T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

AFET YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

AFET VE ACİL DURUMLARDA PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİNİN TRAVMA VE STRESE BAĞLI RUHSAL BOZUKLUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: KAHRAMANMARAŞ DEPREMLERİ ÖRNEĞİ

DOKTORA

Öznur ÇINAR

ŞUBAT-2025
GÜMÜŞHANE

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

AFET YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

AFET VE ACİL DURUMLARDA PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİNİN TRAVMA VE STRESE BAĞLI RUHSAL BOZUKLUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: KAHRAMANMARAŞ DEPREMLERİ ÖRNEĞİ

THE EFFECT OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT SERVICES ON TRAUMA AND STRESS-RELATED MENTAL DISORDERS IN DISASTER AND EMERGENCY SITUATIONS: THE EXAMPLE OF KAHRAMANMARAŞ EARTHQUAKES

DOKTORA

Öznur ÇINAR

ŞUBAT-2025
GÜMÜŞHANE

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

AFET YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

AFET VE ACİL DURUMLARDA PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİNİN TRAVMA VE STRESE BAĞLI RUHSAL BOZUKLUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: KAHRAMANMARAŞ DEPREMLERİ ÖRNEĞİ

THE EFFECT OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT SERVICES ON TRAUMA AND STRESS-RELATED MENTAL DISORDERS IN DISASTER AND EMERGENCY SITUATIONS: THE EXAMPLE OF KAHRAMANMARAŞ EARTHQUAKES

DOKTORA

Öznur ÇINAR

Danışman: Doç. Dr. Emel YILDIZ

ŞUBAT-2025
GÜMÜŞHANE

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Doktora Tezi olarak hazırlamış olduğum "**Afet ve Acil Durumlarda Psikososyal Destek Hizmetlerinin Travma Ve Strese Bağlı Ruhsal Bozukluklar Üzerindeki Etkisi: Kahramanmaraş Depremleri Örneği**" isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirtiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi'nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

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

21/02/2025

…….

Öznur ÇINAR

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında büyük bir sabırla yanımda olan, özenle bilgisini, deneyimini her ihtiyaç anımda paylaşan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışman hocamlarım Sayın Doç. Dr. Emel YILDIZ'a ve Prof. Dr. Ekrem CENGİZ'e teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca saygı değer tez jüri üyelerim Prof. Dr. Fazıl KIRKBİR, Dr. Öğr. Üyesi Melikşah Turan, Dr. Öğr. Üyesi Vildan ORAL ve Dr. Öğr. Üyesi Sefa MIZRAK'a değerli katkılarından dolayı saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak ise, dokotra tez sürecim boyunca beni destekleyen tüm arkadaşlarıma ve de her zaman yanımda olan ailemin bütün üyelerine teşekkür ederim.

Öznur ÇINAR

GÜMÜŞHANE – 2025

ÖZET

Bu araştırmanın birinci amacı algılanan psikososyal destek ölçeği geliştirmek olup ikinci amacı ise algılanan psikososyal desteğin, psikososyal destek almış olan afetzedelerin ruhsal durumları (Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete) üzerindeki etkisini tespit etmektir. Araştırmanın örneklem yöntemi kolayda örnekleme yöntemidir. Yüz yüze anket yöntemi uygulanarak yürütülen araştırmanın, uygulama aralığı 15.02.2024-15.05.2024 tarihleri arasındadır. Toplamda 668 kişiye ulaşılmış olup, 638 katılımcının verileri analize dahil edilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler: Kapsam geçerlilik oranı, dağılım istatistikleri (ortalama, standart sapma, medyan, çarpıklık ve basıklık), açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, Croncbach alpha, madde-toplam korelasyonları, iki yarı ve Guttman güvenirlilik analizleri, benzeşim geçerliliği, ayrım geçerliliği, birleşik güvenirlilik ve yapısal eşitlik modelidir. Araştırmanın ölçek geliştirme aşamasında 4 alt boyutlu (bilgi, süreç, bireysel fayda ve toplumsal fayda) algılanan psikososyal destek ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin her alt boyutunun altında 3'er madde olup, toplamda 12 madde içermektedir. Araştırmanın hipotezlerini test etmek için gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli sonucunda regresyon katsayılarından 7 tanesi 0.05 önemlilik düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bilgi alt boyutu ile travma sonrası stres (-0.106), depresyon (-0.109) ve anksiyete (-0.095) arasında düşük düzeyde negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Süreç alt boyutu ile travma sonrası stres (-0.880), depresyon (-0.955) arasında yüksek ve anksiyete (-0.729) arasında ise orta düzeyde negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Araştırmanın 12 hipotezinden 6'sı kabul edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Psikososyal destek ölçeği, Travma sonrası stres

SUMMARY

The first aim of this study is to develop a perceived psychosocial support scale and the second aim is to determine the effect of perceived psychosocial support on the mental states (post-traumatic stress disorder, depression, anxiety) of disaster victims who have received psychosocial support. The sampling method of the study is convenience sampling. The application period of the study, which was conducted by applying the face-to-face survey method, is between 15.02.2024 and 15.05.2024. A total of 668 people were reached and the data of 638 participants were included in the analysis. The statistical methods used in the study are: Content validity rate, distribution statistics (mean, standard deviation, median, skewness and kurtosis), explanatory factor analysis, confirmatory factor analysis, Croncbach alpha, item-total correlations, split-half and Guttman reliability analyses, convergent validity, discriminant validity, composite reliability and structural equation model. In the scale development phase of the study, a perceived psychosocial support scale with 4 sub-dimensions (information, process, individual benefit and social benefit) was developed. The scale has 3 items under each sub-dimension, and it contains 12 items in total. As a result of the structural equation modeling performed to test the hypotheses of the research, 7 of the regression coefficients were found to be significant at the 0.05 level of significance. Low level negative relationships were found between the knowledge sub-dimension and post-traumatic stress (-0.106), depression (-0.109) and anxiety (-0.095). High level negative relationships were found between the process sub-dimension and post-traumatic stress (-0.880), depression (-0.955), and moderate level negative relationships were found between the process sub-dimension and anxiety (-0.729). 6 of the 12 hypotheses of the research were accepted.

Keywords: Anxiety, Depression, Psychosocial support scale, Post-traumatic stress disorder

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI IV
TEŞEKKÜR V
ÖZET VI
SUMMARY VII
İÇİNDEKİLER VIII
TABLOLAR DİZİNİ X
ŞEKİLLER DİZİNİ XIIII
EKLER DİZİNİ XIV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ XV
1. GİRİŞ 1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE 5
2.1. Afetlerde Ruh Sağlığı 5
2.2. Afetlerde Psikososyal Destek 11
2.3. Afetlerde Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek 15
3. LİTERATÜR TARAMASI 20
3.1. Afetlerde Ruh Sağlığı 20
3.2. Afetlerde Psikososyal Destek 44
3.3. Afetlerde Ruh Sağılığı ve Psikososyal Destek 53
4. ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ 73
4.1. Araştırmanın Konusu 73
4.2.Araştırmanın Amacı, Kapsam ve Kısıtları 73
4.3. Araştırmanın Literatüre Katkısı 74
4.4. Araştırma Modeli ve Hipotezlerinin Geliştirilmesi 75
4.5. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Ölçeklere Ait Maddeler 79
4.6. Araştırmanın Evreni ve Veri Toplama Yöntemi 80
4.7. Kullanılan Analiz Yöntemleri 81
4.8. Analiz ve Bulgular 81
4.8.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri 81
4.8.2. Algılanan Psikososyal Destek Ölçeği Geliştirme Süreci İle İlgili Bulgular 82
4.8.2.1. Yapı Tanımlaması 82
4.8.2.2. Önceki Ölçeklerin İncelenmesi 83

4.8.2.3. Madde Havuzu Oluşturulması 84
4.8.2.4. Ölçüm Yönteminin Belirlenmesi 84
4.8.2.5. Akademik Uzman Değerlendirmesi 85
4.8.2.6. Uzman Görüşü Alınması 85
4.8.2.7. Pilot Çalışma 87
4.8.2.8. Ölçeğin Alan Çalışmasının Gerçekleştirilmesi 88
4.8.3. Algılanan Psikososyal Destek Ölçeği Güvenirlilik, Geçerlilik Analizi 88
4.8.3.1. Normal Dağılım Uygunluğu 88
4.8.3.2. Açıklayıcı Faktör Analizi 89
4.8.3.3. Croncbach Alpha, Madde-Toplam Korelasyonları, İki Yarı ve Guttman Güvenirlilik Analizleri 116
4.8.3.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi 119
4.8.3.5. Benzeşim Geçerliliği, Ayrım Geçerliliği, Birleşik Güvenirlilik, İç Tutarlılık 125
4.8.4. DASS42 Ölçeği Güvenirlilik, Geçerlilik Analizi Sonuçlar 126
4.8.4.1. DASS42 Ölçeği Normal Dağılım Uygunluğu 126
4.8.4.2. Croncbach Alpha Testi 127
4.8.4.2.1. Depresyon Alt Boyutu 127
4.8.4.2.2. Anksiyete Alt Boyutu 128
4.8.4.2.3. Stres Alt Boyutu 128
4.8.4.3. DASS42 Ölçeği Alt Boyutları Doğrulayıcı Faktör Analizi 129
4.8.4.3.1. Depresyon Alt Boyutu 129
4.8.4.3.2. Anksiyete Alt Boyutu 130
4.8.4.3.3. Stres Alt Boyutu 131
4.8.4.4. DASS42 Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi (Tüm Ölçek) 132
4.8.5. Yapısal Eşitlik Model Analizi Sonuçları 133
4.8.6. Hipotez Testleri Sonuçları 135
5.SONUÇ VE ÖNERİLER 137
KAYNAKÇA 147
EKLER 173
ETİK KURUL KARARI 179
ÖZGEÇMİŞ 180

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Acil durumlardan etkilenen yetişkin nüfusta ruhsal bozukluklar. ……..6
Tablo 2. Psikososyal destek hizmet süreçleri.....14
Tablo 3. Hipotezlerin oluşturulmasına yönelik faydalanılan literatürdeki çalışmalar….75
Tablo 4. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri.....82
Tablo 5. Madde kapsam geçerliliği sonuçları 86
Tablo 6. Maddelere ait dağılım istatistikleri ve normal dağılım sonuçları 89
Tablo 7. Bilgi alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları 90
Tablo 8. Bilgi alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları 91
Tablo 9. Bilgi alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları 91
Tablo 10. Bilgi alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçları 92
Tablo 11. Bilgi alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri 93
Tablo 12. Bilgi alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi.....93
Tablo 13. Bilgi alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları (2.test) 94
Tablo 14. Bilgi alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları (2.test).....94
Tablo 15. Bilgi alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları (2.test).....95
Tablo 16. Bilgi alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi (2. test).....95
Tablo 17. Bilgi alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri (2. test) 96
Tablo 18. Bilgi alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi (2. test).....96
Tablo 19. Süreç alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları 96
Tablo 20. Süreç alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları 97
Tablo 21. Süreç alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları 97
Tablo 22. Süreç alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçları 98
Tablo 23. Süreç alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri 99
Tablo 24. Süreç alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi.....99
Tablo 25. Süreç alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları (2.test).....100
Tablo 26. Süreç alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları (2. test).....101
Tablo 27. Süreç alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları (2.test).....101
Tablo 28. Süreç alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi (2.test).....101
Tablo 29. Süreç alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri (2. test) 102
Tablo 30. Süreç alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi (2. test) 102
Tablo 31. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları 103
Tablo 32. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları.....103

Tablo 33. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları 104
Tablo 34. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçları 104
Tablo 35. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri 105
Tablo 36. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi 106
Tablo 37. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları (2.test)..... 107
Tablo 38. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon (2.test) 107
Tablo 39. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları (2.test)..... 107
Tablo 40. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi (2. test)... 108
Tablo 41. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans (2.test) 108
Tablo 42. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi (2.test) 109
Tablo 43. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları 109
Tablo 44. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları 110
Tablo 45. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları 110
Tablo 46. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi 111
Tablo 47. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri .. 112
Tablo 48. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi..... 112
Tablo 49. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları (2.test) 113
Tablo 50. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon (2.test)..... 113
Tablo 51. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları (2.test)..... 114
Tablo 52. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi (2. test) 114
Tablo 53. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans (2.test) 115
Tablo 54. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi (2.test) 115
Tablo 55. Bilgi alt boyutuna ait Croncbach Alpha ve madde-toplam istatistikleri..... 116
Tablo 56. Bilgi alt boyutuna ait iki-yarı güvenirlilik istatistikleri 117
Tablo 57. Süreç alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri 117
Tablo 58. Süreç alt boyutuna ait iki-yarı güvenirlilik istatistikleri 117
Tablo 59. Bireysel fayda alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri 118
Tablo 60. Bireysel fayda alt boyutuna ait iki-yarı güvenirlilik istatistikleri 118
Tablo 61. Toplumsal fayda alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri 119
Tablo 62. Toplumsal fayda alt boyutuna ait iki-yarı güvenirlilik istatistikleri 119
Tablo 63. DFA uyum indeksleri aralıkları 120
Tablo 64. Bilgi alt boyutu DFA faktör yükleri 120
Tablo 65. Süreç alt boyutu DFA faktör yükleri 121

Tablo 66. Bireysel fayda alt boyutu DFA faktör yükleri 121
Tablo 67. Toplumsal fayda alt boyutu DFA faktör yükleri 122
Tablo 68. Psikososyal destek DFA faktör yükleri 125
Tablo 69. Benzeşim geçerliliği, iç tutarlık ve birleşik güvenirlilik sonuçları 125
Tablo 70. Psikososyal destek ölçeği ayrım geçerliliği sonuçları 126
Tablo 71. DASS42 ölçeği değişkenlerine ait dağılım istatistikleri 126
Tablo 72. Depresyon alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri 128
Tablo 73. Anksiyete alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri 128
Tablo 74. Stres alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri 129
Tablo 75. Depresyon alt boyutu DFA faktör yükleri 129
Tablo 76. Anksiyete alt boyutu DFA faktör yükleri 130
Tablo 77. Stres alt boyutu DFA faktör yükleri 131
Tablo 78. DASS42 DFA faktör yükleri 133
Tablo 79. Yapısal eşitlik regresyon katsayıları 134
Tablo 80. Yapısal eşitlik modeli faktör yükleri 135

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Afet ve acil durumlarda ruh sağlığı ve psikososyal destek piramidi.....16
Şekil 2. Araştırma modeli 79
Şekil 3. Bilgi alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği 92
Şekil 4. Bilgi alt boyutuna ilişkin döndürülmüş uzayda bileşen grafiği 94
Şekil 5. Bilgi alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği (2. test) 95
Şekil 6. Süreç alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği 98
Şekil 7. Süreç alt boyutuna ilişkin döndürülmüş uzayda bileşen grafiği 100
Şekil 8. Süreç alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği (2. test) 102
Şekil 9. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği 105
Şekil 10. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş uzayda bileşen grafiği 106
Şekil 11. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği (2.test).....108
Şekil 12. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği 111
Şekil 13. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş uzayda bileşen grafiği ..113
Şekil 14. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği (2.test) 115
Şekil 15. Bilgi alt boyutu DFA çıktısı.....120
Şekil 16. Süreç alt boyutu DFA çıktısı 121
Şekil 17. Bireysel fayda alt boyutu DFA çıktısı 122
Şekil 18. Toplumsal fayda alt boyutu DFA çıktısı.....122
Şekil 19. Psikososyal destek ölçeği DFA çıktısı.....123
Şekil 20. Depresyon alt boyutu AMOS çıktısı.....130
Şekil 21. Anksiyete alt boyutu AMOS çıktısı.....131
Şekil 22. Stres alt boyutu AMOS çıktısı 132
Şekil 23. DASS42 ölçeği AMOS çıktısı 133
Şekil 24. Yapısal eşitlik modeli AMOS çıktısı 134

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Uzman Görüş Formu 173
Ek 2. Anket Formu 176

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFAD	:	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AGFI	:	Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)
AMOS	:	Analysis of Moment Structures (Moment Yapılarının Analizi)
AVE	:	Average Varyans Extracted (Çıkarılan Ortalama Varyans)
CFI	:	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CR	:	Compozite Reliability (Faktörlerin Birleşik Güvenilirliği)
ÇAKÜ	:	Çankırı Karatekin Üniversitesi
DASS42	:	Depression Anxiety Stress Scale (Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği)
DFA	:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM5	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Psikolojik) Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
Erişim	:	Erişim Tarihi
GFI	:	Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
IASC	:	Inter Agency Standing Committee (Kurumlararası Daimi Komite)
IFRC	:	The International Federation of Red Cross (Uluslararası Kızılhaç Federasyonu)
INEE	:	The Inter Agency Network for Education in Emergencie (Acil Durumlarda Eğitim için Kurumlararası Ağ)
IOM	:	Institute of Medicine (Sağlık Enstitüsü)
KGO	:	Kapsam Geçerlilik Oranı Analizi
KMO	:	Kaiser-Meyer-Olkin
NFI	:	Normed Fit Index (Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi)
p	:	Anlamlılık Düzeyi
r	:	Korelasyon Katsayısı
RFI	:	Relative Fit Index (Göreceli Uyum İndeksi)
RMR	:	Root Mean Square Residual (Ortalama Hataların Karakökü)
RMSEA	:	Root Mean Square Error Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü)
SBB	:	TC Cumhurbaşkanlığı Strateji Ve Bütçe Başkanlığı
SPSS	:	Statistical Package For The Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)
Std	:	Standart

TAMP	:	Türkiye Afet Müdahale Planı
T.C.	:	Türkiye Cumhuriyeti
TLI	:	Tucker-Lewis Index
TSSB	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UNICEF	:	United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu)
WHO	:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
X^2/Sd	:	Ki-Kare İstatistiği
YEM	:	Yapısal Eşitlik Modeli

1. GİRİŞ

Afetler, meydana geldiği bölge ve çevresi öncelikli olmak üzere insanların biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel refahını farklı boyut ve farklı derecelerde etkilemektedir. Afet anında yaşanan travmalar neticesinde, afetin hemen ardından veya gecikmeli bir şekilde ruhsal sıkıntılar baş göstermesi muhtemeldir. Buna sebep olarak afet sonrası yaşam alanlarından ayrılma, yardımlara erişimde zorluklar, iş geliri kaybı, istihdamla ilgili belirsizlik ve başkalarına bakma ihtiyacının artması, sağlığı koruyucu tıbbi hizmetlerin, sosyal hizmetlerin ve davranışsal sağlık destek hizmetlerinin kesintiye uğraması, sosyal ağların bozulması gibi bazı negatif gelişmeler gösterilebilir ve etkilenenlerde olağan stres durumu gözlenebilir. Bu stresin 1 aydan uzun sürmesi durumunda kronik hale gelip travma sonrası stres haline dönüşme potansiyeli mevcuttur. Akabinde insanların devamlı kaygı, korku, belirsizlik ve strese dayanamama hali, yüksek yoğunluklu stres, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlara neden olabilir (IOM, 2015: 245).

Bu hususta, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün (WHO, 2013: 16-17) afet ve acil durumlardan etkilenen nüfusun ruhsal bozukluk oranları: Acil durum sonrası 12 aylık yaygınlığa göre: şiddetli ruhsal bozukluk oranı (psikoz, şiddetli depresyon ve anksiyete gibi) %3-4, hafif veya orta düzey ruhsal sıkıntı oranı (hafif orta düzey depresyon, anksiyete veya TSSB (Travma sonrası stres bozukluğu gibi)) %15-20, normal düzey ruhsal sıkıntıları ise çok yüksektir. Ayrıca, DSÖ'ne göre bir afet ve acil durum sonrasında toplumda görülen ruhsal sıkıntılar daha da şiddetlenirken, yeni ruhsal sıkıntı yaşayanları da olması muhtemeldir ve bu ruhsal sıkıntılar arasında TSSB, depresyon ve anksiyete en sık rastlanan bozukluklar olarak saptanmıştır.

Başka bir taraftan yıkımı büyük afetlerin ise afetzedelerin %30 ile %50'sinde orta veya şiddetli psikolojik sıkıntılar oluşturduğu görülmüş olup, afetzedelerde mevcut olan hafif ve orta dereceli ruhsal bozuklukların %5 ile %10 oranında, ağır bozuklukların da %1 ile %2 oranında artacağı düşünülmektedir (O'Hanlon ve Budosan, 2015: 44-45).

Geçmişte uzun süre boyunca, afetlerin bu insani yönü ve insan hakları, yardım ve rehabilitasyon tedbirlerinden sorumlu olanlar tarafından ciddiye alınmamasına rağmen günümüzde belirlenen standartlarla yerel, ulusal ve uluslararası aktörlerin çabalarıyla yardım ve rehabilitasyon süreçleri artık zorluklarla da olsa büyük ölçüde etkin bir şekilde yürütülmektedir. Ancak hala, afetzedelerin derme çatma, oturulamaz barınaklarda yaşamakta olması, afet sonrası tazminatların maddi yardımların yetersiz

olması, afetlerden etkilenenlerin çoğuna ulaşılamaması, sağlık ve beslenme ihtiyaçlarının tam karşılanamaması, geçim kaynaklarının restorasyonunun yavaş olması ve özellikle kadınlar ile kız çocuklarının emniyet ve güvenliğinin tehdit altında olması gibi psikososyal destek bağlamında bazı konularda eksiklikler mevcuttur. Bu da devletlerin zaman zaman yardım ve rehabilitasyon çalışmalarını denetleyememesi ve olumsuz gelişmeleri durduramaması sebebiyle, gönüllü olarak onayladıkları uluslararası insan hakları belgelerine karşı yükümlülüklerinin yanı sıra ulusal, anayasal ve diğer taahhütlerin de sorgulanmasına sebebiyet vermektedir (Sekar, 2005: 262-263).

Bu hususta afet ve acil durumlarda ruh sağlığı müdahaleleri, toplum hizmetlerinin uzun vadeli ilerlemesine yönelik net bir vizyon oluşturularak, bu tür ruhsal bozuklukları olan kişilere ruh sağlığı hizmetleri erişimi kolay bir şekilde verilmeli ve hizmeti alanların duygusal, zihinsel ve sosyal refahını iyileştirmek adına tasarlanmalıdır. Yürütülen hizmetler vasıtasıyla afetzedelerin dayanıklılıkları ve baş etme becerilerinin güçlenmesi ile duygusal istikrar sağlanabilir. Yani, oluşan ruh sağlığı sorunları erkenden teşhis ve tedavi edilmeye başlanılırsa gelecekte oluşabilecek ciddi ruhsal sağlık sorunlarının önüne geçilebilir (O'Hanlon ve Budosan, 2015: 44-45).

Bu tür bir program, proje veya müdahalenin istenen sonuçlara ulaşıp ulaşmadığını değerlendirmek için ise; izleme ve değerlendirme gereklidir akabinde doğru yapıldığında, izleme ve değerlendirme, gelecekteki çalışmalarda dikkate alınacak dersler sağlarken, meydana gelen olumlu, olumsuz, doğrudan veya dolaylı değişiklikleri ve ulaşılan veya ulaşılamayan hedefleri göstermek için bilgileri verir. İzleme ve değerlendirme aynı zamanda öğrenme, bağlamsallaştırma, programların uyarlanması ve hesap verebilirlik için de gerekli olup izleme ve değerlendirme bilgilerinin, uygun formatlarda, çalışmaya dahil olan kişi ve topluluklarla ve sonuçların incelenmesinden fayda sağlayabilecek diğer kişilerle (diğer kuruluşlar, bağışçılar ve ulusal veya bölgesel hükümet yetkilileri gibi) paylaşılması da ayrıca önem arz etmektedir (IASC, 2017: 7).

Türkiye'de afet ve acil durumlar sürecinde psikososyal destek çalışmaları ise, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından hazırlanan Türkiye Afet Müdahale Planına (TAMP) göre; ana çözüm ortağı olarak belirlenen Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı önderliğinde yürütülmektedir. Burada psikososyal destek tanımı: Psikolojik ya da psikiyatrik tedaviyi hedeflemeden, afet ve acil durum sonrası muhtemel ruhsal bozuklukların önlenmesi, aile ve toplum seviyesinde bozulan ve kaybolan ilişkilerin yeniden tesis edilmesi ve geliştirilmesi, etkilenen insanların alışılan hayatlarına geri dönmesi süreci boyunca şahsi potansiyellerini fark etmeleri ve güçlenmelerinin gerçekleştirilmesi, toplumda gelecekte ortaya çıkması olası afet ve acil

durumlarla başa çıkma, iyileşme ve toparlanma yeteneklerinin geliştirilmesi, yardım faaliyetlerine katılanların desteklenmesini içeren ve afet sürecinin her aşamasında gerçekleştirilen çok disiplinli hizmetler bütünü şeklindedir. Özetle, afetler sonrası psikososyal destek hizmetleri, toplumun eski haline dönmesi ile ilgili bütün faaliyetleri kapsamaktadır (https://www.aile.gov.tr/).

6 Şubat 2023 tarihinde saat 04:17'de ve 13:24'te Kahramanmaraş'ın Pazarcık ve Elbistan ilçeleri merkezli 7.7 ve 7.6 büyüklüklerinde iki deprem ve ardında da 20 Şubat 2023 tarihinde saat 20:04'te Hatay Yayladağı merkezli 6.4 büyüklüğünde bir deprem daha meydana gelmiş olup bu depremler sonucunda da 11 ilde maddi ve manevi büyük kayıplar oluşmuştur. Toplamda 53.737 kişi hayatını kaybettiği kayıtlara geçmiş ve bu iki depremin etkilerine maruz kalan insan sayısı, 14.013.196 kişi ile bu sayının ülke nüfusunun %16.4'üne tekabül ettiği tespit edilmiştir. Ayrıca deprem bölgelerinde toplamda 1.738.035 kişi göçmen olarak ikamet etmektedir (SBB, 2025: 6-8).

Kahramanmaraş depremleri görüldüğü üzere etkileri bakımından çok yıkıcı bir afet olup bu afet sonucu etkilenen nüfus, yıkılan binalar, ölen insanlar ve maddi kayıplar göz önüne alındığında hem bölgede yaşayan insanların hem de toplum yaşamının çok farklı boyutlarda, farklı derecelerde etkilendiği söylenebilir. Bunun sonucunda da depremin daha çok can kaybı ve maddi hasar yönü dikkate alınarak psikososyal yönünün ihmal edilmesine doğal bir gerekçe olarak, insanların can kayıpları ile ilgilenmekte iken psikolojik ve sosyal refahı düşünmenin, bencillik gibi algılanması düşüncesi olabilir. Fakat, psikososyal destek faaliyetlerin depremin 3. gününden itibaren başlaması gerekmektedir ve bu faaliyetler ilgili kamu kurumu önderliğinde bütün sivil toplum kuruluşları ve toplumun katılımıyla gerçekleştirilir.

Kahramanmaraş depremlerinden sonra da Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı koordinatörlüğünde geniş kapsamlı psikososyal destek faaliyetleri yürütülmüştür. Yürütülen bu psikososyal destek faaliyetlerinin etkinliğinin belirlenmesi amacıyla uygulanacak denetim ve izleme faaliyetlerinin çok farklı düzeyde fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada gerçekleştirilen psikososyal destek faaliyetlerinin etkinliğinin ölçümünde kullanılacak bir ölçek geliştirilecek (Algılanan Psikososyal Destek Ölçeği) olup, ölçek geliştirme sürecinde, hizmeti alanların algı pencerelerinden faydalanılacaktır. Yani psikososyal destek alanların, aldıkları hizmetleri değerlendirmeleri istenecek ve akabinde algılanan psikososyal desteğin afetzedelerin TSSB, depresyon ve anksiyete seviyeleri üzerindeki etkileri belirlenmeye çalışılacaktır.

Araştırma 5 bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümü ilk bölümü oluştururken, kavramsal çerçeve ikinci bölümde, ilgili literatür üçüncü bölümde, ana araştırma dördüncü bölümde ve son olarak beşinci bölüm dahilinde de sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Afetlerde Ruh Sağlığı

Afetler insan hayatını olumsuz etkileyen ve bazen yaşamı tamamen durdurabilen, maddi ve manevi kayıplara yol açabilen olağan dışı olayların sonuçları olup, bu olayların neticesinde insanların canlarını, akrabalarını, sevdiklerini, mallarını kaybetme potansiyeli bulunur. Tüm bu olumsuzluklarla beraber normalin dışında zor koşullarda yaşamaya mecbur kalmanın yanı sıra gerek afet anında yaşanan şoklar gerekse afet sonrası yaşanan negatif olaylar ve yaşam zorlukları insanların ruh sağlıklarını bozabilir.

Meyers ve Wee (2005)'e göre afetlerde gerçekleşebilecek ruh sağlığı ile ilgili olaylar:

- Bir afete maruz kalan insanlar doğrudan veya dolaylı bir şekilde mutlaka etkilenirler,
- Afetlerde oluşan travma bireysel olabileceği gibi kolektifte olabilir,
- Afetzedelerin çoğu afet sonrası insani işlevlerini yerine getirebilir ama işlevlerinin etkinliği azalacaktır,
- Afet sonrası oluşabilecek davranışsal tepkiler anormal bir duruma verilen normal tepkilerdir,
- Afetin neden olduğu psikolojik durumlar ciddi ruhsal bozulmalara neden olabilir,
- Afetin neden olduğu ruhsal bozulmaların çoğu afet sonrası yaşam sorunlarından kaynaklanır.

Ayrıca, hem doğrudan hem de dolaylı olarak afetlere maruz kalanlarda görülen bazı ortak davranışsal, duygusal, bilişsel ve ruhsal tepkiler vardır. Bunlar: aktivite düzeyinde artış veya azalış, iletişim kurmada zorluklar, sinirlilik, öfke patlamaları ve tartışma, aşırı endişe ve sık ağlama, anıları tetikleyen yerlerden ve faaliyetlerden kaçınma, hafıza kaybı ve nesnel düşünememe, yönelim bozukluğu, kafa karışıklığı, yavaş düşünce ve karar verememe, konsantrasyon eksiklikleri, reddetme, suçluluk, ilgisizlik, keder, suçlama, zevk almama, coşku, yenilmezlik hissi, depresyon, anksiyete, stres, baş ağrıları, terleme, titreme, irkilme, kas seğirmesi, kronik yorgunluk, uyku bozuklukları, görsel bozukluklar, geçmeyen sızılar, sahip olunan inançların sorgulanması, güvenlik hissi kaybı ve anlam bulamamadır (Naturela, 2015: 76).

Travma sonrası birçok kişi, bu davranışları taşımasına rağmen travma yaşadığının ya farkında olmaz ya da yardım almayı reddederek kendi başına bazı yöntemler uygulama eğilimindedir. Bir diğer ifadeyle, afet sonrası yaşanan travma nedeniyle bir afetzede kendi kendine sağlıksız başa çıkma yöntemleri geliştirebilir. Çektiği acının süresine bağlı olarak, kaybedilen zaman nedeniyle travmaya bağlı semptomlar daha karmaşık hale gelebilir ve bu durum afetzedenin biçimsel olarak bir psikolojik iyileşme sürecinde iyileşmesini zorlaştırabilir. Afetzedelerin birçoğu travmayı doğal yollarla atlatsa da sürece bağlı olarak semptomlar dört ila altı haftadan uzun sürmekte olup, uzman yardımı zorunludur (Dunkley, 2018: 24-25).

Buna zıt olarak afet anında ve sonrasında yaşanan psikolojik reaksiyonların hepsi tümüyle olumsuz değildir, zira bazı duygular ve reaksiyonlar afetzedelerin hayatta kalma şansını artırabilir. Mesela, stres afetzedelerin reaksiyonlarına egemen olup, meydana gelen olumsuz durumla başa çıkmayı engellediği zaman ruh sağlığını tehdit eden bir unsurdur ama stres aynı zamanda kişinin hayatta kalma içgüdüsünü de harekete geçirip, afetzedenin azmini artırabilir (Satapathy, 2011: 427).

Ayrıca, afet ve acil durumlar öncesinde de bireylerin ruh sağlığı sorunları olabilir. Yapılan araştırmalara göre afet ve acil durumlar sonrasında var olan ruh sağlığı sorunları derinleşirken, yeni ruh sağlığı sorunları da önceki sorunlara ilave edilir. Yani, afet ve acil durumlar toplumda görülen ruh sağlığı hastalığı görülme sıklığını önemli düzeyde artırır. Tablo 1'de DSÖ'nün acil durumlar öncesinde ve sonrasında ruh hastalıklarının bulunma sıklığını göstermektedir. Yapılan alan çalışmaları sonucu çıkan neticede depresyon, anksiyete ve TSSB afet ve acil durumlardan sonra artışı en çok görülen ruh sağlığı hastalıklarıdır. Bu hastalıkların yanında görülen diğer sıkıntılar ise şizofreni, bipolar bozukluk, alkol ve uyuşturucu kullanımı artışıdır ve aşağıdaki tabloda acil durumlar sonrası yetişkin nüfusta görülen ruhsal bozuklukların yüzdesel değeri verilmektedir (WHO, 2013: 16-17).

Tablo 1. Acil durumlardan etkilenen yetişkin nüfusta ruhsal bozukluklar (WHO, 2013: 16-17).

	Acil Durum Öncesi 12 aylık yaygınlık	**Acil Durum Sonrası 12 aylık yaygınlık**
Şiddetli bozukluk (örneğin, psikoz, şiddetli depresyon, ciddi şekilde engelleyici anksiyete)	%2-3	%3-4
Hafif veya orta derecede zihinsel düzensizlik (örneğin, hafif ve orta dereceli depresyon ve anksiyete bozuklukları, hafif ve orta şiddette TSSB dahil)	%10	%15-20
Normal sıkıntı (düzensizlik yok)	Oran yok	Büyük oranda

TSSB ise, ani ve beklenmedik bir olay veya şartlar silsilesi yaşamış veya dolaylı olarak da olsa buna tanık olan kişilerde oluşabilen psikiyatrik bir bozukluk olup travmatik bir olaya maruz kalmış bir kişi, TSSB'yi duygusal veya fiziksel bağlamda hayatını tehdit eden bir ölçüde deneyimleyebilir. Ayrıca, 1. Dünya Savaşı zamanında 'kabuk şoku' ve 2. Dünya Savaşı'ndan sonra ise 'savaş yorgunluğu' gibi farklı terminolojilerle anılmasına rağmen, doğal afetler, tehlike içeren kazalar, terör faaliyetleri, savaş/çatışma, cinsel saldırı, yakın partner şiddeti ve zorbalık TSSB'ye neden olabilecek travmatik olaylardan bazıları olarak sıralanabilir ve bu olaylara maruziyet sonucunda bireylerin akılsal, fiziksel, sosyal ve ruhsal refahını olumsuz yönde değiştirmesi beklenir. Bu da demek oluyor ki, bütün insanlarda etnik ve kültür farkı gözetmeksizin her yaşta görülebilir. Yapılan araştırmalarda insanların dünya genelinde her 11 kişiden birinde yaşamları boyunca mutlaka TSSB'yi deneyimlediği tespit edilmesi bu kanıyı destekleyici niteliktedir (American Psychiatric Association, 2023: 1).

Buna karşın, travmatik bir olaya maruz kalan her insanda TSSB görülecek diye bir husus da yoktur. Burada, TSSB'nin oluşması için birçok faktörün bir araya gelmesi gerekmektedir. Çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylar, aşırı korku duyulan bir olaya maruz kalma, tehlikeli bir olaydan sonra sosyal destek görememe, etrafında insanların öldüğüne veya yaralandığına tanık olma, sevilen birinin veya bir yakının kaybı, akıl hastalıklarına genetik yatkınlık ve madde kullanımı gibi bazı etmenler en tabi olarak TSSB'nin görülme riskini arttırabilme potansiyeline sahiptir. Fakat, aile, akraba veya destek gruplarından yardım alabilmek, kişinin zor durumlarla başa çıkma gücü veya stratejilerinin bulunması, travmatik olaylara karşı hem zihnen hem de fiziksel olarak hazırlıklı olma hali gibi bazı faktörler ise TSSB görülme riskini azaltabilir (National Institutes of Health, 2023: 1).

Temelde TSSB, insan beyninde sinirler arasında bilgi taşıyan hormonları ve kimyasalları (nörotransmiterler) tetikleyerek insan bedeninin strese karşı olan tepkisini farklılaştırır. Sonucunda travmatik olayın tekrardan yaşanması (travmatik olayla ilgili rüyalar, zihinde geriye dönüşler, travmatik olayı anımsatan şeylere karşı fiziksel reaksiyonlar), kaçınma (beden veya zihin uyuşması, önceden normal görülen faaliyetlere karşı ilgi duymama, umutsuzluk hali) ve uyarılma (aşırı duyarlılık, aşırı sinirlilik ve öfke patlamaları) ile karakterize edilebilir. TSSB'nin fiziksel belirtileri olarak ise baş dönmesi, bayılma, ateş ve baş ağrısı gösterilebilir (Action Contre la Faim, 2020: 21-22).

Afet ve acil durumlar gibi travmaya neden olabilecek olaylardan sonra insanlarda duygusal sıkıntılar, stres artışları, kaygı belirtileri ve diğer psikolojik semptomlar yaygın olarak görülebilir. Burada TSSB, anksiyete, depresyon gibi psikolojik sıkıntılarla birlikte en sık karşılaşılan ruhsal hastalıktır. TSSB semptomları arasında da benzer bir şekilde manasız korkular, umutsuzluk duygusu artışı, değersizlik hissi ve çaresizlik duygusu gibi farklı psikiyatrik semptomların yanında bazı fiziksel belirtilerde bulunur ve TSSB halinin iyileşmesinde, kolaylaştırıcı unsurlardan bazıları, psikiyatrik müdahale tekniklerine verilen önem ve bu müdahalelerin afetlerden etkilenen halkta uygulanabilirliği konusundaki farkındalıktır. Ayrıca, afetzedelerin bireysel güçlü yönleri ve onların yetenekler ile birlikte eğitim, sağlık, yerel ve ulusal yönetimler konusundaki kurumların oluşturduğu toplum temelli yaklaşımlar destekleyici yöntemler arasında yer almaktadır (Makwana, 2019: 3094).

DSM-5'ten önce, TSSB anksiyete kapsamında benzer semptomlar içeren bir anksiyete bozukluğu olarak kategorize edilmiştir. Burada, TSSB semptomları, majör depresif bozukluğun yüksek komorbiditesinin gösterdiği gibi, anhedoni, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü de olmak üzere depresyon kriterleriyle de benzeşmektedir ve ayrıca travma sonrası yüksek seviyeli ve gereksiz kaygı, korku, depresif belirtiler, artan seviyede öfke ve saldırgan davranışlar olabilir. Bu çoklu yapının neticesinde DSM-5, TSSB'yi travma ve stresörle ilişkili bozukluklar olarak yeni bir sınıflandırma altına dahil etmiştir (Lehrner, 2015: 100).

Yani, TSSB temelde 3 ana belirtiyle ifade edilebilir. Bunlardan ilki, kişinin travmatik olayı yeniden yaşaması, ikincisi travmatik olayı anımsatan şeylerden uzaklaşmak, son olarak üçüncüsü ise artan uyarılma belirtileridir (IFRC, 2003: 32).

TSSB'nin tedavi edilmesinde ise; genel anlamda konuşma terapisi, ilaçlar veya her ikisi aynı anda kullanılan bazı yöntemler mevcuttur. Sonuçta TSSB, maruziyet yaşayan her bireyi değişik sonuçlarla etkilemekte olup, bir hasta için geçerli olan bir tedavi yöntemi dolayısıyla başka bir hastada doğru olmayabilir. Bu hususta, TSSB rahatsızlığı olması durumunda en etkili tedavi yöntemi için ruh sağlığı uzmanına danışılması gerekmektedir. Genel olarak, konuşma terapisi veya psikoterapi tedavisi, TSSB'nin semptomları hakkında, kişi de var olup olmadığı konusunda bilgi vericidir ve TSSB adına farklı konuşma terapileri mevcuttur. İlaçlar ise rahatsızlığın semptomlarının iyileştirilmesinde faydalı olabilir. Buna örnek olarak, anti depresanların ruh sağlığı uzmanları tavsiyesiyle üzüntü, endişe, öfke ve uyuşmuş hissetme gibi belirtileri iyileştirmeye yarayabilmesi ve başka türlü ilaçlarda uyku sıkıntılarına ve sıkıntılı rüyalara çare olabilmesi verilebilir (MedlinePlus, 2023: 1).

Depresyon ise normalin üstünde üzüntü, keder duyma, yalnızlık hissi, sinirlilik hali, kendini değersiz hissetme, umutsuzluk ve suçluluk duygularının bazı fiziksel sıkıntılarla beraber meydana gelmesidir. Genellikle de depresyon sıkıntısına maruz kalan bireyler, günlük aktivitelerini eskisi gibi yapamayıp bitkinlik, uykusuzluk, geçmeyen nedensiz ağrılar, cinsel isteksizlik gibi birçok belirtiyi topluca gösterseler bile depresyonda olduklarını anlayamayabilir. Ayrıca fiziksel rahatsızlık olasılığının artması halinin yanı sıra, bu süreç atlatılsa bile devam eden kişilerarası etkileşim sıkıntıları oluşabilir. Depresyonda olan bireylerin madde kullanma olasılığı yüksektir ve bu bireyler intihara meyilli olabilirler (Action Contre la Faim, 2020: 21).

Tekrarlayan nedensiz, gereksiz şiddette ve sürede öfke patlamaları depresyon semptomları arasındadır. Bu hususta, öfke patlamaları haftada üç kez ve daha fazla olabilir ve her gün olmasa da depresyondaki birey hemen hemen her gün ve günün büyük bir kısmında sinirli ve kızgın bir hal içerisinde olup bu durum dışarıdan da gözlemlenebilir bir boyuttadır. Akabinde bu öfke patlamaları ve sinirli ruh hali 12 ay ve daha uzun süre devam eder. İlk tanının ise 6 yaşından önce ve 18 yaşından sonra konulmaması gerekmekle birlikte genelde başlangıç yaşı 10 yaşın altındadır (DSM5, 2013: 156).

Depresyon belirtileri ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (UNICEF, 2023: 1):

Fiziksel:

- Depresyondaki kişi dinlendiği zamanda bile yorgunluk hisseder,
- Depresyondaki kişide huzursuzluk veya konsantrasyon zorluğu bulunur,
- Depresyondaki kişi günlük normal faaliyetlerini gerçekleştirirken dahi zorluk çeker,
- Depresyondaki kişi yeme sorunları veya uykusuzluk sıkıntısı yaşar,
- Depresyondaki kişi sebebi olmayan ağrılar ve sızılar duyumsar,

Duygusal ve zihinsel:

- Depresyondaki kişide devamlı suretle üzüntü, endişe veya sinirlilik hali görülür,
- Depresyondaki kişi arkadaşlarına ve normalde yapmaktan mutlu olduğu faaliyetlere karşı ilgi kaybı yaşar,
- Depresyondaki kişi başkalarından uzak durmayı tercih eder ve yalnız kalmayı arzular,
- Depresyondaki kişi kendini değersiz hisseder, duygularında umutsuzluk ve suçluluk duyguları hakimdir,
- Depresyondaki kişi normalde almayacağı riskleri almakta tereddüt etmez.

Yani, depresyon insanın kendini kötü ruh halinde hissetmesi veya kötü bir gün geçirmesinden daha fazlası olup depresyonun kesin nedeni henüz tam olarak bilinmemektedir. Ancak genetik, çevresel ve psikolojik değişkenlerin bir kombinasyonundan kaynaklandığı ifade edilmektedir. Burada daha önce depresyon geçirmiş olanlarla kan bağının olması, fiziksel veya cinsel istismara maruz kalmış olmak, kişinin sevdiği birisini kaybetmesi, kişinin içinden çıkılamaz mali sorunlar yaşaması, planlamış olsa dahi büyük bir yaşam koşulu değişikliğine maruz kalınması, kanser, felç veya kronik ağrı gibi tıbbi bir sıkıntısının varlığı gibi bazı faktörler depresyona yakalanma olasılığını artırır (Centers for Disease Control and Prevention, 2023: 1).

Cinsiyet açısından bakıldığında ise, kadınların depresyon geçirme ihtimali erkeklerden daha fazladır ve dünya nüfusunun %3.8'i, yetişkinlerin %5'i ve 5 yaşından büyük yetişkinlerin %7.6'sı hayatı boyunca bir şekilde bir depresyon geçirmiştir. Yani dünyada yaklaşık 280 milyon insan depresyon hastasıdır ve depresyon kadınlar arasında erkeklere göre yaklaşık %50 daha yaygındır (WHO, 2023: 1).

Son olarak da anksiyete ise; ruhsal sıkıntı, aşırı korku ve kaygının sonuçsal niteliklerini ve buna bağlı davranışsal sıkıntıları paylaşan bir ruhsal bozukluktur. Korku, gerçek veya algılanan yakın bir tehdide karşı gösterilen duygusal bir reaksiyonu tanımlarken kaygı kavramı ise gelecekteki tehditle ilişkili bir duygusal tepkidir. Buradan hareketle korku ve kaygı yakın kavramlar gibi görülebilir ama temelde farklıdır. Çünkü, korku duygusu, kişinin kendisini yakın ve görülebilen bir tehlike karşısında korumasını sağlar ve savaş ya da kaç davranışını gerçekleştirmek için duyumsanırken diğer yandan kaygı, daha çok gelecekte olması muhtemel bir tehlikeye karşı hazırlıklı olmak için vücudun hazırlanmasını kapsamaktadır. İnsanlar farklı kaçınma stratejileriyle bu korku ve kaygı düzeylerini kontrol edebilirken bazen bunlar kontrol edilemez hal alıp gereksiz seviyede meydana gelir. Burada anksiyete bozukluklarının aşırı olması veya gelişimsel olarak uygun dönem sınırlarının ötesine geçmesi ile normal korku veya kaygıdan farklılık göstermektedir ve süre kriteri açısından değerlendirildiğinde, stresten kaynaklanan geçici korku veya kaygı 6 ay kadar sürmemekle beraber anksiyetede bu süre 6 ayı aşmaktadır. Ayrıca kaygı ve korku kaynaklı ruhsal sıkıntıların çoğu çocukluk döneminde oluşur, gelişir ve tedavi edilmezse, sorunun devam etme eğiliminde olduğu da gözlemlenmektedir ve buna bağlı olarak anksiyete bozukluğu olarak kişilerde, korku ve kaygının boyutu sebebiyle orantısız şekilde yüksek ve ortalamanın üzerinde seyreden bir tepki görülmektedir (DSM5, 2013: 189).

İnsanların tabi ki zaman zaman endişe hali içerisinde olmaları çok tabii (doğal) bir hususdur. Ancak, bu endişe halinin yoğun seviyelerde ve abartılı olarak, uzun süreli devam etme durumu, korku ve kaygı duygularının yoğun ve uzun süre yaşanması ile birlikte, bireyde fiziksel ve davranışsal bozukluklar meydana getirir ve bu da anksiyete kaynaklı ruhsal sıkıntıdan şüphelenmeyi gerektirir. Akabinde, bu seviyede anksiyetenin kontrol altına alınması zor olmakla birlikte şayet tedavi edilmez ise etkileri çok uzun sürebilir. Bu da bir bakıma anksiyete sıkıntılarının insanların günlük faaliyet ve rutinlerini engelleyerek, kişinin aile, sosyal, okul ve çalışma hayatını sekteye uğratabilir bir boyut almasına sebebiyet verebilir. Dünya genelinde insanların %4'ünün anksiyete bozukluğu yaşadığı düşünülmektedir ve bu oran ise anksiyetenin en sık rastlanan ruhsal sıkıntı haline gelmesine neden olmuştur. Buna karşın, anksiyete ruhsal bozukluğunun tedavisi için etkili tedaviler bulunmaktadır ancak bu tedavilere anksiyeteye yakalananların %27.6'sı ulaşabilme hususu tedavinin önündeki engeller arasında sayılıp, akabinde anksiyete hakkındaki bilgi eksiklikleri, kamunun yatırım eksiklikleri ve sosyal damgalama gelmektedir (WHO, 2023: 1).

Katz (2011)'e göre de, afet sonrası ruhsal sağlık faaliyetlerini gerçekleştirebilmek adına afet türüne dair genel bilgiler, afetin toplum hayatına etkisine dair bilgiler ve afet öncesi toplumun verilerine dair bilgiler olmak üzere üç temel bilgi grubuna ihtiyaç vardır. Bu bilgiler arasında, meydana gelen afetin insanların ve genelde toplumun ruh sağlığı üzerindeki etkisinin bilinmesi, ruh sağlığı faaliyetlerinin başlamasında ve doğru bir şekilde gerçekleştirilmesinde en önemli temel bilgi kaynağıdır.

2.2. Afetlerde Psikososyal Destek

Psikososyal kavramı psikolojik ve sosyal boyut olmak üzere iki ana boyutu birleştirir. Psikolojik boyut, afet sonrası afetzedelerin içsel yönlerini yani duygularını ve tepkilerini kapsamaktadır. Sosyal boyut ise insani ilişkileri, topluluk ağlarını, sosyal ve kültürel değerleri içermektedir. Psikososyal destek kavramı ise afet sonrası afetzedelerin hem psikolojik hem de sosyal ihtiyaçlarını gidermekle ilgili bütün faaliyetleri kapsayan bir süreç olup desteğin temel amacı, afetzedelerin eski yaşamlarına olabildiğince erken dönebilmeleri ile ilgili bütün faaliyetleri gerçekleştirmeyi kapsamaktadır. Daha geniş bir tanımla psikososyal destek; afetler sonrası gerçekleşen psikososyal tepkiler bağlamında farkındalık oluşturmayı, afetlere ve acil durumlara hazırlıklı bulunmak için gerekli tedbirleri almayı, insanların ve toplumun dayanıklılık durumunu iyileştirmeyi ve afet çalışanlarına yönelik destek faaliyetler bütününü içermektedir (IFRC, 2003: 106).

Bir başka ifadeyle psikososyal kavramı, bireysel 'ruh' ve insanın içinde yaşadığı ve etkileşimde bulunduğu 'sosyal' topluluk kavramlarının bir bütünleştirilmiş şekli olup psikososyal destek faaliyetleri içerisinde, acil ve afet olaylarında gerçekleşen travmatik olaylar sonucu insanların ruhsal durumlarında oluşan sıkıntılar dikkate alınırken, sosyal boyutun da bu sürece dahil edilmesini gerektiren bir husustur. Bu bağlamda psikososyal destek hizmetlerinde, acil bir durum ve afetten dolayı zarar görmüş olan yerel sosyal yapıların (aile, topluluk grupları, okullar) yeniden yapılandırılmasını, bu sayede tekrar düzeltilen bu yapıların şiddetli travma yaşayanlara uygun ve etkili destek verebilmesini kapsamaktadır (Nicolai, 2003: 117).

DSÖ sağlıklı olma halini, hastalık ve sakatlık olmaması anlamına değil, 'bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik halinde olması' şeklinde tanımlamaktadır. Burada psikososyal destek faaliyetlerinin yürütülmesindeki esas amaç, afet ve acil durumlar sonrası bozulan birey ve toplum sağlık durumlarını tekrardan eski haline getirmektir (IFRC, 2009: 26-27).

Yani yürütülen bu destek faaliyetleri çerçevesinde, afetlerden etkilenen afetzedelerin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını belirleyerek onların bu ihtiyaçlarını kendi başlarına karşılayacak şekilde güçlendirilmelerini sağlamayı amaçlamaktadır ve psikososyal destek hizmetleri, disiplinler arası, kurumlar arası ve sektörler arası eşgüdüm gerektiren bir süreç faaliyetidir. Bireylere, ailelere ve kamu kurumlarına dayanıklılıklarını, sosyal ve işlevsel durumlarını yeniden tesis edebilecek araçlar sağlayan, bireylerin psikolojik gelişimlerini sürdürebilecekleri veya devam ettirebilecekleri şekilde hayatlarını yeniden oluşturan bir faaliyetler bütünüdür (Diaz and Agarwal, 2018: 9).

Afet ve acil durum sonrasında gerçekleştirilecek olan psikososyal faaliyetler ve programlar ise genel anlamda afetzedelerin psikolojik-sosyal yönleri ve onların aileleri ile çevreleri olarak iki kapsamda ele alınır. Bu programlar çerçevesinde farklı kurumlar arasında birebir bir fikir birliği olmasa da genelde bütün kurumların psikososyal destek kapsamında gerçekleştirdikleri faaliyetler aşağıdaki gruplandırılabilir (UNICEF, 2009: 10-11).

- Bilgi ve beceri kazandırma faaliyetleri; başa çıkma yolları, yaşam becerileri, mesleki yetenekler, çatışma yönetimi gibi.
- Duygusal refah sağlama faaliyetleri; güvende olma hissi verme, kendine ve başkalarına değer verme, umut aşılama gibi.

- Sosyal refahı sağlama faaliyetleri; topluluğa aidiyet hissi oluşturmak, sosyal rollere erişim olanakları sağlamak, akranlarla ilişkileri tekrardan kurmak gibi (UNICEF, 2009: 10-11).

Bir diğer ifade ile afet ve acil durumlarda eylemsel açıdan, psikososyal destek faaliyetleri (Kızılay, 2008: 1-2):

- Afete maruz kalanlara psikolojik desteği sağlamak, ruhsal sıkıntı içinde olanları tespit etmek ve onlarla ilgili süreci yönlendirmek,
- Afet sonrası gerçekleştirilen yardım faaliyetlerini farklı faktörleri göz önünde bulundurarak koordine etmek,
- Afetler sonrasında insanların, halkın ve kurumların gereksinimi olan bilgi akışını sağlamak,
- Afetzedelerin kendi sıkıntılarını kendi başlarına nasıl giderebilecekleri ile ilgili çözüm yöntemlerini öğretmek ve gerekli desteği sağlamak,
- Afet yardımlarına toplumun katılımını yönlendirmek ve yönetmek,
- Afet sonrası oluşan ihtiyaçlar ile var olan kaynakların buluşturulmasını sağlamak,
- Afet ve acil durumlarda görev alacak kamu ve sivil toplum kuruluşları arasında yönetişimi gerçekleştirmek,
- Acil durum ve afetlerde görev alacak olanlara yönelik eğitim vermek, gerekli beceriler kazandırmak, gerektiğinde bu çalışanlara yönelik psikolojik destek sağlamak gibi belirtilebilir.

Psikososyal destek faaliyetlerinin kapsadığı konular ise aşağıdaki gibidir (ÇAKÜ Psikoloji, 2023: 3):

- Afetzedelerin pratik bakımlarını gerçekleştirmelerine ve temel ihtiyaçlarını kendi başlarına temin etmelerine yardımcı olmak,
- Afetzedelerin ihtiyaçlarını tespit etmek, endişelerini dinlemek ve çözüm yöntemleri sunmak,
- Afetzedelere mevcut olan zorluklarla baş etme stratejilerini öğretmek, yönlendirmek ve desteklemek,
- Afetzedeleri doğal destek yapılarına (aile, akran, akraba gibi) entegre etmek ve lüzumu halinde profesyonel psikolojik destek hizmetlerine yönlendirmek olarak sıralanabilir.

Ek olarak, psikososyal hizmetler bağlamında hizmetlerin bir süreç dahilinde işlemesi gerekliliği bulunup bu süreç Tablo 2'deki gibidir (Dunkley, 2018: 73):

Tablo 2. Psikososyal destek hizmet süreçleri

1. Kriz aşaması (İlk aşama):	– Kriz yönetimi, – Sağlık, çevre ve güvenceyle ilgili pratik destek vermek, – Güvenliği sağlamak, – Rehberlik hizmeti vermek, – Sosyal desteği gerçekleştirmek ve yönlendirme faaliyetlerinde bulunmak, – Akran destek programları düzenlemek.
2. Stabilizasyon aşaması (1. ve 4. hafta arası):	– Bireysel değerlendirme ve takip etme sürecini içeren tarama faaliyetleri, – Üç gün ve sonrasında başlamak üzere psikolojik ilk yardım, – Normalle döndürme, kaynak sağlama ve psikolojik bilgilendirme, – Grup bilgilendirmeleri.
3. İşlem aşaması (4. hafta ve sonrası):	– Uzmanlar tarafından travmatik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi.
4. Entegrasyon aşaması (İyileşme dönemi):	– Yapılan bütün faaliyetlerin takibinin gerçekleştirilmesi ve travma sonrası büyüme ve iyileştirme faaliyetlerinin yapılması.

Tüm bu hizmetlerin yürütülme süreçlerinde psikososyal destek faaliyetlerinde önem verilmesi gereken bazı hususlar mevcuttur ve bunlar (INEE, 2018: 37):

- Psikososyal iyi olma hâli değişebilen bir kavram olduğundan dolayı, psikososyal müdahalelere temel oluşturulacak verilerin devamlı suretle izlenmesi ve güncellenmesi gereklidir,
- Psikososyal destek faaliyetleri için toplanacak verilerin içerikleri geniş tutulmalı, sadece afetzedelerle ilgili bilgiler toplanmamalı, toplumun mevcut ve potansiyel kapasitesi hakkındaki bilgilere de önem verilmelidir ve değerlendirilmelidir,
- Acil bir durum ve afet anında ve sonrasında kırılgan grupların (engelliler, çocuklar, yaşlılar gibi) psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesine ve bunların karşılanmasına özellikle önem verilmeli ve bunlarla ilgili veriler ayrı bir şekilde ele alınmalı ve incelenmelidir,
- Psikososyal destek faaliyetleri konusunda çalışan kurumların gereksinimlerinin tespit edilmesi ve aralarında eşgüdümün sağlanması gerekliliği şeklinde sıralanabilir.

Buradan hareketle acil durum ve afetlerde gerçekleştirilecek psikososyal destek faaliyetleri bir süreç dahilinde işlemeli olduğu görülmekte olunup bu sürecin ilk aşamasının da planlama olduğu söylenebilir. Ek olarak ise psikososyal destek hizmetlerinin yürütülebilmesi adına gerek kamu gerekse sivil toplum kuruluşlarından birçok farklı organizasyon bir araya gelerek çalışmak durumundadır ve aralarında eş güdümün sağlanması da etkinlik ve verimlilik açısından elzemdir. Bu eşgüdümün

sağlanması afet anında değil, afet ve acil durumlar meydana gelmeden önce, planlar çerçevesinde bulunmakla birlikte planlamanın kamunun belirleyeceği ve kamuya ait bir merkezi büronun yapması da işlerin yürüyebilmesi ve koordinasyonun sağlanabilmesi için gereklidir. Ayrıca, planlama yapılırken psikososyal destekle ilgili tüm kamu ve özel kuruluşların fikirleri alınarak, yönetime katılmalı ve psikososyal destekle ilgili hazırlanan planların ülkenin acil durum müdahale planlarına eklenmesi gerekliliği bulunmaktadır. Bu doğrultuda hazırlanan planlar sayesinde, destek faaliyetlerinin yerleşik protokoller ve uzun vadeli iyi ifade edilmiş planlamalarla yapılması, iyileştirme sürecinden yeniden yapılanma aşamalarına kadar tüm aşamalarda kesintisiz ve etkin hizmetleri sağlayacaktır (Diaz, 2018b: 321-322).

Burada bir diğer önemli husus ise afet ve acil durumlar sonrasında gerçekleştirilen faaliyetler ve planların büyük ölçüde birbirinden farklı olduğudur. Örneğin: 2008 yılında Avrupa çapında otuz üç farklı ülkeden, psikososyal faaliyetler hizmeti sunan kurum ve kuruluşlardan iki yüz seksen altı temsilciye uygulanan bir anket sonucu psikososyal bakımın planlanması ve sunulmasının Avrupa genelinde tutarsız olduğu tespit edilmiştir. Daha açıklayıcı bir ifadeyle, Avrupa'nın doğusunda yerleşik ülkelerin afet ve acil durum sonrası gerçekleştirdikleri psikososyal faaliyetler konusunda daha az merkezi koordinasyona ve daha az sayıda afet sonrası kılavuzlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna karşın, kuzeyinde ise yerleşik ülkelerde ise henüz bugüne kadar hakkında kanıt bulunmayan farklı psikolojik bilgilendirme biçimlerinin kullanıldığı görülmüştür. Kanıta dayalı psikososyal destek hizmetleri doğu Avrupa ülkelerinde daha az uygulanırken Güney ve Güneydoğu Avrupa ülkelerinde psikiyatrik ilaçların psikososyal destek amaçlı daha yaygın kullanıldığı görülmesi bu tutarsızlığı destekler niteliktedir (Witteveen vd., 2012: 1708).

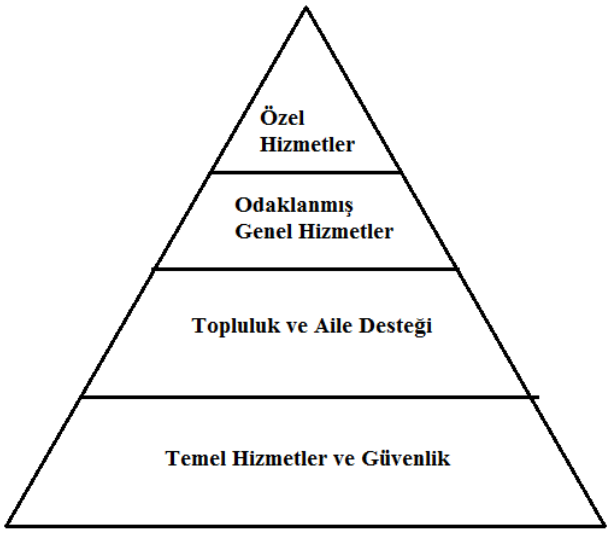
Türkiye'de ise psikososyal destek hizmet faaliyetlerinin yürütülmesi amacıyla 2006 yılında 'Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği' kurulmuştur ve Türkiye Kızılay Derneği, Türk Psikologlar Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği bu kuruluşu oluşturan kurumlardır. Temelde ise toplum psikolojisini negatif şekilde etkileyen acil durum ve afetlerde psikososyal müdahalelerin yürütülmesini koordine etmeyi amaç edinmişlerdir (Kızılay, 2008: 1-2).

2.3. Afetlerde Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek

Ruh sağlığı ve psikososyal destek, 2007 yılında yayınlanan IASC Kılavuzlarından sonra, acil durum ve afetlerde her geçen gün daha fazla ilgi gösterilen bir yardım

faaliyeti ana unsuru haline gelmiştir. Fakat 2007 tarihinden bu yana ruh sağlığı ve psikososyal destek alanına gösterilen ilgiye rağmen bu alanın mantığı ve pratiği hakkındaki temel sorular hala devam etmektedir. Bunun nedeninin insani yardım faaliyetleri çerçevesinde, ruh sağlığı ve psikososyal destek alanının uzmanlık gerektiren bir alan olduğu konusundaki fikir birliğinin yokluğu düşünülmekle birlikte fikir ayrılığının ana ekseni; ruh sağlığı ve psikososyal desteğin standartlaştırılmış, teknik bir uygulama olarak çerçevelenmesi ile samimi ve insancıl bir bakım biçimi olarak düşünülmesi arasındaki seçimsizliktir (Wilson, 2023: 3-4).

Temelde acil durum ve afetlerde uygulanacak ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri belli bir süreci kapsamaktadır ve sürecin her aşamasında uygulanacak faaliyetler birbirinden farklı olup süreç dahilinde yürütülmesi gereken hizmetler müdahale piramidi bağlamında Şekil 1'de görülmektedir (IASC, 2007: 12-13).



Şekil 1. Afet ve acil durumlarda ruh sağlığı ve psikososyal destek piramidi (IASC, 2007: 12-13).

1. Temel hizmetler ve güvenlik: Afetzedelerin güvenliğinin eski haline getirilmesi, afetzedelerin yiyecek, içecek gibi gıda ihtiyaçlarının, temel sağlık hizmetlerinin, barınma ihtiyaçlarının etkili bir yönetimle karşılanması faaliyetleridir.
2. Topluluk ve aile desteği: Dağılmış aileleri birleştirme, aile üyelerinden kayıp olanları belirleme ve bulma, ölenler için gerekli dini ve kültürel törenleri gerçekleştirme, gerekli durumlarda toplu törenler düzenleme, afetzedelerin başa çıkma güçlerini artırıcı kitle iletişim unsurlarını etkili şekilde kullanma, faydalı anne-baba programları, eğitim faaliyetlerinin devamını sağlama, afetzedelerin gelir

elde etmelerine yardımcı olacak faaliyetlerde bulunma, sosyal bağların tekrardan aktif olması için farklı türlerde kulüpler oluşturma faaliyetlerini içermektedir.

3. Odaklanmış, genel hizmetler: Bu katmanda alanında uzman olan çalışanlarca gerçekleştirilen birey, aile ve grup yardımına ihtiyaç duyanlara yönelik faaliyetler vardır. Bu katmanda psikolojik ilk yardım faaliyetleri gerçekleştirilir. Örneğin şiddet gören afetzede çocuklara verilecek hizmet bu gruptadır.
4. Özel hizmetler: İlk üç katmandaki faaliyetler gerçekleştirilmesine rağmen afetzedelerden bazılarının hala çok fazla desteğe ihtiyacı olabilir. Çünkü bunlar eski hallerine dönmeleri bir yana günlük insani aktiviteleri bile yerine getiremez halde olabilirler. Bu durumda olanlara psikiyatrik tedavi uygulanmalıdır.

DSÖ'de, ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinde yapılması gerekenleri aşağıdaki gibi ifade etmiştir (WHO, 2007: 58):

- Bütün ülkeler ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerini afete hazırlık planlarına entegre etmelidir,
- Bütün ülkeler toplumunun ruh sağlığı durumuna ilişkin verileri toplamalı ve acil durum ve afet olaylarında psikososyal destek faaliyetleri kapasitelerini buna göre uyarlamalıdır,
- Ruh sağlığı ve psikososyal destek anlamında gerçekleştirilen başarılı uygulamalar ve projeler belirlenmeli ve diğer ülkelerce dikkate alınmalıdır,
- Ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinde farklı bölgelerin farklı etnik, dini, kültürel farklılıklarına dikkat edilmeli, plan ve programlar buna göre adapte edilmelidir,
- Ruh sağlığı ve psikososyal destekte bilimsel olarak kanıtlanmamış tedavi yöntemleri kullanılmamalıdır,
- Afet sonrasında zararlı madde kullanımı oranı, intihar oranı gibi bazı verilerin değişimlerine dikkat edilmelidir,
- Afetlerde uygulanacak ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinde kırılgan, hassas gruplara, özellikle de çocuklara fazlaca önem verilmeli, planlar buna göre adapte edilmelidir.

Başka bir ifadeyle acil durum ve afet olaylarında gerçekleştirilen ruh sağlığı psikososyal destek çalışmaları kapsamında, kültürler arası yetkinlik kriterleri belirlenmeli, paydaş kurum personelleri arasında koordinasyon sağlanmalı ve etkili yönetişim faaliyetleri yapısı oluşturulmalıdır. Psikolojik ilk yardım gibi temel yardım yetenekleri çalışanlara eğitimle verilmeli, risk altında olan veya kırılgan gruplar tespit edilmeli, mesleki sınırlar oluşturulmalı ve sürdürülmeli, yüksek seviyede etkili ruhsal

hastalıkları tanımayı da içeren ruh sağlığı becerileri çalışanlara verilmesi yürütülmesi gereken çalışmalardandır. Belirtilenlere ek olarak; risk yönetimi, afet ve acil durum hazırlığı, saha koordinasyonu ve güvenliği, sosyal ve psikolojik riskler, öz bakım gibi konulara düzenleme oluşturulmalı, müdahalelerde gizlilik ve anonimlik esas olup tam anlamıyla gerçekleştirilmelidir (Chiumento vd., 2017: 11).

Ruh sağlığı ve psikososyal durum değerlendirmesi yapılırken ise; acil durum ve afet olaylarında görev alacak bütün paydaşların değerlendirme tasarımına gönüllü katılımı ve desteği sağlanma hususu, kırılgan gruplar, değişik dini, etnik ve kültürel gruplar değerlendirmede ayrı bir şekilde özenle ele alınma zorunluluğu dikkat edilmesi gereken bazı faktörler arasındadır. Ayrıca, veriler elde edilirken eyleme gereğinden az önem verilmemeli, eylem öncelikli olunmalıdır. Tarafsızlık ve empati odaklı yaklaşım esas alınmalı, yardım görenler riske atılmamalıdır. Değerlendirmede kaynaklar ile faaliyetlerin gereklilikleri arasında uyum sağlanmalı ve değerlendirme ekipleri de etik ilkeler ve mülakat becerileri bağlamında etkin olmaları adına özel eğitim görmelidir (WHO, 2012: 13).

Acil durum ve afetlerden sonra gerçekleştirilen ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri üzerine yapılan çalışmalar son derece önemli, başkalarının hayatına etki eden hassas konuları ele aldığı görülmektedir. Bundan dolayı eğitim, faaliyet ve denetimdeki eksiklikleri en aza indirmek için koordinasyon çalışma grupları oluşturulmalı, psikososyal destek faaliyetleri kanıta dayalı yeterli bilgiyle harmanlanarak gerçekleştirilmelidir. Ek olarak, stratejilere ve planlamaya sadık olunmalı, faaliyetlerin denetimi bağlamında iç ve dış incelemelere önem verilerek yürütülecek faaliyetlerde yerel, kültürel hassasiyete dikkat edilmeli ve bu konuda yetkinlikler oluşturularak afetlerden ve acil durumlardan etkilenen afetzedeler arasındaki güç ilişkileri göz önüne alınmalıdır. Faaliyetler, planlar ve denetlemeler konusunda ise fikirlere değer verilmelidir (IASC, 2008: 7-8).

Yani, afetlerde ve acil durumlarda ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin uygulama kısmında oluşan sorunlar birbirleriyle yakından ilişkilidir ancak meydana gelme süreçlerinde sosyal ya da psikolojik faktörlerden biri diğerine göre daha etkili olabilmektedir. Aşağıda hem sosyal hem de psikolojik kökenli sorunlara yer verilmiştir (IASC, 2007: 2-3):

Sosyal sorunlar:

– Acil durum ve afet gerçekleşmeden önce var olan aşırı yoksulluk, dışlanmış grupların varlığı, siyasi baskılar gibi sorunların mevcudiyeti,

– Acil durum ve afet esnasında meydana gelen, aileden ayrılmak zorunda kalma, sosyal bağların gevşemesi, toplumsal güvenin zayıflaması, cinsiyete dayalı şiddet gibi sorunların oluşması,
– Faaliyetlerden kaynaklanan toplumsal yapının ve destek mekanizmalarının dağılması gibi sorunlar.

Psikolojik sorunlar:

– Acil durum ve afet öncesinde zararlı madde kullanımı ve psikiyatrik rahatsızlıklar benzeri sorunların varlığı,
– Acil durum ve afet esnasında meydana gelen travma sonrası stres, öfke, depresyon, anksiyete gibi sorunlar,
– Gerçekleştirilen insani yardım faaliyetlerinden oluşan yetersiz iletişimden doğan endişe gibi sorunlar.

3. LİTERATÜR TARAMASI

3.1. Afetlerde Ruh Sağlığı

Bu bölüm çerçevesinde, afetlerde ruh sağlığını konu alan literatürde mevcut çalışmalara değinilecektir. Burada, afetlerde ruh sağlığı çalışmalarına yıllara göre bir sıralamaya gidilmiştir.

Abali vd. (2002) çalışmalarında Marmara Depremi sonrasında belli bir katılımcı grubu (102 çocuk ve ergen) üzerinde yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış bir klinik görüşme (toplam 28 soru içeren) sonrası elde edilen veriler, irdelemiş olunup en sık görülen ana şikayetlerin; 98 katılımcı (%96.1) tarafından bildirilen 'yalnız kalmaktan korkmak' olduğunu saptanmıştır. Ayrıca, bazı durumlarda bu korkuları yüzünden çocukların, annelerinin elini tutuyor veya onların kıyafetlerine yapışıyor oldukları görülmüştür. 93 katılımcı (%91.2) tarafından bildirilen bir başka husus da 'sevdiklerinin başına bir şey geleceği korkusu' idi. Klinik tanılar ise, 76 olguda (%74.5) akut stres bozukluğu, 2 olguda (%2) majör depresyon, 2 olguda (%2) konuşma bozukluğu ve 1 olguda (%1.0) obsesif kompulsif bozukluk olduğu yönündedir.

Başoğlu vd. (2002) ''Türkiye'de Depremzedelerde Travmatik Stres Tepkileri'' başlıklı makalelerinde 1999 Marmara depreminden sonra depremzedelerde TSSB ve depresyon oranları ve ilişkili risk faktörlerini incelemiştir. Tahmini TSSB ve majör depresyon oranlarını sırasıyla %43 ve %31 olarak bulunmuştur. Deprem sırasında daha yoğun korku, kadın cinsiyeti, enkaz altında kalmış olma, bir aile üyesinin ölümü, geçmiş psikiyatrik hastalık, kurtarma çalışmalarına katılmış olma ve düşük eğitim, travmatik stres belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Kilic ve Ulusoy (2003) ''Türkiye'de Kasım 1999 Depreminin Psikolojik Etkileri: Epidemiyolojik Bir Çalışma'' adlı makalelerinde Marmara depreminden etkilenen iki kasabadan rastgele hane halkı örneklerini kullanarak, deprem sonrası deprem merkez üssüne yakınlık ve yaşanan deprem sayısının psikolojik sorunlarla olan ilişkisini incelemiştir. Sonucunda, TSSB ve depresyon oranları, merkez üssüne daha yakın bölgede daha yüksek bulunmuş ve TSSB, deprem sırasındaki korku, arkadaş ve komşu kaybı, kadın cinsiyeti, düşük eğitim ve kiralık konutta yaşama ile ilişkilendirilmiştir. Depresyon ise, akrabaların ölümü ve geçirilmiş psikiyatrik hastalık ile ilişkilendirilmiş olunup araştırmacılar, şiddetli depremlerin uzun süreli sağlıksız olma durumuna neden olabileceğini belirtmiştir.

Salcioğlu vd. (2003) ‘‘Türkiye'de Tedavi Görmeyen Depremzedeler İçin Uzun Vadeli Psikolojik Sonuç’’ adlı çalışmalarında Türkiye'de Marmara depreminden sonra prefabrik konutlarda yaşayan 586 depremzedede TSSB ve depresyon yaygınlığını incelemiştir. Burada, TSSB ve depresyon oranları sırasıyla %39 ve %18 olarak belirtilmiş iken, deprem esnasında daha fazla korku, kadın cinsiyet, yaşlılık, kurtarma çalışmalarına katılım, enkaz altında mahsur kalma ve kişisel psikiyatrik hastalık öyküsünün TSSB belirtilerini artırdığı görülmüş ve depresyon belirtilerini daha fazla artıran faktörlerin; yaşlılık, yakınların kaybı, bekar medeni durum, geçmiş psikiyatrik hastalık, önceki travma deneyimi, kadın cinsiyet ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır.

Yine, Başoğlu vd. (2003) makalelerinde bilişsel-davranışçı tedavinin TSSB’deki etkinliğini zayıflatmadan minimum seans sayısının kısaltılıp kısaltılamayacağını incelemiştir. Araştırma çerçevesinde bir alışkanlık mantığı ve minimal bilişsel müdahalelerdense, kontrol duygusunun geliştirilmesine dayanan değiştirilmiş bir davranışsal tedavi kullanmış olunup tedavi süresi değişken olarak ayarlanmış ve iyileşme için gerekli seans sayısı gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte araştırma kapsamındaki depremzede katılımcılara üç dört seans uygulanılmıştır ve gerçekleştirilen ölçümlerde klinik olarak anlamlı etki büyüklükleri tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen tedavi sonucunda iyileşme oranı ise birinci seanstan sonra %76 olurken iki seanstan sonra %88 olarak bulunmuştur.

Pınar ve Sabuncu (2004) makalelerinde Marmara depreminden sağ kurtulanlardan seçilen bir örneklem üzerinde (107 katılımcı) nitel araştırma yöntemleri kullanarak TSSB ve depresyon semptomları da dahil olmak üzere uzun süreli travmatik stres tepkilerini irdelemişlerdir. Araştırma kapsamındaki katılımcılarla gerçekleştirilen mülakatlar neticesinde, odak gruplarındaki katılımcıların çoğunun TSSB tanı kriterlerini karşıladıkları görülerek katılımcılar arasında en yaygın semptomların geri dönüşler ve umutsuzluk olarak tespit edilmiştir. Sonuçta uzun süreli psikoterapinin, afetlerden sonra hayatta kalanların travma ile ilgili sorunları çözmelerine ve semptomlarını yönetmenin daha sağlıklı yollarını öğrenmelerine yardımcı olabileceğini ifade etmiştir.

Altindağ vd. (2005) ‘‘Türkiye'de Depremzedelerde Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bir Yıllık İzlem Çalışması’’ adlı çalışmalarında Türkiye'de depremzede bireylerde TSSB, depresyon ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili risk faktörlerini araştırmıştır ve TSSB, gerçekleştirilen ilk değerlendirmede depremde yaralanmanın varlığı ve alınan daha az sosyal destek ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkide bulunmuştur. İlk değerlendirmeden sonra gerçekleştirilen ikinci değerlendirmede ise,

TSSB Ölçeği şiddet puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde iyileşmesine rağmen, ortalama Beck Depresyon Envanteri puanı anlamlı olarak değişmemiştir. Burada, TSSB'deki azalmanın, sağlanan iyi yaşam koşulları ve yeterli sosyal-sağlık hizmetleri ile ilişkili olabileceği belirtilmiş ve araştırmacılar, depremden sonra gerçekleştirilecek erken psikolojik müdahalenin, TSSB'nin kalıcı olmasını engelleyebileceğini ifade etmişlerdir.

Kilic vd. (2006) ''Türkiye'de 1999 Depremlerinden Kurtulanlarda Psikolojik Sıkıntının Yordayıcıları: Afet Sonrası Yer Değiştirmenin Etkileri'' adlı yaşayan hayatta kalanlarda araştırmalarında iki yıkıcı depremden 4 yıl sonra Ankara şehir merkezinde depreme bağlı travmatik stres ve depresyonu incelemiştir. Araştırmalarında denek ve kontrol grubu olarak iki grup karşılaştırılmış olunup ilk grup deprem anında deprem bölgesinde yaşayan fakat depremden sonra bölgeyi terk eden, ikinci grup depremden önce Ankara'da yaşayan ve depremden sonra yer değiştirmeyenlerden oluşmaktadır. Araştırma sonucunda, depremden sonra yer değiştiren grubun depresif semptomlar bakımından, depremden sonra yer değiştirmeyen gruba göre daha kötü olduğu sonucu bulunmasına rağmen yaş, cinsiyet, eğitim, ailede daha önce geçirilmiş hastalık ve deprem deneyimi değişkenleri gibi faktörler yer değiştirmenin depresyonla anlamlı ilişkisini açıklayamamıştır.

Kilic vd. (2006) Türkiye'de meydana gelen iki şiddetli depremden 4 yıl sonra göç ve diğer faktörlerin hayatta kalanların psikolojik durumları üzerindeki etkilerini incelemişler ve bu çalışma sonucunda da mağdurların deprem anlamında düşük riskli bir yerleşim yerinde bulunmalarına rağmen yine de yüksek oranda psikolojik sıkıntı gösterdiklerini tespit edilmiştir. Ayrıca afet sonrasında gerçekleştirilen yer değiştirmenin daha yüksek psikolojik sıkıntı, özellikle de depresyon ile ilişkili olduğunu belirtmişler ve yer değiştirme nedeniyle meydana gelen mağdurların sosyal ağlarının bozulmasının, psikolojik sıkıntı düzeylerindeki farklılıktan sorumlu en olası etken olduğu ifade etmişlerdir.

Önder vd. (2006) ''Türkiye'de 1999 Depreminden Üç Yıl Sonra Psikiyatrik Bozuklukların Yaygınlığı: Marmara Deprem Araştırması'' başlıklı makale çalışması olup Marmara depreminden 3 yıl sonra başta TSSB ve majör depresif bozukluk olmak üzere psikiyatrik bozuklukların toplumdaki yaygınlığını belirlemeye çalışmıştır. Bu hususta, TSSB ve majör depresif bozukluk mevcut yaygınlığı sırasıyla %11.7 ve %10.5 olarak bulunmuştur ve araştırma sonucunda TSSB ve majör depresif bozukluğun, afet sonrası en sık görülen psikolojik bozukluklar olduğu ve bunların etkilerinin zamanla azaldığı saptanmıştır.

Tang vd. (2014) literatür çalışması şeklindeki araştırmalarında doğal afetlerden kurtulan çocuklarda ve yetişkinlerde depresyon için risk faktörlerini belirlemeye çalışmıştır. Doğal afetler sonrası depresyon yaygınlığı yetişkinlerde %5.8 ile %54.0 arasında, çocuklarda ise %7.5 ile %44.8 arasında değişmektedir. Yetişkinler için risk faktörleri olarak anlamlı yordayıcılar; kadın olmak, evli olmamak, dini inançlara sahip olmak, kötü eğitime sahip olmak, önceki travma vakası, afet sırasında korku yaşama, afet sonrası yaralanma, yas yaşamak, iş veya mülk kaybı, afet sonucu ev hasarına maruz kalmaktır. Çocuklar için anlamlı belirleyiciler ise; önceden yaşanan travma, felaket sırasında mahsur kalmak, afet sırasında yaralanma, korku veya yas yaşamak, afet sırasında yaralanmaya/ölüme tanık olmak ve zayıf sosyal desteğe sahip olmaktır.

Bal ve Jensen (2007) ‘‘Travma Mağduru Türk Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Kümeleri’’ başlıklı çalışmalarında, Marmara Depremini yaşayan Türk çocuk ve ergenlerde TSSB belirti kümelerini tespit etmeye çalışmıştır. Sonucunda, travma mağduru çocukların neredeyse % 60'ının depremden 3 yıl sonra bile orta ile çok şiddetli düzeyde TSSB semptomları yaşadığı belirlenmiş olunup araştırmacılar, deprem mağdurlarının travmalarının incelenmesi hususunda sosyo-tarihsel faktörleri kullanarak dinamik bir kültür görüşü kullanılmasını önermiştir.

Gökçen vd. (2013) orta düzeyde depreme maruz kalan ergen bireyler üzerinde TSSB yaygınlığı ve belirtilerini araştırmışlardır. Katılımcıların, %3.5'inde çok şiddetli, %20.8'inde şiddetli, %28.4'ünde orta ve %20'sinde ise düşük düzeyde TSSB belirtileri tespit edilmiştir. Daha önceki araştırmalarda tespit edildiği gibi bu araştırmada da ergen deprem mağdurlarının TSSB anlamında yüksek risk altında olduğu görülmüştür. Bu araştırma aynı zamanda depreme maruz kalmış ergenlerin, depremden fiziksel bir hasar almasalar bile yine de yüksek seviyede psikolojik anlamda risk altında olduğunu göstermiştir.

Bulut (2013) ‘‘Depreme Maruz Kalmış Türk Ergenlerinde Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Komorbid Bozukluklar ve Diğer Sosyal ve Okulsal Sorunlar Yoluyla Tahmini’’ başlıklı makalelerinde depremzede ergenler arasındaki komorbiditenin derecesini araştırmıştır. Deprem sonrası ergenlerde görülen depresyonun TSSB’yi etkileyen en önemli faktör olduğu görülürken, diğer bir önemli faktör ise atipiklik olarak görülmüştür. TSSB’yi etkileyen başka faktörler ise heyecan arayışı ve okula karşı tutumdur.

Salcioglu vd. (2007) TSSB ve komorbid depresyonun yaygınlığını incelemiştir. Bu amaç doğrultusunda, Marmara depremini takribi olan üç yıl sonra, merkez üssü bölgesindeki evsizler için inşa edilmiş kalıcı bir konut alanına yerleştirilen 769

mağdurdan oluşan bir örneklem arasında çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir ve tahmini TSSB ile komorbid depresyon oranları sırasıyla %40 ve %18 bulunmuştur. TSSB'nin deprem sırasındaki korku ile depresyonun ise aile üyelerinin kaybı ile ilişkili olduğu araştırmanın sonucunda görülmüştür.

Ekşi vd. (2007) makalelerinde, Marmara depreminden sonra depremden etkilenen bir örneklem üzerinde (160 çocuk) TSSB ve depresyon bağlamında risk faktörlerini incelemiştir. Bu araştırma Marmara depreminden 6-20 hafta sonra bir psikiyatrik görüşme ve bir anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir ve klinisyen tarafından uygulanan TSSB Ölçeği sonucu, katılımcıların %60'ında TSSB olduğu ve psikiyatrik görüşme sonucunda ise katılımcıların %31'inde depresyonu olduğu tespit edilmiştir. Bu hususta, TSSB tanısı alan çocukların ölüme tanık olma ve aşırı bir ebeveyn tepkisi yaşama olasılığının daha yüksek olduğu, depresyonu olan çocukların erkek cinsiyet olma, daha yüksek sürekli kaygı puanına sahip olma, yaralanmayı sürdürme ve depremde bir aile üyesi kaybetmiş olma durumunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Salcioğlu vd. (2008) makalelerinde, Marmara depreminden sonra hayatta kalanlardan seçilen bir örneklem üzerinde (1655 kişi) sığınaklarda yaşama eğilimlerini belirlemede koşullu korkuların rolünü incelemiştir. Değerlendirme ölçeği olarak Depremzedelerde Travmatik Stres Tarama Aracı kullanılmış olunup deprem sonrası yer değiştirmenin, davranışsal kaçınma, maddi kayıplar ve akraba kaybı ile belirlendiği görülmüştür ve araştırmacılara göre ruh sağlığı sorunlarının yüksek oranları, yer değiştirmenin bir etkisinden ziyade bir nedeni olarak belirlenmiştir.

Salcioglu ve Başoğlu (2008) depremde hayatta kalan çocuk ve ergenler üzerinde uygulanabilecek bir ruh sağlığı modeli önermiştir ve elde edilen sonuçlar, çocuklarda ve ergenlerde TSSB, depresyon ve depremle ilgili korku oranlarının arttığını göstermiştir. Yani, travmatik strese, öngörülemeyen ve kontrol edilemeyen depremlere maruz kalmanın neden olduğu korku üzerindeki kontrol kaybının aracılık ettiği görülmüş olunup dolayısıyla depremle ilgili korku duygusu üzerindeki kontrol algısını artırabilecek iyileştirmelerin, mağdurların ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebileceği ifade edilmiştir. Bu iyileştirmelerden bir tanesinin ise kontrol odaklı bir davranışsal tedavi olabileceği belirtilmiştir.

Eksi ve Braun (2009) makalelerinde, Marmara depreminden sonra çocuk ve ergen afet mağdurlarına uygulanan tedavilerin, TSSB ve depresyon üzerindeki etkilerini incelemiştir. Başlangıçta, 96 öğrenciye TSSB teşhisi konmuş ve 49'unda anksiyete semptomları ile birlikte depresyon belirtileri saptanarak takribi 18-20 ay sonra, TSSB teşhisi konmuş 96 öğrenciden 74'ü bulunmuştur ve bunlar sonrasında psikiyatrik

görüşme ve travma sonrası stres bozukluğu ölçeği kullanılarak yeniden değerlendirilmiştir. Bu öğrencilerden 25'i bilişsel-davranışçı terapi ve farmakoterapi ile tedavi edilmiş olunup 49'u herhangi bir tedavi görmemiştir. Sonuç olarak, kalıcı TSSB'nin anlamlı belirleyicileri; ilk görüşmede komorbid depresyon olması, ilaç tedavisinin alınması ve bilişsel-davranışçı terapi ay sayısı bulunmuştur.

Geng vd. (2013) çalışmalarında, Wenchuan depremzedelerinden ergenleri (1573 denek, 7.sınıf öğrencileri) 2 yıl boyunca izleyerek uyku problemlerini ve ilişkili risk faktörlerini belirlemeye çalışmıştır. Deneklerin ilk gözlemi depremden 12 ay sonra diğer gözlemler ise, 18 ay, 24 ay ve 30 ay sonra gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen ilk gözlemde, deneklerin %48.90'nının gecede 7 saatten az uyuduğu, %27.68'inin uykuya başlatmakta güçlük çektiği, %8.82'sinin uykuya devam etmekte sıkıntı yaşadığını, %22.60'ının uyku kalitesinin düşük seviyede olduğu ve %40.01'inin gündüz saatlerinde yaşam fonksiyonelliğinde güçlük çektiği görülmüştür. Genel uyku problemlerinin, 2. ve 3. gözlem boyunca sabit kaldığı ve yaygınlık oranlarının %28.79 ile %30.18 arasında olduğu görülmüştür. Depresyon, anksiyete, zayıf sosyal destek ve olumsuz yaşam olaylarının uyku sıkıntılarının artması ve uyku problemlerinin devamı ile ilişkisi bulunmuştur.

Ahmed (2018) doktora tezinde, 2005 Pakistan depreminden sonra ergen kız ve genç kadınların psikososyal sorunlarını ve yaşadıkları deneyimlerini araştırmayı amaçlamıştır. Bu çalışma sonucunda, afet travması ve belirsizliği nedeniyle acı çekme durumunun deneklerin yaşam dünyasının bir parçası olduğu tespit edilmiştir. Deneklerin benlik ve öz bakım konusunda daha iyi bir anlayışa ve farkındalığa sahip olmalarının onların psikososyal refahı açısından olumlu sonuçları olacağı görülmüştür. Bununla birlikte aile üyelerinden görülen yeterli düzeyde desteğin, bakımın ve sevginin travma sonrası iyileşmede önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Topluluk faktörü ve onlardan görülen desteğin, özellikle ergenlerin ve genç kadınların psikososyal refahında önemli bir etken olduğu tespit edilmiştir.

Efendi vd. (2023) çalışmalarında, 2023 Türkiye Depremleri sonrasında Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Polikliniği'nde yardım arayan bireylerde akut stres bozukluğu görülme sıklığını ve akut stres reaksiyonları ile ilişkili faktörleri irdelemişlerdir. Sonuçlar, deneklerin %81.6'sında akut stres bozukluğu belirtileri olduğu ve bunların %61.7'sine ilaç tedavisinin başlandığını göstermiştir. Akut stres bozukluğu oranlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği, fiziksel yaralanması olmayan hastaların akut stres semptom skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aile reisinin eğitim düzeyi ve ergenlerin psikiyatrik yardım

tutumlarının akut stres bozukluğunun belirleyicileri olduğu ifade edilmiştir. Araştırmacılar, akut stres bozukluğu açısından depremden fiziksel yaralanma almadan çıkan ergenlerin daha dikkatle ele alınması gerektiğini önermiştir.

Demir vd. (2010) de, 1999 Gölcük depreminden kurtulan çocuklardan seçilen bir örneklem (2-15 arasında olan 321 çocuk ve ergen) üzerinde duygusal ve davranışsal bozuklukları incelemiştir. Kayıtları incelenen deneklerin %25.5'inde TSSB, %16.5'inde akut stres bozukluğu ve %38'inde uyum bozukluğu görülmüştür. Cinsiyet ile ilgili ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki bulunamamıştır. Akrabalarını, arkadaşlarını veya komşularını kaybeden ve ikametgahı ağır hasar gören deneklerde daha yüksek oranda akut stres bozukluğu veya TSSB görülmüştür. Ayrıca araştırmacılar uyum bozukluğunun da depremden etkilenen çocuk ve ergenlerde sık görüldüğünü ifade etmişlerdir.

Liu vd. (2011) Çin'in Sichuan Eyaletinde meydana gelen depremin ardından 330 çocuk üzerinde ruh sağlığı sorunlarını ve bununla ilişkili risk faktörlerini bulmayı amaçlamıştır. Araştırma için gerçekleştirilen anketler depremden 6 ay sonra yapılmış, bu noktadan 6 ay sonra ise anketler tekrardan gerçekleştirilmiştir. Ruhsal sorunların anketlerin gerçekleştirildikleri bu iki zaman dilimi arasında yaygınlık oranları anksiyete için %23.3 ve %22.7, depresyon için %14.5 ve %16.1 ve TSSB için %11.2 ve %13.4 olarak bulunmuştur. Demografik değişkenler arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. TSSB, depresyon ve anksiyete için öncüller olarak; ölüme yaklaşma derecesi, yas durumu ve aşırı korku olarak bulunmuştur.

Blanc vd. (2015) çalışmalarında Haiti depreminden bir yıl geçtikten sonra, Port-au-Prince'de oldukları bölgeden ayrılan çocuklara sunulan psikososyal desteğin etkisini bir kontrol grubuna göre değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre deney ve kontrol grubu arasında yaşadıkları peritravmatik sıkıntının yoğunluğu bakımından benzerlik tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubu arasında TSSB, depresyon ve Çocuk Davranışı Kontrol Listesi'nin dört alt ölçeğinden üçünde ortalama puanlar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir fark görülmemiştir. TSSB ve depresyon semptomlarının şiddetli düzeyleri deney grubunda %68 ve %40.9 ve kontrol grubunda %50 ve %20.5'i olarak görülmüştür. Elde edilen sonuçlar, sosyo-demografik açıdan deney ve kontrol grubu oluşturulurken denkliğe dikkat edilmemesine ve deneklerin rastgele seçilmemesine bağlanmıştır.

Lai vd. (2013) Ike Kasırgası'ndan sonra çocuklarda görülen TSSB ve depresyon belirtileri arasındaki komorbidite oranlarını incelemiştir. Bu amaçla seçilen bir örneklem üzerinde (277 çocuk) afetten sonra 8. ayda ve daha sonra 15.ayda anket

çalışmasında bulunmuşlardır. Felaketten 8 ay sonra, çocukların %13'ü sadece travma sonrası stres, %11'i sadece depresyon ve %10'u travma sonrası stres ve depresyonun komorbid semptomları göstermiştir. Afetten 15 ay sonra, çocukların %7'si sadece travma sonrası stres, %11'i sadece depresyon ve %7'si travma sonrası stres ve depresyon komorbid semptomları göstermiştir. Sonuç olarak travma sonrası stres ve depresyon komorbid semptomları olan çocukların daha zayıf iyileşmeye, daha şiddetli semptomlara sahip oldukları görülmüştür.

Kilic vd. (2011) ''Yer Değiştirme ve Ebeveyn Psikopatolojisinin Depremzede Çocuk Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi'' başlıklı makalelerinde depremzede çocukların travmatik stres ve depresyonları üzerinde ebeveyn psikopatolojisinin etkilerini araştırmıştır. Araştırma sonucunda, annenin ve babanın psikopatolojilerinin deprem mağduru çocukların psikolojik halleri üzerinde farklı etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir. Çocuktaki travmatik stres, babanın travmatik stresi kullanılarak tahmin edilebilirken, çocuktaki depresyon annenin depresyon düzeyleri ile yordanmaktadır. Anne ve babanın psikopatolojisi dikkate alındığında, sosyal ağ bozulmasının çocuklar bakımından olumsuz bir etkisi görülmemiştir.

Önsüz vd. (2009) çalışmalarında Marmara Depremi'nden sonra Sapanca'da TSSB ve anksiyete semptomlarının tespiti ve birlikte görülen faktörlerin belirlenmesini amaçlamıştır. Bu araştırma sonucunda, felaketin ardından geçen altı yıl sonrasında bile TSSB ve anksiyete oranlarının hala yüksek olduğu, günlük alışkınlıklarını değiştirenlerde, eğitim seviyesi düşük olanlarda ve felaketi hala rüyasında görenlerde TSSB ve anksiyete oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bu araştırma sonucunda, etki seviyesi büyük olan felaketlerden sonra psikolojik sorunların uzun dönemli etkilerinin olduğu bulunmuştur.

Sakurai (2017) yüksek lisans tezinde, 2011'deki Büyük Doğu Japonya Depreminden kurtulan 75 çocuk üzerinde (5.sınıf öğrencileri) Fukushima'daki ebeveynleri ile aralarındaki ilişki bağlamında depresyon, anksiyete ve somatik semptom durumunu ele almıştır. Negatif duygu durum düzenlemesi kavramı, olumsuz duyguları durdurma veya hafifletme yeteneğini ifade eder. Araştırma sonucu, negatif duygu durum düzenleme yeteneğinin hem ebeveynler hem de çocuklar bağlamında tüm psikolojik sıkıntılar bağlamında azaltıcı etkiye sahip olduğu görülmüştür. Yüksek negatif duygu durum düzenleme yeteneğine sahip çocuklar, ebeveynleri yüksek düzeyde psikolojik bozukluk gösterse bile düşük düzeyde psikolojik bozukluk göstermiştir.

Schmidt (2017) yüksek lisans tezinde, Nepal, Katmandu yakınlarındaki depremden oldukça etkilenen bir bölgede ortaokula (toplam 102 denek, 12-18 yaş)

devam eden ergenler üzerinde, ergenler arasında başa çıkma işlev bozukluğu, kendini doğrulama ve intihar arasındaki ilişkiyi etkilemede cinsiyetin rolünü incelemiştir. Nitel araştırma sonucunda deneklerin en sık değindikleri stres faktörü (görüşülen kişilerin %71.4'ü) akademik kaynak sıkıntısıdır. Başa çıkma yetenekleri ve başa çıkma fonksiyon bozukluğunda cinsiyet faktörüne göre farklılıklar nicel olarak gözlemlenmemiş olsa da nitel analizler, işlevsiz başa çıkmanın kızlar tarafından daha sık rapor edildiğini ortaya koymuştur.

Zhou vd. (2010) Mobil Sosyal Ağ Hizmeti platformuna dayalı yeni bir travma sonrası mobil psikoloji hizmetini (platformun tasarım analizi, prototipin gerçekleştirilmesi, etki sonrası ölçüm ve sonuç analizi) çok boyutlu olarak incelemiştir. Mobil Sosyal Ağ Hizmeti platformlarının eş güdümlü hale getirilmesinin, sosyal bağlılığı geliştirdiği ve mağdurların psikolojik durumunu olumlu yönde iyileştirdiği tespit edilmiştir. Mobil ağ hizmeti projesinin özellikle mesafe probleminin aşılmasında faydalı olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, Mobil Sosyal Ağ Hizmeti platformlarının eş güdümlü hale getirmenin, travma sonrası mobil psikoloji hizmetini daha güçlü ve etkili hale getirdiği ifade edilmiştir.

Jia vd. (2010) Sichuan depreminin ardından hayatta kalan afetzedelerden seçilen bir örneklem üzerinde (596 denek, 8-16 yaş aralığında) depremden 8 ay sonra anket yöntemi aracılığıyla ruh sağlığını ve yaşam kalitesini tespit etmeyi amaçlamıştır. Sonuç olarak, TSSB ve depresyon yaygınlığı puan oranları sırasıyla %12.4 ve %13.9 olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi değişkeninin, TSSB ve depresyon değişkenleri ile güçlü ve negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Deneklerden aile üyelerini kaybedenlerin TSSB ve depresyona yakalanma riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Psikolojik yardım faaliyetlerini kullanmayan deneklerin diğerlerine göre TSSB'ye yakalanma riski dört kat daha fazla bulunmuştur.

Zhang vd. (2011) Çin'in Wenchuan kentinde meydana gelen depremden 1 yıl sonra ağır darbe alan kişilerde (1195 yetişkin) TSSB, anksiyete ve depresyon yaygınlığını araştırmayı ve bu ruhsal bozukluklarla ilgili risk faktörlerini belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırmacılar; TSSB, anksiyete ve depresyonun yaygınlık oranlarını sırasıyla %26.3, %49.8 ve %49.6 olarak bulmuşlardır. Belirtilen ruhsal bozuklukların risk faktörleri için yapılan analiz sonucu hastalıklar arasında farklılıklar görülmüştür. Orta yaşlı ve yaşlı insanlar arasında, bedensel yaralanma, geçim kaynağı kaybı ve deprem sırasındaki ilk korku, her üç ruhsal bozuklukla da anlamlı bir şekilde ilişkiliyken, kadın cinsiyet faktörü bağımsız olarak ve önemli ölçüde TSSB ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur.

Xu ve Song (2011) çalışmalarında, Wenchuan depreminden 1 yıl sonra hayatta kalan yetişkinlerde TSSB ve travma sonrası büyüme yaygınlığını ve bu iki psikolojik bozukluğu etkileyen faktörleri incelemiştir. Araştırma neticesinde TSSB görülme yüzdesi %40.1, travma sonrası büyüme yüzdesi ise %51.1 olarak tespit edilmiş ve bu yüzdelerin daha önceki yapılan çalışmalara göre yüksek olduğu ifade edilmiştir. Literatürde, TSSB'nin depremden 23 ay sonra %14 ve depremden 20 yıl sonra %9.2 olduğu belirtilmiştir. Travma sonrası büyüme ile TSSB arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu yani TSSB'nin büyüklüğünün travma sonrası büyümeyi artırdığı görülmüştür. Kadın olmanın, düşük yaşın, düşük eğitim düzeyinin ve depreme maruz kalmanın şiddetinin, literatüre uygun olarak, TSSB'yi belirledikleri tespit edilmiştir. Algılanan destek ile TSSB arasındaki negatif yönlü ilişki görülürken, aylık gelirin TSSB'yi belirlemediği tespit edilmiştir. Düşük yaş, depreme maruz kalma şiddeti, etnik köken travma sonrası büyümeyi etkilerken, kadın olma ve aylık gelir düzeyinin etkilemediği bulunmuştur.

Fan vd. (2011) makalelerinde, Çin'deki Wenchuan depreminden 6 ay sonra 2250 ergen arasında TSSB, anksiyete ve depresyon semptomlarını incelemiştir. Sonuç olarak deneklerde görülen TSSB, depresyon ve anksiyete düzeyleri sırasıyla %15,8, %40,5 ve %24,5 olarak bulunmuştur. TSSB, anksiyete ve depresyon yüksek oranda tek başına değil diğer bozukluklarla birlikte görülmektedir ve üç bozukluğun semptomları için risk faktörleri, kadın cinsiyet, yaşlılık ve deprem felaketine maruz kalma olarak tespit edilmiştir.

Qu vd. (2012) ‘‘Çin'deki 2008 Sichuan Depreminden 8 Ay Sonra Yeni Anneler Arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon’’ başlıklı makalelerinde, Çin'de 2008 yılında meydana gelen depremden 1 yıl sonra 317 yeni anne olmuş denek üzerinde TSSB belirtileri ve doğum sonrası depresyon belirtileri incelemiştir. Çalışma sonucunda TSSB ve depresyon yaygınlığı sırasıyla %19.9 ve %29.0 olarak bulunmuştur. Depreme maruziyeti yüksek olan kadınlarda TSSB ve depresyon riski daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, aylık aile geliri düşük olan kadınların ve kadın tarım işçilerinin TSSB'ye yakalanma riski daha yüksek; işsiz olan veya aylık aile geliri düşük olan ve uykusu yetersiz olan kadınların depresyon geçirme riski de daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hata ve Nakajima (2012) ‘‘Afetzedelere Sağlık Hizmeti’’ başlıklı çalışmalarında, geçici barınaklarda yaşam süren mağdurların temel psikolojik sıkıntılarını belirlemeyi ve bu sıkıntıları tahmin eden bir tespit sistemini göstermeyi amaçlamıştır. Bu tespit sisteminde, üç boyutlu bir mesafe ölçüm kamerası, ortamdaki şekilleri yakalar ve bir

yetişkin, çocuk veya diğerleri yörünge olarak tanınır ve kaydedilir. Sonraki aşamada ise psikologlar sonuçları analiz ederek akıl hastalığını görebilirler. İkinci olarak, bu çalışmada, uyku sırasında kalp atış hızı, solunum ve hareket için sensörler içeren bir hava matı kullanılmıştır. Mattan, kalp atış hızı değişkenliği yoluyla otonom sinir sisteminin fonksiyonel değerlendirmesi için yararlanılmıştır. Araştırmacılar, kullandıkları yöntemin afetzedelerin psikolojik sıkıntılarını önceden ve doğru bir şekilde tespit edebilmek amacıyla pratik kullanım olasılığının yüksek olduğunu göstermişlerdir.

Wagenaar vd. (2012) ‘‘Depresyon, İntihar Düşüncesi Ve İlişkili Faktörler: Kırsal Haiti'de Kesitsel Bir Çalışma’’ başlıklı makalelerinde, 2010 yılında Haiti’de meydana gelen deprem sonrası depresyon semptomatolojisi, intihar düşüncesi ve ilişkili faktörleri belirlemeye çalışmıştır. Ortalama depresyon seviyesi %20.4 olarak bulunmuş ve %6.13 intihar düşüncesi tespit edilmiştir. Depresyon skorları ile ilişkili faktörler olarak; yüksek yaş, kadın olmak, intihar düşüncesinin varlığı, ailede mevcut bulunan hastalık olarak tespit edilmiştir. Eğitim düşüklüğü, kadınlar arasında depresyona yakalanmak bağlamında bir risk etkeni olarak bulunurken, erkekler arasında risk faktörü olarak görülmemiştir. İstihdam değişkeni ise her iki cinsiyet için de bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

Van der Auwera vd. (2012) Haiti depreminden sonra bu bölgeye gelen Belçika İlk Yardım ve Destek Ekibi afet yardım görevlilerinin psikolojik sıkıntılarının tespiti ve zihinsel iyilik halinin izlenmesine odaklanmış ve araştırma kapsamında yardım ekibinin 23 üyesi ile görüşülüp anket uygulanmıştır. Anket göreve çıkmadan önce, görevin 1. ve 7. gününde, görevden 30 ve 90 gün sonra tekrarlanmıştır. Anket sonucu merhamet yorgunluğu 7 denekte stabil, 5 katılımcıda düşüş, 10 katılımcıda yükselme ile sonuçlanmıştır.

Chan vd. (2012) Depresyon Anksiyete Stres ölçeğinin Çince yeniden çevirisinin geçerliliğini denemek için depreme maruz kalmış üç ayrı yerleşim yerinde farklı testler yapmıştır. Birinci yerleşim yeri Pekin'den 605 lisans öğrencisi, ikinci yerleşim yeri Sichuan Eyaletinden 138 kişi ve üçüncü yerleşim yeri Pekin’den 86 kişidir. Güvenirlilik çalışması sonucu Croncbach Alfa sonuçları tüm yerleşim yerleri için 0.80'in üzerinde bulunmuştur. Depresyon Anksiyete Stres ölçeği faktör analizi sonucu üç faktörlü yapıyı göstermiştir. Araştırmalarının sonucunda Depresyon Anksiyete Stres ölçeğinin Çince versiyonunun, ruh sağlığı durumunu belirlemede faydalı ve güvenilir olacağı ispatlanmıştır.

Sezgin ve Punamäki (2012) ‘‘Güneydoğu Anadolu Kadınlarında Deprem Travması ve TSSB Ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkili Nedensel Açıklama’’ başlıklı çalışmalarında, depreme maruz kalan kadınlar arasında TSSB ve bunun diğer psikiyatrik semptomlarla ilişkisi, travmanın doğasının psikiyatrik semptomlarla ilişkisi ve travma için nedensel açıklamaların travmatik olaylar ile psikiyatrik semptomlar arasındaki ilişkiyi ılımlı hale getirip getirmediğini incelemiştir. Araştırma sonucunda depreme maruz kalan örneklem grubu (1253 kişi) içinde yüksek oranda TSSB görülmüştür (%61). TSSB ve psikiyatrik semptomlar ile depreme bağlı travmatik olayların sayısı arasında ilişki bulunmuştur ve ayrıca, travmanın doğasının, psikiyatrik semptomlar ve TSSB ile ilişkilerde bir dereceye kadar önemli olduğu tespit edilmiştir.

Bromet (2012) afetlerin ruhsal sıkıntıları hakkındaki literatür taraması şeklindeki makalesinde özet olarak, afetlerin meydana getirdiği ruhsal sağlık sıkıntılarının, afetin meydana getirdiği fiziksel sağlık sorunları kadar önemli olduğunu belirtmiş ve ruhsal sağlık sıkıntılarının afet konusunda eğitimli psikologlarca ele alınması gerektiğini ifade etmiştir. Araştırmacı, Çernobil ve Fukushima felaketi sonrasında yapılan çalışmalar sonucunda en önemli halk sağlığı sorununun ruh sağlığı sorunları olduğu sonucunu vurgulamıştır. Bu iki felaketin üzerinden ne kadar süre geçerse geçsin etkilerinin azalarak da olsa hala devam ettiği görülmüş ve özellikle ruh sağlığı anlamında yapılması gerekli faaliyetlerin diğer sağlık faaliyetlerinin kapsamına dahil edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Yapılacak faaliyetlerin parçalara ayrılması ve her bir parçayla ilgili ve eğitimli profesyonellerin ilgilenmesi gerekliliği belirtilmiştir. Yanlış ve eksik bilgilendirmelerin afetzedeler üzerinde psikolojik anlamda strese yol açtığı ve güvenin ruhsal sağlık sıkıntılarının azaltılmasında önemli bir etken olduğu görülmüştür.

Feder vd. (2013) makalelerinde, düşük TSSB ve depresif semptom düzeyleri ile ilişkili koruyucu psikososyal etkenleri belirlemeyi amaçlamıştır. Bu amaçla, 2005 yılında Pakistan’da meydana gelen depremden üç yıl sonra 200 yetişkin denek üzerinde çalışmış olup deneklerden TSSB ve depresif belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanımı ve dört psikososyal değişkeni (yaşamdaki amaç, olumlu ve olumsuz dini başa çıkma ve sosyal destek) ölçen öz bildirim anketlerini doldurmaları istenilmiştir. Deneklerin %65’inde TSSB görülmüştür. Deneklerin hayattaki amaç durumları TSSB semptomlarını azaltırken, olumlu duygularda artış göstermiştir. Olumsuz dini başa çıkma (kişinin günahları veya maneviyat eksikliği için Tanrı tarafından cezalandırıldığını hissetmek) daha yüksek TSSB semptom seviyeleri ve olumsuz duygularla ilişkilendirilmiştir. Daha yüksek algılanan sosyal destek, daha yüksek olumlu duygularla ilişkilendirilmiştir.

Kun vd. (2013) 2008 Wenchuan depreminden sonra yetişkin depremzedeler (1890 kişi) arasında TSSB yaygınlığını belirlemeyi ve TSSB ile ilgili öncülleri tespit etmeyi amaçlamıştır. TSSB yaygınlığı ağır hasarlı bölgelerde %47.3 ve orta derecede hasarlı bölgelerde %10.4 olarak bulunmuştur. Yaşın yüksek olması, kadın cinsiyetine sahip olmak, evlenmemiş/boşanmış/dul olmak, etnik azınlık üyesi bulunmak, bir aile mensubunun ölmüş olması, gelir düşüklüğü TSSB ile ilgili öncüller olarak tespit edilmiştir.

Dell'Osso vd. (2013) 2009 yılında gerçekleşen L'Aquila depremine maruz kalan genel popülasyondan seçilen bir örneklem üzerinde (1488 denek), cinsiyet, maruziyet derecesi ve yaşın travma sonrası stres belirtileri üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlamıştır. Deneklerden doğrudan depreme maruz kalanların, ileri yaşın ve kadın olanların TSSB yakalanma riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Fergusson vd. (2014) çalışmalarında, depreme maruz kalma derecesi ile depremleri takiben psikolojik iyi olma sonuçları arasındaki ilişkileri incelemek ve şahsi bireysel durumlar, deneklerin önceki ruh sağlığı durumu ve deneklerin çocukluk aile geçmişi ile ilgili potansiyel risk faktörlerini tespit etmek istemiştir. Sonuç olarak, deneklerden depreme yüksek düzeyde maruz kalanların, maruz kalmayan deneklere göre 1.4 kat daha yüksek psikolojik bozukluk oranlarının olduğu görülmüştür. Bu artışın, TSSB, anksiyete bozuklukları ve nikotin bağımlılığı gibi majör depresyon oranlarındaki artışlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Kukihara vd. (2014) TSSB, depresyon ve kötü genel sağlık semptomlarının afetten sonra yaşayanlar arasındaki yaygınlığını ve dayanıklılığın, genel sağlık durumu üzerindeki etkisini incelemiştir. Deneklerin %53.5'inde TSSB, %66.8'inde depresyon görülmüştür. Dayanıklılığın afet sonrası ruhsal durumlarla ilgili başa çıkma faktörünü etkilediği tespit edilmiştir.

Cénat ve Derivois (2014) çalışmalarında, 2010 yılında Haiti'de gerçekleşen depremden iki buçuk yıl sonra depremin yetişkinlerde maruziyet derecesi, peritravmatik sıkıntı, depresif belirtiler ve sosyodemografik faktörlere bağlı travmatik sonuçları ve ayrıca, TSSB ve depresif belirtilerin yordayıcı faktörlerini incelemiştir. Bu amaçla belirlenen 1355 yetişkin üzerinde anket uygulanmış olunup TSSB ve depresif belirtilerin yaygınlığı sırasıyla %36.75 ve %25.98 olarak bulunmuştur. TSSB ve depresif belirtiler için risk faktörleri genç olma ve yaşlı olma, kadın cinsiyet, işsizlik durumu ve düşük eğitim düzeyidir. En iyi yordayıcı değişkenler TSSB için peritravmatik sıkıntı ve depresif belirtiler olarak görülmüş ve TSSB ile depresyon arasındaki komorbidite oranı ise %13.36 olarak tespit edilmiştir.

Yokoyama vd. (2014) Büyük Doğu Japonya Depremi ve Tsunamiden kurtulanlarda (10.025 denek) felaketten 6-11 ay sonra ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığını belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırma sonucunda deneklerin %42.6'sında orta veya ciddi düzeyde psikolojik sorunlar olduğu görülmüştür. Psikolojik sorunların öncülleri ise; kadın cinsiyeti, genç erkek olmak, mevcut sağlık şikayetlerinin bulunması, zor şartlardaki ekonomik durum, afet sonrası yer değiştirmeler ve bir sosyal ağ eksikliği olarak bulunmuştur.

Flores vd. (2014) makalelerinde, Peru'da meydana gelen depremden kurtulan yetişkinlerde (1012 denek) kronik TSSB ile hem yapısal hem de bilişsel sosyal sermaye arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamıştır. Kronik TSSB'nin genel yoğunluğu %15.9 olarak bulunmuştur ve bilişsel sosyal sermayenin kronik TSSB ile negatif ilişkili olduğu bulunurken, yapısal sosyal sermaye için anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Spesifik olarak, yüksek bilişsel sosyal sermayeye sahip olanlar, düşük bilişsel sosyal sermayeye sahip olanlara kıyasla neredeyse iki kat daha düşük kronik TSSB yoğunluğuna sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ozdemir vd. (2015) çalışmalarında, TSSB'nin yaşam kalitesi, umutsuzluk, intihar düşüncesi ile ilişkisi ve bu bağlantılarda patolojik dissosiyasyonun aracılık etkisini incelemiştir. Bu çalışma neticesinde, patolojik dissosiyasyonlu deneklerin, düşük dissosiyasyonlu deneklere göre daha yüksek depresyon, daha şiddetli TSSB semptomları, daha yüksek düzeyde intihar düşüncesi, umutsuzluk ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Deprem sonrası TSSB şiddetinin artıran değişkenlerin ise yüksek yaş, kadın olma, yüksek seviyede depreme maruz kalma, eğitim düzeyi yüksekliği, bekar olma, daha fazla intihar düşüncesine sahip olma, kötü genel sağlık ve fiziksel, duygusal işlevsellik konusunda olumsuz algı olduğu saptanmıştır.

Sakuma vd. (2015) çalışmalarında, 2011 Büyük Doğu Japonya Depreminde kurtarma ve yeniden yapılandırma faaliyetlerinde bulunan denekler üzerinde TSSB, depresyon ve genel psikolojik sıkıntı için yaygınlık ve kişisel/işyeri risk faktörlerini değerlendirmiştir. Kesitsel bir çalışma olan araştırmada, 1294 denek üzerinde depremden 14 ay sonra gerçekleştirilmiş ve TSSB, depresyon ile genel psikolojik sıkıntıda potansiyel faktörler olarak şunlar görülmüştür; yerinden edilme, ölüme yakın deneyim yaşama, ölü veya kayıp bir aile üyesinin olması, iletişim ve dinlenme eksikliği. Olası TSSB, depresyon ve genel psikolojik sıkıntı yaygınlığı belediye (sırasıyla %6.6, %15.9 ve %14.9) ve tıbbi (sırasıyla %6.6, %14.3 ve %14.5) çalışanlar arasında itfaiyecilere göre (sırasıyla %1.6, %3.8 ve %2.6) daha yüksek bulunmuştur. Sonuç

olarak, afetlerde çalışan personel arasında psikolojik durumun farklı meslekler arasında farklılık gösterdiği görülmüştür.

Marshall vd. (2015) 2010 yılında Yeni Zelanda'da meydana gelen depremden 1 ay kadar sonra, 2011'de meydana gelen depremden 3 ay ve 12 ay sonra gerçekleştirilen (toplamda 485 denek) anket çalışması vasıtasıyla grup temelli yörünge modellemesi kullanılarak kişisel güç ve ilişkilerde travma sonrası büyüme veya değer kaybı (yani olumlu veya olumsuz yaşam değişikliği) yörüngelerini incelenmiştir. Yörünge sınıfı üyeliğinin deprem öncesi ve sonrası yordayıcılarını inceleyen çok terimli lojistik regresyon analizleri, "travma sonrası büyüme" kişisel güç sınıfındakilerin "travma sonrası yıpranma" sınıfındakilere göre önemli ölçüde daha genç yaşta olduklarını ve bunların deprem gerçekleşmeden önceki psikolojik ruh durumlarının önemli ölçüde daha iyi olduğunu ortaya koymuştur.

Khachadourian vd. (2015) makalelerinde, Ermenistan'da 1988 yılında meydana gelen Spitak depreminden 23 yıl sonra, depremzedelerden oluşan 725 kişilik bir denek grubu vasıtasıyla; demografik özelliklerin, travmaya maruz kalma seviyesinin ve psikososyal değişkenlerin depremzedelerin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini araştırılmıştır. Yüksek yaş, depresyon, TSSB ve anksiyete değişkenlerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Depremzedelerin algıladıkları sosyal destek puanındaki her birimlik artışın, depremzedelerin yaşam kalitesinin tüm faktörlerinde daha yüksek seviyede bir artış oluşturduğu görülmüştür.

Juth vd. (2015) makalelerinde, 2006 Endonezya depreminden sonra aile üyelerinin birbirlerinin afet sonrası psikolojik durumuna olan etkilerini irdelemiştir. Araştırma sonucunda çocuklar, daha düşük afete maruziyet durumunda daha az TSSB semptomu ve ebeveynleri ile benzer genel sıkıntı seviyeleri göstermiştir. Ebeveynlerin TSSB semptomları çocukların genel sıkıntısı ile ilişkili olduğu, ancak çocukların TSSB semptomları ebeveynlerin genel sıkıntısı ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Bulgular ebeveynlerin veya çocukların cinsiyeti bağlamında istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir.

Harada (2015) doktora tezinde, 2011 yılında Japonya'da meydana gelen büyük deprem sonrasında, afet anında ABD ve Japonya'da yaşayanlar arasında, medya kullanımını ve sağlık etkisini inceleyen ana çalışmalardan elde edilen verilerin ikincil bir analizi yoluyla, Büyük Doğu Japonya Deprem Felaketine karşı somatik ve psikolojik stres tepkilerini karşılaştırmalı açılardan araştırmayı amaçlamıştır. Amerikan vatandaşı olan Japon kökenlilerde, Japonya'daki kişilerden daha yüksek psikolojik ve somatik semptomlar görülmüştür. Bu semptomların %38.2'ini gelir, somatik semptomların

şiddeti ve yardım arama davranışı açıklamıştır. Japonya'da yaşayan Japonlar arasında ise semptomların %31.9'unu yaş, gelir, yardım arama davranışı ve somatik semptomların şiddeti açıklamıştır ve araştırmacı sonuç olarak, uzak bir yerde meydana gelen travmatik bir olaya dolaylı olarak maruz kalmanın, insanların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde önemli olumsuz etkileri olabileceğini tespit etmiştir.

Sezgin ve Punamäki (2016a) makalelerinde, Türkiye'de Doğu Anadolu'da deprem travmasına maruz kalan kadınların mahallelerindeki, evliliklerindeki ve çocuklarıyla olan sosyal ilişkilerindeki değişimlere ilişkin algıları, bu ilişkilerle ilişkili faktörleri ve sosyal ilişkilerde bir iyileşmenin kadınların ruh sağlığını deprem travmasının olumsuz etkilerinden nasıl koruyacağını incelemiştir. Araştırmaya dahil edilen deneklerin sosyal ilişkilerinde deprem travmasının etkisinin olduğu, özellikle komşuluk ve evlilik ilişkileri olmak üzere bozulan sosyal ilişkilerde TSSB'nin belirleyici olduğu bulunmuştur.

Sezgin ve Punamäki (2016b) çalışmalarında, deprem olan bölgeden ayrılmanın veya orada kalmanın TSSB ve diğer psikiyatrik semptomlarla ilişkilisini ve farklı faktörlerin yer değiştiren ve yer değiştirmeyen gruplardaki ruh sağlığı etkilerini açıklayıp açıklamadığını analiz etmiştir. Sonuçlar, depremin olduğu bölgeden ayrılmanın psikolojik sorunlarla, özellikle TSSB, somatizasyon, düşmanlık semptomları ve bireyler arası sıkıntılarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Yer değiştiren kadınlar arasında, yüksek düzeyde travmatik deneyimler, şiddetli TSSB ve psikiyatrik semptomlarla ilişkilendirilirken, yer değiştirmeyen kadınlar arasında düşük düzey afet yardımı ile semptomlar arasında ilişki bulunmuştur.

Dai vd. (2016) literatür taraması şeklindeki makalelerinde, sistematik inceleme ve meta-analiz kullanarak depremlerden sonra hayatta kalanlar arasında birleşik TSSB insidansını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Araştırmalarında deprem sonrası TSSB'nin birleşik insidansı %23.66 olarak bulunmuştur. Ayrıca, depremden en fazla 9 ay sonra tanı alan hayatta kalanlar arasında toplam TSSB insidansı %28.76 iken, depremden dokuz aydan fazla bir süre sonra tanı alan hayatta kalanlar için birleşik insidans %19.48 olarak görülmüştür. Alt grup analizleri, deprem sonrası TSSB insidansının, TSSB değerlendirme zamanı, cinsiyet durumu, eğitim düzeyi, kişinin evinde oluşan hasar, yas, afetzedenin bedeninin yaralanması ve afetzedenin ölüme tanık olması ile önemli ölçüde değiştiğini göstermiştir.

Hikichi vd. (2016) makalelerinde, 2011 Japonya Tohoku kentinde meydana gelen deprem öncesi (80 ay) yapılan bir test ve depremden sonra (2.5 yıl) yapılan bir test vasıtasıyla (3.567 denek) afet öncesi topluluk sosyal uyum düzeyinin daha düşük TSSB

riski ile ilişkili olup olmadığını incelemiştir. Deprem sonrası deneklerin %11.4'ünde ciddi TSSB görülmüştür. Afet öncesi bireysel ve toplum düzeyindeki uyumun yüksek seviyede olmasının, TSSB'yi azalttığı görülmüştür. Topluluk düzeyinde sosyal uyumun yüksek seviyede olmasının, bir felaketin ardından topluluk sakinlerinin afet direncini güçlendirdiği sonucuna varmışlardır.

Hong ve Efferth (2016) çalışmalarında, 2008 Wenchuan depreminden sonra bu depremle ilgili yazılan literatürü konu bağlamında araştırmıştır. Araştırmacılar, toplanan makaleleri 5 maddede sınıflandırmıştır; epidemiyoloji, nöropatoloji, biyokimya, genetik-epigenetik ve tedavi. En çok çalışılan konu TSSB olarak tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda yazarlar gelecekteki çalışmalar için bazı önerilerde bulunmuşlardır. Bunlar; çalışmalarda bireysel risk faktörlerine, etkilenen popülasyonlara, gözlem süresine daha dikkat edilmelidir. Bununla birlikte TSSB yaygınlık seviyesinin tespitinde deneklerin aldıkları sosyal desteğin etkisine dikkat edilmelidir.

Matsuyama vd. (2016) makalelerinde, 2011 yılında Japonya'da gerçekleşen depremden sonra depremzedelerden bir örneklem üzerinde 2012 yılında aldıkları sosyal destek ile bu deneklerin 2013 yılındaki psikolojik sıkıntıları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Makale sonucunda deneklerin psikolojik sıkıntılarının bireysel ve toplum düzeyindeki algıladıkları olumlu sosyal ilişkiler seviyesine göre farklılık göstermiştir. Afetlerden sonra topluluklarda sosyal ilişkilerin teşvik edilmesinin ve afetzedelerin olumlu psikososyal destek görmelerinin onların psikolojik sıkıntılarını azaltabileceği tespit edilmiştir.

Tsuboya vd. (2016) çalışmalarında, 2011 Doğu Japonya Depremi sonrasında yaşlı bireyler arasında depresif belirtilerdeki değişiklikler arasındaki ilişkiyi ileriye dönük olarak araştırmaya çalışmıştır. Evleri tamamen yıkılan kişilerin üç yıl sonra depresif semptom puanlarının önemli ölçüde arttığı görülmüştür. Psikiyatrik yardımın eksik ve aksak olmasının depremden sonra geçen 3 yıllık süre sonunda depresyonu artırdığı tespit edilmiştir. Buna karşılık, aile/arkadaş kaybı depremden 3 yıl sonra depresyon ile ilişkili olarak bulunmamıştır.

Galindo (2016) ''Haiti'de Travma, Dayanıklılık, Umut ve Dini Başa Çıkma'' başlıklı doktora tezinde, hem nicel hem de nitel araştırma yöntemlerini kullanarak 2010 yılında Haiti depreminden kurtulan 51 denek üzerinde travma, dayanıklılık, umut ve dini başa çıkma deneyimlerini karma bir yöntem tasarımıyla araştırmayı amaçlamıştır. Dayanıklılık ile aracı umut ve toplam umut arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde kümülatif travma ve aracı umut arasında da istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür. Nitel araştırma sonucunda ise denekler deprem sonrası bazı travmatik deneyimlere maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Hayatta kalma kavramı önemli bir tema olarak görülmüştür.

Pierre (2016) yüksek lisans tezinde, TSSB ve majör depresif bozukluk semptomlarının yaygınlığını araştırmıştır. Bu çalışma sonucunda, katılımcıların %24'ünde TSSB ve %74'ünde majör depresif bozukluk görülmüştür. TSSB tanısının şiddeti ile majör depresif bozukluk tanısı ve travmaya belirli maruziyetler arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Denekler arasında depresyon seviyesini artıran faktörler; yaşlı olmak, aile üyelerini ve arkadaşlarını kaybetmek ve fiziksel olarak yaralanmak olarak bulunmuştur. TSSB'yi artıran faktörler ise evini kaybetmek, yakın aile üyelerini ve arkadaşlarını kaybetmek ve fiziksel olarak yaralanmaktır. TSSB ve majör depresif bozukluk belirtileri arasında güçlü bir pozitif korelasyon tespit edilmiştir. TSSB kriterlerini karşılayanların %92'sinin majör depresif bozukluk kriterlerini de karşıladığı ve majör depresif bozukluk kriterlerini karşılayanların %32'sinin de TSSB kriterlerini karşıladığı görülmüştür.

Eray vd. (2017) deprem sonrası yer değiştirmenin ergenlerin ruh sağlığı üzerindeki uzun dönemli etkilerini incelemiştir. Deney ve kontrol grupları arasında TSSB puanları ve kısa semptom envanteri puanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bir aile üyesinin veya arkadaşının ölümüne veya yaralanmasına tanık olan deneklerin, diğerlerinden önemli ölçüde daha yüksek TSSB puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Yer değiştiren grup ile yer değiştirmeyen grup arasında TSSB ve kısa semptom envanteri skorları açısından anlamlı bit fark bulunamamıştır. Algılanan aile desteği TSSB puanlarının anlamlı yordayıcısı iken, algılanan arkadaş desteği ve algılanan öğretmen desteği anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmamıştır. Kısaca, aile desteğinin ergenlerin psikolojik sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olduğu bulunmuştur.

Tang vd. (2017) depreme maruz kalanlarda TSSB'nin öncüllerini meta-analiz yöntemini kullanarak belirlemeye çalışmıştır. Bu amaçla PubMed, Embase, Web of Science ve PsycInfo veritabanları üzerinde çalışılmış olunup çalışmaya 52 makale dahil edilmiştir. Deprem sonrası TSSB yaygınlığının yetişkin bireylerde %4.10 ile %67.07 arasında, çocuk bireylerde ise %2.50 ile %60.00 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Araştırma sonucunda yetişkin bireyler için anlamlı öncüller; kadın olmak, düşük eğitim düzeyi veya sosyo-ekonomik durum, önceki travma, felaket sırasında kapana kısılmak, korku, yaralanma veya yas yaşamak olarak bulunmuştur. Çocuklar için anlamlı yordayıcıların; ileri yaş, yüksek eğitim düzeyi, deprem sırasında kapana kısılmak,

korku, yaralanma veya yas yaşamak, yaralanmaya/ölüme tanık olmak olduğu görülmüştür.

Lee vd. (2017) Kore Afet Yardım Ekibi personelinden oluşan bir denek grubu üzerinde, iş ile ilgili stres konusunda derinlemesine görüşmeler yaparak iş stresi konusunda nitel bir araştırma yapmıştır. Araştırma sonuçları, deneklerin eğitimsiz ekip üyeleriyle çalışmalarının, iş bazında başarısız ve yöntemsiz işbirliğinin ve afetin yıkıcı deneyimlerinin denekler üzerinde stres oluşturduğu bulunmuştur. Bu faktörlerle birlikte daha az etkili de olsa da afet kontrol yönetim birimi ile çatışma, afet alanındaki çeşitli sorunlar ve diğer çevresel faktörler de deneklerde stres oluşturmuştur ve bu çalışmada, afet yardımı ekip üyelerinin psikolojik sağlıklarının, etkili tedavi ve gözetim programları vasıtasıyla iyileştirilmesi gerekliliğine dikkat çekilmiştir.

Salcioglu vd. (2018) çalışmalarında, Van depreminden (2011) sağ çıkan insanların bulundukları yerden ayrılmalarının onların psikolojik sağlıkları açısından önemini araştırmıştır. Elde edilen sonuçlar yerleşim yerlerinden ayrılan depremzedeler için; deprem olma ihtimali ve kendi yaşamı üzerinde kontrol duygusunun, TSSB'yi etkilediğini göstermiştir. Afet bölgesinde yerleşim yerinden ayrılmanın depresyonu etkilemediği görülmüş, depremzedelerin yakınlardan gördükleri duygusal anlamdaki destekten memnuniyetsizliklerinin depresyon ile anlamlı olarak orta düzeyde, TSSB ile ise yüksek düzeyde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Travmatik stres ve depresif belirtiler anlamında, korku ve kaçınma davranışlarını azaltan psikolojik sağlık bakımından gerçekleştirilecek müdahalelerin faydalı olacağı tavsiyesinde bulunulmuştur.

Lazaratou vd. (2018) 2014 yılında Kefalonya adasında gerçekleşen deprem sonrası etkilenen nüfusta uyku problemlerini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Uyku problemlerinin tespiti için gerçekleştirilen faaliyet, depremden bir ay önce ve altı ay sonra olmak üzere iki zaman diliminde gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan sosyo-demografik değişkenler ile uyku problemi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. TSSB, anksiyete ve depresyon ile uyku bozuklukları arasında pozitif yönlü ilişkili olduğu bulunmuştur.

Guo vd. (2018) makalelerinde, Wenchuan depreminden 9 yıl sonra yapılan kesitsel bir çalışmayla (1369 denek üzerinde) TSSB ve intihar eğilimi arasındaki ilişkide travma sonrası büyüme ve sosyal desteğin rolünü araştırmıştır. İntihar düşüncesi, intihar planları ve intihar girişimlerinin yaygınlığının sırasıyla %9.06, %2.97 ve %3.31olarak bulunmuştur. Ayrıca, elde edilen sonuçlara göre yüksek TSSB seviyesi ve daha düşük düzeyde sosyal destek bildiren deneklerin intihar eğilimi yüksek olduğu tespit edilmiştir ve TSSB olmayan ama yüksek travma sonrası büyüme varlığı bildiren

bireylerle karşılaştırıldığında, TSSB olan ve daha düşük travma sonrası büyüme seviyeleri ile yaşayanların intihar eğilimi bildirme olasılığı daha yüksektir.

Kane vd. (2018) makalelerinde, Nepal'de 2015 yılında meydana gelen iki büyük depremden sonra, depremden etkilenen üç bölgeden (Katmandu, Gorkha ve Sindhupalchowk) 16 katılımcıyı rastgele seçerek bunların üzerinde deprem sonrasında en sık görülen ruh sağlığı sorunlarını incelemeyi amaçlamıştır. Deneklerde en çok görülen psikolojik sıkıntılar depresyon (%34.3), anksiyete (%33.8), tehlikeli alkol kullanımı (%20.4) ve intihar düşüncesi (%10.9) olarak tespit edilmiştir. Yüksek düzey psikolojik sıkıntıların temel belirleyicileri ise kadın olmak, daha düşük kast ve daha fazla algılanan ihtiyaç sayısıdır. Deprem sonrası görülen yüksek düzeyde bozulmuş işlevselliğin, depresyon ve anksiyete durumunu artırırken TSSB'yi daha az etkilediği görülmüştür.

Boztaş vd. (2019) makalelerinde, bireylerde TSSB'yi ölçmeyi ve bunu belirleyen sosyodemografik, klinik ve travmayla ilişkili etmenleri bulmayı amaçlamıştır. Bu amaçla Van- Erciş depreminden 9 ay sonra 502 kişilik bir örneklem üzerinde araştırma yürütülmüştür ve araştırma sonucunda TSSB oranını %35.5 olarak bulunmuş olunup travmayla ilişkili risk faktörü olarak; kadın olmak, depresyonda olmak, aile üyelerini veya bir yakınını kaybetmek, ciddi sağlık ve barınma sorunları yaşamak, işsiz olmak, aile içi ciddi çatışmaların varlığı, ciddi finansal zorluk ve geçici yer değiştirme tespit edilmiştir.

Sweileh (2019) çalışmasında, doğal afetlerde sağlıkla ilgili literatürün genel anlamda bir değerlendirmesini amaçlamıştır. 1900-2017 yılları arasında yayınlanmış Scopus veri tabanında taranan çalışmalara bibliyometrik analiz metodu uygulamıştır. Araştırmalarına toplamda 9073 çalışmayı dahil etmiştir. Bu veri tabanında yıllık yayın sayısı 2004 yılından sonra hızlı bir artış göstermiştir ve anahtar kelimeler bağlamında en çok görülen ibareler şunlardır: depremler ve afet tıbbı, afet planlaması, tsunami, ruh sağlığı, afete hazırlık, TSSB. Yayınlayan yazarlara bakıldığında ise ilk sırada ABD'li yazarlar (%34.5) gelirken ikinci sırada ise Japon yazarlar gelmiştir (%7.7).

Liang vd. (2019) makalelerinde, 2008 Wenchuan depremi sonrasındaki 10 yıl boyunca, TSSB ile ilgili gerçekleştirilen araştırma verilerini incelemiştir. Bu amaçla 2008-2018 tarihleri arasındaki çalışmaları PubMed, Web of Science ve Çin Ulusal Bilgi Altyapısı veri tabanlarından taramışlardır. Uygun olan 58 ilgili çalışma seçilmiştir. Bu yayınlardan elde edilen bulgular, depremden sonra hayatta kalanlarda yüksek oranda TSSB olduğunu göstermiştir. Araştırma, TSSB semptomlarının, sosyodemografik

faktörler, travmaya maruz kalma özellikleri, afet sonrası bilişsel ve duygusal durumlar ve sosyal destek dahil olmak üzere bazı faktörler ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Sharma (2019) doktora tezinde, 2105 Nepal depremine maruz kalmış üniversiteye devam eden gençler (18-20 yaş arası 125 denek) arasında ruhsal bozukluklarla ilgili risk ve dayanıklılık faktörlerini incelemiştir. Araştırma sonucunda, depreme maruz kalma derecesindeki bir birimlik artış için deneklerin depresif belirtilere sahip olma olasılığı 1.26 kat ve TSSB semptomları gösterme olasılığı da 1.26 artmıştır. Çalışmanın sonuçları, depreme maruz kalma derecesi ile birlikte ebeveyn katılımı, karmaşık bir romantik ilişki içinde olma ve ayrımcılık gibi faktörlerin denekler arasında olumsuz psikolojik bozukluk sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir.

Ozturk vd. (2020) makalelerinde, deprem sırasında doğum öncesi maternal strese maruz kalan annelerin (407 kişi) ergen çocuklarının ruh sağlığı üzerindeki etkilerini incelemiştir. Afetle ilişkili prenatal maternal streslerin, ergen depresyonu, anksiyete ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu belirlediğini tespit emişlerdir.

Salawali vd. (2020) Palu'da meydana gelen deprem sonrası hayatta kalan 16 ergen üzerinde nitel bir çalışma vasıtasıyla travma sonrası büyümedeki değişimleri incelemiştir. Travma sonrası büyüme kavramı, travmatik olay geçiren birinin hayatı ve anlamını sorgulaması neticesinde hayatını daha iyi bir hale getirmesi ve daha olgun ve sorumlu bir kişiye dönüşmesi anlamına gelmektedir. Travma sonrası büyüme herkeste oluşmaz ve yardım gereklidir, bu bağlamda bilişsel terapi ve kabul kararlılık terapisi fayda sağlayacaktır.

Ma vd. (2020) 2016 yılında Tayvan'da meydana gelen depremden bir ay sonra acil tıp teknisyenleri arasında demografik bilgiler, saha deneyimleri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi içeren bir anket vasıtasıyla TSSB ve risk faktörlerini tespit etmeye çalışmıştır. Ankete katılanların %12.7'sinde kısmi TSSB ile karşılaşılmıştır. Anksiyete, mükemmeliyetçilik ve içe dönük kişilik özellikleri ile kısmi TSSB arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Acil sağlık hizmetlerinde görev yapıp depremde görev alan personelin TSSB görülme sıklığı diğer ana görevlerde yer alan personele göre daha yüksek bulunmuştur. Acil sağlık hizmetlerinde görev yapanların kendi içlerindeki TSSB görülme sıklığına bakıldığında ise daha düşük eğitim seviyesi, daha uzun kariyer, afete daha erken varış, deneyim olarak daha az saha çalışma saati faktörleri farklılığı göstermede anlamlı değildi. Sadece kişilik özelliklerinin değil, aynı zamanda görev bileşenlerinin de afetlerde TSSB risklerini değiştirebileceğini tespit etmişlerdir.

Gerstner vd. (2020) makalelerinde, Ekvador depreminden 9 ay sonra, depremle ilgili ruh sağlığı olayları ile çeşitli stres faktörleri arasındaki psikolojik etkiyi analiz etmiştir. Elde edilen sonuçlara göre intihar eğilimleri ve tutumları, TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluklarının yoğunluğu uluslararası diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Deneklerden sığınma evlerinde yaşayan ergenlerin kaygı düzeyleri daha yüksek olmasına rağmen, intihar eğilimleri kendilerinin veya akrabalarının evinde yaşayanlara göre anlamlı derecede düşüktü. Son olarak, depremle ilgili stres faktörleri, ailenin uğradığı ekonomik zarar dışında, intihar ve ruh sağlığı olaylarıyla ilişkili değildir.

Moore vd. (2020) makalelerinde, ruh sağlığı değerlendirme araçlarını incelemiştir. TSSB'nin felaketlerden ve çatışmalardan etkilenen mağdurların psikolojik durumlarının incelenmesinde en çok ele alınan sıkıntı olduğu görülmüştür ve TSSB'yi ölçmek için en çok kullanılan ölçek ise IES-R ölçeğidir. İkinci sırada ele alınan psikolojik sıkıntı ise depresyon ve kullanılan ölçek ise PHQ-9 ölçeğidir. Anksiyete ise en çok ele alınan üçüncü psikolojik sıkıntı olup kullanılan ölçek ise BAI ölçeğidir.

Stroebe vd. (2021) makalelerinde, 21 aylık bir süre boyunca, maruziyet olmayan bir kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, gaz ekstraksiyonuna maruz kalmanın (ve daha sonra konutun hasar görmesinin) sağlık üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamıştır. İndüklenen sismisitenin olumsuz yan etkilerine maruz kalmanın (örneğin, insanların evlerine verilen hasar) zaman içinde artan bir sağlık riski oluşturduğuna dair güçlü göstergeler sunmuşlardır. Konutta birden fazla hasar olduğunu bildirenlerin, hasar görmeyenlere göre daha olumsuz sağlık sonuçları yaşadığını tespit etmişlerdir. Üstelik bu etkilerin zamanla arttığı görülmüştür.

Harris (2021) doktora tezinde, bireysel dayanıklılık teorisi bağlamında deprem sonrası mağdur gençlerin yetişkinlikleri boyunca hayata bakış açılarında bir farklılık olup olmadığını incelemiştir. Harris, dayanıklılığı ölçmek için kullandığı Creole Haiti Dayanıklılık Ölçeğinin ortalamasını 40.9 olarak bulmuş ve bunun düşük bir seviye olduğunu ifade etmiştir. Kişisel Yeterlilik ve Özerklik maddeleri ise bu düşük oranın ana faktörleri olarak görülmüştür.

Mustač vd. (2021) çalışmalarında, afet sonrası mağdurların psikolojik durumlarını iyileştirmek için bugüne kadar kullanılan mobil uygulamalar ile ilgili literatürü gözden geçirmiş ve bunların avantaj ve dezavantajlarından bazılarını tanıtmıştır. Psikolojik durum iyileştirme programlarının hazırlanmasında uzman psikologlara danışılmadığını tespit edilmiştir ve mobil psikolojik durum iyileştirme uygulamalarının, psikolojik sorunların yaygınlığının tespitinde çok faydalı olabileceğini ifade edilmiştir. Ayrıca

araştırmacılar, bu uygulamalar yoluyla mesafe sorununun aşılabileceğini ve uzman psikologların çevrimiçi veya canlı iletişim yoluyla olaylara daha etkin bir şekilde müdahale edebileceğini savunmaktadır.

Cansel ve Ucuz (2022) makalelerinde, Malatya-Elazığ'da meydana gelen depremden etkilenen bölgede faaliyette bulunan yerel sağlık çalışanlarının (201 denek) erken travma durumlarını ve belirleyicilerini tespit etmeye çalışmıştır. Araştırmacılar, sonuç olarak, deneklerin %25.8'inde ağır travma düzeyi saptamıştır. Kadınlarda, evli olanlarda, çocuk sahibi olanlarda, depremi ilk kez yaşayanlarda ve depremde kendisinin ya da yakınının hayatını kaybetme kaygısı yaşayanların travma puanlarının daha yüksek, önceden bir deprem geçirmiş olanlarda ise TSSB puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Silwal vd. (2022) 2015 Nepal'deki depremden 18 ay ile 31 ay sonra 515 (11-17 yaş arası) ergenle gerçekleştirilen anket sonrasında TSSB ve depresif belirtilerdeki değişiklikleri ve ilişkili risk faktörlerini irdelemiştir. Depremden 18-31 ay sonra TSSB ve depresif belirtilerin yoğunluğunda iki farklı zamanda elde edilen veriler arasında anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Araştırılan iki ruhsal bozuklukla ilişkili risk faktörleri bağlamında ele edilen sonuçlar ise; afetten etkilenen bölgede yaşamak ve travmaya maruz kalmaktır. Ayrıca, depreme maruz kalan ergenlerin gecikmiş ve kronik semptomlar geliştirme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Medwed vd. (2022) 2020 yılında Hırvatistan'da meydana gelen deprem sonrası, şiddetli akıl hastalığı olan bir denek grubu üzerinde, psikolojik bakımın hızlı ve etkili bir yöntemle nasıl uygulanabileceğini göstermiştir. Araştırmacılar, toplum ruh sağlığı ekipleri açısından akıl hastalığı olan depremzedeler bağlamında psikolojik bakım sonuçlarını geliştirebilecek bir hizmet sunum modeli geliştirmişlerdir. Araştırmacılar, ekiplerin psikolojik sıkıntıları olan afetzedeleri hastaneye yatırmadan, onları kendi toplumlarında ve sosyal çevrelerinde iyileşme hedeflerine ulaşmalarını sağlayabilecekleri yöntemleri belirlemişler, böylece gereksiz hastane yoğunluğunu önlemişlerdir.

Narvaez (2022) yüksek lisans tez çalışmasında, TSSB semptomlarının sıklığını belirlemeyi ve yaşam alanından ayrılmış olma durumunun TSSB ile ilişkili faktörler üzerindeki etkisini irdelemiştir. Araştırma sonucunda deprem sonrası evinden ayrı düşmüş olmanın TSSB yaygınlığını etkilediği görülmüştür. Evinden ayrı kalmak faktörünün yanında TSSB yaygınlığını etkileyen diğer faktörler ise akıl hastalığı, gelirin kesintiye uğraması ve konutta yapısal hasar olarak tespit edilmiştir. Araştırma sonucu; katılımcılarda TSSB ile ilişkili en sık görülen faktörlerin deprem nedeniyle gergin,

sinirli, kolay irkilme veya saldırganlık olduğu, en az görülen faktörün ise deprem nedeniyle kendileri ve dünya hakkında olumsuz düşüncelere sahip olma olduğu tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak, kadın olmanın, afet öncesi psikolojik rahatsızlığı olmanın, fiziksel zarar görmenin, mali sıkıntıya düşmenin, konutta hasar oluşmasının TSSB oranını artırdığı görülmüştür.

Sadasivuni ve Zhang (2022) ‘‘Tweetleri Kullanarak Olayların Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkilerini Analiz Etme’’ başlıklı çalışmalarında, çeşitli olayların sosyal medya aracılığıyla ruh sağlığı üzerindeki etkilerini analiz etmeye çalışmıştır. Olayların ruh sağlığı üzerindeki etkisini değerlendirmek için, tweet'leri çıkarmak için eğrinin altındaki alan yöntemini kullanmıştır. Eğrinin altındaki alan yöntemi bir olaydan önce, sırasında ve sonrasında sayısal projeksiyon gerçekleştirmede kullanılır. 2019, 2020 ve 2021’de gerçekleşen üç olay sonrası (Sri Lanka Bomba patlamaları, Burevi Siklonu ve Tauktae Siklonu) 90.649 tweet toplanmış ve eğrinin altındaki alan yöntemini kullanarak olayların ilgili kişilerin ruh sağlığı üzerindeki etkileri hesaplanmış ve bu yöntemin faydasına ve gelecekteki uygulamalarına değinilmiştir.

Marshall (2022) ‘‘Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek ile İlgili Kurumlar Arası Daimi Komite (IASC) Kılavuzları: Bir Eleştiri’’ başlıklı makalesinde kılavuzlardaki psikopatoloji bağlamında kavramsal çerçevenin kültürler arası ele alındığında uygunluğunu incelemiştir. Araştırmacı, kılavuzların yazımında belirli bir psikoloji türünden ve bu psikoloji türünün kavramlarından ziyade, yerel uygulamalara danışılmasının ve psikososyal iyi oluş anlayışlarının inşasında diğer bölgesel, yerel yaklaşımlara da eşit düzeyde tavır alınmasının gereğini vurgulamıştır.

İlhan vd. (2023) çalışmalarında 2023 yılında gerçekleşen Türkiye depremleri sonrası depremzedeler arasında TSSB yaygınlığını belirlemeye ve ilişkili risk faktörlerini tespit etmeye çalışmıştır. Araştırma bir üniversite hastanesinin acil servisinde 6 Mayıs 2023-16 Mayıs 2023 tarihleri arasında yürütülmüş olup katılımcılara çevrimiçi bir anket gönderilmiştir. 2023 Türkiye depremlerinden kurtulanların TSSB yaygınlığı, hayatta kalanların yarısından fazlasıdır (%51.4) ve bu durum literatürde belirtilen değerin çok üzerindedir. Depremzedeler arasında genç yaş, kadın cinsiyet, aile reisi olma, yas, sevdiklerini kaybetme, düşük sosyal destek ve sahada acil bakım alma, TSSB ile ilişkili risk faktörleri olarak bulunmuştur. Araştırmacılar sonuç önerisi olarak, depremzedelere (özellikle risk faktörü taşıyanlara) sosyal ve psikolojik desteğin sağlanmasının gerekli bir faaliyet olduğunu belirtmiş ve TSSB'den kurtulmaya yönelik programların titizlikle planlanmasının mümkün olan en kısa sürede uygulanması gerekliliğinin önemini vurgulamıştır.

Tarıkulu vd. (2024), şizofreni hastaları ve sağlıklı bireyler arasında depreme bağlı TSSB için risk faktörlerini belirlemeye çalışmıştır. Araştırma sonucunda, TSSB gelişimi için şizofreni hastalarının ve sağlıklı bireylerin farklı risk faktörlerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarında TSSB ile ilgili faktörler olarak; dini başa çıkma, kendini suçlama, daha az duygusal destek arama ve deprem gecesi daha güvenli bir yere gitme durumları görülmüştür. Sağlıklı bireylerde ise TSSB ile ilişkili faktörler olarak; travmatik olay öyküsü, kendini suçlama ve aileden daha az sosyal destek alma bulunmuştur.

3.2. Afetlerde Psikososyal Destek

Yule (2006) Bam'da gerçekleşen deprem sonrası verilen psikososyal destek faaliyetlerini ve bunların etkinliklerini incelemiş ve bazı önerilerde bulunmuştur. Kısaca aşağıdaki bulguları elde etmiştir. Kanıta dayalı psikolojik ilk yardımı etkin bir şekilde yerine getirmek amacıyla bütün personel için tam kapsamlı bir eğitime ihtiyaç vardır. Ruh sağlığı faaliyetleri bir afet meydana geldikten çok sonrasında gerçekleştirilmektedir, gecikme geri alınması zor sonuçlara neden olabilir. Yapılan faaliyetlerin etkin ve verimli olabilmesi bütün faaliyetlerin kanıta dayalı olmasını gerektirir. Psikososyal destek faaliyetlerinin psikolojik yardım kısmı birkaç müdahaleyle sonlandırılmaktadır, bu faaliyetler de diğer faaliyetler gibi sürdürülebilir olmalıdır. Acil durum ve afetlerde birçok kişi ve kuruluş yardım teklif etmektedir ama bunların bu konuda yeterlilikleri mevcut değildir. Afet durumlarında ruh sağlığı faaliyetlerine en az fiziksel yardım faaliyetleri kadar önem verilmelidir. Psikososyal destek faaliyetlerinin kavramları netleştirilmeli ve ortak bir dil oluşturulmalıdır.

Rooze vd. (2008) psikososyal destek faaliyetlerinin sunum dizaynı ve etkinliği hakkında hala birçok kararsızlığın olduğunu ifade ederek, psikososyal ilk yardım, sivil katılım ve risk iletişimi konusunda uzmanlardan oluşan bir grubun ortak şekilde fikir birliğine vardığı temaları tespit etmiştir. Yazarlara göre akut psikososyal ilk yardım aşağıdakileri sağlamalıdır. Psikososyal bakım, afet planlama ve hazırlığının ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Psikososyal destek faaliyetleri, afet yardım programları konusunda tüm disiplinleri kapsayan geniş yapıda faaliyetleri kapsamalıdır. Psikososyal faaliyetler, afet durumunun oluşmasıyla birlikte vakit geçirilmeden gerçekleştirilmelidir. Psikososyal destek faaliyetleri için mevcut fakat anlaşmazlık olan standartlarda dahil olmak üzere gerekli bütün faaliyet standartları tespit edilmeli ve bunun için de eğitime yatırım yapılmalıdır. Psikososyal destek faaliyetlerinde, spesifik karakteristiklere (kültürel veya dini vb.) dikkat edilmeli ve saygı gösterilmelidir.

Wessells (2009) psikososyal destek faaliyetlerini gerçekleştirirken istemeden de olsa meydana gelebilecek zararlı yan etkileri bertaraf edebilmek ve eleştirel yaklaşımla daha iyi faaliyetleri sunabilmek için acil durumlarda zarar vermeme zorunluluğunun temel sorunlarını ve yaygın ihlallerini özetlemiştir. Öne çıkan konular arasında güvenlik ihlalleri, insani koordinasyon süreçlerinin ve çeşitli yardım uygulama yöntemlerinin insan doğası düşünülmeden ve onların hassasiyetlerine dikkat etmeden gerçekleştirilmesi, afet ortamının durumsal bağlamına ve halkın kültürel değerlerine uymayan bireysel yöntemlerin tercih edilmesi, faaliyetleri güçlendirme ve dayanıklılığı artırma faaliyetlerine zarar verebilecek konulardan ziyade, eksikliklere ve mağduriyete aşırı odaklanma durumu, afetzedelerin bağımsızlığını öncelemeyen süreçler, önlemeye gereken önemin verilmemesi, sürdürülemez, kısa vadeli yaklaşımların kullanılması ve afetzedelere ve afetin olduğu bölgenin değerlerine yabancı yaklaşımların dayatılmasıdır.

Walsh (2009) çalışmasında afet konusunda görev alacak gönüllülerin afet öncesi eğitiminin sadece klinik konularda değil, aynı zamanda iletişim ve ekip oluşturma konusunda da dikkate alınması gerekliliğini vurgulamıştır. İletişim ve yönetişim konularında verilecek eğitim sayesinde afetin oluşturacağı dolaylı stresin azalabileceği ifade etmiştir. Araştırmacı psikososyal destek faaliyetlerinin sadece afetzedelere değil dolaylı olarak ta olsa afetten etkilenen çalışanlara da uygulanması gerekliliğini tespit etmiştir. Afet çalışanlarının ruhsal durumlarını pozitif yönde etkileyen uygulamalar; bilgilendirme, ekip oluşturma ve afete hazırlık faaliyetleridir. Araştırmacı ayrıca, çalışanlara uygulanacak psikososyal desteğin sadece psikolojik ilk yardım veya tıbbi ilk yardımla sınırlı kalmaması gerekliliğini savunmaktadır.

Schininà vd. (2010) 2007'de Peru'da meydana gelen depremden sonra IASC Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Kılavuzlarının uygulanmasına ilişkin ilk kapsamlı vaka çalışmasını incelemiştir. Sonuç bulguları ise; afetler bağlamında kamu kurumlarını güçlendirmenin zorluğundan dolayı genelde sivil toplum kuruluşlarına yönleniş görülür ama bu durum acil durumlarda başarısızlığın temel nedenlerinden biridir. Kamu kurumları hem çalışan sayısı ve niteliği hem de kaynak açısından çok daha kuvvetli yapılardır. Acil durum ve afet olayları, çalışanları halk sağlığı hizmetleri konusunda eğitmek için bir şans olarak görülmelidir. Afet olayları için geliştirilen iletişim süreçlerini uygulamak çalışanlarca bir yük olarak görülmektedir ve süreçler atlanmakta bu durum da iletişim eksiklikleri ve yanlışlıklarına sebep olmaktadır. Otak bir rehberin olması faaliyetlerdeki boşlukları önleyecektir. Bundan dolayı rehber kılavuzların hükümet ve sivil toplum kuruluşları arasında her düzeyde bilinmeli ve uygulanması

sağlanmalıdır. Acil durumlarda toplum liderleri ve halkla çalışırken, yalnızca yönergeler tanıtılmamalı, aynı zamanda durum tespiti bağlamında düzenli toplantılar yapılmalıdır.

Budosan ve Bruno (2011) Haiti'deki son depremden elde edilen bulgular ışığında, afetler gerçekleşmeden önce var olan ruh sağlığı hizmetleri sistemindeki tüm eksikliklerin daha belirgin hale gelmesinin önüne geçebilecek bir yöntem olarak Cordaid sivil toplum kuruluşu tarafından geliştirilen stratejileri Haiti için önermiştir. Bu sistemde akıl sağlığı ve psikososyal ihtiyaçları erken dönem ele alma ilkesi gereğince, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının ruh sağlığı kapasitesini geliştirme amaçlanmıştır. Bunun, toplum ve sağlık sektörleri arasında bir sevk sisteminin kurulmasıyla sonuçlanacağını ifade etmiştir ve uygulama ilkeleri, bu stratejilerin Haiti için uygulanabilir olduğunu göstermiştir.

Gluckman ve FRS (2011) bir afetin her aşamasının önemli olduğunu, iyileştirme aşamasında da psikososyal destek faaliyetleri ile ilgili bazı sorunların oluşabileceğini ifade etmişler ve bu konulara değinmiştir. Afetler sonrasında gerçekleştirilecek faaliyetlerde bireysel ve toplumsal değer ve kültür farklılıklarına önem verilmesi gerekir. İyileşme aşaması için en önemli iyileştirici faktörler aşağıdaki gibidir. Öncelikle müdahale edenlerin ve diğer dolaylı çalışan herkesin afet durumunun üzücü sonuçları olduğunu ve afetten etkilenenler için bu durumların kolay olmadığını bilmeleri ve empatik davranmaları gerekir. Afet sonrası iyileştirme sürecinde yerel yönetimlerin yönetişim düzenlemeleri önemli bir rol oynayacaktır ve yerel yönetimlerle faaliyetler eşgüdümlü yürütülmelidir. Afet sonrası afetzedelerin eski durumlarına erkenden dönme arzularıyla afet planlamacıların yönetim şekli ve faaliyet öncelikleri uyumlaştırılmalı ve afetzedelere karşı bilgi vermede şeffaf olunmalı, afet iyileştirmeyle ilgili planların yapılması ve bunların uygulanmasında halkın katılımı da sağlanmalıdır. İyileştirme sürecinde faaliyetler için zaman çizelgesi oluşturulmalıdır. Kısacası bütün süreçlerde olduğu gibi iyileştirme sürecinde de psikososyal destek faaliyetlerinin planlamasında ve uygulanmasında geniş tabanlı ve sürdürülebilir bir yöntem izlenmelidir.

Shah (2012) farklı kıtalarda ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerini gerçekleştiren afet bölgesine yabancı çalışanların yaptıkları kültürel hatalara ve/veya zararlara ilişkin vaka örneklerini incelemiştir. Araştırmacı, bu tür meydana gelen hataları engellemek amacıyla etik kültürel uyum standartlarının oluşturulması ve afet planlama sürecine dahil edilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Ayrıca aşağıdaki tespitlerde bulunmuştur. Ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinde temel ilkeler özerklik ve yararlılık olmalıdır. Bilgilendirilmiş onam formu afetzedelere sunulmalıdır.

Etik kültürel uyumun yöntemi olarak, özerklik ve yararın eşzamanlı bir uygulaması olarak sunulan desteğin reddedilebileceği ile ilgili bilgi verilmelidir ki ruh sağlığı ve psikososyal desteğin ve/veya sosyal hizmetlerin sunulması sürecinde kültürel olarak hatalı ve/veya zararlı uygulamalar zorla gerçekleşmesin. Bir disiplin olarak psikososyal hizmet, savunmasızları koruma, hizmet alanların isteklerine ve değerlerine öncelik verme, olumlu adaptasyonu teşvik etme ve simetrik işbirliklerine girme ahlakına sahip olmalıdır.

Witteveen vd. (2012) çalışmalarında, 2008 yılında Avrupa'daki otuz üç farklı ülkeden acil durum ve afet olaylarında psikososyal faaliyetlerde bulunan iki yüz seksen altı kuruluş temsilcisi tarafından doldurulan bir anketin sonuçlarını rapor etmiştir. Araştırma bulguları, psikososyal destek hizmetlerinin planlanması ve uygulamasının Avrupa genelinde aynı şekilde ele alınmadığını göstermiştir.

Reifels vd. (2013) çalışmalarında Avrupa Travmatik Stres Çalışmaları Derneği'nin 2013 yılındaki toplantısında, beş ülkede meydana gelen toplam altı felaket hakkında uzmanların ortak görüşlerine yer vermiştir. Bu toplantı sonucu ortak kanaatler şunlardır: psikososyal hizmetler belirli afet türlerine göre göre uyarlanmalı, çok boyutlu psikososyal bakım hizmetleri gerçekleştirilmeli, risk altındaki nüfus grupları hedef alınmalı, bakıma erişimdeki engeller proaktif olarak değerlendirilmeli, dayanıklılık bağlamında sosyal boyutlar ve kaynaklar tespit edilmeli ve ruh sağlığı profesyonellerinin rolleri sınırlarıyla birlikte tanımlanmalı ve genişletilmelidir.

Cox ve Danford (2014) bir afetin etkili bir şekilde yönetilebilmesi için psikososyal müdahale ekiplerinin sahip olması gereken yeterlilikleri belirtmiştir. Bunun için öncelikle afet yönetim sisteminin kapasitesi, kaynakları ve bu sistemdeki bütün paydaşların görev, yetki ve sorumluluklarının tespiti gereklidir. Bu çalışmada yukarıdaki tespitler yapıldıktan sonra 13 yetkinlik alanı belirlenmiştir. Belirlenen her yetkinlik alanı, bazı yetkinlikleri tanımlar ve her bir yetkinlik için davranışsal göstergeler ve ilgili olduğunda ilgili eğitim beklentileri önerilir. Bu alanlar genel olarak genel yetkinlik alanları; afet psikososyal müdahale yetkinlik alanları ve afet psikososyal program liderliği ve koordinasyon yetkinlik alanları şeklinde üç farklı kategori veya yetkinlik türü altında düzenlenmiştir.

Saint (2015) çalışmasında, Haiti'deki Yerlilerin deneyimlerini inceleyerek deprem sonrası psikososyal sorunları Haiti bağlamında niteliksel olarak ele almıştır. Araştırmanın sonucunda dokuz tema ve 27 alt tema bulunmuştur. Elde edilen bulgular, deneklerin deneyimlerinin hem olumsuz hem de olumlu olduğunu göstermiştir. Deneklerin olumsuz deneyimlerden bazıları panik, endişe ve korku gibi sürekli travma

belirtileriydi. Olumlu deneyimlerden bazıları birlik, liderlik gelişimi, travma sonrası büyüme ve profesyonel ruh sağlığı için yeni tekniklerdi. Araştırma sonucu öneriler kısmında, acil durum çalışanlarının karar verme ve uygulama sürecine yerlileri dahil etmeleri gerekliliği belirtilmiştir. Bu dahil etme faaliyetinin asıl amacı sadece kültürel yeterlilik için değil, acil durum çalışanlarının afet bölgesinden ayrılmasının ardından psikososyal faaliyet çalışmalarının sürdürülebilir olması içindir.

Dückers ve Thormar (2015) acil durum ve afet olayları sonrasında gerçekleştirilen psikososyal destek faaliyetlerine ruh sağlığı hizmetlerinin geleneksel bakış açısından değil, kalite iyileştirme perspektifinden bakmıştır. Literatürde en çok bilinen kalite modellerini dayanak alarak, psikososyal faaliyet uygulamalarının kalitesini yükseltebilecek bir çerçeve çizmiştir. Farklı modellerden Donebedian modelini ele almıştır. Bu modele göre bir psikososyal programın kalitesini anlamak için, afet programının yapısını, sürecini ve sonucunu oluşturan kalite unsurlarının bilinmesi gereklidir. Ayrıca yüksek kalite için, sorumlu davranışlar gösterme, israf ve zarardan kaçınma ve esnekliğe gerektiği kadar önem vermek zorunludur. Son olarak, kalite eşiği seviyesi özenle korunmalıdır.

Suzuki vd. (2015) çalışmalarında, Büyük Doğu Japonya Depremi'nden sonra hizmet veren ruh sağlığı çalışanları arasında ruh sağlığı hizmetleri ve psikososyal destek hakkında görüş toplamayı amaçlamıştır. Elde edilen veriler ışığında ilk çıkan sonuç, psikososyal desteğin tanımı konusunda olmuş, kavramsal tanımdaki 'refah' teriminin tam olarak belirgin olmadığı belirlenmiştir. Fakat çalışanlar arasında 'esenlik' terimi için bir kafa karışıklığı bulunmamıştır. Psikososyal iyilik hali kavramı ise kendini gerçekleştirme, çalışma ve topluma katkı anlamlarını da içerecek şekilde ama sadece bunlarla sınırlı olmayacak biçimde anlaşılmaktadır. Psikososyal iyilik halini elde etmek için psikolojik yaklaşım gereklidir, ancak psikososyal iyilik hali sadece psikologlar tarafından gerçekleştirilmez. Psikolojik iyi oluşa ulaşmak için bütüncül bir yaklaşım gereklidir. Fakat psikososyal iyi oluş kavramının tanımındaki psikoloji kelimesi, kafa karışıklığına neden olabilmektedir.

Fernandez vd. (2016) 5 Eylül 2012'de Nicoya Yarımadasında meydana gelen depremden sonra Kosta Rika Üniversitesi'nin Afetlerde Psikososyal Destek Biriminin, bölge sakinlerine psikososyal destek vermek için gerçekleştirdikleri faaliyetleri anlatmıştır. Bu birimin afetteki müdahale amacı, halkın korkusunu gidermek veya azaltmak ve yalan yanlış söylentileri düzeltmek ve deprem sonucu oluşan olumsuz duyguların yönetimine katkıda bulunmaktır. Çalışmada deprem ve tsunami ile ilgili bilgi verici teknik sunumlara, bireysel destek eğitimleri ve çocuklarla atölye

çalışmalarına yer verilmiştir. Bu üniversitenin faaliyetleri sonucu katılımcıların, depremin meydana gelmesi, tsunami oluşması, dev toprak kaymaları ve bir sualtı yanardağının ortaya çıkması gibi bazı korkulara sahip oldukları tespit edilmiştir.

Sherchan vd. (2017) 2015'te Nepal'de meydana gelen depremden sonra gerçekleştirilen ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri sağlamaya yönelik çabaları değerlendirmişler ve önerilerde bulunmuştur. Araştırma sonucunda sağlık kurumlarının afete müdahalesinde yaralanmalara bakma öncelikli olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin sürdürülmesini ve salgınların oluşmamasının sağlanması gibi alanlarda etkin hizmet verdikleri tespit edilmiş fakat sürdürülebilir bir ruh sağlığı politikasının olmadığı ve sağlık bakanlığında bu faaliyetler için ayrı bir birimin kurulmadığı görülmüştür. Bu birimin oluşturulması gerekliliği belirtilirken, birimin görevleri arasında ise ulusal ruh sağlığı politikasının gözden geçirilmesi, uygulamaların gerçekleştirilmesi ve koordinasyonu, acil durum planının ruh sağlığı ve psikososyal destek bileşenlerinin tespiti ve iyileştirilmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu bulunmaktadır. Bu özel birim yukarıda belirtilen görevlerin yanında toplum temelli kuruluşların ve uluslararası ve ulusal sivil toplum kuruluşlarının ruh sağlığı ve psikososyal destek ile ilgili çalışmalarını koordine etme görevi vardır.

Eyre (2017) afet sonrası üç psikososyal destek programının gözden geçirilmesi vasıtasıyla gelecekteki uygulamalar için bazı çıkarımlarda ve önerilerde bulunmuştur. Afet sonrası yakınlarının can kaybına maruz kalan afetzedelerden elde edilen bulgular onların aktif olarak dinlenmeye ihtiyaçları olduğunu göstermiştir. Bu programlar arası incelemeden elde edilen diğer önemli mesajlar; psikososyal yardım faaliyetleri proaktif olmalı, sıkıntılar baş göstermeden önce onları tespit edebilmelidir, şeklindedir. Faaliyetlerin etkin yürütülebilmesi için iletişim ve koordinasyona dikkat edilmeli ve bütün paydaşlar bu sürecin içinde olmalıdır. Faaliyetler için sonuçlar bağlamında doğru bilgi sağlanmalı, çalışan yetkinliği ve faaliyet kalite kriterleri belirlenmeli ve uygulanmalıdır. Kanıta dayalı ilkelere ağırlık verilmelidir. Hizmet alanların memnuniyeti öncelikli olmalıdır.

Hechanova ve Waelde (2017) ruh sağlığı ve psikososyal destek müdahalelerinin tasarımını ve yürütülmesini etkileyebilecek bazı kültürel faktörleri açıklamaya çalışmışlar ve aşağıdaki tespitlerde bulunmuştur. Acil durum ve afet olaylarına müdahalelerde standartlaştırılmış müdahalelerin olması olumlu bir gelişme olsa da bu müdahalelerin belli bir oranda bağlamsal ve kültürel olarak farklılaştırılması gereklidir ve bu faydalı olacaktır. Yerel ve kültürel öğelerin adaptasyonunda sadece bu

faaliyetlerin finansmanında değil aynı zamanda müdahalelerin geliştirilmesinin veya uyarlanmasının tasarım ve değerlendirmesinde de değişiklikler gerekecektir. Bu amaçla müdahalelere yerel ruh sağlığı profesyonellerini de dahil etmek ve onların kendi topluluklarında müdahaleleri tasarlama ve değerlendirme yeteneklerine değer vermek ve desteklemek gerekir.

Dückers vd. (2017) krizin psikososyal boyutunun kriz yönetimi literatüründe çok az ilgi gördüğünden yola çıkarak, psikososyal ilkeleri stratejik kriz yönetimi modeliyle bütünleştirmeye çalışmıştır. Araştırmacıların ileri sürdüğü psikososyal kriz yönetimi modeli, farklı düzeylerdeki kamu liderlerinin, kriz yaşam döngüsü ilerledikçe psikososyal dinamikleri ve engelleriyle ilgili faktörleri algılamalarına yardımcı olacaktır. Kriz yönetimi prosedürleri ve metotları ve psikososyal destek ilkelerinin entegre edilmesi sayesinde müdahale ve iyileşme aşamalarında oluşabilecek sorunların azaltılması mümkün olabilecektir.

Salcioglu vd. (2018) Türkiye'de 2011 yılında gerçekleşen Van depreminden sonra afetzedelerin yer değiştirmelerinin psikolojik etkilerini incelemiştir ve bu çalışma, deprem korkusu ile birlikte afetle ilgili mülk veya mali kayıpların afetzedelerin afet alanından ayrılmaya motive eden birincil faktörler olduğunu göstermiştir. Araştırmacılar, bir afetten sonra duygusal ve finansal destek eksikliğinin ruh sağlığı sonuçları üzerinde sınırlı bir etkisinin olduğunu ama gelecekteki deprem beklentisi ve kişinin hayatı üzerindeki kontrol duygusunun travmatik stres ve depresif tepkileri üzerinde uzun dönemli etkileri olduğunu tespit etmiştir.

Thordardottir vd. (2018) çalışmalarında, İzlanda'da meydana gelen üç doğal afetin sonrasında gerçekleştirilen psikososyal destek hizmetlerinin uygulanma, kullanım ve algılanmasını değerlendirmeyi ve bu hizmetler ile TSSB semptomları arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamıştır. Psikososyal destek kullanımı afetlerin zamanlamasıyla birlikte yükselmektedir ve verilen psikososyal destek hizmetlerinden memnuniyet düzeyi de artmaktadır. Bu iki durum İzlanda'da psikososyal destek hizmetlerinin zamanla iyileştiği ve geliştiğini göstermektedir. Bununla birlikte sunulan psikososyal destek hizmetleriyle TSSB arasında negatif bir ilişki bulunmuştur.

Diaz (2018a) Porto Riko'daki Maria Kasırgası'nın sonrasında gerçekleştirilen psikososyal destek faaliyetlerine değinerek toplum temelli psikososyal destek önerisinde bulunmuştur. Porto Riko'da toplum temelli bir psikososyal destek programının çalışabilmesi ve sürdürülebilir etkinlikte olması için öncelikle bu kavramın ve unsurlarının Ulusal Müdahale Planı'na dahil edilmesi gerekliliğini ifade etmiştir. Toplum temelli bir yapı için kapasite geliştirme ve iyileştirme faaliyetlerinde

bulunulması, üç aylık tatbikatların gerçekleştirilmesi ve tüm paydaşların ve kaynakların belirlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Kamu kurumlarından birinin ruh sağlığı ve psikososyal destek müdahalelerine liderlik etmek üzere seçilmesi gerekir. Tüm devlet kurumları arasında işbirliği, ruh sağlığı ve psikososyal destek için açık bir emir komuta zinciri ve sorumluluk yapısı oluşturulmalıdır. Acil durum ve afet olaylarında bütün görev alacak personeli kapsayan kılavuzlar oluşturulmalı veya var olanlar entegre edilmelidir.

Jacobs vd. (2019) farklı afet bölgelerinde psikososyal desteğin organizasyonunu değerlendirmeyi ve belirleyicilerini tespit etmeyi amaçlamıştır. Araştırmacılar, afet sonrası yetersiz psikososyal desteğin gözle görülebilir etkilerine rağmen, psikososyal desteğin organizasyonuna hem akademik ve hem de pratik olarak fazla alaka gösterilmediğini tespit etmiştir.

Seto vd. (2019) birçok kuruluşun Büyük Doğu Japonya Depreminden sonra çok farklı afet sonrası ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri hizmetleri sunduğunu, farklı kuruluşların farklı yetkilere sahip olduğunu ve potansiyel olarak farklı ihtiyaçlara uygun çeşitli ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin mevcut olduğunu tespit etmiştir. Ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetlerinin verilmesiyle alakalı sorunların çoğunun, hali hazırda var olan hizmet kılavuzlarında ve yayınlarda önerildiğini belirtmiştir. Bundan dolayı geçmiş deneyimlerden yararlanmak ve mevcut uzmanlığı uygulamak için mevcut materyaller hakkında farkındalığın ve eğitimin artırılmasına ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir.

Puente vd. (2019) bir felakete maruz kalan nüfusun ruh sağlığı ile ilgili olarak haberlerin rolünü gözden geçirmiş ve psikososyal desteğin beş temel unsurunu (güvenlik, sakinleşme, öz ve kolektif etkinlik, bağlılık ve umut duygusunu teşvik etmek) temel olarak ele almıştır. 27 Şubat 2010'da Şili'de meydana gelen depremden sonraki 72 saat içinde ana ağlar tarafından yayınlanan hikayelere (n = 1.169) uygulanan bir yöntemle araştırmalarını gerçekleştirmiş ve incelenen beş unsur arasında, güvenlik duygusunu teşvik etmek en sık kullanılan tema olduğu (%82.72), diğerlerinin ise çok az görülmüştür.

Sijbrandij vd. (2020) yaptıkları araştırmada psikolojik ilk yardım eğitiminin, afete maruz kalmış kişilere destek vermede uygun psikososyal tepkilerin verilmesini ve becerilerin elde edinilmesini kolaylaştırdığını tespit etmiştir.

Gibbs vd. (2021) çocuklar ve ergenler için gerçekleştirilen psikososyal destek faaliyetlerinin kanıt tabanlı olmasının sunulan hizmetin şeffaflığı ve yararının tespiti açısından gerekli olduğunu ifade etmiştir. Yaptıkları incelemelerde gerçekleştirilen

psikososyal destek faaliyetlerinde kanıta dayalı olanlarda en yaygın odak noktasının, çocuklar ve ergenler açısından sakinlik ve güvenlik duygusunun teşvik edilmesi olduğunu ifade etmiştir.

Kunii vd. (2022) Japonya'daki her felaketten sonra ruh sağlığı faaliyetleri alanının devamlı katlayarak geliştiğini ama ruh sağlığı çalışanlarının sayısının belli olduğundan yola çıkarak bu gelişmenin devam etmesi için, bilimsel kanıtlara dayalı değerlendirme yöntemlerinin oluşturulması gerekliliğini ifade etmiştir. Bunun için de ruh sağlığı faaliyetleri planlamasının yalnızca yerel yönetimler tarafından değil, ruh sağlığı çalışanları, kamu, üniversite, sanayi ve diğer toplum temsilcileri de dahil olmak üzere tüm bölgesel paydaşların önerileriyle gerçekleştirilmesi zorunluluğuna değinilmiştir.

Bhadra (2022) çalışmasında, koruma ve esenliği gerçekleştirmek için çok önemli olan psikososyal desteğin farklı boyutlarının irdelemiştir. Psikososyal destek faaliyetlerinin proaktif bir şekilde düşünülmesi gerekliliğini ifade ederken bunun için güvenlik kültürü geliştirmenin, çocukları yaşam becerileriyle güçlendirmenin, dayanıklılık oluşturmanın, sürdürülebilir kalkınma konusunda eğitim vermenin önemini vurgulamıştır. İyileşmeyi kolaylaştırmada ve çocukları ve ergenleri afetler ve acil durumlarla başa çıkmaları için güçlendirmede psikososyal desteğin önemini vurgulamış çeşitli psikososyal rehabilitasyon projelerine atıfta bulunmuştur.

Zahos vd. (2022) acil durum ve afet ortamlarında çalışan sağlık personeline sağlanan destek ve psikososyal sorunlara ilişkin literatürü gözden geçirmiştir. Sonuç olarak, psikososyal destek faaliyetini gerçekleştiren personelin güvenliğinin sağlanması için kurumsal ve bireysel düzeyde stratejiler oluşturulmasının, bu ekiplerin performansını optimize etmek için onların her bakımdan desteklenmesi gerekliliğinin önemini tespit etmiştir. Bu ekiplerin karşılaştıkları en önemli sıkıntılar önceden var olan veya faaliyet esnasında olgunlaşabilecek stres, kaygı ve TSSB'dir. Acil durum ve afetlerde görev alan çalışanların yaşadığı psikososyal sorunları desteklemek için bazı önlemler vardır, ancak bunlar, hazırlık ve müdahale aşamalarıyla sınırlıdır. Olması gereken ise faaliyetlerin tüm aşamalarında çalışanların psikososyal destek ihtiyaçlarını karşılamak ve onları gözlemlemektir.

Dewi vd. (2023) Cianjur depreminden sonra çalışanlar üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmalarında, deneklerin çoğunluğunun bu afete görevlendirilmeden önce hiçbir stres yönetimi eğitimi almadıklarını tespit etmişlerdir. Ayrıca bu eğitim almayan çalışanların, daha yüksek düzeyde stres ve tükenmişlik durumu gösterdikleri ve daha düşük düzeyde şefkat memnuniyeti sergiledikleri tespit edilmiştir. Stres yönetimi bağlamında, bu eğitimi alanlar ile almayanlar karşılaştırıldıklarında algılanan stres,

depresyon ve tükenmişlik açısından anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bu araştırmada, afet çalışanlarının afetlerle başa çıkmada arkadaş ve akran desteğinin yanı sıra aile desteğinin de önemli olduğu görülmüştür. Bu araştırma aynı zamanda afet aktivizmini desteklemede işbirlikçi liderlik paradigmasının önemini de ortaya koymuştur.

Wilson (2023) ruh sağlığı ve psikososyal faaliyetlerin afet ve acil durumlara entegre edilmesinde gerçekleşen tartışmaların altında yatan ontolojik ve epistemolojik etkenlere metodolojik olarak yaklaşılmadığını, dolayısıyla hala bu entegrasyonun tam olarak sağlanamadığını ifade etmiştir. Bu araştırmada yazar, acil durum ve afet ortamlarındaki bu entegrasyonun üç temel alanda gerçekleştiğini belirlemiştir. Bunlar; acil durumlarda tıbbileştirilmiş ruh sağlığı hizmetlerinin rolü ve sınıflandırma sistemleri. Ruh sağlığı ve psikososyal faaliyetlerin tanımı, sorumluluklar ve uygulama farklılıkları. Afet alanındaki iletişimsizlik ve bürokratik iç çekişmeler. Bu sorunların önüne geçecek yöntem ise ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin kanıta dayalı şekilde yerine getirilmesidir.

3.3. Afetlerde Ruh Sağılığı ve Psikososyal Destek

Acharya vd. (2006) Nepal'de afete hazırlık bağlamında ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri açısından yapılması gerekenleri ele almıştır. Araştırmacılar; Nepal, zayıf bir sağlık sistemine ve yüksek afet riskine sahip gelişmekte olan bir ülkedir. Ruh sağlığı ve psikososyal destek, halk sağlığı programında bir öncelik olarak görülmemektedir. Acil durum planlarında ruh sağlığı için sınırlı endişeleri olan bir yapı hakimdir. Ruh sağlığı ve psikososyal desteğin genel sağlık sistemiyle birlikte acil durum ve afet planlarına entegre edilmesine ihtiyaç vardır gibi eleştiriler ve öneriler getirmiştir. Psikososyal destek programı aşağıdaki şekilde yapılandırılmalıdır: Devlet düzeyinde koordinasyon mekanizması kurulmalıdır. Tüm paydaşların toplantısı ulusal düzeyde yapılmalıdır. Stratejiler oluşturulmalıdır. Duygusal coğrafi alanda hizmet sağlayıcının haritalandırılması yapılmalıdır.

İbrahim ve Hameed (2006) makalelerinde, tsunami sonrası Maldivler'de ruh sağlığı ve psikososyal destek yapılanmasını incelemiş ve öneriler getirmiştir. Getirdikleri önerilerden bazıları; Ulusal bir afet hazırlık planı hazırlanmalıdır. Bir afetin ruh sağlığı ve psikososyal destek yönleri plana dahil edilmelidir. Sağlık Bakanlığı, gelecekteki herhangi bir felakette ruh sağlığı ve psikososyal destek yönleri desteği için lider Bakanlık olarak belirlenmelidir. Ruh sağlığı ve psikososyal destek yönleri ile ilgilenen tüm paydaşlar belirlenmelidir. Bir acil durum ve afette, ruh sağlığı ve psikososyal destek bağlamında gerçekleştirilecek projeler için oluşturulacak

Bakanlıktan izin alınmalıdır. Uluslararası kuruluşların ve sivil toplum örgütlerinin insani olaylarda gerçekleştirecekleri faaliyetler önceden belirlenmelidir. İnsani olaylarda psikososyal destek ve ruh sağlığı paydaşları için kurallar düzenlenmelidir. Afete hazırlık planının ruh sağlığı ve psikososyal destek yönleri bileşeninin hayata geçirilmesi için tüm paydaşların eğitim çalıştayları ve periyodik tatbikatları yapılmalıdır. İletişim araç ve gereçleri daimi olarak geliştirilmelidir, şeklindedir.

Rao (2006) makalesinde, Hindistan'da meydana gelen çeşitli doğal ve insan kaynaklı felaketlerde ruh sağlığı ve psikososyal destek bakımından öğrenilen bazı derslere genel bir bakış sunmuştur. Araştırmacı afet ve acil durum olaylarından sonra gerçekleştirilen kurtarma ve yardım müdahalelerinde önemli ilerlemelerin oluştuğunu belirtmiş ama bu olaylardan sonra yapılması gerekli olan rehabilitasyon ve yeniden inşa aşamalarında hala yapılması gereken birçok adımın olduğunu ifade etmiştir. Acil olay ve afetlerin önlemesi, gerçekleşmesi halinde de etkilerinin hafifletilmesinde, gerçekleştirilecek yerel faaliyetlerle birlikte küresel bir bakış açısına ihtiyaç gerektiğini ifade etmiştir. Acil yardım ve afetler bağlamında etkili ve verimli bir planlama ve potansiyel çalışanları eğitme yoluyla kapasite geliştirmenin önemli bir adım olduğunu ve yapılacak faaliyetlerde paydaşların yerel, kültürel ve sosyal ihtiyaçlarına önem verilmesi gerekliliğine dikkat çekmiştir.

Udomratn (2008) çalışmasında, Asya kıtasında afet durumlarında ruhsal bozukluklar ve psikososyal müdahalelere genel bir bakış sunmuştur. Afetlerle bağlantılı ruhsal bozukluklarla bağlamında, TSSB ve depresif bozukluğun, Asyalı olan bireylerde en az batıdaki bireylerde olduğu seviyede çok görüldüğünü belirtmiştir. Asya'da oluşan afetlerden sonra gerçekleştirilen araştırmalara genel bir bakış yapıldığında TSSB'nin yaygınlık oranının %8.6 ile %57.3 arasında değiştiği görülmüştür. Afetlerden sonra gerçekleştirilecek psikososyal destek alanında daha fazla çalışmaya ihtiyacın olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte psikolojik ilk yardım anlamında bilişsel davranışçı terapinin Asyalı afetzedeler üzerinde etkili olduğunun görüldüğünü, ancak kültürel ve yerel hassasiyetler için uyarlanması gerektiğini belirtmiştir.

Sundram vd. (2008) çalışmalarında, yıkıcı etkisi büyük olan doğal afet olaylarına maruz kalan dokuz Asya ülkesinin afet sonrası gerçekleştirdikleri psikososyal müdahale faaliyetlerini ruh sağlığı etkilerini de içerecek şekilde özetlemiştir. TSSB ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklar için temel psikiyatrik ve psikolojik değerlendirme ve müdahale bağlamında tıp ve sağlık çalışanlarına uygun şekil ve içerikte eğitim verilmesi gerekliliğini öne çıkarmıştır. Afet sonrası yer değiştirme ve psikiyatrik morbidite için risk faktörlerini en aza indirilmesi gerekliliğini ifade ederken başta çocuklar olmak

üzere savunmasız gruplara özel bir vurgu yapmıştır. Afet sonrası için yapılması gerekli olan psikososyal destek için zorunlu bir eğitimin sadece ilgili çalışanlara değil tüm topluma verilmesi gerekliliğini ifade etmiştir. Bununla birlikte araştırmacılar, psikososyal afet müdahalesinin bazı genel ilkelerini araştırılan çalışmalardan çıkarmıştır.

Allden vd. (2009) 2009 Harvard İnsani Eylem Zirvesi'nin bir parçası olarak toplanan Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Çalışma Grubunun sonuç bildirgesini sunmuştur. Sonuç bildirgesinde acil durum ve afet olaylarında gerçekleştirilen ruh sağlığı ve psikososyal araştırma ve programlamadaki etik konulara daha fazla odaklanılması gerekliliğini ifade etmiştir. Acil durum ve afet olaylarında sunulan ruh sağlığı ve psikososyal faaliyetlerin sonuçlarının araştırılıp değerlendirilmemesinin etik açıdan sıkıntılı olduğu vurgulanmış ve mutlaka gerçekleştirilen faaliyetlerin izlenmesi ve denetlenmesi gerektiği fikir birliğine varılmıştır. Araştırmanın amacı ve faydaları, geçerlilik, tarafsızlık, risk, denek seçimi ve katılımı, gizlilik, rıza ve sonuçların duyurulması gibi temalara daha fazla dikkat edilmesi istenilmiştir.

Aslinejhad vd. (2010) makalelerinde, 115 deprem mağduru denek üzerinde (15 yaş üstü) ön-sontest (iki ay ara süresi) ile psikososyal desteklerin, depremzedelerin akıl sağlığı üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlamıştır. Bu bağlamda gerçekleştirilen araştırmada TSSB puanları verilen psikososyal destek sonrasında önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Araştırmacılar, TSSB düzeyinin depremzedeler arasında yüksek seviyede olmasından dolayı afetlerden sonra psikososyal destek faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinin önemli olduğuna değinmiş ve bu faaliyetlerin uzun vadeli olması gerektiği ve düzenli olarak izlenmesi zorunluluğuna dikkat çekmiştir. Ayrıca araştırmacılar, verilen psikososyal destek sayesinde, afetzedelerin karşılaşacakları yeni zor koşullarla mücadele etme güçlerinin artırılabileceğini ve akıl sağlıklarını kendi kendilerine iyileştirme yeteneklerinin yükseltilebileceğini ifade etmiştir.

Ke vd. (2010) çalışmalarında, afetzedeler için sağlanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Afetzedelerin yaşam kalitesi afet bölgesinin dışındaki genel nüfusla karşılaştırılmıştır. Gerçekleştirilen araştırma sonucunda afetzede deneklerin skorlarında yaşam kalitesi anlamında genel nüfusla karşılaştırıldığında ortalama %8.19 ila %62.36 bir azalma görülmüştür. Daha yüksek düzeyde sosyal destek görenlerin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu, alınan gerçek sosyal destek ile algılanan sosyal destek arasında bir tutarsızlık olduğu ve bu tutarsızlığın büyüklüğünün algılanan genel sağlıkla ters orantılı ve ruh sağlığı ile pozitif ilişkili olduğunu görülmüştür.

Jordan (2010) makalesinde, Haiti'nin kendi oluşturduğu üç yıllık Acil Psiko-Tıbbi Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek programını eleştirel bir yaklaşımla incelemiştir. Haiti'de afetlerden sonra hayatta kalan 200 Haitili deneği değerlendirdikten sonra Haiti için oluşturulan psikososyal destek kılavuzunun gelişim aşamalarını belirterek, gerçekle varsayılan arasındaki uyumu değerlendirmiştir.

Patel vd. (2011) acil durum ve afet ortamlarında psikososyal destek faaliyetlerinin uzun vadeli sürdürülebilirliğini teşvik eden veya engelleyen faktörleri belirlemek için gerçekleştirilen bir konferansın özetini sunmuştur. Afet ve acil durumlarda ele alınması gereken beş temel tematik alan belirlenmiştir. Bunlar; hükümetler ve bunların konu ile ilgili politikaları, afet ve acil durumlarla ilgili insan kaynakları ve eğitim faaliyetleri, afet ve acil durumlarda hazırlanan programlar ve gerçekleştirilen hizmetler, afet ve acil durumlarla ilgili araştırma faaliyetleri ve finansmandır.

Tol vd. (2011a) farklı alanlardan akademisyenler, uygulayıcılar ve politika yapıcılardan oluşan bir grubun bir araya gelerek ruh sağlığı ve psikososyal destek bakış açılarını baz alarak ruh sağlığı ve psikososyal destek anlamında araştırma önceliklerini belirlemeyi amaçlamıştır. Bu grup araştırması sonucunda en yüksek öncelikli konu pratik girişimlerin desteklemesi konusudur. Bunun için akademik öncelikler ile uygulayıcıların öncelikleri arasında daha iyi bir uyum önerilmektedir. Bu uyumu sağlamak için yapılması gerekenler ise; acil yardım ve afetle ilgili çalışan örgütler ve üniversiteler arasındaki ortaklıklar oluşturulmalı ve etkinleştirilmelidir, uygulayıcılarının temel araştırma yetenekleri eğitim vasıtasıyla geliştirilmelidir.

Tol vd. (2011b) acil yardım ve afet durumlarında ruh sağlığı ve psikososyal destek için faaliyetlerin uygulaması, finansmanı ve kanıtlarının birbirine eklemlenmesiyle ilgili bazı önerilerde bulunmuştur. Yazarlar, araştırmalar ve uygulamalar arasındaki kopukluğun en önemli sorun olduğunu ifade etmiştir. Ruh sağlığı ve psikososyal destek bağlamında yapılan araştırmalar ağırlıklı olarak TSSB'ye odaklanırken, acil durumlarda görev alan çalışanlar bu bozukluğun halk sağlığı değeri konusunda araştırmacılarla aynı fikirde değildir. Bundan dolayı araştırmacıların sunduğu bazı çözüm önerileri vardır. Bunlar; ruh sağlığı ve psikososyal desteğe ilişkin kanıtlar güçlendirilmelidir. TSSB konusu dışındaki ruh sağılığı sorunları da ele alınmalıdır. Araştırmacılar ve uygulayıcılar arasındaki işbirliği tesis edilmeli, bilim ve uygulama arasındaki boşluk azaltılmalıdır. Ampirik olarak desteklenen ruh sağlığı ve psikososyal desteğin uygulayıcılar tarafından kullanılabilir hale getirilmesi gerekir. Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişiler için uygulayıcılar tarafından müdahalelerin sağlanması ve değerlendirilmesi için yöntemler belirlenmelidir. Finansal veri

tabanlarına ruh sağlığı ve psikososyal destek için bir kod konulmalı ve mevcut ve gelecekteki ihtiyaçların karşılanması için finansmanın sağlanması gereklidir.

Tol vd. (2012) acil yardım ve afet durumlarında müdahale stratejileri konusunda bir fikir birliği bulunmasına rağmen, bu ortamlardaki ruh sağlığı ve psikososyal destek alanında ortak bir anlayış olmadığı fikrinden hareketle uygulanabilir strateji ilkeleri belirlemeye çalışmıştır. Bu amaçla, farklı denek gruplarıyla görüşmeler vasıtasıyla araştırma yürütülmüştür ve araştırma sonucunda ruh sağlığı ve psikososyal destek araştırmaları için öncelikli sorunlar aşağıdaki temalar olarak tespit edilmiştir. Bu temalar: Acil yardım ve afet durumlarında ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin uygulama zorluklarının yaygınlığı ve iş yükü. Bu ortamlarda ruh sağlığı ve psikososyal destek araştırma uygulamalarının geliştirme yöntem sorunu. Ruh sağlığı ve psikososyal destek araştırmaları müdahalelerinin değerlendirilme sorunsalı ve ruh sağlığı ve psikolojik sıkıntı faktörlerinin belirleyicileri. Ruh sağlığı ve psikososyal destek araştırmaları alanında geliştirilmiş araştırma yöntemleri ve süreçleri. Bunun yanı sıra, acil yardım ve afet alanında uygulanacak ruh sağlığı ve psikososyal destek konusunda farklı paydaş grupları arasında araştırma süreçleriyle ilgili bazı fikir ayrılıkları görülmüştür. Bunlar; gerçekleştirilen araştırma bulgularının uygulanabilir stratejilere evrilmesinde yaşanan zorluklar, araştırma yöntemlerinin çalışanlarca yanlış anlaşılması, araştırma için gerekli süreye dair farklı değerlendirmeler. Deneklerin anlaştıkları ana sonuç, bu alanda gerçekleştirilecek araştırmaların insani faaliyetlerden kaynaklanan sorun ve endişelere karşı daha duyarlı olması zorunluluğu ve bu alandaki faaliyetleri uygulayacak olanların müdahaleleri tasarlarken araştırma bulgularını dikkate almasının zorunluluğudur.

Kato vd. (2012) makalelerinde, Büyük Doğu Japonya Depremi'nden sonra, Fukushima Eyaletindeki Soma Şehrindeki mağdurlara verilen ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerine, çeşitlerine değinmiş ve model anlamında ele alınan önceki araştırmaları ile fiili sonuçlardan elde edilen verileri analiz etmiştir. Elde edilen veriler ışığında aşağıdaki önerileri getirmişlerdir. Afet yardım faaliyetleri bağlamında kapsamlı bir işbirliği ve koordinasyon grubu gereklidir. Afetler sonucu yapılan faaliyetleri ve bunların farklı versiyonlarını kritize edebilmek amacıyla veri toplamak ve analiz etmek gereklidir. Afet mağdurlarının etkisinde oldukları farklı faktörlere dikkat edilmelidir. Afet yardım faaliyetlerinde çalışanlar, afet bölgesinin yerel dilini kullanmalı, gizliliğe dikkat edilmeli ve afet mağdurlarını destekleyici bir şekilde ruh sağlığı hakkında bilgi toplamalıdır. Afet mağdurlarına yönelik gerçekleştirilen ruh sağlığı hizmetleri ülkenin genel sağlık hizmetlerine entegre edilmelidir. Akut psikolojik sıkıntılara sahip olan

mağdurlar için psikolojik ilk yardım sağlanmalıdır. Afet mağdurlarının stresini azaltmak için verilecek destek hizmetleri hakkında doğru bilgi sağlamak için medya ve diğer araçlardan yararlanılmalıdır.

Farhoudian vd. (2013) makalelerinde, Bam depreminin meydana gelmesinden 10 yıl sonra gerçekleştirdikleri araştırmada afetzedeler üzerindeki kısa ve uzun süreli psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları irdelemiştir. Yapılan araştırmada, depremden sonra gerçekleştirilen psikososyal desteklerin sağlanmasına dair raporlara bakıldığında, depremden sonra özellikle ilk yıl boyunca depremzedeler için psikolojik ilk yardımın yaygın olarak verildiği tespit edilmiştir. Fakat bu hizmet kısa süreli ve belli bir paket kapsamında verilmiş ve afetzedeler izlenmemiş, bu uzun süreli görev deprem bölgesinde yerleşik sağlık sistemine devredilmiştir. Fakat bu görev yerel sağlık kuruluşlarına verilirken insan gücü kapasitesi geliştirmesine ve gerekli bütçelerin tahsisine dikkat edilmemiştir ve hizmet gereği gibi yerine getirilememiştir. Devlet yardımları ve toplumsal yardımlaşma gibi verilen psikososyal destekler kısmen de olsa yerel psikososyal destek hizmetlerinin olumsuz etkisini azaltmıştır.

Budosan vd. (2014) acil yardım ve afet sonrası durumlarda sağlanan toplum temelli entegre ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerine ilişkin artan kanıtlara katkıda bulunmuştur. Araştırmacılar, Haiti depremi sonrası sağlanan ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin, acil yardım ve afet ortamlarına yönelik gerçekleştirilen müdahalelerinin amaçlarına ulaştığını göstermiştir. Araştırmacılara göre Haiti'de gerçekleştirilen ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri aşağıdaki konularda başarı sağlamıştır. Faaliyetler kapsamındaki hedef kitlenin yaşam koşullarını eskisi kadar olmasa da iyileştirmiştir. Hedef kitlenin dayanıklılıkları güçlendirilmiş ve stresle ilgili sorunların yönetimi sağlanmıştır. Hedef kitle olan mağdurların aile ve sosyal destek ağları tekrardan faal hale getirilmiştir. Afet sonrası mağdurlarda görülen stresin zararlı etkileri azaltılmış ve daha ciddi ruhsal bozukluğu olanlar için ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri sağlanmıştır.

Ommeren vd. (2015) araştırmalarında ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin bütünleştirilmesine dair bazı çıkarımlarda ve önerilerde bulunmuştur. Araştırmacılar bu iki faaliyetin bütünleştirilmiş halinin devletlerin sağlık politikalarına ve acil durum hazırlık planlarına uyumlaştırılarak eklemlenmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Bu bağlamda yapılması gerekenler ise aşağıdaki gibi sıralanmıştır. Bütünleştirilmiş yapı için mevcut resmi ve gayri resmi bütün kaynaklar ve uygulamalar ilgili herkes tarafından görülebilecek bir tabloda olmalıdır ve şeffaflık oluşturulmalıdır. Sağlık, acil durum ve ilgili diğer sektörlerdeki personel öncelikli olmak şartıyla ilgili

kurum ve kuruluşların çalışanları psikolojik ilk yardım konusunda bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Acil insani durumlar için temel psikoterapik ilaçlar stoklarda bulundurulmalıdır. Acil insani durumlarda sağlık çalışanlarının faaliyet kapasiteleri ruhsal bozuklukları tespit etmek ve yönetmek için geliştirilmelidir. Acil insani durumların meydana getirdiği süreçler sürdürülebilir ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için fırsatlar olarak görülebilir. Halkın içinde ağır veya kronik ruhsal hastalığı olan bireyler bağlamında özel olarak acil durum hazırlık planları oluşturulmalı ve üst planların içine dahil edilmelidir. Acil insani olaylarda ruh sağlığı ve psikososyal desteğin doğru bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için ulusal kılavuzlar, standartlar ve destekleyici araçlar oluşturulmalıdır.

O'Hanlon ve Budosan (2015) makalelerinde, acil durumlarda ruh sağlığı hizmetlerinin daha etkin ve sürdürülebilir olması bağlamında öncelikle bir hedef belirlenmesi ve planlamanın gerçekleştirilmesi gerekliliğinden yola çıkarak bazı önerilerde bulunmuştur. Bunlar; afet sonrası ruh sağlığı ve psikososyal hizmetler genelde uluslararası bağışçılar tarafından sağlanan ilk finansmanla sürmektedirler. Bu finansman desteğinin sürdürülebilir şekilde bir kaynakla devamı sağlanmalıdır. Psikososyal destek hizmetlerinde yerel yöntem ve yaklaşımlara saygı gösterilmeli ve uygulamaya konulmalıdır. Afetzedelerin iyileşme durumu ve dayanıklılığı gibi konularda kanıt tabanlı sonuç göstergeleri oluşturulmalıdır. Afet sonrası uluslararası yardım kuruluşları için toplum temelli ruh sağlığı ve psikososyal destek erişiminin geliştirilmesi ve bir süreç planlanmasının yapılması gerekir.

Troya vd. (2016) makalelerinde, Ekvador'da 2016 yılında meydana gelen depremde görev alan çalışanları ruh sağlığı ve psikososyal destek bağlamında bilgilendirmek için kullanılan bir masa başı araştırması sunmuştur. Araştırmanın masa başı gözden geçirme sonucunda sürece eklenmesi lazım olan ve daha önce uygulanmayan yeni ve olumlu olabilecek ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerini belirtmiştir. Araştırmada uygulanan ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin güçlü yönleri ve bazı sınırlamaların yanı sıra bunlardan öğrenilen dersler ve gelecekteki faaliyetler için önerilerde bulunmuştur.

Greene vd. (2017) acil yardım ve afet durumlarında ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerini iyileştirmek için yapılan masa başı çalışmalarının zorlukları ve gelecekteki olası yönlerini araştırmıştır. Araştırmacılar, 2010 Haiti depremlerinin ardından gündeme getirilen bir ruh sağlığı ve kültür incelemesinden öğrenilen derslere dayanan araç setini kullanmıştır. Bu araç setinden faydalanarak acil yardım ve afet durumlarında ihtiyaç değerlendirmesinin ilk adımı olarak önerilen masa başı

incelemeleri yapmak için bir kılavuz prototipi önermiştir. Bu taslak kılavuz, sosyo-kültürel bağlamdan, önceden yaşanan sıkıntı deneyimlerine ve Haiti'de var olan mevcut hizmetleri de içeren bilgi türlerini de kapsayan genel bir içindekiler tablosu sağlamıştır.

Chiumento vd. (2017) acil yardım ve afet olaylarında gerçekleştirilecek ruh sağlığı ve psikososyal destek araştırmalarına uygulanabilir bazı etik ilkeleri belirlemek için multidisipliner literatürün bir incelemesini gerçekleştirmiştir. Yapılan literatür taraması sonucu bu konudaki araştırmaların temelinde yatan neden, afetler sonrasında mağdur durumdaki bireylere uygulanacak ruh sağlığı ve psikososyal destek sürecinde mağdurların korunması isteğidir. Literatür taraması sonucu bazı temel ilkelerde fikir birliği görülmüştür. Bunlar, araştırma katılımında konuyla ilgili bir fayda sağlanması, araştırmacının tarafsızlığı ilkesi, araştırmacının hesap verebilirliği ve güvenliği. Acil yardım ve afet olaylarında etiğin uygulanmasına ilişkin altı güncel tartışma konusu tespit edilmiştir. Bunlar: araştırmadan sağlanacak faydalar, bilgilendirilmiş onamın nasıl uygulanacağı, karar verme kapasitesi değerlendirmelerinin rolü, etik araştırmanın inşasında risk yönetimi yaklaşımları, etik yansımanın elde edilme şekli ve etik inceleme kurullarının nitel durumları.

Sherchan vd. (2017) 2015 Nepal depreminden sonra Nepal devletinin sağlık sektörüne müdahale ederek depreme acil müdahale anlamında, Kurumlar Arası Daimi Komitesinin küme yaklaşımını izleyerek koordine ettiğini ve felaketten bir ay sonra, ruh sağlığı ve psikososyal destek alt kümelerini başlattığını belirtmiş ve bu faaliyetlerin sonucunu özet halinde makalelerinde ifade etmiştir. Ruh sağlığı ve psikososyal destek grubunun yanıtı vasıtasıyla elde edilen sonuçları aşağıdaki gibi sıralanmıştır. Nepal'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir ruh sağlığı biriminin kurulması gereklidir. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ruh sağlığı ve psikososyal faaliyetlerini koordine etmek için bir merkez komitesi toplanmalıdır. Nepal'de ruh sağlığı ve psikososyal destek planının hazırlanması ve bunun afete hazırlık planına entegre edilmesi gereklidir. Acil yardım ve afet sonrası gerçekleştirilen faaliyetlerin etkinliğini sağlamak amacıyla güçlü bir izleme ve değerlendirme sistemi yapılandırılmalıdır. Ruh sağlığı ve psikososyal destek bağlamında uzun vadede alınacak tedbirlerin belirlenmesi gereklidir. Tüm bölgesel hastanelerde uzman psikiyatri tedavi ünitelerinin kurulması ve bir sevk ağının oluşturulması gereklidir.

Purgato vd. (2018) düşük ve orta gelirli ülkelerde acil yardım ve afet olaylarında travmatik durumlara maruz kalan çocuklarda odaklanmış psikososyal destek müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmiştir. Yaptıkları araştırmada odaklanmış psikososyal destek müdahalelerinin TSSB'yi olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

Bununla birlikte, odaklanmış psikososyal destek müdahalelerinin travma yaşayan çocukların fonksiyonel bozukluklarına iyi geldiği ve çocukların belirlenen bazı güçlü yönleri bağlamında iyileştirmeler sağladığı görülmüştür. Gerçekleştirilen çocuklara odaklanmış psikososyal desteğin faydalarının yüksek olduğu gruplar ise; 15-18 yaş arası çocuklar, yerinden edilmemiş çocuklar ve daha küçük hanelerde yaşayan çocuklardır. Araştırmacılar, odaklanmış psikososyal destek müdahalelerinin sürecin tüm aşamalarında faydalı olduğunu fakat anksiyete semptomları için herhangi bir etkisinin olmadığını tespit etmiştir.

Augustinavicius vd. (2018) çalışmalarında, ruh sağlığı ve psikososyal destek programlarının izlenmesi ve değerlendirilmesinin, bu alandaki öğrenmeyi gerçekleştirmek ve katılımcılara karşı şeffaflık sağlamak anlamında önemli olduğunu tespit etmiştir. Bu amaçla ilgili alandaki izleme ve değerlendirme çerçevelerinin terminolojisini ve çalışma odağını belirlemeyi amaçlamıştır. Gerçekleştirilen literatür taraması sonucunda, program dokümanlarında ve araştırılan akademik literatürde ilgili alandaki hedefler ve sonuçlar için kullanılan dilde belirlilik ve açıklık eksikliğinin varlığına şahit olunmuştur. Yapılan çalışma sonucunda elde edilen verilere göre ilgili alandaki belgelerin terminoloji kullanımında altı tema görülmüştür. Alandaki akademik olmayan çalışmaların terminolojileri kapasite geliştirme gibi uygulama faaliyetleri ve aile toplum desteği ile ilgili alanlarla ilişkilendirilmiştir. Akademik alandaki çalışmaların terminolojileri ise özel psikolojik tedavilerle ilişkili görülmüştür. Yazarlar tarafından son olarak, izleme ve değerlendirme faaliyetlerinde kullanılan terminolojideki standart bir yaklaşımın gerekliliği vurgulanmıştır.

Dickson ve Bangpan (2018) makalelerinde, düşük ve orta gelirli ülkelerde toplumu etkileyen acil durum ve afet olaylarından etkilenen nüfuslara verilen ruh sağlığı ve psikososyal destek müdahalelerinin uygulanmasının önündeki engelleri ve bu müdahaleleri kolaylaştırıcı faktörleri araştırmıştır. Ruh sağlığı ve psikososyal destek müdahalelerinin uygulanmasının başarılı olabilmesi ve insanlar tarafından benimsenebilmesinin temel unsurunun toplum katılımı olduğunu ifade etmiştir. Ruh sağlığı duyarlılığının geliştirilebilmesi için devlet yöneticileri ve yerel topluluklarla verimli işbirlikleri oluşturmanın da önemini vurgulamıştır. Ruh sağlığı ve psikososyal destek programlarının başarısındaki diğer bir önemli faktör yeterli sayıda ve kalitede eğitimcidir. Ayrıca, ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin desteklenmesini sağlamak için farklı kültür ve etnik kökenden insanların duyarlılıklarına karşı hassasiyet gösterilmesi gerekir. Araştırmacılara göre dikkat edilmesi gereken son konu ise ilgili

faaliyetlere katılımı artırmak için faaliyeti düzenleyenler ile faaliyetin uygulanacağı bireyler ve gruplar arasında güvene dayalı ve destekleyici ilişkiler kurmaktır.

Dückers vd. (2018) çalışmalarında, çoğunlukla Avrupa'daki afet bölgelerinde gerçekleştirilen 40 ruh sağlığı ve psikososyal destek programının kalitesini ölçmeyi sağlayacak alanları ve göstergeleri bulmayı amaçlamıştır. Sonuç olarak, gerçekleştirdikleri ve uzmanlara uyguladıkları anket sonucunda anket maddeleri teorik çerçevede belirledikleri dört alandan üçünde kümelenmiştir. Bunlar; planlama ve dağıtım sistemi, genel değerlendirme kriterleri ve temel psikososyal ilkeler. Teorik olarak buldukları uygulanan önlemler ve müdahaleler için anket sonucunda bir bulguya rastlanmamıştır. Bunun yanı sıra, etki alanları, önlemler ve müdahaleler arasında ilişki olan bazı modelleri irdelemişler ve test etmişler, en uygun model olarak ise daha yüksek planlama ve dağıtım sistemleri puanına sahip ruh sağlığı ve psikososyal destek programlarında, kanıta dayalı kılavuzlardan daha fazla sayıda önlem ve müdahalenin uygulandığını belirlemiştir.

Welton vd. (2018) çalışmalarında, Nepal'deki depremden sonra afetzedeler için 3 günlük bir ruh sağlığı ile bütünleşik afete hazırlık müdahalesi oluşturmuşlar ve test etmiştir. Oluşturulan afete hazırlık müdahalesi psikososyal destek unsurlarını da içermektedir. Yapılan testler sonucunda depresyon sıkıntısını arıtan faktörler; düşük sosyal uyum durumu ve düşük düzey afete hazırlıklı olma durumu olarak bulunmuştur. TSSB ise düşük düzey sosyal uyum arasında ise bir ilişki bulunmazken, düşük düzey sosyal uyum ile pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Chase vd. (2018) çalışmalarında, 2015 yılında gerçekleşen Nepal depreminden sonra sunulan psikososyal destek hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve bunun Nepal'in ruh sağlık sistemi reformuna etkilerini araştırmıştır. Araştırmacılar, depremden etkilenen bölgelerdeki birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının ve psikososyal destek sunan uzmanların eğitimi konusuna daha fazla dikkat edilmesi gerekliliğini vurgulamıştır ve akıl sağlığı planlarının, programlarının, politikalarının ve finansman süreçlerinin revize edilmesini önermiştir. Yaptıkları araştırma sonucunda Nepal'in devlet süreçlerinin ve gücünün, depremden etkilenen yerlerde verilen psikososyal hizmetleri devam ettirmek ve bu hizmetleri depremden ikincil düzeyde etkilenen bölgelere ulaştırmakta yetersiz olduğunu tespit etmiştir.

Puente vd. (2019) makalelerinde, felakete maruz kalan bir nüfusun ruh sağlığı ile ilgili olarak haberlerin rolünü gözden geçirmiştir. Bu amaçla araştırmacılar depremden sonraki ilk 1 gün içinde dört televizyon kanalı tarafından yayınlanan 1169 haberi analiz etmiştir. Bu kanallarda sunulan değerlendirmelerin %82.72'sinde yer alan ana temanın

'güvenlik duygusunu teşvik etmek' ile ilgili olduğu görülmüştür. Bu temayı ise umudu teşvik etmek, sakinleşmeyi teşvik etmek ve benlik ve kolektif etkinlik duygusunu teşvik etmek temaları takip etmiştir. Araştırmacılara göre, psikososyal desteğin bir unsuru olarak felaket sonrası bilgilendirmenin, yukarıda belirtilen temalar göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmesi afetzedelerin psikolojik durumları açısından önem arz etmektedir.

Dhital vd. (2019) Nepal'de depremden etkilenen bir bölgede okul öğretmenlerine yönelik psikososyal destek eğitimi verip, öğretmenlerin öğrencilere bu eğitimi uygulamalarını istemiş ve bunun ergen öğrencilerin ruh sağlığı üzerindeki etkisini araştırmıştır. 6 aylık inceleme sonunda öğretmenler tarafından sunulan psikososyal destek faaliyetlerinin ergen öğrencilerin TSSB, depresyon ve umut beklentilerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Seto vd. (2019) Büyük Doğu Japonya Depremi sonrası uzun süreli dönemde ruh sağlığı ve psikososyal destek olarak fiilen sağlanan faaliyet türlerini ve afet sonrası ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin sağlanması için ele alınması gereken sorunları ortaya koymayı amaçlamıştır. Afetten sonra gözlenen uzun vadeli süreçte farklı kuruluşların farklı kapsam ve içerikte ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri yürüttüğü, bu kuruluşların farklı yetkilere sahip olduğu görülmüştür. Ama ruh sağlığı ve psikososyal desteğin kapsamı, içeriği, yöntemi ve denetimi gibi süreçlerin hepsi bu konuyla ilgili hazırlanmış kılavuzlarda bulunmaktaydı. Yapılması gereken bir kılavuzu standart olarak belirleyip uygulamaktı. Bununla birlikte kuruluşlar önceden planlama yapmalı, mali ve insan kaynaklarını da plan yaparken göz önünde bulundurmalıdırlar.

Zahlawi vd. (2019) makalelerinde, Ekim 2017'de, düşük-orta gelirli bir ülke olan Vanuatu'daki Ambae Ada nüfusunun volkanik aktivite nedeniyle geçici olarak yerinden edilmiş olması nedeniyle yetişkinler arasındaki stresi ve aldıkları psikososyal desteğe dayalı farklılıkları analiz etmiştir. Araştırma sonucunda genel stres oranı %53 olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalarla tutarlı olarak, kadınlar arasında erkeklerden daha yüksek sıkıntı gözlemlenmiştir. Kadınlar arasında sıkıntı, alınan psikososyal desteğe göre farklılık göstermiştir. Psikososyal destek almayan kadınların daha fazla stres yaşadığı tespit edilmiştir.

Giarratano vd. (2019) psikolojik ilk yardım çerçevesini kullanarak hemşirelerin perinatal afet bakımında psikososyal destek hizmetleri ve kişiler arası etkileşimlere entegre olmaları bağlamında yöntemler araştırmıştır. Bunlar: İletişim ve katılım; afetzedelerce gerçekleştirilen temaslara yanıt vermek veya temasları şefkatli ve yardımsever bir şekilde devam ettirmek. Güvenlik ve konfor; acil durum ve afet

bölgelerinde güvenliği sağlamak fiziksel ve duygusal destek sağlamak. Bilgi toplama; afetzedelerin acil ihtiyaçlarını ve kişisel olsa da endişelerini belirlemek. Pratik yardım; afetzedelerin acil ihtiyaç ve endişelerinde pratik yardım sunmak. Sosyal desteklerle bağlantı; başa çıkma bilgisi ve işbirliğine dayalı hizmetlerle bağlantı kurmak.

Bangpan vd. (2019) ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetlerin etkinliğine dair verileri analiz etmek için derleme çalışması olarak yürütülen çalışmada düşük-orta gelirli ülkelerde acil durum ve afet olaylarından etkilenen yetişkinlere sunulan psikososyal destek hizmetlerini ele almıştır. Çalışma sonunda, ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin etkinliğinin yüksek olmasının TSSB'nin azaltılmasında etkin bir faktör olduğu görülmüştür. Bilişsel davranışçı terapi ve öyküsel maruz bırakma terapisinin de akıl sağlığı ile ilgili sıkıntıları azaltabileceği bulunmuştur. Psikoterapi iyileştirme yöntemlerinin ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinde kullanılması da faydalı görülmüştür. Genel bir öneri olarak, acil yardım ve afet olaylarında etkilenen yetişkinlerde ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirmek için ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin yanında, daha geniş sosyal boyutlar açısından potansiyel faydayı görebilmek için ispatlanabilir kanıtlar oluşturmanın gerekliliği belirtilmiştir.

Umeda (2020) makalelerinde afet ve acil durumlara müdahale eden görevlilerin görevleri nedeniyle meydana gelen psikolojik stres seviyelerinin azaltılmasının yollarını bulmayı amaçlamış ve bir literatür çalışması yapmıştır. Sonuç olarak şunları dile getirmişlerdir. Yardım faaliyetleri öncesinde, çalışan görevlilerin bir afet bölgesinde stresli durumların neler olabileceği ve kendilerinin stres seviyelerini anlamayı sağlayıcı eğitimler verilmelidir. Müdahale esnasında afet bölgesinde yerinde strese karşı önleyici tedbirlerin alınması yararlı olacaktır (stres seviyesi yükseldiğinde ve belli bir sınırı geçtiğinde harici profesyonel destek kullanmak gibi). Afet müdahalesinden sonra, çalışanların rutinlerine geri dönmeleri, afetle ilgili deneyimlerin paylaşılmaları ve onların uzun vadeli psikolojik takibi lazımdır.

Gray vd. (2020) ruh sağlığı ve psikososyal destek ve afet riskinin azaltılmasının eşzamanlı gerçekleştirilmesi bağlamında mevcut faaliyet alanlarını tanımlamayı amaçlamıştır. Sonuç olarak ruh sağlığı ve psikososyal destek ve afet riskinin azaltılması faaliyetlerinin tanımları, kapsamları ve rehberliği bağlamında iki faaliyet alanında çok az bir fikir birliği vardı. Bu iki ayrı faaliyet, eylem alanları, mevcut faaliyet uygulamaları ve ampirik kanıtları bakımından da farklılıklar göstermektedir. Daha önce deneyimlenen alan tecrübeleri, sorunlu ruh sağlığı ve psikososyal sonuç risklerini azaltmak ve tehlikeli olaylara karşı dayanıklılığı artırmak için her iki alanın

uygulamalarının entegrasyonun önemini göstermiştir. Her iki alanın birbiriyle uyumlu hale getirilmesi her ikisi için de birçok yönden yarar sağlayacaktır. Örneğin, ruh sağlığı ve psikososyal destek alanı, afet riskinin azaltılması için sağlanan uluslararası desteklerler ve bu alanın yaygınlığı göz önüne alındığında bu genişlemeden faydalanabilecektir. Afet riskinin azaltılması alanı ise, dayanıklılığı ve ruh sağlığını ve psikososyal refahı teşvik etmek için genişletilmiş yaklaşımlardan faydalanabilir.

Upadhaya vd. (2020) birinci basamak sağlık çalışanlarının sağlık sistemi içindeki bakış açılarını araştırmayı ve ruh sağlığının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunu optimize etmek için olası stratejileri belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırma sonucunda, entegre ruh sağlığı hizmeti sunumunu destekleyen faktörler arasında protokol ve kılavuzların mevcudiyeti, düzenli eğitim, süpervizyon ve koçluk sisteminin sağlanması, yerleşik sevk sistemi, hasta bilgi yönetimi sistemi, toplum katılımı bileşeni, evde bakım ve takip sağlanması, uyuşturucu ile birlikte psikososyal desteğin sağlanması ve hükümetle çeşitli düzeylerde koordinasyon yer almıştır. Engeller olarak ise, sağlık işgücüyle ilgili eğitimli sağlık çalışanlarının sık sık transfer edilmesi ve ruh sağlığı eğitimi olmayan yeni sağlık çalışanlarının gelmesi yer almıştır.

Jordans ve Kohrt (2020) makalelerinde, ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerine düşük ve orta gelirli toplumlarda fazlaca önem verilmemesinin nedenlerini ölçek açısından belirlemeye çalışmıştır. Ruh sağlığı ve psikososyal faaliyetlerinin başarılı bir şekilde uygulanması bağlamında düşük gelirli ülkeler için ölçek belirlemede kullanılabilecek bazı kriterler ve bu kriterlere ait göstergeler oluşturmuştur. Bu kriterler; uygunluk (göstergeler: nüfus ihtiyacı, kültürel ve bağlamsal uyum), etkililik (ruh sağlığı sonucundaki değişiklik, varsayımsal etki mekanizmasındaki değişiklik), kalite (bağlılık, yeterlilik, katılım) ve fizibilite (kapsam, maliyet). Araştırmacılar, ülkelerin hangi çapta ruh sağlığı ve psikososyal destek uygulayabilecekleri anlamında bu kriterler ve göstergelerle bir veri tabanı veya havuz geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Mahomed vd. (2020) makalelerinde, Kenya'da acil durum ve afetlerde gerçekleştirdikleri faaliyetlerin hak tabanlı olduğunu iddia eden paydaşların fikirlerini irdelemiştir. Acil durum ve afetlerde akıl sağlığı bakımı ve psikososyal destek için insan haklarına önem veren ve bu bağlamda temel ilkeleri belirleyen yaklaşımın algılanan yararlarını ve bu dönüşümün önündeki engelleri ve destekleri araştırmıştır. Ruh sağlığı ve psikososyal destek anlamında gerçekleştirilmek istenen insan haklarından bazıları aşağıdaki gibi belirlenmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerine erişim hakkı, hizmet alanların haysiyet ve özerkliğine dikkat edilmesi, bu konuda bilgiye erişim hakkı, hizmet alanın aile hayatı ve topluluk içinde yaşama hakkı. Bunların yan ısıra

insan hakları odaklı ruh sağlığı ve psikososyal destek amacının önündeki engeller ise; ekonomik refah eksikliği, öz yeterliliğin bulunmaması, damgalanma olasılığı ve yeterli kaynak bulunmamasıdır.

Haroz vd. (2020) psikososyal desteğe dair daha önce gerçekleştirilen çalışma kanıtlarını literatürün sistematik bir incelemesi yoluyla özetlemeyi amaçlamıştır. Gerçekleştirilen literatür taramasında sadece üç araştırma müdahaleci deneysel bir araştırma niteliğinde olup konuları ise kısa müdahale ve iletişim, problem yönetimi ve çocuk dostu alanlardır. Çalışılan psikososyal araştırmalarda aynı müdahalelerin tanımlarının farklılaştığı ve tanım yapmada zorluklar yaşandığı, çalışmaların kötü tanımlanmış ve sınırlandırılmış oldukları görülmüştür. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, yapılacak psikososyal müdahale seçiminin daha bilimsel bir temele oturtmak için birden fazla farklı alanda iyi tanımlanmış müdahalelerin çoğaltılmasına odaklanılması gerektiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte, sağlık ve koruma dışındaki alanlarda da psikososyal müdahalelerin etkisini daha iyi anlamaya ihtiyaç olduğunu tespit etmiştir.

Leichner vd. (2021) çalışmalarında, Nepal'de 2015 yılında meydana gelen yıkıcı depremlerin ardından, üç hükümet dışı kuruluşun, depremden ciddi şekilde etkilenen üç bölgede (Dhading, Gorkha ve Sindhuli) ruh sağlığı ve psikososyal destek ihtiyaçlarına cevap veren bir program geliştirmek için yaptıkları işbirliğinin sonuçlarını yorumlamıştır. Hizmet verilenlerin beceri, bilgi ve öz yeterlilik algılarında önemli gelişmeler görülmüştür. En sık tanımlanan mevcut sorunlar epilepsi (%29) ve depresyon (%26) olmuştur. Ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmeti alan yararlanıcıların toplam %67'si aldıkları hizmetlerden tamamen memnun olduklarını bildirmiş ve kayıt sırasında ciddi işlevsel bozukluklar yaşayanların %83'ü hizmet aldıktan sonra iyileşme göstermiştir.

Gray vd. (2021) Sierra Leone'de ve Hindistan'da olmak üzere ruh sağlığı ve psikososyal destek ve afet risk azaltma yaklaşımlarını ve ilkelerini entegre eden iki vaka örneğinden öğrenilen dersleri ve her bağlamdaki belirli zorlukları tespit etmiştir. Bu örnek olaylar vasıtasıyla, Sendai Afet Riskini Azaltma Çerçevesi 2015-2030'un dördüncü önceliğinde belirlenen ilke olarak ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin sadece afetlerden sonra kurtarma eylemlerinde gerçekleştirilecek faaliyetler olarak değil aynı zamanda normal dönemde de ruh sağlığı risklerini önlemek ve azaltmak için uygulanabilecek faaliyetler olarak görülmesi önerisinin faydasını tespit etmişlerdir. Bu örnek olaylar araştırmacılar için, ruh sağlığı ve psikososyal destek

faaliyetleri ve afet riskinin azaltılması stratejilerinin ve projelerinin entegre edilmesinin daha birçok potansiyel yollarının geliştirilmesi gerekliliğini göstermiştir.

Troup vd. (2021) düşük ve orta gelirli toplumlardaki acil yardım ve afet durumlarından etkilenen insanlar için ruh sağlığı ve psikososyal destek müdahalelerinin yaygınlaştırılmasının önündeki engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemeye çalışmıştır. Engellerden bazıları; kalifiye personel eksikliği, yüksek personel devir hızı, çalışan motivasyonu eksikliği, personelin faaliyet uygulamalarını değiştirme esneklikleri, rekabet eden önceliklerin varlığı, ölçeği büyütmenin zorluğu, hizmet sağlayıcılar için yetersiz miktarda gözetim ve destek, sağlık hizmetlerinin geniş coğrafi havza alanları, klinik ve tesis eksikliği, ilaç sıkıntısı ve merkezileşme, sağlık sistemi içindeki seviyeler arasında iletişim eksikliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaynak eksikliğidir. Kolaylaştırıcılar ise; önceden var olan idari ve denetleyici kadronun yetenekleri, politika düzeyinde savunuculuk, politikaya uygun programlar ve özellikle hizmetlerin entegrasyonu ve ademi merkeziyetçiliği içeren politikaların benimsenmesidir.

Perera vd. (2021) ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri bağlamında, acil durum ve afetlerdeki koruma çalışmalarında faydalanmak üzere yeni bir entegre denetim modeli geliştirmiştir. 26 uzmanla gerçekleştirdikleri tematik analiz sonucunda ruh sağlığı ve psikososyal destek bağlamında hedeflerin ve rehberliğin tanımını kapsayan birleşik bir denetim çerçevesinin ve modelinin geliştirilmesinin gerekliliğini vurgulamıştır. Gerçekleştirilecek bir denetim mekanizması sayesinde kaynaklar daha verimli ve etkili kullanılabilecek, faaliyetin üzerinde uygulandığı mağdurlar daha iyi ve doğru bir hizmet alabilecekler ve hizmeti sunanlar açısından da beceri ve yetenek gelişimi sağlanabilecektir. Bununla birlikte oluşturulacak denetim sisteminin ülkelerin hem psikolojik hem de fizyolojik bağlamda sağlık sonuçlarını iyileştirebileceği ve ülkeler arası eşitsizliklerin azaltılmasında fayda sağlayabileceği ifade edilmiştir.

Miller vd. (2021) ruh sağlığı ve psikososyal destek bağlamında kavramsal yapıyı daha net bir şekilde belirlemeyi ve bu konuda bir tartışma oluşturmayı amaçlamıştır. Klinik alan ve sosyal-psikolojik alan çerçevelerindeki farklılıklara değinerek, kavramsal çerçeveleri kişisel ve çevresel faktörlere aynı anda odaklayarak, kavramsal çerçeve tanımlamasında sürecin tamamına odaklanarak tanımlamada iyileştirmeyi sağlamayı ve ortak bir dil oluşturmayı denemiştir. Yazarların bunu yapmalarının ana nedeni ruh sağlığı ve psikososyal faaliyetleri yürütenlerin uyguladıkları müdahalelerin altında yatan mekanizmaları ve gerçekleştirilen müdahale stratejilerinin gerekçelerinin daha iyi ifade edilmesini sağlamaktır. Araştırmacılar, klinik ve sosyal-psikolojik çevresel faaliyetlerin çok düzeyli olmadığını, entegre destek sistemlerine sahip olmak için ortak

bir dilin olması gerektiğini ve bunun oluşturulmasının ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin etkili bir şekilde ve tüm dünyada işbirliği içinde organize olmasında hayati bir role sahip olduğunu belirtmiştir.

Gavron vd. (2021) Japonya'daki profesyonel bakıcılara yönelik olarak psikososyal desteğin sanat temelli bir örneğini tanımlamış ve bu müdahaleyle ilgili kültürler arası farklılıkları araştırmıştır. Bu araştırma, psikososyal desteğin sanat vasıtasıyla nasıl yapılabileceğini ve farklı kültürler arasındaki farklılıkları indirgeyerek katılımı artırabileceğini göstermiştir. Topluluk travmasının ifade edilmesi ve gösterilmesinde, insani acil olaylarda bireysel ve grupsal dayanıklılığın geliştirilmesinde sanatın faydasını ifade etmiştir. Araştırmacılara göre sanat ortak bir dildir ve bu dile giriş yapan ve bu dili bilmeyen herkes yeni bir alana giriş yapmaktadır. Dolayısıyla farklılıklar bu yeni dille birlikte benzerlik haline getirilir ve ortak bir dille duyguların ifadesi gerçekleştirilir.

Cihanoğlu vd. (2021) 1999 Marmara depreminden ardından gerçekleştirilen psikososyal müdahale programlarını, ruh sağlığı çalışanlarınca yapılan faaliyetleri araştırmıştır. Araştırma sonucunda, afetlerin her aşamasında psikososyal müdahale çalışmalarının etkili şekilde planlanması gerekliliğine, çalışmaların planlanmasında ve uygulanmasında bölgesel eşitsizliklere, demografik farklılıklara, afet deneyimi ve sıkıntı yoğunluğu gibi kişisel farklılıklara önem verilmesi gerekliliğine dikkat çekilmiştir.

Li vd. (2022) ruh sağlığı ve psikososyal destek ile ilgili mevcut yayınlanmış araştırmaları ve literatür kaynaklarını Çin'deki afetler ve acil durumlarla sistematik olarak eşleştirmişlerdir. Araştırma sonucu elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir: Çin'in afetlere ve acil durumlara müdahalesinde en başarılı olduğu kısım afetzedelere psikososyal hizmetler sağlamak amacıyla gereken işgücünün çok hızlı bir şekilde temin edilebilmesiydi. Araştırılan kaynaklarda, psikososyal müdahalelerin, afetzedelerin yalnızca ruhsal bozukluklarının semptomlarını azaltmaya değil, aynı zamanda onların psikolojik sıkıntılara karşı direncini artırmayı da amaçladığı görülmüştür.

Nzayisenga vd. (2022) 2017 yılında Vanuatu'daki bir adanın nüfusunun, volkanik sarsıntı dolayısıyla meskenlerinden ayrılmak zorunda kalan afetzedelerinin stres düzeyi ile onlara verilen psikososyal destek müdahaleleri arasındaki ilişkileri araştırmışlardır. Bu bölgede hem geleneksel hem de profesyonel destek hizmetleri uygulanmıştır. Erkekler daha çok geleneksel psikososyal destek ağlarını tercih ederken, geleneksel desteğe başvuran (kiliseye başvuranlar gibi) afetzedelerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Verilen profesyonel desteğin kullanımı, tahmin

edilenden daha düşük düzeyde çıkmıştır. İnsanlar daha çok geleneksel dayanışma yöntemlerini tercih etmiştir ve araştırmacılar, profesyonel ve geleneksel destek ağları arasında işbirliği seviyesinin artırılması ile özellikle az gelişmiş ülkelerde ruh sağlığı ihtiyaçlarına daha etkin yanıt verilebileceğini önermiştir.

Kunii vd. (2022) Büyük Doğu Japonya Depremi'nden sonra elde edilen sonuçları ve sorunları incelemişler ve acil yardım ve afet olaylarına hazırlık ve müdahale ile ilgili gelecekteki ruh sağlığı önlemlerinin yönü olarak kanıta dayalı afet psikiyatrisi bağlamında bazı önerilerinde bulunmuştur. Bu önerilerden bazıları: Araştırmalarda gerçekleştirilen anketlerin ruh sağlığı destek sistemine entegre edilmesi, kanıta dayalı ruh sağlığı ve psikososyal desteği mümkün kılacaktır. Afet durumlarında destekleyici örgütler, insanların bir afetten nasıl etkilendiğine ilişkin destek planlarını bu kanıta dayalı veriler sayesinde tasarlayabilir ve desteğin etkinliğini değerlendirebilirler. Ruh sağlığı ve psikososyal olayları incelemek için çok sayıda araştırma gerçekleştirilmiştir. Fakat bu araştırmalarda fon kaynakları, araştırmanın amacı, araştırmanın hedef kitlesi, araştırmanın süresi, gerçekleştirilen anket yöntemleri birbirinden çok farklılık arz etmektedir. Bu farklılıkların ortadan kaldırılıp, ruh sağlığı koşullarının araştırılmasında tek tip bir metodun kullanılması, mevcut afet koşullarını anlamak, bu koşulların gelecekteki durumunu tahmin etmek ve etkili destek planları tasarlamak için gereklidir.

Te Brake vd. (2022) acil yardım ve afet ortamlarında kullanılmak üzere hazırlanmış mevcut Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek kılavuzlarını gözden geçirmeyi ve metodolojik açıdan değerlendirmeyi amaçlamıştır. Toplam 13 Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek kılavuzu değerlendirilmiştir. İncelenen kılavuzlar kalite puanları açısından, 21.3 ile 67.6 (aralık 0-100) puan arasında değişmekte olup, bunlardan sadece dört kılavuz ortalamadan üstte puan almıştır. Genel puanı ortalamanın altında olan tüm kılavuzların ortak noktası, uygulanabilirlik puanlarının 3'ün altında olmasıydı. Kılavuzlar uygulama önerilerine yer vermekle birlikte, bu önerilerin nasıl başarılacağına dair bir açıklama getirmemişlerdir. Yani teoriler bulunmakla birlikte uygulamada pratiklik içermemektedir.

Massazza vd. (2022) süreç değerlendirmelerinin ruh sağlığı ve psikososyal destek bağlamında rastgele kontrollü çalışmalar ile nasıl kavramsallaştırıldığına ve uygulandığına dair sınırlamaları ve güçlü yönleri keşfetmeyi amaçlamıştır. Süreç değerlendirmelerinin yürütülmesinde, algılanan fonksiyonlarda, değerlendirilen uygulama etkilerinde ve kullanılan metotlarda yüksek heterojenlik görülmüştür. Süreç değerlendirmeleri ezici bir çoğunlukla rastgele kontrollü çalışmaların önemli bir bileşeni olarak kabul edilirken, algılanan kaliteleri hakkında farklı görüşler vardı. Bu,

faaliyet sonuçlarının uygulama verilerine göre değişen önceliklendirilmesi, süreç sonuçlarının doğası hakkındaki kafa karışıklığı ve acil durum ve afetlerdeki süreç verilerinin toplanması ve analizindeki zorluklarla açıklanmıştır.

Travers vd. (2022) makalelerinde, ruh sağlığı ve psikososyal destek paydaşlarından oluşan bir örneklem üzerinde acil yardım ve afet durumlarında denetimle ilgili temel fikirler ve kavramlar üzerinde anlaşma durumunun incelenmesini amaçlamıştır. Araştırma sonucunda, denetleyici bağlamında aktif dinleme becerilerini kullanmanın önemi ve denetçilerin kendi denetleyici desteklerine erişme ihtiyacı gibi bazı konularda uzlaşma görülürken bazı konularda da anlaşmazlıklar bulunmuştur. Bunlar; etkili bir süpervizör görevini yürütmek için gerekli yetenekler doğuştan mı gelir yoksa öğrenilebilir mi? Süpervizörleri işe alırken taranmalı mı taranmamalı mı?

Sharma vd. (2022) çalışmalarında, düşük ve orta gelirli toplumlardaki çocuklar ve ergenler arasında ruh sağlığı ve psikososyal desteği geliştirmeyi ve bunun önündeki engelleri azaltmayı veya önlemeyi amaçlayan müdahalelerin etkinliğine dair var olan kanıtlara genel bir bakış sağlamayı ve bazı öneriler getirmeyi amaçlamıştır. Araştırma sonucunda yazarlar, çocuklar ve ergenler için ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin etkinliğine dair sistematik incelemelerden elde edilen mevcut kanıtların tanımlaması ve detaylandırılmasının etkinlik ve verimlilik için başlangıç noktası olabileceğini ifade etmiştir. Kanıtlarda bulunan boşlukların ve eksikliklerin tespitinin ikinci aşama olabileceğini ve kanıtlarda bulunan bu eksiklikler ve boşlukların yeni bir bakış açısıyla iyileştirilmesinin ise üçüncü aşama olabileceğini belirtmiştir.

Nemiro vd. (2022) çalışmalarında, 2010'dan 2020 yılına kadar ruh sağlığı ve psikososyal destek konusunda yazılan araştırmalardan elde edilen kanıtların ve çıkarımların acil yardım ve afet durumlarında uygulanan programlara ve politikalara nasıl yansıdığını incelemiştir. Araştırma sonucunda, ruh sağlığı ve psikososyal destek bağlamında çok sayıda araştırma bulunduğunu ama bu konuda yapılan müdahalelerin uzun vadeli etkileri konusunda çok az araştırma olduğunu ifade etmiş ve ruh sağlığı ve psikososyal destek konusunda yapılan çalışmalarda çocuklar, ergenler ve tüm aile deneklerini inceleyen araştırmalara fazlaca rastlanmamıştır. Literatür taramasında psikososyal destek kısmına fazlaca değinilmediğini daha çok müdahalelerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerine odaklanıldığı tespit edilmiştir.

Leku vd. (2022) acil yardım ve afet durumlarında kanıta dayalı ruh sağlığı ve psikososyal destek müdahalelerini geliştirmek için çok sektörlü entegrasyonu içeren bir model önerisinde bulunmuştur. Önerdikleri modelin adı Self Help Plus 360 olup, bu model farklı sektörlerdeki acil yardım ve afet faaliyetlerindeki paydaşların kendi

programlarına psikososyal müdahaleyi entegre etmeleri ana fikrine dayanmaktadır. SH+, afetlerde oluşabilecek ruhsal sorunları yönetmek ve genel olarak meydana gelebilecek zorluklarla başa çıkmak için teknikler sağlayan düşük yoğunluklu, kendi kendine yardım müdahalesidir. Bu modelin testleri farklı bölgelerde farklı denekler üzerinde gerçekleştirilmiş olup hala üzerinde iyileştirmeler devam etmektedir. SH+ 360 modelinin uygulanmasında karşılaşılan başlıca problemler ise eğitim, denetim, izleme ve değerlendirmedir.

Ottisova vd. (2022) makalelerinde, afetler öncesinde, sırasında ve sonrasında sağlık çalışanlarına verilen psikososyal müdahalelerin sistematik bir incelemesini sekiz veri tabanını tarayarak yürütmüştür. TSSB, anksiyete ve depresyon gibi afet sonrası ortaya çıkması çok muhtemel olan ruh sağlığı sorunları için bireysel ve grup şeklinde düzenlenebilecek bilişsel davranışçı terapi başta olmak üzere kanıt tabanlı psikolojik müdahalelerin TSSB ile anksiyete sıkıntılarının iyileştirilmesinde faydalı olabileceği ve bunun yanında afet sonrası ruhsal sıkıntıların tedavisinde tek oturumlu bilgilendirme ve psikolojik ilk yardım atölyelerinin etkilerinin ise çok az olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar, afet durumunda sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirilen psikososyal müdahalelerin etkilerine dair fazla bir araştırma bulunmadığını belirtmiştir.

Dückers vd. (2022) nitel analiz yaptıkları çalışmalarında 13 adet ruh sağlığı ve psikososyal destek kılavuzunu metot açısından incelemişler ve kullanım açısından en çok faydalanılan dört kılavuzun kapsam ve içeriğini irdelemiştir. İncelenen dört kılavuzun, amaç, tanım, hedef kitle, terminoloji, modeller bağlamında benzer ve birbirini tamamlar nitelikte olduğunu görmüştür. Ruh sağlığı ve psikososyal destek bağlamında ele alınması gereken önlemler ve yapılması gereken müdahalelerle ilgili dört kılavuzda beş başlık bulunmuştur. Bunlar ise; sağlık faaliyetleri, temel acil yardım, bilgi sağlama fonksiyonu, duygusal ve sosyal yardım durumu ve gerekli pratik destek. Çıkarılan en önemli yorum ise eldeki dört kılavuzun içeriğinin afet durumlarında pratikte nasıl çalıştığının test edilmemiş olmasından kaynaklı belirsizlikti. Dolayısıyla kılavuzların gerçek acil ve afet ortamlarında uygulamalarının yapılması ve bunların rapor edilmesi belki de farklı kılavuzların bütünleştirilmesinde bir başlangıç olacaktır.

Tol vd. (2023) 2021-2030 yılları arasında acil yardım ve afet durumlarında ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri için fikir birliğine dayalı bir araştırma gündemi geliştirmeye çalışmış ve geniş kapsamlı bir nitel araştırma gerçekleştirmiştir. Deneklerin görüşlerine göre en sık geçen ana temalar; problem değerlendirme ve analizi, faaliyetlerin yararları ve araştırma, bilgi yönetimi olarak görülmüştür. Ruh sağlığı ve psikososyal destek alanında en önemli araştırma gündemi olarak işgücünün

güçlendirilmesi ve izleme-değerlendirme uygulamaları gibi uygulamalı araştırma soruları tercih edilmiştir. Çalışma sonucunda tercih edilen araştırma soruları ise; ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin sonuçlarının nasıl değerlendirileceği, etkilerinin neler olabileceği olarak bulunmuştur. Geçmişteki on yılla kıyaslandığında gelecekteki on yılda araştırma öncelikleri etkinlik araştırmalarından daha çok sistem odaklı uygulama araştırmalarına kaymıştır.

Schwartz vd. (2023) çalışmalarında, hükümet kontrolündeki ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetlerdeki değişimi gözden geçirmeyi ve Afganistan'daki mevcut durum hakkında daha fazla farkındalık sağlamayı amaçlamıştır. Afganistan devamlı çatışmaların olduğu bir ülkedir. Afet bağlamında çatışmaların olduğu Afganistan'da 2021 yılında yürütülen bir araştırma sonucunda, genel nüfus arasında yüksek düzeyde (yaklaşık yarısında) depresyon ve anksiyete bozuklukları bulunmuştur. Araştırmacılar ruh sağlığının düzeltilebilmesi için bazı önerilerde bulunmuştur. Uluslararası sivil toplum örgütleri tarafından geleceğe yönelik olumlu bir bakış açısı oluşturulmalıdır. Hükümet, Afganistan'da büyük siyasi ve tıbbi reformların dışında, ruh sağlığına da öncelik vermelidir. Sivil toplum kuruluşlarının ve tıp camiasının Afganistan'daki ruh sağlığı ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vermek için aile odaklı ve toplum temelli bir bakım yapısını oluşturması gereklidir. Sağlık pratisyenlerinin kapasiteleri geliştirmeli ve eğitimleri yükseltilmelidir.

Yu vd. (2023) afet ve acil durumlardan sonra çocuk ve ergenlerin ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bakımına dair kanıtların kapsamlı bir şekilde derlenmemiş olmasından yola çıkarak alt-orta gelirli ülkelerdeki çocukların ve ergenlerin ruh sağlığını geliştirmeyi ve ruh sağlığı koşullarını korumayı amaçlayan müdahalelerin etkinliğine ilişkin mevcut kanıtlara genel bir bakış sağlamayı amaçlamıştır. Araştırma sonucunda yazarların önerileri: Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve psikososyal destek müdahaleleri üzerine yapılan araştırmalar proaktif olmaktan çok reaktiftir, dolayısıyla yapılacak araştırmalar geleceği öngörerek gerçekleştirilmelidir. Ayrıca çalışmaların bir kısmının çocukların ruh sağlığı ve psikososyal ihtiyaçlarını ele almaya dair faaliyetlerin etkinliğini araştırması gereklidir. Erken dönem çocukluk çağı ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri ile ilgili araştırmalar yapılmalıdır. Çocuklar ve ergenler için ruh sağlığı ve psikososyal destek araştırmaları çeşitlendirilmelidir.

4. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

4.1. Araştırmanın Konusu

Afet ve acil durumlar insan yaşamını sekteye uğratan hatta durduran olaylar olarak toplum hayatında önem arz eden ve dikkatlice ele alınıp incelenmesi gereken konulardır. Çünkü afet ve acil durumlar, insanların sağlıklı olan psikolojik durumlarını bozma potansiyeli bulunan, mevcut olan ruh hastalıklarına da ek olarak yeni başka sorunlar ortaya çıkmasına sebep olan olaylardır ve bu gibi durumlar sonucunda afetzedelerde TSSB, depresyon ve anksiyete gibi ruh hastalıklarının yaygın görüldüğü söylenebilir. Afet ve acil durum olaylarında geçmişte ruh hastalıkları için psikolojik ilk yardım uygulanıp bırakılmasına rağmen günümüzde psikososyal destek faaliyetlerinin, gelişen kavramsal ve kuramsal çerçevesi kapsama alanının genişlemesi ile psikolojik ilk yardımın, sürecin bir parçası olarak değerlendirilmesine olanak tanımıştır. Bu hususta psikososyal destek faaliyetlerinde ruhsal bozukluklar için afet öncesinde veriler toplanır, hemen sonrasında ise (takribi 3 gün) psikolojik sıkıntı gösterenleri tespit etmek için faaliyetler yürütülür. Akabinde, tespit edilen hastalardan bazılarının durumları kronikleşmiş görülürse psikiyatrik tedavi için ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirilir. Sadece afetten kaynaklanan ve olağan görülen ruhsal sıkıntıları yaşayanlar ise takip altına alınır ve 1-2 yıl boyunca durumları izlenir. Yani, psikososyal destek faaliyetleri afetzedelerin, fiziksel ihtiyaçlarından barınma ve güvenlik ihtiyaçlarına kadar çok geniş bir kapsama alanı sahip olup sadece psikolojik ilk yardımı kapsamaz. Daha genel bir ifadeyle psikososyal destek faaliyetleri, planlamadan, uygulama aşamasına ve faaliyetlerin sonlandırıldığı denetim aşamasına kadar uzanan bir süreçtir ve bu süreç boyunca birçok paydaşın görev aldığı çok geniş yelpazeye sahip faaliyetler ve planlamalar bütünüdür.

Bu araştırmanın konusu gerçekleştirilen psikososyal destek faaliyetlerinin sonucunda hizmet alan afetzedelerin algıladıkları hizmet faydalarının, onların ruhsal sıkıntıları üzerindeki etkisini araştırmaktadır.

4.2. Araştırmanın Amacı, Kapsamı ve Kısıtları

Psikolojik ya da psikiyatrik tedavi amacı olmaksızın, afet ve acil durum sonrası ortaya çıkabilecek muhtemel psikolojik bozuklukların önlenmesi, aile ve toplum düzeyinde ilişkilerin yeniden kurulması ve geliştirilmesi, afetzedelerin normal yaşamlarına geri dönmesi sürecinde kendi kapasitelerini fark etmeleri, toplumda

gelecekte ortaya çıkması muhtemel afet ve acil durumlarla başa çıkma, iyileşme ve toparlanma becerilerinin güçlendirilmesi, yardıma katılan çalışanlarının desteklenmesini içeren ve afet sürecinin her aşamasında yürütülen çok disiplinli hizmetler bütünüdür. Afet sonrası psikososyal destek kısaca toplumun eski haline dönmesi ile ilgili bütün faaliyetleri kapsamaktadır.

Bu araştırmanın birinci amacı algılanan psikososyal destek ölçeği geliştirmek olup, ikinci amacı ise algılanan psikososyal desteğin, psikososyal destek almış olan afetzedelerin ruhsal durumları (TSSB, depresyon, anksiyete) üzerindeki etkisini tespit etmektir.

Verilen psikososyal destek faaliyetlerinin geniş yelpazesi göz önüne alınarak bilgi, süreç, bireysel ve toplumsal fayda bağlamındaki etkileri kapsama dahil edilmiştir. Ruhsal sıkıntılar bağlamında ise en çok görülen TSSB, depresyon ve anksiyete bozuklukları olarak dikkate alınmıştır.

Araştırmanın kısıtları ise

- Psikososyal desteğin çok boyutlu yapısı ve uzun bir süreç faaliyeti olduğu göz önüne alındığında, etkisi çok geniş bir kitleyi ve bu kitlenin farklı değişkenlerini etkilemesi söz konusudur. Dolayısıyla psikososyal desteğin algılanan boyutları bu araştırmada ele alınan dört boyutun çok daha ötesine uzanabilir.
- Zaman, maliyet gibi kısıtlardan dolayı evrenden örneklem seçimi tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi olarak belirlenmiş olup, araştırma sonucu elde edilen bulgular evrene genellenemez.
- Araştırma evrenindeki afetzedelerin ruhsal sıkıntılarıyla ilgili daha önce toplanmış verilerin bulunmayışı, değerlendirmelerin zamanın belli bir anı için geçerli olmasına neden olmuştur.
- Afetzedelerin ruhsal durumları klinik değerlendirmelerle (ruh hastalıkları uzmanları vasıtasıyla) değil, onların algılamalarıyla ölçülmüştür.
- Araştırmada afetzedelerin algıladıkları psikososyal destek hizmetleri faydaları konusunda sadece kısa ve basit bir ölçeğin olmasından dolayı bir ölçek geliştirilmiş olup, bu ölçeğin sonraki araştırmalarla doğruluğunun test edilmesi gerekliliği vardır.

4.3. Araştırmanın Literatüre Katkısı

Algılanan psikososyal desteği doğrudan ve birebir ölçmek amacıyla literatürde gerçekleştirilen sadece bir çalışma bulunmuştur. Bu çalışma Panzeri vd. (2023)'nin gerçekleştirdikleri makaledir. Diğer çalışmalar ise ya ölçek oluşturma amacıyla değil

(Kalaycıoğlu vd., 2015) ya da psikososyal desteği başka ölçeklerle (sosyal destek ölçekleri, pozitif değişim ölçekleri, bilişsel davranışsal değerlendirme ölçekleri) ölçmeyi amaçlamışlardır. Yani doğrudan konuyla birebir alakalı ölçümler değildir.

Bu araştırmanın birincil önemi literatürde bulunan psikososyal desteği afetzede algılaması bağlamında ölçen ikinci araştırma olmasıdır. İlk ölçeğin tek boyutlu yapısı ise, hızlı ölçmeyi amaçlayıp sadece 4 madde içermesinden dolayı eleştiriye açıktır. Bu hususta afetzedelerin aldıkları psikososyal destek hizmetlerinden algıladıkları faydaları ölçebilen kapsamlı bir araştırmaya ihtiyaç vardır ve psikososyal destek hizmetleri verildikten sonra gerçekleştirilen denetim aşamasında faaliyetlerin etkinliğinin belirlenebilmesi ancak bir ölçüm aracının varlığıyla mümkündür. Verilen psikososyal desteğin etkinliğinin önceki planlara uygunlukla veya kılavuzların içeriğinin uygulanması vasıtasıyla ölçülmesi tam manada bir ölçüm olmayacaktır. Çünkü hizmeti alanların hizmetlerle ilgili görüşleri de performans kriterleri için gereklidir.

Araştırmanın literatüre ikinci katkısı ise algılanan psikososyal hizmetin afetzedelerin ruhsal durumları üzerindeki etkilerini geliştirilen bir ölçek vasıtasıyla niceliksel yöntemleri kullanarak ölçmesidir. Daha önce bu yönde çalışmalar vardır fakat ölçek kullanılarak ve istatistiksel yöntemlerden ziyade sadece basit frekans analizleri vasıtasıyla gerçekleştirilmişlerdir. Bu çalışmalara kuramsal çerçeve kısmında değinilmiştir.

4.4. Araştırma Modeli ve Hipotezlerinin Geliştirilmesi

Tablo 3. Hipotezlerin oluşturulmasına yönelik faydalanılan literatürdeki çalışmaları

Altindağ vd. (2005)	Afetlerde TSSB ile alınan daha az sosyal destek arasında istatistiksel olarak negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Sağlanan iyi yaşam koşulları ve yeterli sosyal-sağlık hizmetlerinin TSSB'yi azalttığını, erken psikolojik müdahalenin, TSSB'nin kalıcı olmasını engelleyebileceğini ifade etmişlerdir.
Aslinejhad vd. (2010)	Afetlerde psikososyal destek sonucunda TSSB puanlarının önemli ölçüde azaldığını bulmuşlardır.
Ke ve Li (2010)	Afetlerde sosyal desteğin afetzedelerin yaşam kalitesini artırdığını ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilediğini bulmuşlardır.

Tablo 3. (Devamı)

Jia vd. (2010)	Afetlerde yaşam kalitesi değişkeninin, TSSB ve depresyon değişkenleri ile güçlü ve negatif bir ilişkili içinde olduğunu bulmuşlardır. Psikolojik yardım faaliyetlerini kullanmayan katılımcıların diğerlerine göre TSSB'ye yakalanma riskinin dört kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.
Xu ve Song (2011)	Afetlerde algılanan destek ile TSSB arasında negatif yönlü bir ilişki tespit etmişlerdir.
Feder vd. (2013)	Afetlerde daha yüksek algılanan sosyal desteğin, daha yüksek olumlu duygularla ilişkili olduğunu bulmuşlardır.
Yokoyama vd. (2014)	Araştırmasında afet sonrası sosyal ağ eksikliğinin psikolojik sorunları önceliediğini tespit etmişlerdir.
Budosan vd. (2014)	Afetlerde ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetleri sonucunda afetzedelerin yaşam koşullarının iyileştiğini, dayanıklılıklarının ve baş etme becerilerinin arttığını, stresle ilgili sorunları yönetme kabiliyetlerinin geliştiğini tespit etmişlerdir.
Khachadourian vd. (2015)	Depremzedelerin algıladıkları sosyal destek puanındaki her birimlik artışın, depremzedelerin yaşam kalitesinin tüm faktörlerinde daha yüksek seviyede bir artış oluşturduğunu tespit etmişlerdir.
Sezgin ve Punamäki (2016)	Afetlerde özellikle komşuluk ve evlilik ilişkileri olmak üzere bozulan sosyal ilişkilerin TSSB'nin belirleyicileri olduğunu bulmuşlardır.
Matsuyama vd. (2016)	Afetlerden sonra topluluklarda sosyal ilişkilerin teşvik edilmesinin ve afetzedelerin olumlu psikososyal destek görmelerinin onların psikolojik sıkıntılarını azaltabileceğini tespit edilmişlerdir.
Eray vd. (2017)	Afet sonrasında algılanan aile desteğinin TSSB puanlarının anlamlı yordayıcısı olduğunu, algılanan arkadaş desteği ve algılanan öğretmen desteğinin ise anlamlı yordayıcılar olmadığını bulmuşlardır.
Kane vd. (2018)	Deprem sonrası görülen yüksek düzeyde bozulmuş işlevselliğin, depresyon ve anksiyete durumunu artırırken, TSSB'yi daha az etkilediğini bulmuşlardır.
Thordardottir vd. (2018)	Çalışmalarında afetlerde sunulan psikososyal destek hizmetleriyle TSSB arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır.

Tablo 3. (Devamı)

Salcioglu vd. (2018)	Bir afetten sonra duygusal ve finansal destek eksikliğinin ruh sağlığı sonuçları üzerinde sınırlı bir etkisinin olduğunu ama kişinin hayatı üzerindeki kontrol duygusunun travmatik stres ve depresif tepkileri üzerinde uzun dönemli etkileri olduğunu tespit etmişlerdir.
Purgato vd. (2018)	Afetlerde odaklanmış psikososyal destek müdahalelerinin TSSB'yi olumlu yönde etkilediğini ama anksiyeteyi etkilemediğini tespit etmişlerdir.
Welton vd. (2018)	Afetlerde sosyal uyumun yüksek olmasının depresyonu azalttığını ama TSSB'yi etkilemediğini bulmuşlardır.
Bangpan vd. (2019)	Afetlerde ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin etkinliğinin yüksek olmasının TSSB'nin azaltılmasında etkin bir faktör olduğunu belirlemişlerdir.
Dhital vd. (2019)	Afetlerde psikososyal destek faaliyetlerinin ergen öğrencilerin TSSB, depresyon ve umut beklentilerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını tespit etmişlerdir.
Zahlawi vd. (2019)	Afetlerde psikososyal destek almayan kadınların daha fazla stres yaşadığını tespit edilmişlerdir.
Liang vd. (2019)	Afetlerde sağlanan sosyal desteğin yüksek olması ile TSSB arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.
Liv vd. (2021)	Afetlerde psikososyal müdahalelerin, afetzedelerin yalnızca ruhsal bozukluklarının semptomlarını azaltmaya değil, aynı zamanda onların psikolojik sıkıntılara karşı direncini de artırdığını tespit etmişlerdir.
Leichner vd. (2021)	Afetlerde psikososyal destek hizmeti alanların beceri, bilgi ve öz yeterlilik algılarında önemli gelişmeler görüldüğünü ve ciddi işlevsel bozukluklar yaşayanların büyük bir kısmında iyileşmeler görüldüğünü tespit etmişlerdir.
Ottisova vd. (2022)	Afetlerde kanıt tabanlı psikolojik müdahalelerin TSSB ve anksiyete sıkıntılarının iyileştirilmesinde faydalı olabileceğini bulmuşlardır.
İlhan vd. (2023)	Afetlerde düşük sosyal destek ile TSSB arasında pozitif yönlü bir ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Tablo 3'te araştırmanın konusuyla ilgili literatürde geçen ve hipotezlerin oluşmasına yardımcı olan kaynaklar görülmektedir. Daha önceden psikososyal desteğin çok boyutlu olarak incelenmemesi hipotezler için doğrudan birebir örtüşen araştırma

kaynağı bulunmamasına neden olmuştur. Fakat dolaylı olarak yukarıdaki literatürdeki araştırmalardan çıkan sonuçlar aşağıdaki hipotezlerin testine gerekçe oluşturmuştur.

Araştırmanın Hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H1: Algılanan psikososyal desteğin Bilgi alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H2: Algılanan psikososyal desteğin Bilgi alt boyutu Depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H3: Algılanan psikososyal desteğin Bilgi alt boyutu Anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H4: Algılanan psikososyal desteğin Süreç alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H5: Algılanan psikososyal desteğin Süreç alt boyutu Depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H6: Algılanan psikososyal desteğin Süreç alt boyutu Anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H7: Algılanan psikososyal desteğin Bireysel Fayda alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

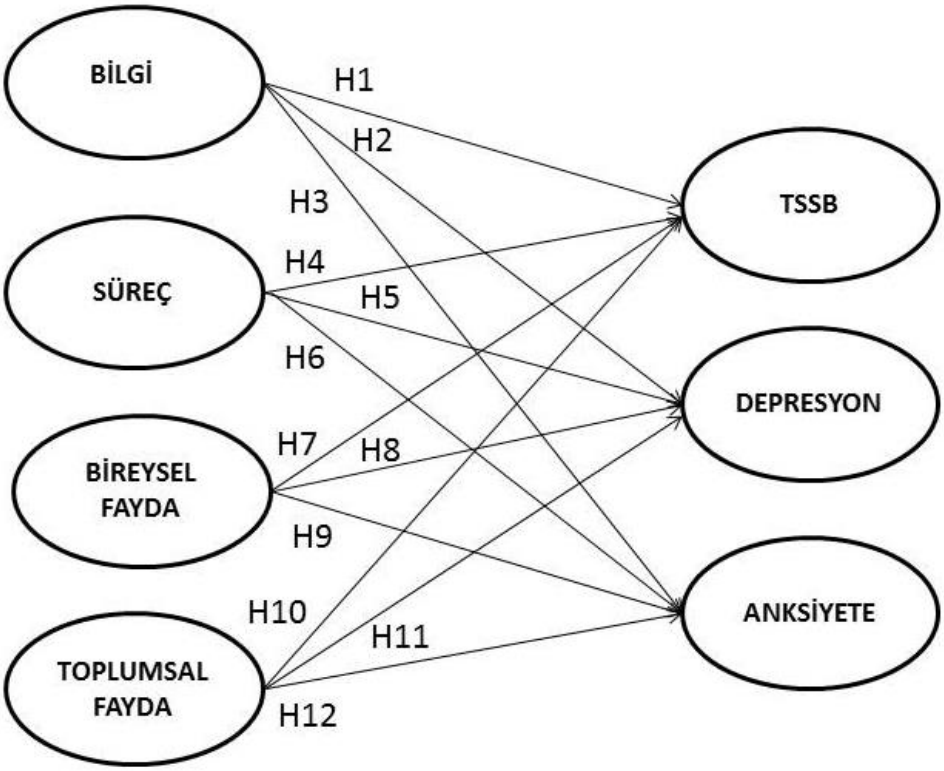
H8: Algılanan psikososyal desteğin Bireysel Fayda alt boyutu Depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H9: Algılanan psikososyal desteğin Bireysel Fayda alt boyutu Anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H10: Algılanan psikososyal desteğin Toplumsal Fayda alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H11: Algılanan psikososyal desteğin Toplumsal Fayda alt boyutu Depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.

H12: Algılanan psikososyal desteğin Toplumsal Fayda alt boyutu Anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler.



Şekil 2. Araştırma modeli

Araştırma modeline bakıldığında algılanan psikososyal destek ölçeğinin bilgi, süreç, bireysel fayda ve toplumsal fayda alt boyutlarının bağımsız değişenler olduğu, DASS42 (Depression Anxiety Stress Scale) ölçeğine ait TSSB, depresyon ve anksiyetenin de bağımlı değişenler olduğu görülmektedir. Bağımsız değişkenlerden bağımlı değişkenlere giden regresyon okları hipotezler bağlamında, hipotezler ise literatür kapsamında oluşturulmuştur (Şekil 2).

4.5. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Ölçeklere Ait Maddeler

Araştırmada iki ölçek kullanılmıştır; algılanan psikososyal destek ölçeği ve DASS42 ölçeği.

Algılanan psikososyal destek ölçeğinin oluşturulması, geçerlilik ve güvenirliliğinin sağlanması bu araştırmada gerçekleştirilmiştir. Bu ölçeğin geliştirilmesi süreci ve içeriği ayrı bir bölümde verilmiştir. Ölçek son haliyle 4 boyut ve 38 soru içermektedir. 1.-6. sorular Bilgi alt boyutunu, 7.-15. sorular Süreç alt boyutunu, 16.-28. sorular Bireysel Fayda alt boyutunu, 29-38. sorular Toplumsal Fayda alt boyutunu ölçmektedir. Ankette 6., 15., 28. ve 38. sorular ters kodlanmış sorular olup analiz aşamasında düzeltilmiştir. 5'li Likert ölçeği kullanılarak ölçülmüştür (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kısmen Katılıyorum, 4=Katılıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum).

DASS42 ölçeği Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiş bir ölçek olup 3 boyutludur; depresyon, anksiyete ve stres. DASS 42 ölçeğinde: 1, 10, 20, 30 ters sorulardır, analiz aşamasında ters çevrilmiştir. 14 maddesi depresyon, 14 maddesi anksiyete ve 14 maddesi stres olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Depresyon maddeleri (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42), anksiyete maddeleri (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41) ve stres maddeleri (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39). Ölçek, 4'lü Likert tipi bir ölçekle ölçülmüştür (0 ile 3 arasında (0=bana hiç uygun değil, 1=bana biraz uygun, 2=bana genellikle uygun, 3=bana tamamen uygun). Orijinal çalışmada ölçeğin depresyon, anksiyete, stres boyutları için iç tutarlık katsayıları (Croncbach Alfa) sırasıyla 0.91, 0.84, 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçek orijinal formundan Türkçeye çevrildikten sonra alanında uzman 3 danışman akademisyene gösterilmiş, ardından da Türk Dili ve Edebiyatı akademisyenlerinden birinden gözden geçirmesi istenilmiştir. Araştırmada kullanılan anket soruları EK2'de görülmektedir.

4.6. Araştırmanın Evreni ve Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın evreni, 6 Şubat 2023 tarihinde Türkiye saati ile 04:17'de ve 13:24'te merkez üssü Kahramanmaraş'ın Pazarcık ve Elbistan ilçeleri olan depremlere maruz kalan 11 şehrin toplam nüfusu olan 14.013.196 kişidir. Araştırma evrenine deprem bölgesinde yaşayan 1.738.035 göçmen dahil edilmemiştir. Araştırma örneklemi belirleme yöntemi tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden biri olan kolayda örnekleme yöntemidir. Örneklem seçilirken deprem anında deprem bölgesinde yaşamak ve depremden etkilenmek, deprem sonrası psikososyal destek almış olmak ve TC vatandaşı olmak kriterleri dahil etme kriteri olarak belirlenmiş, 18 yaş altı ve 65 yaş üstü dışlama kriteri olarak uygulanmıştır. Toplamda 1000 adet anketin gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır. Yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. Bu amaçla hazırlanan anket Bayburt Üniversitesi öğrencilerinden bölgede yaşayanlardan seçilmiş bir grup (32 öğrenci) tarafından yaşadıkları bölgeye gittikleri zaman gerçekleştirilmiştir. Anketi uygulayacak öğrencilere örnekleme dahil edilecek ve örneklemden dışlanacak grup özellikleri anlatılmış ve anket uygulama hakkında kısa genel bir bilgilendirme yapılmıştır. Anketlerin uygulanma aralığı ise, 15.02.2024-15.05.2024 tarihleri arasındadır. Toplamda 668 kişiye ulaşılmış olup, bunlardan bazılarının özensiz doldurulması, bazılarının okunmadan doldurulduğunun anlaşılması, bazılarının da örnekleme kapsamı dışında olduğunun görülmesi üzerine elenmiş ve toplamda 638 deneğin verileri analize dahil edilmiştir.

Araştırma anketi 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik özelliklere ait sorular, ikinci bölümünde algılanan psikososyal destek ölçeği ile ilgili sorular ve üçüncü kısmında ise DASS42 ölçeğine ait sorular yer almıştır. EK2'de anket formu bulunmaktadır.

4.7. Kullanılan Analiz Yöntemleri

Araştırma analizinde SPSS v.21 (Statistical Package for the Social Sciences) ve AMOS v.22 (Analysis of Moment Structures) programları kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler: Kapsam geçerlilik oranı analizi (KGO), dağılım istatistikleri (ortalama, standart sapma, medyan, çarpıklık ve basıklık), açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi (DFA), Croncbach Alpha, madde-toplam korelasyonları, iki yarı ve Guttman güvenirlilik analizleri, benzeşim geçerliliği, ayrım geçerliliği, birleşik güvenirlilik ve yapısal eşitlik modelidir (YEM). Ayrıca araştırma anlamlılık düzeyi olarak 0,05 olarak belirlenmiştir.

4.8. Analiz ve Bulgular

Araştırmanın analiz ve bulgular kısmı genel anlamda dört ana bölümden oluşmaktadır. Birinci kısımda, katılımcıların demografik özellikleri verilmiştir. İkinci kısımda, algılanan psikososyal destek ölçeği geliştirmek amacıyla izlenen süreç bulguları ve geçerlilik, güvenirlilik analizleri bulgularına yer verilmiştir. Üçüncü kısımda, DASS42 ölçeğine ait geçerlilik ve güvenirlilik analizi bulguları bulunmaktadır. Son olarak dördüncü kısımda ise araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli sonuçları görülmektedir.

4.8.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmaya dahil katılımcılardan 638'inin verileri analize dahil edilmiş olup, bunların demografik özellikleri Tablo 4'teki gibidir. Katılımcıların demografik özelliklerinden yüzde olarak en fazla bulunanlar 51-65 yaş aralığı, evli, çalışıyor olan, lise mezunu ve kadın cinsiyetidir.

Tablo 4. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri

Yaş	**Frekans**	**Yüzde**	**Eğitim Durumu**	**Frekans**	**Yüzde**
18-30	109	17.1	Okuryazar değil	28	4.4
31-40	142	22.3	Okuryazar	80	12.5
41-50	177	27.7	İlkokul	161	25.2
51-65	210	32.9	Ortaokul	117	18.3
Medeni Durum	**Frekans**	**Yüzde**	Lise	184	28.8
Evli	431	67.6	Üniversite	52	8.2
Bekar	207	32.4	Lisansüstü	16	2.5
İş Durumu	**Frekans**	**Yüzde**	**Cinsiyet**	**Frekans**	**Yüzde**
Çalışıyor	296	46.4	Erkek	315	49.4
Çalışmıyor	214	33.5	Kadın	323	50.6
İşsiz	128	20.1			

4.8.2. Algılanan Psikososyal Destek Ölçeği Geliştirme Süreci İle İlgili Bulgular

Bu araştırmada DeVellis (2012)'in ölçek geliştirme süreci baz alınmıştır. Bu araştırmanın süreci aşağıdaki adımları takip etmektedir:

1. Yapı tanımlaması: Ölçeği geliştirilmek istenen kavramın, olayın ve olgunun tanımlanması, ilişkili alanların araştırılması.
2. Önceki ölçeklerin incelenmesi: Ölçeği geliştirilmek istenen kavram, olay veya olguyla ilgili daha önce gerçekleştirilen ölçeklerin araştırılması ve bunlardan uygun maddelerin alınması.
3. Madde havuzunun oluşturulması: Ölçeğin taslak formu için ilk iki maddede elde edilen bilgiler ışığında madde havuzunun oluşturulması.
4. Ölçüm yönteminin belirlenmesi: Gerçekleştirilmek istenen ölçeğin ölçüm türünün tespit edilmesi.
5. Uzman görüşü alınması: Taslak ölçeğin alanında uzman kişilerce gözden geçirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması.
6. Akademik uzman değerlendirmesi: Akademisyenlerce tekrardan gözden geçirme aşaması.
7. Pilot uygulamanın yapılması.
8. Ölçeğin alan çalışmasının gerçekleştirilmesi.

4.8.2.1. Yapı Tanımlaması

DeVellis (2012), ölçek geliştirme sürecinin ilk aşamasının ölçülmek istenen kavram, olay veya olgunun tanımlanmasıyla başlaması gerekliliğini vurgulamıştır. Carpenter (2018) ise tanımlamanın en önemli kısmının detaylı bir literatür taraması olduğunu, bu sayede ölçeği oluşturulmak istenen yapının boyutlarının

belirlenebileceğini ve her bir boyutu yansıtan maddelerin bulunabileceğini ifade etmiştir.

Bu araştırmanın kavramsal çerçeve bölümünün 'Psikososyal Destek' başlıklı kısmında, psikososyal destek faaliyetlerinin ne olduğu, uygulama alanları, kapsamı ve amacı gibi diğer konulara yer verilerek detaylı bir tanımlaması yapılmış, literatür taraması bölümünün 'Psikososyal Destek' kısmında ise psikososyal destek konusunda gerçekleştirilen daha önceki çalışmalara değinilmiştir.

4.8.2.2. Önceki Ölçeklerin İncelenmesi

Churchill (1979), ölçek geliştirmenin gerekli olup olmadığını belirlemek amacıyla literatürün incelenip, daha önce oluşturulan ölçeklerin irdelenmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Araştırmacının ölçek geliştirmesindeki amacın ya ilgili konuyu ölçen bir ölçeğin olmaması veya var olan ölçeklerin eksik veya tutarlı olmamasıdır.

Algılanan psikososyal desteği doğrudan ve birebir ölçmek amacıyla literatürde gerçekleştirilen sadece bir çalışma bulunmuştur. Bu çalışma Panzeri vd. (2023)'nin gerçekleştirdikleri çalışmadır. Diğer çalışmalar ise ya ölçek oluşturma amacıyla değil (Kalaycıoğlu vd., 2015) ya da psikososyal desteği başka ölçeklerle (sosyal destek ölçekleri, pozitif değişim ölçekleri, bilişsel davranışsal değerlendirme ölçekleri) ölçmeyi amaçlamışlardır. Yani doğrudan konuyla birebir alakalı ölçümler değildir.

Panzeri vd. (2023) ise, acil durumlarda algılanan psikososyal desteği birebir ölçmek için bir ölçeğin bulunmadığını, daha önce yapılan bu bağlamdaki çalışmaların ise psikososyal destek ile birlikte birçok faktörü de içerdiğini belirterek sadece bu amaçla gerçekleştirilen bir ölçek oluşturmuşlardır. Oluşturdukları ölçek tek boyutlu olup, 4 madde içermektedir. Psikometrik testleri gerçekleştirilen bu ölçeğin başarılı olduğu belirtilse de tek boyutlu olması ve psikososyal desteğin sadece psikolojik alt boyutuna önem vermesinden dolayı eksik olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin soruları; başkalarının bana yardım ettiğini hissettim, başkaları tarafından anlaşıldığımı hissettim, başkalarıyla konuşabildim, birisi kişisel sorunlarımı çözmeme yardım etti, olaraktır ve bu ölçeğin oluşturulmasındaki amaç çok hızlı bir şekilde algılanan psikososyal desteği ölçmektir. Dolayısıyla kapsamdan ziyade hıza önem verilmiştir. Alanda sadece bir tane ölçeğin olması ve bu ölçeğin de sadece tek boyutlu ve 4 maddeli olması, psikososyal desteğin diğer boyutlarını kapsamaması, sadece desteği alan kişinin iyi oluş halini ölçmesi bakımından eksik bir ölçek olup algılanan psikososyal desteğini nitelik ve nicelik bakımından doğru ölçebilecek bir ölçek eksikliği vardır.

4.8.2.3. Madde Havuzu Oluşturulması

DeVellis (2012) ölçek geliştirme sürecinde oluşturulacak madde havuzunun nihai ulaşılmak istenen madde sayısının %50 fazlasıyla 4 katına kadar olması gerektiğini ifade etmiştir. Bu araştırmada geçerlilik ve güvenirlilik öncesi 30 madde oluşturulması amaçlanmış ve bu bağlamda madde havuzunda 68 madde oluşturulmuştur. Madde havuzunun oluşturulmasında tümdengelim metot kullanılmıştır. Yani konuyla alakalı kapsamlı bir literatür taraması gerçekleştirilmiş ve daha önceki konuyla ilgili ölçekler araştırılmıştır. Literatür incelemesinde psikososyal desteğin kavramları, amacı, kapsamı, süreci ve ilişkili olduğu yan alanlar dikkate alınarak psikososyal destek alan kişilerin algıladıkları psikososyal desteği ölçebileceği düşünülen maddeler havuza eklenmiştir. Ayrıca, madde havuzu oluşturulurken maddelerin anlaşılır, kolay okunur, cevaplandırılabilir olup olmadığı, maddelerin uzunluğu, yani yüzey geçerliliği için alandaki akademisyen ve uzmanlara danışılmıştır ve literatür okuması sonucu psikososyal desteğin 4 alt boyutu olduğu (Bilgi, Süreç, Bireysel Fayda ve Toplumsal Fayda) sonucuna varılmış ve maddeler bu alt boyutların altında gruplandırılmıştır.

4.8.2.4. Ölçüm Yönteminin Belirlenmesi

Tavşancıl (2014), ölçek geliştirme sürecinde madde havuzu oluşturulurken hangi ölçme yönteminin kullanılacağının önceden belirlenmesinin ve maddelerin formunun buna göre hazırlanması gerektiğini ifade etmiştir. Bu hususta, Likert, Thurstone ve Guttman gibi farklı ölçüm yöntemleri bulunmaktadır. Araştırmacı hangisini kullanacağına ölçüm yöntemlerinin özelliklerine bakarak karar vermelidir. DeVellis ve Thorpe (2022), Likert tipi ölçümün doğrudan ölçülemeyen, dolaylı olarak ölçülebilen yapılar için (inançları, algıları, tutumları, düşünceler gibi) en uygun ölçüm türü olduğunu vurgulamışlardır. Likert tipi ölçeklemede madde bir bildirim şeklinde hazırlanır ve katılımcılara bu bildirime katılma düzeyleri sorulur. Katılma düzeyleri 5'li, 7'li 9'lu ve hatta 11'li formatta olabilir. En çok kullanılanı ise 5'li derecelendirme ölçümüdür ve eşit aralıklı ölçüm formatına göre "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kısmen Katılıyorum", "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" şeklindedir. Bu araştırmada 'Algılanan Psikososyal Destek' ölçeği geliştirilmek istenmekte olunup, katılımcılardan aldıkları psikososyal destek hizmetinden elde ettikleri faydalar bağlamında oluşturulan maddelere kendi şahsi fikirlerine göre katılma düzeyleri ölçülmek arzulanmaktadır. Dolayısıyla katılımcıların şahsi algıları ölçüleceğinden ve bildirim şeklinde hazırlanmış maddelere katılma düzeyleri sorulduğundan 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır.

4.8.2.5. Akademik Uzman Değerlendirmesi

Ölçek geliştirme aşamasında alanında uzmanlardan oluşan 8 kişilik bir grup tarafından yapılan kapsam, içerik ve görünüş geçerliliğinin yanında bu geçerlilik türlerinin derecesini artırmak amacıyla araştırmanın akademik kısmında görevli 3 akademisyene açık uçlu olarak taslak anket formunun son şekli sunulmuştur. Akademisyenlerden maddelerin içerik, kapsam, görünüş ve dil bağlamında değerlendirmeleri ve ayrıca alt boyutların ve ölçme metodunun uygunluğunu eleştirmeleri istenmiştir. Ayrıca, taslak anket Türk Dili alanında uzman bir akademisyence değerlendirilmiştir. Akademisyenlerin değerlendirmeleri sonucu sadece basit kelime ve imla düzeltmelerinde bulunulmuştur.

4.8.2.6. Uzman Görüşü Alınması

Netemeyer vd. (2003)'e göre görünüş ve kapsam geçerliliğinin sağlanabilmesi için ölçülecek şeyin literatür taraması sonucu ne kadar doğru tanımlandığı, boyutlarının ve içeriğinin ne kadar kapsamlı oluşturulduğunun yanında oluşturulan madde havuzunun uzmanlar tarafından değerlendirilmesi de gereklidir. Çünkü oluşturulan madde havuzu taraflı, yanlı, kapsamsız, eksik ve uygun görünüş geçerliliğine sahip olmayabilir. Bundan emin olmak için alanında uzman kişilerce oluşturulan taslak anket formunun gözden geçirilmesi gereklidir. Uzmanlarla gerçekleştirilen görüşmelerin niceliksel olarak sonuç veren yöntemlerinden birisini Lawshe (1975) önermiştir. Lawshe bir kapsam geçerlilik oranı ve indeksi metodu belirlemiştir. Bu metotta uzmanlara madde havuzu sunulur ve her madde için 'Uygun', 'Kısmen Uygun' ve 'Uygun Değil' kısımlarından kendilerine uygun olanı ifade uygunluğu, ölçüm yöntemi uygunluğu, dil geçerliliği, görünüş ve içerik geçerliliği bağlamında işaretlemeleri istenilir. KGO oranı -1 ile +1 arasında değişir ve +1'e yaklaştıkça uzmanların olumlu yönde fikir birliğinde olduğunu gösterir. Bu metodun formülü aşağıdaki gibi olup, görüşülen uzman sayısına göre kritik bir değeri vardır. Bu kritik değeri aşan maddeler madde havuzunda kalabilir. KGO = (Uygun işaretleyen Uzman sayısı- (Toplam Uzman sayısı/2) / (Toplam Uzman sayısı/2). Bu araştırmada kapsam geçerliliği çalışmasına 8 uzman (afet alanında psikososyal destekte daha önce görev almış 4 psikolog, 4 sosyolog) katılmış olup, 8 uzman için KGO kabul için kritik seviye 0.750'dir. Tablo 5'te KGO değerleri ve bu değerlerden kritik değerin üzerinde olanların kabul edildiği görülmektedir. Toplam 68 maddenin 38'i kabul edilmiştir. Bu 38 maddeden de istenen 2 maddenin kelime düzeltmesi uygulanmıştır. Ölçeğin toplam kapsam geçerliliğini gösteren Kapsam geçerlik indeksi (Kabul edilen maddelerin değerlerinin aritmetik

ortalaması) 0.868 olup, kritik değerin (8 kişi için 0.750) üzerinde olup ölçek bu haliyle bir bütün olarak kapsam geçerliliğini sağlamıştır. Kapsam geçerliliği için verilen formun son kısmında ölçeğin alt boyutlarının uygun olup olmadığı ile ilgili açık uçlu alana uzmanların olumlu görüş bildirdiği görülmüştür. Dolayısıyla önceden belirlenen psikososyal destek alt boyutlarının uygun olacağı kanaatine varılmıştır. Lawshe kapsam geçerlilik analizi sonucunda kalan 38 maddeyle birlikte analizlere devam edilmiştir.

Tablo 5. Madde kapsam geçerliliği sonuçları

Madde Numara	Uygun	Kısmen Uygun	Uygun Değil	KGO	Kritik Değer	Karar
Madde 1	7	1	0	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 2	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 3	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 4	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 5	5	0	3	0.250	0.750	**Ret**
Madde 6	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 7	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 8	5	0	3	0.250	0.750	**Ret**
Madde 9	7	1	0	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 10	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 11	5	0	3	0.250	0.750	**Ret**
Madde 12	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 13	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 14	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 15	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 16	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 17	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 18	6	1	1	0.500	0.750	**Ret**
Madde 19	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 20	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 21	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 22	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 23	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 24	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 25	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 26	5	0	3	0.250	0.750	**Ret**
Madde 27	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 28	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 29	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 30	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 31	5	1	2	0.250	0.750	**Ret**
Madde 32	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 33	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 34	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 35	6	1	1	0.500	0.750	**Ret**
Madde 36	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 37	6	1	1	0.500	0.750	**Ret**
Madde 38	5	1	2	0.250	0.750	**Ret**
Madde 39	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 40	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 41	6	2	0	0.500	0.750	**Ret**
Madde 42	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 43	8	0	0	1	0.750	**Kabul**

Tablo 5. (Devamı)

Madde Numara	Uygun	Kısmen Uygun	Uygun Değil	KGO	Kritik Değer	Karar
Madde 44	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 45	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 46	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 47	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 48	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 49	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 50	5	0	3	0.250	0.750	**Ret**
Madde 51	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 52	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 53	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 54	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 55	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 56	5	0	3	0.250	0.750	**Ret**
Madde 57	5	0	3	0.250	0.750	**Ret**
Madde 58	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 59	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 60	6	1	1	0.500	0.750	**Ret**
Madde 61	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 62	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 63	8	0	0	1	0.750	**Kabul**
Madde 64	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 65	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 66	6	0	2	0.500	0.750	**Ret**
Madde 67	7	0	1	0.750	0.750	**Kabul**
Madde 68	6	1	1	0.500	0.750	**Ret**

4.8.2.7. Pilot Çalışma

Ruel vd. (2015) pilot çalışmanın geliştirilen ölçeğin gerçek saha araştırması yapılmadan önce ulaşılmak istenen evreni temsil eden çok küçük bir örneklem üzerinde prova çabası olduğunu ifade etmiştir. Örneklem bulma, anketi uygulama, verileri toplama ve analiz etme aşamalarının bir ön testi olup saha koşullarının önceden gözden geçirilmesidir. Pilot çalışma vasıtasıyla da araştırmacı, hazırladığı taslak anket cevaplanırken katılımcıların karşılaştıkları sıkıntıları, zorlukları, anlaşılamayan veya yanlış anlaşılan maddeleri, maddelerin yazım hatalarını, anketin süresinin uygunluğunu görebilir ve katılımcılardan anında geri dönüş alınarak taslaktaki ve uygulamadaki hataları düzeltilebilir. Ayrıca araştırmacı, pilot çalışma vasıtasıyla çıkabilecek sorunları görebilir, yaptığı çalışmanın gerçekçi olup olmadığını anlayabilir. Ruel vd. (2015) de, pilot uygulamadaki örneklem büyüklüğünün 30-100 katılımcı olması gerektiğini belirtmiştir.

Bu araştırma doğrultusunda, Kahramanmaraş Depremlerini yaşamış, geçici olarak Bayburt'ta ikamet eden ve afetzede olan 30 kişiye tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden biri olan kolayda örnekleme yöntemiyle ulaşılmış ve taslak anket

araştırmacının kendisi tarafından birebir yaptırılmıştır. Yukarıda belirtilen pilot uygulama amaçları çerçevesinde anında onlardan geri dönüşler alınmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Bu bağlamda anketin fontu biraz büyütülmüş ve demografik değişkenler kısmında bazı düzeltmeler yapılmıştır.

4.8.2.8. Ölçeğin Alan Çalışmasının Gerçekleştirilmesi

Ölçeğin önceki süreçlerinin hepsi yerine getirildikten sonra araştırmanın saha araştırması amacıyla anket metodoloji kısmında belirtildiği üzere belirlenen örneklem üzerinde uygulanmıştır.

4.8.3. Algılanan Psikososyal Destek Ölçeği Güvenirlilik, Geçerlilik Analizi Sonuçları

Psikososyal destek ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlilik analizi sonuçları aşağıdaki gibi verilmiştir.

4.8.3.1. Normal Dağılım Uygunluğu

Araştırmada hipotezlerinin testinde kullanılacak istatistiksel analizlerin varsayımlarının sağlanması ve kullanılacak istatistiksel metotların belirlenebilmesi adına öncelikle değişkenlerin normallik testleri gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılım özelliği gösterip göstermediği normallik testleri, histogram, Q-Q grafiği, kutu-çizgi grafikleri ve çarpıklık ve basıklık katsayıları vasıtasıyla bulunabilir (Hayran ve Hayran, 2011: 35-48). Araştırmada normallik testi için basıklık ve çarpıklık katsayıları kullanılmış olunup araştırma değişkenlerinin çarpıklık ve basıklık değerlerinin farklı değerler için kabul edilebilir olduğuna dair çeşitli görüşler bulunmaktadır. George ve Mallery (2010) ve Büyüköztürk vd. (2011)'e göre basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1.0 ile +1.0 arasında olması normal dağılım açısından kabul edilir. Tabachnick ve Fidell (2013)'e göre ise -1.5 ile +1.5 arasındaki değerler kabul edilebilir değerlerdir. George ve Mallery (2010)'e göre ise -2.0 ile +2.0 arasındaki değerler kabul edilebilmektedir. Joanes ve Gill (1998)'e göre ise -3 ile +3 arasındaki bir değer normal dağılım için yeterlidir. Bu araştırmadaki değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerleri Tablo 6'da görülmektedir. Bütün değişkenlerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Psikososyal destek anketindeki 6., 15., 28., 38. maddeler ters sorular olduğundan öncelikle bunlar dönüşüme tabi tutulmuş olup sonrasında istatistiklere geçilmiştir.

Tablo 6. Maddelere ait dağılım istatistikleri ve normal dağılım sonuçları

Değişken	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
S1	638	3.95	0.842	4	-0.294	-0.760
S2	638	3.86	0.925	4	-0.371	-0.447
S3	638	3.82	0.985	4	-0.556	-0.179
S4	638	3.40	1.133	4	-0.386	-0.584
S5	638	3.87	0.932	4	-0.502	-0.228
S6	638	2.38	1.483	2	0.623	-1.090
S7	638	4.14	0.680	4	-0.187	-0.849
S8	638	3.00	1.602	4	-0.211	-1.576
S9	638	4.07	0.774	4	-0.829	1.515
S10	638	4.08	0.752	4	-0.596	0.582
S11	638	2.98	1.361	3	0.058	-1.349
S12	638	3.96	0.870	4	-0.823	0.707
S13	638	3.52	1.105	4	-0.623	0.045
S14	638	3.84	1.077	4	-1.154	0.989
S15	638	3.74	1.047	4	-0.578	-0.060
S16	638	3.80	0.958	4	-0.499	-0.374
S17	638	3.34	1.123	3	-0.355	-0.601
S18	638	3.31	1.241	3	-0.274	-0.936
S19	638	2.97	1.200	3	0.010	-0.894
S20	638	3.70	0.972	4	-0.385	-0.552
S21	638	3.61	1.061	4	-0.455	-0.473
S22	638	2.97	1.087	3	0.155	-0.606
S23	638	3.71	1.025	4	-0.510	-0.414
S24	638	3.52	1.087	4	-0.314	-0.717
S25	638	3.62	1.081	4	-0.261	-0.644
S26	638	3.11	1.168	3	-0.047	-0.862
S27	638	3.17	1.115	3	-0.058	-0.798
S28	638	3.33	1.234	4	-0.344	-0.868
S29	638	4.00	0.761	4	-0.522	0.102
S30	638	4.00	0.696	4	-0.202	-0.362
S31	638	3.83	0.865	4	-0.423	-0.418
S32	638	3.89	0.921	4	-0.892	0.853
S33	638	3.80	1.013	4	-0.856	0.358
S34	638	3.82	0.881	4	-0.644	0.287
S35	638	3.62	1.119	4	-0.675	-0.269
S36	638	3.81	0.910	4	-0.614	0.072
S37	638	3.82	0.830	4	-0.393	-0.316
S38	638	3.78	0.992	4	-0.797	0.368

4.8.3.2. Açıklayıcı Faktör Analizi

Bu araştırmada açıklayıcı faktör analizinin kullanılmasının amacı alt grupların tek boyutlu bir yapıda olup olmadıklarını test etmektir. Literatür taraması gerçekleştirilirken belirlenen soruların gruplandırması madde havuzu oluşturulurken belirlenmiş ve iki farklı uzman grup aşamasında da doğrulanmıştır. Dolayısıyla açıklayıcı faktör analizinde alt gruplar kendi içinde teste tabi tutulacak olup, alt gruplar altındaki maddelerin ilgili alt gruba uyum sağlayıp sağlamadıkları belirlenecektir. Yani alt grubun tek boyutluluğu test edilecektir. Nunnally ve Bernstein (1994) faktör analizinin değişkenler arasındaki ilişkilerin yapısını tespit etmek amacıyla gerçekleştirildiğini ve çok geniş bir uygulama alanı olduğunu belirtmiştir. Bu uygulama alanlarından biri de

değişkenler arasındaki ilişkileri açıklamak için kaç boyuta ihtiyaç olduğudur. DeVellis ve Thorpe (2022) faktör analizinin diğer birçok kullanım alanın yanında, daha iyi veya daha kötü performans gösteren ifadelerin tespitine yaradığını da ifade etmiştir. Böylece, faktör olarak üretilmiş ifade kategorilerine uymayan ifadeler belirlenebilir ve elenmek üzere değerlendirilebilir. Psikososyal destek ölçeği alt boyutlarının yapısını incelenmek amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components) ve dik döndürme yöntemlerinden Quartimax yöntemi kullanılmıştır. Quartimax döndürme yönteminin kullanılmasının nedeni araştırılan alt boyutun tek boyutluluğunu ölçerken birden fazla faktör yapısının oluşmamasının istenmesi, dolayısıyla da olabildiğince az sayıda faktör elde edilmesi ve faktörler arası ilişkinin olmaması amacında olunmasıdır. Aynı ölçeğin altındaki değişenlerin birbirleriyle belirli bir düzeyde ilişkili olması gereklidir. Bu ilişki ne çok düşük düzeyde ne de çok yüksek düzeyde olmalıdır. Düşük çıkarsa ($r<0.10$) ilişki olmadığı için aynı yapıyı ölçmek mümkün olmazken, yüksek çıkması durumunda ($r>0.90$) aralarında çoklu bağlantı sorunu olmakta, yani maddelerin birbirinden farkı olmamaktadır. Korelasyon matrisinin belirlilik katsayısına bakılarak da çoklu bağlantı olup olmadığı anlaşılabilir (Field, 2009: 657). Field (2005)'e göre belirlilik katsayısı 0.00001'den büyük ise çoklu bağlantı sorunu olmamaktadır. Bilgi alt boyutu için yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçlarından elde edilen korelasyon matrisi Tablo 7'de görülmektedir. Tabloya bakıldığında sadece 4. değişkenin 0.10'un altında değer aldığı tespit edilmiştir. 6. değişkenin ikili korelasyon değerleri de düşük düzeydedir. Bu iki değişkenin sonraki aşamalarda elenebileceği görülmektedir. Tablodan görülebileceği gibi belirlilik katsayısı 0.022 olup, çoklu bağlantı sorunu bulunmamaktadır.

Tablo 7. Bilgi alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları

		s1	**s2**	**s3**	**s4**	**s5**	**s6**
r	**s1**	1.000	0.816	0.808	0.075	0.856	0.216
	s2	0.816	1.000	0.642	0.039	0.685	0.151
	s3	0.808	0.642	1.000	0.161	0.785	0.128
	s4	0.075	0.039	0.161	1.000	0.247	-0.109
	s5	0.856	0.685	0.785	0.247	1.000	0.196
	s6	0.216	0.151	0.128	-0.109	0.196	1.000
p	**s1**		0.000	0.000	0.029	0.000	0.000
	s2	0.000		0.000	0.161	0.000	0.000
	s3	0.000	0.000		0.000	0.000	0.001
	s4	0.029	0.161	0.000		0.000	0.003
	s5	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
	s6	0.000	0.000	0.001	0.003	0.000	
Belirlilik:0.02							

Açıklayıcı faktör analizinde verilerin uygunluğunu belirlemek amacıyla iki test yapılmaktadır. Birincisi Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi olup,

araştırmaya katılan kişi sayısının yeterli olup olmadığını göstermektedir. KMO Örneklem Yeterliği Testi sonucunda bu değerin 0.50 üzerinde olması gerekmektedir (Field, 2009: 659). İkinci test ise Bartlett Küresellik Testi olup, ölçek için toplanan verilerin çeşitlilik gösterip göstermediğini tespit etmektedir. Bartlett Küresellik Testi sonucunda p değerinin 0.05'ten küçük olması gerekmektedir (Özdamar, 2016: 150). Bu araştırmada, KMO değeri 0.788 ve Bartlett testi (x^2=2411.197; sd=15) anlamlılık düzeyi p=0.000 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu iki test gerekliliği sağlanmıştır.

Açıklayıcı faktör analizi uygulanırken Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterlilik testinin durumunun görülebileceği testlerden biri de ters görüntü korelasyon matrisidir. Bu matrisin köşegeninde bulunan verilerin değerlerinin 0.50'nin altında olması durumunda ilgili ifadelerin ölçek içindeki yeterliliklerinin düşük olduğu düşünülmektedir (Özdamar, 2016: 154). KMO değeri düşük çıkarsa köşegenlerdeki bu değerlerden hangisinin KMO değerini düşürdüğü ters görüntü matrisinden bulunabilmektedir. Tablo 8'e bakıldığında ters görüntü matrisinin köşegenlerindeki en düşük değer 4. değişkene (r=0.381) ait olup 6. değişkeninde orta düzeyde olduğu (r=0.742) görülmektedir.

Tablo 8. Bilgi alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları

		s1	**s2**	**s3**	**s4**	**s5**	**s6**
r	**s1**	0.726[a]	-0.565	-0.380	0.199	-0.530	-0.098
	s2	-0.565	0.829[a]	0.043	0.028	0.018	0.051
	s3	-0.380	0.043	0.883[a]	-0.056	-0.270	0.084
	s4	0.199	0.028	-0.056	0.381[a]	-0.330	0.141
	s5	-0.530	0.018	-0.270	-0.330	0.803[a]	-0.090
	s6	-0.098	0.051	0.084	0.141	-0.090	0.742[a]

Tablo 9'a bakıldığında her bir değişkenin bilgi faktörüne ait varyansa ortak katkısı görülmektedir. Field (2009)'e göre ortak varyans değerinin 0.60 değerinden üstte olması gerekmektedir. Tablodan görülebileceği gibi 6. değişkenin faktörün ortak varyansına katkısı 0.523, 4. değişkenin ise 0.678 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 9. Bilgi alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları

	Başlangıç	**Çıkarım**
s1	1.000	0.917
s2	1.000	0.734
s3	1.000	0.791
s4	1.000	0.678
s5	1.000	0.861
s6	1.000	0.523

SPSS tarafından oluşturulan modele göre belirlenen değişkenler arasındaki çoğaltılan veya yeniden üretilen değişkenler arası korelasyonlar ve gerçek değerlerin

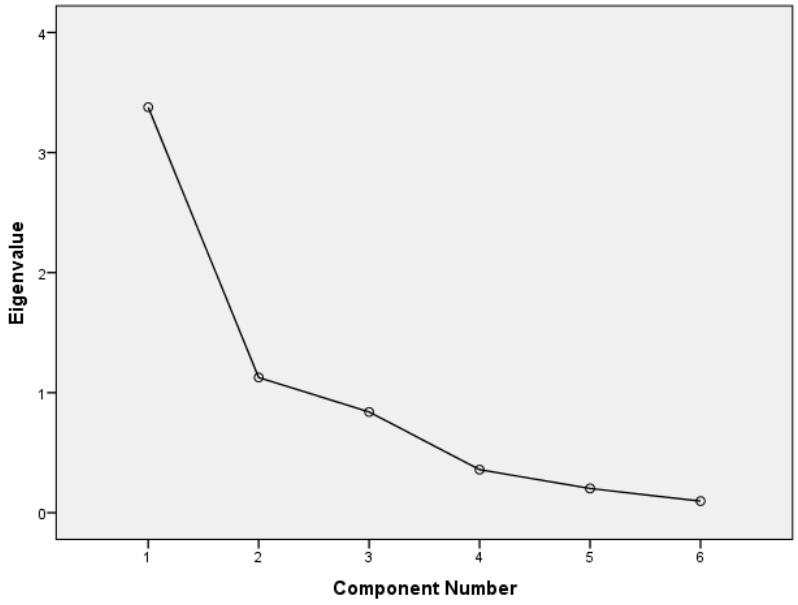
korelasyonları ile bu üretilen korelasyonlar arası farkı gösteren artık değerler Tablo 10'da görülmektedir. Field (2009)'e göre artık değerlerin 0.05'ten büyük olması istenmemektedir. Ama bu durum genelde sağlanamadığı için atık değerlerin toplamının %50'sinin 0.05 değerinin altında olması yeterlidir. Tablo 10'un artık kısmında bu değer %53 olarak bulunmuştur. Her ne kadar %50'yi biraz geçse de diğer varsayımlar gerçekleştirildiği için bu fark göz ardı edilerek faktör analizinin sonuçlarının yorumlanmasına geçilecektir.

Tablo 10. Bilgi alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçları

		s1	**s2**	**s3**	**s4**	**s5**	**s6**
r	**s1**	0.917[a]	0.820	0.841	0.126	0.875	0.291
	s2	0.820	0.734[a]	0.749	0.094	0.779	0.274
	s3	0.841	0.749	0.791[a]	0.229	0.825	0.175
	s4	0.126	0.094	0.229	0.678[a]	0.251	-0.494
	s5	0.875	0.779	0.825	0.251	0.861[a]	0.172
	s6	0.291	0.274	0.175	-0.494	0.172	0.523[a]
Artık	**s1**		-0.004	-0.033	-0.051	-0.019	-0.074
	s2	-0.004		-0.107	-0.055	-0.094	-0.123
	s3	-0.033	-0.107		-0.068	-0.040	-0.046
	s4	-0.051	-0.055	-0.068		-0.004	0.385
	s5	-0.019	-0.094	-0.040	-0.004		0.024
	s6	-0.074	-0.123	-0.046	0.385	0.024	

Mutlak değeri 0.05'ten büyük olan 8 (%53.0) artık değer vardır.

Şekil 3'te faktör analizinin yamaç-birikinti grafiği (scree plot) görülmektedir. Bu grafikte kırılma düzeylerine dikkat edilir ve şekilde 2 ana kırılma görülmektedir. Dolayısıyla 2 faktörlü bir yapının oluşabileceği öngörülebilir.



Şekil 3. Bilgi alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği

Tablo 11'de açıklanan toplam varyans değerleri görülmektedir. Beavers vd. (2013)'e göre toplam varyans oranının %50'nin üzerinde olması yeterlidir. Bu araştırmada açıklanan toplam varyans değeri %75.066 olarak bulunmuştur. Fakat bilgi alt boyutunun altında iki faktör oluşmuştur, dolayısıyla tek boyutluluk oluşmamıştır. Toplam varyansın %18.783'ünü açıklayan ikinci faktörün altındaki değişkenlerin tespit edilip analizden çıkarılması ve tekrar açıklayıcı faktör analizinin kalan değişkenlerle yapılması gerekmektedir.

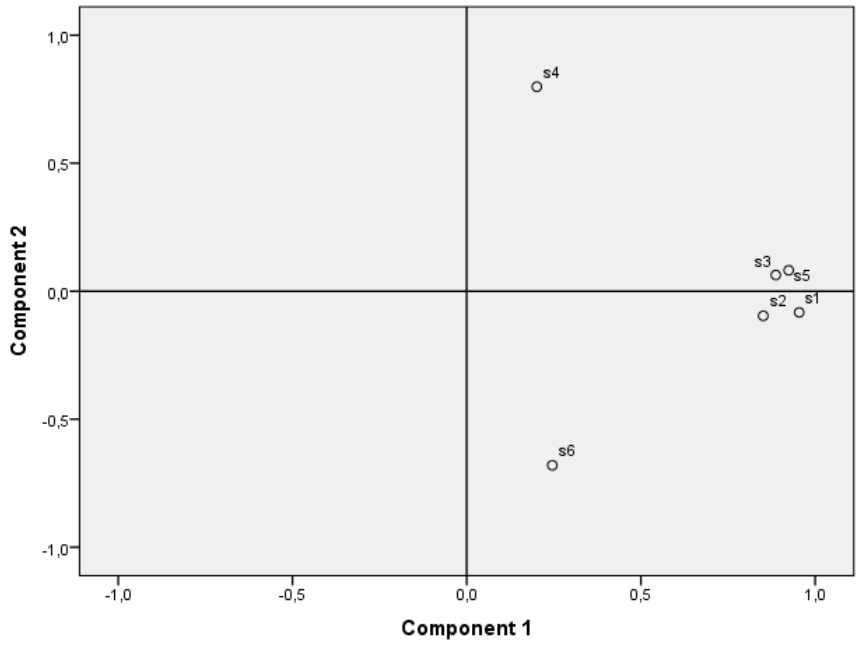
Tablo 11. Bilgi alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri

Madde	**İlk Özdeğer**			**Yüklenen Faktörlerin Kareleri Toplamı**		
	Toplam	**Varyans**	**Birikim**	**Toplam**	**Varyans**	**Birikim**
1	3.378	56.292	56.292	3.377	56.283	56.283
2	1.126	18.773	75.066	1.127	18.783	75.066
3	0.839	13.987	89.053			
4	0.358	5.972	95.025			
5	0.202	3.364	98.389			
6	0.097	1.611	100.000			

Tablo 12'de döndürülmüş bileşenler matrisine bakıldığında her iki faktörün altındaki değişkenler görülmektedir. Comrey ve Lee (2013)'e göre faktör yükleri için 5 seviye vardır. Bunlar; 0.32 düzeyindeki faktör yükü zayıf, 0.45 düzeyindeki faktör yükü yeterli, 0.55 düzeyindeki faktör yükü iyi, 0.63 düzeyindeki faktör yükü çok iyi ve 0.71 düzeyindeki faktör yükü mükemmel olarak değerlendirilmektedir. Tablo 12'de görülebileceği gibi faktör yükleri iyi ve mükemmel seviyededir. Fakat 2 faktörlü bir yapı oluşmuştur. 4. ve 6. değişkenler oluşan ikinci faktörün altında yer almaktadırlar, dolayısıyla bu iki değişken analizden çıkarılıp analiz tekrardan yapılacaktır. Şekil 4'te bilgi alt boyutuna ait döndürülmüş uzayda bileşen grafiğinde de 4. ve 6. değişenlerin gruplaşmanın dışında bulunduğu görülebilmektedir.

Tablo 12. Bilgi alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi

	Bileşen	
	1	**2**
s1	0.954	
s5	0.924	
s3	0.887	
s2	0.851	
s4		0.799
s6		-0.680



Şekil 4. Bilgi alt boyutuna ilişkin döndürülmüş uzayda bileşen grafiği

Tablo 13'de 4. ve 6. değişenlerin çıkarılması soncunda gerçekleştirilen açıklayıcı faktör analizi sonucu oluşan bilgi alt boyutu değişkenleri arası korelasyon sonuçları görülmektedir. Analiz sonuçları değişkenler arası korelasyon seviyelerinin yüksek düzeyde olduklarını göstermiş, belirlilik katsayısına bakıldığında da çoklu bağlantı sorununun olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 13. Bilgi alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları (2.test)

		s1	**s2**	**s3**	**s5**
r	**s1**	1.000	0.816	0.808	0.856
	s2	0.816	1.000	0.642	0.685
	s3	0.808	0.642	1.000	0.785
	s5	0.856	0.685	0.785	1.000
	s2	0.000		0.000	0.000
p	**s3**	0.000	0.000		0.000
	s5	0.000	0.000	0.000	

Belirlilik:0.028

Bu araştırmada, KMO değeri 0.810 ve Bartlett testi (x^2=2271.112; sd=6) anlamlılık düzeyi p=0.000 olarak bulunmuştur.

Tablo 14. Bilgi alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları (2.test)

		s1	**s2**	**s3**	**s5**
r	**s1**	0.736a	-0.581	-0.369	-0.513
	s2	-0.581	0.820a	0.040	0.032
	s3	-0.369	0.040	0.880a	-0.303
	s5	-0.513	0.032	-0.303	0.836a

Tablo 14'te 2.teste ait ters görüntü korelasyon sonuçları görülmekte olup, uygun olduğu tespit edilmiştir. Tablo 15'te ise 2.teste ait ortak varyanslar görülmektedir ve bütün değerler bir öncekinden daha yüksek ve uygun tespit edilmiştir.

Tablo 15. Bilgi alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları (2.test)

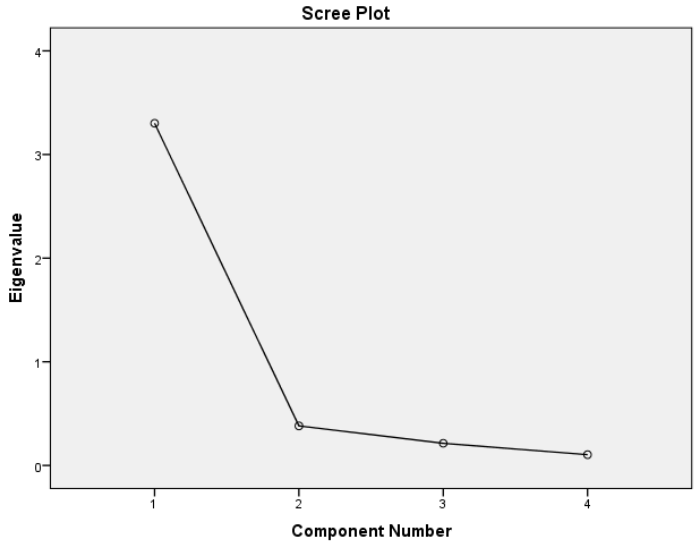
	Başlangıç	**Çıkarım**
s1	1.000	0.922
s2	1.000	0.744
s3	1.000	0.793
s5	1.000	0.842

Tablo 16. Bilgi alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi (2. test)

		s1	**s2**	**s3**	**s5**
r	**s1**	0.922a	0.828	0.855	0.881
	s2	0.828	0.744a	0.768	0.791
	s3	0.855	0.768	0.793a	0.817
	s5	0.881	0.791	0.817	0.842a
Artık	**s1**		-0.012	-0.047	-0.025
	s2	-0.012		-0.126	-0.106
	s3	-0.047	-0.126		-0.033
	s5	-0.025	-0.106	-0.033	

Mutlak değeri 0.05'ten büyük olan 2(%33.0) artık değer vardır.

Tablo 16'da 2.teste ait çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçlarına bakıldığında artık değerlerin sadece %33'ünün 0.05'ten büyük olduğu tespit edilmiştir. Bu değer birinci testte %53 idi. Dolayısıyla bu bağlamda bir düzelme olmuş ve bu varsayım gerçekleşmiştir.



Şekil 5. Bilgi alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği (2. test)

Şekil 5'te 2.testin yamaç-birikim grafiği görülmekte olup tek bir kırılım gözükmektedir. Yani tek faktörlü bir yapı öngörülebilir. Tablo 17'de 2.testin açıklanan

varyans değerlerine bakıldığında bilgi alt ölçeğinin tek boyut altında toplandığı ve toplam varyans değerinin %82.525'ini açıkladığı görülmüştür.

Tablo 17. Bilgi alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri (2. test)

Madde	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Kareleri Toplamı		
	Toplam	Varyans	Birikim	Toplam	Varyans	Birikim
1	3.301	82.525	82.525	3.301	82.525	82.525
2	0.382	9.539	92.064			
3	0.214	5.339	97.403			
4	0.104	2.597	100.000			

Tablo 18'de 2.testin bileşenler matrisi bulunmaktadır. Tablodan görülebileceği gibi bütün değişkenler tek bir faktör altında toplanmıştır.

Tablo 18. Bilgi alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi (2. test)

	Bileşen
	1
s1	0.960
s5	0.918
s3	0.891
s2	0.862

Aşağıda süreç alt boyutuna ait açıklayıcı faktör analizi sonuçları bulunmaktadır. Tablo 19'da süreç alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları görülmekte olup, düşük seviyede, anlamsız ve ters yönde korelasyon ilişkileri bulunmakta olup bu durum süreç ölçeğinin altında birden fazla faktör olabileceğini göstermektedir. Fakat 0.90'dan yukarı korelasyon katsayılarının olmaması, belirlilik katsayısının ise 0.00001'den küçük olmasından dolayı (çoklu bağlantı yok) sürece devam edilmiştir.

Tablo 19. Süreç alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları

		s7	s8	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15
r	**s7**	1.00	0.248	0.753	0.844	0.226	0.586	-0.004	0.512	0.274
	s8	0.248	1.00	0.094	0.136	-0.426	-0.043	-0.058	-0.099	-0.278
	s9	0.753	0.094	1.00	0.646	0.311	0.804	0.185	0.461	0.175
	s10	0.844	0.136	0.646	1.00	0.192	0.531	0.032	0.485	0.296
	s11	0.226	-0.426	0.311	0.192	1.00	0.349	0.225	-0.050	0.157
	s12	0.586	-0.043	0.804	0.531	0.349	1.00	0.327	0.321	0.377
	s13	-0.004	-0.058	0.185	0.032	0.225	0.327	1.00	-0.127	0.226
	s14	0.512	-0.099	0.461	0.485	-0.050	0.321	-0.127	1.00	0.072
	s15	0.274	-0.278	0.175	0.296	0.157	0.377	0.226	0.072	1.00
p	**s7**		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.461	0.000	0.000
	s8	0.000		0.009	0.000	0.000	0.140	0.073	0.006	0.000
	s9	0.000	0.009		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	s10	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.209	0.000	0.000
	s11	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.105	0.000
	s12	0.000	0.140	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
	s13	0.461	0.073	0.000	0.209	0.000	0.000		0.001	0.000
	s14	0.000	0.006	0.000	0.000	0.105	0.000	0.001		0.035
	s15	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.035	

Bu araştırmada, KMO değeri 0.624 ve Bartlett testi (x^2=3188.585; sd=36) anlamlılık düzeyi p=0.000 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu iki test gerekliliği sağlanmıştır.

Tablo 20. Süreç alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları

		s7	**s8**	**s9**	**s10**	**s11**	**s12**	**s13**	**s14**	**s15**
r	**s7**	0.649[a]	-0.480	-0.382	-0.618	-0.331	0.080	0.226	-0.304	-0.323
	s8	-0.480	0.256[a]	0.019	0.081	0.618	-0.003	-0.145	0.476	0.432
	s9	-0.382	0.019	0.737[a]	0.022	-0.053	-0.670	-0.082	-0.130	0.310
	s10	-0.618	0.081	0.022	0.816[a]	0.050	-0.033	-0.054	-0.074	-0.054
	s11	-0.331	0.618	-0.053	0.050	0.419[a]	-0.087	-0.165	0.435	0.252
	s12	0.080	-0.003	-0.670	-0.033	-0.087	0.741[a]	-0.195	-0.002	-0.332
	s13	0.226	-0.145	-0.082	-0.054	-0.165	-0.195	0.585[a]	0.063	-0.188
	s14	-0.304	0.476	-0.130	-0.074	0.435	-0.002	0.063	0.591[a]	0.227
	s15	-0.323	0.432	0.310	-0.054	0.252	-0.332	-0.188	0.227	0.431[a]

Tablo 20'ye bakıldığında ters görüntü matrisinin köşegenlerindeki en düşük değer 8. değişkene (r=0.256) aittir. Bunun yanı sıra 11. değişken (r=0.419) ve 15. değişkende (r=0.431) 0.500 kesim değerinin altında bulunmuştur. Bu değerler KMO değerini düşüren değerlerdir.

Tablo 21'e bakıldığında süreç alt boyutunun ortak varyans değerleri görülmektedir. En düşük değeri 15. değişken almış olup (0.373), bunu ise 11. değişken (0.566) izlemiştir. Bu değişkenler 0.600 kesme değerinin altında olmuştur.

Tablo 21. Süreç alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları

	Başlangıç	**Çıkarım**
s7	1.000	0.871
s8	1.000	0.911
s9	1.000	0.810
s10	1.000	0.767
s11	1.000	0.566
s12	1.000	0.771
s13	1.000	0.736
s14	1.000	0.681
s15	1.000	0.373

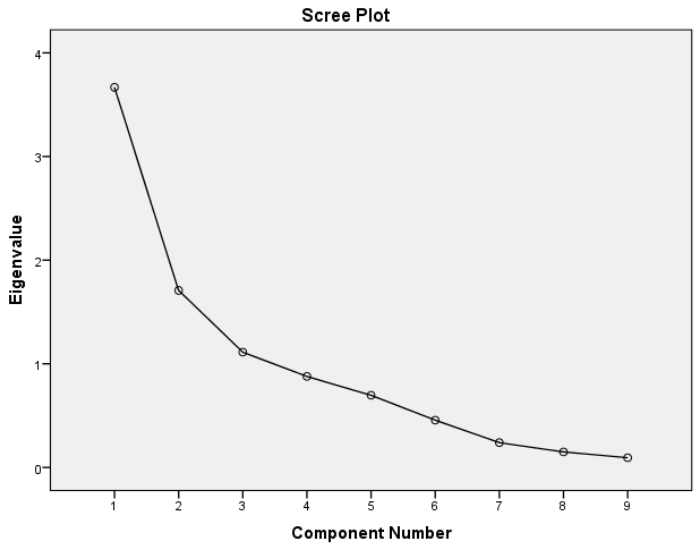
Tablo 22'deki çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçlarına bakıldığında artık değerlerin sadece %55'inin 0.05'ten büyük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 22. Süreç alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçları

		s7	s8	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15
r	**s7**	0.871[a]	0.225	0.809	0.815	0.147	0.678	0.031	0.600	0.237
	s8	0.225	0.911[a]	0.132	0.146	-0.530	-0.020	0.012	-0.072	-.353
	s9	0.809	0.132	0.810[a]	0.759	0.280	0.749	0.226	0.473	0.333
	s10	0.815	0.146	0.759	0.767[a]	0.175	0.643	0.019	0.584	0.249
	s11	0.147	-0.530	0.280	0.175	0.566[a]	0.424	0.350	0.068	0.448
	s12	0.678	-0.020	0.749	0.643	0.424	0.771[a]	0.405	0.316	0.425
	s13	0.031	0.012	0.226	0.019	0.350	0.405	0.736[a]	-0.370	0.288
	s14	0.600	-0.072	0.473	0.584	0.068	0.316	-0.370	0.681[a]	0.124
	s15	0.237	-0.353	0.333	0.249	0.448	0.425	0.288	0.124	0.373[a]
Artık	**s7**		0.023	-0.055	0.029	0.079	-0.092	-0.035	-0.088	0.037
	s8	0.023		-0.038	-0.011	0.103	-0.023	-0.070	-0.027	0.075
	s9	-0.055	-0.038		-0.113	0.031	0.054	-0.041	-0.012	-0.158
	s10	0.029	-0.011	-0.113		0.017	-0.113	0.014	-0.099	0.047
	s11	0.079	0.103	0.031	0.017		-0.075	-0.124	-0.117	-0.292
	s12	-0.092	-0.023	0.054	-0.113	-0.075		-0.078	0.005	-0.048
	s13	-0.035	-0.070	-0.041	0.014	-0.124	-0.078		0.244	-0.062
	s14	-0.088	-0.027	-0.012	-0.099	-0.117	0.005	0.244		-0.052
	s15	0.037	0.075	-0.158	0.047	-0.292	-0.048	-0.062	-0.052	

Mutlak değeri 0.05'ten büyük olan 20 (%55.0) artık değer vardır.

Şekil 6'da 3 ana kırılma görülmektedir. Dolayısıyla 3 faktörlü bir yapının oluşabileceği öngörülebilir.



Şekil 6. Süreç alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği

Tablo 23'te açıklanan toplam varyans değerleri görülmektedir. Açıklanan toplam varyans değeri %72.079 olarak bulunmuştur. Fakat süreç alt boyutunun altında üç faktör oluşmuştur, dolayısıyla tek boyutluluk oluşmamıştır. Toplam varyansın %18.273'ünü açıklayan 2. faktörün ve toplam varyansın %13.987'sini açıklayan 3. faktörün elimine edilmesi gerekmektedir. Bu sayede tek boyutluluk sağlanabilecektir.

Tablo 23. Süreç alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri

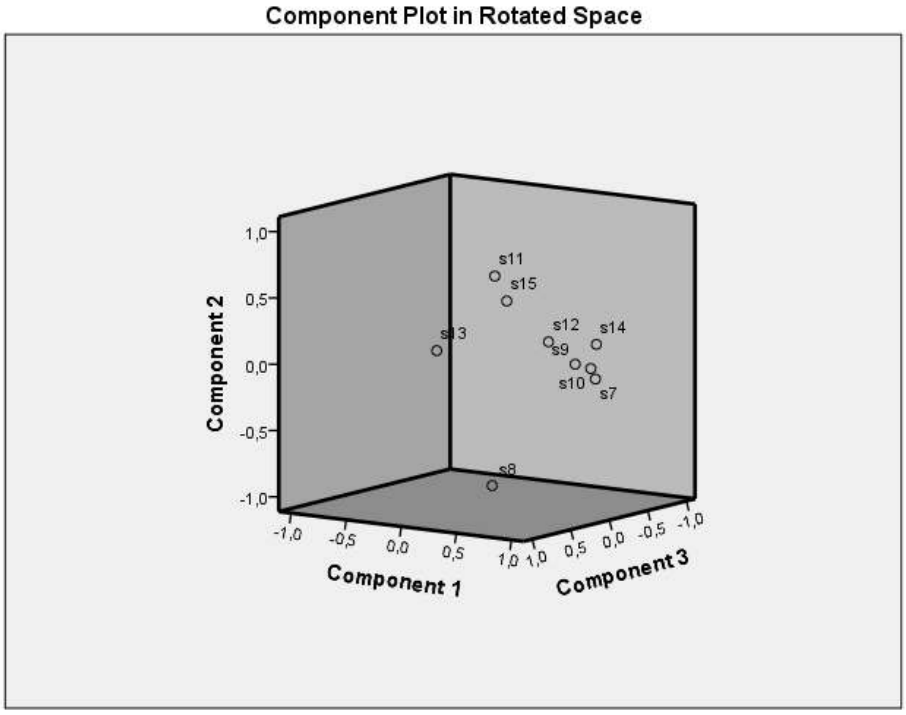
Madde	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Kareleri Toplamı		
	Toplam	Varyans	Birikim	Toplam	Varyans	Birikim
1	3.667	40.747	40.747	3.584	39.819	39.819
2	1.708	18.976	59.723	1.645	18.273	58.092
3	1.112	12.356	72.079	1.259	13.987	72.079
4	0.878	9.757	81.836			
5	0.696	7.736	89.572			
6	0.456	5.070	94.642			
7	0.239	2.657	97.299			
8	0.149	1.661	98.960			
9	0.094	1.040	100.000			

Tablo 24'teki döndürülmüş bileşenler matrisine bakıldığında üç faktörün altındaki değişkenler görülmektedir. 8., 11. ve 15. değişkenler 2.faktörün altında, 13. değişken ise 3. faktörün altında bulunmakta olup, analizden çıkarılacaktır. Bununla birlikte 14. madde hem 1. faktörün altında (0.605), hem de 3. faktörün altında yük (-0.556) almıştır ve bu iki değer arasında 0.1 değerinden daha düşük bir aralık bulunduğundan binişik bir madde olduğu için analizden çıkarılacaktır.

Tablo 24. Süreç alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi

	Bileşen		
	1	**2**	**3**
s7	0.926		
s9	0.889		
s10	0.869		
s12	0.781		0.317
s14	0.605		-0.556
s8		-0.917	
s11		0.675	
s15	0.314	0.488	
s13			0.828

Şekil 7'de döndürülmüş uzayda bileşenlerin durumu görülmektedir ve çıkarılacak maddelerin gruplanmadan ayrılmaları belirgindir.



Şekil 7. Süreç alt boyutuna ilişkin döndürülmüş uzayda bileşen grafiği

Aşağıda süreç alt boyutuna ait açıklayıcı faktör analizinin bazı değişkenler çıkarıldıktan sonra gerçekleştirilen tekrarı görülmektedir. Korelasyon değerlerinden 0.10'dan aşağı ve 0.90'dan yukarı korelasyon katsayılarının olmaması, belirlilik katsayısının ise 0.00001'den küçük olmasından dolayı (çoklu bağlantı yok) sürece devam edilmiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Süreç alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları (2.test)

		s7	**s9**	**s10**	**s12**
r	**s7**	1.000	0.753	0.844	0.586
	s9	0.753	1.000	0.646	0.804
	s10	0.844	0.646	1.000	0.531
	s12	0.586	0.804	0.531	1.000
p	**s7**		0.000	0.000	0.000
	s9	0.000		0.000	0.000
	s10	0.000	0.000		0.000
	s12	0.000	0.000	0.000	

Belirlilik=0.044

Süreç alt boyutunun açıklayıcı faktör analizi test tekrarında KMO değeri 0.716 ve Bartlett testi (x^2=1986.886; sd=6) anlamlılık düzeyi p=0.000 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu iki test gerekliliği sağlanmıştır.

Tablo 26. Süreç alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları (2. test)

		s7	s9	s10	s12
r	**s7**	0.696a	-0.436	-0.713	0.096
	s9	-0.436	0.714a	0.037	-0.680
	s10	-0.713	0.037	0.732a	-0.086
	s12	0.096	-0.680	-0.086	0.726a

Tablo 26'ya bakıldığında ters görüntü matrisinin köşegenlerindeki en düşük değer 7. değişkene (r=0.696) aittir ama bütün köşegen değerleri 0.500'ün üzerinde bulunmaktadır.

Tablo 27'ye bakıldığında süreç alt boyutunun ortak varyans değerleri görülmektedir. En düşük değeri 12. değişken almış olup (0.683), bütün değişkenler 0.600 kesme değerinin üzerinde bulunmuştur.

Tablo 27. Süreç alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları (2.test)

	Başlangıç	Çıkarım
s7	1.000	0.828
s9	1.000	0.834
s10	1.000	0.741
s12	1.000	0.683

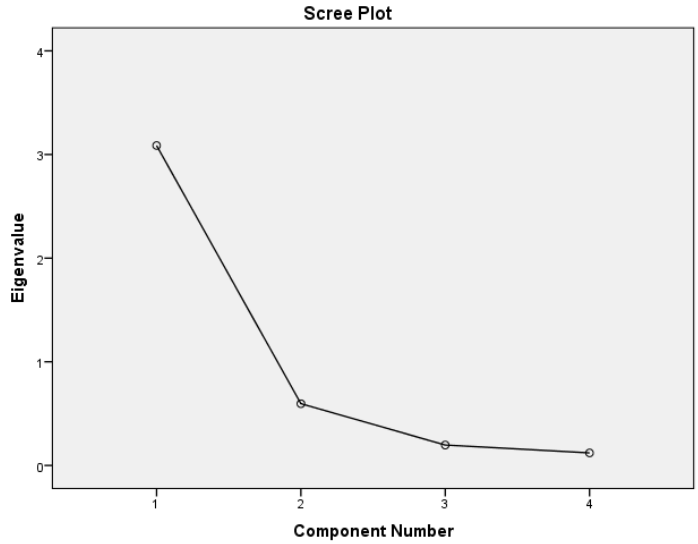
Tablo 28'deki çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçlarına bakıldığında artık değerlerin %83'ünün 0.05'ten büyük olduğu tespit edilmiştir. Her ne kadar bu değerin %50'den fazla olmaması istense de değişken sayısının azalması sonucu değerin düştüğü göz önüne alınıp bir sonraki aşamaya geçilecektir.

Tablo 28. Süreç alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi (2.test)

		s7	s9	s10	s12
r	**s7**	0.828a	0.831	0.783	0.752
	s9	0.831	0.834a	0.786	0.755
	s10	0.783	0.786	0.741a	0.712
	s12	0.752	0.755	0.712	0.683a
Artık	**s7**		-0.078	0.060	-0.166
	s9	-0.078		-0.140	0.049
	s10	0.060	-0.140		-0.181
	s12	-0.166	0.049	-0.181	

5 (%83) değer 0.05ten büyüktür

Şekil 8'de 1 ana kırılma görülmektedir. Dolayısıyla tek faktörlü bir yapının oluşabileceği öngörülebilir.



Şekil 8. Süreç alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği (2. test)

Tablo 29'da açıklanan toplam varyans değerleri görülmektedir. Açıklanan toplam varyans değeri %77.163 olarak bulunmuş ve tek faktör oluşmuştur. Bu sayede tek boyutluluk sağlanmıştır.

Tablo 29. Süreç alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri (2. test)

Madde	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Kareleri Toplamı		
	Toplam	Varyans	Birikim	Toplam	Varyans	Birikim
1	3.087	77.163	77.163	3.087	77.163	77.163
2	0.596	14.893	92.056			
3	0.197	4.927	96.983			
4	0.121	3.017	100.000			

Tablo 30'daki döndürülmüş bileşenler matrisine bakıldığında 4 değişkenin tek bir faktör altında toplandığı görülmektedir.

Tablo 30. Süreç alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi (2. test)

	Bileşen
s9	0.913
s7	0.910
s10	0.861
s12	0.826

Aşağıda bireysel fayda alt boyutuna ait açıklayıcı faktör analizi sonuçları bulunmaktadır. Tablo 31'de bireysel fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları mevcut olup, düşük seviyede, anlamsız ve ters yönde korelasyon ilişkileri bulunmakta olup bu durum bireysel fayda ölçeğinin altında birden fazla faktör olabileceğini göstermektedir. Ayrıca 0.10'dan aşağı korelasyon katsayıları bulunmaktadır. Yani çok

düşük ilişkili değişenler bireysel fayda alt ölçeği içinde bulunmaktadır. Sonraki süreçlerde bu durum ortaya çıkacak ve bu değişkenler analizden çıkarılacaktır.

Tablo 31. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları

		s16	s17	s18	s19	s20	s21	s22	s23	s24	s25	s26	s27	s28
r	**s16**	1.00	.152	.060	.027	.846	.790	.086	.704	.754	.704	.059	.023	.013
	s17	.152	1.00	-.072	-.006	.241	.310	.030	.216	.247	.202	.090	.052	-.150
	s18	.060	-.072	1.00	-.023	.066	.039	.349	.086	.115	-.005	.072	.048	-.006
	s19	.027	-.006	-.023	1.00	.175	.159	.063	.148	.212	.215	.107	.548	.443
	s20	.846	.241	.066	.175	1.00	.763	.165	.842	.719	.721	.000	.059	.105
	s21	.790	.310	.039	.159	.763	1.00	.111	.727	.842	.823	-.054	.178	.018
	s22	.086	.030	.349	.063	.165	.111	1.00	.128	.143	.072	.072	.050	-.180
	s23	.704	.216	.086	.148	.842	.727	.128	1.00	.697	.836	.054	.064	.131
	s24	.754	.247	.115	.212	.719	.842	.143	.697	1.00	.756	.015	.195	-.043
	s25	.704	.202	-.005	.215	.721	.823	.072	.836	.756	1.00	.033	.018	.081
	s26	.059	.090	.072	.107	.000	-.054	.072	.054	.015	.033	1.00	.159	.076
	s27	.023	.052	.048	.548	.059	.178	.050	.064	.195	.018	.159	1.00	.487
	s28	.013	-.150	-.006	.443	.105	.018	-.180	.131	-.043	.081	.076	.487	1.00
p	**s16**		.000	.065	.248	.000	.000	.015	.000	.000	.000	.068	.279	.368
	s17	.000		.035	.435	.000	.000	.223	.000	.000	.000	.012	.097	.000
	s18	.065	.035		.278	.048	.162	.000	.015	.002	.449	.034	.115	.437
	s19	.248	.435	.278		.000	.000	.055	.000	.000	.000	.003	.000	.000
	s20	.000	.000	.048	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.499	.069	.004
	s21	.000	.000	.162	.000	.000		.002	.000	.000	.000	.086	.000	.327
	s22	.015	.223	.000	.055	.000	.002		.001	.000	.035	.035	.106	.000
	s23	.000	.000	.015	.000	.000	.000	.001		.000	.000	.086	.054	.000
	s24	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.350	.000	.141
	s25	.000	.000	.449	.000	.000	.000	.035	.000	.000		.203	.325	.021
	s26	.068	.012	.034	.003	.499	.086	.035	.086	.350	.203		.000	.028
	s27	.279	.097	.115	.000	.069	.000	.106	.054	.000	.325	.000		.000
	s28	.368	.000	.437	.000	.004	.327	.000	.000	.141	.021	.028	.000	

Belirlilik = .000

KMO değeri 0.720 ve Bartlett testi (x^2=5473.336; sd=78) anlamlılık düzeyi p=0.000 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu iki test gerekliliği sağlanmıştır.

Tablo 32. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları

		s16	s17	s18	s19	s20	s21	s22	s23	s24	s25	s26	s27	s28
r	**s16**	.785[a]	.263	-.003	.304	-.620	-.237	.118	.249	-.226	-.095	-.257	.012	-.023
	s17	.263	.592[a]	.091	.072	-.181	-.245	.064	.007	-.007	.068	-.194	-.047	.167
	s18	-.003	.091	.439[a]	.059	.072	-.012	-.341	-.119	-.158	.152	-.058	.043	-.101
	s19	.304	.072	.059	.500[a]	-.324	.170	-.065	.292	-.155	-.335	-.056	-.424	-.197
	s20	-.620	-.181	.072	-.324	.729[a]	-.144	-.176	-.638	.001	.326	.149	.229	-.123
	s21	-.237	-.245	-.012	.170	-.144	.815[a]	-.017	.176	-.314	-.510	.261	-.341	.076
	s22	.118	.064	-.341	-.065	-.176	-.017	.490[a]	.024	.042	-.010	-.072	-.102	.280
	s23	.249	.007	-.119	.292	-.638	.176	.024	.746[a]	-.062	-.621	-.076	-.177	-.058
	s24	-.226	-.007	-.158	-.155	.001	-.314	.042	-.062	.892[a]	-.148	.027	-.212	.310
	s25	-.095	.068	.152	-.335	.326	-.510	-.010	-.621	-.148	.729[a]	-.105	.433	-.131
	s26	-.257	-.194	-.058	-.056	.149	.261	-.072	-.076	.027	-.105	.222[a]	-.166	.022
	s27	.012	-.047	.043	-.424	.229	-.341	-.102	-.177	-.212	.433	-.166	.434[a]	-.436
	s28	-.023	.167	-.101	-.197	-.123	.076	.280	-.058	.310	-.131	.022	-.436	.524[a]

Tablo 32'ye bakıldığında ters görüntü matrisinin köşegenlerindeki en düşük değer 26. değişkene (r=0.222) aittir. Bunun yanı sıra 18. değişken (r=0.439), 22. değişken

(0.490) ve 27. değişkende (r=0.434), 0.500 kesim değerinin altında bulunmuştur. Bu değerler KMO değerini düşüren değerlerdir.

Tablo 33'e bakıldığında bireysel fayda alt ölçeğinin ortak varyans değerleri görülmektedir.

Tablo 33. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları

	Başlangıç	Çıkarım
s16	1.000	0.790
s17	1.000	0.690
s18	1.000	0.675
s19	1.000	0.657
s20	1.000	0.829
s21	1.000	0.851
s22	1.000	0.664
s23	1.000	0.794
s24	1.000	0.790
s25	1.000	0.811
s26	1.000	0.499
s27	1.000	0.716
s28	1.000	0.705

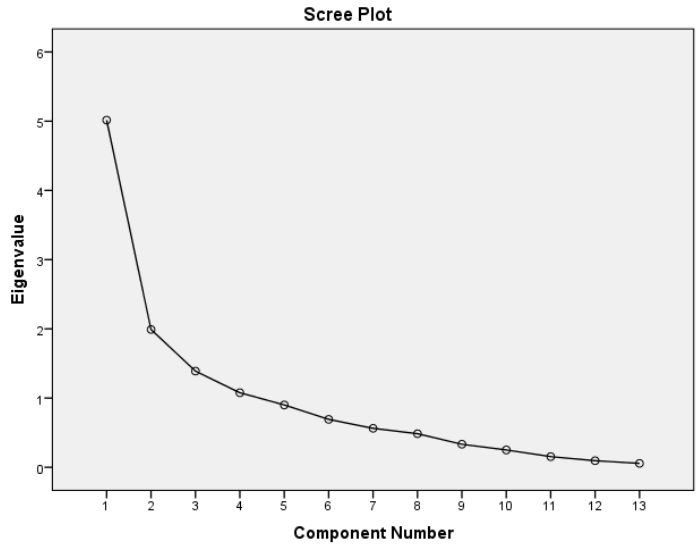
Tablo 34'teki çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçlarına bakıldığında artık değerlerin sadece %41'inin 0.05'ten büyük olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla uygundur.

Tablo 34. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçları

		s16	**s17**	**s18**	**s19**	**s20**	**s21**	**s22**	**s23**	**s24**	**s25**	**s26**	**s27**	**s28**
	s16	.790[a]	.226	.067	.090	.804	.811	.127	.784	.775	.791	-.059	.008	-.011
	s17	.226	.690[a]	-.205	-.029	.225	.297	.010	.224	.280	.246	.410	.028	-.248
	s18	.067	-.205	.675[a]	.035	.088	.029	.635	.079	.110	.001	.083	.061	-.077
	s19	.090	-.029	.035	.657[a]	.174	.177	-.001	.188	.191	.176	.218	.673	.619
	s20	.804	.225	.088	.174	.829[a]	.835	.145	.811	.804	.814	-.022	.096	.062
	s21	.811	.297	.029	.177	.835	.851[a]	.107	.818	.814	.828	.014	.104	.053
	s22	.127	.010	.635	-.001	.145	.107	.664[a]	.135	.186	.061	.214	.046	-.187
r	**s23**	.784	.224	.079	.188	.811	.818	.135	.794[a]	.787	.797	-.014	.112	.078
	s24	.775	.280	.110	.191	.804	.814	.186	.787	.790[a]	.786	.052	.130	.049
	s25	.791	.246	.001	.176	.814	.828	.061	.797	.786	.811[a]	-.033	.095	.080
	s26	-.059	.410	.083	.218	-.022	.014	.214	-.014	.052	-.033	.499[a]	.317	.010
	s27	.008	.028	.061	.673	.096	.104	.046	.112	.130	.095	.317	.716[a]	.602
	s28	-.011	-.248	-.077	.619	.062	.053	-.187	.078	.049	.080	.010	.602	.705[a]
	s16		-.074	-.007	-.063	.042	-.021	-.041	-.080	-.021	-.087	.118	.016	.024
	s17	-.074		.134	.022	.016	.014	.020	-.008	-.033	-.044	-.320	.024	.097
	s18	-.007	.134		-.058	-.022	.010	-.286	.007	.005	-.006	-.011	-.014	.070
	s19	-.063	.022	-.058		.001	-.019	.064	-.040	.021	.039	-.111	-.125	-.176
	s20	.042	.016	-.022	.001		-.073	.020	.031	-.084	-.093	.022	-.037	.043
	s21	-.021	.014	.010	-.019	-.073		.004	-.091	.028	-.005	-.068	.074	-.035
artık	**s22**	-.041	.020	-.286	.064	.020	.004		-.007	-.042	.011	-.143	.004	.007
	s23	-.080	-.008	.007	-.040	.031	-.091	-.007		-.090	.039	.068	-.049	.053
	s24	-.021	-.033	.005	.021	-.084	.028	-.042	-.090		-.029	-.037	.065	-.091
	s25	-.087	-.044	-.006	.039	-.093	-.005	.011	.039	-.029		.066	-.077	.000
	s26	.118	-.320	-.011	-.111	.022	-.068	-.143	.068	-.037	.066		-.158	.066
	s27	.016	.024	-.014	-.125	-.037	.074	.004	-.049	.065	-.077	-.158		-.115
	s28	.024	.097	.070	-.176	.043	-.035	.007	.053	-.091	.000	.066	-.115	

Mutlak değeri 0.05'ten büyük olan 32 (%41.0) artık değer vardır.

Şekil 9'da 4 ana kırılma görülmektedir. Dolayısıyla 4 faktörlü bir yapının oluşabileceği öngörülebilir.



Şekil 9. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği

Tablo 35'te açıklanan toplam varyans değerleri görülmektedir. Açıklanan toplam varyans değeri %72.863 olarak bulunmuştur. Fakat bireysel fayda alt boyutunun altında dört faktör oluşmuştur, dolayısıyla tek boyutluluk oluşmamıştır. Toplam varyansın %15.612'sini açıklayan 2. faktörün, %10.740'ını açıklayan 3. faktörün ve toplam varyansın %8.595'ini açıklayan 3. faktörün elimine edilmesi gerekmektedir. Bu sayede tek boyutluluk sağlanabilecektir.

Tablo 35. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri

Madde	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Kareleri Toplamı		
	Toplam	Varyans	Birikim	Toplam	Varyans	Birikim
1	5.016	38.582	38.582	4.929	37.915	37.915
2	1.990	15.309	53.891	2.030	15.612	53.528
3	1.390	10.689	64.580	1.396	10.740	64.267
4	1.077	8.282	72.863	1.117	8.595	72.863
5	0.901	6.927	79.790			
6	0.692	5.325	85.115			
7	0.563	4.328	89.443			
8	0.485	3.729	93.172			
9	0.333	2.559	95.731			
10	0.250	1.923	97.653			
11	0.154	1.185	98.838			
12	0.095	0.732	99.570			
13	0.056	0.430	100.000			

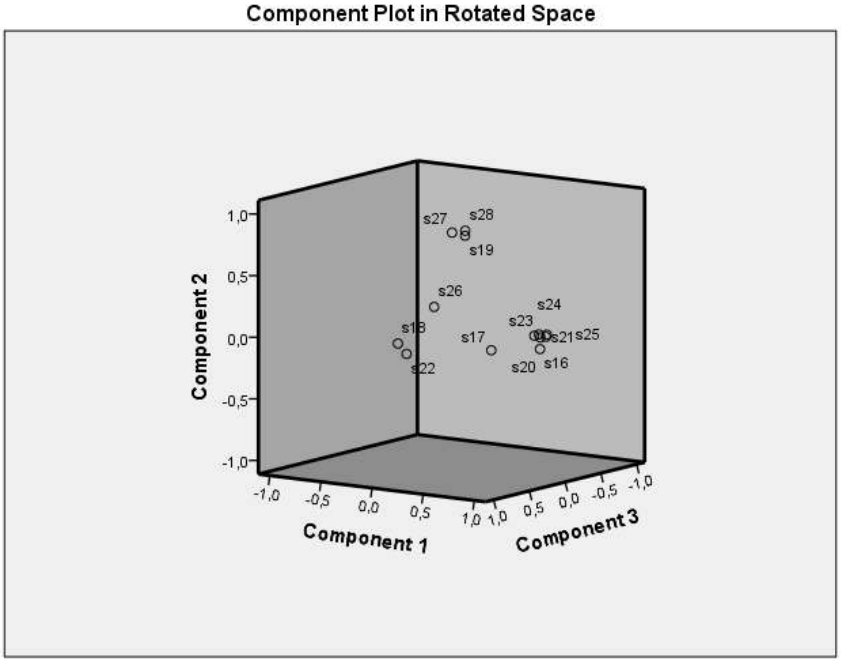
Tablo 36'daki döndürülmüş bileşenler matrisine bakıldığında dört faktörün altında değişkenler görülmektedir. 19., 27. ve 28. değişkenler 2.faktörün altında, 18. ve 22. değişkenler 3.faktörün altında ve 17. ve 26. değişkenler ise 4. faktörün altında

gruplanmışlardır. Bu değişkenler analizden çıkarılıp bireysel fayda için açıklayıcı faktör analizi tekrardan gerçekleştirilecektir.

Tablo 36. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi

	Bileşen			
	1	**2**	**3**	**4**
s21	0.919			
s20	0.907			
s25	0.897			
s23	0.887			
s16	0.887			
s24	0.876			
s27		0.817		
s28		0.799		
s19		0.793		
s18			0.814	
s22			0.792	
s17				0.752
s26				0.646

Şekil 10'da döndürülmüş uzayda bileşenlerin durumu görülmektedir. Çıkarılacak maddelerin gruplanmadan ayrılmaları belirgindir.



Şekil 10. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş uzayda bileşen grafiği

Aşağıda bireysel fayda alt boyutuna ait açıklayıcı faktör analizinin tekrardan gerçekleştirilmesiyle elde edilen sonuçlar görülmektedir. Tablo 37'de bireysel fayda alt ölçeğine ilişkin 2. test korelasyon sonuçları mevcut olup, düşük seviyede, anlamsız ve ters yönde korelasyon ilişkileri bulunmamakta olup bu durum bireysel fayda ölçeğinin tek boyutlu yapıda oluştuğunu göstermektedir. Ayrıca 0.10'dan düşük ve 0.90'dan

yüksek korelasyon katsayıları bulunmamaktadır. Belirlilik katsayısı ise çoklu bağlantı sorununun olmadığını göstermektedir.

Tablo 37. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları (2.test)

		s16	s20	s21	s23	s24	s25
r	**s16**	1.000	0.846	0.790	0.704	0.754	0.704
	s20	0.846	1.000	0.763	0.842	0.719	0.721
	s21	0.790	0.763	1.000	0.727	0.842	0.823
	s23	0.704	0.842	0.727	1.000	0.697	0.836
	s24	0.754	0.719	0.842	0.697	1.000	0.756
	s25	0.704	0.721	0.823	0.836	0.756	1.000
p	**s16**		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	s20	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
	s21	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
	s23	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
	s24	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
	s25	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

Belirlilik =0 .001

KMO değeri 0.840 ve Bartlett testi (x^2=4215.342; sd=15) anlamlılık düzeyi p=0.000 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu iki test gerekliliği sağlanmıştır.

Tablo 38. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon (2.test)

		s16	s20	s21	s23	s24	s25
r	**s16**	0.869[a]	-0.569	-0.191	0.191	-0.183	-0.091
	s20	-0.569	0.793[a]	-0.156	-0.620	0.004	0.251
	s21	-0.191	-0.156	0.869[a]	0.146	-0.452	-0.429
	s23	0.191	-0.620	0.146	0.783[a]	-0.057	-0.601
	s24	-0.183	0.004	-0.452	-0.057	0.919[a]	-0.096
	s25	-0.091	0.251	-0.429	-0.601	-0.096	0.826[a]

Tablo 38'e bakıldığında ters görüntü matrisinin köşegenlerindeki değerler yüksek bulunmuştur.

Tablo 39'a bakıldığında bireysel fayda alt boyutunun ortak varyans değerleri görülmektedir. Değerlerin hepsi 0.600 kesme değerinin üstünde yer almıştır.

Tablo 39. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları (2.test)

	Başlangıç	Çıkarım
s16	1.000	0.792
s20	1.000	0.824
s21	1.000	0.843
s23	1.000	0.795
s24	1.000	0.782
s25	1.000	0.807

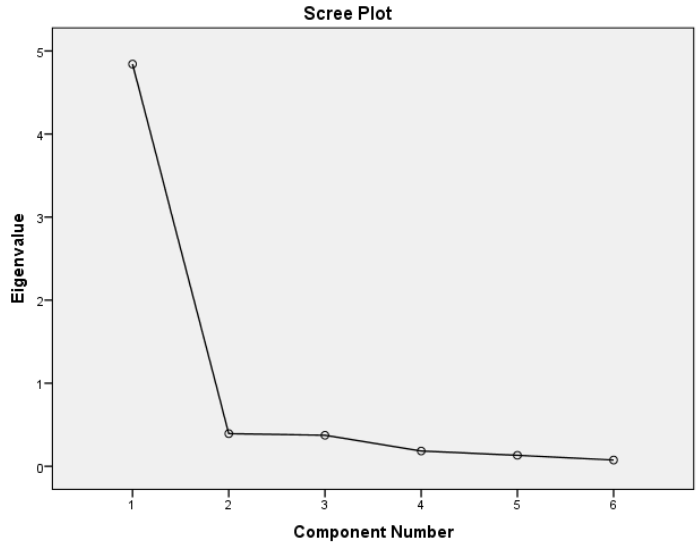
Tablo 40'taki çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçlarına bakıldığında artık değerlerin sadece %46'sının 0.05'ten büyük olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla uygundur.

Tablo 40. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi (2. test)

		s16	s20	s21	s23	s24	s25
r	**s16**	0.792[a]	0.808	0.817	0.794	0.787	0.799
	s20	0.808	0.824[a]	0.833	0.809	0.803	0.815
	s21	0.817	0.833	0.843[a]	0.819	0.812	0.824
	s23	0.794	0.809	0.819	0.795[a]	0.788	0.801
	s24	0.787	0.803	0.812	0.788	0.782[a]	0.794
	s25	0.799	0.815	0.824	0.801	0.794	0.807[a]
Artık	**s16**		0.038	-0.027	-0.089	-0.033	-0.096
	s20	0.038		-0.071	0.032	-0.083	-0.094
	s21	-0.027	-0.071		-0.091	0.030	-0.001
	s23	-0.089	0.032	-0.091		-0.091	0.036
	s24	-0.033	-0.083	0.030	-0.091		-0.038
	s25	-0.096	-0.094	-0.001	0.036	-0.038	

Mutlak değeri 0.05'ten büyük olan 7 (%46.0) artık değer vardır.

Şekil 11'de tek bir ana kırılma görülmektedir. Dolayısıyla 1 faktörlü bir yapının oluşabileceği öngörülebilir.



Şekil 11. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği (2.test)

Tablo 41'de açıklanan toplam varyans değerleri görülmektedir. Açıklanan toplam varyans değeri %80.704 olarak bulunmuştur. Yapılan 2. Açıklayıcı faktör analizi sonucu tek boyutluluk elde edilmiştir.

Tablo 41. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans (2.test)

Madde	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Kareleri Toplamı		
	Toplam	Varyans	Birikim	Toplam	Varyans	Birikim
1	4.842	80.704	80.704	4.842	80.704	80.704
2	0.393	6.555	87.258			
3	0.373	6.224	93.482			
4	0.184	3.063	96.545			
5	0.132	2.202	98.747			
6	0.075	1.253	100.000			

Tablo 42'deki döndürülmüş bileşenler matrisine bakıldığında 6 değişkeninde tek bir faktör altında toplandığı ve faktör yüklerinin yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 42. Bireysel fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi (2.test)

	Bileşen 1
s21	0.918
s20	0.908
s25	0.898
s23	0.892
s16	0.890
s24	0.884

Aşağıda toplumsal fayda alt boyutuna ait açıklayıcı faktör analizi sonuçları görülmektedir. Tablo 43'te toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları mevcut olup, düşük seviyede, anlamsız ve ters yönde korelasyon ilişkileri bulunmakta olup bu durum toplumsal fayda ölçeğinin altında birden fazla faktör olabileceğini göstermektedir. Ayrıca 0.10'dan aşağı korelasyon katsayıları bulunmaktadır. Yani çok düşük ilişkili değişenler toplumsal fayda alt ölçeği içinde bulunmaktadır. Sonraki süreçlerde bu durum ortaya çıkacak ve bu değişkenler analizden çıkarılacaktır. Fakat belirlilik katsayısı 0.00001'den küçük bulunmuştur.

Tablo 43. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları

		s29	**s30**	**s31**	**s32**	**s33**	**s34**	**s35**	**s36**	**s37**	**s38**
r	**s29**	1.00	-0.042	0.648	0.016	-0.241	0.635	-0.127	0.695	0.692	-0.051
	s30	-0.042	1.00	-0.035	0.466	0.440	0.019	0.469	-0.051	0.020	0.235
	s31	0.648	-0.035	1.00	-0.119	-0.190	0.344	0.035	0.555	0.381	-0.051
	s32	0.016	0.466	-0.119	1.00	0.426	0.017	0.528	0.081	0.248	0.501
	s33	-0.241	0.440	-0.190	0.426	1.00	0.192	0.573	-0.090	0.060	0.324
	s34	0.635	0.019	0.344	0.017	0.192	1.00	0.064	0.500	0.656	0.073
	s35	-0.127	0.469	0.035	0.528	0.573	0.064	1.00	-0.029	-0.003	0.387
	s36	0.695	-0.051	0.555	0.081	-0.090	0.500	-0.029	1.00	0.459	0.056
	s37	0.692	0.020	0.381	0.248	0.060	0.656	-0.003	0.459	1.00	0.144
	s38	-0.051	0.235	-0.051	0.501	0.324	0.073	0.387	0.056	0.144	1.00
p	**s29**		0.148	0.000	0.340	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.101
	s30	0.148		0.188	0.000	0.000	0.313	0.000	0.101	0.303	0.000
	s31	0.000	0.188		0.001	0.000	0.000	0.188	0.000	0.000	0.099
	s32	0.340	0.000	0.001		0.000	0.334	0.000	0.021	0.000	0.000
	s33	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.011	0.064	0.000
	s34	0.000	0.313	0.000	0.334	0.000		0.054	0.000	0.000	0.033
	s35	0.001	0.000	0.188	0.000	0.000	0.054		0.234	0.466	0.000
	s36	0.000	0.101	0.000	0.021	0.011	0.000	0.234		0.000	0.080
	s37	0.000	0.303	0.000	0.000	0.064	0.000	0.466	0.000		0.000
	s38	0.101	0.000	0.099	0.000	0.000	0.033	0.000	0.080	0.000	

Belirlilik= 0.008

KMO değeri 0.701 ve Bartlett testi (x^2=3086.067; sd=45) anlamlılık düzeyi p=0.000 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu iki test gerekliliği sağlanmıştır.

Tablo 44. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon sonuçları

		s29	s30	s31	s32	s33	s34	s35	s36	s37	s38
r	**s29**	0.698[a]	-0.156	-0.395	-0.121	0.388	-0.376	0.082	-0.376	-0.393	0.134
	s30	-0.156	0.768[a]	-0.033	-0.257	-0.243	0.037	-0.150	0.128	0.131	0.037
	s31	-0.395	-0.033	0.693[a]	0.321	0.040	0.195	-0.315	-0.241	-0.073	-0.031
	s32	-0.121	-0.257	0.321	0.592[a]	-0.119	0.354	-0.355	-0.173	-0.344	-0.316
	s33	0.388	-0.243	0.040	-0.119	0.658[a]	-0.385	-0.323	-0.069	-0.114	-0.012
	s34	-0.376	0.037	0.195	0.354	-0.385	0.665[a]	-0.125	-0.152	-0.364	-0.064
	s35	0.082	-0.150	-0.315	-0.355	-0.323	-0.125	0.698[a]	0.086	0.193	-0.118
	s36	-0.376	0.128	-0.241	-0.173	-0.069	-0.152	0.086	0.802[a]	0.169	-0.070
	s37	-0.393	0.131	-0.073	-0.344	-0.114	-0.364	0.193	0.169	0.725[a]	-0.072
	s38	0.134	0.037	-0.031	-0.316	-0.012	-0.064	-0.118	-0.070	-0.072	0.800[a]

Tablo 44'e bakıldığında ters görüntü matrisinin köşegenlerindeki en düşük değer 32. değişkene (r=0.592) aittir. Diğer değişkenlerin hepsi 0.500 kesim değerinin üzerinde tespit edilmiştir.

Tablo 45'e bakıldığında toplumsal fayda alt boyutunun ortak varyans değerleri görülmektedir. En düşük değeri 38. değişken almış olup (0.412), 0.600 kesme değerinin altında yer alan diğer değişkenler ise 30., 33. ve 31. değişkenlerdir.

Tablo 45. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları

	Başlangıç	Çıkarım
s29	1.000	0.869
s30	1.000	0.473
s31	1.000	0.530
s32	1.000	0.637
s33	1.000	0.599
s34	1.000	0.615
s35	1.000	0.636
s36	1.000	0.642
s37	1.000	0.666
s38	1.000	0.412

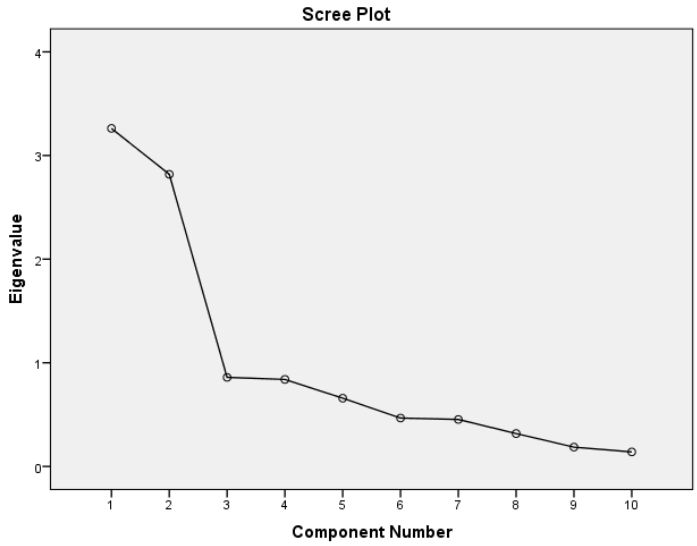
Tablo 46'daki çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçlarına bakıldığında artık değerlerin %55'inin 0.05'ten büyük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 46. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi

		s29	s30	s31	s32	s33	s34	s35	s36	s37	s38
r	**s29**	0.869[a]	-0.115	0.677	-0.028	-0.180	0.696	-0.126	0.743	0.718	-0.027
	s30	-0.115	0.473[a]	-0.115	0.544	0.531	0.070	0.549	-0.039	0.087	0.438
	s31	0.677	-0.115	0.530[a]	-0.053	-0.169	0.534	-0.129	0.576	0.550	-0.046
	s32	-0.028	0.544	-0.053	0.637[a]	0.604	0.168	0.631	0.045	0.191	0.513
	s33	-0.180	0.531	-0.169	0.604	0.599[a]	0.035	0.615	-0.089	0.053	0.486
	s34	0.696	0.070	0.534	0.168	0.035	0.615[a]	0.087	0.616	0.640	0.132
	s35	-0.126	0.549	-0.129	0.631	0.615	0.087	0.636[a]	-0.040	0.107	0.508
	s36	0.743	-0.039	0.576	0.045	-0.089	0.616	-0.040	0.642[a]	0.637	0.032
	s37	0.718	0.087	0.550	0.191	0.053	0.640	0.107	0.637	0.666[a]	0.150
	s38	-0.027	0.438	-0.046	0.513	0.486	0.132	0.508	0.032	0.150	0.412[a]
Art.	**s29**		0.073	-0.030	0.045	-0.061	-0.060	-0.001	-0.047	-0.026	-0.023
	s30	0.073		0.080	-0.078	-0.091	-0.051	-0.079	-0.011	-0.067	-0.202
	s31	-0.030	0.080		-0.067	-0.021	-0.189	0.164	-0.021	-0.169	-0.005
	s32	0.045	-0.078	-0.067		-0.177	-0.151	-0.103	0.036	0.057	-0.012
	s33	-0.061	-0.091	-0.021	-0.177		0.157	-0.043	-0.001	0.008	-0.162
	s34	-0.060	-0.051	-0.189	-0.151	0.157		-0.024	-0.115	0.016	-0.059
	s35	-0.001	-0.079	0.164	-0.103	-0.043	-0.024		0.011	-0.110	-0.121
	s36	-0.047	-0.011	-0.021	0.036	-0.001	-0.115	0.011		-0.179	0.023
	s37	-0.026	-0.067	-0.169	0.057	0.008	0.016	-0.110	-0.179		-0.006
	s38	-0.023	-0.202	-0.005	-0.012	-0.162	-0.059	-0.121	0.023	-0.006	

Mutlak değeri 0.05'ten büyük olan 25 (%55.0) artık değer vardır.

Şekil 12'de 2 ana kırılma görülmektedir. Dolayısıyla 2 faktörlü bir yapının oluşabileceği öngörülebilir.



Şekil 12. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği

Tablo 47'de toplumsal fayda alt boyutunun açıklanan toplam varyans değerleri görülmektedir. Açıklanan toplam varyans değeri %60.799 olarak bulunmuştur. Fakat toplumsal fayda alt boyutunun altında iki faktör oluşmuştur, dolayısıyla tek boyutluluk oluşmamıştır. Toplam varyansın % 28.187'sini açıklayan 2. faktörün elimine edilmesi gerekmektedir. Bu sayede tek boyutluluk sağlanabilecektir.

Tablo 47. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans değerleri

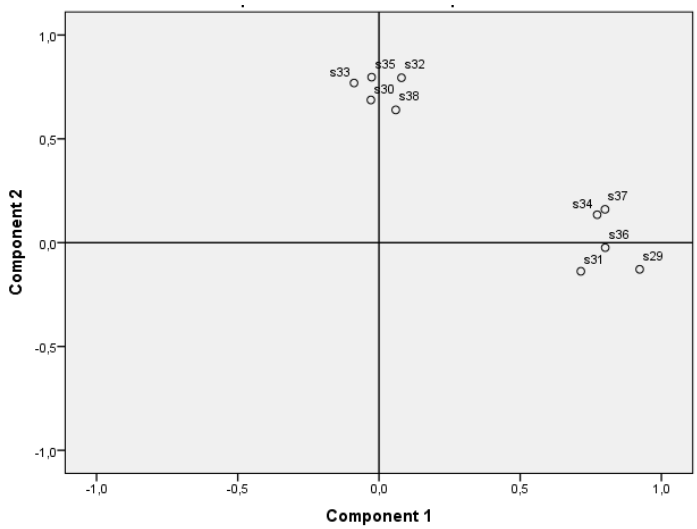
Madde	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Kareleri Toplamı		
	Toplam	Varyans	Birikim	Toplam	Varyans	Birikim
1	3.261	32.614	32.614	3.261	32.611	32.611
2	2.818	28.185	60.799	2.819	28.187	60.799
3	0.859	8.591	69.390			
4	0.839	8.394	77.783			
5	0.658	6.585	84.368			
6	0.467	4.669	89.037			
7	0.453	4.532	93.569			
8	0.317	3.171	96.740			
9	0.186	1.862	98.602			
10	0.140	1.398	100.000			

Tablo 48'deki döndürülmüş bileşenler matrisine bakıldığında iki faktörün altında değişkenler görülmektedir. 35., 32., 33., 30. ve 38. değişkenler 2.faktörün altında gruplanmışlardır. Bu değişkenler analizden çıkarılıp toplumsal fayda için açıklayıcı faktör analizi tekrardan gerçekleştirilecektir.

Tablo 48. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi

	Bileşen	
	1	2
s29	0.923	
s36	0.801	
s37	0.800	
s34	0.773	
s31	0.715	
s35		0.797
s32		0.794
s33		0.769
s30		0.687
s38		0.639

Şekil 13'te döndürülmüş uzayda bileşenlerin durumu görülmektedir. Çıkarılacak maddelerin gruplanmadan ayrılmaları ise belirgindir.



Şekil 13. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş uzayda bileşen grafiği

Aşağıda toplumsal fayda alt boyutuna ait açıklayıcı faktör analizinin tekrardan gerçekleştirilmesiyle elde edilen sonuçlar görülmektedir. Tablo 49'da toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin 2. test korelasyon sonuçları mevcut olup, düşük seviyede, anlamsız ve ters yönde korelasyon ilişkileri bulunmamakta olup bu durum bireysel fayda ölçeğinin tek boyutlu yapıda oluştuğunu göstermektedir. Belirlilik katsayısı ise çoklu bağlantı sorununun olmadığını göstermektedir.

Tablo 49. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin korelasyon sonuçları (2.test)

		s16	**s20**	**s21**	**s23**	**s24**	**s25**
r	**s16**	1.000	0.846	0.790	0.704	0.754	0.704
	s20	0.846	1.000	0.763	0.842	0.719	0.721
	s21	0.790	0.763	1.000	0.727	0.842	0.823
	s23	0.704	0.842	0.727	1.000	0.697	0.836
	s24	0.754	0.719	0.842	0.697	1.000	0.756
	s25	0.704	0.721	0.823	0.836	0.756	1.000
p	**s16**		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	s20	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
	s21	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
	s23	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
	s24	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
	s25	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

KMO değeri 0.800 ve Bartlett testi (x^2=1660,612; sd=10) anlamlılık düzeyi p=0.000 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu iki test gerekliliği sağlanmıştır.

Tablo 50. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin ters görüntü korelasyon (2.test)

		s29	**s31**	**s34**	**s36**	**s37**
r	**s29**	0.755[a]	-0.433	-0.227	-0.395	-0.429
	s31	-0.433	0.804[a]	0.100	-0.199	0.068
	s34	-0.227	0.100	0.838[a]	-0.150	-0.386
	s36	-0.395	-0.199	-0.150	0.848[a]	0.076
	s37	-0.429	0.068	-0.386	0.076	0.786[a]

Tablo 50'ye bakıldığında ters görüntü matrisinin köşegenlerindeki değerler yüksek bulunmuştur. Tablo 51'e bakıldığında ise, toplumsal fayda alt boyutunun ortak varyans değerleri görülmektedir. 31. Değişken hariç diğer değerlerin hepsi 0.600 kesme değerinin üstünde yer almıştır.

Tablo 51. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin ortak varyans sonuçları (2.test)

	Başlangıç	**Çıkarım**
s29	1.000	0.848
s31	1.000	0.515
s34	1.000	0.610
s36	1.000	0.638
s37	1.000	0.635

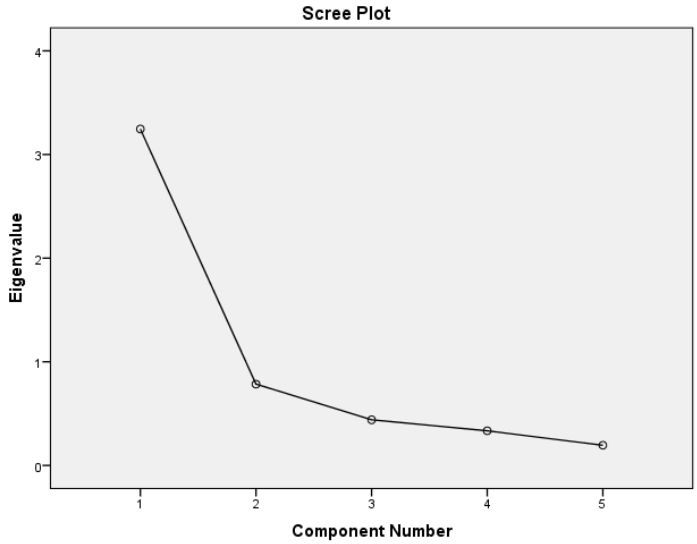
Tablo 52'deki çoğaltılan korelasyon matrisi sonuçlarına bakıldığında artık değerlerin sadece %50'sinin 0.05'ten büyük olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla uygundur.

Tablo 52. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin çoğaltılan korelasyon matrisi (2. test)

		s29	**s31**	**s34**	**s36**	**s37**
r	**s29**	0.848[a]	0.661	0.719	0.735	0.734
	s31	0.661	0.515[a]	0.561	0.573	0.572
	s34	0.719	0.561	0.610[a]	0.624	0.623
	s36	0.735	0.573	0.624	0.638[a]	0.637
	s37	0.734	0.572	0.623	0.637	0.635[a]
	s29		-0.013	-0.084	-0.040	-0.041
	s31	-0.013		-0.216	-0.019	-0.191
	s34	-0.084	-0.216		-0.124	0.034
	s36	-0.040	-0.019	-0.124		-0.178
	s37	-0.041	-0.191	0.034	-0.178	

Mutlak değeri 0.05'ten büyük olan 5 (%50.0) artık değer vardır.

Şekil 14'te tek bir ana kırılma görülmektedir. Dolayısıyla 1 faktörlü bir yapının oluşabileceği öngörülebilir.



Şekil 14. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin yamaç-birikinti grafiği (2.test)

Tablo 53'te açıklanan toplam varyans değerleri görülmektedir. Açıklanan toplam varyans değeri %64.923 olarak bulunmuştur. Yapılan 2. açıklayıcı faktör analizi sonucu tek boyutluluk elde edilmiştir.

Tablo 53. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin açıklanan toplam varyans (2.test)

Madde	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Kareleri Toplamı		
	Toplam	Varyans	Birikim	Toplam	Varyans	Birikim
1	3.246	64.923	64.923	3.246	64.923	64.923
2	0.784	15.689	80.612			
3	0.440	8.809	89.421			
4	0.334	6.684	96.104			
5	0.195	3.896	100.000			

Tablo 54'teki döndürülmüş bileşenler matrisine bakıldığında 5 değişkeninde tek bir faktör altında toplandığı ve faktör yüklerinin yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 54. Toplumsal fayda alt boyutuna ilişkin döndürülmüş bileşenler matrisi (2.test)

	Bileşen
	1
s29	0.921
s36	0.799
s37	0.797
s34	0.781
s31	0.718

4.8.3.3. Croncbach Alpha, Madde-Toplam Korelasyonları, İki Yarı ve Guttman Güvenirlilik Analizleri

Ölçeklerin güvenirliliğini tespit etmede en çok tercih edilen yöntem iç tutarlılığı ölçen Croncbach Alpha katsayısıdır. Kalaycı (2006)'ya göre ölçek, Croncbach Alpha değeri; $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise güvenilir değil, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise güvenilirliği düşük, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise güvenilir, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise yüksek güvenilirliğe sahiptir. Özdamar (2016)'a göre ise Croncbach Alpha değerinin 0.60 değerinin üzerinde olması kabul edilebilir bulunmaktadır. Madde-toplam korelasyonu anket maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösterir. Madde toplam korelasyon değerinin pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer özellikleri örneklediğini vurgular. Büyüköztürk (2007)'e göre madde-toplam korelasyonu 0.20'nin altında kalan maddeler analizden çıkarılır. De Vaus (2002)'e göre madde-toplam korelasyonu değerleri 0.30-0.90 arasında olan maddeler ayırt ediciliği yüksek maddelerdir. Bilgi alt boyutundan (6 madde) açıklayıcı faktör analizi sonucunda 2 madde çıkarılmış olup, kalan 4 maddeye Croncbach Alpha güvenirlilik analizi uygulanmıştır. Bu alt boyutun genel Alpha değeri 0.926 olarak bulunmuş olup yüksek güvenirliliğe sahiptir. Tablo 55'teki madde silindiğinde Croncbach Alpha sütununa bakıldığında sadece 2. madde (0.927) genel Alpha düzeyinden yüksek bulunmuştur. Bu çok az bir fark olup, düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları kısmına bakıldığında maddenin toplam ile korelasyonu (0.758) yüksek seviyede olduğu ve soru sayısının az olmasından dolayı 2. madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Tablo 55. Bilgi alt boyutuna ait Croncbach Alpha ve madde-toplam istatistikleri

	Madde-Toplam İstatistikleri			
	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	**Madde Silinirse Ölçek Varyansı**	**Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu**	**Madde Silindiğinde Croncbach Alpha**
s1	11.55	6.486	0.922	0.877
s2	11.64	6.673	0.758	0.927
s3	11.68	6.232	0.803	0.914
s5	11.64	6.316	0.846	0.898

Tablo 56'da bilgi alt boyutuna ait İki-Yarı (Split-Half) güvenirlilik analizi ve Gutmann güvenirlilik analizi sonuçları görülmektedir. Yarılar arası korelasyon 0.826 olup yüksek düzeyde bulunmuştur. Guttman katsayısı ise 0.903 olarak yüksek düzeyde tespit edilmiştir.

Tablo 56. Bilgi alt boyutuna ait iki-yarı güvenirlilik istatistikleri

Croncbach Alpha	1.Kısım	Değer	0.897
		Madde Sayısı	2[a]
	2.Kısım	Değer	0.879
		Madde Sayısı	2[b]
	Toplam madde sayısı		4
Yarılar arası korelasyon			0.826
Guttman Split-Half Katsayısı			0.903

a. Maddeler: s1, s2 b. Maddeler: s3, s5

Süreç alt boyutundan (9 madde) açıklayıcı faktör analizi sonucunda 5 madde çıkarılmış olup, kalan 4 maddeye Croncbach Alpha güvenirlilik analizi uygulanmıştır. Bu alt boyutun genel Alpha değeri 0.896 olarak bulunmuş olup yüksek güvenirliliğe sahiptir. Tablo 57'deki madde silindiğinde Croncbach Alpha sütununa bakıldığında hiçbir maddenin bu düzeyi aşmadığı görülmektedir. Dolayısıyla hiçbir madde süreç alt boyutundan çıkarılmamıştır. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları kısmına bakıldığında ise değerlerin orta ve yüksek seviyede oldukları görülmektedir.

Tablo 57. Süreç alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri

	Madde-Toplam İstatistikleri			
	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	**Madde Silinirse Ölçek Varyansı**	**Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu**	**Madde Silindiğinde Croncbach Alpha**
s7	12.10	4.451	0.819	0.852
s9	12.18	4.035	0.845	0.837
s10	12.17	4.389	0.733	0.878
s12	12.29	4.037	0.707	0.895

Tablo 58'de süreç alt boyutuna ait İki-Yarı (Split-Half) güvenirlilik analizi ve Gutmann güvenirlilik analizi sonuçları görülmektedir. Yarılar arası korelasyon 0.877 olup yüksek düzeyde bulunmuştur. Guttman katsayısı ise 0.934 olarak yüksek düzeyde tespit edilmiştir.

Tablo 58. Süreç alt boyutuna ait iki-yarı güvenirlilik istatistikleri

Croncbach Alpha	1.Kısım	Değer	0.855
		Madde Sayısı	2[a]
	2.Kısım	Değer	0.689
		Madde Sayısı	2[b]
	Toplam madde sayısı		4
Yarılar arası korelasyon			0.877
Guttman Split-Half Katsayısı			0.934

a. Maddeler: s7, s9 b. Maddeler: s10, s12

Bireysel fayda alt boyutundan (13 madde) açıklayıcı faktör analizi sonucunda 7 madde çıkarılmış olup, kalan 6 maddeye Croncbach Alpha güvenirlilik analizi uygulanmıştır. Bu alt boyutun genel Alpha değeri 0.952 olarak bulunmuş olup yüksek güvenirliliğe sahiptir. Tablo 59'daki madde silindiğinde Croncbach Alpha sütununa

bakıldığında hiçbir maddenin bu düzeyi aşmadığı görülmektedir. Dolayısıyla hiçbir madde bireysel fayda alt boyutundan çıkarılmamıştır. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları kısmına bakıldığında ise değerlerin yüksek seviyede oldukları görülmektedir.

Tablo 59. Bireysel fayda alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri

	Madde-Toplam İstatistikleri			
	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	**Madde Silinirse Ölçek Varyansı**	**Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu**	**Madde Silindiğinde Croncbach Alpha**
s16	18.17	22.359	0.838	0.944
s20	18.26	22.063	0.861	0.941
s21	18.35	21.152	0.880	0.939
s23	18.25	21.772	0.842	0.943
s24	18.44	21.324	0.833	0.945
s25	18.34	21.214	0.853	0.942

Tablo 60'ta bireysel fayda alt boyutuna ait İki-Yarı (Split-Half) güvenirlilik analizi ve Gutmann güvenirlilik analizi sonuçları görülmektedir. Yarılar arası korelasyon 0.891 olup yüksek düzeyde bulunmuştur. Guttman katsayısı ise 0.942 olarak yüksek düzeyde tespit edilmiştir.

Tablo 60. Bireysel fayda alt boyutuna ait iki-yarı güvenirlilik istatistikleri

Cronbach's Alpha	1.Kısım	Değer	0.921
		Madde Sayısı	3[a]
	2.Kısım	Değer	0.906
		Madde Sayısı	3[b]
	Toplam madde sayısı		6
Yarılar arası korelasyon			0.891
Guttman Split-Half Katsayısı			0.942

a. Maddeler: s16, s20, s21 b. Maddeler: s23, s24, s25

Toplumsal fayda alt boyutundan (10 madde) açıklayıcı faktör analizi sonucunda 5 madde çıkarılmış olup, kalan 5 maddeye Croncbach Alpha güvenirlilik analizi uygulanmıştır. Bu alt ölçeğin genel Alpha değeri 0.859 olarak bulunmuş olup yüksek güvenirliliğe sahiptir. Tablo 61'deki madde silindiğinde Croncbach Alpha sütununa bakıldığında hiçbir maddenin bu düzeyi aşmadığı görülmektedir. Dolayısıyla hiçbir madde toplumsal fayda alt boyutundan çıkarılmamıştır.

Tablo 61. Toplumsal fayda alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri

Madde-Toplam İstatistikleri				
	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	**Madde Silinirse Ölçek Varyansı**	**Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu**	**Madde Silindiğinde Croncbach Alpha**
s29	15.27	7.442	0.853	0.788
s31	15.45	8.019	0.571	0.856
s34	15.46	7.646	0.644	0.837
s36	15.47	7.405	0.673	0.830
s37	15.46	7.800	0.663	0.832

Tablo 62'de toplumsal fayda alt boyutuna ait İki-Yarı (Split-Half) güvenirlilik analizi ve Gutmann güvenirlilik analizi sonuçları görülmektedir. Yarılar arası korelasyon 0.811 olup yüksek düzeyde bulunmuştur. Guttman katsayısı ise, 0.868 olarak yüksek düzeyde tespit edilmiştir.

Tablo 62. Toplumsal fayda alt boyutuna ait iki-yarı güvenirlilik istatistikleri

Croncbach Alpha	1.Kısım	Değer	0.772
		Madde Sayısı	3[a]
	2.Kısım	Değer	0.627
		Madde Sayısı	2[b]
	Toplam madde sayısı		5
Yarılar arası korelasyon			0.811
Guttman Split-Half Katsayısı			0.868

a. Maddeler: s29, s31, 34 b. Maddeler: s34, s36, s37

4.8.3.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi

DeVellis (2012)'e göre doğrulayıcı faktör analizi kuram veya daha önce gerçekleştirilen analizler sonucunda tahmin edilen ilişkilerin doğrulanması için kullanılan bir istatistiksel yöntemdir.

Açıklayıcı faktör analizi testi vasıtasıyla oluşturulan tek boyutlu faktör yapısının uygun olup olmadığını belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Yani gözlenen değişkenler ile gizil değişken adı verilen gözlenemeyen değişken arasındaki ilişkiler test edilmiştir. Böylece gözlenebilen değişkenlerin, gizil değişkenleri ne kadar açıkladığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Her bir ölçek için öncelikle uyum iyiliği testlerine bakılmış ardından faktör yüklerine (standardize regresyon katsayıları) geçilmiştir. Şimşek (2007), Çokluk vd. (2012) ve Karagöz (2016) kabul edilebilir ve iyi uyum iyiliği değerlerini Tablo 63'teki gibi ifade etmişlerdir. Şimşek (2007) standartlaştırılmış faktör yükleri için bu değerlerin 0.50'den büyük olması gerektiğini belirtmiştir. Harrington (2009)'a göre standart faktör yük değerleri 0.45 ve üstü kabul edilebilir, 0.30'un altı ise kabul edilemez değerlerdir.

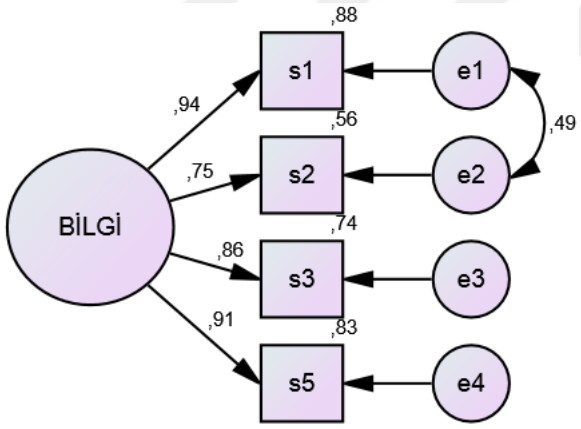
Tablo 63. DFA uyum indeksleri aralıkları

Uyum İyiliği Ölçüsü	Kabul edilebilir	İyi Uyum
χ^2/sd: Ki-Kare İstatistiği	≤ 5	≤ 3
GFI: İyilik Uyum İndeksi	0.90≤GFI≤0.95	0.95≤GFI≤1
AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi	0.85≤AGFI≤0.90	0.90≤AGFI≤1
CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi	0.90≤CFI≤0.95	0.95≤CFI≤1
NFI: Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi	0.90≤NFI≤0.95	0.95≤NFI≤1
RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü	0.05≤RMSEA≤0.08	0≤RMSEA≤0.05

Bilgi alt boyutu DFA sonucunda χ^2/sd: 0.108, GFI: 1.00, AGFI: 0.999, CFI: 1.00, NFI: 1.00, RMSEA: 0.00 mükemmel uyum bulunmuştur. Bilgi alt boyutu DFA faktör yükleri (standardize ve standardize olmayan regresyon katsayıları) Tablo 64'te görülmekte olup, dört değişkenin de faktör yükleri yüksek düzeyde ve anlamlı bulunmuştur. Şekil 15'te gerçekleştirilen analizin AMOS çıktısı görülmektedir.

Tablo 64. Bilgi alt boyutu DFA faktör yükleri

	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
S1←BİLGİ	0.939	1.000		
S2←BİLGİ	0.749	0.877	0.028	0.000
S3←BİLGİ	0.861	1.072	0.032	0.000
S5←BİLGİ	0.912	1.075	0.029	0.000

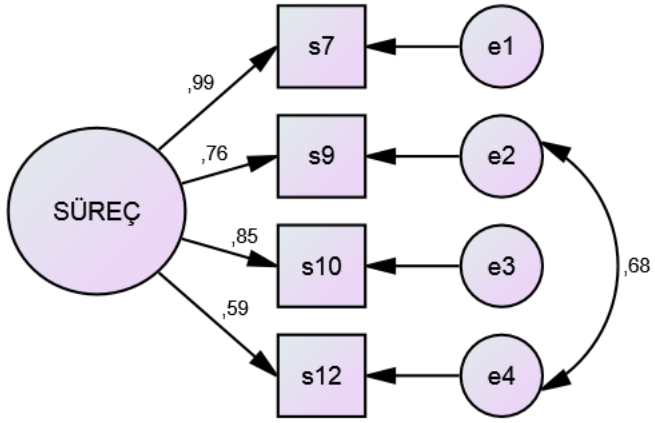


Şekil 15. Bilgi alt boyutu DFA çıktısı

Süreç alt boyutu DFA sonucunda χ^2/sd: 4.951, GFI: 0.996, AGFI: 0.961, CFI: 0.998, NFI: 0.998, RMSEA: 0.079 iyi uyum bulunmuştur. Süreç alt boyutu DFA faktör yükleri Tablo 65'te görülmekte olup, dört değişkenin de faktör yükleri 12. değişken (kabul edilebilir düzeyde) hariç yüksek düzeyde ve anlamlı bulunmuştur. Şekil 16'da gerçekleştirilen analizin AMOS çıktısı görülmektedir.

Tablo 65. Süreç alt boyutu DFA faktör yükleri

	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
S7 ← SÜREÇ	0.993	1.000		
S9 ← SÜREÇ	0.759	0.870	0.035	0.000
S10← SÜREÇ	0.849	0.945	0.031	0.000
S12← SÜREÇ	0.591	0.761	0.045	0.000

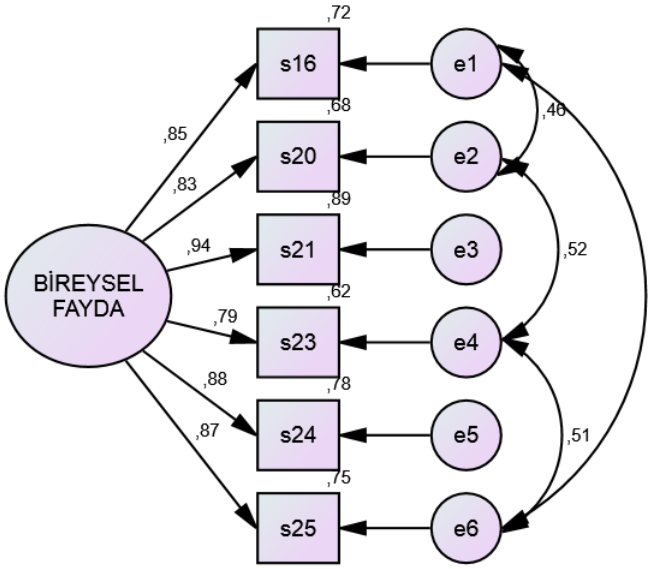


Şekil 16. Süreç alt boyutu DFA çıktısı

Bireysel fayda alt boyutu DFA sonucunda χ^2/sd: 4.452, GFI: 0.988, AGFI: 0.952, CFI: 0.996, NFI: 0.995, RMSEA: 0.074 iyi uyum bulunmuştur. Bireysel fayda alt boyutu DFA faktör yükleri Tablo 66'da görülmekte olunup, bütün değişkenlerin faktör yükleri yüksek düzeyde ve anlamlı bulunmuştur. Şekil 17'de gerçekleştirilen analizin AMOS çıktısı görülmektedir.

Tablo 66. Bireysel fayda alt boyutu DFA faktör yükleri

	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
S16 ← BİREYSEL	0.849	1.000		
S20 ← BİREYSEL	0.825	0.978	0.028	0.000
S21 ←BİREYSEL	0.943	1.230	0.037	0.000
S23 ←BİREYSEL	0.788	0.991	0.041	0.000
S24 ← BİREYSEL	0.885	1.183	0.040	0.000
S25 ← BİREYSEL	0.868	1.157	0.044	0.000

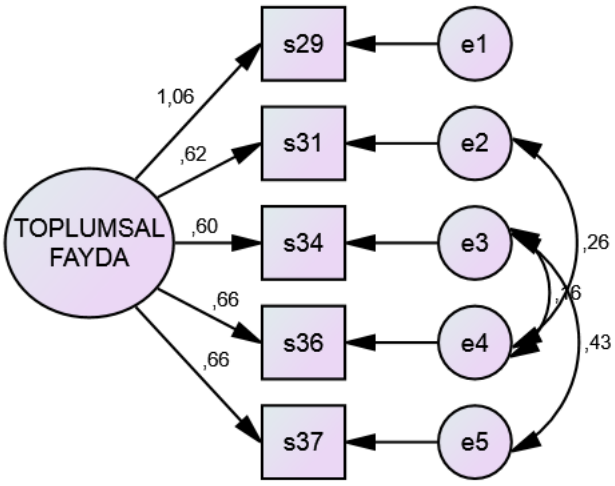


Şekil 17. Bireysel fayda alt boyutu DFA çıktısı

Toplumsal fayda alt boyutu DFA sonucunda χ^2/sd: 1.892, GFI: 0.998, AGFI: 0.982, CFI: 0.999, NFI: 0.998, RMSEA: 0.037 iyi uyum bulunmuştur. Toplumsal fayda alt boyutunun DFA faktör yükleri Tablo 67'de görülmekte olunup, bütün değişkenlerin faktör yükleri orta düzeyde ve anlamlı bulunmuştur. Şekil 18'de gerçekleştirilen analizin AMOS çıktısı görülmektedir.

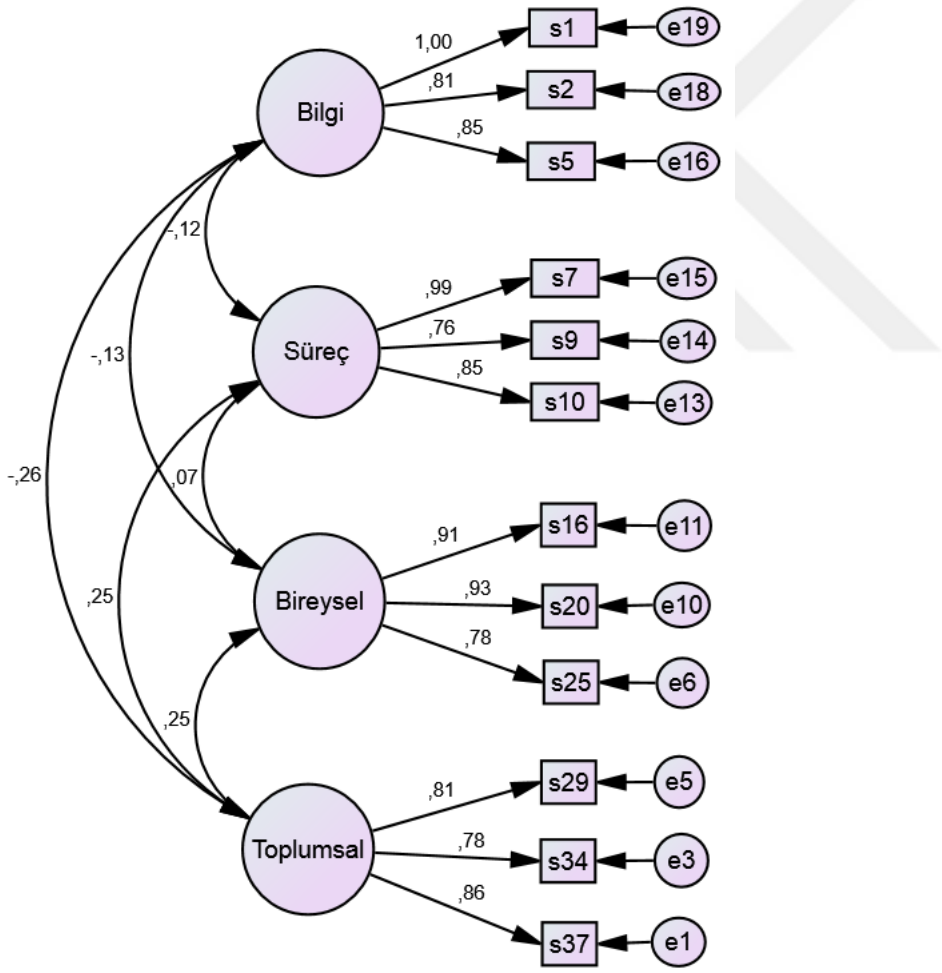
Tablo 67. Toplumsal fayda alt boyutu DFA faktör yükleri

	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
S29 ← TOPLUMSAL	1.055	1.000		
S31 ← TOPLUMSAL	0.618	0.665	0.041	0.000
S34 ← TOPLUMSAL	0.605	0.662	0.042	0.000
S36 ← TOPLUMSAL	0.655	0.743	0.043	0.000
S37 ← TOPLUMSAL	0.655	0.677	0.040	0.000



Şekil 18. Toplumsal fayda alt boyutu DFA çıktısı

Psikososyal destek ölçeğinin 4 alt boyutu kendi içinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizine ve Croncbach Alpha güvenirlilik testine tabi tutulduktan sonra 4 alt boyutun bir bütün olarak çalışıp çalışmadığına bakmak amacıyla 4 boyut birden doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Yapılan DFA sonucunda Bilgi alt boyutundan 3. değişken, Süreç alt boyutundan 12. değişken, Bireysel fayda alt boyutundan 21., 23. ve 24. değişkenler, toplumsal fayda alt boyutundan da 31. ve 36. değişkenler çıkarılmıştır. Bu değişkenler ilgili faktörlerde diğerlerine göre düşük faktör yüküne sahip ve hata terimleri diğer faktörlerin hata terimleriyle yüksek düzeyde kovaryansa sahip değişkenlerdi. Modelin bir bütün olarak çalışması için gerekli uyum iyiliği seviyelerine gelebilmek amacıyla bu değişken çıkarmalar gerçekleştirilmiştir. Psikososyal destek ölçeği DFA çıktısı Şekil 19'da görülmektedir.



Şekil 19. Psikososyal destek ölçeği DFA çıktısı

Psikososyal destek ölçeğinin uyum iyiliği değerleri χ^2/sd: 8.663, GFI: 0.906, AGFI: 0.848, CFI: 0.933, NFI: 0.925, TLI: 0.908, RFI: 0.897, RMR:0.043, RMSEA: 0.1 olarak bulunmuştur. Genel anlamda kabul edilebilir düzeyde uyum iyilik değerleri

bulunmuştur. χ^2/sd: 8.663 değeri 5'ten büyük olunca değer kabul edilemez fakat dikkate alınmamıştır. Gerekçesi aşağıda belirtilmiştir. RMSEA değeri ise 0.08'den büyük çıkmıştır. Fakat Tabachnic ve Fidell, (2013)'e göre RMSEA≤1 zayıf olsa da kabul edilebilir bir değerdir. Aşağıdaki açıklanan gerekçeden dolayı uyum iyiliği değerlerine 3 indeks daha (TLI: Tucker-Lewis Index, RFI: Relative fit index, RMR: Root mean square) eklenmiştir. Psikososyal destek ölçeği ilk defa ölçek geliştirme yöntemleriyle oluşturulacak bir ölçek olmasından dolayı bu indeks değerleri uygun bulunmuştur.

Uyum iyiliği indekslerinden Ki-kare istatistiği örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır, bundan dolayı model yeterliliğini değerlendirmek için çok çeşitli başka indeksler önerilmiştir. Uygulamada da Ki-kare testi uyumu değerlendirmede her zaman son söz değildir (West vd., 2012: 211). Schermelleh vd. (2003)'e göre Ki-kare model uyumu, cimri olmayan bir yaklaşımdır ve dolayısıyla model boyutu arttıkça model uyumu da gelişir. Finch vd. (2016) parametre sayısının arttırılmasının, basit modellerden ziyade kabul edilme olasılığı daha yüksek olan gereksiz derecede karmaşık modelleri ortaya çıkarabileceğini Ki-kare kullanılarak model uyumu değerlendirilirken modelin karmaşıklığının dikkate alınması gerektiğini vurgulamış ve Ki-kare testinin örneklem büyüklüğüne en duyarlı uyum ölçüsü olduğunu ifade etmişlerdir. Gatignon (2010) küçük örneklem boyutlarında (<200) Ki-karenin uyumsuz bir modeli reddetmede başarısız olabilirken, büyük bir örneklemde yeterli bir modeli hatalı bir şekilde reddedebileceğini belirtmiştir. Bu nedenle, bunun yerine Ki-karenin serbestlik derecesine oranı (Ki-kare/df) ortaya atılmıştır. Ancak Brown (2015)'a göre Ki-kare/sd oranı, örneklem büyüklüğüne en az Ki-kare kadar duyarlıdır.

Farklı örneklem büyüklükleri tavsiyeleri olmakla birlikte en son gerçekleştirilen DFA analizinde gözlenen değişken sayısının (19 değişken) 33 katı katılımcı mevcuttur. Çok değişkenli analizler özelde ise DFA ve Yapısal Eşitlik Modelinde örneklem büyüklüğü değeri farklı araştırmacılar (Devellis, 2012; Lomax ve Hahs-Vaughn, 2013) tarafından farklı oranlarda ifade edilmiştir. Bu farklılık 5-20 katı arasında gezinmektedir. Bu araştırmada χ^2/sd değerinin 5 değerinden büyük çıkması örneklem büyüklüğüne atfedilmiş, çıktılarda belirtilmiş ve daha fazla sayıda indeks değerleri çıktı olarak verilmiştir. Psikososyal destek DFA faktör yükleri Tablo 68'deki gibidir.

Tablo 68. Psikososyal destek DFA faktör yükleri

	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
s29 ← Toplumsal	0.806	1.000	-	**-**
s34 ← Toplumsal	0.777	1.116	0.056	0.000
s37 ← Toplumsal	0.857	1.160	0.055	0.000
s20 ← Bireysel	0.934	1.047	0.032	0.000
s25 ← Bireysel	0.775	0.966	0.038	0.000
s16 ← Bireysel	0.905	1.000	-	-
s1 ← Bilgi	1.002	1.000	-	-
s2 ← Bilgi	0.815	0.893	0.029	0.000
s5 ← Bilgi	0.854	0.944	0.027	0.000
s7 ← Süreç	0.988	1.000	-	-
s9 ← Süreç	0.762	0.878	0.035	0.000
s10 ← Süreç	0.853	0.954	0.031	0.000

4.8.3.5. Benzeşim Geçerliliği, Ayrım Geçerliliği, Birleşik Güvenirlilik, İç Tutarlılık

DFA sonucunda kalan değişkenlerin aritmetik ortalaması vasıtasıyla bulunan faktörler (alt boyutlar) dikkate alınarak gerçekleştirilen Croncbach Alfa (faktörlerin iç tutarlılığı) ve CR (Compozite Reliability: faktörlerin birleşik güvenilirliği) katsayıları Tablo 69'da görülmektedir.

Tablo 69'da ayrıca AVE (Average Varyans Extracted: Çıkarılan Ortalama Varyans) değerlerine de yer verilerek, ölçeğin benzeşim geçerliliği de değerlendirilmiştir. Benzeşim geçerliliği, ölçek ifadelerinin birbirleriyle ve oluşturdukları faktör ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Oluşturulan ölçeğin benzeşim geçerliliği kriterini sağladığını söyleyebilmek için AVE katsayısının 0.50 seviyesinin üzerinde gerçekleşmesi ve CR değerinin AVE değerlerinden büyük olması gerekmektedir (Yaşlıoğlu, 2017: 82).

Birleşik güvenirlilik (CR) Croncbach Alpha katsayısına alternatif olarak önerilmiş olup, benzer ifadelerin genel güvenirliliğini ölçer. Yaşlıoğlu (2017)'na göre CR değerinin 0.70 değerinin üzerinde olması gerekmektedir.

Tablo 69. Benzeşim geçerliliği, iç tutarlık ve birleşik güvenirlilik sonuçları

Boyutlar	Croncbach Alpha	CR	AVE
Bilgi	0.914	0.911	0.775
Süreç	0.895	0.904	0.761
Bireysel Fayda	0.900	0.906	0.774
Toplumsal Fayda	0.852	0.854	0.662

Tablo 69'da görüldüğü gibi dört boyuta ait Croncbach Alfa ve CR katsayıları eşik değerlerin üzerinde bulunmuştur. Birleşik güvenilirlik (CR) katsayılarının her dört boyutta AVE değerlerinin üzerinde gerçekleşmiş olması ve AVE değerlerinin de 0.50

kritik değerinin üzerinde bulunması nedeniyle psikososyal destek ölçeğinin benzeşim geçerliliğini sağladığı belirtilebilir.

Bove vd. (2009)'e göre oluşturulan ölçeğin ayrım geçerliliğine sahip olup olmadığını tespit etmek için her boyutun diğer boyutlarla olan korelasyonlarının karesinin ilgili boyutun AVE değerinden küçük olması gerekmektedir. Yapılan analizler sonucunda boyutların korelasyonlarının kareleri ve AVE değerleri Tablo 70'de görülmektedir. Tablo 70'de görüldüğü gibi her bir boyutun diğer boyutlarla olan korelasyonlarının karelerinin (satır bazında bakılacak) ilgili boyutun AVE değerinden düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 70. Psikososyal destek ölçeği ayrım geçerliliği sonuçları

Boyut	Bilgi	Süreç	Bireysel	Toplumsal	AVE
Bilgi	1	0.030	0.015	0.076	0.775
Süreç	0.030	1	0.004	0.044	0.761
Bireysel	0.015	0.004	1	0.051	0.774
Toplumsal	0.076	0.044	0.051	1	0.662

4.8.4. DASS42 Ölçeği Güvenirlilik, Geçerlilik Analizi Sonuçları

DASS-42 ölçeği farklı bir kültürde oluşturulmuş bir ölçek olup, Türkçe çevirisi yapıldıktan sonra geçerlilik ve güvenirlilik analizlerinin yapılması gerekmektedir.

4.8.4.1. DASS42 Ölçeği Normal Dağılım Uygunluğu

Araştırmada hipotezlerinin testinde kullanılacak istatistiksel analizlerin belirlenebilmesi için öncelikle değişkenlerin normallik testleri gerçekleştirilmiştir. Araştırmada normallik testi için basıklık ve çarpıklık katsayıları kullanılmıştır. DASS42 ölçeği maddelerinin basıklık ve çarpıklık değerleri Tablo 71'de görülmektedir. Bütün değişkenlerin normal dağıldığı tespit edilmiştir.

Tablo 71. DASS42 ölçeği değişkenlerine ait dağılım istatistikleri

Değişken	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Madde3	638	1.97	0.710	2	0.383	0.011
Madde5	638	2.09	0.837	2	0.611	-0.010
Madde10	638	2.09	0.820	2	0.611	0.072
Madde13	638	2.32	1.047	2	0.310	-1.081
Madde16	638	2.06	0.830	2	0.608	0.002
Madde17	638	2.13	0.886	2	0.598	-0.243
Madde21	638	1.70	0.734	2	0.651	-0.467
Madde24	638	2.17	0.912	2	0.609	-0.328
Madde26	638	2.20	0.941	2	0.593	-0.464
Madde31	638	2.23	0.934	2	0.553	-0.496
Madde34	638	1.66	0.832	2	1.092	0.399
Madde37	638	2.21	0.938	2	0.584	-0.467
Madde38	638	2.10	0.862	2	0.646	-0.061

Tablo 71. (Devamı)

Değişken	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Madde42	638	1.97	0.710	2	0.383	0.011
Madde2	638	2.27	0.985	2	0.499	-0.742
Madde4	638	2.43	1.078	2	0.284	-1.207
Madde7	638	2.45	1.075	2	0.282	-1.213
Madde9	638	2.47	1.081	2	0.256	-1.248
Madde15	638	1.55	0.872	2	1.588	1.603
Madde19	638	2.45	1.064	2	0.284	-1.183
Madde20	638	2.45	1.063	2	0.293	-1.176
Madde23	638	2.55	1.083	3	0.152	-1.315
Madde25	638	1.58	0.790	2	1.251	0.878
Madde28	638	2.40	1.049	2	0.349	-1.091
Madde30	638	2.34	1.036	2	0.424	-0.981
Madde36	638	2.33	1.026	2	0.427	-0.944
Madde40	638	1.39	0.788	1	1.133	1.764
Madde41	638	2.43	1.075	2	0.293	-1.197
Madde1	638	2.10	0.856	2	0.628	-0.067
Madde6	638	2.23	0.956	2	0.538	-0.590
Madde8	638	2.29	1.000	2	0.461	-0.828
Madde11	638	2.26	0.996	2	0.530	-0.741
Madde12	638	2.93	1.166	3	-0.407	-1.449
Madde14	638	2.26	0.965	2	0.508	-0.663
Madde18	638	2.30	0.986	2	0.484	-0.770
Madde22	638	2.30	0.987	2	0.475	-0.781
Madde27	638	3.00	1.156	3	-0.523	-1.345
Madde29	638	2.83	1.164	3	-0.248	-1.524
Madde32	638	2.21	0.928	2	0.561	-0.459
Madde33	638	2.20	0.930	2	0.589	-0.426
Madde35	638	2.21	0.924	2	0.573	-0.432
Madde39	638	2.20	0.932	2	0.579	-0.449

4.8.4.2. Croncbach Alpha Testi

4.8.4.2.1. Depresyon Alt Boyutu

Depresyon alt boyutu maddelerine (14 madde) Croncbach Alpha güvenirlilik analizi uygulanmıştır. Bu alt boyutun genel Alpha değeri 0.882 olarak bulunmuş olup yüksek güvenirliliğe sahiptir. Tablo 72'deki madde silindiğinde Croncbach Alpha sütununa bakıldığında 13., 21., 31., 34. ve 42. maddelerin bu değerin üzerinde olduğu görülmekte olup bu madde araştırmadan çıkarılmıştır.

Tablo 72. Depresyon alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri

Madde-Toplam İstatistikleri				
	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	**Madde Silinirse Ölçek Varyansı**	**Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu**	**Madde Silindiğinde Cronbach Alpha**
Madde3	26.86	49.780	0.941	0.860
Madde5	26.74	49.706	0.789	0.863
Madde10	26.75	50.126	0.768	0.865
Madde13	26.51	53.983	0.302	**0.889**
Madde16	26.77	49.443	0.822	0.862
Madde17	26.70	49.826	0.728	0.866
Madde21	27.28	55.894	0.286	**0.885**
Madde24	26.66	50.492	0.648	0.870
Madde26	26.63	49.786	0.681	0.868
Madde31	26.80	54.726	0.293	**0.887**
Madde34	27.34	55.686	0.289	**0.886**
Madde37	26.63	50.382	0.635	0.870
Madde38	26.73	49.605	0.771	0.864
Madde42	26.42	57.968	0.058	**0.899**

4.8.4.2.2. Anksiyete Alt Boyutu

Anksiyete alt boyutu maddelerine (14 madde) Croncbach Alpha güvenirlilik analizi uygulanmıştır. Bu alt boyutun genel Alpha değeri 0.900 olarak bulunmuş olup yüksek güvenirliliğe sahiptir. Tablo 73'teki madde silindiğinde Croncbach Alpha sütununa bakıldığında 4., 15., 23., 25., 28. ve 40. maddelerin bu değerin üzerinde olduğu görülmekte olup bu maddeler araştırmadan çıkarılmıştır.

Tablo 73. Anksiyete alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri

Madde-Toplam İstatistikleri				
	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	**Madde Silinirse Ölçek Varyansı**	**Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu**	**Madde Silindiğinde Cronbach Alpha**
Madde2	26.70	69.801	0.958	0.878
Madde4	27.20	83.932	0.081	**0.914**
Madde7	26.52	71.192	0.783	0.885
Madde9	26.50	71.359	0.767	0.886
Madde15	27.43	79.256	0.421	**0.901**
Madde19	26.53	71.477	0.774	0.885
Madde20	26.53	71.355	0.783	0.885
Madde23	27.23	82.709	0.137	**0.913**
Madde25	27.39	81.997	0.275	**0.904**
Madde28	27.23	77.908	0.406	**0.901**
Madde30	26.63	69.887	0.900	0.880
Madde36	26.65	69.873	0.911	0.880
Madde40	27.58	81.305	0.325	**0.903**
Madde41	26.54	70.723	0.811	0.884

4.8.4.2.3. Stres Alt Boyutu

Stres alt boyutu maddelerine (14 madde) Croncbach Alpha güvenirlilik analizi uygulanmıştır. Bu alt boyutun genel Alpha değeri 0.907 olarak bulunmuş olup yüksek güvenirliliğe sahiptir. Tablo 74'teki madde silindiğinde Croncbach Alpha sütununa

bakıldığında 1., 8., 12., 27., 29. ve 35. maddelerin bu değerin üzerinde olduğu görülmekte olup bu maddeler araştırmadan çıkarılmıştır.

Tablo 74. Stres alt boyutuna ait madde-toplam istatistikleri

Madde-Toplam İstatistikleri				
	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	**Madde Silinirse Ölçek Varyansı**	**Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu**	**Madde Silindiğinde Cronbach Alpha**
Madde1	30.27	83.222	0.350	**0.909**
Madde6	29.56	75.076	0.785	0.894
Madde8	29.89	79.563	0.446	**0.908**
Madde11	29.52	74.137	0.809	0.893
Madde12	28.86	78.349	0.450	**0.908**
Madde14	29.52	75.744	0.734	0.896
Madde18	29.49	75.220	0.748	0.895
Madde22	29.48	75.456	0.733	0.896
Madde27	28.79	78.900	0.427	**0.909**
Madde29	28.95	78.778	0.429	**0.909**
Madde32	29.57	75.714	0.769	0.895
Madde33	29.59	75.231	0.800	0.894
Madde35	30.12	82.062	0.359	**0.909**
Madde39	29.59	74.563	0.843	0.892

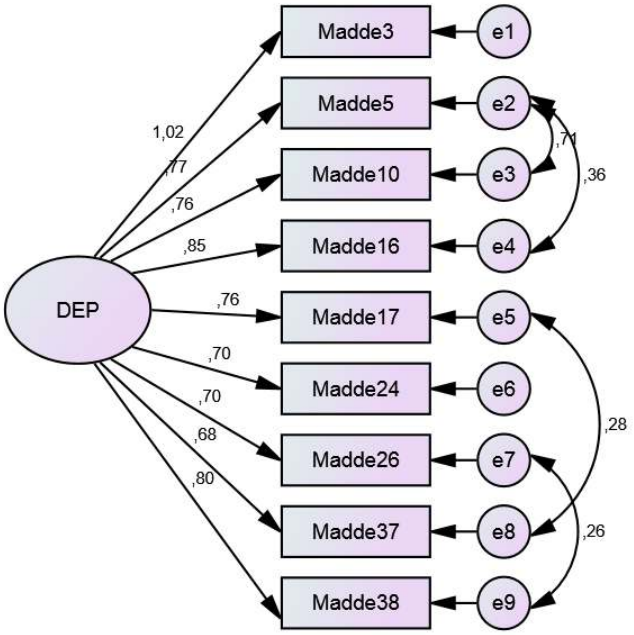
4.8.4.3. DASS42 Ölçeği Alt Boyutları Doğrulayıcı Faktör Analizi

4.8.4.3.1. Depresyon Alt Boyutu

Depresyon alt boyutu DFA sonucunda χ^2/sd: 3.314, GFI: 0.974, AGFI: 0.949, CFI: 0.990, NFI: 0.986, RFI: 0.978, RMSEA: 0.060, RMR: 0.020 mükemmel uyum bulunmuştur. Depresyon alt boyutunun DFA faktör yükleri (standardize ve standardize olmayan regresyon katsayıları) Tablo 75'te görülmekte olunup, bütün değişkenlerin faktör yükleri orta ve üst düzeyde ve anlamlı bulunmuştur. Şekil 20'de gerçekleştirilen analizin AMOS çıktısı görülmektedir.

Tablo 75. Depresyon alt boyutu DFA faktör yükleri

	Std Tahmin	**Tahmin**	**Std Hata**	**Anlamlılık**
Madde3←DEPRESYON	1.019	1.000		
Madde5← DEPRESYON	0.775	0.893	0.028	0.000
Madde10 ← DEPRESYON	0.764	0.865	0.028	0.000
Madde16 ← DEPRESYON	0.846	0.969	0.023	0.000
Madde17 ←DEPRESYON	0.764	0.935	0.030	0.000
Madde24 ← DEPRESYON	0.702	0.884	0.035	0.000
Madde26 ← DEPRESYON	0.699	0.908	0.036	0.000
Madde37 ← DEPRESYON	0.675	0.875	0.037	0.000
Madde38 ← DEPRESYON	0.796	0.947	0.028	0.000



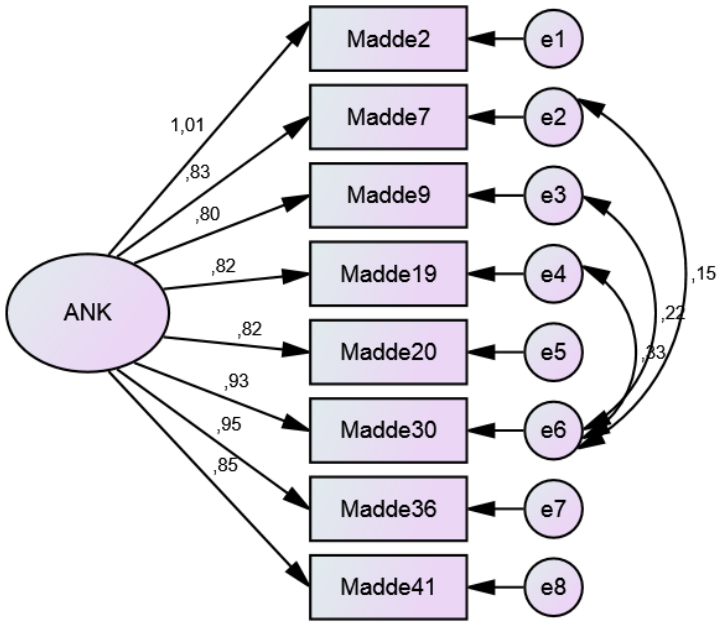
Şekil 20. Depresyon alt boyutu AMOS çıktısı

4.8.4.3.2. Anksiyete Alt Boyutu

Anksiyete alt boyutu DFA sonucunda χ^2/sd: 3.509, GFI: 0.978, AGFI: 0.954, CFI: 0.994, NFI: 0.991, RFI: 0.985, RMSEA: 0.060, RMR: 0.063 mükemmel uyum bulunmuştur. Anksiyete alt boyutunun DFA faktör yükleri (standardize ve standardize olmayan regresyon katsayıları) Tablo 76'da görülmekte olunup, bütün değişkenlerin faktör yükleri üst düzeyde ve anlamlı bulunmuştur. Şekil 21'de gerçekleştirilen analizin AMOS çıktısı görülmektedir.

Tablo 76. Anksiyete alt boyutu DFA faktör yükleri

	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
Madde2 ← ANKSİYETE	1.006	1.000		
Madde7←ANKSİYETE	0.827	0.896	0.024	0.000
Madde9← ANKSİYETE	0.804	0.876	0.025	0.000
Madde19 ← ANKSİYETE	0.817	0.877	0.024	0.000
Madde20 ← ANKSİYETE	0.818	0.876	0.024	0.000
Madde30 ← ANKSİYETE	0.934	0.976	0.014	0.000
Madde36 ← ANKSİYETE	0.945	0.977	0.013	0.000
Madde41 ← ANKSİYETE	0.853	0.924	0.022	0.000



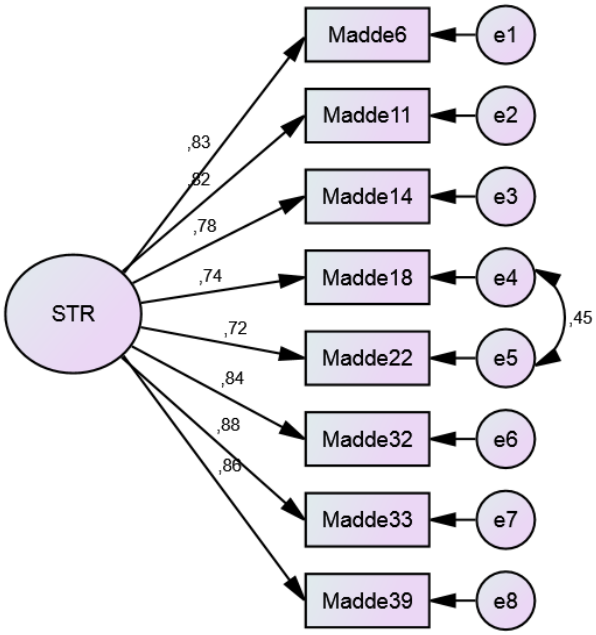
Şekil 21. Anksiyete alt boyutu AMOS çıktısı

4.8.4.3.3. Stres Alt Boyutu

Stres alt boyutu DFA sonucunda χ^2/sd: 2.673, GFI: 0.980, AGFI: 0.963, CFI: 0.992, NFI: 0.987, RFI: 0.981, RMSEA: 0.051, RMR: 0.015 mükemmel uyum bulunmuştur. Stres alt boyutunun DFA faktör yükleri (standardize ve standardize olmayan regresyon katsayıları) Tablo 77'de görülmekte olunup, bütün değişkenlerin faktör yükleri orta ve üst düzeyde ve anlamlı bulunmuştur. Şekil 22'de gerçekleştirilen analizin AMOS çıktısı görülmektedir.

Tablo 77. Stres alt boyutu DFA faktör yükleri

	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
Madde6 ← STRES	0.832	1.000		
Madde11← STRES	0.822	1.029	0.041	0.000
Madde14← STRES	0.780	0.946	0.041	0.000
Madde18 ← STRES	0.741	0.919	0.043	0.000
Madde22 ← STRES	0.722	0.897	0.043	0.000
Madde32 ← STRES	0.840	0.980	0.038	0.000
Madde33 ← STRES	0.879	1.028	0.037	0.000
Madde39 ← STRES	0.865	1.013	0.037	0.000



Şekil 22. Stres alt boyutu AMOS çıktısı

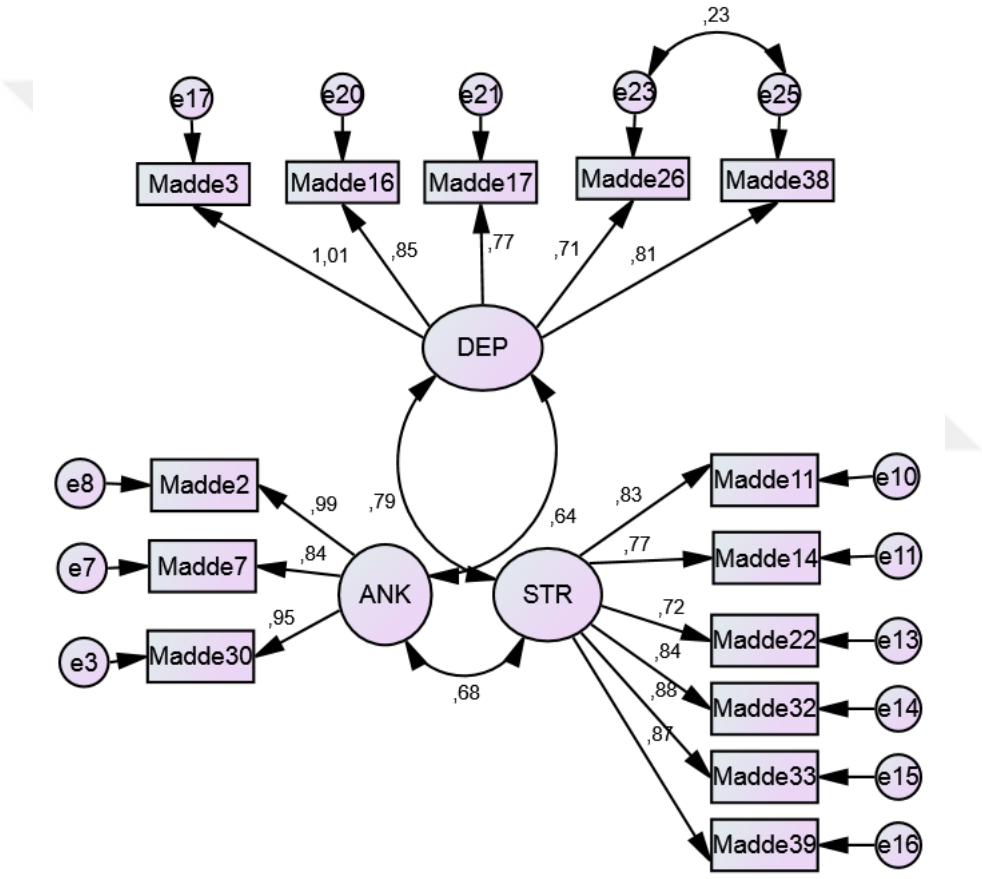
4.8.4.4. DASS42 Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi (Tüm Ölçek)

DASS42 ölçeğinin 3 alt boyutu kendi içinde doğrulayıcı faktör analizine ve Croncbach Alpha güvenirlilik testine tabi tutulduktan sonra 3 alt boyutun bir bütün olarak çalışıp çalışmadığına bakmak amacıyla 3 boyut birden doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Yapılan DFA sonucunda Depresyon alt boyutundan 5., 10., 24. ve 37. maddeler; Anksiyete alt boyutundan 9., 19., 20., 36. ve 41. maddeler; Stres alt boyutundan ise 6. ve 18. maddeler analizden çıkarılmışlardır. Bu değişkenler ilgili faktörlerde diğerlerine göre düşük faktör yüküne sahip ve hata terimleri diğer faktörlerin hata terimleriyle yüksek düzeyde kovaryansa sahip değişkenlerdi. Modelin bir bütün olarak çalışması için gerekli uyum iyiliği seviyelerine gelebilmek amacıyla bu çıkarımlar gerçekleştirilmiştir. DFA çıktısı Şekil 23'te görülmektedir.

DASS42 ölçeğinin uyum iyiliği değerleri χ^2/sd: 4.391, GFI: 0.935, AGFI: 0.906, CFI: 0.971, NFI: 0.963, IFI: 0.954, RFI: 0.954, TLI: 0.964, RMR:0.033, RMSEA: 0.073 olarak bulunmuştur. Genel anlamda kabul edilebilir düzeyde uyum iyilik değerleri bulunmuştur. DASS42 DFA faktör yükleri Tablo 78'deki gibidir.

Tablo 78. DASS42 DFA faktör yükleri

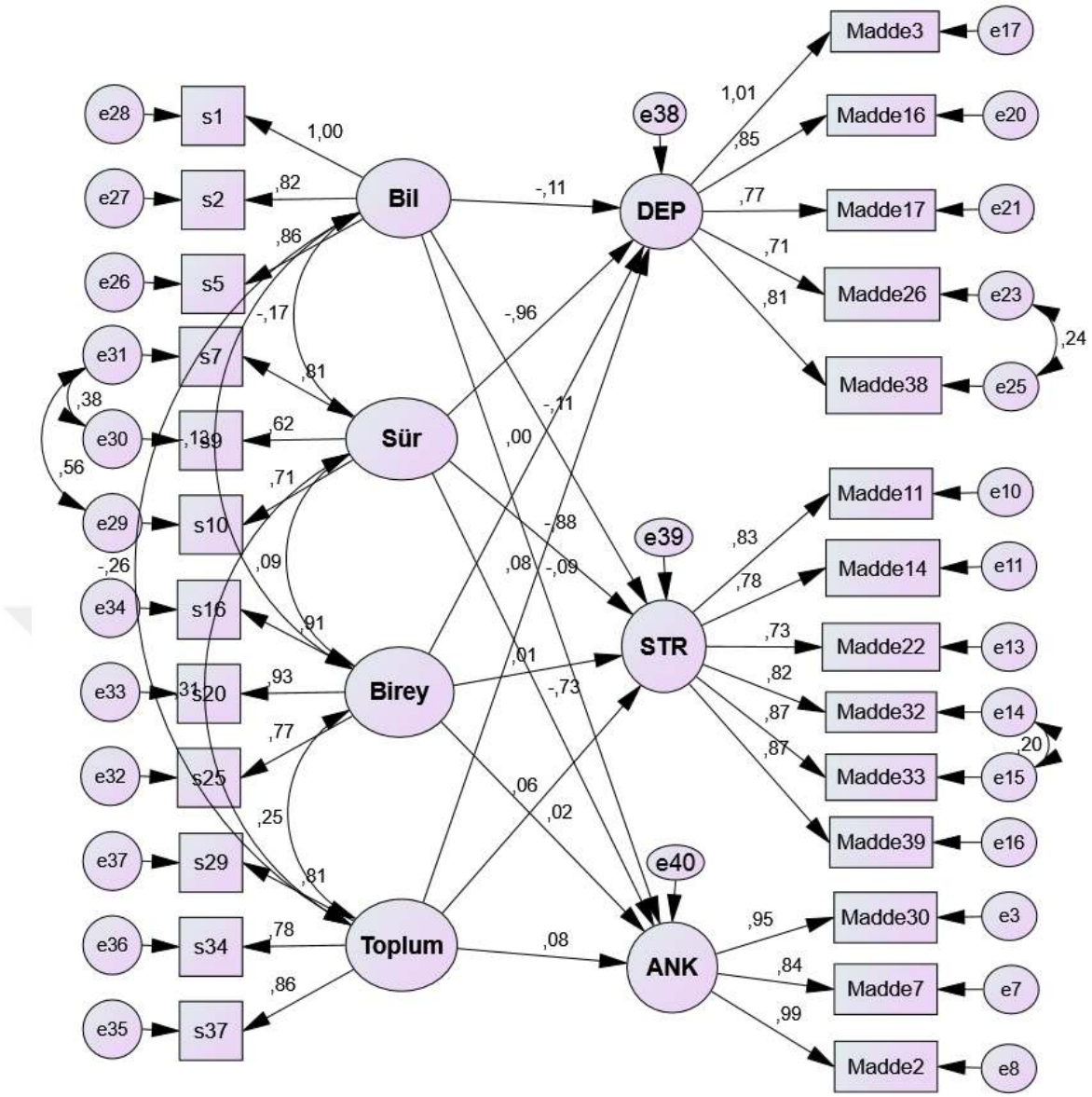
	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
Madde3 ← DEPRESYON	1.010	1.000	-	**-**
Madde16 ← DEPRESYON	0.852	0.986	0.024	0.000
Madde17← DEPRESYON	0.772	0.953	0.031	0.000
Madde26 ← DEPRESYON	0.709	0.929	0.037	0.000
Madde38← DEPRESYON	0.808	0.971	0.028	0.000
Madde2← ANKSİYETE	0.990	1.000	-	-
Madde7← ANKSİYETE	0.837	0.922	0.025	0.000
Madde30← ANKSİYETE	0.950	1.008	0.016	0.000
Madde11← STRES	0.827	1.000	-	-
Madde14← STRES	0.771	0.904	0.040	0.000
Madde22← STRES	0.722	0.866	0.042	0.000
Madde32← STRES	0.839	0.946	0.037	0.000
Madde33← STRES	0.881	0.995	0.036	0.000
Madde39← STRES	0.865	0.979	0.036	0.000



Şekil 23. DASS42 ölçeği AMOS çıktısı

4.8.5. Yapısal Eşitlik Model Analizi Sonuçları

Yapısal eşitlik modelinin uyum iyiliği değerleri χ^2/sd: 4.144, GFI: 0.881, AGFI: 0.849, CFI: 0.941, NFI: 0.925, IFI: 0.942, RFI: 0.911, TLI: 0.931, RMR:0.036, RMSEA: 0.070 olarak bulunmuştur. Genel anlamda kabul edilebilir düzeyde uyum iyilik değerleri bulunmuştur.



Şekil 24. Yapısal eşitlik modeli AMOS çıktısı

Tablo 79. Yapısal eşitlik regresyon katsayıları

	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
DEPRESYON ← BİLGİ	-0.109	-0.098	0.027	0.000
STRES ← BİLGİ	-0.106	-0.111	0.037	0.003
ANKSİYETE ← BİLGİ	-0.095	-0.116	0.045	0.010
DEPRESYON ← SÜREÇ	-0.955	-1.282	0.060	0.000
STRES ← SÜREÇ	-0.880	-1.373	0.079	0.000
ANKSİYETE ← SÜREÇ	-0.729	-1.325	0.081	0.000
DEPRESYON ← BİREYSEL F.	-0.004	-0.003	0.027	0.903
STRES ← BİREYSEL F.	0.008	0.008	0.036	0.822
ANKSİYETE ← BİREYSEL F.	0.022	0.026	0.044	0.552
DEPRESYON ← TOPLUMSAL F.	0.079	0.080	0.036	0.026
STRES ← TOPLUMSAL F.	0.058	0.069	0.048	0.149
ANKSİYETE ← TOPLUMSAL F.	0.078	0.107	0.058	0.064

Gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli sonucunda elde edilen faktörler arası regresyon katsayıları Tablo 79'da görülmektedir. Bu regresyon katsayılarından 7 tanesi 0.05 önemlilik düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Anlamlı bulunan ilişkilerin 6 tanesi

negatif yönlüdür. Bilgi alt boyutu ile TSSB (-0.106), Depresyon (-0.109) ve Anksiyete (-0.095) arasında bulunan negatif yönlü anlamlı ilişkilerin düzeyi düşük seviyededir. Fakat süreç alt boyutu ile TSSB (-0.880), Depresyon (-0.955) arasında çok yüksek ve Anksiyete (-0.729) arasındaki orta düzeyde negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Toplumsal fayda alt boyutu ile depresyon (0.079) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ama düzeyi çok düşüktür. Gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli sonucu faktörlerin gözlenen değişkenleri ile ilişkisini ortaya koyan faktör yükleri Tablo 80'de görülmektedir. Faktör yüklerinin hepsi orta ve yüksek seviyede bulunmaktadırlar.

Tablo 80. Yapısal eşitlik modeli faktör yükleri

	Std Tahmin	Tahmin	Std Hata	Anlamlılık
Madde3 ← DEPRESYON	1.013	1.000	-	**-**
Madde16 ← DEPRESYON	0.849	0.978	0.024	0.000
Madde17← DEPRESYON	0.770	0.946	0.031	0.000
Madde26 ← DEPRESYON	0.705	0.921	0.036	0.000
Madde38← DEPRESYON	0.805	0.964	0.028	0.000
Madde2← ANKSİYETE	0.989	1.000	-	-
Madde7← ANKSİYETE	0.838	0.923	0.025	0.000
Madde30← ANKSİYETE	0.951	1.011	0.016	0.000
Madde11← STRES	0.830	1.000	-	-
Madde14← STRES	0.775	0.894	0.039	0.000
Madde22← STRES	0.726	0.856	0.041	0.000
Madde32← STRES	0.823	0.913	0.036	0.000
Madde33← STRES	0.867	0.963	0.035	0.000
Madde39← STRES	0.869	0.967	0.035	0.000
s29 ← Toplumsal	0.805	0.861	0.041	0.000
s34 ← Toplumsal	0.777	0.962	0.047	0.000
s37 ← Toplumsal	0.857	1.000	-	-
s20 ← Bireysel	0.934	1.084	0.043	0.000
s25 ← Bireysel	0.906	1.000	-	-
s16 ← Bireysel	0.775	1.036	0.041	0.000
s1 ← Bilgi	1.001	1.056	0.031	0.000
s2 ← Bilgi	0.816	0.946	0.035	0.000
s5 ← Bilgi	0.856	1.000	-	-
s7 ← Süreç	0.815	1.007	0.035	0.000
s9 ← Süreç	0.620	0.896	0.059	0.000
s10 ← Süreç	0.713	1.000	-	-

4.8.6. Hipotez Testleri Sonuçları

Yapılan analizler sonucunda hipotezlerin durumu aşağıdaki gibi bulunmuştur.

H1: Algılanan psikososyal desteğin Bilgi alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(KABUL EDİLDİ)**.

H2: Algılanan psikososyal desteğin Bilgi alt boyutu Depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(KABUL EDİLDİ)**.

H3: Algılanan psikososyal desteğin Bilgi alt boyutu Anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(KABUL EDİLDİ)**.

H4: Algılanan psikososyal desteğin Süreç alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(KABUL EDİLDİ)**.

H5: Algılanan psikososyal desteğin Süreç alt boyutu Depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(KABUL EDİLDİ)**.

H6: Algılanan psikososyal desteğin Süreç alt boyutu Anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(KABUL EDİLDİ)**.

H7: Algılanan psikososyal desteğin Bireysel Fayda alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(REDDEDİLDİ)**.

H8: Algılanan psikososyal desteğin Bireysel Fayda alt boyutu Depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(REDDEDİLDİ)**.

H9: Algılanan psikososyal desteğin Bireysel Fayda alt boyutu Anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(REDDEDİLDİ)**.

H10: Algılanan psikososyal desteğin Toplumsal Fayda alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(REDDEDİLDİ)**.

H11: Algılanan psikososyal desteğin Toplumsal Fayda alt boyutu Depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(REDDEDİLDİ)**.

H12: Algılanan psikososyal desteğin Toplumsal Fayda alt boyutu Anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkiler **(REDDEDİLDİ)**.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Afetler insan hayatını olumsuz etkileyen ve bazen yaşamı tamamen durdurabilen, maddi ve manevi kayıplara yol açabilen olağan dışı olayların sonuçlarıdır. Bu olaylar neticesinde insanlar canlarını, akrabalarını, sevdiklerini, mallarını kaybedebilir ve normalin dışında zor koşullarda yaşamaya mecbur olabilirler. Gerek afet anında yaşanan şoklar gerekse afet sonrası yaşanan olumsuz olaylar ve yaşam zorlukları insanların ruh sağlıklarını bozabilir. İnsanların ruhsal bozulmaları gibi toplum ruhunda da bozulmalar görülebilir ve hem bireylerin hem de toplumun ruhsal sıkıntıları olsa da etkinliklerini kısmen yerine getirebilir düzeyde olmaları muhtemeldir. Yani, afetlere maruz kalan bireylerde günlük işlevlerini yerine getirmelerini engelleyici duygusal, davranışsal, bilişsel ve ruhsal tepkiler oluşur. Bunlardan ruhsal olan ortak tepkilerden bazıları; reddetme, suçluluk, ilgisizlik, keder, suçlama, zevk almama, coşku, yenilmezlik hissi, depresyon, anksiyete ve strestir. İnsanlar afet sonrasında oluşması muhtemel bu ruhsal sıkıntıları görmezden gelebilir ve kabul etmek istemeyebilir. Sonucunda da yardım istemez bir tavır gösterebilirler. Zaten maddi anlamda çok büyük bir yıkımın oluştuğu ortamda afetzedeler, ruhsal durumlarına dikkat etmenin bencillik olduğunu düşünebilir. Bu durumda geciken teşhis ve tedavi sonraki zamanlarda yeni başlayan veya zaten var olan ruhsal sıkıntının kronikleşmesine neden olur. DSÖ (WHO, 2013: 16-17) bu hususta bir afet ve acil durumun sonrasında, toplumda mevcut olan ruhsal sıkıntıların daha da şiddetlenirken, yeni ruhsal sıkıntı yaşayanlar olacağını ve bu ruhsal sıkıntılar arasında da en sık rastlanan bozuklukların TSSB, depresyon ve anksiyete olacağını ön görmektedir.

Genel anlamda kavramsal çerçevede verilen bilgiler ışığında TSSB travmatik bir olay sonrası insanlarda görülebilen şahsi, çevresel ve genetik faktörlerin etkileşimi sonucu oluşan ve sebebinin bilindiği kabul edilen tek ana ruhsal bozukluktur. Afet ve acil durumlar travmatik olaylar olup travma deneyimleyen bireylerin ilk hafta normalin dışında duygu ve düşüncelere sahip olması doğaldır. Fakat bu durum 1 aydan uzun sürmesi halinde travma sonrası stres bozukluğu olarak isimlendirilmektedir. Yeniden deneyimleme, kaçınma, aşırı uyarılma ile bilişsel ve duygudurum bozuklukları, TSSB yaşayan kişilerde temelde görülen sonuçlardır (American Psychiatric Association, 2023: 1).

Afet ve acil durumlardan sonra görülen bir diğer ruhsal bozukluk ise depresyondur. Depresyon, normalin üstünde üzüntü, keder duyma, yalnızlık hissi, sinirlilik hali,

kendini değersiz hissetme, umutsuzluk ve suçluluk duygularının bazı fiziksel sıkıntılarla beraber meydana gelmesidir. Depresyon, fiziksel rahatsızlık olasılığını artırmasının yanında, bu süreç atlatılsa bile devam eden kişilerarası etkileşim sıkıntılarına neden olur (Action contre la Faim, 2020: 21).

Afetzedelerde yaygın görülen bir başka ruhsal bozukluk da anksiyetedir. İnsanların endişeli olmaları doğaldır, ama bu endişe hali yoğun seviyede ve abartılı, uzun süreli devam eder hale gelirse anksiyete ruhsal bozukluğundan şüphelenilebilir. Anksiyetede korku ve kaygı duyguları yoğun ve uzun süre yaşanır ve bunun devamında fiziksel ve farklı davranışsal bozukluklar oluşur (WHO, 2023: 1).

Bu hususta, afet ve acil durumlarda insanların ve toplumun eski hallerine gelmesi için gerçekleştirilen bazı faaliyetler bulunmaktadır. Bu faaliyetlerin örgütlü ve en kapsamlı olanı psikososyal destek hizmetleridir. Psikososyal destek hizmetlerinde bozulan maddi ve manevi sistemin tekrar eski haline getirilmesi amaçlanır ve ruh sağlığı konusu da psikososyal destek hizmetlerinin bir alanıdır.

Afet ve acil durum olayları sürecinde TAMP'a göre psikososyal destek çalışmaları için ana çözüm ortağı Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'dır ve psikososyal destek tanımı aşağıdaki gibidir (https://www.afad.gov.tr/).

Psikolojik ya da psikiyatrik tedavi yapmayı amaçlamadan, afet ve acil durum sonrası meydana gelebilecek ruhsal bozuklukların önlenmesi, aile ve toplum düzeyinde bozulan ilişkilerin yeniden oluşturulması ve geliştirilmesi, travmatik olaylardan etkilenen insanların normal hayatlarına geri dönmesi sürecinde şahsi potansiyellerini fark etmeleri ve güçlenmelerinin gerçekleştirilmesi, toplumda gelecekte ortaya çıkması olası afet ve acil durumlarla başa çıkma, iyileşme ve toparlanma yeteneklerinin geliştirilmesi, yardım çalışmalarına katılanların desteklenmesini içeren ve afet sürecinin her aşamasında yürütülen çok disiplinli hizmetler bütünüdür. Afet sonrası psikososyal destek kısaca toplumun eski haline dönmesi ile ilgili bütün faaliyetleri kapsamaktadır (https://www.aile.gov.tr/).

'Psikososyal destek' kavramı 'ruh sağlığı ve psikososyal destek' kavramına göre biraz daha eski bir kavramdır ve 2007 yılından itibaren yapılan bir çalıştay sonucunda psikososyal destek faaliyetlerinin tümünün, ruh sağlığı kavramına daha fazla önem verir hale getirilmesi amaçlanmıştır. Bunda ruh sağlığının insan ve toplum yaşamındaki öneminin artan farkındalığı bulunup bu görüşe uygun biçimde, ruh sağlığı ve psikososyal destek kılavuzları oluşturulmuş ve bu el kitapçıkları vasıtasıyla afet sonrası gerçekleştirilen faaliyetlerin belli bir standarda kavuşturulması, şeffaf, denetlenebilir, kaliteli ve etkin olması amaçlanmıştır.

Afet ve acil durum faaliyetlerinde gerçekleştirilen ruh sağlığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin çıktılarının incelenmesi yani denetlenmesi, kalitenin iyileştirilmesi bağlamında önem arz etmektedir. Dolayısıyla verilen psikososyal destek hizmetlerinin ölçülebilmesi gerekli olup bu ölçüm iki türlü yapılabilir. Birincisi, hazırlanmış bir planın (psikososyal destek kılavuzlarına göre) afet sonrasında uygulanma seviyesinin tespiti yapılarak gerçekleştirilen ölçümdür. Bu ölçümde plan sürecine bağlılık ölçülür ve yapılması gereklidir. Fakat asıl ölçüm, hizmetleri alan kişilerce hizmetlerin değerlendirilmesidir. Hazırlanan bir ruh sağlığı psikososyal destek planı mükemmel şekilde yerine getirilmiş olabilir, fakat hizmeti alanlar üzerinde çok az bir fayda ve iyileşme gerçekleşmiş olabilir. Bu hususta akla gelen soru, verilen psikososyal destek hizmetlerinin amacı afet sonucunda bozulan sistemin onarımı ve yeniden eski haline getirilmesiyse, bu onarımın ve iyileşmenin ölçütleri ne olacaktır. Yönetim ve organizasyon literatüründe, verilen hizmetin belirlenen kalite standartlarına uygunluğuna bakıldığı gibi hizmeti alanların, hizmet hakkındaki duygu ve düşünceleri de performans kriteri olarak kullanılmaktadır. Yani hizmeti alanların hizmet hakkındaki duygu ve düşünceleri, hizmet iyileştirmesi ve denetimi adına zorunludur.

Bu araştırmada öncelikle belirtilen ihtiyacı karşılamak için algılanan psikososyal destek ölçeği geliştirilmiş olup, sonrasında ise bu algılamanın afetzedelerin psikolojik ruh durumları üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

Bu araştırmanın konusu gerçekleştirilen psikososyal destek faaliyetlerinin sonucunda hizmet alanların algıladıkları hizmet faydalarının onların ruhsal sıkıntıları üzerindeki etkisini araştırmaktadır. Verilen psikososyal destek faaliyetlerinin geniş yelpazesi göz önünde tutularak bilgi, süreç, bireysel ve toplumsal fayda bağlamındaki etkileri kapsama dahil edilmiştir ve ruhsal sıkıntılar bağlamında en çok gözlemlenen bozukluklar olarak travma sonrası stres, depresyon ve anksiyete bozuklukları dikkate alınmıştır.

Bu tez kapsamında geliştirilen algılanan psikososyal desteği, doğrudan ve birebir ölçmek amacıyla literatürde gerçekleştirilen sadece bir çalışma bulunmuştur. Bu çalışma Panzeri vd. (2023)'nin gerçekleştirdikleri çalışmadır ve diğer çalışmalar ise ya ölçek oluşturma amacıyla değil (Kalaycıoğlu vd., 2015) ya da psikososyal desteği başka ölçeklerle (sosyal destek ölçekleri, pozitif değişim ölçekleri, bilişsel davranışsal değerlendirme ölçekleri) ölçmeyi amaçlamışlardır. Yani doğrudan konuyla birebir alakalı ölçümler değildir.

Bu araştırmanın birincil önemi literatürde bulunan psikososyal desteği afetzede algılaması bağlamında ölçen ikinci araştırma olmasıdır. İlk ölçeğin tek boyutlu yapısı,

hızlı ölçmeyi amaçlayıp sadece 4 madde içermesinden dolayı eleştiriye açıktır. Araştırmanın literatüre ikinci katkısı ise algılanan psikososyal hizmetin faydasal yönlerinin afetzedelerin ruhsal durumları üzerindeki etkilerini geliştirilen bir ölçek vasıtasıyla niceliksel yöntemleri kullanarak ölçmesidir.

Araştırmada iki ölçek kullanılmıştır; algılanan psikososyal destek ölçeği ve DASS42 ölçeği. Algılanan psikososyal destek ölçeğinin oluşturulması, geçerlilik ve güvenirliliğinin sağlanması bu araştırmada gerçekleştirilmiştir. Ölçek son haliyle 4 boyut ve 38 soru içermektedir. 1.-6. Sorular Bilgi alt boyutunu, 7.-15. Sorular Süreç alt boyutunu, 16.-28. Sorular Bireysel Fayda alt boyutunu, 29-38. Sorular Toplumsal Fayda alt boyutunu ölçmektedir. 5'li Likert ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. DASS42 ölçeği Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiş bir ölçek olup 3 boyutludur; depresyon, anksiyete ve stres. 14 maddesi depresyon, 14 maddesi anksiyete ve 14 maddesi stres olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 4'lü Likert tipi bir ölçekle ölçülmüştür.

Araştırma örneklemi belirleme yöntemi tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden biri olan kolayda örnekleme yöntemidir. Örneklem belirlenirken araştırma evreni içindeki 18 yaş altı ve 65 yaş üstü ve T.C. vatandaşı olmayan afetzedeler kapsam dışında bırakılmıştır. Yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. Anketlerin uygulanma aralığı 15.02.2024-15.05.2024 tarihleri arasındadır. Toplamda 668 kişiye ulaşılmış olup, bunlardan bazılarının özensiz doldurulması, bazılarının okunmadan doldurulduğunun anlaşılması, bazılarının da örnekleme kapsamı dışında olduğunun görülmesi üzerine elenmiş ve toplamda 638 deneğin verileri analize dahil edilmiştir.

Araştırma anketi 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik özelliklere ait sorular, ikinci bölümünde psikososyal destek ölçeği oluşturmak ile ilgili sorular ve üçüncü kısmında ise DASS42 ölçeğine ait sorular yer almıştır.

Araştırma analizinde SPSS v.21 ve AMOS v.22 programları kullanılmıştır. Kapsam geçerlilik oranı analizi, dağılım istatistikleri (ortalama, standart sapma, medyan, çarpıklık ve basıklık), açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, Croncbach Alpha, madde-toplam korelasyonları, iki yarı ve Guttman güvenirlilik analizleri, benzeşim geçerliliği, ayrım geçerliliği, birleşik güvenirlilik ve yapısal eşitlik modeli araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemlerdir.

Araştırmaya katılan katılımcılardan 638'inin verileri analize dahil edilmiş olup, bunların demografik özelliklerinden yüzde olarak en fazla bulunanlar 51-65 yaş aralığı, evli, çalışıyor olan, lise mezunu ve kadın cinsiyetidir.

Psikososyal destek ölçeği geliştirilirken belli bir süreç izlenmiştir. İlk önce yapı tanımlamasına gidilmiştir, psikososyal destek faaliyetlerinin ne olduğu, uygulama alanları, kapsamı ve amacı gibi diğer konulara yer verilerek detaylı bir tanımlaması yapılmış, sonraki kısmında ise psikososyal konusunda gerçekleştirilen daha önceki çalışmalara yer verilmiştir. İkinci aşamada psikososyal destek bağlamında gerçekleştirilen önceki ölçeklere yer verilmiştir. Algılanan psikososyal desteği doğrudan ve birebir ölçmek amacıyla literatürde gerçekleştirilen sadece bir çalışma bulunmuştur. Bu çalışma Panzeri vd. (2023)'nin gerçekleştirdikleri çalışmadır. Alanda sadece bir tane ölçeğin olması ve bu ölçeğin de sadece tek boyutlu ve 4 maddeli olması, psikososyal desteğin diğer boyutlarını kapsamaması, sadece desteği alan kişinin iyi oluş halini ölçmesi bakımından eksik bir ölçektir. Dolayısıyla algılanan psikososyal desteği nitelik ve nicelik bakımından doğru ölçebilecek bir ölçek eksikliği vardır. Madde havuzu oluşturma aşamasında 68 madde oluşturulmuştur. Madde havuzunun oluşturulmasında tümdengelimsel metot kullanılmıştır. Yani konuyla alakalı kapsamlı bir literatür taraması gerçekleştirilmiş ve daha önceki konuyla ilgili ölçekler araştırılmıştır. Madde havuzu oluşturulurken literatür okuması sonucu psikososyal desteğin 4 alt boyutu olduğu (Bilgi, Süreç, Bireysel Fayda ve Toplumsal Fayda) sonucuna varılmış ve maddeler bu alt boyutların altında gruplandırılmıştır. Ölçüm yönteminin belirlenmesi aşamasında ise katılımcıların şahsi algıları ölçüleceğinden ve bildirim şeklinde hazırlanmış maddelere katılma düzeyleri sorulduğundan 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Uzman görüşü aşamasında, Lawshe (1975)'nin kapsam geçerlilik oranı yöntemi kullanılmış olup, 8 uzmanın görüşü alınmıştır. Toplam 68 maddenin 38'i kabul edilmiştir. Bu 38 maddeden de istenen 2 maddenin kelime düzeltmesi uygulanmıştır. Ölçeğin toplam kapsam geçerliliğini gösteren Kapsam geçerlik indeksi 0.868 olup, kritik değerin (8 kişi için 0.750) üzerinde olup ölçek bu haliyle bir bütün olarak kapsam geçerliliğini sağlamıştır. Ölçek geliştirme sürecinde ayrıca akademik uzman değerlendirilmesine de gidilmiştir. Araştırmanın akademik kısmında görevli 3 akademisyene açık uçlu olarak taslak anket formunun son şekli sunulmuştur. Ayrıca taslak anket Türk Dili alanında uzman bir akademisyence değerlendirilmiştir. Pilot çalışma aşamasında 30 kişilik bir evreni temsil eden örnekleme ulaşılmıştır. Katılımcılardan geri dönüşler alınmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Psikososyal destek ölçeği güvenirlilik, geçerlilik analizi sonuçları için ilk önce normal dağılıma uyup uymadığına bakılmıştır. Araştırmada normallik testi için basıklık ve çarpıklık katsayıları kullanılmıştır. Bütün değişkenlerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Psikososyal destek anketindeki 6., 15., 28. ve 38. maddeler ters sorulardır,

öncelikle bunlar dönüşüme tabi tutulmuş sonrasında istatistiklere geçilmiştir. Normal dağılım tespiti yapıldıktan sonra geçerlilik analizi için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Psikososyal destek ölçeği alt boyutlarının yapısını incelenmek amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components) ve dik döndürme yöntemlerinden Quartimax yöntemi kullanılmıştır. Bilgi alt boyutu açıklayıcı faktör analizi sonucunda 2 faktörlü bir yapı oluşmuştur. 4. ve 6. değişkenler oluşan ikinci faktörün altında yer almışlar, dolayısıyla bu iki değişken analizden çıkarılmıştır. Süreç alt boyutu için yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda değişkenlerin üç faktörün altında toplandığı görülmüş olup, tek boyutluluk için 8., 11., 15., 13. ve 14. maddeler analizden çıkarılmıştır. Bireysel fayda alt boyutu için yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda 3 boyutlu bir yapı oluşmuş ve 19., 27., 28., 18., 22., 17. ve 26. değişkenler analizden çıkarılmıştır. Toplumsal fayda alt boyutu için ise yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucu 2 boyutlu yapı oluşmuş, dolayısıyla 35., 32., 33., 30. ve 38. değişkenler analizden çıkarılmıştır.

Psikososyal destek ölçeğinin güvenirlilik analizleri için Croncbach Alpha, Madde-Toplam Korelasyonları, İki Yarı ve Guttman Güvenirlilik Analizleri gerçekleştirilmiştir. Bütün bu güvenirlilik analizler sonucunda hiçbir boyutun hiçbir maddesinde sıkıntı bulunmamış, dolayısıyla bu aşamada hiçbir madde analizden dışlanmamıştır.

Açıklayıcı faktör analizi ve diğer güvenirlilik analizlerinden sonra tahmin edilen ilişkilerin doğrulanması için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi hem alt boyutlar bazında hem de ölçeğin genelinde uygulanmıştır. Alt boyut bazında yapılan doğrulayıcı faktör analizlerinde hem uyum iyiliği indeksleri hem de faktör yükleri uygun bulunduğundan herhangi bir madde hiçbir alt boyuttan çıkarılmamıştır. Fakat psikososyal destek ölçeğinin bir bütün olarak gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi sonucu bazı değişkenlerin ilgili faktörlerinde diğerlerine göre düşük faktör yüküne sahip ve hata terimlerinin diğer faktörlerin hata terimleriyle yüksek düzeyde kovaryansa sahip olduğu tespit edildiğinden ve modelin bir bütün olarak çalışması için gerekli uyum iyiliği seviyelerine gelebilmek amacıyla çıkarılmıştır. Bunlar; Bilgi alt boyutundan 3. değişken, Süreç alt boyutundan 12. değişken, Bireysel fayda alt boyutundan 21., 23. ve 24. değişkenler, Toplumsal fayda alt boyutundan da 31. ve 36. değişkenler çıkarılmıştır. Bütünsel model maddeler çıkarıldıktan sonra normal düzeyde uyum iyiliklerine sahip olmuş ve faktör yükleri de kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucu ölçekte kalan maddeler üzerinde benzeşim geçerliliği, ayrım geçerliliği, birleşik güvenirlilik ve iç tutarlılık analizleri yapılmış ve hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Psikososyal destek ölçeğinin geçerlilik güvenirlilik analizlerinden sonra DASS42 ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlilik analizleri gerçekleştirilmiştir. DASS42 ölçeği maddelerinin basıklık ve çarpıklık değerleri normal değerlerin altında bulunduğundan değişkenlerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Güvenirlilik analizi için Croncbach Alpha testi gerçekleştirilmiştir. Depresyon alt boyutu maddelerinden 13., 21., 31., 34. ve 42. maddelerin çıkarılmıştır. Anksiyete alt boyutundan 4., 15., 23., 25., 28. ve 40. maddeler çıkarılmıştır. Stres alt boyutundan ise 1., 8., 12., 27., 29. ve 35. maddeler çıkarılmıştır.

Croncbach Alpha analizinden sonra DASS42 ölçeğine doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Alt boyutlara yapılan doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda hiçbir madde alt boyutlardan çıkarılmamıştır. Fakat DASS42 ölçeğinin bütün olarak ele alındığında gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda Depresyon alt boyutundan 5., 10., 24. ve 37. maddeler; Anksiyete alt boyutundan 9., 19., 20., 36. ve 41. maddeler; Stres alt boyutundan ise 6. ve 18. maddeler analizden çıkarılmışlardır.

En son aşamada ise araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla yapısal eşitlik modeli uygulanmıştır. Yapısal eşitlik modeli sonucu uyum indeksleri kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Analiz sonucunda regresyon katsayılarından 7 tanesi 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Anlamlı bulunan ilişkilerin 6 tanesi negatif yönlüdür. Bilgi alt boyutu ile TSSB (-0.106), Depresyon (-0.109) ve Anksiyete (-0.095) arasında bulunan negatif yönlü anlamlı ilişkilerin düzeyi düşük seviyededir. Fakat süreç alt boyutu ile TSSB (-0.880), Depresyon (-0.955) arasında çok yüksek ve Anksiyete (-0.729) arasındaki orta düzeyde negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Toplumsal fayda alt boyutu ile depresyon (0.079) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ama düzeyi çok düşüktür.

Yapılan analizler sonucunda kabul edilen hipotezlerin durumu aşağıdaki gibi bulunmuştur.

-Algılanan psikososyal desteğin bilgi alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük seviyede negatif yönde etkilemiştir.

-Algılanan psikososyal desteğin bilgi alt boyutu depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük seviyede negatif yönde etkilemiştir.

-Algılanan psikososyal desteğin bilgi alt boyutu anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük seviyede negatif yönde etkilemiştir.

Bilgi alt boyutu TSSB ve depresyonu düşük düzeyde negatif yönde etkilerken, anksiyeteyi çok düşük düzeyde negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Bilgi alt boyutunun altındaki maddeler aşağıdaki gibidir. Afet ve acil durumlar hakkında genel bilgi seviyem arttı, afet ve acil durum anında yapılması gerekenler konusunda bilgim arttı ve afet ve acil durum sonrası hangi kurumlardan yardım alabileceğimi öğrendim. Psikososyal desteğin bilgi alt boyutu altındaki maddelere bakıldığında ise afetzedelerin verilen psikososyal desteğin afetler anında neler yapılması gerektiği, hangi kurumlara başvurabilecekleri ve afetlerin genel durumu hakkındaki bilgi düzeylerinin artmasının afet sonrası ruhsal bozukluk durumlarının az da olsa düşmesine fayda sağladığı görülmektedir. İnsan bilmediği tehlikeler hakkında korku duyar ve bir tehlikenin nasıl oluştuğu, sebepleri ve sonuçları hakkında bilgi seviyesi arttıkça, tehlike meydana geldiğinde ise bu tehlikeden kurtulma yollarının bilinmesi veya sonuçlarının nasıl daha az zararlı hale getirebileceğinin öğrenilmesi durumunda, insanın kendine olan güveni artar, çünkü belirsizlik azaltılmıştır. Bu hususta, korkunun nedeni tehlikeli ortamlardaki belirsizliklerdir ve belirsizlik, bir risk unsurudur. Bilgi ise kısmen de olsa bu riski azaltacaktır. İnsanlar depremden sonra depremin tekrarlayacağını ama şiddetinin daha az olacağı bilgisine sahip olursa, depremin artçılarının olması durumunda yapılması gerekenleri tecrübe ederse, fiziksel ve ruhsal sıkıntılarını nasıl ve hangi kurumlar vasıtasıyla giderebileceği bilgisine sahip olurlarsa daha az belirsizlikle karşı karşıya kalacaklar ve daha az korku duyacaklardır. Deprem sonrası sunulan psikososyal destek kapsamında fiziksel ihtiyaçların karşılanması (barınma, giyinme, yeme içme vb.), güvenliğin sağlanması ve afetzedelerin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması faaliyetleri vardır. Bu faaliyetlere erişim her ne kadar ilgili görevliler vasıtasıyla gerçekleştirilse de afetzedelerin sayısının milyonları bulması ve depremin etkilerinin çok yıkıcı olması nedeniyle her afetzedeye ulaşma imkanı olmayabilir. Bu durumlarda afetzedelerin ihtiyaçlarını karşılayacak birimleri bilmeleri ve onlara kendilerinin ulaşması faaliyetlerde erişebilirliliği artıracaktır. Psikososyal desteğin bilgi alt boyutunda ‘afet ve acil durum sonrası hangi kurumlardan yardım alabileceğimi öğrendim’ maddesi psikososyal desteğe ulaşım kanallarının öğrenildiği ve erişebilirliliğin yüksek olduğu anlamına gelir. Ayrıca ‘afet ve acil durum anında yapılması gerekenler konusunda bilgim arttı’ maddesi ile dolaylı yoldan da olsa deprem sonrası artçı durumlarında korkunun az da olsa indirgenebileceğini ifade etmektedir. Bu alt boyutun bütün maddeleriyle birlikte deprem sonrasında gerçekleşen ruhsal bozukluklardan üçü üzerinde olumlu yönde işlev gördüğü tespit edilmiştir.

-Algılanan psikososyal desteğin süreç alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek seviyede negatif yönde etkilemiştir.

-Algılanan psikososyal desteğin süreç alt boyutu depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek seviyede negatif yönde etkilemiştir.

-Algılanan psikososyal desteğin süreç alt boyutu anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde orta seviyede negatif yönde etkilemiştir.

Süreç alt boyutunun altındaki maddeler aşağıdaki gibidir. Psikososyal destek sürecinde toplumun desteğini gördüm, psikososyal destek sürecinde sorunlarımın çözümüne yardım edildi, psikososyal destek sürecinde sorunlarımı anlatabileceğim kişileri buldum. Araştırmanın yapıldığı tarih depremden bir yıl sonrasına denk gelmektedir. Bu 1 yıllık süreçte depremzedeler sorunlarına yardımcı olunduğunu, sorunlarına çözüm bulabilecek kişilere ulaşabildiklerini ve bu süreçte toplumun desteğini gördüklerini ifade etmişlerdir. Bu üç algı, depremzedelerin ruhsal durumlarında olumlu geliştirmeler meydana getirmiştir ve çıkan sonuçlar da bu doğrultudadır. Araştırma sonucunda TSSB, depresyon ve anksiyeteyi en yüksek düzeyde etkileyen boyut süreç boyutu çıkmıştır. Süreç boyutunun maddelerine bakıldığında ise insan yönlü faaliyetler olduğu görülmektedir. Depremden sonra gerek görevli çalışanların gerekse toplumun gayret ve çabaları depremzedelerin ruhsal dünyalarında olumlu etkiler sunmuştur.

-Algılanan psikososyal desteğin bireysel fayda alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkilememiştir.

-Algılanan psikososyal desteğin bireysel fayda alt boyutu depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkilememiştir.

-Algılanan psikososyal desteğin bireysel fayda alt boyutu anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkilememiştir.

Bireysel fayda alt boyutunun maddeleri ise; Psikososyal destek sonrası diğer insanlar tarafından anlaşıldığımı hissettim, psikososyal destek sonrası kendime güvenim arttı, psikososyal destek sonrası eski hayatıma dönebildim. Bireysel faydanın depremzedelerin ruhsal durumları üzerinde olumlu bir etkisinin olmadığı göz önüne alınarak incelendiğinde bu üç psikososyal destek faydasının olumlu etkisi beklenirken araştırmada bu maddelerin olumlu etkilerinin olmadığı görülmüştür.

-Algılanan psikososyal desteğin toplumsal fayda alt boyutu TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkilememiştir.

-Algılanan psikososyal desteğin toplumsal fayda alt boyutu depresyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkilememiştir.

-Algılanan psikososyal desteğin toplumsal fayda alt boyutu anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde etkilememiştir.

Toplumsal destek alt boyutunun altında bulunan maddeler ise; Psikososyal destek sonrası aile yaşamımda iyileşmeler oldu, psikososyal destek sonrası etrafımdaki çocukların korkuları azaldı, psikososyal destek alan etrafımdaki diğer insanların daha iyi iletişim kurdular şeklindedir. Bu alt boyutta ihmal edilebilecek seviyede bir etki depresyonda görülmüştür. Fakat bu etki pozitif yönde bulunmuştur.

Sonuç olarak psikososyal desteğin bütün alt boyutlarının TSSB, depresyon ve anksiyete üzerinde azaltıcı etkilerinin olacağı varsayılmış ve hipotezler buna göre belirlenmiştir. Fakat analiz sonuçlarına bakıldığında bilgi ve süreç alt boyutları hariç diğer boyutların böyle bir etkilerinin olmadığı görülmüştür. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanıldığı için sonuçlar genellenemez. Sonraki çalışmalarda farklı katılımcılarla ölçeğin tekrarlanması durumunda farklı sonuçlar elde edilebilir. Zaten ölçeğin kullanılabilir hale gelmesi için farklı afet durumlarında, farklı katılımcılarla, farklı zamanlarda ve farklı araştırmacılarla test edilmesi gerekmektedir.

Psikososyal desteğin alt boyutlarına ayrılarak gerçekleştirilmiş ve ruhsal sıkıntılar üzerindeki etkilerinin incelendiği çalışmalar literatürde bulunmadığından, araştırma sonuçlarının literatüre uygunluk ve uygunsuzluk durumunun ancak genel anlamda ifade edilebileceği söylenebilir. Bu bağlamda psikososyal desteğin genel anlamda etkileri göz önüne alındığında afetzedelerin ruhsal durumları üzerindeki etkileri açısından sonuçların aşağıdaki çalışmalarla desteklendiği belirtilebilir. Aslinejhad vd. (2010), Budosan vd. (2014), Ke ve Li (2010), Purgato vd. (2018), Dhital vd. (2019), Zahlawi vd. (2019), Bangpan vd. (2019), Leichner vd. (2021), Liv vd. (2021), Ottisova vd. (2022), Thordardottir vd. (2018), Salcioglu vd. (2018), Altindağ vd. (2005), Jia vd. (2010), Xu ve Song (2011), Feder vd. (2013), Yokoyama vd. (2014), Khachadourian vd. (2015), Sezgin ve Punamäki (2016), Matsuyama vd. (2016), Eray vd. (2017), Kane vd. (2018), Liang vd. (2019), İlhan vd. (2023).

KAYNAKÇA

Abali, O., Tüzün, Ü., Göktürk, Ü., Gürkan, K., Alyanak, B. ve Görker, I. (2002). Acute psychological reactions of children and adolescents after the Marmara Earthquake: a brief preliminary report. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 283-287. https://doi:10.1177/1359104502007002013.

Acharya, L., Upadhya, K. D. ve Kortmann, F. (2006). Mental health and psychosocial support aspects in disaster preparedness: Nepal. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 18(6), 587–592. https://doi.org/10.1080/0954 026060 1038407.

Action contre la Faim (2020). *Assessment of mental health and psychosocial needs and resources in humanitarian contexts. How-to guide*. Paris. https://www.actioncon trelafaim.org/ wp-content/uploads/2021/10/Hdef_ACF-Manual-MHPSS-in-Emerg encies-2021_compressed.pdf. (Erişim :08.05.2024).

Ahmed, S. (2018). *Psychosocial wellbeing of adolescent girls and young women after the 2005 Pakistan Earthquake*. ProQuest Dissertations & Theses Global. (2230820222). https://www.proquest.com/dissertations-theses/psychosocial-well being-adolescent-girls-young/docview /22308 20 222/se-2.

Allden, K., Jones, L., MRCPsych Weissbecker, I., Wessells, M., Bolton, P., Betancourt, S.,…. ve Sumathipala, A. (2009). Mental health and psychosocial support in crisis and conflict: report of the mental health working group. *Prehospital and Disaster Medicine*, July-August, 217-227. https://doi.org/10.1017/s1049023x00021622.

Altindag, A., Ozen, S. ve Sir, A. (2005). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 328-333. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2005.01.005.

American Psychiatric Association (2023). *What is posttraumatic stress disorder (PTSD)?* https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd (Erişim :07.05.2024).

Aslinejhad, M., Allahverdi, R. ve Ekrami, A. (2010). The effect of psychosocial interventions on mental health of earthquake victims in Borujerd city. *J. Kermanshah Univ. Med. Sci.*, 14(2), 148-155.

Augustinavicius, J. L., Greene, M. C., Lakin, D. P. ve Tol, W. A. (2018). Monitoring and evaluation of mental health and psychosocial support programs in

humanitarian settings: a scoping review of terminology and focus. *Conflict And Health,* 12, 1-10. https://doi.org/10.1186/s13031-018-0146-0.

Bal, A. ve Jensen, B. (2007). Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish child and adolescent trauma survivors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(7), 449-457. https://doi.org/10.1007/s00787-007-0618-z.

Bangpan, M., Felix, L. ve Dickson, K. (2019). Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis in low and middle-income countries. *BMJ global health*, 4(5), 1-11. e001484. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001484.

Başoğlu, M., Livanou, M., Şalcıoğlu, E. ve Kalender, D. (2003). A brief behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder in earthquake survivors: Results from an open clinical trial. *Psychological Medicine,* 33(4), 647-654. https://doi:10.1017/S0033291703007360.

Başoğlu, M., Salcioğlu, E. ve Livanou, M. (2002). Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 15(4), 269-276. https://doi.org/10.1023/A:1016241826589.

Beavers, A. S., Lounsbury, J. W., Richards, J. K., Huck, S. W., Skolits, G. J. ve Esquivel, S. L. (2013). Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research, *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 18(6), 1-13. https://doi.org/10.7275/qv2q-rk76.

Bhadra, S. (2022). *Psychosocial support for protection of children in disasters.* Child safety, welfare and well-being: Issues and challenges içinde, Singapore: Springer.

Blanc, J., Bui, E., Mouchenik, Y., Derivois, D. ve Birmes, P. (2015). Prevalence of post-traumatic stress disorder and depression in two groups of children one year after the January 2010 earthquake in Haiti. *Journal Of Affective Disorders*, 172, 121-126. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.055.

Bove, L. L., Pervan, S. J., Beatty, S. E. ve Shiu, E. (2009). Service worker role in encouraging customer organizational citizenship behaviors. *Journal of Business Research,* 62(7), 698-705. https://doi:10.1016/j.jbusres.2008.07.003.

Boztas, M. H., Aker, A. T., Munir, K., Çelik, F., Aydın, A., Karasu, U. ve Mutlu, E. A. (2019). Post traumatic stress disorder among adults in the aftermath of 2011 Van-Ercis earthquake (eng). *J. Clin. Psy*., 22(4), 380-388. https://doi:10.5505/kpd.2019.62534.

Bromet, E. J. (2012). Mental health consequences of the Chernobyl disaster. *J. Radiol. Prot.*, 32(1), 71-75. https://doi:10.1088/0952-4746/32/1/N71.

Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Budosan, B. ve Bruno, R. F. (2011). Strategy for providing integrated mental health/psychosocial support in post earthquake Haiti. *Intervention*, 9(3), 225-236. https://doi:10.1097/WTF.0b013e32834d4ca6.

Budosan, B., O'Hanlon, K. P. ve Aziz, S. (2014). Improving access to community-based mental health care and psychosocial support within a disaster context: A case study from Haiti. *Disaster Health*, 2(1), 25-34. https://doi.org/10.4161/dish. 27805.

Bulut, S. (2013). Prediction of post-traumatic stress symptoms via comorbid disorders and other social and school problems in earthquake exposed turkish adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 47-61. http://dx.doi.org/10.14349 /rlp.v45i1.1315.

Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2011). *Sosyal bilimler için istatistik*. (7. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

ÇAKÜ Psikoloji (2023), *Afetlerde ve acil durumlarda psikolojik ilk yardım ve psikososyal destek*. https://krtknadmn.karatekin.edu.tr/files/psikoloji/Afetlerde %20ve%20Acil%20Durumlarda%20Psikolojik%20%C4%B0lk%20Yard%C4%B 1m%20ve%20Psikososyal%20Destek_Pdf%20(1).pdf (Erişim: 22.05.2024).

Cansel, N. ve Ucuz, İ. (2022). Post-traumatic stress and associated factors among healthcare workers in the early stage following the 2020 Malatya-Elazığ earthquake, *Konuralp Medical Journal*, 14(1), 81-91. https://doi:10.18521/ktd. 1000636.

Carpenter, S. (2018). Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers. *Communication Methods and Measures*, 12(1), 25-44. https://doi:10.1080/19312458.2017.1396583.

Centers for Disease Control and Prevention (2023). *Mental health conditions: Depression and anxiety.* https://www.cdc.gov/tobacco/ campaign/tips/ diseases/ depr ession-anxiety.html (Erişim: 23.05.2024).

Cénat, J. M. ve Derivois, D. (2014). Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adults survivors of earthquake in Haiti after 30 months. *Journal Of Affective Disorders*, 159, 111-117. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.025.

Chan, R. C., Xu, T., Huang, J., Wang, Y., Zhao, Q., Shum, D. H., O'Gorman, J. ve Potangaroa, R. (2012). Extending the utility of the Depression Anxiety Stress scale by examining its psychometric properties in Chinese settings. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 879-883. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.06.041.

Chase, L. E., Marahatta, K., Sidgel, K., Shrestha, S., Gautam, K., Luitel, N. P., Dotel, B. R. ve Samuel, R. (2018). Building back better? Taking stock of the post-earthquake mental health and psychosocial response in Nepal. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 1-12. https://doi.org/10.1186/s13033-018-0221-3.

Chiumento, A., Rahman, A., Frith, L., Snider, L. ve Tol, W. A. (2017). Ethical standards for mental health and psychosocial support research in emergencies: Review of literature and current debates. *Globalization And Health*, 13, 1-19. https://doi.org/10.1186 /s12992-017-0231-y.

Churchill, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16(1), 64-73. https://doi.org/10.230 7/3150876.

Cihanoğlu, M., Vatansever, M. ve Erden, G. (2021). The Psychosocial interventions for the Marmara Earthquake children survivors: the lessons learned. *Journal of Loss and Trauma*, 26, 790-792. https://doi.org/10.1080/15325024.2021.1935763.

Comrey, A. L. ve Lee, H. B. (2013). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cox, R. S. ve Danford, T. (2014). The need for a systematic approach to disaster psychosocial response: A suggested competency framework. *Prehospital and Disaster Medicine*, 29(2), 183-189. https://doi.org/10.1017/S1049023X14000259.

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LİSREL uygulamaları*. 2. Baskı. Ankara: Pegem Yayınevi.

Dai, W., Chen, L., Lai, Z., Li, Y., Wang, J. ve Liu, A. (2016). The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16, 188. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0891-9.

Dell'Osso, L., Carmassi, C., Massimetti, G., Stratta, P., Riccardi, I., Capanna, C.,… ve Rossi, A. (2013). Age, gender and epicenter proximity effects on post-traumatic stress symptoms in L'Aquila 2009 earthquake survivors. *Journal Of Affective Disorders*, 146(2), 174-180. https://doi.org/10.1016/j.jad .2012. 08.048.

Demir, T., Demir, D. E., Alkas, L., Copur, M., Dogangun, B. ve Kayaalp, L. (2010). Some clinical characteristics of children who survived the Marmara earthquakes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 125–133. https://doi.org/10.1007/s00787-009-0048-1.

De Vaus, D. A. (2002). *Surveys in social research*. Australia: Allen & Unwin.

DeVellis, R. F. (2012). *Ölçek geliştirme: Kuramlar ve uygulamalar*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

DeVellis, R. F. ve Thorpe, C. T. (2022). *Scale development: Theory and applications*. California, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Dewi, Y. A., Seftyono, C., Soeparno, K. ve Pattiasina, L. (2023). *Psychological adjustment after the Cianjur Earthquake: Exploring the efficacy of psychosocial support and collaborative leadership*. E3S Web of Conferences Bildirisi (Sayı: 447, ss. 04002). EDP Sciences.

Dhital, R., Shibanuma, A., Miyaguchi, M., Kiriya, J. ve Jimba, M. (2019). Effect of psycho-social support by teachers on improving mental health and hope of adolescents in an earthquake-affected district in Nepal: A cluster randomized controlled trial. *PloS One*, 14(10), e0223046. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223046.

Diaz, J. O. P. (2018a). Psychosocial support: A tool for empowering communities in Puerto Rico after a catastrophic event. *Emerg Med*., 3, 1-4. https://doi.org/10.29011/2475-5605. 000079.

Diaz, J. O. P. (2018b). *Postlude: Lessons learned: Route map for the future: Psychosocial support program planning and development.* J. O. P. Diaz (Der.), Disaster recovery: Community-based psychosocial support in the aftermath içinde. CRC Press.

Diaz J. O. P ve Agarwal, S. P. (2018). *Theoretical building blocks for community-based psychosocial support.* J. O. P. Diaz (Der.), Disaster recovery: Community-based psychosocial support in the aftermath içinde. CRC Press.

Dickson, K. ve Bangpan, M. (2018). What are the barriers to, and facilitators of, implementing and receiving MHPSS programmes delivered to populations affected by humanitarian emergencies? A qualitative evidence synthesis. *Global Mental Health*, 5, e21. https://doi.org/10.1017/gmh.2018.12.

DSM5 (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, depressive disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Dunkley, F. (2018). *Psychosocial support for humanitarian aid workers: A roadmap of trauma and critical ıncident care*. Routledge.

Dückers, M. L. ve Thormar, S. B. (2015). Post-disaster psychosocial support and quality improvement: A conceptual framework for understanding and improving the quality of psychosocial support programs. *Nursing & Health Sciences*, 17(2), 159-165. https://doi.org/10.1111/nhs.12162.

Dückers, M. L. A., Thormar, S. B., Juen, B., Ajdukovic, D., Newlove-Eriksson, L. ve Olff, M. (2018). Measuring and modelling the quality of 40 post-disaster mental health and psychosocial support programmes. *Plos One*, 13(2), 1-17. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193285.

Dückers, M., Van Hoof, W., Willems, A. ve Te Brake, H. (2022). Appraising evidence-based mental health and psychosocial support (MHPSS) guidelines—PART II: A content analysis with implications for disaster risk reduction, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 1-22. https://doi.org/10.3390/ijerph19137798.

Dückers, M. L., Yzermans, C. J., Jong, W. ve Boin, A. (2017). Psychosocial crisis management: The unexplored intersection of crisis leadership and psychosocial support. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 8(2), 94-112. https://doi.org/ 10.1002/rhc3.12113.

Efendi, G. Y., Temeltürk, R. D., Çakmak, I. B. ve Dinçer, M. (2023). Surviving the immediate aftermath of a disaster: A preliminary investigation of adolescents' acute stress reactions and mental health needs after the 2023 Turkey Earthquakes. *Children*, 10(9), 1-19. https://doi.org/10.3390/children 10091485.

Eksi, A. ve Braun, K. L. (2009). Over-time changes in PTSD and depression among children surviving the 1999 Istanbul earthquake. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry,* 18, 384-391. https://doi.org/10.1007/s00787-009-0745-9.

Ekşi, A., Braun, K. L., Ertem-Vehid, H., Peykerli, G., Saydam, R., Toparlak, D. ve Alyanak, B. (2007). Risk factors for the development of PTSD and depression among child and adolescent victims following a 7.4 magnitude earthquake. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(3), 190-199. https://doi.org/10.1080/ 13651500601017548.

Eray, Ş., Ucar, H. N. ve Murat, D. (2017). The effects of relocation and social support on long-term outcomes of adolescents following a major earthquake: A controlled study from Turkey. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 24, 46-51. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2017.05.026.

Eyre, A. (2017). Lessons in providing psychosocial support: A review of three post-disaster programs. *Australian Journal of Emergency Management*, 32(3), 30-34.

Fan, F., Zhang, Y., Yang, Y., Mo, L. ve Liu, X. (2011). Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among adolescents following the 2008 Wenchuan Earthquake in China. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 44-53. https://doi.org/10.1002/jts.20599.

Farhoudian, A., Hajebi, A., Bahramnejad, A. ve Katz, C. L. (2013). The perspective of psychosocial support a decade after Bam earthquake: Achievements and challenges. *The Psychiatric clinics of North America*, 36(3), 385-402. https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.05.003.

Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J. E., Singh, R., Smith, B. W.,… ve Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 156-163. https://doi.org/10.1016/j.jad. 2012.10. 027.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Boden, J. M., Mulder, R. T. (2014). Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort, *JAMA Psychiatry*, 71(9), 1025-1031. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.652.

Fernandez, M., Saenz, L., Carranza, M., Matamoros, C., Duran, O., Brenes, M., ... ve Ruiz, E. (2016). *Psychosocial support to people affected by the September 5, 2012, Costa Rica Earthquake*. S. D'Amico (Der.), Earthquakes and their impact on society içinde (ss. 693-701), Springer Natural Hazards. Springer.

Field, A. (2005). *Reliability Analysis*. In: Field, A., Ed., Discovering Statistics Using SPSS. 2nd Edition, Sage, London.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.

Finch, H. W., Immekus, J. C. ve French, B. F. (2016). *Applied psychometrics using SPSS and AMOS. Charlotte*, NC: Information Age Publishing Inc.

Flores, E. C., Carnero, A. M. ve Bayer, A. M. (2014). Social capital and chronic post-traumatic stress disorder among survivors of the 2007 earthquake in Pisco, Peru. *Social Science & Medicine*, 101, 9-17. https://doi.org/10.1016/j.socscimed. 2013. 11.012.

Galindo, D. L. (2016). *Trauma, resilience, hope, and religious coping in haiti*. ProQuest Dissertations & Theses Global. (1827600738). https://www.proquest.com/ dis ser tations-theses/trauma-resilience-hope-religious-copinghaiti/docview/1827600738/

Gatignon, H. (2010). *Confirmatory factor analysis*. Statistical analysis of management data içinde (ss. 59-122). New York, NY: Springer.

Gavron, T., Ito, T. ve Inoue, T. (2021). Art-based psychosocial interventions in Japan: Cross-cultural encounters, *International Journal of Art Therapy*, 26(4), 161-169. https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1817959.

Geng, F., Fan, F., Mo, L., Simandl, I. ve Liu, X. (2013). Sleep problems among adolescent survivors following the 2008 Wenchuan earthquake in China: A cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(1), 67-74. https://doi.org/10.4088 /JCP.12m07872.

George, D. ve Mallery, M. (2010). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: Pearson.

Gerstner, R. M. F., Lara-Lara, F., Vasconez, E., Viscor, G., Jarrin, J. D. ve 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. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02759-x.

Giarratano, G., Bernard, M. ve Orlando, S. (2019). Psychological first aid. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing,* 33(3), 219-228. https://doi.org/10.1097 /JPN.000 00000 00000419.

Gibbs, L., Marinkovic, K., Nursey, J., Tong, L. A., Tekin, E., Ulubasoglu, M., ... ve Cobham, V. E. (2021). Child and adolescent psychosocial support programs following natural disasters-A scoping review of emerging evidence. *Current Psychiatry Reports*, 23(12), 82. https://doi.org/10.1007/s11920-021-01293-1.

Gluckman, P. ve FRS, K. F. F. (2011). *The psychosocial consequences of the canterbury earthquakes: A briefing paper.* New Zealand: Office of the Prime Minister's Science Advisory Committee Publishing.

Gökçen, C., Şahingöz, M. ve Annagür, B. B. (2013). Does a non-destructive earthquake cause posttraumatic stress disorder? A cross-sectional study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 295-299. https://doi.org/10.1007/s00787-012-0348-8.

Gray, B., Eaton, J., Christy, J., Duncan, J., Hanna, F. ve Kasi, S. (2021). A proactive approach: Examples for integrating disaster risk reduction and mental health and psychosocial support programming. *International Journal of Disaster Risk Reduction,* 15(54), 102051. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2021.102051.

Gray, B., Hanna, F. ve Reifels, L. (2020). The integration of mental health and psychosocial support and disaster risk reduction: A mapping and review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1-17. https://doi.org/10.3390/ijerph17061900.

Greene, M. C., Jordans, M. J. D., Kohrt, B. A., Ventevogel, P., Kirmayer, L. J., Hassan,… ve Tol, W. A. (2017). Addressing culture and context in humanitarian response: Preparing desk reviews to inform mental health and psychosocial support. *Conflict and Health*, 11, 21. https://doi.org/10. 1186/s13031-017-0123-z.

Guo, J., Liu, C., Kong, D., Solomon, P. ve Fu, M. (2018). The relationship between PTSD and suicidality among Wenchuan earthquake survivors: The role of PTG and social support. *Journal of Affective Disorders*, 235, 90-95. https://doi.org/10.1016/ j.j ad.2018.04.030.

Harada, N. (2015). *Physical and psychological impacts of the Great East Japan Earthquake Disaster on Japanese residents in the United States and Japan: A comparative study*. ProQuest Dissertations & Theses Global. (1688330190). https://www.proquest.com/dissertations-theses/physical-psychological-impacts-great-east-japan/docview/ 1688330190/se-2.

Haroz, E. E., Nguyen, A. J., Lee, C. I., Tol, W. A., Fine, S. L. ve Bolton, P. (2020). What works in psychosocial programming in humanitarian contexts in low- and middle-income countries: A systematic review of the evidence. *Intervention,* 18(1), 3-17. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_6_19.

Harrington D. (2009). *Confirmatory factor analysis*. Newyork, USA: Oxford University Press.

Harris, R. K. (2021). *Haitian resilience: Young adult survivors of the 2010 haitian earthquake.* ProQuest Dissertations & Theses Global. (2620751282). https:// www.proquest.com/dissertations-theses/haitian-resilience-young-adult survivors-2010/docview/2620751282/se-2.

Hata Y. ve Nakajima, H. (2012). *A health care service to disaster survivors*. Annual SRII Global Conference Bildirisi, San Jose, CA, USA, ss.637-641, doi: 10.1109/ SRII .201 2.77.

Hayran M. ve Hayran M. (2011). *Sağlık araştırmaları için temel istatistik.* (1. baskı). Omega Araştırma.

Hechanova, R. ve Waelde, L. (2017). The influence of culture on disaster mental health and psychosocial support interventions in Southeast Asia. *Mental Health, Religion & Culture*, 20(1), 31-44. https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1322048.

Hikichi, H., Aida, J., Tsuboya, T., Kondo, K. ve Kawachi, I. (2016). Can community social cohesion prevent posttraumatic stress disorder in the aftermath of a disaster? A natural experiment from the 2011 Tohoku Earthquake and Tsunami.

American Journal of Epidemiology, 183(10), 902-910. https://doi.org/10.1093 /aje/ kwv335.

Hong, C. ve Efferth, T. (2016). Systematic review on post-traumatic stress disorder among survivors of the Wenchuan Earthquake. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(5), 542-561. https://doi.org/10.1177/1524838015585313.

IASC (2007). *Acil durumlarda ruh sağlığı ve psikososyal destek kılavuzu*. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2017-11/iasc_mh pss _guidelines_turkish.pdf (Erişim: 22.05.2024).

IASC (2008). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings: Checklist for field use.* https://interagency standing committee. Org/sites/default/files/migrated/201410/Checklist%20for%20field%20use% 20IASC%20MHPSS.pdf (Erişim: 22.05.2024).

IASC (2017). *Tool mental health and psychosocial support in emergency settings a common monitoring and evaluation framework*. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated (Erişim: 17.05.2024).

IFRC (2003). *Community-based psychosocial support participant's book: A training kit*. https://pscentre.org/resource/community-based-psychosocial-support-participants-book-english/ (Erişim: 21.05.2024).

IFRC (2009). *Psychosocial interventions: A handbook.* https://reliefweb.int/report/world/psychosocialinterventionshandbook?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA75itBhA6EiwAkho9e0Xhys4RKu9OEXVztrs781TTFE_KNSOHVTdalh0z5fF3dcNxJfRFChoC5jwQAvD_BwE (Erişim: 27.05.2024).

INEE (2018). *Psikososyal destek kılavuzu: Psikososyal iyi olma hâlinin ve sosyal ve duygusal öğrenmenin desteklenmesi*, Çev: Zeynep Alpar, https://www.mavikalem.org/wpcontent/uploads/2019/03/FiNALRevizeRevizeFinalMaviKalemINEEHighPrint.pdf (Erişim: 26.05.2024).

IOM (Institute of Medicine) (2015). *Healthy, resilient, and sustainable communities after disasters: Strategies, opportunities, and planning for recovery*. Washington, DC: The National Academies Press.

İbrahim, A. ve Hameed, A. (2006). Mental health and psychosocial support aspects of disaster preparedness in the Maldives. *International Review Of Psychiatry*, 18(6), 573-578. https://doi.org/10.1080/09540260601129784.

İlhan, B., Berikol, G. B., Eroğlu, O. ve Deniz, T. (2023). Prevalence and associated risk factors of post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 Turkey

earthquake. *The American Journal of Emergency Medicine*, 72, 39-43. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.07.026.

Jacobs, J., Oosterbeek, M., Tummers, L. G., Noordegraaf, M., Yzermans, C. J. ve Dückers, M. L. (2019). The organization of post-disaster psychosocial support in the Netherlands: A meta-synthesis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1-39. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1544024.

Jia, Z., Tian, W., He, X., Liu, W., Jin, C. ve Ding, H. (2010). Mental health and quality of life survey among child survivors of the 2008 Sichuan earthquake: Quality of Life Research. *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 19(9), 1381-1391. https://doi.org/10.1007/s11136-010-9703-8.

Joanes, D. N. ve Gill, C. A. (1998). Comparing measures of sample skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society (Series D): The Statistician,* 47(1), 183-189. https://doi.org/10.1111/1467-9884.00122.

Jordan, K. (2010). The use of psychosocial assessment following the Haiti earthquake in the development of the three-year emotional psycho-medical mental health and psychosocial support (EP-MMHPS) plan. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12(4), 237-246. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0814-6.

Jordans, M. J. D. ve Kohrt, B. A. (2020). Scaling up mental health care and psychosocial support in low-resource settings: a roadmap to impact. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1-7. https://doi.org/10.1017/S2045 796020001018.

Juth, V., Silver, R. C., Seyle, D. C., Widyatmoko, C. S. ve Tan, E. T. (2015). Post-disaster mental health among parent-child dyads after a major earthquake in Indonesia. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1309-1318. https://doi.org/10.1007/s10802-015-0009-8.

Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Ankara: Asil Yayıncılık.

Kalaycıoğlu, S., Karancı, N. ve Yılmaz, B. (2015). *Unicef, Van-Erciş Depremleri sonrası yürütülen psikososyal destek programlarının değerlendirilmes.* https://www.unicef.org/turkiye/media/5471/file/ (Erişim: 22.05.2024).

Kane, J. C., Luitel, N. P., Jordans, M. J. D., Kohrt, B. A., Weissbecker, I. ve Tol, W. A. (2018). Mental health and psychosocial problems in the aftermath of the Nepal earthquakes: Findings from a representative cluster sample survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 301-310. https://doi.org/10.1017/S204579601 6001104.

Karagöz, Y. (2016). *SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler*. Nobel Akademik Yayıncılık.

Kato, Y., Uchida, H. ve Mimura, M. (2012). Mental health and psychosocial support after the Great East Japan Earthquake. *The Keio Journal of Medicine*, 61(1), 15-22. https://doi.org/10.2302/kjm.61.15.

Katz, C. L. (2011). *Needs assessment.* F. J. Stoddard, A. Pandya ve C. L. Katz (Der.), Disaster psychiatry readiness, evaluation, and treatment içinde (ss. 49-68). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Ke, X., Liu, C. ve Li, N. (2010). Social support and quality of life: a cross-sectional study on survivors eight months after the 2008 Wenchuan Earthquake. *BMC Public Health*, 10, 1-11. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-573.

Khachadourian, V., Armenian, H. K., Demirchyan, A. ve Goenjian, A. (2015). Loss and psychosocial factors as determinants of quality of life in a cohort of earthquake survivors. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 13, 2-8. https://doi.org/10.1186/s12955-015-0209-5.

Kızılay (2008). *Afetlerde psikososyal destek uygulama rehberi*. https://kizilayakademi.org.tr/wp-content/uploads/2021/10/20725363_afetlerde-ps iko sos yal- destek-uygulama-rehberi.pdf (Erişim: 23.05.2024).

Kilic, C., Aydın, İ., Taşkıntuna, N., Özçürümez, G., Kurt, G., Eren, E., ... ve Zileli, L. (2006). Predictors of psychological distress in survivors of the 1999 earthquakes in Turkey: Effects of relocation after the disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 194-202. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00786.x.

Kilic, C., Kilic, E. Z. ve Aydin, I. O. (2011). Effect of relocation and parental psychopathology on earthquake survivor-children's mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 335-341. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182174ffa.

Kilic, C. ve Ulusoy, M. (2003). Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: An epidemiological study. *Acta Psyciıatrica Scandinavica,* 108(3), 232-238. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00119.x.

Kukihara, H., Yamawaki, N., Uchiyama, K., Arai, S. ve Horikawa, E. (2014). Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(7), 524-533. https://doi.org/10.1111/pcn.12159.

Kun, P., Tong, X., Liu, Y., Pei, X. ve Luo, H. (2013). What are the determinants of post-traumatic stress disorder: Age, gender, ethnicity or other? Evidence from

2008 Wenchuan earthquake. *Public Health*, 127(7), 644-652. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.04.018.

Kunii, Y., Usukura, H., Otsuka, K., Maeda, M., Yabe, H., Takahashi, S., Tachikawa, H. ve Tomita, H. (2022). Lessons learned from psychosocial support and mental health surveys during the 10 years since the Great East Japan Earthquake: Establishing evidence-based disaster psychiatry. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 76(6), 212-221. https://doi.org/10.1111/pcn.13339.

Lai, B. S., La Greca, A. M., Auslander, B. A. ve Short, M. B. (2013). Children's symptoms of posttraumatic stress and depression after a natural disaster: Comorbidity and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 71-78. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.041.

Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(1), 563-575. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x.

Lazaratou, H., Paparrigopoulos, T., Anomitri, C., Alexandropoulou, N., Galanos, G. ve Papageorgiou, C. (2018). Sleep problems six-months after continuous earthquake activity in a Greek island. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 29(1), 25-33. https://doi.org /10.22365/jpsych.2018.291.25.

Lee, K., Lee, S. H., Park, T. ve Lee, J. Y. (2017). Stressors of Korean disaster relief team members during the Nepal Earthquake dispatch: A consensual qualitative research analysis. *Journal of Korean Medical Science*, 32(3), 507-513. https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.3.507.

Lehrner, A, Pratchett, L. C. ve Yehuda, R. (2015). *Posttraumatic stress disorder: Epidemiology, diagnosis, and treatment.* P. R. Casey, F. R. C. Psych ve J. J. Strain (Der.), Trauma and stressor related disorders: A handbook for clinicians içinde (ss. 99-119). American Psychiatric Pub.

Leichner, A., Akhtar, A., Nica Bhaird, C., Wener, R., Perera, S. ve Weissbecker, I. (2021). Mental health integration in primary health services after the earthquake in Nepal: A mixed-methods program evaluation. *Global Mental Health*, 8, 1-13. https://doi.org/10.1017/gmh.2021.8.

Leku, M. R., Ndlovu, J. N., Bourey, C., Aldridge, L. R., Upadhaya, N., Tol, W. A. ve Augustinavicius, J. L. (2022). SH+ 360: Novel model for scaling up a mental health and psychosocial support programme in humanitarian settings. *Bjpsych Open,* 8(5), e147. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.533.

Li, G., Shi, W., Gao, X., Shi, X., Feng, X., Liang, D., ... ve Hall, B. J. (2022). Mental health and psychosocial interventions to limit the adverse psychological effects of

disasters and emergencies in China: A scoping review. *The Lancet Regional Health–Western Pacific.* 45, 1-26. https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100580.

Liang, Y., Cheng, J., Ruzek, J. I. ve Liu, Z. (2019). Posttraumatic stress disorder following the 2008 Wenchuan earthquake: A 10-year systematic review among highly exposed populations in China. *Journal of Affective Disorders*, 243, 327-339. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.047.

Lomax, R. G. ve Hahs-Vaughn, D. L. (2013). *An introduction to statistical concepts*. Abingdon-on-Thames: Routledge.

Lovibond, S.H. ve Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.

Ma, I. C., Chang, W. H., Wu, C. L. ve Lin, C. H. (2020). Risks of post-traumatic stress disorder among emergency medical technicians who responded to the 2016 Taiwan earthquake. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119(9), 1360-1371. https://doi.org/10.1016/j.jfma.2019.11.021.

Mahomed, F., Bhabha, J., Stein, M. A. ve Pūras, D. (2020). Establishing good practice for human rights-based approaches to mental health care and psychosocial support in Kenya. *Health and Human Rights*, 22(2), 139-153. PMID: 33390703; PMCID: PMC7762899.

Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3090-3095. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_893_19.

Marshall C. (2022). The inter-agency standing committee (IASC) guidelines on mental health and psychosocial support (MHPSS) in emergency settings: a critique. *International Review of Psychiatry*, 34(6), 604-612. https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2147420.

Marshall, E. M., Frazier, P., Frankfurt, S. ve Kuijer, R. G. (2015). Trajectories of posttraumatic growth and depreciation after two major earthquakes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(2), 112-121. https://doi.org/10.1037/tra0000005.

Massazza, A., May, C. R., Roberts, B., Tol, W. A., Bogdanov, S., Nadkarni, A. ve Fuhr, D. C. (2022). Process evaluations of mental health and psychosocial support interventions for populations affected by humanitarian crises. *Social Science & Medicine*, 303, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114994.

Matsuyama, Y., Aida, J., Hase, A., Sato, Y., Koyama, S., Tsuboya, T. ve Osaka, K. (2016). Do community and individual level social relationships contribute to the

mental health of disaster survivors?: A multilevel prospective study after the Great East Japan Earthquake. *Social Science & Medicine*, 151, 187-195. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.008.

MedlinePlus (2023). *Post-traumatic stress disorder, also called: PTSD*. https://medlineplus.gov/posttraumaticstressdisorder.html (Erişim: 21.05.2024).

Medved, S., Imširagić, A. S., Salopek, I., Puljić, D., Handl, H., Kovač, M.,… ve Kuzman, M. R. (2022). Case series: Managing severe mental illness in disaster situation: The croatian experience After 2020 Earthquake. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-7. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.795661.

Meyers, D. ve Wee, D. (2005). *Disaster mental health services*. New York: Brunner-Routledge.

Miller, K. E., Jordans, M. J. D., Tol, W. A. ve Galappatti, A. (2021). A call for greater conceptual clarity in the field of mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, 1-8. https://doi.org/ 10.1017/S2045796020001110.

Moore, A., Van Loenhout, J. A. F., De Almeida, M. M., Smith, P. ve Guha-Sapir, D. (2020). Measuring mental health burden in humanitarian settings: A critical review of assessment tools. *Global Health Action*, 13(1), 1-16. https://doi.org/10.1080/ 16549716.2020.1783957.

Mustač, F., Poturica, M., Alfirević, M., Bjedov, S., Bestulić, S., Matovinović, M. ve Marčinko, D. (2021). *How to maintain mental health in turbulent times: Can mobile applications be a part of the solution*?, 6th International Conference on Smart and Sustainable Technologies (SpliTech) Bildirisi, Bol and Split, Croatia, 2021, ss. 1-5, doi: 10.23919/SpliTech52315.2021.9566350.

Narvaez S. K. E. (2022). *Estudio epidemiológico sobre el efecto de haberse desplazado del hogar debido al terremoto del 7 de enero de 2020 en la frecuencia de factores asociados al trastorno de estrés postraumático en adultos mayores de 21 años en guánica, porto riko*. ProQuest Dissertations & Theses Global (2711444118). https://www.proquest.com/dissertations-theses/estudio-epidemiológico-sobre-el-efecto-de-haberse/docview/2711444118/se-

National Institutes of Health (2023). *Post-traumatic stress disorder.* https://www.nimh.nih.gov /health /topics /post-traumatic-stress-disorder-ptsd (Erişim: 21.05.2024).

Naturale, A. (2015). *How do we understand disaster-related vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue*?. Vicarious trauma and disaster mental health içinde (ss. 73-89). Routledge.

Nemiro, A., Jones, T., Tulloch, O. ve Snider, L. (2022). Advancing and translating knowledge: A systematic inquiry into the 2010-2020 mental health and psychosocial support intervention research evidence base. *Global Mental Health* (Cambridge, England), 9, 133-145. https://doi.org/10.1017/gmh.2022.6.

Netemeyer, R. G., Bearden, W. O. ve Sharma, S. (2003). *Scaling procedures: Issues and applications*. Sage publications.

Nicolai, S. (2003). *Psychosocial needs of conflict-affected children and adolescents.* World Bank-IIEP summer school, 7-15 July 2003 bildirisi. Paris: IIEP-UNUSCO.

Nunnally, J. C. ve Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGrawHill, Inc.

Nzayisenga, E., Chan, C. W., Roome, A. B., Therrien, A. S., Sinclair, I., Taleo, G.,… ve Dancause, K. N. (2022). Patterns of distress and psychosocial support 2 years post-displacement following a natural disaster in a lower middle income country. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-12. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1017286.

O'Hanlon, K. P. ve Budosan, B. (2015). Access to community-based mental healthcare and psychosocial support within a disaster context. *Bjpsych International,* 12(2), 44-47. https://doi.org/10.1192/s2056474000000295.

Ommeren, M. W., Hanna, F., Weissbecker, I. ve Ventevogel, P. (2015). Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies, *EMHJ*, 21(7), 498-502. https://doi.org/10.26719/2015.21.7.498.

Ottisova, L., Gillard, J. A., Wood, M., Langford, S., John-Baptiste Bastien, R., Madinah Haris, A.,…ve Robertson, M. (2022). Effectiveness of psychosocial interventions in mitigating adverse mental health outcomes among disaster-exposed health care workers: A systematic review. *Journal Of Traumatic Stress*, 35, 746-758. https://doi.org/10.1002/jts.22780.

Ozdemir, O., Boysan, M., Guzel Ozdemir, P. ve Yilmaz, E. (2015). Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Research*, 228(3), 598-605. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.045.

Ozturk N, Aydin N, Unal I ve Oztemel O. (2020). Long-term mental health effects of exposure to earthquake-related prenatal maternal stress. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 30, 273-286, https://doi.org/10.5455/PCP.20200527102947

Önder, E., Tural, Ü., Aker, T., Kilic, C. ve Erdoğan, S. (2006). Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara

Earthquake Survey (MES). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 868-874. https://doi.org/10.1007/s00127-006-0107-6.

Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., İkiışık, H. ve Karavuş, M. (2009). *Marmara depreminden altı yıl sonra Sapanca'da travma sonrası stres ve anksiyete bozukluklarının değerlendirilmesi*. Yeni Symposium Bildirisi (Sayı: 47: 4).

Özdamar, K. (2016). *Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme /yapısal eşitlik modellemesi.* Eskişehir: Nisan Kitabevi.

Panzeri, A., Bettinardi, O., Bottesi, G., Bertolotti, G., Brambatti, L., Monfredo, M., ... ve Chiesa, S. (2023). Assessment of perceived support in the context of emergency: Development and validation of the psycho-social support scale. *Current Psychology,* 42(1), 1-12. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03344-z.

Patel, P. P., Russell, J., Allden, K., Betancourt, T. S., Bolton, P., Galappatti, A.,…ve Nakku, J. (2011). Transitioning mental health & psychosocial support: from short-term emergency to sustainable post-disaster development. Humanitarian Action Summit 2011. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(6), 470-481. https://doi.org/10.1017/ S1049023X1200012X.

Perera, C., McBride, K. A., Travers, Á., Tingsted Blum, P., Wiedemann, N., Dinesen, C.,…ve Vallières, F. (2021). Towards an integrated model for supervision for mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies: A qualitative study. *Plos One*, 16(10), 1-21. https://doi.org/10.1371/journal.pone .0256077.

Pınar, R. ve Sabuncu, N. (2004). Long-term traumatic stress responses of survivors of the august 1999 Earthquake in Turkey. *Journal of Loss & Trauma*, 9(3), 257-268. https://doi.org/10.1080/15325020490458354.

Pierre, L. M. (2016). *Investigating psychological trauma among the 2010 Haiti Earthquake survivors who have relocated to boston, massachusetts*. ProQuest Dissertations & Theses Global. (2498665870). https://www.proquest.com/dissertations-theses/investigating-psychological-trauma-among-2010/docview/2498665870/se-2.

Puente, S., Marín, H., Álvarez, P. P., Flores, P. M. ve Grassau, D. (2019). Mental health and media links based on five essential elements to promote psychosocial support for victims: The case of the earthquake in Chile in 2010. *Disasters*, 43(3), 555-574. https://doi.org/10.1111/disa.12377.

Purgato, M., Gross, A. L., Betancourt, T., Bolton, P., Bonetto, C., Gastaldon, C.,…ve Barbui, C. (2018). Focused psychosocial interventions for children in low-

resource humanitarian settings: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *The Lancet. Global Health*, 6(4), 390-400. https://doi.org/10.1016 /S2214-109X(18)30046-9ş.

Qu, Z., Wang, X., Tian, D., Zhao, Y., Zhang, Q., He, H.,…ve Guo, S. (2012). Posttraumatic stress disorder and depression among new mothers at 8 months later of the 2008 Sichuan earthquake in China. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 49-55. https://doi.org/10.1007/s00737-011-0255-x.

Rao, K. (2006). Lessons learnt in mental health and psychosocial care in India after disasters. *International Review of Psychiatry*, 18(6), 547-552, https://doi.org/ 10.1080/09540260601037961.

Reifels, L., Pietrantoni, L., Prati, G., Kim, Y., Kilpatrick, D. G., Dyb, G., ...ve O'donnell, M. (2013). Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: an international perspective. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 1-9. https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22897.

Rooze, M., Netten, J., De Ruyter, A., De Vries, M., Helsloot, I., De Soir, E., ... ve Olinder, H. (2008). Prioritizing care during the acute phase: The prominent role of basic psychosocial life support. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(4), 49-54. https://doi.org/ 10.1017/S1049023X00021245.

Ruel, E., Wagner III, W. E. ve Gillespie, B. J. (2015). *The practice of survey research: Theory and applications.* Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

Sadasivuni S. T. ve Zhang Y. (2022). *Analyzing events' impacts on mental health using tweets*. IEEE/WIC/ACM International Joint Conference on Web Intelligence and Intelligent Agent Technology (WI-IAT) bildirisi, Niagara Falls, ON, Canada, ss. 534-538, doi: 10.1109/WI-IAT55865.2022.00084.

Saint, J. F. (2015). *After the dust settles: Experiences of Haitian Earthquake survivors and implications for psychosocial support*. Doctoral dissertation, Duquesne University.

Sakuma, A., Takahashi, Y., Ueda, I., Sato, H., Katsura, M., Abe, M.,…ve Matsumoto, K. (2015). Post-traumatic stress disorder and depression prevalence and associated risk factors among local disaster relief and reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 15, 1-13. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0440-y.

Sakurai, R. (2017). *Coping after a natural disaster: Relationships between negative mood regulation expectancies and symptoms among parents and children in Fukushima, Japan.* ProQuest Dissertations & Theses Global (1950131407).

https://www.proquest.com/dissertations-theses/coping-after-natural-disaster-relat ionships/docvie w/1950131407/se-2.

Salawali, S. H., Susanti, H., Daulima, N. H. C. ve Putri, A. F. (2020). Posttraumatic growth in adolescent survivors of earthquake, tsunami, and liquefaction in Palu Indonesia: A phenomenological study. *Pediatric Reports*, 12(S1), 34-38. https://doi.org/10.4081/pr.2020.8699.

Salcioglu, E. ve Başoğlu, M. (2008). Psychological effects of earthquakes in children: Prospects for brief behavioral treatment. *World Journal of Pediatrics*, 4, 165-172. https://doi.org/10.1007/s12519-008-0032-8.

Salcioglu, E., Basoglu, M. ve Livanou, M. (2003). Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(3), 154-160. https://doi.org/10.1097/01.NMD .00000 54931.12291.50.

Salcioglu, E., Basoglu, M. ve Livanou, M. (2007). Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disasters*, 31(2), 115-129. https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2007.01000.x.

Salcioglu, E., Basoglu, M. ve Livanou, M. (2008). Psychosocial determinants of relocation in survivors of the 1999 Earthquake in Turkey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 55-61. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31815 fa52e.

Salcioglu, E., Ozden, S. ve Ari, F. (2018). The role of relocation patterns and psychosocial stressors in posttraumatic stress disorder and depression among earthquake survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(1), 19-26, https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000627.

Satapathy, S. (2012). *Mental health impacts of disasters in India: Ex-ante and ex-post analysis*. Y. Sawada ve S. Oum (Der.), economic and welfare impacts of disasters in East Asia and policy responses içinde (ss.425-461). ERIA Research Project Report 2011-8, Jakarta: ERIA.

SBB (2025). Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri yeniden imar ve gelişme raporu. Https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/02/Kahramanmaras-ve-Hatay-D epremleri-Yeniden-Imar-ve-Gelisme-Raporu.pdf (Erişim: 20.02.2025).

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. ve Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive Goodness-of-Fit measures. *Methods of Psychological Research*, 8(2), 23-74.

Schininà, G., Hosn, M. A., Ataya, A., Dieuveut, K. ve Salem, M. A. (2010). Psychosocial response to the Haiti earthquake: The experiences of International Organization for Migration. *Intervention Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, 8(2), 158-164.

Schmidt, M. M. A. (2017). *The impact of gender on the relationship between coping, self validation, and suicidality among earthquake affected adolescents in Nepal*. ProQuest Dissertations & Theses Global. (1910409838). https://www.proquest .com/dissertations-theses/impact-gender-on-relationship- between-coping-self/doc view/1910409838/se-2.

Schumacker, R. E. ve Lomax, R. G. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling* (4th ed.). New York: Routledge.

Schwartz, L., Lane, H. ve Hassanpoor, Z. (2023). Overview and understanding of mental health and psychosocial support in Afghanistan. *International Health*, 15(5), 601-607. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad055.

Sekar, K. (2005). *Human rights and disaster: Psychosocial support and mental health services*. D. Nagaraja ve P. Murthy (Der.) Mental health care and human rights içinde (243-266). New Delhi: National Human Rights Commission.

Seto, M., Nemoto, H., Kobayashi, N., Kikuchi, S., Honda, N., Kim, Y.,…ve 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), 261. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2243-z.

Sezgin, U. ve Punamäki, R. L. (2012). Earthquake trauma and causal explanation associating with PTSD and other psychiatric disorders among South East Anatolian women. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 432-440. https://doi.org/10.1016 /j.jad.2012.03.005.

Sezgin, A. U. ve Punamäki, R. L. (2016). Perceived changes in social relations after earthquake trauma among eastern anatolian women: Associated factors and mental health consequences: Stress and health. *Journal of The International Society for The Investigation of Stress*, 32(4), 355-366. https://doi.org/10.1002 /smi.2629.

Shah, S. A. (2012). Ethical standards for transnational mental health and psychosocial support (MHPSS): Do no harm, preventing cross-cultural errors and inviting pushback. *Clinical Social Work Journal*, 40, 438-449. https://doi.org/10.1007 /s10615-011-0348-z.

Sharma, M., Perera, C., Ipince, A., Bakrania, S., Shokraneh, F., Idele, P.,…ve Banati, P. (2022). Protocol: Child and adolescent mental health and psychosocial support interventions: An evidence and gap map of low and middle income countries. *Campbell Systematic Reviews*, 18(1), e1221. https://doi.org/10.1002 /cl2.1221.

Sharma, V. (2019). *Risk and resilience pertaining to mental health of youth attending a college in Kathmandu who were exposed to the 2015 earthquakes during their adolescence: A mixed method study*. ProQuest Dissertations & Theses Global. (2292189997). https://www.proquest.com/dissertations-theses/risk-resilience-pertaining-mental-health-youth/docview/2292189997/se-2.

Sherchan, S., Samuel, R., Marahatta, K., Anwar, N., Van Ommeren, M. H. ve Ofrin, R. (2017). Post-disaster mental health and psychosocial support: Experience from the 2015 Nepal earthquake. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6(1), 22-29. https://doi.org/10.4103/2224-3151.206160.

Sijbrandij, M., Horn, R., Esliker, R., O'may, F., Reiffers, R., Ruttenberg, L., ... ve Ager, A. (2020). The effect of psychological first aid training on knowledge and understanding about psychosocial support principles: A cluster-randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 484. https://doi.org/10.3390/ijerph17020484.

Silwal, S., Chudal, R., Dybdahl, R., Sillanmäki, L., Lien, L. ve Sourander, A. (2022). Post-traumatic stress and depressive symptoms among adolescents after the 2015 Earthquake in Nepal: A longitudinal study. *Child Psychiatry and Human Development,* 53(3), 430-439. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01136-3.

Stroebe, K., Kanis, B., Richardson, J., Oldersma, F., Broer, J., Greven, F. ve Postmes, T. (2021). Chronic disaster impact: The long-term psychological and physical health consequences of housing damage due to induced earthquakes. *BMJ Open*, 11(5), e040710. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040710.

Sundram, S., Karim, M. E., Ladrido-Ignacio, L., Maramis, A., Mufti, K. A., Nagaraja, D.,…ve Wahab, M. A. (2008). Psychosocial responses to disaster: An Asian perspective. *Asian Journal of Psychiatry*, 1(1), 7-14. https://doi.org/10.1016 /j.ajp.2008.07.004.

Suzuki, Y., Fukasawa, M., Nakajima, S., Narisawa, T., Keiko, A. ve Kim, Y. (2015). Developing a consensus-based definition of "Kokoro-no Care" or mental health services and psychosocial support: Drawing from experiences of mental health professionals who responded to the great East Japan earthquake. *Plos Currents*, 29(7). https://doi.org/10.1371/currents.dis.cfcbaf509711641ab5951535851e572e.

Sweileh W. M. (2019). A bibliometric analysis of health-related literature on natural disasters from 1900 to 2017. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12961-019-0418-1.

Şimşek., Ö. F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve lisrel uygulamaları*. Ankara: Ekinoks Yayınları.

Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th Ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Tang, B., Deng, Q., Glik, D., Dong, J. ve Zhang, L. (2017). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder (ptsd) in adults and children after earthquakes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14, 1537. https://doi.org/10.3390 /ijerph14121537.

Tang, B., Liu, X., Liu, Y., Xue, C. ve Zhang, L. (2014). A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC Public Health*, 14, 623. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-623.

Tanrıkulu, A. B., Kaya, H., Örüm, M. H. ve Akyıldırım, S. (2024). Prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder in patients with schizophrenia 2 years after an earthquake in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 59(1), 65-82. https://doi.org/10.1177/00912174231180467.

Tavşancıl, E. (2014).*Tutumların ölçülmesi ve Spss ile veri analizi.* (5. Baskı). Ankara: Nobel Yayınevi.

Te Brake, H., Willems, A., Steen, C. ve Dückers, M. (2022). Appraising evidence-based mental health and psychosocial support (MHPSS) guidelines-PART I: A systematic review on methodological quality using AGREE-HS. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3107. https://doi.org/10.3390/ijerph19053107.

Thordardottir, E., Gudmundsdottir, B., Petursdottir, G., Valdimarsdóttir, U. ve Hauksdóttir, A. (2018). Psychosocial support after natural disasters in Iceland-implementation and utilization. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 27. 642-648. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2017.11.006.

Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R.,…ve Van Ommeren, M. (2011b). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research. *Lancet*, 378(9802), 1581-1591. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5.

Tol, W. A., Le, P. D., Harrison, S. L., Galappatti, A., Annan, J., Baingana, F. K., Betancourt, T. S. ve Van Ommeren, M. (2023). Mental health and psychosocial

support in humanitarian settings: Research priorities for 2021-30. The Lancet. *Global Health*, 11(6), 969-975. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23) 00128-6.

Tol, W. A., Patel, V., Tomlinson, M., Baingana, F., Galappatti, A., Panter-Brick, C.,…ve Van Ommeren, M. (2011a). Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLoS Medicine*, 8(9), 1-5. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001096.

Tol, W. A., Patel, V., Tomlinson, M., Baingana, F., Galappatti, A., Silove,…ve Panter-Brick, C. (2012). Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(1), 25-36. https://doi.org/10.3109/10673229.2012.649113.

Travers, Á., Abujaber, N., McBride, K. A., Tingsted Blum, P., Wiedemann, N. ve Vallières, F. (2022). Identifying best practice for the supervision of mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies: A Delphi study. *International journal of mental health systems*, 16(1), 11. https://doi.org/10.1186 /s13033-022-00515-0.

Troup, J., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E. ve Roberts, B. (2021). Barriers and facilitators for scaling up mental health and psychosocial support interventions in low and middle income countries for populations affected by humanitarian crises: A systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 5. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00431-1.

Troya, M. I., Greene, M. C., Santos, C. G. ve Shultz, J. M. (2016). Conducting a desk review to inform the mental health and psychosocial support response to the 2016 Ecuador earthquake. *Disaster Health*, 3(4), 90-101. https://doi.org/10.1080/ 2166 5044 .2016.1261598.

Tsuboya, T., Aida, J., Hikichi, H., Subramanian, S. V., Kondo, K., Osaka, K. ve Kawachi, I. (2016). Predictors of depressive symptoms following the Great East Japan earthquake: A prospective study. *Social Science & Medicine*, 161, 47-54. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.026.

Udomratn, P. (2008). Mental health and the psychosocial consequences of natural disasters in Asia. *International Review of Psychiatry*, 20(5), 441-444, https://doi. org/10.1080/09540260802397487.

Umeda, M., Chiba, R., Sasaki, M., Agustini, E. N. ve Mashino, S. (2020). A literature review on psychosocial support for disaster responders: Qualitative synthesis with recommended actions for protecting and promoting the mental health of

responders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1-13. https://doi.org/10.3390/ijerph17062011.

UNICEF (2009). *Guide to the evaluation of psychosocial programming in emergencies*. https://resourcecentre.savethechildren.net/document/guide-evaluation-psychosocial programming-emergencies/ (Erişim:27.05.2024).

UNICEF (2023). *What is depression*?. https://www.unicef.org/parenting/mental-health/what-is-depression (Erişim: 24.05.2024).

Upadhaya, N., Regmi, U., Gurung, D., Luitel, N. P., Petersen, I., Jordans, M. J. D. ve Komproe, I. H. (2020). Mental health and psychosocial support services in primary health care in Nepal: Perceived facilitating factors, barriers and strategies for improvement. *BMC psychiatry*, 20(1), 64. https://doi.org/10.1186/s12888-020-2476-x.

Van der Auwera, M., Debacker, M. ve Hubloue, I. (2012). Monitoring the mental well-being of caregivers during the Haiti-earthquake. *PLoS Currents*, 4, 1-17. https://doi.org/10.1371/4fc33066f1947.

Wagenaar, B. H., Hagaman, A. K., Kaiser, B. N., McLean, K. E. ve Kohrt, B. A. (2012). Depression, suicidal ideation, and associated factors: A cross-sectional study in rural Haiti. *BMC Psychiatry*, 12, 149. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-149.

Walsh, D. S. (2009). Interventions to reduce psychosocial disturbance following humanitarian relief efforts involving natural disasters: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 15(4), 231-240. https://doi.org/ 10.1111/j.1440-172X.2009.01766.x.

Welton-Mitchell, C., James, L. E., Khanal, S. N. ve James, A. S. (2018). An integrated approach to mental health and disaster preparedness: A cluster comparison with earthquake affected communities in Nepal. *BMC Psychiatry*, 18(1), 296. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1863-z.

Wessells, M. G. (2009). Do no harm: Toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies. *American Psychologist*, 64(8), 842. https://doi.org/10.1037/0003-066X.64.8.842.

West, S. G., Taylor, A. B. ve Wu, W. (2012). *Model fit and model selection in structural equation modeling*. R. H. Hoyle (Der), Handbook of structural equation modeling içinde (pp. 209–231). New York, NY: The Guilford Press.

WHO (2007). *The mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness* (No. SEA-Ment-150). World Health Organization Regional Office for South-East Asia. https://iris.who.int/handle/10665/206470 (Erişim: 21.05.2024).

WHO (2012). *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings*. *World Health Organization*. https://iris.who.int/bitstream /handle/10665/76796/9789241548533_eng.pdf (Erişim:22.05.2024).

WHO (2013). *Building back better: Sustainable mental health care after emergencies*. *World Health Organization*. https://www.who.int/publications-detail-redirect/978924 1564571 (Erişim: 21.05.2024).

WHO (2023). *Depressive disorder (depression)*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression (Erişim: 22.05.2024).

Wilson, M. (2023). *An elusive consensus: Mental health and psychosocial support in disasters and emergencies since 1980*. ProQuest Dissertations & Theses Global. (2838123263). https://www.proquest.com/dissertations-theses/elusive-consensus-mental-health-psychosocial/docview/2838123263/se-2.

Witteveen, A. B., Bisson, J. I., Ajdukovic, D., Arnberg, F. K., Johannesson, K. B., Bolding, H. B., ...ve Olff, M. (2012). Post-disaster psychosocial services across Europe: The TENTS project. *Social Science & Medicine*, 75(9), 1708-1714. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.017.

Xu, J. ve Song, X. (2011). Posttraumatic stress disorder among survivors of the Wenchuan earthquake 1 year after: Prevalence and risk factors. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 431-437. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2010.08.002.

Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.

Yokoyama, Y., Otsuka, K., Kawakami, N., Kobayashi, S., Ogawa, A., Tannno, K.,…ve Sakata, K. (2014). Mental health and related factors after the Great East Japan earthquake and tsunami. *PloS One*, 9(7), e102497. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102497.

Yu, R., Perera, C., Sharma, M., Ipince, A., Bakrania, S., Shokraneh, F.,…ve Anthony, D. (2023). Child and adolescent mental health and psychosocial support interventions: An evidence and gap map of low and middle income countries. *Campbell Systematic Reviews*, 19(3), e1349. https://doi.org/10.1002/cl2.1349.

Yule, W. (2006). Theory, training and timing: Psychosocial interventions in complex emergencies. *International Review of Psychiatry*, 18(3), 259-264. https://doi.org/10.1080/09540260600656134

Zahlawi, T., Roome, A. B., Chan, C. W., Campbell, J. J., Tosiro, B., Malanga, M.,…ve Dancause, K. N. (2019). Psychosocial support during displacement due to a natural disaster: Relationships with distress in a lower-middle income country. *International Health*, 11(6), 472-479. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy099.

Zahos, H., Crilly, J. ve Ranse, J. (2022). Psychosocial problems and support for disaster medical assistance team members in the preparedness, response and recovery phases of natural hazards resulting in disasters: A Scoping Review. *Australasian Emergency Care*, 25(3), 259-266. https://doi.org/10.1016/j.auec.2021.12.005.

Zhang, Z., Shi, Z., Wang, L. ve Liu, M. (2011). One year later: Mental health problems among survivors in hard-hit areas of the Wenchuan earthquake. *Public Health*, 125(5), 293-300. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.12.008.

Zhou, Z., Ji, Y., Zhang, C., Zhu, Z., Wang, W. ve Wang, H. (2010). *Implementation of post-trauma mobile psychology service based on MSNS platform*. International Conference on Service Sciences Bildirisi, Hangzhou, China, ss. 309-313, doi: 10.1109/ICSS.2010.

https://www.aile.gov.tr/Raporlar/ATHGM/Psikosoyal_Destek_%20Nedir.pdf (Erişim: 26.05.2024).

https://www.afad.gov.tr/turkiye-afet-mudahale-plani (Erişim: 28.05.2024).

EKLER

Ek 1. Uzman Görüş Formu

Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Enstitüsünde gerçekleştirilen 'Afet ve Acil Durumlarda Psikososyal Destek Hizmetlerinin Travma ve Strese Bağlı Ruhsal Bozukluklar Üzerindeki Etkisi: Kahramanmaraş Depremleri Örneği' adlı doktora tezinde kullanılmak amacıyla afetzedelerin algıladıkları psikososyal desteği ölçmek için 'Algılanan Psikososyal Destek Ölçeği' oluşturulması amaçlanmaktadır. Literatür taraması sonrasında oluşturulan 4 alt boyut ve 68 maddeyi anlaşılırlık, kapsam ve görünüş bağlamında (ayrıca ifade uygunluğu, ölçüm yöntemi uygunluğu, dil geçerliliği) değerlendirmenizi istiyoruz. Değerlendirmeyi madde bazında 'Uygun Değil', 'Kısmen Uygun' ve 'Uygun' şeklinde işaretlemenizi istiyoruz. Ayrıca son kısımda alt boyutların uygun olup olmadığını, maddelerden farklı alt boyutta olduğunu düşündüğünüz maddeleri ve detaylı düzeltmelerinizi belirtmeniz için bir alan mevcuttur.

Bu değerlendirmeyi yaparken 'Psikososyal Destek' kavramının aşağıdaki tanımını dikkate alarak yapmanızı bekliyoruz.

PSİKOSOSYAL DESTEK: Psikolojik ya da psikiyatrik tedavi amacı gütmeden, afet ve acil durum sonrası ortaya çıkabilecek psikolojik uyumsuzlukların bozuklukların önlenmesi, aile ve toplum düzeyinde ilişkilerin yeniden kurulması ve geliştirilmesi, etkilenenlerin normal yaşamlarına geri dönmesi sürecinde kendi kapasitelerini fark etmeleri ve güçlenmelerinin sağlanması, toplumda gelecekte ortaya çıkması muhtemel afet ve acil durumlarla başa çıkma, iyileşme ve toparlanma becerilerinin arttırılması, yardım çalışanlarının desteklenmesini içeren ve afet döngüsünün her aşamasında yürütülen çok disiplinli hizmetler bütünüdür. Afet sonrası psikososyal destek kısaca toplumun eski haline dönmesi ile ilgili bütün faaliyetleri kapsamaktadır.

Öznur ÇINAR
Gümüşhane Üniversitesi
Afet Yönetimi ABD Doktora Programı

Aşağıdaki maddelerden size uygun olanları 'X' işareti koyunuz

PSİKOSOSYAL DESTEK ALDIKTAN SONRA

ALT BOYUT	MADDELER	Uygun Değil	Kısmen Uygun	Uygun
BİLGİ	1.Afet ve acil durumlar hakkında genel bilgi seviyem arttı			
	2.Afet ve acil durum anında yapılması gerekenler konusunda bilgim arttı			
	3.Afet ve acil durum sonrasında yapılması gerekenler konusunda bilgim arttı			
	4.Afet ve acil durum koşulları hakkında bilgim arttı			
	5.Afet ve acil durum oluşturan sebepleri öğrendim			
	6.Afet ve acil durumlar sonrası hem kendimin hem ailemin ihtiyaçlarımı nasıl giderebileceğimi öğrendim			
	7.Afet ve acil durum sonrası kimden yardım alabileceğimi öğrendim			

	8.Afet ve acil durumla ilgili kurumlar hakkında bilgim arttı			
	9.Afet ve acil durum sonrası bir insanın ruh halinin nasıl olabileceği ile ilgili bilgim artmadı			
	10.Afet ve acil durum sonrası toplumun ruh hali hakkında bilgim arttı			
	11.Afet ve acil durum kavramı hakkında bilgilendim			
	12.Afet ve acil durum öncesi hakkında bilgim arttı			
SÜREÇ	13.Psikososyal destek sürecinde işlerim kolaylıkla yürüdü			
	14.Psikososyal destek sürecinde sorunlarımı anlatabileceğim çalışanları buldum			
	15.Psikososyal destek sürecinde minnettarlık duygusu yaşadım			
	16.Psikososyal destek sürecinde sorunlarıma yardımcı olan kurum ve kuruluşları gördüm			
	17.Psikososyal destek sürecinde toplumun desteğini gördüm			
	18.Psikososyal destek sürecinde verilen desteklerden karşılık beklenmedi			
	19.Psikososyal destek sürecinde verilen destekler yeterliydi			
	20.Psikososyal destek sürecinde sorunlarımın çözümüne yardım edildi			
	21.Psikososyal destek sürecinde bana değer verildiğini hissettim			
	22.Psikososyal destek süreci planlı ve düzenli bir şekilde gerçekleştiriliyordu			
	23.Psikososyal destek sürecinde çalışanların samimi olduğunu düşünüyorum			
	24.Psikososyal destek sürecinde çalışanlar işlerini biliyorlardı			
	25.Psikososyal destek sürecinde çalışanlar profesyoneldi			
	26.Psikososyal destek sürecinde çalışanlar gönüllüydü			
	27.Psikososyal destek sürecinde çalışan sayısı yeterli değildi			
BİREYSEL FAYDA	28.Psikososyal destek sonrası diğer insanlar tarafından sevildiğimi hissettim			
	29.Psikososyal destek sonrası diğer başkaları anlaşıldığımı hissettim			
	30.Psikososyal destek sonrası yaşam sevincim arttı			
	31.Psikososyal destek sonrası hayatı başka türlü görmeye başladım			
	32.Psikososyal destek sonrası diğer insanların bana ve aileme yardım ettiğini hissettim			
	33.Psikososyal destek sonrası zorluklardan kaçmak yerine onlarla yüzleşmeye çalıştım			
	34.Psikososyal destek sonrası başarısızlıklarımı yenebileceğimi gördüm			
	35.Psikososyal destek sonrası devletime olan güvenim arttı			
	36.Psikososyal destek sonrası kendime güvenim arttı			
	37.Psikososyal destek sonrası menfaatlerim iyileşti			
	38.Psikososyal destek sonrası insanlara karşı güvenim arttı			
	39.Psikososyal destek sonrası sorunlara farklı çözüm olasılıklarını görebildim			
	40.Psikososyal destek sonrası en kötüsünün bittiği hissine kapıldım			
	41.Psikososyal destek sonrası karar verme yeteneğim iyileşti			
	42.Psikososyal destek sonrası yaşama bakış açım gelişti			

	43.Psikososyal destek sonrası yeni hedefler belirledim			
	44.Psikososyal destek sonrası eski hayatıma dönebildim			
	45.Psikososyal destek sonrası eski hayatım daha iyi hale geldi			
	46.Psikososyal destek sonrası güvenli hissettim			
	47.Psikososyal destek sonrası kendimi huzurlu hissettim			
	48.Psikososyal destek sonrası başarılarım arttı			
	49.Psikososyal destek sonrası fiziksel ihtiyaçlarım karşılanmadı			
TOPLUMSAL FAYDA	50.Psikososyal destek sonrası ailem eski durumuna geldi			
	51.Psikososyal destek sonrası aile yaşamımda iyileşmeler oldu			
	52.Psikososyal destek sonrası akrabalık ilişkilerimde iyileşmeler oldu			
	53.Psikososyal destek sonrası çocukların eğitim durumları düzeldi			
	54.Psikososyal destek sonrası komşuluk ilişkilerimde gelişmeler oldu			
	55.Psikososyal destek sonrası ailemdeki çocukların neşeleri geri geldi			
	56.Psikososyal destek sonrası komşular birbirlerini daha fazla ziyaret etmeye başladılar			
	57.Psikososyal destek sonrası çocuklar daha fazla birlikte oyun oynamaya başladılar			
	58.Psikososyal destek sonrası ailemdeki çocuklar eğitimlerine kaldıkları yerden devam ettiler			
	59.Psikososyal destek sonrası çocukların psikolojik durumları düzeldi			
	60.Psikososyal destek sonrası çocukları daha da neşeli hale geldi			
	61.Psikososyal destek sonrası etrafımdaki çocukların korkularının yok olduğunu gördüm			
	62.Psikososyal destek alan etrafımdaki diğer insanların dayanışma durumları iyileşti			
	63.Psikososyal destek alan etrafımdaki diğer insanların duygusal durumlarında iyileşmeler oldu			
	64.Psikososyal destek sonrası insanlar daha insancıl hale geldi			
	65.Psikososyal destek alan etrafımdaki diğer insanların daha iyi iletişim kurdular			
	66.Psikososyal destek sonrası devlete karşı güven arttı			
	67.Psikososyal destek alan etrafımdaki diğer insanların ihtiyaçları giderilmedi			
	68.Psikososyal destek toplum dayanışmasında gelişmelere yol açtı.			
ALT BOYUTLAR HAKKINDA DÜŞÜNCELERİNİZ VE MADDELER İÇİN İSTEDİĞİNİZ DÜZELTMELER				

Ek 2. Anket Formu

Çalışmamızın amacı 2023 Kahramanmaraş Depremleri sonrası uygulanan psikososyal destek çalışmalarını değerlendirmektir. Çalışma, Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Enstitüsünde gerçekleştirilen 'Afet ve Acil Durumlarda Psikososyal Destek Hizmetlerinin Travma ve Strese Bağlı Ruhsal Bozukluklar Üzerindeki Etkisi: Kahramanmaraş Depremleri Örneği' adlı doktora tezinde kullanılmak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına göredir. Bu çalışma ile toplanacak olan bilgileriniz gizli tutulacak, sadece doktora tezinde analizlerde kullanılacaktır. Çalışmada toplanacak veriler üçüncü kişilerle paylaşılmayacak ve çalışma dışında farklı bir amaç ile kullanılmayacaktır.

PSİKOSOSYAL DESTEK: Psikolojik ya da psikiyatrik tedavi amacı gütmeden, afet ve acil durum sonrası ortaya çıkabilecek psikolojik uyumsuzlukların bozuklukların önlenmesi, aile ve toplum düzeyinde ilişkilerin yeniden kurulması ve geliştirilmesi, etkilenenlerin normal yaşamlarına geri dönmesi sürecinde kendi kapasitelerini fark etmeleri ve güçlenmelerinin sağlanması, toplumda gelecekte ortaya çıkması muhtemel afet ve acil durumlarla başa çıkma, iyileşme ve toparlanma becerilerinin arttırılması, yardım çalışanlarının desteklenmesini içeren ve afet döngüsünün her aşamasında yürütülen çok disiplinli hizmetler bütünüdür. Afet sonrası psikososyal destek kısaca toplumun eski haline dönmesi ile ilgili bütün faaliyetleri kapsamaktadır.

Cinsiyet : ( ) Erkek ( ) Kadın

Yaş : ( ) 18-30 ( ) 31-40 ( ) 41-50 ( ) 51-65

Medeni Durum : ( ) Evli ( ) Bekar

Eğitim Durumu : ( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü

İş Durumu : ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) İşsiz

PSİKOSOSYAL DESTEK ALDIKTAN SONRA

PSİKOSOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ 1:Kesinlikle Katılmıyorum 2:Katılmıyorum 3:Kısmen Katılıyorum 4:Katılıyorum 5:Kesinlikle Katılıyorum	1	2	3	4	5
BİLGİ					
1.Afet ve acil durumlar hakkında genel bilgi seviyem arttı					
2.Afet ve acil durum anında yapılması gerekenler konusunda bilgim arttı					
3.Afet ve acil durum sonrasında yapılması gerekenler konusunda bilgim arttı					
4.Afet ve acil durumlar sonrası hem kendimin hem ailemin ihtiyaçlarımı nasıl giderebileceğimi öğrendim					
5.Afet ve acil durum sonrası hangi kurumlardan yardım alabileceğimi öğrendim					
6.Afet ve acil durum sonrası bir insanın ruh halinin nasıl olabileceği ile ilgili bilgim artmadı					
SÜREÇ					
7.Psikososyal destek sürecinde sorunlarımı anlatabileceğim kişileri buldum					
8.Psikososyal destek sürecinde sorunlarıma yardımcı olan kurum ve kuruluşları gördüm					
9.Psikososyal destek sürecinde toplumun desteğini gördüm					

10.Psikososyal destek sürecinde sorunlarımın çözümüne yardım edildi					
11.Psikososyal destek sürecinde bana değer verildiğini hissettim					
12.Psikososyal destek süreci planlı ve düzenli bir şekilde gerçekleştiriliyordu					
13.Psikososyal destek sürecinde yardımcı olanların samimi olduğunu düşünüyorum					
14.Psikososyal destek sürecinde çalışanlar işlerini biliyorlardı					
15.Psikososyal destek sürecinde çalışan sayısı yeterli değildi					
BİREYSEL FAYDA					
16.Psikososyal destek sonrası diğer insanlar tarafından anlaşıldığımı hissettim					
17.Psikososyal destek sonrası diğer insanların bana ve aileme yardım ettiğini hissettim					
18.Psikososyal destek sonrası zorluklardan kaçmak yerine onlarla yüzleşmeye çalıştım					
19.Psikososyal destek sonrası başarısızlıklarımı yenebileceğimi gördüm					
20.Psikososyal destek sonrası kendime güvenim arttı					
21.Psikososyal destek sonrası sorunlara farklı çözüm olasılıklarını görebildim					
22.Psikososyal destek sonrası en kötüsünün bittiği hissine kapıldım					
23.Psikososyal destek sonrası yaşama bakış açım değişti					
24.Psikososyal destek sonrası yeni hedefler belirledim					
25.Psikososyal destek sonrası eski hayatıma dönebildim					
26.Psikososyal destek sonrası güvenli hissettim					
27.Psikososyal destek sonrası kendimi huzurlu hissettim					
28.Psikososyal destek sonrası fiziksel ihtiyaçlarım karşılanmadı					
TOPLUMSAL FAYDA					
29.Psikososyal destek sonrası aile yaşamımda iyileşmeler oldu					
30.Psikososyal destek sonrası akrabalık ilişkilerimde iyileşmeler oldu					
31.Psikososyal destek sonrası komşuluk ilişkilerimde iyileşmeler oldu					
32.Psikososyal destek sonrası ailemdeki çocukların neşeleri geri geldi					
33.Psikososyal destek sonrası ailemdeki çocuklar eğitimlerine döndüler					
34.Psikososyal destek sonrası etrafımdaki çocukların korkuları azaldı					
35.Psikososyal destek alan etrafımdaki diğer insanların dayanışma durumları iyileşti					
36.Psikososyal destek alan etrafımdaki diğer insanların duygusal durumlarında iyileşmeler oldu					
37.Psikososyal destek alan etrafımdaki diğer insanların daha iyi iletişim kurdular					
38.Psikososyal destek alan etrafımdaki diğer insanların ihtiyaçları giderilmedi					

AŞAĞIDAKİ SORULARI PSİKOSOSYAL DESTEK ALDIKTAN SONRAKİ DURUMUNUZU GÖZ ÖNÜNE ALARAK CEVAPLAYINIZ

DASS42 ÖLÇEĞİ	PSİKOSOSYAL DESTEK SONRASI			
0: Benim için hiç geçerli değil 1**:** Bana bir dereceye kadar veya bazen uygundu 2: Bana önemli ölçüde veya zamanımın büyük bir kısmında uygundu 3: Bana çok fazla veya çoğu zaman uygundu	0	1	2	3
1.Önemsiz şeylere üzülmüyordum				
2.Ağzımın kuruduğunu hissediyordum				
3.Herhangi bir olumlu duygu hissetmiyordum				
4.Fiziksel bir sıkıntım olmadığı halde nefes alıp vermede zorluk yaşıyordum				
5.Hiçbir şey yapmayı istemiyordum				
6.Olaylara aşırı tepki verme eğilimindeydim				
7.Bacaklarımın üstüne çökecek gibi sarsılma hissi yaşıyordum				
8.Kendimi rahat hissetmekte zorluk çekiyordum				

9.Kendimi beni çok endişelendiren durumların içinde buluyor ve bunlar sona erdiğinde çok rahatlıyordum				
10.Dört gözle bekleyecek hiçbir şeyim olmadığını hissetmiyordum				
11.Çok kolay üzülüyordum				
12.Çok fazla ve kolay sinirlenebiliyordum				
13.Kendimi üzgün ve depresif hissediyordum				
14.Herhangi bir şekilde gecikme yaşadığımda kendimi çok sabırsız hissediyordum (örneğin asansörler, trafik ışıkları, birisi tarafından bekletilmek)				
15.Baygınlık hissi yaşıyordum				
16.Hemen hemen her şeye olan ilgimi kaybettiğimi hissediyordum				
17.Bir insan olarak çok değerli olmadığımı hissediyordum				
18.Oldukça alıngan ve hassas olduğumu hissediyordum				
19.Yüksek sıcaklık veya fiziksel çaba olmadan fark edilir şekilde fazla terliyordum				
20.Herhangi bir sebep olmadan korkmuyordum				
21.Hayatın değerli olmadığını hissediyordum				
22.Çok zor rahatlayabiliyordum				
23.Yutma güçlüğü çekiyordum				
24.Yaptığım şeylerden hiç zevk almıyordum				
25.Fiziksel harekette bulunmadığım halde kalbimin hızlı veya yavaş hareket ettiğini hissedebiliyordum				
26.Kendimi üzgün ve hüzünlü hissediyordum				
27.Çok sinirli olduğumu fark ediyordum				
28.Paniğe kapılmaya çok yatkın olduğumu hissediyordum				
29.Beni üzen bir olaydan sonra sakinleşmekte zorlanıyordum				
30.Önemsiz olsa da alışık olmadığım bir görevi yerine getirememekten korkmuyordum				
31.Hiçbir şey için hevesli değildim				
32.Yaptığım işin kesintiye uğramasına tahammül etmekte zorlanıyordum				
33.Gergin bir durumdaydım				
34.Oldukça değersiz olduğumu hissediyordum				
35.Yaptığım işe devam etmemi engelleyen her şeye karşı tahammülsüzdüm				
36.Dehşete kapılıyordum				
37.Gelecekte umutlu olmak için hiçbir şey göremiyordum				
38.Hayatın anlamsız olduğunu düşünüyordum				
39.Kendimi tedirgin hissediyordum				
40.Paniğe kapılıp kendimi aptal durumuna düşürebileceğimden endişeleniyordum				
41.Vücudumda titreme hissediyordum (örneğin, ellerimde)				
42.Bir şeyler yapmak için girişimde bulunmakta zorlanıyordum				

ETİK KURUL KARARI

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

Sayı : E-95674917-108.99-231613
Konu : Etik Kurul Onay

Sayın Doç. Dr. Emel YILDIZ

"AFET VE ACİL DURUMLARDA PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİNİN TRAVMA VE STRESE BAĞLI RUHSAL BOZUKLUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: KAHRAMANMARAŞ DEPREMLERİ ÖRNEĞİ " konulu etik kurul başvurunuz; Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **24/01/2024** tarih ve **2024/1** sayılı toplantısında görüşülmüş olup; projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Günay ÇAKIR
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : 0OEE-EZPI-0MU2 Belge Doğrulama Adresi : https://ebyssorgu.gumushane.edu.tr/

Adres:
Telefon No : Fax No :
e-Posta : İnternet Adresi : http://www.gumushane.edu.tr/
Kep Adresi : gumushaneuniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi İçin :Özge GÖKAY
Memur
Dahili No:

ÖZGEÇMİŞ

Öznur Çınar, 2019 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü ve Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümünde lisans öğrenimini tamamladı. 2021 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afet Yönetimi Ana Bilim Dalında yüksek lisans eğitimini bitirdi. Halen devam etmekte olan doktora eğitimine 2021 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afet Yönetimi Ana Bilim Dalında başladı. İngilizce bilmektedir.

Yayınlar:

Turan, M., Odabaş, L., Çinar, Ö., Akbaş, M. ve Kılıç, H. (2021). Afet yönetim sürecinde rol alacak paydaşların risk algıları. *The Journal of International Scientific Researches,* 6(2), 152-167. https://doi.org/10.23834/isrjournal.909009.

Çinar, Ö. ve Cengiz, S. (2022). Acil durum ve afetlere müdahale personelinin kriz anı kurum içi iletişimlerinin değerlendirilmesi: Trabzon ili örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 13(1), 140-152. https://doi.org/10. 36362/ gumus.940777.

Çınar, Ö. ve Yıldız, E. (2024). Hastanelerde afet ve acil durumlara hazırlık düzeyi: Planlama, tatbikat ve birim etkinlik düzeyi etkisi. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi,* 43, 125-140. https://doi.org/10.18092/ulikidince.1424720.

Çınar, Ö. ve Yıldız, E. (2024). Ulusal deprem tatbikatı sonrası korku pazarlaması kapsamında küçük işletmelerin afet sigortası satın alma eğilimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 531-543.