

**T. C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**ACİL VE YOĞUN BAKIM ÇALIŞANLARINDA TRAVMA SONRASI
STRES BOZUKLUĞU, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI,
TÜKENMİŞLİK VE İLİŞKİLİ ETKENLER**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ERKAN BAYSAK**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. BURHANETTİN KAYA**

**ANKARA
AĞUSTOS 2010**

KISALTMALAR

ACTH	Adrenokortikotropik Hormon (Adrenocorticotropic hormone)
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
CRH	Kortikotropin Salıverici Hormon (Corticotropin Relasing Hormone)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı)
DSM-III:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, Üçüncü Basım)
DSM-IV-TR	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Basım, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin
ECA	Epidemiyolojik Alan Araştırması (Epidemiologic Catchment Area)
EMDR	Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization Reprocessing)
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon Envanteri
HPA	Hipotalamo-Pituiter-Adrenal Aks
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Baskı (International Classification of Diseases 10th Revision)
LC	Locus Ceruleus
SBTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SSGİ	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSSTÖ	Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

İçindekiler

Kabul ve Onay

Kısaltmalar

İçindekiler

1. GİRİŞ.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2. GENEL BİLGİLERHata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.1 Travma Kavramı.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.2 Travmaya Bağlı Oluşan Ruhsal BozukluklarHata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.3 Travma Sonrası Stres BozukluğuHata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.3.1 Tanım Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.1.2 Tarihsel gelişim Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.3.3 Epidemiyoloji Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.3.4 Etiyoloji Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.3.5 Klinik özellikler Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.3.7 Ayırıcı tanı ve Komorbidite Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.3.8 Tedavi Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.3.9 Gidiş ve Sonlanım Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.4 Travma ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.5 Sağlık Çalışanlarında TükenmişlikHata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 2.6 Amaç ve HipotezlerHata! Yer işareti tanımlanmamış.
3. GEREÇ VE YÖNTEMHata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.1 KatılımcılarHata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.1.1 Araştırma Grubunun Seçimi Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.1.2 Kontrol Grubunun Seçimi Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.2 Veri Toplama Araçları.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.2.2 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği(TSSTÖ)Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.2.3 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği(SBTÖ)Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.2.4 Maslach Tükenmişlik Envanteri Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.2.5 Hastane Anksiyete Depresyon Envanteri (HAD) Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
 - 3.3 İstatistiksel YöntemlerHata! Yer işareti tanımlanmamış.
4. BULGULARHata! Yer işareti tanımlanmamış.

5. **TARTIŞMA** Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
- 5.1 **Acil ve Yoğun bakım çalışanlarının sosyodemografik ve klinik değişkenler yönünden kontrol grubuyla karşılaştırılmasına ilişkin tartışma** Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
- 5.2 **Acil ve Yoğun bakım çalışanlarında gözlenen TSSB 'nin sosyodemografik ve klinik değişkenler yönünden kontrol grubuyla karşılaştırılmasına ilişkin tartışma** Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
- 5.3 **Acil ve YBÜ'lerinde çalışan TSSB olgularındaki anskiyete ve depresyon yaygınlığına ilişkin bulguların tartışılması**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
- 5.4 **Acil ve YBÜ'lerinde çalışan TSSB olguları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
- 5.5 **Acil ve YBÜ çalışanlarındaki tükenmişlik düzeylerine ilişkin verilerin tartışılması**..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
6. **SONUÇ ve ÖNERİLER**..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
7. **KAYNAKLAR**..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
8. **ÖZET** Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
9. **SUMMARY**..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
10. **EKLER**..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

Tablolar

Tablo 1	Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri	61
Tablo 2	Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Ortalama ve Standart Sapmaları	63
Tablo 3	Örneklem Grubunu Oluşturan Üç Grupta TSSB'ye Ait Özellikler	64
Tablo 4	Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri	67
Tablo 5	Çalışma Ortamında Tanık Olunan veya Müdahale Edilen Travmatik Durumların Dağılımı	69
Tablo 6	Çalışma Koşullarında Yaşanan Stresli Durumlara İlişkin Bulguların Dağılımı	70
Tablo 7	Üç Grupta Çalıştıkları Birimin İş ve Sosyal Yaşama Etkileri	74
Tablo 8	Üç Grubun Çalıştıkları Ortamda Yaşadıkları Travmalar Nedeniyle Destek Görme Dağılımları	75
Tablo 9	Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nin Daha Önce Yaşanmış Travmaları Değerlendiren Maddelerine İlişkin Yanıtları Gruplara Göre Dağılımı	77
Tablo 10	Acil Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen HAD Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları	79
Tablo 11	Acil Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının T-Testi Sonuçları	79
Tablo 12	Acil Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları	80
Tablo 13	Yoğun Bakım Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Grupların Elde Edilen HAD Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları	81
Tablo 14	Yoğun Bakım Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının T-Testi Sonuçları	82
Tablo 15	Yoğun Bakım Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları	83
Tablo 16	TSSB'si Olan Kişilerde Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarına Göre Elde Edilen HAD Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları	83

Tablo 17	TSSB'si Olan Kişilerde Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarına Göre Elde Edilen Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları	84
Tablo18	TSSB'si Olan Kişilerde Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarına Göre Elde Edilen Stresle Baş Etme Tarzı Alt Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları	85
Tablo 19	Katılımcılardan Elde Edilen HAD Ölçek Puanlarının Üç Gruba Göre ANOVA Sonuçları	86
Tablo 20	Katılımcılardan Elde Edilen Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanlarının Üç Gruba Göre ANOVA Sonuçları	87
Tablo 21	Katılımcılardan Elde Edilen Stresle Baş Etme Tarzı Alt Ölçek Puanlarının Üç Gruba Göre ANOVA Sonuçları	88

1. GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) bireyin fizik bütünlüğünü tehdit eden, dehşet duygusu yaratan ve çaresiz bırakan, ister olağan ister olağan dışı olsun bireyin başa çıkabileceği düzeyin üzerinde yaşanan travma sonucu gelişen ve süregelen eğilimi gösteren bir ruhsal bozukluktur. Travma sonucunda ortaya çıkan yeniden yaşama, kaçınma, irkilme ve diğer aşırı uyarılmışlık belirtileri ana ruhsal belirtileri oluşturur. Bu belirtiler bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açmaktadır (1). Ayrıca kişinin dünya görüşüyle ilgili bilişsel değişiklikler de travmayı izleyen dönemde gelişir. TSSB ile ilgili ilk yayınlar askerlerde ve travmaya doğrudan maruz kalan mağdurlardan elde edilen bilgilere dayanmaktadır. Travma mağdurlarının çocuk ve eşlerinde de benzeri belirtilerin gözlenmesi, travma mağdurlarıyla yakın ilişki kuranlarda da travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin geliştiğini, travmaya ikincil olarak maruz kalan bireylerin de TSSB açısından risk grubu olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde mağdurlara profesyonel bakım veren bireyler üzerinde gerçekleştirilen birçok çalışmada bu bireylerde de travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin geliştiği gösterilmiştir. Bu bulgular giderek artan bir bilgi birikimi oluşmasını sağlamıştır. Bu konuya ilginin artışı sağlayan bir diğer nokta ise DSM'deki travma tanımının değişimi ile önceden gözden kaçırılan veya atlanan birçok TSSB olgusunun değerlendirilmesinin olanaklı olmasıdır. Ülkemizin son onbeş yılına damgasını vuran depremler, diğer felaketler ve travmalar TSSB'ye olan ilgiyi artırmakla beraber, felaket mağdurlarına yardım edenlerde gelişen ruhsal

rahatsızlıklar göz önüne alındığında bu alanda hem dünyada ve ülkemizde yeterince çalışılmadığı, hak ettiği ilgiyi yeterince görmediği ve bu konunun üzerinde gerektiği kadar durulmadığı anlaşılmaktadır.

Yardım çalışanları arasında bulunan polisler, itfaiyeciler, arama kurtarma ekipleri, çocuk koruma merkezi çalışanları, travma mağdurlarıyla görüşen psikiyatristler ve acil servis çalışanları üzerinde sıklıkla çalışılmış gruplardır. Bu alanlarda ve meslek gruplarında çalışan bireyler son yıllarda sıklıkla TSSB için mesleki risk grupları olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu çerçevede yapılan araştırmalar ve diğer yayınlarda çalışma koşullarıyla ilgili daha fazla risk etkeni de tanımlanmaya başlanmıştır. Ülkemizde ise bu alanda yapılmış araştırma sayısı son derece sınırlıdır. Travmaya açık olan bu alanlarda çalışan bireylerin ve yöneticilerin gelişebilecek riskler açısından bilgileri sınırlı düzeydedir. Bu araştırma sağlık çalışanlarında TSSB gelişimini inceleyerek bu alandaki bilgi birikimine katkıda bulunmayı ve bir sonraki adımda tedavi, mesleki önlemler açısından katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Travma Kavramı

"Travma" sözcüğünün sözlük anlamı "bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara" biçimindedir. Tıpta fiziksel ve ruhsal travmalar olarak iki farklı anlamda kullanılmaktadır: Coddington psikolojik travma'yı kişinin hayatında değişiklik yapmasını gerektiren ve kişi için yeniden uyumu gerektiren olay olarak tanımlamıştır (2). Bu

bağlamda Van der Kolk travmayı sıradan stres durumundan ayıran noktanın travmatik olayın bireyin kendisi, diğer insanlar, gelecek ve dünya ile ilgili özümsemiği yargı ve kabulleri sarsan, yıkan yaşantılar olması olarak belirtmiştir (3). Travmatik olay Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV-TR'deki tanımına göre kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma yada kişinin fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşama ya da başka bir kişinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına, yaralanmasına yada fizik bütünlüğüne bir tehdit oluşturan bir olaya tanıklık etme ya da ailesinden birinin ya da başka bir yakınının beklenmedik ölümü ya da şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi gibi kişinin doğrudan yaşadığı ve bu travmatik olay karşısında kişide dehşete düşme, korku ve çaresizlik duygularının ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır.(1)

Travma

Travma üç ana başlıkta sınıflanabilir (1).

1. İnsan eliyle bilerek oluşturulan (savaş, işkence, tecavüz, terör eylemleri, cezaevi ve gözaltı uygulamaları),
2. İnsan eliyle kaza sonucu oluşan (trafik, uçak, gemi, tren kazaları, iş kazaları, yangınlar),
3. Doğal Afetler (deprem, sel, çığ, orman yangını vs.)

İnsan eliyle bilerek oluşturulan travmalara maruz kalma biçimlerini de şu şekilde sıralamak mümkündür (4).

1. Siyasi nedenlerle işkence ya da kötü muamele görenler (gözaltına alınanlar, mahkumlar, bazı siyasi gruplar ve örgütlerin üyeleri),
2. Siyasi olmayan nedenlerle işkence ya da kötü muamele görenler (sokak çocukları, adli tutuklular, çocuk ıslah evlerindeki çocuklar, sivil halk),
3. Savaş travmasına maruz kalanlar (Savaş tutsakları, toplama kamplarında kalanlar, savaş nedeniyle göç eden mülteciler, “düşük yoğunluklu” savaşa ve ilişkili uygulamalara maruz kalan sivil halk, devlet görevlileri ve askerler),
4. Aile içi şiddete maruz kalanlar
5. Cinsel saldırı, taciz ve tecavüze uğrayanlar

Travmanın tanımlanmasında yalnızca özgün bir tanım yapma gereksiniminden farklı olarak bu özgün travmanın zaman içinde süregelen bir nitelik kazanıp kazanmaması, bir başka deyişle tek veya birden çok travma içermesi, sonrasında gelişecek bozukluklar için belirleyici bir diğer faktördür. Tek travma tanımı beklenmedik, kısa süreli, bir kez ortaya çıkan türdeki durumlar olan motorlu taşıt kazaları, doğal afetler gibi durumları tanımlarken, çok olaylı travma kronik durumlar olan çocukluk çağı istismarı veya süregelen savaşa bağlı durumları tanımlar (5). Terr travmaları “tip 1 travma” ve “tip 2 travma” olarak ikiye ayırmıştır. Tip 1 travma ile, bir kez yaşanan tecavüz, saldırı, kaza, bir yakınının ölümüne tanıklık etme gibi olayları tanımlanırken, Tip 2 travma ise istismar, ev içi şiddet gibi yineleyici ve uzayan travmaları tanımlar (6). Travmanın yine bir diğer boyutu ise ikincil travmatik stres, dolaylı travma, merhamet yorgunluğu veya literatürde farklı tanımlarla adlandırılan kişinin direkt olarak

travmaya maruz kalmadığı halde, bu kişilerle yardım amacıyla karşılaşan kişilerde oluşan travmayı ve gelişen belirtileri tanımlamak için kullanılan terimlerdir. Travmanın klasik tanımlarından farklı olan bu yeni tanımlamaları çerçevesinde gelişen ruhsal bozukluklar da daha fazla tartışılmaya ve ilgi odağı olmaya başlamıştır. Özellikle travma deneyimlerine dolaylı biçimde maruz kalan bireylerde oluşan ruhsal tepkiler için psikiyatri yazınında “dolaylı travma, tükenmişlik, ikincil travmatik stres, merhamet yorgunluğu, travmatik karşı-aktarım, vekaleten travma” gibi kavramlar kullanılmaktadır. Bu kavram işe bağlı olarak kişilerin yaşadığı belirtileri veya travmaya bağlı gelişen durumu tanımlamak için farklı araştırmacılar tarafından ortaya atılmıştır. Ancak bu kavramlar arasındaki farklılıklar tartışmalıdır ve halen birbirinin yerine kullanılabilir (7, 8).

2.2 Travmaya Bağlı Oluşan Ruhsal Bozukluklar

Travmaya bağlı olarak kişiler, bireysel, toplumsal ve biyolojik etkenler, travmanın tipi, şiddeti, yaşanma biçimi ve diğer birçok etkene bağlı olarak çok çeşitli tepkiler vermekte ve bunların sonucunda da bir kısmı doğrudan maruz kalınan travmatik deneyim ile ilişkilendirilen, bir kısmı ise travma ile dolaylı olarak ilişkilendirilen pek çok ruhsal bozukluk gelişmektedir. Bunlar;

a) Doğrudan travma ile ilişkilendirilen ruhsal bozukluklar

1- Akut Stres Reaksiyonu (ICD-10)

2- Akut Stres Bozukluğu

3- Travma Sonrası Stres Bozukluğu

4- Uyum Bozuklukları

b) Dolaylı olarak travma ile ilişkilendirilen ruhsal bozukluklar

1- Dissosiyatif Bozukluk

2- Borderline Kişilik Bozukluğu

3- Konversiyon Bozukluğu

4- Somatizasyon Bozukluğu

5- Yeme Bozuklukları

6- Depresyon

7- Diğer Anksiyete bozuklukları(yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, vb.)

8- Psikotik Bozukluklar olarak sınıflanmaktadır.

2.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.3.1 Tanım

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) DSM-IV-TR'de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Basım, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin) travmatik olayın arkasından bir aydan uzun süren yeniden yaşantılama, kaçınma, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık gibi özgül belirtilerin ortaya çıkması ve kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açması olarak tanımlanmaktadır.(1) Travmatik olaylara karşı gelişen bir aydan kısa süren tepkiler akut stres bozukluğu ve daha hafif olduklarında ise uyum bozukluğu olarak sınıflandırılır. Öznel sıkıntı ve duygusal rahatsızlık durumu olan uyum bozukluğunda tablo çeşitlidir. Depresif duygu durum, anksiyete veya kaygı (veya

bunların karışımı), üstesinden gelme yeteneksizliği hissi, plan yapma veya içinde bulunulan durumu sürdürmede yetenek kaybı, günlük olağan iş yapma gücünde azalma gibi belirtileri içerir. Akut stres bozukluğu ve TSSB'dan stres etkeninin genelde daha hafif olmasıyla ve TSSB'nin temel belirtilerinden olan yeniden yaşama belirtilerinin olmamasıyla ayrılmaktadır. Baskın özellik kısa veya uzamış depresif reaksiyon, diğer duyu ve davranış bozukluklarıdır (9).

TSSB gelişimi için risk grupları arasında yalnızca travmaya doğrudan maruz kalanlar değil, travmaya maruz kalan bireylerle çeşitli şekillerde ilişki kuran bireyler de yer alır. Bir olaya tanık olmak, travmatik bir olayın ayrıntılarını dinlemek ya da yalnızca olayla ilgili haberi duymak bile çeşitli düzeylerde travma yaratabilir ve ruhsal tepkilerin gelişmesine yol açabilir (10-12). Travmatik olayların ardından, mağdurların aileleri, yakınları, olayın hemen ardından arama-kurtarma çalışmalarında görev yapan profesyonel ve gönüllüler, ilk tıbbi girişimi yapan sağlık çalışanları, olayın ruhsal etkilerini önlemek ve gerekli ruhsal desteği vermek amacıyla girişimde bulunan ruh sağlığı çalışanları ve geniş ölçekli afetlerin ardından olayın etkilerini medyadan izleyen bireylerin de travmaya bağlı olarak gelişen birtakım belirtiler yaşayabileceği bildirilmiştir (13).

2.1.2 Tarihsel gelişim

Travmatik olayların ruh sağlığına etkileri eski çağlardan beri bilinmektedir ve toplumun çeşitli kesimleri tarafından bu gözlemler aktarılagelmiştir. Shakespeare'ın ünlü oyununda Lady Macbeth karakterinin Duncan'ın ölümünü aklından çıkartamaması ve travmayla ilişkili tepkilerinin canlı anlatımı, yine Pushkin'in Boros Godonov karakterinin Zarevich'in

öldürülüŖü ile ilgili anılarla sürekli uğraŖması bu gözlemlere örnek olarak verilebilir. 19yy'da Ŗiddetli biçimde yaŖanan travmanın psikolojik ve psikofizyolojik etkileri giderek daha çok ilgi çekmeye baŖlamıŖtır. Amerikan iç savaŖında savaŖmıŖ olan askerlerde fiziksel ve zihinsel tükenme ile “asker kalbi” (soldier’s heart) tanımlanmıŖtır. Da Costa, fiziksel belirtiler kabuslar ve sinirlilikten oluŖan bu duruma “aŖırı duyarlı kalp” (on irritabl heart) adını vermiŖtir (14). Birinci Dünya SavaŖı sırasında askerlerde gözlenen benzer belirtilere ise “mermi Ŗoku” (shell shock) adı verilmiŖtir. İkinci Dünya savaŖı sırasında travmanın etkisi “fizyonevroz” (physioneurosis) olarak adlandırılmıŖ ve stresin ruhsal etkileri giderek daha iyi tanınır ve ayırt edilir duruma gelmiŖtir(15). Travmaya bağlı olarak geliŖen tepkilerin sınıflandırılması İkinci Dünya SavaŖından sonraki dönemde DSM-I sınıflama sistemin de “genel stres reaksiyonu” (gross stress reaction) bölümlenmesi ile baŖlamıŖtır. Daha sonraki süreçte ise travmayla iliŖkili ruhsal hastalıkların önemi azalmıŖ ve “geçici durumsal rahatsızlık” olarak adlandırılmıŖtır. Vietnam savaŖından sonra travma mağdurlarının sayısındaki artma, özellikle savaŖ travmasına bağlı olarak geliŖen ve süreğen nitelik kazanan travma sonrası stres belirtilerinin yaygınlaŖması, ortaya çıkan sosyal ve mesleki işlevsellikteki bozulmayla birlikte 1980 yılında DSM-III sınıflama sisteminde önemli bir klinik antite olarak TSSB için ayrı bir tanıma yer verilmiŖ, DSM-III-R ve DSM-IV’de değişikler yapılmıŖ ve akut stres bozukluğu DSM-IV’de sınıflamaya eklenmiŖtir (16). Ŗu anda çalıŖmaları süren DSM-IV ve ICD-11 sınıflama sistemlerinin travma ile iliŖkili ruhsal bozuklukların ve özellikle TSSB’nun önemli bir antite olarak varlığını devam ettireceği, dissosiyatif

özellikler gösteren alt tip gibi bazı yeni alt bölümlerlerin ve alt tiplerin geliştirileceği öngörülmektedir (17).

2.3.3 Epidemiyoloji

TSSB gelişimi farklı toplumların sahip olduğu travma deneyimlerinin şiddetine, travma öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bir çok etkene, sosyal destek düzeyine, bireyin travmatik olay karşısındaki duyarlılığına ve var olan başa çıkma becerilerine göre farklılık göstermektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlık oranları da yukarıda tanımladığımız değişkenlere ve bunun dışında yaygınlık araştırmalarının örnekleme ve kullanılan ölçme araçlarına bağlı olarak farklılık gösterir (16). Erişkin nüfusta TSSB'nun yaşam boyu yaygınlığı % 1 ile % 12.3 arasında değişmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda en şiddetli travmalardan sonra bile nüfusun % 50'sinden fazlasında seyrek olarak TSSB ortaya çıktığı belirtilmiştir (18). Breslau ve arkadaşları yaptıkları çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerine göre A ölçütünü karşılayan bir travma ile karşılaşan kişilerde, TSSB riskini % 9.2 olarak bulmuşlardır (19). Ulusal Eşitlik Çalışmasında (National Comorbidity Survey) yaşam boyu TSSB yaygınlığının % 7.8 olduğu; en sık görülen travma biçiminin erkeklerde savaş ile ilişkili travmaları yaşamak ve tanık olmak, kadınlarda ise tecavüz yada cinsel tacize uğramak olduğu saptanmıştır (20). ABD'de yapılan epidemiyolojik alan araştırmasında da (Epidemiological Catchment Area), sivil nüfusta yaşam boyu TSSB yaygınlığı % 1 bulunmuştur. Davidson ve arkadaşları fiziksel saldırıya uğramış sivillerdeki yaygınlığı % 3.5 bulmuş ve benzer bir sonuca ulaşmıştır (16). Kadınlar üzerinde yapılan bir

çalışmada yaşam boyu travmaya maruz kalma oranının % 69, suça maruz kalma oranının ise % 36 olduğu saptanmış, yaşam boyu TSSB yaygınlığı % 12.3 bulunmuştur (21). Travmatik deneyimlerin hırsızlık, cinsel saldırıya uğrama, yangın, trafik kazası, örseleyici bir ölüme tanık olma, savaş alanında bulunma, fiziksel bir saldırı yaşama ve diğer felaketler olarak 10 ayrı biçimde bölümlendiği bir çalışmada, en yüksek TSSB yaygınlığı % 14 ile cinsel saldırıya uğrayan bireylerde bulunmuş, bunu % 13 ile fiziksel saldırıya uğrayanlar, % 12 ile trafik kazası geçirenler izlemiştir (22). Tutsak edilerek işkence görmek, sürekli ölüm tehdidi altında yaşamak bireylerde ruhsal tepkilere yol açar. Soykırım kurbanlarıyla yapılan çalışmalarda da; olguların % 46'sı TSSB tanı ölçütlerini karşılamıştır. Yine bir başka toplum temelli çalışmada soykırım yaşayan erkek mağdurların % 16'sının, kadın mağdurların ise % 23'ünün yaşadıkları travmalarla ilişkili olarak süreğen nitelikte sıkıntı yaşadıkları gözlenmiştir (16). TSSB kazalara bağlı olarak ta gelişebilmektedir. Londra'da, trenlerin önüne atlayan kişiler nedeniyle ölüm ve yaralanma vakalarına tanık olan tren sürücülerinin %16'sında TSSB geliştiği bildirilmiştir.(23) Afetler sonrasında gelişen TSSB vakaları da birçok çalışmanın ilgi alanıdır ve ülkemizde de en son yaşanan depremlerle birlikte bu konuya ilgi artmıştır. Yanardağı patlamasından sonra olaya maruz kalanlarla yapılan çalışmada yaşam boyu TSSB yaygınlığı % 3.6 olarak saptanırken, bu olaya maruz kalmayanlarda % 2.6 olarak bulunmuştur. Hindistan depreminden sonra yapılan çalışmada olguların % 59'unda psikiyatrik morbidite saptanmış ve bunun %23'ünü TSSB'nin oluşturduğu bildirilmiştir (24, 25). Başka çalışmalarda da benzeri bulgular elde edilmiştir. Örneğin TSSB

yaygınlığı 1988 Ermenistan depremi sonrası % 67 (26), Avustralya depremi sonrası % 18.3 (27), 1998’de Çin’de meydana gelen deprem sonrası % 24 olarak bildirilmiştir (28) Türkiye’de yapılan çalışmalarda 1999 depreminden 14 ay sonra yapılan çalışmada TSSB yaygınlığı % 23 olarak bulunmuştur (29).

Çalışmamızın konusu olan yardım edenlerde gelişen TSSB ile ilgili farklı araştırma grubu ve değerlendirme araçlarıyla yapılan, TSSB sıklığını araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bu çalışmalardan Amerika’da Iowa silah kulesi patlamasından sonra cesetlerin taşınması ve sınıflamasında görev yapanlarda bir ay sonra yapılan değerlendirmede TSSB yaygınlığı % 11 olarak bulunmuş ve olaydan 13 ay sonra ise azalarak % 2 düzeyine indiği gözlenmiştir (30). Avustralya’da orman yangını sonrası itfaiyecilerin uzun dönem izlendiği geleceğe dönük uzunlamasına bir çalışmada yangından dört ay sonra yapılan değerlendirmede itfaiyecilerin % 32’sinde TSSB saptanmış, bu oran 11. ayda % 27 ve 29. ayda ise % 30 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada 4. ayda TSSB tanısı konuşan vakaların % 52’sinin 29.ayda da TSSB tanısı aldığı gözlenmiştir. Çalışmaya katılan itfaiyecilerin % 20’sinde TSSB 11 aylık veya 29 aylık izlem sonunda ortaya çıkmıştır (31). Bu çalışmada elde edilen oranlar ilk çalışmada belirtilen oranlardan yüksektir. Yazarlar bu sonucu olasılıkla bu travmaya maruz kalanların daha fazla korku hissetmesine bağlamışlardır. Bu çalışmada olaydan sonra kişilerin % 20’si ölüme yakın olduklarını ve % 21’i panik hissettiklerini belirtmiş, % 27’si yaralanmış, % 12’si ise hastaneye kaldırılmıştır (30, 32). Diğer bir çalışmada uçak kazasına müdahale eden yardım ekiplerinde yer alan polis ve itfaiyecilerde olaydan sekiz yıl sonra yapılan değerlendirmede sindirim sistemi,

kardiyovaskuler sistem, kas-iskelet sistemi, solunum sistemi, sinir sistemi ve ciltle ilgili özgün olmayan belirtilere yaygın olarak rastlanmıştır. Ruhsal travmaya maruz kalanlarda TSSB, yorgunluk ve psikopatoloji düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (33). Taivan'daki Chi-Chi depremi sonrası profesyonel ve profesyonel olmayan kurtarma ekiplerinin değerlendirildiği bir çalışmada depremden bir ay sonra TSSB oranı profesyonel çalışanlarda %19.8 iken, profesyonel olmayanlarda % 31.8 olarak daha yüksek bulunmuştur (34). Bu alanda yapılan bir diğer çalışma 11 Eylül'de Dünya Ticaret Merkezi saldırılarından sonra kurtarma ve tedavi ekibinin fiziksel ve ruhsal tepkiler açısından izlendiği olarak dayanmaktadır. Saldırıdan sonraki 11 ay boyunca itfaiyecilerde 1277 stresle ilişkili olay gözlenmiştir. Bu oranın bir önceki 11 aya göre 17 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu artışa kişilerin sürekli olarak aynı olay yeri enkazına şahit olması ve cenaze törenlerinin neden olabileceği öne sürülmüştür (35). Yine olaydan 3 yıl sonra kurtarma ve tedavi ekibinde yer alan bireylerin değerlendirildiği bir diğer çalışmada depresyon, panik ve yaygın anksiyete bozukluğu yaygınlıkları her biri için %6 oranında bulunmuş, TSSB için bu oran %20 olarak saptanmıştır (36). Yoğun bakım çalışanları ile yapılan bir çalışmada ise yoğun bakım hemşirelerinin %24'ünde TSSB semptomları ortaya konmuş bu oran diğer hastane popülasyonunda %14 olarak bulunmuştur (37). Diğer bir çalışmada ise Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) hemşirelerinde bu oran %23, bulunmuş aynı çalışmada bu oran kemik iliği, yüksek riskli gebelik ünitesi gibi yüksek riskli yerlerde çalışanlarda %22 diğer yatan hastalara bakanlarda % 18 ve ayaktan hastalara bakanlarda %5 olarak bulunmuştur (38).

2.3.4 Etiyoloji

Bireyin maruz kaldığı travmaya bağlı olarak gelişen TSSB'nin oluş nedenleri konusunda kuramsal açıklamalar iki farklı görüş çerçevesinde şekillenmektedir. Birinci görüşte travmatik olay öncesinde bireyde var olan kaynakların ve bireye ait süreçlerin belirleyici olduğunu savunmaktadır. Diğer görüş ise yaşanan travma sonucu ortaya çıkan değişikliklerin TSSB'yi ortaya çıkardığını savunur. Bu bağlamda TSSB'nin oluş nedenlerinin açıklanmasında hem TSSB'ye yatkınlık yaratan hem de travma sonrasında ortaya çıkan ve TSSB gelişiminde belirleyici olan değişikliklerden söz edilecektir.

2.3.4.1 Stres etkenleri (Stresör)

Tanım gereği stres etkeni TSSB gelişimi açısından birincil nedensel etkidir. Bununla birlikte travmatik olaya maruz kalan her bireyde bozukluk belirtileri gelişmez. Stres etkeninin kendisi yalnız başına bozukluğa neden olmamaktadır. Önceden varolan bireysel biyolojik, ruhsal-toplumsal etkenler, olay öncesi, sırası ve sonrasında ilişkin etkenler ve deneyimler de belirleyicidir. Stres etkeninin birey için öznel anlamı ayrıca önemlidir. Örneğin kişinin felaketten kurtulmaktan dolayı yaşadığı suçluluk duygusu TSSB'ye yatkınlık yaratabilmekte, gelişme riskini artırabilmektedir.

2.3.4.2 Risk Etkenleri

Ulusal Komorbidite Çalışmasına göre (National Comorbidity Study-NCS)

kadınların % 60'ının ve erkeklerin % 50'sinin çeşitli travmalara maruz kalmasına rağmen yaşam boyu TSSB yaygınlığı yalnızca % 6.7 bulunmuştur. Benzer olarak bir kişi için sıradan görünen bir olay ya da çoğu insan için daha az katastrofik olan olaylar bir başkasında TSSB'ye yol açabilir. Etiyolojide rol oynayan etkenler Tablo 1'de sunulmuştur (39).

Tablo 1. TSSB'ye Yatkınlık Yaratan Etkenler

Çocukluk çağında travma yaşama
Borderline, paranoid, bağımlı ya da antisosyal kişilik özellikleri
Yetersiz aile ve yakın arkadaş desteği
Kadın olmak
Psikiyatrik hastalığa genetik yatkınlık
Son zamanlarda stresli olaylar yaşama
Dışsal kontrol odağı algısının baskın olması
Yakın zamanda aşırı alkol kullanımı

2.3.4.3 Psikodinamik teoriler

Psikanalitik modele göre travma önceden sessiz ve çözülmemiş duran çatışmaya aktive eder. Önceki çatışma yeni travma tarafından sembolik olarak yeniden ortaya çıkarılır. Çocukluk çağı travmasının yeniden canlanması, regresyon ve bastırma, inkar, reaksiyon formasyon, ve yapma-bozma gibi savunma düzeneklerinin kullanılmasıyla sonuçlanır. Kişinin nevrotik yatkınlık özellikleri ve çocukluk dönemiyle ilgili çatışma ve engellemelerinin çok olması durumunda, diğer insanlar için travmatik olmayan bir olay, bu kişide bozukluk gelişimine neden olabilir. Travma durumunda benlik aşırı uyarana maruz kaldığı için, benlik kontrolden çıkmış gibi hissetmekte ve kontrolü yeniden ele geçirmek

çabasıyla bir yol olarak önceki psikoseksüel gelişim basamaklarına gerilemektedir. TSSB’de görülen korkutucu rüyaların dinamik açıdan görevi, yeniden yaşama yoluyla gerilim yaratan duruma geç de olsa boşalım yolu sağlama ve engel olamadığı uyarılar üzerinde kontrol kazanmasına olanak sağlar. Bu başarıldığında, korkutucu rüyalar kaybolmakta ve uyku düzelmektedir.(40)

2.3.4.4 Bilişsel teoriler

TSSB’yi açıklamaya yönelik birkaç bilişsel kuram çerçevesinde farklı açıklamalar yapılmıştır. Bu açıklamalardan birinde TSSB’nin kişinin var olan şemaları ile tehdit edici olay sırasındaki algısını örtüştürme ve travmaya bağlı gelişen uyarılma ile kişinin bunu normal düzeyde tutma isteği arasındaki çatışmadan kaynaklandığı ileri sürülmüştür (41). Bir diğer yaklaşımda insanların benlik değeri, yakınlık bağımsızlık, güven, güç ve güvenlik gibi temel gereksinimlerine uygun olarak şemalar geliştirdiği, kişinin yaşamındaki karşılaştığı olaylarla bu şemaların uygun şekilde değiştiği veya geliştirildiği öne sürülmektedir. Travmatik olayın kişinin önceden var olan, dünyaya ve kendilik algısına ait yerleşik bilişsel şemaları bozduğu, travmanın niteliğine ve doğasına bağlı olarak olumsuz ve bireyin uyumunu bozacak nitelikte yeni şemaların oluştuğu belirtilmiştir (42). Bir başka kuramsal yaklaşım TSSB’nin bilgi işlemede ki kusurdan ileri geldiğini öne sürmektedir. Buna göre travmatik deneyimin yaşandığı andaki uyarılara ait bilgi sözel, davranışsal ve fizyolojik tepkiler olarak kişinin belleğinde “korku yapıları” olarak yerleşmekte kişi benzeri olayı yeniden yaşadığında bu bellek bölgesi aktive olmakta ve bireyin tehlikeli

durumlardan kaçınmasını sağlamaktadır. TSSB’de ise bu “korku yapılarının” daha geniş olduğu, uyaran fazlalığı ve yanıt fazlalığı içerdiği, özgün bir uyarandan çok geniş bir uyaran yelpazesine aşırı bir yanıt olduğu ve uyarımlarla kolayca ve hızlı bir şekilde yanıt geliştiği öne sürülmüştür (43). Bir diğer modele göre ise TSSB gelişimi kişinin dünyaya ve kendisine yönelik sahip olduğu temel varsayımların travmatik olayla birlikte bozulmasına dayanır. Bu temel varsayımlar yaşadığı dünyanın iyi, güvenli, anlamlı ve kendisinin değerli bir varlık olduğunu içermektedir. Kişinin bu temel inançlarının sarsılmasıyla, kişi tehlike ve ölüm tehdidi ile karşı karşıya kalır. Kişide çaresizlik, korku, endişe, ve huzursuzluk hali ortaya çıkar. Travma, kişinin felaketlerin iyi ve güvenli bir dünyada, değerli insanların başına gelmediği düşüncesi ile uyumsuz olduğundan, travma mağdurları dünyayı anlamlı ve düzenli bir yer olarak görmekten vazgeçmektedirler. Travmaya maruz kalan her bireyde TSSB belirtilerinin oluşmamasında daha önce bu kavramları sorgulamış bireylerin daha az TSSB geliştirmesinin yattığı öne sürülür. Travma sonrasında bireyin temel varsayımları zedelendiği halde insanlar sıklıkla güvenli ve anlamlı bir dünya inancını sürdürmektedir. Bu durumun dünyayı tehdit edici olarak görmekten kaçınma arzusuna bağlı olduğu belirtilmektedir (44-46). Diğer bir görüş ise bu açıklamalardan farklı olarak bireyin yaşanan travmatik olayı değerlendiren bilişsel yetileriyle ilişkili olduğunu öne sürer. Buna göre kişinin travmatize olması olayın şiddetiyle baş edemeyeceği algısına dayanmaktadır (47, 48). Benzer bir kuramsal açıklamada “atıf”larla ilgili açıklamadır. Burada bireyin travmatik deneyim sırasında yaşanan olayı anlama, sonucu öngörme ve kontrol etmek için çevreye

ve yaşadığı deneyimlere yönelik atıflar yaptığı, bireyin bu atıflarının olaya vereceği tepkiyi belirlediği vurgulanmaktadır (49, 50). Örneğin: tecavüze uğramasını, sarhoş olup suç işleme potansiyelinin yüksek olduğu bir yerde gece yalnız başına yürümesine atfeden bir tecavüz kurbanı, tecavüz olayını, içsel(kendi davranışlarıyla ilişkili), özgül(pek çok durumdan sadece bir durumu etkileyen) ve geçici(değiştirilebilir olaylar) etmenlere atfetmektedir. Travmatik olaylarla ilgili farklı atıflarında farklı baş etme ve uyum mekanizmalarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (46).

2.3.4.5 Biyolojik kuramlar

Nörotransmitter sistemleri

TSSB hastalarının büyük çoğunluğunda gözlenen artmış uyarılmışlık belirtileri sempatik sinir sisteminin aşırı çalışmasına bağlı olduğundan, noradrenerjik sistemin aşırı uyarılmış olduğu öne sürülmüş ve bu yönde birçok çalışma yürütülmüştür. Locus Ceruleus (LC) noradrenerjik nöronların en yoğun olduğu bölgedir. Bu bölge sinyal gürültü (signal-to-noise) oranını artırarak iç ve dış uyaranların etkisini artırmakta, uyarılma düzeyini ayarlamakta ve periferik sempatik tonusu artırmaktadır (51). Locus Ceruleus “travma merkezi” olarak da adlandırılır. Bu bölgede hasar oluşturulan hayvanların tehlikeli davranışlara daha fazla yöneldiği gözlenmiştir (52). Bu bölgenin yohimbin verilerek uyarılması, dezorganizasyon ve panik nöbetlerine neden olmaktadır (53). TSSB tanısı konan askerlerde yapılan bir çalışmada yohimbin uygulaması irkilme tepkisini artırırken kontrol grubunda bu durum gözlenmemiştir (54). Oniki Vietnam gazisi ve altı

sağlıklı bireyin karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada plazma noradrenalin düzeyi ölçülmüş, noradrenalin düzeyi normale göre düşük bulunmuştur (55). Bu durum uyarılmaya karşı noradrenerjik sistem yanıt verirken, istirahat halinde bunun görülmediği biçiminde yorumlanmıştır. Hayvanlar ve insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, yaratılan stresin ardından idrar dopamin düzeylerinde artış gözlenmiş, TSSB'nin etiolojisinde dopaminin de rolü olabileceği öne sürülmüştür. Bazı araştırmaların bulguları ayrıca mezolimbik yolakta strese bağlı dopamin salınımının Hipotalamo-Pituiter-Adrenal aksın (HPA) yanıtını etkileyebileceğini göstermektedir (56).

TSSB etiolojisinde rol oynayan diğer sistem serotonerjik sistemdir. Serotonerjik sistem kortikotropin salıverici hormon (CRH) ve noradrenerjik sistem ile karşılıklı etkileşimle affekt ve strese cevabı koordine eder. Dolaylı kanıtlar dürtüsellik, düşmanlık (hostilite), saldırganlık (agresyon), depresyon ve intihar riskini içeren TSSB patofizyolojisinde serotoninin rolüne vurgu yapmaktadır. TSSB'nin tedavisinde kullanılan serotonin geri alım inhibitörlerinin olumlu etki göstermesi de bu görüşü desteklemektedir. Bu konudaki diğer kanıtların ise TSSB olgularında serum serotonin konsantrasyonlarının düşük bulunması ve trombositlerin serotonin geri alım bölgesinin yoğunluğunda azalma olması olduğunu belirtilmektedir (56-58).

Nöroendokrin sistem ve Hipotalamo-Pituiter-Adrenal Aks (HPA)

Strese verilen nöroendokrin yanıtlar, öncelikli olarak HPA eksenini üzerinden düzenlenmektedir. Sağlıklı bir insan stres kaynağı ile karşılaştığında, hipotalamusun aktivasyonu sonucu CRH ve arginin vazopresin salınımı

gerçekleşir. Bu hormonlar hipofizdeki adrenokortikotropin-saliverici hormon(ACTH) aracılığıyla adrenal bezlere etki göstererek, glukokortikoidlerin (başlıcası kortizol) hızlı bir şekilde kan dolaşımına geçmesini sağlamaktadır. Glukokortikoidler, yukarıda sözü edilen noradrenerjik sistem ile birlikte stres yaratan durum karşısında, stresle başa çıkmayı ortalama düzeyde tutabilmek için bedende ortaya çıkan kardiyovasküler tonusta artış, kaslarda enerji birikimi, bağışıklık sisteminin harekete geçirilmesi, üreme fizyolojisi ve iştahın baskılanması, beyin kan akımında ve bilişsel fonksiyonlarda artış gibi değişikliklerden birinci derecede sorumludurlar. Glukokortikoidler strese karşı oluşan bu yanıtın sonlandırılmasında da görev alırlar. Ortalama düzeyde glukokortikoid salındıktan sonra bunun miktardaki artış hipokampus üzerinden hipotalamusa negatif geri besleme (feedback) yoluyla HPA'daki glukokortikoid salınımının durmasına yol açan sinyaller göndermektedir. Böylece hücreler glukokortikoidlerin zarar verici düzeyde etkilerine daha fazla maruz kalmamaktadır (59, 60). HPA aksı strese yanıt durumlarında gerekli olduğunda harekete geçmeyerek, gerekmediği bir durumda harekete geçerek stres kaynağına yanıt oluştuktan sonra ise sonlanmayarak normal işlevinde sapmalar gösterebilmektedir. TSSB ile ilgili yapılan birçok çalışmada farklı zaman, grup, yöntemler ve ilişkili etkenler dikkate alınarak kortizol düzeyleri ölçülmüştür. Bir meta-analizde en güçlü kortizol yanıtının, kişinin öz kimliğinin (self identity) bir özelliğinin başkaları tarafından olumsuzca yargılandığı stres nedenlerini tanımlamak için kullandıkları “sosyal değerlendirilme tehditleri”nin (social-evaluative threats) varlığında ortaya çıktığını göstermişlerdir. Kişinin bireysel

özellikleri bu kavramın gelişiminde belirleyici olmakta ve belli bir stres kaynağına verilen yanıtı belirlemektedir (61). Beden kortizol düzeylerindeki akut ve geçici artışlarla başa çıkabilmek için çeşitli mekanizmalara sahip olsa da TSSB'ye neden olan aşırı travma HPA regülasyonunda uzun süreli bozulmalara yol açıyor gözükmektedir (5). TSSB'de pek çok travma türü ile yapılmış çalışmalar vardır. Doğal afet kurbanlarıyla yapılan bir çalışmada afetden bir ay sonra çevresel olarak olaydan etkilenenlere göre doğrudan etkilenenlerde kortizol düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (62). Otuzdokuz TSSB olgusunun 44 sağlıklı bireyle karşılaştırıldığı yakın zamanda yapılan bir çalışmada düşük kortizol düzeyleri ile yüksek TSSB semptom şiddeti arasında ilişki saptanırken; düşük kortizol değerleri ile ortalama değer üzerinde semptom şiddeti düzeyine sahip olan bireylerde bu ilişki daha güçlü olarak bulunmuştur (63). Kitlemel felaketler yaşamış ve TSSB tanısı konan kişilerle yapılan çalışmalarda tümünde kortizol düzeylerinin düşük bulunduğu bildirilmiştir (64, 65). Savaş gazileri ile yapılan bir dizi çalışmada 24 saatlik idrarda serbest kortizol değerleri, sağlıklı kontrollerden ve başka ruhsal bozukluğu bulunan kontrollerden daha düşük bulunmuştur. TSSB olgularında ayrıca kortizol aralığının daha dar olduğu belirtilmiştir (66, 67). Endokrin değışikliklerin araştırılmasında önemli olan bir diğer nokta geçmiş travma öyküsünün değerlendirilmesidir. Geçmişlerinde travma öyküsü olanlarda travmatik deneyimin hemen sonrasındaki düşük kortizol düzeyleri, travma sonrasındaki üç aylık süreçte TSSB gelişme olasılığının daha yüksek olması ile ilişkili bulunmuştur. Geçmişlerinde travma öyküsü olmayanlarda ise yüksek kortizol düzeyleri belirti şiddetinin yüksekliği ile ilişkili bulunmuştur (68). Sonuç

olarak travmayla ilişkili olarak ortaya çıkan endokrin değişikliklerin değerlendirildiği bir derlemede TSSB bulunan kişilerde glukokortikoidlere daha uzun süre ve daha yüksek şiddette maruz kalma sonucu hipokampal hacimde küçülme olduğu saptanmıştır. TSSB’de zamanla kortizol değerlerinin düştüğü belirtilmişse de, travmaya maruz kalan bireyler travmayı ilk yaşadıkları dönemde ve stres etkeni ile karşılaştıkları akut dönemde kortizolün yükseldiği düşünülmektedir (5). Bir başka çalışmada ise HPA değişikliklerinin TSSB’nin kaçınma semptomları ile ilişkilendirilebileceği, noradrenerjik sistemin ise zorlayıcı (intruzif) düşünceler ve artmış uyarılmadan sorumlu olduğu öne sürülmüştür.(69)

Opioid sistemi

Opioid sisteminin akut stres yanıtında stresin tetiklediği analjezide rolü olduğu gösterilmiştir. Hayvan çalışmalarında yineleyen şekilde aynı travmaya maruz kalan canlıda analjezi geliştiği gösterilmiştir. Bu analjezik etkinin ise naloksan ile ortadan kalktığı gösterilmiştir (70). İnsanlarda yapılan benzer bir çalışmada Vietnam gazilerinde travmatik deneyimlerin tekrar hatırlatıldığı anlarda ağrıya karşı eşiğin yükseldiği gözlenmiş ve bu durumun yine naloksan ile kaybolduğu bildirilmiştir. Uzamış stresin beyindeki opioid reseptörlerini, dışarıdan opioid uygulamasına benzer şekilde uyardığı gösterilmiştir. Naloksan verilmesi veya stresli durumun ortadan kalkmasıyla opioid çekilme belirtilerinin gösterilmesi de yine endojen opioid sisteminin rolüne işaret etmektedir (71).

GABA ve Glutamat

Alkol ve Benzodiazepinlerin TSSB hastalarındaki belirtilerde rahatlama sağlaması GABA ile ilgili çalışmaları artırmıştır. GABA ile yakın ilişkili olan glutamat sistemi de yine TSSB ile ilişkilidir. Aşırı stres sonucu GABA sisteminde down regülasyon ve glutamat sisteminin etkinliğinin artmasının travmatik anların belleğe yerleşmesinden sorumlu olduğu ve bununda izleyen dönemdeki “flashback”ler ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (72).

2.3.5 Klinik özellikler

Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, travmatik olay esnasında veya sonrasında ortaya çıkan ve travmanın türü, şiddeti, sıklığı, yaşanış şekli, yaşadığı yerin sosyokültürel, ekonomik, coğrafik özellikleri gibi dışsal özellikler ve bireyin cinsiyet, önceki travma, psikiyatrik öykü, bireye ait başa çıkma düzenekleri ve diğer bireysel özelliklerin orta çıkan belirtileri etkilediği klinik bir durumdur. Travma kurbanının travma öncesi ve sonrasında yaşadığı süreç TSSB'nin klinik görünümünü şekillendirir. Bu süreç genel olarak beş aşamada gerçekleşir.

1- Karmaşa aşaması: Bu dönem “şok” aşaması olarak ta adlandırılır. Mağdur kontrolünü kaybeder, travmatik olay üzerinde kontrol sağlamak için bilinçli bir çaba bu dönemde gösteremez. Travma mağdurunun olayla ilgili öznel algısına bağlı olarak güvende olduğu hissi oluşuncaya dek ya da travmatik olayın ilk “vuruş etkisi” etkisi ortadan kalkıncaya kadar sürmektedir.

2- Rahatlama ve şaşkınlık aşaması: Travmanın “vuruş etkisi” ortadan kalktıktan sonra geçici bir rahatlama olur. Ardından şaşkınlık döneminde mağdurda ne olduğu, neden olduğu ve sonuçları hakkında bir yargılama süreci başlar.

3- Kaçınma aşaması: Mağdur travmayı çağrıştıran her türlü uyarandan kendini uzak tutmaya çalışır. Bu yüzden sosyal ortamlardan kaçınır ve içe kapanır. Bu yolla kişi olası korku, gerginlik, huzursuzluk ve anksiyetesini azaltmaya çalışır.

4- Yeniden değerlendirme aşaması: Travma ile yeniden yüzleşme aşamasıdır. Mağdur travmatik süreci zihninde tekrar gözden geçirir. Bunu paylaşarak, zihinsel değerlendirmeden geçirip yorumlayarak yapar ve önceden beri süregelen dünya ve kendiyile ilgili yerleşik inançlarına uydurmaya çalışır. Olayın istem dışı anımsanması ve rüyalarda ortaya çıkması ise aslında olayı kontrol altına alma çabasının yansımalarıdır. Bu dönem çok uzun bir zaman sürebilir.

5- Uyum aşaması: Travmaya maruz kalan bireyin bu son döneme gelebilmesi için, olayı, olay esnasındaki davranışlarını ve izleyen süreçte yaşananları özümsemesi gerekir.

Her travma mağduru sonuçta uyum dönemine ulaşamayabilir. Uyum dönemine ulaşmada, kişinin travma öncesi özellikler, başa çıkma gücü, olayın şiddeti, görülen zararın düzeyi, olay sonrası toplumsal, ruhsal, tıbbi destek görüp görmemeleri de bu süreçte belirleyicidir. Bu süreçten sonra TSSB gelişen kişilerdeki belirtiler 3 grupta toplanır. Bunlar yeniden yaşama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirtileridir (73).

Yeniden yaşama belirtileri, istek dışı yinelenen düşünceler, duygular veya fiziksel belirtiler şeklinde travmatik olayın yeniden anımsanmasıdır. En tipik yeniden yaşama belirtisi geçici geriye dönme nöbetleri (flashback) olarak görülür. Travma mağduru bu durumda olay yeniden oluyor duygusuna kapılabilir ya da bu yönde davranışlar sergileyebilir. Travmayla ilişkisi olan kokular bile, belirtilerin

ortaya çıkmasına neden olabilir.(74) Travmatik olayı çağrıştıran rüyalarda görmekte bir yeniden yaşama belirtisidir. Kişi rüyalarında tekrar tekrar travmatik olayı görmekte ve bundan büyük sıkıntı duymaktadır.

Kaçınma belirtileri olan bireyler travmatik olayı anımsatan her türlü durumdan uzak durmaktadır. Kişinin ayrıca bunlara karşı genel tepki düzeyinde azalma da meydana gelebilir. Olgular travmayı çağrıştıran duygular, düşünceler ve ortamlardan bilinçli olarak kaçınmakta ve bu durumdan hasta yakınmamaktadır. Travma sonucu sevdiklerini kaybedenlerin, yeniden sevmeye bağlanma korkusu taşıdıkları için, insanlardan uzak durmaya, yakın ilişkiler kurmamaya çalıştıkları ifade edilmektedir. Sevgi, bağlanma gibi duygular travmatik olayı tekrar canlandırabileceği, bununda kaçınma davranışlarına yol açabileceği belirtilmektedir. Ortaya çıkan kaçınma belirtileri nedeniyle TSSB olgularında çevreden kopma ve duygusal kntleşmenin yanısıra, çevrede olanlara karşı göreceli yanıtızlık gelişebilmektedir. Duygusal tepkileri azalmış ya da kısıtlanmış olan bu bireylerde sevgi, yakınlık, paylaşım, cinsellik gibi duyguların eskisi gibi yaşanmadığı bir “duygusal anestezi”den söz edilmektedir (75).

Artmış uyarılmışlık belirtileri içinde uyku bozuklukları daha fazla görülmektedir. Sıklıkla uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede bozukluk biçiminde görülür. Bunun yanında uyaran tepki verme eşiğinin düşmesi (irritabilite), öfke patlamaları, yoğunlaşma güçlüğü, irkilme tepkileri ortaya çıkar. Travmatik olay her an tekrar yaşanacak duygusu aşırı tedirginlik ve tetikte olma hissi, kendini diken üstünde hissetme TSSB tanısı konan bireylerde en yaygın

görülen aşırı uyarılma belirtisidir. Aşırı uyarılma belirtileri bulunan hastalarda kısıtlı affekt, amnezi, ve suçluluk duyguları daha seyrek görülmektedir (76).

TSSB'nin yoğun iş yükü altında çalışan yöneticilerde, ölüm sürecinde olan eşine ve yakınlarına bakım veren kadınlarda doğum sonrasında ya da kanser yaşamış kişilerde de görüldüğü bildirilmiştir (77-79). Bu olaylar tek bir olaydan çok süreğen durumlardır. Ancak bireyin fizik bütünlüğüne yönelik tehdit oluşan durumlar daha ağır sonuçlar ortaya çıkmasına yol açmaktadır (80). TSSB'de mide-barsak sistemi ile ilişkili yakınmalar, kaslarla ilgili yakınmalar, halsizlik ve fiziksel düşünlük gibi somatoform belirtilerde sık görülmektedir (16).

Klinik altgruplar

Savaş travması

Savaş sırasında yaşanan travmalar genellikle kümülatiftir, eşdeyişle zaman içinde birikerek artar. Askerlik döneminin başlaması ile birlikte bireyin günlük yaşamı, sosyal çevresi de kesintiye uğramaktadır. Bu yüzden içinde yaşanan çevre aracılığıyla engellenen duygu ve davranışlar, denetlenmesi mümkün olmadığında, giderek olağan hale gelir. Savaşa katılan askerler öfke ve saldırganlık duygularını savunmasız kişilere yansıtabilirler. Savaş sırasında işlenen suçlar ve bunu izleyen suçluluk duyguları da TSSB gelişme riskini artırmaktadır (80-82). Vietnam savaşına katılan askerlerde suçluluk duyguları da intihar girişimi ilişkili bulunmuştur (83). Klinik olarak görülen diğer bir durumda batılı toplumlarda görülen belirtilerin aksine doğu toplumlarında duygu dışavurumunun uygun bulunmadığı kültürlerde TSSB'nin daha çok bedensel belirtiler şeklinde ifade edilmesidir.(84) Savaş travmasına maruz kalanlarda

gözlenen bir başka durumda bu bireylerin eşleri ve çocuklarında da benzer TSSB belirtilerinin gözlenmesidir (85).

Soykırım kurbanları

Soykırım kurbanları tek bir travmaya maruz kalanlara göre farklı özellikler gösteren belirti kümesine sahiptir. Kişiler travma ortamında var olan belirsizlik ve güçsüzlük durumuna aylar yada yıllarla ifade edilecek biçimde uzun süre boyunca maruz kalmaktadırlar. Bu deneyim bireyin kültürel geçmişi ve süreklilik duygularının kaybına yol açar. Örneğin soykırımdan kurtulan Yahudilerin, birçoğu tüm aile ve arkadaşlarını, evlerini, ülkelerini, geleceklerini, yaşam tarzlarını ve kültürlerini yitirmişlerdir. Ayrıca fiziksel ve ruhsal açıdan sürekli kötü muameleye maruz kalmışlardır. Bu kişiler kurtulduklarında ise göç ve yeni bir kültüre uyum sağlamanın getirdiği sıkıntılarla karşı karşıya kalmışlardır (86). Bu kişilerde gözlenen duyguların bastırılmasının travma sürecinde koruyucu bir işlev gördüğü ifade edilmektedir. Ancak bu bireyler kurtulduktan sonra bastırma çabasının azalması ile anksiyete ve depresyonun ortaya çıktığı belirtilmektedir (16). Bu kişilerde ayrıca uzamış depresyon ve anksiyete belirtileri yanında, zorlayıcı düşünceler ve düşlemler, aşırı dikkatlilik (hipervijilans), Huzursuzluk (ajitasyon), yerinde duramama, aşırı endişelenme ve güçsüzlük, baş ağrısı, mide yakınmaları gibi bedensel yakınmalar gözlenmiştir.(87)

İşkenceye bağlı travma

İşkence sırasında kişi küçük düşürme, tükenme, fiziksel yaralanma ve geleceği ile ilgili belirsizlik durumları yaşamaktadır. İşkencenin beklenmedik olması, beklenen bir durum olmasına göre daha şiddetli etkilere neden olmaktadır.

Ülkemizde yapılan bir çalışma da işkencenin algılanan şiddeti ile TSSB belirtileri ilişkili bulunurken, anksiyete ve depresyon belirtileri daha çok kişinin sosyal destek sistemleriyle ilişkilendirilmiştir (88).

Suç ve şiddete bağlı travma

Bu konudaki çalışmalar daha çok tecavüz kurbanlarıyla yapılmıştır (16). Diğer suçlara kıyasla tecavüz sonrasında TSSB daha sık ortaya çıkmaktadır. Kişilerde anksiyete ile birlikte küçük düşme, kendini suçlama, utanma, öfke ve intikam isteği gibi duygular gelişmekte, ayrıca tecavüz kurbanlarında sıklıkla özsaygıda belirgin azalma olmaktadır. Bu kişilerde klinik belirtiler genellikle TSSB belirtileri ve fobik belirtiler şeklinde ortaya çıkmaktadır (89). Sosyal açıdan desteklenmeme ve kendini suçlama bu belirtilerin süreğenlik kazanması ile ilişkili bulunmuştur (90).

Kaza kurbanları

Kazalara bağlı gelişen klinik belirtiler arasında TSSB belirtileri yanında fobik belirtiler, depresyon belirtileri, sinirlilik, gerginlik, anksiyete belirtileri sıklıkla görülmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda kişilerin tazminat beklentileriyle bu belirtiler karmaşık hale gelebilmektedir. Bu olgularda gözlenen belirtilerin yasal konular çözüme kavuşturulduktan sonra gerilediği belirtilmektedir (91, 92). Trafik kazalarından sağ kurtulan kişilerle yapılan bir çalışmada araba kullanmadan kaçınma ve araç içinde panik atağı geçirme korkusu yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Diğer bir çalışmada ise TSSB olan bireylerde altı aylık dönemde kaçınma ve duygusal küntlük belirtilerinin aşırı uyarılmaya göre belirgin olarak daha fazla iyileştiği gözlenmiştir (93).

Afet kurbanları

Afetlerin ani bir şekilde gerçekleşmesi ve çok sayıda kişiyi etkilemesi nedeniyle akut dönemde yaşananlar ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bir çalışmada afet deneyimi sonrasında kişilerin %12-25'i heyecana kapılmadan kalırken, % 75'i şaşkınlık yaşamakta ve kooperasyonunu korumakta, %12'sinde ise uygunsuz davranışlar görülmüştür (94). İnsan eliyle gelişen afetlerde uzamış belirtiler doğal felaketlere göre daha çok görülmektedir. Belirtiler kadın ve erkek nüfusta farklılık göstermekte; kadınlarda TSSB, anksiyete ve depresyon daha sık görülürken, erkeklerde bedensel belirtiler, alkol kötüye kullanımı ve saldırgan davranışlar daha sık ortaya çıkmaktadır. (95) Ülkemizde 1999 yılında meydana gelen depremler sonrası pek çok çalışma yapılmıştır. Deprem sonrası gelişen ruhsal sorunların oldukça yaygın olduğu ve yıllar boyu sürebildiği gösterilmiştir. Marmara Depremi sonrası çeşitli zaman dilimlerinde, toplum temelli çalışmalarda TSSB oranlarının % 8 ile % 63, depresyonun ise % 11 ile % 42 arasında değiştiği bildirilmiştir. Sağlık çalışanları, yardım ekipleri gibi yüksek risk altındaki gruplarda ise bu oranlar TSSB için % 2.7 ile % 8.5, Depresyon için % 1 ile % 4.5 arasında değişmektedir (96).

Yardım edenlerde travma

Travma Sonrası Stres Bozukluğu alanındaki çalışmalarda son otuz yıldır üzerinde durulan ve üzerine kaynak bilgilerinin giderek arttığı konulardan biri ise yardım çalışanlarında ortaya çıkan travma sonrası ruhsal bozukluklar konusudur. Bu alanda çalışanların işinden aldığı doyumunu, tükenmişlik derecelerini, yaşam

kalitesi etkilediğinden ve travma mağduru ile benzer belirtileri göstermeleri ve işlevsellik kaybına yol açması açısından önemli bir araştırma alanıdır. Bu alanda çalışan itfaiyeciler, polisler, çocuk koruma merkezi çalışanları, arama-kurtarma ekipleri, ambulans çalışanları ve şoförleri, acil çalışanları risk grubunu oluşturmaktadır. Bu risk gruplarında maruz kalınan travmatik deneyimle ilişkili istek dışı gelen düşünceler, travmatik olaya ait anılar, konsantrasyonda bozulma, uyku bozuklukları, fobik kaçınma, akut stres reaksiyonu gibi belirtiler veya belirti kümeleri yanında olguların TSSB kriterlerini tam olarak karşıladığına ilişkin bulgular içeren yayınların sayısı her geçen gün giderek artmaktadır (97). Afet alanında çalışanlarla yapılan birçok çalışma ölüme yakın çalışmanın yüksek riskli doğasını göstermektedir (98). Bir çalışmada deprem sonrasında acil çalışanlarının % 9'unda psikiyatrik bozukluk düzeyine erişen belirtiler olduğu bildirilmiştir (99-101). Bu meslek gruplarında TSSB gelişimiyle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, bireylerin cinsiyetleri, önceki travma öyküleri, günlük çalışma süreleri ve koşulları, meslekteki çalışma süresi, sosyal destek ve başa çıkma becerileri gibi etkenlerin, olaya tanık olmasının veya müdahale etmesinin ve ayrıca karşılaştıkları olgularla özdeşim yapmasının TSSB gelişiminde önemli risk etkenleri olduğu gösterilmiştir (102-104).

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) yüksek hasta mortalite ve morbiditesi, bunun yanında günlük etik çıkmazlar ve gerilim dolu atmosferi yüzünden stres dolu çalışma ortamlarıdır. YB hemşireleri bu üniteye çalışmalarıyla ilişkili olarak, kritik hastalardaki yaşamın sonu ile ilişkili gereksinimlere, kardiyopulmoner resusitasyona, ölüm sonrası bakıma ve yaşamı uzatmak için

kullanılan ek desteklere yineleyici biçimde maruz kalırlar (105). Tekrarlayan bir biçimde bu uç stresörlere maruz kalma ve YBÜ uyum sağlamadaki sorunlar bazı yoğun bakım hemşirelerinde TSSB veya depresyon gibi bazı psikolojik sorunların gelişmesine neden olduğu gösterilmiştir (105). Yapılan çalışmalarda YBÜ'de kalan ve sağ kurtulan kişilerde yapılan araştırmalarda bu kişilerde TSSB yüksek olarak bulunmuştur (106). Ayrıca YBÜ kalan hastaların ailelerinin 1/3'ünde ılımlı veya orta derecede hastaların yaşamının sona ermesiyle ilgili düşünceler ve bununla ilişkili TSSB belirtileri bildirilmiştir (107). YBÜ'de çalışan personelin büyük çoğunluğunu hemşireler oluşturmaktadır. Bu yüzden yapılan çalışmalar da ağırlıklı olarak bu meslek grubu değerlendirilmiş ve bu alanda oluşan eleman açığı çalışanların YBÜ'den ayrılmalarındaki artmayla ilişkili bulmuşlardır. 700 hemşire ile telefon görüşmesi aracılığıyla yapılan bir çalışmada kişiler işlerinden ayrılmalarının en yaygın gerekçesi olarak daha az stresli bir pozisyonda çalışma isteklerini göstermişlerdir (108, 109).

2.3.6 Tanı ve Eşik altı (subsendromal) durumlar

Travma sonucu gelişen psikiyatrik rahatsızlıkları belirlemek amacıyla çeşitli sınıflama sistemleri geliştirilmiştir. Bunlar DSM-III ayrı bir tanıma yer verilmiş olan TSSB ve DSM-IV'de yer verilmiş olan travmaya karşı verilen daha erken ve geçici bir yanıt olan akut stres bozukluğudur.

Akut stres bozukluğu travmaya karşı verilen ilk yanıt olup fenomenolojik olarak TSSB ile ilişkilidir. Akut stres bozukluğu ilk olarak savaş mağdurlarında ortaya konmuştur. Yerinde duramama, psikomotor yavaşlama, sosyal çekilme,

sempatik sinir sistemi aktivasyonuna ait bulgular, artmış irkilme, konfüzyon, disosiasyon, amnezi, farkındalıkta azalama, derealizasyon, bulantı, kusma ve paranoid düşünceler gibi belirtiler akut stres bozukluğunda görülmektedir. Tanı için belirtiler travmadan sonra en az iki gün sürmeli ve 1 ay içinde kaybolmalıdır. Belirtiler TSSB'ye benzemektedir ancak akut stres bozukluğunda belirtiler daha değişken olup, değişik biçimlerde görüldüğü bildirilmiştir (16). İsraili askerlerden oluşan bir grupta akut stres bozukluğu yaşayan askerlerin % 56'sına izleminde TSSB tanısı konurken akut stres bozukluğu konmayanlarda bu oran % 17 olarak bulunmuştur (110).

TSSB tanısının konması için gereken DSM kriterleri altı bölüme ayrılmıştır.(Tablo 2) A ölçütünde travmatik stres etkeni tanımlanmıştır. DSM-IV bu açıdan travmayı kişide güçlü bir yanıtı yol açtığı sürece geniş bir ölçüde tanımlamaktadır. B ölçütünde travmatik olayı sürekli yeniden yaşıyormuş duygularının eşlik etmesinden oluşan beş madde yer almaktadır. C ölçütünde ise travmayı anımsatıcı uyaranlardan kaçınmayı içeren yedi alan belirtilmiştir. Son olarak D ölçütünde kişinin aşırı uyarılmışlık belirtilerinin değerlendirilmesi yer alır ve beş madde den oluşur. E ölçütü bu yaşanan belirtilerin 1 aydan uzun sürmesi gerekliliğini içerir. F ölçütü ise bu belirtilere bağlı kişide klinik olarak anlamlı işlevselliğinde bozulma olmasına vurgu yapar. TSSB tanısı konulabilmesi için kişinin en az bir yeniden yaşama, üç kaçınma ve iki aşırı irkilme belirtisi göstermesi, ve bu belirtilerin bir aydan uzun sürmesi ve bireyin özel, sosyal ya da mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açması gerekir.

Tablo 2. DSM-IV-TR TSSB Tanı Kriterleri

<p>A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:</p> <ol style="list-style-type: none">(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 (Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler). <p>B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.</p> <ol style="list-style-type: none">(1) Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır (Küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler).(2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme (Çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler).(3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illizyonları, hallüsinasyonları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını 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 <p>C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)</p> <ol style="list-style-type: none">(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 yabancılaştığı duyguları(6) Duygulanımda kısıtlılık (örneğin sevme duygusunu yaşayamama)(7) Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. Bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama) <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) Irrabilite 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.</p>

Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının 10. Baskısında (ICD-10) TSSB tanı ölçütleri Tablo 3’de sunulmuştur. ICD-10’da kişinin belirtiler başlamadan önceki altı aylık süre içerisinde çok ağır bir travmatik olay yaşamasına vurgu yapılmıştır. Buna göre TSSB belirtileri travmadan sonra altı aydan uzun bir süre sonra ortaya çıkarsa “olası” TSSB konur. Yine DSM’den farklı olarak duygusal açıdan kişilerle mesafe hissetme, duygusal küntleşme, uyarılardan kaçınma ICD’de temel vurgular arasında değildir (9).

Tablo 3. ICD-10 TSSB Tanı Kriterleri

<p>Hemen herkeste sıkıntıya yol açabilen bir doğal felakete (kısa veya uzun süreli) veya kişiyi tehdit eden stresli olaylara veya durumlara karşı, gecikmiş yada uzamış olarak ortaya çıkan bir cevaptır.</p> <p>Kişilik özellikleri (kompulsif, asterik gibi), kişide önceden nevroitik hastalığın bulunması hazırlayıcı bir faktördür ve bu sendromun gelişimi için eşiği düşürür veya gidişi alevlendirir. Fakat bu hazırlayıcı faktörler bozukluğun ortaya çıkmasını açıklamada ne gerekli nede yeterli değildir.</p> <p>Tipik özellikler olarak; geri dönüşler, rüyalarla travmanın tekrarlayıcı bir şekilde yaşanmasıdır, temelde inatçı bir (“duygusuzluk”) hali, duygusal küntleşme, diğer insanlardan uzaklaşma çevreye karşı cevapsızlık, zevk alamama, travmayı hatırlatacak etkinliklerden ve durumlardan kaçınma vardır. Genellikle otonomik aşırı uyarılmışlık, tetikte olma, aşırı irkilme ve uykusuzluk vardır. Yukarıdaki belirti ve bulgulara anksiyete ve depresyon eşlik eder. İntihar fikri seyrek değildir.</p> <p>Başlangıç travmayı takiben birkaç haftadan aylara adar değişen bir süreden sonra görülür. Seyir dalgalıdır. Fakat olguların çoğunluğunda iyileşme umulabilir. Olguların küçük bir kısmı da durum kronik bir seyir gösterebilir. Yıllarca sürer. Kalıcı kişilik değişimine dönüşebilir.</p>

TSSB’nin DSM’de belirtilen tanı kriterlerinin katı bir biçimde sınırlandırılması çeşitli tartışmaları da birlikte getirmektedir. Bu tartışmalar DSM ölçütlerini karşılamayan ancak işlevselliği bozulan olguları ve DSM ölçütlerini karşıladığı halde işlevselliği bozulmamış olguları kapsamaktadır. Bu olgular “borderline” “parsiyel” yada “subsendromal” isimlendirmeleriyle tanımlanmaktadır. “Borderline TSSB” B, C ve D ölçütlerinden en az ikisini karşılayan olgular için kullanılmaktadır. Eşik altı durumlar ise travmaya bağlı

belirtiler yaşıyan ancak tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan olguları tanımlamaktadır (111). Bununla ilgili yapılan bir çalışmada Vietnam gazilerinde TSSB yaygınlığı erkeklerde % 30.9, kadınlarda % 26.9 oranında bulunurken, parsiyel TSSB yaygınlığı % 22.5 ve % 21.2 bulunmuştur (112). Türkiye’de Sivas olayları mağdurlarıyla yapılan çalışmada 79 olgunun 45’inde 18 aylık takip dönemlerinin birinde “borderline TSSB” tanısı konmuştur (113). Bu çalışmaların ortaya koyduğu tartışmalar TSSB olgularının izlem sürecinde gösterdiği belirti kümelerinin kimi zaman tanı ölçütlerini karşılaması kimi zaman karşılamamasının bu bireylerin psikiyatrik değerlendirmesi ve izleminde zorluklara yol açtığı, yine travma sonucunda etkilenen bireylerin sayısının tam olarak bilinmemesi gibi bazı güçlükleri beraberinde getirdiği görülmektedir. Bir diğer önemli sonuç ise travmaya maruz kaldığı ve birçok ruhsal belirti sergilediği halde tanı ölçütlerini karşılamayan olguların yeterli destek ve tedaviye ulaşamaması ya da yanlış tanıları konması nedeniyle uygun tedavinin uygulanmaması sorunudur.

2.3.7 Ayırıcı tanı ve Komorbidite

Travmatik bir deneyim sonrasında TSSB belirtileri tipik olarak her zaman ortaya çıkmadığı gibi tanı konulması da her zaman kolay olmamaktadır. Eşlik eden anksiyete, fobik belirtiler, panik ve depresyon belirtilerinin varlığı bu belirtilerin TSSB ile ilişkili olup olmadığını anlamayı zorlaştırmaktadır. Bu belirtiler TSSB öncesi ya da sonrasında ortaya çıkmasına göre ya da tümüyle bağımsız olarak ortaya çıkmasına göre klinik tabloyu etkilemektedir. Ayrıca ruhsal tepkiler klasik TSSB belirtileri olmaksızın, uyum bozukluğu, yaygın

anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, depresyon ya da fobi şeklinde de ortaya çıkabilir. Bu durum klasik sınıflama sisteminde TSSB olarak değerlendirilmez (16).

Sosyal içe çekilme, yaşamdan zevk almama, uyku bozuklukları, yoğunlaşma güçlüğü, uyarana verilen tepki eşliğinin düşmesi (irritabilite), disfori ve suçluluk duyguları hem TSSB hem de depresyonda görülmektedir (114). Ancak ayırım için REM uyku latansı, kortizol, noradrenalin düzeylerine bakılarak ve ayrıntılı bir öykü alınması ayırımı kolaylaştırabilir. TSSB ile panik bozukluğu arasında da sürekli anksiyete hali, ani uyarılmalar gibi belirtiler açısından benzerlikler vardır (114). Yine TSSB ve özgül fobiler arasında kaçınma belirtileri ve korkular açısından benzerlikler vardır. Travma sonrası gelişen özgül fobileri TSSB'den ayırmak kimi zaman oldukça güçtür. Ancak korku ve spesifik uyarandan kaçınma dışındaki diğer belirtiler özgül fobide yoktur. Yaygın anksiyete bozukluğunda görülen uyku bozuklukları, irritabilite, yoğunlaşma güçlüğü, otonom sinir sistemi etkinliğinde artma ve aşırı irkilme yanıtları ortaktır. TSSB tanısı konan olguların şizotipal, paranoid, borderline ve narsisistik kişilik bozukluklarının belirtilerini göstermeleri de sık karşılaşılan bir durumdur. Şizotipal kişilik bozukluğundaki sosyal izolasyon, depersonalizasyon, duygulanımda küntlük ve sosyal anksiyete TSSB'ninde önemli belirtilerindendir. Paranoid kişilik bozukluğunda gözlenen insanlara güvenmeme ve kuşkuculuk, alınganlık ve duygulanımda küntlük ile sınırda kişilik bozukluğu tanı ölçütleri olan dürtüsellik, kişilerarası ilişkilerde dengesizlik, yoğun öfke veya öfke kontrolünde zorluklar, duygulanımda dalgalanma, kimlik kargaşası, TSSB tanısı

konan bireylerde sıklıkla gözlenen belirtilerdir (115). Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken bir durum da TSSB belirtilerinin taklit edilmesi veya bir dava sonucunda maddi kazanç sağlanmasının olası olduğu durumlarda hafif TSSB belirtilerinin kişi tarafından abartılmasıdır (116).

Hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalar TSSB tanısı konan kişilerin büyük çoğunluğunda en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini saptamışlardır (117). TSSB sıklıkla duygudurum bozuklukları, psikoaktif madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, kişilik bozuklukları, diğer anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluklar ile birlikte görülebilmektedir (76, 118). İtfaiye görevlileri ile yapılan bir çalışmada TSSB bulunan kişilerin % 77'sinde bir psikiyatrik eş tanı konmuş ve en sık konan tanının depresyon olduğu bildirilmiştir (119). Anksiyete ve depresyonun eşlik etmesinin kronik TSSB için önemli bir yordayıcı olduğu gösterilmiştir (120). Bir diğer çalışma savaş gazilerinde aralıklı patlayıcı bozukluk ve antisosyal davranışların sık konan eş tanılar olduğunu bildirmiştir (121). TSSB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik durumlar travmanın türü, biçimi, şiddeti ve sosyokültürel değişkenler gibi birçok etkenden etkilendiğinden, bu çalışmalarda farklı oranlar saptandığı bildirilmektedir. Genel nüfusta yapılan epidemiyolojik çalışmalar ise azdır. ABD'de St. Louis'de gerçekleştirilen epidemiyolojik alan araştırmasında (Epidemiologic Catchment Area-ECA) psikiyatrik eştanı oranı % 80 bulunmuştur. Kuzey Carolina ECA çalışmasında ise bu oran % 62'dir. Benzer şekilde gençlerde yapılan bir çalışmada TSSB bozukluğu olanların % 83'ünde en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu görülmüştür

(122). Diğer bir çalışmada ise psikiyatrik bozukluklar TSSB'ye % 27.9-51.9 oranlarında eşlik etmiştir. Erkeklerde en sık eşlik eden bozukluğun alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olduğu belirtilmiş, bu bozuklukları depresyon, davranım bozukluğu ve madde kötüye kullanımı izlemiştir. Kadınlarda ise en sık görülen eşlik eden bozukluk depresyondur. Depresyonu zgl fobi, sosyal fobi, ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı izlemektedir. Aynı alışmada TSSB'nin birincil bozukluk olduğu, diğer bozuklukların TSSB oluşumundan sonra başladığı saptanmıştır (20).

2.3.8 Tedavi

2.3.8.1 Psikososyal tedaviler

TSSB'de uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) normal stres yanıtı hakkında eğitim, gevşeme ve anksiyete kontrol teknikleri, yanlış inanışları değerlendiren bilişsel terapi, travmayla ilgili uyarınlarla yüzleşme ve nüks nleme tekniklerinden oluşmaktadır. Kaygı yönetimi, anksiyeteye bağlı kişinin günlük işlevleri bozulduğunda, gevşeme, bilişsel yeniden yapılandırma, olumlu içsel konuşma, düşünce durdurma gibi çeşitli teknikler kullanılmasıyla oluşur. Sanal gerçekliğe maruz bırakmada ise kişilere görsel ve işitsel uyarınlar uygulanarak kişi önceki travma durumuna benzer bir durumla yüzleşmesi istenir (123). Bununla ilgili yapılan birkaç çalışmada hastaların altı aylık izleminde yeniden yaşama, kaçınma ve irkilme belirtilerinde iyileşme gözlenmiştir (124). TSSB'da kullanılan bir diğer teknik olan Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization Reprocessing- EMDR) ile sakkadik göz hareketleri ile kişide belirli bilişsel bileşenler işlenmeye çalışılır. Kişi travmaya

dair bir anıyı hayalinde canlandırırken bununla ilgili düşünce ve duygulara odaklanır ve bu sırada gözleriyle terapistin hızlı parmak hareketlerini izler. Bu durum travmayla ilgili anksiyete azalana kadar yinelenir. Shapiro ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada iki farklı travma mağdurları EMDR ve farklı bir tedaviye alınmış ve sonuçta EMDR uygulanan grupta travma tekrar hatırlandığındaki anksiyetenin azaldığı görülmüştür (125). Diğer bir yöntem olan stres aşılama (stress-inoculation) tekniği kronikleşmiş olgularda kullanılan dikkat çekici bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım eğitsel aşama ile baş etme tarzlarının öğrenilmesi ve uygulaması olmak üzere iki aşamadan oluşur. İlk aşamada uygulanacak tedavinin rasyoneli, kuramsal çerçevesi anlatılır. İkinci aşamada ise kas gevşemesi, solunum egzersizleri, rol yapma, düşünce durdurma gibi teknikler kişiye öğretilir ve uygulanır (123). Bu tedavi yöntemleri ile yapılan, uyarılara yeniden maruz bırakarak (exposure) duyarsızlaşma yaratmak değil, bu sırada korku yanıtına dahil olan yeni bilgilerin düzeltici etkisi ile bu yapının yeniden düzenlenmesi ve bilişsel yeniden işleme sağlanmasıdır.

TSSB’da uygulanan psikodinamik tedavilerle ilgili kontrollü çalışmalar oldukça azdır. TSSB tanısı konan hastalarda duyarsızlaştırma, hipnoterapi ve kısa dinamik psikoterapinin karşılaştırıldığı bir çalışmada tedaviler arasında belirgin fark olmadığı, ancak izlemde dinamik psikoterapi uygulananların daha fazla iyileşme gösterdiği bildirilmiştir (126). Tedavilerin bir diğer yönü ise grup ve aile odaklı tedavilerdir. Grup tedavilerinde travma mağdurlarının yaşadığı yabancılaşma, suçluluk, tükenmişlik duygularına yönelik grup üyeleri kabul edici, duygularını ifade etmeye teşvik edici bir tutum sergilerler. Psikodinamik

yönelimli ve bilişsel davranışçı grup terapileri bu amaçla sıklıkla kullanılmaktadır. Psikodinamik gruplar grup üyelerinin travmanın yeniden anlamlandırılmasına dair kaygılarıyla baş etmesini hedefler. Grup travmayla bağlantılı tümgüçlü (omnipotent) kontrol, suçluluk ve kaçınma gibi yanlış anlamlandırmalar ile yüzleşir (127). Aile odaklı terapilerde ise utanç, suçluluk, ve damgalamanın azaltılmasını sağlayan ruhsal eğitim, travmatik olayın açıkça konuşulduğu ve yeniden anlamlandırıldığı geçmiş olaylar ile ilgili ve şuan yaşanan anksiyeteye karşı durmayı içeren aşamalı bir yol izlenir (128).

2.3.8.2 Farmakolojik Tedaviler

Gözden geçirilen kaynaklarda farmakolojik tedavinin TSSB’de ilk seçenek olmadığı belirtilmektedir. Psikoterapilere ek olarak uygulanması ve psikoterapiyle bütünleştirilmesine ilişkin yaygın bir kanı vardır (129, 130). Bu şekilde travmaya bağlı ortaya çıkan aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşama belirtilerinin farmakolojik tedavi ile azaltılmasının hastaları psikoterapi için daha uygun hale getirebileceği belirtilmiştir (123). Bu nedenle daha önce sözü edilen mekanizmalara yönelik farmakolojik tedaviler çok çeşitlidir. Geniş ölçekli ve çok merkezli kontrollü klinik çalışma sonuçlarına göre SSGİ’ler (seçici serotonin geri alım inhibitörleri) TSSB tedavisinde ilk seçenek farmakolojik tedavi olduğu ifade edilmiştir. SSGİ’leri ile yapılan kontrollü çalışmalarda plasebo yanıtı %20’dir ve bu oran depresyon ve anksiyete bozukluklarında bildirilen cevap oranlarından daha düşüktür. SSGİ’ler yeniden yaşantılama, kaçınma, duygusal küntleşme ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin tedavisinde en geçerli ve yaygın kullanılan ilaçlardır.

Acil koşullarda ve travmanın akut evresinde kronik TSSB gelişme riskini azaltmak amacıyla hızlı girişimlerde bulunma açısından kullanılan propranolol ile kronikleşmenin azaldığını bildiren çalışmalar, “locus ceruleus”taki adrenerjik nöronların etkinliğini azaltan klonidin ile dürtüsel ve intruzif düşüncelerin azaldığını bildiren araştırmalar ve alfa1 reseptör antagonisti olan prozasin ile uyku kalitesinde düzelme ve kabuslar da azalmanın gösterildiği çalışmalar mevcuttur. Karbamazapin, valproik asit, topiramet, lamotrijin, lityum gibi duygudurum düzenleyiciler travmatik olay sonrasında ilk haftalar ve aylarda gelişen limbik sistem duyarlanmasını azaltıcı etkiye sahiptirler. Kronik TSSB olgularındaki dürtüsel, saldırgan davranışları ve duygudurum sorunlarında ilk seçenek olan SSGİ’lere dirençli vakalarda faydalı olduğu bildirilmiştir. Atipik antipsikotikler ise dezorganize davranışları ve psikotik bozukluk eşlik eden olgularda kullanımı önerilmiştir. Daha şiddetli belirtileri olan veya ek psikiyatrik durumlarda bu ilaçların kombinasyonu da tedavi seçenekleri arasındadır (131, 132).

2.3.9 Gidiş ve Sonlanım

TSSB’nun gidiş ve sonlanışı daha önce sözü edilen travma öncesi, travma sırası ve sonrasındaki etkenlere bağlı olarak değişmektedir. Travma sonrasında gözlenen belirtilerin doğası, hastalığın prognozu ya da farklı dönemlerde yapılan izlem çalışmalarından elde edilen bilgiler hastalığın gidişine yönelik özgün bir klinik durumun tanımlanmasını güçleştirmektedir (133). Kronikleşme açısından bakıldığında farklı travma gruplarında veya aynı travmaya maruz kalan olgularda farklı hastalanma oranları görülmektedir (26). DSM-III akut TSSB’nin iyi bir

prognoza sahip olduğunu ve olguların büyük bir kısmının iyileştiğini, kronik bir biçime dönüşmediği kanısını taşımaktaydı. Ancak daha sonra yapılan çalışmalar bunun tersini göstermiştir. Genel nüfusta yapılan uzunlamasına çalışmalar TSSB belirtilerinin yıllarca devam etme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Çalışmalarda TSSB belirtilerini karşılayanların 10 yıl sonra değerlendirilmesinde bu olguların 1/3'ünün hala kriterleri karşıladığı yine başka bir çalışmada TSSB gelişenlerin % 46'sında bozukluğun kronikleştiği gösterilmiştir (19, 20, 134). İkinci Dünya Savaşı tutuklularında yapılan çalışmada ilk değerlendirmede % 59 oranında TSSB saptanmış ve bu ilk değerlendirmeden 40 yıl sonra yapılan değerlendirmede belirtilerin % 29 oranında devam ettiği bildirilmiştir (135). Bu farklı oranlar araştırmaların farklı travma grupları üzerinde yapılmış olması, ayrıca kullanılan değerlendirme ölçeklerinin farklılıklarından da etkilenmektedir. Kronikleşmeyi yordayan etkenler arasında ailede bireylerinde psikiyatrik rahatsızlık olup olmaması, hastalık öncesi kişilik özelliklerinin bozuk olması, önceden yaşanan travmatik yaşantılar, travma esnasındaki psikiyatrik rahatsızlıklar, travmanın şiddeti ve yinelemesi, travma sonrasında ek psikiyatrik rahatsızlık gelişmesi, belirtilerin travmadan sonraki aylarda devam etmesi, aile ve yakın arkadaş desteğinin yokluğu ve olumsuz sosyal sonuçlar yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda en yüksek kronikleşme oranlarının fiziksel saldırıya uğrayan, savaşta yaralanan veya birisinin yaralandığına veya öldüğüne tanık olanlarda ortaya çıktığı gösterilmiştir.(76) Ülkemizde yapılan bir çalışmada Güneydoğu'da görev yapan askerlerde % 5 oranında TSSB saptanmış ve bu olguların % 95'inde travmayı takip eden ilk 2 ayda belirtilerin oluştuğu ve tümünün kronikleştiği

bildirilmiştir (136). TSSB'nun uzun dönem izlem çalışmalarında değerlendirilen durumlar arasında hastaların belirti profilleri de yer almaktadır. Psikolojik açıdan sağlıklı olan ve travma sonrası yeterli desteğe sahip bireylerde belirtiler birkaç gün ile hafta içerisinde gerileme eğilimindedir. Zorlayıcı düşünce ve imajların sıklığı, yoğunluğu zamanla azalmakta ve rüyaların içeriğinin olumlu yönde değiştiği gözlenmiştir. Bir çalışmada ilk ayda zorlayıcı belirtilerin ve ardından kaçınma belirtilerinin yoğun olduğu bulurken 13 aydaki değerlendirmede öfke ve somatik belirtilerde artış gözlenmiştir (30). Yine başka bir çalışmada travma sonrası 10. aydaki değerlendirmede aşırı uyarılmışlık belirtileri en yüksek, kaçınma belirtileri en düşük oranda gözlenirken zaman içinde zorlayıcı belirtilerde azalma ancak kaçınma belirtilerinde giderek artma olduğu bildirilmiştir (137).

TSSB üzerine yapılan izlem çalışmalarında hastalığın farklı karakter ve doğası ve bununla ilgili tartışmalar da dikkat çekicidir. Solomon ve arkadaşları İsrail'li askerlerde yaptıkları çalışmada gecikmiş yardım arayan grup, eşik altı TSSB alevlenmesi olan grup, iyileşmiş olan TSSB'nin yeniden alevlendiği grup, geç başlangıçlı TSSB grubu ve TSSB dışında psikiyatrik rahatsızlıkları olanlar olarak beş farklı durum tanımlamışlardır (138). Yine McFarlane ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada olgular akut, kronik ve geç başlangıçlı olarak değerlendirilmiş ve kronik olguları “kronik inatçı” kronik iyileşen” ve “kronik tekrarlayıcı” alt tiplere ve geç başlangıçlıları da “inatçı”, “11. ay ve 18. ay başlangıçlı” alt tiplerde incelenmiştir (139). Yine ülkemizde Sungur ve Kaya tarafından Sivas olaylarından kurtulanlarla yaptıkları çalışmada benzer TSSB alt

tip ve formlarını tanımlamışlardır (113). Yapılan bu çalışmaların bir diğer boyutu travmayı yaşayan ancak bir şekilde tanı ölçütlerine uymadığı için ihmal edilen veya hiç tanı konulamamış birçok travma mağdurunun da olduğunu göstermektedir.

2.4 Travma ve Stresle Başa Çıkma Tarzları

Kaynağı Latince “Estrictia” olan stres kavramı ilk olarak fizik alanında nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişki için kullanılmıştır. Stres için literatürde çeşitli tanımlar yer almaktadır. Bir tanıma göre; stres, istenmeyen çevresel etkilerden sonra bozulan fizyolojik iç dengeyi kazanmak için gerekli olan fizyolojik uyarıcılardır (140). Bir diğer tanıma göre ise, stres faktörlerine karşı organizmanın verdiği cevap anlamına gelmektedir. Lazarus’a göre ise stres, kişiden kaynaklanan bireysel dayanma gücünü aşan, bireye göre kendisini tehdit eden uyarıların toplamıdır. Yaygın olarak ise bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehlike ya da mücadele kaynağı olarak algıladığı, kişinin uygun başa çıkma yeteneğine sahip olduğunda uyum sağladığı, yeterli olmadığında ise bu uyumun bozulduğu bir süreç olarak tanımlanır (95).

Bir kişinin stresle mücadele kapasitesini belirleyen en önemli etkenler arasında, stresin niteliği, kişi tarafından stresin nasıl ele alındığı, kişinin önceki başa çıkma becerileri, bireysel kaynaklarını kontrol ederek gereken işlevler için yönlendirebilmesi yani var olan kaynakları kullanma becerisi yer alır. Bunlar yanında olayların önceden tahmin edilebilirliği, sosyal desteğin varlığı ve kalitesi, duygusal paylaşım, bilgi paylaşımı, sosyal karşılaştırma olanaklarının bulunması

gibi durumsal değişkenlerde stresin etkisini azaltabilmektedir. Kişilerin pek çoğu ağır bir travmayla karşılaştıklarında TSSB belirtilerinin ortaya çıkmaması, benzer şekilde travma sayılmayacak bazı olayların da bazı kişilerde TSSB belirtilerine neden olabilmesi bu tür etkenlerle ilgili görünmektedir. Bu noktada baş etme becerilerinin önemi açıktır (141, 142).

Stres verici olayların olumsuz etkilerini azaltmak ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak tüm kişilerin kullandığı ortak bir davranıştır. “Başa çıkma”, bireyin kendisi için stresli olarak algılanan ve bireysel kaynakları zorlayan içsel ve dışsal uyaranlarla mücadele etmesi, azaltması ve dayanması amacıyla gösterdiği devamlı olarak değişen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanır (143, 144). Birinci Dünya Savaşı sonrası savaş mağdurlarında olaydan sanki olmamış gibi davranma, olaydan bahsetmemenin yaygın biçimde kullanıldığı, ancak bunun yerine bunları konuşmanın daha iyi sonuçlar verdiği gözlenmiştir (145).

Stresle başa çıkma tarzlarının sınıflandırılmasında pek çok görüş bulunmaktadır. Ancak kaynaklarda en fazla uzlaşma sağlanan duygu odaklı(pasif) ve problem odaklı (aktif) yöntemler ve kaçınan şekilde üç ana bölümlerde incelenmiştir. İlki problem odaklı başa çıkma tarzlarıdır ve bu tarzı kullanan kişiler, doğrudan stres yaratan durumu anlamaya ve değiştirmeye çalışırlar. Bu tip başa çıkma stres yaratan durumun ortadan kaldırılmasına, etkisinin en aza indirilmesine veya kişinin stres kaynağıyla ilişkisini değiştirmesine yönelik çabalar şeklindedir. Bu başa çıkma mekanizması, bilişsel yeniden yapılandırma süreçleri içerisinde, stres etkeninin fark edilmesi, aktif olarak değerlendirmesi,

durumu değiştirmek seçeneğin seçilmesi ve problemi çözme doğrultusunda, aktif bir şekilde harekete geçilmesi gibi bilişsel ve davranışsal stratejileri içerir. İkinci tarz olan duygu odaklı tarzları kullanan kişiler ise stresli durumun yarattığı duygularla başa çıkmaya çalışırlar. Bu tip başa çıkma ise, problemi ya da durumu doğrudan değiştirmeye yönelmemekte, stresli duruma yeni anlamların verilmesini ve olaya ilişkin duyguların düzenlenmesini, azaltmasını veya ortadan kaldırılmasını amaçlamaktadır. Üçüncü durumda ise kişi problem hakkında düşünmeyi engellemek için başka işlerle meşgul olmayı içeren yöntemlere başvurur. Bunlardan son iki başa çıkma biçimi uyum bozucu (maladaptif) başa çıkma tarzları olarak ifade edilirken, problem odaklı başa çıkma daha iyi başa çıkma tarzı olarak kabul edilmiştir (143, 144, 146, 147). Bu alışma da kullanılan stresle başa çıkma tarzları ölçeğini Türkçe’ye uyarlayan şahin ve Durak tarafından ortaya konulan boyutlar da bu sınıflandırmayla tutarlıdır. Buna göre, temelde problem ve duygu odaklı şeklinde iki kategoride ele alınan başa çıkma yöntemleri kendi ilerinde, “kendine güvenli”, “iyimser”, “sosyal desteğe başvurma” gibi problem odaklı (aktif) başa çıkma tarzı olarak, “aresiz”, “boyun eğici” yaklaşımlar da duygu odaklı (pasif) başa çıkma tarzı olmak üzere beş faktöre ayrılmaktadır (148).

Stresle baş etme yöntemi olarak “soruna yönelik” baş etme tarzı kullananların daha az depresyon, daha az durumluk ve sürekli anksiyete daha fazla içsel kontrol yönelimi ve daha az sorun ifade ettikleri görölmüş; olumsuz yaşam olayları ile karşılaştıklarında bu başa çıkma biçimini kullanmayanlarda belirtilerin daha fazla olduğu bildirilmiştir (142). Diğer bir çalışmada aynı şekilde

duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin daha çok kullanan kişilerin travmatik yaşantı ile baş etmede zorluklar yaşadığı bildirilmiştir (149). Travma mağdurları ile ilgili yapılan çalışmalarda problem odaklı başa çıkma tarzlarıyla karşılaştırıldığında, duygu odaklı başa çıkmanın travmanın etkileriyle mücadele etmede daha başarısız kaldığı bildirilmiştir. Sekseniki travma mağduru ile yapılan bir çalışmada duygu odaklı/pasif başa çıkma tarzlarını kullananların, travma sonrası yeniden yaşama belirtilerini daha çok yaşadıklarını bildirilmiştir (150). Diğer bir çalışmada madde kullanımı olan TSSB vakalarında duygu odaklı başa çıkma stratejileri fazla kullanılırken madde kullanımı olan fakat TSSB olmayan olgularda anlamlı fark ortaya çıkmamıştır (146). Bir çok çalışmada ise kaçınma tarzında başa çıkmayı kullananlarda travma sonrası belirtiler daha fazla görülmüştür. Deprem mağdurları ile yapılan üç çalışmada kaçınma biçiminde stresle başa çıkma ile TSSB puanları arasında ilişki saptanmıştır (27, 151). Yine savaş mağdurları ile yapılan bir çalışmada sorunları düşünmekten kaçınma ile psikopatoloji arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (152).

Doğrudan travmaya maruz kalanlarla yapılan birçok çalışmaya karşın yardım çalışanlarında stres ve başa çıkma arasındaki ilişkiyi ve bunun ruh sağlığına etkisiyle ilgili birkaç çalışma vardır. İtfaiyecilerle yapılan çalışmada TSSB semptom skorları ile kaçınma arasında ilişki bildirilmiştir (153). McFarlane orman yangını sonrası kurtarma çalışanları arasında kaçınmanın kısa dönem ve uzun dönemde psikiyatrik morbidite açısından önemli bir yordayıcı olduğunu belirtmiştir (154). Marmar ve arkadaşları ise 157 kurtarma çalışanı ile yaptıkları çalışmada disosiasyon ile kaçma-kaçınma davranışı, genç yaş, travmaya daha

fazla maruziyet ile, aktif problem çözme arasında ilişki bildirmiştir (155). Yakın tarihli bir çalışmada Chang ve arkadaşları deprem sonrası yardım çalışanlarında kaçınma tarzı başa çıkma ile psikiyatrik morbidite arasında ilişki bildirmişlerdir (156).

2.5 Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Tükenme kavramı, sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakmayla karakterize bir durumu tanımlamak için ilk olarak Freudenberger tarafından tanımlanmış, Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (157). Maslach tükenmişliği, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve azalmış başarı duygusu olmak üzere üçe ayırmış ve bunların işe bağlı tutum ve davranışlarda değişikliklerle kendini gösterdiği şeklinde tanımlamıştır (158, 159). Tükenmişliğin temel özellikleri enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilmeyi içerir. Bunun yanı sıra fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik, ümitsizlik, negatif bir kendilik algısı, duygusal ve zihinsel tükenmede tükenmişliğin özelliklerindedir.

Edelwich ise tükenmeyi dört evre ile tanımlanmıştır. Ancak tükenme kişinin bir evreden diğerine geçtiği kesikli bir süreç şeklinde değil, birbiri içine geçmiş şekilde süreklilik arz eder (160).

I. Evre: İdealistik Coşku Evresi (Enthusiasm): Bu evrede yüksek bir umut, enerjide artma ve gerçekçi olmayan boyutlara varan mesleki beklentiler sergilenmektedir. Kişi için mesleği her şeyin önündedir, uykusuzluğa, gergin

çalışma ortamlarına, kendine ve yaşamın diğer yönlerine zamanını ve enerjisini ayıramayışına karşı üstün bir uyum sağlama çabasındadır.

II. Evre: Durağanlaşma Evresi (Stagnation): Bu evrede artık istek ve umutta azalma olur. Kişi mesleğini uygularken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da yadsıdığı bazı noktalardan giderek rahatsız olmaya başlar. Giderek “işten dışında bir şey yapmama” kişi tarafından sorgulanmaya başlanır.

III. Evre: Engellenme Evresi (Frustration): Kişi insanları, çalışma sistemini, olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin ne kadar zor olduğunu fark eder ve aşırı bir engellenmişlik duygusu yaşar. Bu durumda adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, uyum bozucu (maladaptif) savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği iletme, durumdan kendini çekme veya kaçınma şeklindeki bireyin kişisel özelliklerine bağlı dinamikler ortaya çıkar.

IV. Evre: Apati Evresi (Apathy): Bu evrede, duygusal kopma ya da duyarsızlaşma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk gözlenir. Mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için sürdürdüğü ancak zevk almadığı dönemdir. Böyle bir durumda iş yaşamı kişi için bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan uzak bir yer haline gelmiştir. Kişi sıkıntı ve mutsuzluk veren bir ortam ortamda bulunmaktadır.

Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarına göre tükenmişliğin daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Finlandiya’da yoğun bakım ve onkoloji alanında çalışanlarla yapılan bir araştırmada tükenmişlik oranları yüksek bulunmuştur (161).

Acil servisler çalışma koşulları gereği sıklıkla fiziksel olarak dikkat gerektiren ve çalışanlar için sürekli olarak merhamet, sempati ve acıma için ağır yük oluşturan yerlerdir (162). Maslach sürekli olarak bu ortamda çalışmanın yarattığı stresin kişiye emosyonel olarak güçsüzleştirdiğini ve tükettiğini göstermiştir. Melchoir ve arkadaşları desteğin olmayışını tükenmişlik için merkezi bir rolü olduğunu ve bununda işte devamlılığın ve üretkenliğin azalmasına yol açtığını göstermiştir (163). Var olan bu bilgilere karşın acil servis çalışanlarda görülen tükenmişliğin yaygınlığı ve etkisi ile ilgili sınırlı sayıda araştırma mevcuttur (164).

2.6 Amaç ve Hipotezler

Yoğun travmatik olaylara maruz kalan sağlık alışanlarında gelişen ruhsal bozukluklar konusunda giderek artan bir bilgi birikimi oluşmaktadır. Yardım alışanlarında gelişen TSSB ile ilgili tıbbi kaynaklar son 30 yılda giderek artmasına rağmen bu alanda ölkemizde yapılan çalışmaların sayısı oldukça az sayıdadır. Çalışmamızda acil servis ve YBÜ alışanlarında TSSB sıklığının ölçölmesi hedeflenmiş, yine aynı grupta travmayla ilişkili stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla aşağıdaki hipotezleri öne sürdük;

1- Daha fazla travmatik olayla karşı karşıya gelen acil ve yoğun bakım alışanlarında TSSB sıklığı, kontrol grubuna göre yüksektir. Acil servis ve YBÜ alışanları arasında ise acil alışanlarında bu sıklık daha fazladır.

- 2- Kişiler de ortaya çıkan olan TSSB belirtileri kişilerin sosyodemografik özellikleri, stresle başa çıkma becerileri ve tükenmişlik ile ilişkilidir.
- 3- TSSB gelişen grupta komorbid ruhsal hastalıklar olan depresyon ve anksiyete yüksek oranda görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Katılımcılar

3.1.1 Araştırma Grubunun Seçimi

Araştırma grubu Ankara ilindeki Üniversite ve Eğitim ve Araştırma hastanelerinde çalışan acil servis ve yoğun bakım çalışanlarından oluşmaktadır. Bu amaçla 01/05/2010 ile 15/08/2010 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Hastanesi, Başkent Üniversitesi Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki acil ve yoğun bakım çalışanlarına ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım çalışanlarından toplam 900 kişiye araştırmanın ölçekleri verilmiş ve bunlardan 344 kişiden yanıtlar alınmıştır. Bu 344 yanıt veren grubun değerlendirilmesinde 123 acil ve 139 yoğun bakım çalışanı olmak üzere toplam 262 katılımcının verisi tutarlı ve geçerli bulunarak analize dahil edilmiştir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis çalışanlarına ise hastane yönetimi ve bölüm şefleri tarafından araştırma için birçok bürokratik engeller bulunduğu için katılımcı alınamamıştır.

3.1.2 Kontrol Grubunun Seçimi

Kontrol grubu ise hastanelerde ve sağlıkla ilgili kurumlarda çalışan acil ve yoğun bakım çalışanlarıyla benzer yaş, eğitim ve sosyoekonomik özellikler

gösteren eczacı, diş hekimi, hemşire, hasta bakıcı, teknisyen ve diğer hastane çalışanlarından oluşan, yoğun bakım veya acil serviste hiç çalışmamış kişilerden seçilmiştir. Bu amaçla toplam 200 kişiye araştırmanın ölçekleri verilmiş, ancak bu anketler içinden 133 tanesi eksiksiz doldurulmuş ve sağlıklı veri içeren 133 tanesi analize dahil edilmiştir.

3.2 Veri Toplama Araçları

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmaya katılan tüm gruplara kendileri tarafından doldurulmak üzere, yaş, cinsiyet, görevi, medeni durumu, geliri, herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik rahatsızlığı olup olmadığı, mesleğini ve çalıştığı bölümü isteyerek seçip seçmediği ve memnun olup olmadığı, çalıştığı ortamda ne tür örseleyici olaylarla karşılaştığı ve sıklığı, çalışma koşullarının yoğunluğu ve çalıştığı ortamda fiziksel yada sözlü şiddet yaşanıp yaşanmadığı ve yaşadığı örseleyici olaylardan dolayı destek alıp almadığı ve alıyorsa kimlerden aldığı gibi çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır (Ek 1).

3.2.2 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği(TSSTÖ)

Foa, Cashman, Jaycox, ve Perry, tarafından Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı koymak amacıyla 1997 yılında geliştirilmiş, 18-65 yaş arası bireylere uygulanan, 50 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir.(165) Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dürü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (166). Ölçeğin yapısı ve içeriği DSM-IV TSSB tanı

kriterleri esas alınarak belirlenmiştir. Ölçek sayesinde TSSB tanısı belirtilerini karşılayan bireyleri belirlemek ve yaşadıkları belirtilerin şiddetini ölçmek sağlanabilmektedir. Ölçek 4 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişinin geçmişte yaşadığı travmatik olayın türü belirlenmektedir. Çalışmamız da bu bölüm kişilerdeki geçmiş travmatik deneyimleri de değerlendirmek için belirtilen travmatik olayları “Yaşadım ve hatırlayınca hala sıkıntı veriyor” “Yaşadım ancak hatırlayınca sıkıntı vermiyor” ve “Tanık oldum ve düşününce hala sıkıntı veriyor” şeklinde işaretlemeleri ve 13 maddede diğer travmatik yaşantılara çalıştığı ortamda karşılaştıkları travmatik olayları yazmaları istenmiştir (Ek 2). İkinci bölümde kişinin yaşadığı bu travma karşısında DSM-IV TSSB tanı kriterlerinin A ölçütünde belirtilen kişinin gerçek bir ölüm yada ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma yada kişinin yada başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşama, böyle bir olaya tanık olma yada böyle bir olayla karşı karşıya kalması ve bu travmatik olay karşısında kişide dehşete düşme, korku ve çaresizlik duygularının ortaya çıkması gibi durumları yaşayıp yaşamadığı sorgulanmaktadır (Ek 3). Üçüncü bölüm DSM-IV TSSB tanı kriterinin B,C ve D ölçütündeki sırasıyla yeniden yaşama, kaçınma ve irkilme belirtilerini sorgulayan, 0-3 arasında puanlanan ve toplam 17 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Çalışmamızda katılımcılara çalıştıkları ortamda yaşadıkları ve tanık oldukları olaylara bağlı bu belirtileri ne derece yaşadıkları şeklinde bu maddelere cevap vermeleri istenmiştir (Ek 3). Ölçeğin son bölümünde ise DSM-IV TSSB tanı kriterinin E tanı ölçütünde belirtilen kişinin işlevselliğinin bozulup bozulmadığı sorgulanmaktadır (Ek 4).

Çalışmamızda ölçeğin üçüncü bölümdeki 17 maddeden DSM-IV tanı kriterine göre 1 yeniden yaşama, 3 kaçınma ve 2 irkilme belirtisini karşılayanlar ve bu belirtilere bağlı işlevselliği bozulmuş olan bireylere TSSB tanısı konulurken Foa ve arkadaşlarının ölçeğin geçerlilik ve güvenirliğini yaptığı orijinal haline sadık kalınmıştır (165).

3.2.3 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği(SBTÖ)

Bu ölçek, Folkman ve Lazarus'un 1980 yılında geliştirdikleri Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri (Ways of Coping Inventory)'nden hareket edilerek üniversite öğrencileri için hazırlanmış, daha kısa, değişik stresli durumlarda geçerliliği olan, özellikle depresyon, yalnızlık, psikosomatik sorunlar gibi belirtilerle ilişkili bir başa çıkma mekanizmaları ölçeğidir. Stresle başa çıkma Yolları Envanteri daha önce yurt içi ve yurt dışında pek çok çalışmada kullanılmış, araştırmacıların amaçlarına ve örneklemlerine göre ölçekten bazı maddeler çıkarılmış ya da eklenmiştir. Şahin ve Durak, depresyon, çeşitli psikolojik belirtiler ve yalnızlık ile ilişkili bir başa çıkma ölçeği geliştirmeyi amaçlayarak bu envanter maddelerini tek tek, depresyon, çeşitli psikolojik belirtiler ve yalnızlık puanlarına göre ayrılmış uç gruplarda karşılaştırmıştır (148). Sonuçta BDÖ, Stres Belirtileri ölçeği ve UCLA (University of California at Los Angeles) -Yalnızlık Ölçeklerine bağlı olarak oluşturulmuş uç grupların üçünü birden ayıran ve üçüyle birden anlamlı ilişkileri olan 30 madde, kısa ölçek (SBTÖ) için seçilmiştir.

Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar “Probleme yönelik/aktif” ve “Duygulara yönelik/pasif” tarzlardır. Probleme yönelik/aktif tarzları “Sosyal desteğe başvurma-SDB”, “İyimser yaklaşım-İY” ve “Kendine güvenli yaklaşım-KGY” alt ölçekleri, duygulara yönelik/pasif tarzları “Çaresiz yaklaşım-ÇY” ve “Boyun eğici yaklaşım-BEY” alt ölçekleri göstermektedir. Stresle etkili olarak başa çıkabilenlerin “Kendine güvenli” ve “İyimser yaklaşım”ı, başa çıkamayanların ise “Boyun eğici” ve “Çaresiz yaklaşım”ı daha fazla kullandıkları saptanmıştır.

Katılımcıların alabilecekleri en düşük ve en yüksek puanlar alt ölçeklere göre sırasıyla şöyledir: SDB: 0-12, İY: 0-15, KGY: 0-21, ÇY: 0-24, BEY: 0-18. Buna göre probleme yönelik/aktif tarzlar için alınabilecek en düşük ve en yüksek puan: 0-48, duygulara yönelik/pasif tarzlar için: 0-42’dir. Puanların yüksekliği, kişinin o tarzı daha çok kullandığını göstermektedir (Ek 5).

3.2.4 Maslach Tükenmişlik Envanteri

Maslach tükenmişlik envanteri Christine Maslach tarafından geliştirilmiştir. Maslach tükenmişlik envanteri, yaşanan tükenmişliğin üç boyutunu değerlendiren, üç alt ölçek içerir. Maslach ve Jackson tarafından 1981’de geliştirilen bu ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışmasını Ergin (1993) gerçekleştirmiştir (167). Ölçek, toplam 22 madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan birincisi 9 maddeden (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) oluşan “duygusal tükenme” (DT), ikincisi 5 maddeden (5, 10, 11, 15, 22) oluşan “duyarsızlaşma” (D) ve üçüncüsü 8 maddeden (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) oluşan “kişisel başarı” (KB) alt ölçeğidir.

Duygusal tükenme alt ölçeği dokuz maddeden oluşur ve kişinin işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlar. Depersonalizasyon alt ölçeği beş maddeden oluşur, kişinin hizmet verdiklerine karşı, bireylerin kendilerine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın ve duygudan yoksun bir şekilde davranmalarını tanımlar. Bireysel başarı alt ölçeği sekiz maddeden oluşur, insanlarla çalışan bir kimsede yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar. Her üç alt ölçeğin de düşük, orta ve yüksek düzeylerde değerlendirmeleri yapılabilir. Tüm alt ölçeklerle ilgili olarak yaşanan duyguların yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '1' dan '5' ya kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Tükenmişliğin yüksekliği, DT ve D alt ölçeklerindeki yüksek puanı, KB alt ölçeğindeki düşük puanı yansıtır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları "Duygusal tükenme" (DT) için 0.83, "Duyarsızlaşma" (D) için 0.72, "Kişisel başarı" (KB) için 0.72 olarak belirlenmiştir (168).

Tükenmişliğin orta düzeyi, her üç alt ölçekteki orta düzeyi yansıtır. Tükenmişliğin düşük düzeyini, DT ve D alt ölçekteki düşük, KB alt ölçeğindeki yüksek puanlar yansıtır. Tükenmişliğin bu üç yönü arasındaki ilişkiyle ilgili olarak, her alt ölçeğin puanı ayrı olarak değerlendirilir ve DT ve D alt ölçeklerindeki maddeler aynı şekilde, KB alt ölçeğindeki maddeler ise ters puanlanarak toplam puan elde edilmektedir (Ek 6).

3.2.5 Hastane Anksiyete Depresyon Envanteri (HAD)

Kişide anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılır. Kendini değerlendirme türünde bir ölçektir. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlara uygulanır. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 1,3,5,6,8,10,11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterir ve puanlama 3,2,1,0 biçimindedir. Öte yandan 2,4,7,9,12 ve 14. maddeler ise 0,1,2,3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1,3,5,7,9,11 ve 13. maddeler toplanırken depresyon alt ölçeği için 2,4,6,8,10,12 ve 14. maddelerin puanları toplanır. Ölçeğin orijinali Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir.(169) Ölçek Türkçe'ye Ö. Aydemir, T. Güvenir, L. Küey ve S. Kültür tarafından uyarlanmıştır.(170) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir (Ek 7).

3.3 İstatistiksel Yöntemler

Örneklemden elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 17.00 paket programı kullanılmıştır. Örneklem grubunun bağımsız değişkenler açısından normal dağılıp dağılmadığı almamak için normallik testi yapılmıştır. Sonuçta, örneklem grubunun incelenen bağımsız değişkenler açısından normal dağıldığı

görölmüş ve bundan dolayı da parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Örneklemler grubunu oluşturan ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için T-Testi analizi kullanılırken, üçlü grupların karşılaştırılmasından Tek Yönlü Varyans Analizi yöntemleri kullanılmıştır. Sosyodemografik verilere ait oranların anlamlılığını belirlemek için de Ki-Kare analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışma yer alan 123 acil servis, 139 yoğun bakım çalışanlarına ve 133 gönüllü olarak katılan diğer sağlık çalışanlarına toplam 395 katılımcıya uygulanan anksiyete, depresyon, tükenmişlik ve stresle baş etme yaklaşımlarına ait verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik veriler incelendiğinde, acil serviste çalışan 123 kişinin; 57'sinin erkek (%46,3), 66'sinin kadın (%53,7), yoğun bakım servisinde çalışan 139 kişinin; 37'sinin erkek (%26,6), 102'sinin kadın (%73,4) ve kontrol grubunun ise, 32'si erkek (%24,1) ve 101'inin kadın (%75,9) olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Grupların yaş ortalamalarına bakıldığında acil serviste çalışan grubun 31,11, yoğun bakım servisinde çalışan grubun 29,85 ve kontrol grubunun ise 31,65 olarak bulunmuştur.

Gelir düzeyi açısından ise, acil serviste çalışanların ortalama 3024,46 TL, yoğun bakım servisinde çalışanların ortalama 1626,09 TL ve kontrol grubunda yer alan kişilerin ortalama 3251,64 TL gelire sahip olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Eğitim durumlarına göre, acil serviste çalışan grubun 1,6'sı ilköğretim, %5,7'si ortaokul, %34,1'i lise, %30,9'u üniversite mezunu ve %39'u yüksek lisans/doktora mezunu iken yoğun bakım servisinde çalışan grubun %0,7'si ilköğretim, %4,3'ü ortaokul, %25,9'u lise, %43,9'u üniversite mezunu ve %25,2'si yüksek lisans/doktora mezunudur. Kontrol grubunun ise, %5,3'ü ilköğretim, %13,5'i lise, %33,1'i üniversite mezun ve % 48,1'i de yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmüştür.

Medeni durum açısından bakıldığında, acil servis çalışanlarında 48 kişi (%39) bekar, 71 (%31,7) evli ve 4 kişi (%3,3) boşanmış/duldur. Yoğun bakım servisi çalışanlarında, 52 kişi bekar (%37,4), 80 kişi evli (%57,6), 5 kişi (%3) boşanmış/duldur. Kontrol grubunda ise, 52 kişi bekar (%33,1), 73 kişi (%54,9) evli ve 8 kişi (%6) boşanmış ya da duldur.

Görev dağılımı, acil serviste çalışan grupta, %35,8'i doktor, %40,7'si hemşire ve %23,6'sı diğer sağlık çalışanı (hasta bakıcı ve acil teknisyeni) şeklindedir. Bu dağılım yoğun bakım servisi çalışanlarında, %25,2'si doktor, %59'u hemşire ve %15,8'i diğer sağlık çalışanları (hasta bakıcı) şeklinde dağılırken, kontrol grubunun %25,6'sı doktor, %30,8'si hemşire ve %43,6'sı diğer sağlık çalışanından (diş hekimi, eczacı, hasta bakıcı, teknisyen, psikolog ve diğer çalışanlar) oluşmaktadır.

Acil serviste çalışan 27 kişi (%22) yalnız, 91 kişi (%74) aile bireyleriyle ve 5 kişi de (%4) arkadaş veya başka kişilerle yaşamaktadır. Yoğun bakım servisinde çalışan kişilerin 16'sı (%11,5) yalnız, 112'si (%80,6) aile bireyleriyle yaşarken, 11'i (%7,9) arkadaş veya başka kişilerle yaşamaktadır. Kontrol grubunda yer alan kişilerin kiminle yaşadığı incelendiğinde, 16 kişinin (%12) yalnız, 115 kişinin (86,5) aile bireyleriyle ve 2 kişinin de (%1,5) arkadaşları veya başka kişilerle yaşadıkları görülmüştür.

Son olarak yukarıda belirtilen grupların sosyodemografik özellikleri dışında alışkanlıkları, psikiyatrik geçmişleri, intihar girişimleri, fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları olup olmadığına ilişkin bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1 Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellik	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet								
Kadın	57	46,3	37	26,6	32	24,1	126	31,9
Erkek	66	53,7	102	73,4	101	75,9	269	68,1
Medeni Durum								
Bekar	48	39	52	37,4	52	39,1	152	38,5
Evli	71	57,7	80	57,6	73	54,9	224	56,7
Boşanmış/Dul	4	3,3	7	5	8	6	19	4,8
Eğitim								
İlkokul	2	1,6	1	0,7	7	5,3	10	2,5
Ortaokul	7	5,7	6	4,3	-	-	13	3,3
Lise	28	34,1	36	25,9	18	13,5	82	20,8
Üniversite	38	30,9	61	43,9	44	33,1	143	36,2
Yüksek Lisans/Doktora	48	39	35	25,2	64	48,1	147	37,2
Meslek								
Doktor	44	35,8	35	25,2	34	25,6	113	28,6
Hemşire	50	40,7	82	59	41	30,8	173	43,8
Diğer Sağlık Çalışanı	29	23,6	22	15,8	58	43,6	109	27,6
Kiminle Yaşadığı								
Yalnız	27	22	16	11,5	16	12	59	14,9
Aile Bireyleriyle	91	74	112	80,6	115	86,5	318	80,5
Diğer	5	4	11	7,9	2	1,5	18	4,6
Alışkanlık								
Yok	73	59,3	78	56,1	83	62,4	234	59,2
Sigara	38	30,9	55	39,6	38	28,6	131	33,2
Alkol	5	4,1	1	0,7	2	1,5	8	2
Sigara ve Alkol	7	5,7	3	3,6	10	7,5	22	5,6
Şuanda Fiziksel Hastalık								
Var	13	10,6	14	10,1	16	12	43	10,9
Yok	110	89,4	124	89,9	117	88	351	89,1
Şuanda Psikiyatrik Hastalık								
Var	19	15,4	24	17,3	35	26,7	78	19,8
Yok	104	84,6	115	82,7	96	73,3	315	80,2
Geçmişte Psikiyatrik Hastalık								
Depresif Bozukluklar	12	75	7	43,8	26	81,3	45	70,3
Anksiyete Bozuklukları	4	25	7	43,8	6	18,8	17	26,6
Diğer	-	-	2	12,5	-	-	2	3,1
Geçmişte İntihar Girişimi								
Var	3	2,5	2	1,4	4	3	9	2,3
Yok	119	97,5	137	98,6	129	97	385	97,7

Yukarıda bahsedilen değişkenlerin üç grup açısından dağılımları arasında anlamlı bir fark olup olmadığına Ki-Kare testi ile bakılmıştır. Buna göre, cinsiyet ($X^2=17,356$, $p<.05$), geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ($X^2=10,729$, $p<.05$) ve açısından dağılımlarda anlamlı bir fark olduğu, kalan diğer değişkenler açısından ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Acil grubunda kadın çalışan sayısı YB ve Kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Buna kaşılık geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü açısından acil ve YB grubu arasında fark yokken kontrol grubunda bu oran daha yüksektir. Eğitim düzeyi ise, lise ve altı, üniversite ve üstü olarak gruplandırıldığında acil, yoğun bakım ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2=2,448$, $p>.05$)

Acil serviste çalışanların meslekte toplam çalışma süreleri ortalaması 91,75 ay, yoğun bakım servisinde çalışanların ortalaması 78,01 ay iken, kontrol grubunda yer alan kişilerin ortalaması 100,89 aydır. Katılımcıların şunda çalıştıkları birimdeki ortalama çalışma süreleri ise sırasıyla, acil servis çalışanlarında 56,54 ay, yoğun bakım servis çalışanlarında 37,45 ay ve kontrol grubunda yer alan kişilerde 59,65 ay şeklindedir. Acil serviste çalışanların ortalama 66,95 ay ve yoğun bakım servisinde çalışanların ortalama 47,09 ay acil ya da yoğun bakımda toplam çalışma süreleri olduğu görülmüştür. Haftada ortalama çalışma süresi, acil servis çalışanlarında 50,23, yoğun bakım servisinde çalışanlarda 55,66 ve kontrol grubundaki kişilerde 48,19'tur. Acil servis çalışanlarında şunda ayda ölümle karşılaşma sayısı ortalama 13,01, yoğun bakım servisinde çalışanlarında 5,53, kontrol grubunda yer alan kişilerde ise ortalama 0,10'dur. Acil Serviste çalışanlar daha fazla sayıda ölümle karşılaşmaktadırlar.

Acil serviste çalışanların ayda ortalama 17,89'u, yoğun bakım servisinde çalışanların ortalama 5,92'si ve kontrol grubunda yer alanların ortalama 4,51'inin resusitasyon yaptığı görülmüştür.

Tablo 2 Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Ortalama ve Standart Sapmaları

Sosyodemografik Özellikler	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol	
	Ort.	Sd	Ort.	Sd	Ort.	Sd
Yaş	31,11	5,84	29,85	5,6	31,61	6,56
Gelir	3024,46	1626,09	3251,64	1736,73	3394,88	1797,09
Meslekte toplam çalışma süresi	91,75	65,78	78,01	61,42	100,89	84,47
Şuandaki birimde çalışma süresi	56,54	51,94	37,45	43,14	59,65	54,64
Acil ya da yoğun bakımda toplam çalışma süresi	66,95	51,42	47,09	45,19	-	-
Haftada ortalama çalışma süresi	50,23	9,68	55,66	34,35	48,19	16,36
Ayda kaç defa ölümle karşılaştığı	13,01	8,89	5,53	5,35	0,10	0,55
Ayda kaç defa resusitasyon yapıldığı	17,89	14,61	5,92	5,59	4,51	0,21

Örnekleme grubunda yer alan gruplara uygulanan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeğine ve DSM-IV kriterlerine göre katılımcılarda TSSB belirtileri olup olmadığı belirlenmiştir. Buna göre, ölçek maddelerinden yeniden yaşama ile ilgili olanlardan en az birisine, kaçınma ile ilgili olanlardan en az üç tanesine ve aşırı irkilme belirtileriyle ilişkili olanlardan da en az birisine sahip olan ve en az bir alanda işlevselliği bozuk olan kişilerin TSSB tanı kriterlerini karşıladığı kabul edilmiştir. Sonuçta, acil grupta çalışan kişilerin 29'unda (23,6), yoğun bakım servisinde çalışan kişilerin 22'sinde (%15,8) ve kontrol grubunda yer alan kişilerin ise 8'inde (%6) TSSB'ye ait belirtilerin olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Gözlenen bu dağılım anlamlı olup olmadığına ise Ki-Kare testi ile bakılmıştır. Sonuçta, TSSB'ye ilişkin belirtilerin üç gruba göre dağılımında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($X^2=15,646$, $p<.05$). Acilde çalışanlarda daha yüksek oranda görülmekle birlikte acil yoğun bakım arasında TSSB yaygınlığı açısından anlamlı fark bulunmazken her ikisi ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 3 Örneklem Grubunu Oluşturan Üç Grupta TSSB'ye Ait Özellikler

TSSB	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Var	29	23,6	22	15,8	8	6	59	14,9
Yok	94	76,4	117	84,2	125	94	336	85,1

Acil serviste çalışanlara ait travmayla ilişkili olan sosyodemografik sorulara ait dağılımlar incelenmiş ve TSSB olan ile olmayan arasında bu dağılımlar açısından anlamlı bir fark olup olmadığı Ki-Kare testiyle sınanmıştır. Çalışma ortamınızda hasta yakınları tarafından fiziksel saldırı yaşıyor mu? sorusuna TSSB'si olanların % 13.8'i her zaman, %27,6'sı sıklıkla, % 48.3'ü bazen ve % 10.3'ü hiç derken, TSSB'si olmayanların % 2.2'si her zaman, % 22.6'sı sıklıkla, % 67.7'si bazen ve %7.5'i hiçbir zaman şeklinde cevap vermiştir. TSSB tanısı alanlarla olmayanlar arasında çalışma ortamında herhangi bir düzeyde fiziksel saldırı içeren olayların yaşanması açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2=0,092$, $p>.05$). Benzer şekilde, hastalara müdahale ederken bedensel olarak yaralandınız ya da zarar gördünüz mü? sorusuna, TSSB'si olan 18 kişi (% 62.1) evet, 11 kişi (% 37.9) hayır derken, TSSB'si olmayan 33 kişi (% 35.1) evet, 61 kişi (% 64.9) kişi hayır şeklinde cevaplamıştır.

Bedensel yaralanma ortaya çıkan acil çalışanlarında TSSB oranı daha yüksektir. TSSB'si olan ve olmayan grup arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($X^2=6,638$, $p<.05$). Diğer sorulara ilişkin dağılımların TSSB'si olan ve olmayan grup açısından anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir.

Yukarıda bahsedilen travmayla ilişkili olabilecek sosyodemografik sorulara ait dağılımlar yoğun bakım servisinde çalışanlar için de incelenmiştir. TSSB'si olanlar arasında 7 kişi (% 31.8) çocuk ve genç yaşta bir insana ölüm sırası ya da sonrasında herhangi bir tıbbi müdahale ederken, 15 kişi (% 68.2) böyle bir müdahalede bulunmamıştır. Buna karşın TSSB'si olmayan 68 kişi (% 58.1) müdahalede bulunmuş, 49 kişi (% 41.9) böyle bir müdahalede bulunmamıştır. Gruplar arasında bu açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($X^2=5,156$, $p<.05$). Çocuk ve genç yaşta bir insana ölüm sırası ya da sonrasında herhangi bir tıbbi müdahalede bulunanlarda bulunmayanlara göre TSSB oranı daha düşük bulunmuştur.

Eksite hastaya müdahale etmek açısından TSSB'si olan ve TSSB'si olmayan grup arasındaki dağılım açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($X^2=4,282$, $p<.05$). Eksite hastalara müdahale edenlerde etmeyenlere göre TSSB oranı daha düşük bulunmuştur.

Halen çalıştığınız birimde sizi etkileyen ekstrem durumlar yaşadınız mı? sorusuna TSSB'si olan 9 kişi (%42.9) evet, 12 kişi (%57.1) hayır, TSSB'si olmayan 26 kişi (%22.2) evet, 91 kişi (%77.8) hayır diye ifade etmiştir. Bu açıdan da gruplar arasındaki dağılımda anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($X^2=4,005$,

$p<.05$). Ekstrem durumlar yaşıyan bireylerde yaşamayanlara göre TSSB oranı daha yüksek bulunmuştur.

Hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralandınız ya da zarar gördünüz mü? sorusuna, TSSB'si olan 13 kişi (%59.1) evet, 9 kişi (%40.9) hayır derken, TSSB'si olmayan 29 kişi (%24.8) evet, 88 kişi (%75.2) kişi hayır şeklinde cevaplamıştır. TSSB'si olan ve olmayan grup arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($X^2=10,335$, $p<.05$). Diğer bir deyişle tıbbi müdahalede bulunurken yaralananlarda yaralanmayanlara göre TSSB oranları daha yüksek bulunmuştur.

Çalıştığınız birimde görev yapmanın dışarıdaki hayatınıza etkisi oluyor mu? sorusuna TSSB'si olanların %95.5'i evet, % 4.5'i hayır derken, TSSB'si olmayanların %65.2'si evet, %34.8'i hayır demiştir. Gruplar arasındaki bu dağılımın da anlamlı olduğu görülmüştür ($X^2=8,051$, $p<.05$). Yoğun bakımda çalışmasının iş dışı yaşamını etkilediğini belirtenlerde TSSB oranları daha yüksek bulunmuştur. Çalıştığınız birimde görev yapmanın iş yaşamınıza etkisi oluyor mu? sorusuna ise TSSB'si olanların %90.9'u evet, % 9.1'i hayır derken, TSSB'si olmayanların %61.5'i evet, %38.5'i hayır demiştir. Gruplar arasındaki bu dağılım anlamlıdır ($X^2=7,138$, $p<.05$). Yoğunbakımda çalışmanın iş yaşamını olumsuz etkilediğini belirtenlerde de TSSB oranları daha yüksektir.

Son olarak, çalıştıkları ortamda yaşadıkları travmalar nedeniyle diğer ekip arkadaşlarından destek görenler TSSB olan grupta %8.3 iken TSSB olmayanlarda bu oran %39.7'dir. Ortaya çıkan bu dağılımın da gruplar arasında anlamlı olduğu gözlenmiştir ($X^2=4,329$, $p<.05$). Ekip arkadaşlarından destek görenlerde TSSB

oranları daha düşük bulunmuştur. Diğer sorulara ilişkin dağılımlarda ise TSSB'si olan ve olmayan grup açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4 Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyo Demografik Özellikler	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol Grubu		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Son 1 yıl içinde yaşanmış olumsuz olay								
Var	33	27	29	20,9	15	11,3	77	19,5
Yok	89	73	10	79,1	118	88,7	317	80,5
Çalışma bölümünü isteyerek mi seçtiniz?								
Evet	92	74,8	77	55,4	98	77,2	297	68,6
Hayır	31	25,2	62	44,6	29	22,8	122	31,4
Çalışma süreniz dışında sosyal aktivitelere katılıyor musunuz?								
Evet	51	41,5	53	38,1	86	65,6	190	48,3
Hayır	72	58,5	86	61,9	45	34,4	203	51,7

Tablo 4’de araştırmacı tarafından hazırlanan, örneklemeden elde edilen travmayla ilişkili olabilecek sorulara ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, son bir yıl içinde olumsuz olay yaşayan acil serviste çalışanlar arasında 33 kişi (%27), yoğun bakım servisinde çalışanlar arasında 29 kişi (%20,9) ve kontrol grubunda ise 15 (%11,3) kişinin yer aldığı görölmektedir. Son bir yıl içinde sıkıntı verecek olumsuz bir yaşantı varlığı açısından acil ve yoğun bakım çalışanları arsında anlamlı fark yokken her ikisi de kontrol grubundan anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. ($X^2=10,303$, $p<.05$). Acil ve yoğun bakım çalışanlarında son bir yıl içinde olumsuz olay yaşama oranı daha yüksek iken kontrol grubunda daha düşüktür. Acil serviste çalışanların %74,8’i, yoğun bakım servisinde çalışanların % 55,4’ü ve kontrol grubunda yer alan kişilerin %77,2’si çalışma bölümlerini isteyerek seçtiklerini belirtmişlerdir. Çalışılan bölümün isteyerek seçimi ($X^2=17,781$, $p<.05$) gruplara göre dağılımlarında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yoğun bakım çalışanlarında çalıştığı bölümü isteyerek seçme oranı daha düşüktür. Bunun yanında acil serviste çalışan 51 kişinin (%41,5), yoğun bakım servisinde çalışan 53 kişinin (% 38,1) ve kontrol grubunda yer alan 86 kişinin (%65,6) çalışma süresi dışında sosyal aktivitelere katıldığı gözlenmiş, gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 5 Çalışma Ortamında Tanık Olunan veya Müdahale Edilen Travmatik Durumların

Dağılımı

Sosyo Demografik Özellikler	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol Grubu		Toplam	
Ölüme	N	%	N	%	N	%	N	%
Tanık olan	123	100	138	99,3	55	41,4	316	80
Tanık olmayan	-	-	1	0,7	78	58,6	79	20
Müdahale eden	87	70,7	101	72,7	18	13,5	206	52,2
Müdahale etmeyen	36	29,3	38	27,3	115	86,5	189	47,8
Cesete								
Tanık olan	122	99,2	136	97,8	54	40,6	312	79
Tanık olmayan	1	0,8	3	2,2	79	59,4	83	21
Müdahale eden	87	70,7	107	72,7	18	13,5	206	52,2
Müdahale etmeyen	36	29,3	38	27,3	115	86,5	189	47,8
Yaralıya								
Tanık olan	123	100	130	93,5	59	44,4	312	79
Tanık olmayan	-	-	9	6,5	74	55,6	83	21
Müdahale eden	89	72,4	82	59	20	15	191	48,4
Müdahale etmeyen	34	27,6	57	41	113	85	204	51,6
Bilinci kapalı hastaya								
Tanık olan	123	100	137	98,6	65	48,9	325	82,3
Tanık olmayan	-	-	2	1,4	68	51,1	70	17,7
Müdahale eden	88	71,5	87	62,6	16	12	191	48,4
Müdahale etmeyen	35	28,5	52	37,4	117	88	204	51,6
Çocuk ve genç yaşta insan ölümüne								
Tanık olan	121	98,4	122	87,8	39	29,3	282	71,4
Tanık olmayan	2	1,6	17	12,2	94	70,7	113	28,6
Müdahale eden	84	68,3	75	54	12	9	171	43,3
Müdahale etmeyen	39	31,7	64	46	121	91	224	56,7
Parçalanmış yüz ve bedene								
Tanık olan	114	92,7	99	71,7	27	20,3	240	60,9
Tanık olmayan	9	7,3	39	28,3	106	79,7	154	39,1
Müdahale eden	78	63,4	63	45,3	8	6	149	37,7
Müdahale etmeyen	45	36,6	76	54,7	125	94	246	62,3
İntihara								
Tanık olan	121	98,4	92	66,2	32	24,1	245	62
Tanık olmayan	2	1,6	47	33,8	101	75,9	150	38
Müdahale eden	89	72,4	60	43,2	10	7,5	159	40,3
Müdahale etmeyen	34	27,6	79	56,8	123	92,5	236	59,7
Eksite hastaya								
Tanık olan	115	93,5	111	79,9	45	33,8	271	68,6
Tanık olmayan	8	6,5	28	20,1	88	66,2	124	31,4
Müdahale eden	79	64,2	66	47,5	12	9	157	39,7
Müdahale etmeyen	44	35,8	73	52,5	121	91	238	60,3
Genel vücut travmasına								
Tanık olan	122	99,2	115	82,7	64	48,1	301	76,2
Tanık olmayan	1	0,8	24	17,3	69	51,9	94	23,8
Müdahale eden	86	69,9	73	52,5	18	13,5	177	44,8
Müdahale etmeyen	37	30,1	66	47,5	115	86,5	218	55,2

Tablo 6 Çalışma Koşullarında Yaşanan Stresli Durumlara İlişkin Bulguların Dağılımı

Sosyo Demografik Özellikler	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol Grubu		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Çalıştığınız bölümde sizi etkileyen ekstrem bir olay yaşama								
Evet	63	52,5	35	25,4	-	-	98	25,1
Hayır	57	47,5	103	74,6	133	100	293	74,9
Hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralanma ya da zarar görme								
Evet	51	41,5	42	30,2	16	12,4	109	27,9
Hayır	72	58,5	97	69,8	113	87,6	282	72,1
Hasta yakınları tarafından fiziksel saldırı yaşanması								
Her zaman	6	4,9	2	1,4	2	1,5	10	2,6
Sıklıkla	29	23,8	6	4,3	1	0,8	36	9,2
Bazen	77	63,1	86	62,3	45	34,4	208	53,2
Hiç	10	8,2	44	31,9	83	63,4	137	35
Siz fiziksel saldırıya maruz kaldınız mı?								
Evet	35	28,5	18	12,9	9	6,9	62	15,8
Hayır	88	71,5	121	87,1	122	93,1	331	84,2
Çalışma ortamında hasta yakınları tarafından sözlü saldırı yaşıyor mu?								
Her zaman	19	15,6	2	1,4	7	5,3	28	7,1
Sıklıkla	60	49,2	22	15,8	18	13,5	100	25,4
Bazen	40	32,8	86	61,9	73	54,9	199	50,5
Hiç	3	2,5	29	20,9	35	26,3	67	17
Siz sözlü saldırıya maruz kaldınız mı?								
Evet	79	64,2	49	35,3	44	33,1	172	43,5
Hayır	44	35,8	90	64,7	89	66,9	223	56,5

Acil serviste çalışanların %100'ü, ölüme, yaralıya ve bilinci kapalı hastaya, % 99,2'si cesete ve genel vücut travmasına, %98,4'ü çocuk ve genç yaşta insan ölümüne ve de intihara, %92,7'si parçalanmış yüz ve bedene, %93,5'i eksite

hastaya tanık olurken, yoğun bakım servisinde çalışanların % 99,3'ü ölüme, %97,8'i cesete, %93,5'i yaralıya, %98,6'sı bilinci kaplı hastaya, %87,8'i çocuk ve genç yaşta insan ölümüne, %71,7'si parçalanmış yüz ve bedene, %66,2'si intihara, %79,9'u eskite hastaya ve %82,7'si genel vücut travmasına tanık olduğu görülmüştür. Bu sorulara ilişkin oranların kontrol grubunda ise daha az olduğu belirlenmiştir. Acil serviste çalışan 63 kişi (%52,5), yoğun bakım servisinde çalışan 35 kişi (%25,4) halen çalıştığı bölümde ekstrem bir olay yaşadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda yer alan kişilerin ise çalıştıkları bölümde etkileyici bir olay yaşamadıkları görülmüştür (Tablo 5). Bahsedilen değişkenlerin gruplara göre anlamlı dağılıp dağılmadığına bakıldığında, ölüme tanık olma ($X^2=187,197$, $p<.05$), ceset görme ($X^2=178,084$, $p<.05$), yaralı görme ($X^2=146,5$, $p<.05$), bilinci kaplı hasta görme ($X^2=153,56$, $p<.05$), çocuk ve genç yaşta insan ölümüne tanıklık etme ($X^2=177,349$, $p<.05$), parçalanmış yüz ve beden görme ($X^2=151,072$, $p<.05$), intihara tanık olma ($X^2=151,405$, $p<.05$), eskite hasta görme ($X^2=118,21$, $p<.05$), genel vücut travmalarına tanıklık etme ($X^2=96,94$, $p<.05$) ve halen çalışılan bölümde etkileyici ekstrem durumlar yaşama ($X^2=92,584$, $p<.05$) açısından gruplar açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Tüm bu değişkenler açısından acil ve yoğun bakım çalışanları kontrol grubuna göre çok büyük bir risk altındadır. Her iki grupta da kontrol grubuna göre bu deneyimlerle karşılaşma oranı çok yüksektir. Ayrıca yaralılarla karşılaşma, çocuk ya da genç yaşta insanın ölümüne tanıklık etme, intihara tanık olma, eskite hastalarla karşılaşma, genel vücut travması olan hastalarla karşılaşma ve ekstrem durumlar

yaşama oranları Acil çalışanlarında Yoğun Bakım çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralanan ya da zarar gören toplam 109 kişiden 51'i (%41,5) acil servis çalışanı, 42'si (%30,2) yoğun bakım servisi çalışanı, 16'sı (%12,4) kontrol grubunda yer alan kişilerdir. Acil serviste çalışan 6 kişi (%4,9) her zaman, 24 kişi (%23,8) sıklıkla, 77 kişi (%63,1) bazen, çalıştıkları bölümde hasta yakınları tarafından fiziksel saldırı yaşandığını 10 kişi (%8,2) hiçbir zaman yaşanmadığını, 19 kişi (%5,6) her zaman, 60 (%49,2) sıklıkla, 40 kişi (%32,8) bazen sözlü saldırı yaşandığını ve 3 kişi de (%2,5) hiçbir zaman sözlü saldırı yaşanmadığını belirtmiştir. Yoğun bakım servisinde çalışanların hasta yakınları tarafından fiziksel saldırı yaşanma oranları, %1,4 her zaman, %4,3 sıklıkla, %62,3 bazen ve %31,9 hiçbir zaman şeklinde iken, sözlü saldırı yaşanma oranları, %1,4 her zaman, %15,8 sıklıkla, %61,9 bazen ve %20,9 hiçbir zaman şeklindedir. Kontrol grubunda yer alan kişilerin ise %1,5'i her zaman, %0,8'i sıklıkla, %34,4'ü bazen hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralanma ya da zarar görme olduğunu ve %63,4'ü hiçbir zaman böyle bir durumun olmadığını, %5,3'ü her zaman, %13,5'i sıklıkla, %54,9'u bazen sözlü saldırının olduğunu ve %26,3'ü ise hiçbir zaman böyle bir saldırının yaşanmadığını bildirmiştir. Katılımcılardan acil serviste çalışanların %28,5'i fiziksel saldırıya, %64,2'si sözlü saldırıya maruz kaldığını, yoğun bakım servisinde çalışanların %12,9'unun fiziksel saldırıya, %35,3'ü sözlü saldırıya maruz kaldığını ve kontrol grubunda yer alan kişilerin ise %6,9'unun fiziksel saldırıya, %33,1'inin sözlü saldırıya maruz kaldığını gözlenmiştir (Tablo 6).

Burada yer alan değişkenlerden, hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralanma ya da zarar görme ($X^2=27,033$, $p<.05$), çalışma ortamında hasta yakınları tarafından fiziksel ($X^2=114,277$, $p<.05$) ve sözlü ($X^2=93,627$, $p<.05$) saldırının yaşanması, fiziksel ($X^2=23,537$, $p<.05$) ve sözlü ($X^2=31,214$, $p<.05$) saldırıya maruz kalma değişkenlerin dağılımlarının gruplara göre anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7 Üç Grupta Çalıştıkları Birimin İş ve Sosyal Yaşama Etkileri

Sosyo Demografik Özellikler	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol Grubu		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bu birimde çalışıyor olmanın dışarıdaki hayatınıza etkisi oluyor mu?								
Evet	98	79,7	96	70,1	58	44,3	252	64,5
Hayır	25	20,3	41	29,9	73	55,7	139	35,5
Bu birimde çalışıyor olmanın iş yaşamınıza etkisi oluyor mu?								
Evet	86	72,9	92	66,2	59	42,1	234	60
Hayır	32	27,1	47	33,8	77	57,9	156	40

Acil serviste çalışanlardan 98 kişi (%79,7), yoğun bakım servisinde çalışanlardan 96 kişi (%70,1) ve kontrol grubunda yer alan 58 kişi (%44,3) kendi birimlerinde çalışıyor olmanın dışarıdaki hayatlarını etkilediğini, 86 (%72,9) acil servis çalışanı, 92 (%66,2) yoğun bakım servis çalışanı ve 59 (%42,1) kontrol grubunda yer alan kişi kendi birimlerinde çalışıyor olmanın iş yaşamlarını etkilediğini söylemiştir (Tablo 7). Yine bu değişkenlerin dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında, çalışılan birimde görev yapmanın dışarıdaki hayata ($X^2=37,607$, $p<.05$) ve iş yaşamına ($X^2=28,121$, $p<.05$) etkisi dağılımlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Her iki değişken açısından acil ve yoğun bakım çalışanları arasında anlamlı fark yokken bu birimlerde çalışıyor olmanın iş ve iş dışındaki yaşam olumsuz etkisi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 8 Üç Grubun Çalıştıkları Ortamda Yaşadıkları Travmalar Nedeniyle Destek Görme Dağılımları

Sosyo Demografik Özellikler	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol Grubu		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Çalıştığımız ortamda yaşadığımız travmalar nedeniyle destek görüyor musunuz?								
Evet	67	54,5	69	49,6	50	39,4	186	47,8
Hayır	56	45,5	70	50,4	77	60,6	203	52,2
Çalıştığımız ortamda yaşadığımız travmalar nedeniyle destek görülen kişiler								
Hastane yönetiminden								
Evet	2	2,8	7	10	2	3,8	11	5,7
Hayır	69	97,2	63	90	50	96,2	182	94,3
Bölümdeki hocalardan								
Evet	13	18,3	13	18,6	10	19,2	36	18,7
Hayır	58	81,7	57	81,4	42	80,8	157	81,3
Meslektaşlarınızdan								
Evet	31	43,7	39	55,7	30	57,7	100	51,8
Hayır	40	56,3	31	44,3	22	42,3	93	48,2
Arkadaşlarınızdan								
Evet	38	53,5	55	78,6	30	57,7	123	63,7
Hayır	33	46,5	15	21,4	22	42,3	70	36,3
Diğer ekip arkadaşlarımdan								
Evet	23	32,4	24	34,3	10	19,2	57	29,5
Hayır	48	67,6	46	65,7	42	80,8	136	70,5
Aileden								
Evet	12	16,9	7	10	2	3,8	21	10,9
Hayır	59	83,1	63	90	50	96,2	172	89,1

Çalıştığı ortamda yaşadıkları travmalar nedeniyle, acil serviste çalışanların %45,5'i, yoğun bakım servisinde çalışanların %50,4'ü ve kontrol grubunda yer alanların %60,6'sı destek görmediğini ifade etmiştir. Çalıştığı ortamda yaşadıkları travmalar nedeniyle acil serviste çalışanlardan 2 kişi (%2,8) hastane yönetiminden, 13 kişi (%18,3) bölümdeki hocalardan, 31 kişi (%43,7) meslektaşlarından, 38 kişi (%53,5) arkadaşlarından ve 23 kişi (%32,4) diğer ekip

arkadaşlarından destek gördüğünü ifade etmiştir. Yoğun bakım servisinde çalışanların çalışma ortamında yaşadıkları travmalar nedeniyle destek görme oranları ise şöyledir: %10 hastane yönetiminde, %18,6 bölümdeki hocalardan, %55,7 meslektaşlarından, %78,6 arkadaşlarından ve %34,3 diğer ekip arkadaşlarından (Tablo 8). Buradaki değişkenlerden sadece çalışma ortamında yaşanan travmalar nedeniyle arkadaşlardan destek görme ($X^2=10,692$, $p<.05$) açısından dağılımların gruplara göre anlamlı bir fark oluşturduğu bulunmuştur. Yoğun bakım grubunda çalışanlar acil çalışanları ve kontrol grubuna göre daha yüksek oranda arkadaşlarından destek gördüklerini belirtmişlerdir. Acil çalışanları ile kontrol grubu arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 9’da Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği maddelerine ait cevapların araştırmada yer alan üç gruba göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, ölçek maddelerinde yer alan travmatik olayların yaşanıp yaşanmadığına ya da tanık olunmasına ve yaşandıysa, hala sıkıntı verip vermediğine ilişkin dağılımların özetlendiği görülmektedir.

Tablo 9 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nin Daha Önce Yaşanmış Travmaları Değerlendiren Maddelerine İlişkin Yanıtları Gruplara Göre Dağılımı

Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Maddeleri	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol Grubu		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı									
Yaşamadım	33	26,8	57	41	80	60,2	170	43	
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	15	12,2	27	19,4	6	4,5	48	12,2	
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	41	33,3	37	26,6	32	24,1	110	27,8	
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	34	27,6	18	12,9	15	11,3	67	17	
Doğal afet									
Yaşamadım	51	41,5	74	53,2	83	62,4	208	52,7	
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	17	13,8	16	11,5	6	4,5	39	9,9	
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	31	25,2	37	26,6	39	29,3	107	27,1	
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	24	19,5	12	8,6	5	3,8	41	10,4	
Aile üyelerinden ya da tanıdığınız tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma									
Yaşamadım	101	82,1	122	87,8	122	91,7	345	87,3	
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	5	4,1	3	2,2	0	0	8	2	
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	4	3,3	6	4,3	4	3	14	3,5	
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	13	10,6	8	5,8	7	5,3	28	7,1	
Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma									
Yaşamadım	94	76,4	120	86,3	122	91,7	336	85,1	
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	4	3,3	4	2,9	5	3,8	13	3,3	
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	16	13	12	8,6	3	2,3	31	7,8	
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	8	7,3	3	2,2	3	2,3	15	3,8	
Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma									
Yaşamadım	120	97,6	137	98,6	130	97,7	387	98	
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	1	0,8	0	0	0	0	1	0,3	
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	0	0	0	0	3	2,3	3	0,8	
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	2	1,6	2	1,4	0	0	4	1	
Tanımadığınız biri tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma									
Yaşamadım	119	96,7	135	97,1	133	100	387	98	
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	2	1,6	0	0	0	0	2	0,5	
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	2	1,6	2	1,4	0	0	4	1	
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	0	0	2	1,4	0	0	2	0,5	
Askeri bir çarpışma ya da									

savaş alanında bulunma								
Yaşamadım	108	87,8	129	92,8	127	95,5	364	92,2
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	5	4,1	1	0,7	0	0	6	1,5
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	7	5,7	3	2,2	3	2,3	13	3,3
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	3	2,4	6	4,3	3	2,3	12	3
18 yaşından küçük dönemde 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas								
Yaşamadım	118	95,9	130	93,5	130	97,7	378	95,7
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	1	0,8	1	0,7	3	2,3	5	1,3
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	3	2,4	5	3,6	0	0	8	2
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	1	0,8	3	2,2	0	0	4	1
Hapsedilme								
Yaşamadım	121	98,4	137	98,6	133	100	391	99
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	0	0	0	0	0	0	0	0
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	2	1,6	0	0	0	0	2	0,5
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	0	0	2	1,4	0	0	2	0,5
İşkenceye maruz kalma								
Yaşamadım	119	96,7	132	95	126	94,7	377	95,4
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	1	0,8	4	2,9	2	1,5	7	1,8
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	3	2,4	1	0,7	3	2,3	7	1,8
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	0	0	2	1,4	2	1,5	4	1
Hayatı tehdit eden bir hastalık yaşama								
Yaşamadım	110	89,4	124	89,2	121	91	355	89,9
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	4	3,3	6	4,3	1	0,8	11	2,8
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	3	2,4	6	4,3	1	0,8	10	2,5
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	6	4,9	3	2,2	10	7,5	19	4,8
Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü								
Yaşamadım	52	42,3	66	47,5	65	48,9	183	46,3
Yaşadım ve hala sıkıntı veriyor	41	33,3	41	29,5	35	26,3	117	29,6
Yaşadım ve sıkıntı vermiyor	21	17,1	24	17,3	20	15	65	16,5
Tanık oldum hala sıkıntı veriyor	9	7,3	8	5,8	13	9,8	30	7,6

Acil servis çalışanlarında HAD ölçek puanlarının TSSB'si olan ve olmayan gruplara göre fark olup olmadığı t-testi analizi yapılarak belirlenmiştir. Buna göre, TSSB'si olanlar ile TSSB'si olmayanların hem depresyon puanlarında [$t_{(120)}=3,538$, $p<.05$] hem de anksiyete puanlarında [$t_{(120)}=4,476$, $p<.05$] anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. TSSB'si olanların hem depresyon puan ortalamaları (Ort.=9,89) hem de anksiyete puan ortalamaları (Ort.= 10,79) TSSB'si olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10 Acil Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen HAD Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	P
HAD Depresyon	TSSB olan	28	9,89	5,07	120	3,538*	,001
	TSSB olmayan	94	6,5	4,26			
HAD Anksiyete	TSSB olan	28	10,79	4,09	120	4,476*	,000
	TSSB olmayan	94	6,88	4,04			

*p<.05

Acil servis çalışanlarında Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde yer alan alt ölçek puanlarının TSSB'si olan ve olmayan gruplara göre fark olup olmadığı t-testi analizi yapılarak belirlenmiştir. TSSB'si olanlar ile TSSB'si olmayanların duygusal tükenme alt ölçek puanlarında [$t_{(121)}=3,273$, $p<.05$] ve duyarsızlaşma alt ölçek puanlarında [$t_{(119)}=2,102$, $p<.05$] anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre, TSSB'si olanların TSSB'si olmayanlara göre daha fazla duygusal tükenme yaşadığı (Ort.=30,76) ve daha fazla duyarsızlaşma gösterdiği (Ort.= 12,28) saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11 Acil Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	P
Duygusal Tükenme	TSSB olan	29	30,76	6,84	121	3,273*	,001
	TSSB olmayan	94	25,53	7,71			
Duyarsızlaşma	TSSB olan	29	12,28	3,94	119	2,102*	,038
	TSSB olmayan	92	10,62	3,62			
Kişisel Başarı	TSSB olan	26	30	3,58	116	1,413	,160
	TSSB olmayan	92	28,68	4,34			

*p<.05

Acil servis çalışanlarında TSSB'si olanlar ile TSSB'si olmayanların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden sadece Çaresiz Yaklaşım alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir [$t_{(121)}=2,129$, $p<.05$]. TSSB'si olanlar (Ort.=18,34) TSSB'si olmayanlara (Ort.=16,48) göre stresle baş etme tarzı olarak daha fazla çaresiz yaklaşımı kullanmaktadır. Bulgular tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12 Acil Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	TSSB olan	29	20,52	3,64	119	-0,900	,370
	TSSB olmayan	92	21,27	4,02			
Çaresiz Yaklaşım	TSSB olan	29	18,34	3,93	120	2,129*	,035
	TSSB olmayan	93	16,48	4,16			
İyimser Yaklaşım	TSSB olan	28	13,64	2,9	119	-0,391	,696
	TSSB olmayan	93	13,86	2,47			
Boyun Eğici Yaklaşım	TSSB olan	29	12	3,22	120	1,491	,139
	TSSB olmayan	93	11,08	2,82			
Sosyal Desteğe Başvurma	TSSB olan	29	8,45	2,86	120	0,502	,616
	TSSB olmayan	93	8,18	2,36			

* $p<.05$

Yoğun bakım servisinde çalışanlarda da HAD ölçek puanlarının TSSB'si olan ve olmayan gruplara göre fark olup olmadığına bakılmış, sonuçta, TSSB'si olanlar ile TSSB'si olmayanların hem depresyon puanlarında [$t_{(136)}=4,631$, $p<.05$]

hem de anksiyete puanlarında [$t_{(137)}=4,814$, $p<.05$] anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. TSSB'si olanların hem depresyon puan ortalamaları (Ort.=9,76) hem de anksiyete puan ortalamaları (Ort.= 11,18) TSSB'si olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 13'da gösterilmiştir.

Tablo 13 Yoğun Bakım Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Grupların Elde Edilen HAD Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	p
HAD Depresyon	TSSB olan	21	9,76	2,93	136	4,631*	,000
	TSSB olmayan	117	5,87	3,64			
HAD Anksiyete	TSSB olan	22	11,18	3,08	137	4,814*	,000
	TSSB olmayan	117	7	3,84			
	TSSB olmayan	113	8,62	2,18			

Yoğun bakım servis çalışanlarında Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde yer alan alt ölçek puanlarının TSSB'si olan ve olmayan gruplara göre fark olup olmadığını belirlemek için de t-testi analizi yapılmıştır. TSSB'si olanlar ile TSSB'si olmayanların duygusal tükenme alt ölçek puanlarında [$t_{(132)}=2,841$, $p<.05$] ve duyarsızlaşma alt ölçek puanlarında [$t_{(129)}=3,275$, $p<.05$] anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre, TSSB'si olanların TSSB'si olmayanlara göre daha fazla duygusal tükenme yaşadığı (Ort.=28,95) ve daha fazla duyarsızlaşma gösterdiği (Ort.= 12,10) saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14 Yoğun Bakım Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	P
Duygusal Tükenme	TSSB olan	21	28,95	6,9	132	2,841*	,005
	TSSB olmayan	113	24,22	7,03			
Duyarsızlaşma	TSSB olan	21	12,10	3,80	129	3,275*	,001
	TSSB olmayan	111	9,38	3,35			
Kişisel Başarı	TSSB olan	22	27,55	2,72	134	-0,329	,743
	TSSB olmayan	114	27,90	4,96			

*p<.05

Yoğun bakım servis çalışanlarında TSSB'si olanlar ile TSSB'si olmayanların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden Sosyal Desteğe Başvurma alt ölçek puanları hariç, Kendine Güvenli Yaklaşım [$t_{(130)}=-2,787$, $p<.05$], Çaresiz Yaklaşım [$t_{(128)}=3,745$, $p<.05$], İyimser Yaklaşım [$t_{(133)}=-3,872$, $p<.05$] ve Boyun Eğici Yaklaşım [$t_{(133)}=2,492$, $p<.05$] alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Tablo 15'de verilen ortalamalara göre TSSB'si olanların, TSSB'si olmayanlara göre stresle baş etme tarzı olarak daha fazla çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları, daha az kendine güvenli ve iyimser yaklaşımları kullandığı anlaşılmaktadır.

Tablo 15 Yoğun Bakım Servis Çalışanlarında TSSB'si Olan ve Olmayan Gruplara Göre Elde Edilen Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	TSSB olan	20	18,85	3,23	130	-2,787*	,006
	TSSB olmayan	112	21,26	3,61			
Çaresiz Yaklaşım	TSSB olan	20	19,6	2,62	128	3,745*	,000
	TSSB olmayan	110	15,83	4,36			
İyimser Yaklaşım	TSSB olan	21	11,71	2,17	133	-3,872*	,000
	TSSB olmayan	114	13,97	2,5			
Boyun Eğici Yaklaşım	TSSB olan	21	13	3	133	2,492*	,014
	TSSB olmayan	114	11,34	2,76			
Sosyal Desteğe Başvurma	TSSB olan	21	1,76	2,47	132	-1,621	,107

*p<.05

TSSB'si olan kişilerin HAD ölçek puanlarının acil grubunda çalışan ve yoğun bakımda çalışan gruplara göre fark olup olmadığı analiz edilmiştir. Sonuçta, TSSB'si olan acil servis çalışanları ile yoğun bakım çalışanları arasında depresyon puanlarında [$t_{(47)}=0,106$] ve anksiyete puanlarında [$t_{(48)}=-0,378$] anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 16)

Tablo 16 TSSB'si Olan Kişilerde Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarına Göre Elde Edilen HAD Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	p
HAD Depresyon	Acil	28	9,89	5,07	47	0,106	,916
	Yoğun Bakım	21	9,76	2,93			
HAD Anksiyete	Acil	28	10,79	4,09	48	-0,378	,707
	Yoğun Bakım	22	11,18	3,08			
	Yoğun Bakım	21	7,76	2,46			

TSSB'si olan kişilerin Maslach Tükenmişlik alt ölçek puanlarından sadece Kişisel Başarı alt ölçek puanları açısından [$t_{(46)}=2,636$, $p<.05$] acil grubunda çalışan ve yoğun bakımda çalışan gruplara göre anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Buna göre acil serviste çalışanların (Ort.=30) yoğun bakım servis çalışanlarından (Ort.=27,55) daha fazla kişisel başarı gösterdiği saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17 TSSB'si Olan Kişilerde Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarına Göre Elde Edilen Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	P
Duygusal Tükenme	Acil	29	30,76	6,84	48	0,918	,363
	Yoğun Bakım	21	28,95	6,9			
Duyarsızlaşma	Acil	29	12,28	3,94	47	0,156	,877
	Yoğun Bakım	20	12,10	3,8			
Kişisel Başarı	Acil	26	30	3,58	46	2,636*	,011
	Yoğun Bakım	22	27,55	2,72			

* $p<.05$

Benzer şekilde TSSB'si olan kişilerin Stresle Baş Etme Tarzları alt ölçek puanlarından sadece İyimser Yaklaşım alt ölçek puanları açısından [$t_{(47)}=2,558$, $p<.05$] acil grubunda çalışan ve yoğun bakımda çalışan gruplara göre anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Buna göre acil serviste çalışanların (Ort.=13,64) yoğun bakım servis çalışanlarından (Ort.=11,71) daha fazla iyimser yaklaşım sergilediği bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo18 TSSB’si Olan Kişilerde Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarına Göre Elde Edilen Stresle Baş Etme Tarzı Alt Ölçek Puanlarının T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Acil	29	20,51	3,64	47	1,647	,106
	Yoğun Bakım	20	18,85	2,23			
Çaresiz Yaklaşım	Acil	29	18,34	3,93	47	-1,247	,218
	Yoğun Bakım	20	19,6	2,62			
İyimser Yaklaşım	Acil	28	13,64	2,9	47	2,558*	,014
	Yoğun Bakım	21	11,71	2,17			
Boyun Eğici Yaklaşım	Acil	29	12	3,22	48	-1,115	,270
	Yoğun Bakım	21	13	3			
Sosyal Desteğe Başvurma	Acil	29	8,45	2,86	48	0,886	,380

*p<.05

Araştırmada yer alan katılımcılardan elde edilen HAD ölçek puanlarının, acil servis çalışanları, yoğun bakım çalışanları ve kontrol grubu açısından anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analiz yapılmıştır. Sonuçta, hem depresyon puanları [$F_{(2-386)}=11,993$, $p<.05$] hem de anksiyete puanları [$F_{(2-391)}=6,468$, $p<.05$] açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan bu farkın kaynağını belirlemek için Post Hoc analizlerinden Tukey testi yapılmıştır. Buna göre, acil servis çalışanlarının (Ort.=7,28) ve yoğun bakım servisi çalışanlarının (Ort.=6,46) depresyon puanlarının kontrol grubunda yer alan kişilerinkinden (Ort.=4,89) daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, acil servis çalışanlarının (Ort.=7,78) ve yoğun bakım servisi çalışanlarının (Ort.=7,67) anksiyete puanlarının kontrol grubunda yer alan kişilerinkinden (Ort.=6,23) daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 19 Katılımcılardan Elde Edilen HAD Ölçek Puanlarının Üç Gruba Göre ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
HAD Depresyon	Gruplararası	372,434	2	186,217	11,993*	,000
	Grupiçi	5993,324	386	15,527		
	Toplam	6365,758	388			
HAD Anksiyete	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
	Gruplararası	195,652	2	97,826	6,468*	,002
	Grupiçi	5913,576	391	15,124		
	Toplam	6109,228	393			

*p<.05

Katılımcılardan elde edilen Maslach Tükenmişlik alt ölçek puanlarının, acil servis çalışanları, yoğun bakım çalışanları ve kontrol grubu açısından anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında Duygusal tükenme alt ölçek puanları [$F_{(2-386)}=13,144$, $p<.05$] ve Duyarsızlaşma alt ölçek puanları [$F_{(2-381)}=7,748$, $p<.05$] açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan bu farkın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizlerinden Tukey testi sonucunda, acil servis çalışanlarının (Ort.=26,76) ve yoğun bakım servisi çalışanlarının (Ort.=24,96) duygusal tükenme puanlarının kontrol grubunda yer alan kişilerinkinden (Ort.=22,41) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duyarsızlaşma puanları açısından bakıldığında acil servis çalışanlarının (Ort.=11,02), yoğun bakım servisi çalışanlarından (Ort.=9,79) ve kontrol grubunda yer alan kişilerinkinden (Ort.=9,28) daha yüksek olduğu bulunmuştur. ancak böyle bir fark yoğun bakım çalışanları ile kontrol grubunda yer alan kişiler arasında çıkmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20 Katılımcılardan Elde Edilen Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanlarının Üç Gruba Göre ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Duygusal Tükenme	Gruplararası	1225,67	2	612, 835	13,144 *	,000
	Grupiçi	17996,885	386	46,624		
	Toplam	19222,555	388			
Duyarsızlaşma	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
	Gruplararası	198,967	2	99,483	7,748*	,001
	Grupiçi	4892,031	381	12,840		
	Toplam	5090,997	383			
Kişisel Başarı	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
	Gruplararası	90,906	2	45,453	2,351	,097
	Grupiçi	7230,649	374	19,333		
	Toplam	7321,554	376			

*p<.05

Son olarak, Stresle Baş Etme Tarzları alt ölçek puanlarında üç grup açısından anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmış, hiçbir alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Buna ait bulgular Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21 Katılımcılardan Elde Edilen Stresle Baş Etme Tarzı Alt Ölçek Puanlarının Üç Gruba Göre ANOVA Sonuçları

Kendine Güvenli Yaklaşım	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
	Gruplararası	28,123	2	14,061	1,049	,351
	Grupiçi	5104,836	381	13,399		
	Toplam	5132,958	383			
Çaresiz Yaklaşım	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
	Gruplararası	17,561	2	8,78	0,503	,605
	Grupiçi	6667,037	382	17,453		
	Toplam	6684,597	384			
İyimser Yaklaşım	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
	Gruplararası	38,229	2	19,115	2,955	,053
	Grupiçi	2490,748	385	6,469		
	Toplam	2528,977	387			
Boyun Eğici Yaklaşım	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
	Gruplararası	6,016	2	3,008	0,384	,681
	Grupiçi	3012,779	385	7,825		
	Toplam	3018,495	387			
Sosyal Desteğe Başvurma	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
	Gruplararası	9,158	2	4,579	0,880	,416
	Grupiçi	2008,168	386	5,203		
	Toplam	2017,326	388			

5. TARTIŞMA

5.1 Acil ve Yoğun bakım çalışanlarının sosyodemografik ve klinik değişkenler yönünden kontrol grubuyla karşılaştırılmasına ilişkin tartışma

Bu araştırmada değerlendirilen sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından acil, yoğun bakım ve kontrol grupları arasında birçok değişken açısından farklılık bulunması bu grupta TSSB yaygınlığının üzerinde etkili olan etkenleri daha iyi anlamamıza olanak veren bir durumdur.

Büyük çoğunluğunu anksiyete ve depresif bozuklukların oluşturduğu geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsünün acil ve YBÜ çalışanlarında kontrol grubuna göre daha yüksek olması iş ortamının ruhsal bozukluklar geliştirme açısından bir risk etkeni olduğunu düşündürebilir. Acil Serviste çalışanlar daha fazla sayıda ölümle karşılaşmaktadırlar. Daha fazla sayıda resusitasyon işlemi yapmaktadırlar. Son bir yıl içinde sıkıntı verecek olumsuz bir yaşantı varlığı açısından acil ve yoğun bakım çalışanları arasında anlamlı fark yokken her ikisi de kontrol grubundan anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Acil ve yoğun bakım çalışanlarında son bir yıl içinde olumsuz olay yaşama oranı daha yüksek iken kontrol grubunda daha düşüktür. Çalışılan bölümün isteyerek seçimi ($X^2=17,781$, $p<.05$) gruplara göre dağılımlarında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yoğun bakım çalışanlarında çalıştığı bölümü isteyerek seçme oranı daha düşüktür. Yoğun bakımdaki çalışma koşulları, özellikle ölümcül hastaya daha uzun süre ve yoğun

biçimde bakım vermenin yarattığı zorlanma bu bölümü isteyerek seçme eğilimini azaltabilir.

Tüm bu değişkenler açısından acil ve yoğun bakım çalışanları kontrol grubuna göre çok büyük bir risk altındadır. Her iki grupta da kontrol grubuna göre bu deneyimlerle karşılaşma oranı çok yüksektir. Ayrıca yaralılarla karşılaşma, çocuk ya da genç yaştaki insanların ölümüne tanıklık etme, intihara tanık olma, eskite hastalarla karşılaşma, genel vücut travması olan hastalarla karşılaşma ve ekstrem durumlar yaşama oranları acil çalışanlarında yoğun bakım çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Birçok değişken açısından acil çalışanlarının YB grubuna göre daha büyük risk altında olduğu görülmektedir.

Hastalara müdahale ederken yaralanma ya da zarar görme sıklığı açısından acil ve yoğun bakım çalışanları arasında anlamlı fark bulunmazken kontrol grubuna göre her ikisinde anlamlı düzeyde yüksekti. Hem fiziksel hem de sözel saldırıya maruz kalma sıklığı acil çalışanlarında yoğun bakım çalışanlarına göre daha yüksekti. Her iki değişken açısından da YB çalışanları ile kontrol grubu arasında anlamlı fark yoktu. Tüm bunlar Acil ve yoğun bakım çalışanlarının işle ilgili olsun ya da travmatik yaşantılara daha yüksek oranda maruz kaldığını ve bunların TSSB elişimi açısından büyük ve önemli bir risk etkeni olduğunu göstermektedir.

Çalışılan birimde görev yapmanın dışarıdaki hayata ($X^2=37,607$, $p<.05$) ve iş yaşamına ($X^2=28,121$, $p<.05$) etkisi dağılımlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Her iki değişken açısından acil ve yoğun bakım çalışanları arasında anlamlı fark yokken bu birimlerde çalışıyor olmanın iş ve iş dışındaki

yaşama olumsuz etkisi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu çalışma koşullarına bağlı zorlanmaların acil ve yoğun bakım çalışanlarında öncelikli ve belirgin etkisi olan bir sorun alanı haline geldiğini ve TSSB gelişimi açısından önemli bir risk etkeni olduğunu göstermektedir.

Yoğun bakım grubunda çalışanlar acil çalışanları ve kontrol grubuna göre daha yüksek oranda arkadaşlarından destek gördüklerini belirtmişlerdir. Acil çalışanları ile kontrol grubu arasında anlamlı fark yoktur. Destek görme travma ile karşılaşan bireylerde TSSB gelişimini önleme açısından en önemli koruyucu etkenlerden biridir. Özellikle yakınlarında destek görmenin TSSB gelişimini önlediğine yönelik kanıtlar vardır (171).

5.2 Acil ve Yoğun bakım çalışanlarında gözlenen TSSB 'nin sosyodemografik ve klinik değişkenler yönünden kontrol grubuyla karşılaştırılmasına ilişkin tartışma

Çalışmamızda acil çalışanlarında TSSB yaygınlığı kontrol grubuna göre belirgin düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu gözden geçirilen kaynaklardan elde edilen çalışmaların bulgularıyla uyumudur. Taivan'daki Chi-Chi depremi sonrası profesyonel kurtarma ekiplerinin değerlendirildiği çalışmada depremden 1 ay sonra TSSB oranı profesyonel çalışanlarda benzer oranda yüksek olarak bulunmuştur (34). Yine 11 Eylül Dünya Ticaret Merkezi saldırılarından sonra kurtarma ve tedavi çalışanlarında olaydan 3 yıl sonra yapılan değerlendirmede TSSB sıklığı yüksek bulunmuştur. Avustralya'da orman yangını sonrası değerlendirilen itfaiyecilerde de 4. Ayda 11 ayda ve 29 ayda saptanan sırasıyla

%32, %27 ve %30 olarak elde edilen TSSB oranlarıyla uyumludur (31, 36). Ambulans çalışanları ile yapılan bir çalışmada daha düşük oranlar bildirilse de toplumda görülen TSSB sıklığından önemli ölçüde yüksektir (32). Yine çalışmamızın bulgularıyla literatürde yardım çalışanları ile yapılan birçok çalışmanın bulguları benzerdir (172-175). Bir başka çalışmada ise oranlar çalışmamızın bulgularından oldukça yüksektir (176). Bu bulgular Acil çalışanlarında TSSB sıklığının kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olacağı şeklindeki çalışmamızın hipotezi ile uyumludur.

Çalışmamızda YBÜ çalışanlarında da TSSB oranları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Kaynaklar gözden geçirildiğinde bu alanda yalnızca iki çalışmaya ulaşılabildiği görülmüştür. Dört farklı hemşire grubunun değerlendirildiği bu araştırmada elde edilen sonuçlar bizim araştırmamızda yoğun bakım grubunda elde ettiğimiz bulgulara benzerdir.(37) Aynı araştırma ekibi daha önce yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamızın bulgularıyla benzer yüksek oranlar bildirmişlerdir.(38)

Acil ve YBÜ çalışanlarında bulduğumuz yüksek oranlar acil ve yoğun bakımda çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarında TSSB'nin tahmin edilenden önemli bir sağlık sorunu olduğunu, fakat aynı ölçüde ihmal edildiğini göstermiştir. Özellikle acil çalışanlarında bu oranların daha yüksek olması olarak trafik kazaları, iş kazaları ve diğer nedenlerle ölen ölüm olaylarıyla, parçalanmış yüz ve bedenlerle, ya da ölüm riski taşıyan durumlarla yineleyici biçimde

karşılaşmaları ile ilişkili görünmektedir. Birçok araştırmada sağlık çalışanların TSSB açısından büyük risk altında olduğu ve travmatik deneyim sonrası farklı sürelerde yapılan çalışmada özellikle kronik TSSB yaygınlığının beklenenin üzerinde olduğu gösterilmiştir (32, 177-179). YBÜ çalışanlarında da çalışma koşulları dolayısı ile ve sürekli olarak ölüm sürecinde olan, bilinci kapalı hastalara tıbbi hizmet ve bakım sunmaları, yaşamı uzatmak için birçok tıbbi girişimde bulunmaları, ölüm düşüncesini daha fazla sorgulayan bir mesleği yürümeleri nedeniyle TSSB gelişimi açısından yüksek risk altındadırlar (37, 38). Acil çalışanlarında YBÜ çalışanlarına göre daha fazla TSSB görülmesi bu grubun daha ani, beklenmedik travmalarla karşı karşıya kalması, daha hızlı ve yaşamsal karar vermeleriyle ilişkili olabilir. YBÜ çalışanlarının ise görece daha stabil hastalarla karşılaşmaları ve karar verme sürecinde daha uzun zaman ve seçeneğe sahip oldukları için daha az etkilendiği düşünülebilir. Bulgularımız, kaynaklarda da sıklıkla vurgulanan acil çalışanlarının daha fazla travmaya hazırlıksız olarak yakalanmalarının, peritratmatik disosiasyon düzeylerinin daha fazla olmasının, parçalanmış yüz ve beden gibi durumlara daha fazla tanık ve müdahale etmeleri ile ilişkili olduğu bulgularıyla uyumludur (173).

Acil ve YBÜ çalışanlarında TSSB gelişmesinde etkisi olabilecek risk faktörleri ve diğer değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan sorgulamada sınırlı sayıda durum ile TSSB gelişimi arasında ilişki bulunmuştur. Acil ve YBÜ çalışanlarında tıbbi girişimde bulunma sürecinde fiziksel olarak yara almaları TSSB gelişimi açısından anlamlı düzeyde etkili bulunmuştur. Benzer sonuç 11 Eylül Dünya Ticaret Merkezi saldırılarından sonra yardım edenler de yardım

faaliyetleri sırasında yara almış olmak tüm meslek gruplarında TSSB riski ile ilişkili tek felaket içi deneyim olarak bildirilmiştir (98). Benzer biçimde Acil ve YBÜ çalışanlarının ikisinde de TSSB gelişen olgulara baktığımızda çalıştıkları ortamda kendilerini etkileyen aşırı (ekstrem) travmatik olay ile anlamlı ilişki bulunmuştur. TSSB tanısı konanlar daha fazla uç travmatik durumlar yaşamışlardır. Bu bulgu DSM' deki TSSB kriterlerinin A ölçütünde belirtilen kişinin aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme ölçütünün belirleyiciliğinin altını bir kez daha çizmekte (1), travmanın şiddetinin TSSB gelişiminde belirleyici bir değişken olduğunu göstermektedir. bu bulgu afet bölgesinde çalışan ve travmatik durumlara farklı düzeylerde maruz kalan bireylerde görülen farklı TSSB oranları ile ilgili, travmanın şiddetine vurgu yapan araştırma bulgularıyla uyumludur (98).

Acil serviste TSSB tanısı alanlarla almayanlar arasında çalışma ortamında herhangi bir düzeyde fiziksel saldırı içeren olayların yaşanması açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2=0,092$, $p>.05$).

Bedensel yaralanma ortaya çıkan acil çalışanlarında TSSB oranı daha yüksektir. Çocuk ve genç yaşta bir insana ölüm sırası ya da sonrasında herhangi bir tıbbi müdahalede bulunanlarda bulunmayanlara göre TSSB oranı daha düşük bulunmuştur. Ekstrem durumlar yaşayan bireylerde yaşamayanlara göre TSSB oranı daha yüksek bulunmuştur. Tıbbi müdahalede bulunurken yaralananlarda yaralanmayanlara göre TSSB oranları daha yüksek bulunmuştur.

Yoğun bakımda çalışmasının iş dışı yaşamını etkilediğini belirtenlerde TSSB oranları daha yüksek bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışmanın iş yaşamını

olumsuz etkilediğini belirtenlerde de TSSB oranları daha yüksektir. Ekip arkadaşlarından destek görenlerde TSSB oranları daha düşük bulunmuştur.

5.3 Acil ve YBÜ'lerinde çalışan TSSB olgularındaki anksiyete ve depresyon yaygınlığına ilişkin bulguların tartışılması

Acil ve YBÜ çalışanları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında hem acil çalışanlarında hem de YBÜ çalışanlarında anksiyete ve depresyon puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olarak bulunmuştur. Acil servis ve YBÜ çalışma koşulları nedeniyle ölümlerle yaşam arasındaki kritik hastalara ve onların ihtiyaçlarına, resusitasyona, ölüm sonrası işlemlere ve yaşamı uzatmak için kullanılan ek desteklerle yaşayan hastalara yineleyen bir biçimde maruz kalmaktadır (105). Ayrıca hastaların ve yakınlarının gerçekçi olmayan beklentilerine sürekli cevap verebilmek burada çalışmanın stresli doğasına katkıda bulunmaktadır (38). Günlük iş rutininde kişilerin sürekli bu ortamda bulunması kişilerde kaygıyı, endişeyi, huzursuzluğu bununla birlikte kendine bakımda azalma, ya da sosyal aktivitelere katılımı azalmaya yol açan depresif belirtileri artırıyor olabilir. Aynı şekilde bu riskli yerlerde çalışmak kişileri birtakım ruhsal hastalıklara daha yatkın hale getiriyor olabilir. Son çalışmalarda mesleki risk taşıyan yerler olarak bildiren yayınlar bu bulguları desteklemektedir (32, 180).

Çalışmamızın bir diğer bulgusu acil çalışanlarında TSSB tanısı konan bireylerde anksiyete ve depresyon puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu bilgiler kaynaklarda bildirilen TSSB ve anksiyete ve depresyonun sıklıkla eşlik ettiğini gösteren araştırma bulgularıyla uyumludur. Uçak kazası sonrası

kurtarma ekiplerinde yapılan bir çalışmada kurtarma çalışanlarında TSSB gelişenlerde benzer şekilde yüksek oranda depresyon bildirilmiştir (181). Yine itfaiyecilerde eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların araştırıldığı bir diğer çalışmada TSSB tanısı alanların çoğunda ek psikiyatrik rahatsızlıklar saptanmış ve bunlar içinde en yaygın görülenin depresyon olduğu bildirilmiştir (119). TSSB tanı kriterlerinde belirtilen ölçütler anksiyete bozuklukları içinde geçerli ölçütlerdir ve travma olmadığında veya tanı ölçütleri TSSB'yi karşılamadığında anksiyete bozuklukları olarak tanımlanabilmektedir.(114) Ancak çalışmalarda basit fobi, sosyal fobi gibi diğer anksiyete bozukluklarıyla birlikteliği de gösterilmiştir (20).

5.4 Acil ve YBÜ'lerinde çalışan TSSB olguları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması

Acil ve YBÜ çalışanları stresle başa çıkma tarzları açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldığında hiçbir alt ölçek açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Gruplar arasında fark olmaması çalışan grupların olaylar karşısında benzer tarzları kullandığını göstermektedir ancak çalışma grupları arasında çalışmamızın konusu olan TSSB açısından farklar bulunmaktadır. Ancak bu grupların depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerine göre stresle başa etme şekilleri çalışmanın amaçları arasında olmadığından yer verilmemiştir. Bu konudaki bilgiyi artırmak için gelecekte yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Acil çalışanlarında TSSB tanısı konanların anlamlı düzeyde stresle başa çıkma tarzı olarak pasif başa çıkma tarzı olan çaresiz yaklaşımı kullandıkları

gözlenmiştir. YBÜ’de çalışanlarda da TSSB gelişen olgularda güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımın anlamlı düzeyde düşük olduğu ve çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları gösterilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalarda TSSB gelişen olguların pasif başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandığı bildirilmiştir. Tayvan’da 1999 yılında meydana gelen depremden 5 yıl sonra kurtarma ekiplerinde yapılan çalışmada duygu odaklı/pasif başa çıkma tarzlarını kullananlarda travma sonrası yeniden yaşama belirtilerini daha sık görüldüğü bildirilmiştir, TSSB gelişimi için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (156). Yine bir diğer çalışmada TSSB olgularında pasif başa çıkma becerileri kullananların daha fazla madde kullandığı bildirilmiştir (146). Savaş mağdurlarıyla yapılan bir çok çalışmada da benzer şekilde pasif başa çıkma stratejilerini kullananlarda TSSB belirtilerinin daha yüksek olduğu, bununla birlikte savaş sonrasında yaşadığı ortama zayıf uyum gösterdikleri saptanmıştır (182-184). Kaynaklarda YBÜ çalışanlarında TSSB gelişimi ile sınırlı sayıda çalışma bulunması ve bu çalışmalarda başa çıkma becerilerinin değerlendirilmemiş olması nedeniyle araştırmamız TSSB gelişen olgularda stresle başa çıkmayı değerlendiren ilk çalışma olması ve bu konudaki bilgilere katkı sağlaması açısından değerlidir.

5.5 Acil ve YBÜ çalışanlarındaki tükenmişlik düzeylerine ilişkin verilerin tartışılması

Acil ve YBÜ çalışanları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın anlamlı olarak bu çalışma ortamında çalışanlarda yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ilgili tıbbi kaynaklarda belirtilen bulgularla

uyumludur. Bu yerlerin yoğun stresli yerler olması, sürekli duygusal ve bilişsel olarak ölümlerle, palyatif bakım sağlanan hastalarla, dramatik ölümlerle karşılaşılması ve bu kayıplar sonucunda ümitsizlik yaşanması kişilerde duygusal tükenmeye ve duyarsızlaşmaya yol açıyor olabilir (38, 180).

Çalışmamızda Acil ve YBÜ'de çalışanlarda TSSB gelişen olgularda anlamlı düzeyde daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma olduğu gözlenmiştir. İlgili kaynaklar incelendiğinde TSSB ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi değerlendiren sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Araştırmamızın bulguları bu çalışmanın sonuçları ile bulgularımız uyumludur. Bu çalışma da YBÜ, yüksek stresli çalışma yerleri(kemik iliği yüksek riskli gebelik ünitesi, ameliyathane vb.) diğer yatan hasta birimleri ve ayaktan hasta olmak üzere 4 farklı çalışma yerinde hemşirelerde TSSB ve tükenmişliğin incelendiği çalışmada benzer şekilde TSSB tanısı konan olgularda tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (38).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bulgular ülkemizde bu alanda yeterli çalışma olmaması ve bu alana yönelik ilginin artırılması açısından dikkate değerdir. Acil servis ve yoğun bakım çalışanlarında bulunan yüksek TSSB oranları bu çalışma ortamlarının yüksek riskli doğasını göstermektedir. Bu çalışma ortamlarında çalışanlara yönelik bilgilendirme ve işle ilgili stresi azaltacak girişimlerde bulunma gibi yapılacak koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılmasına gereksinim vardır. Bunun yanında

işyeri ortamını ve çalışma koşullarının travma etkilerini en aza indirecek ve bireyin başa çıkma olanaklarını destekleyecek biçimde düzenlenmelidir. Yine bu riskli ortamlarda çalışanların takip ve tedavi edilmesi de çalışmanın sonuçlarının ortaya koyduğu önemli bir alandır. İlerde yapılacak bu alandaki çalışmalar bu stresli çalışma ortamlarına ilişkin risk faktörlerinin tanımlanmasına yardımcı olabilir ve bu yerlerde çalışanlara yönelik koruyucu ve tedavi edici yaklaşımların artmasına katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı, Dördüncü baskı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR).(Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 20072000.
2. Coddington RD. The signifiçance of life events as etiologic factors in the diseases of children. I. A survey of professional workers. J Psychosom Res. 1972 Feb;16(1):7-18.
3. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L. Traumatic stress : the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford Press; 1996.
4. Şahin D. (1995) “Türkiye’de insan eliyle yapılan travmalara bağıli psikiyatrik bozuklukların boyutu”, Kriz Dergisi 3(1-2): 26-30.
5. Handwerger K. Differential patterns of HPA activity and reactivity in adult posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. Harv Rev Psychiatry. 2009;17(3):184-205.
6. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry. 1991 Jan;148(1):10-20.
7. Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers--a literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2003 Aug;10(4):417-24.
8. Sabin-Farrell R, Turpin G. Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? Clin Psychol Rev. 2003 May;23(3):449-80.

9. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
10. Eriksson C, Vande Kemp H, Gorsuch R, Hoke S, Foy D. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief personel. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 205-211.
11. Johnsen BH, Eid J, Lovstad T, Michelsen LT. Posttraumatic stress symptoms in nonexposed, victims, and spontaneous rescuers after an avalanche. *J Trauma Stress*. 1997 Jan;10(1):133-40.
12. Weiss DS, Marmar CR, Metzler TJ, Ronfeldt HM. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Jun;63(3):361-8.
13. Yılmaz B. Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme İle İlişkili Değişkenler. Doktora tezi, Ankara 2006.
14. Ramsay R. Invited review: post-traumatic stress disorder; a new clinical entity? *J Psychosom Res*. 1990;34(4):355-65.
15. Kardiner A. War stress and neurotic illness. New York etc.: Hoeber; 1947.
16. Noyes R, Hoehn-Saric R. The anxiety disorders. Cambridge, UK ; New York, NY, USA: Cambridge University Press; 1998.
17. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*. 2010 Jun;167(6):640-7.
18. Wolf ME, Mosnaim AD, American Psychiatric Association. Meeting. Posttraumatic stress disorder : etiology, phenomenology, and treatment. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1990.
19. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jul;55(7):626-32.
20. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60.
21. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Dec;61(6):984-91.

22. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol.* 1992 Jun;60(3):409-18.
23. Farmer R, Tranah T, O'Donnell I, Catalan J. Railway suicide: the psychological effects on drivers. *Psychol Med.* 1992 May;22(2):407-14.
24. Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S. Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry.* 1996 Apr;153(4):556-8.
25. Shore JH, Vollmer WM, Tatum EL. Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1989 Nov;177(11):681-5.
26. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Manoukian G, Tavosian A, et al. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry.* 1994 Jun;151(6):895-901.
27. Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, Hazell PL, Kenardy JA, Carter GL. Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychol Med.* 1995 May;25(3):539-55.
28. Wang X, Gao L, Shinfuku N, Zhang H, Zhao C, Shen Y. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. *Am J Psychiatry.* 2000 Aug;157(8):1260-6.
29. Basoglu M, Kilic C, Salcioglu E, Livanou M. Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *J Trauma Stress.* 2004 Apr;17(2):133-41.
30. Ursano RJ, Fullerton CS, Kao TC, Bhartiya VR. Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *J Nerv Ment Dis.* 1995 Jan;183(1):36-42.
31. McFarlane AC. The Ash Wednesday bushfires in South Australia. Implications for planning for future post-disaster services. *Med J Aust.* 1984 Sep 1;141(5):286-91.
32. McFarlane AC, Williamson P, Barton CA. The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. *J Public Health Policy.* 2009 Sep;30(3):311-27.
33. Huizink AC, Slottje P, Witteveen AB, Bijlsma JA, Twisk JW, Smidt N, et al. Long term health complaints following the Amsterdam Air Disaster in police officers and fire-fighters. *Occup Environ Med.* 2006 Oct;63(10):657-62.

34. Guo YJ, Chen CH, Lu ML, Tan HK, Lee HW, Wang TN. Posttraumatic stress disorder among professional and non-professional rescuers involved in an earthquake in Taiwan. *Psychiatry Res.* 2004 Jun 30;127(1-2):35-41.
35. Prezant DJ, Weiden M, Banauch GI, McGuinness G, Rom WN, Aldrich TK, et al. Cough and bronchial responsiveness in firefighters at the World Trade Center site. *N Engl J Med.* 2002 Sep 12;347(11):806-15.
36. Mental health status of World Trade Center rescue and recovery workers and volunteers - New York City, July 2002-August 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004 Sep 10;53(35):812-5.
37. Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007 Apr 1;175(7):693-7.
38. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety.* 2009;26(12):1118-26.
39. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
40. Işık E. (1996) *Nevrozlar*, Ankara: Kent Matbaası.
41. Horowitz MJ. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp Community Psychiatry.* 1986 Mar;37(3):241-9.
42. McCann IL, Sakheim DK, Abrahamson DJ. Trauma and victimization: A model of psychological adaptation, *Counsel Psychol* 16 (1988), pp. 531–594. 1988(6):30-1.
43. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 1986 Jan;99(1):20-35.
44. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions : towards a new psychology of trauma.* New York 1992.
45. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol.* 1992 Oct;60(5):748-56.
46. Maria Livanou, *Travma Sonrası Stres Bozukluğunun teorik Yönleri*, In: Aker T, Önder M. E. *Psikolojik Travma ve Sonuçları*, 5US Yayınları, 2003.
47. Lazarus RS. On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129. . 1984.

48. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977 Mar;84(2):191-215.
49. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 1978; 87 p 49–74.
50. Mikulincer M, Solomon Z. Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol.* 1988 Aug;97(3):308-13.
51. Aston-Jones G, Valentino RJ, Van Bockstaele EJ, Meyerson AT (1994). Locus coeruleus, stress, and PTSD: neurobiological and clinical parallels. In: Murburg MM (ed). *Catecholamine Function in PTSD: Emerging Concepts*. American Psychiatric Press: Washington, DC, pp 17–62.
52. Abercrombie ED, Jacobs BL. Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus coeruleus of freely moving cats. II. Adaptation to chronically presented stressful stimuli. *J Neurosci.* 1987 Sep;7(9):2844-8.
53. Charney DS, Woods SW, Goodman WK, Heninger GR. Neurobiological mechanisms of panic anxiety: biochemical and behavioral correlates of yohimbine-induced panic attacks. *Am J Psychiatry.* 1987 Aug;144(8):1030-6.
54. Morgan CA, 3rd, Southwick SM, Grillon C, Davis M, Krystal JH, Charney DS. Yohimbine-facilitated acoustic startle reflex in humans. *Psychopharmacology (Berl).* 1993;110(3):342-6.
55. Murburg MM, McFall ME, Lewis N, Veith RC. Plasma norepinephrine kinetics in patients with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 1995 Dec 15;38(12):819-25.
56. Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr.* 2009 Jan;14(1 Suppl 1):13-24.
57. Vermetten E, Bremner JD. Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety.* 2002;16(1):14-38.
58. Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 2000;12 Suppl 1:2-19.
59. Sapolsky RM, Romero LM, Munck AU. How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocr Rev.* 2000 Feb;21(1):55-89.

60. Habib KE, Gold PW, Chrousos GP. Neuroendocrinology of stress. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2001 Sep;30(3):695-728; vii-viii.
61. Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol Bull.* 2004 May;130(3):355-91.
62. Anisman H, Griffiths J, Matheson K, Ravindran AV, Merali Z. Posttraumatic stress symptoms and salivary cortisol levels. *Am J Psychiatry.* 2001 Sep;158(9):1509-11.
63. Olf M, Guzelcan Y, de Vries GJ, Assies J, Gersons BP. HPA- and HPT-axis alterations in chronic posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 2006 Nov;31(10):1220-30.
64. Wessa M, Rohleder N, Kirschbaum C, Flor H. Altered cortisol awakening response in posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 2006 Feb;31(2):209-15.
65. Bierer LM, Tischler L, Labinsky E, Cahill S, Foa E, Yehuda R. Clinical correlates of 24-h cortisol and norepinephrine excretion among subjects seeking treatment following the world trade center attacks on 9/11. *Ann N Y Acad Sci.* 2006 Jul;1071:514-20.
66. Yehuda R, Southwick SM, Nussbaum G, Wahby V, Giller EL, Jr., Mason JW. Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1990 Jun;178(6):366-9.
67. Mason JW, Giller EL, Kosten TR, Ostroff RB, Podd L. Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients. *J Nerv Ment Dis.* 1986 Mar;174(3):145-9.
68. Resnick HS, Yehuda R, Pitman RK, Foy DW. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *Am J Psychiatry.* 1995 Nov;152(11):1675-7.
69. McFarlane AC, Atchison M, Yehuda R. The acute stress response following motor vehicle accidents and its relation to PTSD. *Ann N Y Acad Sci.* 1997 Jun 21;821:437-41.
70. Scott MJ, Stradling SG. Translating the psychobiology of post-traumatic stress disorder into clinically useful analogy. *Br J Med Psychol.* 2001 Jun;74 Part 2:249-54.
71. Solomon Z. The impact of posttraumatic stress disorder in military situations. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 17:11-5.
72. Hageman I, Andersen HS, Jorgensen MB. Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand.* 2001 Dec;104(6):411-22.
73. Kaptanoğlu C. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikleri, In:Aker T, Önder M. E. Psikolojik Travma ve Sonuçları, 5US Yayınları, 2003.

74. Kline NA, Rausch JL. Olfactory precipitants of flashbacks in posttraumatic stress disorder: case reports. *J Clin Psychiatry*. 1985 Sep;46(9):383-4.
75. McFarlane A. Phenomenology of Posttraumatic Stress Disorder. In: Stein, Dan J. Hollander, Eric. *The American Psychiatric publishing textbook of anxiety disorders*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2002. p. xvii, 359-71 p.
76. Davidson JRT, Foa EB. *Posttraumatic stress disorder : DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
77. Scott MJ, Stradling SG. Post-traumatic stress disorder without the trauma. *Br J Clin Psychol*. 1994 Feb;33 (Pt 1):71-4.
78. Alter CL, Pelcovitz D, Axelrod A, Goldenberg B, Harris H, Meyers B, et al. Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*. 1996 Mar-Apr;37(2):137-43.
79. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry*. 1995 Apr;166(4):525-8.
80. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder: the etiologic specificity of wartime stressors. *Am J Psychiatry*. 1987 May;144(5):578-83.
81. Hendin H, Haas AP, Singer P, Gold F, Trigoss GG. The influence of precombat personality on posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*. 1983 Nov-Dec;24(6):530-4.
82. Yehuda R, Southwick SM, Giller EL, Jr. Exposure to atrocities and severity of chronic posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry*. 1992 Mar;149(3):333-6.
83. Hendin H, Haas AP. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry*. 1991 May;148(5):586-91.
84. De Silva P. Post-traumatic stress disorder: Cross-cultural aspects. *Int Rev Psychiatry*. 1993 Dec;5:217-29.
85. Solomon Z. The effect of combat-related posttraumatic stress disorder on the family. *Psychiatry*. 1988 Aug;51(3):323-9.
86. Peters UH. [Psychological sequelae of persecution. The survivor syndrome]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1989 May;57(5):169-91.
87. Eaton WW, Sigal JJ, Weinfeld M. Impairment in Holocaust survivors after 33 years: data from an unbiased community sample. *Am J Psychiatry*. 1982 Jun;139(6):773-7.

88. Basoglu M, Paker M, Ozmen E, Tasdemir O, Sahin D. Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *JAMA*. 1994 Aug 3;272(5):357-63.
89. Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS. Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *Am J Psychiatry*. 1995 Jan;152(1):116-20.
90. Shepherd JP, Qureshi R, Preston MS, Levers BG. Psychological distress after assaults and accidents. *BMJ*. 1990 Oct 13;301(6756):849-50.
91. Miller H. Accident neurosis. *Br Med J*. 1961 Apr 1;1(5230):919-25.
92. Mayou R. Accident neurosis revisited. *Br J Psychiatry*. 1996 Apr;168(4):399-403.
93. Blanchard EB, Hickling EJ, Vollmer AJ, Loos WR, Buckley TC, Jaccard J. Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. *Behav Res Ther*. 1995 May;33(4):369-77.
94. Logue JN, Melick ME, Hansen H. Research issues and directions in the epidemiology of health effects of disasters. *Epidemiol Rev*. 1981;3:140-62.
95. Baltaş A, Baltaş Z. (1989). *Stresle Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
96. Aker A. 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(3):204-12.
97. Motta RW, Kefer JM, Hertz MD, Hafeez S. Initial evaluation of the Secondary Trauma Questionnaire. *Psychol Rep*. 1999 Dec;85(3 Pt 1):997-1002.
98. Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, Thorpe L, Farfel M, Brackbill R. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *Am J Psychiatry*. 2007 Sep;164(9):1385-94.
99. Jones DR. Secondary disaster victims: the emotional effects of recovering and identifying human remains. *Am J Psychiatry*. 1985 Mar;142(3):303-7.
100. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Ronfeldt HM, Foreman C. Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *J Trauma Stress*. 1996 Jan;9(1):63-85.
101. Taylor AJ, Frazer AG. The stress of post-disaster body handling and victim identification work. *J Human Stress*. 1982 Dec;8(4):4-12.
102. Ortlepp K, Friedman M. Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *J Trauma Stress*. 2002 Jun;15(3):213-22.

103. Pearlman LA, Mac Ian PS. (1995). Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology, Research and Practice*,26), 558-565.
104. Ursano RJ, Fullerton CS, Vance K, Kao TC. Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psychiatry*. 1999 Mar;156(3):353-9.
105. Acker KH. Do critical care nurses face burnout, PTSD, or is it something else?: getting help for the helpers. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs*. 1993 Aug;4(3):558-65.
106. Schelling G, Stoll C, Haller M, Briegel J, Manert W, Hummel T, et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med*. 1998 Apr;26(4):651-9.
107. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005 May 1;171(9):987-94.
108. Stechmiller JK. The nursing shortage in acute and critical care settings. *AACN Clin Issues*. 2002 Nov;13(4):577-84.
109. Steinbrook R. Nursing in the crossfire. *N Engl J Med*. 2002 May 30;346(22):1757-66.
110. Solomon Z, Laor N, Weiler D, Muller UF, Hadar O, Waysman M, et al. The psychological impact of the Gulf War: a study of acute stress in Israeli evacuees. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Apr;50(4):320-1.
111. Kaya B. Travma sonrası stres bozukluğu ve "subsendrom" kavramı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5(4):231-238
112. Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE. The Prevalence of Lifetime and Partial PTSD in Vietnam Theater Veterans. *J Trauma Stress*, 5; 365-376, 1992.
113. Sungur M, Kaya B. (2001) The Onset and Longitudinal Course of a Man-made Post-traumatic Morbidity: Survivors of Sivas Disaster. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5(3):195-202.
114. Friedman MJ. Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: an interim report. *Am J Psychiatry*. 1988 Mar;145(3):281-5.
115. Şahin D. İşkenceden Sonra Gelişen Posttravmatik Stres Bozukluğu ile Kişilik Özelliklerinin Etkileşimi (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1994.
116. Blank AS, Jr. Clinical detection, diagnosis, and differential diagnosis of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1994 Jun;17(2):351-83.

117. Kaya B. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Komorbidite. *Psikiyatri Dünyası*. 2000;4:37-43.
118. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 7:22-32.
119. McFarlane AC, Papay P. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis*. 1992 Aug;180(8):498-504.
120. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Mar;48(3):216-22.
121. Friedman MJ, Schnurr PP, McDonagh-Coyle A. Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *Psychiatr Clin North Am*. 1994 Jun;17(2):265-77.
122. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Jan;54(1):81-7.
123. Gabbard GO. Gabbard's treatments of psychiatric disorders. 4th ed. Washington, DC ; London: American Psychiatric Pub.; 2007.
124. Rothbaum BO, Hodges LF, Ready D, Graap K, Alarcon RD. Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001 Aug;62(8):617-22.
125. Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1989 Sep;20(3):211-7.
126. Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1989 Oct;57(5):607-12.
127. Foy DW, Ruzek JI, Glynn SM, Riney SJ, Gusman FD. Trauma focus group therapy for combat-related PTSD: an update. *J Clin Psychol*. 2002 Aug;58(8):907-18.
128. Rosenheck R, Harkness L, Johnson B, Sweeney C, Buck N, Deegan D, et al. Intensive community-focused treatment of veterans with dual diagnoses. *Am J Psychiatry*. 1998 Oct;155(10):1429-33.
129. Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. *Psychosom Med*. 1996 Mar-Apr;58(2):165-82.
130. Southwick SM, Yehuda R. The interaction between pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychother*. 1993 Summer;47(3):404-10.

131. Marshall RD, Cloitre M. Maximizing treatment outcome in post-traumatic stress disorder by combining psychotherapy with pharmacotherapy. *Curr Psychiatry Rep.* 2000 Aug;2(4):335-40.
132. Schoenfeld FB, Marmar CR, Neylan TC. Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv.* 2004 May;55(5):519-31.
133. Kaya B, Doğan S. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda seyir ve prognoz, In:Aker T, Önder M. E. Psikolojik Travma ve Sonuçları, 5US Yayınları, 2003.
134. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med.* 1991 Aug;21(3):713-21.
135. Speed N, Engdahl B, Schwartz J, Eberly R. Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. *J Nerv Ment Dis.* 1989 Mar;177(3):147-53.
136. Sungur M, Sürmeli B, Çubukçuoğlu A. (1995) Common Features of PTSD Cases Amongst a Group of Military Staff Referred from the South-East Region of Turkey. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 9(4): 279-284.Caglar, S.
137. Shalev AY. Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack. Predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *J Nerv Ment Dis.* 1992 Aug;180(8):505-9.
138. Solomon Z, Kotler M, Shalev A, Lin R. Delayed onset PTSD among Israeli veterans of the 1982 Lebanon War. *Psychiatry.* 1989 Nov;52(4):428-36.
139. McFarlane AC. The longitudinal course of posttraumatic morbidity. The range of outcomes and their predictors. *J Nerv Ment Dis.* 1988 Jan;176(1):30-9.
140. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav.* 1980 Sep;21(3):219-39.
141. Buck C. Treating the individual. *Nursing (Lond).* 1991 Apr 11-24;4(32):24-5.
142. Erol N, Öner, Ö. (1999). Travmaya Psikolojik Tepkiler ve Bunlara Yaklaşım. *Türk Psikoloji Bülteni*, Cilt: 5, Sayı: 4
143. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol.* 1986 Mar;50(3):571-9.
144. Lazarus RS. The psychology of stress and coping. *Issues Ment Health Nurs.* 1985;7(1-4):399-418.
145. Rivers WH. The Repression of War Experience. *Proc R Soc Med.* 1918;11(Sect Psych):1-20.

146. Staiger PK, Melville F, Hides L, Kambouropoulos N, Lubman DI. Can emotion-focused coping help explain the link between posttraumatic stress disorder severity and triggers for substance use in young adults? *J Subst Abuse Treat.* 2009 Mar;36(2):220-6.
147. Votta E, Manion IG. Factors in the psychological adjustment of homeless adolescent males: the role of coping style. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003 Jul;42(7):778-85.
148. Şahin NH, ve Durak A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 56-73.
149. Dirkzwager A, J. E. B, I. , & van der Ploeg HM. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559. 2003.
150. Chung MC, Chung C, Easthope Y. Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft crash. *Death Stud.* 2000 Dec;24(8):689-704.
151. Webster RA, McDonald R, Lewin TJ, Carr VJ. Effects of a natural disaster on immigrants and host population. *J Nerv Ment Dis.* 1995 Jun;183(6):390-7.
152. Solomon Z, Mikulincer M, Flum H. Negative life events, coping responses, and combat-related psychopathology: a prospective study. *J Abnorm Psychol.* 1988 Aug;97(3):302-7.
153. Brown J, Mulhern G, Joseph S. Incident-related stressors, locus of control, coping, and psychological distress among firefighters in Northern Ireland. *J Trauma Stress.* 2002 Apr;15(2):161-8.
154. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry.* 1989 Feb;154:221-8.
155. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Delucchi K. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *Am J Psychiatry.* 1996 Jul;153(7 Suppl):94-102.
156. Chang CM, Lee LC, Connor KM, Davidson JR, Jeffries K, Lai TJ. Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *J Nerv Ment Dis.* 2003 Jun;191(6):391-8.
157. Freudemberger J. Staff Burnout. *J Soc Issues* 1974; 30:159-165.
158. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry.* 1978 Apr;29(4):233-7.
159. Maslach C, Jackson SE. (1981) The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 2: 99-113.

160. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out : stages of disillusionment in the helping professions. New York, NY: Human Sciences Press; 1980.
161. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1990 Mar;25(2):81-6.
162. Malach-Pines A. Nurses' burnout: an existential psychodynamic perspective. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2000 Feb;38(2):23-31.
163. Melchoir M, Philipsen H. & Gassman P. (1996) The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses on long stay settings. Journal of Advanced Nursing 24, 694–702.
164. Walsh M. (1998) Stress and burnout among accident and emergency nurses. Emergency Nurse 6, 23–30.
165. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry KJ. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. Psychological Assessment, 9, 445-451
166. Dürü Ç. (2006). Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi, Doktora Tezi. Hacettepe Üniveristesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara.
167. Ergin C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması., 7. Ulusal Psikoloji Kongresi, Bilimsel Yayınları, Ankara.
168. Çam O. (1992).Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi , 25 Eylül 1992 , Ankara.(Kongre Kitabı s.s: 155 - 160.
169. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand 67: 361-370, 1983.
170. Aydemir Ö. Güvenir T, Küey L, Kültür S, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 8: 280-287, 1987.
171. Dirkzwager AJ, Bramsen I, Ader H, van der Ploeg HM. Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. J Fam Psychol. 2005 Jun;19(2):217-26.
172. Wagner D, Heinrichs M, Ehlert U. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. Am J Psychiatry. 1998 Dec;155(12):1727-32.

173. Laposa JM, Alden LE. Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behav Res Ther.* 2003 Jan;41(1):49-65.
174. Battles ED. An exploration of post-traumatic stress disorder in emergency nurses following Hurricane Katrina. *J Emerg Nurs.* 2007 Aug;33(4):314-8.
175. Lin CY, Peng YC, Wu YH, Chang J, Chan CH, Yang DY. The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emerg Med J.* 2007 Jan;24(1):12-7.
176. Sutker PB, Uddo M, Brailey K, Vasterling JJ, Errera P. Psychopathology in war-zone deployed and nondeployed Operation Desert Storm troops assigned graves registration duties. *J Abnorm Psychol.* 1994 May;103(2):383-90.
177. Clohessy S, Ehlers A. PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br J Clin Psychol.* 1999 Sep;38 (Pt 3):251-65.
178. Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav Res Ther.* 1999 Sep;37(9):809-29.
179. MacDonald HA, Colotla V, Flamer S, Karlinsky H. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: a descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *J Occup Rehabil.* 2003 Jun;13(2):63-77.
180. Robertson N, Perry A. Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: systematic review of PTSD presentation. *J Trauma Stress.* 2010 Jun;23(3):417-20.
181. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry.* 2004 Aug;161(8):1370-6.
182. Solomon Z, Mikulincer M, Avitzur E. (1998). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychiatry, 55 (2), 297-285.*
183. Solomon Z, Mikulincer M, Benbenishty R. Locus of control and combat-related post-traumatic stress disorder: the intervening role of battle intensity, threat appraisal and coping. *Br J Clin Psychol.* 1989 May;28 (Pt 2):131-44.
184. Suvak MK, Vogt DS, Savarese VW, King LA, King DW. (2002). Relationship of war-zone coping strategies to long-term general life adjustment among Vietnam veterans: Combat exposure as a moderator variable. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28 (7), 974-985.*

8. ÖZET

ACIL VE YOĞUN BAKIM ÇALIŞANLARINDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI, TÜKENMİŞLİK VE İLİŞKİLİ ETKENLER

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nda (DSM) travmatik olayın arkasından yeniden yaşantılama, kaçınma, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık gibi belirtilerin kişinin işlevselliğini etkilediği bir bozukluktur. Travmatik olayların ardından, travmaya doğrudan maruz kalanların yanında mağdurla yakın etkileşimde bulunan yardım çalışanları da TSSB belirtilerini yaşamaktadır. Çalışmamızda acil servis ve yoğun bakım çalışanlarında TSSB tanısı ve ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Çalışmaya katılan acil servis, yoğun bakım ve kontrol grubu Sosyodemografik Veri Formu, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda acil servis ve yoğun bakım çalışanlarında TSSB yaygınlığının kontrol grubuna göre belirgin yüksek olduğu bulunmuştur. TSSB gelişen grup TSSB gelişmeyen grup ile karşılaştırıldığında daha pasif stresle başa çıkma tarzları kullandıkları görülmüştür. Ayrıca TSSB gelişen grupta depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın TSSB gelişmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Acil servis ve yoğun bakım çalışanlarında TSSB yaygınlığının fazla bulunması, travmatik olaylara maruz kalan yardım çalışanlarının ruhsal bozukluklar için risk altında olduğunu desteklemektedir. Bu risk grubunda stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ek ruhsal rahatsızlıklara ilişkin bulgular, bu alanda çalışanlara yönelik koruyucu ve tedavi edici yaklaşımlara katkı sağlayacaktır. Sınırlı sayıda araştırmanın gerçekleştirildiği bu alanda yeni araştırmalarla bu bulguların desteklenmesine, uzun izlem çalışmaları ile TSSB gelişimi ve stresle başa çıkma tarzlarının ilişkisi ile ilgili daha açıklayıcı sonuçlara ulaşılmasına gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Travma sonrası stres bozukluğu, sağlık çalışanları, stresle başa çıkma, anksiyete ve depresyon, tükenmişlik

9. SUMMARY

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, STRESS-COPING STRATEGIES, BURN OUT SYNDROME AND RELATED FACTORS AMONG EMERGENCY AND INTENSIVE CARE UNIT STAFF

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) defines post-traumatic stress disorder (PTSD) as a disorder that is characterized by re-experiencing symptoms, avoidance, estrangement and hyperarousal following a traumatic event and impairs personal functioning. After traumatic events, health workers who come into contact with victims also experience PTSD symptoms. In this study, PTSD and related factors were investigated among emergency and intensive care unit staff.

Emergency staff group, intensive care unit staff group and control group in this study were assessed using Socio-demographic Data Form, Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, Maslach Burnout Inventory, Styles of Coping Inventory and Hospital Anxiety and Depression Scale.

Results of our study showed that PTSD is more common in emergency and intensive care unit group than in control group. It was found that PTSD developing group use more passive coping strategies than non-PTSD developing group. Also depression and anxiety levels and emotional burn out and dullness

were significantly found more in PTSD developing group than in non-PTSD developing group.

High prevalence of PTSD among emergency and intensive care unit staff support the knowledge that health workers who are exposed to traumatic events are at risk of mental disorders. At this risk group; findings related to stress-coping strategies, burn out and additional mental disorders contribute to preventive and therapeutic approaches to the field workers. Because limited number of studies exist; long term studies are needed to figure out the relationship between PTSD development and stress-coping strategies as well as more studies to support our results.

Key words: Posttraumatic stress disorder, health care workers, coping strategies, anxiety and depression, burnout

10. EKLER

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

1. Adı, soyadı(Baş harfleri):
2. Yaş:
3. Telefon:
4. Cinsiyet: E K
5. Göreviniz: Araş. Gör. Uzman Öğretim gör.
 Hemşire Hasta bakıcı(personel) Acil Tıp Teknisyeni
6. Eğitiminiz: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Yüksek lisans-Doktora
(...../yıl)
7. Medeni durumunuz: Bekar Evli Boşanmış-ayrı yaşıyor Dul
8. Çocuğunuz: Var→.....Tane Yok
9. Kimlerle yaşıyorsunuz: Yalnız Eş ile Eş ve çocuklar Anne ve Baba ile
 Arkadaş ile Diğer (Belirtiniz)
10. Alışkanlıklarınız? Sigara Alkol Diğer.....
11. Toplam ailenizin geliri:/TL
12. Herhangi bir Fiziksel hastalığınız var mı?
 Evet→ Belirtiniz.....
 Hayır
13. Geçmişte yada şimdi psikiyatrik bir hastalık(depresyon, panik atağı, vb...) geçirdiniz mi?
 Evet Hayır
 → Son 3 ay içinde→ Depresyon Anksiyete bz. (panik, okb vb)
 Diğer(belirtiniz).....
 Profesyonel yardım aldınız mı?
 Evet→ İlaç
 Hayır psikoterapi
 Diğer(belirtiniz).....
 Tedaviden fayda gördünüz mü? Evet Hayır
 → Geçmişte→ Depresyon Anksiyete bz. (panik, okb vb)
 Diğer(belirtiniz).....
 Profesyonel yardım aldınız mı?
 Evet→ İlaç
 Hayır psikoterapi
 Diğer(belirtiniz).....
 Tedaviden fayda gördünüz mü? Evet Hayır
14. Hiç intihar girişiminiz oldu mu?
 Evet→ ne zamandıayyıl
 Hayır
15. Genel olarak baktığınızda sizce sağlığınız nasıldır?
 - a) Mükemmel
 - b) Çok iyi
 - c) İyi
 - d) Orta
 - e) Kötü

16. Son 1 yıl içinde size sıkıntı verecek olumsuz bir yaşantınız (Boşanma, ayrılık, taciz, hırsızlık, eşle sorunlar vb....) oldu mu?
 Evet → ise ne zamandı...../ay önce
 Hayır
17. Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise bu durum hala sıkıntı veriyor mu?
 Evet Hayır
18. Uyumak yada rahatlamak için ilaç kullanıyor musunuz?
 Her zaman Sıklıkla Bazen Hiç
19. Uyumak yada rahatlamak için alkol ya da madde kullanıyor musunuz?
 Her zaman Sıklıkla Bazen Hiç
20. Çalıştığınız hastane veya işyeri:
21. Mesleğinizde toplam çalışma süreniz?yılay
22. Çalıştığınız bölüm(bağlı olduğunuz Anabilim dalı):
23. Şuanda çalıştığınız birim: Acil servis Yoğun bakım Diğer(belirtiniz).....
24. Şuanda bulunduğunuz birimdeki çalışma sürenizyılay
25. Toplamda ne kadar süre acil yada yoğun bakımda çalıştınız:yılay
26. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?
 Evet
 Hayır→ ise lütfen istediğiniz meslekleri yazınız
27. Çalıştığınız bölümü isteyerek mi seçtiniz?
 Evet
 Hayır→ ise lütfen istediğiniz bölümleri yazınız
28. Çalıştığınız birimden (ya da rotasyon için buradaysanız) memnun musunuz?
 Evet Hayır
29. Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?saat/hafta
30. Mesai sürenizde ortalama kaç hastaya bakmaktan sorumlusunuz? Kişi/
31. Çalışma saatleriniz içerisinde dinlenebileceğiniz odalar var mı? Evet Hayır
32. Çalışma saatleriniz içerisinde ara verebildiğiniz, dinlenebildiğiniz süreler var mı? Evet Hayır
33. Çalıştığınız ortamda genellikle hastalarla aynı mekanda mısınız? Evet Hayır
34. Çalıştığınız ortamda hasta ve yakınlarıyla iş dışında da konuşur sohbet eder misiniz?
 Her zaman Sıklıkla Bazen Hiç
35. Çalışma süreniz dışında sosyal aktivitelere katılabiliyor musunuz? Evet Hayır
36. Katılamıyorsanız bu durum işinizle mi ilişkili?
 Evet→ ise Maddi Yorgunluk Vakit olmaması diğer belirtiniz.....
 Hayır

43. Halen çalıştığınız birimde sizi etkileyen ekstreme (uç) durumlar yaşadınız mı? (Çok dramatik bir ölüm, parçalanmış beden vs.)
 Evet → Evet ise kısaca anlatınız
 Hayır
44. Hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralandınız ya da zarar gördünüz mü?
 Evet Hayır
45. Çalışma ortamınızda hasta yakınları tarafından fiziksel saldırı yaşıyor mu?
 Her zaman Sıklıkla Bazen Hiç
46. Siz fiziksel saldırıya maruz kaldınız mı?
 Evet → İse ne zamandı?/ay...../yıl önce
Ne yapmıştınız?.....
 Hayır
47. Çalışma ortamınızda hasta yakınları tarafından sözlü(hakaret, küfür, bağırma)saldırı yaşıyor mu?
 Her zaman Sıklıkla Bazen Hiç
48. Siz sözlü saldırıya maruz kaldınız mı?
 Evet → İse ne zamandı?/ay...../yıl önce
Ne yapmıştınız?.....
 Hayır
49. Çalışma ortamınızda hasta yakınları tarafından hiç suçlamaya, ya da kabahatli/sorumlu olduğunuza dair sözlerle maruz kalınıyor mu?
 Her zaman Sıklıkla Bazen Hiç
50. Siz böyle bir suçlama ya da kabahatli sorumlu tutulmaya maruz kaldınız mı?
 Evet → İse ne zamandı?/ay...../yıl önce
Ne yapmıştınız?.....
 Hayır
51. Bu birimde çalışıyor olmanın dışarıdaki hayatınıza etkisi oluyor mu?
 Evet → Olumlu yönde Olumsuz yönde
 Hayır
kısaca belirtiniz.....
52. Bu birimde çalışıyor olmanın iş yaşamınıza etkisi oluyor mu?
 Evet → Olumlu yönde Olumsuz yönde
 Hayır
kısaca belirtiniz.....
53. Çalıştığınız ortam da yaşadığınız travmalar nedeniyle destek görüyor musunuz?
 Evet → Hukuksal
 Maddi
 Manevi
 Tıbbi
 Hayır Diğer.....
54. Çalıştığınız ortam da yaşadığınız travmalar nedeniyle kimlerden destek görüyorsunuz?
 Hastane yönetiminden
 Bölümdeki Hocalarımdan
 Meslektaşlarımdan
 Arkadaşlarımdan
 Diğer ekip arkadaşlarımdan
 Diğer.....
 Destek görmüyorum

EK-2 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

Aşağıdaki sorular hayatınızın herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay yaşamış veya tanık olmuşsanız bu durumu değerlendirmektedir. Başınızdan geçen bu tür olayların hepsini aşağıdaki kutulara tanık olma veya olayı yaşamış olmanıza göre işaretleyiniz.

	Yaşadım ve hatırlayınca hala sıkıntı veriyor	Yaşadım ancak hatırlayınca sıkıntı veriyor	Tanık oldum ve düşününce hala sıkıntı veriyor	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciddi bir kaza, yangın, ya da patlama olayı(örneğin: trafik kazası, iş kazası, araba, uçak yada tekne kazası gibi...)
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğal afet (örneğin: büyük deprem, hortum, kasırga, sel baskını gibi...)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından <u>cinsel olmayan</u> bir saldırıya maruz kalma(örneğin: saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırı, silahlı saldırı, bıçaklanma, ya da silahla rehin alınma gibi...)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tanımadığınız biri tarafından <u>cinsel olmayan</u> bir saldırıya maruz kalma(örneğin: saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırı, silahlı saldırı, bıçaklanma, ya da silahla rehin alınma gibi...)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma(örneğin: tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi...)
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma(örneğin: tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi...)
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 yada daha büyük yaşta biriyle cinsel temas(örneğin: cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi...)
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hapsedilme(örneğin: cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi...)
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İşkenceye maruz kalma (fiziksel ya da psikolojik)
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hayatı tehdit eden bir hastalık yaşama.
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü.
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bunların dışında yaşanmış bir travmatik olay veya <u>çalıştığınız ortamda yaşadığınız travmatik bir durum</u> varsa lütfen kısaca anlatınız.....
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yukarıdaki işaretlediğiniz olaylardan en fazla etkileyen hangisi oldu? Numarasını yazarak belirtiniz...(işkence görmüşseniz 10 numara gibi...) =
15.	Sizi en fazla etkileyen bu olay ne zaman gerçekleşmişti? a) 1 aydan daha az b) 1-3 ay arası c) 3-6 ay arası d) 6 ay – 3 yıl arası e) 3-5 yıl arası f) 5 yıldan daha fazla			

BUNDAN SONRA YANITLAYACAĞINIZ SORULARI SİZİ EN FAZLA ETKİLEYEN BU OLAYI VE ÇALIŞTIĞINIZ ORTAMDA KARŞILAŞTIĞINIZ TRAVMATİK OLAYLARI DÜŞÜNEREK CEVAPLAYINIZ.

EK-3 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

Aşağıdaki sorularda Evet için (E) Hayır için (H) harfini daire içine alarak yanıtlayınız. Lütfen boş soru bırakmadan cevaplayınız...

Bu travmatik olay sırasında:

16.	E	H	Fiziksel bir yara aldınız mı veya sağlığınız bozuldu mu?
17.	E	H	Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı veya sağlığı bozuldu mu?
18.	E	H	Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?
19.	E	H	Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?
20.	E	H	Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?
21.	E	H	Büyük bir korku duygusu yaşadınız mı?

Asağıda, insanların bir travmatik olayın ardından yaşayabileceği bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyarak, sizi en fazla etkileyen bu olayı ve çalıştığınız ortamda karşılaştığınız travmatik olayları düşünerek, SON BİR AY İÇİNDE bu sorunun sizi ne sıklıkta ve şiddette rahatsız ettiğini en iyi ifade eden sayıyı aşağıdaki puanlamaya göre yazınız (0, 1, 2 ya da 3 şeklinde).

Sıklık

- 0 Hiç ya da yalnızca bir kez
 1 Haftada bir ya da daha az/kısa bir süre
 2 Haftada 2 – 4 kez / yarım gün
 3 Haftada 5 ya da daha fazla / neredeyse bütün gün

Şiddet

- 0 Hiç
 1 Hafif
 2 Orta
 3 Ağır/çok şiddetli

Sıklık						Şiddet			
22.	0	1	2	3	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi	0	1	2	3
23.	0	1	2	3	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	0	1	2	3
24.	0	1	2	3	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3
25.	0	1	2	3	Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3
26.	0	1	2	3	Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	0	1	2	3
27.	0	1	2	3	Bu travmatik olayı düşünmemeye, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
28.	0	1	2	3	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
29.	0	1	2	3	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
30.	0	1	2	3	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3
31.	0	1	2	3	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
32.	0	1	2	3	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	0	1	2	3
33.	0	1	2	3	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	0	1	2	3
34.	0	1	2	3	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
35.	0	1	2	3	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
36.	0	1	2	3	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	0	1	2	3
37.	0	1	2	3	Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma, vb.)	0	1	2	3
38.	0	1	2	3	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde)	0	1	2	3

EK-4 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

39. Yukarıda belirttiğiniz sorunları ne kadar zamandır yaşıyorsunuz?
(YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız)

- a) Bir aydan daha az
- b) 1-3 ay arası
- c) 3 aydan daha fazla

40. Bu sorunlar söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladı?
(YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız)

- a) 6 aydan daha az sürede
- b) 6 ay ya da daha fazla süre sonra

Sizi etkileyen bu olayın, hayatınızın aşağıda belirtilen alanlarından herhangi birini son 1 ay süresince engelleyip engellemediğini belirtiniz.

Aşağıdaki sorularda Evet için (E) Hayır için (H) harfini daire içine alarak yanıtlayınız. Lütfen boş soru bırakmadan cevaplayınız...

41.	E	H	İş hayatı
42.	E	H	Evin günlük işleri
43.	E	H	Arkadaşlarınızla ilişkiler
44.	E	H	Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler
45.	E	H	Okulla ilgili işler
46.	E	H	Ailenizle ilişkiler
47.	E	H	Cinsel yaşam
48.	E	H	Genel anlamda hayattan memnuniyet
49.	E	H	Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi

EK-5 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altında, parantezin içine (X) işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altına işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor / Size ne kadar uygun

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA....	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2. İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3. Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4. Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	()	()	()	()
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11. Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13. İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15. Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16. Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19. Herşeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21. Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürdüm	()	()	()	()
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	()	()	()	()
27. “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığı beni rahatlatır	()	()	()	()

EK-6 Maslach Tükenmişlik ölçeği

Aşağıda bireylerin işleriyle ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her maddede yer alan ifadenin size ne kadar uygun olduğunu 5'li ölçek üzerinden işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	1	2	3	4	5
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini anlarım.	1	2	3	4	5
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere, sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	1	2	3	4	5
6. Bugün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	1	2	3	4	5
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	1	2	3	4	5
8. Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri, insanlara karşı sertleştim.	1	2	3	4	5
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	1	2	3	4	5
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	1	2	3	4	5
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.	1	2	3	4	5
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	1	2	3	4	5
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	1	2	3	4	5
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.	1	2	3	4	5
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.	1	2	3	4	5
19. Bu işte birçok kayda değer bir başarı elde ettim.	1	2	3	4	5
20. Yolun sonuna geldiğimi, her şeyin bittiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.	1	2	3	4	5
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazen problemlerinin, zaman zaman benden kaynaklandığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5

HAD ÖLÇEĞİ**Hasta Adı Soyadı****Tarih:**

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki seçeneği işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1-) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- a) Çoğu zaman
- b) Birçok zaman
- c) Zaman zaman, bazen
- d) Hiçbir zaman

2-) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- a) Aynı eskisi kadar
- b) Pek eskisi kadar değil
- c) Yalnızca biraz eskisi kadar
- d) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3-) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- a) Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- b) Evet, ama çok şiddetli değil
- c) Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- d) Hayır, hiç öyle değil

4-) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Şimdi pek o kadar değil
- c) Şimdi kesinlikle o kadar değil
- d) Artık hiç değil

5-) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- a) Çoğu zaman
- b) Birçok zaman
- c) Zaman zaman, ama çok sık değil
- d) Yalnızca bazen

6-) Kendimi neşeli hissediyorum.

- a) Hiçbir zaman
- b) Sık değil
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman

7-) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- a) Kesinlikle
- b) Genellikle
- c) Sık değil
- d) Hiçbir zaman

8-) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- a) Hemen hemen her zaman
- b) Çok sık değil
- c) Bazen
- d) Hiçbir zaman

9-) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.

- a) Hiçbir zaman
- b) Bazen
- c) Oldukça sık
- d) Çok sık

10-) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- a) Kesinlikle
- b) Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- c) Pek o kadar özen göstermiyorum
- d) Her zaman ki kadar özen gösteriyorum

11-) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- a) Gerçekten çok fazla
- b) Oldukça fazla
- c) Çok fazla değil
- d) Hiç değil

12-) Olacaklar zevkle bekliyorum.

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Her zamankinden biraz daha az
- c) Her zamankinden kesinlikle daha az
- d) Hemen hemen hiç

13-) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- a) Gerçekten de çok sık
- b) Oldukça sık
- c) Çok sık değil
- d) Hiçbir zaman

14-) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alıyorum.

- a) Sıklıkla
- b) Bazen
- c) Pek sık değil
- d) Çok seyrek