T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

DEPREM SONRASI KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN PSİKOSOSYAL DURUMLARININ KRONİK HASTALIK UYUMLARINA ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşenur ERGİN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY-2025

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

DEPREM SONRASI KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN PSİKOSOSYAL DURUMLARININ KRONİK HASTALIK UYUMLARINA ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşenur ERGİN
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DEPREM SONRASI KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN PSİKOSOSYAL DURUMLARININ KRONİK HASTALIK UYUMLARINA ETKİSİ

Dr. Ayşenur ERGİN

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

İmza…….
…….
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

İmza…….
……..
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

İmza……..

Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER

2. Prof. Dr. Erhan YENGİL

3. Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER

III. İÇİNDEKİLER LİSTESİ

III. İÇİNDEKİLER LİSTESİ iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ v
V. ŞEKİL LİSTESİ vii
VII.TEŞEKKÜR ix
VIII. ÖZET x
IX. ABSTRACT xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1 Afetler 3
2.1.1 Afetin Tanımı 3
2.2. Deprem 3
2.2.1 Depremin Tanımı 3
2.2.2 Deprem ve Türkiye 4
2.2.3 Kahramanmaraş Merkezli Depremler ve Etkileri 4
2.2.5 Depremin Toplumsal ve Sosyal Etkileri 6
2.2.6 Depremin Psikolojik Etkileri 7
2.4. Kronik Hastalıklar 8
2.4.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Epidemiyolojisi 8
2.4.2. Kronik Hastalıkların Etiyolojisi 8
2.4.3. Kronik Hastalıklara Uyum 9
2.4.4. Afetler, Kronik Hastalıklar ve Afet Sonrası Sağlık Hizmetleri 10
2.5. Psikiyatrik Bozukluklara İlişkin Temel Kavramlar 11
2.5.1. Depresyon 11
2.5.2. Akut Stres Bozukluğu 12
2.5.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu 13
2.5.4. Anksiyete 13
3. GEREÇ VE YÖNTEM 15
3.1. Etik Kurul İzni 15
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi 15

3.3. Verilerin Toplanması 15
4.BULGULAR 19
5. TARTIŞMA 53
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 67
7. KAYNAKÇA 68
8. EKLER 77
9.ÖZGEÇMİŞ 86

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Değişkenler..... 20
Tablo 2. Deprem Deneyimine İlişkin Değişkenler 21
Tablo 3. DASS-21 Alt Ölçeklerinin Kesme Değerleri 22
Tablo 4. Katılımcıların DASS-21 VE KHUDÖ Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Medyanlarının İncelenmesi 23
Tablo 5. Cinsiyete Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 23
Tablo 6. Cinsiyete Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 24
Tablo 7. Yaş ile DASS-21 Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon 24
Tablo 8. Yaş ile KHUDÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon 25
Tablo 9. Medeni Duruma Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 25
Tablo 10. Medeni Duruma Göre DASS-21 ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 26
Tablo 11. Ekonomik Duruma Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 26
Tablo 12. Ekonomik Duruma Göre KHUDÖ Toplam Ve Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması 27
Tablo 13. Eğitim Düzeyine Göre DASS-21 Ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 28
Tablo 14. Eğitim düzeyine göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 28
Tablo 15. Yaşanılan yere göre DASS-21 ve Alt Ölçek Puanları..... 29
Tablo 16. Yaşanılan Yere Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları 30
Tablo 17. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre DASS-21 ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 30
Tablo 18. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre KHUDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.... 31
Tablo 19. DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Toplam Kronik Hastalık Sayısına Göre Dağılımı 32
Tablo 20. KHUDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Toplam Kronik Hastalık Sayısına Göre Dağılımı..... 32
Tablo 21. Hastalık Süresi ile DASS 21 Toplam ve Alt Ölçek Korelasyonları 33
Tablo 22. Hastalık Süresi ile KHUDÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Korelasyonları .. 33
Tablo 23. Kronik Hastalık Türüne Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Uyum Puanları ... 34
Tablo 24.Kronik Hastalık Türüne Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanları.... 36
Tablo 25. Sosyal Güvence Durumuna Göre DASS-21 Puanları 37
Tablo 26. Sosyal Güvence Durumuna Göre KHUDÖ ve Alt Boyut Puanları..... 37
Tablo 27. Hastalığa İlişkin Yeterli Bilgi Alma Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanları..... 38
Tablo 28. Hastalığa İlişkin Yeterli Bilgi Alma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları 38
Tablo 29. Sosyal Destek Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanları. 39
Tablo 30.Sosyal Destek Durumuna Göre DASS-21 ile KHUDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları 39
Tablo 31. Çalışma Durumuna Göre DASS-21 Puanları 40
Tablo 32. Çalışma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları..... 40
Tablo 33.Sigara Kullanımına Göre DASS-21 Puanları 41

Tablo 34. Sigara Kullanımına Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları..... 41
Tablo 35.Alkol Kullanımına Göre DASS-21 ve Alt Ölçek Puanları..... 42
Tablo 36. Alkol Kullanımına Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları..... 42
Tablo 37. Depremde Enkaz Altında Kalma Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanları..... 43
Tablo 38. Depremde Enkaz Altında Kalma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları..... 43
Tablo 39. Depremde Çekirdek Aileden (Eş/Çocuk) Birini Kaybetme Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 44
Tablo 40. Depremde Çekirdek Aileden (Eş/Çocuk) Birini Kaybetme Durumuna Göre KHUDÖ Puanlarının Karşılaştırılması..... 44
Tablo 41. Depremde Yakın Akraba Kaybı (Anne, Baba, Hala, Teyze, Amca, Dayı) Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 45
Tablo 42. Depremde Yakın Akraba Kaybı (Anne, Baba, Hala, Teyze, Amca, Dayı) Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... 45
Tablo 43. Depremde Maddi Kayıp Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 46
Tablo 44. Depremde maddi kayıp durumuna göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... 46
Tablo 45. Deprem Sonrası Psikiyatrik Destek Alma Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 47
Tablo 46. Deprem Sonrası Psikiyatrik Destek Alma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... 47
Tablo 47. Deprem Öncesi Kronik Hastalık Açısından Takip Sıklığına Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 48
Tablo 48. Deprem Öncesi Kronik Hastalık Açısından Takip Sıklığına Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... 48
Tablo 49. Deprem Öncesi İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 49
Tablo 50. Deprem Öncesi İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... 50
Tablo 51. DASS-21 ve KHUDÖ Toplam ve ALT Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar..... 50

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. DASS-21 ve KHUDÖ Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon 52

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AD: Anabilim Dalı

AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

ASB: Akut Stres Bozukluğu

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

CDAAS: Chronic Disease Adaptation Assessment Scale

DAFZ: Doğu Anadolu Fay Zonu

DALY: Disability-Adjusted Life Years

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

GBD: Global Burden of Disease

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HMKÜ: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

KHUDÖ: Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği

KVS: Kardiyovasküler Sistem

Mw: Moment Magnitude (deprem büyüklüğü)

NCD: Non-Communicable Diseases

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

STEPS: STEPwise Approach to Surveillance

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

VII.TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini her zaman paylaşarak yolumu aydınlatan, akademik katkıları ve değerli rehberliği ile bu çalışmanın her aşamasında bana destek olan kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Cahit ÖZER'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim sürecim boyunca yol gösterici yaklaşımı, akademik birikimi ve vizyonuyla her zaman örnek aldığım, aile hekimliği biliminin gelişmesine yaptığı katkılarla bizlere ilham veren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Erhan YENGİL'e teşekkür ederim.

Samimi desteği, yapıcı önerileri ve özverili katkılarıyla yalnızca tez çalışmama değil, mesleki gelişimime de ışık tutan, motive edici yaklaşımıyla her zaman yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER'e şükranlarımı sunarım.

Eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve desteğini esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her anında varlıklarıyla bana güç katan, sabrı, sevgisi ve destekleriyle bu zorlu sürecin üstesinden gelmemi sağlayan sevgili aileme minnettarım.

Dr. Ayşenur ERGİN

VIII. ÖZET

DEPREM SONRASI KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN PSİKOSOSYAL DURUMLARININ KRONİK HASTALIK UYUMLARINA ETKİSİ

Amaç: Hatay il merkezinde yaşayan kronik hastalığı olan bireylerde, afet sonrası dönemde ortaya çıkan psikososyal durumların kronik hastalıklara uyum düzeyine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel analitik tipte yürütülen çalışmaya, Hatay il merkezinde yaşayan ve en az bir kronik hastalık tanısı bulunan 395 birey dâhil edilmiştir. Katılımcılara 23 soruluk sosyodemografik bilgi formu uygulanmış, ruhsal durumlarını değerlendirmek için Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) ve uyum düzeyini belirlemek için Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (KHUDÖ) kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 395 birey katıldı (yaş ortalaması 50,6±16,4; 212 kadın, %53,7). Çalışmada, kronik hastalığa uyum puanlarının deprem deneyimleri ile farklılaştığı saptandı. Enkaz altında kalanlarda ve çekirdek aile kaybı yaşayanlarda psikolojik uyum ($p=0,019$; $p<0,001$) ve sosyal uyum ($p<0,001$) düzeyleri daha yüksek bulundu; fizyolojik ve spiritüel uyum boyutlarında ise anlamlı fark gözlenmedi ($p>0,05$). Maddi kayıp yaşayanlar ve yakın akraba kaybı olanlarda uyum puanları istatistiksel olarak farklılık göstermedi ($p>0,05$). Psikososyal durum açısından, enkaz altında kalanlarda ($p=0,021$; 0,035; 0,021; 0,02), çekirdek aile kaybı yaşayanlarda ($p=0,011$; <0,001; 0,002; 0,002) ve maddi kayba uğrayanlarda ($p=0,005$; 0,003; 0,013; 0,002) depresyon, anksiyete, stres ve toplam DASS-21 puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Ayrıca korelasyon analizinde, DASS-21 toplam ve alt ölçek puanları ile kronik hastalık uyum puanları arasında pozitif ilişkiler tespit edildi; özellikle psikolojik ve sosyal uyum alt boyutlarıyla güçlü düzeyde korelasyon saptandı ($p<0,001$).

Sonuç: Deprem sonrası kronik hastalığı olan bireylerde uyum genel olarak korunmuş; uyum ile psikolojik belirtiler arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, deprem, psikososyal durum, DASS-21, KHUDÖ, uyum

IX. ABSTRACT

IMPACT OF PSYCHOSOCIAL CONDITIONS ON CHRONIC DISEASE ADAPTATION AMONG INDIVIDUALS WITH CHRONIC ILLNESS IN THE POST-EARTHQUAKE PERIOD

Objective: This study aimed to examine the effect of psychosocial conditions emerging in the post-disaster period on the adaptation levels to chronic diseases among individuals with chronic illnesses living in the city center of Hatay.

Materials and Methods: This cross-sectional analytical study included 395 individuals residing in Hatay with at least one diagnosed chronic disease. A 23-item sociodemographic questionnaire was administered, alongside the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) to assess psychological symptoms and the Chronic Disease Adaptation Assessment Scale (CDAAS) to evaluate adaptation levels. Data were analysed using SPSS 22.0.

Results: A total of 395 participants were included (mean age 50.6 ± 16.4 years; 53.7% female). Chronic disease adaptation differed by earthquake-related exposures. Psychological adaptation was higher among participants who experienced entrapment under debris and among those with loss of an immediate family member ($p = 0.019$ and $p < 0.001$, respectively); social adaptation was likewise higher in these groups (both $p < 0.001$). No significant differences were observed for physiological or spiritual adaptation (both $p > 0.05$). Adaptation did not differ in those with material loss or loss of other close relatives (both $p > 0.05$). Regarding psychosocial status, DASS-21 depression, anxiety, stress, and total scores were higher in participants with entrapment under debris ($p = 0.020$–0.035), and in those with immediate family loss ($p < 0.001$–0.011) or material loss ($p = 0.002$–0.013). In correlation analyses, DASS-21 total and subscale scores were positively associated with adaptation scores, with the strongest correlations for the psychological and social subscales (all $p < 0.001$).

Conclusion: In the post-earthquake period, adaptation among individuals with chronic illnesses was generally preserved, and a positive association was observed between adaptation and psychological symptoms.

Keywords: Chronic disease, earthquake, psychosocial status, DASS-21, CDAAS, adaptation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar (diğer adıyla bulaşıcı olmayan hastalıklar/ BOH'lar), dünya genelinde ölümlerin yaklaşık dörtte üçünden sorumludur. 2021 yılında bu hastalıklar nedeniyle yaklaşık 43 milyon kişi yaşamını yitirmiş, ölümlerin %82'si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Başlıca BOH'lar arasında kardiyovasküler hastalıklar (yaklaşık 19 milyon ölüm), kanserler (10 milyon), kronik solunum hastalıkları (4 milyon) ve diyabet (2 milyonun üzerinde) yer almaktadır (1).

BOH'ların yükü yalnızca ölümlerle sınırlı değildir. Disability-adjusted life years (DALY) verilerine göre, hem erken ölümler hem de hastalıkla geçirilen yıllar açısından en büyük sağlık kayıplarına neden olan hastalık grubu yine BOH'lardır. Global Burden of Disease (GBD) çalışmaları, özellikle 1990'dan bu yana bu yükün giderek arttığını ve sağlık sistemleri üzerinde uzun vadeli baskı oluşturduğunu göstermektedir (2).

Kronik hastalıkların yönetiminde birinci basamak sağlık hizmetleri kritik rol üstlenmektedir. Erken tanı, düzenli takip, risk faktörlerinin kontrolü ve toplum temelli koruyucu hizmetler yoluyla hastalık yükü azaltılabilmektedir. Güçlü bir birinci basamak sistemi sağlık sonuçlarını iyileştirmekte ve maliyetleri azaltmaktadır (3, 4).

Kronik hastalıklar sadece fizyolojik işlevleri değil, aynı zamanda bireylerin psikolojik uyumunu ve sosyal bütünleşmesini de etkilemekte; sağlık hizmeti talebinde artış, üretkenlikte düşüş ve yaşam kalitesinde bozulma gibi çok yönlü sonuçlara yol açmaktadır (5, 6).

Büyük ölçekli depremler sonrasında; fiziksel sakatlıklar, bulaşıcı ve salgın hastalıklar, barınma güçlükleri ve çeşitli sosyal sorunlar yaşanabilmektedir. Bunun yanında, depresyon, anksiyete ve özellikle travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik belirtiler de sıkça ortaya çıkabilmektedir (7, 8). Afetler, mevcut hastalıkları şiddetlendirebildiği gibi, yeni kronik hastalıkların gelişimine de zemin

hazırlayabilmektedir. Bu süreçte en savunmasız gruplardan birini kronik hastalığa sahip bireyler oluşturmaktadır (9). Tıbbi tedavisi kesintiye uğrayan ve ilaç temini yapılamayan bireylerde hastalık kontrolü kaybedilebilmekte, bu durum ise klinik tablonun kötüleşmesine ve yaşam kaybına yol açabilmektedir (10). Ayrıca afet ve acil durumların sağlık hizmeti sunumuna olan talebi artırması, kaynak yetersizliği nedeniyle rutin bakım ve tedaviye ulaşmakta güçlük yaşayan kronik hastaların durumunu daha da olumsuz etkileyebilmektedir (11).

Afet koşullarında kronik hastalığa uyum; tıbbi erişim, psikososyal durum ve sosyal destek düzeyi tarafından eşzamanlı biçimde şekillenir. Ancak ülkemizde deprem sonrası kronik hastalığa uyumun bileşenlerini bütüncül olarak ele alan çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, Şubat 2023 tarihli depremler sonrasında Hatay il merkezinde yaşayan kronik hastalığı olan bireylerde psikososyal durum ile kronik hastalığa uyum arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Afetler

2.1.1 Afetin Tanımı

Afet, doğa ya da insan kaynaklı bir tehlikenin gerçekleşmesiyle birlikte, toplumun fiziksel, ekonomik, sosyal düzenini bozacak ölçütte zarar meydana getirmesi sonucu ortaya çıkan olağanüstü bir durumdur. Tehlike, potansiyel olarak zarara neden olabilecek olay ya da durumdur; ancak her tehlike mutlaka bir afete dönüşmez. Tehlikenin afete dönüşmesi, toplumun ve çevrenin bu tehlikeye karşı duyarlılığı, yani zarar görebilirliği ile yakından ilgilidir. Tehlikenin yarattığı fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar toplumun bu olayla başa çıkma kapasitesini aşarak afet olarak tanımlanır (12).

Ulusal ve uluslararası kaynaklara göre, dünyada her yıl ortalama 90.000 kişi doğal afetler nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bununla birlikte, doğal afetlerin etkileri toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Yüksek refah düzeyine, güçlü altyapıya ve afetlere karşı hazırlıklı toplumlar afetlerden daha az etkilenmekteyken; düşük gelirli, yüksek nüfus yoğunluğuna sahip, altyapısı zayıf bölgelerdeki toplumlar doğal afetlere karşı daha savunmasız kalmaktadır (13), (14).

2.2. Deprem

2.2.1 Depremin Tanımı

Deprem, yer kabuğu içerisinde biriken gerilimin, bir fay hattı boyunca ani bir şekilde boşalması sonucunda ortaya çıkarak yeryüzeyini sarsmasına neden olan doğal

bir olaydır. Bu enerji, P ile S dalgaları olarak adlandırılan iki temel sismik dalga formunda yayılır. Yeryüzüne ulaşan bu dalgalar, sarsıntıların hissedilmesine ve çeşitli düzeylerde hasarlara yol açabilir (15).

2.2.2 Deprem ve Türkiye

Türkiye hem jeolojik yapısı hem de coğrafi konumu nedeniyle birçok doğal afete açıktır. Bu afetler içerisinde, can ve mal kaybı açısından en yıkıcı olan tür ise depremlerdir. Türkiye, jeolojik özellikleri gereği çok sayıda aktif fay hattına sahip bir deprem ülkesidir. Afet kaynaklı ölümlerin yaklaşık %60'ı yalnızca depremlerden kaynaklanmaktadır.1900 ile 2017 yılları arasında büyüklüğü 6 ve üzerinde olan toplam 210 depremde yaklaşık 87 bin kişi hayatını kaybetmiş, 600 bini aşkın bina ise ağır hasar görmüştür. Bu istatistikler, ülkemizin depreme karşı olan duyarlılığının ve risk seviyesinin tarihsel olarak oldukça yüksek olduğunu gözler önüne sermektedir. Türkiye yüzölçümünün %42'lik kısmı birinci derece deprem bölgeleri arasında yer almakta, 2018 verilerine göre ise 81 ilin 45'i bu sınıflandırmaya dâhil edilmektedir. Aynı rapora göre, nüfusun %95'inden fazlası aktif deprem bölgelerinde yaşamaktadır. Bu veriler ışığında, Türkiye'nin afet yönetimi politikalarının, deprem riskini merkez alan yapısal ve organizasyonel yaklaşımlarla sürekli güncellenmesi hayati bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır (16). Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen Elbistan merkezli depremde ise Hatay dahil olmak üzere geniş bir bölgeyi etkileyerek binlerce can kaybına ve büyük çaplı yıkıma neden olmuştur (17).

2.2.3 Kahramanmaraş Merkezli Depremler ve Etkileri

6 Şubat 2023'te yaşanan depremler, büyüklükleri ve yol açtıkları yıkım nedeniyle Cumhuriyet tarihinde benzeri az görülmüş afetler arasında sayılmaktadır. (18). Sabah saat 04:17'de Kahramanmaraşın Pazarcık ilçesi merkezli olarak Mw 7.7 büyüklüğünde gerçekleşen ilk depremi, aynı gün öğle saatlerinde Elbistan merkezli Mw 7.6 büyüklüğündeki ikinci deprem takip etmiştir (17). Her iki deprem de Doğu

Anadolu Fay Zonu üzerinde meydana gelmiş; birincisinde yaklaşık 350 km, ikincisinde ise 160 km uzunluğunda yüzey kırıkları oluşmuştur.(18) Bazı segmentlerde yer değiştirme miktarı 8 metreyi aşarken, sarsıntılar geniş bir alanda etkili olmuş ve toplamda 11 ili doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemiştir. Bu illerde yaklaşık 230 bin bina ya tamamen yıkılmış ya da ağır hasar almıştır (17, 18)

2.2.4 Hatay ve Deprem

Hatay ili, jeolojik olarak aktif bir tektonik kuşakta yer almakta olup, çok sayıda diri fay hattının etkisi altındadır. Bu nedenle tarih boyunca birçok yıkıcı depremle karşı karşıya kalmıştır. Özellikle Şubat 2023 tarihinde meydana gelen depremler, Hatay'ı da doğrudan etkilemiş ve kentte ciddi can ve mal kayıplarına yol açmıştır. Söz konusu depremlerden yalnızca iki hafta sonra, Hatay Yayladağı merkezli Mw 6.4 büyüklüğünde bir başka yıkıcı deprem daha meydana gelmiştir (17).

Yaşanan bu depremlerde, Hatay'da, hem konutlarda hem de kamu hizmet altyapısında büyük çaplı yıkım meydana gelmiştir. 6 Mart 2023 tarihli verilere göre, il genelinde 215.255 konut yıkık, ağır hasarlı veya acil yıkılacak durumda; 25.957 konut orta hasarlı, 189.317 konut ise az hasarlı olarak kaydedilmiştir. Deprem öncesi toplam bina sayısının 406.849 olduğu göz önüne alındığında, yapı stokunun yaklaşık yarısının etkilendiği anlaşılmaktadır. Can kaybı verileri il bazında netleştirilmemiş olsa da, Hatay'ın ülke genelinde kaydedilen 48 bini aşkın ölümün önemli bir kısmını barındırdığı bilinmektedir. Yapısal kayıpların yanı sıra Hatay'daki kamu hizmetleri de ciddi zarar görmüştür. Çok sayıda okul binası, sağlık tesisi ve kamu kurumu kullanılamaz hâle gelmiş; Hatay Devlet Hastanesi gibi kritik sağlık kuruluşlarında hizmetler durmuştur. Elektrik, su, iletişim ve ulaşım altyapıları geçici olarak devre dışı kalmış; Hatay Havalimanı'nın pisti zemin oturması nedeniyle ciddi şekilde hasar alarak kullanılamaz duruma gelmiştir. Ayrıca birçok tarihi yapı ve kültürel miras alanı da ağır hasar almış ya da tamamen yıkılmıştır (19).

2.2.5 Depremin Toplumsal ve Sosyal Etkileri

Doğal ve toplumsal bir afet olan deprem, ciddi can ve mal kayıplarına neden olmakta; gerçekleştiği bölgelerde toplum yaşamını pek çok açıdan doğrudan etkilemektedir. Ekonomik kayıplar, aile yapısında bozulmalar, göç ve göçe bağlı sorunlar ile toplumsal düzensizlikler, birey ve toplum üzerinde artan sosyal sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (20).

Deprem sonrasında ortaya çıkan çeşitli sorunlar, insanların geçici ya da kalıcı olarak bulundukları yerlerden göç etmelerine neden olmaktadır.(20) Bu durum, hem kırsal hem de kentsel demografik dengede kayda değer değişimlere neden olabilir (21). Türkiye'de yaşanan son üç büyük depremde, konut kaybı, eğitim ve iş olanaklarının azalması, güvenlik endişesi ve psikolojik etkiler gibi nedenlerle önemli ölçüde göç yaşanmıştır (20). 1999 Gölcük Depremi'nden sonra en az 25.000 kişinin başka yerlere göç ettiği; 2011 Van Depremi sonrasında ise yaklaşık 250.000 kişinin geçici olarak şehirden ayrıldığı bilinmektedir. 2020 Elazığ Depremi'nde de benzer şekilde üç bin kişilik bir nüfus hareketi yaşanmıştır (22, 23). Göç eden bireyler, gittikleri yerlerde sosyal çevreye uyum sağlamakta güçlük çekebilmekte; bu durum kültürel farklılıklar, ekonomik faaliyetlere sınırlı katılım, yalnızlık hissi, barınma sorunları ve iş bulma güçlüğü gibi pek çok yeni sosyal problem doğurabilmektedir (20, 21).

Afetler sonrasında ortaya çıkan bir diğer problem olan salgın hastalık riski, yalnızca halk sağlığı açısından değil, toplumsal bütünlük açısından da ciddi bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Bulaşıcı hastalıkların başlıca nedenleri; kirli su ve gıda tüketimi, solunum yoluyla bulaş, vektör ve böcek kaynaklı enfeksiyonlar ile yaralanmalara bağlı gelişen enfeksiyonlardır (24). Bu bağlamda, afet bölgelerinde en sık karşılaşılan morbidite ve mortalite nedenleri arasında ishalli hastalıklar ve akut solunum yolu enfeksiyonları öne çıkmaktadır (25). Özellikle çadır kentlerdeki hijyen eksikliği, ortak kullanım alanlarının kalabalık olması ve koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan aksamalar, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını hızlandırmakta ve can kayıplarına yol açabilmektedir (20). Akbıyık ve Tekindal (2023) tarafından yürütülen sistematik analiz temelli araştırmada, 2001–2020 yılları arasında meydana gelen depremler sonrası enfeksiyon hastalıklarının insidansında belirgin bir artış tespit edilmiş; özellikle vektör kaynaklı enfeksiyonlar, gastrointestinal ve solunum yolu

enfeksiyonları ile tetanoz gibi hastalıkların deprem sonrası salgın potansiyeli taşıdığı vurgulanmıştır (26).

2.2.6 Depremin Psikolojik Etkileri

Doğal afetler bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik dayanıklılığını ciddi biçimde zedeler.Afet sırasında ya da sonrasında rutin yaşamın kesintiye uğraması; bireylerde yoğun korku, panik, çaresizlik ve güvensizlik gibi duygusal tepkilere yol açmakta, bu da zamanla çeşitli psikolojik bozukluklara zemin hazırlamaktadır (27). Literatürde, afetlerin ardından ortaya çıkan başlıca psikiyatrik etkiler arasında depresyon, stres bozuklukları, uyku düzensizlikleri ve bağımlılık eğilimleri yer almaktadır (28-31). Özellikle afetin şiddeti ve bireyin sosyal destek düzeyi gibi faktörler bu psikiyatrik etkilerin şiddetini doğrudan etkilemektedir (32, 33).

24 Ocak 2020 tarihinde Elazığ merkezli gerçekleşen deprem sonrasında yapılan bir çalışmada, afet mağdurlarının travma sonrası stres düzeyleri ile peritravmatik dissosiyasyon skorlarının, kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir. Her ne kadar anksiyete ve depresyon skorları açısından gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamış olsa da, depremi deneyimleyen bireylerde bu semptomların ortalamalarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Dünyanın birçok yerinde deprem sonrası yapılmış çalışmalar da bu bulguları destekler niteliktedir. (34)

Depremler, özellikle yoğun nüfuslu kentsel bölgelerde daha derin psikososyal etkiler yaratmaktadır. Kalabalık şehirlerdeki altyapı yetersizlikleri, sosyal destek sistemlerinin zayıflamasına yol açmakta; bireylerin aile, komşuluk ve akrabalık bağlarının bozulması, kalıcı yalnızlık ve sosyal kopuş hissi ile birleşerek psikolojik travmanın derinleşmesine neden olmaktadır (20).

2.4. Kronik Hastalıklar

2.4.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kronik hastalıkları genellikle bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH/NCD) başlığı altında ele almakta ve bu grubu uzun süreli seyir gösteren, yavaş ilerleyen ve birden fazla biyolojik, çevresel ya da davranışsal faktörün etkisiyle ortaya çıkan durumlar olarak tanımlamaktadır. Bu kapsamda, en sık görülen hastalık grupları arasında kalp-damar sistemi rahatsızlıkları, çeşitli kanser türleri, kronik solunum yolu hastalıkları (örneğin KOAH ve astım) ve metabolik bozukluklardan diyabet yer almaktadır. Ayrıca Alzheimer hastalığı ve osteoporoz gibi başka önemli sağlık sorunları da NCD çatısı altında değerlendirilmektedir. Bu hastalıklar, özellikle düşük ve orta gelirli toplumlarda yaygın olup, küresel ölçekte bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı ölümlerin yaklaşık dörtte üçü bu bölgelerde görülmektedir.(35).

2021 yılında pandemi dışı ölümlerin %75'ine karşılık gelen 43 milyondan fazla kişi BOH nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Aynı yıl içinde 70 yaş altı 18 milyon kişi bu hastalıklar sebebiyle ölmüş, bu erken ölümlerin yaklaşık %82'si, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde görülmüştür. Ölümlerin en büyük kısmı 19 milyondan fazla kişiyle kardiyovasküler hastalıklara bağlıdır; bunu 10 milyon ölümle kanserler, yaklaşık 4 milyonla kronik solunum yolu hastalıkları ve 2 milyondan fazla ölümle diyabet takip etmektedir. Erken yaşta gerçekleşen BOH kaynaklı ölümlerin yaklaşık %80'i bu dört hastalık grubundan kaynaklanmaktadır (35).

2.4.2. Kronik Hastalıkların Etiyolojisi

Bulaşıcı olmayan hastalıkların etiyolojisinde çok sayıda faktör birlikte rol oynamaktadır. Bu faktörler başlıca davranışsal, metabolik ve çevresel riskler olarak sınıflandırılabilir. Davranışsal risk faktörleri arasında tütün kullanımı (pasif maruziyet dahil), sağlıksız beslenme (aşırı tuz, şeker ve yağ tüketimi), zararlı alkol kullanımı ve

yetersiz fiziksel aktivite yer almaktadır. Bu davranışların arkasında ise sosyal, ticari ve fiziksel çevre etkili olmaktadır (35).

Davranışsal etmenler, zamanla yüksek kan basıncı, hiperglisemi, obezite ve anormal kan lipit düzeyleri gibi metabolik bozukluklara yol açarak BOH riskini artırmaktadır. Dünya genelinde en yaygın metabolik risk faktörü yüksek kan basıncı olup, BOH'lere bağlı ölümlerin yaklaşık %25'i bu duruma atfedilmektedir. Hava kirliliği ise başlıca çevresel risk faktörü olarak öne çıkmakta, her yıl yaklaşık 6,7 milyon ölüme yol açmaktadır. Bu ölümlerin büyük bölümü felç, iskemik kalp hastalığı, kronik solunum yolu hastalıkları ve akciğer kanseri gibi BOH nedenlidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, bulaşıcı olmayan hastalıklar yalnızca bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda düşük ve orta gelirli ülkelerde sosyoekonomik kalkınmayı sınırlayan önemli bir yapısal engeldir (35).

Türkiye özelinde bu durumu yansıtan önemli bulgulardan biri, 2017 yılında gerçekleştirilen STEPS Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırmasıdır. Bu çalışmaya göre, 18–69 yaş arası bireylerin %64,4'ü fazla kilolu, %28,8'i obezdir. Katılımcıların %27,7'sinde hipertansiyon, %11,1'inde ise yüksek kan şekeri saptanmıştır. Meyve-sebze tüketimi yetersizliği (%87,8), tütün kullanımı (%31,6) ve düşük fiziksel aktivite oranı (%39,5) da önemli davranışsal risk faktörleri olarak öne çıkmıştır. Aynı çalışmada, bireylerin yalnızca %1,3'ünün hiçbir risk faktörü taşımadığı, özellikle 45–69 yaş grubunda bireylerin yaklaşık %66'sının üç veya daha fazla risk faktörüne sahip olduğu bildirilmiştir (36).

2.4.3. Kronik Hastalıklara Uyum

Kronik hastalıklarda uyum, hastanın sağlık uzmanlarının önerilerini benimseyerek tedavi planına katılım göstermesini ifade eder. Bu süreç; ilaçları düzenli kullanma, tedavi planına bağlı kalma, kontrolleri aksatmama ve önerilen yaşam tarzı değişikliklerini uygulama gibi unsurları kapsamaktadır (37).

Kronik hastalıkların yönetiminde uyum kritik bir unsurdur. Hastanın tedavi sürecinde önerilere güvenmesi, hastalığını kabullenmesi ve gerekli davranış değişikliklerini benimsemesi, tedavi başarısı üzerinde doğrudan etkilidir (38).

Hastalığa yeterince uyum gösterilmeyen durumlarda ise hastalığın kontrolü güçleşmekte ve komplikasyon riski artmaktadır (39). Kronik hastalığa uyum, çok boyutlu bir süreç olup; hastalığın süresi ve semptomlarının şiddeti gibi klinik değişkenlerin yanı sıra, bireyin sosyal destek düzeyi, sağlık okuryazarlığı ve demografik özellikleri tarafından da önemli ölçüde etkilenmektedir (40).

2.4.4. Afetler, Kronik Hastalıklar ve Afet Sonrası Sağlık Hizmetleri

Afetler toplumun tüm kesimlerini etkileyebilse de, belirli sosyal, kültürel ve demografik özelliklere sahip bireyler süreçten daha kırılgan biçimde etkilenir (41, 42). Günlük yaşamı sürdürmede zorlanan bu gruplar, afet sonrası sağlık hizmetlerine erişimdeki aksamalar nedeniyle hem fiziksel hem de ruhsal açıdan ciddi sorunlar yaşayabilir (43, 44). Kronik hastalığı olan bireyler bu bağlamda özel bir risk grubudur; ilaçlara erişimin kesilmesi ile izlem ve tedavi süreçlerindeki aksamalar klinik durumun hızla kötüleşmesine ve kimi zaman ölümcül sonuçlara yol açabilir (45, 46). Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve solunum yolu hastalıklarında afet sonrasında alevlenmelerin hasta yükünü ve mortaliteyi artırdığı bildirilmektedir (47). Uluslararası kılavuzlar, sağlık sisteminin zayıfladığı ortamlarda psikolojik stres, sosyal izolasyon, bilgi eksikliği ve güvensizlik gibi etmenlerin tedavi uyumunu ve baş etme becerilerini zayıflattığını vurgular (48).

Bu kırılganlık nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü, insani krizlerde bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) hizmetlerinin temel sağlık hizmet paketlerine entegrasyonunu açık bir politika önceliği olarak tanımlar (49). Bu doğrultuda geliştirilen NCD Kit (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Kiti), hipertansiyon, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları için gerekli ilaç ve ekipman tedarikinin afet koşullarında da sürdürülebilmesini hedefler (50, 51). Etki kısa süreyle sınırlı değildir: çok ülkeli analizler, sel gibi büyük olayların ardından kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, solunum ve böbrek hastalıkları dâhil çeşitli nedenlerle hastaneye yatışların 210 güne kadar arttığını; hortum/kasırga gibi ani olaylardan sonra ise özellikle yaşlılarda tüm nedenli yatışların yükseldiğini göstermektedir (52, 53).

Hastalık-özgül düzeyde de benzer bir desen izlenir: diyabette insülin/ilaç erişimindeki aksamalar glisemik kontrolü bozarak komplikasyon riskini artırmış; böbrek yetmezliği olanlarda hemodiyaliz ve periton diyalizi hizmetlerindeki lojistik ve altyapı kaynaklı kesintiler komplikasyon sıklığını yükseltmiştir (54-58). Kronik hastalıklarla yaşayan bireyler afetlerde iki eksende dezavantajlı duruma düşer: (i) mevcut sağlık durumları nedeniyle fiziksel travmanın daha ağır sonuçlar doğurabilmesi ve (46) afet sonrası sistemsel aksaklıkların—örneğin ilaç temininde gecikme, tıbbi cihaz eksikliği, hasta kayıtlarına erişilememe—tedavi planlarının uygulanmasını engellemesi.(59). Bu durum yalnızca bireysel sağlık sonuçlarını değil, sağlık sisteminin genel yükünü de artırır (60).

Dolayısıyla afetlerde kronik hastalık yönetimi yalnızca bireysel tedavi uyumuna bırakılamaz; sağlık sistemi hazırlığı, tedarik zincirlerinin güvenliği, birinci basamak–acil servis entegrasyonu, mobil ekiplerin (EMT) koordinasyonu ve sağlık tesislerinin işlevselliğinin korunması gibi sistem düzeyinde önlemler esastır (61, 62).

2.5. Psikiyatrik Bozukluklara İlişkin Temel Kavramlar

2.5.1. Depresyon

Depresyon, kişinin uzun süreli depresif ruh hali veya aktivitelerden zevk almama veya ilgi duymama gibi belirtiler gösterdiği yaygın bir ruhsal sağlık sorunudur. Bu bozukluk, kişinin aile, arkadaşlar ve toplumla ilişkileri dahil olmak üzere yaşamın pek çok alanını olumsuz etkileyebilir ve okul ya da iş yaşamında problemlere yol açabilir. Herkes depresyon yaşayabilir; ancak istismar, ciddi kayıplar veya başka stresli yaşam olayları geçiren bireylerde depresyon riski daha yüksek olabilir.

Dünya genelinde yaklaşık 280 milyon insanın depresyon yaşadığı ve bu durumun kadınlarda erkeklere göre yaklaşık %50 daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Depresyon; düşük öz saygı, suçluluk hissi, geleceğe dair umutsuzluk, intihar düşünceleri, iştah veya kilo değişiklikleri ve uyku bozuklukları gibi semptomlarla

kendini gösterebilir. Depresyonun şiddeti ve belirtilerin süresi göz önünde bulundurularak, depresif dönemler hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılabilir .

Depresyon, fiziksel sağlıkla yakından ilişkili olup, onu etkileyebilir ve aynı zamanda bundan etkilenebilir. Depresyonu etkileyen faktörlerin çoğu (örneğin fiziksel hareketsizlik veya zararlı alkol kullanımı), kronik hastalıklar için de risk faktörü oluşturmaktadır. Tersine, bu hastalıklara sahip bireyler de, hastalıklarını yönetmede karşılaştıkları güçlükler nedeniyle depresyon yaşayabilirler (63).

2.5.2. Akut Stres Bozukluğu (ASB)

Akut stres bozukluğu (ASB), bir kişinin yaşamını tehdit eden veya ciddi yaralanma ya da cinsel saldırı gibi ağır bir travmatik olaya maruz kalmasının ardından ilk ay içerisinde gelişebilen bir psikolojik bozukluktur. Bu bozukluk, müdahale, dissosiyasyon, olumsuz ruh hali, kaçınma ve uyarılma semptomlarını içermektedir. ASB tanısının amacı, şiddetli akut stres tepkilerinin tanımlanmasını ve tedavi edilmesini kolaylaştırmaktır. Ayrıca, ASB tedavisinin, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimini sınırlamada da ek faydalar sağlayabileceği belirtilmektedir. ASB'nin yaygınlığı, maruz kalınan travmanın doğasına ve şiddetine bağlı olarak %5 ila %20 arasında değişmekte olup; motorlu taşıt kazalarında %13-21, travmatik yaralanmalarda %44, saldırılarda %16-19, toplu silahlı saldırılarda %33 ve insan kaynaklı felaketlerde %46 gibi oranlara ulaşabilmektedir.

ASB'nin klinik belirtileri arasında, yakın zamandaki travmanın hatırlatıcılarına karşı şiddetli yeniden deneyimleme ve kaygı yer alır. Bu tepkiler, genellikle genel korku hali, daha fazla tehdide karşı uyanıklık ve travmanın anımsatıcılarından aktif olarak kaçınma davranışları ile kendini gösterir. Bu durumlar, bireyin sosyal ilişkilerini ve günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde etkileyebilir. ASB için risk faktörleri, travma öncesi psikiyatrik bozukluklar, kadın cinsiyeti, travma şiddeti, utanç ve suçluluk duygusu, düşük sosyal destek ve kaçıngan başa çıkma gibi faktörleri içermektedir (64).

2.5.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), psikolojik travmanın bireyin duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkileri üzerinde karmaşık etkiler yarattığı bir bozukluktur. TSSB; müdahaleci düşünceler, kabuslar, geçmiş travmaların geri dönüşleri, travma hatırlatıcılarından kaçınma, aşırı uyanıklık ve uyku bozuklukları ile karakterizedir ve sosyal, mesleki ve kişilerarası işlevsellikte belirgin bozulmalara yol açar. Travmanın türü ve şiddetine göre TSSB gelişme riski değişiklik gösterir; cinsel şiddet %33, kişilerarası-ağ travmatik deneyimler %30 ve saldırılar %16-19 oranında TSSB'ye neden olabilmektedir. Ayrıca, kasıtlı travmaların, kazalar ve doğal afetler gibi kasıtsız travmalara göre TSSB riski daha yüksektir. Kadınlarda TSSB geliştirme olasılığı erkeklere kıyasla iki kat daha fazladır .

TSSB'nin klinik belirtileri, travmatik olayın istenmeyen hatırlatıcılarına yanıt olarak gelişen müdahaleci anılar, geri dönüşler, kabuslar, yoğun kaygı ve korku tepkilerini içerir. Bu belirtiler genellikle çevresel tehditlere karşı aşırı tetikte olma ve travmayla ilişkili durumlardan kaçınma eğilimiyle birlikte görülür. Olumsuz bilişsel değişimler (kendini suçlama, geleceğe dair umutsuzluk), depresyon, aşırı uyarılma (kolay irkilme, öfke patlamaları, uyku bozukluğu) gibi ek semptomlar da sıktır. TSSB'nin disosiyatif alt tipinde; kişiliksizleşme, derealizasyon ve amneziler gibi dissosiyatif belirtiler ön plandadır ve bu durum intihar riski gibi ek klinik risklerle ilişkilidir. TSSB'nin, travma türü ve bireysel özelliklerle birlikte farklı semptom kümeleri gösterdiği ve bu alt grupların tedavi planlamasında dikkate alınması gerektiği bildirilmektedir (65).

2.5.4. Anksiyete

Anksiyete, kişinin karşılaştığı bir yaşam olayını tehlikeli olarak değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan aşırı uyarılma durumudur. Bu değerlendirme bazen bilinçli, bazen de bilinçdışı zihinsel süreçlerle gerçekleşir. Gerçek yaşam olaylarının yanı sıra, zihinde canlandırılan bir uyaran da tehlikeli olarak algılanabilir ve bu da fiziksel belirtileri tetikler. Bu belirtiler arasında çarpıntı, ağız kuruması, nefes

darlığı, göğüs ağrısı, titreme ve baş dönmesi gibi semptomlar yer alır. Bu semptomlar genellikle tehdit altında olunduğu düşüncesiyle daha da şiddetlenir ve birey tarafından bir felaket gibi yorumlanabilir (örneğin kalp krizi geçirme korkusu). Bu durumda tehlike algısı artar ve belirtiler daha da belirginleşir.

DSM-5 sınıflamasına göre anksiyete bozuklukları; Panik Bozukluğu, Agorafobi, Özgül Fobi, Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi), Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu olarak sınıflandırılır. Panik Bozukluğu ani başlayan yoğun korku ataklarıyla kendini gösterirken, Agorafobi daha çok panik atakların yaşanmasından korkulan ortamlardan kaçınma davranışıyla ilişkilidir.Özgül Fobi, belirli bir obje ya da koşula karşı duyulan şiddetli korku ve bu uyarandan kaçınma davranışı olarak açıklanır. Sosyal Anksiyete Bozukluğu ise başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusunun öne çıktığı sosyal ortamlarda kendini gösterir. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda kişi, çeşitli konularda sürekli ve kontrol edilemeyen kaygılar yaşar ve bu kaygılara sinirlilik, huzursuzluk ve dikkat toplama güçlüğü eşlik eder. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, kişinin bağlandığı kişilerden ayrılmaya karşı aşırı kaygı yaşaması ile ortaya çıkar.

Anksiyete bozukluklarının gelişiminde biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenler rol oynar. Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler, aşırı koruyucu veya reddedici ebeveyn tutumları ve güvensiz bağlanma gibi psikososyal etkenler bu bozuklukların temelini oluşturabilir. Ayrıca, yüksek nevrotiklik düzeyi olan bireylerde anksiyete bozukluklarının gelişimi ve tedavi sonrası nüks riski daha yüksektir. Genetik yatkınlık da önemli bir faktör olup, ailede anksiyete bozukluğu öyküsü olan bireylerde risk artmaktadır. Nörokimyasal düzeyde ise GABA, norepinefrin ve serotonin gibi nörotransmiterlerin rolü olduğu gösterilmiştir.

Anksiyete bozuklukları, özellikle depresyon ve alkol-madde kullanım bozuklukları başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek oranda komorbid olarak görülmektedir. Örneğin depresyon ve alkol-madde kullanım bozukluklarıyla komorbidite sıktır ve bu durum hastalığın daha şiddetli seyretmesine ve tedaviye yanıtın azalmasına yol açabilir. Ayrıca, anksiyete bozukluklarının tedavisinde sadece mevcut belirtileri değil, aynı zamanda kişide bu bozukluklara yatkınlık yaratan unsurları da ele almak gerekmektedir (66).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul İzni

Çalışma için Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 20.11.2025 tarihli, 36 sayılı kararı doğrultusunda etik onay alınmıştır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmamız, tanımlayıcı ve kesitsel yöntemle yürütülmüştür, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniği ve İl Sağlık Müdürlüğünce izin verilen Aile sağlığı merkezlerinde Kasım 2024-Nisan 2025 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çalışmanın evreni Hatay il merkezinde ikamet eden ve 18 yaş üzeri kronik hastalığı olan bireylerden oluşacaktır. Örneklem büyüklüğü Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme ölçeği (KHUDÖ) ve Depresyon Anksiyete Stres-21 (DAS-21) ölçekleri kullanılarak 30 katılımcıdan yapılan pilot çalışmanın sonuçlarına göre KHUDÖ'den 26, DAS-21 ölçeğinden 385 kişi olarak minimum örneklem hacmi alınması gerektiği sonucuna ulaşıldı. İki ölçekten daha fazla örneklem hacmini veren dikkate alınması gerektiğinden; pilot çalışma sonuçlarına göre standart sapma 11,16 ve hata payı da ortalamanın % 5'i olan 1,12 olarak girildiğinde %95 güvenle minimum olması gereken örneklem hacminin 385 olması gerektiği sonucuna ulaşıldı.

3.3. Verilerin Toplanması

Bu tez çalışması, HMKÜ Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine ve İl Sağlık

Müdürlüğünce izin verilen Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve çalışmaya gönüllü olarak katılan hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere yüz yüze ve Google form vasıtasıyla anketler uygulanmıştır. Çalışmaya toplamda 395 kişi katılmıştır.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18 yaş ve üzeri olmak
2. Hatay il merkezinde ikamet ediyor olmak
3. Hatay il merkezinde depremi yaşamış olmak
4 .En az bir kronik hastalık tanısına sahip olmak
5. Türkçe anketleri anlayıp yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip
6. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.5. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. 18 yaşın altında olmak
2. Kronik hastalık tanısı bulunmamak
3. Bilişsel ya da iletişim yetersizliği nedeniyle anketleri dolduramayacak durumda olmak
4. Gönüllü onam vermemek
5. Aktif psikiyatrik rahatsızlığı bulunması

3.6. Anket ve Ölçekler

3.6.1. Anket

Katılımcılara, mevcut literatür taraması doğrultusunda tarafımızdan hazırlanmış 23 sorudan oluşan sosyodemografik bilgi formu uygulanmıştır. Ayrıca,

geçerlik ve güvenirliği sağlanmış olan 21 maddelik Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) ile yine geçerlik ve güvenirliği yapılmış 28 maddelik Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (KHUDÖ) anketörler aracılığıyla uygulanmıştır. Toplamda 72 sorudan oluşan bu anket formu katılımcılara yöneltilmiştir.

3.6.2. Ölçekler

3.6.2.1. Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (KHUDÖ)

Bu araştırmada kullanılan Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (KHUDÖ) toplam 28 maddeden oluşan, üçlü Likert tipinde bir ölçektir. Ölçek, fizyolojik uyum alt boyutu (4 madde), psikolojik uyum alt boyutu (16 madde), sosyal uyum alt boyutu (5 madde) ve spiritüel uyum alt boyutu (3 madde) olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 28, en yüksek puan 84'tür. Toplam puanın artması, bireyin kronik hastalığa uyum düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı orijinal çalışmada 0,83 olarak bulunmuştur. Ölçek, Ayşe Kacaroğlu Vicdan ve Fatma Birgili tarafından 2018 yılında geliştirilmiştir.

3.6.2.2 Depresyon Anksiyete Stres (DASS 21) Ölçeği

DASS-21, bireylerin son bir haftadaki depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmeye yönelik, öz-bildirim esaslı bir ölçektir. Toplam 21 maddeden oluşan ölçek, her biri 7 madde içeren üç alt boyuttan (depresyon, anksiyete, stres) meydana gelmektedir. Maddeler "0=hiçbir zaman" ile "3=her zaman" arasında derecelendirilen dörtlü Likert tipiyle puanlanmaktadır. Ölçeğin orijinal uzun formu 42 madde olup, kısa form olan DASS-21'de bazı çalışmalarda puanların karşılaştırılabilirliği amacıyla 2 ile çarpma yöntemi kullanılmaktadır. Ancak Türkçe uyarlama çalışmasında (Sarıçam, 2018) DASS-21 için özgül puan aralıkları ve kesme değerleri tanımlanmış olup, bu çalışmada değerlendirmeler bu normlar üzerinden

yapılmıştır. Sarıçam'ın çalışmasında ölçeğin cronbach alfa katsayısı depresyon için α= 0,87; anksiyete için α= 0,85; stres için α= 0,81 olarak bulunduğu bildirilmiştir.

3.7. Veri İncelemesi ve İstatistiksel Değerlendirme Süreçleri

Verilerin dağılım özellikleri Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Nicel değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (minimum–maksimum) biçiminde; nitel değişkenler için ise frekans ve yüzde değerleriyle sunulmuştur. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlı farklılık saptanan durumlarda çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmeli testler uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

4.BULGULAR

Tablo 1'de çalışmaya katılan bireylere ait değişkenler sunulmuştur. Çalışmaya 395 birey katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 50,56±16,49 olarak bulundu. Katılımcıların minimum yaşı 18, maksimum yaşı 85 olarak tespit edildi. Katılımcıların 212'si (%53,7) kadın, 183'ü (%46,3) erkekti. Katılımcıların 271'i (%68,6) evli, 124'ü (%31,4) bekar/boşanmış bireylerdi.Katılımcıların 47'si (%11,9) hiç eğitim almamış, 155'i (%39,2) ilkokul/ortaokul mezunu, 69'u (%17,5) lise mezunu, 124'ü (%31,4) üniversite/yüksek lisans derecesinde eğitim durumuna sahipti.

Katılımcıların 139'unun (%35,2) geliri giderinden az, 213'ünün (%53,9) geliri giderine denk, 43'ünün (%10,9) geliri giderinden fazla olduğu saptandı. Katılımcılar arasında 143 kişi (%36,2) sigara kullanırken, 77 kişinin (%19,5) alkol tükettiği belirlendi.

Kronik hastalık çeşitleri incelendiğinde katılımcıların 151'i (%38,2) diyabetes mellitus, 150'si (%38,0) hipertansiyon, 88'i (%22,3) diğer kalp-damar hastalıkları, 81'i (%20,5) astım/KOAH, 15'i (%3,8) kanser, 47'si (%11,9) tiroid hastalıkları, 32'si (%8,1) diğer kronik hastalıklara sahipti.Katılımcıların 266'sının (%67,3) tek, 77'sinin (%19,5) iki, 43'ünün (%10,9) üç ve 9'unun (%2,3) dört veya daha fazla kronik hastalığı olduğu saptandı.

Tablo 2 de depreme ilişkin özellikler sunulmuştur. Katılımcıların 33'ü (%8,4) depremde enkaz altında kalmış, 362'si (%91,6) kalmamıştır. Çekirdek aile bireylerinden (eş ve/veya çocuk) birini kaybedenlerin sayısı 28 (%7,1) iken, kaybetmeyenlerin sayısı 367 (%92,9) olarak belirlendi. Depremde yakın akrabalarından (anne, baba, kardeş, hala, teyze, amca, dayı) birini kaybeden 218 (%55,2) katılımcı vardır. Katılımcıların 313'ü (%79,2) depremde maddi kayıp yaşamış, 82'si (%20,8) herhangi bir maddi kayıp yaşamamıştır.

Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Değişkenler

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	212	53,7
Erkek	183	46,3
Medeni durum		
Evli	271	68,6
Bekar/Boşanmış	124	31,4
Eğitim durumu		
Hiç eğitim almamış	47	11,9
İlkokul/Ortaokul	155	39,2
Lise	69	17,5
Üniversite/Yüksek lisans	124	31,4
Gelir durumu		
Geliri giderinden az	139	35,2
Geliri giderine denk	213	53,9
Geliri giderinden fazla	43	10,9
Sigara kullanımı	143	36,2
Alkol kullanımı	77	19,5
Yaşadığı yer		
Kendi evi	285	72,2
Konteyner/Prefabrik	110	27,8
Kimle yaşıyor?		
Eşi/Çocukları	271	68,6
Yalnız	73	18,5
Anne/Baba	51	12,9
Kronik hastalık sayısı		
1 hastalık	266	67,3
2 hastalık	77	19,5
3 ve üzeri hastalık	52	13,2
Kronik hastalık türleri		
Diyabetes Mellitus	151	38,2
Hipertansiyon	150	38,0
Diğer kalp-damar hastalıkları	88	22,3
Astım/KOAH	81	20,5
Böbrek hastalıkları	23	5,8
Kanser	15	3,8
Tiroid hastalıkları	47	11,9
Diğer	32	8,1
Kronik hastalık süresi (yıl)(ort±ss)	10,69±8,48	-

Deprem sonrası psikiyatrik destek alan 66 (%16,7) katılımcı bulunurken, 329 (%83,3) katılımcı destek almamıştır.Deprem sonrasında katılımcıların 166'sı (%42,0) ilaçlarını düzenli kullanmaya devam ettiğini, 229'u (%58,0) ise düzenli kullanamadığını belirtmiştir. Katılımcıların 141'i (%35,7) kontrollerini aksatmadan yaptırabildiğini, 254'ü (%64,3) ise kontrollerini yaptıramadığını ifade etmiştir. Deprem sonrası dönemde katılımcıların 112'si (%28,4) psikiyatrik destek almak istediğini, ancak 66'sı (%16,7) bu desteğe ulaşabildiğini, 263'ü (%66,6) ise hiç psikiyatrik destek talebinde bulunmadığını belirtmiştir (Bakınız: Tablo 2)

Tablo 2. Deprem Deneyimine İlişkin Değişkenler

Değişken	n	%
Enkaz altında kalan	33	8,4
Çekirdek aile kaybı yaşayan	28	7,1
Yakın akraba kaybı yaşayan	218	55,2
Maddi kayıp yaşayan	313	79,2
Deprem sonrası psikiyatrik destek alan	66	16,7
Deprem öncesi kronik hastalık takibi sıklığı		
3–6 ayda bir	202	51,1
Senede bir	124	31,4
Takip edilmiyordu	69	17,5
Deprem öncesi ilaçları düzenli kullanma durumu		
Evet	304	77,0
Hayır	91	23,0

Tablo 3'te katılımcıların DASS-21 kesme değerlerine göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre, depresyon düzeyinde bireylerin %35,8'inin normal, %15,9'unun hafif, %28,8'inin orta, %8,9'unun şiddetli ve %10,5'inin çok şiddetli düzeyde olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaklaşık yarısının (%48,2) orta ve üzeri düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Anksiyete kesme değerlerine bakıldığında, katılımcıların %31,9'u normal, %17,9'u hafif, %21,2'si orta, %10,5'i şiddetli ve %18,6'sı çok şiddetli düzeydedir; buna göre yarıdan fazlasının (%50,3) orta ve üzeri düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği saptanmıştır. Stres düzeyinde ise katılımcıların

%70,9'unun normal, %10,5'inin hafif, %9,2'sinin orta, %7,4'ünün şiddetli ve %2,0'sinin çok şiddetli düzeyde olduğu; buna göre yalnızca %29,1'inin hafif ve üzeri stres düzeyinde olduğu görülmüştür.

Tablo 3. DASS-21 Alt Ölçeklerinin Kesme Değerleri

DASS-21 Alt Ölçekler	Düzey	n (%)
Depresyon	Normal	155 (39,2)
	Hafif	59 (14,9)
	Orta	107 (27,1)
	Şiddetli	33 (8,4)
	Çok Şiddetli	39 (9,9)
	Toplam	393 (99,5)
Anksiyete	Normal	125 (31,6)
	Hafif	70 (17,7)
	Orta	83 (21,0)
	Şiddetli	41 (10,4)
	Çok Şiddetli	73 (18,5)
	Toplam	392 (99,2)
Stres	Normal	278 (70,4)
	Hafif	41 (10,4)
	Orta	36 (9,1)
	Şiddetli	29 (7,3)
	Çok Şiddetli	8 (2,0)
	Toplam	392 (99,2)

Tablo 4'te katılımcıların DASS-21 ve kronik hastalığa uyum ölçeklerinden aldıkları puanlar gösterilmiştir. Uyum ölçeği toplam puanının ortancası 44 (28–77), ortalaması ise 45,45±9,85'tir. Alt boyutlardan fizyolojik uyum ortanca 6 (4–12), ortalama 6,07±1,96; psikolojik uyum ortanca 27 (16–47), ortalama 27,55±6,68; sosyal uyum ortanca 7 (5–15), ortalama 7,21±2,29; spiritüel uyum ortanca 3 (0–9), ortalama 4,60±2,02 olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların DASS-21 VE KHUDÖ Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Medyanlarının İncelenmesi

Ölçekler	Medyan (min–maks)	Ort±SS
KHUDÖ Toplam Puan	44 (28–77)	45,45 ± 9,85
Fizyolojik Alt Boyut	6 (4–12)	6,07 ± 1,96
Psikolojik Alt Boyut	27 (16–47)	27,55 ± 6,68
Sosyal Alt Boyut	7 (5–15)	7,21 ± 2,29
Spiritüel Alt Boyut	3 (0–9)	4,60 ± 2,02
DASS-21 Toplam Puan	18 (0–61)	19,29 ± 12,61
Depresyon Alt Boyut	6 (0–21)	2,34 ± 1,33
Anksiyete Alt Boyut	5 (0–19)	2,66 ± 1,48
Stres Alt Boyut	7 (0–21)	13,85 ± 4,43

Tablo 4'te KHUDÖ VE DASS-21 alt ölçeklerinin medyanları incelenmiştir. DASS-21 ölçeği değerlendirildiğinde toplam puanın ortancası 18 (0–61), ortalaması 19,29±12,61 bulunmuştur. Depresyon alt boyutu ortanca 6 (0–21), ortalama 2,34±1,33; anksiyete alt boyutu ortanca 5 (0–19), ortalama 2,66±1,48; stres alt boyutu ortanca 7 (0–21), ortalama 13,85±4,43 olarak belirlenmiştir (Bknz: Tablo 4).

Tablo 5. Cinsiyete Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21/Alt Ölçek	Kadın Medyan (min–maks)	Erkek Medyan (min–maks)	P değeri
Depresyon	6 (0–21)	5 (0–20)	0,208
Anksiyete	7 (0–19)	5 (0–16)	0,012
Stres	7 (0–21)	6 (0–17)	0,022
Toplam Puan	19,5 (0–61)	16 (0–49)	0,045

Tablo 5'te cinsiyet ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. DASS-21 toplam puanı ile anksiyete ve stres alt ölçek puanları kadınlarda erkeklere göre

anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,045 , p=0,012 , p=0,022). Depresyon alt ölçeğinde kadınlar ile erkekler arasında anlamlı fark yoktu (p=0,208).

Tablo 6. Cinsiyete Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ /Alt Boyut	Kadın Medyan (min–maks)	Erkek Medyan (min–maks)	p değeri
Fizyolojik Uyum	6 (4–12)	5 (4–12)	0,767
Psikolojik Uyum	27,5 (16–47)	28 (16–46)	0,611
Sosyal Uyum	7 (5–13)	7 (5–15)	0,362
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	3 (3–9)	0,846
Toplam Puan	44 (28–73)	45 (28–77)	0,917

KHUDÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarında erkek ve kadınlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 7. Yaş ile DASS-21 Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

Ölçek	Alt Ölçek	Spearman's rho (R)	p değeri
DASS-21	Depresyon	-0,073	0,151
	Anksiyete	-0,031	0,541
	Stres	-0,020	0,689
	Toplam Puan	-0,043	0,398

Tablo 7'de yaş ile DASS-21 ve alt ölçek puanlarının korelasyonu sunulmuştur. Yaş ile DASS-21 ölçeği toplam puanı ve alt boyutları (depresyon, anksiyete, stres) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 8. Yaş ile KHUDÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon

Ölçek	Alt Boyut	Spearman's rho (R)	p değeri
KHUDÖ	Fizyolojik Uyum	-0,152	0,003
	Psikolojik Uyum	0,119	0,019
	Sosyolojik Uyum	-0,019	0,701
	Spiritüel Uyum	-0,234	0,000
	Toplam Puan	-0,003	0,957

Tablo 8'de yaş ile KHUDÖ ve alt boyut puanlarının korelasyonu sunulmuştur. KHUDÖ toplam puanı ile yaş arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşılık, yaş ile KHUDÖ'nün fizyolojik uyum ($\rho=-0,152$, $p=0,003$) ve spiritüel uyum ($\rho=-0,234$, $p<0,001$) alt boyutları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Ayrıca yaş ile KHUDÖ'nün psikolojik uyum alt boyutu arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($\rho=0,119$, $p=0,019$).

Tablo 9. Medeni Duruma Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ/Alt Boyutlar	Evli Medyan (min–maks)	Bekar Medyan (min–maks)	p değeri
Fizyolojik Uyum	5 (4–12)	6 (4–12)	0,027
Psikolojik Uyum	27 (16–44)	28 (16–47)	0,114
Sosyal Uyum	6 (5–13)	7 (5–15)	0,061
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	5 (3–9)	<0,001
Toplam Puan	43 (28–77)	47 (28–76)	0,004

Tablo 9'da medeni hal ile KHUDÖ puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. KHUDÖ toplam puanı ile fizyolojik ve spiritüel uyum puanları bekarlarda evlilere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ($p= 0,004$; $p= 0,027$; $p<0,001$). Diğer alt gruplarda anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 10. Medeni Duruma Göre DASS-21 ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21/Alt	Evli Medyan(min–maks)	Bekar Medyan(min–maks)	p değeri
Depresyon	5 (0–19)	7 (0–21)	<0,001
Anksiyete	5 (0–18)	7 (0–19)	0,144
Stres	6 (0–18)	7 (0–21)	0,051
Toplam Puan	17 (0–54)	21 (0–61)	0,011

Tablo 10'da medeni durum ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki sunulmuştur.DASS-21 toplam puanı ile depresyon alt ölçek puanları bekar/boşanmış katılımcılarda evlilere göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,012, p<0,001). Anksiyete ve stres alt ölçeklerinde bekar/boşanmış bireylerle evlilerin puanları arasında anlamlı fark yoktu (p= 0,144, p= 0,051).

Tablo 11. Ekonomik Duruma Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21	Geliri Giderinden Az Medyan (min–maks)	Geliri Giderine Denk Medyan (min–maks)	Geliri Giderinden Fazla Medyan (min-maks)	p değeri
Depresyon	7 (0–21)	5,5 (0–21)	5 (0–14)	0,008
Anksiyete	6 (0–19)	5,5 (0–19)	5 (0–14)	0,530
Stres	7 (0–21)	7 (0–18)	7 (0–17)	0,583
Toplam Puan	20 (0–61)	17 (0–58)	16,5 (0–42)	0,172

Tablo 11'de ekonomik durum ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Kruskal–Wallis testi sonucunda ekonomik durum değişkenine göre DASS-21 depresyon alt ölçeği puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p=0,008). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ikili karşılaştırmalar için Mann–Whitney U testi uygulanmış ve çoklu karşılaştırmalardan kaynaklanan Tip I hata riskini azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi sonrasında yapılan ikili karşılaştırmalarda, ekonomik durumu "geliri giderinden az" olan bireylerin DASS-21 depresyon alt ölçeği puanları, "geliri giderinden çok" olan bireylerden anlamlı

düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,003). Ancak “geliri giderinden az” ile “geliri giderine denk” (p=0,048) ve “geliri giderine denk” ile “geliri giderinden çok” (p=0,069) grupları arasında Bonferroni düzeltmesi sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (anlamlılık sınırı p<0,0167).

Tablo 12. Ekonomik Duruma Göre KHUDÖ Toplam Ve Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ/Alt Boyut	Geliri Giderinden Az Medyan (min–maks)	Geliri Giderine Denk Medyan (min–maks)	Geliri Giderinden Fazla Medyan (min–maks)	p değeri
Fizyolojik Uyum	6 (4–12)	5 (4–12)	5 (4–11)	0,062
Psikolojik Uyum	29 (16–47)	26 (16–42)	25,5 (18–44)	0,023
Sosyolojik Uyum	7 (5–15)	6 (5–12)	6 (5–11)	0,002
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	3 (3–9)	5 (3–9)	0,181
Toplam Puan	47 (29–77)	43 (28–65)	42 (31–68)	0,006

Tablo 12’de ekonomik durum ile KHUDÖ puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Kruskal–Wallis testi sonucunda ekonomik durum değişkenine göre KHUDÖ toplam puanı (p=0,006), psikolojik uyum alt boyutu (p=0,023) ve sosyal uyum alt boyutu (p=0,002) puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi sonrasında geliri giderinden az olan grubun hem toplam KHUDÖ puanının (p=0,001) hem psikolojik uyum puanının (p=0,009) hem de sosyal uyum puanının (p=0,001) geliri giderine denk olan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer grup karşılaştırmalarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 13. Eğitim Düzeyine Göre DASS-21 Ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21/Alt Ölçek	Hiç eğitim almadım Medyan (min–maks)	İlkokul/ Ortaokul Medyan (min–maks)	Lise Medyan (min–maks)	Üniversite+ Medyan (min–maks)	p değeri
Depresyon	7,5 (0–21)	5 (0–20)	6 (0-202)	6 (0–21)	0,111
Anksiyete	7 (0–19)	5 (0–17)	7 (0-18)	5 (0–19)	0,022
Stres	8 (0–18)	6 (0–18)	7 (0–17)	7 (0–21)	0,053
Toplam Puan	22 (0–58)	16 (0–54)	20 (0-54)	17 (0–61)	0,057

Tablo 13'te eğitim düzeyi ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Eğitim durumu değişkenine göre yapılan Kruskal–Wallis testi sonucunda, anksiyete toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. Dört grup karşılaştırıldığı için düzeltilmiş anlamlılık düzeyi 0,05/6=0,008 olarak alınmıştır. Post hoc analiz sonuçlarına göre grup karşılaştırmalarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 14. Eğitim düzeyine göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ/Alt Boyut	Hiç eğitim almadım Medyan (min–maks)	İlkokul/ Ortaokul Medyan (min–maks)	Lise Medyan (min–maks)	Üniversite+ Medyan (min–maks)	p değeri
Fizyolojik Uyum	5,5 (4–12)	5 (4–12)	6 (4–10)	6 (4–12)	0,274
Psikolojik Uyum	32 (16–47)	27 (16–46)	29 (18–44)	26 (16–44)	<0,001
Sosyal Uyum	8 (5–12)	6 (5–13)	7 (5–15)	7 (5–13)	0,014
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	3 (3–9)	3 (3–9)	6 (3–9)	<0,001
Toplam Puan	52 (29–68)	43 (28–77)	45 (30–76)	44 (29–73)	0,013

Tablo 14'te eğitim düzeyi ile KHUDÖ puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Eğitim düzeyine göre yapılan Kruskal–Wallis testi uygulandığında KHUDÖ toplam puanı ile psikolojik uyum, sosyal uyum ve spiritüel uyum alt boyutlarında anlamlı fark

saptandı (p=0,013; p<0,001; p=0,014; p<0,001). Anlamlı bulunan değişkenler için post hoc ikili karşılaştırma analizleri yapıldı. Hiç eğitim almayan katılımcıların KHUDÖ toplam puanları ile psikolojik ve sosyal uyum alt boyut puanları, ilkokul/ortaokul mezunlarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,002; p=0,001; p=0,003). Ayrıca hiç eğitim almayan katılımcılar ile üniversite/yüksek lisans/doktora mezunları karşılaştırıldığında, psikolojik (p<0,001) ve sosyal (p=0,006) uyum puanlarının eğitimsiz grupta daha yüksek, spiritüel uyum puanlarının ise üniversite ve üzeri eğitim alan grupta daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,001). Alt gruplar arasındaki karşılaştırmalarda, ilkokul/ortaokul ile üniversite/yüksek lisans/doktora mezunları arasında yalnızca spiritüel uyum alt boyutunda anlamlı fark bulundu; üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların spiritüel uyum puanları daha yüksek saptandı (p<0,001).

Tablo 15. Yaşanılan yere göre DASS-21 ve Alt Ölçek Puanları

DASS-21/Alt Ölçekler	Kendi evi (Medyan, Min–Maks)	Konteyner/prefabrik (Medyan, Min–Maks)	p değeri
Depresyon	5 (0–21)	7 (0–21)	0,011
Anksiyete	5 (0–19)	7 (0–19)	0,010
Stres	6 (0–19)	7 (0–21)	0,008
Toplam Puan	17 (0–58)	20,5 (0–61)	0,003

Tablo 15'te yaşanılan yer değişkenini ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Konteyner/prefabrik evde yaşayanlarda, kendi evinde yaşayanlara göre DASS-21 toplam puanı, depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri anlamlı olarak yüksekti (p=0,003; p=0,011; p=0,010; p=0,008).

Tablo 16. Yaşanılan Yere Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

KHUDÖ/Alt Boyutları	Kendi Evi Medyan (Min-Maks)	Konteyner/Prefabrik Medyan (Min–Maks)	p değeri
Fizyolojik uyum	5 (4–12)	6 (4–12)	0,087
Psikolojik uyum	27 (16–46)	30 (17–47	0,018
Sosyal uyum	6 (5–13)	7 (5–15)	0,011
Spiritüel uyum	3 (3–9)	3 (3–9)	0,301
Toplam puan	43 (28–77)	46,5 (29–76)	0,039

Tablo 16'da yaşanılan yer değişkenini ile KHUDÖ puanları arasındaki ilişki sunulmuştur KHUDÖ toplam puanı ile psikolojik ve sosyal uyum alt boyut puanları konteyner/prefabrik evde yaşayanlarda, kendi evinde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p=0,039; p=0,018; p=0,011). Fizyolojik uyum ve spiritüel uyum alt boyutlarında konteyner/prefabrik yaşayanlarla kendi evinde yaşayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla p=0,087; p=0,301).

Tablo 17. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre DASS-21 ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21/ Alt Ölçek	Yalnız (Medyan,Min–Max)	Eşi/Çocuklarıyla (Medyan, Min–Max)	Anne/Baba (Medyan,Min–Max)	p değeri
Depresyon	7 (0–21)	5 (0–21)	6 (0–21)	0,089
Anksiyete	7 (0–17)	5 (0–19)	6 (0–19)	0,095
Stres	6,5 (0–17)	7 (0–18)	7 (0–21)	0,210
Toplam Puan	21 (1–49)	17 (0–58)	21 (0–61)	0,076

Tablo 17'de birlikte yaşanılan kişi değişkeniyle DASS-21 puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Birlikte yaşanılan kişiye göre bakıldığında yalnız, eşi/çocuklarıyla ve anne/babasıyla yaşayanlar arasında DASS-21 toplam puan ve alt ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmadı. (sırasıyla p=0,076; p=0,089; p=0,095; p=0,210)

Tablo 18. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre KHUDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ/Alt Boyut	Yalnız (Medyan,Min–Max)	Eşi/Çocuklarıyla (Medyan, Min–Max)	Anne/Baba (Medyan,Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	6 (4–12)	5 (4–12)	6 (4–12)	0,042
Psikolojik Uyum	29 (16–47)	27 (16–44)	28 (16–44)	0,049
Sosyolojik Uyum	8 (5–15)	6 (5–13)	7 (5–13)	0,005
Spiritüel Uyum	5 (3–9)	3 (3–9)	6 (3–9)	<0,001
Toplam Puan	47,5 (28–76)	43 (29–71)	47 (28–77)	0,014

Tablo 18'de birlikte yaşanılan kişi değişkeniyle KHUDÖ puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Yalnız yaşayanların spiritüel uyum puanı ortalama sırası (197,96), eşi/çocuğu ile yaşayanlara (165,64) göre daha yüksektir (p=0,006). Diğer alt boyutlar ve toplam puanda anlamlı fark bulunmamıştır.

Kruskal–Wallis sonrası anlamlı çıkan gruplara post hoc ikili karşılaştırmalar yapıldı. Anlamlılık sınırı p<0,0167 olarak değerlendirildiğinde, KHUDÖ toplam puan ve alt boyutlarda çoğunlukla anlamlı fark bulunmamıştır. Yalnız ve eşi/çocukları ile yaşayanlar karşılaştırıldığında yalnızca spiritüel uyum alt boyutunda anlamlı fark saptanmıştır (p=0,006); eşi/çocukları ile yaşayanların puanları yalnız yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Yalnız ve anne/baba ile yaşayanlar karşılaştırmasında hiçbir boyutta anlamlı fark gözlenmemiştir (tüm p>0,0167). Eşi/çocukları ile ve anne/baba ile yaşayanlar karşılaştırıldığında ise yalnızca spiritüel uyum boyutunda anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,001); anne/babası ile yaşayanların puanları eşi/çocukları ile yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer tüm alt boyutlarda (toplam puan, fizyolojik uyum, psikolojik uyum, sosyal uyum) p değerleri 0,0167'nin üzerinde olup anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 19. DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Toplam Kronik Hastalık Sayısına Göre Dağılımı

DASS-21	1 hastalık (Ortanca, Min–Max)	2 hastalık (Ortanca, Min–Max)	3 hastalık (Ortanca, Min–Max)	4+ hastalık (Ortanca, Min–Max)	p değeri
Depresyon	6 (0–21)	5 (0–21)	6 (0–19)	7 (0–21)	0,294
Anksiyete	5 (0–19)	6 (0–19)	6 (0–18)	14 (5–19)	0,001
Stres	7 (0–21)	6 (0–19)	7 (0–17)	12 (0–18)	0,026
Toplam Puan	18 (0–61)	16 (0–58)	20 (0–54)	34 (6–58)	0,029

Tablo 19'da sahip olunan kronik hastalık sayısıyla DASS-21 puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Buna göre;

1 hastalığı olanlarla kıyaslandığında, 4 hastalığı olanlarda DASS-21 toplam puanı (p=0,007) ve DASS-21 anksiyete alt ölçeği puanları (p<0,001) daha yüksek bulunmuştur.

2 hastalığı olanlarla kıyaslandığında, 4 hastalığı olanlarda DASS-21 toplam puanı (p=0,007), DASS-21 stres alt ölçeği puanları (p=0,008) ve DASS-21 anksiyete alt ölçeği puanları (p=0,001) daha yüksek bulunmuştur.

3 hastalığı olanlarla kıyaslandığında ise, 4 hastalığı olanlarda DASS-21 anksiyete alt ölçeği puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,007).

Tablo 20. KHUDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Toplam Kronik Hastalık Sayısına Göre Dağılımı

KHUDÖ	1 hastalık (Medyan, Min–Max)	2 hastalık (Medyan, Min–Max)	3 hastalık (Medyan, Min–Max)	4+ hastalık (Medyan, Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	6 (4–12)	6 (4–12)	5 (4–12)	4 (4–11)	0,145
Psikolojik Uyum	26 (16–46)	28 (16–44)	30 (18–47)	33 (26–44)	<0,001
Sosyolojik Uyum	6 (5–15)	7 (5–13)	7 (5–12)	6 (5–13)	0,625
Spiritüel Uyum	4 (3–9)	4 (3–9)	3 (3–9)	3 (3–9)	0,019
Toplam Puan	43 (28–76)	46 (28–69)	46 (31–71)	50 (38–77)	0,133

Tablo 20'de sahip olunan kronik hastalık sayısıyla KHUDÖ puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Buna göre;

1 hastalığı olanlarla kıyaslandığında, 3 hastalığı olanlarda KHUDÖ spiritüel uyum puanı daha yüksek bulunmuştur (p=0,004). 1 hastalığı olanlarla kıyaslandığında, 4 hastalığı olanlarda KHUDÖ psikolojik uyum puanı anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,001).

Tablo 21. Hastalık Süresi ile DASS 21 Toplam ve Alt Ölçek Korelasyonları

DASS-21	Toplam Puan	Stres	Anksiyete	Depresyon
ρ (rho)	-0.037	-0.010	-0.055	-0.042
p değeri	0.464	0.846	0.277	0.401

Tablo 21'de kronik hastalık süresi ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Kronik hastalık süresi ile DASS-21 toplam puanı ve alt boyutları (depresyon, anksiyete, stres) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 22. Hastalık Süresi ile KHUDÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Korelasyonları

KHUDÖ/Alt Boyutlar	Toplam Puan	Fizyolojik	Psikolojik	Sosyal	Spiritüel
ρ (rho)	0.017	-0.057	0.091	-0.034	-0.165
p-değeri	0.740	0.266	0.072	0.499	0.001

Tablo 22'de kronik hastalık süresi ile KHUDÖ puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir Kronik hastalık süresi ile KHUDÖ toplam puanı, fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyum alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Ancak spiritüel uyum alt boyutunda anlamlı ve negatif bir ilişki saptanmıştır (r=-0,165; p=0,001).

Tablo 23. Kronik Hastalık Türüne Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Uyum Puanları

Hastalık	Var/Yok	Fizyolojik Uyum	Sosyal Uyum (Ort±SS)	Psikolojik Uyum	Spiritüel Uyum (Ort±SS)	Toplam Puan(Ort±SS)
DM	Var	6,05 ± 1,91	7,12 ± 2,25	27,06 ± 6,55	4,68 ± 2,05	44,92 ± 9,62
	Yok	6,06 ± 2,12	7,46 ± 2,31	29,42 ± 6,89	4,49 ± 2,03	47,43 ± 10,65
p değeri		p=0,856	p=0,314	p=0,003	p=0,356	p=0,302
HT	Var	6,13 ± 2,00	7,22 ± 2,30	27,87 ± 6,70	4,65 ± 2,04	45,87 ± 9,97
	Yok	5,49 ± 1,49	7,00 ± 2,02	25,49 ± 6,32	4,58 ± 2,04	42,56 ± 8,92
p değeri		p=0,246	p=0,007	p<0,001	p=0,961	p=0,012
Diğer KVS	Var	6,05 ± 1,91	7,12 ± 2,25	27,06 ± 6,55	4,68 ± 2,05	44,92 ± 9,62
	Yok	6,06 ± 2,13	7,46 ± 2,31	29,42 ± 6,89	4,49 ± 2,03	47,43 ± 10,65
p değeri		p=0,657	p=0,243	p=0,003	p=0,026	p=0,07
Astım/ KOAH	Var	5,93 ± 1,91	7,12 ± 2,23	27,35 ± 6,52	4,59 ± 2,02	45,00 ± 9,77
	Yok	6,54 ± 2,09	7,49 ± 2,38	28,47 ± 7,30	4,80 ± 2,14	47,30 ± 10,24
p değeri		p=0,020	p=0,314	p=0,158	p=0,356	p=0,302
Kanser	Var	6,11 ± 1,96	7,19 ± 2,28	27,51 ± 6,76	4,66 ± 2,04	45,47 ± 10,02
	Yok	4,60 ± 1,12	7,33 ± 1,95	29,47 ± 4,67	4,27 ± 1,98	45,67 ± 6,37
p değeri		p=0,004	p=0,709	p=0,219	p=0,319	p=0,936
Böbrek Hastalıkları	Var	6,05 ± 1,93	7,16 ± 2,24	27,44 ± 6,60	4,66 ± 2,02	45,30 ± 9,70
	Yok	6,13 ± 2,34	7,74 ± 2,63	29,87 ± 7,81	4,43 ± 2,37	48,17 ± 12,49
p değeri		p=0,856	p=0,314	p=0,141	p=0,356	p=0,302
Tiroid Hastalıkları	Var	6,13 ± 2,00	7,22 ± 2,30	27,87 ± 6,70	4,65 ± 2,04	45,87 ± 9,97
	Yok	5,49 ± 1,49	7,00 ± 2,02	25,49 ± 6,32	4,58 ± 2,04	42,56 ± 8,92
p değeri		p=0,246	p=0,314	p=0,141	p=0,356	p=0,302
Diğer Hastalıklar	Var	6,04 ± 1,95	7,27 ± 2,29	27,55 ± 6,71	4,54 ± 1,98	45,39 ± 9,99
	Yok	6,17 ± 2,07	6,40 ± 1,73	27,97 ± 6,57	5,87 ± 2,39	46,40 ± 8,84
p değeri		p=0,639	p=0,118	p=0,573	p=0,003	p=0,336

Tablo 23'te sahip olunan kronik hastalık türü ile KHUDÖ alt boyutları ve toplam puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Kronik hastalıklar KHUDÖ alt boyutları ve toplam puanları açısından incelendiğinde, diyabetes mellituslu bireylerde psikolojik uyumun anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (p=0,003). Hipertansiyon grubunda sosyal uyum (p=0,007), psikolojik uyum (p<0,001) ve toplam puan (p=0,012) değerlerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Diğer kardiyovasküler hastalık grubunda spiritüel uyum puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,003). Astım/KOAH hastalarında fizyolojik uyum anlamlı biçimde daha yüksekti (p=0,020). Kanser grubunda fizyolojik uyum puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi (p=0,004). Böbrek ve tiroid hastalıkları olan bireylerde tüm alt boyutlarda ve toplam puanda anlamlı farklılık bulunmadı. Diğer Kardiyovasküler hastalık grubunda ise psikolojik uyum puanları hastalığa sahip olmayanlarda daha yüksekken (p=0,003), spiritüel uyum hastalığa sahip olanlarda daha yüksekti (p=0,026). Diğer hastalıklar kategorisinde ise bu hastalıklara sahip olmayanlarda spiritüel uyumun anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (p=0,003).

Tablo 24.Kronik Hastalık Türüne Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanları

Hastalık	Var/ Yok	Depresyon (Ort±SS)	Anksiyete (Ort±SS)	Stres (Ort±SS)	DASS-21 Toplam
DM	Var	13,09 ± 4,82	12,77 ± 4,09	13,72 ± 4,27	18,57 ±
	Yok	14,31 ± 5,23	14,06 ± 4,33	14,42 ± 4,69	21,79 ±
p değeri		p=0,433	p=0,091	p=0,479	p=0,315
HT	Var	13,09 ± 4,82	12,77 ± 4,09	13,72 ± 4,27	18,57 ±
	Yok	14,31 ± 5,23	14,06 ± 4,33	14,42 ± 4,69	21,79 ±
p değeri		p=0,433	p=0,091	p=0,479	p=0,315
Diğer KVS Hastalıkları	Var	13,30 ± 4,81	13,15 ± 4,11	13,88 ± 4,29	19,33 ±
	Yok	13,73 ± 6,32	11,73 ± 4,64	13,67 ± 5,27	18,13 ±
p değeri		p=0,433	p=0,091	p=0,479	p=0,315
Astım/KOAH	Var	13,09 ± 4,82	12,77 ± 4,09	13,72 ± 4,27	18,57 ±
	Yok	14,31 ± 5,23	14,06 ± 4,33	14,42 ± 4,69	21,79 ±
p değeri		p=0,433	p=0,091	p=0,479	p=0,315
Kanser	Var	13,23 ± 4,87	12,95 ± 4,12	13,78 ± 4,30	18,98 ±
	Yok	15,87 ± 5,71	15,07 ± 5,01	15,67 ± 5,54	25,60 ±
p değeri		p=0,059	p=0,122	p=0,183	p=0,130
Böbrek Hastalıkları	Var	13,36 ± 4,95	13,00 ± 4,95	13,87 ± 4,37	19,23 ±
	Yok	13,00 ± 4,71	13,56 ± 3,97	13,74 ± 4,25	19,30 ±
p değeri		p=0,873	p=0,405	p=0,961	p=0,836
Tiroid Hastalıkları	Var	13,30 ± 4,80	12,98 ± 4,00	13,83 ± 4,29	19,10 ±
	Yok	13,67 ± 5,78	13,49 ± 5,26	14,09 ± 4,91	20,24 ±
p değeri		p=0,616	p=0,405	p=0,366	p=0,281
Diğer Hastalıklar	Var	13,31 ± 4,79	13,15 ± 4,11	13,88 ± 4,29	19,33 ±
	Yok	13,73 ± 6,32	11,73 ± 4,64	13,67 ± 5,27	18,13 ±
p değeri		p=0,616	p=0,026	p=0,905	p=0,281

Tablo 24'te sahip olunan kronik hastalık türü ile DASS-21 toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Diyabet, hipertansiyon, diğer kardiyovasküler hastalıklar, astım/KOAH, kanser, böbrek ve tiroid hastalıkları olan bireylerde DASS-21 alt boyutları ve toplam puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).Diğer hastalıklar grubunda ise bu hastalıklara sahip olanlarda anksiyete alt ölçek puanları hastalığa sahip olanlarda, olmayanlara kıyasla anlamlı yüksekti (p=0,026).

Tablo 25. Sosyal Güvence Durumuna Göre DASS-21 Puanları

DASS-21/Alt Ölçek	Evet (Medyan, Min–Max)	Hayır (Medyan, Min–Max)	p değeri
Depresyon	5 (0–21)	7 (0–21)	0,005
Anksiyete	5 (0–19)	7 (0–19)	0,032
Stres	6 (0–19)	7 (0–21)	0,006
Toplam Puan	17 (0–58)	21 (0–61)	0,006

Tablo 25'de sosyal güvence durumu ile DASS-21 puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur Sosyal güvencesi olmayan bireylerin DASS-21 toplam puan ile depresyon, anksiyete, stres alt ölçek puanları sosyal güvencesi olanlardan daha yüksekti (p=0,006,p=0,005, p=0,032, p=0,006).

Tablo 26. Sosyal Güvence Durumuna Göre KHUDÖ ve Alt Boyut Puanları

KHUDÖ/Alt Boyut	Evet (Medyan, Min–Max)	Hayır (Medyan, Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	5 (4–12)	6 (4–12)	0,356
Psikolojik Uyum	27 (16–47)	31 (16–44)	0,024
Sosyolojik Uyum	7 (5–15)	7 (5–13)	0,173
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	5 (3–9)	0,085
Toplam Puan	44 (28–77)	50 (29–73)	0,013

Tablo 26'da sosyal güvence durumu ile KHUDÖ puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur KHUDÖ toplam puan ve psikolojik alt ölçek puanı , sosyal güvencesi olmayan bireylerde, sosyal güvencesi olanlara kıyasla daha yüksekti (p=0,013,

p=0,024).Fizyolojik (p=0,356) ,sosyolojik (p=0,173) ve spiritüel (p=0,085) alt ölçek puanları sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi.

Tablo 27. Hastalığa İlişkin Yeterli Bilgi Alma Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanları

DASS-21/ Alt Ölçek	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Depresyon	5 (0–21)	8 (0–21)	<0,001
Anksiyete	5 (0–19)	7 (0–19)	0,002
Stres	6 (0–18)	7 (0–21)	0,010
Toplam Puan	17 (0–58)	22 (0–61)	0,001

Tablo 27'de hastalığa ilişkin bilgi alma durumları ile KHUDÖ puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Yeterli bilgi alanlarda DASS-21 toplam puanı yeterli bilgi almayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşüktü (p=0,001).

Yeterli bilgi alamayanlarda depresyon (p<0,001), anksiyete (p=0,002) ve stres (p=0,010) puanları anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Tablo 28. Hastalığa İlişkin Yeterli Bilgi Alma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

KHUDÖ/Alt Boyut	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	5 (4–12)	8 (4–12)	<0,001
Psikolojik Uyum	26 (16–47)	31 (17–44)	<0,001
Sosyolojik Uyum	6 (5–13)	8 (5–15)	<0,001
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	6 (3–9)	0,005
Toplam Puan	43 (28–77)	52 (33–76)	<0,001

Tablo 28'de hastalığa ilişkin bilgi alma durumları ile KHUDÖ puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. KHUDÖ toplam puanı ve alt grup puanları , yeterli bilgi

almayanlarda, yeterli bilgi alanlara kıyasla daha yüksekti (p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p=0,005).

Tablo 29. Sosyal Destek Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanları

DASS-21/Alt Ölçek	İyi Medyan (Min–Max)	Orta Medyan (Min–Max)	Kötü Medyan(Min–Max)	p değeri
Depresyon	5 (0–19)	7 (0–21)	11 (0–21)	<0,001
Anksiyete	5 (0–18)	6,5 (0–19)	7,5 (0–19)	0,002
Stres	6 (0–18)	7 (0–18)	9 (0–21)	<0,001
Toplam Puan	15 (0–54)	20 (1–58)	23,5 (0–61)	<0,001

Tablo 29'da sosyal destek durumuna göre DASS-21 puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Sosyal destek durumu iyi olan katılımcıların, orta düzeydekilere kıyasla DASS-21 toplam puanı, depresyon ve anksiyete puanları daha düşüktü (sırasıyla p=0,003; p=0,002; p=0,005).

Sosyal destek durumu iyi olanların, kötü düzeydekilere kıyasla DASS-21 toplam, depresyon ve stres düzeyleri daha düşüktü (p<0,001; p<0,001; p=0,002).

Sosyal destek durumu orta olanların, kötü düzeydekilere kıyasla DASS-21 toplam ve depresyon puanları daha düşüktü (p=0,011; p=0,001).

Tablo 30.Sosyal Destek Durumuna Göre DASS-21 ile KHUDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları

KHUDÖ/Alt Boyut	İyi	Orta	Kötü	p değeri
Fizyolojik	5 (4–12)	6 (4–12)	8 (5–12)	<0,001
Psikolojik	26 (16–44)	28 (16–44)	32 (18–47)	<0,001
Sosyal Uyum	6 (5–13)	7 (5–13)	10 (5–15)	<0,001
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	3 (3–9)	6 (3–9)	0,002

Tablo 30'da sosyal destek durumuna göre KHUDÖ puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Sosyal destek durumu iyi olan katılımcıların, orta olanlara kıyasla

KHUDÖ toplam puanı ile fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyum alt boyut puanları daha düşüktü (sırasıyla p<0,001; p=0,002; p=0,010; p<0,001).

Sosyal destek durumu iyi olanların, kötü olanlara kıyasla KHUDÖ toplam puanı ve fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel alt uyum puanları daha düşüktü (sırasıyla p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001; p=0,006).

Sosyal destek durumu orta olanların, kötü olanlara kıyasla KHUDÖ toplam puanı ile fizyolojik, psikolojik ve sosyal alt boyut puanları daha düşüktü (sırasıyla p=0,001; p=0,009; p=0,002; p=0,001).

Tablo 31. Çalışma Durumuna Göre DASS-21 Puanları

DASS-21 / Alt Ölçek	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Depresyon	6 (0–20)	6 (0–21)	0,204
Anksiyete	5 (0–16)	6 (0–19)	0,084
Stres	6 (0–17)	7 (0–21)	0,031
Toplam Puan	17 (0–47)	19 (0–61)	0,062

Tablo 31'de çalışma durumu ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Çalışmayan katılımcıların DASS-21 toplam puanı ile depresyon ve anksiyete alt ölçek puanları, çalışanlarla benzerdir (p=0,062; p=0,204; p=0,084). Stres alt ölçek puanı çalışmayanlarda, çalışanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,031).

Tablo 32. Çalışma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

KHUDÖ/Alt Ölçek	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	6 (4–11)	5 (4–12)	0,054
Psikolojik Uyum	26 (16–44)	28 (16–47)	0,018
Sosyolojik Uyum	6 (5–13)	7 (5–15)	0,397
Spiritüel Uyum	5 (3–9)	3 (3–9)	0,011
Toplam Puan	43 (28–77)	45 (28–76)	0,230

Tablo 32'de çalışma durumu ile KHUDÖ puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. KHUDÖ toplam puanı ve sosyal alt ölçek puanları gruplar arasında anlamlı değildi (p=0,230; p=0,397).

Fizyolojik alt ölçek puanı çalışanlarda, çalışmayanlara kıyasla daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,054); spiritüel alt ölçek puanı ise anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,011).

Psikolojik alt ölçek puanı çalışmayanlarda, çalışanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,018).

Tablo 33.Sigara Kullanımına Göre DASS-21 Puanları

DASS-21/Alt	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Depresyon	7 (0–21)	5 (0–21)	0,006
Anksiyete	7 (0–19)	5 (0–19)	0,041
Stres	7 (0–21)	6 (0–19)	0,109
Toplam Puan	21 (0–61)	17 (0–58)	0,017

Tablo 33'te sigara kullanımı ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Sigara kullanan katılımcıların DASS-21 toplam puanı ile depresyon ve anksiyete alt ölçek puanları, sigara kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,017; p=0,006; p=0,041). Stres alt ölçek puanı ise gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi (p=0,109).

Tablo 34. Sigara Kullanımına Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

KHUDÖ/Alt Boyut	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	6 (4–12)	5 (4–12)	0,002
Psikolojik Uyum	28 (17–46)	27,5 (16–47)	0,696
Sosyal Uyum	7 (5–13)	6 (5–15)	0,081
Spiritüel Uyum	4 (3–9)	3 (3–9)	0,039
Toplam Puan	45 (31–77)	44 (28–76)	0,136

Tablo 34'te alkol kullanımı ile KHUDÖ puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Toplam puan açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,136). Ancak alt boyutlarda farklılaşma görüldü: sigara kullananlarda fizyolojik ve spiritüel uyum puanları anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla p=0,002 ve p=0,039). Buna karşılık psikolojik (p=0,696) ve sosyal (p=0,081) uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi. Bu bulgular, sigara kullanımının KHUDÖ'nin bazı alt boyutlarında artışla ilişkili olabileceğini, ancak toplam uyum ve diğer alt boyutlarda belirgin bir farklılık yaratmadığını düşündürmektedir.

Tablo 35.Alkol Kullanımına Göre DASS-21 ve Alt Ölçek Puanları

DASS-21 / Alt Ölçek	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Toplam	21 (0–49)	18 (0–61)	0,152
Depresyon	6 (0–20)	6 (0–21)	0,319
Anksiyete	7 (0–16)	5 (0–19)	0,058
Stres	7 (0–17)	6 (0–21)	0,276

Tablo 35'de alkol kullanımı ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. DASS-21 toplam puanı ile depresyon ,anksiyete, stres alt ölçek puanları alkol kullananlarla, kullanmayanlarda benzerdi. (sırasıyla p=0,152, p=0,319, p=0,058, p=0,276).

Tablo 36. Alkol Kullanımına Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

KHUDÖ/Alt Boyut	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	6 (4–12)	5 (4–12)	0,019
Psikolojik Uyum	27 (16–44)	28 (16–47)	0,931
Sosyal Uyum	7 (5–15)	7 (5–13)	0,940
Spiritüel Uyum	6 (3–9)	3 (3–9)	<0,001
Toplam Puan	47 (31–76)	44 (28–77)	0,043

Tablo 36'da alkol kullanımı ile KHUDÖ puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. KHUDÖ toplam puanı alkol kullananlarda kullanmayanlara kıyasla daha yüksekti (p=0,043). Fizyolojik ve spiritüel alt boyut puanları alkol kullananlarda kullanmayanlara kıyasla daha yüksekti (sırasıyla p=0,019; p<0,001). Psikolojik ve sosyolojik alt boyut puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,931; p=0,940).

Tablo 37. Depremde Enkaz Altında Kalma Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanları

DASS-21/Alt	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Depresyon	10 (0–21)	6 (0–21)	0,021
Anksiyete	7 (0–19)	5,5 (0–19)	0,035
Stres	10 (0–21)	7 (0–19)	0,021
Toplam Puan	23 (0–61)	18 (0–58)	0,020

Tablo 37'de depremde enkaz altında kalma durumu ile DASS-21 toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Enkaz altında kalanların DASS-21 toplam puanı ile depresyon, anksiyete, stres alt ölçek puanları enkaz altında kalmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti (sırasıyla p=0,020; p=0,021; p=0,035; p=0,021).

Tablo 38. Depremde Enkaz Altında Kalma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

KHUDÖ/Alt Ölçek	Evet Medyan (Min–Max)	Hayır Medyan (Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	4 (4–12)	6 (4–12)	0,313
Psikolojik Uyum	30 (19–47)	27 (16–46)	0,019
Sosyal Uyum	7 (5–15)	7 (5–13)	0,125
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	3 (3–9)	0,142
Toplam Puan	47 (31–76)	44 (28–77)	0,179

Tablo 38'de depremde enkaz altında kalma durumu ile KHUDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. KHUDÖ toplam puanı enkaz altında kalanlarla, kalmayanlar arasında anlamlı fark göstermedi (p=0,179). Ancak, psikolojik alt ölçek puanı enkaz altında kalanlarda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,019). Fizyolojik, sosyolojik ve spiritüel alt ölçek puanları açısından anlamlı fark yoktu.(sırasıyla p=0,313; p=0,125; p=0,142)

Tablo 39. Depremde Çekirdek Aileden (Eş/Çocuk) Birini Kaybetme Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21/Alt Ölçek	Kayıp Var (Medyan, Min–Max)	Kayıp Yok (Medyan, Min–Max)	p değeri
Depresyon	8 (0–21)	6 (0–21)	0,011
Anksiyete	9 (1–19)	5 (0–19)	<0,001
Stres	10,5 (0–21)	7 (0–19)	0,002
Toplam Puan	24,5 (3–61)	17 (0–58)	0,002

Tablo 39'da depremde çekirdek aileden (eş/çocuk) birini kaybetme durumu ile DASS-21 puanlarının ilişkisi sunulmuştur. DASS-21 toplam puanı ile depresyon, anksiyete, stres alt ölçek puanları kayıp yaşayanlarda anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla p=0,002,p=0,011, p<0,001 , p=0,002).

Tablo 40. Depremde Çekirdek Aileden (Eş/Çocuk) Birini Kaybetme Durumuna Göre KHUDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ/Alt Boyut	Kayıp Var (Medyan, Min–Max)	Kayıp Yok (Medyan, Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	6,5 (4–12)	5 (4–12)	0,308
Psikolojik Uyum	35 (22–47)	27 (16–46)	<0,001
Sosyal Uyum	10 (5–15)	6 (5–13)	<0,001
Spiritüel Uyum	3,5 (3–9)	3 (3–9)	0,583
Toplam Puan	56 (34–77)	44 (28–75)	<0,001

Tablo 40'da depremde çekirdek aileden (eş/çocuk) birini kaybetme durumu ile KHUDÖ puanlarının ilişkisi sunulmuştur. KHUDÖ toplam puanı kayıp yaşayanlarda, yaşamayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksekti (p<0,001).KHUDÖ alt boyutları incelendiğinde, psikolojik ve sosyal alt boyut (p<0,001 , p<0,001) puanları kayıp yaşayanlarda anlamlı olarak daha yüksekti. Fizyolojik ve spiritüel alt boyut puanlarında anlamlı fark bulunmadı. (p=0,308 , p=0,583)

Tablo 41. Depremde Yakın Akraba Kaybı (Anne, Baba, Hala, Teyze, Amca, Dayı) Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21 / Alt Ölçek	Kayıp Var (Medyan, Min–Max)	Kayıp Yok (Medyan, Min–Max)	p değeri
Depresyon	7 (0–21)	5 (0–18)	0,153
Anksiyete	6,5 (0–19)	5 (0–16)	0,077
Stres	7 (0–21)	6 (0–17)	0,085
Toplam Puan	20 (0–61)	16 (0–46)	0,078

Tablo 41'de. depremde yakın akraba kaybı (anne, baba, hala, teyze, amca, dayı) durumu ile DASS-21 toplam ve alt ölçek puanlarının ilişkisi sunulmuştur. Depremde yakın akrabalarından (anne, baba, hala, teyze, amca, dayı) birini kaybedenlerin DASS-21 toplam puanları ve alt ölçek puanları kayıp yaşamayanlarla benzerdi (sırasıyla p=0,078,p=0,153,p=0,077,p=0,085).

Tablo 42. Depremde Yakın Akraba Kaybı (Anne, Baba, Hala, Teyze, Amca, Dayı) Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ/Alt Boyut	Kayıp Var (Medyan, Min–Max)	Kayıp Yok (Medyan, Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	5,5 (4–12)	5,5 (4–11)	0,922
Psikolojik Uyum	28 (16–47)	26 (16–46)	0,036
Sosyolojik Uyum	7 (5–15)	7 (5–12)	0,970
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	4 (3–9)	0,128
Toplam Puan	45 (29–77)	44 (28–75)	0,229

Tablo 42'de. depremde yakın akraba kaybı (anne, baba, hala, teyze, amca, dayı) durumu ile KHUDÖ toplam ve alt boyut puanlarının ilişkisi sunulmuştur. Depremde yakın akrabalarından (anne, baba, hala, teyze, amca, dayı) birini kaybedenlerin toplam uyum puanı ile fizyolojik, sosyolojik ve spiritüel uyum alt gruplarında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,229; p=0,922; p=0,970; p=0,128).

Psikolojik uyum puanı, kayıp yaşayanlarda, yaşamayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,036).

Tablo 43. Depremde Maddi Kayıp Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21/Alt Ölçek	Maddi Kayıp Var (Medyan, Min–Max)	Maddi Kayıp Yok (Medyan, Min–Max)	p değeri
Depresyon	6 (0–21)	4 (0–20)	0,005
Anksiyete	6 (0–19)	5 (0–15)	0,003
Stres	7 (0–21)	6 (0–16)	0,013
Toplam Puan	19 (0–61)	15 (0–47)	0,002

Tablo 43'te maddi kayıp ile DASS-21 toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki sunulmuştur Depremde maddi kayıp yaşayanların DASS-21 toplam puanları ile depresyon, anksiyete, stres alt ölçek puanları, maddi kayıp yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,002; p=0,005; p=0,003; p=0,013).

Tablo 44. Depremde maddi kayıp durumuna göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ/Alt Boyut	Maddi Kayıp Var (Medyan, Min–Max)	Maddi Kayıp Yok (Medyan, Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	5 (4–12)	6 (4–12)	0,570
Psikolojik Uyum	28 (16–47)	26 (16–41)	0,126
Sosyal Uyum	7 (5–15)	6 (5–13)	0,070
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	4 (3–9)	0,332
Toplam Puan	45 (28–77)	43 (28–65)	0,300

Tablo 44'te maddi kayıp ile KHUDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. KHUDÖ ölçeğinde toplam puan ve alt boyutlar açısından depremde maddi kayıp yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 45. Deprem Sonrası Psikiyatrik Destek Alma Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21/Alt	Psikiyatrik Destek Alan	Psikiyatrik Destek Almayan	p değeri
Depresyon	7 (0–21)	5 (0–20)	0,003
Anksiyete	8 (0–19)	5 (0–19)	<0,001
Stres	9 (0–21)	6 (0–19)	<0,001
Toplam Puan	22 (1–61)	17 (0–58)	<0,001

Tablo 45'te deprem sonrası psikiyatrik destek alma durumuyla DASS-21 toplam ve alt ölçek puanlarının arasındaki ilişki sunulmuştur. DASS-21 ölçeğinde, psikiyatrik destek alan bireylerin toplam puanı ile depresyon, anksiyete ve stres alt ölçek puanları , destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (sırasıyla p<0,001,p=0003,p<0,001,p<0,001).

Tablo 46. Deprem Sonrası Psikiyatrik Destek Alma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ/Alt	Psikiyatrik Destek Alan	Psikiyatrik Destek	p değeri
Fizyolojik Uyum	5 (4–12)	6 (4–12)	0,831
Psikolojik Uyum	28 (17–44)	27 (16–47)	0,727
Sosyolojik Uyum	7 (5–15)	7 (5–13)	0,647
Spiritüel Uyum	4 (3–9)	3 (3–9)	0,296
Toplam Puan	45 (31–76)	44,5 (28–77)	0,426

Tablo 46'da deprem sonrası psikiyatrik destek alma durumuna göre KHUDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Deprem sonrası psikiyatrik destek alan bireylerin destek almayanlara kıyasla KHUDÖ toplam puan ve alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 47. Deprem Öncesi Kronik Hastalık Açısından Takip Sıklığına Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21/Alt Boyut	3–6 Ayda Bir (Medyan, Min–Max)	Senede Bir (Medyan, Min–Max)	Takip Edilmiyordum (Medyan, Min–Max)	p değeri
Depresyon	6 (0–21)	5 (0–19)	7 (0–21)	0,025
Anksiyete	6 (0–19)	5 (0–15)	6 (0–19)	0,026
Stres	7 (0–18)	6 (0–17)	7 (0–21)	0,003
Toplam Puan	19,5 (0–58)	16 (0–49)	21 (0–61)	0,004

Tablo 47'de deprem öncesi kronik hastalık takibi ile DASS-21 puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Kruskal–Wallis testi sonucunda depresyon (p=0,025), anksiyete (p=0,026), stres (p=0,003) ve toplam DASS-21 puanlarında (p=0,004) gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Anlamlı çıkan değişkenler için yapılan post hoc Mann–Whitney U analizlerinde Bonferroni düzeltmesi sonrası p anlamlılık sınırı 0,0167 olarak kabul edilmiştir. Buna göre, senede bir takip edilenlerle hiç takip edilmeyen bireylerin karşılaştırıldığı ikili analizlerde, takip edilmeyenlerin tüm alt ölçeklerde ve toplam puanda daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur (depresyon p=0,005; anksiyete p=0,016; stres p=0,001; toplam puan p=0,001).

Tablo 48. Deprem Öncesi Kronik Hastalık Açısından Takip Sıklığına Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ/Alt Boyut	3–6 Ayda Bir (Medyan, Min–Max)	Senede Bir (Medyan, Min–Max)	Takip Edilmiyordum (Medyan, Min–	p değeri
Fizyolojik Uyum	5 (4–12)	6 (4–12)	8 (4–12)	<0,001
Psikolojik Uyum	28 (16–47)	25,5 (16–44)	28 (16–44)	0,063
Sosyal Uyum	6,5 (5–13)	6 (5–15)	7 (5–12)	0,016
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	3,5 (3–9)	5 (3–9)	0,111
Toplam Puan	44 (28–75)	43 (31–77)	47 (29–73)	0,021

Tablo 48'de deprem öncesi kronik hastalık takibi ile uyum puanlarının ilişkisi gösterilmiştir. Kruskal–Wallis testi sonucunda toplam uyum puanı (p=0,021), fizyolojik uyum (p<0,001) ve sosyal uyum (p=0,016) açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Post hoc Mann–Whitney U analizlerinde Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı p<0,0167 olarak kabul edilmiştir. Buna göre, takip edilmeyenlerin ve senede bir takip edilenlerin fizyolojik uyum puanlarının, 3–6 ayda bir takip edilenlere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, takip edilmeyenlerin toplam uyum ve sosyal uyum puanlarının senede bir takip edilenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 49. Deprem Öncesi İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumuna Göre DASS-21 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DASS-21 /Alt Boyut	Düzenli Kullanan (Medyan, Min–Max)	Düzenli Kullanmayan (Medyan, Min–Max)	p değeri
Depresyon	5 (0–21)	7 (0–21)	0,094
Anksiyete	6 (0–19)	6 (0–19)	0,632
Stres	6 (0–18)	7 (0–21)	0,046
Toplam Puan	17 (0–58)	20,5 (0–61)	0,084

Tablo 49'da deprem öncesi ilaçlarını düzenli kullanma durumuna göre DASS-21 puanları karşılaştırılmıştır. Mann–Whitney U testine göre depresyon (p=0,094), anksiyete (p=0,632) ve toplam puanda (p=0,084) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Buna karşılık, stres alt ölçek puanı düzenli kullananlarda daha düşük bulunmuş ve bu fark anlamlıdır (p=0,046).

Tablo 50. Deprem Öncesi İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumuna Göre KHUDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

KHUDÖ /Alt Boyut	Düzenli Kullanan (Medyan, Min–Max)	Düzenli Kullanmayan (Medyan, Min–Max)	p değeri
Fizyolojik Uyum	5 (4–12)	8 (4–12)	<0,001
Psikolojik Uyum	27 (16–47)	28 (18–46)	0,192
Sosyal Uyum	6 (5–13)	7,5 (5–15)	0,005
Spiritüel Uyum	3 (3–9)	5 (3–9)	0,004
Toplam Puan	43 (28–68)	47,5 (32–77)	<0,001

Tablo 50'de deprem öncesi ilaçlarını düzenli kullanma durumuna göre kronik hastalığa uyum (toplam ve alt boyut) puanları karşılaştırılmıştır. Mann–Whitney U testine göre, düzenli kullanmayanlarda uyum toplam puanı, fizyolojik, sosyal ve spiritüel alt boyut puanları daha yüksektir (sırasıyla p<0,001; p<0,001; p=0,005; p=0,004). Psikolojik alt boyutta ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,192).

Tablo 51. DASS-21 ve KHUDÖ Toplam ve ALT Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		KHÜDÖ				
	Değişkenler	Toplam Puan	Fizyolojik Uyum	Psikolojik Uyum	Sosyal Uyum	Spiritüel Uyum
DASS-21	Toplam Puan	r=0,517 p=0,000	r=0,182 p=0,000	r=0,529 p=0,000	r=0,442 p=0,000	r=0,084 p=0,100
	Depresyon	r=0,534 p=0,000	r=0,203 p=0,000	r=0,535 p=0,000	r=0,470 p=0,000	r=0,100 p=0,048
	Anksiyete	r=0,454 p=0,000	r=0,129 p=0,011	r=0,487 p=0,000	r=0,376 p=0,000	r=0,045 p=0,376
	Stres	r=0,400 p=0,000	r=0,133 p=0,009	r=0,412 p=0,000	r=0,333 p=0,000	r=0,058 p=0,250

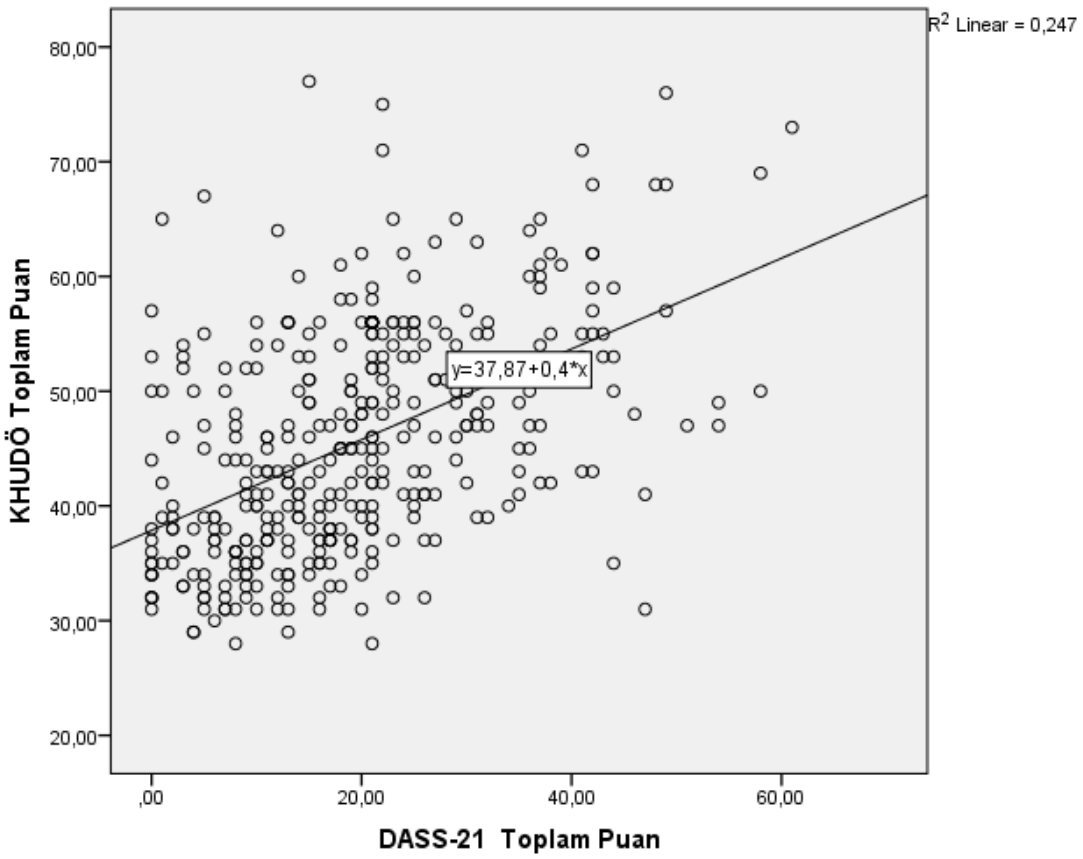
Tablo 51'de DASS-21 ölçeği ile kronik hastalığa uyum toplam ve alt boyut puanları arasındaki korelasyonlar sunulmuştur. DASS-21 toplam puanı ile KHUDÖ

toplam puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır (r=0,517; p<0,001). Benzer şekilde, KHUDÖ'nün psikolojik uyum alt boyutu ile güçlü düzeyde (r=0,529; p<0,001) ve sosyal uyum alt boyutu ile orta düzeyde (r=0,442; p<0,001) pozitif ilişkiler belirlenmiştir. Fizyolojik uyum ile zayıf düzeyde pozitif ilişki (r=0,182; p<0,001) bulunurken, spiritüel uyum alt boyutu ile anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p>0,05).

DASS-21 depresyon puanı ile KHUDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki mevcuttur (r=0,534; p<0,001). Psikolojik uyum alt boyutu ile güçlü düzeyde (r=0,535; p<0,001), sosyal uyum ile orta düzeyde (r=0,470; p<0,001) ve fizyolojik uyum ile zayıf düzeyde (r=0,203; p<0,001) pozitif ilişkiler belirlenmiştir. Spiritüel uyum ile ilişki istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf düzeyde bulunmuştur (r=0,100; p=0,048).

DASS-21 anksiyete puanı, KHUDÖ toplam puanı ile orta düzeyde pozitif ilişki göstermektedir (r=0,454; p<0,001). Psikolojik uyum (r=0,487; p<0,001) ile güçlü, sosyal uyum (r=0,376; p<0,001) ile orta ve fizyolojik uyum (r=0,129; p=0,011) ile zayıf düzeyde pozitif ilişkiler saptanmıştır. Spiritüel uyum ile anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0,05).

DASS-21 stres puanı, KHUDÖ toplam puanı ile orta düzeyde (r=0,400; p<0,001), psikolojik uyum ile güçlü (r=0,412; p<0,001), sosyal uyum ile orta düzeyde (r=0,333; p<0,001) ve fizyolojik uyum ile zayıf düzeyde (r=0,133; p=0,009) pozitif ilişkiler göstermektedir. Spiritüel uyum ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05



Şekil 1. DASS-21 ve KHUDÖ Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon

Şekil 1'de DASS-21 toplam puanı ile kronik hastalığa uyum toplam puanı arasındaki ilişkinin dağılımı görülmektedir. DASS-21 toplam puanı ile KHUDÖ toplam puanı arasında katılımcılar arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,517$; $p<0,001$). Bu bulgu, DASS-21 puanları arttıkça KHUDÖ puanlarının da artma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Afet sonrası dönemde kronik hastalığı olan bireyler, tıbbi kontrollerin aksaması ve artan psikososyal yük nedeniyle özel bir risk grubudur. Bu çalışma, bu grupta depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile kronik hastalığa uyumun sosyodemografik ve hastalıkla ilgili etmenlere göre farklılık gösterip göstermediğini incelemektedir.

Araştırmanın Hatay il merkezinde yürütülmüş olması, yerel hizmet planlaması ve birinci basamak uygulamaları açısından değer taşımaktadır. Ayrıca farklı kronik hastalık gruplarını kapsaması ve 395 kişilik geniş bir örneklem üzerinde yapılmış olması, bulguların güvenilirliğini ve çeşitliliğini artırmıştır.

Bununla birlikte, çalışmanın kesitsel tasarımı nedensellik kurmayı engellemekte, yalnızca Hatay merkezinde yapılmış olması ise genellenebilirliği sınırlamaktadır. Verilerin öz-bildirim esaslı olması yanlılık riski taşımaktadır. Ayrıca afetin üzerinden yaklaşık iki yıl geçtikten sonra yapılmış olması, bulguların daha çok orta ve uzun vadeli etkileri yansıttığını göstermektedir.

Bizim çalışmamızda yaş ile DASS-21 toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak literatürde farklı bulgular mevcuttur. Uğur ve ark. (2021) Elazığ depremi sonrası Akut Stres Bozukluğu olan bireylerde yaptıkları çalışmada, gençlerin depresyon ve anksiyete puanlarının daha yüksek, yaşlıların ise daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (67). Bu farklılık, afetin akut etkileri ile kronik hastalığa uyum sürecinin farklı dinamiklere sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bizim çalışmamızda yaş ile KHUDÖ toplam puanı yaşa göre değişiklik göstermemiştir. Ancak alt boyutlar incelendiğinde, yaş arttıkça fizyolojik ve spiritüel uyum puanlarının daha düşük, psikolojik uyum puanlarının ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Bilgiç ve Pehlivan (2023), kronik hastalığa sahip bireylerde yaş ve hastalık süresi arttıkça hastalığa uyumun azaldığını bildirmiştir (68). Ayrıca literatürde de genç hastaların hastalığa uyumunun yaşlılara göre daha yüksek

olduğu belirtilmektedir (69). Bu sonuçlar, çalışmamızda yaş ilerledikçe fizyolojik ve spiritüel uyumun düşmesi bulgusunu destekler niteliktedir. Bununla birlikte, bizim çalışmamızda psikolojik uyumun yaşla birlikte artması, bireylerin zamanla deneyim ve baş etme mekanizmalarını geliştirmeleriyle açıklanabilir. Boyacı, Özdemir ve Yıldırım (2025) çalışmasında da yaş ilerledikçe bireylerin fiziksel uyumları (ilaç kullanımı, yaşam tarzı önerilerini yerine getirme, kontrollerini aksatmama vb.) biraz daha zorlaşmaktığı bulunmuştur (70, 71). Bu bulgular, kronik hastalığa uyumun yaşla birlikte farklı boyutlarda değiştiğini göstermektedir. Yaş arttıkça fizyolojik ve spiritüel uyumdaki düşüş, artan sağlık sorunları ve kısıtlılıklarla ilişkili olabilir. Buna karşın psikolojik uyumun yükselmesi, deneyim ve baş etme mekanizmalarının güçlenmesiyle açıklanabilir. Bu durum, yaşlı bireylerde özellikle fizyolojik ve spiritüel desteğin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda KHUDÖ toplam puan 45,90±10,30 , fizyolojik alt boyut puanı 6,10±2,10 , psikolojik alt boyut puanı 28,20±6,90 , sosyal alt boyut puanı 7,30±2,30 , spiritüel uyum alt boyut puanı 4,60±2,10 olarak bulundu. Güney ve Basit (2023) çalışmasında ise KHUDÖ toplam puanı 62,48±9,81, fizyolojik alt boyut puanı 9,20±2,09, psikolojik alt boyut puanı 33,01±7,31, sosyal alt boyut puanı 12,24±2,50, spiritüel alt boyut puanı 8,03±1,45'ti(71). İlter ve ark. (2024) ise çalışmalarında KHUUDÖ toplam puanını 50,27±6,31 olarak bildirmişlerdir (72). Bu farklılıklar, örneklem gruplarının yaş aralığı, sosyo-demografik özellikleri, hastalıkların türü ve sayısı ile bakım alma koşullarından kaynaklanıyor olabilir. Özellikle bizim çalışmamızın Hatay gibi deprem sonrası yoğun psikososyal sorunların yaşandığı bir bölgede yapılmış olması, uyum puanlarının düşük saptanmasında önemli bir etken olabilir.

Cinsiyete göre bakıldığında bizim çalışmamızda kadınlarda DASS-21 toplam puanı daha yüksek bulundu. Özellikle anksiyete ve stres puanları kadınlarda erkeklere göre daha yüksekti; depresyon puanlarında ise fark yoktu. Benzer şekilde Altan ve ark. (2004) romatoid artrit hastalarında Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS) kullanarak yaptıkları çalışmada kadınlarda anksiyete oranlarının daha yüksek, depresyon oranlarının ise cinsiyetler arasında benzer olduğunu bildirmiştir (73). Yine benzer şekilde, kanserli hasta yakınlarında yapılan bir araştırmada depresyon düzeyinin cinsiyetle ilişkili olmadığı, yani kadın ve erkekler arasında anlamlı fark

bulunmadığı bildirilmiştir (74). Sertöz ve Merter (2004) yaptıkları çalışmada koroner arter hastalarında depresyon gelişimi için risk faktörlerinden birinin kadın olmak olduğu bildirilmiştir. Uğur ve ark. (2021) Elazığ depremi sonrası yaptıkları bir çalışmada ise kadınların hem anksiyete hem de stres düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (67). Özdin ve Bayrak Özdin (2020) COVID-19 pandemisi döneminde yaptıkları çalışmada da kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (75). Bu sonuçlar, kadınların farklı örneklemlerde de psikolojik açıdan daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir. Genel olarak, kadınların toplumsal roller, bakım yükü ve afet koşullarında artan sorumlulukları nedeniyle daha fazla psikolojik stres altında kalabildiği söylenebilir. Bu durum, özellikle afet sonrası izlem ve müdahalelerde kadınların ruhsal açıdan öncelikli risk grubu olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Bizim çalışmamızda kronik hastalığa uyum ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Literatürde ise bu konuda farklı ve benzer sonuçlar mevcuttur. Yılmaz (2024) tip 2 diyabetli bireylerde yaptığı çalışmada da kadınlarda ve erkeklerde kronik hastalığa uyum düzeyinin benzer olduğu saptandı (76). Karasu ve ark (2024) yaptığı çalışmada cinsiyetin hastalığa uyum üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (77). Buna karşın diyabetli bireylerle yapılan bir araştırmada kadınların psikososyal uyum düzeylerinin erkeklere kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır (78). Bu farklı sonuçlar, kronik hastalığa uyumda cinsiyetin tek başına belirleyici olmadığını, hastalık türü, sosyal destek ve kültürel faktörlerin de önemli rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda medeni durum açısından bakıldığında, evli bireylerin DASS-21 toplam puanı bekar/boşanmış bireylere göre daha düşük bulundu. Alt boyutlarda yalnızca depresyon puanları bekar/boşanmış bireylerde daha yüksekti. Anksiyete ve stres açısından fark yoktu.Literatürde ise farklı olarak Uğur ve ark. (2021) Elazığ depremi sonrası yaptıkları çalışmada ise evli bireylerde algılanan stres düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (67). Günlü ve ark. (2021) ebeveynler üzerinde yaptıkları bir çalışmada medeni durumun depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını rapor etmişlerdir (79). Al Khathami ve ark. (2022) yaptıkları kesitsel çalışmada ise evli bireylerde depresyon ve anksiyete

puanlarının bekar bireylere göre daha düşük olduğunu, evliliğin psikolojik açıdan koruyucu bir faktör olabileceğini belirtmişlerdir.(80) Evlilerde toplam DASS-21 ve özellikle depresyon puanlarının daha düşük bulunması, düzenli duygusal/işlevsel desteğin koruyucu etkisine işaret edebilir. Anksiyete ve stres için fark olmaması, afet sonrası ortak stresörlerin (barınma, gelir, sağlık erişimi) evlilikten bağımsız güçlü etkisini düşündürebilir.

Bizim çalışmamızda bekârların hem toplam uyum puanlarının hem de fizyolojik ve spiritüel uyum alt boyut puanlarının evlilere kıyasla daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde ise medeni durum ile kronik hastalığa uyum arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Örneğin, Erikmen & Keskin (2022) aile desteğinin tedaviye uyumda önemli bir belirleyici olduğunu vurgulamış, bu da evlilerin veya birlikte yaşayan bireylerin uyumunun daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir (81). Buna karşılık, Günel & Demirtaş (2024) çalışmasında ilaç uyumu açısından evli ve bekârlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (82). Benzer şekilde, Erdoğan ve ark. (2023) çalışmasında da medeni durumun kronik hastalığa uyumu doğrudan etkilemediği; ancak sağlık okuryazarlığının bekârlarda daha yüksek olduğu ve uyum üzerinde dolaylı rol oynayabileceği belirtilmiştir (83). Bekârlarda daha yüksek uyum puanları, kendi sağlık yönetiminde özerklik, karar alma hızının artması ve kimi örneklemlerde daha yüksek sağlık okuryazarlığı ile açıklanabilir. Ancak literatürdeki farklı sonuçlar, medeni durum etkisinin evlilik kalitesi ve gerçek sosyal destek düzeyiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bizim çalışmamızda geliri giderinden az olan bireylerin depresyon puanları, geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Literatürde de benzer şekilde, Moghanibashi-Mansourieh (2020) COVID-19 pandemisi sırasında İran toplumunda yaptığı çalışmada düşük gelir düzeyine sahip bireylerde anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir (84). Literatürde farklı sonuçlar da rapor edilmiştir. Li ve ark. (2022) Çin toplumunda yaptıkları geniş ölçekli bir çalışmada, gelir ile depresyon arasındaki ilişkinin doğrusal değil, U-şekilli olduğunu bildirmiştir. Buna göre düşük gelirli bireylerde gelir arttıkça depresyon azalırken, belirli bir orta gelir düzeyinden sonra gelir arttıkça depresyon puanlarının yeniden yükseldiği saptanmıştır (85). Literatürdeki U-şekilli ilişki (Li ve ark.) çok düşük gelirde yoksunluk, yüksek gelirde ise iş/stres baskısı kaynaklı risk artışına işaret

ediyor. Bu sonuçlar, ekonomik durumun ruhsal iyilik hali üzerinde belirleyici bir etken olduğunu ve özellikle gelir-gider dengesizliği yaşayan bireylerde depresif belirtilerin artabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda ekonomik duruma göre kronik hastalığa uyum puanlarında anlamlı farklılık saptanmış; geliri giderinden az olan bireylerin toplam, psikolojik ve sosyolojik uyum puanları, geliri giderine denk olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ise bu konuda farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Erdoğan ve ark. (2023) ile Bilgiç & Pehlivan (2023) çalışmalarında, gelir düzeyi yüksek bireylerde uyum puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (68, 83). Buna karşılık Günel & Demirtaş (2024) çalışmasında gelir düzeyinin ilaç uyumu üzerinde belirleyici olmadığı belirtilmiştir (82). Bu çelişkili bulgular, ekonomik durumun uyum üzerindeki etkisinin sadece gelir miktarıyla değil, bireylerin algıladıkları sosyal destek, sağlık okuryazarlığı ve yaşam koşulları ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, bizim örneklemde düşük gelir grubunda uyum puanlarının yüksek çıkması; sorumluluk algısı, sağlık hizmetiyle daha sık temas, aile/komşu desteği gibi bağlamsal etmenlerle açıklanabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi açısından incelendiğinde DASS-21 toplam ve alt grup puanlarında anlamlı fark bulunmadı. Literatürde ise farklı sonuçlar mevcuttur. Örneğin, Wang ve ark. (2020) COVID-19 salgınının ilk döneminde Çin toplumunda yaptıkları araştırmada, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (86). Benzer şekilde Magakwe ve ark. (2025) Afrika ülkelerinde üniversite öğrencileri ve personeli üzerinde yaptıkları araştırmada düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde depresyon ve anksiyete oranlarının daha yüksek, lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerde ise daha düşük olduğunu bildirmiştir. (87). Bu durum, eğitim düzeyinin psikolojik sağlamlık üzerinde koruyucu bir faktör olabileceğini göstermektedir Ancak Muñoz ve Santos-Lozada (2021) ABD'de 30–64 yaş arası yetişkinlerde yaptıkları geniş örneklemli analizde, eğitim arttıkça psikolojik distresin azaldığını, fakat bazı üniversite ve mesleki/teknik önlisans mezunlarının lise mezunlarına göre benzer ya da daha kötü düzeyde psikolojik distres yaşadıklarını bildirmişlerdir. (88). Bu bulgu, eğitim düzeyinin ruhsal sağlık üzerindeki etkisinin her zaman doğrusal olmayabileceğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyine göre DASS-21 puanlarında fark saptanmamasının birkaç olası nedeni

vardır: Öncelikle afet sonrası ortak stresörler (barınma, kayıp, belirsizlik) eğitimden bağımsız güçlü etkiler yaratarak gruplar arasındaki farkları örtmüş olabilir. Ayrıca eğitim ile ruhsal belirtiler arasındaki ilişki doğrusal olmayabilir; tek yönlü karşılaştırmalar bu örüntüyü yakalayamayabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile kronik hastalığa uyum arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Hiç eğitim almayanların toplam, psikolojik ve sosyolojik uyum puanlarının daha yüksek olduğu; üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerde ise spiritüel uyum puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde ise genellikle yüksek eğitim düzeyinin uyumu artırdığı rapor edilmiştir. Türten ve ark. (2016) diyabetli bireylerde eğitim düzeyi yükseldikçe psikososyal uyumun daha iyi olduğunu, özellikle ilkokul mezunlarının uyum puanlarının üniversite mezunlarına göre daha düşük olduğunu bildirmiştir (89). Benzer şekilde, Erdoğan vr ark. (2023) eğitim düzeyi arttıkça hastalığa uyum puanlarının yükseldiğini ortaya koymuştur (83). Ayrıca Kılıç (2024) yatarak tedavi gören 312 kronik hastayla yaptığı kesitsel çalışmada da üniversite ve üzeri eğitimlilerin toplam, fizyolojik ve psikolojik uyum puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (90). Bu farklı bulgular, çalışmamızda eğitimsiz bireylerin uyumunun daha yüksek çıkmasını, toplumun sosyoekonomik bağlamı, sosyal destek yapısı ve sağlık hizmeti algısının farklılığıyla açıklayabilir. Dolayısıyla, eğitim düzeyinin kronik hastalığa uyum üzerindeki etkisi tek boyutlu değildir ve kültürel, sosyal ve bireysel faktörlerle etkileşim içinde değerlendirilmelidir. Bizim çalışmada eğitimsiz bireylerde uyumun daha yüksek bulunması, toplumsal bağların güçlü olması, geleneksel destek mekanizmaları ve sağlık hizmetini kabullenme eğilimi ile ilişkili olabilir. Buna karşılık üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde spiritüel uyumun yüksekliği, bireylerin farkındalık düzeyleri ve inançlarını daha bilinçli bir şekilde yaşamalarına bağlanabilir. Literatürdeki farklı sonuçlar, eğitimin uyum üzerindeki etkisinin sadece bilgi düzeyiyle değil; sosyoekonomik koşullar, sosyal destek ve kültürel faktörlerle birlikte şekillendiğini düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda sigara kullanan bireylerde DASS-21 toplam puanı, depresyon ve anksiyete alt ölçek puanları sigara kullanmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, literatürdeki pek çok çalışma ile paralellik göstermektedir. Almanya'da yürütülen geniş ölçekli Gutenberg Sağlık Çalışmasında sigara içenlerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha yüksek

olduğu, özellikle yüksek paket-yıl sigara tüketiminin depresyon riskini artırdığı ve sigara bırakmanın bu riskleri azalttığı gösterilmiştir (91). Türkiye'de diyaliz sağlık çalışanlarıyla yapılan bir araştırmada da pandemi sürecinde sigara ve alkol kullanımını artıran bireylerde DASS-21 depresyon, anksiyete ve stres puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (92). Benzer şekilde Tayvan Biobank verilerinde, sigara ve alkolün birlikte kullanımının özellikle kadınlarda anksiyete riskini artırdığı rapor edilmiştir (93). Çalışmamızda stres alt boyutunun anlamlı çıkmaması, örneklemin özellikleri ve afet sonrası koşullar ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte depresyon ve anksiyete ile sigara arasındaki ilişkinin tutarlı şekilde görülmesi, sigara kullanımının kronik hastalığı olan bireylerde psikososyal uyumu olumsuz etkileyebilecek önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda ilişki bulunmaması, örneklem özellikleri ile açıklanabilir. Çalışmamız kronik hastalığı olan bireylerde yürütülmüş olup, bu grupta ruhsal belirtiler daha çok hastalığın getirdiği yük, afet sonrası yaşam koşulları ve sosyal destek gibi faktörlerden etkilenmiş olabilir. Sigara kullanımının psikososyal durum üzerindeki etkisi bu koşullarda görece arka planda kalmış olabilir. Ayrıca afet sonrası dönemde bireylerin sigarayı bir baş etme yöntemi olarak görmeleri, ancak bunun DASS puanlarına doğrudan yansımaması da olasıdır.

Bizim çalışmamızda alkol kullanımı ile depresyon, anksiyete ve stres arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak literatürde bu konuda farklı bulgular rapor edilmiştir. Kim ve ark. (2024) ölçülü içiciliğin depresyon riskini azaltabildiğini, fakat ağır içiciliğin özellikle kadınlarda depresyon riskini artırdığını göstermiştir (94). Mustafaoğlu ve ark. (2020) ergenlerde alkol/madde kullanımı olanların depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bildirmiştir.(95) Deneysel bir çalışmada Wittgens ve ark. (2022) ise akut stresin alkol tüketimini artırdığını, bu etkinin riskli içicilerde daha belirgin olduğunu ortaya koymuştur (96). Bizim çalışmamızda alkol kullanımı ile DASS-21 puanları arasında ilişki saptanmaması; düşük kullanım yaygınlığı/yoğunluğu, olası bildirim yanlılığı, ve afet sonrası dönemde ruhsal belirtileri belirleyen daha güçlü stresörlerin (kayip, barınma, sağlık erişimi) etkisiyle açıklanabilir. Literatürdeki çelişkili bulgular, alkolün ruhsal durumla ilişkisinin doz, cinsiyet, yaş ve riskli içicilik düzeyi gibi etmenlere duyarlı

olduğunu gösterir; bu nedenle klinik değerlendirmede içim örüntüsü ve risk düzeyi ayrı ayrı sorgulanmalıdır.

Bizim çalışmamızda sigara kullananlarla kullanmayanlar arasında KHUDÖ toplam puanı açısından fark yoktu; ancak fizyolojik ve spiritüel uyum sigara kullananlarda daha yüksekti. Bu durum, KOAH örneklemlerinde psikososyal uyumun (PAIS-SR) sigara durumuna göre değişmediğini bildiren çalışmalarla uyumlu bir çerçeve sunarken, birinci basamakta hipertansiyon hastalarıyla yapılan çalışmada da sigaranın KHUDÖ toplam puanını anlamlı biçimde ayırt etmediği görülmüştür (97, 98). Alkol açısından, bizim örneklemimizde KHUDÖ toplam puanı ile fizyolojik ve spiritüel alt boyutlar alkol kullananlarda daha yüksekti; hipertansiyon çalışmasında da alkol kullananlarda KHUDÖ toplam puanının ve özellikle sosyal uyumun daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (99). Sigara/alkol kullananlarda daha yüksek görülen uyum, baş etme amacıyla madde kullanımının sağladığı geçici duygu düzenleme, daha sık sağlık hizmetiyle temas ve hekimin yakın takibi, yaşam rutinlerini buna göre yapılandırma (ilaç saatleri, kontrol alışkanlığı) ve seçim/bildirim yanlılığı (kendini daha uyumlu gösterme) gibi etkenlerle ilişkili olabilir. Ayrıca yaş, cinsiyet, hastalık süresi, komorbidite ve sosyal destek gibi karıştırıcılar bu ilişkiyi gerçekte olduğundan daha güçlü gösterebilir; bazı bireylerde "hayatta kalma/ayıklık" seçilimi (daha iyi yönetebilenlerin çalışmaya dahil olma olasılığı) da tabloyu etkileyebilir.

Çalışmamızda kronik hastalık süresi ile DASS-21 toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Demirel ve Sukut (2024) benzer biçimde, böbrek nakli hastalarında yaptıkları çalışmalarında hastalık süresi ile depresyon düzeyi arasında ilişki saptamamıştır (100). Yine böbrek nakli hastalarında yapılan başka bir araştırmada da nakil öncesi böbrek hastalığı süresi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (101). Bireyler zamanla hastalıkla yaşamayı öğrenebilir, baş etme stratejilerini geliştirebilir. Bununla birlikte, psikolojik etkilenim daha çok hastalığın şiddeti, komplikasyonlar, sosyal destek ve yaşam koşulları ile şekillenmektedir. Bu nedenle hastalık süresi uzun olsa da uyum ve ruhsal durumun bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak farklılaşabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda hastalık süresi ile KHUDÖ spiritüel uyum alt boyutu arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı buna karşın KHUDÖ toplam puan ve diğer alt

boyut puanlarında anlamlı farklılık saptanmadı. Hastalık süresi uzadıkça spiritüel uyumun azaldığı görülmüştür Bu bulgu, uzun süreli kronik hastalık deneyiminin bireylerin dini/spiritüel baş etme mekanizmalarını olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Literatürde ise farklı sonuçlar mevcuttur. İlter ve ark. (2024) kronik hastalık süresi kısa olan yaşlı bireylerde uyum puanlarının daha yüksek olduğunu, sürenin artmasıyla uyumun azaldığını bildirmiştir (72). Buna karşın Güney ve Basit (2023) çoklu kronik hastalığı olan bireylerde hastalık süresi arttıkça uyum düzeyinin de arttığını göstermiştir (71). Uzun yıllar süren hastalık, kişilerin umut ve anlam duygusunda yıpranmaya, ibadet ve ritüel gibi uygulamaları sürdürmede zorlanmaya yol açabiliyor. Bu durum, spiritüel uyumun zamanla azalmasını açıklayabilir.

Bizim çalışmamızda konteyner/prefabrik evlerde yaşayan bireylerin DASS-21 toplam ve tüm alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Caia ve ark. (2010), deprem sonrası konteynerlerde yaşayanlarda psikolojik stresin daha yüksek, dacha tipi evlerde yaşayanlarda ise evden memnuniyet ve ruhsal iyilik halinin daha iyi olduğunu bildirmiştir (102). Dudek ve ark. (2022) Almanya'daki mülteciler arasında toplu barınmada kalanların ruh sağlığının özel konutlarda yaşayanlara kıyasla daha kötü olduğunu saptamıştır (103). Ayrıca son yıllardaki incelemeler de kalabalık, izole ve kötü koşullara sahip prefabrik barınaklarda stres ve depresyonun daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (102). Bizim bulgumuz, afet sonrası barınma koşullarının ruhsal sağlık üzerinde ne kadar belirleyici olduğunu gösteriyor. Konteyner veya prefabrik evlerde yaşayanlarda anksiyete ve stresin yüksek bulunması, bu alanların genellikle kalabalık, izole, konforsuz ve güvensiz koşullar sunmasıyla açıklanabilir. Literatürdeki benzer sonuçlar da, kendi evinde yaşamanın bireylere kontrol, mahremiyet ve güven hissi kazandırdığını; geçici barınma ortamlarının ise ruhsal iyilik halini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda KHUDÖ toplam puanı konteyner/prefabrik evde yaşayanlarda daha yüksek olup alt boyutlarda belirgin fark saptanmadı. Literatürde ise farklı olarak Kurşuncu (2025) çalışmasında depremden sonra konteyner/prefabrik yapılarda kalanlarda evde kalanlara kıyasla hastalığa sosyal ve psikolojik uyum puanlarının daha düşük olduğunu tespit etmiştir (104). Bizim çalışmamızda konteyner/prefabrik evlerde kalanlarda toplam uyum puanının daha yüksek çıkması, bireylerin zorlu koşullara rağmen sağlıklarını sürdürmeye daha fazla odaklanmaları, sağlık

hizmetlerine daha kolay ulaşmaları ya da bu süreçte dayanışma ortamının güçlü olması ile ilişkili olabilir. Literatürdeki farklı sonuçlar ise, barınma koşullarının kalitesi, sosyal destek düzeyi ve örneklem özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Bu durum, afet sonrası uyumun yalnızca barınma türüne değil, aynı zamanda çevresel ve sosyal faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir.

Bizim çalışmamızda kiminle yaşadığına göre depresyon, anksiyete ve stres puanlarında anlamlı fark saptanmadı. Literatürde ise farklı sonuçlar bildirilmiştir. Wang ve Sun (2025) yalnız yaşayan yaşlılarda depresyonun daha düşük olduğunu, özellikle çocuklarına yakın yaşayanlarda bu etkinin belirginleştiğini rapor ederken; başka çalışmalar ise çocuklarla birlikte yaşamanın kuşaklararası çatışmalar nedeniyle depresyon riskini artırabileceğini göstermiştir (105, 106). Bu çelişkili bulgular, birlikte yaşamanın tek başına koruyucu olmadığını, aile içi ilişkilerin niteliği ve sosyal destek algısının belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca Ogawa ve ark. (2022) Japonya'da yürüttükleri uzunlamasına çalışmada erkeklerde çocuklarla birlikte yaşamanın majör depresyon riskini azalttığını, kadınlarda ise benzer bir eğilim olmasına rağmen anlamlılık düzeyine ulaşmadığını bildirmiştir (107). Öte yandan Park ve ark. (2024) yaptıkları araştırmada yalnız yaşayan bireylerde anksiyete riskinin çok kişilik hanelerde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu, özellikle bekar erkeklerde ve evli kadınlarda bu riskin daha da arttığını ortaya koymuşlardır (108). Bu çelişkili bulgular, birlikte yaşamanın tek başına koruyucu olmadığını; aile içi ilişkilerin niteliği, sosyal destek algısı ve kültürel faktörlerin bu ilişkide belirleyici olduğunu düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda 4 ve üzeri kronik hastalığa sahip bireylerin daha az kronik hasalığa sahip katılımcılara kıyasla DASS-21 toplam puanının daha yüksek,. alt boyutlarda ise anksiyete ve stres puanları daha yüksek, depresyon puanlarında ise fark olmadığı tespit edildi. Ancak literatürde bu konuda farklı bulgular rapor edilmiştir. Felez-Nobrega ve ark. (2022) düşük ve orta gelirli 47 ülkede yaptıkları çalışmada kronik hastalık sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete semptomlarının da anlamlı şekilde arttığını, özellikle ≥4 hastalığı olan bireylerde psikolojik semptom riskinin çok yüksek olduğunu bildirmiştir (109). Benzer şekilde Lin ve ark. (2021) Çin'de yaşlı bireylerde multimorbiditenin depresyon, anksiyete ve stres semptomlarıyla güçlü biçimde ilişkili olduğunu, bu etkinin özellikle kadınlarda daha belirgin olduğunu

saptamıştır (110). Chen ve ark. (2025) ise kronik hastalık sayısı arttıkça anksiyete düzeylerinin yükseldiğini saptamışlardır (111). Bu durum, çoklu hastalıkların getirdiği tedavi yükü, sık kontroller ve artan komplikasyon riski nedeniyle kaygı ve stresin yükselmesiyle açıklanabilir. Depresyon puanlarında fark olmaması ise, depresyonun daha çok sosyal destek, yaşam olayları ve bireysel baş etme becerileri ile ilişkili olması ve yalnızca hastalık sayısından etkilenmemesiyle bağlantılı olabilir.

Toplam kronik hastalık sayısı ile KHUDÖ toplam puanında farklılık saptanmadı. Alt boyutlarda ise psikolojik uyum hastalık sayısı arttıkça daha yüksek bulundu. Spiritüel uyumda da fark vardı; üç hastalığı olanlarda daha düşük, dört ve üzeri hastalığı olanlarda daha yüksek bulundu. Demirci (2021) çalışmasında, iki ve üzeri kronik hastalığı olan bireylerin uyum puanlarının tek hastalığı olanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (112). Benzer şekilde, Dünya ve ark (2025) çalışmalarında da kronik hastalık sayısı arttıkça uyum puanlarının düştüğü ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği rapor edilmiştir (113). Ayrıca literatürde çoklu kronik hastalığı olan bireylerin uyum puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.(82) Bizim çalışmada toplam uyum puanında fark çıkmaması, alt boyutlarda görülen değişikliklerin birbirini dengelemesiyle ilişkili olabilir. Psikolojik uyumun hastalık sayısı arttıkça yükselmesi, bireylerin zamanla daha güçlü kabullenme ve baş etme stratejileri geliştirmesiyle açıklanabilir. Spiritüel uyumdaki dalgalanma ise, üç hastalığı olanlarda yorulma ve tükenmişlik, dört ve üzeri hastalığı olanlarda ise manevi kaynaklara daha fazla yönelme eğilimiyle ilişkili olabilir. Literatürde genelde çoklu hastalık uyumu olumsuz etkilerken, bizim bulgumuz bireylerin kişisel deneyim, destek sistemleri ve kültürel faktörler doğrultusunda farklı uyum yolları geliştirebildiğini düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda enkaz altında kalan bireylerde depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Petrucci ve ark. (2023) Amatrice depreminde enkaz altından kurtarılan bireylerde 3 yıl sonra bile depresyon, anksiyete ve TSSB oranlarının yüksek olduğunu rapor etmiş; Çınaroğlu ve ark. (2025) Kahramanmaraş depremleri sonrasında enkaz altında kalanlarda psikolojik distressin belirgin şekilde arttığını bildirmiştir (114, 115). Ayrıca Subari ve ark. (2025) geniş örneklemli araştırmalarında enkaz altında kalanlarda TSSB semptomlarının %90, travma sonrası duygusal

sıkıntının %94 ve orta-şiddetli depresyonun %36,7 oranında görüldüğünü ortaya koymuşlardır (116). Bu sonuçlar, enkaz travmasının hem kısa hem de uzun dönemde ruhsal sağlık üzerinde ağır bir yük oluşturduğunu göstermektedir.

Bizim çalışmamızda enkaz altında kalmak KHUDÖ toplamını değiştirmedi; ancak psikolojik uyum puanı daha yüksekti. Literatürde farklı olarak Kurşuncu (2025) deprem sonrası yaptığı çalışmada yaralanma yaşayanlarda hastalığa fiziksel, sosyal, psikolojik ve toplam uyum daha düşük olduğunu tespit etmiştir (104). Çalışmanın yapıldığı zaman göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızı depremden yaklaşık 2 yıl sonra yapmış olmamız bireylerin hastalığa uyumunu iyileştirmiş olabilir. Sonuç olarak maruziyetin türü ,sonraki yaşam koşulları (barınma, rutine dönüş vb.) uyumun farklı boyutlarına farklı biçimde yansıyor olabilir.

Bizim çalışmamızda maddi kaybı olan katılımcıların DASS-21 toplam, depresyon, anksiyete ve stres puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Alhomsi ve ark. (2023) ABD'de yürüttükleri ulusal temsili çalışmada, gelir kaybı ve borç gibi maddi sıkıntıların depresyon, anksiyete ve stres belirtilerini anlamlı şekilde artırdığını, ciddi mali zorluk yaşayanlarda orta-şiddetli depresyon/anksiyete riskinin yaklaşık sekiz kat fazla olduğunu bildirmiştir (117). Benzer şekilde, Jang ve ark. (2022) pandemi döneminde ekonomik kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu, bu etkinin algılanan stresle daha da kuvvetlendiğini göstermişlerdir. (118). Bu bulgular, çalışmamızın sonucunu desteklemekte ve finansal kayıpların ruhsal sağlık üzerindeki olumsuz etkisini ortaya koymaktadır.

Yakın kaybı değişkeninde bizim çalışmamızda KHUDÖ toplam ile fizyolojik/sosyolojik/spiritüel boyutlarda fark yokken, psikolojik uyum kayıp yaşayanlarda anlamlı olarak daha yüksekti. Kurşuncu (2025) çalışmasında ise yakın kaybı olanlarda toplam ve birden çok alt boyutta uyum puanları daha düşüktü (119). Bu ayrışma; ölçüm zamanı (akut–kronik dönem), örneklemin destek kaynaklarına erişimi, yasın evresi ve ölçeklerin boyut duyarlılığı gibi etkenlerle açıklanabilir. Başka bir deyişle, psikolojik yük kısa vadede en önce görünürken, toplam uyum ancak daha uzun sürede veya bilgi/rehberlik eksikliğiyle birlikte belirgin düşüş gösterebilir.

Bizim çalışmamızda çekirdek aile kaybı yaşayan bireylerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri daha yüksek bulundu. Literatürde de benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Satıcı ve ark. (2025) depremde yakın kaybı yaşayan bireylerde psikolojik distressin arttığını, umut düzeyinin azaldığını ve bunun sonucunda psikolojik dayanıklılığın zayıfladığını göstermiştir (120). Makwana (2019) ise afetlerde sevilen bir aile üyesini kaybetmenin TSSB, depresyon, anksiyete ve uzun süreli yas belirtilerine yol açtığını, bunun da bireylerde aidiyet ve güven duygusunu zedeleyerek ruhsal iyilik halini olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır (121). Bu bulgular, çalışmamızdaki çekirdek aile kaybının ruhsal sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini destekler niteliktedir.

Bizim çalışmamızda, ilaçlarını düzenli kullananlarla kullanmayanlar arasında DASS-21 toplam puanı ve depresyon ile anksiyete alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmadı; yalnızca stres puanları düzenli kullanmayanlarda anlamlı derecede daha yüksekti. Takip sıklığına bakıldığında, DASS-21 toplam ve alt boyut puanlarında anlamlı farklılık saptanmadı; Benzer şekilde literatürde de psikolojik durum ile tedavi/ilaç uyumu ve takip düzeni arasında ilişkiler bildirilmiştir. Ashour ve ark. (2024) akut miyokard enfarktüsü hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olanlarda ilaç uyumunun daha düşük olduğunu saptamış; Grenard ve ark. (2011) meta-analizlerinde depresyonu olan bireylerin tedaviye uyumsuz olma riskinin 1.76 kat arttığını göstermiştir (122, 123). Ayrıca Vadakkiniath ve ark. (2023) kronik hastalığı bulunanlarda depresyon ve anksiyetenin oldukça yüksek oranlarda görüldüğünü, düzenli takip ve sosyal destekle bu yükün azaldığını bildirmiştir (124). Bu bulgular, bizim çalışmamızda ilaç kullanımı ve takip sıklığı açısından psikolojik belirtilerde anlamlı fark bulunmamasını, ancak bazı uyum boyutlarında gözlenen farklılıkları anlamlandırmada yol gösterici olabilir.

KHUDÖ açısından ise düzenli kullanmayanlarda toplam puan ile fizyolojik, sosyolojik ve spiritüel uyum puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu, psikolojik uyumda ise fark olmadığı görüldü. KHUDÖ toplam ve alt boyut puanları da takip sıklığına göre değişiklik göstermedi. Şardağ (2024) çalışmasında ise farklı olarak Düzenli ilaç kullananlarda KHUDÖ toplam puan ile fizyolojik ve spiritüel uyum puanları düzenli kullanmayanlara göre daha yüksek bulundu. Psikolojik ve sosyal alt boyutlarda ise fark saptanmadı. KHUDÖ toplam ve alt boyut puanları takip

sıklığına göre değişiklik göstermedi (125). Bu farklılık, örneklemlerin özellikleri, hastalık tipleri, sağlık hizmetine erişim imkânları ve bireylerin tedaviye bakış açılarıyla açıklanabilir. Bulgular, kronik hastalığa uyumun yalnızca ilaç düzenine bağlı olmadığını; sosyal, psikolojik ve kültürel faktörlerin de sürece yön verdiğini göstermektedir.

Çalışmamızda DASS-21 ölçeği ile Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (KHUDÖ) puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu durum, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri yükseldikçe bireylerin hastalıkla baş etme süreçlerinde psikolojik, sosyal ve fizyolojik uyumlarının da arttığını göstermektedir. Bulgular, uyumun yalnızca pasif bir kabullenme süreci değil, stres ve duygusal yüklerle başa çıkmayı da içeren aktif bir psikososyal süreç olduğunu düşündürmektedir. Buna karşın, literatürde bazı çalışmalar uyum puanları ile psikolojik semptomlar arasında negatif veya anlamsız ilişkiler bildirmiştir (126). Bu farklılık, çalışmanın yapıldığı bölge (Hatay), afet sonrası koşullar ve örneklemin psikososyal özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmanın bulguları, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yüksek olduğunu, kronik hastalığa uyumun ise özellikle psikolojik boyutta daha düşük kaldığını göstermektedir. Bu sonuçlar, afet sonrası dönemde kronik hastalık yönetiminin yalnızca biyomedikal değil, aynı zamanda psikososyal bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Literatürdeki benzer çalışmalar da afet sonrası dönemde ruhsal sorunların sık görüldüğünü ve bu durumun hastalık yönetimini olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır.

.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Afet sonrası kronik hastalığı olan bireylerde depresyon, anksiyete ve stres belirtileriyle hastalığa uyum göstergeleri arasında pozitif yönlü ilişkiler gözlenmiş; bazı afet deneyimlerine maruz kalan gruplarda psikolojik ve sosyal uyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, kronik hastalık yönetiminde biyomedikal izlemin yanında psikolojik durumun düzenli değerlendirilmesinin önemine işaret etmektedir.

Öneriler

Afet sonrası kronik hastalığı olan bireylerin yalnızca fiziksel değil, ruhsal sağlık durumlarının da düzenli olarak gözden geçirilmesi yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kronik hastalık izlemine psikososyal değerlendirme ve danışmanlığın eklenmesi, bireylerin uyum sürecini güçlendireceği düşünülmektedir.

İlaç temini ve tedavi sürekliliğinin aksamaması için yerel düzeyde planlamaların yapılması önemli görülmektedir.

Ruhsal destek hizmetlerinin erişilebilir kılınması, bireylerin yaşam kalitesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ulaşım veya erişim zorluğu yaşayan bireyler için basit tele-sağlık uygulamalarının hayata geçirilmesi uygun olacaktır.

Sağlık çalışanlarının afet sonrası kronik hastalık yönetimine ilişkin kısa eğitimlerle desteklenmesi yararlı olacağı düşünülmektedir.

Afet dönemlerinde kurumlar arası işbirliğinin artırılması, hizmetlerin daha düzenli yürütülmesine katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. World Health O. Noncommunicable Diseases Fact Sheet. Who Newsroom. 2024.

2. Burden Of Disease: Global Change Data Lab; 2016 (Updated 2024, February) [Available From: Https://Ourworldindata.Org/Burden-Of-Disease.

3. Starfield B. Primary Care And Equity In Health: The Importance To Effectiveness And Equity Of Responsiveness To Peoples' Needs. Humanity & Society. 2009;33(1-2):56–73.

4. Boerma W, Kringos D, Kringos D, Hutchinson A, Saltman R. Building Primary Care In A Changing Europe. World Health Organization, European Observatory On Health Systems And Policies. 2015;119:134.

5. Noncommunicable Diseases: World Health Organization; 2024 [Available From: Https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Noncommunicable-Diseases.

6. World Health Statistics 2024: Monitoring Health For The Sdgs. World Health Organization; 2024.

7. Cankardaş S, Sofuoğlu Z. Deprem Ya Da Yangin Deneyimlemis Kisilerde Travma Sonrasi Stres Bozuklugu Belirtileri Ve Belirtilerin Yordayicilari. Turkish Journal Of Psychiatry. 2019;30(3).

8. Roberts Yh, Mitchell Mj, Witman M, Taffaro C. Mental Health Symptoms In Youth Affected By Hurricane Katrina. Professional Psychology: Research And Practice. 2010;41(1):10.

9. Sofulu F, Uran Bnö, Avdal Eü, Tokem Y. Afetlerde Kronik Hastalık Yönetimi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2023;8(2):641–5.

10. Tomio J, Sato H. Emergency And Disaster Preparedness For Chronically Ill Patients: A Review Of Recommendations. Open Access Emergency Medicine. 2014:69–79.

11. Mensah Ga, Mokdad Ah, Posner Sf, Reed E, Simoes Ej, Engelgau Mm, Et Al. When Chronic Conditions Become Acute: Prevention And Control Of Chronic Diseases And Adverse Health Outcomes During Natural Disasters. Preventing Chronic Disease. 2005;2(Spec No):A04.

12. Tübitak. Doğal Afetler 2024 [Updated 07 May 2025. Available From: Https://Ansiklopedi.Tubitak.Gov.Tr/Ansiklopedi/Dogal_Afetler.

13. United Nations Office For Disaster Risk R. Global Assessment Report On Disaster Risk Reduction 2022: Our World At Risk: Transforming Governance For A Resilient Future. Geneva: United Nations; 2022 07 May 2025. Report No.: 9789212320281.

14. International Federation Of Red C, Red Crescent S. World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind. Geneva: Ifrc; 2018 07 May 2025. Report No.: 978-92-9139-265-4.

15. Afet Ve Acil Durum Yönetimi B. Deprem Nedir? Afad Resmî Web Sitesi. 2022.

16. Afet Ve Acil Durum Yönetimi B. Türkiye'de Afetler. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Afad; 2018 06 May 2025.

17. 06 Şubat 2023 Pazarcık-Elbistan (Kahramanmaraş) Mw: 7.7 – Mw: 7.6 Depremleri Raporu. T.C. İçişleri Bakanlığı Afad; 2023.

18. Türkiye Bilimler A. 6 Şubat 2023 Depremleri Sonrası Bilimsel Değerlendirme Raporu. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları; 2023 06 May 2025.

19. 2023 Kahramanmaraş Ve Hatay Depremleri Raporu. Ankara: T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji Ve Bütçe Başkanlığı; 2023 06 Mar 2023.

20. Fırat M. Deprem Ve Toplumsal Etkileri. Tezkire: Journal Of Human And Social Sciences. 2022;80:47–72.

21. Şeker Bd. Doğal Afetlerin Göç Üzrindeki Etkileri: Depremler Ve Türkiye. Göç Dergisi (Gd). 2023;10(2):173–87.

22. Peker Ae, Şanlı İ. Deprem Ve Göç İlişkisi: 24 Ocak 2020 Elaziğ Deprem Örneği. Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi. 2022;6(1):125–54.

23. Südaş İ. 17 Ağustos 1999 Marmara Depreminin Nüfus Ve Yerleşme Üzerindeki Etkileri: Gölcük (Kocaeli) Örneği. Ege Coğrafya Dergisi.13(1-2).

24. Ligon Bl, Editor Infectious Diseases That Pose Specific Challenges After Natural Disasters: A Review. Seminars In Pediatric Infectious Diseases; 2006: Elsevier.

25. Waring Sc, Brown Bj. The Threat Of Communicable Diseases Following Natural Disasters: A Public Health Response. Disaster Management & Response. 2005;3(2):41–7.

26. Akbıyık A, Tekindal Ma. Deprem Sonrası Salgın Oluşturma Potansiyeline Sahip Enfeksiyon Hastalıklarının Belirlenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2023;8(2):489–99.

27. Yorulmaz Ds, Karadeniz H. Afetlerin Mental Sağlığa Etkileri. 2021.

28. Bulut A. Doğal Afetler Ve Ruh Sağlığı İlişkisi. Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikoloji Dergisi. 2023;5(3):265–73.

29. Özkan B, Kutun Fç. Afet Psikolojisi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2021;8(3):249–56.

30. Akoğlu G, Karaaslan Bt. Covid-19 Ve Izolasyon Sürecinin Çocuklar Üzerindeki Olası Psikososyal Etkileri. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020;5(2):99–103.

31. Lee J-Y, Kim S-W, Kim J-M. The Impact Of Community Disaster Trauma: A Focus On Emerging Research Of Ptsd And Other Mental Health Outcomes. Chonnam Medical Journal. 2020;56(2):99.

32. Değerli H, Yiğit A. Sağliğin Korunmasi Ve Geliştirilmesinde Bireylerin Sağlikli Yaşam Biçimi Davraniş Düzeyinin Belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2020;11(27):573–86.

33. Morganstein Jc, West Jc, Huff La, Flynn Bw, Fullerton Cs, Benedek Dm, Et Al. Psychosocial Responses To Disaster And Exposures: Distress Reactions, Health Risk Behavior, And Mental Disorders. Mental Health And Social Issues Following A Nuclear Accident: The Case Of Fukushima. 2016:99–117.

34. Taşçı Ga, Özsoy F. Deprem Travmasının Erken Dönem Psikolojik Etkileri Ve Olası Risk Faktörleri. Cukurova Medical Journal. 2021;46(2):488–94.

35. Noncommunicable Diseases Fact Sheet: World Health Organization; 2024 [Updated 2024/04/11. Available From: Https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Noncommunicable-Diseases.

36. Türkiye Steps Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Risk Faktörleri. T.C. Sağlık Bakanlığı & World Health Organization; 2018.

37. Ervatan Sö, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal Izlem Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2003;6(1):5–11.

38. Aslan H, Çetkin T, Demir R. Effects Of Chronic Illness Adaptation On The Healthy Lifestyle Behaviours Of Patients In Internal Services. Cukurova Medical Journal. 2021;46(3):1140–9.

39. Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens M. Treatment Adherence In Chronic Disease. Journal Of Clinical Epidemiology. 2001;54(12):S57–S60.

40. Organization Wh. Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action. 2003.

41. Goodman A. In The Aftermath Of Disasters: The Impact On Women's Health. Critical Care Obstetrics And Gynecology. 2016;2(6):29.

42. Varol N, Buluş Kırıkkaya E. Resilience. 2017;1(1):1–9.

43. Duruel M, Avşar Arık I. Kirilganlik, Yaşlilik Ve Afet: Hak Temelli Yaklaşim Etrafinda Bir Tartişma. Avrasya Sosyal Ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2023;10(3):334–52.

44. Duruel M. Kirilganlik Ve Dirençlilik Kesişiminde Yaşlilarin Afet Deneyimleri Hatay Örneğinde 6 Şubat 2023 Depremleri. Pesa Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2023;9(2):103–20.

45. Tomio J, And Sato H. Emergency And Disaster Preparedness For Chronically Ill Patients: A Review Of Recommendations. Open Access Emergency Medicine. 2014;6(Null):69–79.

46. Kobayashi S, Hanagama M, Yamanda S, Satoh H, Tokuda S, Kobayashi M, Et Al. The Impact Of A Large-Scale Natural Disaster On Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Aftermath Of The 2011 Great East Japan Earthquake. Respiratory Investigation. 2013;51(1):17–23.

47. Sofulu F, Özgürsoy Uran Bn, Ünsal Avdal E, Tokem Y. Afetlerde Kronik Hastalık Yönetimi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2023;8(2):641–5.

48. Guidance Note On Recovery: Psychosocial Support In Post-Disaster Situations. World Health Organization; 2013.

49. World Health O. Noncommunicable Diseases Kit (Ncdk) 2022 – Information Note. Geneva: World Health Organization; 2024.

50. World Health O. Noncommunicable Diseases Kit (Ncdk) 2022 – Product Page. Geneva: World Health Organization; 2024.

51. Alani Ah. Assessment Of The Who Non-Communicable Diseases Kit For Primary Care In Humanitarian Settings. Conflict And Health. 2023.

52. Yang Z. Hospitalization Risks Associated With Floods In A Multi-Country Study. Nature Water. 2025.

53. Bell Sa, Abir M, Choi Hj. All-Cause Hospital Admissions Among Older Adults After A Natural Disaster. Annals Of Emergency Medicine. 2018.

54. Fonseca Va. Impact Of A Natural Disaster On Diabetes: Exacerbation Of Disparities And Long-Term Consequences. Diabetes Care. 2009.

55. Cefalu Wt. The Hurricane Katrina Aftermath And Its Impact On Diabetes Care: Lessons In Disaster Preparedness. Diabetes Care. 2006;29(1):158–60.

56. Sahutoğlu T. Resilience And Challenges Of Peritoneal Dialysis Survivors After The 2023 Kahramanmaraş Earthquake: A Multicenter Study. Peritoneal Dialysis International. 2024.

57. Kaya B. Hemodialysis Experience After Kahramanmaraş Earthquake. Turkish Journal Of Nephrology. 2024.

58. Bakkaloğlu Sa. Organization Of Pediatric Kidney Care In The Aftermath Of The 6 February 2023 Earthquake In Turkey—Efforts Of The Turkish Society Of Pediatric Nephrology. Nephrology Dialysis Transplantation. 2023.

59. Greenough Pg, Lappi Md, Hsu Eb, Fink S, Hsieh Y-H, Vu A, Et Al. Burden Of Disease And Health Status Among Hurricane Katrina–Displaced Persons In Shelters: A Population-Based Cluster Sample. Annals Of Emergency Medicine. 2008;51(4):426–32.

60. Spiegel P, Khalifa A, Mateen Fj. Cancer In Refugees In Jordan And Syria Between 2009 And 2012: Challenges And The Way Forward In Humanitarian Emergencies. The Lancet Oncology. 2014;15(7):E290–E7.

61. World Health O. Health Emergency And Disaster Risk Management (Health Edrm) Framework. Geneva: World Health Organization; 2019.

62. Pan American Health O, World Health O. Hospital Safety Index: Guide For Evaluators. Washington, Dc: Paho/Who; 2015.

63. Depressive Disorder (Depression),Wold Health Organization: Wold Health Organization; [Available From: Https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Depression.

64. Acute Stress Disorder In Adults: Epidemiology, Clinical Features, Assessment, And Diagnosis [Available From: Https://Www.Uptodate.Com/Contents/Acute-Stress-Disorder-In-Adults-Epidemiology-Clinical-Features-Assessment-And-Diagnosis

65. Posttraumatic Stress Disorder In Adults: Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Features, Assessment, And Diagnosis Mayıs 2025 [Available From: Https://Www.Uptodate.Com/Contents/Trauma-Related-Disorders-In-Adults-Epidemiology-Clinical-Features-Assessment-And-Diagnosis

66. Topçuoğlu V. Ankiyete Bozuklukları. Istanbul Kent University Journal Of Health Sciences. 2022;1(1):38–40.

67. Uğur M, Kartal F, Mete B, Tamam L, Demirkol Me. Deprem Sonrası Akut Stres Bozukluğu Olanlarda Travma Esnasındaki Çözülmenin, Anksiyete Düzeyi, Algılanan Stres, Anksiyete Duyarlılığı Ve Deprem Stresiyle Baş Etme Ile Ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2021.

68. Bilgiç Ş, Pehlivan E. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Hastalığa Uyumunun Yaşam Kalitesi Ile Ilişkisi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;8(1):63–76.

69. Kasar Ks, Erzincanlı S. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Ilaç Uyumunun Değerlendirilmesi. Turk J Cardiovasc Nurs. 2021;12(28):94–9.

70. Boyacı İh, Özdemir Fa, Yıldırım D. Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalığa Uyum Ve Psikolojik İyilik Hali Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Aydın Sağlık Dergisi.11(1):33–52.

71. Güney A, Basit G. Relationship Between Disease Adaptation And Self-Efficacy For Disease Management In Individuals With Multiple Chronic Diseases. Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences. 2023;8(4):1191–201.

72. İlter Sm, Bakir E, Neşe A, Aydin N. Investigation Of The Relationship Between Chronically Ill Geriatric Individuals' Adaptation To Illness And Their Attitudes Toward Aging In Place: A Cross-Sectional Study. Turkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;9(3).

73. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete Ve Depresyon. Romatizma. 2004;19(1):7–13.

74. Çivi S, Kutlu R, Çelik Hh. Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Gulhane Medical Journal. 2011;53(4).

75. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels And Predictors Of Anxiety, Depression And Health Anxiety During Covid-19 Pandemic In Turkish Society: The Importance Of Gender. International Journal Of Social Psychiatry. 2020;66(5):504–11.

76. Yılmaz Ck. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Hastalığı Kabulün Kronik Hastalığa Uyum Düzeyi Üzerine Etkisi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2024;7(3):667–76.

77. Karasu Ş, Yılmaz Karabulutlu E. Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadıkları Anksiyete, Hastalığa Uyum Ve Öz Bakım Yönetiminin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2024;7(1):10–22.

78. Zengin O, Fırat E, Acar B. Bazi Sosyo-Demografik Özellikler Açisindan Diyabetli Bireylerin Psikososyal Uyum Düzeyleri Üzerine Bir Araştirma A Research On Psychosocial Adjustment Levels Of Individuals With Diabetes In Terms Of Some Sociodemographic Features. Bozok Tıp Dergisi. 2017;7(3):73–80.

79. Asıcı E, Günlü A, Çetinkaya M. Türkiye'de Covid-19 Salgınının İkinci Evresinde Ebeveynlerde Depresyon, Anksiyete, Stres Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun İncelenmesi. Aile Psikolojik Danışmanlığı Dergisi. 2021;4(1):94–124.

80. Serapinas D, Narbekovas A. Marital Status And Level Of Depression And Anxiety. Journal Of Advances In Medicine And Medical Research. 2022;34(6):60–6.

81. Erikmen E, Keskin G. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tedaviye Uyum Sürecinde Aile Faktörü: Motivasyonel Görüşmenin Etkileri Açısından Gözden Geçirme. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(4):1392–400.

82. Günel M, Demirtaş A. Kronik Hastalığa Sahip Genç Ve Yaşlı Hastaların Ilaç Uyumu Ve Akılcı Ilaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin Incelenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2024;11(1):82–92.

83. Erdoğan Yüce G, Muz G. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Kronik Hastalığa Uyum Ile İlişkisinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;12(3):1115–23.

84. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing The Anxiety Level Of Iranian General Population During Covid-19 Outbreak. Asian Journal Of Psychiatry. 2020;51:102076.

85. Li C, Ning G, Wang L, Chen F. More Income, Less Depression? Revisiting The Nonlinear And Heterogeneous Relationship Between Income And Mental Health. Frontiers In Psychology. 2022;Volume 13 - 2022.

86. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho Cs, Et Al. Immediate Psychological Responses And Associated Factors During The Initial Stage Of The 2019 Coronavirus Disease (Covid-19) Epidemic Among The General Population In China. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5).

87. Magakwe Tss, John Ee, Daniel-Nwosu E, Ogiemudia Om, Ike Oo, Ogbonna Go, Et Al. Association Between Educational Attainment And Mental Health Conditions Among Africans Working And Studying In Selected African Countries. Scientific Reports. 2025;15(1):20578.

88. Muñoz Ig, Santos-Lozada Ar. Educational Attainment And Psychological Distress Among Working-Age Adults In The United States. Ssm - Mental Health. 2021;1:100003.

89. Kaymaz Tt, Akdemir N. Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. Journal Of Psychiatric Nursing. 2016;7(2):61–7.

90. Kılıç Yf. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Hastalığa Uyum Ve Öz Bakım Yönetimi Davranışlarının Çevresel Ve Bireysel Faktörler Ile Ilişkisi. 2024.

91. Hahad O, Beutel M, Gilan Da, Michal M, Schulz A, Pfeiffer N, Et Al. The Association Of Smoking And Smoking Cessation With Prevalent And Incident Symptoms Of Depression, Anxiety, And Sleep Disturbance In The General Population. Journal Of Affective Disorders. 2022;313:100–9.

92. Polat İ, Sever Ms, Demir E, Koç Sk, Papila R, Özkan M. Turkish Dialysis Healthcare Providers'psychological Response To Covid-19. Journal Of Istanbul Faculty Of Medicine. 2023;86(1):14–27.

93. Huang Y, Loux T. A Cross-Sectional Study: Association Between Tobacco/Alcohol Usage And Mental Health With Disabilities. Mental Health & Prevention. 2023;32:200302.

94. Kim Y, Kim J, Oh Jw, Lee S. Association Between Drinking Behaviors, Sleep Duration, And Depressive Symptoms. Scientific Reports. 2024;14(1):5992.

95. Mustafaoğlu R, Kaya Mutlu E, Mutlu C, Çiftçi A, Razak Özdinçler A. Madde Kullanım Bozukluğunun Ergenlerde Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Bağımlılık Dergisi. 2020;21(4):308–16.

96. Wittgens C, Muehlhan M, Kräplin A, Wolff M, Trautmann S. Underlying Mechanisms In The Relationship Between Stress And Alcohol Consumption In Regular And Risky Drinkers (Mesa): Methods And Design Of A Randomized Laboratory Study. Bmc Psychology. 2022;10(1):233.

97. Polat M, Yıldırım N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Psikososyal Uyum Düzeyi Ile Klinik Özellikleri Ve Hastalık Algısı Arasındaki İlişki. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2023;37(2):61–9.

98. Kaymaz Tt, Özdemir E, Demiröz He, Ayar Mç. The Relationship Between Frailty And Psychosocial Adjustment In Older Adults With Copd. Eur J Geriatr Gerontol. 2025;7(2):59–67.

99. Irga N, Çelik Güzel E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin İlaç Tedavisi Ve Kronik Hastalık Uyumuna Etkisi. Smyrna Tıp Dergisi. 2022:50–8.

100. Sukut Ö, Demirel M. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikolojik Sağlamlık, Algılanan Sosyal Destek Ve Depresyon Ile Tedaviye Uyum Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2024;6(1):49–56.

101. Kara B. Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi. 2007;49(2).

102. Caia G, Ventimiglia F, Maass A. Container Vs. Dacha: The Psychological Effects Of Temporary Housing Characteristics On Earthquake Survivors. Journal Of Environmental Psychology. 2010;30(1):60–6.

103. Dudek V, Razum O, Sauzet O. Association Between Housing And Health Of Refugees And Asylum Seekers In Germany: Explorative Cluster And Mixed Model Analysis. Bmc Public Health. 2022;22(1):48.

104. . Kahramanmaraş 6 Şubat Depremi Sonrası Bölgede Yaşayan Ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıkları Açısından Değerlendirilmesi.

105. Wang H, Sun B. Does Living Alone Exacerbate Depression In Older Adults? Frontiers In Psychology. 2025;Volume 16 - 2025.

106. Ren Q, Treiman Dj. Living Arrangements Of The Elderly In China And Consequences For Their Emotional Well-Being. Chinese Sociological Review. 2015;47(3):255–86.

107. Ogawa K, Shirai K, Nozaki S, Shikimoto R, Sawada N, Mimura M, Et Al. The Association Between Midlife Living Arrangement And Psychiatrist-Diagnosed Depression In Later Life: Who Among Your Family Members Reduces The Risk Of Depression? Translational Psychiatry. 2022;12(1):156.

108. Park Sm, Kim Db, Joo Mj, Park E-C. Association Between Living Alone And Generalized Anxiety Disorder In Korean Adults. Journal Of Affective Disorders. 2024;362:630–7.

109. Felez-Nobrega M, Haro Jm, Koyanagi A. Multimorbidity, Depression With Anxiety Symptoms, And Decrements In Health In 47 Low- And Middle-Income Countries. J Affect Disord. 2022;317:176–84.

110. Lin H, Xiao S, Shi L, Zheng X, Xue Y, Yun Q, Et Al. Impact Of Multimorbidity On Symptoms Of Depression, Anxiety, And Stress In Older Adults: Is There A Sex Difference? Frontiers In Psychology. 2021;Volume 12 - 2021.

111. Chen Y, Wu C, Qian W. Underestimated Anxiety In Chronic Diseases: A Cross-Sectional Study On Specific Risk Factors. Medicine. 2025;104(10).

112. Demirci Z. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ile Kronik Hastalık Uyum Düzeyi Ilişkisinin Incelenmesi: Bursa Uludag University (Turkey); 2021.

113. Dünya Cp, Çelik M, Çelik S. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerde Hastalığa Uyum, İlaç Uyumu, Acil Servis Ziyaret Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Medical Journal Of Western Black Sea.9(1):68–75.

114. Çınaroğlu M, Yılmazer E, Sayar Gh. Psychological Impact Of The 2023 Kahramanmaraş Earthquakes On Non-Victims: A Cross-Sectional Study. Bmc Public Health. 2025;25(1):597.

115. Petrucci E, Cofini V, Pizzi B, Sollecchia G, Cascella M, Stefano N, Et Al. Health Status Perception And Psychological Sequelae In Buried Victims: An Observational Study On Survivors Of The Earthquake In Amatrice (Italy), Three Years Later. Prehospital And Disaster Medicine. 2023;38(2):193–8.

116. Subari S, Demir I, Kizikli A, Demir B, Ozturk Za. Reflections Of A Catastrophic Earthquake Disaster On Public Mental Health. Disaster Medicine And Public Health Preparedness. 2025;19:E168.

117. Alhomsi A, Strassle Pd, Ponce S, Mendez I, Quintero Sm, Wilkerson M, Et Al. Financial Hardship And Psychological Distress During The Pandemic: A Nationally Representative Survey Of Major Racial-Ethnic Groups In The United States. Health Equity. 2023;7(1):395–405.

118. Jang H, Park A-L, Lee Y-R, Ryu S, Lee J-Y, Kim J-M, Et Al. Relationship Between Economic Loss And Anxiety During The Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Moderating Effects Of Knowledge, Gratitude, And Perceived Stress. Frontiers In Psychiatry. 2022;Volume 13 - 2022.

119. Doğan U, Tamer M. Kronik Hastaliği Olan Yetişkin Bireylerin 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremler Sonrasi Hastalik Yönetimine İlişkin Deneyimleri: Nitel Bir Araştirma. Kocatepe Tıp Dergisi. 2024;25(4):429–37.

120. Satici B, Erus Sm, Benzer Fm, Deniz Me, Tekgül N, Satici Sa. Bereavement And Resilience In Earthquake Affected Individuals: Serial Mediation Through Psychological Distress And Hope. Psychiatric Quarterly. 2025.

121. Makwana N. Disaster And Its Impact On Mental Health: A Narrative Review. J Family Med Prim Care. 2019;8(10):3090–5.

122. Ashour Am, Masa'deh R, Hamaideh Sh, Elshatarat Ra, Yacoub Mi, Almagharbeh Wt, Et Al. Examining The Influence Of Anxiety And Depression On Medication Adherence Among Patients Diagnosed With Acute Myocardial Infarction. Bmc Psychology. 2024;12(1):473.

123. Grenard Jl, Munjas Ba, Adams Jl, Suttorp M, Maglione M, Mcglynn Ea, Et Al. Depression And Medication Adherence In The Treatment Of Chronic Diseases In The United States: A Meta-Analysis. Journal Of General Internal Medicine. 2011;26(10):1175–82.

124. M S, S M, Vadakkiniath Ij, A G. Prevalence And Correlates Of Stress, Anxiety, And Depression In Patients With Chronic Diseases: A Cross-Sectional Study. Middle East Current Psychiatry. 2023;30(1):66.

125. . Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Sigara Ve Alkol Kullanım Durumlarının Hastalık Uyumlarına Etkisinin Belirlenmesi 2024.

126. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öfke D, Anksiyete Ve Umutsuzluğun Hastalığa Uyum Ile Ilişkisi.

8. EKLER

Ek-A. Onam Formu

Ek-B. Anket Formu

Ek-C. Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği

Ek-D. Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği

Ek-E.. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi

Ek-F. İl Sağlık Müdürlüğü Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyon Kararı

Ek-A. Onam Formu

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu: 6 Şubat Kahramanmaraş depremi sonrası kronik hastalığı bulunan bireylerin psikososyal durumlarının kronik hastalık uyumlarına etkisi Araştırmanın Amacı: Hatay İl merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri kronik hastalığı bulunan bireylerin 6 Şubat Kahramanmaraş depremi sonrası psikososyal durumlarının kronik hastalık uyumlarına etkisini değerlendirmeyi amaçladık. Araştırmaya Katılma Süresi: 9 ay Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı:

Sayın Katılımcı;
Bu çalışmada 'Hatay İl merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri kronik hastalığı bulunan bireylerin 6 Şubat Kahramanmaraş depremi sonrası psikososyal durumlarının kronik hastalık uyumlarına etkisini değerlendirmeyi amaçladık.
Bu nedenle size yaşınız, eğitim durumunuz, medeni durumunuz, kronik hastalık durumunuz, depreme yönelik anket soruları ve Kronik Hastalıklara Uyumu değerlendirme ölçeği, Depresyon Anksiyete Depresyon-21(DASS-21) Ölçeğini içeren 72 adet soru sorulacaktır. Soruları cevaplamanız yaklaşık 10-15 dakikanızı alacaktır. Sizden herhangi bir tetkik yaptırmanız istenmeyecektir. Sizin kimliğiniz, varsa başka hastalığınız ve alınan diğer konular ile ilgili tüm bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Katılmadığınız takdirde herhangi bir yaptırım olmayacaktır. Çalışmaya katılmanız tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır veya tedavi sürecinizde değişiklik oluşturmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizden ve bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışmadan istediğiniz anda geri çekilme hakkına sahipsiniz. Katılmanız bilim için yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olabilecektir.
Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkının olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Yakınlığı:	İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: [redacted] Adresi: Aile Hekimliği A.B.D.	Telefon : [redacted] Faks : İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)

Ek-B. Anket Formu

6 Şubat Kahramanmaraş Depremi Sonrası Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Psikososyal Durumlarının Kronik Hastalık Uyumlarına Etkisi

Katılımcının sosyodemografik verileri:

1-)Yaşınız: .....

2-)Cinsiyetiniz? ☐Kadın ☐Erkek

3-)Medeni Durumunuz?: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış /dul

4-)Ekonomik Durumunuz:?

- ☐ Gelirim giderimden az
- ☐ Gelirim giderime denk
- ☐ Gelirim giderimden fazla

5-)Eğitim Düzeyiniz?

☐Hiç eğitim almadım ☐İlkokul/Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite ☐Yüksek Lisans/Doktora

6-)Şuan Yaşadığınız Yer?

☐Kendi evim ☐Konteyner/prefabrik

7-)Kimle yaşıyorsunuz?

☐ Yalnız

☐ Eşim/Çocuklarım

☐ Anne/Baba

8-)Kronik Hastalığa sahip olma durumunuz(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz):

☐Diyabetes Mellitus(Şeker Hastalığı)

☐Hipertansiyon

☐Diğer Kalp ve damar hastalıkları

☐Astım/KOAH

☐Kanser

☐Böbrek hastalıkları

☐Tiroid hastalıkları

☐Diğer(.....)

9-) Kaç yıldır kronik hastalığınız var: ..... yıl ..... ay

10-)Sosyal güvenceniz var mı? ☐evet ☐hayır

11-)Hastalığa ilişkin sağlık personelinden yeterli bilgi alıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

12-)Sosyal Destek Durumunuz(Eş, arkadaş, dost)?

☐ İyi ☐Orta ☐Kötü

13-)Çalışıyor musunuz?

☐Evet ☐Hayır

14-)Mesleğiniz nedir?

☐ İşçi ☐Memur ☐Serbest meslek ☐Emekli ☐Ev hanımı ☐İşsiz ☐Öğrenci

15-)Sigara kullanıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

16-)Alkol kullanıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

17-)Depremde enkaz altında kaldınız mı?

☐Evet ☐Hayır

18-)Depremde çekirdek ailenizden(eş ve/veya çocuklar) birini kaybettiniz mi?

☐Evet ☐Hayır

19-)Depremde yakın akrabalarınızdan(anne,baba,hala teyze,amca,dayı) birini kaybettiniz mi?

☐Evet ☐Hayır

20-)Depremde maddi kayıp yaşadınız mı?

☐Evet ☐Hayır

21-)Deprem sonrası psikiyatrik destek aldınız mı?

☐Evet ☐Hayır

22-) Deprem öncesi kronik hastalık açısından takip sıklığınız nedir?

☐3-6 ayda bir ☐ Senede bir ☐ Takip edilmiyordum

23-) Deprem öncesi ilaçlarınızı düzenli kullanıyor muydunuz?

☐Evet ☐Hayır

Ek-C. Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği

KRONİK HASTALIKLARA UYUMU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(KHUDÖ)

Bu ölçek, kronik hastalıklara (kalp, böbrek, şeker vb.), uyumu değerlendirmeye yönelik hazırlanmıştır. Ölçekte kronik hastalıklara uyum ile ilgili önermeler bulunmaktadır. Bu önermeleri yanıtlamanız için hazırlanmış ölçek aşağıdadır. Ölçekte; **"Her zaman, Bazen, Hiçbir zaman"** ifadeleri yer almaktadır. Önermelerde doğru ya da yanlış yoktur, size uygun olan yanıt işaretleyiniz.

Aşağıdaki önermeleri kronik hastalığınızı/hastalıklarınızı göz önüne alarak yanıtlayınız	**Her zaman**	**Bazen**	**Hiçbir zaman**
Fizyolojik Alt Boyut	3	2	1
1. Hastalığımla ilgili kendi yapmam gereken takipleri (kan şekeri, tansiyon, kilo ölçümü vb.) düzenli olarak yapıyorum			
2.Hastalığımın tedavisi için verilen ilaçlarımı düzenli kullanıyorum			
3. Önerilen beslenme düzenime/diyetime uyuyorum			
4. Hastalığımla ilgili sağlık kontrollerime düzenli olarak gidiyorum			
Psikolojik Alt Boyut			
5. Hastalığım nedeniyle kendimi mutsuz hissediyorum	1	2	3
6. Hastalığım nedeniyle kendimi diğer insanlardan eksik hissediyorum			
7. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimi düşünüyorum			
8. Hastalığıma rağmen şu anki sağlık durumumdan memnunum			
9. Hastalığım nedeniyle fiziksel görünümümün değişmesini normal karşılıyorum			
10. Keşke, hastalığımdan öncesine dönebilsem diyorum			
11. Hayata tutunmak için çabalıyorum			
12. Hastalığım nedeniyle kendimi yalnız hissediyorum			
13. Hastalığıma rağmen kendime yeni hedefler belirliyorum			
14. Aileme yük olduğumu düşünüyorum			
15. Hastalığım nedeniyle ailedeki rollerimi (anne,baba,eş) yerine getiremiyorum			
16. Hastalığıma rağmen evdeki iş bölümü eskisi gibi devam ediyor			
17. Hastalığım mesleğimi yapmamı engelliyor			
18.Hastalığım nedeniyle ekonomik zorluklar yaşıyorum			
19. Hastalığım nedeniyle insanlara ve çevreme faydalı olamamak beni üzüyor			
20. Hastalığımı yenip hayatıma kaldığım yerden devam edeceğime dair umutlarım var			
Sosyal Alt Boyut			
21. Hastalığımla ilgili sorunlarımı ailemle konuşup paylaşabiliyorum			
22. Hastalığımdan sonra eşimin/çocuklarımın/ebeveynlerimin bana karşı ilgisi azaldı			
23. Ailem duygu ve düşüncelerime hâlâ önem veriyor			
24. Hastalığımdan sonra arkadaşlarım eskisi gibi beni aramıyor			
25. Hastalığımla ilgili çevremdeki insanlardan destek görüyorum			
Spiritüel (Manevi) Alt Boyut			
26. Manevi uygulamalar yapmak (dua etmek, namaz kılmak, meditasyon, yoga vb.) beni rahatlatıyor			
27. Dini inançlarım hastalığımla daha iyi baş etmemi sağlıyor			
28. Ölümden sonraki yaşama olan inancım beni rahatlatıyor			

Ek-D. Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 A	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (*örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi).*	0	1	2	3
5 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 A	Vücudumda *(örneğin ellerimde)* titremeler oldu.	0	1	2	3
8 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 S	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim *(kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)*	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3

Ek-E. . Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
20/11/2024	12	36

KARAR 16- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in (Arş.Gör.Dr.Ayşenur ERGİN'in uzmanlık tezi) "6 Şubat Kahramanmaraş depremi sonrası kronik hastalığı olan bireylerin psikososyal durumlarının kronik hastalık uyumlarına etkisi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; **Hatay İl Sağlık Müdürlüğünden alınacak** gerekli izin yazıları kurulumuza ulaştıktan sonra, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ
(Başkan)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr. Emre DİRİCAN
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr.Gezmiş KİMYON
(Üye)

(Katılmadı)
Doç.Dr.Fatma ÖZ
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Fundagül BİLGİÇ ZORTUK
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ
(Üye)

(İmza)
Dr.öğr.Üyesi Ertan YILMAZ
(Üye)

[redacted]

(Katılmadı)
Prof.Dr. Sibel SEVİNÇ
(Üye)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Adem YAPICI
(Üye)

(İmza)
ver Sedat BORAZAN
(Raportör)

Ek-F. İl Sağlık Müdürlüğü Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyon Kararı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

MÜDÜRLÜK MAKAMINA 25.03.2025

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	Deprem Sonrası Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Psikososyal Durumlarının Kronik Hastalık Uyumlarına Etkisi
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	Antakya Anayazı Aile Sağlığı Merkezi, Antakya Karaali Aile Sağlığı Merkezi, Antakya Serinyol Aile Sağlığı Merkezi
Araştırmanın Statüsü	Bireysel Araştırma Projesi
Eğitim Kurumu/ Üniversitesi	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yürüten Kişi	Arş. Gör. Dr. Ayşenur ERGİN

KARAR: 15.09.2023 tarihli ve 224627335 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğünün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 21/03/2025 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesinde Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olarak görev yapan Prof. Dr. Cahit ÖZER'in sorumluluğunda yardımcı araştırmacı Arş. Gör. Dr. Ayşenur ERGİN tarafından yapılması planlanan *"Deprem Sonrası Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Psikososyal Durumlarının Kronik Hastalık Uyumlarına Etkisi"* konulu bireysel araştırma projesini aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenirliğine zarar verilmemesi, aile hekimlerinin onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi; ayrıca araştırmanın veri toplama sürecinin enfeksiyon tedbirleri kapsamından Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde yapılması, araştırma için aile sağlığı merkezinin kullanılmaması aile hekimlerinin iletişim bilgilerinin verilmemesi ve araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşılması durumunda Müdürlüğümüze bağlı Antakya Anayazı Aile Sağlığı Merkezi, Antakya Karaali Aile Sağlığı Merkezi ve Antakya Serinyol Aile Sağlığı Merkezinde yapması **uygun** görülmüştür.

Komisyon Başkanı	**Üye**	**Üye**
Dr. Tolga ALKAN	**Dr. Selçuk ÖNTÜRK**	**Uzm. Dr. Arif YENİÇERİ**
Sağlık Hizmetleri Başkanı	**Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı**	**Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı**

ONAY
…/03/2025

Dr. Sıtkı SÖNMEZ
İl Sağlık Müdürü

9.ÖZGEÇMİŞ

Dr. Ayşenur ERGİN, [redacted] doğmuştur. İlkokul ve ortaokul eğitimini 2003–2011 yılları arasında Atatürk İlköğretim Okulu'nda tamamlamıştır. 2011–2015 yılları arasında Şanlıurfa Fen Lisesi'nde öğrenim görmüş, 2015 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başlamıştır. 2022 yılında tıp fakültesinden mezun olmuştur.Mezuniyetinin ardından Kırıkhan Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak görev yapmıştır. 22 Aralık 2022 tarihinde Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi doktor olarak uzmanlık eğitimine başlamış olup, halen bu görevini sürdürmektedir.