

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMBULANS ÇALIŞANLARINDA TRAVMA SONRASI STRES VE DEPRESYON
BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ**

Elif ŞAHİN

Kocaeli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

KOCAELİ

2019

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMBULANS ÇALIŞANLARINDA TRAVMA SONRASI STRES VE DEPRESYON
BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ**

Elif ŞAHİN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman : Doç. Dr. Cem CERİT

Etik Kurul Onay No: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi-KOU KAEK 2014/360

KOCAELİ
2019

Kabul ve Onay Sayfası

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

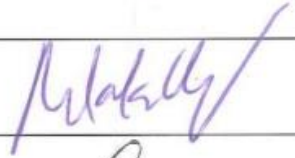

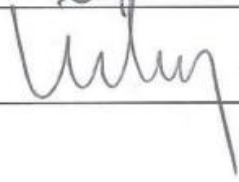
Tez Adı: Ambulans Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Ve Depresyon Belirtilerinin İncelenmesi

Tez yazarı: Elif ŞAHİN

Tez savunma tarihi: 26.06.2019

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Cem CERİT

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI/ YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ	
ÜYE(DANIŞMAN)	Doç. Dr. Cem CERİT	
ÜYE	Doç. Dr. Muhammed AYAZ	
ÜYE		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.... /.... /2019

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ
KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Özet

Ambulans Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Ve Depresyon Belirtilerinin İncelenmesi

Amaç: Travmatik olaylara doğrudan maruz kalanların yanı sıra tanık olanların da travmatik stres belirtileri gösterdikleri bilinmektedir. Bu çalışma ile 112 ambulans çalışanlarının travmatik stres ve depresyonun belirtilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini Mersin Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında çalışan 27'si kadın ve 32'i erkekten oluşan 59 ambulans çalışanıdır. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Mesleki Bilgi Formu, Travmatik Stres Belirti Ölçeği, Yeti Yitimi Formu ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Mesleki travma yaşantıları olan ambulans çalışanlarında travmatik stres bozukluğu tanı oranı % 16.9; depresyon belirtilerinin görülme oranı hafif, orta ve şiddetli yelpazesinde %47.4 olarak gözlemlenmiştir. Katılımcıların Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği'nin alt ölçekleri ve toplam puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır($p<0.05$). TSSB ve depresyon kadınlarda erkeklere oranla; yeniden yaşantılama belirtileri üniversite mezunlarında lise mezunlarına oranla daha yüksek bulgulanmıştır.

Sonuç: Araştırmada, mesleki travma yaşantıları olan ambulans çalışanlarının travmatik stres ve depresyon belirtileri gösterdiği bulgulanmıştır. Travma ile çalışma, travma etkilerinden korunmaya yönelik önleyici mesleki danışmanlık sistemlerinin, kurumsal stratejiler sistemine eklenmesi travmatik stres ve depresyon belirtilerinin önlenmesinde katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Ambulans çalışanları, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon.

Abstract

A Research of Posttraumatic Stress and Depression Symptoms in Ambulance Staff

Objective: It is known that, the witnesses of a traumatic event also show signs of traumatic stress like those who are directly exposed to the traumatic events. With this study, it's aimed to research the symptoms of traumatic stress and depression of 112 ambulance staff.

Methods: The sample of the study was composed of 59 ambulance staff consisting of 27 women and 32 men working in Mersin Emergency Health Services Stations. Personal Information Form, Occupational Information Form, Traumatic Stress Symptom Scale, Severity of Disability Scale and Beck Depression Scale were used as data collection tools.

Results: Traumatic stress disorder diagnosis rate was 16.9% ; depression symptoms rate was found to be in the mild, moderate, and severe range, at total of 47.4% in ambulance workers depending on their occupational trauma experience. There was a significant positive correlation between the participant's Traumatic Stress Symptom subscales and total scores and Beck Depression Scale scores($p < 0.05$). Higher PTSD and depression was found in women compared to man and also re-experiencing symptoms were higher in university graduates than in high school graduates.

Conclusion: The findings of the study showed that the ambulance staff showed traumatic stress and depression symptoms of their occupational trauma experiences. It is suggested that, adding preventive occupational counseling into the institutive strategy systems will be beneficial in order to prevent the traumatic stress and depression symptoms in ambulance staff.

Key Words: Ambulance staff, posttraumatic stress disorder, depression.

TEŞEKKÜR

“Rab’be Övgüler olsun! Kuşatılmış bir kentte sevgisini bana harika biçimde gösterdi.”

Mezmur 31:21

Uzun zaman süren bu çalışmayı tamamlayabilmem için bana içsel donanım ve güç veren, travma yaşantılarında bana çıkış gösteren Tanrı’yadır ilk teşekkürüm.

Tezin hazırlanmasına büyük destek veren, son anda bile yola devam edebilmem için yol gösteren, istatistiki bilgime katkı sağlayan, tezin tüm aşamalarında yardımcı olan, motive eden sayın Doç. Dr. Cem Cerit hocama çok teşekkür ederim. Kendisinin bu desteği olmadan tezimi tamamlamam çok daha zor olurdu. Tüm lisansüstü eğitimim boyunca bana hocalık yapan değerli hocalarıma destekleri için teşekkür ederim.

Her aşamada sabırla bana yardımcı ve destek olan, bana müsamaha gösteren sevgili eşim Serkan Şahin’e, ders çalışmalarımı anlayışla karşılayan canım oğlum Kayra Şiyar’a çok teşekkür ediyorum.

Annem ve babam, çok değerli abim ve ailesine beni her zaman destekledikleri için teşekkür ederim.

Arkadaşlarım Serkan ve Canan’a tez sürecini takip edip teşvik ettikleri, maddi ve manevi konularda beni destekledikleri için teşekkür ederim.

Mesleklerini büyük ciddiyetle, eforla, hızla, fedakarlıkla yapan 112 ambulans çalışanlarına bana çalışmamda büyük katkı sağladıkları için teşekkür ederim.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

26. / 06 / 2019

Elif ŞAHİN


İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR	VI
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	IX
ÇİZELGELER DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
1.1. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görevleri	1
1.2. Ambulans Çalışanları ve Travma	4
1.3. Travmatik Olay	6
1.3.1. Travmadan Sonra Ortaya Çıkabilecek Ruhsal Rahatsızlıklar	7
1.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu(TSSB)	8
1.3.3. TSSB’da Epidemiyoloji	10
1.3.4. TSSB Risk Etkenleri	12
1.4. İkincil Travmatik Stres	12
1.4.1 İkincil Travma Risk Faktörleri	13
1.5. Depresyon	17
1.5.1. Majör Depresif Bozukluk Ölçütleri	18
1.5.2. Depresyon Risk Faktörleri	19
1.6. TSSB ve Depresyon	19
2.AMAÇ	21
3. YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırma Yeri, Çalışma Evreni ve Uygulama	22
3.3. Veri Toplama Araçları	22
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	22
3.3.2. Mesleki Bilgi Formu	22
3.3.3. Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)	23
3.3.4 Yeti Yitimi Formu	23
3.3.5. Beck Depresyon Ölçeği	23
3.4. Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası	24
3.5. Veri Çözümlemesi	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	31
5.1. Sınırlılıklar	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
KAYNAKLAR	38
ÖZGEÇMİŞ	43
EKLER	44

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

İTS : İkincil Travmatik Stres

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

TSBÖ: Travmatik Stres Belirti Ölçeği

ASHİ : Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SS : Standart Sapma

r : Pearson Korelasyon Katsayısı

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri	9
Çizelge 1.2 Birincil Ve İkincil Travmatik Stres Belirtileri.....	14
Çizelge 1.3 İkincil Travmatik Stresin Kişisel Olarak Etkileri	15
Çizelge 4.1 Katılımcıların Genel Özellikleri	25
Çizelge 4.2 En Son Karşılaşılan Travmatik Olay	26
Çizelge 4.3 Travmatik Stres Belirti Ölçeği Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları ve Tanı Alma Oranı.....	26
Çizelge 4.4 Katılımcıların Depresyon Puan Ortalamaları ve Tanı Oranı	27
Çizelge 4.5 Katılımcılarda Travmatik Stres Belirti Ölçeği Alt Ölçekler ve Toplam Puanı ile Depresyon Puanının İlişkisi.....	27
Çizelge 4.6 Katılımcıların Travmatik Stres Belirti Ölçeği Alt Ölçek ve Toplam Puanları ile Genel Verilerin Karşılaştırılması	29
Çizelge 4.7 Depresyon Toplam Puan İle Nüfus ve Demografik Verilerin Karşılaştırılması.....	30

1. GİRİŞ

Travmatik olayların ardından olaya doğrudan maruz kalanların yanı sıra travmatik olaya ve/veya mağdurlarına tanık olanların da travmatik stres belirtileri gösterdikleri bilinmektedir. Travmatik olaylara meslekleri gereği tanık olan kişiler; acil yardım sağlık personelleri, ambulans çalışanları, arama kurtarma çalışanları, hastane çalışanları, itfaiyeciler, polis, ruh sağlığı uzmanları, adliye çalışanları gibi meslek gruplarıdır. Travma mağdurlarına yardım sağlayan profesyoneller birçok farklı travmatik olaya iş hayatlarının tümünde çeşitli derecelerde tanık olmaktadır. Bu tanıklıklar mağdurlarla çalışan yardım sağlayıcılar için bazı psikolojik riskleri içermektedir (Herman 2011). Olası fiziksel ve psikolojik sorunlar; sosyal hayattan çekilme, zor durumlardan kaçınma, ajitasyon, kolayca rahatsızlanma, saldırganlık gibi, bel, baş, karın ağrısı, kabuslar, olayı yeniden yaşantılama, konsantrasyon sorunları gibi sorunlardır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yardım sağlayıcıların hayatlarını etkileyen bir ruh sağlığı sorunu haline gelebilmektedir. Travma sonrası ortaya çıkan psikolojik bozukluklara yönelik yapılan çalışmalar genellikle TSSB'ye eşlik eden farklı ruhsal bozukluklar olduğunu göstermektedir. TSSB'ye eşlik eden en yaygın tanı majör depresyonun sık görülen belirtileri isteksizlik, halsizlik, moral bozukluğu, uyku bozukluğu, iştah bozukluğu ve hayattan zevk alama TSSB belirtileri ile birleştiğinde ortaya daha karmaşık bir tablo çıkmaktadır. Böyle bir durumda hem kişinin yaşadığı zorluk ve işgücü kaybı artmakta hem de daha yoğun ve daha uzun süreli tedavi gerektirmektedir (Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi 2019, O'Donnell ve diğ. 2004).

Yaptıkları iş dolayısıyla travmatik olaylara sıkça maruz kalan ancak, iş tanımlarının bu kavramı içermesi nedeniyle, göz ardı edilme olasılığı bulunan 112 Acil Yardım çalışanlarının iş ve sosyal yaşam işlevlerini sağlıklı yönetebilmeleri açısından farkındalıklarının artırılması önemlidir. Bu çalışmanın amacı, travmatik stres belirtilerinin; 112 Acil Yardım çalışanlarındaki yaygınlığını saptamak, sosyo-demografik özellikler ve depresyon belirtileri ile ilişkisini araştırmak ve koruyucu müdahale hizmetleri üzerine dikkatleri çekmektir.

1.1. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görevleri

Gündelik yaşam içerisinde gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşaması travma olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Travma mağdurlarına yardım

sağlayan profesyoneller birçok farklı travmatik olaya iş hayatlarının tümünde çeşitli derecelerde tanık olmaktadır. Bu tanıklıklar mağdurlarla çalışan yardım sağlayıcılar için bazı psikolojik riskleri içermektedir ve travma mağdurlarıyla çalışanların yoğun tepkilerinin zarar verici boyutlara gelmemesi için sürekli destek sistemine ihtiyaç duyabilmektedirler (Herman 2011). Travmatik olay ve bunun etkilerine doğrudan ve sürekli tanık olma, yaşamı tehdit eden olaylara maruz kalma acil tıp hizmeti veren sağlık personelinde travmatik stres belirtilerini arttırdığı belirtilmiştir (Yılmaz 2006).

Galea ve arkadaşları, insanların 2/3'sinin yaşam boyu bir travmatik olayla karşılaştığını belirtmekte ve travmatik bir olayla karşılaşma riskini arttıran çeşitli faktörler de rapor etmektedir (Galea ve diğ. 2005). Mesleği acil sağlık yardımı vermek olan 112 ambulans çalışanları risk gruplarından biridir. Çünkü travmatik bir olay olduğunda müdahale için aranan ilk numaralardan biri 112'dir. Dolayısıyla travmatik olay faillerine ulaşacak, yardım edecek kişiler acil yardım/ambulans ekipleri olmaktadır.

Acil tıp hizmeti/ambulans çalışanları hastane öncesi acil bakımın önemli bir parçasıdır ve kritik durumdaki hastaya ya da yaralıya ilk anda müdahale eden, güvenli bir şekilde hastayı kurtarmak ve tedavi etmek için çalışan sağlık profesyonelleridir (Sukayar 2018). Ambulans hizmetleri; beklenmedik tehlikelere karşı koruyucu önlemler almak, tedaviyi başlatmak, zamanı doğru ve planlı kullanmak, hayatı korumak acil yardım hizmetlerini kapsamaktadır. Bir ambulans çalışanı/görevlisinin yapması ve özellikle üzerinde durularak dikkat edilmesi gereken hususlar: sağlık hizmeti götürürken kendi sağlığını kaybetmemek, risk altında kalmamak ve asla ölüm riskini almamak şeklinde tanımlanmaktadır (Özyaral 2005).

Acil tıp teknisyenleri, birlikte çalıştığı hekim, ambulans ve acil bakım teknikerlerinin sorumluluk ve yetkileri şöyledir:

- 1) İntravenöz girişim yapmak,
- 2) Oksijen uygulaması yapmak,
- 3) Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak,
- 4) Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak,
- 5) Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak,
- 6) Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak,
- 7) Temel yaşam desteği protokollerini uygulamak,

- 8) Temel yaşam desteği uygulaması sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak,
- 9) Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak,
- 10) Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak,
- 11) Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak,
- 12) Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak, ile sorumludurlar (Sağlık Bakanlığı 2009).

Görüldüğü üzere iş tanımları, ölüm veya ölüm tehdidi bulunan, fiziksel bütünlüğün zarar görmüş yani travmatik olaylar yaşamış kişilere yardım etmeyi kapsamaktadır. Mesai saatleri içerisinde bu tür travmatik olaylarla karşılaşma olasılığı yüksek olan bir meslek grubudur. İş tanımı, travmatik olaylara tekrarlayıcı ve aşırı maruz kalınacağı şeklinde olan bir iş, çok fazla çalışanın tercih etmeyeceği bir iş kolu olarak düşünülebilir. Ancak ülkemizde 2018 Ocak ayı raporuna göre, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 32309 Acil Sağlık Hizmeti çalışanı bulunmaktadır (Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2018). Çalışan sayısı ve görevlerinin önemi göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarından kaynaklanan risklerin belirlenerek azamiye indirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Ambulans/acil yardım çalışanlarının sağlığının bozulmasının oluşturacağı bazı riskler; iş gücü kaybı, verimlilik kaybı, kurum ve ülke için ekonomik kayıp, kazaların artması ve hizmet sundukları birey ya da hastaların risk altına girmesine neden olacaktır.

Ambulans çalışanlarının şehir büyüklüğüne göre değişen bir çalışma temposu bulunmaktadır. Örneğin "İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 246 ambulans ekibi günde 1500 vakaya müdahale etmektedir." (Cihan 2012). Günde ortalama 15 vakaya müdahalede bulunan ambulans çalışanlarının müdahale ettiği durumlar; hastalık durumları, kalp krizi, trafik kazası, ev ve iş kazaları, düşme ve yaralanmalar, intihar girişimleri, silahlı/bıçaklı yaralanmalardır. Çalışma mesaieleri ise 24 saati kapsamaktadır. "*İl ambulans servisine bağlı ambulansların, 24 saat kesintisiz çalışmalarının eksiklik ve aksaklığa neden olamayacak şekilde yürütülmesi amacıyla nöbet listeleri, günlük çalışmalarının düzenlenmesi ile bu birimlerde görevli personelin denetlenmesini sağlar.*" (İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi 2005). 24 saat nöbet tutan memurun 48 saat süren izin hakkı olmaktadır. Vardiyalı çalışan ambulans çalışanları ayda 7-8 nöbet tutarak aylık mesailerini tamamlayabilmektedirler.

1.2. Ambulans Çalışanları ve Travma

Günümüzde birçok iş ortamında stres, gerginlik, öfke, tükenmişlik, yıldırma, depresyon şikayetleri artmakta dolayısıyla iş-özel yaşam dengesi çalışma hayatında önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Daş 2014). Acil müdahale alanları (acil servisler ve ambulanslar), fiziksel bütünlüğü tehdit altında olan, korku, çaresizlik ve dehşet içindeki, acil müdahale gerektiren vakaların, riski yüksek hastaların, kısacası hayatta olmak ya da olmamak arasındaki çizginin yüksek gerilimle yaşandığı yerler olarak diğer iş ortamlarından ve diğer iş ortamlarının gerginlik ve stresinden ayrılmaktadırlar. Tüm bunların yanı sıra ambulans çalışanlarının kendileri de hasta ya da hasta yakınları tarafından beden bütünlüklerine zarar vermeye yönelik saldırılara mazur kalabilmektedirler. Travmatik stresi yaşayan birey kadar ambulans çalışanları da dolaylı ve direkt olarak travmaya maruz kalmaktadırlar. Mesleklerinin gereği olarak, çeşitli travmatik olaylar karşısında şok, korku, üzüntü, çaresizlik, acı tepkileri gösteren kişilere müdahalede bulunurken yardımcının kendisi de mağdur gibi sarsıcı ve beklenmedik durumun içerisinde dolaylı olarak yer almaktadır. Travma deneyimlerine dolaylı biçimde maruz kalan bireylerde oluşan ruhsal tepkiler için psikiyatri yazınında “dolaylı travma, ikincil travmatik stres, merhamet yorgunluğu, travmatik karşı-aktarım, vekaleten travma” gibi kavramlar kullanılmaktadır (Baysak 2010). Bu çalışmada iş alanları gereği travmatik olaylara maruz kalma durumu ikincil travmatik stres kavramı ile açıklanacaktır.

Travmatik olaya/olaylara tanık olmanın çeşitli ve değişik derecelerde ciddi uzun süreli kaygı yarattığı gözlemlenmiştir (Doukessa ve Mitchell 2003). O halde travmatik olaylar, işleri travmatik olaylar yaşayan kişilere müdahale eden acil yardım çalışanlarında da çeşitli fiziksel ya da psikolojik sorunlara yani ikincil travmaya neden olabilir. Stresli olaylara maruz kalmak dört ayrı boyutta tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilir:

1. Duygusal Belirtiler

- Kahramanca, incinmez ve aşırı enerjik hissetme
- Kaygı ve korku
- Güvenliği sağlama konusunda endişelenme
- Öfke, sinirlilik, huzursuzluk
- Üzüntü, depresyon, umutsuzluk
- Suçluluk
- Yalnızlık, tükenmişlik hissi

2. Bilişsel Belirtiler

- Bellek ve dikkat sorunları

- Kafa karışıklığı
- Düşünme ve kavramada yavaşlık
- Nesnelliğin zayıflaması
- Travmatik olayı yenileyici şekilde düşünme
- Rahatsız edici rüyalar
- Travmatik olayla özdeşleşme

3. Davranışsal Belirtiler

- Etkinliklerin azalması ya da artması
- İletişim zorlukları
- Mizah duygusunun artması
- Sık sık tartışmalara girme
- Dinlenememe
- Yeme ve uyku zorlukları
- İş başarısında azalma
- Alkol, sigara ya da ilaç kullanımında artış
- Sosyal içe çekilme
- Travmatik olayı hatırlatan yerlerden ya da etkinliklerden kaçınma

4. Fiziksel Belirtiler

- Kalp atışlarında ve soluk almada hızlanma
- Tansiyonun yükselmesi
- Sindirim sistemi sorunları
- Kilo değişiklikleri
- Titreme
- Terleme ya da üşüme
- Kas seğirmeleri
- Eşgüdüm, koordinasyon bozukluğu
- Fiziksel ağrılar
- Boğazda yumru hissi
- Aşırı irkilme tepkisi
- Yorgunluk
- Bağışıklık sisteminin zayıflaması(Aker 2012).

Ambulans çalışanları olay ne şiddette ve büyüklükte olursa olsun baş etmesi/yardım etmesi beklenen kişiler arasındadırlar. Travmatik olan ve olmayan olaylara müdahaleleri

esnasında ve sonrasında zarar gören kişilerin yaşadığı zorlukları, hastalık ve acıları tanıma, psikiyatrik belirtileri tanımlama, uygun yaklaşım modellerini bilme ve yardım etme konusunda bilgi sahibi olma, yukarıdaki stres karşısında görülebilecek belirtilere karşı gardlarını almış olarak yardım işlevine odaklanmış olmaları beklenmektedir. Acil yardım alanında çalışan uzmanların meslek eğitimleri ve meslek tanımları gereği; travmatik olaylara aniden karşılaşmamaları yani bilgi aldığı bir olaya müdahaleye gitmeleri, her gün travmatik olaylarla karşılaşma olasılıklarını tahmin ediyor olmaları, personel donanımları, eğitim ve deneyimleri onların psikolojik sağlıkları için koruyucu etkilere sahip olabildiğini göstermektedir (Dyregrov ve diğ. 1996). Ancak bir diğer araştırma, 112 Acil Yardım Biriminde çalışan personelin travmaya bağlı olarak yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık tepkilerinin %10-29 oranında yaşadıkları belirtilmiştir (Çakmak ve diğ. 2010). Smith ve Roberts, birçok araştırmadan oluşturdukları derlemede ambulans çalışanlarında TSSB belirtilerinin görülme sıklığına %20 olarak belirlendiğini ifade etmektedir (Smith ve Roberts 2003). Acil yardım çalışanları her ne kadar meslekleri, eğitimleri ve deneyimleri gereği travmatik olaylara hazırlıklı olsalar da anormal olaylara normal tepkiler vermekte oldukları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu geliştirdikleri görülebilmektedir (Baysak 2010, Yılmaz 2006).

1.3. Travmatik Olay

Travmatik olaylar, kişinin kendisinin yaşadığı ya da şahit olduğu, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi içeren, ağır yaralanma veya fiziksel bütünlüğe yönelik bir tehlikenin olduğu olaylar olarak tanımlanmaktadır (APA 2000).

Travmatik olayların meydana geliş şekli üç başlıkta sınıflandırılmaktadır:

1. İnsan tarafından gerçekleştirilen (savaş, işkence, tecavüz, terör eylemleri, cezaevi ve gözaltı uygulamaları),
2. İnsan eliyle kazara oluşan (trafik, uçak, gemi, tren kazaları, iş kazaları, yangınlar),
3. Doğal Afetler (deprem, sel, çığ, kasırga vs.) (Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği 2012).

Gündelik hayat içinde ruhsal travmaya yol açan travmatik olaylar yaygındır. Ülkemizdeki bir araştırma sonucuna göre travmatik olay yaygınlığı %77.6 oranı ile dünya araştırmalarına benzerdir (Karancı ve diğ. 2012). Amerika'daki bir araştırma travmatik olayların yaygınlığını %55 ile %90 (Kessler ve diğ. 1995) olarak belirtmiştir. Genel

popülasyonda iki kişiden birinin travmatik olaylarla hayatında en az bir kere karşılaştığını söylemek mümkündür (Frans ve diğ. 2005).

Toplumsal hayatta travmatik olaylara maruziyet oranının yüksek olduğu durumlar ve meslekler söz konusudur. Örneğin, suç oranının yüksek olduğu yerlerde yaşayanlar, başka ruhsal hastalığı veya alkol-madde bağımlılığı olanlar, askerler, polisler, itfaiye, ilk yardım personeli olanlar travmatik olaylarla daha sık karşılaşmaktalar (Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi 2019).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM V'te verdiği tanımına göre travmatik olaylar, sıra dışı yaşantılardır ve hemen hemen herkes için sıkıntı oluşturmalar. Kişinin;

- Ölüm tehdidi,
- Ağır bir yaralanma ya da yaralanma tehdidinde maruz kalması (acil yardım çalışanlarında yaygın),
- Başka bir kişinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına tanıklık etmesi (acil yardım çalışanlarında yaygın),
- Başka bir kişinin yaralanmasına ya da yaralanma tehdidi oluşturan bir olaya tanıklık etmesi (acil yardım çalışanlarında yaygın),
- Yakınlarından birinin ani ve beklenmedik ölümünü, şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi, travmatik nitelikli olayları tanımlayan özelliklerdir.

Bu tür yaşam olaylarının insan üzerindeki ruhsal ve fiziksel etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler önceleri kişilerin kendi mental durumları ile bağdaştırılıp önemsenmezken alanda yapılan çalışmalar ile Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) kavramları literatüre girmeye başlamıştır.

1.3.1. Travmadan Sonra Ortaya Çıkabilecek Ruhsal Rahatsızlıklar

Travmatik olaylar, yaşamı ve beden bütünlüğünü, kişinin dünyadaki yeri ve kendisi hakkındaki değerlerini tehdit ettiğinde, kişinin kendini değerli ve güvende hissetme, dünyayı ve insanları adil ve güvenli olarak görme, incinmezlik gibi duygu ve düşünceleri tehdit altında kalır (Aker 2012). Kişi travmatik olaya karşı geliştirdiği savunma veya kaçma eylemleri yetersiz kalması ile insani öz savunma sistemi altüst olur ve düzensizleşir (Herman 2011). Kişinin bilişsel, duygusal, zihinsel ve fiziksel yapıları sarsılır. Bu sarsılmaların neticesinde kişide; travmanın tipi, şiddeti, yaşanma biçimi ve diğer birçok

etkene bağlı olarak bazı ruhsal bozukluklara neden olabilir. Karşılaşılan travmatik olaylarla spesifik ve doğrudan bağlantısı kurulan bozukluklar:

1. Akut Stres Tepkisi ve Akut Stres Bozukluğu
2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)
3. Psikolojik Uyum Bozukluğu
4. Anksiyete bozuklukları
5. Dissosiyatif Bozukluklar
6. Yeme Bozuklukları
7. Borderline Kişilik Bozukluğu
8. Alkol ve madde kullanımı
9. Depresyon (Özen 2018).

1.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Travma ve buna bağlı olarak “TSSB”, 1980’de çıkan DSM-III ile kavramsallaştırılmıştır. TSSB tanı kategorisinin zamanla tanımlanması ile birincil etiyolojik sebep kişinin geçmiş yaşamı olmaktan çıkarak olay (travma) merkezli haline gelmiştir (Çolak ve diğ. 2010). 2013 yılında yayınlanan DSM’nin en güncel versiyonu olan DSM-V’te TSSB tanısına ilişkin bazı değişiklikler yapılmıştır. Bunlardan en önemlisi, TSSB’nin “Anksiyete Bozuklukları” kategorisinden çıkarılarak “Örselenme (travma) ve Tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar” başlığı altında, disosiyasyon ve bazı uyum bozuklukları ile birlikte ele alınarak “Örselenme Sonrası Gerginlik (Travma Sonrası Stres Bozukluğu)” adı altında tanımlanmıştır. Ayrıca “travmatik olay” geniş bir şekilde tanımlanarak sübjektif etkilenme kriteri de kaldırılmıştır (American Psychiatric Association 2013). Bu değişiklikler sayesinde travmatik olay ile olağan stres verici durumların birbirinden ayrılmasında kolaylık sağlanmıştır. Diğer yandan, travmatik olayın, kişide yoğun korku ve çaresizlik duyguları yaratmasına bakılmaması, travmatik olay karşısında bu tür duygular yaşamayan ancak diğer duygusal belirtileri gösteren kişileri de kapsamı açısından önemlidir (Şar 2010).

Yapılan bu araştırmada kullanılan ölçekler güncel DSM-V’e göre geliştirilmemiş olması nedeniyle bu araştırmanın sonuçlarının diğer çalışmalarla karşılaştırılmasında ortaya çıkabilecek sorunları önlemek adına DSM-IV’teki TSSB ve depresyon tanı kriterleri kullanılmıştır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı ölçütleri 7 ana maddeden oluşmaktadır. Çizelge 1:1’de Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nun DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütleri görülmektedir.

Çizelge1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (APA 1994)

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

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

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

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

1. Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır.

2. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme,

3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyumak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve disosiyatif “flashback” epizotlarını kapsar),

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

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

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan).

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

2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları,

3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama,

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

5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaşma duyguları,

6. Duygulanımda kısıtlılık,

Çizelge1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (devam)

<p>7. Gelecek hakkında umutsuzluk,</p> <p>D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması;</p> <ol style="list-style-type: none">1.Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük,2. İrritabilite ya da öfke patlamaları,3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme,4. Hipervijilans,5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme, <p>E. Bu bozukluk (B, C ve D Tanı Ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.</p> <p>F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).</p>

Bu ölçüt sıralamaları arasından travmatik olaylardan sonra en sık karşılaşılan ve gündelik özel ve iş hayatını etkileyen sorunlar;

I. Travmatik olayların kabuslar, sıkıntı verici düşünce ve imgeler ile geridönüş (flashback) atakları şeklinde yeniden yaşantılanması;

II. Travmatik olay anımsatıcılarından kaçınılması ve duygusal donuklaşma;

III. Uykuya dalmada zorluk, sabırsızlık, irkilme gibi artmış uyarılmışlık belirtileri (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

Travmatik yaşantıdan sonra bu belirtilerin görülmesi TSSB tanısı koymak için yeterli olmamaktadır. Belirtilerin bir aydan daha fazla sürmesi, belirgin bir rahatsızlığa yol açması ve işlevsellikte bozulmaya neden olması halinde TSSB tanısı konulabilmektedir (Aker 2012).

1.3.3. TSSB’da Epidemiyoloji

Travmatik olayların ortaya çıkardığı TSSB gelişimi; travma öncesi, esnası ve sonrası ile ilgili birçok etkene, travmatik tecrübelerin şiddetine, kişinin travmatik olay karşısındaki duyarlılığına, sosyal desteklerin seviyesine ve toplumsal kültürel farklılıklara göre değişiklik arz etmektedir. TSSB’nin sıklığı toplumdan topluma büyük değişiklikler gösterdiğinden genel sıklık ve yaygınlık oranını belirlemek oldukça güçtür (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü 2006). Türkiye’de yapılan yeterli çapta ve sayıda çalışma bulunmamakla birlikte Karancı ve arkadaşlarının (Karancı ve diğ. 2012) Ankara, Kocaeli

ve Erzincan'da yaşayan toplam N=1253 kişi ile yapmış oldukları bir çalışmada, hayatı boyunca bir travmatik olay yaşadığını belirten 1055 (%84.2) kişi olmuştur. Kadınlar arasında en az bir travmatik olay yaşama yaygınlığı %83.7 iken bu oran erkekler için %85'tir. Analiz sonuçlarına göre kadın örneklem içerisinde TSSB yaygınlığı %11.9 iken, erkek örneklem içerisinde %6.3'tür. Kadınların erkeklere kıyasla daha fazla TSSB belirtileri gösterdikleri görülmektedir.

Kessler ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde 5877 kişi üzerinde yaptıkları ulusal bir araştırmada, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun yaşam boyu görülme sıklığının %7.8 olarak görülmüştür (Kessler ve diğ. 1995). Başka bir çalışmada, travmatik olayla yaşam boyu karşılaşma oranlarının %17.7 ile %92.2 arasında değiştiği ifade edilmiş ve travmatik bir olayla karşılaşma riskini arttıran çeşitli faktörler ifade edilmiştir. Bunlar arasında erkek olmak, ailede psikolojik bozukluk öyküsünün olması, daha önce travmatik yaşantıya maruz kalmak, majör depresyon öyküsünün olması, azınlık mensubu olmak, düşük sosyoekonomik düzey gibi faktörlerin riski arttırmaktadır (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü 2006). Karancı ve arkadaşlarının çalışmasında TSSB için yatkınlık yaratan etmenler kadın olmak, yoksulluk, eğitimsizlik, duygusal tutarsız kişilik yapısı, olaya karşı öznel yanıt ve travmatik olayın türü şeklinde gruplandırılmıştır (Karancı ve diğ. 2012). Bu bulgular dünya literatüründeki çalışmalar ile uyumludur.

Travmatik olay sonucu oluşan ruhsal sorunlar açısından cinsiyetler arasında farklılıklar mevcuttur. Kadınların erkeklere kıyasla iki kat fazla TSSB geliştirdiği bildirilmiştir (Javidi ve Yadollahie 2012). Farklı çalışmalarda bu oranların kadınlarda %10.4-19, erkeklerde ise %5-10 arasında olduğu tespit edilmiştir (Ertan 2008). Yine yaşam boyu yaygınlık ve hastalığın kronikleşmesi kadınlarda daha fazladır. Doğal afetler sonrası TSSB sıklığının, genel olarak insan eli ile gerçekleşen travmalardan daha düşük olduğu, özellikle tecavüz ve cinsel saldırı gibi insan eli ile gerçekleşen travmatik olaylarda TSSB gelişme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Aker 2012). Travmanın niteliğinin de TSSB gelişme riski üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Kadınlarda tecavüz sonrası TSSB gelişiminin %48.4 bulunduğu bir çalışmada erkeklerde beklenmedik ölüm veya ciddi yaralanma sonrası %10.4 oranında TSSB geliştiği bildirilmiştir. Diğer anksiyete bozuklukları için genel olarak bir başlangıç yaşı tanımlanabilmekle birlikte TSSB için bu söz konusu değildir (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü 2006).

1.3.4. TSSB Risk etkenleri

TSSB'nin oluşumunda travmatik olay yaşantıları belirgin rol oynuyor olsa da aynı travmatik olayı yaşayan kişilerin hepsinde TSSB ortaya çıkmaz. Tek bir nedenle TSSB oluşumuna bakmak böylesine semptom zenginliği bulunan bir hastalığı kısıtlamak olur. Pek çok faktörün etkileşimi TSSB'nin oluşumuna etki etmektedir (Erzen ve Dikkatli 2019). Etki eden bazı faktörler şunlardır:

- Travmatik olayın yaşam tehdidi, beden bütünlüğü tehdidi içermesi
- Travmatik olayın süreğen olması
- Medya aracılığıyla travmatik görüntülerle karşılaşmak
- İnsan eliyle yaratılan travmatik olaylar
- Travmaya karşı verilen öznel yanıtın şiddeti
- Toplumsal bir travma mağduru olmak
- Süreğen stresler

Kişisel özellikler

- Kadın olmak
- Bekar, dul ya da boşanmış olmak
- Çocuk ya da yaşlı olmak
- Azınlık mensubu olmak
- Düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olmak
- Düşük eğitim düzeyi
- Psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması
- Çocukluk travmalarının bulunması
- Dayanıklılık becerilerinde yetersizlik
- Öfke, suçluluk gibi psikolojik etkenler
- Yetersiz başa çıkma çabaları

Çevresel faktörler

- Yardım kaynaklarına ulaşımın yetersizliği
- Sosyal destek ve kaynakların azlığı
- Az gelişmiş / gelişmekte olan bir ülkede yaşamak
- Göçmen veya mülteci olmak (Aker 2012).

1.4. İkincil Travmatik Stres

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun DSM-III'te tanımlanmasının ardından DSM IV'te yeniden yorumlanmış ve travmatik olayı doğrudan yaşamayan ancak haberdar olan kişiler üzerindeki etkilerinin TSSB'ye neden olabileceği kabul edilmiştir (Özen 2017).

İkincil Travmatik Stres (İTS), kişide strese sebep olan bir duruma, trajik bir olaya tanık olması veya böyle bir duruma ilişkin bilgi edinmesi veya mesleği nedeniyle dolaylı olarak travmatik olaylara maruz kalması sonucu açığa çıkan duygu durumu ve stres tepkisi olarak tanımlanmaktadır (Mccan ve Pearlman 1990). İkincil travma incinmiş, yaralanmış kişilere yardım sağlama konusunda adanmış kişinin zaman içinde psikolojik, fiziksel ve ruhsal olarak değişim sürecidir (Pearlman ve McKay 2008).

TSSB, doğrudan travmatik bir stres etkeni tecrübesinden kaynaklanırken, İTS, travma kurbanı olan kişi/kişilerle kişisel temas nedeniyle dolaylı olarak travmaya maruz kalmanın bir sonucudur. İTS, travmayla doğrudan karşılaşan kişilerde çıktığı bilinen TSSB'ye benzer bir klinik tabloya yol açabilmektedir (Figley 1995, Kaptanoğlu 1998). Acil durumlarda çalışanlar da görevleri gereği travmatik stresi birinci derecede yaşamaktadırlar (Kleber ve diğ. 1995). Bu nedenle bu çalışmada TSSB ve İTS kavramlarının birbirinin yerlerine kullanıldığı durumlar olmaktadır.

1.4.1. İkincil Travmatik Stres Risk Faktörleri

İTS travmatik olayın yapısından, çalışan personelin vaka yükünden, yaş ve cinsiyet özelliklerinden, mesleki bilgi ve beceri yeterliliğinden, geçmişe ait travma öyküsünden, sağlıklı empati becerisinin kurulup kurulamamasından, profesyonel süpervizyon desteği ile örgütsel destekten etkilenebilir (Büyükbodur 2018). Diğer ruh sağlığı bozukluklarında ve olduğu gibi İTS'de de yoksulluk, ebeveynlerdeki psikopatolojik durum ya da hastalıklar, genetik bozukluk, cinsel taciz, boşanma, doğal afetler ve terör risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Kararımak 2006).

Travmatik yaşantılar sonucu kişi kendisini sosyal hayattan soyutlayarak umutsuzluk ve karmaşıklık belirtileri gösterirken İTS kendini hissettirmeden kişinin ruh haline sızabilmektedir (Figley 1995). Dolayısıyla İTS kavramı, travma mağduru kişilere doğrudan hizmet veren çalışanların, verilen hizmetin kalitesi ve işlevselliğinin azalmasına neden olabilecek mesleki bir tehlike olarak karşımıza çıkmaktadır. Figley, İTS'nin olumsuz etkileri travmaya doğrudan maruz kalan kişilerin tepkileri ile neredeyse aynı olduğu, aradaki farkın, bir kişinin yaşadığı örseleyici bir olayın tanık olan ikinci kişi için yıkıcı bir olay haline dönüşmesi olduğunu belirtmiştir (Figley 1995). Travmatik olaylara direkt ve dolaylı maruziyet neticesinde ortaya çıkan belirtilerin ne ölçüde benzer olduklarını Çizelge 1.2 ile net bir şekilde görülebilmektedir.

Çizelge 1.2. Birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri (Figley 1995)

Birincil	İkincil
<p>A. Stresör: Hemen hemen herkes tarafından stresli sayılabilecek, olağandışı bir olay deneyimlemek</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kişinin ciddi bir tehdit yaşaması2. Kişinin hayatında ani bir yıkım	<p>A. Stresör: Hemen hemen herkes tarafından stresli sayılabilecek, olağandışı bir olay deneyimlemek</p> <ol style="list-style-type: none">1. TOB'nin* ciddi bir tehdit yaşaması2. TOB'nin hayatında ani bir yıkım
<p>B. Travmatik olayın yeniden yaşanması</p> <ol style="list-style-type: none">1. Olayın tekrar tekrar hatırlanması2. Olayın rüyalarda görülmesi3. Olayın aniden ve yeniden deneyimlendiği hissi4. Olayın hatırlatıcılarıyla karşılaşma üzerine duyulan psikolojik sıkıntı	<p>B. Travmatik olayın yeniden yaşanması</p> <ol style="list-style-type: none">1. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın tekrar tekrar hatırlanması2. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın rüyalarda görülmesi3. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın aniden ve yeniden deneyimlendiği hissi4. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın hatırlatıcılarıyla karşılaşma üzerine duyulan psikolojik sıkıntı
<p>C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk</p> <ol style="list-style-type: none">1. Duygu ve düşüncelerden kaçınma2. Etkinlik ve durumlardan kaçınma3. Psikojenik amnezi4. Etkinliklere karşı isteksizlik5. Diğerlerinden yabancılaşma/uzaklaşma6. Duygulanımda azalma7. Geleceği görememe duygusu	<p>C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk</p> <ol style="list-style-type: none">1. Duygu ve düşüncelerden kaçınma2. Etkinlik ve durumlardan kaçınma3. Psikojenik amnezi4. Etkinliklere karşı isteksizlik5. Diğerlerinden yabancılaşma/uzaklaşma6. Duygulanımda azalma7. Geleceği görememe duygusu
<p>D. Uyarılmışlık</p> <ol style="list-style-type: none">1. Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk yaşama2. Sinirlilik hali ya da öfke patlamaları3. Dikkati toplamada güçlük4. Artmış uyarılma hali5. Bir uyarana karşı aşırı irkilme6. Anımsatıcılara fizyolojik tepki gösterme	<p>D. Uyarılmışlık</p> <ol style="list-style-type: none">1. Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk yaşama2. Sinirlilik hali ya da öfke patlamaları3. Dikkati toplamada güçlük4. TOB'ye karşı artmış uyarılma hali5. Bir uyarana karşı aşırı irkilme6. Anımsatıcılara fizyolojik tepki gösterme

Çizelge 1.2. Birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri(devam)

Bir aydan az süren belirtiler normal, akut ve kriz-ilişkili belirtilerdir. Belirtilerin, olayı takip eden altı ay veya sonrasında başlaması, geç başlangıçlı TSSB ya da İkincil Travmatik Stres Bozukluğudur.

TOB: Travmatize olmuş birey

Bu tablodan anlaşılacağı üzere İTS, TSSB belirtileri çoğunlukla birbiriyle eşleşmekte, aradaki fark ise travmatik olaya maruziyetten kaynaklanmaktadır. Travmaya dolaylı maruz kalmış kişi birinci dereceden maruz kalan birey gibi istemsiz olarak travmatize olmuş kişiyi, yaşadığı olayı hatırlayabilir. İTS semptomları travmaya mağduru kişiler ile benzerlik gösterir; travmaya doğrudan maruz kalmış birey hakkında rüyalar, uykusuzluk, ilgi kaybı, huzursuzluk, yabancılaşma, duygu ve düşüncelerden kaçınma gibi belirtiler görülebilir (Franciskovic ve diğ. 2007). Ayrıca İTS'nin, profesyonel yardım sağlayıcıların özel hayatlarını (aile, sosyal ilişkiler, vb.) olduğu kadar, iş/okul hayatlarını da olumsuz etkilediği, mesleki işlevselliklerine zarar vererek verimliliği düşürmeye neden olduğunu ortaya konulmuştur (Figley 1995). Bu durum ise iş kayıpları, eğitim hayatlarında başarısızlık, öfke nöbetleri, otorite figürleri ile zorluk yaşama sonuçlarına yol açmaktadır. Uzun vadede ise TSSB/İTS ile eşlik eden madde kullanımı, anksiyete bozuklukları, depresyon, uyum bozuklukları gibi çeşitli mental bozukluklara neden olmaktadır (Bufka ve diğ. 2017). Depresyon ise TSSB/İTS'ye en çok eşlik eden ruh sağlığı bozukluğu olarak bildirilmektedir (Madianos ve diğ. 2011).

Örseleyici yaşantıları olan bireylere müdahalede bulunan meslek elemanların (örn.; ambulans çalışanları, acil servis çalışanları, psikologlar, psikolojik danışmanlar, sosyal hizmet uzmanları, itfaiyeciler ve arama kurtarma gönüllüleri vb.) travmatik olaylara dolaylı olarak karşı karşıya kaldıklarında kişilerin gösterebilecekleri tepkileri ise Yassen Çizelge 1:3 ile açıklamıştır:

Çizelge 1.3. İkincil Travmatik Stresin Kişisel Olarak Etkileri (Yassen, 1995)

Kognitif	Duygusal	Davranışsal
<ul style="list-style-type: none">• Dikkat dağınıklığı• Konfüzyon• Azalmış özgüven• Anlamsızlık	<ul style="list-style-type: none">• Güçsüzlük• Anksiyete• Suçluluk hissi• Öfke	<ul style="list-style-type: none">• Sabırsızlık• Huzursuzluk• İçer kapanıklık• Karamsarlık

Çizelge 1.3. İkincil Travmatik Stresin Kişisel Olarak Etkileri (devam)

<ul style="list-style-type: none">• Travmayı düşünme• Yeniden yaşantılama• Apati• Kendine ya da çevresindekilere zarar verme düşünceleri• Kendinden şüphe• Mükemmeliyetçilik	<ul style="list-style-type: none">• Korku• Hissizlik• Sağ kalma suçluluğu• Çaresizlik• Üzüntü• Depresyon• Hassasiyet• Tükenmişlik	<ul style="list-style-type: none">• Uyku bozukluğu• İştah bozukluğu• Kabuslar• Aşırı uyarılmışlık• Madde kullanımı• Kendine zarar verme davranışları
Ruhsal	Kişilerarası	Fiziksel
<ul style="list-style-type: none">• Hayatın anlamını sorgulama• Amaçsızlık• İncancını sorgulama• Memnuniyetsizlik• Tanrı'ya kızgınlık	<ul style="list-style-type: none">• İçer kapanıklık• Güvensizlik• Çevreden izolasyon• Yalnızlık• Cinsel isteksizlik• Kızgınlık ve suçlama yansıtmaları• Tolerans azlığı	<ul style="list-style-type: none">• Şok• Terleme• Hızlı kalp atışı• Solunum zorluğu• Somatik tepkiler• Ağrılar• Baş dönmesi• Bağışıklık sistemi bozuklukları

İTS ile ilgili Türkiye’de yapılan çalışmalar sınırlılık göstermektedir. Ankara’da acil bakım ve yoğun bakım çalışanları ile yapılan bir araştırmada, TSSB oranı acil çalışanlarında %23,6 yoğun bakım çalışanlarında ise % 15.8 oranında görülmüş ve bu durum acil ve yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanlarında TSSB'nin tahmin edilenden daha önemli bir sağlık sorunu olduğu tespitinde bulunmuşlardır (Baysak ve diğ. 2019). Haksal acil servis çalışanlarında İTS’yi araştıran çalışmada, psikopatoloji belirtileri gösterme açısından, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla risk altında olduğu

belirtilmiştir (Haksal 2007). Ambulans ve acil servis çalışanlarında TSSB ölçek puanları poliklinik çalışanlarından düşük bulunması çalışmanın bulguları arasındadır. Bir diğer çalışmada travmatik olarak algılanan bir yaşam tecrübesi olan katılımcılar, olayın türü (mesleki travma veya kişisel hayatta maruz kalınan olay) açısından incelendiğinde, meslek sebebi ile maruz kalınan bir travmatik yaşantısı olan katılımcılarla, kişisel yaşamlarında örseleyici bir yaşantıyla karşı karşıya kalmış olan katılımcıların ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Kahil 2016). Acil serviste çalışan hemşirelerin TSSB sıklığının incelendiği bir çalışmada 108 hemşire arasında %38 oranında tespit edilmiştir (Yasalve Parlak Günüşen 2019). Farklı bir diğer çalışmada İTS'nin kişisel travma öyküsü olan kişilerde anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca katılımcıların İTS düzeyleri meslek grupları açısından karşılaştırıldığında psikologların avukatlara, sosyal hizmet görevlilerine ve ambulans görevlilerine göre daha az risk altında olabileceği belirlenmiştir (Gürdil 2014).

İTS kavramı, travma mağduru kişilere doğrudan hizmet veren çalışanların, verilen hizmetin kalitesi ve işlevselliğinin azalmasına neden olabilecek mesleki bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle özellikle travmatik olaylara dolaylı olarak maruz kalan sağlık çalışanlarının İTS gelişimine karşı farkındalıklarının olması ve korunma yöntemlerine vakıf olmaları önemli ve gereklidir (Jones ve diğ. 2016).

1.5. Depresyon

Depresyon insanın yaşama karşı istek ve zevkinin azaldığı, kişinin kendini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe yönelik ise yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerini taşıdığı, bazen ölüm düşüncesi ve eşlik eden intihar girişimleri, uyku, iştah, cinsel istek gibi ilgili fizyolojik bozuklukları da beraberinde getiren bir hastalıktır (Alper 1997). En ağır psikotik hastalık halinden nörotik, normal sınırlar içinde ılımlı bir mizaç bozulmasına kadar giden geniş bir klinik çerçeveye sahip olan depresyon çağımızın hastalığı olarak da yorumlanabilmektedir (Alper 1997).

Depresyon, kişisel ve toplumsal uyumu bozmakta ve dolayısıyla işgücü kaybına neden olmaktadır. Anksiyete bozuklukları grubu içinde işgücü kaybına en çok neden olan ruh sağlığı sorunudur. İstatistiklere göre, yaşam boyu görülme sıklığı her insanda iki kez olarak belirtilmektedir ve kadın hastalar erkek hastalardan iki kat daha fazladır (Littauer 1997). DSM-4'te depresyonda ortaya çıkan belirtiler dikkati toplamada güçlük, üzüntü, bedensel şikayetler, ağlama isteği ya da ağlama, kararsızlık, cinsel isteksizlik, uyku ve yemek yeme alışkanlığının bozulması, suçluluk ve pişmanlık duyguları, başkalarını

suçlama, alınganlık ve hassasiyette artma olarak sıralanmaktadır (American Psychiatric Association 2001).

1.5.1. Majör Depresif Bozukluk Ölçütleri:

A. İki haftalık dönem içinde, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlasının bulunmuş olması; en az birinin depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

1. Kişinin kendisinin bildirimini ya da başkalarının gözlemlemesiyle belirli, hemen hergün, gün boyu süren depresif ruh hali,

2. Hemen hergün gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı belirgin bir ilgi azalması ya da eskisi gibi zevk alamama,

3. Önemli derecede kilo değişikliği (azalma ya da artma), ya da iştahın azalmış veya artmış olması,

4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma,

5. Hemen her gün başkalarınca da gözlenebilir bir psikomotor ajitasyon ya da gerilemenin olması,

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik varlığı,

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları,

8. Hemen her gün düşüncelerini bir konuya yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık,

9. Yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişimi,

B. Karma atak dışlanmalıdır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsel alanlarda bozulmaya neden olmalıdır.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı değildir.

E. Yasa bağlı olması dışlanmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000).

Genel olarak majör depresyon yaygınlığı % 3-5.8 kadardır. Hayat boyu risk kadınlar için % 10-25 iken erkekler için % 5-12 aralığındadır (Ertan 2008). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda (Sağlık Bakanlığı 1998) 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda % 5.4, erkeklerde % 2.3, tüm nüfusta % 4 olarak verilmektedir. Kadınlarda iki kat daha fazla görülen depresyonun yineleyiciliği kadınlarda daha sık görülmektedir. Akut atak geçirenlerin %15 kadarında depresyon süregenleşme eğilimi gösterir.

1.5.2. Depresyon Risk Faktörleri

Depresyonun risk faktörleri arasında birçok etken bulunmaktadır. Kişilik özellikleri, çevre faktörleri, yaşam olayları, ekonomik durum, iklim ve önemli kayıplar öncelikle yer almaktadır. Bir depresyon atağının ortaya çıkması için her zaman çok etkileyici (şok edici) ani bir olayın olması gerekmez. Süreğen ve çevresel kökenli stres, travmatize edici yaşam olayları da insanın biyolojik sisteminde değişikliklere yol açarak depresyonu tetikleyebilmektedir (Alper 1997). Ancak başka faktörlerin varlığı önemli etkindir. Travmayla tekrar tekrar karşılaşma ve uzun zaman TSSB semptomlarını yaşama depresyon belirtilerini artırabilir (Öztürk 1997).

Depresyon için risk etkenleri:

Madde ve alkol kötü kullanımı

Anksiyete bozuklukları

Kadın olmak

Erken ebeveyn kaybı

Düşük sosyoekonomik düzey

Ayrı yaşama, boşanmış olma

İşsizlik

Daha önce depresyon geçirmiş olma

Yakın zamanda önemli yaşam olayları, stres etkenleri

Kişilik yapısı

Çocukluk döneminde cinsel veya fiziksel kötü davranılma öyküsü

Bazı ilaçlar

Tıbbi hastalıklar

Hormonal değişiklikler (Psikofarmakoloji Bilimsel Çalışma Birimi 2019)

1.6. TSSB ve Depresyon

Travma sonrası ruhsal bozukluklara yönelik yapılan çalışmalar, TSSB'nin ortaya çıkan tek ve bağımsız bir tanı olmadığını, sıklıkla başka tanılarla birlikte görüldüğünü göstermektedir. TSSB'ye eşlik eden en yaygın tanı majör depresyonun sık görülen belirtileri isteksizlik, halsizlik, moral bozukluğu, uyku ve iştah bozukluğu ve hayattan zevk alamamadır. TSSB dışında ikinci bir ruhsal hastalık varsa, depresyon gibi, hem kişinin yaşadığı sıkıntı ve işgücü kaybı artar, hem de daha yoğun ve daha uzun süreli tedavi gerektirir. (Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi 2019)

The National Comorbidity Survey sonuçlarına göre; kronik TSSB tanısı olan erkeklerin %88'i ve kadınların %79'unda eşlik eden bir diğer psikiyatrik bozukluk

görülmektedir (Kessler ve diğ. 1995). Majör Depresyon ise TSSB'ye en çok eşlik eden psikiyatrik bozukluk olarak bulunmuştur (O'Donnell ve diğ. 2004, Denhof ve Spinaris 2013). Baysak'ın acil bakım ve yoğun bakım çalışanlarına yönelik çalışmasında TSSB tanısı olan bireylerde depresyonun sıklıkla eşlik ettiği bulgusuna ulaşılmıştır (Baysak 2010). TSSB'nin eşlikçisi olan diğer psikolojik bozukluklarla ortaya çıkması iki şekilde açıklanmaktadır. Birincisinin, travmatik olayla karşılaşmadan önce başka bir bozukluğun varlığının üzerine TSSB gelişmesi; ikincisi ise travmatik olaydan sonra TSSB'nin yanında süreç içerisinde başka bir bozukluğun daha gelişmesi olduğu düşünülmektedir. Her iki durumda da, kişiler için durumun daha da zorlaşabileceği gözlenmektedir (O'Donnell ve diğ. 2004). TSSB ve depresyonun ortak risk faktörleri (depresyon hikayesi, çocukluk çağı istismarları, kadın olmak) her bir bozukluğun diğerine karşı duyarlılığını arttırdığı söylenebilir (O'Donnell ve diğ. 2004).

Travmatik yaşam olayları, kişinin kendisine ve dünyaya bakış açısında değişmelere yol açabildiği için gelecekte beklenenleri de negatif yönde etkileyebilmektedir. Kişinin kendisine ve dünyaya ilişkin inancı ile sıkı sıkıya bağlı olan umut duygusu, travmatik deneyimin zorlayıcılığı ile zarar görebilir; bu durum travma sonrası stres belirtileri ile birlikte sıklıkla depresyon belirtilerinin de görülmesinde etkili olabilmektedir (Karaoğlu 2016). Ayrıca TSSB ve travmatik stresli ilişkili bozukluklarda ayırt edici tanının yapılması önemlidir. TSSB tanı ölçütleri depresyon belirtileri ile örtüşmektedir. Uyku sorunları, duyguları yeterince yaşayamama, geleceğe ilişkin beklentisizlik, dikkat sorunları ve daha önce zevk veren etkinliklere karşı ilgisizlik bu örtüşmeye örnek olarak verilebilir (Aker ve diğ. 2012).

Yıkıcı ve sarsıcı olaylar TSSB ve depresyonun erken ve eşzamanlı gelişimi ile ilişkilendirilebilir. Bu iki hastalığın iyileşme oranları birbirine benzerdir. TSSB ile Majör depresyonun semptomlarının yoğunluğu da birbirine benzerdir ancak uykusuzluk, zorlayıcı düşünceler ve irkilme tepkileri ile birbirinden ayrılırlar (Shale ve diğ. 1998).

Almanya'da yaş ortalaması 21.8 olan 1966 kadın ile yapılan bir araştırma, çocuk yaşta ve ergen yaşta yaşanmış travmatik olayların etkilerini incelemiş ve göreceli olarak TSSB ile depresyon arasında düşük bir komorbiteden söz etmektedir. %29 TSSB tanısı olan kadında depresyon ve %32 majör depresyon tanısı olan kadında TSSB olduğu belirtilmiştir (Maercker ve diğ. 2004).

2. AMAÇ

Ambulans çalışanları(acil yardım görevlileri), mesleki travmalar dolayısıyla ruhsal travma hasarlarına karşı yüksek risk taşıyan bir meslek grubudur. Normal bir popülasyonda sarsıcı/yıkıcı/travmatik bir olay ile karşılaşma olasılığı ile ambulans çalışanlarının iş günlerinde sarsıcı/travmatik bir olayla karşılaşma oranları arasında büyük farklar olduğu aşikardır. Ambulans çalışanları işleri gereği, en ürkütücü görüntü, koku ve sesler ile karşı karşıya kalabilmekteler. İşleri nedeniyle her ne kadar bu görüntü, ses ve kokulara hazırlıklı olsalar da acı verici tecrübelerle tanık olmak ve bu tecrübelerin günlük tekrarının çokça olması göz önüne alındığında etkilenmeleri ciddi boyutta olmalıdır.

Mağdurların beden bütünlüğünü koruma, hayatta ile ölüm arasındaki çizgideki yolculuklarına tanık ve sorumlu olma, yoğun bir stres yaşantısı oluştururken yardım sağlayıcıların hayatlarını etkileyen bir ruh sağlığı sorunu haline gelebilmektedir. Travma sonrası ruhsal bozukluk ve eşlik eden depresyon sıklıkla birlikte görüldüğünü göstermektedir (Tural ve diğ. 2001, Baysak 2010, Madianos ve diğ. 2011, Karaoğlu 2016, Çakıroğlu 2018). Bu çalışma ile 112 ambulans çalışanlarındaki TSSB ve dolayısıyla ikincil travmatik stres ve depresyonun yaygınlığı ve bununla ilgili etmenleri incelemek ve bu alandaki bilgi birikimine katkı sunmak amaçlanmıştır. İlgili meslek elemanlarını koruyucu yaklaşım ve eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasının öneminin vurgulanması amaçlar arasında yer almaktadır.

3. YÖNTEM

Araştırma için Kocaeli Üniversitesi Etik Kurulu onayının alınmasının ardından Sağlık Bakanlığına bağlı Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'ne gerekli bilgiler iletilerek çalışma için izin alınmıştır. Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetlerine bağlı 112 ambulans istasyonlarında hizmet sağlayan doktor, acil tıp teknisyeni, paramedik ve ambulans şoförleri çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği, Travmatik Stres Belirti Ölçeği, Yeti Yitimi Formu ve araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel ve Mesleki Formu uygulanmıştır.

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gözlemsel araştırmalar kategorisinde olup, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Yeri, Çalışma Evreni ve Uygulama

Mersin İl Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği aracılığıyla Mersin merkez ilçelerindeki 13 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda (ASHİ) 104 çalışanı araştırmanın çalışma evrenini oluşturmaktadır. Verilerin toplanması 2015 yılının Mart ve Nisan aylarında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından ASHİ'ye gidilerek orada bulunan görevlilere araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak araştırma gereçleri sunulmuştur. Gönüllülük esaslı katılımımda, katılımcıların kimlik bilgileri istenmemiştir. İl merkezinden uzak istasyonlara ulaşım güçlüğü ve vardiyalı çalışma sistemi nedeniyle tüm çalışanlara ulaşılamamıştır. Diğer vardiyadaki görevliler için veri toplama araçları bırakılmış ancak geri dönüş sağlanmamıştır. Ayrıca 0-2 yıl arası çalışma tecrübesine sahip acil yardım çalışanları mesleğe adaptasyon süreci içinde oldukları düşünülerek çalışmaya alınmamışlardır. Netice olarak araştırma için 85 kişi ile görüşülmüş 62 ambulans çalışanı araştırmaya gönüllü olarak katılmış, ölçek formlarının büyük bir kısmını boş bırakan 3 kişi çalışmaya dahil edilmeyerek 59 katılımcının verileri değerlendirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen yaş, cinsiyet, medeni durum, kiminle yaşadığı, eğitim durumu gibi bilgilerin alındığı sorulardan oluşmaktadır.

3.3.2. Mesleki Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen formda, “Travmatik Olay” tanımı yapılarak değerlendirilmenin bu tanım çerçevesinde yapılması istenmiştir. Görev tanımı, çalışma süresi, göreve gitme sıklığı, travmatik olaylarla karşılaşma sıklığı, en son karşılaştıkları travmatik olayı ve tarihi bilgilerinin alındığı sorulardan oluşmaktadır.

3.3.3. Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)

23 maddeden oluşan bir öz bildirim değerlendirmesidir. İlk 17 maddesi DSM-IV’te belirtilen TSSB belirtilerini, son altı maddesi ise depresyon belirtilerini sorgulayan dörtlü (0-3) Likert tipi bir ölçektir. Son bir aydaki belirtileri değerlendirir. İlk 17 maddeden 25 puan ve üzerinde alınması olası TSSB’ye, 23 maddeden 38 ve üzerinde alınması olası TSBB’ye eşlik eden depresyona işaret eder. Toplam puan sürekli bir değişken olarak kullanılabilirdiği gibi kesme noktası kullanılarak muhtemel TSSB tanısı elde etmek için de kullanılabilir. TSSB belirtilerini tespit için ilk 17 maddenin sonuçları değerlendirmeye alınmıştır. Bu ölçme aracının depremzedelerle yapılan bir çalışmada TSSB vakalarının %80’ini yakalayabildiği gösterilmiştir (Başoğlu ve diğ 2001).

3.3.4. Yeti Yitimi Formu

YYF, semptomların genel şiddetini ölçen üç maddeden oluşur. “Yukardaki sorunlar sizin için ne derecede rahatsızlık/sıkıntı/sorun yaratıyor?” (0= Hiç, 1= Hafif derecede, 2= Oldukça, 3= Şiddetli). İkinci item “Yukardaki sorunlar kendinize bakımınızı, işinizi, aile yaşamınızı ve insanlarla ilişkilerinizi ne derecede aksatıyor?” (0= Hiç aksatmıyor 1= Biraz aksatıyor, 2= Oldukça aksatıyor, 3= Şiddetli aksatıyor). Son item “Ruhsal durumunuzla ilgili olarak bir doktorun/psikologun yardımını istiyor musunuz?” (0= Hayır, 1= Evet, 2= Emin değilim) (Başoğlu ve diğ 2001).

3.3.5. Beck Depresyon Ölçeği

21 Maddeden oluşan bir öz bildirim değerlendirmesidir. BDÖ Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Son bir haftadaki bulguları değerlendirir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır. Böylece ölçekten alınan puan ile depresyonun şiddeti belirlenmektedir. Testin çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Şahin, 1988).

3.4. Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası

Araştırmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25/20 karar numarası ve KOU KAEK 2014/360 proje numarası ile 30.12.2014 tarihinde onay verilmiştir.

3.5. Veri Çözölmesi

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Sürekli veriler ortalama \pm standart sapma, kategorik veriler sayı(n) ve yüzdeler dilim (%) olarak sunulmuştur. Sayısal verilerin dağılımının normal olup olmadığına Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Gruplar arasında sayısal verilerin karşılaştırılmasında; dağılım göz önünde bulundurularak Mann Whitney-U ya da student t testi kullanılmıştır. İki den fazla grubun karşılaştırılmasında One-Way Anova testi kullanılmıştır. Gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Sayısal veriler arasındaki ilişkiler dağılımlar göz önünde bulundurularak pearson ya da spearman korelasyon analizleriyle yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Korelasyon katsayısının 0,00 olması ilişki yok; 0,70 – 1,00= yüksek; 0,70 - 0,30= orta; 0,30 - 0,00= düşük bir ilişki olduğunu ifade etmektedir.

4. BULGULAR

Katılımcıların genel özellikleri ve değerlendirmeleri Çizelge 4.1’de gösterilmiştir. 59 katılımcının 27’si kadın 32’si erkektir ve yaş ortalamaları 32’dir. Katılımcıların çoğunluğu (%61) evli ve yine büyük çoğunluğu aileleri ile birlikte yaşamakta olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yarısı lise eğitimi diğer yarısı ise ön lisans/lisans eğitimine sahiptirler. Katılımcıların %57.6’sı Acil Tıp Teknisyeni, %15.3’ü paramedik, %8.5’i doktor ve % 18.6’sı şoför olarak görev yapmaktadırlar. Çalışanların çoğunluğu 6 yıl ve üstü çalışanlarından oluşmaktadır. Katılımcıların %61’i travmatik olaylarla karşılaşma sıklığını haftada bir olarak belirtirken diğerleri daha az karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Travmatik olayla en son ortalama 15 gün önce karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların genel özellikleri (n=59)

Özellikler	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS (aralık)
Cinsiyet			
Kadın	27	54,2	
Erkek	32	45,8	
Yaş			32,17± 9,346 (20-63)
Medeni Durumu			
Evli Olmayan	23	39,0	
Evli	36	61,0	
Kiminle Yaşıyor			
Aile	56	94,9	
Yalnız	3	5,1	
Eğitim			
Lise	30	50,8	
Üniversite	29	49,2	
Görev			
Acil Tıp Teknisyeni	34	57,6	
Paramedik	9	15,3	
Doktor	5	8,5	
Şoför	11	18,6	
Çalışma Yılı			
2-5 Yıl	25	42,4	

Çizelge 4.1. Katılımcıların genel özellikleri (devam)

5 Yıl +	34	57,6
TO Karşılaşma Sıklığı		
Haftada bir	36	61,0
Ayda bir	23	39,0
Kaç gün önce TO ile karşılaştınız		14,37 ± 18,733 (0-90)

SS: Standart Sapma

TO: Travmatik Olay

Katılımcıların en son karşılaştıkları travmatik olaylar Çizelge 4.2’de gösterilmiştir. Ambulans çalışanlarının yarıya yakınının en son karşılaştıkları travmatik olay trafik kazası olarak belirtilmiştir.

Çizelge 4.2. En Son Karşılaşılan Travmatik Olay

	Sayı	Yüzde
Trafik Kazası	25	43,9
İntihar Teşebbüsü	1	1,8
Hasta yakını tarafından darp	6	10,5
Silahla Yaralanma	4	7,0
Hastalık	8	14,0
İş Kazası	5	8,8
Ev Kazası	1	1,8
Diğer	9	15,7

Uygulanan Travmatik Stres Belirti Ölçeği(TSBÖ)’ne göre, katılımcıların %16.9’unu teşkil eden 10 kişi TSSB tanısı almıştır. TSSB toplam puan ortalaması 13.46 iken alt ölçek puanları arasında ortalaması en yüksek puanı, “Kaçınma” belirti grubu olmuştur. Çizelge 4.3’te ilgili veriler gösterilmektedir.

Çizelge 4.3. TSBÖ Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları ve Tanı Alma Oranı

Özellikler	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS (aralık)
Yeniden Yaşantılama			2,24±1,794 (0-8)

Çizelge 4.3. TSBÖ Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları ve Tanı Alma Oranı(devam)

Özellikler	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS (aralık)
Artmış Uyarılmışlık			2,98±3,143 (0-11)
Kaçınma			8,25±7,038 (0-28)
TSSB Toplam			13,46±11,336 (0-42)
TSSB Tanı Var	10	16,9	
TSSB Tanı Yok	49	83,1	

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

SS: Standart Sapma

Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 11,49 olarak çıkmıştır. Katılımcıların yarısı depresyon tanısı almazken diğer yarısının değişen oranlarda depresyon belirtileri olduğunu söylemek mümkündür. Katılımcıların %20'sinde hafif depresyon; kalan % 30'unda orta ve şiddetli derecede depresyon belirtileri olduğu görülmektedir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Katılımcıların BDÖ Puan Ortalamaları

Özellikler	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS (aralık)
Depresyon			
Yok	31	52,5	11,49± 8,569 (0-36)
Hafif	12	20,3	
Orta	14	23,7	
Şiddetli	2	3,4	

SS: Standart Sapma

Katılımcıların Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği'nin yeniden yaşantılama, artmış uyarılmışlık ve kaçınma alt ölçekleri ve toplam puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu($p<0,001$) görülmüştür (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Katılımcılarda TSBÖ Alt Ölçekler ve Toplam Puanı ile BDÖ Puanının İlişkisi

BDÖ Puanı		
	r	p değeri
TSSB Yeniden Yaşantılama	0,654**	<0,001

Çizelge 4.5. Katılımcılarda TSBÖ Alt Ölçekler ve Toplam Puanı ile BDÖ Puanının İlişkisi(devam)

	BDÖ Puanı	
	r	p değeri
TSSB Artmış Uyarılmışlık	0,722 ^{**}	<0,001
TSSB Kaçınma	0,693 ^{**}	<0,001
TSSB Toplam	0,729 ^{**}	<0,001

r : Pearson Korelasyon Katsayısı

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

TSSB. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Katılımcıların travmatik stres belirti düzeyi ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitimi, görevi, çalışma süresi ve travmatik olaylarla karşılaşma sıklığı parametreleri arasındaki ilişki Çizelge 4.6’da gösterilmiştir. Buna göre TSSB toplam ve alt ölçek puanları ile “yaş, medeni durum, görev, çalışma süresi ve travmatik olaylarla karşılaşma sıklığı” parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

“TSSB toplam ve alt ölçek puanları” ile “cinsiyet” parametresi karşılaştırıldığında artmış uyarılmışlık hariç tüm puan türleri arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Yeniden yaşantılama, kaçınma ve toplam TSSB puanları istatistiki bir anlamlılığa ulaşarak kadınlarda yüksek çıkmıştır.

“TSSB toplam ve alt ölçek puanları” ile “eğitim durumu” parametreleri karşılaştırıldığında yalnızca yeniden yaşantılama alt ölçek puanında, lise ve üniversite eğitimine sahip olanlar arasında istatistiki bir anlamlılık bulunmuştur. Buna göre üniversite mezunlarının yeniden yaşantılama ortalamaları lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ayrıca katılımcılara yeti yitimi formu ile travmatik olayların kişi üzerindeki bıraktığı etkiler hakkında ne derecede rahatsızlık hissettikleri sorulmuş; 58 geçerli veri arasında Hiç (n=21), Biraz (n=23), Oldukça (n= 10), Çok (n=4) şeklinde ifade ettikleri görülmüştür. İkinci olarak travmatik stres belirtileri, kendinize bakımınızı, işinizi, aile yaşamınızı ve insanlarla ilişkilerinizi ne derecede aksatıyor, sorusuna 58 geçerli veri arasında Hiç (n=22), Biraz (n=26), Oldukça (n= 7), Çok (n=3) şeklinde ifade ettikleri görülmüştür. Ayrıca ruhsal durumunuzla ilgili olarak bir uzman yardımı isteyip istemedikleri sorusuna ise Hayır (n=34), Evet (n=13), Emin Değilim (n=11) şeklinde cevap verilmiştir.

Çizelge 4.6. Katılımcıların TSBÖ Alt Ölçek ve Toplam Puanları ile Genel Verilerin Karşılaştırılması

	TSSB Yeniden Yaşantılama		TSSB Artmış Uyarılmışlık		TSSB Kaçınma		TSSB Toplam		
Yaş	r = -,133 p = 0,315		r = -,218 p = 0,098		r = -,128 p = 0,336		r = -,160 p = 0,227		
Cinsiyet	Ortalama± SS	p	Ortalama± SS	p	Ortalama± SS	p	Ortalama± SS	p	
	Erkek Kadın	0,022	2,31±2,402 3,78±3,735	0,074	6,41±5,022 10,44±8,441	0,027	10,47±7,947 17,00±13,686	0,026	
Medeni durum	Evli	0,946	3,87±3,375	0,083	8,74±7,040	0,676	14,83±11,508	0,463	
	Olmayan Evli		2,25±1,948		2,42±2,892		7,94±7,119		12,58±11,299
Eğitim	Lise	0,018	2,50±2,649	0,233	7,40±6,021	0,347	11,60±9,324	0,203	
	Üniversite		2,79±2,094		3,48±3,562		9,14±7,967		15,38±12,985
Görevi	ATT	0,062	3,62±3,294	0,401	9,71±7,748	0,099	15,79±12,523	0,131	
	Paramedik		2,22±1,202		2,44±3,358		6,89±7,253		11,56±11,447
	Doktor		1,60±1,817		2,60±2,702		5,00±2,449		9,20±5,805
	Şoför		1,73±1,104		1,64±2,420		6,36±5,163		9,73±7,951
Çalışma Süresi	2-5 Yıl	0,877	3,20±3,175	0,653	8,20±6,837	0,960	13,64±11,434	0,917	
	5 yıl +		2,21±1,737		2,82±3,157		8,29±7,284		13,32±11,433
TO Karşılaşma Sıklığı haftada 1 ayda 1	2,53± 1,874 1,78±1,594	0,121	3,08±3,193 2,83±3,128	0,762	8,81±7,285 7,39±6,700	0,456	14,39±11,682 12,00±10,863	0,435	

r : Pearson Korelasyon Katsayısı

SS: Standart Sapma

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

TSSB. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Katılımcıların depresyon toplam puan ile nüfus ve demografik verilerin karşılaştırılması Çizelge 4.7’de gösterilmiştir. Buna göre “Depresyon toplam puan” ile “yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma süresi ve travmatik olaylarla karşılaşma sıklığı” parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Cinsiyet parametresi ile depresyon toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir. Buna göre kadınlarda yaklaşık iki kat fazla depresyon puan ortalaması görülmektedir.

Meslek ile depresyon puanları karşılaştırıldığında, Post-hoc testlerde, acil tıp teknisyenlerinin depresyon puanlarının şoförlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, diğer gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Depresyon Toplam Puan ile Nüfus ve Demografik Verilerin Karşılaştırılması

	BDÖ Toplam Puan	
Yaş	r= -,218	P> 0, 098
Cinsiyet	Ortalama± SS	P
Erkek	8,78±6,913	0,007
Kadın	14,70±9,331	
Medeni durum		
Bekar	12,48±7,012	0,484
Evli	10,86±9,472	
Eğitim		
Lise	10,00±7,153	0,176
Üniversite	13,03±9,708	
Görevi		
ATT	13,91±9,186	0,204
Paramedik	9,22±5,239	
Doktor	11,00±7,348	
Şoför	6.09±6,862	
Çalışma Süresi		
2-5 Yıl	12,16±8,370	0,612
5 yıl +	11,00±8,804	
TO Karşılaşma Sıklığı		
Haftada 1	12,06± 9,411	0,532
Ayda 1	10,61±7,165	

r : Pearson Korelasyon Katsayısı

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan ambulans çalışanların travma sonrası stres ile depresyon belirtileri araştırılmış; TSSB ve depresyon belirtilerinin araştırmadaki çeşitli değişkenlerle ilişkisine bakılmıştır.

Bu çalışma sonucuna göre katılımcıların %16.9'u TSSB tanısı aldığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların TSSB toplam puan ortalaması 13.46 iken alt ölçek puanları arasında ortalaması en yüksek puanı, %8.25 ile "Kaçınma" belirti grubu almıştır.

Karancı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Ankara, Kocaeli ve Erzincan'da genel popülasyona uygulanan bir çalışmaya göre tüm popülasyonda (N=1253) TSSB sıklığı %10.1 olarak belirtilmiştir (Karancı ve diğ. 2012). Depremden altı yıl sonra Sapanca'da 62 kişi ile yapılmış olan bir araştırmada katılımcıların %24'ünde TSSB saptanmıştır (Önsüz ve diğ. 2009). Kesler ve arkadaşlarının 5877 kişi ile yaptığı ulusal bir çalışmada TSSB hayat boyu prevalansı %7.8 olarak belirtilmiştir. Yine bu çalışmaya göre üç kişiden birinin TSSB'nin bir bölümünün göstergelerini taşıdığı da veriler arasında yer almaktadır (Kessler ve diğ. 1995). Baysak ve arkadaşları, acil ve yoğun bakım servislerinde çalışan 262 kişi ile hastanelerde hiç acil ve yoğun bakım ünitelerinde çalışmamış 133 sağlık çalışanından oluşan kontrol grubunu karşılaştırdıkları bir çalışmada en yüksek TSSB oranı %23,6 ile acil servis çalışanlarında ve %15,8 yoğun bakım servisi çalışanlarında çıkarken bu oran kontrol grubunda %6 oranında bulgulanmıştır (Baysak ve diğ. 2019). Erkaya'nın çalışmasında da benzer şekilde itfaiye ve acil yardım çalışanlarında TSSB oranı % 21,81 iken öğretmen olan kontrol grubunda % 5 olarak saptanmıştır (Erkaya 2003). Amerika ve Batı Avrupa araştırmalarını karşılaştırmalı almış bir çalışmada yardım çalışanlarında TSSB genel popülasyondan daha yüksek puanlarda olduğu görülmüştür (Connorton ve diğ. 2012). Tüm bu bulgular bizim çalışmamızdaki bulgular ile örtüşmektedir. TSSB tanısı taşıyan ambulans çalışanları (%16), mesleki travmalarla sık olarak karşılaşmaları nedeniyle genel yetişkin nüfus oranına göre daha fazla oranda TSSB belirtileri göstermektedirler. Mesleki açıdan travmatik olaylara ikincil olarak maruz kalmanın, bazı riskleri beraberinde getirdiği -TSSB gelişimi- bu çalışma ile söylenebilir. Literatür çalışmaları bizim çalışmamızda olduğu gibi bu öngörüğü destekleyen bulgulara sahiptir.

Travmatik Stres Belirti Ölçeğinin alt ölçek ortalamalarına bakıldığında, kaçınma belirtilerinin, artmış uyarılmışlık ve yeniden yaşantılama belirtilerine göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Acil yardım görevlileri ile yapılan bir çalışmada travmatik olaylara yoğun olarak maruz kalanların daha fazla bilişsel kaçınma belirtisi

gösterdiği bulgulanmıştır. Yardım çalışanlarının, olay sırasında ne kadar tehlikede olduğunu düşünürse sonrasında kaçınma davranışlarını da o kadar çok sergilediği görülmüştür (Yılmaz 2006). Bu çalışmada da yoğun mesleki travmaya maruziyetin 112 ambulans çalışanlarında kaçınmaya neden olduğu söylenebilir. Kaçınma belirtilerinin sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırılmasına bakıldığında kadınlarda kaçınma belirti puanlarının yüksek çıktığı görülmektedir.

TSSB ve sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişki birçok araştırmada incelenmiştir. Kadınlarda TSSB gelişme riskinin daha yüksek olduğu, kadınlarda hayat boyu TSSB gelişme oranı erkeklere oranla iki kat fazla olduğu literatürde görülmektedir (Kessler ve diğ. 1995, Tural 2001, Aker 2006, Yeşil 2010, Karancı ve diğ. 2012). Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak, kadın 112 ambulans çalışanlarının TSSB ve eşlik eden bozuklukların, depresyon gibi, gelişimi açısından risk altında oldukları söylenebilir. Bu nedenle bilgilendirici, koruyucu ve önleyici çalışmalar geliştirilirken cinsiyete göre farklılaşan yöntemler geliştirilebilir.

Eğitim durumu ve TSSB arasındaki ilişkiye baktığımızda, literatürde doğal afetlerle ilgili yapılan çalışmalarda ilkökul eğitimi almış kişilerde TSSB puanları yüksekken eğitim seviyesi arttıkça TSSB oranlarında düşme olduğu belirtilmektedir (Erkaya 2003). Sapanca'da Marmara Depremi'nden altı yıl sonra TSSB belirtilerinin araştırıldığı bir çalışmada benzer şekilde eğitim durumuna göre katılımcılarda TSSB bulunma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İlk ve ortaokul mezunu olan katılımcılarda TSSB %35,5 iken lise ve üstü mezunlarında %7'lik bir oran ortaya çıkmıştır (Önsüz ve diğ. 2009). Literatürde eğitim düzeyi ile TSSB puanları arasında negatif bir korelasyon görülmektedir. Ancak Kandış'in hemşirelerle yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanlarda TSSB puanları da yüksek bulunmuştur (Kandış 2010, Yeşil 2010). 2006'da arama kurtarma çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada üniversite mezunu katılımcıların travmatik stres belirtilerinin lise ve ortaokul mezunlarından daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Yılmaz 2006). Bu çalışmada da benzer şekilde üniversite mezunu olan katılımcıların yeniden yaşantılama alt ölçek puanı lise mezunlarından daha yüksek bulgulanmıştır. Toplam puan, artmış uyarılmışlık ve kaçınma alt ölçek puanlarında ise fark izlenmemiştir.

TSSB puanları ile meslek grupları değerlendirildiğinde, acil tıp teknisyenlerinin TSSB puanlarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu yükseklik sadece şoförlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak ayrılmıştır. Acil tıp teknisyenlerinin müdahale için hastayla direkt karşılaşması ve hastayla konuşması

travmatik stres belirtilerinin artmasına neden oluyor olabilir. Bu araştırmada şoförler hasta ile direkt karşılaşan meslek grubunda değillerdir.

Yaş ile TSSB alt ölçek ve toplam puanları arasında yapılan analiz neticesinde mesleki travmalara maruz kalan ambulans çalışanlarında istatistiki bir anlamlılık görülmemiştir. Literatürde bu çalışmaya benzer şekilde mesleki travma yaşantıları olan sağlık çalışanlarının yaşının travmatik stres belirtiler üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür (Kahil 2016, Yılmaz 2006). Haksal'ın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada yaş ile TSSB belirtileri arasında ters yönde bir ilişki bulmuş ve yaş ile tecrübenin arttığını ve duyarsızlaşma yaşandığını vurgulamıştır (Haksal 2007).

Sağlık çalışanları mesleklerinin ilk yıllarında görevlerini yaparken daha çaresiz durumda kalabildikleri için travmatik stres belirtileri arttıyor olabilir (Haksal 2007). Bu çalışmada katılımcılardaki TSSB belirtilerini mesleki tecrübesizlikten kaynaklanabilecek TSSB'den ayırmak için çalışmaya iki yıldan az tecrübesi bulunan katılımcılar dahil edilmemiştir. Bu araştırmada mesleki çalışma süresi ile TSSB alt ölçek ve toplam puanları arasında bir fark görülmemiştir. Literatürde Yılmaz'ın arama-kurtarma çalışanlarında mesleki çalışma süresi ile TSSB belirtileri arasında bir ilişki bulgulanmamıştır (Yılmaz 2006). Çakıroğlu'nun çalışmasında da ceza infaz kurumlarında çalışan psikologlarla yaptığı çalışmada çalışma süresi ile TSSB belirtileri arasında bir ilişki bulgulanmamıştır (Çakıroğlu 2018). Acil servis çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada çalışma süresi arttıka ikincil travmanın etkilerine maruz kalma düzeylerinin arttığını belirtmiştir (Pak ve diğ. 2017). Yine benzer şekilde ikincil travatik stresin meslek elemanları üzerindeki etkisi üzerine olan bir derleme çalışmasında bireylerin deneyim yılı arttıka travma belirti düzeylerinin artmış olduğu gözlenmiştir (Yanbolloğlu 2018). Literatürde çalışma yılı ile travmatik stres belirtileri arasında istatistiki anlamlılığın olduğu ve olmadığı çalışmaları görmek mümkün. Bizim çalışmamızda çalışma süresi ile travmatik stres belirtileri arasında bir ilişki görülmemesi duyarsızlaşma ile açıklanabilir. Ancak bu çalışmanın duyarsızlaşma belirtilerini ölçen bir kapsamının bulunmaması sınırlılığa neden olmaktadır.

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon ortalama puanı 11,49'dur. Ambulans çalışanlarının %52,5'i (31 kişi) depresyon belirtisi göstermezken %20,3'ü(12 kişi) hafif derecede; %23,7'si(14 kişi) orta derecede; %3,4'ü(2 kişi) şiddetli derecede depresyon belirtileri gösterdikleri bulunmuştur. Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği'nin yeniden yaşantılama, artmış uyarılmışlık ve kaçınma alt ölçekleri ve toplam puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. TSSB belirtileri gösteren katılımcıların depresyon puanlarının da yüksek olduğu

görülmektedir. Bu bulgu literatürde TSSB'ye eşlik eden en yaygın bozukluğun majör depresyon olması ile uyumludur. Travmatik olaylar yaşayan bireylerdeki depresyonu araştıran bir çalışmada deprem sonrası çadırkentte yaşayan katılımcılarda TSSB'den sonra ortaya çıkan depresyon oranı %75.9 olarak bulunmuştur. Kadın olma, ağır bedensel zarara uğrama, birinci derece yakın kaybı TSSB'ye eşlik eden depresyonun yordayıcıları olarak görülmüştür (Tural ve diğ. 2001). Aker'in çalışmasında 1999 Marmara Depremi sonrasında epidemiyolojik çalışmalar yapmış ve TSSB ve depresyon arasında yüksek eş tanı oranları olduğu bulgulanmıştır. Çalışmada TSSB prevalansı %8 ile %63 arası değişirken majör depresyon prevalansı %11 ile %42 arasında değişim göstermiş olduğu görülmüştür (Aker 2006). Almanya'da yaş ortalaması 21.8 olan 1966 kadın ile yapılan bir araştırmada, çocukluk ve ergenlikte yaşanmış travmatik olayların etkileri araştırılmış ve TSSB ile depresyon arasında göreceli olarak düşük bir komorbite olduğu sonucuna varılmıştır. %29 TSSB tanısı olan kadında depresyon vardır ve %32 majör depresyon tanısı olan kadında TSSB vardır (Maercker ve diğ. 2004). 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışanların, özellikle kadınlar ve üniversite mezunlarında, TSSB ve depresyon puanları yüksek olarak bulgulanmıştır (Yeşil 2010). Tüm bu bulgular bu çalışmanın sonuçları ile örtüşmektedir. TSSB'nin tüm alt ölçek ve toplam puanı ile depresyon puanı arasında pozitif korelasyon saptanmış olup TSSB ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

Mesleki travma yaşantıları depresyon, anksiyete, stres gibi bir dizi travma tepkisine neden olabilmektedir. 112 ambulans çalışanlarının mesleki travmatik yaşam olayları ile karşılaşma sıklıkları, süregelen stres yaşantıları ve uzun zaman TSSB semptomlarını yaşama depresyon belirtilerini artırabilir (Öztürk 1997). Katılımcıların %47.5'inde depresyon belirtilerinin bulunması dikkat çekicidir. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur (Savrun 2019). Tedavi edilmeyen depresyonun kronikleşeceği ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, yeme bozukluklarına neden olduğu ve kişilerin sosyal, özel ve iş yaşamında yıkıma yol açtığı bilinmektedir (Savrun 2019). Travma sonrası ortaya çıkan bozukluklar erken dönemde tanınmaz ve müdahale edilmezse kronikleşip birey ve toplum için maliyeti yüksek olan ciddi bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir (Oflaz ve ark. 2010). Tedavi edilmeyen ruh sağlığı sorunlarında yıkım kişinin kendinden başlayarak ülke ekonomisine kadar giden bir boyutta dalga dalga çevresini etkilemeye devam edebilmektedir (World Federation for Mental Health 2012). Bu boyut ve açılardan bakıldığında 112 çalışanlarının genel

popülasyondan yüksek oranda TSSB ve depresyon belirtileri göstermeleri dikkate alınması gereken bir bulgu niteliğindedir.

Depresyon ve sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiye baktığımızda depresyon toplam puan ile “yaş, medeni durum, eğitim durumu, kiminle yaşadığı, görevi, çalışma süresi ve travmatik olaylarla karşılaşma sıklığı” parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamışken sadece cinsiyet parametresi ile depresyon toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir. Cinsiyetin faktörünün depresyon geliştirme açısından istatistiksel bir anlamı olduğu birçok araştırmada görülmüştür. Tural ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın olmak, TSSB’ye eşlik eden depresyonun yordayıcısı olarak görülmüştür (Tural ve diğ. 2001). Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüme ilişkin kaygı ve depresyon durumları ile kullandıkları başa çıkma yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada kadınlarda ölüme ilişkin depresyon ve anksiyete puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Acehan ve Eker 2013). Bu bulgular yine kadın olarak travmatik olay ve travmatik olay mağdurlarıyla çalışıyor olmak bazı riskleri beraberinde getiriyor olmaktadır. Hem TSSB hem de depresyon gelişimi için acil yardım hizmetinde çalışıyor olmak kadınlar için risk faktörü olarak görülmektedir. Bu nedenle bir kadın olarak acil yardım hizmetleri alanında kronik travmatik olay tanıklıklarını içeren meslek gruplarında çalışmak TSSB ve eşlik eden bozuklukların (depresyon gibi) gelişimi açısından risk faktörü olduğunu söylenebilir. Bu nedenle bilgilendirici, koruyucu ve önleyici çalışmalar geliştirilirken cinsiyete göre farklılaşan yöntemler geliştirilebilir.

Depresyon ve sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiye baktığımızda depresyon toplam puan ile “yaş, medeni durum, eğitim durumu, kiminle yaşadığı, görevi, çalışma süresi ve travmatik olaylarla karşılaşma sıklığı” parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Literatürde bu bulgulara benzer çalışmalar bulunmaktadır. Acil tıp hizmeti veren çalışanlarda ölüm kaygısı ve depresyon belirtilerine bakılan bir çalışmada yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresine ait puanlar ile ölüm kaygısı ve depresyon arasında istatistiksel anlamlılık görülmemiştir (Acehan ve Eker 2013). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik ve depresyon durumlarının analiz edildiği bir çalışmada tükenmişlik ve depresyonun yaş ile istatistiksel anlamlı bir ilişki bulgulanmamıştır (Tunçel ve diğ. 2014). Deprem yaşayan bireylerdeki TSSB’ye eşlik eden ruhsal bozuklukları araştıran bir çalışmada yaş değişkeni ile depresyon ve TSSB arasında anlamlı bir ilişki bulgulanmamıştır (Tural ve diğ. 2001).

Acil yardım çalışanları her ne kadar meslekleri, eğitimleri ve deneyimleri gereği travmatik olaylara hazırlıklı olsalar da anormal olaylara normal tepkiler vermekte oldukları ve travma sonrası stres bozukluğu ve eşlikçisi olarak depresyon belirtileri yaşadıkları görülmektedir. Kişilerin psikolojik ve fiziksel çaresizlik, korku, stres, acıları ile karşılaşan ve bunun yanı sıra zaman zaman çalıştığı ortamda sözel/fiziksel saldırıya uğrayarak kendisinin psikolojik ve fiziksel çaresizlik, korku, stres yaşadığı ambulans çalışanlarının etkilenerek tükenmişlik, TSSB ve depresyon belirtileri gösterdiklerini bulgulamak şaşırtıcı değildir (Boudoukha ve diğ. 2013).

5.1. Sınırlılıklar

Mersin ili 2015 ASHİ istasyon çalışanları 122 kişiden oluşmakta iken araştırmaya gönüllü şekilde katılım sağlayan 59 acil yardım çalışanın çalışma evreninin küçük bir kısmını temsil ettiği düşünülmektedir. Katılımcıların, özellikle bazı değişken gruplarının sayısının az olmasının çalışmanın gücünü olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bu durumun bulguların genellenebilirliğini kısıtladığını söylemek uygundur. Araştırma araçlarının öz bildirim yöntemiyle ve iş ortamında doldurulmasının verilerin güvenilirliğini azaltmış olabileceği değerlendirilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

112 ambulans çalışanlarının, travmatik olay esnasında ve olay sonrasında neler yaşanabileceğini, psikolojik tepkilerin neler olabileceğini ve bireysel olarak ne yapabileceklerini biliyor olmaları önemlidir. Ancak kendilerinin travmatik olaya müdahale esnasında ve sonrasında kendilerinde neler olabileceği ve bireysel olarak ne yapabileceklerini biliyor olmaları daha önemlidir. Eğer kendilerine uygun ve gerekli müdahaleyi gerçekleştirebilirse yardım edeceği kişiye de uygun müdahalede bulunacağı öngörülmektedir.

Acil yardım çalışanları, mesleki travma yaşantılarının zararlı etkilerini en aza indirme yolları hakkında bilgi sahibi olmalı, ikincil travma ile etkili başa çıkabilmeleri adına kurumsal olarak desteklenmelidirler (Erseçen ve Tosun 2015). Acil yardım çalışanlarının mesleki travmalara hazır olmaları, koruyucu ve önleyici tedbirler almaları için nasıl bir eğitim ve destek programından faydalanabileceklerine dair, kurum ve kuruluşların, ilgili dernek ve vakıfların, sendikaların, sivil toplum örgütlerinin daha fazla araştırma/proje yapmalarına gerek vardır. Aynı zamanda acil yardım görevlileri üzerine yapılan araştırmalarda, travmatik olaylara bağlı (mesleki travmaya bağlı) ruh sağlığı sorunlarına; İTS, depresyon, anksiyete ve alkol kullanımının daha geniş değerlendirilmesine ihtiyaç vardır (Connorton ve diğ. 2012).

Acil sağlık çalışanlarını TSSB/İTS, anksiyete ve depresyondan koruyabilecek, ruhsal anlamda dayanıklılığını artıran, stresi ve duygularını yönetme becerilerini güçlendirmeye hizmet eden eğitimlerin, mesleki danışmanlık ve psikolojik debriefing, destek grupları, psikodrama gibi yöntem ve uygulamaların hayata geçirilmesi gerekmektedir. Yanı sıra “iyileştirici aktiviteler” olarak adlandırılan kişisel aktiviteler koruyucu etmenler, 112 acil yardım çalışanları arasında yaygınlaştırılmalıdır. Bunlar egzersiz, aile ve arkadaşlarla zaman geçirme, günlük tutma, seyahat etme gibi düşünce dünyaları, bedenleri ve destek ağları ile yeniden bağlamayı amaçlayan etkinlikleri içermektedir. Önleyici olarak meslek öncesi eğitim aşamasında, ATT, paramedik, hemşire, doktor gibi acil sağlık hizmeti veren sağlık personelinin (ve travmatik olaylara müdahaleyi kapsayan tüm meslek gruplarının), stres yönetimi, mesleki tükenmişlik, TSSB/İTS, depresyon, mesleksi risk etmenlerinin bilinmesi ve koruyucu önlemlerin alınması adına, bu risklerin mesleki eğitim müfredatına dahil edilmesi gereklidir (Figley 1995).

KAYNAKLAR

- Acehan G, Eker F. Acil Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeyleri ve Kullandıkları Başa Çıkma Yolları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; s. 27-35.
- Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2018, Ocak). www.saglikyonetimi2018.org. Mart 25, 2019 tarihinde www.saglikyonetimi2018.org: http://www.saglikyonetimi2018.org/Webkontrol/uploads/Fck/ERDAL_CENESIZ.pdf adresinden alındı
- Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği. Psikososyal Uygulamalar Eğitimi, Ankara: Türk Kızılayı. 2012.
- Aker T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. Ankara: *Türkiye Psikiyatri Derneği*.2012.
- Aker T. 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 2006; s. 204-212.
- Aker T, Çelik F, Boşgelmez Ş ve diğ. Ruhsal Travma Kavramı ve Travmatik Stres Belirti, Bulgu ve Hastalıkları. *Psikososyal Uygulamalar Eğitimi* (s. 57-102). içinde Ankara: Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği.2012
- Alexander D, Klein S. Ambulance Personnel and Critical Incidents. *Br J Psychiatry*. 2001; 76-81.
- Alper Y. Depresyon Psikoterapisi. İstanbul: Era Yayıncılık.1997
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM V). American Psychiatric Pub. 2013.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.1994.
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü . 112 Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü Psikolojik Destek Programı. Ankara: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü.2006.
- Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. <http://www.psikiyatri.org.tr>. Mart 19, 2019 tarihinde Türkiye Psikiyatri Derneği: <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/28> adresinden alındı.
- Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M ve diğ. A Study of the Validity of a Screening Instrument for Traumatic Stress in Earthquake Survivors in Turkey. *J Trauma Stress*, 2001; 491-509.
- Baysak E. *Acil Ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve İlgili Etkenler*. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi, 2010.
- Baysak E, Eroğlu M, Utku Ç ve diğ. Acil ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında TSSB, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2019; s. 36-47.
- Boudoukha A H, Fantini C, Rusinek S ve diğ. Inmates-to-Staff Assaults, PTSD and Burnout: Profiles of Risk and Vulnerability. *Journal of Interpersonal Violence*, 2013; s. 2332-2350.
- Bufka L, Halfond R, Kurtzman H. Clinical Practice Guideline For The Treatment Of Ptsd. Panel; 2017, FEBRUARY 24
- Büyükbodur A Ç. Sosyal Hizmet Uzmanlarında Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stresin İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.2018.
- CİHAN, H. A. (2012, 10 12). <https://www.memurlar.net>. 03 12, 2019 tarihinde <https://www.memurlar.net/haber/294884/112-acil-ekipleri-mesleklerini-anlatti.html> adresinden alındı
- Connorton E, Perry MJ, Hemenway D ve diğ. Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness. *Epidemiologic Reviews*, (34), s. 145-155.

- Çakıroğlu M. *Ceza İnfaz Kurumları Ve Denetimli Serbestlik Müdürlüklerinde Görev Yapan Psikologlarda İkincil Travmatik Stres İle İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi. 2018.
- Çakmak H, Er R, Öz Y ve diğ. Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afetlere Hazırlık Durumlarının Saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2010; s. 83-88.
- Çolak B, Kokurcan A, Özsan H. DSM'ler Boyunca Travma Kavramının Seyri. *Kriz Dergisi*, 2010; 19-25.
- Daş G Y. Acil servis personeli öfke kontrol düzeyleri ve iletişim becerilerinin şiddete maruz kalma durumlarına etkisi. *Yayınlanmış yüksek lisans tezi, 19 Mayıs Üniversitesi*. Samsun. 2014.
- Doukessa L, Mitchell B K. Vicarious Traumatization: Symptoms and Predictors. *Stress and Health*, 2003; 129-138.
- Dyregrov A, Kristoffersen J.I, Gjestad R. Voluntary and Professional Disaster-Workers: Similarities and Differences in Reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 1996; s. 541-555.
- Erkaya H. Acil Kurtarma Ekiplerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi. 2003.
- Erseçen D, Tosun Z. Kadın Danışma Merkezi İşleyişi Eğitimi El Kitabı. Ankara: Kadın Dayanışma Vakfı. 2015.
- Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri* 2008; s. 25-30. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Erzen M, Dikkatli S. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Medyanın Rolü. *Asya Studies Academic Social Studies/Akademik Sosyal Araştırmalar*, 2019; 51-61.
- Figley, C R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. Tennessee, ABD. 1995.
- Figley, C R. *Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Library of Congress Cataloging. 1995.
- Figley C R, Kleber R j, Gersons BP. Beyond Trauma. Gersons içinde, *Beyond Trauma 2004*; s. 75-95. New York: Plenum.
- Franciskovic T, Stevanovic A, Jelusic I ve ark. Secondary Traumatization of Wives of War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Croatian Medical Journal*, 2007; 177-184.
- Frans Ö, Rimmö P A, Aberg L. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*, 2005; 291-299. doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00463.
- Galea S, Nandi A, Vlahov D. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews*. 2005; 78-91.
- Gürdil, G. *Üstlenilmiş Travma Ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Gestalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi: Ankara Üniversitesi. 2014.
- Haksal P. *Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyi, Sosyal Destek Algısı ve Başaçıkma Stratejileri*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi. 2007.
- Herman, J. (2011). *Travma ve İyileşme*. Literatür Yayınları.
- İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi*. (2005, 01 30). 03 20, 2019 tarihinde <http://www.ttb.org.tr> adresinden alınmıştır.
- Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder. *Occup Environ Med*. 2012; 3(1), 3-9

- Jones S M, Terte I, Stephens C. Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals. *New Zealand Journal of Psychology*, 2016; 20-29.
- Kahil A. Travmatik Yaşantıları Olan Bireylere Yardım Davranışında Bulunan Profesyonel Ve Gönüllülerin İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ufuk Üniversitesi.2016
- Kandış H. Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamına Bağlı Ruhsal Travmanın Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi.Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi.2010.
- Kaptanoğlu C. İkincil Travmatik Stres. Ankara: Türkiye İnsan Hakları Vakfı.1998.
- Kararmak Ö. Psikolojik Sağlık,Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2006; s. 129-142.
- Karancı N, Aker T, Işıklı S ve diğ. *Türkiye'de Travmatik Yaşam Olayları ve Ruhsal Etkileri*. Matus Basımevi. 2012.
- Karaoğlu B A. *TSSB ve Depresyon Arasındaki İlişkide Ontolojik İyi Oluşun Aracılık Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Arel Üniversitesi.2016.
- Kessler R C, Hughes M, Sonnega Shelby ve diğ. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*,1995; 1048-1060.
- Kleber R J, Figley C R. Beyond Trauma. (s. 75-95). New York: Plenum.1995
- Kokurcan A, Özsan H H. Travma Kavramının Psikiyatri Tarihindeki Seyri. *Kriz Dergisi*, 2012; s. 19-24.
- Littauer F. *Depresyonu Yenmek*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.1997.
- Madianos M G, Sarhan A L, Koukia E. Posttraumatic Stress Disorders Comorbid With Major Depression İn West Bank, Palestine: A General Population Cross Sectional Study. *The European Journal of Psychiatry*, 2011; 19-31.
- Maercker A, Michael T, Fehm L ve diğ. Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *Br J Psychiatry*, 2004; s. 482-487.
- Mccan L, Pearlman L A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working. *J Trauma Stress*,1990; s. 131-149.
- Mevzuat Bilgi Sistemi. (2000, 05 11). *Türkiye Sağlık Bakanlığı*. 03 11, 2019 tarihinde www.saglik.gov.tr: http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=acil%20sa%C4%9Fl%C4%B1k adresinden alındı
- O'Donnell M L, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity. *Am J Psychiatry*, 2004; s. 1390-1396.
- Oddgeir F, Barlaug D, Martinussen M ve diğ. Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2005; s. 29-42.
- Oflaz F, Özcan C, Taştan S ve ark. Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010; 1-6.
- Önsüz F, Topuzoğlu A, İkışık H ve diğ. Marmara Depreminden Altı Yıl Sonra Sapanca'da Travma Sonrası Stres ve Anksiyete Bozukluklarının Değerlendirilmesi. *Yeni Symposium Journal 47(4)*, 2009; s. 164-177.
- Özen Y. Travma Sonrası Ortaya Çıkan Psikolojik Bozukluklar Üzerine Bir Değerlendirme. *The Journal Of Social Science 2(2)*, 2018s. 159-136.

- Özen, Y. (2017). Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi. *The Journal Of Social Science*, s. 104-117.
- Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1999; 34-41.
- Öztürk M. O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.1997.
- Özyaral O. Ambulans ve İlk Müdahalede Sterilizasyon Dezenfeksiyon. 4. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi* , 2005; 344-374.
- Pak, M D, Özcan E, Çoban A. Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyi Ve Psikolojik. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*,2017; 628-644.
- Pearlman L A, McKay L. Understanding & Addressing Vicarious Trauma Headington Institute. USA.2008.
- Psikofarmakoloji Bilimsel Çalışma Birimi. (2019). <http://www.psikiyatri.org.tr>. Nisan 17, 2019 tarihinde Türkiye Psikiyatri Derneği: <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/24/depresyon-konusunda-bilmek-istedikleriniz-adresinden-alindi>
- Ruppert F. Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları. İstanbul: Kaknüs Yayınları.2011.
- Sağlık Bakanlığı. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. Ankara: Türkiye Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2009, 03 26). *Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Tebliğ*. 05 16, 2019 tarihinde <http://www.resmigazete.gov.tr>: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326-4.htm> adresinden alındı
- Savrun, B. Depresyonun Tanımı ve Etiyolojisi. *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*.s.11-17. İstanbul, Fatih, Türkiye. 2-3 Aralık 1999
- Shale AY, Freedman S, Peri T ve diğ. Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. *Am J Psychiatry*, 1998; s. 630-637.
- Smith A, Roberts K. Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 2003; s. 75-78.
- Sukayar, E. (2018, 08 31). <https://www.acilcalisanlari.com>. 03 11, 2019 tarihinde Acil Çalışanları: <https://www.acilcalisanlari.com/paramedik-meslegini-taniyalim.html> adresinden alındı
- Şahin N H. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 1988; 118-126.
- Şar V. DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2010; s. 196-208.
- Tunçel Y İ, Kaya M, Kuru R N ve diğ. Onkoloji Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelerin Tükenmişlik Sendromu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2014; 57-62.
- Tural Ü, Aybar Tolun H G, Karakaya I ve diğ. Marmara Depremzedelerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Eşlik Eden Başka Bir Ruhsal Hastalık Gelişiminin Yordayıcıları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; s. 175-183.
- World Federation for Mental Health. The Economic Impact of Depression. *Depression: A Global Crisis* (s. 2-29). 2012. Occoquan: World Federation for Mental Health.
- Yanbolloğlu Ö. İkincil Travmatik Stresin Meslek Elemanları Üzerindeki Etkileri: Bir Derleme Çalışması. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018; 141-164.
- Yasal D, Partlak Günüşen N. Serviste Çalışan Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Belirtilerini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelerin Başetme Yollarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2019; 74-81.
- Yassen J. Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder. Figley CR *Compassion Fatigue* (s. 178-208). Routledge.1995.

Yeşil A. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma ve İlişkili Sorunların Yaygınlığı. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi.2010

Yılmaz B. Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri Ve Travma Sonrası Büyüme İle İlişkili Değişkenler. Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi.2006

Zohar J, Wetzler A J, Sonnino R ve diğ. New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2011; 301-309.



ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

- Adı Soyadı : Elif Şahin
- Doğum yeri ve tarihi : K.Maraş 01.12.1974
- Uyuğu : TC
- Medeni Durumu : Evli
- Çalıştığı Kurum : Milli Eğitim Bakanlığı
- İletişim Adresi ve telefonu : Çamlık Mahallesi Parlar Caddesi Neşe Sokak No:8/1
544 616 4647 Çekmeköy/İstanbul
kalkandelene@hotmail.com

2. Eğitimi (tarih sırasına göre)

- 1982-1987 Göksun Yavuz Selim İlkokulu
1987- 1990 Zeki Sabah Ortaokulu
1990-1993 Mersin Atatürk Lisesi
1994-1998 İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

- Yabancı Dili: İngilizce

3. Unvanları: Psikolog

Rehber Öğretmen

4. Mesleki Deneyimi

- 1999- 2002 Pendik Hayal Anaokulu- Psikolog
2002-2003 Marmara Eğitim Kurumları- Rehber Öğretmen
2003- Halen Milli Eğitim Kurumu- Rehber Öğretmen

5. Bilimsel Çalışma

- 19 Haziran 2019 Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Makale Yayını
Ambulans Çalışanlarında Travma Sonrası Stres ve Depresyon Belirtilerinin İncelenmesi

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Tarih :

2. Yaşı :

3. Cinsiyeti :

1. *Erkek* 2. *Kadın*

4. Medeni Durumu:

1. *Bekar* 3. *Ayrı yaşıyor* 5. *Dul*
2. *Evli* 4. *Boşanmış* 6. *Birlikte yaşıyor*

5. Kiminle Yaşadığı:

1. *Eş ve çocuklar* 3. *Anne-baba* 5. *Arkadaş / akraba*
2. *Eş* 4. *Yalnız* 6. *Diğer (belirtiniz)*

6. Öğrenimi:

1. *Lise* 2. *Yüksekokul* 3. *Üniversite*

EK 2 : MESLEKİ BİLGİ FORMU

Bu anketi doldururken karşılaşacağınız “travmatik olay” kavramının tanımı şudur:

1. Kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma, fiziksel bütünlüğü tehdit edici bir olayla karşılaşmış olması,
2. Kişinin bu olay karşısında korku, çaresizlik ya da dehşetli tepki vermiş olduğu durumlar travmatik olaylardır(Türkiye’de Travmatik Yaşam Olayları ve Ruhsal Etkileri, S.10). Bu tanım bazında değerlendirme yapmanızı istiyorum.

A. Kurumdaki göreviniz
nedir?.....

B. Su anda çalışmakta olduğunuz kurumda ne kadar süredir görev yapıyorsunuz?
2-5 Yıl () 6-10 Yıl () 10 Yıl ve fazlası ()

C. Şu anda görev yaptığınız birimde, acil yardım görevine gitme sıklığınız nedir?
Ayda iki kez () Haftada bir kez () Her gün()

D. Şu anda görev yaptığınız birimde, travmatik olaylarla karşılaşma sıklığınız nedir?
Ayda birden daha az () Ayda bir kez () Ayda iki kez () Haftada bir kez () Her gün()

E. En son ne zaman travmatik bir olayda acil yardım görevinde bulundunuz? (kaç gün/ hafta/ay önce?)

F. En son gittiğiniz travmatik olay görevi neydi?

.....
.....

EK 3: TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların hayatını ciddi olarak etkileyen olaylardan sonra ortaya çıkabilecek bazı sorunlar sıralanmıştır. Lütfen SON BİR AY İÇİNDE bu sorunların sizde olup olmadığını, varsa sizi ne derecede rahatsız ettiğini belirtiniz (uygun sütunun altına X koyunuz).

	HİÇ RAHAT SIZ ETMİY OR	BİRA Z	OLDUK ÇA	ÇOK RAHATSIZ EDİYOR
1. (Olayla) ilgili bazı anıları /görüntüleri aklımdan atamıyorum.				
2. Bazen yaşadıklarım birdenbire gözlerimin önünden bir film şeridi gibi geçiyor ve sanki herşeyi yeniden yaşıyorum.				
3. Sık sık korkulu rüyalar görüyorum.				
4. (Olay) yeniden olacak korkusu ile bazı şeyleri kolaylıkla yapamıyorum (Örneğin: olayı hatırlatan yer, kişi ve durumlardan uzak durmak, olayla ilgili konuşamamak).				
5. Hayata ve sevdiğim şeylere karşı ilgim azaldı.				
6. İnsanlardan uzaklaştığımı, onlara karşı yabancılaştığımı hissediyorum.				
7. Sanki duygularım ölmüş, taşlaşmışım gibi geliyor.				
8. Uyumakta güçlük çekiyorum.				
9. Daha çabuk sinirleniyor ya da öfkeleniyorum.				
10. Unutkanlık veya dikkatimi yaptığım işe vermekte güçlük çekiyorum.				
11. Her an (olay) olacak kaygısıyla tetikte duruyorum.				
12. Ani bir ses ya da hareket olduğunda irkiliyorum.				
13. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca rahatsızlık ve sıkıntı duyuyorum.				

14. (Olayda) yaşadığım şeylerle ilgili düşünceleri, duyguları ve anıları aklımdan atmaya çalışıyorum.				
15. (Olayda) yaşadığım olayların bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çekiyorum.				
16. (Olay) bana her an ölebileceğimi farketmediği için uzun vadeli planlar yapmak bana anlamsız geliyor.				
17. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca çarpıntı, terleme, baş dönmesi, bedenimde gerginlik gibi fiziksel şikayetler oluyor.				
18. Kendimi suçlu hissediyorum.				
19. Kendimi üzüntülü ve kederli hissediyorum.				
20. Hayattan eskisi gibi zevk alamıyorum.				
21. Gelecekte umutsuzum.				
22. Zaman zaman aklımdan kendimi öldürme düşünceleri geçiyor.				
23. Gündelik işlerimi yapacak gücüm azaldı.				
24. Sanki bu olay hiç olmamış ya da gerçek değilmiş gibi hissettim.				

EK 4: Yeti Yitimi Formu

1. Yukardaki sorunlar sizin için ne derecede rahatsızlık/sıkıntı/sorun yaratıyor?

0=Hiç 1=Hafif derecede 2=Oldukça 3=Şiddetli

2. Yukardaki sorunlar kendinize bakımınızı, işinizi, aile yaşamınızı ve insanlarla ilişkilerinizi ne derecede aksatıyor?

0= Sorun yok / Hiç aksatmıyor. Her zamanki normal yaşamımı sürdürebiliyorum.

1= Biraz aksatıyor. Biraz çabayla normal yaşamımı sürdürebiliyorum.

2= Oldukça aksatıyor. Normal yaşamımda önemli ölçüde aksamalar var.

3= Şiddetle aksatıyor. Gündelik yaşamımda yapmam gereken birçok şeyi yapamıyorum.

3. Ruhsal durumunuzla ilgili olarak bir doktorun/psikologun yardımını istiyor musunuz?

0= Hayır

1= Evet

2= Emin değilim, bilmiyorum

EK 5: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.

5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum; fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim; ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskiyeye göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()

20. (a) Sağlığım beni pek ilgilendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri dūřünmek zor geliyor.
(d) Bu tūr sıkıntılarım beni öylesine endiřelendiriyor ki artık bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.

21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.



EK 6: Etik Kurul Onayı



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	112 Acil Yardım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ile Depresyon İlişkisinin Araştırılması		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KOU KAİK 2014/360		
	EUDRACT NUMARASI			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Işık Karakaya		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Çocuk Psikiyatristi		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Elif Şahin		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Psikiyatristi		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri ABD		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA (YÜKSEK LİSANS TEZİ)		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	25.12.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer	
OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer	

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER	<input type="checkbox"/>		

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 25/20	Proje No: KOU KA EK 2014/360	Tarih: 30/12/2014
	Doç. Dr. Işık Karakaya sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen Klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Hasta Hakları Yönetmeliği Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014/ 28994), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Nisan 2013),ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996)İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde - 10 (6 Nisan 2011, 6225)) Resmî Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (25 Haziran 2014/29041)
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. NERMİN ERSOY

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Nermin ERSOY Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	KOU Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. Ersoy
Prof. Dr. Dilek URAL Başkan Yrd.	Kardiyoloji	KOU Tıp Fak. Kardiyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W. Dilek
Prof. Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU Tıp Fak. Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J. Faruk
Prof. Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOU Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hst.AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K. Gülcan
Prof. Dr. Yavuz GÜRKAN Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KOU TF Anesteziyoloji ve Reanimasyon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K. Yavuz
Prof. Dr. Hale M. KIR Üye	Biokimya	KOU Tıp Fak. Biokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H. M. Kir
Doç. Dr. Ayşe KARSON Raportör	Fizyoloji	KOU Tıp Fak. Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Karson
Uzm. Dr. Murat GÜVEN Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Derince Eğt. ve Arş. Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. Güven
Uzm. Dr. Berna A. ŞERİFİ Üye	Halk Sağlığı	İzmit 1 Nolu AÇSAP	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Şerifi
Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. Işık
Yasemin ÜLSOY Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Ev Hanımı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y. Ülsöy
Yrd. Doç. Dr. Önjen TAK	Danışman Diş Hekimi	KOU Diş Hekimliği Fak.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O. Tak

* :Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Değerlendirme Formu
28 Nisan 2009 Versiyon No:1

EK 7: Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı.
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program,yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI olmalıdır) imzalatıldı.
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

24... / 0.6 / 2019

Doç.-Dr. Cem CERİT

