlaşılması açısından da önem taşımaktadır. Travmanın yalnızca olumlu yanına odaklanmak, olayın neden olduğu stres tepkilerinin anlaşılmasında da bir yanlılığa neden olabilir. Bu nedenle, gelişim ile ilişkili değişkenlerin açıkça belirlenmesi gerekir. (Linley ve Joseph, 2004)

Travmanın kendisi kadar nasıl algılandığı da sonuçları açısından önem taşıyan bir konudur. Travmaya uğrayan bireyin daha önceki deneyimleri, travma öncesi kişiliği, ailesel yükünlüğün olup olmaması ve travma ile başa çıkma becerisi, kaybedilenlerin kişi için anlamı ve yaşamındaki yeri, değişen yaşam koşullarının niteliği, normal yaşama geçmek için gereken sürenin uzunluğu, ortama ve duruma ilişkin belirsizlikler ve eksik bilgilendirmeler gibi özellikler travmanın algılanış ve

travmayla ilgili bilginin işleniş biçimini etkilemektedir. Travma sonrasında yaşanan ortamın destekleyici olup olmaması, bireyin yardım ağı ve destek kaynakları ile bireyin bu destek kaynaklarından yararlanabilmesinin kolaylığı veya zorluğu travmanın etkisinin çabuk atlatılıp atlatılmayacağını belirleyen önemli etkenlerdir. Ayrıca, travmanın süresi, kişinin baş etme gücü, daha önceki baş etme öyküsü, rol kayıpları ve çatışmalar da TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasını etkileyen faktörlerdir (Başoğlu, 1992: 8; Morrison, 1994: 20).

Psikolojik travmaya neden olabilecek bir olayla karşılaşıldığında ortaya çıkan ilk tepkiler, bir hastalık belirtisi değil, doğal bir reaksiyon olarak kabul edilebilir. Ortaya çıkan bu belirtiler yaşanan olağandışı deneyimin bireyin yerleşik zihinsel şemalarına (değerlerine, düşünce sistemine, dünyayı algılayış biçimine) oturmaması sonucu oluşmaktadır. Tekrarlayıcı biçimde ortaya çıkan tüm belirtiler (anımsamalar, kabuslar), yaşanan deneyimin bireyin zihinsel şemalarına uymasını sağlamaya yöneliktir. Bu yeniden uyum yapma süreci, yaşanan deneyim, kişinin yerleşik şemalarına, kendini, dünyayı ve geleceği algılayış biçimine entegre oluncaya kadar sürmektedir. Eğer bu süreç uzar, kişinin günlük yaşamsal işlevselliğini bozar ve tolere edilebilen düzeyi aşarsa, TSSB bir hastalık olarak ortaya çıkabilir. TSSB üç ana alanda ağır yetersizliklere neden olan şiddetli, kronik bir bozukluğa dönüşebilir. Etkilenen üç alan; bireyin benlik imajı, iş, toplum içinde ve evde fonksiyon görmeyi sağlayan yeterlilik duygusu ve kişiler arası ilişkilerde yeterlilik duygusudur (Aker, 2000: 14; Epstein, 1989: 555; Sungur, 1999: 105).

Travma sonrası ortaya çıkan bozukluklar erken dönemde tanınmaz ve müdahale edilmezse süregelenleşip ciddi bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir. Travmatize kişiler yaşamdaki olağan zevk verici ipuçlarını kullanamazlar ve acı, kişilerin aktivitelerine yön verir (Aker, 2000: 15; Morrison, 1994: 21).

17 Ağustos ve ardından 12 Kasım 1999 günlerinde, Türkiye'nin en büyük ve en yıkıcı deprem felaketi yaşanmıştır. Binlerce insan bu travmayı ya yaşamış ya da yaşananlara tanık olmuştur. Depremi şiddeti, etkilediği bölgenin büyüklüğü,

yarattığı yıkım ve kayıplar, uzun süre devam eden artçı depremler, geciken kurtarma ve sağlık hizmetleri, barınma problemleri gibi sorunlar bu felaketin etkisini önceden karşılaşılan benzer felaketlerin etkisinin çok üstüne çıkarmıştır. Deprem felaketini yaşayan bireyler için yaşam artık eskisi ve bildikleri gibi olmayıp, değişmiştir ve değişmeye de devam etmektedir. Felaketler ardından yaşanan en büyük değişim, bireylerin yaşama ve kendilerine bakışlarında olmaktadır. Etkin bir yardım süreci ile bireylerin yaşayacağı bu değişim, gelişme haline dönüştürülebilmektedir (Erol ve Öner, 1999: 52; Goenjin vd., 1994: 895).

1999 yılında yaşanan bu depremler ilk travma değildir ve yaşadığımız coğrafya nedeniyle son da olmayacaktır. Bu tür travmaların yarattığı çok yönlü ve çok boyutlu bireysel ve toplumsal etki mümkün olduğunca toplumun her kesiminde yapılacak bilimsel çalışmalarla ele alınmalı ve incelenmelidir. Ancak bu şekilde, böyle bir olayla yüzleşme, nedenlerini anlama ve etkilerini hafifletme, hazırlıklı olma konularında dersler çıkarılarak gereksinim duyulan organizasyonlara gidilebilecektir.

1.1 Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1.1.1. Travma ve Travmaya Uyum

Deprem, sel gibi doğal afetler, savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrama, çocuklukta yaşanan cinsel taciz ve tecavüzler, işkence görme, zorla kaçırılma, trafik kazaları, yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısının konulması, ölü bir vücut ya da vücut parçasını görme gibi zorlayıcı ve kişinin baş etme yeteneğini aşan olaylar, ruhsal açıdan travmatik olaylardır. Bu tür olaylar, bunları yaşayan kişi ve toplumlarda kısa ya da uzun dönemli psikolojik etkiler bırakmaktadır (Aker, 2000: 15; Barash, 1990: 32; Epstein, 1989: 556).

Travma yaratan olaylar, yaşamı ve fiziksel bütünlüğü, kişinin dünyadaki yeri ile ilgili ve kendisi hakkındaki değerlerini tehdit eder. Bu çerçevede kendini değerli ve güvende hissetme, dünyayı anlamlı ve kabul edilebilir görme, diğer insanları iyi ve yardımsever bulma, kırılmazlık ve incinmezlik gibi duygular tehdit altında kalır. Bu tür olaylar, insanın gündelik deneyimlerinin dışında kalan, belirli bilişsel şemalara oturmayan ve dolayısıyla anlaşılmaz olan olaylardır (Aker, 2000: 15; Barash, 1990: 32; Epstein, 1989: 556, Sungur, 1999: 105).

Bir olayı travma olarak tanımlamak için bazı kriterler vardır. Ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da yaralanma tehdidinde maruz kalma, başka birinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına şahit olma, başka birinin yaralanmasına ya da yaralanma tehdidi altında kalmasına şahit olma, aile üyelerinden birinin beklenmedik ölümü, şiddete maruz kalarak öldürülmesi, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenme, olayın travmatik olma niteliklerini tanımlayan

özelliklerdir (Aker, 2000: 15; Barash, 1990: 32; Epstein, 1989: 556, Foa vd., 1997: 449).

İnsanların kendisinden, başkalarından ya da çevresinden kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyonlardan oluşan sürece uyum adı verilmektedir. Bu taleplerin biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olup, iç ve dış kaynaklı olarak gelişebilirler. Selye bu tür talepleri "stresör" olarak tanımlamıştır. Algılanan stresör sonucu organizmanın verdiği reaksiyonlar ise stres olarak adlandırılmaktadır. Psikolojide stres ve uyum söz konusu olduğunda daha çok psikososyal stresörler yani yaşam olayları ve bunların algılanışı ön plana çıkmaktadır. Travmatik olaylar yaşandığında uyum süreci uzamakta ya da bozulmaktadır (Gençöz, 1998: 1).

İnsan sahip olduğu potansiyeli, içinde bulunduğu ortamın talepleri doğrultusunda gelişmek için kullanır ve sağlıklı bir uyum göstermiş olur. Sağlıklı uyum için ilk düşünülebilecek durum kişinin yasanıma devam edebilmesi olabilir. Stresin azalması ya da ortadan kalkması, yaşananlar hakkında konuşma yetisi, alışılmış biçimde zaman geçirme ve iç dengenin yeniden kurulmasını sağlar (Gençöz, 1998: 1; Karancı, 1999: 53; Sercan, 2000: 29).

Örseleyici olay, olağan insan yaşantılarının dışında bir deneyim olduğu için daima kişileri test eden bir doğaya sahiptir ve kişide mutlaka bir değişime neden olur. Bu tür olaylar sonrasında ortaya çıkan sıkıntı ve stres bir süreklilik kazanabilir ya da kişi için bir gelişme fırsatı olabilir. Ortaya çıkan ilk tepkiler bir hastalık belirtisi değil, doğal bir reaksiyon olarak kabul edilmelidir. Felaketin büyüklüğü ve toplumun kişisel destek hizmetlerinin yetersiz oluşu bir araya geldiğinde kişilerin felaket sonrasında kendini yenileme fırsatım yakalamaları ve uyum sağlamaları zorlaşır. Böylece eklenen stresörler de Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gelişme riskini artırır (Aker, 2000: 16; Çervatoğlu, 2000: 9; Jaffe, 1985: 99).

Travmatik olayın inkar edilmesi, travma anılarının sık sık zorlayıcı düşünceler ve kabuslar biçiminde yeniden yaşanması bazı araştırmacı ve yazarlarca bilişsel süreçleri yeniden düzenleme ve olaya anlam kazandırılması süreci olarak

yorumlanmaktadır. Travmadan sonra ortaya çıkan zihinsel meşguliyetin, travma deneyiminin kabullenilmesine, iyileştirici ve düzeltici davranışların öğrenilmesine yardımcı olduğu, yaşananların kademeli olarak kabul edilmesine ve beklentilere yeniden adapte olunmasına yaradığı belirtilmektedir (Barash, 1990: 34; Çervatoğlu, 2000: 9; Epstein, 1998: 557; Sungur, 1999: 106).

Travmanın bir başka etkisi de insanda var olan bazı temel varsayımların çığnenmesidir. Bu varsayımlar kişinin dünyadaki yerini ve güven duygularını, benlik saygısını ilgilendirmektedir. Olağanüstü her olay, insanın kendine ve evrene duyduğu temel güven duygusunu sarsar. Bir felaket öncesinde kendini yeterli ve etkili hissedenden bir insan felaket sonrası özsaygı ve güven duygularında ani bir aşınma yaşar. Bir travma sonrasında birey dünyayı tehlikeli, kendisini de yetersiz olarak algılamaya başlarsa bu düşünce "kontrol kaybı" algısına neden olur. Kontrol kaybı da, bireyde çaresizlik ve umutsuzluğa neden olarak depresyon, anksiyete ve korku yaşanmasına ve tablonun süreğenleşmesine neden olmaktadır (Barash, 1990: 34; Çervatoğlu, 2000: 9; Epstein, 1998: 557; Sungur, 1999: 106).

Hayvan deneyleri sonucunda, kontrolsüzlük ve beklenmedik stresin hayvanlarda şok sonrası davranış bozukluklarına (insanlardaki anksiyete ve depresyon karşılığı) neden olan en önemli iki etken olduğu belirtilmektedir. İnsanlarda da kontrol kaybının, problem çözme yetilerini azalttığı, edilgenliği arttırdığı, ayrıca anksiyete, düşmanlık duygularını ve depresyon yarattığı gözlenmiştir. Hazırlıklı olmak ve kontrol edebilirlik, korku veren uyarının yarattığı stresi azaltabilmektedir (Barash, 1990: 34; Başoğlu, 1992: 9; Wickless ve Kirsch, 1988: 367).

Travma sırasında yaşanan kontrol kaybı ve buna bağlı öğrenilmiş çaresizlik durumunun TSSB ile ilişkisi dikkate alındığında, tedavinin bu kontrolün yeniden kazandırılmasına ve çaresizlik yaratan düşüncelerin değiştirilmesine yönelik olması gerekir.

Yitirilmiş kontrolün yeniden kazanılmasına yardımcı olabilecek bir yaklaşım, kişinin terapatik bir ortamda, travma anılarıyla ya da travmayı anımsatan durumlarla hayalde veya gerçekte karşı karşıya bırakılmasıdır. Bu işlem sırasında görülen anksiyetenin azalarak kaybolması olgusu, kişinin travma uyarıları ve bunların yarattığı şiddetli anksiyete belirtileri üzerinde kontrol sağlaması olarak düşünülebilir (Başoğlu, 1992: 10; Richards, 1989: 66).

Problem çözme davranışlarının geliştirilmesi ve bu davranışların gündelik stres durumlarının çözümünde kullanılması, kişinin çevresi üzerindeki kontrolünü arttırabilir. Ancak tedavide kontrol duygusunun sağlanması kadar sağlanan kontrolün neye atfedildiği de önem taşımaktadır. TSSB'da rol oynadığı düşünülen beklenmeyen stres ögesi dikkate alındığında, travma sonrasında kişinin olayları önceden kestirebildiği bir ortam içinde bulunmasının önemi anlaşılmaktadır. Bu unsuru sağlayacak etkenlerde sosyal ve duygusal desteklerdir. Destekleyici bir çevrenin kişinin yaşamını stabilize edebileceği, beklenmedik ek streslere bir tampon oluşturacağı belirtilmektedir (Aker, 2000: 18; Başoğlu, 1992: 11; Sungur, 1999: 106).

Sosyal destek, travma sonrasındaki kontrol kaybının yol açtığı çaresizlik duygularını nötralize eden bir unsur olarak görülebilir. Literatürde travma sonrasında destekleyici bir ortamda bulunmanın travmanın etkilerini hafiflettiği ve travma öncesinde var olan sosyal desteğinde koruyucu etkileri olduğu belirtilmektedir. Ancak travma sonrası psikolojik sorunları olan kişilerin kendilerine sunulan sosyal destekten yararlanamamaları ya da sorunları nedeniyle bu desteği kaybetmeleri de söz konusu olabilir. Karmaşık sosyal ilişkiler yapısı içinde sosyal desteğin her zaman yararlı olacağını düşünmek de yanıltıcı olabilir (Başoğlu, 1992: 11; Boscarino, 1995: 317).

Travmanın uzun dönem etkilerini önlemek için yapılacak girişimlerden biri travmanın hemen sonrasında kişinin başına gelenleri bir başkası ile paylaşmasını sağlamaktır. Bu kişi aynı felaketi yaşayan biri ya da profesyonel biri olabilir.

Bu girişim travmanın etkilerinin çözülmesi için gerekli bazı bilişsel ve duygusal süreçlerin tamamlanmasını sağlamaktadır (Aker, 2000: 19; Başoğlu, 1992: 13; Clark, 1997: 27).

Ciddi yaşam olaylarıyla baş etme, psikopatolojilere neden olmakla beraber normal bir süreçtir. Araştırmalar doğal afetler, çatışma, şiddet gibi travmatik olayları yaşayanların yaklaşık olarak %80'inin baş etmeyi başardığını, %10-30 gibi az bir grupta ciddi hastalıkların ortaya çıktığını göstermektedir (Brom vd., 1993: 131; Jaffe, 1985: 100).

Olağanüstü olayları benzer şekilde yaşayarak baş edebilen sağlıklı bireylerin incelenmesinin TSSB'nun anlaşılmasına ve tedavisine katkısı çok önemli olabilecektir. Böyle bir deneyim sonrasında bu zor durumun üstesinden gelebilmek için kullanılan yollardan birincisi; hissizlik, yaşantının ruhsal anlamından kaçınma ve olayla duygusal olarak uğraşmamayı seçerek, olayın üstünü kapatmadır. Bir çok insan bu şekilde baş eder. İkinci yol ise; kendi kendine yenilenmedir. Farklı bir kimlikle yaşamı sürdürmek anlamı taşır. Kişilik, bu yaşantıya uyum sağlamak için genişler, yeni kapasite ve farkındalık düzeyleri gelişir (Brom vd., 1993: 131; Casella ve Motta, 1990: 595; Jaffe, 1985: 100).

TSSB olan hastalara yardım sürecinde travmatik değişimin, TSSB gelişse bile ruhsal gelişimin bir parçası olabileceği şeklindeki bakış açısı yaratılarak, TSSB semptomlarından sonuçta gözlenebilir kişisel özellikler yaratan, yeni bir farkındalık olarak yararlanılabilir. Travma olağan bakış açılarının sorgulanmasını, daha genişletilmiş bir kendilik kavramı geliştirmeyi ve değerlerin yeniden sıralanmasını sağlayabilir. Travma, olağan fikir ve beklentilerin ve kişiyi kendisiyle barıştıran diğer olağan yolların artık yetmemesi ve kişiliğin yeniden organizasyonu anlamı taşır. Etkin tedavi edici bir yaklaşım bu farkındalık ve değerlerdeki değişimi, anlam ve amaç arayışını tanımayı ve hemen bir kişilik veya davranış değişikliği beklemeden bu süreci kabul etmeyi kapsamalıdır (Decker, 1993: 33; Decker, 1993: 15; Jaffe, 1985: 100).

Kişinin nasıl birisi olduğuna ilişkin algıları ve kendisi hakkındaki fikirleri, yaşadığı deneyimlere bağlıdır. Bir travmadan sonra birey kendi varoluşsal çaresizliği ve kırılgan oluşu ile yüz yüze kalır ve yaşam, asla bir daha aynı görünmez. Travma ile baş edilemeyen yaşantılar ortaya çıkar ve kişi kendisiyle ilgili algısını değiştirmekte güçlük çeker, hayal kırıklığı yaşar. Bu hayal kırıklığı yeni bir ruhsal gelişimin başlangıcı olabilir ve travma kişinin olağan bakış açısını sorgulamasını, daha genişletilmiş bir kendilik kavramı geliştirmeyi istemeyi ve kişisel değerlerin yeniden sıralanmasını sağlar (Decker, 1993: 33; Decker, 1993: 16).

Deprem gibi büyük felaketlerin ardından yaşanan kayıplar tek yönlü değildir. Bunlar sevilen kişilerin, yuvarım ve alışılan günlük ortamın kaybıdır. Her şeyden önce kişinin varlığını sabit kılan ve insana tarih dolayısıyla yaşam duygusu sağlayan mekan duygusu yok olduğunda, birey kendini boşlukta hisseder. Deprem sonrasında birçok insan yaşadığı yeri terk etmek zorunda kalmaktadır ve bu normal şartlarda bile çok büyük stres yaratan bir durumdur. Sonuç olarak bütün bu etkenler olumsuz duyguların yaşanmasına neden olur (Akşit vd., 1997: 51; Bland vd., 1997: 188).

Emosyonel tepkileri anlamak ve kabul etmek iyileşme süresini kısaltır ve doğal iyileşmeyi hızlandırır. Travma sonrasında kişi, yaşamın kontrol dışında ve dengesiz olduğu duygusu, flashbackler (tekrarlanan görüntüler), hayatta kalma suçluluğu, madde kullanımında artma, çıldırma korkusu yaşayabilir. Kişiye bunların psikoz olmadığı veya çıldırmayacağı konusunda bilgi vermek önemlidir. Travma ile ilgili yaşantıları sözelleştirmek adaptasyon açısından çok önemlidir (Decker, 1993: 34; Decker, 1993: 16; Morrison, 1994: 22).

1.1.2. Travma ve Baş Etme

Stresli yaşam olayları, baş etme stratejileri ve hastalıklar konusunda yapılmış bir çok çalışma literatürde yer almaktadır. Baş etme terimi, yaşam olayları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin anlaşılmasına yardımcı bir kavramdır (Dağ, 1990: 42; Karaca, 1996: 25; Özcan vd., 1999: 35).

Baş etme, kişinin stres verici bir olaya direnmesini belirten, insanın gücünü aşan iç ya da dış kaynaklı belirgin bir stresi düzenlemeye yönelik, bilişsel ve davranışsal çabaları ifade eder. Baş etme yöntemleri stres altındaki kişilerin durumu geliştirmek için gösterdikleri davranış örüntüleridir. Genel olarak baş etme yöntemleri literatürde "probleme yönelik" ve "duyguya yönelik" baş etme yöntemleri başlıkları altında ele alınmaktadır. Eğer kişi olayla baş edebileceğini düşünüyorsa genellikle probleme yönelik baş etme yollarını, baş edemeyeceğini düşünüyorsa duyguya yönelik baş etmeleri kullanma eğiliminin ortaya çıktığı belirtilmektedir (Bolgar, 1990: 525; Folkman, 1984: 839; Karaca, 1996: 25).

Bir problem, kişinin olmasını istediği ya da olması beklentisinde olduğu durumla gerçekte var olan durum arasında bir farklılık olduğunda ortaya çıkan ve bu farklılığı yok edecek yolların o an var olmadığı bir durumdur. Kişinin inanç ve değerlerine ters olan her durum bir problem olabilir. Probleme yönelik baş etme yöntemleri de stresin kaynağını uzaklaştırmayı ya da değiştirmeyi amaçlayan yöntemlerdir. Duyguya yönelik baş etmede duygusal dengeyi sürdürmeye çalışma, stresörlerin yol açtığı duyguları kontrol etme çabası söz konusudur (Bolgar, 1990: 525; Folkman, 1984: 839; Karaca, 1996: 25; Wilson ve Kneisl, 1988: 127).

Birey problemini çözmede başarısız oldukça ve çözülemeyen problemler biriktikçe ruh sağlığı tehlikeye girmektedir. Bireyin ruh sağlığı, problemlerini etkili bir şekilde çözmesine bağlıdır. Problem çözmenin amacı pozitif sonuçlar üretecek davranışları harekete geçirmektir ve bu yaklaşımın potansiyel yararlarından biri, kontrol duygusunu sağlamasıdır (D'Zurilla ve Goldfried, 1971: 107; Nezu ve Ronan, 1985: 693).

Stresle baş etme yöntemi olarak problemin çözümüne yönelik baş etme tarzı kullananların daha az depresyon, daha az durumluk ve sürekli anksiyete ve daha fazla içsel kontrol yönelimi ve daha az problem ifade ettikleri; olumsuz yaşam olayları ile karşılaşma ve problem çözmeyi kullanamamanın semptomlara neden olduğu belirtilmektedir (Erol ve Öner, 1999: 33).

Bir kişinin önemli bir stresten kurtulma kapasitesini belirleyen en önemli faktörler arasında, stresi doğası, kişi ve başkası tarafından stresin yetkin bir şekilde ele alınması, kişinin önceki başa çıkma becerileri, kişinin kendine stres kaynağına ve geleceğe olan yaklaşımı, iç enerjilerini kontrol ederek gereken işlevler için yönlendirebilmesi, strese saplanıp kalmaması, var olan kaynakları kullanma becerisi yer alır. Bunlar yanında olayların önceden tahmin edilebilirliği, sosyal desteğin varlığı ve kalitesi, duygusal paylaşım, bilgi paylaşımı, sosyal karşılaştırma olanaklarının bulunması gibi durumsal değişkenlerde stresin etkisini azaltabilmektedir. İnsanların pek çoğu ağır bir travmayla karşılaştıklarında TSSB belirtilerinin ortaya çıkmaması, benzer şekilde travma sayılmayacak bazı olayların da bazı kişilerde TSSB belirtilerine neden olabilmesi bu tür faktörlerle ilgili görülmektedir. Bu noktada baş etme becerilerinin önemi açıktır. Kullanılan baş etme tarzlarının bazı yönleri sağlıklı ve etkili iken, bazı yönleri az etkili ya da sağlığa, ilişkilere ve kişinin performansına zararlı olabilmektedir. Stresle başa çıkma tarzı ne olursa olsun "esnek" olmak da önemlidir. Bir başka yol işe yarayacakken, tek bir davranışın alışkanlık halinde kullanılması esnek olunmadığına işaret eder. Bu becerilerin geliştirilebilmesi için önce kişilerin yanlış kabullenmeleri ve bilgilendirilmelerinin öğrenilmesi ve düzeltilmeye çalışılması gerekmektedir (Buck, 1991: 24; Dağ, 1990: 44; Erol ve Öner, 1999: 34; Karaca, 1996: 26).

Stresle etkin baş etme öğrenilmiş bir davranıştır ve stresle baş etmek için kasıtlı olarak bazı yöntemleri kullanmak gerekmektedir. Bir olayla karşılaşıldığında başlangıçta uygulanan baş etme girişimleri, problem anında değişikliğe yol açarak sorun çözümünü daha karmaşık ve zor bir hale getirebilmektedir. Bu nedenle uyuma yönelik olmayan baş etmenin tanımlanması da terapatik yaklaşımların belirlenmesi açısından yarar sağlamaktadır. Kullanılan baş etme yöntemleri stresi ortadan kaldırılabiliyorsa yeterli/uyuma dönük ya da fonksiyonel, daha fazla strese yol açıyorsa yetersiz/uyuma dönük olmayan ya da fonksiyonel olmayan yöntemler olarak adlandırılırlar. Bunlar (Batlaş ve Batlaş, 1990: 47; Şahin, 1994: 103);

- Yetersiz olanlar-, uygun olmayan davranışlar (alkol ya da bir maddeye sığınma, saldırganlık, kaçınma davranışları, içe kapanma, intihar, depresyon ya da diğer ruhsal bozukluklar vb) ve kendini aldatmaya yönelik davranışlardır (rasyonalizasyon, reddetme, bastırma, yansıtma gibi çeşitli savunma mekanizmaları)
- Yeterli yöntemler, 3 alt başlıkta incelenebilir.
 1. Bedene yönelik yöntemler: solunum ve gevşeme egzersizleri, fiziksel egzersiz, doğru beslenme vb.
 2. Duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler: duygulan paylaşabilme, duyguları uygun bir şekilde ifade etmeyi öğrenme, hayata bir bilim adamı gibi yaklaşmayı alışkanlık haline getirme(tek bir olaydan hareketle genellemeler yapmadan, her görüş için kanıt arama) stres yaratan durumları tehdit olarak değil yetenekleri sınama olarak yorumlama, olumlu düşünme vb.
 3. Duruma yönelik yöntemler: zamanı iyi kullanma, sosyal destekten yararlanma, iletişim becerilerini geliştirme, problem çözme becerilerini geliştirme, atılgan davranış özellikleri geliştirme vb.

Bir olay karşısında ortaya çıkan baş etme stratejilerini, daha öncede belirtildiği gibi sosyodemografik özellikler, kişinin kaderci ya da katı oluşu, iç-dış kontrol odağı inancı, bir amaca sahip olma, çevreyle uyum hissi, sosyal ilişkiler içinde olma ve yaşanan olayın niteliği gibi özellikler belirlemektedir, örneğin, sosyoekonomik durumu yüksek olan kişilerde uyuma yönelik baş etme yöntemlerini kullanma daha yüksektir. Eğitim yükseldikçe kaçınma yerine problemin çözümüne yönelik baş etme stratejilerinin kullanımı artmaktadır. İç kontrol inançlarının uyumlu başa çıkma tepkilerine aracılık ettiği belirtilmekte ve dış kontrol inançlıların çevresel olaylar üzerinde daha az kontrolleri olduğunu algıladıkları için yaşam olaylarından daha fazla etkilenecekleri düşünülmektedir. Daha fazla sosyal desteği olanlarda kaçınma daha az görülmektedir (Dağ, 1990: 45; Şirvanlı, 1995: 163).

Psikolojik stres ile travmanın ayrımını yapmak baş etme tarzlarını tartışmak açısından önem taşımaktadır. Psikolojik stres bireyin zorlanmadan baş edebileceğinden daha fazla yük altında kalması sonucu oluşur. Travma ise bireyin kontrolü dışında gelişen alışılmadık, umulmadık ve bireyin sınırlarını aşan olaylardan kaynaklanır. Travma bireyin yaşam hakkındaki düşüncelerine bir saldırıdır ve tahmin edilebilirlik ve incinmezlik duygularını yıkan korkutucu bir yaşantı arkasından, kişinin çevresi ve duygulan ile baş etme tarzı değişebilir (Spurrell ve McFarlane, 1993: 194).

Stresin o birey için zamanlaması ve diğer faktörlerle bileşimi de önem taşımaktadır. Bireyin iç durumu, stresi bekleyip beklememesi, kaynakların farkına varması ve verdiği tepkiler ikincil streslerin oluşma olasılığını belirleyecektir. Büyük ve beklenmeyen bir felaketin ardından, günlük yaşam olayları ve onların getirdiği sıkıntılar kişinin streslerle baş etme gücünü zorlamakta ve her gün yaşanan çaresizlik, bireyin üzerinde olumsuz etki bırakabilmektedir. Travmaya neden olan uyaran, kendisine eşlik eden diğer uyaranlara da benzer tepkilerin gösterilmesini koşullayabilir. örneğin, depreme odada yakalanan kişinin o odayı kullanmamaya başlaması, korkudan kaçmak için korku veren tüm uyaranlardan kaçınması gibi. Bu durumdaki birçok kişi, birçok olayı birleştirip hepsini stresli algılamaya ve toplumun desteğini yetersiz görmeye başlarken; aksine bazı kişiler de, yaşanan kayıpların çokluğu nedeniyle, günlük sıkıntıları anlamsız ve önemsiz bulup yardım istemeyebilmektedir. TSSB'ü olan kişiler yaşamlarını karşılaştıkları olumsuz deneyim ve sonuçlarına göre düzenlemeye devam etmektedirler ve buna bağlı olarak da giderek yaşam kaliteleri bozulmaktadır (Aker, 2000: 20; Çervatoğlu, 2000: 11; Erol ve Öner, 1999: 34; Gençöz, 1998: 5).

Stresli bir olayla karşılaşıldığında önce probleme yönelik baş etmeler kullanılmaktadır. Eğer problem çözme başarısız olursa, hassas kişi hızla sosyal izolasyon gibi başka alternatif stratejileri kullanmaya başlamaktadır (Kuiper vd., 1989: 229).

Akut TSSB'u olan bireyler problem yönelimli, destek arama, olumluya odaklanma ve kendini kınama stratejilerini kullanırken, kronik TSSB'u olan bireyler gerilimi azaltma, olumlu düşünme ve kendi stratejilerini sürdürme gibi daha çok ilgisizlik içeren yöntemlere daha fazla dayanırlar. Bu nedenle kronik TSSB olan bireylere yardım etmede önemli bir nokta, sorun için başvurmaktan kaçınılmaması konusunda halkın bilgilendirilmesidir (Aker, 2000: 20; Çervatoğlu, 2000: 11; Erol ve Öner, 1999: 34; Gençöz, 1998: 5).

1.1.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1.1.3.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tanımı

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olağan insan deneyimlerinin dışında yaşanan ve bu deneyimden geçen hemen herkes için sıkıntı kaynağı olabilecek bir olayın ardından gelişen, birçok duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren psikiyatrik belirtileri tanımlamaktadır.

Bulgular bir aydan uzun sürmekte ve klinik açıdan belirgin sıkıntıya, toplumsal mesleki alanlarda ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulmaya neden olmaktadır. Bir ay ile üç aydan az sürede bulguların varlığında akut TSSB değerlendirilirken 3 ay ve daha uzun süreyle bulgular devam eder ise kronik TSSB olarak adlandırılır.

Bulgular travmadan hemen sonra başlayacağı gibi travmadan altı ay sonra da başlayabilir (Geç başlangıçlı TSSB).

1.1.3.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirtileri

DMS-IV (1997)'e göre travma sonrası stres bozukluğunun belirtileri şu şekilde sınıflandırılmıştır;

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi, gerçek bir ölüm yada ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisinin yada başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır (çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler).

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.

1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler veya algılar vardır (küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler).

2. Olayı sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme (çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler).

3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma veya hissetme (uyanmak üzere iken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halusinasyonları ve disosiatif “flashback” episodlarını kapsar).

4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran, andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma.

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran, andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme.

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli travmaya eşlik etmiş olan uyaranlarda sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmada önce olamayan).

1. Travmaya eşlik etmiş düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları.

2. Travmayla ilgili anları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları.

3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama.

4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da katılımın belirgin olarak azalması.

5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanların yabancılaştığı duyguları.

6. Duygulanımda kısıtlılık (örneğin sevme duygusunu yaşayamama).

7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örneğin bir mesleği, evliliği çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama).

D. Aşağıdakilerden ikisini (ya da daha fazlasını) bulunması ile belirli artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

1. Uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük.

2. İritabilite ya da öfke patlamaları.

3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük.

4. Hipervijilans.

5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

E. Bu bozukluk (B, C, D tanı ölçütlerindeki semptomlar bir aydan daha fazla sürer).

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

1.1.3.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi

TSSB, 1980 yılında ilk kez DSM III'de yer aldığında, Helzer ve arkadaşlarının yaptığı ilk epidemiyolojik çalışmada, sivillerde yaşam boyu prevalansın % 1 (% 0.5 erkeklerde, % 1.3 kadınlarda) olduğu bulunmuştur (Helzer vd., 1987: 1630). Breslau vd., (1991: 216), genç erişkinler arasında % 9.2 gibi dokuz kat yüksek yaşam boyu prevalansının olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca bu çalışmada, erkek cinsiyetinin, düşük eğitim düzeyinin, öncesinde davranım bozukluğunun olması ve ailede psikiyatrik bir bozukluk öyküsünün ve/veya madde kötüye kullanımı olmasının TSSB gelişimini etkilediğini ifade etmişlerdir. Kessler vd. (1995: 1048), TSSB'na erkeklerde en sık sebebinin savaş ve beklenmedik ölüm veya ciddi yaralanmaların, kadınlarda ise tecavüz ve cinsel saldırıların olduğunu saptamışlardır. Erkeklerin % 60.3'ü, kadınların % 50.3'ü travmatik bir strese maruz kalmaktadır. Yaşanılan travmatik olayın tipi, cinsiyete göre belirgin fark göstermektedir. Erkeklerin % 25'i, kadınların % 13.8'i bir kazaya maruz kalırken kadınların % 9.2'i, erkeklerin % 0.7'i tecavüze uğramaktadır. Bu travmatik yaşantılardan TSSB gelişimi de anlamlı olarak değişir. Örneğin; kadınlarda tecavüz sonrası TSSB gelişimi % 48.4 iken erkeklerde beklenmedik ölüm veya ciddi yaralanma sonrası %10.4 oranında görülür (McFarlane, 1997: 10).

Norris (1992: 409), 1000 yetişkinde yaptıkları çalışmada, deneklerin yaşamları boyunca % 69'unun travmatik bir strese maruz kaldıklarını ve TSSB'da en sık travma nedeni, trajik ölümler, cinsel saldırılar ve trafik kazaları olduğunu göstermişler. Kessler ve arkadaşlarının 5877 kişide yaptıkları çalışmada, TSSB'na yol açabilen travmatik yaşantılarda, % 49.5 ile kadınlarda tecavüz, % 38.8 ile savaş ile ilgili olaylar, % 21.3 ile kadınlarda cinayet gibi olaylarla karşılaşma olduğunu ifade etmişlerdir. Breslau ve arkadaşları, sivil toplumlarda görülen TSSB'da en fazla görülen onbir travmatik yaşantıyı sıralamışlar ve en fazla %49.0 ile tecavüz, %31.9 ile kötü şekilde dayak, saldırıya uğrama, %23.7 ile cinsel saldırılar olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu çalışmalarda, yaş, ırk ve cinsiyetin önemli rol oynadığı görülmüştür (Breslau vd., 1991: 218). Norris, siyah erkeklerde ve gençlerde

TSSB'nun daha fazla olduğunu belirtmiştir (Norris, 1992: 411). Kessler vd. (1995: 1048), erkeklere göre kadınlarda travma sonrasında TSSB gelişiminin iki kat fazla olduğunu göstermişlerdir.

Özetle, TSSB için kesin epidemiyolojik veriler mevcut değildir. Toplumlar arasında stresörlerin sıklığı ile beraber çalışmalarda kullanılan farklı tanı ölçütleri ve epidemiyolojik teknikler prevalansın değişik oranlarının elde edilmesine neden olmaktadır. Çeşitli çalışmalarda yaşam boyu prevalansın % 1-14 arasında değiştiği, risk altındaki kişilerde bu oranın % 58'e kadar çıkabildiği belirtilmektedir. Aslında stresörlerin sıklığı ve çeşitliliği gibi TSSB'da sık ve yaygındır. Travmatik yaşantıların yere, zamana göre sıklığındaki değişkenlik TSSB'nunda yaygınlığında değişik sonuçlar alınması olağandır. Her yaşta görülebilirse de daha çok genç erişkinlerin hastalığıdır. Çünkü stres kaynakları ile daha çok bu yaşlarda karşılaşmaktadır. Birçok çalışmada TSSB prevalansının, travmayla bizzat karşılaşma, travmanın şiddeti ve süresi ile arttığı gösterilmiştir.

1.1.3.4 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etyolojisi

TSSB'nun etyolojisinde belirgin bir travmanın temel rol oynamasına karşın, hastalığın ortaya çıkmasında birden fazla etmenin yer aldığı düşünülmektedir. Aynı travmatik olayı yaşayan herkeste TSSB ortaya çıkmamaktadır. Benzer bir biçimde, sıradan gibi görünen ya da çoğu insan için bir felaket gibi görünmeyen birtakım olaylar, söz konusu olayın kişi için öznel bir anlamının olması nedeniyle TSSB'na neden olabilmektedir. Stres kaynağı, bozukluğun ortaya çıkması için gerekli ise de yeterli değildir. Olayın hasta için öznel bir anlamının olması gerekmektedir. Çeşitli etnik-kültürel, psikolojik, fiziksel, ailesel ve sosyal etkenler bozukluğun patogeneğinde yer almaktadır (Çervatoğlu, 2000: 12; Foa vd., 1997: 450).

Değişik türlerdeki stres kaynaklarının TSSB'un gelişmesine etkileri de değişik derecelerde olmaktadır. TSSB'unda stresör, genelde olağan kabul edilebilecek insan

deneyimlerinin ötesinde ve yeterince şiddetli olmalıdır. TSSB'nun gelişme riskini, stresörün şiddetini artıran etkenler ve kişinin yatkınlığı ve çevresel faktörler belirlemektedir. Yürütülen çalışmaların ışığı altında, dışsal nedenli katastrofik travmanın nesnel şiddeti ve niteliği yanında kişinin travmaya verdiği anlam ve atıfların, travma öncesi, travma şurası ve sonrasında bireysel yatkınlık yaratan diğer faktörlerin ve çevresel özelliklerin de gelişen psikopatolojiler üzerinde etkili olabildiği görüşüne ulaşıldığı görülmektedir (North vd., 1999: 755).

Kaynaklarda bozukluğun oluşumunda üç etkenin önemi belirtilmektedir. Bunlar; travmanın cinsi ve şiddeti, travmayla karşılaşan kişinin özellikleri ve travma sonrasında yaşanan ortamın özellikleridir. Ayrıca etnik-kültürel faktörlerde kişinin TSSB'na yakalanma olasılığında, ifade edişinde ve tedaviye cevabında önemli rol oynayabilmektedir (Sungur vd., 1995: 117).

Stresörün hasta için öznel bir anlamının olması, stres kaynağı ile karşı karşıya kalma süresinin uzaması, stresörün ani olması (hazırlıksız olma), katastrofik olması, insanlar tarafından oluşturulması, ölüm tehdidi içermesi, fiziksel yaralanma ile birlikte olması, gaddarlık ve insanlık dışı bir olayı içermesi, kişinin suçluluk duygusu (sağ kalma suçluluğu) taşıması, çok sayıda kişinin maruz kalması, travmanın şiddetini arttıran etkenler olarak sayılabilir (Çervatoğlu, 2000: 12; Yılmaz, 1995).

Kişinin yatkınlığı olduğunu gösteren etkenler, stres kaynağının şiddetini etkileyerek travma karşısında belirtilerin gelişmesi bakımından kişiye öznel bir yatkınlık oluşturmaktadır. Ağır stresörlerde kişisel faktörler önemini yitirirken, hafif stresörlerde önem kazanmaktadır. Bunlar; erken çocukluk döneminde ki örseleyici yaşantılar, borderline, paranoid, antisosyal ya da bağımlı kişilik özellikleri gösterme, içe dönüklük, nevrotiklik faktörleri, sosyal desteklerin yetersiz olması, psikiyatrik bir hastalık geliştirmeye genetik - yapısal bir yatkınlık taşıma, son zamanlarda stresli yaşam değişimlerinin olması, psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, önceden alkol veya ilaç kötüye kullanım öyküsü olması, 10 yaşma gelmeden anne babanın

ayrılması, çok genç ve çok yaşlı olma, hipnoz edilebilme özelliği taşımadır (Çervatoğlu, 2000: 12; Yılmaz, 1995).

Travma sonrasında gelişen olumsuz yaşam olayları da TSSB belirtilerinin direnç kazanmasına neden olmaktadır. Bunlar artçı depremler gibi travmanın tekrarlanması, aileden ayrılma, yeni bir yere yerleşme, barınma sorunları, işsizlik, toplum yaşamı ve sunulan hizmetlerin kaybı gibi sorunlardır ve psikiyatrik morbiditeyi arttırmaları (Barash, 1990: 35; Sungur, 1999: 107).

Sungur (1999: 110) felaketi izleyen günlerde insanların başlarına gelen felaketten sorumlu tutulmaları ya da kendi kendilerini sorumlu tutmaları nedeniyle ikincil travmaların ortaya çıktığını belirtmektedir. Travma sonrasında yaşanan ortamın destekleyici olup olmaması, bireyin yardım ağı ve destek kaynakları ve bireyin bu destek kaynaklarından yararlanabilmesinin kolaylığı veya zorluğu travmanın etkisinin çabuk atlatılıp atlatılmayacağını, TSSB'nin kronikleşip kronikleşmemesini belirleyen önemli etkenlerdir. İkincil travmaların oluşması genellikle sosyal desteğin yetersizliğine işaret etmektedir.

Toplu can kaybıyla sonuçlanan felaketlerde sosyal çevreninde kaybedilmesi prognozu olumsuz etkilemektedir. Daha önce travma yaşantısı olanlarda risk yükselmektedir (Yılmaz, 1995).

Dinar depremi sonrasında yapılan çalışmada deneklerin %40'ı ağır derecede anksiyeteli bulunmuştur. Cinsiyet karşılaştırmasında kadınların kayba erkeklerden daha duyarlı olduğu belirtilmiştir (Turan ve Sayıl, 1996: 45). Tezcan vd. (1996: 5)'nin yaptığı çalışmada terör olaylarının Elazığ bölgesinde en önemli etmen olduğu, erkek hastalarda borderline kişilik bozukluğu, kadınlarda histrionik kişilik özelliklerinin TSSB'na eşlik ettiği bulunmuştur.

Yılmaz'ın (1995) çalışmasında, TSSB tanısı alan kişilerde toplumumuzda, olayı hatırlatan durumlarda sıkıntı hissetme, her an tetikte hissetme, çabuk sinirlenme ve öfke patlamaları ile olayın tekrar tekrar hatırlanmasının en fazla görülen belirtiler

olduğu belirtilmektedir. En erken ortaya çıkan belirtiler, uykuya dalma güçlüğü, çabuk sinirlenme ve öfke patlamaları, her an tetikte hissetme ve uykuyu sürdürme güçlüğüdür. Aynı tabloda en geç ortaya çıkan belirtilerin, olayın önemli yönünü hatırlamama, insanlardan uzaklaşma ve geleceğinin kalmadığı duygusu olduğu belirtilmiştir. Bu belirtilerin önemi, kişiyi en fazla rahatsız eden, sorunları ile baş edemediğini, yardıma ihtiyaç duyduğunu gösteren ve kliniğe başvurmalarına neden olan belirtiler olmasıdır. Bu belirtiler aynı zamanda majör depresyonun tipik belirtileridir ve majör depresyon, %10-50 oranında TSSB'na eşlik etmektedir. Travmanın yaşandığı tarih ile belirtilerin başlangıç tarihleri anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermektedir.

Bütün bu çalışmalara rağmen semptomların nasıl ve neden uzun süre devam ettiği ile ilgili bilgiler oldukça azdır ve bunları saptamayı sağlayacak olan uzunlamasına çalışmaları yürütmek de bu hasta grubunda çok zordur. Çünkü bu hastaların çoğunluğu tedavi için başvurmamaktadır ve uygulanan tedaviler de hastalık öyküsünde değişimlere neden olmaktadır. TSSB'nu daha iyi anlamak için tek bir oluş nedenine bağlı kalınmadan çalışma güçlükleri de dikkate alınarak risk faktörlerini tanımlamaya çalışmak gerekmektedir (Breslau ve Davis, 1992: 671).

1.1.3.5 TSSB'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

TSSB'da eşlik eden bozuklukların yüksek oranda olmasıyla ilgili sorunları ilk kez Fairbank ve arkadaşları (1983) tanımlamıştır (Fairbank vd., 1983: 912). Fairbank, TSSB'lu olan hastalarda depresyon ve anksiyetenin yüksek oranda olduğu ve TSSB'da tedavi ve araştırmalarda hastalığa beraber giden diğer psikiyatrik durumların önemi üzerinde durmuştur. Sonrasında Keane ve arkadaşları da (1983) TSSB'lu olan bireylerde madde kötüye kullanımının yüksek oranda olduğunu bildirmiştir. Savaşa katılan TSSB olgularında alkol ve ilaç kötüye kullanımı ile ilgili sorunların yine nikotin ve kafein tüketiminin yüksek olduğu görülmüştür (Keane vd., 1983: 117). Bu veriler TSSB'da eşlik eden bozukluklar ile ilgili ilk veriler olmuştur.

Sierles vd., (1983: 1177), TSSB'luğundan yatan 25 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada hastaların % 84'ünde diğer psikiyatrik bozuklukların olduğunu görmüşlerdir. Bunların % 64'ünde alkolizm, % 48'inde antisosyal kişilik bozukluğu, ayrıca çalışma sırasında tanı kriterleri karşılama bile % 72'inde bir depresyon öyküsü olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmada sınırlayıcı etmenler olmasına rağmen TSSB ve beraberindeki bozuklukların kapsamlı yapılandırılmış bir tanısal görüşmenin uygulandığı ilk çalışma olmuştur. Bu çalışmayı takiben, Sierles ve arkadaşları aynı yöntemle 1986 yılında yine ayakta tedavi gören TSSB'lu 25 hasta üzerinde çalışmışlardır. Hastaların % 76'nın alkolizm, %64 nün antisosyal kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığı ve % 84 nün TSSB yanında en az bir diğer bir bozukluğun olduğunu göstermişlerdir (Sierles vd., 1986: 171).

Escobar vd. (1983: 585), TSSB'lu 20 hastada yaptıkları çalışmada; % 65 alkol bağımlılığı, % 50 sosyal fobi, % 40 ilaç bağımlılığı, % 35 majör depresyon ve % 35 şizofreni tespit edilmiştir. Ancak burada kullanılan tanısal görüşme ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliğinin şüpheli olduğu ve şizofreni ve TSSB'da örtüşen bulguların bu görüşme aracı nedeni ile şizofreniyi yüksek gösterdiği iddia edilmiştir.

Keane ve Wolfe (1990: 1776) DSM-III-R'a göre yapılandırılmış klinik görüşme formu kullanarak 50 ayakta tedavi gören TSSB hastasını incelemişler. Çalışma sonunda en yüksek oranla alkolizmin (% 84) eşlik ettiği, % 42 ilaç kötüye kullanımı, % 68 depresyon, % 34 distimi, % 26'da özellikle antisosyal kişilik bozukluğu ile kişilik bozuklukların olduğunu bulmuşlardır. Southwick vd., (1993: 266) yine kişilik bozukluklarının sık olduğunu ve hastalarında borderline kişilik bozukluğu özellikleri olduğunu söylemişlerdir.

Yapılan tüm bu çalışmalar TSSB hasta gruplarında eşlik eden psikiyatrik bozukluk oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Sıklıkla eşlik eden psikiyatrik bozukluklar; (a) alkol kötüye kullanımı, (b) ilaç kötüye kullanımı, (c) depresyon, (d) anksiyete bozukluğu (özellikle fobi ve panik bozukluğu), ve (e) kişilik bozukluğu (özellikle antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu) olarak sıralanır.

Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda olmasını araştırmacılar çeşitli hipotezler ile açıklamaya çalışmışlardır. Bunlardan biri kendi kendini tedavi hipotezidir. Travmatik olay sonrasında TSSB gelişen bireyler sahip oldukları emosyonel ağrıyla başetmek için madde kullanımına başlarlar. Bu hipotez TSSB'da madde kötüye kullanımındaki yüksekliği açıklar. Artmış uyarılmışlık ve uyku problemleri olan TSSB olan hastalar ilaç veya alkol kullanarak yakınmalarında geçicilde olsa kısa sürede rahatlama sağlarlar. Diğer bir hipotez Keane ve Wolfe (1990) bazı bulguların diğer hastalıkların bulguları ile örtüştüğünü ve örtüşen bulgulardaki bu yüksek oranın gözlenen komorbiditeden sorumlu olabileceğini iddia etmişlerdir. Hyer vd., (1987: 79) ise TSSB olan hastaların diğer bir psikiyatrik bozukluğu olan hastalara göre daha fazla bulgu sunumlarının olduğunu söylemişlerdir. Bu aşırı semptom bildiriminin TSSB ile eşlik eden psikiyatrik bozukluk oranlarında yüksekliğe neden olduğunu iddia etmişlerdir.

Mevcut çalışma sonuçlarının da gösterdiği gibi TSSB sıklıkla diğer bir majör psikiyatrik bozuklukla beraber oluşmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalarda da görülen heterojenite kendini TSSB'da semptom dağılımında da kendini göstermektedir. TSSB'da bulguların diğer psikiyatrik bozukluklarla ortak olduğu kabul edilir. Örneğin anıların tekrarlayıcı ve zorlayıcı tarzda hatırlanması obsesif kompulsif bozukluğun özelliğidir. Korku ve kaçınma davranışları özellikle agorafobi, basit fobi ve sosyal fobi gibi bazı anksiyete bozuklukları için karakteristiktir. Artmış otonomik uyarılmışlık yaygın anksiyete bozukluğunda görülürken, çekilme, suçluluk, kısıtlanmış gelecek duygusu majör depresyonda görülebilir. Olayları tekrar yaşama ve çekinme davranışları dissosiyatif durumlarda belirgindir. Yine bazı TSSB olan hastalarda görülen zayıf impuls kontrolü antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları gibi bazı kişilik yapılarında karşılaşılr (Keane vd., 2005: 25).

1.1.3.6 TSSB'nin Oluşma Nedenleri

1.1.3.6.1 Genetik ve Ailesel Etkenler

TSSB ile yapılan erken dönem çalışmalarda ailesel geçiş etkenlerinin de etkili olduğu düşünülmüştür. Yapılan aile öyküsü çalışmalarında TSSB olan hastaların birinci derece akrabalarında diğer anksiyete bozukluğu sıklığının yüksek olabileceği görülmüştür. Travmatik strese karşı oluşan tablo bir çok isimlerle adlandırılmış olsa bile bu hastalarda ailesel risk faktörlerinin rolü olabileceğini desteklemiştir. Çalışmalarda ailesel psikopatoloji oranı % 48 ile % 74 arasında oranlarla bildirilirken, kontrol gruplarında ise % 0 ile % 10 arasında bildirilmiştir (Connor ve Davidson, 2004: 618). 1980'den sonra TSSB'nun tanı kriterlerinin belirlenmesi ile yapılan aile çalışmalarının sonuçları da değişken bulunmuştur. Davidson vd. (1999: 339) savaşa katılmış 108 TSSB olgusunda yaptıkları çalışmada kontrol gruplarına göre belirgin fark bulunmamıştır. Ancak karışık kontrol grubuna (21 sağlıklı, 24 depresif ve 15 alkolizm olan kontrol grubu) göre TSSB olanların ailelerinde anksiyetenin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Breslau vd. (1991: 219), 1007 genç yetişkin vakada yaptıkları çalışmada TSSB'nun yaygınlığı ve ilişkili risk faktörlerini araştırmışlardır. Çalışmada aile öyküsünde bir psikiyatrik bozukluk, madde kötüye kullanımının, ailede bir anksiyete bozukluğu, sosyopati veya depresyonun varlığının TSSB gelişiminde risk faktörü olabileceğini bildirmişlerdir.

True vd. (1993: 257) 4042 Vietnam savaşına katılmış olguda aynı ve çift yumurta ikizleri ile yaptıkları çalışmada, bulgulara göre anlamlı genetik etkilenmenin olduğunu bulmuşlardır. Skre vd. (1993: 85) 81 ikizde yaptıkları çalışmada ise anksiyete bozukluğunun diğer ikizde olmasının daha yaygın olduğu ayrıca aynı yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha yaygın olduğu bulunmuştur.

Çalışmalarda görülen, TSSB olan hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık oranının yüksek olduğudur. Özellikle anksiyete bozukluğu, affektif bozukluk, sosyopati ve/veya madde kötüye kullanımı daha yüksek görülmüştür. Sonuçta çalışmalar ailesel etkilenmenin TSSB'nun gelişiminde rolü olduğunu desteklese de, genetik geçişteki neyin ve nasıl travmatik yaşantıyla etkileştiği bilinmemektedir. TSSB'nun heterojenitesinin genetik geçişi de etkilediği ve heterojenitenin TSSB'nu diğer anksiyete bozukluklarından da ayırdığı bildirilmiştir.

1.1.3.6.2 Psikolojik Etkenler

Her organizmanın başedemeyeceği kadar ağır stres durumları vardır. Böyle koşullarda herhangi bir kişide ağır bunalımlar olabilir. Benliğin bütünüyle dağıldığı, çaresiz kaldığı, ileri derecede regresif davranış biçimlerine başvurduğu görülebilir. Travma, fiziksel bir bileşeni olduğu gibi yoğun korku hissi, çaresizlik, kontrol kaybı ve yok edilme tehditi gibi psikolojik bir bileşene de sahiptir.

Psikodinamik açıdan, Freud ve diğer erken dönem analitikçiler, travmatik nevrozun sebebi ve bulgularını açıklamaya çalışmışlardır. İleri sürülen ilk formülasyon Freud tarafından yapılmıştır. Söz konusu travmanın önceden var olan çocukluk dönemindeki psikoseksüel gelişimin durduğu noktalara (fiksasyon) dönüşe (regresyona) yol açtığını ve çocukluk nevrozlarını yeniden harekete geçirdiğini söylemiştir.

Dinamikçiler daha sonra bir enerji modeli kuramı oluşturmuşlardır. Güçlü bir travma, organizmanın enerjisinde bir bozukluğa yol açar. Uyarılara karşı var olan bariyer ve koruyucu kalkanlar aşılmıştır. Ego, enerjide oluşan bu artışın boşaltılması için ve yaşanan bu olayla başedebilmek için yaşanan olayın bastırılması (represyonu) ve yapma-bozma (undoing) düzeneklerini kullanır. Yapma-bozma kendini, örseleyici olayları sık sık düşlerinde ve düşüncelerinde tekrar tekrar yaşamayı yineleme zorlantısı (compulsive repetition) tarzında kendini gösterir.

Ruhsal aygıt bir dış uyaran tarafından dengesi bozulduğunda bunu yeniden kurmaya çalışır. Bu denge sürdürülemediğinde, olağandışı bir tehlike hali doğar. Bu dengenin devamı kişinin mental ekonomisine bağlıdır. Kimi uyaranlar bazıları için travmatik olmazken bazıları için travmatik olabilir. Bu mental ekonomide en önemli etmenlerden biri, represyonlardır. Kontrol etme yeteneğini tamamen eski represyonların sürdürülmesine ayırmış kişiler zayıftırlar. Egonun gelecek olan dış uyaranlarla başedebilmesi ve deşarj olabilmesi için ekonomik yönden hazırlıklı olması gerekir. Bunun için bir miktar karşıt enerji yükünün hazır tutulması gerekir.

Boşalması savunucu güçler tarafından engellenen, fakat yine de ortaya çıkmaya çalışan bastırılmış içgüdüsel enerji vardır. Boşalmaya çalışan bastırılmış dürtülerle bu boşalmayı önleyen savunma güçleri arasında bir dereceye değin denge buldukça kişi benliğinde güçsüzlük hissetse bile yine de sağlam durumda kalır. Fakat bu dengenin herhangi bir bozukluğu, bastırılmış dürtülerin ani bir patlaması tehlikesine yol açar. Yeni ve daha etkili savunma araçlarının aranmasını gerektirir, bir nevroz tehlikesini yaratır. Nevrozların ortaya çıkmasını kolaylaştıran yaşantılar, bastırılan dürtüler ile bastıran güçler arasında bir dengenin bozukluğunu gösterir. Freud çocukluk fiksasyonları sonucu nevrotik yatkınlığı olan birinin küçükde olsa bir güçlük karşısında çocukluk çatışmalarının yeniden aktive olması ile, bir nevrozla yanıt vereceğini söylemiştir. Eski bastırılmış enerji ne denli şiddetli ve savunma güçleri ile arasındaki denge ne kadar kararsız ise, bir olay o denli kolaylıkla travmatik bir karakter kazanır. Bunu bir "bozulma noktası" olarak tarif eden Fenichel, bu noktaya ulaşmanın kişiden kişiye değiştiğini söylemiştir. Ruhsal enerjinin tüm ekonomisini alt üst eden ciddi travmalar sonuçta bastırılan dürtülerle bastıran güçler arasındaki dengeyi bozar. Bu travmatik yaşantı bu güvenlikleri alt üst ederek eski anksiyeteleri yeniden harekete geçirir. Örneğin, kısmi regresyonla korkularını inkar eden kimseler, o zamana kadar ilkel narsisizmin ve omnipotense sahipken travma ile omnipotent olmadıkları fark eder ve eski anksiyeteleri yeniden ortaya çıkar.

Gerek rüyalarda gerekse düşüncelerinde olayların tekrarı ekonomik yönden bir rahatlama aracıdır.

Arkaik ego yaşamış olduğu olayın tekrarıyla dış dünyaya egemen olur. Travmatik nevrozların rüyalarında olayı tekrar yaşamaları bu ilkel egemenlik türüne bir regresyonu belirtir. Travma sırasında olmuş şeyi tekrar tekrar yaşamakla, yavaş yavaş kontrol yeniden kazanılabilir. Bu tekrarlar gecikmiş bir deşarj yaratır. Böylelikle gerilimlerin giderilmesi sağlanır. Travmayla ilgili bu obsesif ruminasyon, saldırgan uyarıyı kontrol etmek için bir deşarj çabasıdır. Travma, bir kimsenin alışılmış uyum şekillerinin başarısız kaldığı bir durumdur. Ego, uyumdaki başarısızlığını regresyon ile en arkaik egemenlik ilkelerine uygulamaya kadar giderek olabildiği ölçüde kontrolünü yeniden kurmaya çalışır.

Freud savaş nevrozları tartışmasında, süperego'nun travmatik nevrozlarda oynadığı rol üzerinde de durmuştur. Buna göre, çocuklukta kazanılmış süperegonun yanısıra değişik başka otoritelerle yapılan daha yeni ve daha yüzeysel identifikasyonlardan da oluştuğunu söylemiştir. Bu yüzeysel ve geçici identifikasyonlar bazen çok etkin olabilir. Gerçek süperego ile çatışmaya girebilir. Freud bazı dönemlerde süperegonun amacını ele geçiren bu oluşumlara "süperego'nun asalak kopyaları" diye söz etmiştir. Freud savaş koşullarının bu tür bir "savaş süperegosu" yarattığını söylemiştir. Bu süperego türü, evvelce yasaklanmış dürtülerin açıklanmasına izin vermekle kalmaz, gerçek süperegonun böyle dürtülerin eylem haline gelmesine hiçbir zaman izin vermediğinden ego'ya çekici gelen istekleri de gerçekleştirir. Savaş zamanında barıştakinden farklı süperego yasak ve buyrukları oluşmuştur. Askerlik ortamında süperego işlevlerinin çoğu komutanlarına yansıtılmıştır. Eğer komutanlar koruma ve ödüllendirme rollerinde yetersiz kalırsa asker artık kendi süperegosu olarak işlev görme alışkanlığında olmadığından, en kötü durum ortaya çıkar. Henüz var olan süperego tarafında mahkum edilebilir. Bu yolla suçluluk duyguları ve yeni çatışmalar yaratılabilir. Freud'a göre, birçok savaş nevrozunda, "savaş süperegosuna" karşı bir savunma olarak, bir "barış egosunun" ortaya çıktığını söylemiştir.

Rado ve Simmel gibi dinamikçiler de ani beklenmedik uyarıların travmatik bir etki gösterip göstermeyeişi, olayı yaşıyan kimsenin kişiliğine bağılı olduğunu söylemişlerdir. Kişiliğin etkisini; çocukluk yaşantıları, yani harekete geçmeye hazır çatışmaların miktarı belirler. Bastırılmış dürtüler ne kadar fazla ve yeni gelen uyarılara egemen olmak için hazır bulunan serbest enerji ne kadar az ise travmatik etkilere yatkınlığın o derece fazla olduğunu söylemişlerdir.

Yaşanan bu olayları yineleyerek olaylara karşı duyarsızlaşma ve böylece stres ile başetme gücü geliştirirler. Arieti travma sonrası oluşan nevrozun bir bozukluktan çok bir uyum şekli olduğunu söylemiştir. Arieti burada anormal olarak kullanılan represyonun rolünün önemi üzerinde durmuştur. Böylece rahatsızlık veren çevre saf dışı edilir ve oluşan kaygı azaltılır. Fenichel de travmatik nevrozların, egonun geçirilmiş travmaların etkilerinin giderilmesi ve gelecek travmalardan kaçınmak için geliştirilmiş bir aygıt olarak incelenmesi gerektiğini söylemiştir. Travmaya fiksasyon bu kuramda önemlidir. Süreğen bir gidiş gösteren şiddetli travma ego'da iki değişikliğe neden olur. Değiştirilemez bu ego değişiklikleri; egoda tükenme ve suçluluk ile utancın ezici etkisinin bir sonucu olarak ego-süperego sınırlarında değişikliklere neden olur.

Bilişsel ve bilgi işlem kuramına göre; şiddetli stres sonrasında bazı kişiler, bu yaşantıyı yeterli şekilde özümseyemez (assimilation) ve işleyemezler ya da bu örseleyici yaşantının etkileri ile etkin bir şekilde başedemezler. Travma, maruz bıraktığı kişilerin plan ve düzenlerinde alışılmaz değişiklikler yaptığı için bu örseleyici yaşantıların özümsemesi güç, gecikmiş olabilir ve bazen tamamlanamayabilir. Bu örseleyici yaşantılar, aktif bir anı olarak varlığını canlı tutar ve tekrarlayıcı tarzda bilinçliliğe çıkmaya zorlar. Bu yaşantılar, örseleyici ve rahatsız edici olduğundan kişiler bu yaşantıları inkar etme ya da bu yaşantılardan kaçınma davranışlarını gösterirler. Böylece, kaygı düzeyini düşürebilirler. Bilgi-işlem modelleri, TSSB'nun gelişimini açıklar. Bilişsel bir yapı olarak alınan; "uyaran, cevap ve anlam" olarak üç parçadan oluştuğu kabul edilen korku, tehlike ile ilgili bilgileri içeren bir bellek yolağı gibi depolanır.

Hayatı tehdit eden travma, güçlü bir cevap oluşturduğundan, bu özel korku yapıları, yoğun ve kolaylıkla canlanabilir bir şekilde kalır. Neyin tehlikeli, neyin güvenli olduğu ayrımı açık olmadığından korku yapılarıyla güçlü şekilde etkilenen bireyler hem kontrollerini kaybecikleri hem de çevreden gelecekleri tahmin edemeyecekleri hissine kapılabilirler.

Davranışçı kurama göre; TSSB'da iki etkenli bir öğrenme sürecinden sözedilmiştir. Birinci dönemde, bir travmaya (koşulsuz uyaran-unconditioned stimulus) maruz kalan kişi, travmanın merkezinde olan olay, görüntü ve düşüncelerden ya da travmanın yakınında (koşullu uyaran) oluşan durumlardan üzüntü duyacağını öğrenir.

Dolaylı öğrenme (instrumental learning, operant condition) ise ikinci etkeni oluşturur. Hem koşullu hem de koşulsuz uyarılardan kaçınma, kaygıda azalmayı sağlamak için süreklilik kazanır. Sonuçta çok fazla uyarana genelleştirilebilir ve bunlar uyarılmışlık durumlarının oluşmasına neden olur.

Davranışçı kuram, travmayı hatırlatan uyarımlarla hastayı yüzleştirip kaygının azalmasını sağlayarak TSSB'da davranışçı tedavinin ilkelerini gösterir.

1.1.3.6.3 Biyolojik Etkenler

Çalışmalarda psikofizyolojik ve nöroendokrin sistemin TSSB'a çeşitli sistemlerin tutulduğu görülmektedir. Kanıtlanmamış olmasına rağmen, travmanın yapısal ve işlevsel değişiklikleri başlattığı düşünülmektedir.

TSSB'a anormal psikofizyolojik yanıtlar, travmayı hatırlatan özgün uyarımlarla karşılaştığında görülür. Çalışmalarda bireylere böyle bir travmatik uyaran verildiğinde kalp atımı, deri iletkenliği ve kan basıncı gibi otonomik reaksiyonlar gözlenmiştir (Malloy vd., 1998: 4). Geçmişte oluşmuş travmatik yaşantının hatırlatılması ile oluşan artmış fizyolojik yanıtlar gösteriyor ki; travmatik anıların şiddeti ve zaman tanımazlığı, yaşantıları etkilemektedir (Blanchard vd., 2001: 592).

Lang (1989: 495), emosyonel yükü olan görüntülerle otonomik cevaplar arasında ilişki olduğunu göstermiş ve emosyonel anıların, "çağrışımsal yolaklar (associative networks)" gibi depolandığını, kişinin, bu yolağı oluşturan elemanlardan yeterli bir kısmını benzeterek karşılaştırdığı durumlarda yolağın aktif hale geldiğini söylemiştir. Tedavi sonrası yapılan ölçümlerde de travmayla ilişkili görüntüler sonrasında, artmış fizyolojik cevapta azalma olduğu gözlenmiştir.

Kolb, ilk kez, travma anında SSS'nin aşırı uyarılmasının, nöronlarda kalıcı değişikliklere yol açtığını, bu nöronal değişikliklerin öğrenmede, uyanların ayrıştırılmasında negatif bir etkisi olduğunu ifade etmiştir. TSSB için karakteristik anormal uyarılmışlık cevabı, bu nöronal değişiklikler için örnek oluşturmaktadır (Kolb, 1987: 989).

Başlangıçta akustik aşırı uyarılmışlık cevabın, travmaya cevabın temel özelliklerinden biri olarak kabul edilmesine rağmen, geç çalışılmaya başlanmıştır. Ani ve şiddetli uyanlar ile akustik aşırı uyarılmışlık cevabı karakteristik bir sıra, kas ve otonomik cevap ile kendini gösterir (Shalev ve Rogel, 2001: 254). Nöronal yolunu reseptör, kas sinir kavşağı ve bu uyanların değerlendirilmesi ve SSS'nin aktivasyonundan sorumlu beyin alanları arasında ki sinaplarla oluşturur. Akustik aşırı uyarılmışlık cevabından glutamat, aspartat gibi eksitatör amino asitler sorumludur (Davis, 1996: 814). Normal kişilerde akustik aşırı uyarılmışlık cevaba alışma 3-5 denemeden sonra oluşmaktadır. TSSB'da akustik aşırı uyarılmışlık cevabına alışmada anormalik olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (Shalev vd., 2003: 870). Bu sonuçlar, akustik aşırı uyarılmışlık cevaba alışmada anormalliğin olması, TSSB'nun gelişiminde bir belirleyici mi, yoksa hassasiyeti artıran bir faktör mü sorusunu ortaya çıkarmıştır.

Travmaya uğramış kişilerde akustik aşırı uyarılmışlık cevabına alışmada yetersizliğin olması, bu kişilerde, sensoriyal uyanların değerlendirilmesinde ve fizyolojik uyarılmanın uygun düzeyde oluşturulmasında güçlük olduğunu göstermektedir.

Bu yüzden travmayla ilgili anıların uygun şekilde işlenmesinde yeterli olamayan TSSB'lu kişiler, akustik aşırı uyarılmışlık cevap gibi zararsız uyaranları sanki potansiyel bir tehditmiş gibi yanlış yorumlayarak fizyolojik tepki göstermektedirler (Shalev ve Roger, 2001: 255).

1.1.3.7 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi

TSSB için sayısız tedavi yaklaşımı vardır. Tedavi yöntemini seçerken hastanın ihtiyaçlarının, bozukluğun özelliklerinin, dış desteklerin varlığının, kültürel faktörler gibi özelliklerin göz önüne alınarak kişi için en uygun yöntemin belirlenmesine dikkat edilmelidir. Ayrıca bireyin fiziksel ve tıbbi ihtiyaçlarının karşılanmış olması da psikolojik yaklaşımlara zemin hazırlaması açısından önem taşımaktadır. Tedavi kısa süreli olmalı, destekleyici ve güven verici temalar içermelidir. Ciddi travmalardan etkilenen kişiler genellikle tedaviye gelme eğilimi göstermezler ve bu hastalarla terapötik ilişki oldukça karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle, travmatize kişilerle etkileşimde tedavinin sürekliliğini sağlayabilmek için iletişimin temel ilkelerini kullanma becerisi önem kazanmaktadır (Aker, 2000: 20; Foa vd., 1997: 450; Sercan, 2000: 30).

TSSB olan hastalarda semptom şemasının karışık olması ve tedavinin genellikle travmadan yıllar sonra başlaması nedeniyle tedavinin oldukça güç olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla hem yüksek prevalans hem de güç tedavi gibi nedenlerle etkili bir tedavi yöntemi bulma çabaları önem kazanmaktadır (Symes, 1995: 195).

Travma ve travmayı takiben kişinin yaşadığı farklı fazlarda farklı tedavi modelleri uygulamak gerekebilir. Akut dönemdeki geçiş durumlarına yaklaşım programlarının hazırlanmasında bilişsel rehberlik, duygusal katarsis (boşalım) ve sosyal alanın yeniden düzenlenmesi olarak anlaşılan krize müdahale yarar sağlarken, ileri aşamalarda ise bütün yaşamlarını uyarıcılardan kaçınmaya düzenleyen, çaresizlik, şüphe, öfke ve kişiler arası problemler yaşayan bireyler için sosyal

çevrenin stabilizasyonu, dikkat edilmesi gereken konu haline gelebilir (Gersons, 1997: 1).

Tedavide ana amaç kişinin anksiyetesinin kontrol edebileceği sınırlara gelmesini ve normal işlevselliğe dönmesini sağlamaktır. Felaket durumlarında bireylerin psikolojik durumunu korumak için ilk yapılması gereken fiziksel ortamın düzenlenmesidir. Travma sonrası stresin yaşurılabilmesi için duyguların ifade edilmesi desteklenebilir ve süreğenliğin azaltılması için toplumsal destek grupları hazırlanması önemlidir (Erol ve Öner, 1999: 35).

TSSB tedavisinde hem farmakolojik hem de psikososyal tedaviler kullanılmaktadır ve literatürde kombine tedavilerden daha fazla yarar sağlandığı belirtilmektedir (Erol ve Öner, 1999: 35; Foa vd., 1997: 452).

Yetişkinler için orta şiddette ve şiddetli kronik TSSB olgularında öncelikli olarak psikoterapiler ya da ilaç tedavileri ile kombine psikoterapiler önerilmektedir, tik üç ay için psikoterapilerin haftalık periyodlarla, 45-60 dakikalık bireysel terapiler olarak düzenlenmesi, ilaç tedavileri içinde ilk ay için haftalık sonraki aylar için 2 haftada bir izlem önerilmektedir (Foa vd., 1997: 452).

1.1.3.7.1 İlaç Tedavileri

İlaç tedavilerinin etkinliği, doğru tam, doğru ilaç, uygun doz ve yeterli süre kullanmaya bağlıdır. Travma yaşamış kişilerde ilaç tedavisine uyum, zaman zaman ciddi bir sorun olmaktadır. İlaç tedavisinin etkili olması için, hastanın ilaç kullanma fikri ile barışık olması gerekmektedir. Çoğu TSSB hastası, psikotrop ilaç kullanımını kabul etmediğinden, ilk basamak hastanın tıbbi tedavinin rolünü anlamasına yardım etmek olmalıdır. İlaç tedavileri üç fazı içerir. Bunlar; stabilizasyon, idame ve kesmedir. Stabilizasyonda ilk adım hastayla anlaşma sağlanmasıdır. Tedaviye yanıt alındığında ve sürekliliği sağlandığında kesme düşünülür.

İlaçlar düşük dozda başlanır, keserken de doz azaltarak kesilir. İlaç tedavilerinde genellikle antidepresanlarla iyi sonuçlar alınmaktadır. Tedavi akut TSSB için 6-12 ay, kronik TSSB için 12-24 ay sürmelidir (Aker, 2000: 22).

TSSB tedavisinde, antidepresanların özellikle de Serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) semptom tipine bakmaksızın etkili olduğu, öfke ve irritabilite için duygu durum düzenleyicilerin yararlı olduğu ve benzodiazepinlerin kısa süreli kullanımının yararlı olduğu belirtilmektedir. Hastalar özellikle belirli semptomları ya da semptom grubunu hedef alan tedaviden daha fazla yararlanmaktadır (Foa vd., 1997: 454).

1.1.3.7.2 Psikososyal Tedaviler

En çok önerilen psikoterapötik teknikler; gevşeme teknikleri, solunum egzersizleri, olumlu düşünme ve kendi kendine konuşma, atılganlık eğitimi ve düşünce durdurmayı içeren anksiyete ile baş etme yöntemleri; bilişsel terapiler, exposure/alıştırma terapileri, oyun terapileri ve psikolojik eğitimidir (Foa vd., 1997: 454).

TSSB'da psikolojik eğitim, psikolojik yaklaşımların temelidir. Psikolojik eğitim hastalık ve tedavisi hakkında bilgi, günlük problemler ile baş etme, kişiler arası ilişkiler, rol değişimleri, benlik saygısı, uygun kaynakları bulma, endişeleri paylaşma, stresle baş etme becerilerinin öğretilmesi, gevşeme egzersizleri gibi konular içermektedir. Kişi sorununu ve nelerin yapılabileceğini bilmek ister. Semptomları ve sendromu tanıdığımızı belirtmek, anlatmak, açıklamak kişiye anlaşıldığı mesajı iletir. Belirtilerin neden-sonuç ilişkilerini açıklamak kişinin yaşadıklarını tanıması açısından önemlidir. Ruhsal sorunların olağanüstü duruma verilen olağan, anlaşılabilir bir tepki olduğunu açıklamak, yalnız ve tek olmadığını belirtmek yarar sağlar (Aker, 2000: 23; Buck, 1991: 26).

Tedavide en sık kullanılan ve etkili olduğu kabul edilen psikoterapötik yaklaşım bilişsel-davranışçı tedavilerdir.

Bu tedaviler temelde örseleyici olayı yaşıyan kişiyi, bu yaşantılarla değişik teknikler aracılığıyla sistematik bir şekilde yüz yüze getirerek anksiyete ile başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi, kaçınma davranışlarının ortadan kaldırılması ve kaybedilen kontrol duygusunun yeniden kazandırılması amacına yöneliktir. İnsanlara travma sonrasında kontrol ve tahmin edebilirlik duygusunun mümkün olduğunca hızlı bir şekilde kazandırılması TSSB riskim azaltabilmektedir (Symes, 1995: 197).

En güvenli ve en kabul edilebilir teknikler olarak anksiyete ile baş etme yöntemleri, psikolojik eğitim ve bilişsel terapiler; en hızlı teknik olarak exposure (alıştırma) terapisi ve en etkili yöntemler olarak da bilişsel terapiler ve exposure terapisi belirtilmektedir (Foa vd., 1997: 455).

Tedavide anksiyete uyaranlarına maruz bırakma ilkesine dayanan ve exposure terapisi olarak bilinen davranışçı yöntemler en çok umut veren yaklaşımlardır. Bunlar sistematik duyarsızlaştırma, uyaran yükleme ya da yoğunlaştırma gibi yöntemlerdir. Duyarsızlaştırma tedavisiyle, hastaya korktuğu durumla ilgili uyaranlar belli bir hiyerarşi içinde az uyarıcıdan çok uyarıcıya doğru verilir. Bu sırada gevşeme ile uyaranın etkisi inbibe edilerek anksiyetenin sönmesi sağlanır.

Uyaran yükleme, terapötik bir ortam içerisinde hastanın travma ile ilgili anı ve düşünceleri ile sistematik bir biçimde karşı karşıya bırakılmasından ibarettir. Bu uyaran yükleme süreci anksiyete tamamen sönene kadar devam ettirilir.

Bazı hastalar bu exposure/alıştırma tedavisinden oldukça yararlanırken bazdan da formal bilişsel davranışçı programlara katılmayı tercih edebilmektedirler. TSSB'da bilişsel terapilerin amacı, çevre ile uyumu bozan gerçek dışı düşüncelerin ve kişinin kendisi ile ilgili olumsuz düşüncelerinin düzeltilmesi ve hastanın kendisiyle ilgili yeterlilik duygularının ve beklentilerinin artırılmasıdır (Foa vd., 1997: 460).

Hastaya travmatik yaşantıyı anlatabileceği uygun süre sağlanmalıdır. Olayla ilgili duygularını anlatmasına fırsat verilmeli ve çeşitli baş etme becerileri öğretilmelidir. Kişinin bugüne kadar sorunları ile nasıl başa çıktığını öğrenmek, yapılacak öneriler açısından yarar sağlar. İşlevsel başa çıkmalar desteklenir, işlevsel olmayanlar değiştirilmeye çalışılır. Bu amaçla problem çözmeye yönelik öneriler sunulabilir. Ayrıca kısa sürede normal günlük faaliyetlerine dönmeleri için teşvik edilmelidirler (Aker, 2000: 25; Buck, 1991: 28).

Kişinin sorunlarını anlatmasını teşvik etmek, yakın bulunduğu kişilerle paylaşmasını önermek yararlıdır. Gün içindeki sıkıntılara yönelik olarak gevşeme uygulamaları, soluk alıp verme egzersizleri, olumlu düşünme ya da telkin, girişkenlik eğitimi, düşünceyi durdurma, korkulan durumun üstüne gitme ve uykunun düzenlenmesine ilişkin öneriler, yararlı olabilmektedir (Aker, 2000: 25; Buck, 1991: 28).

Aile içi olumsuz etkileşimlerin travma sonrası belirtilerin uzamasında rolü olduğu ve yapılan aile tedavilerinin hem birey hem de aile üzerinde olumlu etki yaptığı belirtilmektedir. Grup tedavileri ise, grubun bilinen terapötik etkileri dışında, bireylerin deneyimlerini paylaşabileceği olumlu bir ortamda bulunmalarını sağlaması ve bu ortamda sık sık dile getirme yoluyla alışma sağlaması sayesinde, bireylere yardımcı olmaktadır.

Ayrıca travmaya maruz kalan kişi sayısının fazla olduğu, doğal felaketler sonrasında grup tedavilerinin kullanılması çok sayıda kişiye ulaşma imkanı sağlamaktadır (Buck, 1991: 29; Foa vd., 1997: 462).

Grup tedavisinde, benlik saygısını yükseltme, ümidi arttırma, güvensizliği azaltma, kişiler arası becerileri geliştirme ve sosyal izolasyonu azaltma amaçlanmaktadır. Bireysel tedavilerin amacı, genellikle TSSB semptomlarını azaltmaktır.

Grup tedavisi benlik değeri ve kişiler arası ilişkiler ile ilgili problemlerde olduğu gibi TSSB semptomlarını azaltmada da yardımcı olduğu için, bir çok klinisyen bireysel tedavi sürecine başladıktan sonra grup tedavisini de tavsiye etmektedir. Bilişsel süreç modeli uygulanan grup tedavisinin hem TSSB hem de depresif semptomlar üzerinde önemli bir gelişme sağladığı belirtilmektedir. (Foa vd., 1997: 464).

Post-travma tepkilerini tedavi etmede hedef noktalar şunlardır;

- Utanç ve gizlilik nedeniyle negatif benlik algısı,
- Güvensizlik ve yakınlık duygusundaki yetersizlik nedeniyle kişiler arası ilişkilerde problemler,
- Sosyal izolasyon ve yaygın anlamsızlık duygusu.

Tedavide bu konulara dikkat edilmezse hasta sıkıntı yaşamaya devam edecektir ve ikincil bir ruhsal hastalık riski artabilecektir. Bu nedenle travma kurbanları ile çalışırken yaygınlık gösteren uyuma yönelik olmayan tepkiler temel alınmalıdır ve semptomların tedavisinin ötesinde benlik şemalarına, kişiler arası ilişkilerine dikkat edilmelidir (Sercan, 2000: 34).

Kronik TSSB olan bireyle tedavi başlasa bile devamlılığın sağlanması zordur. Bazı hastalar travmadan bahsettikten hemen sonra görüşmeyi bırakabilirler. Bu hastalar travmayı tartışmanın iyileşme sürecinin ilk adımı olduğunu kabul etmekte güçlük çekerler. Bazıları ise süreç içinde acılı duygularla yüzleştğinde cesareti kırılarak iyileşme sürecinin hiç bitmeyeceğini düşünebilirler.

Ayrıca histerik kişilikler, hastalığın sekonder faydalarını kaybetme riski olarak gördükleri tedaviye karşı oldukça dirençlidirler. Uygulanan tedavilerin yarar sağlamadığı durumlarda farklı ilaçlar ve psikoterapi modelleri denenmelidir (Aker, 2000: 26; Foa vd., 1997: 466).

1.2 Depresyon ve Sosyal Destek

1.2.1.Doğal Afetler

İnsanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylara “afet” denmektedir (Ergünay, 1996: 22).

İrade ve bilgimiz dışında meydana gelen çok sayıda insanı etkileyen doğa olaylarının büyük bir felakete dönüşmesine neden olan unsurlar; olayın fiziksel büyüklüğü, olayın yoğun yerleşme alanlarına uzaklığı, fakirlik ve az gelişmişlik, hızlı nüfus artışı, tehlikeli bölgelerdeki hızlı ve denetimsiz şehirleşme, sanayileşme, ormanların ve çevrenin tahribi ve yanlış kullanımı, bilgi ve eğitim eksikliği ve toplumun afet olaylarına karşı önceden alabildiği koruyucu ve önleyici önlemlerin ulaşabildiği düzey olarak açıklanabilir.

“Doğal afetler”, insan toplulukları ve yerleşim mekanları üzerinde kayıplar meydana getirir; şaşkınlık, panik, şok, yaralanma, sakatlanma ve ölümlere neden olur, bulaşıcı ve salgın hastalıklara yol açar ve yerleşim birimlerini etkileyerek altyapı (binalar ile elektrik, ısınma, su, kanalizasyon, taşıma ve haberleşme) sistemlerini tahrip eder. Devletin bölgeye yönelik planladığı uzun vadeli yatırımları geciktirir (Ergünay, 2000: 33).

17 Ağustos Marmara Depreminde yaklaşık 20.000; 12 Kasım Düzce depreminde ise 800 vatandaşımız hayatını yitirmiştir (Arıoğlu, 2000: 41). Başbakanlık Kriz Merkezi'nin yayınladığı rapora göre, 17.127 kişi hayatını kaybetmiş, 24.000 kişi yaralanmış, 130.000 hane ve 16.000 iş yeri enkaz veya ağır hasarlı duruma gelmiştir (Ayaksız, 2004: 13).

Doğa ve doğadan kaynaklanan afetler, felaketler, ilk insandan günümüz insanına kadar her toplumda, her zaman insanı korkutmuş ve tehdit etmiştir.

Bu olaylar doğa ve çevre koşullarını değiştirdikleri için, fizyolojik zararlı etken olabildikleri gibi, insanda yarattıkları korku, tehdit ve tehlike durumuyla toplumsal kaynaklı zararlı etken niteliği de taşırlar.

Doğal afetlerin bireyler ve toplumlar üzerindeki etkileri günler, aylar ve hatta kimi zaman yıllar boyunca sürerken söz konusu etkiler fiziksel, psikolojik veya sosyal nitelikli olabilmekte ve global tehlike özelliği taşımaktadır (Koç, 2004: 13). Türkiye’de geçtiğimiz yüzyılda yıkımla sonuçlanan 100’den fazla deprem meydana gelmiştir (Duyan, 2000: 83).

Çeşitli zamanlarda Türkiye’nin çeşitli illerinde yaşanan bu doğal felaketin Türkiye Cumhuriyeti tarihinde en yıkıcı örneği 1999 yılında Marmara bölgesini etkileyen Gölcük depreminde yaşanmıştır. Resmi rakamlara göre kayıplar; 17158 ölü, 43953 yaralı, 154270 ağır ve orta hasarlı ev ve işyeri olarak bildirilmiştir (Önder, 1999: 3).

17 Ağustos 1999 yılında yaşanan Marmara Depremi açıkça göstermiştir ki afetlerin nedenleri basitçe bir doğa olayına indirgenemez. Sonuçlar ise hemen her toplumsal düzeyde kısa yada uzun dönemli demografik değişimlerden, toplumsal, ekonomik, psikolojik etkilere kadar uzanır (Koç, 2004: 13).

1.2.1.1. Doğal Afetler Sonrası Psikolojik Duruma Bakış

Doğal afetlerin, felaketlerin insanda yarattığı ruhsal tepkiyi inceleyen, 1951 ve 1952 yılları arasında Tykutst olmuştur. Araştırmacı, felaketten sonraki ruhsal tepkilerin çarpma, çekilme, durulma gibi üç ayrı evrede ortaya çıktığını ve bu tepkilerle kişilik yapısı arasında bağlantı olduğunu göstermiştir (Köknel, 1989: 101).

Yaşamımızda kontrol altına alamadığımız, ya da önceden kestiremediğimiz olayların var olduğunu anlamak ve kabul etmek çocuk ya da yetişkin olsun her insan için oldukça güçtür.

Bireyin varlığını doğrudan tehdit eden ve tüm yaşamını alt üst eden, ani olarak ortaya çıkan ve korku veren her yaşantı “travma ”olarak tanımlanır. Coddington 1971’de psikolojik travma’yı kişinin hayatında değişiklik ve kişi için yeniden uyumu gerektiren olay olarak tarif etmiştir (Coddington,1972: 205). Deprem, diğer pek çok doğal afet gibi, ani olması ve meydana getirdiği olumsuz sonuçlar bakımından psikolojik anlamda bir travma olarak kabul edilmektedir.

Deprem gibi doğal bir afette, çocuklar ve aileleri depremin yol açtığı yoğun korkuların yanı sıra farklı türden kayıplar da yaşarlar. Evlerini, eşyalarını, sevdiklerini ve alıştıkları düzenli yaşam tarzlarını kaybedebilirler. İnsan için her önemli kayıp bir travmadır ve üzüntü, öfke, suçluluk, pişmanlık gibi bir dizi duyguya yol açar. Bunlar normaldir ve başlangıçta acı verici olmasına rağmen sağlıklıdır.

Felaketler sırasında, çocuklar da yetişkinler gibi dehşet verici travmatik olaylara maruz kalabilirler. Bu tür yaşantıları olan kişinin zaman içinde istemediği halde bu olayları tekrar tekrar hatırlaması, yaşadığı travmatik olay veya olaylar hakkında düşünmekten ve konuşmaktan kaçınması ve aşırı uyarılmışlık gibi haller “travma sonrası stres bozukluğu” (TSSB) olarak tanımlanan rahatsızlığın belirtileridir.

Travma sonrası stres tepkileri, bir travmaya maruz kaldıktan sonra gösterilen alışılmış ve normal tepkilerdir. Bu tür tepkiler çocuklar için olduğu kadar yetişkinler için de aynı şekilde geçerlidir ve herkes bu durumdan etkilenebilir. Bu durumda doğal tepki, anıyı itmeye çalışmak ve anı ile ilgili her türlü anımsatıcıdan kaçınmaktır. Bu geçici bir rahatlama sağlasa da belleğin tam olarak işlemlerini ve gereğini yapmasını engellediği için, uzun dönemde sorunu daha da ağırlaştırmaktadır. Böylelikle anılar, örneğin çağrısız görüntülerle ve kâbuslarla geri dönmeye devam etmektedir. Sonuçta kısır bir döngü oluşmakta ve daha fazla çağrısız anı daha fazla kaçınmaya, daha fazla çağrısız anımsamaya yol açmaktadır (Özcan, 2000: 8).

Travmanın yarattığı psikolojik etkiler ve belirtiler travma anında pek görülmesine de; ya hemen ya da uzunca bir süre sonra çok tipik bir şekilde ortaya çıkarlar. Bunlar yoğun bir korku, endişe, çaresizlik ve suçluluk duyguları gibi psikolojik tepkiler ile fiziksel belirtiler (kalp atış hızında artma, göğüs ve mide ağrıları) şeklinde kendini gösterir (TPD, 1999: 15).

Travmatik olay, düşünce, duygu ve duyumlarda bütünleşmiş olan kimlik gelişimi üzerinde potansiyel olarak yıkıcı bir etkiye sahiptir. Bu, benliğin uzamsal sürekliliğini bu nedenle kesintiye uğratabilir (Pynoos, v.d., 1995: 72).

Felaketlerden hemen sonra yapılan araştırmalarda çocukların sergilediği klinik tabloda, akut stres ve-veya akut yas reaksiyonu yaşadıkları travmaya ve kayıplarına göre değişebilir. Tepkinin şiddeti birçok faktöre bağlıdır. Çocuklar daha önce de bahsedildiği gibi bir şok devresi geçirebilirler, bu duygusal küntlük saatler veya günler sürebilir. Dissosiyatif bazı semptomlar (gerçeklik yitimi, kişilik parçalanması) bu sarsıcı deneyimin yükünü hafifletmek için bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkabilir. Okul öncesi çocuklar bazı davranış değişiklikleri; regresif davranışlar sergileyebilir. İrritabilite, uyku sorunları, ayrılık kaygısı, travma sonrası oyun, sürekli talepkar ve mızımız davranış görülebilir (Laor, vd., 2002a: 925).

Johnson, olumsuz olaylarla kendini gösteren yaşam değişikliği ve hastalık arasında bir bağlantı olduğunu savunur (Garrison, vd., 1987: 865) .

Bazı özel yaşam olayları birçok kişide üzüntü ortaya çıkarırlar, ancak bu olaylar kızgınlık, suçluluk, gerginlik gibi diğer duyguları da uyandırır. Birçok kuramcı hoşlanılmayan yaşam olaylarına tepkinin şok, kızgınlık, depresyon gibi belirgin ard arda gelen devrelerden geçerek oluştuğunu savunurlar.

Costello, Erkanli, Fairbank ve Angold tarafından yapılan DSM-IV’de tanımlanan stres kaynaklarının prevalansını araştıran boylamsal çalışmada; 1420 ocuk ve ergen ile görüşme yapılmış ve örneklerin dörtte birinin 16 yaşına geldiklerinde hayatlarında en az bir kere şiddetli bir travmatik olaya maruz kaldığı bulgusu ortaya çıkmıştır (Costello vd., 2002: 99).

Birçok çalışmada ebeveynlerin ve öğretmenlerin çocuklardaki travma sonrası stres semptomlarını bildirmediikleri, fark edemedikleri ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni olarak yetişkinlerin kendi psikolojik durumları ile meşgul oldukları ve çocuklarının psikolojik durumlarına empati duymadıkları ve-veya çocukların travmatik olay sonrasında normalinden daha fazla itaatkar oldukları ve kendi sıkıntılarını göstermeme eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir (Yule, vd., 1999: 25).

Doğal veya insan eliyle olan felaketslere maruz kalan çocuklar depresyon semptomları ve yas geliştirebilirler. Ancak bunlar genelde travma sonrası stres bozukluğu semptomlarına oranla daha hafiftir (Vernberg ve Vogel, 1993: 485).

Stres tepkilerinin yanı sıra ruh sağlığını tehlikeye atan bir diğer durum da yukarıda belirtildiği gibi “depresyon” riskidir. Depresyon, stres tepkilerinden farklıdır ve farklı belirtiler gösterir (TPB, 1999: 16).

1999 Marmara Depremi sonrasında Adapazarı, Gölcük ve İzmit’te, deprem yardımlarından yararlanan kişilerle yapılan bir araştırmada, dile getirilen en büyük problem, sınırların bozuk olması, uykusuzluk, bunalım ve depresyon vb. psikolojik sorunlar kategorisinde toplanmakta ve diğer tüm sorun kategorilerinin arasında şikayetlerin %45’ini oluşturmaktadır (Akaya vd., 2001: 38).

1.2.1.2.Doğal Afetler Sonrası Başaçıkma Mekanizmaları

Savunmalar, bireyi incinmeye ya da değerini yitirmeye karşı koruyan, bilindişi işleyen psikolojik onarım mekanizmalarıdır (Geçtan, 1998: 37).

Doğal felaketslere, hayatta kalanların görüş açısıyla bakan Belter ve Shannon (1993: 11), insanın neden olduğu felaketslerde, kişilerin olayın nedeni için sulayacakları kişi, kurum olmasından dolayı duygularını dışsallaştırabildiklerini, doğal felaketslerden sonra ise kişilerin olayın neden olduğuna, neden onların başına geldiği konusunda somut bir açıklama, mantık bulmalarının çok daha zor olduğunu, bu durumda duyguların ie dönebileceğini ve kişilerin sorumluluğu kendilerinde bulabileceği veya bazı kişilerin “kader”, “Tanrı’nın içi” diyerek kendilerini rahatlatma yoluna gidebileceklerini belirtmişlerdir.

Felaket durumlarında çocuklar tıpkı yetişkinlerde olduğu gibi birçok kayıplara uğrayabilirler. Yakınlarını, günlük rutin programlarını gerçekleştirdikleri mekanların yanısıra güven hissi ve normal yürüyen her şey ile ilgili daha önce sahip oldukları temel varsayımlarını bir anda kaybetme tehlikesiyle karşı karşıya kalabilirler. Bir anda gerçeklikten kopabilir ve kendilerine ihanet ettiklerini düşündükleri her şeyden (doğa, ebeveynler ve toplum gibi) uzaklaşabilirler. Bu geri çekilme bir psikolojik şok halinde kendini gösterebilir, ciddi bir reaksiyon halini alabilir veya tam tersi olarak baş etme mekanizmalarını işletebilirler (Laor vd., 2002a: 926).

Bond vd. (1983: 333), tarafından savunma biçimlerini değerlendiren bir test geliştirilmiş ve savunmaların özelliklerine göre 4 faktör tespit edilmiştir:

- Gelişmiş Savunmalar: (Dışa Vurum, Gerileme, Pasif Saldırganlık, Geri ekilme, Yansıtma, Ketleme) Bozuk kişiler arası ilişkiler ve düşük seviyede işlevselliğe sahip davranışları içermektedir.

- İmge Çarpıtan Savunmalar: (Tümgüçlülük-Değersizleşme, Bölünme, İlkel idealleştirme) Kendiliğın ve diğerklerinin gerçekçi olmayan bir biçimde algılanmasını sağlayan savunmalardır.
- Kendiliği Gizleyen Savunmalar: (Yapay Özgecılık, Karşıt Tepki Geliştirme) Sağlıklı olmayan kişiler arası ilişkiler ve katı davranışları içeren savunmalardır.
- Olgun Savunmalar: (Baskılama, Mizah, Yüceltme) Dürtüleri denetlemeye, yapıcı ve yaratıcı davranışlarda bulunabilmeye imkan veren savunmalardır.

Literatürde deprem yaşantısı geçiren bireylerdeki başaçıkma stratejilerini inceleyen çok sayıda araştırma mevcuttur. 1998 yılında yapılan bir araştırmada travmatizasyon derecesi ile baş etme stratejileri ve savunma mekanizmaları arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Pedersen ve Elklit, 1998: 29).

1999 Marmara Depremi'nden sonra İzmit'te yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu yaşama ile gerileme, fantezi, bedenselleştirme ve yardım reddedici yakınma savunmaları arasında; travma sonrası stres bozukluğu şiddeti ile gerileme, karşıt tepki oluşturma ve bedenselleştirme savunmaları arasında anlamlı ilişki olduğuna işaret edilmektedir (Yurtsever, 2002: 37).

1999 yılında yapılan bir başka araştırmada karşıt tepki oluşturma, özellikle travmatik anılar ve tekrarlayıcı düşünceler üzerinde etkili olduğú saptanmıştır (Birmes vd., 1999: 443). 1989 Avustralya, Newcastle Depremi'ni yaşamış 515 kişi ile yapılan araştırmada, düşük hastalık, iyileşme ve devam eden hastalık alt grupları ele alınmıştır. Deprem sonrası hastalıkların daha yaşlı ve emosyonel problem tarihçesi olanlarda; daha yüksek nörotizme sahip ve daha çok nevrotik savunmalar kullananlarda ve yüksek seviyelerde felaket sonrası yaşam olayı belirtenlerde daha uzun sürdüğu saptanmıştır. Bu araştırma, bazı savunmaların çok sık kullanılmasının, kişi için olumsuz etkileri olduğú görüşünü desteklemektedir (Lewin vd., 1998: 15).

1.2.2. Depresyon

Birçok yazar psikiyatride depresyon kavramının halen karışıklığa neden olduğu görüşündedir. Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygusu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (Alper, 2001: 31).

Nurcombe vd. (1989) tarafından gözden geçirildiğinde depresyon kavramının; duygu durumu veya mizaç, bir dinamik (Bir obje kaybına karşı ruhsal bir süreç), bir sendrom (depressif semptomların toplamı), bir bozukluk (depressif sendromlu kişilerin belirgin grubunun sınıflandırılması) veya bir hastalık (fizyolojik ve biokimyasal temele dayanan bir depressif bozukluk) şeklinde kullanıldığı saptanmıştır (Seifer, 1989: 935) .

Semptom olarak depresyon; üzüntü, disfori, mahsunluk, umutsuzluk, ıstırap duyguları ile kendini gösteren mizacı ifade eder. Bu durum birçok insanın hayatının çeşitli döneminde yaşadığı geçici bir dönemdir ve patolojik olması gerekmemektedir. Bununla birlikte mutsuzluk semptomu yoğun, ısrarcı ise ve tüm semptom kompleksi ile veya depresyon sendromu ile birlikte ise klinik olarak önemlidir. Depresyon sendromunun diğer semptomları uyku bozukluğu, iştah kaybı, suçluluk duygusu, düşük enerji, psikomotor değişiklikler ve intihar düşünceleridir (Gaber ve Kashani, 1991: 293).

Hamilton (1982: 53), depresyonu yaşamsal (vital) aktivite azalması olarak tanımlamıştır. Ona göre depresyon kognitif (bilişsel), duygulanım ve fizyolojik işlevlerde değişikliklerle ortaya çıkar ve en sık rastlanan üç belirtisi depresif duygu-durum, ilgi azalması ve anksiyetedir.

DSM III-R depresyonu bir sendrom olarak tanımlamaktadır. Depresyonun sınıflandırılması bölümünde bahsedileceği üzere azalmış ilgi veya depresif mizaç semptomlarından biri olmalıdır (Tüzün, 1993: 16).

Depresyonun en erken ortaya çıkan duygusal bağlamdaki ipuçları anhedoni; zevk alınan etkinliklerden uzak durma, artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma ve genel bir mutsuzluk duygusudur (Köroğlu, 1993: 27).

1.2.2.1. Depresyon Belirtileri

Beck vd., (1961: 3), depresyon belirtilerini üç ana kategoriye ayırmıştır:

1.2.2.1.1. Emosyonel Belirtiler

Hastanın duygularındaki veya duyguları ile doğrudan bağlantılı olan davranışlarındaki değişimler emosyonel belirtileri içerir. Bu belirtiler değerlendirilirken kişinin hastalık öncesi duygu durumu ve davranışı, cinsiyeti, yaşı ve bulunduğu toplumsal gruptaki normal davranış sınırları da göz önüne alınmalıdır.

Kederli Duygu Durum: Duygu-durumdaki değişimler depresyonun derecesi ile doğru orantılı olarak artar veya azalır. Bu, depresyonun en temel belirtilerindendir.

Kendinden Hoşnutsuzluk: Depresyon düzeyi arttıkça hoşnutsuzluk duyguları kendinden nefret etmeye dönüşebilir.

Doyumsuzluk: Depresif kişilerdeki doyumsuzluk duygusu önce günlük etkinliklerdeki bazı doyumsuzluklarla başlar, depresyon ilerledikçe tüm yaşamsal olayları kapsar.

İlgi Azalması: Doyumsuzluk duygusuna eşlik eden bir belirtidir. Orta derece depresyonda bu durum kayıtsızlıkla sonuçlanırken ciddi depresyonda duyumsamazlığa dönüşebilir.

Ağlama Nöbetleri: Depresyonun bir başka temel belirtisidir. Hafif ve orta derece depresyonda ağlama eğilimi artar. Ciddi depresyonda hastalar daha önce ağlayabildikleri halde artık isteseler de ağlayamadıklarından yakınrlar.

Neşesizlik: Hafif depresyonda hasta şakadan hoşlanır ama eskisi kadar zevk almadığını söyler. Orta derece depresyonda hasta neşelenmek için kendini zorlar ama hiç eğlenemez. Ciddi depresyonda hasta başkalarının şakalarından hiç zevk almaz ve gülmez. Olayları her zaman olduğundan daha ciddi olarak değerlendirme eğiliminde olur. Hatta diğerlerinin yaptığı şakalara depresif hasta düşmanca ve saldırgan tepkiler gösterebilir.

1.2.2.1.2.Kognitif (Bilişsel) ve Motivasyonel Belirtiler

Kendini Aşağı Görme (Düşük Kendilik Değeri): Hasta kendi becerilerini, çekiciliğini, parasal durumunu, sağlığını ve zekasını olumsuz olarak değerlendirme eğilimindedir. Hafif ve orta derece depresyonda kişi karşılaştığı güçlükleri ve yaptığı hataları abartma eğilimindedir. Ciddi depresyonda hastanın kendini değerlendirmesi en olumsuz düzeydedir.

Olumsuz Beklentiler: Depresif hastanın beklentilerine kötümserlik egemendir. Fiziksel, toplumsal ve parasal sorunlarının gelecekte de süreceğini, hatta daha da kötüye gideceğini düşünür. Bu düşüncelerin intihara temel oluşturduğu düşünülebilir. Depresyon derecesi ciddileştikçe hasta geleceğini daha karanlık ve umutsuz olarak görür.

Kendini Eleştirme ve Suçlama: Hafif derece depresyonda kişinin davranışları kendi katı, kusursuz ölçülerine uymadığında kendini eleştirme ve suçlama eğiliminde olur. Orta derece depresyonda kişi standartlarının altındaki davranışları için kendini acımasızca eleştirme eğilimindedir. Ciddi depresyonda hasta kendini aşırı boyutlarda suçlama eğilimindedir.

Kararsızlık: Depresif hastaların en sıklıkla yaşadıkları belirtileridir. Hafif depresyonda kişi daha önce kolayca karar verdiği durumlarda bile uzun uzun düşünür. Orta dereceli depresyonda karar verme gücünü günlük yaşantıdaki bütün olayları kapsamaya başlar. Ciddi depresyonda hasta genellikle karar verme yeteneğini yitirdiğine inanır.

Çarpıtılmış Beden İmgesi: Kadınlarda erkeklere göre daha sık rastlanan bir depresyon belirtisidir. Hafif ve orta derece depresyonda kişi dış görünümünün bozulduğuna, daha çirkinleştiğine inanır. Gerçekte dış görünümde bu tür değişiklikler olmadığı halde hasta böyle algılar. Ciddi depresyonda hastanın bu düşünceleri saplantı haline dönüşebilir.

Motivasyon Azalması: Kişi en temel yaşamsal davranışları yapabilmek için bile istek duymaz. Orta derece depresyonda kişi yapması gerekenleri yapmak için kendini zorlar. Ciddi depresyonda kişi hiçbir şey için istek duymaz. Başkaları tarafından zorlanmadıkça hiçbir şey yapmaz.

İntihar İstekleri: Depresyonun bir başka önemli belirtisi de budur. Hafif derece depresyonda ölme isteği, hastanın eyleme geçmeksizin edilgin olarak ölmeyi istemesi ile karakterizedir. Orta derece depresyonda intihar istekleri daha sık ve daha zorlayıcıdır. Ciddi depresyonda intihar istekleri daha da yoğunlaşır.

1.2.2.1.3.Fiziksel ve Vejetatif Belirtiler

İştahsızlık: Hasta başlangıçta her zamankinden daha az yemeğe başlar. Orta derece depresyonda yeme isteği hemen tümüyle kaybolmaya başlar. Ciddi depresyonda hasta yemek yiyebilmek için kendini zorlar veya başkalarınınca zorlandığı halde yiyemez. Birkaç hafta içinde kilo kaybı görülür.

Uyku bozukluğu: Hafif depresyonda hasta sabahları eskiye oranla daha erken uyanır ve genellikle rahatsız bir uyku uyduğunu bildirir.

Bazı hastalar ise, alıştıklarından daha fazla uyumaya başladıklarını ifade ederler. Orta derece depresyonda hasta alışıldan birkaç saat erken uyanır, bazı hastalar bu durumun tersi olarak oniki saate kadar varan aşırı uyku eğilimindedirler. Ciddi depresyonda hasta genellikle yattıktan dört-beş saat sonra uyanır ve tekrar uyuyamaz.

Cinsel Dürtü Kaybı: Hafif depresyonda genellikle cinsel istekte ve cinsel uyarılara tepki vermekte bir zayıflama görülür. Orta derece depresyonda cinsel istekte bir azalma söz konusudur. Ciddi depresyonda cinsel uyarılara hiçbir tepki verilmez.

Yorgunluk: Hafif depresyonda hasta alışlagelenden daha kolay yorulur. Orta derecece depresyonda hasta genellikle yorgundur. Ciddi depresyonda hasta herhangi bir şey yaptığında kendini çok yorgun hisseder

1.2.2.2. Depresyonun Sınıflandırılması

Depresyonla ilgili yayınlar incelendiğinde çeşitli sınıflandırmalar olduğu görülür. Depresyon için primer, sekonder, endojen-eksojen (reaktif), bipolar-ünipolar, vb.sınıflamalar yapılmaktadır (Karabiber, 1987: 14).

Burada yapılan bu sınıflamalara kısaca değinildikten sonra araştırmamızla da ilgisi bulunduğundan reaktif depresyon sınıflaması ele alınacaktır.

Primer Depresyon: Bedensel ya da başka bir ruhsal rahatsızlığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan depresyonlardır.

Sekonder Depresyon: Bedensel ya da başka bir ruhsal rahatsızlığa bağlı olarak ortaya çıkan depresyonlardır. Kanser, kalp damar hastalıkları, süregen enfeksiyon hastalıkları, beyin damar hastalıkları bu tür depresyona neden olurlar. Genel klinik durum bakımından primer depresyona çok benzese de hastalığın asıl belirtileri ve öyküsü başkadır.

Unipolar Depresyon: Yineleyici (recurrent) depresyon ile eşanlamlıdır. Süregenleşme olasılığı diğerlerine göre daha yüksektir.

Bipolar Depresyon: Yalnızca mani(taşkınlık) ya da mani ve depresyon nöbeti geçiren hastalar için kullanılan terimdir (Öztürk, 1994: 226).

Endojen Depresyon: Kişinin kendi içyapısından kaynaklanan depresyondur. Depresyonu oluşturan hastanın bilincine varamadığı, birtakım duygusal faktörlerdir (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995: 165).

Reaktif Depresyon: Yaşam olaylarına bağlı olarak ortaya çıkar. Çoğunlukla toplumsal koşullar ve ortamda depresyon belirtilerinin görülmesi arasında yakın ilişki bulunur. Bu tür depresyonlarda suçluluk günahkarlık düşünceleri, hezeyanları bulunmadığı, bulunuyorsa da, yaşam olaylarıyla bir ilgisinin olduğu görülür. Uyku bozuklukları sıklıkla geç ve güç uykuya dalma biçiminde olup, sabahları erken uyanma olmaz. İştahsızlık ve kilo kaybı ya hiç yoktur ya da çok hafiftir. Kaygı, endişe ve öteki belirtiler gün boyunca artar. Geceleri doruğa ulaşır. Uzamış yas depresyonu da reaktif depresyonun özel bir tipi olarak kabul edilebilir.

Depresyon kuramları bölümünde psikanalitik kuramda ayrıntısıyla değinileceği gibi, depresyonların ruhsal çözümlemeyle açıklanması yas durumundan ve obje kaybindan kaynaklanan ruhsal tepkilerin yorumuyla yapılmıştır.

Doğal yas tepkisinin üç evresi vardır. Kişi nesne yitirilmesinin yarattığı şaşkınlık ve gerginliği yansıtmaması nedeniyle ilk evrede uzun süre elem, keder, sıkıntı üzüntü duymayabilir. İkinci evrede gerçek kabul edilir ve çaresizlik umutsuzluk nedeniyle kaygı yükselir. Buna karşı kaçma, geri çekilme biçiminde savunma düzenekleri oluşur. İlgisizlik, ölenle ilgili derin ve sürekli düşünceler, duygular ortaya çıkar. Suçluluk ve düşmanlık duyguları görülür. Üçüncü evrede de yeni kişi ve nesne ilişkileri kurulur. Ancak ilk iki evrenin belirtileri sürdüğünden uzamış yas depresyonu adını almıştır (Köknel, 1989: 101).

Ayrıca günümüzde oldukça yaygın olarak kullanılan iki sınıflandırma sistemi daha vardır. Birincisi Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün geliştirdiği Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD-9), ikincisi Amerikan Psikiyatri Derneği'nin geliştirdiği Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-III)'dir.

1.2.2.3. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar

1.2.2.3.1. Psikanalitik Kuramlar

Psikanalitik kuramlarda depresyon, kayıp yaşantısına tepki olarak yorumlanır. Kaybın niteliği ne olursa olsun (sevilen birinin kaybı, statü kaybı, bir grup arkadaş tarafından sağlanan manevi desteğin kaybı), depresif kişi ona şiddetle tepki gösterir, çünkü hali hazır durum, çocuklukta meydana gelen daha önceki bir kaybın (ana baba sevgisi kaybının) tüm korku ve hislerini geri getirir. Herhangi bir nedenle, çocuklukta bireyin sevgi ve ilgi ihtiyaçları karşılanmamıştır. Daha sonraki yaşamda oluşan bir kayıp, bireyin ilk kaybın meydana geldiği zamanki çaresiz, bağımlı hale gerilemesine neden olur. Dolayısıyla depresif kişinin davranışının bir kısmı bir sevgi yakarışını, bir çaresizlik gösterisini, sevecenlik ve güven çağrısını temsil eder (Atkinson vd., 1995: 625).

Freud, depresyon psikolojisini, yas tutmanın abartılmış ve patolojik bir ifadesi olarak görmüştür. Yas tutmada ve depresyonda başlıca faktör, böylesine bir sevgi yatırımı yapılan ve sevilen bir kişinin kaybını kabul edemeyiştir. Freud'a göre, her iki durumda da dünyayla ilgisinin kesilmesi, artık başka bir objeye sevgi yatırımı olanağı kalmamasından kaynaklanır (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995: 166).

Alexsander'a (1963) göre; nefret, sevgi ve suçluluk duygularının karmaşık bir halde bileşimi ambivalans ilişkilerinin temelidir. O halde, ambivalans depresyonun temel dinamik faktörlerinden biridir. Yine Alexsander'a göre depresyona yatkınlık, ölümün ardından duyulan yas kadar evrenseldir (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995: 166).

Abraham'a göre, depresyona yatkın kimselerin hemen hepsinin çocukluklarında frustrasyonlar yer almıştır. Frustrasyonlara depresyona benzer bir mekanizma ile tepki göstermişlerdir. Çocukluktaki güçlülere karşı gösterilmiş bu belirleyici tepkiler daha sonraki depresyonlar için bir temel oluşturur (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995: 167).

Otto Fenichel'e (1945) göre, depresyon olayında bireyin değerinin (self esteem) kaybolması söz konusudur. Bu kaybı depresif kişi subjektif olarak iki Şekilde değerlendirir. Birincisi; eğer kendi değerinin azalması, kaybolması dıştan gelen ve kişiyi ruhsal yönden destekleyen, besleyen bir kaynağın kaybına bağlı ise " her Şeyi kaybettim, dünya Şimdi bomboş" diye düşünür. İkincisi; eğer kendi değerinin kaybı, introjekte ettiği (iŐselleřtirdięi) speregodan gelen kaynakların kaybına bağlı ise (yani cezalandırılma vicdan söz konusu ise) "her Şeyi kaybettim, çünkü hiç birini hak etmiyorum, hiçbir Őeye layık değilim" diye düşünür (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995: 167).

Nemiah'a göre ise, depresyon daha önce olmuş olan ve hoşnutsuzluk yaratan bir duruma karşı gösterilen tepkidir. Nemiah'a göre, depresyonun karakteristikleri şunlardır: Depresyon ortaya çıktığı andan itibaren acı ve ızdırap vericidir. İnsanlardan kopma ve emosyonel ilişkilerin kaybı korkusu kişide yalnızlık, çevreden kopma ve soyutlanma duygularını yaratır (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995: 172).

Dolayısıyla, depresyonun psikanalitik kuramları; kayıp, dış onaya aşırı derecede bağımlı olma ve öfkenin iŐselleřtirilmesi üzerine odaklanır. Bunların depresif bireylerin sergilediği davranışlardan bazılarına mantıklı açıklama getirdikleri söylenebilir, ancak kanıtlanmaları ve rtlmeleri zordur (Atkinson vd., 1995: 625).

Psikoanalitik benlik psikolojisi kuramcılarında Bibring'in yaklaşımına göre, benliğin rahat ve değerli olabilmesi için amaçladığı, gerçekleştirmeye çalıştığı zsever (narsistik) emeller karşısında çaresiz ve güçsüz olduğunu farketmesi sonucunda depresyon oluşur (şavaşır, 1983: 54).

1.2.2.3.2.Öğrenme Kuramları

Öğrenme kuramları, depresyonu daha önceki deneyimlerden ziyade, şu anda bireyin hayatında olup bitenler üzerinde odaklanarak açıklamaya çalışır. Öğrenme kuramı çerçevesinde, depresyonun nedenlerine dair iki ana yaklaşım vardır. Biri pekiştirmeyi, diğeri bilişsel faktörleri vurgular.

Pekiştirme yaklaşımı, kişilerin, sosyal çevreleri fazla uyumlu pekiştirme sağlamadığı zaman depresif hale geldikleri varsayımına dayanır. Depresyona yol açan olayların bir çoğu (sevilen birinin ölümü, bir işte başarısızlık ve sağlığın bozulması gibi) alışılmış pekiştirmenin azalmasını içerir (Atkinson vd., 1995: 626).

Depresyona bilişsel yaklaşımlar ise, kişilerin ne yaptıklarına değil, kendilerini ve dünyayı nasıl gördüklerine odaklanır. Bilişsel kuramlardan biri depresyona eğilimli bireylerin, olayın olumsuz ve kendini eleştiren bir bakış açısından değerlendiren genel bir tavır geliştirmiş olduklarını öne sürer. Bu kişiler, başarmayı değil başarısız olmayı beklerler ve performanslarını değerlendirirken başarısızlıkları abartmaya veya başarıları küçültmeye eğilimlidirler. Ayrıca işler ters gittiği zaman şartları değil de kendilerini suçlama eğilimlidirler. Bu görüşe göre, daha çok olumlu pekiştirme alabilmeleri için depresif bireyleri sosyal olarak daha aktif olmaya teşvik etmek, kendi başına yararlı olmayacaktır; onlar kendilerini eleştirmek için yeni fırsatlar bulacaklardır (Atkinson vd., 1995: 627).

Beck, depressif bireylerde sık rastlanan kognitif hataların üç alanda ortaya çıktığını söylemiştir. Bunlar; kişinin kendi benliğine, geleceğine ve dünyaya karşı olumsuz bakış açısıdır (Koroğlu, 1993: 28).

Bu olumsuz kavramlar (Beck'e göre "Şemalar") giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür (Öztürk, 1994: 227).

Beck'e göre, olumsuz otomatik (alışlagelmiş, doğruluğu sınanmaksızın yinelenen) düşünceler, kognitif hatalar ve depresif septomlar bir geri bildirim sistemi

içinde birbirlerini besleyerek depresyonun sürmesine, hatta şiddetinin artmasına neden olurlar (Köroğlu, 1993: 28).

A.T.Beck'in bu görüşlerine karşı olan bazı araştırmacılar, depresif bozukluğu olan kişilerin kendilerine ilişkin algılamalarında çarpıtma olmadığını tersine ruhsal bozukluk göstermeyen kişilere oranla daha gerçekçi değerlendirmeler yaptıklarını öne sürmektedir. Depresif bozukluk gösterenlerin kendilerini başarısız olarak değerlendirmelerinin normal olduğunu, çünkü bozukluğun sonucu hareketlerinde yavaşlama olduğu, ilgi azlığı, güdülenme gücü ve dikkat dağınıklıkları nedeni ile edimlerinin gerçekten düşük olduğunu belirtmişlerdir (Sarı, 1994: 3).

Depresyona bir başka bilişsel yaklaşım öğrenilmiş çaresizlik kavramına dayanır. Seligman tarafından geliştirilen bu kurama göre, kişiler hareketlerinin ne zevk ne de acı getirmede hiçbir şekilde etkili olmadığına inandıkları zaman depresif hale gelirler. Depresyon kişinin kendi çaresizliğine olan inancıdır. Öğrenilmiş çaresizlik kavramı hayvanlarla yapılan deneylerden doğmuştur. Hayvanlar, kaçınamadıkları travmatik şartlara (elektrik şoku yada şiddetli gürültü) maruz bırakıldıklarında; apati, iştah azalması, cinsel güç kaybı ve normal saldırganlığın azalması gibi depresyon belirtileri geliştirirler. Bu semptomlar, kaçınabildikleri ya da uygun bir tepkiyle durdurabildikleri travmatik şartlara maruz bırakılan hayvanlarda görülmemektedir. Seligman, ilk olarak kişinin hayatındaki önemli olayları değiştirmek ya da etkilemekte tekrar tekrar başarısız olma deneyimlerinin depresyona yol açtığını öne sürmüştür. Daha sonra ise çaresizlik kuramını, bireyin kontrol edemeyeceği durumların özel yorumunu da içerecek şekilde değiştirmiştir. Kontrol edilemeyen sonuçların kendileri değil de, kişilerin bu sonuçlara getirdiği nedensel açıklamalar depresyon derecesini belirler (Atkinson vd., 1995: 628).

1.2.2.3.3.Biyolojik Kuramlar

Afektif bozukluklarda önemli bir rol oynadığına inanılan iki nörotransmitter, norepinefrin ve serotoninidir. Yaygın olarak kabul edilen bir hipotez depresyonun bu transmitterlerden birine ya da her ikisine birden eksiklikle ilgili olduğudur (Atkinson vd., 1995: 629).

Depresif olgularda yüksek oranda (%45,8) hormonal değişiklik ve cinsel istek azalması olan depresiflerde, depresif kontrollere göre, TSH, LH, FSH düzeylerinde azalma bulunmuştur. Azalmış cinsel istek tanımlayan grup yüksek Beck depresyon ölçeği puanı ve hormonal değişiklik göstermiştir. Hormon düzeyi ve cinsel istek azalmasının santral sinir sistemindeki bir etki sonucu olduğu vurgulanmıştır (Karataş, 1994: 37).

Lityum tedavisi ve korumasına iyi yanıt verenlerde kalıtsal etkenlerin daha ağırlıklı olduğu düşünülmektedir. Az yada çok, kalımsal geçişin nasıl ve ne yolla olduğu aydınlatılamamıştır. Tek gen üzerinde moleküler genetik çalışmalar henüz bir sonuç vermemiştir.

Depresyonun sağaltımında ilaçların etkinliği anlaşıldığından beri biyokimyasal araştırmalar büyük hız kazanmıştır. Depresyonda biyokimyasal değişikliklerin olduğu yadsınamaz; ancak bu değişikliklerin bir neden mi yoksa bir belirti ya da sonuç mu olduğu daha uzun süre tartışılacakmış gibi görünmektedir. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı belirgin derecede yüksek bulunmuştur.

Son zamanlarda duygulanım bozukluklarında nörotransmitter etkinliğinin niceliğinden çok reseptörlerin sayısı ve duyarlılığı üzerinde durulmaktadır.

Gece – gündüze ve mevsime bağlı değişmelerle etkilenen salgılanma ve beden saati düzensizlikleri görüşü son yıllarda sağaltım alanında da yeni uygulamalar getirmiştir. Ancak melatoninin bir rolü olabileceği henüz aydınlatılamamıştır (Öztürk, 1995: 228).

1.2.2.4. Depresyonun Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji, toplumlarda hastalıkların dağılışını ve nedenlerini inceler. Hastalıkları oluşturan bireysel, doğal, toplumsal koşulların saptanmasına yardımcı olur. Genel olarak epidemiyolojik araştırmalarda, bir toplumda genel nüfusta aynı hastalığa bağlı, bir yılda ortaya çıkan yeni vakaların yüzdesi (insidans), ve hastalığın genel nüfus içindeki yaygınlığı (prevalans) üzerinde durulur. Bu, aynı zamanda hastalığın yaşam boyu yaygınlık oranıdır (Köknel, 1989: 102).

Günümüzde depresyon, en sık gözlenen psikolojik bozukluklar arasında yer almaktadır. Çocukluktan başlayıp yaşlılığa kadar her gruptan insanda gözlenebilen bu bozukluğun ortaya çıkış biçimi psikofizyolojik, duygusal ve bilişsel alanlarda olmaktadır (Scully, 1990: 21).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), depresyonun görülme sıklığının dünya nüfusunun %5'inin üstünde olduğunu ve bu sayının her yıl arttığını bildirmektedir (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995: 173). Avrupa ülkelerinde yaygınlık oranının %17-20 dolayında, ülkemizde ise % 20 olduğu tahmin edilmektedir (Uzunöz, 1990: 30).

Ülkemizde 1980 sonrasında özgül affektif bozukluklar ve özellikle depresyon üzerine araştırmaların ağırlık kazanması dikkat çekicidir. Psikiyatristlerin klinik gözlemlerle yetinmeyip bakışlarını depresyonun psikososyal yanına, yani alana da çevirmeleri ülkemizdeki genel sosyal hareketliliğin arttığı yıllara (60'lar ve 80'ler) denk düşmesindedir (Küey ve Güleç, 1993: 57).

Günümüzde klinik, sosyal, deneysel psikoloji, genetik bilimi, psikofarmakoloji ve nörofizyoloji gibi farklı bilim dallarında depresif bozuklukların nedenlerini saptamaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Tegin, 1980: 37). Yapılan araştırmalar, biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbiriyle etkileşerek depresif bozukluğa neden olduğunu bildirmektedir.

Toplumlarda, genel nüfusta bir yılda görülen bütün depresyonların oranı (prevalans) % 3-20 arasında değişik sayılarda bulunmuştur.

Son yıllarda, depresyonların epidemiyolojisine ilişkin olarak yapılan araştırmalar, yirmi, yirmibeş yıl önce yapılanlarla karşılaştırıldığında; depresyonların, %10'dan %20'ye kadar değişen oranlarda arttığı görülmüştür. Bu artışı saptayan birçok araştırma yapılmıştır. Örnek olarak, 1974 ve 1979 yıllarında İsviçre'de yapılan iki epidemiyolojik araştırmada, ruh hastalıklarının prevalansı için %2.5-%23 gibi çok farklı iki oran saptanmıştır. Araştırmacılar bu artışı depresyonların artmasına bağlamışlardır.

Bütün toplumlarda depresyonla ilgili belirti, bulgu, yakınma gösteren ancak hastalık tanısı ölçütlerine girmeyen vakaların ortalama olarak %15 olduğu kabul edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, depresyon prevalansına bakarak dünyada 1974 yılında yüz milyon, 1983 yılında ikiyüz milyon hasta bulunduğunu bildirmiştir.

Depresyonla ilgili epidemiyolojik araştırmaların yorumu, 25-30 yaşını geçmiş erişkinlerin, yetişkinlerin yaklaşık yarısının yaşamları boyunca hiç değilse bir kez depresyonla ilgili belirti, bulgu ve yakınma göstereceklerini ortaya koymuştur. Öte yandan, yaklaşık olarak bunların dörtte biriyle yarısına yakın miktarına değişik ölçütlerde depresyon tanısı konulacağı kabul edilmiştir.

Küey ve Aksakoğlu, duygulanım bozukluklarıyla ilgili epidemiyolojik araştırmalarda, yaşam boyu depresyon prevalansının ortalama %19, Ankara kırsal kesiminde %23.6 olduğunu saptamışlardır. Ayrıca kadınlarda depresyonların erkeklere oranla anlamlı ölçüde daha yaygın olduğu görülmüştür (Köknel, 1989: 104).

Dünya Sağlık Örgütü eş güdümünde 14 ülkede yapılan uluslararası bir araştırmanın Ankara'ya ilişkin verilerine göre 1922 yılında Gölbaşı Sağlık Ocağına başvuran hastalar arasında depresyon prevalansı % 11.6 bulunmuştur. Almanya'da yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında hayat boyu depresyon prevalans oranı puberte öncesi çocuklarda %1-2, ergenlerde ise %9-18 olarak bulunmuştur (Essau, 1999: 37).

Ayrıca epidemiyolojik çalışmalarda çocukluk depresyonunda cinsiyet farkı bulunmadığı halde, ergenlik döneminde kızlarda depresyon oranı daha fazla bildirilmektedir (Öy, 1995: 40). A.B.D.'de 12-17 yaşlarında ergenler arasında yapılan ulusal kapsamlı araştırmada, majör depresyon oranı kızlarda %13.9; erkeklerde %7.4 olarak bulunmuştur (Kilpatric, vd., 2003: 92).

1.2.3 Sosyal Destek

1.2.3.1 Sosyal Destek Tanımı, Türleri ve İşlevleri

Sosyal destek, bireyin ihtiyaçlar hiyerarşisinde var olan ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel ihtiyaçlarının başka bireylerle (arkadaşları, ailesi, üstleri veya profesyonel danışmanlar vb.) kurduğu etkileşim sonucunda tatmin edilmesi anlamına gelmektedir (Ekinci ve Ekici, 2003:1). Rodriguez ve Cohen (1998: 873) ise sosyal desteği bireyin soysal ve zihinsel sağlığını olumlu yönde etkileyen bireyin çevresinden erişebildiği sosyal veya maddesel olabilen çok boyutlu özelliklerden ve fonksiyonlardan oluşan bir yapı olarak tanımlamışlardır.

Yetersizliği olan bir çocuğun varlığına başarılı bir şekilde uyum yapmayı kolaylaştıran etmenlerden biri, hem çocuğun hem ailenin gereksinimlerini karşılamaya yardım edecek hem de yetersizlikle ilgili sorunların azalmasına ve bu sorunlarla başa çıkmalarına yardım edecek destek hizmetlerinin sağlamasıdır (Kaner 2001: 34). Stresi önlemenin en etkin yollarından biri, yaşamın bütün alanlarında sosyal desteğe sahip olmaktır (Ekinci ve Ekici, 2003:1).

Cohen ve Wills (1985: 310), daha önceki sosyal destek kuramlarından yola çıkarak sosyal destek türlerini dört boyutta ele alarak şu şekilde açıklamışlardır:

- **Duygusal Destek:** Sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, değer verilme, özen gösterilme, korunma gereksinimlerini kapsayan destek türüdür. Literatürde ifade edici destek, değerlilik desteği, yakın destek olarak da adlandırılmaktadır.

- **Araçsal Destek:** Parasal yardımı, materyal kaynakları, araç gereç yardımı gibi somut yardımları içeren destek türüdür.
- **Bilgisel Destek:** Sorun kabul edilen olaylarla başa çıkmada, tanımlayıcı nitelikte bilgiler vermeyi ve böylece sorunu anlamayı sağlayan destek biçimi olarak tanımlanmaktadır.
- **Yaygın Destek:** Boş vakitlerde diğer insanlarla zaman geçirme, eğlenme, rahatlama, sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır.

Farklı pek çok destek tipi tanımlansa da stres üzerinde en etkili olan destek türlerinin duygusal, araçsal ve bilgisel destek olduğunu belirtilmişleridir. Sosyal desteğin faydaları stres yaratan olaya göre değişiklik gösterebilmektedir. Duygusal desteğin hemen hemen her tür stres durumunda etkili olduğu kanıtlanmıştır. Diğer destek türlerinin işlevleri daha spesifik alanlarla sınırlıdır (Cohen ve Pressman 2004: 779).

Araştırmalar en etkili desteğin sorulan, istenilen değil, günlük sosyal olayların içinde sağlanan destek olduğunu ortaya koymuştur (Cohen ve Pressman, 2004: 780).

1.2.3.2 Sosyal Desteğin Yapısal ve İşlevsel Özellikleri

Sosyal destek hem niteliksel hem de niceliksel boyutlara sahiptir. Kazak ve Marvin (1984: 67), sosyal desteğin yapısal (nicel) özelliklerini olarak ağ büyüklüğü, ağ yoğunluğu ve sınır yoğunluğu olarak tanımlamışlardır.

Ağ Büyüklüğü: Ağ büyüklüğü bireyin doğrudan iletişimde bulunduğu kişi sayısıdır. Daha geniş ağlar daha olumlu psikolojik uyumun göstergesi sayılsa da araştırmalar, sayıdan çok soruna yaklaşım tarzının ve sosyal destek ağının niteliksel özelliklerinin önemini göstermektedir (Özkan, 2002: 16).

Ağ Yoğunluğu: Sosyal destek ağı içindeki bireylerin bireylerinin birbirlerini tanıma ve birbirleriyle etkileşimde bulunma derecesidir. Ağ üyeleri arasındaki gerçek ilişki sayısını ifade eder (Kazak ve Marvin 1984: 67).

Sınır Yoğunluğu: Sosyal ağları kümeler gibi düşünürsek sınır yoğunluğu iki veya daha fazla bireyin sosyal ağlarındaki üst üste binen kişilerin ölçüsüdür. Diğer bir deyişle iki sosyal sistem arasında ya da ağın farklı kısımları arasında olabilecek etkileşimlerin oranıdır (Kazak ve Marvin 1984: 68).

Kanner (2004: 35), sosyal desteğin sağlandığı sosyal ağın, bireyin etkileşimde bulunduğu kişileri içerdiğini ve bu kişilerin aile, arkadaş ve iş çevresinden olabildiği gibi profesyonel kişilerinde içerebileceğini belirtmiştir. Pearson'a (1986) göre, sosyal ilişki ağının üç özelliği vardır: 1) ilişkinin yapısı ilişkinin büyüklüğünü, ilişkinin sıklığını ve yoğunluğunu ifade eder; 2) ilişkinin içeriği ilişkilerin amacını, örneğin, ilişkinin arkadaşlık, akrabalık, komşuluk, cinsel, ekonomik gibi nitelik taşımasını içerir; 3) işlev ise ilişki ağının destek verme, tavsiyelerde bulunma, geribildirim verme gibi ne tür işlevi olduğunu bildirir (Kanner, 2004: 17).

Sosyal desteğin işlevsel (nitel) boyutu ise, diğer kişilerden alınan desteğin ne kadar yararlı, doyurucu olarak algılandığını ifade eder (Özkan, 2001: 17). Bireyin sırlarını paylaşabileceği, güven duyduğu ve kendisi açısından önemli birisiyle kurduğu yakın bağ, soysal desteğin niteliksel yönünü oluşturmaktadır (Cohen ve Wills, 1985: 311). Niteliksel sosyal destek sürece yöneliktir ve sosyal ilişkilerin değerini ve önemini anlamayı ifade eder (Kanner, 2004: 17). Yapılan çalışmalar etkili sosyal desteğin nitel özelliklerinin önemini vurgulamaktadırlar.

1.2.3.3 Sosyal Desteğin ve Stresle Başa Çıkmadaki Etkisi

Bir baş etme kaynağı olarak sosyal destek ve sosyal ağın rolü bilim dünyasında 1970'lerin ortalarından itibaren büyük ilgi uyandırmıştır.

Sosyal desteğin bireyleri stres ve zararlı etkilerinden koruduğu öne sürülmüş ve stres verici yaşam olayları, sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların büyük bölümünde amaç, sosyal desteğin psikolojik ve fiziksel semptomlara karşı kişiyi koruduğunu göstermeye çalışmak olmuştur (Cohen ve Wills, 1985: 313). Psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek stresli durumla başa çıkmada önemli etkenlerdir (Weiss, 2002: 115). Engelli çocuk ebeveynlerinde aileden ve çevreden alınan sosyal destek stres ve stresin olumsuz sonuçlarını azaltıcı yönde etkilidir (Dunn vd., 2001: 39).

Sosyal desteklerin, stres verici olayların oluşumunu ve yarattığı sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir. Thoits'a göre sosyal destek, bireyin stresle başa çıkma çabalarına onun için önemli olan insanların da katılmasıdır. Bu nedenle sosyal destek, kişinin içinde bulunduğu durumun, bu durumun anlamını ve gösterilen emosyonel tepkinin değişmesine yol açarak etkili bir başa çıkma mekanizması olarak çalışır (Sorias,1992: 34).

Sosyal desteğin bireyi stres ve olumsuz etkilerine, hastalığa karşı nasıl ve niçin etkilediğini açıklayan Cohen ve Wills'in öne sürdüğü iki teori vardır. Bu teoriler:

1. Tampon Etkisi Modeli (Buffering Effect Model),
2. Temel Etki Modeli (Main Effect Model)' dir.

1.2.3.3.1 Tampon Etkisi Modeli (Buffering Effect Model)

Yüksek seviyedeki ve kronik olarak yaşanan stres; örneğin; hastalık, yaşamda meydana gelen olaylar ve ani değişimlere bağlı geçiş devreleri bir çok yeni gereklilikleri ortaya çıkartır. Bu gibi stresli durumların insanları psikolojik ve fiziksel olarak hastalık ve bozukluklar açısından risk altına aldığı düşünülür. Bu gibi stres durumlarında sosyal destek ile insanlara duygusal, bilgilendirici ve araçsal destek kaynaklarının sağlamanın, stres altındaki kişilerin bu değişimlere uyum göstermelerine yardımcı olduğu ve sonuç olarak kişileri stresten koruduğu düşünülür. Sosyal desteğin stresli olayların potansiyel patolojik etkilerini iyileştireceğini savunan bu görüş Tampon Etkisi Modeli olarak adlandırılmaktadır. Tampon etkisi modelinin en belirgin özelliği, sosyal desteğin bireyin hayatında stres olduğu zaman etkili olduğu, diğer durumlarda ise işe yaramadığıdır. Strese karşı tampon işlevi gören sosyal destekteki önemli faktör, bireyin diğer kişilerin ona uygun yardımı sağlayacağı algılamasıdır. Sosyal destek stres, anksiyete, depresyon, psikolojik sıkıntının etkilerine karşı tampon oluşturur.

1.2.3.3.2 Temel Etki Modeli (Main Effect Model)

Bu model sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, sosyal destek her koşulda, fiziksel sağlık üzerinde olumlu bir etki yaparak kişinin kendisini daha iyi hissetmesini sağlar. Aynı zamanda temel etki modeli, sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olduğu görüşünü savunur. Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olmak, başlı başına birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olarak görülmektedir.

Temel etki modelinin tersine tampon etki modelinde sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici durumların yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktır. Stres yaratıcı durumlar söz konusu olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmamasının sağlık ve kendini iyi hissetme durumu üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur.

Ancak, yüksek düzeylerde stres yaratan durumlarda sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve koşullarla başa çıkmasını kolaylaştırarak, stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır (Cohen ve Wills, 1985: 321).

Liberman (1982) ise, sosyal destek kaynaklarının, stresin oluşumu ve etkileri üzerinde farklı biçimlerde rol oynadığını ileri sürmektedir. Ona göre, ilk olarak sosyal destek kaynakları, stres verici yaşam olaylarının oluşumunu önleyebilmektedir. İkinci olarak, böyle yaşam olayları ortaya çıktığında sosyal destek, olayın algılanış biçimini değiştirerek stres verici etkisini hafifletebilmektedir. Üçüncü olarak sosyal destek, kişinin başa çıkma yollarını etkileyerek stres verici olay ve sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirebilmektedir. Dördüncü olarak sosyal destek, bir olayın, kişinin yaşamında yaptığı değişikliğin stres verici etkisini azaltarak sağlığı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Beşinci olarak sosyal destek, stres verici olayın, benlik saygısı ve kendine güven üzerindeki olumsuz etkisini ortadan kaldırabilmektedir. Son olarak da, sosyal destek kaynakları, stres verici bir yaşam olayı olsun ya da olmasın, kişinin, uyumunu olumlu yönde etkileyebilmektedir (Sorias,1992: 35).

Ailelerin özürlü bir çocuğa sahip olmaları nedeniyle yaşadıkları stresle başetme ve duruma uyum çabalarında en önemli etmenlerden birisi, ailenin kriz karşılıma ilişkin sahip olduğu iç ve dış kaynaklardır. Bu kaynaklar: aile bireylerinin kişisel kaynaklarını, ailenin rol yapısı ve organizasyonuna katkıda bulunan aileye ilişkin özellikleri ve ailenin yakın çevresindeki akrabalarından, komşulardan, arkadaşlardan, uzmanlardan ve toplumdaki diğer kurumlardan aldıkları sosyal desteği içerir. Bu tür ailelerin sosyal açıdan soyutlandıklarına, arkadaş ve akrabalarla etkileşimlerinin sınırlandırıldığına ilişkin bulgular yakın aile çevresinden ve diğer kurumlardan destek alamadıkları taktirde bu ailelerin stres yaşamaya daha eğilimli olabileceklerine işaret etmektedir (Küçüker, 2001: 2).

Sosyal desteğin stres üzerindeki iyileştirici etkisi defalarca kanıtlanmıştır. Bristol tarafından yapılan seri (grup) çalışmalarında (1984), otistik çocuğa sahip annelerden en az strese sahip olanların eşlerinden ve akrabalarından azami desteği almış olanların olduğu tespit edilmiştir. Eşlerden gelen desteğin en güçlü koruyucu etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Weis, 2002: 116). Benzer şekilde Duarte vd. (2005: 416), sosyal desteğin, otistik çocukları olan annelerin stres düzeylerinde azaltıcı bir etkiye sahip olduğunu bildirmişleridir.

Özkan (2004), otistik çocuk aileleri ile yaptığı çalışmasında sosyal desteğin anne ve babaların stres düzeyleri üzerinde etkili olduğunu bulmuştur. Annenin eğitim durumu, ev dışında bir işte çalışma, eşin eğitimi durumu, aylık gelir, sahip olunan çocuk sayısı, otistik çocuğu ilk farkedene kişi, çocuklara doğumdan itibaren bakan kişi, şu an bakıcı yardımı alıp almama ve otizm derecesini algılama değişkenleri otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek ve depresyon düzeyleri üzerinde etkili olan değişkenleridir (Görgü, 2006: 31). Özkan (2002: 17), engelli çocuğa sahip annelerin normal çocuk annelerine göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve algılanan sosyal desteğin depresyon düzeyi üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Aileden ve arkadaşlardan alınan sosyal destek ebeveynleri ruhsal olarak olumlu yönde etkilemekte ve stres düzeylerinin azalmasında etkili olmaktadır (White ve Hasting, 2004: 181).

1.3 Travma Sonrası Gelişim

Travma literatürünün tarihçesine bakıldığında psikoloji ve psikiyatride; travmatik yaşantıya maruz kalan bireylerde gözlenen uyumsuz davranışlar üzerinde odaklanıldı; Depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozukluklarının birçoğunun da yaşanan travmatik olaya bağlı olarak korku deneyimine, cesaretsizliğe, zorluklarla yüzleşerek zarar görme gibi durumlara atfedildiği görülmektedir.

Sayıları hızla artmakta olan literatür travmaya bağlı oluşan olumsuz sonuçların nasıl önlenebileceği ve bazı bireylerin nasıl zorluklarla baş ettiklerini tanımlamaya çalışmaktadır, bununla birlikte travmadan gelişme, öğrenilmekte olan bir kavramdır ve bu noktada travma yaşantısından ötürü geriye doğru gidenler değil, travmayı bir başlangıç noktası gibi, bir sıçrama tahtası gibi kullanan ve bireysel gelişme gösterenleri ele almak önem kazanan bir konu olmuştur. Travma sonrası gelişim de tıpkı travma kavramında da değinildiği gibi bir süreç aynı zamanda bir sonuçtur ve bu travmatik olayla baş etme ile başlayan ve de ciddi şekilde bilişsel ve duygusal bedelleri olan bir süreçtir (Tedeschi vd. 1998).

Travma sonrası gelişimi başlatan olaylar psikolojik düzeyde “sismik olay” niteliğindedir. Bireyin yaşadığı bu psikolojik deprem bireyin sahip olduğu yapılara ciddi bir tehdit arz eder, yeni yapıların oluşturulabilmesi için deprem sonrası ortaya çıkan molozlar kaldırılmalıdır. Ancak deprem sonrası yaşanacak yeniden inşa sürecinde bir süre karışıklık (konfüzyon) ve yas tutma/kederlenme ön planda olabilmektedir. Bireylerin yeni acil planları depremden sonra hayatta kalma deneyimine dayalı olarak oluşturulmaktadır. Yaşanan felaketten ötürü birey kaybettiklerinin ötesinde deprem sonrası yeniden oluşan yapıları da zaman içinde fark edecektir (Tedeschi vd. 1998).

Kayıplar ve konfüzyon sonucunda, bazı bireyler önemli yönlerde eski durumlarına göre daha üst düzey bir yaşam tarzını yeniden inşa ederler, yaşamlarına yeni bir yön verirler. Bu bireylerde kayıp; Harabiyet yerine yeni, sıçrama tahtası olarak kullanarak olağanüstü yaşam yapısı edinmelerini olanak sağlamaktadır. Bu bireylerin oluşturdukları yeni psikolojik yapılar, benzer travma olasılıkları ve bunlarla daha iyi bir şekilde baş etme yöntemlerini de içermektedir (Tedeschi vd. 1998).

Bu noktada travma sonrası gelişim kavramının sistematik bir tanımına değinilecek olunursa; Travma sonrası gelişim, yüksek düzeyde stres içeren yaşam krizleriyle mücadele sonucu bireylerin yaşadığı olumlu değişimleri anlatmak için kullanılan bir terimdir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Travma sonrası gelişim kavramını Tedeschi vd.. (1998), bilişsel ve duygusal yaşamda davranışsal doğurguları da olabilen, anlamlı bir düzeyde bulunan, bireye fayda sağlayan değişimleri tanımlamak için kullanmaktadırlar.

Bununla birlikte, bireylerin maruz kaldıkları travmatik olaylar sonucu yaşadıkları bu olumlu değişimi anlatmak için bu alanda farklı terimler kullanıldığı görülmektedir. Travma sonrası gelişim, strese bağlı gelişim, yarar sağlama, olumlu doğurgular, travmadan dönüşüm, olumlu değişim, gelişmek, anlam bulma, olumlu duygular, dönüşümsel baş etme, olumlu yorumlama vs. gibi ifadelerin bu kavrama anlatmak için birçok araştırmacı tarafından kullanılmakta olduğu belirtilmektedir (Tedeschi ve Calhoun 2004). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da travma sonrası gelişim, travma sonrası büyüme, strese bağlı gelişim, ruhsal gelişim gibi ifadelerin ön plana çıktığı görülmektedir (Dirik 2006; Yılmaz 2006). Bu çalışmada kanser hastalarında tanıdan ve kanser hastalığını bir süre deneyimlemenin ardından yaşanan olumlu değişimleri ifade etmek için “Travma Sonrası Gelişim (TSG)” terimi kullanılmaktadır.

1.3.1. Travma Sonrası Gelişim Olgusunun Ortaya Çıkışı

Travma sonrası gelişim olarak adlandırılan bu fenomen yüzyıllardır kabul edilmektedir. Din ve edebiyat insanın çektiği acının insanları ilime, gerçekliğe ve tanrıya yakınlaştırdığını tanımlayıp açıklamaktadır. Kültürel gelenekler, yaşama ilişkin önemli hikayeler de travma sonrası olumlu değişimin olabileceği düşüncesinde birleşmektedirler. Bu düşünceye Mısır mitolojisinde, Budizm, Hinduizm geleneklerinde de rastlanılmaktadır (Tedeschi vd. 1998).

Travma sonrası gelişim olgusunu anlamada Varoluşçu felsefe ve psikoloji önemli bilgiler sağlamaktadır. Varoluşçu psikologlar travma ve ıstırabın gelişme için bir fırsat olduğunu kabul etmektedirler ve travmayı anlamın yaratıldığı ve cesaretin bulunabildiği zaman olarak tanımlamaktadırlar. Travmatik olayların güvenlik yaratmaya kalkışmanın ve hayatın doluca yaşanma olasılığını açığa vurduğuna değinmektedirler (Tedeschi vd. 1998).

1980'lere kadar araştırmacılar özellikle travma sonrası gelişim konusunda sistematik olarak araştırmaya yönelmemişler, ortaya çıkmasında, belirmesinde etkili olan süreçlerin içeriklerini anlamaya yönelik çalışmamışlardır. Birçok çalışmaya göre, travma sonrası gelişim belirli travmatik olaylarla baş etme üzerine odaklanmaktadır ve travma sonrası gelişim, baş etme yöntemi olarak ele alınmaktadır (Tedeschi vd. 1998).

1980'lerin ortalarından itibaren yoksunlukları bulunan çeşitli popülasyonlarda travma sonrası gelişimle ilişkili bulgularda, çalışmalarda artış olduğu, bu konuya yönelme eğiliminin arttığı görülmektedir. Bunlar; Kronik hastalıktan ve/veya sakatlıktan acı çekenlerde, HIV enfeksiyonlu kişilerde, kanserde, kalp krizlerinde, çocuklarında tıbbi problemle baş etmeye çalışan ailelerde, trafik kazalarından sonra hayatta kalanlarda, yangınlardan, tecavüz ve cinsel tacizden hayatta kalanlarda şeklindedir. 1990'larda travma sonrası gelişim ve bu yapının diğer değişkenlerle olan ilişkisini ölçme eğilimine girilmiştir. Travmaya ilişkin bu ölçüm, değerlendirme eğilimleri sonucunda da teorik gelişimler baş göstermektedir (Tedeschi vd. 1998).

1.3.2. Travma Sonrası Gelişimin Türleri

Travma sonrası gelişimin yaşandığı farklı alanlar vardır ve bu alanlarda yaşanan gelişim farklı bireylerde farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Başka bir ifadeyle, bir birey bir alanda olumlu değişim ifade ederken diğer alanlarda bu değişimi ifade etmeyebilir.

Travma sonrası yaşanan gelişim bireyin kendilik algısında, ilişkilerinde ve yaşam felsefesinde olmak üzere üç ana grupta toplanır (Tedeschi ve Calhoun 1995: 29-41).

1.3.2.1. Kendilik Algısında Yaşanan Değişim

- **Hayatta Kalana Karşı Kurban İfadesi:** Travma sonrası gelişim için en önemli adım bireylerin kendilerini travmanın kurbanı olarak değil de travma sonrasında hayatta kalan olarak görmelerinde yatmaktadır. Etiketlemenin önemi konusunda, psikotraumatoji alanında çalışanlar en az olumsuz şekilde etiketleme açısından bireyleri cesaretlendirmek gerektiğini belirtmektedirler. Hayatta kalan etiketi travmadan etkilenen kişilerin kendilerini özel bir konumda ve güçlü algılamaları ile başlamaktadır (Tedeschi vd.1998).
- **Kendine Güvenmek:** Travmadan hayatta kalanların başka bir travma ile baş etme becerisini sadece başka bir travma test edebilir, ancak hayatta kalanların sıklıkla güçlü olduklarına ve başka zorluklarda hangi baş etme yöntemlerini kullanacaklarına dair hislerinin geliştiğine değinilmektedir. Bu konuda, yani sonradan ortaya çıkan başka travma yaşamaya dair vaka konusunda literatür sınırlıdır ancak muhtemelen bu bireyler olası bir yeni travmada daha az incinebilir olacak ve önceki deneyimden gelen travma sonrası gelişimi doğrulayacaklar, gelişim düzeylerini yükselteceklerdir (Tedeschi vd. 1998).
- **Kolay İncinirlik, Hassasiyet:** Travma sonrası gelişim ifade eden bazı bireyler güçlerini tanıyan, incinebilirliklerine, ölümlülüklerine dair artmış farkındalık kazanmış ve yaşamın değerli, kırılgan ve hassas olduğunu anlamış bireylerdir. Travma sonrası gelişim gösteren bireylerdeki güçlenme hissi sosyal desteğe ihtiyaç duymama ve başkasının incinebilirliğini tanıma ile karıştırılmamalıdır. Güçlülük hissi sosyal destek arama konusunda girişkenlik sağlar ve birey için daha az yararlı olanları da ret etmeye yardımcı olur (Tedeschi vd. 1998).

1.3.2.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişim

- **Kendini Açma ve Duyguları İfade Etme:** Travmatik deneyimlere maruz kalan bazı bireyler duygularını açma ve kendilerini daha açıkça ifade etme konusunda gelişme göstermektedirler. Travmatik deneyim yaşayan bireylerin bildirdiklerine göre sosyal destek onlara fırsat, elverişli zaman sağlamakta ve belki kendilerini şimdiye kadar hiç yapmadıkları alanlarda açığa vurma imkanı bulmaktadırlar. Örneğin, kansere bağlı olarak bireylerin eşlerine daha bağlandığı, ilişkilerin güçlendiği ve eşlerde çift yönlü gelişim görüldüğü bulunmuştur (Weiss 2004). Güvenilir olan bireylere duygusal olarak yakın olma yeteneği gibi durumlar travmanın kötü sonucuna bağlı olarak öğrenilen durumlar olabilir. Ancak güvenilir bir bireyin kurbanı olmak hastalıklar ya da felaketler sonucu olan travma sonrası gelişimden farklı olarak bu kişilerarası ilişkiler alanında daha değişik sonuçlara sebep olabilmektedir (Yalom 2002: 61).
- **Acıma/Şefkat ve Bu Duyguları Diğer Bireylere Aktarma:** Kişilerarası ilişkilerde hassasiyet/incinebilirlik, empati, şefkat ve acıma güçlenmektedir. Bireylerin kendi hassasiyetlerini fark etmeleri, tanımları daha şefkatli olmalarını sağlayabilir ve bazı travmalar empati antrenmanı gibi de olabilmektedir. Travmanın kötü sonucu sonrasında oluşan bu acıma/şefkat ve yakınlık/dostluk dışında diğer bireylere yardım etme ihtiyacı da ortaya çıkabilir. Travmanın hediyesi, diğer bireyler için değil ama hayatta kalanlar için etkili düzeyde olmaktadır. Bireylerde kendi durumlarındaki diğer bireylerle kendi deneyimlerini, bilgilerini paylaşma motivasyonu gelişir. Bu travmatik olayın üstünden belli bir zaman geçtikten sonra ancak zorluğa dayanmanın farkına varma ve hayatta kaldığını anlama gibi sürecin geçilmesinden sonra olabilmektedir. Zor durumda olan diğer bireylere yardım etmek daha fazla iyileşmeye izin vermekte ve hala mücadele edenlerle sosyal karşılaştırma yolu ile bireyin zorluğu hakkında farkındalık sağlanabilmektedir (Tedeschi vd. 1998).

1.3.2.3. Yaşam Felsefesinde Yaşanan Değişim

“Yaşam Felsefesi” başlığı altında dört temel konu ele alınmaktadır. Ancak travma sonrası gelişim alanındaki bu konu felsefenin akademik konuları içinde henüz incelenmemektedir (Tedeschi vd. 1998).

- **Yaşamın Değeri ve Öncelikleri:** Bireyin yaşamını tehdit eden bazı travmalar bireyin canının bağışlandığı düşüncesini ve bireye ikinci bir şans verildiği hissini verebilir. Bireyler her günün değerini bildiklerini ve küçük şeylerden daha çok zevk aldıklarını ve de yaşamı daha basit ele aldıklarını belirtmektedirler. Örneğin; Major bir stresörün ortaya çıkması yakın ilişkilerde bireylerin daha fazla zaman ayırmaları gerekliliğini fark etmelerini sağlayabilir. Bireyler bu değişimlerin kendilerinin neyin önemli olduğu konusundaki hislerinde yüksek düzeyde olumlu değişim yarattığını bildirmektedirler. Travmanın daha yüksek düzeyde hassasiyet yarattığı ve yaşamının değerini arttırdığı bireyler önemsiz şeylere zamanlarını harcamaktan hoşlanmadıklarını ifade ettikleri belirtilmektedir (Tedeschi vd. 1998). Bu konuda Yalom, “Varoluş ertelenemez. Kanser hastalarının çoğu şu anda daha dolu yaşadıklarını bilirler. Artık yaşamlarını gelecekteki bir döneme ertelememektedirler. Birey yalnızca şu anda yaşayabileceklerinin farkına varır.” der (Yalom 2001: 263).
- **Varoluşla İlgili Tema ve Anlam Arayışı:** John Fowles; “Ölüm daha çok ders veren bir öğretmen gibidir, ön sıraya gelene dek neler söylendiğini gerçekten duyamazsınız.” der (Yalom 2001: 290). Birçok travmatik olay yaşam hakkında birçok temel değere işaret etmektedir, bu temel değerler genelde hayatta kalanların eskiden yüzeysel olarak ele aldıkları değerlerdir. Sevilen bir bireyin kaybı, terminal hastalıkla yüz yüze gelmek ya da diğer krizlerle uğraşmak gibi durumlardaki bireylerin travmaya maruz kalmayanlara göre belki daha dürüst olmaları ve temel varoluşsal sorularla daha çok uğraşmaları gerekmektedir.

Ancak, varoluşsal sorularla yüz yüze gelmek şüphesiz ki onları başarıyla çözmek, cevaplamaya eşit değildir (Tedeschi vd. 1998).

- **Ruhsal (Manevi-Tinsel) Gelişim:** Tedeschi vd.'nin de (1998) belirttiği gibi Pargament; Tanrının varlığına ilişkin artmış his/inanç, cennete gitmek üzere gerekli olduğu düşünülen dini geleneklere artmış bağlılık ya da birinin dini inançlarını daha iyi anlamının gerçekleştiğini, bunun yanında travmanın kötü sonuçlarıyla mücadele etmek zorunda kalmış birçok bireyin dini bir değişim içine girdiklerini ifade etmektedir. Ayrıca dini değişime açıklığın da travmaya bağlı gelişimle ilişkili görüldüğüne değinmektedir. Yapılan bir çalışmada da aids hastasına bakım vermeyi bırakan kişilerde dindarlığın, travma sonrası gelişimle anlamlı düzeyde olumlu yönde ilişkili olarak bulunduğu bildirilmiştir.
- **Bilgelik:** Psikolojik travmaya olumlu yönde uyum ve bilgelik, Avrupa edebiyatında ve felsefesinde zengin tarihi olan bir konudur. Bunun yanı sıra, olumlu yönde uyumun bir sonucu olan travma sonrası gelişimde bilgelik için bir olasılık olarak tanımlanmaktadır. Teorik bir çerçevede travma sonrası olumlu yönde uyumda rol oynayan bilgeliğin üç örüntüsü olduğu öne sürülmektedir. Bu örüntüler; belirsizliği tanıma ve yönetme, duygu ile bilişi birleştirme ve de birey olarak sınırlarını tanıyıp kabul etmedir. Travmatik uyumda bu örüntüler, bu süreçte ve sonuçlar itibarıyla dikkate alınmaktadır (Linley 2003). Yaşamın değerini ve yaşamda önemli olan öncelikleri anlama, nasıl başarılı ilişki kurulacağını ve zorluklarla nasıl baş edileceğini bilme v.s. gibi niteliklerin bilgelikle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Açıkça görülmektedir ki travma sonrası gelişim ve bilgelik arasında sıkı ya da en azından bazı yönlerden ilişki vardır (Tedeschi vd. 1998).

1.4 Konu İle İlgili Daha Önce Yapılmış Araştırmalar

1.4.1 Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Erzincan 1992 Depremi sonrasında ODTÜ İnşaat Mühendisliği Deprem Araştırma Merkezi ve ODTÜ Psikoloji Bölümü öğretim üyelerince ortaklaşa yürütülen çalışmanın temel amacı, depremden yaklaşık on altı ay sonra Erzincanlıların afet yönetimi ve yeni inşa edilen afet konutları ile ilgili tutumlarını değerlendirmek ve yaşanan psikolojik stres tepkileri ile ilişkili olabilecek sosyo-demografik ve deprem sonrası yaşam olaylarının ilişkilerini incelemek olmuştur.

Bu çalışmanın ilk aşaması Erzincan'da yapılan derinlemesine görüşmelerle afetzedeler için önemli olan kavramların belirlenmesi ve daha sonra bu görüşmeler ve literatür temel alınarak bir anket formunun geliştirilmesi olmuştur. Hazırlanan form 489 yetişkin Erzincanlıya uygulanmıştır. Çalışmada ergen çocuklar için de bir form hazırlanmış ve 44 ergene uygulanmıştır. Semptom taraması (Symptom Checklist-40) için Ankara'dan 130 kişilik bir kontrol grubuna da uygulama yapılmıştır. Bu çalışmanın temel bulguları şöyle özetlenebilir: Kadınlarda stres belirtileri erkeklere kıyasla daha yüksektir. Erzincanlıların kaygı düzeyleri Ankaralılarından daha yüksektir. Stres belirtilerini yordalayan değişkenler kadın olmak ve oturulan evi depremlere karşı güvenli bulmamaktır (Karancı ve Rustemli, 1995).

Bu çalışmada ilerde olabilecek depremlere karşı hazırlık yapmayı, kaygı, kontrol algısı ve eğitim değişkenleri yordamıştır (Rustemli ve Karancı, 1999). Araştırma sonuçlarında ergenler ve ebeveynlerinin depremde gösterdikleri ilk stres belirtileri birbirine çok benzemektedir, ancak zaman içinde ergenlerin belirtilerinin ebeveynlerinininkinden daha az olduğu, ebeveynlerde somatizasyonun çocuklarının stres tepkileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Somatizasyon, fobi ve irritabilitenin yanısıra depresif semptomların yaygın olduğu tespit edilmiştir (Rustemli ve Karancı, 1996).

Çalışmanın ikinci aşamasında Erzincan'da depremden yaklaşık dört buçuk yıl sonra, Erzincanlıların afet yönetimi (önlem alma ve zararları azaltma, afetlere karşı hazırlıklı olma, yaşanan konutlara dair düşünceler) ile ilgili değerlendirmelerini araştırmak amacı ile 1992 Depreminde az ve orta hasar görmüş konutlarda ve yeni afet konutlarında oturan 272 yetişkin ile yürütülmüştür. Araştırmanın temel bulguları şu şekildedir:

Afet konutlarında yaşayanların orta ve az hasarlı konutlarda oturanlara göre evlerini depremlere karşı daha dayanıklı buldukları ve daha çok güven duydukları görülmüştür. Ancak, yaşanan evden, mahalleden komşu ilişkilerinden ve hizmetlerinden memnuniyet incelendiğinde orta hasarlı evlerde oturanların afet konutlarında oturanlardan daha fazla memnun oldukları bulunmuştur.

Örneklemin büyük çoğunluğu deprem zararını azaltmak için önlem alınabileceği görüşündedir. Ancak, önlem almanın daha ziyade resmi kurumların ve yetkililerin görevi olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca, örneklemini oluşturan kişilerin deprem endişesi taşımalarına rağmen ileride olabilecek depremlere karşı hazırlık yapmamış oldukları bulunmuştur (Karancı, 1997).

Afyon-Dinar 1995 Depremi'nin hemen sonrasında Dinar'da afet yönetiminin çeşitli boyutlarını incelemek ve mevcut zayıf ve güçlü yönleri analiz ederek öneriler geliştirmek amacı ile psikoloji, sosyoloji ve inşaat mühendisliği disiplinleri ortak bir inceleme yapmıştır. Bu çalışmada, Dinar'daki kamu yöneticileri, belediye görevlileri, muhtarlıklar ve halk ile odak grup ve derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Psikolojik olarak stres tepkilerinin oldukça yüksek olduğu, görüşülenlere bu tepkiler ile ilgili bilgi vermenin ise onları rahatlattığı ve tepkilerini normalleştirdiği gözlenmiştir. Açılan çeşitli kurslarda bir araya gelerek halı dokuma gibi çeşitli beceriler öğrenen kadınların bu kurslarda yoğun duygusal paylaşım yaşadıklarını ve bunlardan çok yararlandıklarını ifade ettikleri gözlenmiştir (Karancı vd. 1996).

Dinar 1995 depremi'nden yaklaşık on altı ay sonra afet konutlarında az ve orta hasarlı konutlarda oturan 315 Dinarlı yetişkinle bir anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmada temel olarak stres tepkileri ve bunları yordayabilecek değişkenlere odaklanılmıştır. Bu değişkenler sosyo–demografik özellikler, deprem ve sonrası ile ilgili yaşananlar ve kişinin bu sıkıntılarla başa çıkmak için kullandığı başa çıkma yollarıdır. Araştırmanın temel bulguları, kadınlarda stres belirtilerinin daha yüksek olduğu, kadınlar için deprem sırasında ölme tehlikesi algılamının, çaresizlik başa çıkma yolunun kullanılmasının ve kontrol algısının olmamasının stres belirtilerini yordadığı; erkeklerde ise çaresiz başa çıkmanın stresi arttırdığı, problem odaklı başa çıkmanın ise stresi azalttığı bulunmuştur. Ayrıca erkekler için depremden sonra meydana gelen olumsuz yaşam olaylarının stres belirtilerini yordadığı bulunmuştur.

1999 Marmara depreminden sonra yapılan bir araştırmada, deprem sonrasında çok yaralı ve ölü insan gören, açlık ve uyku yoksunluğu yaşayan çocuklarda daha fazla depresif semptomlar bulunmuştur (Laor vd., 2002b).

1998 Adana-Ceyhan depreminden sonra yapılan bir araştırmanın sonucunda deprem sonrası kadınların, psikiyatrik hastalık öyküsü olanların ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık olanların akut stres bozukluğu açısından daha riskli olduğu saptanmıştır (Uğuz vd., 2000).

1999 Marmara depremi sonrası özellikle çocuk ve ergenler üzerinde travma sonrası stres bozukluğu bulguları ve şiddet seviyeleri araştırılmıştır. Yapılan bir araştırmada travma sonrası stres bozukluğu semptom kriterlerinden kaçınma, belirti düzeyi en yüksek kriter grubu olarak bulunmuştur (Alyanak vd., 2000).

Çocuklarla yapılan bir başka araştırma Marmara depremini takip eden ay içerisinde yapılmış ve toplam 1118 çocuk denek arasında, 84 çocuk travma sonrası stres bozukluğu, tanısı almıştır (Alparslan vd., 1999).

1.4.2 Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

1988 Ermenistan depreminden 1,5 yıl sonra okul çağında çocuklarla yapılan bir çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon, birlikte yüksek oranda çıkmıştır. Ayrıca bu çalışmada yapılan analizler sonucunda, depresyonun travma sonrası stres bozukluğu semptomlarına göre ikincil olduğu; depresyonun travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının şiddeti, ikincil stres kaynakları ve çözülmemiş yasadan kaynaklandığı saptanmıştır (Goenjian, 1995).

Shannon vd. (1994), Hugo Kasırgası'ndan sonra yaptığı geniş bir örneklem grubunu içeren çalışmada kız çocuklarının, erkeklerden daha fazla DSM-III-R kategorisine göre travma sonrası stres bozukluğu tanısı aldığı ve kızların duygusal süreç ile ilgili daha fazla semptom bildirdiklerini, erkeklerin ise bilişsel ve davranışsal faktörlerle ilgili semptomları daha fazla bildirdikleri gözlemlenmiştir.

La Greca vd. (1998), Florida' da meydana gelen Andrew Kasırgası'ndan sonra ilkokul çağındaki çocuklarla yaptığı bir çalışmada, kasırgadan 15 ay önce daha kaygılı olan, dikkat sorunları daha fazla ve akademik başarısı daha düşük olan çocukların kasırgadan 3 ay sonra diğerlerinden daha yüksek oranda travma sonrası stres bozukluğu semptomu gösterdiği görülmüştür.

Nikaragua'da Mitch Fırtınası'nı yaşayan 158 ergende saptanan depresyon düzeyinin en güçlü yordayıcı değişkeninin, travma sonrası stres bozukluğu ölçeğindeki toplam puan olduğu (% 55) yapılan araştırmada tespit edilmiştir (Goenjian, vd., 2001).

1.5 Araştırmanın Amacı

Deprem psikolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda çeşitli yöntemsel farklılıklar olmasına karşın, deprem sonrası gelişen ruhsal sorunların oldukça yaygın olduğu ve yıllar boyu sürebildiği görülmektedir. Gerek toplum tabanlı çalışmalarda gerekse yüksek riskli topluluklarla yapılan çalışmalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Majör Depresyon'a (MD) sık rastlanmaktadır. Marmara Depremi sonrası çeşitli zaman dilimlerinde, toplum tabanlı çalışmalarda TSSB oranları yüzde 8 ile yüzde 63, MD ise yüzde 11 ile yüzde 42 arasındadır (Aker, 2006: 204)

Deprem gibi büyük bir doğal afet ile travmaya maruz kalan kişilerin 9 yıl sonra da travma sonrası ruhsal problemler yaşayabildikleri öngörülür. Bu araştırma ile ölçülmek istenilen olgu, deprem travmasını yaşayan yetişkinler grubunun kendi içlerinde, algıladıkları sosyal destek düzeylerine göre travmayı algılama ve depresyon düzeyleri farklılıklarıdır.

1999 yılında yaşanan büyük deprem ve kayıplardan sonra Türkiye'de büyük bir deprem kaygısı olduğu gözlemlenmektedir.

Bu çalışmada ki amaç, 1999 Marmara depreminde enkaz altında kalma, yakın kaybı, mal kaybı yaşama gibi travmatik süreçlerden birini ve ya birkaçını yaşamış olan yetişkin grubunun, depremden sonraki 9 yıl içinde algıladıkları sosyal destek düzeyleri doğrultusunda travma sonrası olumlu gelişim düzeylerinin ölçülmesi; algılanan sosyal destek, travma sonrası gelişim ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin sosyo demografik özelliklere göre incelenmesidir.

Marmara depremi Türkiye'nin böyle büyük çapta yaşadığı ne ilk ne de son depremdir. Bu araştırmanın en temel amaçlarından biri, deprem ile yaşamayı öğrenmek zorunda olan ülkemizde, deprem travmasını yaşayan kişilerin ruhsal yapılarının incelenmesi, 'algılanan sosyal destek' kavramının boyutlarının ve depresyon düzeyinin travma süreci içinde araştırılmasıdır.

1.6 Araştırmanın Önemi

Depremler ansızın meydana gelmeleri ile yıkımlara, ölümlere ve yaralanmalara yol açmaktadır. Bu nedenle pek çok ek sorun yaratmakta, ayrıca artçı sarsıntılar ile kronik etkiler de yaratabilmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı deprem, doğal felaketler içinde özel bir yere sahiptir.

17 Ağustos 1999 tarihinde saat 3.02'de, Kuzey Anadolu Fay Hattının Adapazarı, Kocaeli, Gölcük parçası üzerinde, Richter ölçeğine göre MS= 7,4 büyüklüğünde ve yaklaşık 45-50 saniye süren bir deprem meydana gelmiştir. İstanbul'un Avcılar, Küçükçekmece, Tuzla ilçeleri ile İzmit, Adapazarı, Gölcük, Yalova, Düzce ve Bolu şehirlerinde 20.000 dolayında insanın ölümüne ve maddi hasara neden olmuştur (Tural vd., 2001: 175).

Bu konunun seçilmesinin en temel nedeni, bu araştırmayı yapan araştırmacının da 1999 depremini birebir enkaz içinde kalarak yaşamış olmasıdır.

Doğal afetlere bağlı psikiyatrik sorunlar önemli toplum ruh sağlığı önceliklerindedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Majör Depresyon (MD) en sık karşılaşılan sorunlardır.

Travma sonrası stres bozukluğu olan kişiler, başkaları yaşamlarını sürdüremiyorken kendilerinin sürdürebiliyor olmasıyla ilgili olarak ya da hayatta kalabilmek için yapmak zorunda kaldıklarıyla ilgili olarak ıstırap veren suçluluk duygularını tanımlayabilmektedirler. Asıl travmayı çağrıştıran ya da sembolize eden durumlardan ya da etkinliklerden fobik kaçınma kişiler arası ilişkileri bozabilir ya da evlilikle ilgili çatışmalara, boşanmaya ya da işini kaybetmeye yol açabilir.

Semptomlar genellikle travmadan sonraki ilk 3 ayda başlarsa da semptomlar başlamadan önce aylar, hatta yıllar geçtiği de olabilir (DSM-IV-TR 2007).

Bu nedenlerle deprem travmasını ve belirtilerini 9 yıl sonra incelemenin literatüre katkılar sağlayacağı beklenmektedir.

Bu travmatik olay oldukça geniş bir bölgeyi etkileyerek travmaya maruz kalanların temel güven duygusunu sarsmış ve yaşamsal gereksinimlerin karşılanmasında zorluklar ortaya çıkarmıştır. Bölgede yaşanan zorluklar travmanın etkilerinin uzamasına neden olduğu gibi travmatik yaşantı sonrasında “yardımsız kalındığı” bilişsel şemasının geliştirilmesi TSSB oranını yükseltmektedir. Bu nedenle bu araştırmada algılanan sosyal destek düzeyinin travma sonrası yaşanan ruhsal bozukluklarda etkili olduğu öngörülmektedir.

Ayrıca literatür ele alındığında, yapılan araştırmalarda genel olarak deprem travması sonrası yaşanan psikolojik rahatsızlıklar incelenmiştir. Bu araştırmada ele alınmak istenilen nokta sosyal bir olgunun bu travmatik süreci ne derece etkileyebileceğini araştırmak, algılanan sosyal desteğin önemini vurgulayarak literatüre katkı sağlamaktır.

Literatür incelendiğinde deprem psikolojisi ile ilgili araştırmalar genel de depremden sonra kısa bir dönem içinde yapılmış olup, diğer tip araştırmalar depremden 4–5 yıl sonra tarama amaçlı uygulanmıştır. Yine literatüre bakıldığında çoğunlukla depremi yaşayan çocukların psikolojileri ele alınmıştır.

Bu araştırmanın hedefi depremden 9 yıl sonraki psikolojiyi taramak ve deprezede yetişkinlerin psikolojisini ele alarak literatüre ve toplumsal çalışmalara katkı sağlamaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Hipotezi, Kapsam ve Sınırlılıkları

2.1.1 Araştırmanın Hipotezi

Bu araştırmanın hipotezi;

- 1999 Marmara depremini yaşayan yetişkin depremzedelerde, algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça, travma sonrası olumlu gelişim azalış, depresyon düzeyi artış gösterir.

Bu araştırmada cevap aranacak diğer olgular şunlardır;

- Depremzedelerin kişisel bilgilerine göre(demografik bilgiler ve depremi yaşama deneyimlerine ilişkin bireysel bilgiler) travma sonrası gelişim farklılık göstermekte midir?
- Depremzedelerin kişisel bilgilerine göre(demografik bilgiler ve depremi yaşama deneyimlerine ilişkin bireysel bilgiler) depresyon düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- Depremzedelerin kişisel bilgilerine göre(demografik bilgiler ve depremi yaşama deneyimlerine ilişkin bireysel bilgiler) sosyal destek düzeyleri farklılık göstermekte midir?

2.1.2 Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Bu araştırma, 1999 Marmara depreminde buldukları binanın çökmesi, enkaz altında kalma, yakın kaybı yaşama, mal kaybı yaşama gibi travmatik süreçlerden birini veya birkaçını yaşamış olan Yalova bölgesinde yaşayan yetişkinlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerine göre travma sonrası olumlu gelişim düzeylerini kapsamaktadır. Depremi yaşayan yetişkinlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin, travmayı algılama ve depresyon üzerindeki etkisini araştırmaktadır.

Araştırma sürecinde uygulamaların bilimsel temelli yürütülebilmesi için bazı alanlara sınırlılıklar uygulanmıştır. Bu araştırmaya katılan örneklem grubu Yalova ve Çınarcık bölgesinde depremi yaşayan kişiler ile sınırlı tutulmuştur. Örneklem grubu 25 ile 50 arasında ki yetişkinler ile sınırlıdır. Araştırmada elde edilen bulgular, deneklerin ölçeklere verdikleri cevaplar ile sınırlı tutulmuştur.

2.2 Araştırmanın Yöntem Bilimi

2.2.1 Araştırmanın Modeli

Araştırma, ilişkisel tarama modeline göre hazırlanmıştır.

İlişkisel tarama modelleri, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir. Bu tür bir düzenlemede, aralarında ilişki aranacak değişkenler, ayrı ayrı sembolleştirilir. Ancak bu sembolleştirme (değer verme, ölçme), ilişkisel çözümlenmeye olanak verecek şekilde yapılmak zorundadır. İlişkisel çözümlenme, kolerasyon türü ilişki ile karşılaştırma yoluyla elde edilen ilişki olmak üzere iki türlü yapılabilmektedir. Tarama yolu ile bulunan ilişkiler, gerçek bir neden- sonuç ilişkisi olarak yorumlanamaz; ancak o yönde bazı ipuçları verilerek, bir değişkendeki durumun bilinmesi halinde ötekinin kestirilmesinde yararlı sonuçlar verebilir (Karasar, 1995: 81). Bu araştırmada, karşılaştırmaya dayalı ilişkilere odaklanılmıştır.

2.2.2 Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini, Yalova bölgesinde ikamet eden, 1999 Marmara depreminde buldukları binanın çökmesi, enkaz altında kalma, yakın kaybı yaşama, mal kaybı yaşama gibi travmatik süreçlerden birini yada birkaçını yaşamış olan 190 depremzede oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşları 25-50 arası değişmektedir.

Katılımcılara Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) uygulanarak, sonuçlara göre katılımcıların, algılanan sosyal destek seviyesi yüksek ve algılanan sosyal destek seviyesi düşük olmak üzere 2 alt gruba ayrılması hedeflenmektedir.

Bu iki ayrı gruba Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (PTGI) ve Beck Depresyon Envanteri uygulanması hedeflenmektedir.

2.2.2.1 Demografik Özellikler

Aşağıdaki tabloda çalışmaya katılan depremzedelerin demografik bilgileri sunulmuştur. Bu tabloda depremzedenin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, mesleği, medeni hali, deprem sırasında oturduğu yer, deprem sırasında Marmara bölgesinde olup olmadığı, deprem sırasında nerede olduğu, deprem sırasında sarsıntıyı hissedip hissetmeme durumu, deprem sırasında bulunduğu binadaki çökme durumu, enkaz altında kalma durumu, ailedeki can kaybı, akrabalarındaki can kaybı, mal kaybı, kurtarma çalışmalarına katılma durumu, şu anda oturduğu evin durumu ve şu an nerede kaldığı ile ilgili bilgiler verilmiştir.

Tablo 2.2.2.1 Depremzedelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Yüzde Dağılımları.

DEMOGRAFİK BİLGİ		N	%
Cinsiyet			
	Erkek	136	71,6
	Kadın	54	28,4
Yaş			
	18-25	10	5,2
	26-31	34	17,7
	32-38	25	13,0
	39-45	40	20,8
	46 ve üstü	81	44,0
Eğitim			
	Hiç Yok	1	0,50
	Okuma/Yazma	1	0,50
	İlkokul	57	30,0
	Ortaokul	43	22,6
	Lise	61	32,1
	Üniversite	27	14,2

Tablo 2.2.2.1 Depremzedelerin Demografik Durumları (Devam)

Meslek			
	Memur	8	4,2
	Serbest Meslek	54	28,4
	Esnaf	57	30,0
	Emekli	35	18,4
	Diğer	36	18,9
Medeni Durum			
	Evli	147	77,4
	Bekar	37	19,5
	Dul	5	2,6
	Ayrılmış	1	0,5
Yerleşim Yeri			
	Yalova	117	61,6
	Çınarcık	72	37,9
	Diğer	1	0,5
Deprem Sırasında Marmara Bölgesinde Olma Durumu			
	Evet	190	100
	Hayır	0	0
Deprem Sırasında Bulunulan Yer			
	Kendi Evinde	134	70,5
	Başka Bir Evde	8	4,2
	Sokakta	3	1,6
	Taşıtta	2	1,1
	Diğer	43	22,6
Sarsıntıyı Hissetme			
	Evet	190	100
	Hayır	0	0
Depremde Bulunulan Binada Çökme Durumu			
	Evet	66	34,7
	Hayır	123	64,7
Enkaz Altında Kalma			
	Evet	20	10,5
	Hayır	170	89,5
Ailede Can Kaybı			
	Hayır	176	92,8
	Anne	3	1,6
	Baba	1	0,5
	Kardeş	7	3,7
	Eş	2	1,1
	Çocuk	4	2,1

Tablo 2.2.2.1 Depremzedelerin Demografik Durumları (Devam)

Toplam Kayıp Sayısı			
	0	176	92,6
	1	9	4,7
	2	4	2,1
	3	1	0,5
Akrabalarda Can Kaybı			
	Evet	74	38,9
	Hayır	116	61,1
Ciddi Miktarda Mal Kaybı Durumu			
	Evet	90	47,4
	Hayır	100	52,6
Kurtarma Çalışmalarına Katılma			
	Evet	84	44,2
	Hayır	106	55,8
Evin Şu Andaki Durumu			
	Sağlam	106	55,8
	Mühürlü	6	3,2
	Durumu Belirsiz	2	1,1
	Yıkıldı	67	35,3
	Diğer	9	4,7
Şu Anda Kalınan Yer			
	Kendi Evim	132	69,5
	Diğer	58	30,5

Tablo 2.2.2.2 Araştırmaya Katılanların Akrabalarındaki Toplam Can Kaybı Sayısı

Kişi Sayısı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
N	16	16	13	7	4	4	3	2	3	2	1	1	1	1	1

Tablo 2.2.2.1'deki Depremzede Kişisel Bilgi Formu (TREP) sonuçlarına bakıldığında, araştırmaya katılan depremzedelerin % 71,6'sının erkek (136) ve % 28,4'ünün kadın (54) olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan depremzedelerin % 5,2'si (10) 18-25 yaş aralığında, % 17,7'si (34) 26-31 yaş aralığında, % 13'ü (25) 32-38 yaş aralığında, % 20,8'i (40) 39-45 yaş aralığında, % 44'ü (81) 46 yaş ve üzeri durumdadır.

Tablo 2.2.2.1'e göre araştırmaya katılanların % 0,5'inin (1) eğitimi hiç yok, % 0,5'inin (1) sadece okuma-yazması var, % 30'u (57) ilkökul mezunu, % 22,6'sı (43) ortaokul mezunu, % 32,1'i (61) lise mezunu ve % 14,2'si (27) üniversite mezunudur.

Araştırmaya katılanların % 4,2'si (8) memur, % 28,4'ü (54) serbest meslek sahibi, % 30'u (57) esnaf, % 18,4'ü (35) emekli ve % 18,9'u (36) diğer meslek gruplarındandır. Çalışmaya katılan bireylerin % 77,4'ü (147) evli, % 19,5'i (37) bekar, % 2,6'sı (5) dul ve % 0,5'i (1) ayrılmıştır. Deprem sırasında katılımcıların % 61,6'sı (117) Yalova'da, % 37,9'u (72) Çınarcık'ta ve % 0,5'i (1) diğer bölgelerde oturmaktadır. Araştırmaya katılan depremzedelerin % 100'ü (190) deprem sırasında Marmara Bölgesinde bulduklarını belirtmişlerdir. Depremzedelerin % 70,5'i (134) deprem sırasında kendi evlerinde, % 4,2'si (8) başka birine ait bir evde, % 1,6'sı (3) sokakta, % 1,1'i taşıtta ve % 22,6'sı (43) başka bir yerde olduklarını açıklamışlardır. Araştırmaya katılan depremzedelerin % 100'ü (190) deprem günü sarsıntıyı hissetmişlerdir. Katılımcıların % 34,7'sinin (66) deprem günü bulunduğu binada çökme olmuşken, % 64,7'sinin (123) bulunduğu binada çökme olmamıştır.

Araştırmamıza katılan katılımcıların % 10,5'i (20) enkaz altında kaldıklarını belirtirken, % 89,5'i (170) enkaz altında kalmadıklarını belirtmişlerdir. Depremzedelerin % 92,8'sinin (176) ailesinde can kaybı olmazken, % 7,2'sinin (14) ailesinde can kaybı olmuştur. Ailedeki toplam kayıp sayısına bakıldığında 9 kişi 1 aile bireyini, 4 kişi 2 aile bireyini ve 1 kişi 3 aile bireyini kaybetmiştir.

Depremzedelerin % 38,9'unun (74) akrabalarında can kaybı meydana gelmişken, % 61,1'inin (116) akrabalarında can kaybı meydana gelmemiştir. 1999 Marmara Depremi yaşayıp araştırmamıza katılan depremzedelerin % 47,4'ünde (90) ciddi miktarda bir mal kaybı yaşanmış, % 52,6'sında (100) mal kaybı yaşanmazken, depremzedelerin % 44,2'si (84) kurtarma çalışmalarına katılmış, % 55,8'i (106) kurtarma çalışmalarına katılmamıştır. Depremzedelerin evleri şu anda % 55,8 (106) sağlam, % 3,2 (6) mühürlü, % 1,1 (2) hasar tespiti yapılmamış/durumu belirsiz, % 35,3 (67) yıkık ve % 4,7 (9) diğer şekillerdedir.

1999 Marmara depremini atlatan depremzedelerin % 69,5'i şu anda kendi evini, % 30,5'i (58) başka şekillerde konaklamaktadır.

Tablo 2.2.2.2'ye bakıldığında depremde bir akrabasını kaybedenlerin dağılımı gözükmemektedir.

Bu tabloya göre 16 kişi 1 akrabasını, 16 kişi 2 akrabasını, 13 kişi 3 akrabasını, 7 kişi 4 akrabasını, 4 kişi 5 akrabasını, 4 kişi 6 akrabasını, 3 kişi 7 akrabasını, 2 kişi 8 akrabasını, 3 kişi 9 akrabasını, 2 kişi 10 akrabasını ve 1'er kişilerde 11, 12, 13, 14, 15 akrabalarını kaybetmişlerdir.

2.2.2.2 Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri Yalova'da bulunan Çalıcı Kalıcı Deprem Konutları Bölgesinde toplanmıştır. Katılımcılar deprem donutlarında yaşayan kişilerden ve çevre esnaflardan seçilmiştir. Veriler yüzyüze yapılan anket çalışması yöntemi ile toplanmıştır. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Depremzede Kişisel Bilgi Formu katılımcılara elden dağıtılmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış ve yüzyüze anket formları doldurtulmuştur.

2.2.3 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

2.2.3.1. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

PTGI, kişilerin yaşadıkları travmatik deneyimlerden sonra gelen olumlu değişiklikleri incelemek amacı ile Tedeschi ve Calhoun tarafından geliştirilmiştir. Toplam puanlamayı veren 21 öge ve gelişen ilişkiler, bir insanın hayatı için yeni imkanlar, hayattan zevk almanın artması, kişisel gücün daha fazla hissedilmesi ve ruhsal gelişim konularında 5 alt ölçek puanlaması bulunmaktadır.

PTGI, Türkiye literatüründe ilk kez; otistik çocuğu olan ebeveynler arasında, tahmin edilebilir sosyal destek değerleri, başa çıkma yolları ve PTGI' deki stres düzeyinin incelendiği bir çalışmada kullanılmış ve benimsenmiştir.

Calhoun ve arkadaşlarının incelemesinde, iç tutarlılık yüzde 90'dı ve 2 ay aralıktaki test ve yeniden testin güvenilirliği yüzde 71 bulunmuştur.

Türkçe uyarlamasındaki ölçek çevirisi, Dirik tarafından yapılmıştır (2006) ve bu uyarlama bugünkü incelemelerde de kullanılmaktadır. Bu çalışmada yapılan faktör analizi 3 faktörlü çözüm vermiştir.

Bunlar, başkaları ile olan ilişkilerdeki değişiklikler (öğeler 16, 15, 21, 6, 20, 9, 8; açıklanan sapma yüzde 44,31), hayat felsefesindeki değişiklikler (öğeler 7, 3, 14, 17, 11; açıklanan sapma yüzde 8,54), kendini anlamadaki değişiklikler (öğeler 18, 4, 19, 13, 2, 12, 1, 5, 10; açıklanan sapma yüzde 6,17).

2.2.3.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support- MSPSS) üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir (Zimet vd,1988). Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içermektedir. Faktör analizi bu önerilen yapıyı çeşitli örneklerde desteklemiştir (Eker ve Arkar, 1995a; Kazarian ve McCabe, 1991; Zimet vd, 1988) ve test-tekrar test korelasyonları (Zimet vd, 1988) yeterlidir. Geçerlik açısından, MSPSS başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile olumlu yönde (Kazarian ve McCabe, 1991) ve depresyon (Eker ve Arkar, 1995a; Kazarian ve McCabe, 1991; Zimet vd; 1988) ve anksiyete (Eker ve Arkar, 1995a; Zimet vd, 1988) ölçekleriyle olumsuz yönde korelasyon göstermiştir.

MSPSS'in Türkçe formunun faktör yapısı, güvenirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur (Eker ve Arkar, 1995a). Ancak, özel bir insan alt ölçeğinin yapı geçerliği açısından en zayıf ölçek olduğu ortaya çıkmıştır. İlk çalışmadaki üniversite öğrencileri örneklemini oluşturan öğrencilerin küçük bir kısmıyla yapılan kısa görüşmeler, 'özel bir insan' (significant other) alt ölçeğindeki 'özel bir insan' (special person) teriminin ülkemizde çok özel bir anlama sahip olduğunu ve öğrencilerin çoğunlukla erkek/kız arkadaşları olarak anladıklarını göstermiştir. Kültürel olarak bu terim yaygın olarak uygulanabilir gözükmemektedir. Zimet ve arkadaşları (1990), evli deneklerin, bekarlarla kıyaslandığında, özel bir insan alt ölçeğinde anlamlı olarak daha fazla destek aldıklarını, diğer iki ölçekte farklılık olmadığını bildirmiştir. Diğer taraftan, Türkiyede'ki ilk çalışmanın bazı bulguları (Eker ve Arkar, 1995b), evlilerin hem özel bir insan hem de aile alt ölçeklerinde daha fazla destek bildirdiklerini göstermiştir.

Bu durumda, bu iki alt ölçekten hangisinin eşi içerdiği pek açık değildir. Aile ve özel bir insanın anlamlarının farklı kültürlerde veya örneklerde farklı olduğu açıktır. Zimet ve arkadaşları da (1990), aile ve özel bir insan terimlerinin anlamlarının araştırılması gerektiğini vurgulamışlardır.

Ölçek, bu çalışmanın ilk iki yazarı tarafından Türkçeye çevrilmiştir (Eker ve Arkar,1995a). Giriş bölümünde tariflendiği gibi, aile ve özel bir insan terimlerinin tanımlarını ortaya çıkarmak için bu çalışmada bazı revizyonlar yapılmıştır. Orijinal MSPSS maddeleri, örnekler verilerek (ebeveyn, eş, çocuklar, kardeşler) tanımlanmaya çalışılan aile maddeleri, dışlama yoluyla ve örnekler verilerek tanımlanan özel bir insan dışında, Türkçe olarak aynı kalmıştır. Yani, özel bir insan terimi hiç kullanılmamış ve boyut ailenin ve arkadaşların dışında olan bir kişi olarak tanımlanmıştır (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).

MSPSS; 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir.

Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir.

Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

2.2.3.3 Beck Depresyon Envanteri

21 Depresif belirti ve tutumun değerlendirilmesini içerir. Depresyonun şiddetiyle ilgili bilgi verir. Epidemiyolojik araştırmalarda ve tedavilerin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Tegin (1980) ve Hisli (1987) tarafından Türkçeye uyarlanmış, çeşitli örneklem üzerinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

2.2.3.4 Depremzede Kişisel Bilgi Formu

Başoğlu tarafından 1999 yılında hazırlanmıştır (TREP, 2000) Depremzedelerin demografik bilgileri hakkında 25 sorudan oluşmaktadır.

2.2.4 Veri Çözümleme Yöntemi

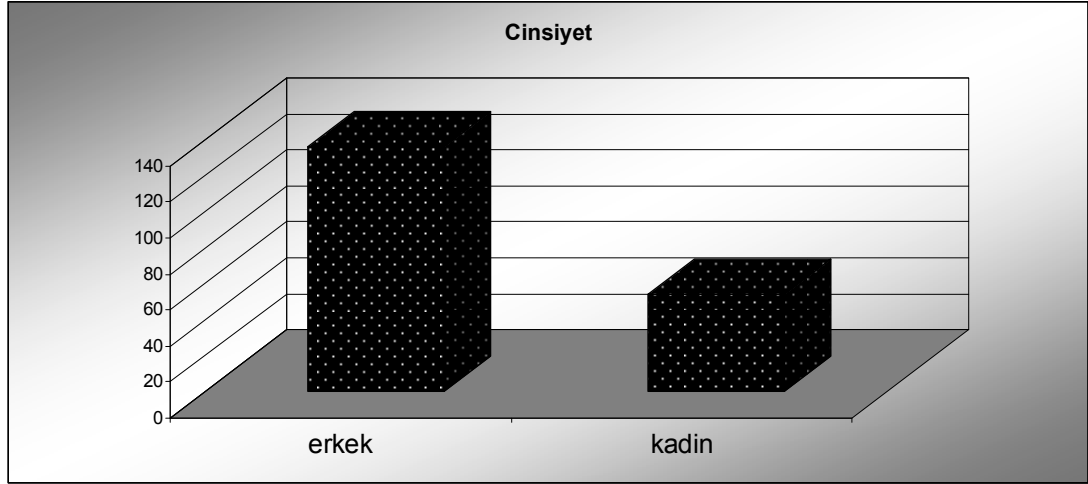
Yüzyüze yöntemiyle yapılan anket çalışması SPSS 15.0 paket programıyla değerlendirilip, tablolaştırılarak çalışmaya eklenmiştir.

2.3 Bulgular

2.3.1 Travma Sonrası Gelişim Bulguları

Tablo 2.3.1 Depremzedelerin cinsiyetlerine göre travma sonrası gelişimleri bağımsız örneklem t-testi sonuçları

	Cinsiyet	N	\bar{X}	SS	t	P
PTG	Erkek	136	118,44	14,58	-0,65	0,516
	Kadın	54	119,89	11,47		

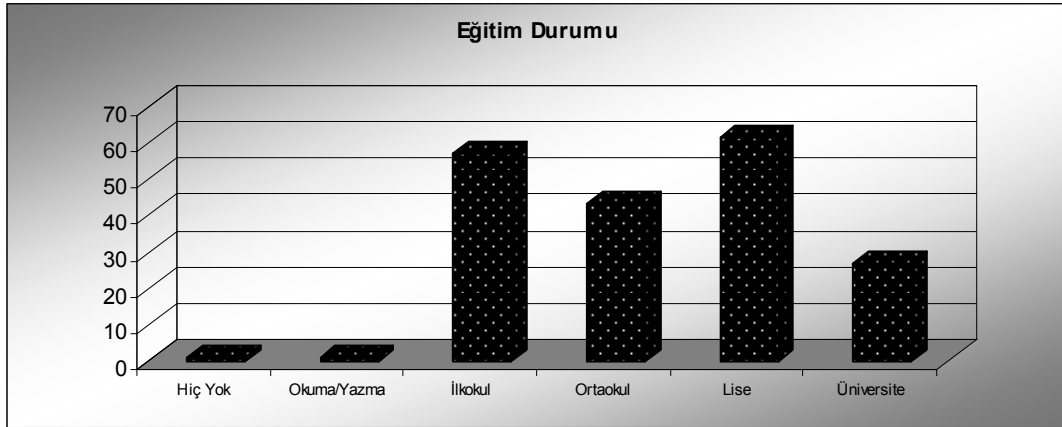


Grafik 2.3.1 Araştırmamıza katılan depremzedelerin cinsiyetine göre dağılımları

Depremzedelerin cinsiyetlerine göre travma sonrası gelişimlerinin incelendiği Tablo 2.3.1'e bakıldığında kadın depremzedelerin deprem sonrası olumlu travma gelişimlerinin erkek depremzedelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu farklılık istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 2.3.2 Depremzedelerin eğitim durumlarına göre travma sonrası gelişim puanlarının varyans analizi sonuçları.

	Kareler Toplam	sd	Kareler Ortalaması	F
Gruplar Arası	183,85	5	36,77	,190
Grup İçi	35579,30	184	193,36	
Toplam	35763,16	189		

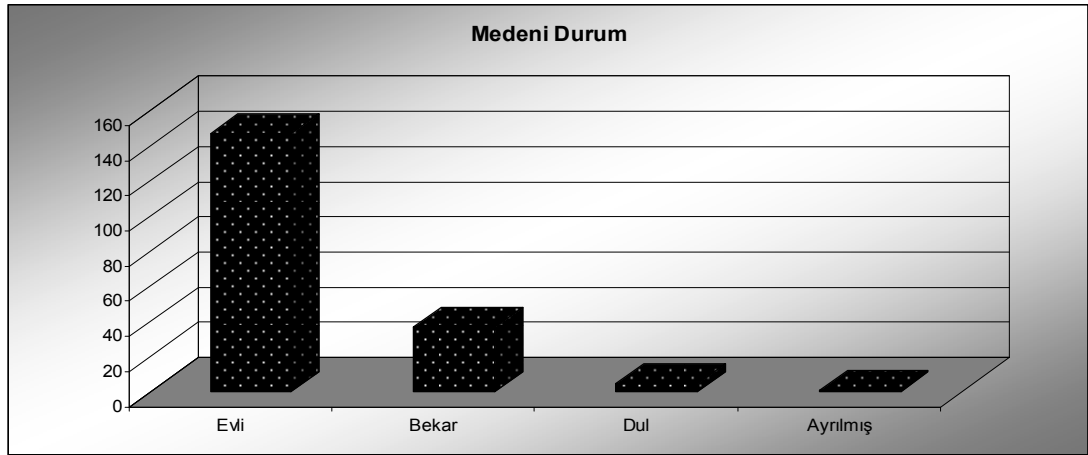


Grafik 2.3.2 Araştırmamıza katılan depremzedelerin eğitim durumlarına göre dağılımları.

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre 1999 Marmara depremini yaşayan depremzedelerin, deprem sonrası olumlu travma gelişimlerinde ve eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılıklar bulunamamıştır ($P > 0.05$).

Tablo 2.3.3 Depremzedelerin medeni durumlarına göre travma sonrası gelişim varyans analizi sonuçları.

	Kareler Toplam	Sd	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Gruplar Arası	703,53	3	234,51	1,24	,295
Grup İçi	35095,62	186	188,49		
Toplam	35763,16	189			



Grafik 2.3.3 Araştırmamıza katılan depremzedelerin medeni durumlarına göre dağılımları.

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizine göre depremzedelerin deprem sonrası olumlu travma gelişimlerinde medeni durumlarına göre anlamlı farklılıklar bulunamamıştır ($P > 0.05$).

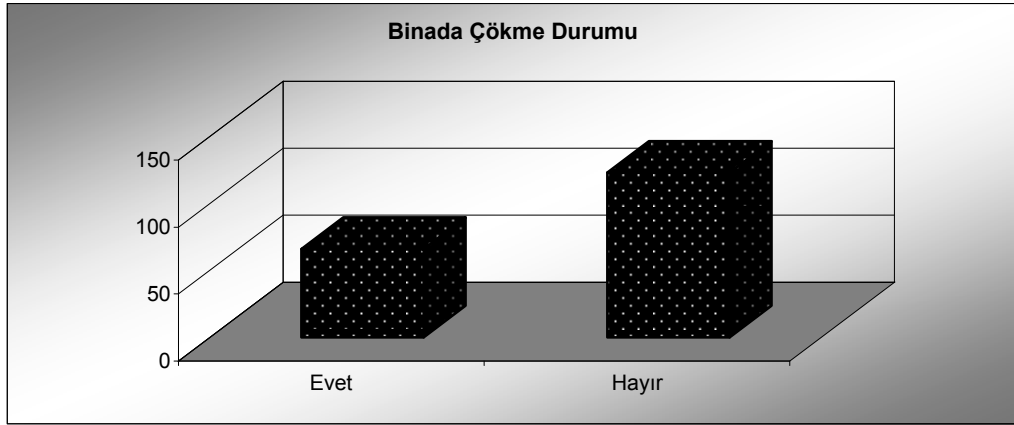
Tablo 2.3.4 Depremzedelerin deprem sırasında buldukları yere göre travma sonrası gelişimlerinin varyans analizi sonuçları.

	Kareler Toplam	sd	Kareler Ortalaması	F
Gruplar Arası	773,43	4	193,35	1,02
Grup İçi	34989,73	185	189,13	
Toplam	35763,16	189		

1999 Marmara depremini yaşayan depremzedelerin deprem sırasında buldukları yere göre yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, depremzedelerin buldukları yere göre deprem sonrası olumlu travma gelişimleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P>0.05$).

Tablo 2.3.5 Depremzedelerin deprem sırasında bulunduğu binada çökme durumuna göre travma gelişimlerinin Kruskal-Wallis analiz sonuçları

	Binada Çökme	N	\bar{X}	Sd	Ki-Kare	P
PTG	Evet	66	84,51	1	5,25	0,022
	Hayır	123	100,63			
	Toplam	189				



Grafik 2.3.4 Araştırmamıza katılan depremzedelerin deprem sırasında buldukları binada olan çökme durumlarına göre dağılımları

Tablo 2.3.5’de görüldüğü gibi depremzedelerin deprem sırasında bulunduğu binada çökme durumu ve travma sonrası gelişim puanlarına göre yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçları doğrultusunda, binadaki çökme durumuyla travma sonrası olumlu gelişim arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (K-kare= 5.25 ; $p < 0,022$)

Tablo 2.3.6 Depremzedelerin enkaz altında kalma durumlarına göre travma gelişimlerinin bağımsız örneklem t-testi sonuçları.

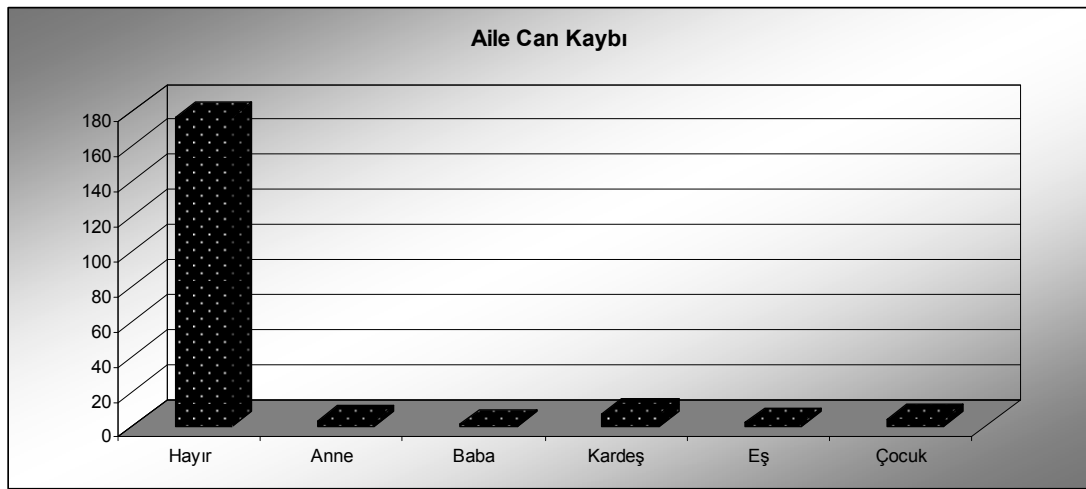
	Enkaz Altında Kalma	N	<i>X</i>	SS	t	P
PTG	Evet	120	108,20	20,75	-3,79	0,000
	Hayır	170	120,11	12,17		

Tablo 2.3.6'ya bakıldığında enkaz altında kalan depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim puanlarının, enkaz altında kalmayan depremzedelere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Enkaz altında kalma durumuna göre travma sonrası olumlu gelişim puanları arasında bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($t= 3.79$; $P<0.001$).

Tablo 2.3.6'ya göre enkaz altında kalan kişilerin travma sonrası olumlu gelişim puanlarının ortalaması 108,20, enkaz altında kalma durumuna göre travma sonrası olumlu gelişim puanları 120,11 olarak belirlenmiştir.

Tablo 2.3.7 Depremde aile bireylerinde can kaybı olma durumuna göre travma gelişimlerinin bağımsız örneklem t-testi sonuçları

	Ailede Can Kaybı	N	\bar{X}	SS	t	P
PTG	Evet	14	103,92	24,01	-4,42	0,000
	Hayır	176	120,04	11,92		



Grafik 2.3.5 Araştırmamıza katılan depremzedelerin aile bireylerinde oluşan can kaybı dağılımları.

Tablo 2.3.7'ye bakıldığında depremde aile bireylerinde can kaybı yaşayan depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim puanlarının, aile bireylerinde can kaybı yaşamayan depremzedelere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Aile bireylerinde can kaybı yaşanmasıyla, travma sonrası olumlu gelişim puanları arasında bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo 2.3.7'ye göre aile bireylerinde can kaybı yaşayan depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim puanlarının aritmetik ortalaması 103,92, aile bireylerinde can kaybı yaşamayan depremzedenin travma sonrası olumlu gelişim puanları aritmetik ortalaması 120,04 olarak bulunmuştur.

Tablo 2.3.8 Depremde ciddi miktarda mal kaybı kaybetme durumuna göre travma sonrası gelişimin bağımsız örneklem t-testi sonuçları.

	Mal Kaybı	N	<i>X</i>	SS	t	P
PTG	Evet	90	116,70	16,47	-2,07	0,040
	Hayır	100	120,80	10,44		

Tablo 2.3.8’de depremde ciddi miktarda mal kaybı yaşama durumunun travma sonrası olumlu gelişim puanı ile olan etkisi gösterilmiştir. Burada gösterildiği gibi 1999 Marmara depreminde ciddi miktarda mal kaybı yaşayan depremzedelerin aritmetik ortalaması 116,70, mal kaybı olmayan depremzedelerin ise aritmetik ortalaması 120,80 tespit edilmiştir. Tablo 3.10’a göre, mal kaybı durumuna göre travma algı puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=2.07$; $P<0.040$).

Tablo 2.3.9 Depremden sonra kurtarma çalışmalarına katılma ile travma sonrası gelişimin bağımsız örneklem t-testi sonuçları.

	Kurtma Çalışmalarına Katılma	N	<i>X</i>	SS	t	P
PTG	Evet	84	117,88	14,99	-,871	0,385
	Hayır	106	119,63	12,70		

Tablo 2.3.9’a göre depremden sonra kurtarma çalışmalarına katılan depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim puanlarının aritmetik ortalaması 117,88, kurtarma çalışmalarına katılmayan depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim puanlarının aritmetik ortalaması 119,63 olarak bulunmuştur. Tabloya göre, enkaz kurtarma çalışmalarına katılmayla travma sonrası olumlu gelişim puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($P> 0,05$).

2.3.2 Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Bulguları

Tablo 2.3.10 Depremzedelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin, travma sonrası gelişim ve depresyon düzeyi puanlarına etkisini gösterir korelasyon sonuçları.

		TOP.PTG	TOP.SOS.DES.	TOP.BECK
TOP.PTG	Pearson Correlation	1	,813(**)	-,391 (**)
	Sig(2-Tailed)		,000	,000
	N	192	192	192
TOP.SOS.DES.	Pearson Correlation	,813 (**)	1	-,446(**)
	Sig(2-Tailed)	,000		,000
	N	192	192	192
TOP.BECK	Pearson Correlation	-,391 (**)	-,446 (**)	1
	Sig(2-Tailed)	,000	,000	
	N	192	192	192

Tablo 2.3.10' a göre algılanan sosyal destek düzeyi ile travma sonrası gelişim puanı ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Sosyal destek düzeyi ile travma sonrası gelişim arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur($r=0.813$; $P>0.001$).

Sosyal destek ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($r = - 0.446$; $P<0.01$)

Travma Sonrası Gelişim ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($r = - 0.391$; $P< 0.001$)

Tablo 2.3.11 Algılanan sosyal destek düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişkinin bağımsız t testi analiz ile incelenmesine yönelik bulgular

	Cinsiyet	N	X	SS	t	P
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	Erkek	136	65,80	10,35	,368	,713
	Kadın	54	65,18	10,96		

Tablo 2.3.11'e göre depremzedelerin deprem sonrası algıladıkları sosyal destek ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P < 0,05$).

Tablo 2.3.12 Depremzedelerin eğitim durumlarına göre algıladıkları sosyal destek durumunun varyans analizi sonuçları.

	Kareler Toplam	sd	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Gruplar Arası	530,68	5	106,13	,961	,443
Grup İçi	20325,52	184	110,46		
Toplam	20856,21	189			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre 1999 Marmara depremini yaşayan depremzedelerin, deprem sonrası algılanan sosyal destek düzeyleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P > 0,05$).

Tablo 2.3.13 Araştırmaya katılan depremzedelerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin ailede oluşan can kaybına göre bağımsız t testi sonuçları.

	AİLEDE CAN KAYBI	N	X	SS	t	P
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	VAR	14	57,35	15,66	-3,131	0,02
	YOK	176	66,28	9,74		

Tablo 2.3.13’de 1999 Marmara Depremi yaşayan depremzedelerin ailede oluşan can kaybına göre bağımsız t testi sonuçları yer almaktadır. Bu tabloya göre ailesinde can kaybı olmayan depremzedelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri, can kaybı olanlara göre daha yüksektir. Ailedeki can kaybı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($P < 0,05$).

2.3.3 Depresyon Bulguları

Tablo 2.3.14 Depremzedelerin depresyon düzeyleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları

	Cinsiyet	N	X	SS	t	P
DEPRESYON	Erkek	136	10,55	7,07	,384	,701
	Kadın	54	10,14	5,40		

1999 Marmara Depremi yaşayan depremzedelerin depresyon düzeyleri ile cinsiyetlerinin incelendiği Tablo 2.3.14’de görüldüğü gibi, depresyon düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($P > 0,05$).

Tablo 2.3.15 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile eğitim durumları arasındaki ilişkiye ait tek yönlü varyans analizi sonuçları.

	Kareler Toplam	sd	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Gruplar Arası	95,80	5	19,16	,429	,828
Grup İçi	8227,05	184	44,71		
Toplam	8322,86	189			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre 1999 Marmara depremini yaşayan depremzedelerin, depresyon düzeyleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P > 0.05$).

Tablo 2.3.16 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile deprem sırasında buldukları binada çökme durumu arasındaki ilişkiye ait tek yönlü varyans analizi sonuçları.

	Kareler Toplam	sd	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Gruplar Arası	992,98	2	496,49	12,66	,000
Grup İçi	7329,88	187	39,16		
Toplam	8322,86	189			

Tablo 2.3.16’da depremzedelerin deprem sırasında buldukları binadaki çökme durumu ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki açıklanmıştır. Bu sonuçlara göre binada çökme durumuyla depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. ($F(2-187)=12,666$, $P(0,000)<0,5$)

Tablo 2.3.17 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile enkaz altında kalma durumları arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları

	Enkaz Altında Kalma	N	X	SS	t	P
DEPRESYON	Evet	20	15,60	6,24	3,803	0,000
	Hayır	170	9,83	6,43		

Tablo 2.3.17’de depremzedelerin enkaz altında kalma durumu ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki açıklanmıştır. Enkaz altında kalan depremzedelerin depresyon düzeyi aritmetik ortalaması (15,60), enkaz altında kalmayan depremzedelere (9,83) göre daha yüksektir. Depremzedelerin enkaz altında kalma durumuyla depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($P < 0,05$).

Tablo 2.3.18 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile ailelerinde can kaybı yaşama durumu arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları

	Ailelerinde Can Kaybı Yaşama	N	<i>X</i>	SS	t	P
DEPRESYON	Evet	14	16,28	8,28	3,525	0,01
	Hayır	176	9,97	6,28		

Tablo 2.3.18’de depremzedelerin ailede can kaybı yaşama durumu ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki bağımsız örneklem t-testi ile incelenmiştir. Buna göre ailesinde can kaybı olan depremzedelerin depresyon düzeyi (16,28), ailesinde can kaybı olmayan depremzedelerin (9,97) depresyon düzeyinin aritmetik ortalamasından daha yüksektir. Yapılan analiz ve bulunan değerlere göre ailede can kaybı yaşama durumu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($P < 0,05$).

Tablo 2.3.19 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile mal kaybı arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları.

	MAL KAYBI	N	<i>X</i>	SS	t	P
DEPRESYON	Var	90	12,27	7,52	3,740	0,000
	Yok	100	8,79	5,22		

Tablo 2.3.19’da depremzedelerin mal kaybı yaşamaları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki bağımsız örneklem t-testi ile incelenmiştir. Buna göre ciddi miktarda mal kaybı olan depremzedelerin depresyon düzeyi (12,27), ciddi miktarda mal kaybı olmayan depremzedelerin (8,79) aritmetik ortalamasından daha yüksektir. Yapılan analize göre, ciddi miktarda mal kaybı yaşama ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($P < 0,05$).

Tablo 2.3.20 Depremzedelerin depresyon düzeyleri ile deprem sonrası kurtarma çalışmalarına katılma durumları arasındaki ilişkiye ait bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları.

	Kurtarma Çalışmasına Katılma	N	<i>X</i>	SS	t	P
DEPRESYON	Evet	84	10,17	6,66	-,486	,627
	Hayır	106	10,65	6,64		

Tablo 2.3.20’de depremzedelerin deprem sonrası kurtarma çalışmalarına katılma ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki bağımsız örneklem t-testi ile incelenmiştir. Yapılan analizde, kurtarma çalışmalarına katılma durumuyla depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($P < 0,05$).

Tablo 2.3.21 Depremzedelerin depresyon düzeyleri ile evlerinin Şu andaki durumu arasındaki ilişkiye ait tek yönlü varyans analizi sonuçları.

	Kareler Toplam	sd	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Gruplar Arası	505,67	4	126,41	2,992	0,20
Grup İçi	7817,19	185	42,25		
Toplam	8322,86	189			

Tablo 2.3.21’de 1999 Marmara Depremini yaşayan depremedelerin evlerinin Şu andaki durumları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki açıklanmıştır. Bu sonuçlara göre depremedelerin evlerinin Şu andaki durumuyla depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır. ($P < 0,5$)

Tablo 2.3.22 Depremzedelerin evlerinin şu andaki durumlarına göre depresyon düzeylerinin TUKEY HSD testi sonuçları

X	N	Gruplar	Sağlam	Mühürlü	Belirsiz	Yıkıldı	Başka
9,4	106	Sağlam				*	
6,1	6	Mühürlü					
10,5	2	Belirsiz					
12,5	67	Yıkıldı	*				
10,4	9	Başka					

* p<0.05 anlamlı

TUKEY HSD testi sonuçlarına göre evleri sağlam olanlar ile evleri yıkılan depremzedeler arasında farklılık vardır. Evleri sağlam kalan depremzedelerin, evleri yıkılan depremzedelere göre depresyon düzeylerinde anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (P< 0.05).

Tablo 2.3.23 Depremzedelerin depresyon düzeyi ile şu anda nerede kaldıkları arasındaki ilişkiye ait tek yönlü varyans analizi sonuçları.

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Gruplar Arası	11,62	1	11,62	,263	,609
Grup İçi	8311,23	188	44,20		
Toplam	8322,86	189			

1999 Marmara Depremini yaşayan depremzedelerin şu anda kaldıkları yerle depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 2.3.23'e göre, depremzedelerin şu andaki kaldıkları yerle depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($P > 0,05$).

2.4 Değerlendirme ve Tartışma

1999 Marmara Depremi yaşayan 190 depremzede üzerinde yapmış olduğumuz çalışmaya ait bulgular ve yorumları bu bölümde sunulacaktır.

Araştırmaya katılan depremzedelerin % 71,6'sı erkek (136), % 28,4'ü (54) kadındır. Depremzedelerin % 5,2'si 18,25 yaş aralığında (10), % 17,7'si 26-31 yaş aralığında (17,7), % 13'ü 32-38 yaş aralığında (25), % 20,8'i 39-45 yaş aralığında (40) ve % 44'ü 46 yaş ve yukarı grubundadır (81). Depremzedelerin % 1'inin eğitim durumu ya hiç yok yada sadece okuma/yazma biliyor durumda (2), % 30'u ilköğretim mezunu (57), % 22,6'sı ortaokul mezunu (43), % 32,1'i lise mezunu (61), % 14,2'si üniversite mezunu (27)'dur. Araştırmaya katılan depremzedelerin % 4,2'si memur (8), % 28,4'ü serbest meslek sahibi (54), % 30'u esnaf (57), % 18,4'ü emekli (35) ve % 18,9'u diğer meslek kollarıyla uğraşmaktadır (36). Depremzedelerin % 77,4'ü evli (147), % 19,5'i bekar (37), % 3,1'i dul yada ayrılmış (6) durumdadır. Depremzedelerin % 61,6'sı (117) Yalova'da ikamet etmekte, % 37,9'u da (72) Çınarcık'ta ikamet etmektedir. Ankete katılan depremzedelerin % 100'ü (190) deprem sırasında Marmara Bölgesinde bulunmaktadır. Depremzedelerin % 70,5'i (134) depremi kendi evlerinde, % 4,2'si (8) depremi bir başkasının evinde, % 1,6'sı (3) depremi sokakta, % 1,1'i (2) depremi taşıtta ve % 22,6'sı (43) depremi diğer yerlerde yaşamışlardır. Depremzedelerin % 100'ü deprem sırasında sarsıntıyı hissetmiştir. Depremzedelerin % 34,7'sinin bulunduğu binada çökme olmuşken (66), % 64,7'sinin bulunduğu binada çökme olmamıştır. Depremzedelerin % 10,5'i (20) enkaz altında kalmış, % 89,5'i (170) enkaz altında kalmamıştır. Depremde depremzedelerin % 7,2'sinin (14) ailesinde can kaybı olmuş, % 92,8'sinin (176) ailesinde can kaybı olmamıştır. Ailesinde can kaybı olan bireylerin % 64,2'si (9) aile bireylerinden 1 kişiyi, % 14,2'si (4) aile bireylerinden iki kişiyi ve % 14,6'sı (1) aile bireylerinden 3 kişiyi kaybetmiştir. Depremzedelerin % 38,9'unun (74) akrabalarında can kaybı olmuş, % 61,1'inin (116) akrabalarında can kaybı

olmamıştır. Araştırmaya katılan depremzedelerin % 47,4'ünde (90) ciddi miktarda mal kaybı olmuş, % 52,6'sında (100) ciddi miktarda mal kaybı olmamıştır.

Depremzedelerin % 44,2'si (84) deprem sonrası kurtarma çalışmalarına katılmış, % 55,8'si (106) deprem sonrası kurtarma çalışmalarına katılmamıştır (Tablo 3.1).

Marmara depremini yaşayıp çalışmamıza katılan depremzelerin % 55,8'inin (106) evleri şu anda sağlam durumda, % 3,2'sinin (6) evleri mühürlü durumda, % 1,1'inin (2) evlerinin durumu belirsiz durumda ve % 35,3'ünün (67) evleri yıkılmış durumdadır. Depremzedelerin % 69,5'i şu anda kendi evinde kalmakta, % 30,5'i (58) şu an da diğer şekillerde konaklamaktadır (Tablo 3.1).

► **1999 Marmara depremini yaşayan yetişkin depremzedelerde, algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça, travma sonrası olumlu gelişim azalış, depresyon düzeyi artış gösterir mi?**

1999 Marmara Depremini yaşayan depremzedelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi azaldıkça, travma sonrası olumlu gelişim düzeyi azalmakta ve depresyon düzeyleri artmaktadır. Algılanan sosyal desteğin travma sonrası gelişim ve depresyon üzerindeki önemi bu sonuç ile de doğrulanmıştır. Araştırmanın hipotezi bu sonuç doğrultusunda doğrulanmış bulunmaktadır.

► **Depremzedelerin kişisel bilgilerine göre(demografik bilgiler ve depremi yaşama deneyimlerine ilişkin bireysel bilgiler) travma sonrası gelişim farklılık göstermekte midir?**

Bayanların travma sonrası olumlu gelişim puanları (119,88), erkeklerin travma sonrası olumlu gelişim puanlarından (118,44) daha yüksektir. Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre cinsiyet ile travma sonrası olumlu gelişim puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum cinsiyetin travma sonrası olumlu gelişim düzeyinde önemli bir rol oynamadığını ortaya çıkarmaktadır.

Depremde buldukları binada çökme durumuna göre depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Depremde buldukları binada çökme olan depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim puanları daha düşüktür. Bu sonuca göre bulunduğu binada çökme olan bireylerin yaşadıkları travmanın süresi ve şiddetinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Bireylerin deprem sonucunda enkaz altında kalması ile travma sonrası olumlu gelişim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Enkaz altında kalan bireylerin travma sonrası olumlu gelişim düzeyleri, enkaz altında kalmayan bireylere göre daha düşüktür. Enkaz altında yaşadıkları psikolojik baskı, yaşam şartları ve geçirdikleri süre bu şekilde bir sonuç çıkmasına sebep olabilir. Enkaz altında kalan bireylerin travma algılarının değişkenlere göre daha detaylı araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Ailesinde can kaybı olma durumuyla travma sonrası olumlu gelişim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ailesinde can kaybı olan depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Ciddi miktarda mal kaybı ile travma sonrası olumlu gelişim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ciddi miktarda mal kaybı yaşayan depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim puanları daha düşüktür.

► **Depremzedelerin kişisel bilgilerine göre(demografik bilgiler ve depremi yaşama deneyimlerine ilişkin bireysel bilgiler) depresyon düzeyleri farklılık göstermekte midir?**

Erkeklerin depresyon düzeyleri (10,55), bayanların depresyon düzeylerinden (10,14) daha yüksektir. Yapılmış olan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre depresyon düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiki olarak anlamlılık bulunmamıştır.

Buldukları binada çökme olmasıyla depresyon durumu arasında anlamlı bir fark vardır. Binada çökme sonucu insanların ölüm korkusu yaşaması bunun en belirgin sebeplerinden biridir, ayrıca yakınlarının ve mal kaybının bu travmayı desteklediği düşünülebilir.

Enkaz altında kalma ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır. Enkaz altında kalan bireylerin depresyona girme oranları daha yüksektir.

Ailedeki can kaybı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık vardır. Ailesinde can kaybı olan bireylerin depresyon puanları daha yüksektir. Ailedeki bu can kaybının ruhsal ve psikolojik durumu bozduğu, kayıpların acısını unutmamanın uzun zaman alacağı da düşünülerek; bu kişilerin sosyal destek düzeylerinin artırılması üzerine çalışmalar yapılmalıdır.

Ciddi miktarda mal kaybı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık vardır. Mal kaybı yaşayan depremzedelerin depresyon düzeyleri, mal kaybı yaşamayan depremzedelere göre daha yüksektir.

Kurtarma çalışmalarına katılma ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Kurtarma çalışmalarına katılan depremzedelerin depresyon düzeyleri, kurtarma çalışmalarına katılmayan depremzedelerin depresyon düzeylerinden düşüktür. Kurtarma çalışmalarına katılmayla birlikte, insanların kendi içinde buldukları durumdan bir süreliğine uzaklaşıp, enkaz altında kalmış olan insanları düşünmelerinden dolayı depresyon puanları daha düşük olabilir.

1999 Marmara Depremini yaşayan depremzedelerin evlerinin şu andaki durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu anlamlı farklılık depremde evleri yıkılan depremzedeler ile evleri sağlam kalan depremzedeler arasındadır.

Depremde evin yıkılma durumu depresyon düzeyi açısından önemli bir faktördür. Evlerinin yıkılmasının yarattığı travmatik durumun yanı sıra, kişilerin evleri ile birlikte birçok özel eşyalarını da kaybetmesinin depresyonu arttırdığı düşünülebilir.

Depremzedelerin şu anda kaldıkları yer ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç, depremden sonra kişinin mekan değiştirmesinin travma sonrası olumlu gelişim açısından önemli bir faktör olmadığını göstermektedir.

► **Depremzedelerin kişisel bilgilerine göre(demografik bilgiler ve depremi yaşama deneyimlerine ilişkin bireysel bilgiler) sosyal destek düzeyleri farklılık göstermekte midir?**

Algılanan sosyal destek düzeyine bakıldığında erkeklerin algıladıkları sosyal destek düzeyi (65,80), bayanların algıladıkları sosyal destek düzeyinden (65,18) daha yüksektir. Ayrıca yapılmış olan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre cinsiyet ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ailedeki can kaybı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ailesinde can kaybı yaşayan depremzedelerin aritmetik ortalaması (57,35), ailesinde can kaybı yaşamayan depremzedelere göre daha düşük (66,28) olarak saptanmıştır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda ‘1999 Marmara Depremini yaşayan depremzedelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi azaldıkça, travma sonrası olumlu gelişim düzeyi azalmakta ve depresyon düzeyleri artmaktadır’ sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç bize sosyal destek kavramının önemini göstermektedir.

Bu araştırma ile Marmara Depreminden ortalama 10 yıl sonra ki depremzede psikolojisi incelenmiştir. Araştırma, Yalova bölgesinde yaşayan 190 kişilik yetişkin örneklem grubu ile sınırlıdır. Elde edilen bulguların genellenebilmesi için, daha geniş bir örneklem grubu ile benzer araştırmalar, deprem yaşamış farklı illerde ve farklı yaş gruplarında yapılabilir. Bu araştırmalar toplum ruhe sağlığını araştırma amaçlı rutin aralıklar ile tekrarlanabilir.

Deprem yaşamış bölgelerde ilköğretim ve ortaöğretim okullarında çevre halkı bilinçlendirmek ve sosyalleştirmek adına deprem ve sosyal yaşam üzerine çeşitli anne-baba eğitimleri düzenlenebilir.

Belediye hizmetleri olarak deprem yaşamış il ve ilçelerde, sosyal yaşamı geliştirecek, meslek edindirme kursları gibi çeşitli pilot uygulamalar ve faaliyetler yapılabilir.

KAYNAKÇA

Akaya, T., Kırımlı, Y., Polat, T. (2001). *Deprem Yardımlarında Yararlanan Kişilerin Değerlendirme Raporu*. İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Aker, A. T. (2000). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım*. İstanbul, Mutludoğan Ofset U. V. Lak Tesisleri.

Akşit, B., Karancı, A. N., Balta, E. (1997). Ekim 1995 Dinar Depremi ve Godot Beklentisi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, Cilt: 5.

Alparslan, S., Koçkar, A. İ., Şenol, S., Maral, I. (1999). Marmara Depremine Yaşayan Çocuk ve Gençlerde Ruhsal Bozukluk ve Kaygı Düzeyleri, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*.

Alper, Y. (2001). *Depresyon Psikoterapisi*. Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti.

Alyanak, B., Ekşi, A., Toparlak, D., Peykerli, G., Saydam, R. (2000). Depremden Sonraki 2-6 Aylık Sürede Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Ergenlerde Araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*.

Arıoğlu, V. D. (2000). *Deprem ve Kurtarma İlkeleri*. Evrim Yayınevi.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Hilgard E. R. (1995). (Çev: Kemal Atakay ve Ark.). *Psikolojiye Giriş*. İstanbul, Sosyal Yayınları.

Ayaksız, D. Ö. (2004). *1999 Gölcük Depremi Sonrasında Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sürekli Kaygı ve Depresyon Düzeylerini Yordayan Değişkenler*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi.

Batlaş, Z., Batlaş, A. (1990). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul, Remzi Kitapevi, 9. Basım.

Barash, D. (1990). The San Francisco Earthquake: Then and Now. *Perspectives in Psychiatric Care*. Vol. 26, No. 1.

Başoğlu, M. (1992). Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı-Psikobiyolojik Kuramlar, Tedavide Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular. *Türk Psikiyatri Dergisi*.

Beck, A. T., Ward, C. M., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). *An Inventory For Measuring Depression*. Archives of General Psychiatry.

Betler, R. W., Shannon, M. P. (1993). *Impact of Disaster on Children and Families. Children and Disaster*. Ed. by. Conway F. Saylor. New York, Plenum Pres.

Birmes, P., Hazane, F., Calahan, S., Sztulman, H., Schmitt, L. (1999). *Defense Mechanisms and Prediction of PTSD*, Encephale.

Bland, S. H., O'leary, E. S., Farinaro, E., Jossa, F., Krogh, V., Violanti, J. M., Trevisan, M. (1997). Social Network Disturbances and Psychosocial Distress Following Earthquake Evacuation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 185, No. 3.

Blanchard, E. B., Kolb, L. C., Gerardi, R. J. (2001). *Cardiac Response to Relevant Stimuli as an Adjunctive Tool for Diagnosing Post Traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans*. Behavior Therapy.

Bolger, N. (1990). Coping as Personality Process: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 59, No. 3.

Bond, M., Garder, S. Christian, J., Sigal, J. J. (1983). *Empirical Study of Self Rated Defence Styles*. Archives of General Psychiatry.

Boscarino, J. A. (1995). *Post-traumatic Stress and Associated Disorders Among Vietnam Veterans: The Significance of Combat Exposure and Social Support*. J. Trauma-Stress.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski P. (1991). *Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults*. Arch. Gen. Psychiatry.

Breslau, N., Davis, G. C. (1992). Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults: Risk factors for Chronicity. *Am. J. Psychiatry*. 149: 5.

Brom, D., Kleber, R. J., Hofman, M. C. (1993). Victims of Traffic Accidents: Incidence and Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 49, No. 2.

Buck, C. (1991). Treating The Individual. *Nursing*. Vol. 4, No. 32.

Calhoun, L., Tedeschi, R. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth*. Ed. by. Steve Rutter. United States, Hamilton Printing Company.

Casella, L., Motta, R, W. (1990). *Comparison of Characteristics of Vietnam Veterans With and Without Posttraumatic Stress Disorder*. Psychological Reports.

Clark, C. C. (1997). Posttraumatic Stress Disorder: How to Support Healing. *AJN*. Vol. 97, No. 8.

Coddington, D. R. (1972). The Significance of Live Events as Etiologic Factors in the Diseases of Children -11 A Study of a Normal Population. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 16.

Cohen, S., Pressman, S. (2004). *The Stress-Buffering Hypothesis*. *Encyclopedia of Health and Behavior*. Thousand Oaks. CA: Sage Publications.

Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2): 310-357.

Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2004). *Familial Risk Factors in Posttraumatic Stress Disorder*. Annals New York Academy of Sciences.

Costello, J. E., Erkanlı, A., Fairbank J. A., Angold, A. (2002). The Prevalence of Potentially Traumatic Events in Childhood and Adolescence. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 15.

Çervatoğlu-Geyran, P. (2000). Psikolojik Travma ve Sonuçları: Tarihsel Arka Plan ve Güncel Kavramlar Üzerine Gözden Geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. Cilt: 8, Ek Sayı: 1.

Dağ, İ. (1990). *Kontrol Odağı, Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme İlişkileri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara, H. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Davidson J., Smith, R., Kudler, H. (1989). *Familial Psychiatric Illness in Chronic Posttraumatic Stress Disorder*. Compr. Psychiatry.

Davis, M. (1996). *Pharmacological and Anatomical Analysis of Fear Conditioning Using the Fear-Potentiated Startle Paradigm*. Bev. Neurosc.

Decker, L. R. (1993). The Role of Trauma in Spiritual Development. *Journal of Humanistic Psychology*. Vol. 33, No. 4.

Decker, L. R. (1993). Beliefs, Posttraumatic Stress Disorder and Mysticism. *Journal of the Humanistic Psychology*. Vol. 33, No. 4.

Dirik, G. (2006) *Posttraumatic Growth and Psychological Distress Among Rheumatoid Arthritis Patients: An Evaluation within the Conservation of Resources Theory*. Middle East Technical University, The Graduate School of Social Sciences, Department of Psychology, Thesis of Doctoral Degree, Ankara.

DSM-IV (1997), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association.

Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., Tantleff-Dunn, S. (2001). *Moderators of Stress in Parents of Children With Autism*. Community Mental Health Journal.

Duarte, B., Yazığı, M. (2005). *Factors Associated With Stress in Mothers of Children With Autism*. Austistic Society.

Duyan, V. (2000). *A Brief Look at the Case History of Earthquakes in Turkey. Trauma Treatment Professionals Training*. Ed. by. Beri Tufan Aliye Mavili Aktaş, Veli Duyan. Ankara, Hacettepe University Social Work.

D’Zurilla, T. J., Goldfried, M. R. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 78, No. 1.

Ekinci, H. ve Ekici, S. (2003). *İşletmelerde Örgütsel Stres Yönetim Stratejisi Olarak Sosyal Desteğin Rolüne İlişkin Görgül Bir Araştırma*. C. Ü. Sosyal Bilimler Dergisi.

Epstein, R. (1989). Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Diagnostic and Treatment Issues. *Psychiatric Annals*. Vol. 19, No. 10.

Ergünay, O. (1996). *Afet Yönetimi Nedir? Nasıl Olmalıdır? Erzincan ve Dinar Deneyimleri Işığında Türkiye'nin Deprem Sorunlarına Çözüm Arayışları*. Ankara, TÜBİTAK Deprem Sempozyumu.

Ergünay, O. (2000). *Afet ve Kriz Yönetimi Açısından Ülkemizin Durumu*. Ankara, Afet Genel Müdürlüğü.

Erol, N., Öner, Ö. (1999). Travmaya Psikolojik Tepkiler ve Bunlara Yaklaşım. *Türk Psikoloji Bülteni*, Cilt: 5, Sayı: 4.

Escobar, J. I., Randolph, E. T., Puente, G., Spıwak, F., Asamen, J. K., Hill, M., Hough, R. L. (1983). *Posttraumatic Stress Disorder in Hispanic Vietnam*

Veterans: Clinical Phenomenology and Sociocultural Characteristics. J. Nerv. Ment. Dis.

Essau, C. A. (1999). Haufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Vol. 27.

Fairbank, J. A., Keane, T. M., Malloy, P. F., (1983). *Some Preliminary Data on the Psychological Characteristics of Vietnam Veterans With Posttraumatic Stress Disorder*. J. Consult. Clin. Psychol.

Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Frances, A. (1997). Treatment of Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 60.

Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Anallysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 46, No. 4.

Gaber, J., Kashani, J. H. (1991). *Development of the Symptom of Depression*. In: Lewis M. (ed) *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimonre: Williams and Wilkins.

Garrison, C. Z., Schoenbach, V. J., Schluchter, M. D., Kaplan, B. H. (1987). *Life Events in Early Adolescence*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Gençtan, E. (1998). *Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul, Remzi Kitapevi.

Gençöz, F. (1998). Uyum Psikolojisi. *Kriz Dergisi*.

Gersons, B. P. R. (1997). (Çev: Halise Devrimci-Özgüven). Travma ve Geçiş: TSSB ve Kriz Teorisine Yansıması. *Kriz Dergisi*. Cilt: 5, Sayı: 1.

Goenjian, A. K., Najarian, L. M., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Manoukian, G., Tavorosian, A., Fairbanks, L. A. (1994). Posttraumatic Stress Disorder in Elderly and Younger Adults After 1998 Earthquake in Armenia. *American Journal of Psychiatry*.

Goenjian, A. K. (1995). Psychiatric Comorbidity in Children After the 1988 Earthquake in Armenia, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Goenjian, A. K., Molina, L., Steinberg, A. M., Fairbank, L. A., Alvarez, M., Goenjian, H. A., Pynoos, R. S. (2001). Posttraumatic Stress and Depressive REactions among Nicaraguan Adolescents After Hurricane Mitc. *American Journal of Psychiatry*.

Görgü, E. (2006). *3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Hamilton, M. O. (1982). *Symptoms and Assessment of Depression*, in E. S. Paykel (ed.). *Hand Book of Affective Disorders*. New York, Guilford Pres.

Helzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. (1987). *Posttraumatic Stress Disorder in the General Population: Findings of the Epidemilogic Catchment Area Survey*. *N. Engl. J. Med.*

Hyer, L., Fallon, J. H., Harrison, W. R., Boudewyns P. A., (1987). *MMPI Overreporting by Vietnam Combat Veterans*. *J. Clin. Psychol.*

Jaffe, D.T. (1985). Self-Renewal: Personal Transformation Following Extreme Trauma. *Journal of the Humanistic Psychology*. Vol. 25, No. 4.

Kaner, S. (2001). *Aile Destek Ölçeği: Faktör Yapısı, Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışmaları*. 11. Ulusal Özel eğitim Kongresi Bildirileri.

Kaner, S. (2004). *Engelli Çocuğu Olan Anababaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi*. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu.

Karabiber, N. (1987). *İnfertil Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Üniversite Çocuk Sağlığı Enstitüsü.

Karaca, S. (1996). Psikiyatrik Bozukluklarda Başa Çıkma Biçimleri. *Psycomed*. Cilt: 2, Sayı: 1.

Karancı, N. A. (1997). *Erzincanlıların Afet Yönetimi İle İlgili Değerlendirmeleri ve Beklentileri*. Ankara, Dördüncü Ulusal Deprem Mühendisliği kongresi.

Karancı, N. (1999). Depremlerin Psiko-Sosyal Boyutları: Erzincan, Dinar ve 17 Ağustos 1999 Marmara Depremleri. *Türk Psikoloji Bülteni*. Cilt: 5, Sayı: 4.

Karancı, N. A., Rüstemli, A. (1995). *Psychological Consequences of the 1992 Erzincan Earthquake*. Disasters.

Karancı, N. A., Sucuoğlu, H., Akşit, B. (1996). *The Disaster Management System in Dinar: Institutional and Psychosocial Capacity Building: Middle East Technical University Earthquake Engineering Research Center*. Rep. No: METU/EERG. Ankara.

Karasar, N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. Ankara.

Karataş, E. (1994). *Depresyonda Hormonal Değişikliklerin İncelenmesi*. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Kashani, H.J., Husain, A., Shekim, W.O., Hodges, K.K., Cytrn, L., Meknew, D.H. (1981) Current Perspectives on Childhood Depression: An Overview. *American Journal Psychiatry*.

Kazak, A. E., Marvin, R. S. (1984). *Differences, Difficulties and Adaptation: Stress and Social Networks in Families With a Handicapped Child*. Family Relations.

Keane, T. M., Caddell, J. M., Martin, B. W., Zimering, R. T., Fairbank, J. A. (1983). *Substance Abuse Among Vietnam Veterans With Posttraumatic Stress Disorder*. Bull. Soc. Psychologist Addict. Behav.

Keane, T. M., Wolfe, J. (1990). *Comorbidity in Posttraumatic Stress Disorder: an Analysis of Community and Clinical Studies*. J. Applied Soc. Psychol.

Keane, T. M., Colb, L., Kaloupek, D. (2005). *Comorbid Psychiatric Disorders in PTSD: Implication for Research*. Annals New York Academy of Sciences.

Kessler, R. C., Sonneger, A., Bromet, E. J., Hughes, M. (1995). *Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry.

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierino, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., Best, C. L. (2003). Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Koç, S. (2004). *1923-2000 Yılları Arasında Türkiye’de Doğal Afetler. 1999 Marmara Depremleri Hakkında Haber Söylemleri ve Kamuoyu Araştırması*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gazetecilik Ana Bilim Dalı doktora Tezi.

Kolb, L. C. (1987). Neurophysiological Hypothesis Explaining Posttraumatic Stress Disorder. *Am. J. Psychiatry*.

Kozacıoğlu, G., Gördürür, H. E. (1995). *Bireyden Topluma Ruh Sağlığı*. İstanbul, Alfa Basım Yayım Dağıtım.

Köknel, Ö. (1989). *Genel ve Klinik Psikiyatri*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.

Köroğlu, E. (1993). *Depresif Durumların kliniği. Depresyon Monografları Serisi*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Kuiper, N. A., Olinger, N. J., Air, P. A. (1989). Stressful Events, Dysfunctional Attitudes, Coping Styles and Depression. *Person. Individ. Diff.* Vol. 10, No. 2.

Küçüker, S. (2001). Erken Eğitimin Gelişimsel Geriliği Olan Çocukların Anne-Babalarının Stres ve Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Özel Eğitim Dergisi*.

Küey, L., Güleç, C. (1993). *Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografları Serisi 2*. Hekimler Yayın Birliği.

La Greca, A. M., Silverman, W. K., Wasserstein, S. B. (1998). Children's Predisaster Functioning as a Predictor of Posttraumatic Stress Following Hurricane Andrew. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Lang, P. J. (1989). *A Bio-Informational Theory of Emotional Imagery*. Psychophysiology.

Laor, N., Wolmer, L. (2002a). Children Exposed to Disaster: The Role of the Mental Health Professionals. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, Ed. by. Melvin Lewis, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.

Laor, N., Wolmer, L., Kora, M., Yücel, D., Spirman, S., Yazgan, Y. (2002b). Posttraumatic, Dissociative and Grief Symptoms in Turkish Children Exposed to the 1999 Earthquakes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*.

Lewin, T. J., Carr, V. J., Webster, R. A. (1998). Recovery From Post-Earthquake Psychological Morbidity: Who Suffers and Who Recovers? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.

Linley, P.A. (2003). Positive Adaptation to Trauma: Wisdom as Both Process and Outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 601-610.

Linley, P., Joseph S. (2004). 'Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review' *Journal of Traumatic Stress*,(No:17), 11-21

Malloy, P. F., Fairbank, J. A., Keane, T. M. (1998). *Validation of a Multimethod Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans*. J Consult Clin Psychol.

McFarlane, A. C. (1997). The Prevalence and Longitudinal Course of PTSD. *Annals New York Academy of Sciences*.

Morrison, R. A. (1994). Early Identification of Chronic Posttraumatic Stress Disorder by Nurse Clinicians. *Orthopaedic Nursing*. Vol. 13, No. 4.

Nezu, A. M., Ronan, G. F. (1985). Life Stress, Current Problems, Problem Solving and Depressive Symptoms: An Integrative Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 53, No. 5.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of Trauma: Frequency and Impact of Different Potentially Traumatic Events on Different Demographic Groups. J. Consult. Clin. Psychol.

North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., Smith, E. M. (1999). Psychiatric Disorders Among Survivors of The Oklahoma City Bombing. *JAMA*. Vol. 282.

Önder, İ. (30.11.1999). Cumhuriyet Gazetesi, Akt: Yüksel, Ş., Felakete Uyum ve Ruh Sağlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*.

Öy, B. (1995). Çocuk ve Ergenlerde Depresyon Epidemiyolojisi ve Risk Etmenleri. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*.

Özcan, M. E., Gürgen, F., Türkeş, C. (1999). Şizofrenili Hastalarda Başa Çıkma Davranışları. *Düşünen Adam*. Vol. 13.

Özcan, S. (2000). *Felaketlerden Etkilenen Ergenlerin Psikolojik Sağaltımına İlişkin Bir Grup Rehberliği Programı*. İstanbul, Marmara Üniversitesi eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Özkan, S. (2002). *Zihinsel Engelli ve Normal Çocuğa Sahip Ailelerin Algıladıkları sosyal Destek ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Öztürk, M. O. (1994). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. İstanbul, Hekimler Yayın Birliği.

Paykel, E.S., Myers, J.K., Dienelt, M.N., Klerman, L., Lindenthal, J.J., Pepper, M.P., (1969) Life Events and Depression. *General Psychiatry*.

Pedersen, S. S., Elklit, A. (1998). Traumatization, Psychological Defence Style, Coping, Symptomatology and Social Support in HIV-Positive: a Pilot Study, *Scand. Journal of Psychology*.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. Wrath, B. (1995). *A Developmental Model of Childhood Traumatic Stress. Developmental Psychopathology*. Ed. by. Dante Cicchetti, Donald J. Cohen. New York.

Richards, D. (1989). Hidden Scars. *Nursing Times*. Vol. 85, No. 22.

Rodriguez, M., Cohen, S. (1998). *Social Support. Encyclopedia of Mental Health*. New York: Academic Press.

Rüstemli, A., Karancı, N. A. (1996). Distress Reactions and Earthquake-Related Cognitions of Parents and Their Adolescent Children in a Vicarimised Population. *Journal of Social Behavior and Personality*.

Sarı, A. (1994). *Depresif Bozuklukta Kendi Edimini Değerlendirme*. İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Savaşır, I. (1983). *Affektif bozukluklar*. M. O. Öztürk (Ed) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara, Meteksan.

Scully, J. H. (1990). *Psikiyatri*. Ed. R. Saygılı. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi.

Seifer, R., Nurcombe, B., Scioli, A., Grapentine, W. L. (1989). Is Major Depressive Disorder in Childhood a Distinct Diagnostic Entity? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Sercan, M. (2000). Felaket Sonrasında Ruh Sağlığı Hizmetleri ve Psikososyal Destek Yöntemleri. *3P Dergisi*. Cilt: 8, Ek Sayı: 1.

Shalev, A. Y., Orr, S. P., Peri, T., Schreiber, S., Pitman, R. K. (2003). *Physiologic Responses to Loud Tones in Israeli Patients With Posttraumatic Stress Disorder*. Arch. Gen. Psychiatry.

Shalev, A. Y., Rogel-Fuchs, Y. (2001). *Psychophysiology of PTSD: From Sulfur Fumes to Behavioral Genetics*. J. Ment. Nerv. Dis.

Shannon, M. P., Lonigan, C. J., Finch, A., Taylor, C. M. (1994). Children Exposed to Disaster: I. Epidemiology of Post-Traumatic Symptoms and Symptom Profiles. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Sierles, F. S., Chen, J., McFarland, R. E., Taylor, M. A. (1983). Posttraumatic Stress Disorder and Concurrent Psychiatric Illness. *Am. J. Psychiatry*.

Sierles, F. S., Chen, J., Messing, M. L., Beysner, J. K., Taylor, M. A. (1986). *Concurrent Psychiatric Illness in non-Hispanic Outpatients Diagnosed as Having Posttraumatic Stress Disorder*. J. Nerv. Ment. Dis.

Sorias, O. (1992). *Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde, Yaşam Stresi, Sosyal Destek ve Ruhsal Hastalık İlişkinin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Semineri.

Spurrell, M. T., McFarlane, A. C. (1993). Post-traumatic Stress Disorder and Coping After a Natural Disaster. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 28.

Sungur, M. (1999). İkincil Travma ve Sosyal Destek. *Klinik Psikiyatri*. Vol. 2.

Sungur, Z. M., Sürmeli, A., Özçubukçuoğlu, A. (1995). *Güneydoğu'da Görev Yapan Askeri Populasyonda Görülen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerine Bir Çalışma*. Nöropsikiyatri Arşivi.

Symes, L. (1995). Post-traumatic Stress Disorder: An Evolving Concept. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. IX, No. 4.

Şahin, N. H. (1994). *Stresle Başa Çıkma. Ankara, Olumlu Bir Yaklaşım*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Şirvanlı-Özen, D. (1995). Üniversite Öğrencilerinde Kontrol Odağı, Cinsiyet ve Sınıf Değişkenlerinin Beden İmgesinden Hoşnut Olma Üzerine Etkisi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 3.

Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.

Tedeschi R.G., Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and Transformation. Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Tedeschi, R.G., Park, C.L. ve Calhoun, L.G. (1998). *Posttraumatic Growth: Conceptual Issues*. İçinde R.G.Tedeschi, C.L.Park ve L.G.Calhoun (Ed.), *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1-23.

Tegin, B. (1980). *Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme*. Basılmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi.

Tezcan, A. E., Ülkeröğlü, F., Kuloğlu, M., Atmaca, M., Ay, M., Namlı, M. (1996). Elazığ Bölgesinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanısı Konulan Travmaya Neden Olan Faktörler. *İç Anadolu Tıp Dergisi*. No: 6.

Turan, N., Sayıl, I. (1996). Dinar Depreminde Can ve Mal Kaybına Uğrayanlar Üzerinde Kıyaslamalı Psikososyal Bir Çalışma, *Kriz Dergisi*.

Türk Psikologlar Derneği (1999). Afet Bölgelerinde Yapılan Psikolojik Araştırmalarda Uyulması Gereken Etik İlkeler. Ankara, *Psikoloji Bülteni*. Deprem Özel Sayısı, Cilt: 5, Sayı: 14.

Tüzün, D. Ü. (1993). *Okul Çağı Çocuklarında Yaşam Olayları, Depresyon Semptomları ve Self-Esteem Arasındaki İlişki*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi.

Uğuz, İ., Levent, A., Soylu, L., Kocabaş, Ö., Demirci, S. (2000). 1998 Adana-Ceyhan Depreminden Sonra Ortaya Çıkan Akut Stres Bozukluğunun Araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*.

Uzunöz, A. (1990). Depresif ve Depref Olmayan Kişilerin Çözümlü ve Çözüksüz Problemleri Çözme Çabalarının İncelenmesi. *Psikoloji Dergisi*.

Vernberg, E. M., Vogel J. M. (1993). Task Force Report. Part 2: Interventions With Children After Disaster. *Journal of Clinical Child Psychology*.

Weiss, J. M. (2002). *Hardiness and Social Support as Predictors of Stress in Mothers of Typical Children, Children With Autism and Children With Mental Retardation*. SAGE Publications and The National Austistic Society.

Weiss, T. (2004). Correlates of Posttraumatic Growth in Husbands of Breast Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 260-268.

White, N., Hastings, R. P. (2004). Social and Professional Support for Parents of Adolescents With Severe Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.

Wickless, C., Kirsch, I. (1988). Cognitive Correlates of Anger, Anxiety and Sadness. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 12, No. 4.

Wilson, H. S., Kneisl, C. R. (1988). Stress, Anxiety and Coping. *Psychiatric Nursing*. USA. 3. Ed., Addison-Wesley Company.

Yalom, I.D. (2002). *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği*. A.Tangör ve Ö. Karaçam (Çev.) İstanbul: Kabalcı Yayınevi.

Yalom, I.D. (2001). *Varoluşçu Psikoterapi*. A.Tangör ve Z.İyidogan Babayigit (Çev.) İstanbul: Kabalcı Yayınevi.

Yılmaz, B. (2006). *Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Değişkenler*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

Yılmaz, U. R. (1995). *Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A. D.

Yule, W., Perin, S., Smith, P. (1999). *Post-Traumatic Stress Reactions in Children and Adolescent, Post-Traumatic Stress Disorders, Concepts and Therapy*. Ed. by. William Yule, Chichester, John Wiley and Sons.

Yurtsever, P. A. (2002). *Deprem Travması Yaşamış Yetişkinlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu İle Savunma Mekanizmalarının İlişkisi*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

EK- B

GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Anketin güvenilirliğinin test edilmesinde Alfa Katsayısından (Cronbach's Alpha) yararlanılmıştır. Yapılan analizlerde 190 katılımcıdan elde edilen veriler kullanılmıştır. Ayrıca soruların, alfa katsayısına ne derecede ve ne yönde etkide bulduklarını saptayabilmek için; “Değişken Silindiği Takdirde Ölçeğin Alfa Katsayısı” (Alpha if Item Deleted) değeri hesaplanmıştır. Söz konusu değerler, herhangi bir değişken silindiği takdirde, geri kalan değişkenlerin iç tutarlılıklarını göstermektedir.

Bu çerçevede Travma Sonrası Gelişim Ölçeğinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha=0,971$ gibi yüksek bir güvenilirlik değeri elde edilmiştir.

Tablo 2.3.24 Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	N
,971	21

Faktörü oluşturan maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 3.26'da sunulmuştur. Tablonun Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha değerleri incelendiğinde 18'inci maddenin güvenilirliği düşürerek faktörün iç tutarlılığını olumsuz etkilediği gözlenmektedir. Bu çerçevede söz konusu madde ölçekten çıkartılarak analiz tekrarlanmıştır.

Tablo 2.3.25 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri

Maddelerin Güvenirliğe Etkisi	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
PTG1	113,1368	172,013	,866	,969
PTG2	113,1526	172,289	,897	,969
PTG3	113,2000	168,066	,834	,969
PTG4	113,1474	171,121	,846	,969
PTG5	113,1263	174,682	,725	,970
PTG6	113,2263	168,113	,840	,969
PTG7	113,2053	169,370	,843	,969
PTG8	113,2000	168,267	,876	,969
PTG9	113,1737	170,589	,818	,969
PTG10	113,1632	171,746	,861	,969
PTG11	113,1632	170,867	,837	,969
PTG12	113,1368	173,928	,678	,971
PTG13	113,1684	173,231	,793	,970
PTG14	113,3368	164,859	,729	,971
PTG15	113,2737	171,702	,671	,971
PTG16	113,1895	171,615	,784	,970
PTG17	113,2263	169,911	,833	,969
PTG18	113,2737	174,020	,530	,973
PTG19	113,2105	170,516	,792	,970
PTG20	113,2789	170,509	,699	,971
PTG21	113,1684	172,056	,759	,970

Tekrarlanan analiz sonrasında Travma Sonrası Gelişim Ölçeğinin güvenilirliğinin $\alpha = 0,971$ 'den $\alpha = 0,973$ 'e yükseldiği görülmektedir.

Tablo 2.3.26 Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	N
,973	20

Faktörü oluşturan maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 3.28'de sunulmuştur. Tablonun Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha değerleri incelendiğinde herhangi bir maddenin anketten çıkarılmasının güvenilirliği

arttırmayacağını göstermektedir. Bu çerçevede 20 maddelik faktör yapısı korunmuştur.

Sosyal Destek Ölçeğinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha=0,984$ gibi yüksek bir güvenilirlik değeri elde edilmiştir.

Tablo 2.3.27 Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	N
,984	12

Faktörü oluşturan maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 3.28’de sunulmuştur. Tablonun Madde Silindiğinde Cronbach’s Alpha değerleri incelendiğinde herhangi bir maddenin anketten çıkarılmasının güvenilirliği arttırmayacağını göstermektedir. Bu çerçevede 20 maddelik faktör yapısı korunmuştur.

Tablo 2.3.28 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri

Maddelerin Güvenirliliğe Etkisi	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
SOS.DES1	70,9684	96,666	,889	,984
SOS.DES2	71,0579	94,499	,872	,983
SOS.DES3	71,1737	89,583	,929	,982
SOS.DES4	71,2263	88,441	,923	,982
SOS.DES5	71,1526	90,691	,908	,982
SOS.DES6	71,1632	89,354	,926	,982
SOS.DES7	71,0842	92,882	,904	,983
SOS.DES8	71,2211	88,004	,942	,982
SOS.DES9	71,1632	89,640	,920	,982
SOS.DES10	71,0421	94,104	,876	,983
SOS.DES11	71,1158	91,521	,950	,982
SOS.DES12	71,1737	88,726	,941	,982

Faktörü oluşturan maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 3.30’da sunulmuştur. Tablonun Madde Silindiğinde Cronbach’s Alpha değerleri incelendiğinde herhangi bir maddenin ankette çıkarılmasının güvenilirliği arttırmayacağını göstermektedir. Bu çerçevede 12 maddelik faktör yapısı korunmuştur.

Beck Depresyon Ölçeği iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha=0,836$ gibi fazla yüksek olmayan bir güvenilirlik değeri elde edilmiştir.

Tablo 2.3.29 Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	N
,836	21

Faktörü oluşturan maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 3.31’de sunulmuştur. Tablonun Madde Silindiğinde Cronbach’s Alpha değerleri incelendiğinde F maddesinin güvenilirliği düşürerek faktörün iç tutarlılığını olumsuz etkilediği gözlenmektedir. Bu çerçevede söz konusu madde ölçekten çıkartılarak analiz tekrarlanmıştır.

Tablo 2.3.30 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri

Maddelerin Güvenilirliğe Etkisi	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
BECK.A	29,8105	39,371	,627	,821
BECK.B	29,0842	36,300	,451	,832
BECK.C	30,2579	41,886	,345	,832
BECK.D	29,8211	39,227	,581	,822
BECK.E	29,8158	39,685	,511	,825
BECK.F	29,3000	44,804	-,128	,863
BECK.G	30,2105	40,707	,446	,828
BECK.H	30,0526	41,246	,389	,830
BECK.I	30,3684	43,229	,246	,835
BECK.J	29,5632	41,147	,391	,830
BECK.K	29,9158	38,628	,459	,827
BECK.L	30,2211	40,385	,501	,826
BECK.M	30,2105	40,675	,506	,826
BECK.N	30,3316	42,445	,330	,833
BECK.O	29,7737	39,816	,538	,824
BECK.P	29,5158	35,468	,609	,818
BECK.R	30,0579	39,610	,576	,823
BECK.S	29,9158	40,480	,480	,827
BECK.T	30,1684	41,781	,251	,835
BECK.U	29,8842	39,299	,522	,824
BECK.V	30,1421	40,440	,483	,826

Tekrarlanan analiz sonrasında Beck Depresyon Ölçeğinin güvenilirliğinin $\alpha = 0,836$ 'dan $\alpha = 0,863$ 'e yükseldiği görülmektedir.

Tablo 2.3.31 Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	N
,863	20

Tablonun Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha değerleri incelendiğinde B maddesinin güvenilirliği düşürerek faktörün iç tutarlılığını olumsuz etkilediği

gözlenmektedir. Bu çerçevede söz konusu madde ölçekten çıkartılarak analiz tekrarlanmıştır.

Tablo 2.3.32 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri

Maddelerin Güvenirliliğe Etkisi	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
BECK.A	27,6895	40,067	,624	,852
BECK.B	26,9632	37,348	,421	,867
BECK.C	28,1368	42,383	,380	,860
BECK.D	27,7000	39,883	,584	,852
BECK.E	27,6947	40,287	,522	,855
BECK.G	28,0895	41,108	,489	,856
BECK.H	27,9316	41,884	,398	,859
BECK.I	28,2474	43,849	,274	,863
BECK.J	27,4421	41,814	,395	,859
BECK.K	27,7947	39,201	,470	,857
BECK.L	28,1000	40,874	,531	,855
BECK.M	28,0895	41,130	,545	,855
BECK.N	28,2105	43,067	,349	,861
BECK.O	27,6526	40,588	,526	,855
BECK.P	27,3947	36,388	,585	,853
BECK.R	27,9368	40,123	,600	,852
BECK.S	27,7947	41,243	,469	,857
BECK.T	28,0474	42,447	,256	,864
BECK.U	27,7632	39,822	,542	,854
BECK.V	28,0211	41,015	,500	,856

Tablo 2.3.33 Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	N
,863	19

Tablonun Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha değerleri incelendiğinde I maddesinin güvenilirliği düşürerek faktörün iç tutarlılığını olumsuz etkilediği gözlenmektedir. Bu çerçevede söz konusu madde ölçekten çıkartılarak analiz tekrarlanmıştır.

Tablo 2.3.34 Faktörü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri

Maddelerin Güvenirliliğe Etkisi	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
BECK.A	25,3526	33,150	,603	,856
BECK.C	25,8000	34,965	,412	,863
BECK.D	25,3632	33,058	,553	,857
BECK.E	25,3579	33,247	,517	,859
BECK.G	25,7526	33,669	,538	,858
BECK.H	25,5947	34,687	,395	,863
BECK.I	25,9105	36,389	,302	,867
BECK.J	25,1053	34,656	,386	,864
BECK.K	25,4579	32,154	,475	,862
BECK.L	25,7632	33,515	,571	,857
BECK.M	25,7526	33,806	,578	,858
BECK.N	25,8737	35,624	,380	,864
BECK.O	25,3158	33,656	,500	,860
BECK.P	25,0579	30,235	,528	,863
BECK.R	25,6000	33,120	,592	,856
BECK.S	25,4579	34,250	,442	,862
BECK.T	25,7105	35,011	,279	,868
BECK.U	25,4263	32,595	,569	,857
BECK.V	25,6842	33,794	,514	,859

Tablo 2.3.35 Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	N
,867	18

Faktörü oluşturan maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 3.37’de sunulmuştur. Tablonun Madde Silindiğinde Cronbach’s Alpha değerleri incelendiğinde herhangi bir maddenin anketten çıkarılmasının güvenilirliği arttırmayacağını göstermektedir. Bu çerçevede 18 maddelik faktör yapısı korunmuştur.

EK-B

ANKET FORMU



DEPREMZEDE KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Adınız - Soyadınız :
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz: 1= Erkek. 2= Kadın.
4. Eğitiminiz:
0=Hiç yok 1=Okuma/yazma 2=İlkokul 3=Ortaokul Lise 5=Üniversite 6=Üniversite sonrası
5. Mesleğiniz: .
6. Medeni haliniz: Evli. Bekar..... Dul..... Ayrılmış.....
7. Deprem sırasında oturduğunuz yer (İl, ilçe, köy): .
8. Adresiniz: .
9. Varsa telefon numaranız: .
10. Bir yakınınızın ismi, adresi ve telefon numarası .
11. Deprem sırasında Marmara bölgesinde miydiniz? 0=Hayır Evet
12. Deprem sırasında neredeydiniz? Kendi evimde 2=Bir başkasının evinde 3=Sokakta
4=Bir taşıt aracında 5=Başka.....
13. Deprem sarsıntısını hissettiniz mi? 0=Hayır Evet
14. Depremde bulunduğunuz binada çökme oldu mu? 0=Hayır Evet 2=Bir binada değildim
15. Enkaz altında kaldınız mı? Hayır 1=Evet
16. Ailenizden can kaybı oldu mu? Hayır 1=Anneniz 2=Babamız 3=Kardeş(ler)iniz
4=Eşiniz /Oğlunuz/Kızınız (Toplam kaç yakınınız?:)
17. Akrabalarınız arasında can kaybı oldu mu? Hayır 1=Evet
(Toplam kaç akrabanız?.....)
18. Ciddi miktarda mal kaybınız oldu mu? 0=Hayır Evet
19. Kurtarma çalışmalarına katıldınız mı? 0=Hayır Evet
20. Evinizin şu andaki durumu nedir?
1=Sağlam 2=Ciddi hasar nedeniyle mühürlendi 3=Hasar tespiti yapılmadı/Durumu belirsiz
Depremde yıkıldı 5. Başka
21. Şu anda nerede kalıyorsunuz? Kendi evimde 2=Çadırda 3=Başka.....

TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ (PTG)

Aşağıda **Deprem** sonrası olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

	Hiç yaşamadım	Çok az derecede Yaşadım	Az derecede yaşadım	Orta derecede yaşadım	Oldukça fazla derecede yaşadım	Aşırı derecede yaşadım
1. Hayatıma verdiğim değer arttı.						
2. Hayatımın kıymetini anladım.						
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.						
4. Kendime güvenim arttı.						
5. Manevi konuları daha iyi anladım.						
6. Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.						
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.						
8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.						
9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.						
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.						
11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.						
12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.						
13. Yaşadığım her günün değerini anladım.						
14. Eşimin hastalığından sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.						
15. Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.						
16. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.						
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.						
18. Dini inancım daha da güçlendi.						
19. Düşündüğümden daha güçlü olduğumu anladım.						
20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.						
21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.						

SOSYAL DESTEK FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirlemek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
2. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularına önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim	0	1	2	3	4	5	6
Kesinlikle HAYIR							Kesinlikle EVET

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

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.

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

Adı Soyadı : .

Cinsiyeti :

Eğitim Türü: Birinci (Gündüz) Öğretim () İkinci (Gece) Öğretim ()

Bölümü : Yaşı :

A- 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.

B- 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.

C- 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.

D- 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.

E- 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.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

I- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 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.

L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 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.

N- 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.

O- 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.

P- 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.

R- 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.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde 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.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLERİM

Adı/Soyadı: Kübra GÜVEN
Doğum yeri/Tarihi: İstanbul – 11/08/1985
Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti
Adres: Gökhan Sokak Bosna Bulvarı Ekşioğlu Çamlıca Sitesi F/59
Blok D/2 Üsk-İST
Telefon: 216 316 57 76-335 90 85
Mobil: 0505 309 36 08
E-mail: kubraguven19@yahoo.com
Medeni Hali: Bekar
Sürücü Belgesi: B

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans MALTEPE ÜNİVERSİTESİ Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı. (2007 - 2010)
Üniversite: MALTEPE ÜNİVERSİTESİ Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü 2003 – 2007
Lise: Kandilli Kız Lisesi 2000 – 2003
Ortaokul-İlkokul: Özel Evrim Lisesi 1991 – 2000
Yabancı Dil: İngilizce “İyi”
Bilgisayar: MS- Office, SPSS

ALDIĞI EĞİTİMLER :

- Bilişsel Varoluşçu Terapiler Sertifika Program (DOĞUŞ ÜNV.-PROF.DR. KADİR ÖZER)
- Aile okulu-Değişen Dünyada Aile (MARMARA EĞİTİM VAKFI.)
- Psikiyatrik Hastalıklar Eğitimi. (İÇGÖZLEM PSİKOLOJİK VE PSİKİYATRİK DANIŞMA MERKEZİ.)
- Psikolojide Kullanılan Testler. (İÇGÖZLEM PSİKOLOJİK VE PSİKİYATRİK DANIŞMA MERKEZİ.)
 1. Alexander Zeka Testi.
 2. Porteus T Labirentleri.
 3. R.B Cattell 2A Zeka Testi.
 4. R.B Cattell 3A Zeka Testi.
 5. Benton Görsel Bellek Testi.
 6. Bender-Gestalt Psikomotor Algı Ve Koordinasyon Testi.
 7. CAT
 8. TAT
 9. LOUISA DUSS
- Etkin Sunum Teknikleri Eğitimi. (ERNST & YOUNG)
- Danışmanlıkta Transaksiyonel Analizin kullanımı.(YÖRET VAKFI)

İŞ DENEYİMLERİ

- Saklıbahçe Eğitim Kurumları Butik Dersaneleri-Rehberlik Koordinatörlüğü-Kurum Müdürlüğü (2008-...)
- Saklıbahçe Eğitim Kurumları Anaokulu-Psikolog (2008-...)
- Mobidik Anaokulu-Psikolog (2008-...)
- Özel Mavi Karınca Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi-Psikolog (2007-2008)
- Özel Eski Dostlar Huzurevi – Sorumlu Müdür/Psikolog (2007-2008)
- Cimcime Anaokulları – Psikolog (2006-2007)
- Gülen Gözler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi - Psikolog (2006-2007)

STAJ DENEYİMLERİ

- Dönüşüm Konağı Başarı Psikolojisi Enstitüsü Stajı. (21 iş günü)
- Gülen Gözler Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi Stajı.(2 ay)
- Özel Mobidik Anaokulu Stajı (1 ay)
- İ.Ü CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ Stajı. (21 işgünü)
- Marmara Üniversitesi Mediko Sosyal- Yüksek lisans stajı (21 iş günü)

KATILDIĞI KONFERANS , PANEL , SEMİNERLER

- ‘Klinik Psikoloji’ – Konuşmacı: Prof.Dr. Adnan Ziyalar.-16.11.2005 Yer: MALTEPE ÜNİVERSİTESİ.
- ‘Dans, Tango ve Zihinsel Süreçler’ .- Konuşmacılar: Dr. Bülent MADİ, UZM. PSK. Neşe KARABEKİR, Erman EZGİN.- 05.05.06 Yer: MALTEPE ÜNİVERSİTESİ.
- ‘Suç Mağduru Ve Failleriyle Görüşme Teknikleri.’- Konuşmacı: Yard. Doç.Dr. Neylan ZİYALAR. Yer: MALTEPE ÜNİVERSİTESİ.
- ‘Alzheimer Hastalığı.’- Konuşmacı: Uzm. Danışman Ayşe ÖZALKUŞŞAHİN- 06.12.06 Yer: MALTEPE ÜNİVERSİTESİ.
- ‘Engelli Çocuklarda Cinsel Gelişim.’- Konuşmacı: Dr.Bülent MADİ Yer: Kadıköy Evlendirme dairesi.- Kadıköy Belediyesi Engelli Danışma Ve Dayanışma Merkezi.

KATILDIĞI BİLİM, KÜLTÜR, SANAT, SPOR ETKİNLİKLERİ

- TC. Maltepe Üniversitesi Psikoloji Kulübü Üyeliği.(Denetmen)
- PTD (Psikolojik testler derneği) üyeliği.
- YÖRET VAKFI üyeliği.
- Y.T.Ü Dans Kulübü Tango Bölümü.(1 YIL)
- Tofaş Basketbol Kulübü. (2 YIL)
- Pera Güzel Sanatlar Eğitim Merkezi-Nefesli Sazlar Bölümü.(3 YIL)
- The Fine Arts Festival RAMFEST (2002,2003)

HOBİLER, İLGİLER

Müzik (Yanflüt, klavye) , Dans (Tango), Voleybol, Basketbol, Kitap, Tiyatro.