

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

6 ŞUBAT 2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİN ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNDEKİ PSİKOLOJİK ETKİLERİNİN
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS

Ramazan KOÇ

HAZİRAN-2024
GÜMÜŞHANE



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**6 ŞUBAT 2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİN ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNDEKİ PSİKOLOJİK ETKİLERİNİN
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**EXAMINATION OF PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF THE FEBRUARY 6,
2023 KAHRAMANMARAŞ EARTHQUAKE ON UNIVERSITY STUDENTS
IN TERMS OF SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES**

YÜKSEK LİSANS

Ramazan KOÇ

**HAZİRAN-2024
GÜMÜŞHANE**



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**6 ŞUBAT 2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİN ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNDEKİ PSİKOLOJİK ETKİLERİNİN
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**EXAMINATION OF PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF THE FEBRUARY 6,
2023 KAHRAMANMARAŞ EARTHQUAKE ON UNIVERSITY STUDENTS
IN TERMS OF SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES**

YÜKSEK LİSANS

Ramazan KOÇ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tuğba TÜRKKAN

**HAZİRAN-2024
GÜMÜŞHANE**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum "**6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depreminin Üniversite Öğrencileri Üzerindeki Psikolojik Etkilerinin Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi**" isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi'nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün belirlediği kısıtlara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisans Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

27/06/2024

.....
Ramazan KOÇ

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübesiyle bana destek olan, danışmanlığı ile yol gösteren, manevi olarak güç katan değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tuğba TÜRKKAN'a ve eğitim hayatım boyunca destekleri ile yanımda olan anne ve babama sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Ramazan KOÇ
GÜMÜŞHANE-2024

ÖZET

Bu araştırma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminin üniversite öğrencileri üzerindeki psikolojik etkilerini sosyodemografik değişkenler açısından incelemeyi amaçlamıştır. Araştırma grubu Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitimine devam eden öğrenciler arasından amaçlı örnekleme yöntemi ile oluşturulmuştur. Bu kapsamda araştırma, çalışmaya katılmaya gönüllü 594 öğrenci ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır. Verilerin analizi t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucunda, kadın olma, düşük gelir grubunda olma, deprem öncesi profesyonel psikolojik destek alma, depremi doğrudan deneyimleme, depremde yakınlarını kaybetme, deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetme ve kendini güvensiz hissetme gibi durumların, psikolojik belirtiler yaşama açısından birer risk faktörü olduğu belirlenmiştir.

Afetlerin ardından ruh sağlığını etkileyebilecek risk faktörlerinin belirlenmesi, psikolojik destek ve tedavi çalışmaları için büyük önem taşır. Bu doğrultuda bu çalışmanın bulgularının, bir kitlesel felaketin ardından risk etmenlerinin daha iyi anlaşılmasına ve mağdurlara yönelik etkili halk sağlığı müdahalelerinin tasarlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Afet, Deprem, Psikolojik belirtiler, Üniversite öğrencileri

SUMMARY

This study aimed to examine the psychological effects of the February 6, 2023 Kahramanmaraş earthquake on university students in terms of sociodemographic variables. The research group was formed by purposive sampling method among the students continuing their education at Gümüşhane University Faculty of Health Sciences. In this context, the research was carried out with 594 students who volunteered to participate in the study. Personal information form and brief symptom inventory were used as data collection tools. Data analysis was carried out using t test and one-way analysis of variance (ANOVA).

As a result of the research, it was determined that being female, being in the low income group, receiving professional psychological support before the earthquake, experiencing the earthquake directly, losing relatives in the earthquake, feeling the need for psychological help after the earthquake and feeling insecure were risk factors for experiencing psychological symptoms.

Identifying risk factors that may affect mental health after disasters is of great importance for psychological support and treatment studies. In this regard, it is thought that the findings of this study will contribute to a better understanding of risk factors after a mass disaster and the design of effective public health interventions for victims.

Keywords: Disaster, Earthquake, Psychological symptoms, University students

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	IV
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
SUMMARY	VII
İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	XII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XIII
EKLER DİZİNİ	XIV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XV
1.GİRİŞ	1
2.YAZIN (LİTERATÜR) ÖZETİ	2
2.1.Afetle İlgili Temel Kavramlar ve Tanımlar.....	2
2.1.1. Acil Durum	2
2.1.2. Tehlike.....	2
2.1.3. Risk.....	2
2.1.4. Kriz.....	2
2.1.5. Travma.....	3
2.2.Afet ve Afet Yönetimi.....	3
2.2.1. Afet.....	3
2.2.2. Afetlerin Sınıflandırılması.....	3
2.2.2.1. Doğal Afet.....	3
2.2.2.1.1. Yer Kökenli Doğal Afetler.....	4
2.2.2.1.2. Atmosfer Kökenli Doğal Afetler.....	5
2.2.2.1.3. Biyolojik Kökenli Doğal Afetler.....	6
2.2.2.2. İnsan Kaynaklı Afetler	6
2.2.2.3. Teknolojik Afetler	7
2.3.Afet Risk Yönetimi	7
2.3.1.Önleme Evresi.....	7
2.3.2.Zarar Azaltma Evresi	8
2.3.3.Hazırlık Evresi	8
2.3.4.Müdahale Evresi	9

2.3.5.İyileştirme ve Kurtarma Evresi.....	9
2.4.Kriz Yönetimi	10
2.4.1.Kriz Öncesi Yönetim.....	10
2.4.2.Kriz Anı Yönetimi.....	10
2.4.3.Kriz Sonrası Yönetim.....	11
3.AFETLER VE SOSYAL HİZMET	12
3.1.Afetlerde Sosyal Hizmet	12
3.1.1.Afetlerde Sosyal Hizmet Faaliyetleri	14
3.1.1.1.Afet Öncesi Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	14
3.1.1.2.Afet Sırasında Sosyal Hizmet Uygulamaları	16
3.1.1.3.Afet Sonrası Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	17
3.1.2.Mikro, Mezzo ve Makro Düzlemde Afet ve Sosyal Hizmet	17
3.2. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi Özelinde Sosyal Hizmet Faaliyetleri.....	18
3.3. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi Özelinde Gençlere Yönelik Sosyal Hizmet Faaliyetleri.....	20
4.PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR.....	22
4.1.Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	22
4.1.1.Tanım ve Tanı Kriterleri.....	22
4.1.2.Epidemiyoloji.....	24
4.1.3.Klinik Özellikler	24
4.1.4.Tedavi.....	25
4.2.Majör Depresif Bozukluk	26
4.2.1.Tanım ve Tanı Kriterleri.....	26
4.2.2.Epidemiyoloji.....	27
4.2.3.Klinik Özellikler	27
4.2.4.Tedavi.....	28
4.3.Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	28
4.3.1.Tanım ve Tanı Kriterleri.....	28
4.3.2.Epidemiyoloji.....	29
4.3.3.Klinik Özellikler	30
4.3.4.Tedavi.....	30
4.4.Somatik Bozukluklar.....	31
4.4.1.Tanım ve Tanı Kriterleri.....	31
4.4.2.Epidemiyoloji.....	32
4.4.3.Klinik Özellikler	32

4.4.4.Tedavi	32
4.5. Hostilite	33
4.5.1. Tanım ve Tanı Kriterleri.....	33
4.5.2. Epidemiyoloji.....	33
4.5.3. Klinik Özellikler	34
4.5.4. Tedavi	34
4.6. Olumsuz Benlik	35
4.6.1. Tanım ve Tanı Kriterleri.....	35
4.6.2. Epidemiyoloji.....	36
4.6.3. Klinik Özellikler	36
4.6.4. Tedavi.....	37
4.7. Depremın Psikolojik Sonuçlarıyla İlgili Yurt İçi ve Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar	38
5.ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	43
5.1.Araştırma Konusu	43
5.2.Araştırma Modeli	43
5.3.Araştırma Grubu	43
5.4.Veri Toplama Araçları	46
5.4.1.Kişisel Bilgi Formu	46
5.4.2.Kısa Semptom Envanteri (KSE)	46
5.5.Veri Toplama Süreci ve Analizi	46
5.6.Sınırlılıklar.....	47
5.7. Araştırma Soruları.....	47
6.BULGULAR	49
6.1.Psikolojik Belirtilerin Cinsiyet Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular .	49
6.2.Psikolojik Belirtilerin Gelir Düzeyine Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular	51
6.3.Psikolojik Belirtilerin Deprem Öncesi Profesyonel Psikolojik Destek Alma Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular.....	52
6.4.Psikolojik Belirtilerin Depremi Deneyimleme Türüne Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular	53
6.5.Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Yaşanılan Yere Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular	55
6.6.Psikolojik Belirtilerin Deprem Sırasında Evlerinin Zarar Görme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular	56

6.7.Psikolojik Belirtilerin Depremde Bir Yakınını Kaybetme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular	57
6.8.Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Psikolojik Yardım Alma İhtiyacına Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular	59
6.9.Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Kendini Güvende Hissetme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular	60
7.TARTIŞMA.....	62
7.1.Psikolojik Belirtilerin Cinsiyet Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması	62
7.2.Psikolojik Belirtilerin Gelir Düzeyine Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması	62
7.3.Psikolojik Belirtilerin Deprem Öncesi Profesyonel Psikolojik Destek Alma Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması	63
7.4.Psikolojik Belirtilerin Depremi Deneyimleme Türüne Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
7.5.Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Yaşanılan Yere Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	64
7.6.Psikolojik Belirtilerin Deprem Sırasında Evin Zarar Görme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması	65
7.7.Psikolojik Belirtilerin Depremde Bir Yakınının Yaşamını Kaybetmesi Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	65
7.8.Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Psikolojik Yardım İhtiyacına Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması	66
7.9.Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Kendini Güvende Hissetme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	67
8.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	68
8.1.Sonuçlar	68
8.2.Öneriler	68
KAYNAKÇA	71
EKLER.....	82
ETİK KURUL KARARI.....	85
ÖZGEÇMİŞ.....	86

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Afetler ve sosyal hizmet odakları	18
Tablo 2. Demografik özellikler	44
Tablo 3. Depremi bizzat yaşayıp olumsuz etkilerini hisseden bireylerin özellikleri ..	45
Tablo 4. Kısa Semptom Envanteri minimum maksimum basıklık çarpıklık değeri ..	49
Tablo 5. Psikolojik belirtilerinin cinsiyete göre karşılaştırılması.....	50
Tablo 6. Psikolojik belirtilerin gelir düzeyine göre karşılaştırılması.....	51
Tablo 7. Psikolojik belirtilerin deprem öncesi profesyonel psikolojik destek alma durumuna göre karşılaştırılması	52
Tablo 8. Psikolojik belirtilerin depremi deneyimleme türüne göre karşılaştırılması .	54
Tablo 9. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası yaşanan yere göre karşılaştırılması	56
Tablo 10. Psikolojik belirtilerin deprem sırasında evin zarar görme durumuna göre karşılaştırılması.....	57
Tablo 11. Psikolojik belirtilerin depremde bir yakını kaybetme durumuna göre karşılaştırılması.....	58
Tablo 12. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyacına göre karşılaştırılması.....	59
Tablo 13. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası kendini güvende hissetme durumuna göre karşılaştırılması	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Psikolojik belirtilerin cinsiyet durumuna dayalı farklılıkları	50
Şekil 2. Psikolojik belirtilerin gelir düzeyine dayalı farklılıkları	52
Şekil 3. Psikolojik belirtilerin deprem öncesi profesyonel psikolojik destek alma durumuna dayalı farklılıkları	53
Şekil 4. Psikolojik belirtilerin depremi deneyimleme türüne dayalı farklılıkları	55
Şekil 5. Psikolojik belirtilerin depremde bir yakınını kaybetme durumuna dayalı farklılıkları	58
Şekil 6. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyacına dayalı farklılıkları	60
Şekil 7. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası kendini güvende hissetme durumuna dayalı farklılıkları	61

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	82
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu.....	83
Ek 3. Kısa Semptom Envanteri	84



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDTİM	: Bölgesel Deprem-Tsunami İzleme Ve Değerlendirme Merkezi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
TBMMMAK	: Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırma Komisyonu
MW	: Moment Büyüklüğü
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
FDA	: Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi
MDB	: Major Depresif Bozukluk
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
PTSB	: Posttravmatik Stres Bozukluğu

1. GİRİŞ

Afetler insanların yaşamını büyük ölçüde tehdit eden, fiziksel ve psikolojik sağlığı olumsuz etkileyen, toplumların baş etme kapasitesini aşan, doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylardır (Erkal ve Değerliyurt, 2011). Büyüklüğüne bağlı olarak, özellikle deprem sonrası dönemler insanlar ve topluluklar için zorlu süreçleri beraberinde getirebilirler. Afetler yaşam alanlarının hasar görmesine ya da yıkılmasına, sevilen yakınların kaybına ve önemli zihinsel sağlık sorunlarına neden olabilirler (Wu vd., 2014).

Türkiye, aktif fay hatları bulunan ve genel olarak büyük deprem riski taşıyan ülkelerden biridir (Aydınbaş, 2023). Tarihsel olarak en yıkıcı depremlerden birisi 6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşmiştir. 7,7 ve 7,6 şiddetinde arka arkaya meydana gelen Kahramanmaraş merkezli iki büyük deprem, 11 ilde birçok yıkım ve kayba neden olmuştur. Resmi verilere göre deprem bölgelerinde 50.000’den fazla can kaybı yaşanmış, yüzlerce bina yıkılmış veya yaşanmaz hale gelmiştir (NTV news, 2023). 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli bu depremin, ülke tarihinin en büyük krizlerinden biri olduğu belirtilmektedir (Erbil, 2023).

Literatürde doğal afetlerin psikolojik sağlık üzerindeki etkisini inceleyen çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Afetlere ilişkin araştırmalar, depremlerin bireylerin ruh sağlığı üzerinde yaygın, belirgin ve olumsuz etkileri olduğunu göstermiştir (Nakamura vd., 2015; Oishi vd., 2015). Bununla birlikte gerçekleştirilen çalışmaların genellikle TSSB ve depresyona odaklandığı (Tanaka vd., 2016), diğer ruh sağlığı sorunlarına ilişkin araştırmaların ise sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmaların çoğunlukla çocuklar, yetişkinler ve yaşlılar ile gerçekleştirildiği ve genç yetişkinlere ilişkin araştırmaların ihmal edildiği dikkat çekmektedir. Bu kapsamda bu çalışmanın amacı, asrın felaketi olarak değerlendirilen 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminin üniversite öğrencileri üzerindeki psikolojik etkilerini sosyodemografik değişkenler açısından incelemektir. Çalışmanın örneklemini, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde eğitimine devam eden öğrenciler oluşturmaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarının bir kitlesel felaketin gençler üzerindeki etkilerinin daha iyi anlaşılmasına ve etkili sosyal hizmet müdahalelerinin tasarlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. YAZIN (LİTERATÜR) ÖZETİ

2.1. Afetle İlgili Temel Kavramlar ve Tanımlar

2.1.1. Acil Durum

Acil durum, “beklenmeyen ve önceden tahmin edilemeyen durum” olarak ifade edilmektedir. Acil durumlar acil yardım faaliyetlerinin hemen başlatılmasını ve hızlı müdahale edilmesini gerektiren olaylar, durumlar ve haller olarak tanımlanmaktadır. Acil durum; bir kriz hali olup, can ve mal kaybını önlemek, halkın sağlığını ve emniyetini güvence altına almak veya bir bölgedeki herhangi bir faciayı önlemek üzere devletin bu bölgedeki yerel çabalara destek vermesini gerektiren durumdur. Bu olaylar genellikle olağanüstü tedbirlerin alınmasını ve faaliyetlerin yürütülmesini gerektirir (Ergünay vd., 2008).

2.1.2. Tehlike

Tehlike, insan toplulukları için olumsuz etkiler doğurma potansiyeline sahip doğal, teknolojik ve insan kaynaklı olayların tümü için kullanılan bir terimdir. Fiziksel, ekonomik, sosyal ve çevresel kayıplara yol açabilen her türlü olay, tehlike kapsamına dahil edilebilir. Bu olaylar, insanların güvenliğini, sağlığını ve refahını tehdit edebilir ve ciddi sonuçlara yol açabilir (Ergünay vd., 2008).

2.1.3. Risk

Risk terimi, gelecekte belirli bir zamanda ortaya çıkabilecek bir tehlikeyi veya bir varlığın bu tehlikeye maruz kalması sonucu oluşabilecek kayıpları ifade etmektedir. Risk, bir tehlikenin etkisi altında kalma neticesinde bir zarar görme veya bir hastalığın oluşması ihtimalinin ve gücünün bileşkesini belirtmektedir (Ergünay vd., 2008).

2.1.4. Kriz

Kriz kelimesi, kökeni Yunanca olan bir terimdir ve farklılaşma veya karar anlamına gelmektedir. Teorik olarak kriz, tehlikeli ve olağanüstü bir durum olarak algılanmakta ve bu bağlamda zamanında baskı altında karar verilmesi gereken bir durum olarak değerlendirilmektedir (Glaesser, 2006).

2.1.5. Travma

Travma, kaza, suç, doğal afet, fiziksel veya duygusal taciz, ihmal, şiddet deneyimleme veya tanık olma, sevilen birinin ölümü ve savaş gibi korkunç bir olaya karşı oluşan duygusal bir tepkidir (Amerikan Psikologlar Birliği, 2013). Bu tarz olaylar, genellikle bireylerin hayatlarına veya bütünlüklerine yönelik tehditler içermekte olup, bu açıdan talihsizlik ya da stres içeren sıradan yaşam olaylarından ayrılmaktadırlar (Herman, 1992). Travma deneyimleri, bir kişinin sağlığı, refahı ve yaşam süresi üzerinde uzun dönemli etkiler yaratabilir (Spinhoven vd., 2014).

Deprem, insanlar için travmaya neden olan önemli yaşantılardan biridir. Afet riskinin yüksek olduğu ülkelerde meydana gelen depremler binlerce insanın ölmesine, yaralanmasına, evsiz kalmasına, yakınlarını kaybetmesine ve işsiz kalmasına sebep olmaktadır (Doğan, 2011).

2.2. Afet ve Afet Yönetimi

2.2.1. Afet

Afetler, insanlar için fiziksel, iktisadi, çevresel ve sosyal kayıplara sebep olabilen, normal yaşantıyı ve insan aktivitelerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplumları derinden etkileyen olaylardır. Afetlerden etkilenen topluluklar, kendi imkan ve kaynaklarını kullanarak bu olayların sonuçlarıyla başa çıkmakta zorlanabilirler. Sebep olduğu zararlar nedeniyle afetler, toplumsal, ekonomik ve siyasi açıdan önemli olgulardır (Ergünay vd., 2008).

2.2.2. Afetlerin Sınıflandırılması

Afetler kökenleri, meydana gelme süreleri, oluşum mekanizmaları gibi özellikleri göz önünde bulundurularak çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Literatürde mutlak bir sınıflandırma olmadığı görülmekle birlikte, afetler doğal, teknoloji ve insan kaynaklı afetler olarak gruplandırılabilir (Şahin, 2020).

2.2.2.1. Doğal Afet

Doğal afet, doğal bir afet olayının ardından bir toplum veya topluluk üzerinde meydana gelen son derece zararlı etkidir. Doğal afet “can kaybına, yaralanmaya veya diğer sağlık etkilerine, mülk hasarına, geçim kaynaklarının ve hizmetlerin kaybına, sosyal ve ekonomik bozulmaya veya çevresel hasara neden olabilecek doğal bir süreç veya olgu” olarak tanımlanmaktadır (Birleşmiş Milletler Afetlerin Azaltılması Uluslararası

Stratejisi [UNSDR], 2009:20). Doğal afet olaylarına seller, kuraklıklar, depremler, tropikal kasırgalar ve yangınlar örnek olarak verilebilir.

Bir olayın afete dönüşebilmesi için, insan toplulukları ve yerleşim alanlarında kayıplara neden olması ve bu kayıpların yerel kaynaklarla giderilemeyecek kadar büyük olması gerekmektedir. Ayrıca, afetler insan faaliyetlerini bozarak veya kesintiye uğratarak bir yerleşim birimini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, afet, bir olayın kendisi değil, meydana gelen olayın sonucu olup, sıklıkla yönetim ve planlama açısından ele alınmaktadır (Ergünay vd., 2008).

2.2.2.1.1. Yer Kökenli Doğal Afetler

Literatürde yer kökenli doğal afetler genel olarak depremler, tsunamiler, volkanik faaliyetler ve kütle hareketleri olarak ele alınmaktadır. Bu grupta yer alan afet türlerine ilişkin genel bilgiler aşağıda sunulmaktadır:

Deprem, yerkabuğu içindeki kırılmalar sonucunda ani bir şekilde ortaya çıkan titreşimlerin dalgalar halinde yayılarak, geçtikleri ortamları ve yeryüzeyini sarsması durumudur (Boğaziçi, 2023a). Yer kabuğunu oluşturan kayalar, gerilmeye maruz kalırlar ve bu gerilme sürecinde belirli bir noktaya kadar kıvrılırlar. Bu sırada, kayalar elastik enerjiyi depolarlar. Ancak kayaların dayanım sınırı aşıldığında, depolanan enerji hızla serbest kalır. Serbest kalan enerji kısa süreli sarsıntı ve titreşim hareketlerine sebep olarak depremleri oluşturur (Kavak, 2017). Bu sarsıntı ve titreşimler yeryüzünde dalgalar şeklinde yayılır ve afete neden olur. Özetle, depremler (yer sarsıntısı), yer kabuğunu oluşturan levhalarının ani ve hızlı hareketleri nedeniyle meydana gelen jeolojik olaylardır.

Depremler öngörülemeyen, kontrol edilemeyen en yıkıcı doğal afetlerden biri olarak kabul edilmektedir (Farooqui vd., 2017). Büyüklüğüne bağlı olarak, özellikle deprem sonrası dönemler insanlar ve topluluklar için zorlu süreçleri beraberinde getirebilir. Depremler önemli yıkımlara, büyük miktarda arazinin bozulmasına ve nüfusun büyük oranda yer değiştirmesine yol açabilir. Depremler travma, boğulma, toz soluma (akut solunum sıkıntısı) veya hipotermi nedeniyle yüksek ölüm oranlarına neden olabileceği gibi binaların ve altyapının ciddi şekilde tahrip olmasına da yol açabilir (Wu vd., 2014).

Tsunami, Japonca kökenli bir kelime olup, Türkçe'ye "liman dalgası" olarak çevrilebilir. Tsunamiler, genellikle okyanuslarda veya büyük göllerde görülen, tek veya uzun sığ su dalgaları kümesidir. Bunlar, depremler, denizaltı veya havadan gelen yerçekimi kütle kayıpları, volkanizma, kozmik etkiler veya atmosferik rahatsızlıklar dahil

olmak üzere çeşitli tetikleme mekanizmaları nedeniyle su sütununun ani yer değiştirmesiyle ilişkilidir (Boğaziçi, 2023b; Goff vd., 2016). Küresel tarihi tsunami veritabanına (National Geophysical Data Center/World Data Service [NGDC/WDS], 2015) göre, tarih öncesi, tarihi ve modern zamanlarda dünya çapında tsunami etkileriyle bağlantılı olarak toplam 940.000 ölüm sayılmıştır.

Volkanik patlama, bir yanardağdan gaz ve/veya lavın patlayarak salınmasıdır. Volkanik faaliyetler sonucunda yeryüzüne çıkan su buharı ve diğer gazlar, termal sular, lavlar ve piroklastik maddeler, insanlar ve yapıları için büyük bir afet potansiyeli taşımaktadır. Bu doğal olaylar, insanlar için ciddi tehlike oluşturabilir. Lav akıntıları ve piroklastik akıntılar, yerleşim yerlerinde büyük hasarlar meydana getirebilir ve insanların yaşamını tehlikeye atabilir. Termal sular, yeraltı kaynaklarını kirletebilir ve çevre kirliliği yaratabilir. Ayrıca, volkanik faaliyetler atmosfere büyük miktarda gaz ve partikül salınımına neden olabilir ve bu da iklim değişikliği gibi küresel etkilere yol açabilir (Dünya Sağlık Örgütü [WHO], 2023).

Doğal afetler arasında yer alan *kütle hareketleri* dünya üzerinde çok sayıda can ve mal kaybına neden olan doğal afet çeşitlerinden bir tanesidir. Yeryüzü şeklinde değişimlere sebep olan doğal olayların bir kısmı kütle hareketleri nedeniyle gerçekleşir. Heyelan, akma ve kaya düşmesi gibi hareketler kütle hareketlerine örnek verilebilir. Kütle hareketleri, geniş veya dar bir arazi parçasının belirgin bir şekilde yer değiştirmesi nedeniyle meydana gelir. Kütle hareketleri genellikle aşırı yağış, yüksek yamaç eğimi, seyrek bitki örtüsünün varlığı ve deprem gibi faktörler tarafından tetiklenir. Kütle hareketi süreçleri tüm yamaçlarda sürekli olarak meydana gelmektedir; bazıları çok yavaş hareket eder, bazıları ise aniden ortaya çıkar ve çoğunlukla feci sonuçlar doğurur (Taşdemiroğlu, 1970).

2.2.2.1.2. Atmosfer Kökenli Doğal Afetler

Doğal felaketlerin büyük bir bölümü hava koşullarıyla yakından ilişkilidir. Bu felaketler arasında orman yangınları, tarımsal ve su kaynaklı kuraklık, lavin ve su baskınları bulunur. Hava koşullarının doğrudan veya dolaylı olarak etkilediği doğal felaketler, meteorolojik felaketler veya meteorolojiye bağlı doğal felaketler olarak adlandırılır. Ülkemizde en sık rastlanan meteorolojiye bağlı doğal felaketler dolu, su taşkınları, sel, don, yangın, kuraklık, şiddetli yağış, kuvvetli rüzgar, şimşek, çiy, kar ve fırtınalardır (Ceylan ve Kömüşçü, 2008).

Dünya nüfusunun hızla artmasıyla birlikte, toprak ve su kaynakları aşırı şekilde kullanılmaktadır. Bu durum, doğal felaketlerin etkilerinin artmasıyla birlikte can kaybına,

insanların acı çekmesine ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Meteorolojik felaketlerin oluşumunu hazırlayan faktörler temel olarak atmosfer kaynaklıdır, ancak bazı felaketlerin meydana geldiği bölgenin özellikleri de etkilidir. Su baskınları, çığlar ve sis gibi olaylar buna örnek olarak gösterilebilir. Aynı miktarda su, akarsu yatağı içinde akarken, belirli bölgelerde yatağın taşmasına ve su baskınlarına neden olacak şekilde yayılmaktadır. Bu taşkınlar, yatağın veya çevresinin şekil özelliklerinin etkisiyle gerçekleşir. Çığlar da benzer bir durumu paylaşır. Aynı miktarda kar yağışı, uygun özelliklere sahip bir yamaçta birikerek kayma eğilimi gösterebilir. Bazı sis türlerinin oluşmasında topografya ve büyük su kütlelerinin etkisi olduğu bilinmektedir. Ancak yine de, su baskınları, çığlar ve sis gibi olaylar temel nedenleri dikkate alındığında meteorolojik felaketler olarak kabul edilmektedir (Ceylan ve Kömüşçü, 2008).

2.2.2.1.3. Biyolojik Kökenli Doğal Afetler

İnsanoğlu, tarihin farklı dönemlerinde küresel ve yerel ölçekte biyolojik kökenli afetlerle de mücadele etmek zorunda kalmıştır. Biyolojik afetler, salgın hastalıklar, böcek istilaları gibi biyolojik etmenlerden kaynaklanmaktadır. Salgın hastalıklar, insanlık tarihi boyunca kitlesel ölümlere neden olmuş ve günümüzde hala ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Mikroorganizmaların direnç geliştirmesi, çevresel değişiklikler, uzun süreli hastalıklar, sosyoekonomik eşitsizlikler, yetersiz beslenme gibi faktörlerin yanı sıra HIV (insan bağışıklık yetmezliği virüsü) gibi enfeksiyonlar sonucunda bağışıklık sisteminin zayıflaması, iklim koşullarının değişmesi, hızlı nüfus hareketleri, temel sağlık hizmetlerine erişim, kapsayıcılık ve kabul edilebilirlik gibi birçok etken, yeni enfeksiyon etkenlerinin ortaya çıkmasına ve kontrol altına alınanların yeniden salgın haline dönüşmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle, biyolojik afetlere karşı alınacak tedbirler ve mücadele yöntemleri önem arz etmektedir (Şimşek, 2020).

2.2.2.2. İnsan Kaynaklı Afetler

İnsan kaynaklı afetler, savaşlar, iç çatışmalar, terör olayları, büyük göçler gibi küresel olaylarda insan faktörlerinin etkisi altında gerçekleşen afetlerin yanı sıra, yerel ve bölgesel ölçekteki yanlış ve eksik planlama ve uygulamaların neden olduğu olaylar ve bu olayların yol açtığı afet benzeri sonuçların tümünü ifade etmektedir (Kadioğlu, 2011). İnsan kaynaklı afetler, doğal afetlerin aksine, insan yapımı bir sistemin başarısızlığını ya da kasıt veya ihmali içerir, kimi zaman hata unsurlarından da kaynaklanabilir. Bu tür felaketlere; suç, kundakçılık, sivil karışıklık, terörizm, savaş, biyolojik/kimyasal tehdit, siber saldırılar örnek verilebilir.

2.2.2.3. Teknolojik Afetler

Teknolojik olayların çoğunlukla dikkatsizlik ve tedbirsizlik nedeniyle insan kaynaklı olarak meydana geldiği ve afet boyutu kazandığı bilinmektedir. Teknolojik bir felaket, teknolojiyi kontrol etmede insan hatası veya bir teknoloji sisteminin arızalanması nedeniyle meydana gelen bir felaket olayıdır. Teknoloji tabanlı felaketler, doğal afetler kadar ciddidir. Felaket belirtileri bazen birkaç yıl içinde kademeli olarak ortaya çıkar, bazen de topluma ve işletmeye anında zarar verebilir (Schooler, 2001).

Teknolojinin neden olduğu felaketler, insanlara ve çevreye zarar veren sistemlerin, ekipmanların ve mühendislik standartlarının arızalanması veya bozulması anlamına gelir. Terimin kendisi, teknolojinin yanlış yönetimi ve mühendislik hatalarının çok çeşitli modern sorunlarını ve sonuçlarını içerir. Teknoloji felaketlerine, köprüler, madenler ve binalar gibi yapısal çöküşler, kimyasal veya nükleer patlamalar gibi endüstriyel kazalar örnek verilebilir (Kadioğlu, 2011). Teknolojik sistemlerin giderek yaygınlaşmasıyla birlikte, kaçınılmaz olarak bu sistemler üzerindeki kontrolün kaybolma potansiyeli artacaktır.

2.3. Afet Risk Yönetimi

Afet risk yönetimi, afetlere hazırlık, müdahale ve kurtarma tedbirlerinin organizasyonu, planlanması ve uygulanmasını ifade eder (Birleşmiş Milletler Afet Risklerini Azaltma Ofisi [UNDRR], 2009). Başka bir tanıma göre ise afet risk yönetimi afet riskinin anlaşılmasını geliştirmek, afet riskini azaltmayı teşvik etmek için stratejiler, politikalar ve önlemlerin tasarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sürecidir (Uluslararası İklim Değişikliği Paneli [IPCC], 2018). Her iki durumda da afet risk yönetimi, afetlerden kaynaklanan kayıpları en aza indirmeyi amaçlayan tüm eylem ve kararları ifade eder. Afetlerin etkilerini en aza indirmek amacıyla, tehlike ve riskin tanımlanması, analizi ve değerlendirilmesi, mevcut kaynakların ve imkanların belirlenmesi, afet senaryolarının hazırlanması ve önceliklerin belirlenmesi ile birlikte genel politika ve stratejik planlar oluşturulmalıdır (Kadioğlu, 2011). Önleme, zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme/kurtarma aşamalarını içeren afet yönetim süreci basamaklarına aşağıda yer verilmiştir (Gökçe ve Tetik, 2012; Kadioğlu, 2011; UNDRR, 2009):

2.3.1. Önleme Evresi

Bir felakete müdahale etmenin en iyi yolu proaktif olmaktır. Bu, potansiyel tehlikelerin tanımlanması ve bunların etkilerini azaltmak için önlemlerin tasarlanması

anlamına gelir. Döngünün bu aşaması, afet riskini en aza indirmeye yardımcı olabilecek kalıcı önlemlerin uygulamaya konulmasını içerse de, afetlerin her zaman önlenemeyeceğini kabul etmek de önemlidir. Bir okulda bir tahliye planı uygulamak; örneğin öğretmenlere, kasırga veya yangın durumunda öğrencileri güvenli bir yere nasıl yönlendireceklerini göstermek; bir şehri, su baskını riskini en aza indirecek şekilde planlamak ve tasarlamak; suyu kalabalık bölgelerden uzaklaştırmak için kilitler, barajlar veya kanallar kullanmak gibi çalışmalar bu aşamayla ilgili faaliyetlerdendir.

2.3.2. Zarar Azaltma Evresi

Uzun dönemde meydana gelebilecek tehlikeli durumlar ve bunların olası etkileri sonucu ortaya çıkabilecek can ve mal kaybını azaltmak veya tamamen önlemek amacıyla sürekliliği olan aktiviteler ve tedbirler, afet risk yönetimi kapsamında ele alınmaktadır. Risk azaltma faaliyetleri ayrıca, kurumlar, işletmeler ve toplumun afet bilinci ve önlem alma konusunda eğitilmesini de hedeflemektedir. Bu sayede kayıp ve yaralanmaların minimize edilmesi amaçlanmaktadır.

Risk azaltma, afetlerin olası etkilerinin önlenmesi veya azaltılması için alınan uzun vadeli önlemlerdir. Bu önlemler, can ve mal kaybını en aza indirmeyi, ikincil tehlikelerin ortaya çıkmasını engellemeyi, afetlerin etkilerini sınırlamayı, dirençli toplum ve kurumların oluşmasını sağlamayı, temel afet bilinci kültürü oluşturmayı, müdahaleyi kolaylaştırmayı, acil yardım aşamasında genel yaşama düzenini örgütlemeyi ve iyileştirme aşamasında normale dönüşü kolaylaştırmayı amaçlar.

Zarar azaltma evresi hem yapısal hem de yapısal olmayan önlemler içerebilir:

Yapısal önlem, afetin etkilerini azaltmak amacıyla bir binanın veya ortamın fiziksel özelliklerinin değiştirilmesi anlamına gelir. Örneğin ağaçların bir evden uzaklaştırılması, tehlikeli fırtınaların ağaçları devirip evlere ve kamu binalarına çarpmasını önleyebilir.

Yapısal olmayan önlemler, gelecekteki tüm bina inşaatlarında güvenliği optimize etmek amacıyla bina kurallarının benimsenmesini veya değiştirilmesini içerir.

2.3.3. Hazırlık Evresi

Afetlere hazırlık çalışmaları, tüm afet türlerini etkili bir şekilde yönetmeyi ve daha dirençli bir topluluk meydana getirmeyi amaçlayan uzun vadeli faaliyetlerdir. Bu süreç, afetlerin yok edilemez, sakınılamaz veya azaltılamaz olduğu gerçeğinden yola çıkarak, risklerin varlığına karşı hazırlıklı olmak için gereken tüm adımları içermektedir. Bu aşama olası bir afette ortaya çıkabilecek zarar ve tehlikelerin giderilmesi, olası can ve mal kayıplarının önlenmesi, acil yardım gereksinimlerinin belirlenmesi ve eksiklerin tespiti,

arama-kurtarma yeteneğinin geliştirilmesi ve hazır tutulması için gerekli çalışmaların yapıldığı aşamadır. Ek olarak afeti müteakiben ortaya çıkabilecek sağlık hizmetleri ihtiyacı ve barınma gereksinimleri için stok oluşturma ve dağıtım hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin uygulamaların yapılması işlemlerini de kapsar. Afetlere hazırlık, toplumun afetlere karşı daha dirençli olmasını sağlamak ve afetlerin etkilerini en aza indirmek için önemli bir süreçtir.

2.3.4. Müdahale Evresi

Acil müdahalenin amacı, etkilenen nüfusun yaşamını sürdürmek, sağlığını iyileştirmek ve moralini desteklemek için acil yardım sağlamaktır. Bu tür yardımlar, mültecilere ulaşım, geçici barınma ve yiyecek konusunda yardım etmek gibi spesifik ancak sınırlı yardımlardan, kamplarda ve diğer yerlerde yarı kalıcı yerleşim kurmaya kadar değişebilir. Ayrıca hasarlı altyapının ilk onarımlarını da içerebilir. Müdahale aşamasının odak noktası, daha kalıcı ve sürdürülebilir çözümler bulunana kadar insanların temel ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Afet yönetimi döngüsünün bu aşamasında insani yardım kuruluşları sıklıkla ve güçlü bir şekilde sürece dahil olur.

2.3.5. İyileştirme ve Kurtarma Evresi

Acil durum kontrol altına alındıkça, etkilenen nüfusu, yaşamı ve yaşamı destekleyen altyapıyı eski haline döndürmeyi amaçlayan giderek artan sayıda faaliyet gerçekleştirebilir. Acil yardımın iyileşmeye ve ardından uzun vadeli sürdürülebilir kalkınmaya dönüştüğü belirgin bir nokta yoktur. İyileşme döneminde önlemeyi geliştirmek ve hazırlığı artırmak, böylece hassasiyeti azaltmak için birçok fırsat olacaktır. Bir felaketin iyileşme aşaması altı aydan bir yıla kadar (hatta olayın ciddiyetine bağlı olarak daha da uzun) sürebilir. Bu çalışmalar kapsamında iyileşme faaliyetleri önceliklendirmeyi gerektirir. Özellikle gıda, temiz su, kamu hizmetleri, ulaşım ve sağlık hizmetleri gibi temel hizmetler yeniden sağlanacak, daha az gerekli hizmetlere daha sonra yer verilecektir.

Kurtarma faaliyetleri, tüm sistemler normale veya daha iyiye dönene kadar devam eder. Hem kısa hem de uzun vadeli kurtarma tedbirleri arasında hayati önem taşıyan yaşam destek sistemlerinin minimum çalışma standartlarına döndürülmesi; geçici iskan; kamuya açık bilgi; sağlık ve güvenlik eğitimi; yeniden yapılanma; danışmanlık programları; ve ekonomik etki çalışmaları yer almaktadır. Sonuç olarak bu aşama, afetin etkisine bağlı olarak bireylerin, toplulukların, işletmelerin ve kuruluşların normale veya yeni bir normale dönmesine yardımcı olmakla ilgilidir.

2.4. Kriz Yönetimi

Kriz yönetimi, öngörülemez veya öngörülebilir ancak engellenemeyen, durumu olumsuz etkileyen, ciddi ve hızlı hareket gerektiren bir olayın meydana gelmesi durumunda, planlı, koordineli ve stratejik bir yaklaşım kullanarak olayın etkilerini azaltmayı ve durumu normale döndürmeyi amaçlayan geçici bir yönetim biçimidir. Kriz yönetimi, olayın önlenmesi ya da önlenebilmesi mümkün olmadığında, yöneticilerin karar alarak, olumsuz etkileri minimize etmek için harekete geçmelerini gerektirir. Bu süreç, krizin yönetim planının hazırlanması, krizin etkilerinin analizi, hızlı hareket ve koordinasyon, iletişim ve yönetim aşamalarından oluşur (Kadioğlu, 2011).

2.4.1. Kriz Öncesi Yönetim

Kriz öncesi yönetimi, kriz oluşmadan önce gerekli önlemleri alarak kriz durumlarını önlemeyi amaçlayan bir yönetim şeklidir. Bu amaç doğrultusunda bu aşamada iletişim, acil ilk yardım ve sağlık, emniyet, ulaşım, kurtarma ve enkazları kaldırma, çevre, altyapı hizmetleri ve halkla ilişkiler gibi birçok konuda hazırlık yapılmalı ve koordinasyonun altyapısı oluşturulmalıdır. Bu hazırlıklar, alanda uzman kişiler tarafından gerçekleştirilmelidir. Kriz öncesi hazırlıklar, geleceği önceden görmek mümkün olmasa da, krize hazırlık yapmanın gerekliliğinin ötesinde bir zorunluluk olarak değerlendirilmelidir. Bununla birlikte, krize hazırlık yapmak, uygulayıcılar arasında baskı ve gerilim yaratabilse de, krizin oluşmasını engellemek için önemlidir (Filiz, 2007).

2.4.2. Kriz Anı Yönetimi

Herhangi bir acil durumda, kuruluşlarda genellikle gergin ve telaşlı bir atmosfer oluşur. Bu evre, kriz yönetimi sürecinde en zor aşamalardan biridir (Sucu, 2000). Krizin neden olduğu şok dalgası ve panik hali, krizi yönetenler, çalışanlar ve krizden etkilenenler arasında büyük bir stres ve baskı oluşturur. Bu aşamada, zaman kısıtlı olduğundan, krize hemen müdahale etmek son derece önemlidir, çünkü verilecek kararlar krizin çözümüne ya da durumun daha da kötüleşmesine doğrudan etki eder (Tekin ve Zerenler, 2005). Kriz anında, bir yandan krize müdahale edilirken, diğer yandan mevcut durumu kriz öncesi döneme hatta daha güçlü bir konuma getirmenin yollarını aramalıdır. Bu sırada, durum değerlendirmesine uygun olarak amaç ve hedefler yeniden tanımlanmalı ve kriz durumuna uygun yeni stratejiler ve politikalar geliştirilmelidir (Aksu, 2008).

2.4.3. Kriz Sonrası Yönetim

Kriz yönetimi sürecinin son aşaması, krizin son bulduğu ve olumsuz etkilerinin tamamen ortadan kaldırılmaya çalışıldığı dönemdir. Kriz sonrası yönetim, insan yaşamının veya kuruluşun normal faaliyetlerinin yeniden başlatılması için oluşturulan kısa ve uzun vadeli planların geliştirilmesi ve uygulanması ile ilişkili faaliyetleri içerir. Bu süreçte, bir yandan kriz durumunun tekrarının önlenmesi amacıyla yönetim yapısı hazırlanırken, diğer yandan, yeniden bir kriz ortaya çıktığında hızlı bir müdahale için acil uygulamalar belirlenir. Kriz sonrası dönem, kuruluşun yeniden yapılandırılması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için fırsatlar sunar. Bu nedenle, kriz sonrası yönetim aşaması, kuruluşun gelecekteki sürdürülebilirliği açısından kritik bir öneme sahiptir (Tüz, 2001).



3. AFETLER VE SOSYAL HİZMET

3.1. Afetlerde Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet, bireylerin refahını artırmayı, problem çözme ve baş etme kapasitelerini güçlendirmeyi hedefleyen, insanların karşılaştığı sorunlara çözüm üretme ve ihtiyaçlarına cevap verebilme amacıyla kaynakları kullanarak insanları buluşturan, sosyal politika geliştirme sürecine katkıda bulunan, etkili ve insancıl bir yapıya sahip, sistemli ve programlı hizmetler bütünüdür. Bu bağlamda düşünüldüğünde, doğal veya insan kaynaklı meydana gelen afetler, etkileri açısından ele alındığında insanların refah düzeyini etkileyebilir, bir dizi çözüme ve farklı ihtiyaçların karşılanmasına yönelik gereksinimlere neden olabilir (Acar ve Çamur Duyan, 2003).

Çeşitli sebeplerden kaynaklanan dezavantajlı durumlar, özellikle doğal veya insan kaynaklı afetlerle birlikte, toplumun savunmasız kesimlerini etkileyebilmektedir. Bu tür durumlar karşısında, sosyal hizmet uzmanları, geçmişten günümüze kadar bu nüfus gruplarının ihtiyaçlarına cevap vermek üzere önemli bir rol üstlenmişlerdir. Tarihsel süreç içerisinde, sosyal hizmet uzmanları genellikle psikososyal destek hizmetleri ve çeşitli müdahale modelleri kullanarak afet yardımı süreçlerine katılım sağlamışlardır. Bu profesyoneller, afetlerin etkilerini hafifletmek, mağdurlara yardım etmek ve toplumların iyileşme sürecine destek olmak amacıyla faaliyet göstermişlerdir. Sosyal hizmet uzmanları, sadece maddi yardımlarla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda duygusal ve psikososyal destek sağlayarak bireylerin ve toplulukların yaşadığı travmatik deneyimlerle başa çıkabilmelerine yardımcı olmuştur. Ayrıca afetlerin yol açtığı zorluklarla başa çıkma süreçlerinde önemli bir etki yaratmış ve bu alandaki çabalarıyla toplumların direncini güçlendirmişlerdir. Bu bağlamda, sosyal hizmet disiplini, toplumsal dayanışma ve dayanıklılığı artırmak üzere önemli bir rol oynamaktadır (Nikku, 2015)

Afetler özellikle de deprem gibi olaylar, genel anlamda bireyleri ruhsal, sosyal, kültürel ve ekonomik açılardan derinlemesine etkileme eğilimindedir. Bu etkiler sadece mevcut sosyal sorunları daha karmaşık ve çözülmesi zor hale getirmekle kalmaz, aynı zamanda yeni sosyal sorunların da ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu durum, sosyal hizmet mesleğini, odak noktasını insan üzerine koyan ve temel amacı bireyin tam anlamıyla iyi olma durumunu sağlamak olan bir mesleği, bu konuyla doğrudan ilişkilendirir. Afetlerin yol açtığı bu karmaşık etkilerle başa çıkma, sosyal hizmetin

özünde yer alan bir sorumluluğu beraberinde getirir. Bu kapsamda, sosyal hizmet profesyonelleri, afet mağdurlarının ruhsal, sosyal, kültürel ve ekonomik ihtiyaçlarını anlamak ve bu ihtiyaçlara yönelik etkili çözümler geliştirmek için aktif bir rol üstlenirler. Bu çabalar, toplumun afet sonrası toparlanma sürecinde sürdürülebilir bir iyileşmeyi desteklemeyi amaçlar (Tuncay, 2004).

Afetler, hem maddi hem de manevi sonuçlarıyla toplumları derinden etkileyen olaylardır ve mevcut sorunlara ek olarak bireylerin hayat mücadelesini daha da zorlaştırabilir. Bu olaylar, sadece doğrudan etkilenen kişileri değil, aynı zamanda aile çevrelerini ve geniş anlamda bölge sakinlerini de etkileyerek, farklı düzeylerdeki sosyal hizmet çalışmalarını da ilgilendirmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, afetzedeleri, aile çevrelerini ve bölge sakinlerini kapsayan geniş bir etki yelpazesine sahip olduklarından, çalışmalarını bu çeşitliliğe uygun bir yapıda sürdürmelidir. Bu çerçevede, sosyal hizmet uzmanlarının çok boyutlu planlama ve süreç yönetimi becerilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal hizmet çalışmaları, afetlerden önceki dönemden itibaren hassas grupların takibini içermeli, afetler sırasında bu grupların ve afet nedeniyle zor durumda kalan kesimlerle birlikte değerlendirilmesini sağlamalı ve afet sonrasında iyileştirme çalışmalarını sürdürmelidir. Bu süreç, sahada hizmet vermenin yanı sıra mevcut ve gelecek şartlar için planlama yapmayı gerektiren dinamik ve çok yönlü bir çaba gerektirir (Seyyar ve Yumurtacı, 2016). Sosyal hizmet uzmanları, afet öncesinde, sırasında ve sonrasında toplumların ihtiyaçlarına uygun bir şekilde müdahale ederek, dayanışma ve iyileşme süreçlerine önemli katkılarda bulunurlar. Bu, afetlerin neden olduğu olumsuz etkileri en aza indirme, toplumların dayanıklılığını artırma ve uzun vadeli sosyal refahın sağlanması hedefine yönelik kapsamlı bir yaklaşımı gerektirir.

Afetlerin yıkıcı etkileri, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve afetlere maruz kalma sıklıklarına bağlı olarak değişiklik gösterir. Az gelişmiş ülkelerde, afetlerin sebep olduğu can kayıpları ve maddi zararlar genellikle gelişmiş ülkelerden daha büyük ölçekli olabilir. Her afet, ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişimini olumsuz etkiler ve zaman içinde duraklama veya çöküş eğilimleri başlatır. Kısa vadeli yıkıcı etkilerin yanı sıra, afetlerin uzun vadeli büyümeyi yavaşlatan ve kaynakları tüketen bozucu etkileri de bulunmaktadır. Örneğin, 1998’de Nikaragua’yı vuran Mitch kasırgasının, ülkenin kalkınma potansiyelini en az 20 yıl boyunca sekteye uğrattığı tahmin edilmektedir. Bu zorlukların üstesinden gelebilmek için kamunun kaynaklarının etkili bir şekilde kullanılması gereklidir. Kamu kurumluşları, afet yönetimi alanındaki rolünü sağlıklı bir şekilde yerine getirebilmek için çok yönlü işbirliği, planlama ve programlar içinde çalışmalıdır. Türkiye’deki afetler de, kamunun hafızasında acı deneyimler olarak yer bulmuş ve bu deneyimlerle birlikte

kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon yapısı giderek güçlenmiştir. 10. Kalkınma Planı'nda yer alan “Afet Yönetiminde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu” raporu, bu işbirliği ve koordinasyonun önemini vurgulamaktadır. Afetlere hazırlık ve farkındalık bilincinin oluşturulması, çok yönlü kurumsal çalışmalarla mümkündür. Halkın her seviyede eğitilmesi, afetlere dayanıklı bina yapılarının ve kentleşme sistemlerinin gözetilmesi, yerel ve merkezi yönetimin eşgüdüm sağlaması gibi rollerin tamamı için kamu gücünün organizasyon, planlama, uygulama, denetleme, yöneltme ve geliştirme gibi fonksiyonlarına ihtiyaç duyulmaktadır (Leblebici, 2014).

3.1.1. Afetlerde Sosyal Hizmet Faaliyetleri

Sosyal hizmet uzmanları, afet durumlarında mikro düzeyde bireylerin yaşam standartlarının bozulması, mezzo düzeyinde savunmasız grupların ortaya çıkması ve makro düzeyde altyapı ile kurumların çökmesi gibi zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Mikro düzey, birey ve aile odaklı uygulamaları içermekte olup, afetin birey üzerindeki etkilerini ele almayı ve afete maruz kalan insanların temel ihtiyaçlarını (örneğin güvenlik, barınma, yiyecek, su gibi ihtiyaçlar) karşılamaya odaklanmayı amaçlar. Bu seviyedeki sosyal hizmet faaliyetleri, bireylerin uyum sağlama kapasitesini artırmayı ve hayatta kalanların yaşam standartlarını iyileştirmeyi hedefler. Mezzo düzey, mahalleler, akraba grupları, sosyal gruplar gibi daha geniş toplulukları ve gruplara yönelik hizmetleri içermektedir. Bu seviyedeki hizmetler, bireyleri sosyal destek ağlarına bağlamayı, savunmasız grupları ve bireyleri desteklemeyi amaçlar. Ayrıca, yapısal eşitsizlikleri ele almayı ve eşitliği sağlamaya çalışmayı önemli hedefler arasına katar. Sosyal çalışma eylemlerine odaklanarak, söz konusu topluluğun sosyal bağlarını güçlendirmeye, hizmet altyapısını oluşturmaya ve sürdürülebilir politika ve uygulama geliştirmeye yönelik çabalar sarf edilir. Makro düzeydeki sosyal hizmet, politika, yönetim, eğitim, afet planlama ve araştırmaya odaklanır. Sosyal hizmet uzmanları, toplulukları etkileyen felaketlerin risk faktörlerini belirleyip, değişiklik için savunuculuk rolünü üstlenir ve ulusal ve uluslararası politika ile uygulamalara katkıda bulunma sorumluluğuna sahiptirler (Alston vd., 2019).

Afet süreçlerinde yürütülen sosyal hizmet faaliyetleri üç aşamadan oluşmaktadır. Aşağıda bu aşamalara yer verilmiştir:

3.1.1.1. Afet Öncesi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Afet olaylarının artışı, ulusal ve küresel düzeyde afet öncesi hazırlık faaliyetlerinin artmasına neden olmuştur. Afete hazırlık, potansiyel tehditlere karşı toplulukları

hazırlamak olarak adlandırılan bir süreçtir. Bu hazırlık süreci, insanların, toplulukların ve afet çalışanlarının karşı karşıya kaldıkları riskleri anlamalarına ve yönetmelerine yardımcı olmak amacıyla bilgi ve becerilerini geliştirmeyi hedefler. Afete hazırlık sürecinde, potansiyel tehditlerin farkında olunması ve bu tehditlere karşı etkili önlemler alınması önemlidir. Bu süreç, toplumun genel olarak afetlere karşı direncini artırmayı ve afet durumlarında daha etkin bir şekilde müdahale edebilmesini sağlamayı amaçlar. Aynı zamanda, afet durumlarında insanların güvenliğini ve refahını koruma amacını taşır. Afet potansiyeli taşıyan ülkelerde, hazırlık faaliyetleri özellikle kritiktir. Bu faaliyetler, afetlerin olası etkilerini en aza indirmek ve toplumsal müdahaleyi kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Eğitim programları, acil durum planları ve topluluk tabanlı önlemler gibi çeşitli araçlar kullanılarak, insanların afetlere karşı bilinçlenmeleri ve dayanıklılıklarını artırmaları hedeflenir. Bu, afetlerin olası etkilerini en aza indirerek toplumların afetlere daha etkin bir şekilde yanıt vermesini sağlamak için kapsamlı bir stratejidir (Paton ve Johnston, 2015).

Sosyal hizmet uzmanları, afetlere ilişkin riskleri etkili bir şekilde yönetmek için geniş bir perspektif sunarak, tüm paydaşları içeren çoklu risk yaklaşımını benimserler. Afet risk yönetimi programları çerçevesinde, aileler, okullar ve toplumlar düzeyinde afet yönetimi konusunda farkındalığı artırmayı, afet yönetim komiteleri kurmayı ve yerel afet yönetim planlarını oluşturmayı hedefler. Bu kapsamda gerçekleştirilebilecek faaliyetler arasında, okullarda afet yönetimi ve afet risk azaltma gruplarının oluşturulması, topluluk içinde dezavantajlı gruplarla ilgili risk ve kaynakların değerlendirilmesi için araştırma ve eğitim düzenleme, kurtarma işlemlerini yürütebilecek ve ilk yardım sağlayabilecek nitelikli bireyleri eğitmek, kurtarma ve ilk yardım çantalarını dağıtmak gibi çalışmalar bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, toplulukları afetlere karşı hazırlamak ve dayanıklılıklarını artırmak amacıyla bu tür faaliyetler yürüterek, afet yönetimi süreçlerine katkıda bulunurlar. Bu, sosyal hizmetin, çok boyutlu ve kapsamlı bir rol oynayarak, afetin olumsuz etkilerini en aza indirme ve toplumların afetlere karşı daha dirençli olmalarını sağlama çabasının bir yansımasıdır (Ali vd., 2014).

Eğitim ve iletişim materyalleri, afet risk azaltma mesajlarının etkili bir şekilde yayılmasında önemli bir araç olarak öne çıkar. Bu tür materyaller insanlara doğal afet risklerini azaltmak için gerekli adımları atmalarında yardımcı olabilir. Özellikle doğal afetlere karşı daha savunmasız olduğu kabul edilen bölgelerde, posterler, broşürler, pankartlar, eğitim modülleri ve görsel-işitsel materyaller gibi araçlar kullanılarak afet riskinin azaltılmasıyla ilgili farkındalık yaratılabilir. Bu materyaller, halkın doğru ve etkili bir şekilde bilgilendirilmesine katkıda bulunabilir ve afetlerle başa çıkma

konusunda toplumsal bilinç oluşturabilir. Bu araçlar, basit ve anlaşılır bir dil kullanarak, acil durum hazırlıkları, tahliye prosedürleri, ilk yardım yöntemleri gibi temel konuları kapsayabilir. Aynı zamanda, afet riski altındaki bölgelerde yaşayan toplulukları hedef alarak, bu bölgelerdeki insanların özel ihtiyaçlarına uygun bilgiler içerebilir. Eğitim ve iletişim materyallerinin dağıtımı, toplumun genel afet bilinci ve hazırlığına katkı sağlayarak, afet anında hızlı ve etkili tepki vermelerine yardımcı olabilir. Bu materyaller, halkın güvenliği artırma ve afet sonrası toparlanma süreçlerine daha etkin bir şekilde katılma konusunda önemli bir rol oynar (Zimmerman vd., 2010).

3.1.1.2.Afet Sırasında Sosyal Hizmet Uygulamaları

Afet anında sosyal hizmet uygulamaları, felaketi yaşayan bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sunulan çeşitli hizmetler içerdiğinden, özellikle kritiktir. Afetlerde insanlar, evsiz kalmak, gıda, su ve temel ihtiyaçlarının karşılanmaması, sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar gibi bir dizi zorlukla karşılaşabilirler. Sosyal hizmet uzmanları, afetzedelere yardım etmek ve bireylerin bu süreçte ihtiyaç duydukları kaynaklara ulaşmalarına destek olmak için çeşitli roller üstlenebilirler. Bu kapsamda, sosyal hizmet uzmanları, afetzedelere güvenli barınma imkanları sunarak, acil konaklama ihtiyaçlarını karşılamak için çaba sarf edebilirler. Gıda, su, temizlik malzemeleri gibi temel ihtiyaçları karşılamak üzere dağıtım programları düzenleyerek, afetzedelere yardımcı olabilirler. Afetzedelerin sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmak için geçici sağlık merkezleri kurabilir ve tıbbi yardım sağlayabilirler. Afetin yol açtığı stres, kayıp ve travmayla başa çıkmak için ruhsal destek ve danışmanlık hizmetleri sunarak, psikososyal yardım sağlayabilirler. Sosyal hizmet uzmanları, afet anındaki acil ihtiyaçlara yönelik pratik çözümler sunarken, uzun vadeli toparlanma sürecinde de psikososyal destek aracılığıyla, toplumların dayanıklılığını artırma görevini üstlenirler (Ali vd., 2014).

Afet sırasında, sosyal hizmet uzmanları acil durumlarda çocuk ve ailelere yönlendirme yaparak karar vermelerine rehberlik edebilirler. Aynı zamanda tıbbi, yasal ve psikososyal yardımın nerede bulunacağı ve acil durum müdahalelerinin nasıl gerçekleştirileceği konusunda bilgilerin yayılmasında önemli bir rol oynayabilirler (Ali vd., 2014). İnsanların panikledikleri ve temel güvenlik duygularını kaybettikleri bir noktada, sosyal hizmet uzmanlarının çabaları belirsizlik içindeki bireylere bilgi sunmak, ihtiyaçlarına yönelik hizmet vermek ve kaynaklarla buluşturmak açısından önemli bir kaynaktır. Örneğin, Canberra yangınında sosyal hizmet uzmanları, acil telefon hatları oluşturarak, bölge halkına tahliye, barınma alanları gibi bilgileri zamanında ileterek etkili

bir rol oynamışlardır. Sosyal hizmet uzmanlarının, afetin ilk etkilerini atlatmada kritik önemde olan bu özverili çalışmaları, insanların acil ihtiyaçlarına etkili ve hızlı bir şekilde yanıt verilmesini sağlamıştır. Özellikle yangın evlere ulaşmadan önce, insanların tahliye edilmesi ve güvenli bölgelere yerleştirilmesi gibi acil durum eylemlerinde sosyal hizmet uzmanları, çağrılara cevap vermiş ve bu süreçte etkin roller üstlenmişlerdir. Sosyal hizmet uzmanlarının bu çabaları, afetten etkilenen bireylerin, ailelerin ve toplulukların dayanıklılığını artırmaya yardımcı olmuştur (Alston vd., 2019).

3.1.1.3. Afet Sonrası Sosyal Hizmet Uygulamaları

Afetlerden etkilenen topluluklar, iyileşme sürecinin zaman alıcı olduğu bir dizi zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bu zorluklar arasında hasarlı altyapı, yerinden edilme, sosyal ve ekonomik faaliyetlerde aksama, travma, sağlık komplikasyonları, geçim kaynaklarının yok olması gibi önemli kayıplar bulunmaktadır (Paton ve Johnston, 2015).

Afet sonrası dönemde, acil durum veya kurtarma aşaması ile iyileştirme veya yeniden inşa etme şeklinde sıralanabilen aşamalar tanımlanmaktadır (Bliss, 2010).

Acil durum veya kurtarma aşamasında, arama ve kurtarma, tıbbi yardım, güvenli suya erişim sağlama, barınma ve gıda temini, vefat edenlerin defin işlemleri ve hayatta kalanlarla iletişim kurma gibi bir dizi faaliyet, acil durum çalışanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu aşama, doğrudan hayat kurtarma ve temel ihtiyaçların karşılanması üzerine odaklanır ve felaketin ilk etkileriyle başa çıkmayı amaçlar.

İyileştirme veya yeniden inşa etme aşamasında ise, toplulukların uzun vadeli iyileşme sürecine yönelik çabalar öne çıkmaktadır. Bu aşamada, hasarlı altyapının onarılması, yerinden edilenlerin güvenli alanlara yerleştirilmesi, ekonomik canlanma projeleri, psikososyal destek hizmetleri ve topluluk dayanışması gibi faktörler ön plandadır. Sosyal hizmet uzmanları, özellikle bu aşamada, toplulukların daha sürdürülebilir bir şekilde iyileşmelerine ve güçlenmelerine yardımcı olacak çeşitli stratejiler geliştirebilirler.

3.1.2. Mikro, Mezzo ve Makro Düzlemde Afet ve Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet uzmanları, çocuk, ergen, aile, engelli, yaşlı, hasta, suçlu gibi birçok farklı başvuru grubuna yönelik mesleki faaliyetler sunmaktadır. Hangi alanda çalışıyor olurlarsa olsunlar, uzmanların perspektifleri geniştir ve mikro-mezzo-makro boyutlarda mesleki müdahaleler gerçekleştirirler (Turan, 2009). Sistem ve ekolojik yaklaşımlar aracılığıyla, bireyi içinde bulunduğu tüm sistemler içerisinde inceleyerek sorunları çok boyutlu bir şekilde değerlendirirler. Bu nedenle, sosyal hizmet mesleğinin değerlendirme

ve müdahale odakları bireyden başlayarak aile, grup, mahalle ve toplum boyutlarında gerçekleşmektedir (Kılıç Ceyhan, 2023).

Sosyal hizmet uzmanları, bireyin yaşadığı zorlukları anlamak ve çözmek için mikro düzeyde bireysel müdahalelerde bulunurlar. Aynı zamanda, mezzo düzeyde aile ve grup seviyesinde destek sağlayarak, sosyal ilişkileri güçlendirmeye ve toplumsal bağları pekiştirmeye çalışırlar. Makro düzeyde ise, toplumun genel sistemleri içinde değişikliklere katkıda bulunarak, sosyal adaleti ve toplumsal iyileşmeyi hedeflerler. Bu çok boyutlu yaklaşım, sosyal hizmet profesyonellerinin, kişilerin yaşamlarını sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda aileleri, grupları ve toplumlarıyla birlikte ele alarak kapsamlı çözümler geliştirmelerine olanak tanır (Zakour ve Harrell, 2003). Mikro, mezzo ve makro düzeyde müdahale türleri Tablo 1’de özetlenmiştir:

Tablo 1. Afetler ve sosyal hizmet odakları

Boyut	Tanım	Ana Odaklar
Mikro	Birey ve aile temelli uygulamalar	*Bireyin afet etkileriyle başa çıkma kapasitesini artırmak
		*Temel ihtiyaçları (güvenlik, barınma, yiyecek, su) karşılamak
		*Hayatta kalanların yaşam standartlarını artırmaya yardımcı olmak
Mezzo	Mahalleler, akraba grupları, sosyal gruplar	*Bireyleri sosyal destek ağlarına bağlamak
		*Savunmasız grup ve bireyleri desteklemek
		*Yapısal dengesizlikleri ele almak ve dengeyi kurmaya çalışmak
		*Toplulukla ilgili sosyal bağları güçlendirmek
		*Hizmet alt yapısını oluşturmak
Makro	Politika, yönetim, eğitim, afet planlama ve araştırma odaklı hizmetler	*Devamlılığı olan politika ve etkinlik üretmek
		*Topluluklar için risk oluşturan etmenleri belirleme
		*Değişimlerde savunuculuk rolü üstlenme
		*Bölgesel ve uluslararası politika ve uygulamaları şekillendirme

3.2. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi Özelinde Sosyal Hizmet Faaliyetleri

AFAD, afet ve sonraki süreçlerde Türkiye’de yetkili kuruluş olarak hareket etmektedir. Bu kapsamda 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremi sonrasında birçok ilde görev yapan personel ve ekipmanlarını afet bölgesine sevk etmiştir. Arama kurtarma faaliyetlerine hızlı bir şekilde başlanmış ve depremzedelerin gıda, gıda dışı ihtiyaçları ve barınmaları için çadır türü malzemelerin bölgeye hızla sevkiyatı sağlanmıştır. Ayrıca

depremin etkilediği 11 ilde ve kırsal alanlarda, Türkiye’deki tüm bakanlıkların yerel teşkilatlarının kendi görev alanlarına giren çalışmalara hızla başladıkları belirlenmiştir. Bu bilgiler iletişim kanalları aracılığıyla kamuoyuna ulaştırılmıştır (Tapan, 2023).

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, afet ve acil durumlarda hızlı bir şekilde vatandaşların ihtiyaçlarını belirleyip sosyal yardımları sağlayabilmek için Ayni Bağış Depo Yönetimi ve Dağıtım Çalışma Grubu’nu oluşturmuştur. Bu grubun ardından, kendi bünyesindeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları ile Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü personellerinden oluşan Afet ve Acil Durum Sosyal Yardım Ekibi (ASYA) kurulmuştur. ASYA Ekibi, afet bölgelerine hızlı bir şekilde ulaşarak vatandaşların ihtiyaçlarını belirleyip karşılamayı amaçlamıştır (Anadolu Haber Ajansı, 2023). ASYA Ekibi, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremi temelinde başlayan görevlerine odaklanarak, ayni yardımların hızla toplanıp dağıtılması için Kahramanmaraş, Adana, Adıyaman, Malatya, Gaziantep, Osmaniye ve Şanlıurfa illerinde başlangıçta toplam 10 depo oluşturmuştur. Süreç ilerledikçe, depremden etkilenen vatandaşlara yönelik yapılan sosyal yardımların depolanması için çalışmalarda artış yaşanmıştır. Bu çerçevede, deprem bölgesinde mevcut durumda 68 depo bulunmaktadır. Ayrıca, yurt dışından gelen ayni yardımlar için sınır kapılarında da 17 depo yer almaktadır. Deprem bölgesinde gıda, kişisel hijyen, giyim ve temizlik gibi temel ihtiyaçların bulunduğu çadırlarda toplam 203 sosyal market oluşturulmuş ve zaman içinde market sayısında artış meydana gelmiştir. Ayrıca, bu marketlere ulaşmakta zorluk çeken vatandaşlar için 5 gezici sosyal market ekibi harekete geçmiştir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023a)

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın deprem bölgesinde risk altındaki gruplara yönelik yaptığı çalışmalarda; öncelikle kurum bakımı hizmeti verdiği çocuk, yaşlı, engelli ve kadınların güvenli alanlara nakledilmesi sağlanmıştır. Ayrıca, deprem bölgesindeki kuruluşlarda misafir edilen 533 yaşlı ve 1133 engelli bireyin güvenli yerlere tahliye edildiği, çadırlarda barınan ve bakıma ihtiyacı olduğu belirlenen 206 yaşlı ve 546 engelli bireyin de farklı illerdeki kuruluşlara nakli sağlanmıştır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023b).

Yukarıdaki hizmetlere ek olarak, yaşanan afet sonrasında 1341 kişilik Afet Acil Sosyal Yardım ve 4466 Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı (SYDV) ekibi bölgeye yönlendirilmiştir. Vatandaşların acil ihtiyaçları için SYDV’ye 1,85 milyar TL bütçe aktarılmıştır. Ayrıca, ulusal ve uluslararası olmak üzere, toplamda 88 aynî bağış deposu kurulmuştur. Deprem bölgesinde 300 sosyal market ve 14 mobil sosyal market aracı faaliyete geçirilmiştir. Ayrıca bölgede psikolojik destek programları ve psikoeğitimler düzenlenmiştir. Kadınlar ve çocuklar için çeşitli sosyal faaliyetler ve etkinlikler

gerçekleştirilmiş ve Kadın Kooperatifleri İş Atölyesi adı altında sosyal alanlar oluşturulmuştur. Engelli ve yaşlı vatandaşlar içinde çeşitli faaliyetler yürütülmüştür. Deprem sonrasında öncelikle 1290 vatandaş yatılı bakım kuruluşlarına yerleştirilmiştir. Depremden etkilenen engelli bireyler için de 6 Mola Evi hizmete açılmıştır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024). Ayrıca, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri tarafından toplam 8 bin 615 tır ile gelen yardımlar, 32 bin 264 seferle vatandaşlara dağıtılmış, ek olarak Kahramanmaraş İli genelinde toplam 111 milyon 77 bin 833 öğün yemek dağıtımı gerçekleştirilmiştir. Konteynırlarda kalan 11 bin 914 kişiye de “Esen Kart” dağıtımı yapılmıştır.

3.3. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi Özelinde Gençlere Yönelik Sosyal Hizmet Faaliyetleri

Afet sonrası gençler için ruhsal destek, eğitim kayıplarının telafisi, ekonomik yardım, kariyer planlaması, sosyal etkinlikler, sağlık programları ve teknoloji desteği gibi çalışmalar yürütülmesi önerilmektedir (Genç Hayat Vakfı [GHV], 2024). Bu adımlar, gençlerin yaşadıkları zorlukları aşmalarına ve iyilik hallerini güçlendirmelerine yardımcı olabilir. Bu kapsamda 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminin ardından çeşitli devlet kurumları tarafından gençlere yönelik gerçekleştirilen bazı hizmetlere aşağıda yer verilmiştir (Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği [TMMOB], 2023; Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023):

- Yükseköğretim Kurulu (YÖK), Adıyaman, Hatay, Kahramanmaraş ve Malatya’daki üniversitelerde öğrenim gören öğrencilere diğer devlet üniversitelerinde özel öğrencilik hakkı ve kayıt dondurma imkanı sağlamıştır. 30 Mart 2023’ten itibaren öğrencilere yüz yüze eğitim ve bahar dönemi ara sınavları çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS)’da deprem bölgeleri için ek kontenjan ayrılmıştır.
- Depremi ardından üniversitelerde yüz yüze eğitime ara verilmiş ve eğitim uygulamaları çevrimiçi olarak yürütülmüştür. Bu nedenle yurtlar kayıtlı öğrencilere hizmet verememiştir. Bunun üzerine 81 ilde nöbetçi yurt uygulaması başlatılarak, tıp, diş hekimliği gibi fakültelerde yüz yüze eğitimlerine devam etmek zorunda olan öğrencilere barınma imkanı sağlanmıştır.
- 2023-2024 eğitim öğretim döneminde Kredi ve Yurtlar Kurumuna bağlı yurtlara yerleştirme süreçlerinde depremzede öğrencilere özel istisnai düzenlemeler yapılmıştır. Depremden etkilenen gençlere destek olacak kapsamlı tedbirler alınmıştır.

- 59,145 yükseköğrenim öğrencisinin öğrenim kredileri bursa dönüştürülmüştür. Üniversiteye ödenen harçlar için destek verilmiştir.
- Evlenecek olan gençlere 2 yıl geri ödemesiz 150 bin tl faizsiz kredi desteği sağlanmasına karar verilmiştir (Anadolu Haber Ajansı,2024).



4. PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR

4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

4.1.1. Tanım ve Tanı Kriterleri

Travmatik deneyimler ve bu deneyimlerin insan psikolojisi üzerindeki etkileri, günümüzde ruh sağlığı alanında sıkça araştırılan ve önemsenen konular arasında yer almaktadır. Depremler, harpler, kazalar ve doğal felaketler gibi çeşitli olaylar sonrasında yapılan araştırmalar, bu olayların insanlar üzerinde hem kısa hem de uzun vadede ciddi etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle II. Dünya Savaşı ve Vietnam Harbi sonrasında gerçekleştirilen çalışmalar, travma araştırmalarının başlangıcını oluşturmuştur. Savaşa katılan askeri personeller üzerinde gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar, savaşa katılan bireylerin zamanla benzer semptomlar geliştirdiğini ve savaşın ciddi psikolojik sonuçlarının hem kısa hem de uzun vadeli yaşandığını göstermektedir. Travma sonrası stres tepkileri, tanı kategorilerinde ilk kez Vietnam Harbi sonrasında yer almıştır. Bu savaştan dönen askeri personellerde gözlenen belirtiler, DSM-III tarafından “Travma Sonrası Stres Bozukluğu” olarak tanımlanmıştır (Trimble, 2013).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), DSM-5 (2013)’te aşağıdaki tanı ölçütleriyle belirtilen bir durumdur:

A. Bireyin gerçek veya göz korkutucu bir şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşması veya cinsel saldırıya uğramasıyla ilişkilendirilebilecek bir veya daha fazla yolun mevcut olması gereklidir:

- 1- Doğrudan maruz kalma veya olayın içinde bireyin doğrudan yer alması.
- 2- Başkalarının başına gelen olayları bireyin doğrudan gözlemlemesi.
- 3-Bir aile üyesinin veya yakın bir arkadaşın ölümü veya ölüm riskiyle ilişkili olayları öğrenme. Bu olaylar şiddet veya kaza sonucunda meydana gelmiş olmalıdır.

4-Örseleyici olayların ayrıntılarıyla, tekrarlayıcı veya aşırı düzeyde karşılaşma. Örneğin, ceset toplama görevlileri, sürekli olarak ölüm ve şiddetin ayrıntılarıyla karşılaşmaktadır, polis memurları, çocuk istismarı gibi travmatik olayların ayrıntılarıyla sık sık karşılaşabilirler, acil sağlık hizmetleri çalışanları, kaza veya şiddet mağdurlarının yaralanma ve acı dolu durumlarıyla sık sık karşı karşıya gelirler, gazeteciler, olay yerlerindeki şiddet veya felaketlerle ilgili ayrıntıları sürekli olarak rapor etmek zorunda kalabilirler, psikologlar veya terapistler hastalarıyla gerçekleştirdikleri terapi süreçlerinde kişisel travmaların ayrıntılarına sıklıkla maruz kalabilirler.

Not: Bu olaylarla elektronik medya, televizyon, sinema veya görseller aracılığıyla karşılaşıldığında, bu tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay(lar) sonrasında başlayan ve örseleyici olaylarla ilişkili olarak istemsiz olarak gelen aşağıdaki belirtilerden biri (veya daha fazlası) bulunmalıdır:

1-Örseleyici olayların tekrar eden, istemsiz ve sıkıntı veren anıları.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olayları içeren oyunlar veya bu olayların bazı yönlerinin yinelemeli şekilde dışa vurulabileceği görülebilir.

2-Örseleyici olaylarla ilişkili, tekrarlayan sıkıntı veren rüyalar veya düşler.

Not: Çocuklar korku dolu düşler görebilirler, ancak içerik belirsiz olabilir.

3-Örseleyici olayların tekrar oluyormuş gibi hissedildiği veya davranıldığı çözümlenme (disosiyasyon) tepkileri (örneğin, geçmişe dönme). Bu tür tepkiler belli bir sıklıkta ortaya çıkabilir ve en aşırı haliyle çevrede olup bitenlerin tam olarak farkında olunmaması şeklinde olabilir.

Not: Çocuklar oyun sırasında travmayla ilişkili canlandırmalar yapabilirler.

4-Örseleyici olayları sembolize eden veya çağrıştıran iç veya dış uyaranlara karşı yoğun veya uzun süreli ruhsal sıkıntı yaşama.

5-Örseleyici olayları sembolize eden veya çağrıştıran iç veya dış uyaranlara karşı belirgin fizyolojik tepkiler gösterme.

C. Belirli bir örseleyici olaydan sonra ortaya çıkan sürekli bir kaçınma durumuyla ilişkilendirilebilecek aşağıdakilerden biri veya her ikisi bulunmalıdır:

1-Örseleyici olaylarla ilgili veya yakından ilişkili sıkıntı veren anıları, düşünceleri veya duyguları düşünmekten/hatırlamaktan kaçınma veya bunlardan kaçınma çabaları.

2-Örseleyici olaylarla ilgili veya duygusal tepkilere yol açan dış hatırlatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma veya bunlardan kaçınma çabaları.

D. Belirli bir örseleyici olaydan sonra başlayan veya kötüleşen olumsuz bilişler ve duygu durumunda aşağıdakilerden en az ikisi olmalıdır:

1-Örseleyici olayın önemli bir yönünün hatırlanamaması (özellikle disosiyatif amneziye bağlı olup baş yaralanması, alkol veya madde kullanımıyla ilişkili değildir).

2-Kendi, başkaları veya dünya hakkında sürekli ve abartılı olumsuz inançlar veya beklentiler (örneğin, “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilmez”, “Dünya tamamen tehlikeli bir yer”, “Tüm sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).

3-Örseleyici olayların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak kendini veya başkalarını suçlama eğilimi gösteren sürekli, çarpık bilişler.

4-Sürekli olumsuz duygu durumu (örneğin, korku, dehşet, öfke, suçluluk veya utanç).

5-Önemli etkinliklere karşı ilgi veya katılımda belirgin azalma.

6-Başkalarından kopma veya başkalarına yabancılaşma hissi.

7-Sürekli olarak olumlu duyguları (örneğin, mutluluk, tatmin veya sevgi) deneyimleyememe.

E. Belirli bir örseleyici olaydan sonra başlayan veya kötüleşen örseleyici olaylarla ilişkili uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişikliklerin aşağıdakilerden en az ikisiyle ilişkili olması gerekmektedir:

1-İnsanlara veya nesnelere yönelik sözel veya sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (çok az bir provokasyona veya hiçbir provokasyona karşı).

2-Kendine zarar verme veya tehlikeli davranışlarda bulunma eğilimi.

3-Sürekli tetikte olma durumu.

4-Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

5-Odaklanma güçlükleri.

6-Uyku bozuklukları.

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

G. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal işlevsellikte düşüşe neden olmalıdır.

H. Bu bozukluğun bir maddenin (alkol, ilaç vb.) kullanımının veya genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkileriyle açıklanamaması gerekmektedir.

4.1.2. Epidemiyoloji

Genel olarak bir travma birey için ne kadar ağır yaşanır ve uzun sürerse, TSSB geliştirme olasılığı da o kadar artar. Ağır savaşlarda hayatta kalanların dörtte biri ve savaşta tutsak olanların üçte ikisi risk altındadır. Yangın, deprem, sel gibi doğal afet yaşayanların semptom geliştirme olasılığı daha düşük olup, bu bireylerin TSSB geliştirme oranı %9 olarak değerlendirilmektedir. Yaşı ilerlemiş olan yetişkinler genç yetişkinlere göre daha az semptom geliştirir. Ayrıca bu bozukluğun kadınlarda görülme oranı erkeklere göre daha yüksektir (Morrison, 2014).

4.1.3. Klinik Özellikler

Literatürde travma sonrası stres bozukluğunun 3 klinik göstergede seyrettiği belirtilmektedir:

1-Travmatik olgunun tekrar deneyimlenmesi

Travmatik bir olaya maruz kalma sonrası ortaya çıkan belirtiler arasında, tekrarlayan imgeler, düşünceler ve kabuslar ve bunların yanı sıra fizyolojik belirtiler de bulunabilir. Davranışsal yeniden deneyimleme, farklı şekillerde kendini gösterebilir ve en spesifik semptom flashback olarak adlandırılan yeniden deneyimleme durumunu içerebilir. Daha ciddi vakalarda, yeniden deneyimleme anı sırasında disosiyatif belirtiler, taşikardi, dispne, terleme gibi panik atak belirtileri ve ajitasyon veya agresyon eşlik edebilir (Avşar, 2022).

2- Kaçınma davranışları

Travmatik bir olayın hatırlatıcılarından kaçınmak, kişinin olaylardan, diyaloglardan, insanlardan, aktivitelerden ve mekanlardan tamamen kaçınma eğilimini ifade eden bir tepkidir. Kaçınma tepkileri, kişinin meydana gelebilecek anksiyeteden ve olumsuz düşüncelerden korunmaya çalışması nedeniyle meydana gelir, böylece bireyin travmatik olayın etkisinden kaçınmasına yardımcı olabilir. Künt duygulanım, anhedoni ve geleceğe yönelik olumsuz bilişler gibi semptomlar da bu kategoriye dahil edilir (Yehuda vd., 2015).

3- Aşırı uyarılmışlık

Travmatik bir olay sonrası ortaya çıkan semptomlar arasında, özellikle uyku problemleri sıkça görülür. Bu problemler, uykuya dalmakta ve uykuya devam etmekte güçlük çekmek şeklinde ortaya çıkabilir ve gece boyunca sık sık uykuda bölünmeler meydana gelebilir. Uyku bozukluklarının, klinik çalışmalarda giderek artan bir oranda gözlemlendiği belirtilmektedir. Ayrıca, dikkat dağınıklığı, sinirlilik, sürekli gerginlik ve irkilme durumları da sıklıkla görülebilir. Daha şiddetli vakalarda öfke patlamaları da eşlik edebilir (Davidson, 2000).

4.1.4. Tedavi

Tedavide, farmakoterapi ve psikoterapi olmak üzere iki ana yöntem kullanılmaktadır. Hafif olgularda öncelikle psikoterapi tek başına denenebilir ve hasta değerlendirildikten sonra uygun yöntem belirlenir. Yapılan çalışmalar, kombine tedavinin en etkili tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir (Delahanty vd., 2003). TSSB tedavisinde, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ilk tercih edilen ilaçlardır. Yetişkinler için FDA onaylı olan Sertralin ve Paroksetin, bu ilaç sınıfının örnekleridir. Ancak, çocuklar ve ergenlerde bu ilaçların etkinliği henüz kanıtlanmamıştır. Daha ciddi vakalarda, uyku kalitesini arttırmak

için Olanzapin ve iritabilite ile kaygıyı azaltmak için Risperidon tedavisi seçenekler arasındadır (Sabuncuoğlu, 2003).

4.2. Majör Depresif Bozukluk

4.2.1. Tanım ve Tanı Kriterleri

Duygudurum bozuklukları, haftalar hatta aylar boyunca sürebilen ve kişinin işlevselliğinde belirgin bir değişiklik meydana getiren, genellikle dönemsel ya da döngüsel olarak tekrarlayan belirti ve semptom kümelerinden oluşan bir sendromdur. Bu sendromlar, genellikle belirtiler arasında ortaklık gösterir ve insanların duygu durumlarını etkileyerek yaşam kalitelerini azaltabilir (Rihmer ve Anghst, 2007).

Depresyon, genellikle kişinin eski aktivitelerinden ve keyif aldığı durumlardan zevk alamama ve ilgisinin kaybolması gibi belirtilerle kendini gösteren, çökkünlük, karamsarlık, keder ve elem duygularıyla seyreden bir duygudurum bozukluğudur. Bu bozukluk, kişinin zihinsel ve fiziksel alanda enerji seviyelerinde azalmaya neden olur ve psikomotor ajitasyon, bilişsel yavaşlama ve işlevsellikte azalma gibi belirgin semptomlarla kendini gösterir (Işık vd., 2013).

Majör depresif bozukluk (MDB) veya tek uçlu depresyon, en sık karşılaşılan duygu durum bozukluğudur ve tek bir nöbet ya da tekrarlayan nöbetler şeklinde görülebilir. Tek bir nöbetle seyreden tipinde, hastalık süreci uzun bir zaman dilimine yayılabilir ve iki yıla kadar veya daha uzun sürebilir. Akut dönemlerin seyri çoğu hasta için iyi sonuç verse de, MDB geçiren üç hastadan birinde yaşam boyu tekrarlamalar görülür ve nöbetler arasında da değişen derecelerde kalıntı semptomları gözlenebilir (Işık vd., 2013).

Majör (Yeğin) Depresyon Bozukluğu DSM-5 (2013)'te aşağıdaki tanı ölçütleriyle belirtilen bir durumdur:

A-Majör depresif bozukluk tanısı için aşağıdaki belirtilerden en az beşinin aynı iki haftalık bir dönem boyunca var olması ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik gözlenmesi gerekmektedir. Bu belirtilerden en az biri, ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almama durumudur.

1-Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde mevcuttur ve bu durum ya kişinin kendisi tarafından bildirilir (örn. üzüntülü, boşlukta hissetme veya umutsuz hissetme) ya da başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünüm).

2-Tüm veya neredeyse tüm aktivitelere ilgi belirgin bir şekilde azalmış veya bunlardan keyif almama durumu, hemen hemen her gün, günün önemli bir kısmında mevcuttur (birincil anlatıma veya gözleme dayalı olarak tespit edilir).

3-Diyet yapmamışken kilo kaybı veya kilo alma (örneğin, bir ay içinde ağırlığının %5'ten daha fazla değişmesi) veya neredeyse her gün yeme isteğinde azalma veya artma.
Not: Çocuklarda gözlenen kilo alımı da dikkate alınmalıdır.

4-Hemen hemen her gün, ya uykusuzluk ya da aşırı uyuma

5-Neredeyse her gün, hızlı konuşma, hareketlerde artış veya yavaşlama gibi başkaları tarafından gözlemlenebilen ajitasyon ya da yavaşlama durumları ile karşı karşıya kalma. Bu durumlar sadece öznel olarak algılanan huzursuzluk veya yavaşlama hissi değil, aynı zamanda gözlemci tarafından da fark edilebilir bir şekilde gerçekleşmelidir.

6-Hemen hemen her gün, enerji düşüklüğü gibi bitkinlik veya içsel gücün tükenmesi durumları ile karşı karşıya kalma.

7-Neredeyse her gün, değersiz hissetme veya gerçekçi olmayan suçluluk duyguları yaşama durumları ile karşı karşıya kalabilir. Bu durumlar, sadece hastalığından dolayı kendini suçlama veya kınama şeklinde değil, aynı zamanda sanrısız nitelikler de taşıyabilir.

8-Hemen hemen her gün, öznel olarak düşünme veya odaklanma zorluğu çekme, ya da başkalarınca gözlemlenebilen kararsızlık yaşama durumları ile karşı karşıya kalma

9-Yineleyici ölüm düşünceleri, sadece ölüm korkusu ile sınırlı olmayıp, özgün eylem planlamadan tekrarlanan kendini öldürme (intihar) düşünceleri veya kendini öldürme girişimi veya kendini öldürmek üzere özel bir eylem planı yapma durumları şeklinde ortaya çıkabilmektedir.

4.2.2. Epidemiyoloji

MDB, her yaşta görülebilen bir hastalık olmakla birlikte, orta yaşlarda ve özellikle 40-50 yaşları arasında daha sık görülmektedir. Kadınlarda, erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha fazla görülür. Yaklaşık her 4 kadından biri ya da her 8-10 erkekten biri yaşamları boyunca MDB geçirirler. Bu kişilerin %50-75'inde, hastalığın bir veya birden çok tekrar etme olasılığı vardır ve bazı durumlarda tekrar etme olasılığı %85'e kadar yükselebilir (Işık vd., 2013).

4.2.3. Klinik Özellikler

Hastaların duygu durumları çökkündür ve kendilerini değersiz hissederler. Günlük rutin işlerini yapmak için motivasyonları azalmıştır ve yaşamaktan veya herhangi bir aktiviteden keyif almazlar. Uyku ve iştahları azalır. Hayatın anlamı yokmuş gibi hissederler, yaşamak ağır bir yük haline gelir ve geleceğe umutsuzca bakarlar. Bazı

vakalarda semptomlara anksiyete, irritabilite hatta ajitasyon da eklenebilir. Apatik hastalarla iletişim kurmak zor olabilir ve genellikle öz bakımları azalır. Daha ciddi vakalarda, psikotik belirtiler ve intihar düşünceleri de görülebilir (Black ve Blum, 2014).

4.2.4. Tedavi

Tedaviye başlandığında, majör depresif bozukluğun semptomlarında gerileme gözlenmesi beklenir. İlaç tedavisi genellikle en az bir yıl süresince devam ettirilir ve genellikle iki yıllık süreyi tamamlamak hedeflenir. Bu tedavi süreci, semptomların tamamen ortadan kalkması ve hastaların iyilik halinin sürdürülmesi amacıyla uzun bir süreyi içerir. Ayrıca Bilişsel Davranışçı Terapilerin (BDT), majör depresif bozukluklar üzerinde oldukça etkili olduğu belirtilmektedir (Karamustafalıoğlu, 2018).

4.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

4.3.1. Tanım ve Tanı Kriterleri

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), uzun süreli bir psikiyatrik tanıdır ve kişinin günlük hayatını önemli ölçüde etkileyen, sürekli bir gerginlik durumu ve kötü bir şeyler olacağı korkusuyla seyreden bir durumu ifade eder. Bu bozukluk, genellikle sürekli endişe ve kaygı durumlarının yaşandığı, kontrolden çıkma hissinin ve huzursuzluğun baskın olduğu bir tabloyu içerir (Bayraktar, 2006).

YAB, genelde gözden kaçan ve gereğince tanınmayan bir ruhsal bozukluktur. Bu bozukluk, hastaların genellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına ve psikiyatri dışı hekimlere başvurmaları nedeniyle aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu olarak da nitelendirilebilir. Klinisyenler ise, çoğu zaman hastalığın ciddiyeti ve kronik seyri hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilirler. YAB, yalnızca “endişeli” olma durumundan ibaret değildir; anksiyete her zaman var olan bir duygudur. Hastalar, genellikle sürekli bir endişe ve gerginlik hissiyle baş etmek zorunda kalırlar. Bu durum, günlük yaşantılarını önemli ölçüde etkileyebilir ve işlevselliklerini azaltabilir (Balcıoğlu ve Ünsalver, 2014).

Yaygın anksiyete bozukluğu DSM-5 (2013)’te aşağıdaki tanı ölçütleriyle belirtilen bir durumdur:

A) En az 6 ay boyunca, çoğu gün birtakım olaylar veya etkinliklerle (örneğin iş veya okul gibi başarı gerektiren durumlar) ilgili olarak aşırı kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) durumu mevcuttur.

B) Kişi, kaygı ve kuruntularını kontrol etmekte güçlük çeker.

C) Bu kaygı ve kuruntu durumu, aşağıdaki altı belirtiden en az üçü (ya da daha fazlası) ile birlikte görülür (en az altı ay boyunca çoğu gün mevcut olmuş olmalıdır):

1-Huzursuzluk, gerginlik veya sürekli bir endişe durumu,

2-Kolay yorulma,

3-Odaklanma güçlüğü veya zihinsel boşalma,

4-Kolay sinirlenme,

5-Kas gerginliği,

6-Uyku bozuklukları (uykuya dalmada veya uyku sürdürmede güçlük, dinlendirici olmayan bir uyku uyuma).

D)Kaygı, kuruntu veya bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, işle ilgili veya diğer önemli işlevsellik alanlarında düşüşe neden olur.

E)Yaygın anksiyete bozukluğu, bir madde kötüye kullanımı veya bir ilaç kullanımı gibi fizyolojik etkilere veya hipertiroidi gibi başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

F)Bu bozukluk, panik bozukluğunda panik ataklarına ilişkin kaygı veya kuruntular, toplumsal kaygı bozukluğunda olumlu olmayan değerlendirme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma veya diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda ayrılmaktan kaynaklanan endişe, travma sonrası stres bozukluğunda travmatik olguların hatırlatıcıları, anoreksiya nervozada kilo artışı, bedensel belirti bozukluğunda bedensel şikayetler, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda ciddi bir hastalığa sahip olma veya şizofreni veya sanrısız bozuklukta sanrısız inançlar gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Köroğlu, 2014).

Yukarıda sunulan bilgiler ışığında, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konulan bir bireyin, bu bozukluğun diğer ruhsal bozukluklardan farklı olduğu ve belirtilerinin diğer bozukluklar tarafından daha iyi açıklanamayacağı anlaşılır.

4.3.2. Epidemiyoloji

Yaygın anksiyete bozukluğu genellikle 30 luy yaşlarda başlar. YAB olan hastalar yıllarca bir klinisyenden destek almadan semptomatik bir şekilde yaşar. Bunun sebebi belki de YAB'deki zarar derecesinin genelde çok ciddi seviyelerde olmamasıdır. YAB'nun görülmesinde genetik faktörler önemli rol oynamaktadır. Genel yetişkin nüfusta yaşam boyu görülme oranı %9 olup, diğer kaygı bozukluklarında olduğu gibi kadınlarda daha fazla görülmektedir (Morrison, 2014).

4.3.3. Klinik Özellikler

Yaygın anksiyete bozukluğunun, kronik ve tekrarlayıcı bir seyri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, hastalığın tamamen iyileşme ve hayat boyu hastalıksız dönemlerin oranı oldukça düşüktür. Bu bulgular, YAB'nun prognozunun olumsuz olduğunu düşündürmektedir. Uzun süreli çalışmalar, hastaların çoğunun yıllar sonra bile şikayetlerinin hala devam ettiğini ve neredeyse yarısının işlevsel olarak yetersiz olduğunu göstermektedir. Ancak, her bireyin deneyimi farklı olabilir ve tedavi süreçleri değişkenlik gösterebilir (Nutt vd., 2001).

4.3.4. Tedavi

Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde, öncelikli olarak bireyin ruhsal belirtileri, duygusal durumları, tepki kalıpları ve eşlik eden inançları kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Ayrıca, uyarılmışlık düzeyi, kas tonusu ve otonom sinir sistemiyle ilişkili belirtilerin varlığı da titizlikle göz önünde bulundurulmalıdır (Tutkun ve Özdemir, 2004).

Psikolojik müdahaleler, güven sağlama, bedensel belirtilerin ortaya çıkış düzeninin açıklanması ve çatışmaların belirlenmesini içermektedir. Hastalığın kronik seyri nedeniyle, baş etme mekanizmalarının kazandırılması, ilaç kullanım oranlarının azaltılmasıyla hem bireyin hem de toplumun üzerindeki maliyetin düşmesi hedeflenir. Bununla birlikte, bu hastaların hayat kalitelerini iyileştirecek ilaçlara olan ihtiyaçlarının göz ardı edilerek sadece psikolojik tedavilere yönelmenin hastalara zarar verebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Balcıoğlu ve Ünsalver, 2014).

Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireyler, çözümü belirli olan sorunlarla birlikte belirsizlik içeren sorunlara yönelik endişeler de taşımaktadırlar. Anksiyete duyarlılığı, anksiyeteyle ilişkili duyumların yanlış yorumlanmasını içerir ve yaygın anksiyete bozukluklarının bilinen bir öncülüdür. Hastalar, bazı fizyolojik belirtilerin hastalıktan kaynaklandığını düşünebilirler. Araştırmalar, düşük ve yüksek yoğunlukta yapılan aerobik egzersizin anksiyete duyarlılığını minimize ederek, yaygın anksiyete düzeyini azalttığını göstermektedir (Broman-Fulks vd., 2004).

Nüksü azaltmak ve daha etkili bir tedavi sağlamak için farmakoterapiyle birlikte psikoterapi desteği verilmesinin faydalı olacağı bildirilmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinde uzun dönemde etkinliği kanıtlanmış bir psikoterapi yöntemidir ve sıkça kullanılmaktadır. Olumlu bilişlerin pekiştirilmesi, problem çözme teknikleri, gevşeme ve nefes egzersizleri gibi yöntemler

de bu terapi içeriğinde bulunan ve bu bozukluk için faydalı olabilecek tekniklerdendir (Kara, 2014).

4.4. Somatik Bozukluklar

4.4.1. Tanım ve Tanı Kriterleri

Somatizasyon, psikolojik rahatsızlıkların somatik semptomlar yoluyla ifade edilmesi olarak tanımlanabilir. Bebeklik döneminde, sözlü iletişim olmadığından somatizasyon, normal bir iletişim şekli olarak kullanılırken, dilin gelişimiyle birlikte sözlü ifadeye dönüşmektedir. Somatizasyon, beden ve zihin etkileşiminin derinden hissedildiği bir alandır ve biyolojik, bilişsel, psikodinamik ve kültürel faktörler somatizasyonun ortaya çıkışında ve devam etmesinde rol oynar. Fiziksel bir hastalıkla açıklanamayan ve somatik olarak deneyimlenen belirtilerin insanlık tarihinden bu yana mevcut olduğu bildirilmektedir (Lipowski, 1988).

Somatik semptom bozukluğu, yaşam kalitesinin düşmesine ve işlev kaybına yol açarken, sağlık hizmetlerine harcanan maliyeti de artırmaktadır. Somatizasyon, bir psikolojik bozukluğun belirtisi olarak ortaya çıktığında, hastaların biyopsikososyal bütünlük içinde ele alınması kaçınılmaz hale gelir (Morabito vd., 2020).

Somatik bozukluklar DSM-5 (2013)'te aşağıdaki tanı ölçütleriyle belirtilen bir durumdur:

1-Kişide bir veya daha fazla somatik belirti mevcuttur. Bu belirtiler ciddi rahatsızlık yaratır ve kişinin günlük yaşamını etkiler.

2-Kişi, söz konusu belirtilerle ilgili sürekli olarak aşırı düşünce, endişe ve belirtiyeye odaklanma durumu yaşar.

3-Belirtilerin süresi en az 6 aydır. Bu süre boyunca belirtiler devam etmektedir, ancak sürekli aynı belirtiler olması gerekmez.

4-Kişi, belirtilerin varlığına rağmen tıbbi olarak açıklanamayan belirgin bir hastalık ya da fiziksel durum yoktur.

5-Belirtiler, psikolojik etkileşimlerin veya etkinliklerin sonucu olarak ortaya çıkar. Bu belirtiler genellikle strese, kişisel çatışmalara veya yaşam olaylarına tepki olarak ortaya çıkar.

6-Belirtiler, kişinin aşırı düşünce ve davranışlarının bir sonucu olarak devam eder. Bu düşünceler ve davranışlar, belirtilerin ciddiyetini artırabilir ve kişinin sosyal, iş veya diğer önemli alanlarda sorun yaşamasına neden olabilir.

7-Belirtiler, kas veya sinir sistemi bozuklukları gibi somatik bozuklukların açıklanamayacağı şekilde sık sık değişir, yer değiştirir veya şiddetlenir.

8-Bu belirtiler sadece bir başka zihinsel bozukluğun sonucu olarak açıklanamaz.

Somatik belirti bozukluğunun tanısı için yukarıdaki kriterlerin tamamının karşılanması gerekmektedir.

4.4.2. Epidemiyoloji

Somatik bozukluklar genellikle erken yaşlarda yani 10'lu veya 20'li yaşların başında ortaya çıkar ve kişinin tüm yaşamı boyunca sürebilir. Sağlık çalışanları tarafından genelde gözden kaçırılrsa da bu durum kadınların %1'ini etkilemektedir. Her ne kadar oranlar net olmasa da erkeklerin daha az etkilendiği bilinmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinden destek alan hastaların neredeyse %8'inin bu bozukluğa sahip olduğu bildirilmiştir. Bozukluğun aileden aileye geçme eğilimi güçlü olup, bu geçişin hem genetik hem de çevresel olduğu ifade edilmektedir. Somatizasyon bozukluğunun sosyoekonomik ve eğitim durumu düşük olan hastalarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Morrison,2014).

4.4.3. Klinik Özellikler

Somatizasyon bozukluğu, 30 yaşından evvel başlayan ve tekrarlayıcı, çeşitli klinik olarak önemli ağrı, gastrointestinal, cinsel ve psödonörolojik belirtilerle karakterize bir bozukluktur. DSM-5'te ise bu tür bozukluklar “somatik semptom bozuklukları” olarak isimlendirilmiş ve tanı kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır (American Psychiatric Association [APA], 2013).

4.4.4. Tedavi

Somatik semptom bozukluğunun tedavi yöntemi belirlenirken psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi prensipleri genel olarak şu şekildedir: düzenli ve sık aralıklarla yapılan randevularla tekrar başvuruların azaltılması; başlangıçta genel tıbbi değerlendirme yapıldıktan sonra tanısal testlerin kısıtlanması; fiziksel hastalıkların dışlanması konusunda güvence verilmesi; somatik semptomlarla başa çıkma becerilerine yönelik eğitim sağlanması; tam iyileşme yerine işlevselliğin iyileştirilmesi hedeflenmesi (Abbey vd., 2005).

Terapötik ilişki kurulurken hastalara güven verme, empatik dinleme, tanımlama, yüzleştirme, adlandırma ve onaylama gibi beş adımdan oluşan yaklaşımlar kullanılabilir. Ayrıca, somatik semptom bozukluğu olan bireylere psikoeğitim verilmesi önemlidir.

Araştırmalar, beyindeki ağrı yollarını, stresin somatik tepkilerini, egzersiz ve beslenmenin etkilerini içeren bir oturumdan sonra belirtilerde belirgin bir iyileşme olduğunu göstermektedir (Johnson vd., 2020).

Psikoterapiler, somatik semptom bozukluğu olan hastaların tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bu alanda etkinliği en fazla kanıtlanmış yöntemdir. Tedavi genellikle psikoeğitim, sorun çözme becerileri, iletişim becerileri, davranışsal aktivasyon, bilişsel yeniden yapılandırma ve gevşeme egzersizleri gibi unsurları içermektedir (Şafak ve Türkçapar, 2013).

Somatik semptom bozukluğunun tedavisinde psikososyal yaklaşımlar temel tedavi yöntemi olmasına rağmen, farmakoterapi de ek olarak kullanılabilir. Antidepresan ilaçların kullanımı, kılavuzlarda sadece eşlik eden depresif semptomların varlığında önerilmektedir. Farmakoterapinin etki mekanizması, psikoterapilere kıyasla daha az anlaşılmıştır (Kleinstaeuber vd., 2014).

4.5. Hostilite

4.5.1. Tanım ve Tanı Kriterleri

“Hostilite” kavramı çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Chaplin (1982), hostiliteyi başkalarına zarar verme isteği veya öfke duyma eğilimi olarak açıklamıştır. Ayrıca hastalığın duygusal boyutu ele alındığında, “yumuşak kızgınlık veya rahatsız olma durumundan öfke ve gazaplanmaya doğru değişebilen yoğunluklarda duygusal tepkilerin ortaya çıkması ve kızgın olma eğilimi” şeklinde tanımlanmıştır (Spielberger vd., 1985). Başka bir tanıma göre, hostilite genel anlamda bir ya da daha fazla kişiye karşı olumsuz, hoş olmayan bir tutum sergileme veya olaylara karşı uzun vadeli negatif değerlendirmeler yapma durumu olarak ifade edilmektedir (Berkowitz, 1993).

Bilişsel faktörlerin dikkate alındığı bir tanımlamada, hostilite kişinin diğer insanların gözünde değer kaybetmelerini umması, onları suçlu ve kusurlu görmesi, muhalif bir perspektife sahip olması ve diğerlerinin incinmesini veya zarar görmesini dilemesi gibi özelliklere sahip olma durumunu ifade etmektedir (Smith, 1994).

4.5.2. Epidemiyoloji

Sosyolojik çalışmalar, yaşlı bireylerin genç bireylere göre öfke ifade düzeylerinde farklılık olduğunu bildirmektedir. Araştırmalar genellikle yaşlı bireylerin ortalama öfke seviyesinin genç bireylere kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir (Ünüböl ve Sayar, 2020).

4.5.3. Klinik Özellikler

Öfkenin oluşumunda beş farklı boyut ortaya çıkmaktadır. Bilişsel boyut, kişinin kendisini öfkeliendiren durum karşısında hissettiği reddedilme, yetersizlik veya sınırlama düşüncelerini içermektedir. Duygusal boyut, öfke durumunda bireyin sıkıntı ve tükenmişlik hissiyle birlikte yaşadığı duygusal tepkileri ifade etmektedir. Kişilerarası iletişim boyutunda, öfkeliendiğimizde yüz ifademizde değişiklikler, ses tonumuzda farklılaşmalar ve çevremize sözlü veya sözsüz olarak iletmişimiz mesajlarda değişiklikler meydana gelebilmektedir. Algısal boyut, öfke durumunda bireyin yaşamı algılama tarzının değişmesini ifade etmektedir. Davranışsal boyut ise, öfkeliendiğimizde çevremizdeki nesnelere zarar verme veya saldırgan davranışlar sergileme gibi eylemleri içermektedir (Kökdemir, 2004; Ekinci, 2013).

Sürekli öfke halinde olan bir kişi genellikle öfkeli olduğunu kabul etmek istemez ve hatta öfkesini daha da artırır. Bu tür insanlar, öfke kontrolü eksikliği nedeniyle karşılarındaki kişileri incitmekten çekinmezler (Tarhan, 2008).

4.5.4. Tedavi

Öfke kontrolüyle ilgili birçok strateji bulunmaktadır ve doğru strateji bireyden bireye değişebilir. Doğru stratejiyi belirlerken, kişinin kendi karakteristiklerine ve yaşam tarzına uygun olanı seçmesi ve seçtiği stratejiyi günlük hayatında ekstra zorluklarla karşılaşmadan uygulaması önemlidir (Kökdemir, 2004).

Öfkenin kontrol edilmesinde duygusal uyarılma üç adımda gerçekleşir (Kökdemir, 2004).

1-Biofeedback yöntemi: Öfke durumunda vücudun nasıl tepkiler verdiğini anlayarak, fiziksel uyarılmayı azaltmak ve düşünce ile davranışları değiştirmek için öfkeyi bir ipucu olarak kullanmak faydalı olabilir.

2-Alternatif uyarıcıların oluşturulması: Öfke veya fiziksel uyarı yerine zıt bir uyarıcı (örneğin, rahatlama ve mizah) yaratmak için öfkeyi bir ipucu olarak kullanmak gerekmektedir.

3-Uyarının yönlendirilmesi: Öfke deneyimlendiğinde, ortaya çıkan fiziksel uyarılmanın yarattığı enerjiyi üretken bir şekilde kullanabilmek önemlidir. Bu enerji, üretken faaliyetlere dönüştürülebilecek önemli bir kaynak olarak değerlendirilebilir.

Öfkeyi kontrol etmek için kullanılabilecek iletişim tekniklerine yönelik yaşama geçirilmesi gereken bazı stratejiler de bulunmaktadır. (Kökdemir, 2004; Şahin, 1997).

1-İfade etme yeteneği: Duygularını, düşüncelerini ve ihtiyaçlarını açık ve anlaşılır bir şekilde ifade etme becerisi.

2-Empati: Karşısındaki kişinin duygularını, düşüncelerini ve ihtiyaçlarını anlama ve anlayış gösterme becerisi.

3-Çözüm odaklı iletişim: İki taraf arasındaki çatışmayı yapıcı bir şekilde çözme becerisi.

4-Verimli geri bildirim: Yapıcı eleştirileri yapabilme ve kabul edebilme becerisi. Eleştirileri yapıcı bir şekilde iletmek ve eleştirilere açık bir şekilde yanıt verebilmek.

5-Öz değerlendirme: Kişinin kendi davranışlarını objektif bir şekilde değerlendirme ve gerektiğinde değiştirme yeteneği. Bu iletişim becerileri, öfkenin kontrol altına alınmasına ve sağlıklı iletişimin sağlanmasına yardımcı olabilir.

4.6. Olumsuz Benlik

4.6.1. Tanım ve Tanı Kriterleri

Benlik saygısı, psikoloji ve danışmanlık alanlarında en çok çalışılan konulardan biridir. Rosenberg (1965) tarafından yapılan tanıma göre, benlik saygısı bireyin kendisiyle ilgili olumlu ya da olumsuz bir değerlendirmesini ifade eder. Benlik saygısı, yüksek veya düşük olmak üzere iki temel boyutta incelenir. Yüksek benlik saygısına sahip bireyler, kendilerini değerli ve saygıdeğer hissederler. Ancak, bu durum kendini üstün görmek anlamına gelmez. Düşük benlik saygısına sahip bireyler ise kendilerinden memnun değildir ve kendilerini reddederler.

Benlik, bir bireyin kendisini nasıl algıladığına ilişkin bir kavramdır. Bir kişinin benlik algısı, yaşadığı deneyimler ve geçmiş yaşantıları tarafından şekillendirilir. Benlik saygısı ise, bireyin kendine yönelik tutumunu ifade eder. Benlik saygısı düzeyi, bireyin geçmiş deneyimleri ve yaşantılarıyla ilişkilidir. Olumsuz düşüncelerle mücadele eden bireyler genellikle düşük benlik saygısına sahip olma eğilimindedir, oysa olumlu düşüncelerle beslenen bireyler genellikle yeterli veya yüksek benlik saygısına sahip olma eğilimindedir (Hay, 1995).

Benlik saygısı düzeyi, bir bireyin düşünceleri, söylemleri ve eylemleriyle birlikte dünya algısını, başkalarının kendisine bakışını, yaşamla ilgili seçimlerini, sevgi verme ve alma yeteneğini ve gelişim için harekete geçme gücünü etkiler. Benlik saygısı, bireyin kendisine yönelik tutumunu yansıttığı için, kişinin kendini kabul etme, değerli hissetme ve potansiyelini gerçekleştirme konusunda önemli bir rol oynar. Bu nedenle, benlik saygısı düzeyi, bireyin hayatındaki deneyimleri şekillendirme ve değiştirmek için harekete geçme gücünü belirleyen önemli bir faktördür (Sanford ve Donovan, 1984).

Olumsuz benlik algısı, bireyin ruh sağlığı, başarıları ve sosyal ilişkileri üzerinde etkili olan, kendine yönelik olumsuz değerlendirmeler içeren çok boyutlu bir algıdır (Guindon, 2010). Olumsuz değerlendirilme korkusu ise bireyin sürekli olarak olumsuz bir şekilde kendisini değerlendirme eğilimi ve başkaları tarafından eleştirilme endişesi olarak tanımlanabilir (Yıldırım vd., 2011). Bu korku, bireyin kişisel, sosyal, akademik ve iş hayatını olumsuz etkileyebilir (Teachman ve Allen, 2007).

Düşük öz saygının sonucu olarak, bireyler kendilerini bedensel açıdan yetersiz hissedebilir, dış görünüşlerini olumsuz algılayabilir ve hatta suçsuz oldukları durumlarda bile kendilerini suçlayabilirler. Eleştirel bir iç konuşma tarzına sahip olabilirler ve başarı odaklı işlere yönelmede güçlük çekebilirler. Öz saygısı düşük olan kişiler, potansiyellerinin altında bir başarı düzeyi hedeflemeye eğilimlidirler ve bazı etkinliklerden kaçınabilir, sosyal ortamlardan kendilerini geri çekebilirler. Bu durumlar, kişilerarası ilişkilerin gelişimini kısıtlayabilir ve düşük akademik performans, madde kullanımı ve depresyon gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilebilir. Ancak, olumsuz benlik algısı ve düşük öz saygı, terapi ve destek ile ele alınabilir ve olumlu bir yönde değiştirilebilir. Bireyler, kendilerini kabul etme, olumlu düşüncelerle beslenme ve kendi değerlerine uygun davranışları teşvik etme gibi stratejilerle öz saygılarını güçlendirebilirler (Skaalvik ve Hagtvet, 1990).

4.6.2. Epidemiyoloji

Benlik saygısının gelişimi ailede başlar ve anne-baba figürlerinin bireye verdiği değer, benlik saygısının oluşumu için büyük önem taşır. Bir çocuğun benlik saygısı, genellikle ebeveynleri tarafından desteklenen, değer verilen ve önemsenen bir aile ortamında gelişir. Ebeveynler tarafından itilen, değer verilmeyen veya önemsenmeyen bir çocuğun kendisine saygı göstermesi beklenemez. Ailede sağlıklı bir benlik saygısı gelişimi için çocuğun sevgi, kabul ve desteğe ihtiyacı vardır (Yörükoğlu, 1988). Bu kapsamda pozitif bir aile ortamı içinde büyüyen, akranlarıyla olumlu ilişkiler yaşayabilen veya “yüksek statüye” sahip olarak algılanan gruplarla ilişki kuran bireylerin genellikle daha yüksek benlik saygısına sahip oldukları belirtilmektedir (Zimmerman vd., 1997).

4.6.3. Klinik Özellikler

Benlik saygısı ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi açıklayan iki farklı model bulunmaktadır: kırılabilirlik modeli ve yara modeli. Kırılabilirlik modeline göre, düşük benlik saygısı psikolojik rahatsızlıklara yatkınlığı artırır. Öte yandan, yara modeli, kişinin sahip olduğu psikiyatrik rahatsızlıkların benlik saygısının düşmesine neden

olabileceğini öne sürmektedir. Benlik saygısı ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin yönü belirsiz olmakla birlikte, birçok psikiyatrik bozukluk benlik saygısı ile ilişkilidir (Zeigler-Hill, 2011).

4.6.4. Tedavi

Düşük öz saygıya sahip olan bireylerin çeşitli zorluklarla karşılaşabileceği düşünüldüğünde, öz saygının geliştirilmesinin bireylerin olumlu özelliklerini destekleyerek daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı alacağı açıktır. Bu noktada, öz saygının artırılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için altı temel boyuta odaklanmanın önemli olduğu belirtilmektedir. Bu boyutlar; bilinçli yaşama pratiği benimsemek, kendini kabul etmeyi sağlayacak etkinliklere katılmak, kişisel sorumluluklar üstlenmek, özgüveni güçlendirmek, anlamlı bir amaca sahip olmak ve kişisel bütünlüğü korumaktır (Branden, 1994).

Bilişsel davranışçı yaklaşım, ruhsal sorunların rehabilitisinde üç ana ilkeyi benimsemektedir (Dobson ve Dozois, 2001): Zihinsel süreçler, davranışı etkileyen temel faktörlerdir; bu zihinsel süreçler gözlemlenebilir ve değiştirilebilir; istenilen davranış değişikliği, yalnızca zihinsel yapının değişimiyle mümkündür. Bu ilkelerin benlikle ilgili sorunların iyileştirilmesinde kullanımı şu şekilde olabilir:

Kendi duygu ve düşüncelerini fark etme: Birey, içsel süreçlerini tanımak ve anlamak için kendi duygularını ve düşüncelerini fark etmelidir. Bu, duygularını tanımlama, düşüncelerini belirleme ve hangi durumlarda ortaya çıktığını anlama sürecini içerir.

Otomatik düşünceleri tespit etme ve değerlendirme: Birey, otomatik olarak ortaya çıkan düşüncelerini tespit etmeli ve eleştirel bir şekilde analiz etmelidir. Bu, olumsuz düşüncelerin nedenlerini, mantıksız inançları veya bilişsel çarpıtmaları anlama sürecini içerir.

Gerçekçi düşüncelerle değiştirme: Birey, olumsuz düşüncelerini gerçekçi ve olumlu düşüncelerle değiştirmeyi öğrenmelidir. Bu, olumsuz düşüncelerin doğruluğunu sorgulama, alternatif bakış açılarını bulma ve olumlu düşünceleri güçlendirme sürecini içerir.

Olumsuz yargılama ve bilişsel çarpıtmaları fark etme: Birey, stresli durumlarda ortaya çıkan olumsuz düşünceleri ve bilişsel çarpıtmaları fark etmeli ve eleştirel bir şekilde incelemelidir. Bu, aşırı genelleme, kişiselleştirme, felaket senaryoları gibi tipik bilişsel çarpıtmaları tanıma sürecini içerir.

Stresli durumları tanıma ve başa çıkma stratejilerini değiştirme: Birey, olumsuz düşüncelerin daha sık ortaya çıktığı stresli durumları tanımalı ve bunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmelidir. Bu, problem çözme, duygusal düzenleme, rahatlama teknikleri gibi etkili başa çıkma stratejilerini öğrenmek anlamına gelir.

Yukarıda bahsedilen ilkeler aracılığıyla birey kendi bilişsel süreçlerini anlama, olumsuz düşünceleri değiştirme ve stresli durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirme yoluyla ruh sağlığını iyileştirme sürecine katkıda bulunabilir (Hiçdurmaz, 2010).

4.7. Depremin Psikolojik Sonuçlarıyla İlgili Yurt İçi ve Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Berkay ve arkadaşları (2003), 123'ü kadın olmak üzere 258 kişi üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada depremin neden olduğu zararların en çok etkilendiği kesimin kadınlar olduğuna dikkat çekmektedir. Araştırmada, kadınların psikopatolojik semptomların daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmektedir. Erkeklerle kıyasla, kadınların depremin sonuçlarından daha fazla etkilendiği ifade edilmektedir.

2004 yılında Karakaya ve meslektaşları, Marmara Depremi'nden üç buçuk yıl sonra ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon ve anksiyete belirtilerini incelemek amacıyla bir araştırma yürütmüşlerdir. Araştırma, Kocaeli İli'nde mevcut 10 liseden seçilen 334 ergen öğrenci ile gerçekleştirilmiş ve çalışmada kesitsel bir yöntem kullanılmıştır. Veriler, Çocuk ve Gençler İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) ile toplanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre, katılımcıların %1.8'inin çok ağır, %20.4'ünün ağır, %38.3'ünün orta ve %32.2'sinin hafif şiddette TSSB belirtileri taşıdığı saptanmıştır. Ek olarak, katılımcıların %22.2'sinin muhtemel TSSB ve %30.8'inin muhtemel depresyon tanısı aldığı belirlenmiştir. Aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşantılama belirtilerinin sıklık ve şiddetinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, kaygı ölçeklerinin ortalama puanlarının normal popülasyonun üzerinde olduğu tespit edilmiştir. TSSB, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında belirgin bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, doğal afetlerin ardından TSSB, depresyon ve anksiyete belirtilerinin yıllarca devam edebileceği sonucuna varılmıştır. Çalışma sonucunda, çocuk ve gençlerin felaketler sonrasında takip edilmesinin ve toplum ruh sağlığı açısından önleme çalışmalarının önemi vurgulanmıştır (Karakaya vd., 2004).

Sakarya ve Güneş (2013) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışma, Van Depremi sonrasında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri ile psikolojik dayanıklılık (PD) arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Araştırmada, Van Depremi'ni

deneyimlemiş ve evleri zarar görmüş olan 34 kişiyle görüşmeler yapılmış ve PD düzeyleri ile TSSB belirtileri ölçekler aracılığıyla değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, PD'deki azalmanın TSSB belirtileriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Özellikle, kişinin kendilik algısı ve gelecek algısındaki yetersizliklerin TSSB'deki “yeniden yaşantılama” ve “irritabilite” belirtileriyle, sosyal kaynaklardaki yetersizliklerin ise “kaçınma” ve “irritabilite” belirtileriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu bulgular, psikolojik dayanıklılığın TSSB'den korunma konusunda etkili olabileceğini göstermektedir. Araştırmacılar kendilik algısı ve gelecek algısına odaklanan müdahale stratejilerinin “yeniden yaşantılama” ve “irritabilite” belirtilerinin önlenmesi veya tedavisinde önemli olabileceği, sosyal kaynakların ise “kaçınma” ve “irritabilite” belirtilerinin yönetiminde önemli olabileceği önerilmektedir. Benzer şekilde, Taşçı and Özsoy (2021) tarafından yapılan bir çalışmada da 360 kişilik bir grup üzerinde benzer sonuçlar elde etmiştir. Araştırma, bireylerin deprem sonrası kaygı ve travma düzeylerinin arttığını ortaya koymuştur.

2014 yılında Bedirli tarafından gerçekleştirilen bir çalışma, Marmara ve Düzce depremlerini tecrübe eden yetişkinler arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), depresyon ve deprem korkusuna bağlı kaçınma davranışlarının sıklığını incelemeyi amaçlamıştır. Araştırmaya toplamda 403 depremzede katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar arasında TSSB oranı %12.4 olarak belirlenirken, depresyon oranı ise %7 olarak tespit edilmiştir. Araştırma bulgularına göre, katılımcıların %56'sı, depremi anımsatan veya deprem olduğundan çekindiği için en az bir durumdan kaçınma davranışı sergilemiş ve ortalama olarak 9.4 kaçınma davranışı sergilemiştir. Yapılan doğrusal regresyon analizi, TSSB belirtilerini en kuvvetli şekilde yordayan faktörün, olası bir depreme yönelik korku, endişe ve şahsın yaşamı üzerindeki kontrol duygusu olduğunu göstermiştir. TSSB'yi yordayan diğer faktörler arasında düşük tahsil düzeyi, deprem evveli psikiyatrik hastalık öyküsü, yakın kaybı, deprem esnasındaki korku seviyesi ve depremden olayı oluşan problemlere yönelik alınan profesyonel destek yer almaktadır. Depresyonu yordayan faktörler ise TSSB'yi yordayan faktörlerle benzerlik göstermektedir. Bu bulgular, yıkıcı bir deprem sonrasında çok sayıda insanın kronik psikolojik sorunlara sahip olabileceğine dikkat çekmektedir. Bu kapsamda, afetler gibi olaylar sonrasında uzun vadeli ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu çalışma, deprem yaşayan mağdurlara yönelik uzun süreli psikolojik destek programlarının planlanması aşamasında TSSB ve depresyonun ortaya çıkış mekanizmalarının dikkate alınması gerektiğini ve travma odaklı psikoterapilere odaklanmanın önemini vurgulamaktadır (Bedirli, 2014).

Kardaş ve Tanhan (2018) tarafından gerçekleştirilen bir araştırma, Van Depremi'ne maruz kalmış Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin travma sonrası stres, travma sonrası büyüme ve umutsuzluk belirtilerini farklı değişkenler açısından incelemeyi amaçlamıştır. Çalışma grubu, depremi yaşamış ve bahsedilen üniversitede öğrenim gören 1059 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmacılar, Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Travma Sonrası Büyüme Ölçeği gibi araçları veri toplamak üzere kullanmıştır. Araştırma sonuçları, travma sonrası stres ile büyüme arasında pozitif bir ilişki, travma sonrası büyüme ile umutsuzluk arasında negatif bir ilişki ve travma sonrası stres ile umutsuzluk arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Chaid analizine göre ise travma sonrası büyüme üzerinde sırasıyla umutsuzluk, travma sonrası stres ve cinsiyet; travma sonrası stres üzerinde umutsuzluk, travma sonrası büyüme, cinsiyet; umutsuzluk üzerinde ise travma sonrası stres, travma sonrası büyüme ve cinsiyet değişkenlerinin anlamlı yordayıcılar olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, travmatik yaşam olaylarına yönelik psikolojik müdahalelerde ve afetlerde ruh sağlığı politikalarını oluşturma sürecinde araştırma kapsamında kullanılan değişkenlerin de dikkate alınmasının önemli olduğunu düşündürmektedir.

Gülmez (2022) tarafında yapılan başka bir çalışma, 24 Ocak 2020 Elazığ Depremi'nden sonra 320 depremzede Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB) ve eşlik eden diğer ruhsal hastalıkların yaygınlığını araştırmıştır. Araştırmanın temel amacı, PTSB tanısının varlığı ile demografik verilerin ve depremle ilgili değişkenlerin ilişkisini incelemek ve aynı değişkenlerin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkisini araştırmaktır. Bu değişkenler arasında cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim seviyesi, sosyoekonomik düzey gibi demografik veriler ile deprem sırasında yakın bir akrabanın kaybı, göçük altında kalma gibi deprem anı ve deprem sonrası deneyimler yer almaktadır. Çalışmanın örneklemini, Elazığ'da bulunan ve depremi yaşamış, 18 yaşından büyük 320 depremzede oluşturmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre, depremzedelerin %13.1'inde TSSB tespit edilmiştir. Katılımcıların %24.37'sinde orta-şiddetli depresyon ve %25.32'sinde orta-ağır anksiyete puanları belirlenmiştir. Deprem öncesinde psikiyatrik hastalığı olanlar, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlar, deprem sırasında göçük altında kalanlar, akrabası veya komşusu göçük altında kalanlar, depremde yakınına kaybedenler ve depremle ilgili travmatik deneyimi olanlar arasında TSSB gelişme oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Deprem sonrası maddi kayıp, yaşam alanında hasar oluşması, sosyal destekten faydalanma, birinin ölüm veya yaralanmasına şahitlik etmek gibi değişkenler ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Düşük ekonomik düzeyde olanlar, herhangi bir işte

çalışmayanlar ve daha önce intihar girişiminde bulunanlarda, hem depresyon hem de anksiyete ölçek puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Evli olmayanlar, alkol kullananlar, prefabrik yerleşim mekanlarında kalanlar arasında depresyon puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınlar, ek hastalığı olanlar, depremi şiddetli veya çok şiddetli hissedenenler için de anksiyete puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çetin Aydın ve Aytaç (2023) tarafından 6 Şubat 2023 Maraş depremi sonrasında yapılan çalışma kapsamında yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılarak 20 depremzede kadınla yapılan araştırmada, kadınların deprem sırasında ve sonrasında karşılaştıkları zorluklar, stres, depresyon, kaygı ve tükenmişlik gibi sorunlarla başa çıkma konusunda güçlük çektikleri belirlenmiştir. Ayrıca, bölge koşullarının bu süreçte önemli bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda, depremin, kadınların psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyerek depresyon belirtilerine neden olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yer alan bir diğer araştırma yüzyılın en önemli felaketlerinden biri olarak kabul edilen 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş deprem felaketinin gençler üzerindeki psikolojik etkilerini araştırmak amacıyla Türkkan ve Hatipoğlu (2024) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkiye'deki bir devlet üniversitesinde ileri eğitimine devam eden 337 kişiden demografik bilgi formu, yaşam memnuniyeti ölçeği ve Depresyon Kaygı Stres Ölçeği-21 aracılığıyla veriler toplanmıştır. Analiz sonuçları, afet haberlerine maruz kalma yoğunluğu arttıkça katılımcıların stres, depresyon ve kaygı düzeylerinin de arttığını göstermiştir. Depremi bizzat yaşayan ve gönüllü yardım faaliyetlerine katılan bireylerin depresyon ve anksiyete puanlarının ve DASS21 ölçeği toplam puanlarının, depremi doğrudan yaşamayan ancak haberleri takip edenlere ve depremi yakınları yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca deprem haberlerini medyadan ve sosyal medya araçlarından takip etme yoğunluğunun katılımcıların yaşam memnuniyetini pozitif ve anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir.

5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

5.1. Araştırma Konusu

6 Şubat 2023 tarihinde kısa süreli aralıklarla 7,7 ve 7,6 şiddetinde gerçekleşen Kahramanmaraş Depremi, 11 ilde birçok yıkım ve kayba neden olmuştur. Bu depremde onbinlerce can kaybının yanında, binlerce ev ve sağlık kurumu da yıkılmış, elektrik, su, kanalizasyon ve diğer altyapı sistemleri önemli hasarlar almıştır. Resmi verilere göre deprem bölgelerinde 50.000’den fazla can kaybı yaşanmış, yüzlerce bina yıkılmış ve yaşanmaz hale gelmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmanın konusu, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Deprem felaketinin üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini sosyodemografik değişkenler açısından incelemektir. Bu araştırmanın sonuçlarının bir kitlesel felaketin ardından ortaya çıkabilecek ruh sağlığı sorunları ile ilişkili risk etmenlerinin daha iyi anlaşılmasına, maddi ve manevi kayıplar yaşayan mağdurlara yönelik etkili sosyal hizmet müdahalelerinin tasarlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.2. Araştırma Modeli

Araştırmada, geniş katılımcı grupları üzerinde uygulanan bir yöntem olan betimsel tarama modeli tercih edilmiştir. Bu model, topluluktaki bireylerin farklı görüş ve tutumlarını yakalamak için kullanılmıştır. Katılımcıların bir konu hakkındaki düşünceleri ve tutumları alınarak, olayların detaylı bir şekilde incelendiği bir araştırma sürecini içermektedir (Karakaya, 2012).

5.3. Araştırma Grubu

Çalışmanın araştırma grubu Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde eğitimine devam eden öğrenciler arasından amaçlı örnekleme yöntemi ile oluşturulmuştur. Bu kapsamda katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18 yaş ve üzeri yaş grubunda olmak, üniversite eğitimine devam ediyor olmak, Türkçeyi okuyup anlayabilmek ve elektronik ankete erişim sağlayabilmek şeklinde belirlenmiştir. Araştırmanın dışlanma kriterleri; 18 yaşından küçük olmak, Türkçe bilmemek, üniversite öğrencisi olmamak şeklinde belirlenmiştir. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi sonrası Gümüşhane Üniversitesinde yüz yüze eğitime ara verildiği için anketler elektronik ortamda öğrencilere uygulanmıştır.

Araştırmanın çalışma grubunu 454 kadın (%76.4), 140 erkek (%23.6) olmak üzere toplam 594 birey oluşturmaktadır. Çalışma grubuna katılan bireylerin yaşları 18 ile 59 arasında değişmekte olup, yaşları ortalaması 21.72 (SS= 4.19) olarak hesaplanmıştır. Çalışma grubuna yönelik tanımlayıcı bilgiler Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Demografik özellikler

	N	%
Cinsiyetiniz		
Kadın	454	76.4
Erkek	140	23.6
Gelir		
Düşük	155	26.1
Orta	429	72.2
Yüksek	10	1.7
Psikolojik Yardım Alma İhtiyacı		
Evet	99	16.7
Hayır	495	83.3
Depremi Nasıl Deneyimledi		
Depremi bizzat yaşamadım ama medya aracılığıyla olumsuz yönde etkilendim	213	35.9
Depremi bizzat yaşamadım ama yakınlarım yaşadı; bu yüzden olumsuz etkilendim	129	21.7
Depremi bizzat yaşayanlara gönüllü olarak yardım ettim; bu deneyim beni psikolojik açıdan zorladı.	37	6.2
Depremi bizzat yaşadım ve üzerimde olumsuz etkileri sürüyor.	215	36.2

Tablo 2’de görüldüğü üzere gelir seviyesine göre dağılıma bakıldığında, katılımcıların %26.1’i düşük gelire, %72.2’si orta gelire ve %1.7’si yüksek gelire sahiptir. Katılımcıların %16.7’si psikolojik yardım alma ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Depremi nasıl deneyimlediklerine ilişkin verilere göre, katılımcıların %35.9’u depremi bizzat yaşamamış ancak medya aracılığıyla olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. %21.7’si depremi bizzat yaşamamış ancak yakınları yaşadığı için olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir. %6.2’si deprem mağdurlarına yönelik gönüllü çalışmalara katılım sağlayarak yardım etmiş ve bu deneyimin onları psikolojik açıdan zorladığını dile getirmiştir. Son olarak, katılımcıların %36.2’si depremi bizzat yaşamış ve hala olumsuz etkilerinin sürdüğünü belirtmiştir. Tablo 3’te depremi bizzat deneyimleyen katılımcıların demografik özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 3. Depremi bizzat yaşayıp olumsuz etkilerini hisseden bireylerin özellikleri

	N	%
<i>Deprem sonrası yaşanan yer</i>		
Aile Mülkü	132	61.4
Akraba	21	9.8
Çadır/Konteyner	34	15.8
Kyk Yurtları/Misafirhane	4	1.9
Diğer	24	11.2
<i>Depremde evin zarar görme durumu</i>		
Hasar görmedi	41	19.1
Az hasar gördü	111	51.6
Orta hasar gördü	32	14.9
Ağır hasar gördü	23	10.7
Yıkıldı	8	3.7
<i>Yakınların kaybı</i>		
Evet	116	54.0
Hayır	99	46.0
<i>Psikolojik yardım alma ihtiyacı</i>		
Evet	66	30.7
Hayır	59	27.4
Kararsız	90	41.9
<i>Kendini güvende hissetme</i>		
Evet	72	33.5
Hayır	143	66.5

Tablo 3'te görüldüğü üzere çalışma grubu içerisinde depremi bizzat yaşayan katılımcıların %61.4'ü şu an aile mülkünde, %9.8'i akrabalarının yanında, %15.8'i çadır veya konteynerlerde, %1.9'u KYK yurtlarında veya misafirhanelerde kaldıklarını belirtmiştir. Araştırma grubunun %11.2'si ise bahsedilen barınma türlerinin dışında başka bir yerde konaklarını bildirmiştir. Depremde evinin zarar görme durumuna açısından incelendiğinde, katılımcıların %19.1'i evinin herhangi bir zarar görmediğini, %51.6'sı az hasar gördüğünü, %14.9'u orta hasar gördüğünü, %10.7'si evin ağır hasar aldığını ve %3.7'si evinin yıkıldığını ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların %54'ü depremde bir yakını/yakınlarını kaybettiklerini, %46'sı ise yakın kaybı yaşamadıklarını belirtmiştir. Deprem sonrası psikolojik yardım ihtiyacı hakkında ise, katılımcıların %30.7'si yardım alma ihtiyacı duyduğunu, %27.4'ü psikolojik yardıma ihtiyaç duymadığını, %41.9'u ise bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir. Kendini güvende hissetme durumu açısından ise, katılımcıların %33.5'i kendilerini güvende hissettiğini, %66.5'i ise kendilerini güvende hissetmediklerini belirtmiştir.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında kişisel bilgi formu ve Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır. Veri toplama araçlarına yönelik bilgiler aşağıda sunulmuştur.

5.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form cinsiyet, gelir durumu, deprem öncesi profesyonel psikolojik destek alma durumu, depreme maruz kalma biçimi ve deprem sonrası yaşanan yer, evin zarar görme durumu, yakınların kaybı, deprem nedeniyle psikolojik yardım alma ihtiyacı ve kendini güvende hissetme durumu gibi bilgilerin elde edilmesi amacıyla hazırlanmış sorular içermektedir (Ek-1).

5.4.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri, Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş; Şahin ve Durak (1994) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır. 53 madde ve 5 alt boyuttan (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite) oluşan bir öz-bildirim envanteridir. Envanterin Türk gençleri için uyarlandığı çalışmada alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayılarının .70 ile .88 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Envanterde ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Her alt ölçek için elde edilen toplam puan, ilgili boyuttaki madde sayısına bölünerek alt boyuttaki psikolojik belirti için bir puan elde edilmektedir. Elde edilen puanın yükselmesi belirti düzeyi ve sıklığının da yükseldiğine işaret etmektedir. Bu çalışma kapsamında ölçeğin alt ölçeklerine yönelik Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları anksiyete altboyutu için .93, depresyon altboyutu için .94, olumsuz benlik altboyutu için .93, somatizasyon altboyutu için .87 ve hostilite altboyutu için .81 olarak hesaplanmıştır.

5.5. Veri Toplama Süreci ve Analizi

Çalışmaya başlamadan önce Kısa Semptom Envanteri'ni geliştiren araştırmacılardan uygulama izni alınmıştır. Ardından çalışmanın etik uygunluk onayının alınması amacıyla Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü etik kurul komitesine araştırma önerisi sunulmuş ve daha sonra çalışmanın yapılabilmesi için Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 16/06/2023 tarih ve E-95674917-108.99-182197 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek-3). Gerekli izinlerin alınmasından sonra, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık bilimleri öğrencileri ile çevrimiçi platformda görüşmeler yapılarak çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmak isteyen öğrencilere 03-2024/10-2024 tarihleri arasında araştırmacı

tarafından veri toplama araçları uygulanmış ve uygulama süreci yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Araştırma kapsamında 603 katılımcıya ulaşılmıştır. Elde edilen veriler z-skoruna dönüştürülmüş ve sonuçların tek değişkenli uç değer barındırıp barındırmadıkları tespit edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu bağlamda 9 veri uç değer içermesi nedeniyle analizlere dahil edilmemiş ve 594 katılımcıdan elde edilen verilerle analizler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri SPSS 24.00 paket programı aracılığıyla incelenmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri frekans ve yüzde dağılımlarıyla değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan psikolojik belirtilerin (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite) demografik değişkenler açısından istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. İstatistiksel bulguların anlamlılık düzeyi .05 düzeyinde sınanmış, diğer anlamlılık düzeyleri ise ayrıca belirtilmiştir.

5.6. Sınırlılıklar

Bu çalışmada çeşitli sınırlılıklar mevcuttur. İlk olarak, bu çalışmanın örneklemini Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ile sınırlıdır. Çalışmanın diğer sınırlılığı araştırma kapsamında kullanılan anketlerin öz bildirime dayalı olmasıdır. Dolayısıyla katılımcılar sosyal arzu edilebilirlik önyargısına duyarlı olarak soruları yanıtlamış olabilirler. Bununla birlikte veriler doğası gereği kesitseldir ve bu da nedensel çıkarımların yapılmasını engellemektedir.

5.7. Araştırma Soruları

Çalışmanın amacı kapsamında incelenen araştırma soruları aşağıda sunulmuştur:

S1. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

S2. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri gelir düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?

S3. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri deprem öncesi profesyonel psikolojik destek alma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

S4. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri depremi deneyimleme türüne göre farklılaşmakta mıdır?

S5. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri deprem sonrası yaşadığı yere göre farklılaşmakta mıdır?

S6. Depremi bizzat yaşayan üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri deprem sırasında evlerinin zarar görme durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

S7. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri depremde yakınlarını kaybetme durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

S8. Depremi bizzat yaşayan üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyacına göre farklılaşmakta mıdır?

S9. Depremi bizzat yaşayan üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri deprem sonrası kendini güvende hissetme durumuna göre farklılaşmakta mıdır?



6. BULGULAR

Bu bölüm araştırmanın amacı kapsamında gerçekleştirilen istatistiksel analizler sonucu elde edilen çözümlemeleri içermektedir.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler istatistiksel olarak çözümlenmeden önce bir takım varsayımları karşılaması gerekmektedir. Bu bağlamda veri seti kayıp veri, uç değer ve normallik varsayımları bakımından incelenmiştir. Veri setinde kayıp verinin bulunmadığı, z skoruna göre 9 uç değer olduğu tespit edilmiş ve veri setinden çıkarılmıştır. Son olarak verilerin normal dağılım varsayımını karşılama durumlarının belirlenmesi amacıyla basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri incelenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Kısa Semptom Envanteri minimum maksimum basıklık çarpıklık değeri

	Min.	Maks	Ort.	S	Çarpıklık		Basıklık	
					Değer	S.H	Değer	S.H
Anksiyete	0	3.85	1.13	.94	.83	.10	-.12	.20
Depresyon	0	3.92	1.51	1.05	.52	.10	-.71	.20
Olumsuz Benlik	0	3.58	1.05	.92	.88	.10	-.12	.20
Somatizasyon	0	3.44	.90	.79	.93	.10	.08	.20
Hostilite	0	3.57	1.19	.82	.72	.10	-.14	.20

Tablo 4'e göre basıklık ve çarpıklık değerleri incelendiğinde basıklık değerlerinin -.71 ile .08 arasında, çarpıklık değerlerinin ise .52 ile .93 arasında olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1.5 aralığında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla veri setinden elde edilen puanların normal dağılım varsayımını karşıladığı sonucuna varılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013).

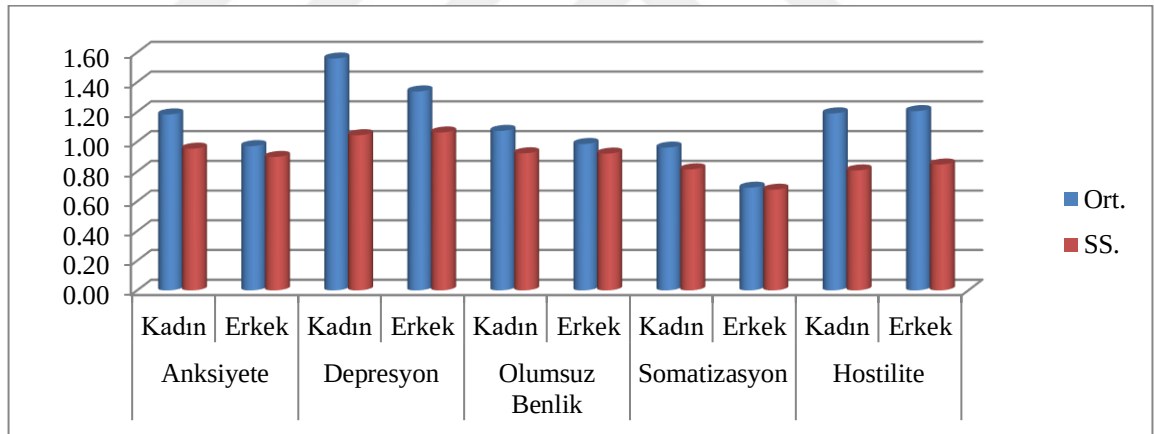
6.1. Psikolojik Belirtilerin Cinsiyet Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların psikolojik belirtilerinin cinsiyete dayalı farklılıklarını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Psikolojik belirtilerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ort.	Ss.	t	Sd	p	η^2
Anksiyete	Kadın	1.18	0.95	2.34	592	0.02	.01
	Erkek	0.97	0.90				
Depresyon	Kadın	1.56	1.04	2.18	592	0.03	.01
	Erkek	1.34	1.06				
Olumsuz Benlik	Kadın	1.07	0.92	0.99	592	0.32	.00
	Erkek	0.99	0.92				
Somatizasyon	Kadın	0.96	0.81	3.55	592	0.00	.02
	Erkek	0.69	0.68				
Hostilite	Kadın	1.19	0.81	-0.20	592	0.85	.00
	Erkek	1.21	0.85				

Tablo 5'e göre katılımcıların psikolojik belirtilerinden anksiyete ($t_{(592)}= 2.34$, $p< .05$, $\eta^2= .01$), depresyon ($t_{(592)}= 2.18$, $p< .05$, $\eta^2= .01$) ve somatizasyon ($t_{(592)}= 3.55$, $p< .01$, $\eta^2= .02$) puanlarının cinsiyete dayalı olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Olumsuz benlik ve hostilite puanlarının ise anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p> .05$).



Şekil 1. Psikolojik belirtiler cinsiyet durumuna dayalı farklılıkları

Analiz sonuçlarına göre kadınların anksiyete puan ortalamalarının ($X= 1.18$, $SS= .95$), erkeklerden ($X= .97$, $SS= .90$), kadınların depresyon puan ortalamalarının ($X= 1.56$, $SS= 1.04$), erkeklerin depresyon puan ortalamalarından ($X= 1.34$, $SS= 1.06$) ve son olarak kadınların somatizasyon puan ortalamalarının ($X= .96$, $SS= .81$), erkeklerin somatizasyon puan ortalamalarından ($X= .69$, $SS= .68$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Şekil 1).

6.2. Psikolojik Belirtilerin Gelir Düzeyine Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular

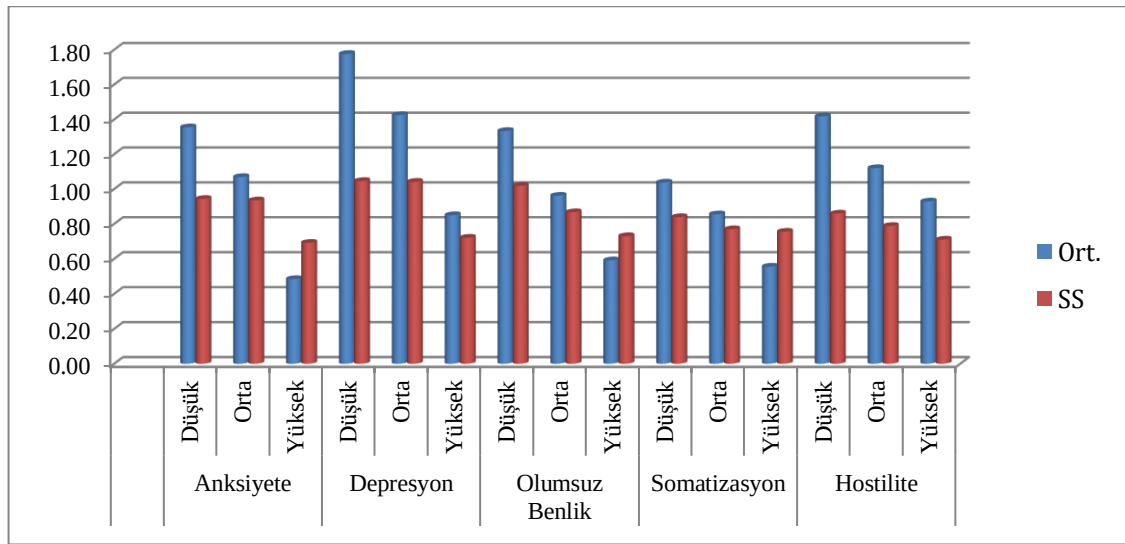
Katılımcıların gelir düzeylerine göre psikolojik belirtilerinin istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile test edilmiştir. Buna ilişkin sonuçlara Tablo 6’da yer verilmiştir.

Tablo 6. Psikolojik belirtilerin gelir düzeyine göre karşılaştırılması

		Gelir Düzeyi											
		Düşük		Orta		Yüksek							
		KT	Sd	KO	F	P	η^2	ORT.	SS	ORT	SS	ORT.	SS
Anksiyete	Grup içi	13.56	2	6.78									
	Gruplar Arası	515.30	591	0.87	7.78	.00	.01	1.35	.94	1.07	.93	.48	.69
	Toplam	528.86	593										
Depresyon	Grup içi	18.39	2	9.19									
	Gruplar Arası	637.58	591	1.08	8.52	.00	.01	1.78	1.05	1.43	1.04	.85	.72
	Toplam	655.97	593										
Olumsuz Benlik	Grup içi	17.90	2	8.95									
	Gruplar Arası	486.33	591	0.82	10.87	.00	.01	1.33	1.02	.96	.87	.59	.73
	Toplam	504.23	593										
Somatizasyon	Grup içi	4.98	2	2.49									
	Gruplar Arası	367.23	591	0.62	4.01	.02	.01	1.04	.84	.85	.77	.56	.76
	Toplam	372.22	593										
Hostilite	Grup içi	10.80	2	5.40									
	Gruplar Arası	384.32	591	0.65	8.31	.00	.02	1.42	.86	1.12	.79	.93	.71
	Toplam	395.12	593										

KT= Kareler Toplamı, Sd= Serbestlik derecesi, KO= Kareler Ortalaması, η^2 = Eta kare, ORT: Ortalama, SS= Standart sapma

Tablo 6’da görüldüğü üzere, yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre bireylerin anksiyete ($F_{(2, 591)} = 7.78$, $p < .01$, $\eta^2 = .01$), depresyon ($F_{(2, 591)} = 8.52$, $p < .01$, $\eta^2 = .01$), olumsuz benlik ($F_{(2, 591)} = 10.87$, $p < .01$, $\eta^2 = .01$), somatizasyon ($F_{(2, 591)} = 4.01$, $p < .05$, $\eta^2 = .01$) ve hostilite ($F_{(2, 591)} = 8.31$, $p < .01$, $\eta^2 = .02$) düzeyleri gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgulanmıştır.



Şekil 2. Psikolojik belirtilerin gelir düzeyine dayalı farklılıkları

Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni Post Hoc tekniğinden yararlanılmıştır. Buna göre düşük gelir düzeyine sahip bireylerin anksiyete ($X = 1.35$, $SS = .94$), depresyon ($X = 1.78$, $SS = 1.05$), olumsuz benlik ($X = 1.33$, $SS = 1.02$), somatizasyon ($X = 1.04$, $SS = .84$) ve hostilite ($X = 1.42$, $SS = .86$) puan ortalamalarının diğer gelir düzeylerinin psikolojik belirti puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olması farklılığın kaynağı olarak gösterilebilir (Şekil 2).

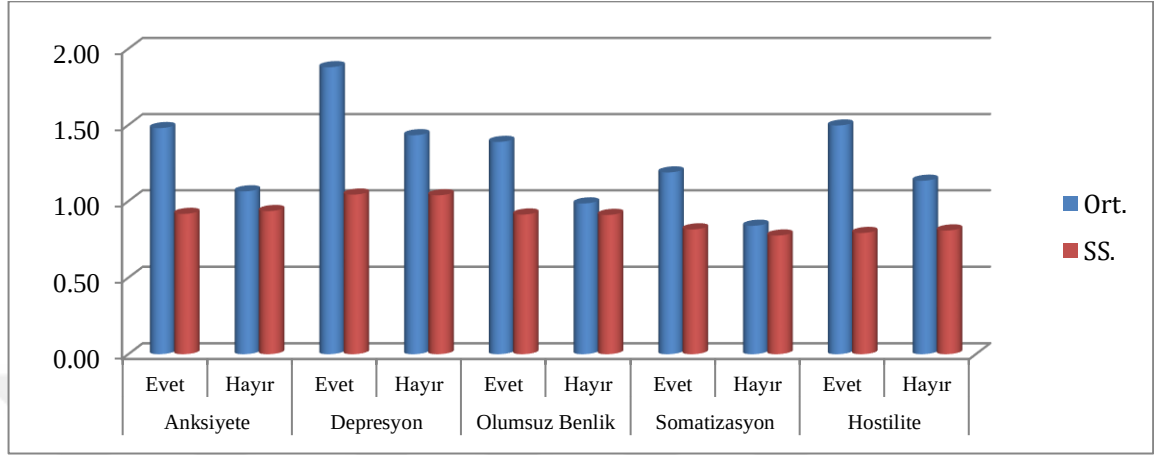
6.3. Psikolojik Belirtilerin Deprem Öncesi Profesyonel Psikolojik Destek Alma Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların deprem öncesi profesyonel psikolojik destek alma durumuna göre psikolojik belirtilerinin farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik bulgular Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Psikolojik belirtilerin deprem öncesi profesyonel psikolojik destek alma durumuna göre karşılaştırılması

Psikolojik Yardım Alma Durumu		Ort.	Ss.	t	Sd	p	η^2
Anksiyete	Evet	1.48	.92	4.04	592	.00	.03
	Hayır	1.06	.94				
Depresyon	Evet	1.88	1.04	3.90	592	.00	.03
	Hayır	1.43	1.04				
Olumsuz Benlik	Evet	1.39	.91	4.03	592	.00	.03
	Hayır	.99	.91				
Somatizasyon	Evet	1.19	.88	4.06	592	.00	.03
	Hayır	.84	.78				
Hostilite	Evet	1.50	.79	4.09	592	.00	.03
	Hayır	1.13	.81				

Tablo 7'ye göre katılımcıların psikolojik yardım alma durumuna dayalı olarak anksiyete ($t_{(592)}= 4.04$, $p< .01$, $\eta^2= .03$), depresyon ($t_{(592)}= 3.90$, $p< .01$, $\eta^2= .03$), olumsuz benlik ($t_{(592)}= 4.03$, $p< .01$, $\eta^2= .03$), somatizasyon ($t_{(592)}= 4.06$, $p< .01$, $\eta^2= .03$) ve hostilite ($t_{(592)}= 4.09$, $p< .01$, $\eta^2= .03$) düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmaktadır.



Şekil 3. Psikolojik belirtilerin deprem öncesi profesyonel psikolojik destek alma durumuna dayalı farklılıkları

Farklılığın kaynağı olarak psikolojik yardım alma ihtiyacı olan bireylerin anksiyete ($X= 1.48$, $SS= .92$), depresyon ($X= 1.88$, $SS= 1.04$), olumsuz benlik ($X= 1.39$, $SS= .91$), somatizasyon ($X= 1.19$, $SS= .82$), ve hostilite ($X= 1.50$, $SS= .79$) puan ortalamalarının, psikolojik yardım almayan bireylerin anksiyete ($X= 1.06$, $SS= .94$), depresyon ($X= 1.43$, $SS= 1.04$), olumsuz benlik ($X= .99$, $SS= .91$), somatizasyon ($X= .84$, $SS= .78$) ve hostilite ($X= 1.13$, $SS= .81$) puan ortalamalarından yüksek olması gösterilebilir (Şekil 3).

6.4. Psikolojik Belirtilerin Depremi Deneyimleme Türüne Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların depremi deneyimleme türlerine göre psikolojik belirtilerinin farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik bulgular Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Psikolojik belirtilerin depremi deneyimleme türüne göre karşılaştırılması

		1		2		3		4							
		KT	Sd	KO	F	P	η^2	ORT.	SS	ORT	SS	ORT.	SS	ORT.	SS
Anksiyete	Grup içi	29.95	3	9.98											
	Gruplar Arası	498.91	590	0.85	11.81	.00	.06	.91	.86	1.04	.91	1.06	.77	1.42	1.01
	Toplam	528.86	593												
Depresyon	Grup içi	34.16	3	11.39											
	Gruplar Arası	621.81	590	1.05	10.80	.00	.05	1.28	1.00	1.39	1.02	1.41	1.01	1.82	1.06
	Toplam	655.97	593												
Olumsuz Benlik	Grup içi	8.06	3	2.69	3.19	.02	.02	.93	.87	1.01	.89	1.04	.94	1.20	.97
	Gruplar Arası	496.17	590	0.84											
	Toplam	504.23	593												
Somatizasyon	Grup içi	.051	3	6.84											
	Gruplar Arası	51.71	590	0.60	11.47	.00	.06	.68	.69	.86	.79	1.02	.79	1.11	.83
	Toplam	52.22	593												
Hostilite	Grup içi	2.92	3	4.31											
	Gruplar Arası	82.20	590	0.65	6.65	.00	.03	1.06	.79	1.11	.73	1.15	.77	1.39	.86
	Toplam	85.12	593												

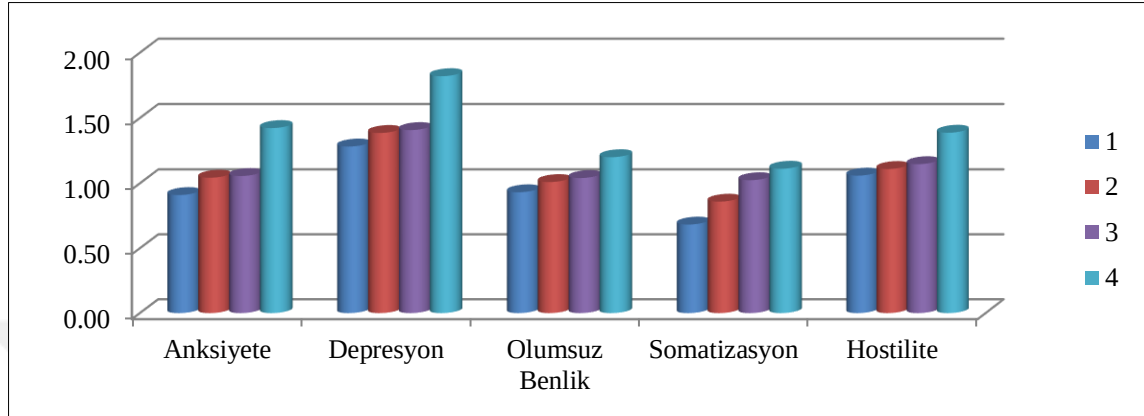
1: Depremi bizzat yaşamadım ama medya aracılığıyla olumsuz yönde etkilendim

2: Depremi bizzat yaşamadım ama yakınlarım yaşadı; bu yüzden olumsuz etkilendim

3: Depremi bizzat yaşayanlara gönüllü olarak yardım ettim; bu deneyim beni psikolojik açıdan zorladı.

4: Depremi bizzat yaşadım ve üzerimde olumsuz etkileri sürüyor.

Tablo 8 incelendiğinde bireylerin depremi deneyimleme biçimlerine dayalı olarak anksiyete ($F_{(3, 590)} = 11.81, p < .01, \eta^2 = .06$), depresyon ($F_{(3, 590)} = 10.80, p < .01, \eta^2 = .05$), olumsuz benlik ($F_{(3, 590)} = 3.19, p < .05, \eta^2 = .02$), somatizasyon ($F_{(3, 590)} = 11.47, p < .01, \eta^2 = .06$) ve hostilite ($F_{(3, 590)} = 6.65, p < .01, \eta^2 = .03$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir.



Şekil 4. Psikolojik belirtilerin depremi deneyimleme türüne dayalı farklılıkları

Farklılığın kaynağı incelendiğinde depremi bizzat yaşayan ve üzerinde olumsuz etkileri süren bireylerin anksiyete ($X = 1.42, SS = 1.01$), depresyon ($X = 1.82, SS = 1.06$), olumsuz benlik ($X = 1.20, SS = .97$), somatizasyon ($X = 1.11, SS = .83$) ve hostilite ($X = 1.39, SS = .86$) puan ortalamalarının; depremi bizzat yaşamayıp yakınları yaşayan ve bu nedenle olumsuz etkilenen bireylerin puan ortalamalarından ($X_{\text{Anksiyete}} = 1.04, SS = .91$; $X_{\text{Depresyon}} = 1.39, SS = 1.02$; $X_{\text{Olumsuz Benlik}} = 1.01, SS = .89$; $X_{\text{Somatizasyon}} = .86, SS = .79$; $X_{\text{Hostilite}} = 1.11, SS = .73$) ve depremi bizzat yaşamayıp medya aracılığıyla olumsuz yönde etkilenen bireylerin ortalamalarından ($X_{\text{Anksiyete}} = .91, SS = .86$; $X_{\text{Depresyon}} = 1.28, SS = 1.00$; $X_{\text{Olumsuz Benlik}} = .93, SS = .87$; $X_{\text{Somatizasyon}} = .68, SS = .69$; $X_{\text{Hostilite}} = 1.06, SS = .79$) anlamlı düzeyde yüksek olması gösterilebilir (Şekil 4). Depremi birebir deneyimleyen katılımcıların psikolojik belirti düzeyleri depremi dolaylı deneyimleyen katılımcılara kıyasla daha yüksek seviyededir.

6.5. Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Yaşanılan Yere Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların deprem sonrasında yaşamlarını sürdürdükleri yerlere göre psikolojik belirtilerinin anlamlı farklılık gösterip göstermeme durumlarına yönelik bulgular Tablo 9'da sunulmaktadır.

Tablo 9. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası yaşanan yere göre karşılaştırılması

		Ort.	Ss.	F	p	η^2
Anksiyete	Aile Mülkü	1.29	.92	1.743	.142	.03
	Akraba	1.78	.93			
	Çadır/Konteynır	1.63	1.24			
	Kyk	1.63	1.52			
	Yurtları/Misafirhane	1.52	1.01			
	Diğer	1.52	1.01			
Depresyon	Aile Mülkü	1.68	.99	2.201	.070	.04
	Akraba	2.34	1.11			
	Çadır/Konteynır	1.94	1.14			
	Kyk	2.27	1.23			
	Yurtları/Misafirhane	1.89	1.12			
	Diğer	1.89	1.12			
Olumsuz Benlik	Aile Mülkü	1.14	.93	.424	.791	.01
	Akraba	1.33	.87			
	Çadır/Konteynır	1.25	1.12			
	Kyk	1.25	1.40			
	Yurtları/Misafirhane	1.36	1.02			
	Diğer	1.36	1.02			
Somatizasyon	Aile Mülkü	1.01	.78	1.497	.204	.03
	Akraba	1.37	.88			
	Çadır/Konteynır	1.27	.99			
	Kyk	1.36	1.08			
	Yurtları/Misafirhane	1.20	.75			
	Diğer	1.20	.75			
Hostilite	Aile Mülkü	1.36	.85	.162	.957	.00
	Akraba	1.42	.78			
	Çadır/Konteynır	1.46	.96			
	Kyk	1.18	1.32			
	Yurtları/Misafirhane	1.43	.86			
	Diğer	1.43	.86			

Yapılan analiz sonucuna göre katılımcıların deprem sonrası yaşamlarını sürdürdükleri yere göre psikolojik belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > .05$).

6.6. Psikolojik Belirtilerin Deprem Sırasında Evlerinin Zarar Görme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Psikolojik belirtilerin deprem sırasında evlerinin zarar görme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermeme durumlarına ilişkin bulgular Tablo 10'da sunulmaktadır.

Tablo 10. Psikolojik belirtilerin deprem sırasında evin zarar görme durumuna göre karşılaştırılması

		Ort.	Ss.	F	p	η^2
Anksiyete	Hasar Görmedi	1.34	.97	1.73	.15	.03
	Az Hasar Gördü	1.45	1.03			
	Orta Hasar Gördü	1.45	1.02			
	Ağır Hasar Gördü	1.15	.87			
	Yıkıldı	2.19	.92			
Depresyon	Hasar Görmedi	1.66	1.05	1.32	.26	.03
	Az Hasar Gördü	1.88	1.12			
	Orta Hasar Gördü	1.72	.91			
	Ağır Hasar Gördü	1.72	.96			
	Yıkıldı	2.51	.90			
Olumsuz Benlik	Hasar Görmedi	1.18	.93	1.81	.13	.03
	Az Hasar Gördü	1.24	1.04			
	Orta Hasar Gördü	1.19	.86			
	Ağır Hasar Gördü	.82	.80			
	Yıkıldı	1.82	.76			
Somatizasyon	Hasar Görmedi	1.00	.80	1.33	.26	.03
	Az Hasar Gördü	1.20	.89			
	Orta Hasar Gördü	1.06	.74			
	Ağır Hasar Gördü	.86	.70			
	Yıkıldı	1.43	.71			
Hostilite	Hasar Görmedi	1.33	.82	1.09	.36	.02
	Az Hasar Gördü	1.41	.91			
	Orta Hasar Gördü	1.54	.83			
	Ağır Hasar Gördü	1.11	.82			
	Yıkıldı	1.64	.63			

Tablo 10 incelendiğinde bireylerin deprem sonrası evlerinin hasar görmemesi, az, orta veya ağır hasar görmesi ve yıkılması durumlarına göre psikolojik belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmektedir ($p > .05$).

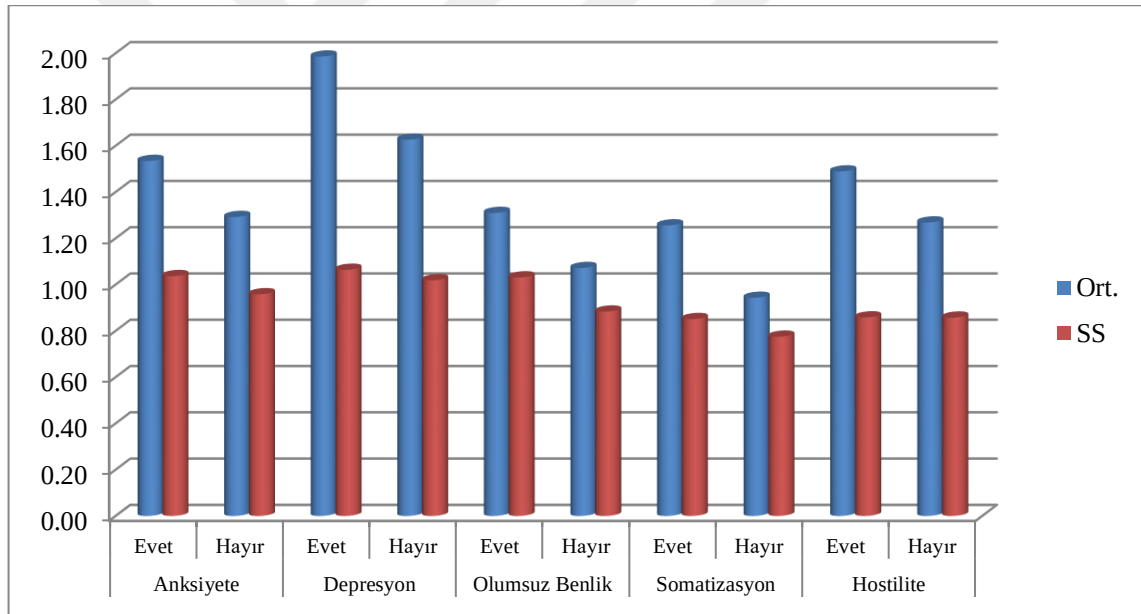
6.7. Psikolojik Belirtilerin Depremde Bir Yakınını Kaybetme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların psikolojik belirtilerinin deprem sonrası herhangi bir yakınını kaybetme durumuna dayalı olarak anlamlı farklılık gösterip göstermeme durumlarına yönelik bulgulara Tablo 11’de yer verilmektedir.

Tablo 11. Psikolojik belirtilerin depremde bir yakınını kaybetme durumuna göre karşılaştırılması

		Ort.	Ss.	t	Sd	p	η^2
Anksiyete	Evet	1.53	1.04	1.77	213	.08	.01
	Hayır	1.29	.96				
Depresyon	Evet	1.99	1.06	2.52	213	.01	.03
	Hayır	1.63	1.02				
Olumsuz Benlik	Evet	1.31	1.03	1.80	213	.07	.02
	Hayır	1.07	.88				
Somatizasyon	Evet	1.26	.85	2.80	213	.01	.04
	Hayır	.94	.77				
Hostilite	Evet	1.49	.86	1.89	213	.06	.02
	Hayır	1.27	.86				

Tablo 11'e göre depremde bir yakınının yaşamını yitirmesi durumuna dayalı olarak katılımcıların depresyon ($t_{(213)} = 2.52$, $p < .05$, $\eta^2 = .03$) ve somatizasyon ($t_{(213)} = 2.80$, $p < .05$, $\eta^2 = .04$) puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir.



Şekil 5. Psikolojik belirtilerin depremde bir yakınını kaybetme durumuna dayalı farklılıkları

Farklılığın kaynağı incelendiğinde depremde bir yakınının yaşamını kaybettiğini belirten katılımcıların depresyon puan ortalamalarının ($X = 1.99$, $SS = 1.06$), yakınlarını kaybetmeyenlerden ($X = 1.63$, $SS = 1.02$); aynı şekilde yakınlarını kaybeden bireylerin somatizasyon puan ortalamalarının ($X = 1.26$, $SS = .85$) herhangi bir kayıp yaşamayanların puan ortalamalarından ($X = .94$, $SS = .77$) anlamlı düzeyde yüksek olması gösterilebilir (Şekil 5).

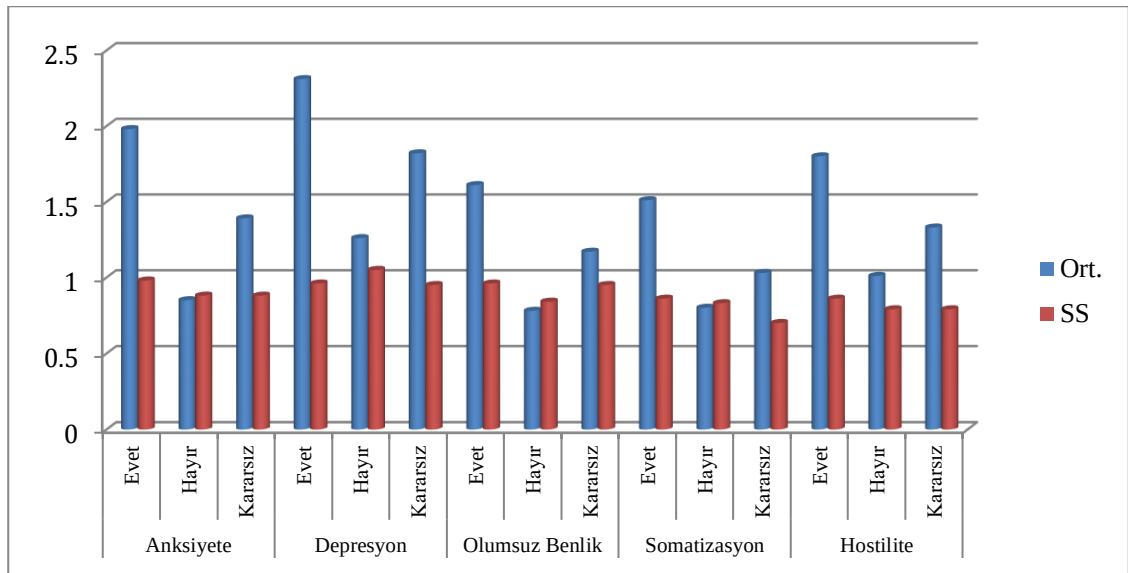
6.8. Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Psikolojik Yardım Alma İhtiyacına Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Deprem sonrasında bireylerin psikolojik yardım alma ihtiyacına göre psikolojik belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermeme durumları Tablo 12’de sunulmaktadır.

Tablo 12. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyacına göre karşılaştırılması

Psikolojik Yardım Alma İhtiyacı		Ort.	Ss.	F	p	η^2
Anksiyete	Evet	1.98	.98	24.24	.00	.19
	Hayır	.85	.88			
	Kararsız	1.39	.88			
Depresyon	Evet	2.31	.96	17.88	.00	.14
	Hayır	1.26	1.05			
	Kararsız	1.82	.95			
Olumsuz Benlik	Evet	1.61	.96	12.61	.00	.11
	Hayır	.78	.84			
	Kararsız	1.17	.95			
Somatizasyon	Evet	1.51	.86	13.54	.00	.11
	Hayır	.80	.83			
	Kararsız	1.03	.70			
Hostilite	Evet	1.80	.86	14.89	.00	.12
	Hayır	1.01	.79			
	Kararsız	1.33	.79			

Katılımcıların deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyaçlarına göre anksiyete ($F_{(2,212)}= 24.24$, $p< .01$, $\eta^2= .19$), depresyon ($F_{(2,212)}= 17.88$, $p< .01$, $\eta^2= .14$), olumsuz benlik ($F_{(2,212)}= 12.61$, $p< .01$, $\eta^2= .11$), somatizasyon ($F_{(2,212)}= 13.54$, $p< .01$, $\eta^2= .11$) ve hostilite ($F_{(2,212)}= 14.89$, $p< .01$, $\eta^2= .12$) puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir.



Şekil 6. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyacına dayalı farklılıkları

Şekil 6'ya göre bireylerin deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyaçlarına göre psikolojik belirtileri arasındaki farklılıkların kaynağı olarak, deprem sonrası psikolojik yardım almak isteyen bireylerin anksiyete ($X = 1.98$, $SS = .98$), depresyon ($X = 2.31$, $SS = .96$), olumsuz benlik ($X = 1.61$, $SS = .96$), somatizasyon ($X = 1.51$, $SS = .86$) ve hostilite ($X = 1.80$, $SS = .86$) puan ortalamaların kararsızlara ve psikolojik yardım ihtiyacı olmadığını düşünenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olması; kararsız bireylerin ise anksiyete ($X = 1.39$, $SS = .88$), depresyon ($X = 1.82$, $SS = .95$), olumsuz benlik ($X = 1.17$, $SS = .95$), somatizasyon ($X = 1.03$, $SS = .70$) ve hostilite ($X = 1.33$, $SS = .79$) puan ortalamaların da psikolojik yardım ihtiyacı olmadığını düşünenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olması gösterilebilir.

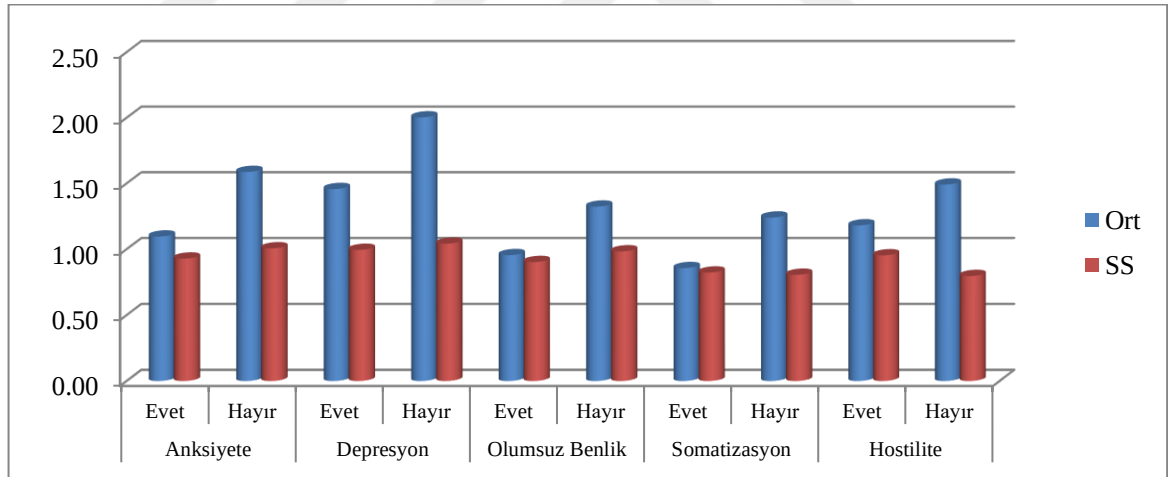
6.9. Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Kendini Güvende Hissetme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların deprem sonrası kendilerini güvende hissetme durumlarına göre psikolojik belirtilerinin farklılık gösterip göstermeme durumlarına yönelik bulgular Tablo 13'de sunulmaktadır.

Tablo 13. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası kendini güvende hissetme durumuna göre karşılaştırılması

Kendini Güvende Hissetme		Ort.	Ss.	t	Sd	p	η^2
Anksiyete	Evet	1.10	.93	-3.46	213	.00	.05
	Hayır	1.59	1.01				
Depresyon	Evet	1.46	.99	-3.67	213	.00	.06
	Hayır	2.00	1.04				
Olumsuz Benlik	Evet	.95	.90	-2.66	213	.01	.03
	Hayır	1.32	.98				
Somatizasyon	Evet	.86	.82	-3.27	213	.00	.05
	Hayır	1.24	.81				
Hostilite	Evet	1.18	.95	-2.52	213	.01	.03
	Hayır	1.49	.80				

Tablo 13 incelendiğinde, bireylerin deprem sonrasında kendilerini güvende hissedip hissetmeme durumlarına dayalı olarak anksiyete ($t_{(213)} = -3.46$, $p < .01$, $\eta^2 = .05$), depresyon ($t_{(213)} = -3.67$, $p < .01$, $\eta^2 = .06$), olumsuz benlik ($t_{(213)} = -2.66$, $p < .05$, $\eta^2 = .03$), somatizasyon ($t_{(213)} = -3.27$, $p < .01$, $\eta^2 = .05$) ve hostilite ($t_{(213)} = -2.52$, $p < .05$, $\eta^2 = .03$) puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmektedir.



Şekil 7. Psikolojik belirtilerin deprem sonrası kendini güvende hissetme durumuna dayalı farklılıkları

Farklılığın kaynağı olarak kendini güvende hissetmeyenlerin anksiyete ($X = 1.59$, $SS = 1.01$), depresyon ($X = 2.00$, $SS = 1.04$), olumsuz benlik ($X = 1.32$, $SS = .98$), somatizasyon ($X = 1.24$, $SS = .81$) ve hostilite ($X = 1.49$, $SS = .80$) puan ortalamalarının kendini güvende hisseden bireylerin anksiyete ($X = 1.09$, $SS = .93$), depresyon ($X = 1.45$, $SS = .99$), olumsuz benlik ($X = .95$, $SS = .90$), somatizasyon ($X = .86$, $SS = .82$) ve hostilite ($X = 1.18$, $SS = .95$) puan ortalamalarına göre yüksek olması gösterilebilir.

7. TARTIŞMA

Bu çalışma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremi sonrasında üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtilerinin çeşitli sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesini amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bu bölümünde, bu amaç doğrultusunda elde edilen istatistiksel bulgular, literatürde bulunan güncel araştırmalar ve kuramsal açıklamaların ışığında tartışılmıştır.

7.1. Psikolojik Belirtilerin Cinsiyet Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma sonuçları, katılımcıların psikolojik belirtileri üzerinde cinsiyete dayalı olarak önemli farklılıkların olduğunu göstermektedir. Katılımcıların anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve kadınların puan ortamlarının erkeklerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular cinsiyetin ruh sağlığı sonuçları üzerinde farklı etkiler yaratabileceğine işaret etmektedir. Diğer yandan araştırma sonuçları olumsuz benlik ve hostilite puanları açısından cinsiyete dayalı anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermektedir. Konuyla ilgili literatür incelediğinde, çeşitli çalışmaların da benzer yönde sonuçlara ulaştığı görülmüştür (Huang vd., 2020). Örneğin 1995 yılında meydana gelen Hanşin depreminden etkilenen bireylerle yapılan bir çalışma sonucunda, kız çocuklarının ve kadınların travmadan daha fazla etkilendiği ve kadın cinsiyetine sahip olmanın psikolojik belirtiler için yüksek bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (WHO, 2002). İçsel veya dışsal stres etkenleriyle karşı karşıya kaldıklarında, kadınların hormon yapıları ve genetik faktörleri gibi biyolojik özellikleri, psikolojik belirti gelişimi için kritik bir öneme sahiptir (Wray vd., 2018). Ek olarak cinsiyet temelli eşitsizlikler nedeniyle kadınların önemli sosyal kaynaklara erişimleri sınırlı olabileceğinden, afet dönemlerinde kadınlar daha kırılgan olabilmektedir. Bu faktörler kadınların meydana gelen afet sonrasında daha olumsuz ruh sağlığı sonuçları yaşamasına yol açmış olabilir.

7.2. Psikolojik Belirtilerin Gelir Düzeyine Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın diğer bir sonucu depremin ardından bireylerin psikolojik belirtilerinin gelir durumları açısından anlamlı farklılıklar gösterdiğiidir. Buna göre düşük ekonomik düzeyde olan katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik,

somatizasyon ve hostilite puan ortalamaları diğer gelir grubunda yer alan bireylerin puan ortalamalarından daha yüksektir. Bu sonuçlar doğrultusunda daha düşük gelir düzeyine sahip olmanın, psikolojik belirtilerinin varlığı açısından risk faktörü olduğu söylenebilir. Nitekim literatür incelendiğinde de yüksek gelir seviyesinin olumlu ruh sağlığı sonuçları ile ilişkili olduğu görülmektedir (Keya vd., 2023; Kose, 2020; Shields-Zeeman ve Smit, 2022). Örneğin Blaikie ve meslektaşları (1994) tarafından yapılan bir çalışmada Guatemala depreminden sonra, ekonomik olarak dezavantajlı toplulukların diğer bölgelere kıyasla daha fazla psikolojik sıkıntı sergilediği saptanmıştır. Bu bulgular, doğal afetlerin ardından gerçekleştirilecek psikososyal destek uygulamalarında düşük ekonomik seviyede olan grupların kırılgan gruplar arasında değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu kapsamda düşük kaynak ortamlarına ulaşmak için yerel sosyal hizmet ve sağlık müdahalelerini entegre eden toplum temelli modeller, destek çalışmalarının kalitesini arttırmak üzere yaygınlaştırılabilir.

7.3. Psikolojik Belirtilerin Deprem Öncesi Profesyonel Psikolojik Destek Alma Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışma sonucunda, deprem öncesi dönemde profesyonel psikolojik destek alma durumlarına göre katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilite düzeylerinde anlamlı farklılıklar olduğu ve psikolojik yardım alan bireylerin psikolojik belirti düzeylerinin, psikolojik yardım almayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, psikolojik sorunlara sahip bireylerin doğal afetlerin ardından daha olumsuz sonuçlar yaşayabileceğine dikkat çekmektedir. Ruh sağlığı sorunlarına sahip olmak veya yaşam sorunları nedeniyle psikolojik destek aramak, bireylerin başa çıkma becerileri veya duygu düzenleme yeteneği üzerinde olumsuz etkiler yaratarak, onların kırılgan gruplar içerisinde yer almasına yol açıyor olabilir. Nitekim yapılan çeşitli çalışmalar doğal afetlerin öncesinde çeşitli psikiyatrik sorunlar yaşamamanın afetlerin sonuçları üzerinde belirleyici etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadır (Druss, 2020; North ve Pfefferbaum, 2013; Sönmez, 2022)

7.4. Psikolojik Belirtilerin Depremi Deneyimleme Türüne Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada depremi doğrudan yaşayan bireylerin, depremi bizzat yaşamayan ancak yakınları ve medya aracılığıyla olumsuz etkilenen bireylere göre daha yüksek psikolojik belirti puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, doğrudan bir travma deneyimlemenin, travmatik olaydan dolayı etkilenmekten veya medya aracılığıyla afete

ilişkin bilgi edinmekten daha fazla psikolojik sıkıntıya yol açabileceğini göstermektedir. Nitekim DSM-V (2013)'te de travmatik olaylara medya yoluyla maruz kalmak, travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu için kabul edilen kriterlerden değildir. Bu çalışmanın bulgularıyla benzer olarak, Solomon ve arkadaşlarının (1993) yaptığı araştırmada depremi doğrudan deneyimleyen bireylerin, depremi direkt olarak yaşamayan bireylere göre daha yüksek düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), alkol kullanımı, depresyon ve genel psikiyatrik semptomlar gösterdiği tespit edilmiştir. Yine, Türkkan ve Hatipoğlu (2024) 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminin ardından gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda depremi bizzat yaşayan ve gönüllü yardım faaliyetlerine katılan bireylerin depresyon ve anksiyete puanları ile DASS21 (depresyon, anksiyete ve stres) ölçeği toplam puanlarının; depremi doğrudan yaşamayıp haberler üzerinden takip edenler ve yakınları depremi yaşayan kişilerden daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bu bulgular, afetlerin psikolojik sağlık üzerindeki karmaşık etkilerini anlamak için afetleri deneyimleme türünün dikkate alınması gereken önemli bir risk faktörü olduğuna işaret etmektedir. Sonuçlar, afet sonrası gerçekleştirilen yardım ve rehabilitasyon programlarının, farklı deneyimlere sahip bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak esnek ve kapsayıcı olması gerektiğini düşündürmektedir.

7.5. Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Yaşanılan Yere Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma sonuçlarına göre, deprem sonrası yaşamlarını sürdürdükleri yere göre katılımcıların psikolojik belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Konuyla ilgili literatürde deprem sonrası yaşanılan yöre göre afetzedelerin psikolojik durumunu inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgu, afet sonrası dönemde depremzedelerin yaşadığı yerin, psikolojik iyilik hallerini değerlendirmede tek başına yeterli bir gösterge olmayabileceğini düşündürmektedir. Bu sonuçlara göre, bireylerin yaşadıkları travmanın etkilerini anlamak ve uygun psikososyal destek sağlamak için daha kapsamlı bir değerlendirmenin gerekliliği öne çıkmaktadır. Bununla birlikte deprem sonrası mağdurların yaşam alanlarına yapılacak toplum ziyaretleri aracılığıyla afetzedelerin ihtiyaç duydukları kaynakların belirlenmesi önemli olabilir. Bağlantı kurucu olarak sosyal hizmet uzmanları mağdurlara olası kaynaklar hakkında bilgi sağlayabilir ve uygun havaleler yapmak yoluyla mağdurları ulaşılabilir kaynaklarla buluşturabilir.

7.6. Psikolojik Belirtilerin Deprem Sırasında Evin Zarar Görme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Analiz sonuçlarına göre, yaşam alanlarının/evlerinin hasar alma durumuna göre katılımcıların psikolojik belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu bulgular, depremin etkilediği farklı bölgelerdeki insanların psikolojik açıdan benzer deneyimler yaşadığına işaret etmektedir. Öte yandan, depremzedelerin yaşadığı yerin, diğer faktörlere kıyasla (örneğin, sosyal destek, cinsiyet, ekonomik durum, sevilen yakınların kaybı gibi manevi kayıplar) travmanın psikolojik etkileri üzerindeki etkisi sınırlı ya da az belirleyici olabilir. Bu bulguyla ilgili olarak literatürde farklı sonuçların bulunduğu görülmektedir. Gerstner ve meslektaşları (2020) özellikle ciddi ekonomik zarar gören lise öğrencileri arasında yüksek düzeyde depresyon, travma sonrası stres ve kaygı tespit etmiştir. Araştırmacılar tarafından, ailelerindeki ekonomik etki ve ebeveynler arasındaki yüksek işsizlik oranlarının, geleceğe yönelik ümitsizlik ve olumlu bakış açısı eksikliği ile ilişkili olduğu, bu durumun duygusal rahatsızlıklara ve psikolojik bozukluklara yol açabileceği ileri sürülmüştür.

Makwana (2019) afetlerin psikolojik etkilerinden bahsettiği çalışmasında ekonomik zararın maliyetiyle ölçülebilir ve zaman içerisinde karşılanabilir nitelikte olduğunu, öte yandan bu kayıpların afet sonrası insanın yaşadığı duygusal acılar ve manevi kayıplarla karşılaştırılmaz nitelikte olduğunu belirtmektedir. Yapılan bir başka çalışmada da, evin hasar alması, ekonomik kayıplar gibi faktörlerin çok değişkenli analizlerde anlamlı olmadığı bildirilmektedir. Elbette bu durum ekonomik kayıpların önemsiz olduğu anlamına gelmemektedir. Bununla birlikte afet bölgelerinde büyük ekonomik kayıplar olağandır (Zhang vd., 2012). Bu kapsamda yürütülecek çalışmalarda hayatta kalanların bireysel ihtiyaçlarına ve deneyimlerine odaklanmak bireylerin refahı ve psikolojik iyilik halleri açısından daha yararlı olabilir.

7.7. Psikolojik Belirtilerin Depremde Bir Yakınının Yaşamını Kaybetmesi Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlara göre, depremde bir yakınının yaşamını yitirmesi durumuna dayalı olarak katılımcıların depresyon ve somatizasyon puanlarında anlamlı düzeyde farklılaşma tespit edilmiştir. Literatürde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda bu bulguyu doğrular niteliktedir. Örneğin yapılan bir araştırmada 1995 yılında gerçekleşen Büyük Hanshin-Awaji depreminden 16 yıl sonra bile sevdiklerini kaybeden mağdurların daha düşük düzeyde psikolojik uyum ve öznel refah gösterdikleri belirlenmiştir (Oishi vd., 2015). Bu bulgu, depremde bir yakınının kaybeden bireylerin,

kaybetmeyenlere kıyasla daha yüksek oranda psikolojik problem yaşayabileceğini ve bu problemlerin depresyon ve somatizasyon gibi belirtiler aracılığıyla kendini gösterebileceğini düşündürmektedir. Literatüre göre de perinatal kayıplar, çocuk ölümleri ve sevilen kişilerin kaybı aile üyeleri üzerinde önemli bir psikosomatik etkiye sahiptir. Bu kayıplar travma sonrası stres, depresyon, anksiyete, somatizasyon bozuklukları gibi psikolojik sıkıntıya, kronik hastalıkların ağırlaşmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir (Huberty vd., 2014; Ryninks vd., 2014). Bu sonuçlar doğrultusunda afetlerde yakınlarını kaybeden bireylerin, psikolojik belirtiler geliştirme açısından bir diğer risk grubu olduğunu söylemek mümkündür. Yas sürecindeki depremzedelere yönelik duygusal destek, yas süreci ile baş etme becerileri ve travma sonrası iyileşme konularında profesyonel yardım sağlanması önemlidir. Ayrıca bulgular afet sonrası psikososyal destek programlarının, bireylerin yaşadığı kayıpların ölçüsünü dikkate alarak, kişiye özgü şekilde tasarlanması gerektiğine işaret etmektedir.

7.8. Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Psikolojik Yardım İhtiyacına Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma sonuçları katılımcıların deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyaçlarına göre anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilite düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Deprem sonrası psikolojik yardım almak isteyen bireylerin psikolojik belirtilerinin diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar da deprem sonrası psikososyal destek çalışmalarının hayatta kalanlar için kritik önemde olduğunu vurgulamıştır (Öztürk ve Derin, 2020; Seto vd., 2019). Nitekim bu çalışmanın katılımcılarında da deprem sonrası yaşanan psikolojik sıkıntıyı hafifletmek veya iyileştirmek üzere psikolojik yardım alma ihtiyacı olduğu görülmektedir. Ayrıca, kararsız bireylerin psikolojik belirtilerinin de psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetmeyenlere kıyasla daha yüksek olduğu bulgusu, üzerinde düşünülmesi gereken bir ayrıntıdır. Bu bireyler toplum içerisinde damgalanma veya dışlanma korkusu nedeniyle ruh sağlığı sorunları için psikolojik yardım alma konusunda kararsız ya da isteksiz hissediyor olabilirler. Bu konuda yapılacak nitel çalışmalar ile bireylerin psikolojik yardım alma ile ilgili tutumları aydınlatılabilir ve çeşitli farkındalık çalışmaları düzenlenebilir. Damgalanma sebebiyle ruh sağlığı desteğinden yararlanamayan bireyler için de toplum ziyaretleri aracılığıyla afet sonrası psikolojik destek hizmetlerinin erişilebilir olması sağlanabilir.

7.9. Psikolojik Belirtilerin Deprem Sonrası Kendini Güvende Hissetme Durumuna Dayalı Farklılıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma sonucunda. kendini güvende hissetmeyen bireylerin, kendini güvende hissedenlere kıyasla daha yüksek psikolojik belirti puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, güvensizlik hissinin, deprem sonrasında ortaya çıkan psikolojik belirtileri veya bu belirtilerin şiddetini arttırabileceğini ve bireylerin psikolojik refahını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Literatürde bu konuda benzer bulgular bulunduğu görülmektedir (Afifi vd., 2012; Makwana, 2019). Örneğin yapılan bir çalışmada depremden sonra ölümle karşı karşıya gelmek, sevilen yakınların kaybı, yaşam alanının zarar görmesi gibi olumsuzluklar nedeniyle bireylerin güvensizlik hissedebildiği ve bunun da kişileri psikolojik açıdan savunmasız bırakabileceği belirlenmiştir (Makwana, 2019). Yine bir diğer çalışma da afetlerden sonra hissedilen belirsizlik ve güvensizlik endişesinin, bireylerde önemli bir psikolojik stres etkeni olarak hareket ettiğini ve bu duyguların psikolojik sıkıntının hem kişisel hem de fizyolojik göstergelerine neden olduğunu bildirmektedir (Afifi vd., 2012).

Deprem sonrasında bireylerde ortaya çıkan duygusal ve fiziksel güzensizlik hissi anlaşılabilir bir durumdur. Bu duygusal zorluklar, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtileri artırabilirken, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilete gibi diğer belirtileri de tetikleyebilir. Sonuç olarak kişisel güvenlik duygusunun bireylerin iyilik halleri ve refahı üzerinde önemli bir faktör olduğunu söylemek mümkündür. Bu kapsamda doğal afetlerin ardından travma sonrası iyileşme süreci için tasarlanan psikososyal destek programlarının, bireylerin güvenlik duygusunu dikkate alarak yapılandırılması gerektiği söylenebilir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Bu araştırma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminin üniversite öğrencileri üzerindeki psikolojik etkilerini sosyodemografik değişkenler açısından incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri cinsiyete dayalı olarak anlamlı farklılık göstermektedir.
2. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri gelir düzeyine dayalı olarak anlamlı farklılık göstermektedir.
3. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri deprem öncesi profesyonel psikolojik yardım alma durumuna dayalı olarak anlamlı farklılık göstermektedir.
4. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri direkt ya da dolaylı olarak depremi deneyimleme türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.
5. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri deprem sonrası yaşanan yere göre farklılaşmamaktadır.
6. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri depremde evlerinin zarar görme durumuna dayalı olarak farklılaşmamaktadır.
7. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri depremde bir yakının yaşamını kaybetmesi durumuna dayalı olarak farklılık göstermektedir.
8. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri deprem sonrası psikolojik yardım alma ihtiyacına dayalı olarak anlamlı farklılık göstermektedir.
9. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtileri deprem sonrası kendini güvende hissetme ihtiyacına dayalı olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

8.2. Öneriler

Araştırma Sonuçlarına Dayalı Öneriler

1. Kadınların afet sonrası dönemde daha yüksek anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanlarına sahip olduğu göz önüne alındığında, kadınlara yönelik özel psikososyal destek programları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Ayrıca cinsiyet temelli eşitsizlikler nedeniyle kadınların sosyal kaynaklara erişimini artıracak politikalar ve programlar oluşturulmalıdır.

2. Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin daha yüksek psikolojik belirti puanlarına sahip olduğu dikkate alınarak, bu gruplara yönelik ekonomik destek ve erişim programları yaygınlaştırılmalıdır. Afet sonrası psikososyal destek çalışmalarında, düşük ekonomik düzeydeki bireyler kırılgan gruplar arasında değerlendirilmeli ve bu bireylere yönelik özel destek programları oluşturulmalıdır.

3. Deprem öncesinde profesyonel psikolojik destek alan bireylerin daha yüksek düzeyde psikolojik belirti yaşadığı göz önüne alındığında, afet sonrası psikolojik destek programları bu bireyleri önceliklendirecek şekilde yürütülmelidir.

4. Depremi doğrudan yaşayan bireylerin daha yüksek psikolojik belirti puanlarına sahip olduğu dikkate alınarak, doğrudan travma deneyimi yaşayanlar için özel destek programları geliştirilmelidir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve diğer psikolojik sorunların önlenmesi ve tedavisi için profesyonel destek sağlanmalıdır.

5. Depremde yakınlarını kaybeden bireylerin depresyon ve somatizasyon puanlarının yüksek olduğu bulgusundan hareketle, bu bireyler için yas süreci ile baş etme ve duygusal destek sağlama konularında özel programlar geliştirilmelidir. Ayrıca yas sürecinde olan bireylere yönelik psikolojik destek hizmetleri, profesyonel yardım ve topluluk desteği sağlanmalıdır.

6. Kendilerini güvende hissetmeyen bireylerin daha yüksek anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik belirti puanlarına sahip olduğu dikkate alınarak, afet sonrası güvenlik duygusunu artıracak tedbirler alınmalıdır. Afet sonrası ruh sağlığı ve psikososyal destek uygulamaları, bireylerin güvenlik duygusunu güçlendirecek ve belirsizlik duygusunu azaltacak şekilde tasarlanmalıdır.

7. Düşük kaynak ortamlarına ulaşmak için yerel sosyal hizmet ve sağlık müdahalelerini entegre eden toplum temelli modeller yaygınlaştırılmalıdır. Toplum ziyaretleri aracılığıyla depremden etkilenen bireylerin ihtiyaç duydukları kaynaklar belirlenmeli ve bu kaynakların bireyler için ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.

8. Afet sonrası bireylerin yaşadıkları travmanın etkilerini anlamak ve uygun psikososyal destek programları oluşturmak için daha kapsamlı değerlendirme yapılmalıdır. Mağdurlara sunulacak destek ve hizmetler bireylerin yaşadığı kayıpların ölçüsünü dikkate alarak kişiye özgü şekilde tasarlanmalıdır.

Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

1. Gelecek araştırmalar bulguların genellenebilirliği açısından farklı bölgelerdeki üniversite öğrencilerini de kapsayacak şekilde gerçekleştirilebilir.

2. Sosyal ve fiziki çevre olanakları ve sosyal destek sistemlerinin dahil edildiği farklı demografik değişkenler kullanılarak detaylı analizler yapılabilir ve içeriğın derinleştirilmesi sağlanabilir.

3. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı gibi paydaş kurumlarla işbirliğı içerisinde ve yerinde durum tespiti yapılarak, sunulan hizmetlerin etkinliğı değerlendirilebilir ve mağdurlara yönelik etkin politikalar üretilmesi ve faaliyete geçirilmesi sağlanabilir.



KAYNAKÇA

- Abbey, S.E., Wulsin, L., & Levenson, J.L. (2005). *Somatization and somatoform disorders: Textbook of psychosomatic medicine*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, ss. 261-269.
- Acar, H., & Çamur Duyan, G. (2003). The emergence and development of social work profession in the world. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 14(1), 1-19.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2023a). 30 Mart 2023 tarihinde <https://www.aile.gov.tr> adresinden erişildi.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2023b). 30 Mart 2023 tarihinde <https://www.aile.gov.tr/media/131235/subat2023-e-bulten.pdf> adresinden erişildi.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2024). 29 Şubat 2024 tarihinde <https://www.aile.gov.tr/media/161802/subat-2024-e-bulten.pdf> adresinden erişildi.
- Afifi, W. A., Felix, E. D., & Afifi, T. D. (2012). The impact of uncertainty and communal coping on mental health following natural disasters. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(3), 329–347. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.603048>
- Aksu, M. (2008). *Krizleri fırsata çevirmenin yolları kriz yönetimi*. İstanbul: Kum Saati Yayınları.
- Ali, I., Hatta, Z. A., & Azman, A. (2014). Transforming the local capacity on natural disaster risk reduction in Bangladeshi communities: A social work perspective. *Asian Social Work and Policy Review*, 8, 34–42. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aswp.12023>
- Alston, M., Hazeleger, T., & Hargreaves, D. (2019). *Social work and disasters: A handbook for practice*. New York, NY: Routledge.
- Anadolu Ajansı, (2023, 02 28). Anadolu Haber Ajansı. 28 Mart 2024 tarihinde <https://www.aa.com.tr> adresinden erişildi.
- Anadolu Ajansı, (2024, 05 02). Anadolu Haber Ajansı. 04 Şubat 2024 tarihinde <https://www.aa.com.tr> adresinden erişildi.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2013). *Recovering emotionally from disaster*. 25 Mayıs 2024 tarihinde <https://www.apa.org/topics/disasters-response/recovering> adresinden erişildi.

- Avşar, Ş. (2022), *Pandemi döneminde eşleri tarafından ev içi şiddete maruz kalan kadınlarda gelişen travma sonrası stres bozukluğu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir olgu-kontrol çalışması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Aydınbaş, G. (2023). Sosyoekonomik boyutuyla Türkiye’de depremler üzerine bir inceleme: Kahramanmaraş depremi örneği. *Sosyal Bilimlere Çok Yönlü Yaklaşımlar: Tarih, Turizm, Eğitim, Ekonomi, Siyaset ve İletişim*, 177.
- Balcıoğlu, İ. & Ünsalver, B. (2014). Yaygın anksiyete bozukluğu: Epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37(3) , 115-120.
- Bayraktar, E. (2006). Yaygın anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. İçinde R. Tükel T. Alkın (Ed.), *Anksiyete Bozuklukları* (s. 469-508). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Bedirli, B. (2014). *Deprem travmasının kronik psikolojik etkileri: Düzce Depremi'nden 14 yıl sonra travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Berkay, F., Çelen, N., Kuşdil, M. E., Tekok-Kılıç A., Kayaoğlu, A., Mermutlu, ... & Tosun, P. (2003). 1999 Marmara depreminin Mudanya halkı üzerindeki psiko-sosyal etkileri. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(4), 1-24.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. McGrawHill Education.
- Black, D. W., & Blum, N. S. (2014). Antisocial personality disorder and other antisocial behavior. In J. Oldham, A. Skodol & d.s. Bender (Eds.), *Textbook of Personality Disorders* (s. 429). The American Psychiatric Publishing.
- Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I., & Wisner., B. (1994). *At risk: Natural hazards, people's vulnerability and disasters*. New York, NY: Routledge.
- Bliss, S. (2010). Haiti: Disasters, poverty and citizenship. *Geographical Bulletin*, 42, 33–42. <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/ielapa.045962835517866>
- Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü. (2023a). Bölgesel Deprem-Tsunami İzleme ve Değerlendirme Merkezi. 6 Mayıs 2024 tarihinde <http://www.koeri.boun.edu.tr/sismo/2/deprem-bilgileri/genel-bilgiler/adresinden> erişildi.
- Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü. (2023b). 6 Mayıs 2024 tarihinde Bölgesel Deprem-Tsunami İzleme ve Değerlendirme

Merkezi. URL:http://www.koeri.boun.edu.tr/sismo/2/tsunami/bilgi_notu_pdf/
adresinden erişildi.

Branden, N. (1994). *The six pillars of self-esteem*. Bantam Book.

Broman-Fulks, J. J., Berman, M. E., Rabian, B. A., & Webster, M. J. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(2), 125-136.

Ceylan, A., & Kömüşçü, A.Ü., (2008), Meteorolojik karakterli doğal afetlerin uzun yıllar ve mevsimsel dağılımları. *İklim Değişikliği ve Çevre*, 1, 1-10

Chaplin, J. P. (1982). *Dictionary of Psychology*. (Ed.). New York, N.Y: Dell.

Çetin Aydın, G., & Aytaç, S. (2023). Depremi dezavantajlı gruplardan biri olan depremzede kadınlar üzerindeki psiko-sosyal etkisi: Nitel bir araştırma. *Journal of Mehmet Akif Ersoy University Economics and Administrative Sciences Faculty*, 10(3), 2195-2218. <https://doi.org/10.30798/makuiibf.1281904>

Davidson, J. R. T. (2000). Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 14(2_suppl1), S5-S12.

Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., Spoonster, E., & Cullado, M. (2003). Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 149-164.

Derogatis, L. R. (1992). *The brief symptom inventory (BSI): Administration, scoring and procedures*. Manual II. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2001). *Historical and handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Doğan, A. (2011). Adolescents' posttraumatic stress reactions and behavior problems following Marmara earthquake. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 5825

Druss, B. G. (2020). Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 891-892.

Ekinci, N. (2013). *Öğretmenlerin öfke ifade tarzları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Erbil, F. (2023). Crises, disasters and children in Turkey. *Reflektif Journal of Social Sciences*, 4(2), 357-372.

Ergünay, O., Gülkan, P. & Güler, H. (2008), *Deprem terimleri açıklamalı sözlük: Afet zararlarını azaltmanın temel ilkeleri*. T.C. İçişleri Bakanlığı Japonya Uluslararası İşbirliği Ajansı.

- Erkal, T. & Değerliyurt, M. (2011). Türkiye’de afet yönetimi. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 22, 147-164.
- Farooqui, M., Quadri, S. A., Suriya, S. S., Khan, M. A., Ovais, M., Sohail, Z., ..., & Hassan, M. (2017). Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(2), 135-143
- Filiz, E. (2007), *Türk kamu yönetiminde kriz yönetimi*. İstanbul: Alfa Aktüel Yayınları.
- Gerstner, R. M., Lara-Lara, F., Vasconez, E., Viscor, G., Jarrin, J. D., & Ortiz-Prado, E. (2020). Earthquake-related stressors associated with suicidality, depression, anxiety and post-traumatic stress in adolescents from Muisne after the earthquake 2016 in Ecuador. *BMC Psychiatry*, 20, 1-9.
- Genç Hayat Vakfı (GHV). (2024). Afet sonrası çalışmalarda bir model olarak: Gençlik çalışmaları. 08 Mart 2024 tarihinde <https://www.stgm.org.tr/e-kutuphane/afet-sonrasi-calismalarda-model-olarak-genclik-calismalari> adresinden erişildi.
- Glaesser, D. (2006). *Crisis management in the tourism industry*. Burlington: Elsevier.
- Goff, J., Ebina, Y., Goto, K., & Terry, J. (2016). Defining tsunamis: Yoda strikes back?. *Earth-Science Reviews*, 159, 271-274.
- Gökçe, O. & Tetik, Ç. (2012). *Teoride ve pratikte afet sonrası iyileştirme çalışmaları*. Ankara: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Yayınları.
- Guindon, M. (2010) What is self-esteem?, In Guindon, M (Ed.) *Self-Esteem across the lifespan issues and interventions*, (p. 3-25), New York: Routledge.
- Gülmez, E. (2022). 2020 Elazığ depremi sonrası, depremzedelerde posttravmatik stres bozukluğu ve eşlik eden psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının araştırılması. (Uzmanlık Tezi.). Elazığ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ.
- Hay, I. (1995). Enhancing the learning of students with learning difficulties through an understanding of the interactions between students' effort, self-perception, achievement, and teacher actions. *Australian Journal of Remedial Education*, 27(1), 22-25.
- Herman, J. L. (1992) *Travma ve iyileşme*, (Çev: Tosun, T.) İstanbul: Literatür Yayınları.
- Hiçdurmaz, D. (2010). *Bilişsel davranışçı grup danışmanlığının benlik algısı ve stresle baş etme biçimlerine etkisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Huang, L., Wang, Y., Liu, J., Ye, P., Cheng, B., Xu, H., ..., & Ning, G. (2020). Factors associated with resilience among medical staff in radiology departments during The Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): A Cross-Sectional

- Study. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e925669.
- Huberty, J. L., Coleman, J., Rolfsmeyer, K., & Wu, S. (2014). A qualitative study exploring women's beliefs about physical activity after stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 1-9.
- International Panel on Climate Change (IPCC). (2018) Annex I: Glossary. In: Matthews JBR (ed) Global Warming of 1.5°C. An IPCC Special Report on the impacts of global warming of 1.5°C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty.
- Işık E., Işık U., & Taner Y.(2013). *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.
- Johnson, K., Bennett, C., & Rochani, H. (2020). Significant improvement of somatic symptom disorder with brief psychoeducational intervention by PMHNP in primary care. *The Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23, e1078390320960524.
- Kadıoğlu, M. (2011). *Afet yönetimi, beklenilmeyeni beklemek. En kötüsünü yönetmek*. T.C. Marmara Belediyeler Birliği Yayını.
- Kara, N. (2014). Sağlık kaygısının eşlik ettiği bir yaygın anksiyete bozukluğu olgusunun bilişsel davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2014(3), 99-108.
- Karakaya, İ. (2012). Bilimsel araştırma yöntemleri. A. Tanrıöğen (Ed.) *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Anı.
- Karakaya, I., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Şişmanlar, Ş., & Öç, Ö. (2004). Marmara depreminden üç buçuk yıl sonra ergenlerde TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 257 - 263.
- Karamustafalıoğlu, O. (2018). *Temel ve klinik psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
- Kardaş, F. & Tanhan, F. (2018). Van depremini yaşayan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres, travma sonrası büyüme ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 1-36 .
- Kavak, K. Ş. (2017). Depremler ve yerküre'nin içi. İçinde F. K. Lutgens, E. J. Tarbuck, & D. Tasa (Ed.), *Genel jeoloji -Temel Kavramlar* (11. bs, ss. 334-359). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Keya, T.A., Leela, A., Habib, N., Rashid, M., & Bakthavatchalam, P. (2023). Mental health disorders due to disaster exposure: A systematic review and meta-analysis. *Cureus*, 15(4), e37031.
- Kılıç Ceyhan, E. (2023). Afetlere müdahalede sosyal hizmetin çok boyutlu rolü. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 779-786.
- Kleinstaeuber, M., Witthoeft, M., Steffanowski, A., van Marwijk, H., Hiller, W., & Lambert, M. J. (2014). *Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 11, CD010628.
- Kökdemir, H. (2004). Öfke ve öfke kontrolü, *Pivolka*, 12, 7-10.
- Köroğlu, E. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanılal ve sayımsal el kitabı*. (DSM-IV-TR). Hekimler Yayın Birliği, s. 419-447.
- Kose, T. (2020). Gender, income and mental health: The Turkish case. *Plos ONE*, 15(4), e0232344.
- Leblebici, Ö. (2014). Afetlerde kamu yönetiminin rolü ve toplum temelli afet yönetimine doğru. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 457-478. <https://doi.org/10.17218/husbed.95613>
- Lipowski, Z. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, e1358-1368
- Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine And Primary Care*, 8(10), 3090-3095.
- Morabito, G., Barbi, E., & Cozzi, G. (2020). The unaware physician's role in perpetuating somatic symptom disorder. *JAMA Pediatr*, 174, 9-10.
- Morrison, E. W. (2014). Employee voice and silence. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 173-197.
- Nakamura, K., Kitamura, K., Kim, Y., & Someya, T. (2015). Property damage and long-term psychological distress after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake in Ojiya, Japan: a community-based study. *Journal of Public Health*, 37(3), 398-405.
- National Geophysical Data Center/World Data Service (NGDC/WDS). (2015). Global historical tsunami database. Tsunami event data. 31.05.2023 tarihinde http://www.ngdc.noaa.gov/hazard/tsu_db.shtml adresinden erişildi.
- Nikku, B. J. (2015). Living through and responding to disasters: Multiple roles for social work. *Social Work Education*, 34(6), 601-606.
- North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: A systematic review. *Jama*, 310(5), 507-518.

- NTV News. (2023). Kahramanmaraş merkezli depremlerde can kaybı 45 bini aştı. 06 Mayıs 2024 tarihinde https://www.ntv.com.tr/galeri/turkiye/kahramanmaras-merkezlidepremlerde-can-kaybi-43-bini-asti,wUVDL2h06kGMjbzk_ysi3Q/x0uCF0tSBk-9kiHpXwPcgw. adresinden erişildi.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., & Forshall, S. (2001). *Generalized anxiety disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders*. London: Martin Dunitz.
- Oishi, S., Kimura, R., Hayashi, H., Tatsuki, S., Tamura, K., Ishii, K., & Tucker, J. (2015). Psychological adaptation to the Great Hanshin-Awaji Earthquake of 1995: 16 years later victims still report lower levels of subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 55, 84–90.
- Öztürk, E., & Derin, G. (2020). Psikotravmatoloji. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 6(2), 181-214.
- Paton, D., & Johnston, D. (2015). The Christchurch earthquake: Integrating perspectives from diverse disciplines. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 14, 1–5. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212420915000163>
- Rihmer, Z., & Angst, J. (2007). *Duygudurum bozuklukları: Epidemiyoloji*. In: Sadock B, Sadock V, eds. Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi, 1575-1582.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent: Self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1).
- Sabuncuoğlu, O., Çevikasan, A., & Berkem, M. (2003). Marmara depreminden etkilenen iki ayrı bölgede ergenlerde depresyon, kaygı ve davranış. *Klinik Psikiyatri*, 6, 189-197.
- Sakarya, D. & Güneş, C. (2013). Van Depremi sonrasında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 21(1), 25-32.
- Sanford, L. T., & Donovan, M. E. (1984). *Women and self-esteem: Understanding and improving the way we think and feel about ourselves*. Penguin Books.
- Schooler, T. Y. (2001). Disasters, Coping with. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, s. 3713–3718.

- Seto, M., Nemoto, H., Kobayashi, N., Kikuchi, S., Honda, N., Kim, Y., ... & Tomita, H. (2019). Post-disaster mental health and psychosocial support in the areas affected by the Great East Japan Earthquake: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 19, 1-13.
- Seyyar, A., & Yumurtacı, A. (2016). Afet odaklı acil manevi sosyal hizmet uygulamaları bağlamında Türkiye'ye yönelik bir model önerisi. *MANAS Journal of Social Studies*, 5(3), 1-24.
- Shields-Zeeman, L., & Smit, F. (2022). The impact of income on mental health. *The Lancet Public Health*, 7(6), e486-e487.
- Skaalvik, E. M. & Hagtvet, K.A. (1990). Academic achievement and self-concept: An analysis of causal predominance in a developmental perspective. *Journal of Personality & Social Psychology*, 58, 292-307.
- Smith, T. W. (1994). Concepts and Methods in the study of anger, hostility, and health. In A.W. Siegman ve T.W. Smith (ed.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 23-42). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Solomon, S. D., Bravo, M., Rubio-Stipec, M. & Canino, G. (1993). Effect of family role on response to disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 6(2), 255-269.
- Sönmez, M. B. (2022). Depremin psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme. *TOTBİD Dergisi*, 21(3), 337-343.
- Spielberger, C. D., Jonhson, E. H., Russell, S. F., Crane, R. J., Jacobs, G. A. & Worden, T. J. (1985). The Experience and Expression of Anger: Construction and Validation of An Anger Expression Scale. In M. A. Chesney ve R. H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility incardiovascular and behavioral disorders* (pp. 5-30). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Spinoven, P., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1320-1330.
- Sucu, Y. (2000), *Kriz yönetimi*. Ankara: Elit Yayıncılık
- Şafak, Y., & Türkçapar, H. (2013). Somatoform bozukluklarda Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3, 84-94.
- Şahin, H. N., (1997). Öfke: O sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin. *Türk Psikoloji Bülteni*, 7, 79-85.
- Şahin, F. (2020). KBRN olaylarında müdahil bazı kurum personellerinin konu hakkındaki bilgi beceri ve görüşlerinin derinlemesine mülakat tekniği ile ölçülmesi:

- Gümüşhane ve Erzurum ili örneği. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gümüşhane Üniversitesi, Gümüşhane.
- Şahin, N., & Durak, A. (1994). A study of the Brief Symptom Inventory in Turkish youth (Brief Symptom Inventory-BSI). *Turkish Journal of Psychology*, 9(31), 44-56.
- Şimşek, Z. (2020). Biyolojik afet olarak Covid-19 pandemisi özelinde mevsimlik tarım işgücü ve ailelerine yönelik temel sağlık hizmetlerinin sunumu. *Sağlık ve Toplum Dergisi, Covid-19 Özel sayı*, 103-111.
- Tanaka, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., Kameoka, S., Kato, H., & You, Y. (2016). Long-term psychological consequences among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake in China: A cross-sectional survey six years after the disaster. *Journal of Affective Disorders*, 204, 255-261.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). London: Pearson Education Limited.
- Tapan, M. G. (2023). Kahramanmaraş depremleri sonrası afet yönetiminde sosyal hizmet uygulamaları. *Yedi Aralık Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 18-30.
- Tarhan, N. (2008). *Duyguların dili*. İstanbul: Timaş Yayınları Entegre Matbaacılık.
- Taşçı, G. & Özsoy, F. (2021). Deprem travmasının erken dönem psikolojik etkileri ve olası risk faktörleri. *Cukurova Medical Journal*, 46(2), 488-494.
- Taşdemiroğlu, M. (1970). Türkiyede kütle hareketleri. *Türkiye Jeoloji Bülteni*, 13(2), 26-35.
- Teachman, A. B., & Allen, P. J. (2007). Development of social anxiety: Social interaction predictors of implicit and explicit fear of negative evaluation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(1), 63-78.
- Tekin, M. & Zerenler, M. (2005). *Krizi yönetebilmenin sırları*. Konya: Çizgi Kitabevi
- Trimble, M. R. (2013). Post-traumatic stress disorder: History of a concept. In *Trauma and its wake* (pp. 5-14). New York, NY: Routledge.
- Tuncay, T. (2004). *Afetlerde sosyal hizmet*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu.
- Turan, N. (2009). *Sosyal kişisel çalışma*. Ankara: Aydınlar Matbacılık.
- Tutkun, H., & Özdemir, A. Ç. (2004). Yaygın anksiyete bozukluğunda tedavi kılavuzu. In R. Tükel (Ed.), *Anksiyete bozuklukları tedavi kılavuzunda* (s. 245-264). Ankara, Türkiye: Gün Limited İletişim Yayıncılık.
- Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB). (2023). 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremleri Raporu. 20 Haziran 2024 tarihinde

- https://www.tmmob.org.tr/sites/default/files/tmmob_deprem_raporu_son_4agustos-part-1.pdf adresinden erişildi.
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). Deprem sonrası değerlendirme raporu, 12 Mayıs 2024 tarihinde <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/03/2023-Kahramanmaraş-ve-Hatay-Depremleri-Raporu.pdf> adresinden erişildi.
- Türkkan, T., & Hatipoğlu, E. (2024). Factors affecting the mental health of youth after the great kahramanmaraş earthquake disaster. *Journal of Social Service Research*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/01488376.2024.2352158>
- Tüz, V.M. (2001). *Kriz ve işletme yönetimi*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- United Nation Office for Disaster Risks Reduction (UNDRR). (2009). 2009 UNISDR terminology on disaster risk reduction. 10 Nisan 2024 tarihinde <https://www.undrr.org/publication/2009-unisdr-terminology-disaster-risk-reduction> adresinden erişildi.
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2009). UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction. International Strategy for Disaster Reduction (ISDR), pp. 1–30.
- Ünübol, H., & Sayar, G. H. (2020). Türkiye'de Hostilitenin Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi. *İslam Medeniyeti Dergisi*, 6(45), 22-45.
- World Health Organization (WHO). (2002). *Gender and health in disasters*. 10 Haziran 2023 tarihinde https://www.who.int/gender/other_health/genderdisasters.pdf adresinden erişildi.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Volcanic eruptions*. 15 Haziran 2023 tarihinde https://www.who.int/health-topics/volcaniceruptions#tab=tab_1 adresinden erişilmiştir.
- Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A. & Viktorin, A. (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature Genetics*, 50(5), 668-681.
- Wu, Z., Xu, J., & He, L.(2014). Psychological consequences and associated risk factors among adult survivors of the 2008 Wenchuan earthquake. *BMC Psychiatry*. 14(126), 1-11.
- Yıldırım, T., Çırak, Y., & Konan, N. (2011). Öğretmen adaylarında sosyal kaygı. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(1), 85-100.

- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., ... & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 1-22.
- Yörükoğlu, A. (1988). *Gençlik Çağı: Ruhsağlığı ve ruhsal sorunları*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Zakour, M. J., & Harrell, E. B. (2003). Access to disaster services. *Journal of Social Service Research*, 30, 27-54.
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wssr20>
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164.
- Zhang, Z., Wang, W., Shi, Z., Wang, L., & Zhang, J. (2012). Mental health problems among the survivors in the hard-hit areas of the Yushu earthquake. *PLoS ONE* 7(10), e46449. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046449>
- Zimmermann, M. A., Copeland, L. A., Shope, J. T., & Dielman, T. E. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(2), 117-141.
- Zimmermann, M., Glombitza, K. F., & Rothenberger, B. (2010). *Disaster risk reduction programme for Bangladesh 2010-2012*. Bern, Switzerland: Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC).

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı tez çalışması kapsamında yapılmaktadır. Çalışma 6 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş depreminin üniversite öğrencileri üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onay verdiğiniz şekilde yorumlanacaktır.

Veri formunda kişisel bilgilerinize ilişkin herhangi bir bilgi istenmemektedir. Verdiğiniz tüm cevaplar gizlilik esası çerçevesinde korunacak ve saklanacaktır. Bu bağlamda formdaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı ya da etkisi altında olmadan, içten bir şekilde cevap veriniz. Veri formunda çoktan seçmeli ve kısa sorular yer almaktadır. Tamamını yanıtlamak en fazla 15 dakika almaktadır.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı belirtiyorum ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Onay Veriyorum

☐ Onay Vermiyorum

Ramazan KOÇ

Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sosyal Hizmet Yönetimi ABD Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz?

☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşınız?

3. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

4. Annenizin eğitim seviyesi?

☐ Okur-yazar Değil ☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim
☐ Lise ☐ Yüksekokul/Lisans ☐ Lisansüstü

5. Babanızın eğitim seviyesi?

☐ Okur-yazar Değil ☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim
☐ Lise ☐ Yüksekokul/Lisans ☐ Lisansüstü

6. Daha önce psikolojik yardım aldınız mı?

☐ Evet
☐ Hayır

7. Şubat ayında yaşanan depremi nasıl deneyimlediniz?

☐ Depremi bizzat yaşamadım ama medya aracılığıyla olumsuz yönde etkilendim
☐ Depremi bizzat yaşamadım ama yakınlarım yaşadı; bu yüzden olumsuz etkilendim
☐ Depremi bizzat yaşayanlara gönüllü olarak yardım ettim; bu deneyim beni psikolojik açıdan zorladı.

☐ Depremi bizzat yaşadım ve üzerimde olumsuz etkileri sürüyor.

8. Deprem sonrası siz/aileniz nerede yaşıyor?

☐ Aile mülkü ☐ Akraba ☐ Çadır/Konteyner
☐ Kyk Yurtları/Misafirhane ☐ Diğer _____

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

☐ Hasar görmedi ☐ Az hasar gördü ☐ Orta hasar gördü
☐ Ağır hasar gördü ☐ Yıkıldı

10. Depremde yakınlarınızdan kayıplarınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Deprem etkileri nedeniyle psikolojik destek almaya ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

12. Şuan kendinizi güvende hissediyor musunuz?

☐ Evet
☐ Hayır

Ek 3. Kısa Semptom Envanteri

KSE: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?		Hiç Yok	Biraz Var	Orta Derecede Var	Epey Var	Çok Fazla Var
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
5	Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
16	Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
20	Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26	Yaptığınız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27	Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
30	Sıcak - soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
35	Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
37	Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
47	Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirli hissetmek	0	1	2	3	4
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

ETİK KURUL KARARI



T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Sayı : E-95674917-108.99-169159

Konu : Etik Kurul Otay

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuğba TÜRKKAN

"KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN PSİKOLOJİK BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ: GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ ORNEĞİ" isimli etik kurul başvurusuz. Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 05/03/2023 tarih ve 2023/1 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; Projenin yurtdışındaki mevzuatı uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Günay ÇAKIR
Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

İlköğrenimini Kocaeli Körfez Tüpraş İlkokulunda, lise öğrenimini Kocaeli Muammer Dereli Anadolu Öğretmen Lisesinde tamamladı. 2017 yılında Gümüşhane Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümünden mezun oldu. 2023 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümünden mezun oldu. 2023 yılında Gümüşhane Gençlik ve Spor İl Müdürlüğüne memur olarak atandı. Halen burada görevine devam etmektedir.

