

Depremzedelerde Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı: 1999 Depremlerinin Sonuçları

Dr. Cengiz KILIÇ¹

Özet / Abstract

Amaç: Ruhsal travmalardan sonra görülen ruhsal hastalıklar sağlık hizmeti alma oranlarını arttırsa bile, travmaya uğramış kişilerin büyük çoğunluğu yardım alamamaktadır. Bu çalışmada 1999 depremlerini yaşayan kişilerde sağlık hizmeti kullanımı oranları, başvuru alan tedavi türü ve psikotrop ilaç kullanımının varlığı ile bu değişkenlerin yordayıcıları araştırılmaktadır.

Yöntem: 17 Ağustos depremini yaşayan, merkezüstüne farklı uzaklıktaki iki merkezde (Değirmendere ve Avcılar), rastgele yöntemle seçilmiş 2007 kişi travmatik stres, depresyon ve sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili anketler kullanılarak, depremden bir yıl sonra değerlendirilmiştir.

Bulgular: Depremden sonra ruhsal bir sorun nedeniyle yardım arayanların oranı toplam grupta %13.7, herhangi bir sorun bildirenlerde %42 idi. Ruhsal sorun nedeniyle yardım aramayı belirleyen değişkenler arasında geçmiş ruhsal hastalık, depremden sonra depresif belirtiler yaşama ve maddi kayba uğramış olma vardı. Demografik değişkenler veya travmatik stres belirtileri ise sonucu etkilemiyordu.

Sonuçlar: Tedavi ihtiyacı olan depremzedelerin bir kısmı bu yardımı alamıyor olabilir. Bulgular aynı zamanda afet-sonrası dönemde toplum taramalarının önemini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: TSSB, travmatik stres, depresyon, deprem, sağlık hizmeti kullanımı

SUMMARY: Health Services Use for Earthquake-Related Psychological Problems: Results from the 1999 Earthquakes in Turkey

Objective: Although psychological disorders after traumas are associated with increased rates of services use, the majority of traumatized people do not receive psychological help. This study reports on the health services use of the survivors of the 1999 earthquake in Turkey.

Method: A random sample of 2007 survivors was assessed in two sites, using self-report measures of traumatic stress, depression and use of health services.

Results: Less than half (42%) of those with a post-earthquake psychological problem (13.7% of the total sample) reported contacting services after the earthquake. Health services use for psychological problems was predicted by past psychiatric illness, depressive complaints after the earthquake and material loss, but not by demographic variables or traumatic stress symptoms.

Conclusion: The results show that earthquake survivors who need treatment might not be receiving it. They also show the importance of outreach programs in post-disaster circumstances.

Key Words: PTSD, traumatic stress, depression, earthquake, health services

Teşekkür: 1. Bu çalışma CORDAID ve Spunk Fund, Inc. tarafından desteklenmiştir. 2. Yazar metnin bir önceki versiyonundaki değerli katkıları için Dr. Metin Başoğlu ve Prof. Ron Kessler'e teşekkür eder.

¹Prof., Hacettepe Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara.
Dr. Cengiz Kılıç, e-posta: cengiz.kilic@superonline.com

GİRİŞ

Toplumda ruhsal sorunlar için yardım arama ile ilgili araştırmalar, ciddi derecede ruhsal sorunu olduğu halde yardım alamayan çok sayıda insan olduğunu gösteriyor. Kessler ve arkadaşları (1999) toplumda herhangi bir DSMIII-R tanısı olan kişilerin %13.3'ünün ruhsal bir nedenle tedaviye başvurduğunu gösterdiler. Türkiye'de de rastgele örnekleme yapılan bir çalışmada benzer oranlar gösterildi (Kılıç 1998). Kessler ve arkadaşlarının çalışmasında (1999) son bir yılda tedavi başvurusu farklı ruhsal hastalıklar için %7-53 arasında değişiyordu. Tüm ruhsal hastalıklar arasında depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) toplum ve birey üzerinde en fazla yük oluşturan hastalıklardır (Kessler ve ark. 2000, THE ESEMeD/MHEDEA 2000 INVESTIGATORS 2004). Bu nedenle yüksek oranda depresyon ve TSSB'ye neden olduğu bilinen ruhsal travmalardan sonra tedavi hizmeti kullanımının araştırılması önem kazanmaktadır. Travma sonrası ruhsal nedenlerle tedavi hizmetine başvuru oranları ile ilgili bulgular tutarlı değildir. Kessler ve arkadaşlarının toplum örnekleminde yaptıkları çalışmada (1999) TSSB ile ilgili başvuru oranları yüksek (%28) bulunmuştur. İşkence mağdurlarında (Priebe ve Ismaili 1997), Oklahoma bombalamasından kurtulanlarda (North ve ark. 1999), 11 Eylül olaylarını yaşayanlarda (Boscarino ve ark. 2004), Vietnam gazilerinde (Hankin ve ark. 1999, Calhoun ve ark. 2002), saldırıya uğrayanlarda (Norris ve ark. 1990) ve ayaktan tedaviye başvuranlarda (Switzer ve ark. 1999) TSSB var ise ruh sağlığı hizmeti kullanımı da daha fazla bulunmuştur. Öte yandan, Vietnam gazileriyle yapılan en kapsamlı çalışmada Kulka ve arkadaşları (1990) TSSB'si olanlarda çok düşük tedavi başvurusu saptamışlar ve rahatsızlığı olanların ruh sağlığı hizmeti almaya isteksiz olduğu sonucuna varmışlardır. Cinsel saldırı mağdurlarında yapılan bir başka çalışmada da (Kimerling ve Calhoun 1994) ruhsal tedavi hizmeti başvurusu kontrol grubundan farklı bulunmamıştır; ancak bu çalışmada bir tanı görüşmesi kullanılmamıştır. Konuyla ilgili araştırmaların çoğunda TSSB varlığı tedavi hizmetine başvuruyu arttırıyor ise de, depresyonla ilişkili başvuru oranları TSSB ile ilgili olandan daha yüksek bulunmaktadır (Norris ve ark. 1990, Amaya-Jackson ve ark. 1999, Zimmerman ve Mattia 2000, Marshall ve ark. 1998). Travmalardan sonra tedavi hizmeti başvurusunu yordayan değişkenleri araştıran çalışmalar daha şiddetli travmanın daha fazla tedavi hizmeti başvurusuna yol açtığını göstermektedir. Vietnam gazilerinde yapılan bir çalışmada klinik tanısı olanlar arasında daha genç olanlar ve daha yüksek eğitimlilerin daha fazla tedaviye başvurduğu bulunmuştur (Hankin ve ark. 1999). Saldırıya uğrayanlar arasında

ise demografik değişkenler başvuru oranlarını etkilemektedir (Norris ve ark. 1990).

Depremzedelerde sağlık hizmeti kullanımı literatürde pek araştırılmamıştır. Avustralya'daki Newcastle depreminden kurtulanlarla yapılan bir çalışmada (Webster ve ark. 1995) yerlilerle göçmenler arasında depremden sonra doktora başvuru oranları benzer bulunmuştur. Depremlerden sonra yüksek oranda TSSB ve depresyon görüldüğü bilinmektedir. Deprem sonrası TSSB oranları %6-87 arasında değişmektedir (Freedy ve ark. 1995, Carr ve ark. 1997, Armenian ve ark. 2000, Goenjian ve ark. 1994, Goenjian ve ark. 2000, Başoğlu ve ark. 2002, Kılıç ve Ulusoy 2003, Kuo ve ark. 2003, Yang ve ark. 2003, Başoğlu ve ark. 2004, Lai ve ark. 2004). Depresyon oranları ise %9-79 arasında bildirilmektedir (Freedy ve ark. 199, Başoğlu ve ark. 2002, Kılıç ve Ulusoy 2003, Kuo ve ark. 2003, Başoğlu ve ark. 2000, Mai ve ark. 1989, Papadatos ve ark. 1990, Sharan ve ark. 1996). İki hastalık çoğu kez bir arada bulunmaktadır (North ve ark. 1999, Armenian ve ark. 2000, Bleich ve ark. 1997, Kessler ve ark. 1995, Perkonigg ve ark. 2000). Doğal afetlerden sonra tedavi hizmeti kullanımının araştırılması afetlerden ciddi biçimde etkilenen toplulukların ihtiyaçlarına hangi tedavi hizmeti yaklaşımının uygun olduğunu belirlemek açısından önemlidir.

17 Ağustos ve 12 Kasım depremleri yaklaşık 20.000 kişinin ölümüne neden olmuştur (Başbakanlık Kriz Merkezi 1999). Bu çalışma Türkiye'deki depremlerden kurtulanlara yönelik özelleşmiş ruhsal tedavi uygulamayı amaçlayan ve Eylül 1999'da başlayan bir proje çerçevesinde yürütülmüştür. Epidemiyolojik çalışmanın sonuçları daha önce yayınlanmıştır (Başoğlu ve ark. 2004). Değirmendere ve Avcılar'da yaşayan, 1999 yılındaki iki depremin mağdurlarında ruhsal amaçlı tedavi hizmeti kullanım oranlarını ve başvuruyu yordayan faktörleri araştırdık. Hipotezimiz, daha şiddetli deprem travması yaşayanlar (merkezüstüne yakınlık, enkaz deneyimi, yakın kaybı), daha fazla ruhsal sıkıntısı olanlar, kadınlar ve ruhsal hastalık öyküsü olanların hizmet için daha fazla başvuracağı şeklinde idi.

YÖNTEM

Bu çalışma, depremzedelere yönelik özelleşmiş tedavi hizmeti sunmayı amaçlayan, 3 yıllık bir proje sırasında yürütüldü. Merkezüstü bölgesine yakınlık ve depreme bağlı yıkım dikkate alınarak iki merkez seçildi. İlk merkez, deprem öncesi nüfusu 25.000 olan, depremde 650 kişinin öldüğü, merkezüstünde yer alan Değirmendere idi. Diğer merkez ise merkezüstüne 100 km. uzaklıkta, İstanbul'un 200.000 nüfuslu Avcılar ilçesi idi. Avcılar

İstanbul'da en fazla etkilenmiş bölgeydi ve merkezüstüne uzak olmasına rağmen Marmara denizindeki faya yakınlığı nedeniyle burada 246 kişi ölmüştü.

Değirmendere'de randomize örneklem deprem öncesi tüm hanelerin (N= 10.500) bir listesine dayanıyordu. Bilgisayarda oluşturulan rastgele sayılar yardımıyla 1000 hanelik bir örneklem seçildi. Avcılar'da ise çalışma deprem en fazla etkilenmiş olan Gümüşpala mahallesinde yürütüldü. Mahallenin deprem öncesi nüfusu 25.622 ve hane sayısı da 8743 idi. Mahalledeki her haneye bir rakam verildi ve gene bilgisayar yardımıyla rastgele seçilen 1000 haneye ulaşılması hedeflendi. Değirmendere'de ulaşılan 566 haneden beşi (%1) hastalık ve yaşlılık nedeniyle, 31 hane (%5) ise çalışmaya katılmayı reddettiği için dışarıda bırakıldı. Avcılar'da ise yaşlılık ve hastalık nedeniyle 11 hane (%2), red nedeniyle ise 129 hane (%23) dışarıda bırakıldı. Sonuçta Değirmendere'de 530 haneden 1234, Avcılar'da ise 420 haneden 773 kişi çalışmaya katılmış oldu. Ulaşma oranlarının düşük olması depremin yolaçtığı yıkıma bağlı idi. Anketörler hem gündüz, hem akşam saatlerinde, hem de haftasonu çalıştılar. Ulaşılan hanelerdeki 14 yaşından büyük herkesle görüşüldü. Depremi yaşamamış haneler çalışmaya alınmadı. Evde bulunmayan veya reddeden hanelerin yerine başka hane konmadı. Tabakalama veya ağırlık uygulanmadı. Üst yaş sınırı konmadı. Tek dışlama ölçütü, değerlendirmeyi engelleyecek derecede bedensel veya zihinsel engel idi. Veri toplanması Değirmendere'de Temmuz 2000-Mart 2001 arasında, Avcılarda ise Ağustos-Ekim 2000 arasında yapıldı. Araştırma araçlarının kullanımında eğitilmiş üniversite öğrencileri uygulamada görev aldılar. Anketörlere tamamladıkları anket başına küçük bir ücret ödendi. Anketörlere anketleri kişilerin doldurması için bırakmaları söylendi. Depremzedelerin %40'ı için ise eğitim eksikliği veya görme sorunu nedeniyle sorular anketörler tarafından yüksek sesle okundu ve cevapları kaydedildi. Araştırmaya katılmak için depremzedelerin sözlü rızası alındı. Değerlendirme sonucunda ruhsal yardıma ihtiyacı olduğu saptanan veya yardım isteyenlere ücretsiz tedavi hizmeti verildi. Çalışma Londra King's College etik kurulu tarafından onaylandı.

Araçlar

Depremzedelerde Travmatik Stres Tarama Aracı (The Screening Instrument for Traumatic Stress in Earthquake Survivors-SITSES): Üç bölümden oluşur. Birinci kısım olan 28 soruluk depremzede bilgi formu'nda demografik bilgiler, kişinin ve ailesinin ruhsal öyküsü, deprem deneyimiyle ilişkili bilgiler ve deprem anındaki korkunun derecesi sorgulanmaktadır. İkinci kısım Travmatik Stres Belirti Listesi'dir. 17 DSM-IV TSSB

belirtisi ile altı adet depresyon sorusu olmak üzere 23 sorudan oluşur. Soruların tümü dördümlü Likert şeklinde puanlanır (0= hiç rahatsız etmiyor, 3= çok rahatsız ediyor). Üçüncü kısım ise Yetiştirimi Ölçeğidir. Bu ölçek genel sıkıntı derecesini soran iki soru (yukarıdaki sorular size ne kadar sıkıntı/rahatsızlık veriyor? (0= hiç, 3= çok fazla) ile iş, aile ve sosyal işlev alanlarındaki yetiştirimi soran bir sorudan oluşur (yukarıdaki sorular nedeniyle iş, aile veya sosyal hayatınız ne kadar etkilendi/kısıtlandı? 0= hiç, 3= aşırı). Travmatik Stres Belirti Listesi (TSBL)'nin geçerliliği, karşılaştırma aracı olarak CAPS (Klinisyen tarafından uygulanan TSSB Ölçeği) (Blake ve ark. 1996) ve SCID (First ve ark. 1996) depresyon modülünün kullanıldığı bir çalışmada gösterilmiştir. TSSB tanısı için, 17 maddelik TSBL'de kesme noktası 25 alındığında duyarlılık .81, özgüllük .81 ve toplam doğru sınıflama oranı %81 bulundu. Majör depresyon tanısı için ise 23 maddelik TSBL'de kesme noktası 38 olduğunda duyarlılık .83, özgüllük .73, toplam doğru sınıflama oranı ise %77 bulundu. TSSB ve depresyon oranları başka bir çalışmada bildirilmiştir (Başoğlu ve ark. 2004). Bu çalışmada TSBL'den elde edilen iki faktör skoru kullanılmıştır. Depremzedelerle yapılan önceki çalışmalarda (Kılıç ve Ulusoy 2003, Livanou ve ark. 2002, Şalcıoğlu ve ark. 2003). TSBL'nin faktör analizi benzer şekilde iki faktörlü sonuçlar vermiştir: birinci faktörde temel TSSB belirtileri yer alırken, ikinci faktörde depresyon belirtilerine ek olarak depresif nitelikli TSSB belirtileri (uzaklaşma, ilgi kaybı, hissizleşme) yer alır. Bu nedenle birinci faktöre TSSB faktörü, ikinci faktöre depresyon faktörü adını verdik.

Sağlık Hizmeti Kullanımı Anketi: Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında kullanılan ölçeğin (Kılıç 1988) depremzedelere uyarlanmış halidir. Deprem sonrası ruhsal sorunun varlığını (0=yok, 1=var) ve başvuru yakınmasının türünü araştırır. Başvuru yakınması açık uçlu sorularla taranmış, sonuçta 24 başvuru yakınması türü saptanmıştır. Bu yakınmalar daha sonra yedi gruba ayrılmıştır (1=genel stres/sinir, 2=uyku sorunu, 3=depreme bağlı korku/sıkıntı, 4=bellek sorunu, 5=depresyonla ilgili-üzüntü, zevk alamama, 6=kişilerarası ilişki sorunları, 7= diğer). Ankette ruhsal sorunla herhangi bir tedaviciye başvuru da değerlendirilmektedir. Tedavcinin türüne (1=sağlık ocağı veya hastanede çalışan pratisyen, 2=psikiyatri dışı uzman, 3=psikiyatr veya psikolog, 4=sivil toplum kuruluşları, 5=diğer-hemşire, eczacı, geleneksel tedavciler..) ek olarak önerilen tedavi de gruplanmıştır (1=tedavi yok, 2=psikososyal girişimler-psikoeğitim, debriefing, psikoterapi, başağıkma yöntemlerinin öğretilmesi, 3= ilaç tedavisi). Tedaviden yarar görme derecesi ise 1-7 arası puanlanmıştır (1=çok düzeldim, 4=deği-

şiklik yok, 7=çok daha kötü oldum). Araştırma anında kullanılmakta olan psikotrop ilaçlar açık uçlu bir soruyla saptanmış ve dört grupta sınıflandırılmıştır (1=benzodiazepinler, 2=benzodiazepin olmayan sedatifler, 3=antidepresanlar, 4=diğer veya ismini bilmiyor). İki veya daha fazla ilaç bildirildiğinde gruplamada hiyerarşi kullanılmıştır: antidepresan ve diğer herhangi bir ilaç kullananlar antidepresan, benzodiazepin ve diğer sedatifin birlikte kullanımı benzodiazepin olarak kodlanmıştır. Bölgede çalışan ve depremzedelere ulaşma çabası gösteren sivil toplum kuruluşları olduğundan, sağlık hizmeti kullanımı her zaman aktif yardım arama değildi. Ankette depremzedelere depremden sonra ruhsal sorun için herhangi bir tedaviciye başvurup vurmadıkları ya da bir tedavcinin bu amaçla kendilerine ulaşp ulaşmadığı sorulmaktadır. Kime başvurulduğu bilgisi soruşturulduğu halde tedavcilere kaç kez başvurulduğu sorulmamıştır. Hastanede başvuru alan kişinin uzman doktor olduğu özellikle belirtilmemişse hastane doktoru pratisyen hekim grubuna sokulmuştur. Bölgede çalışan sivil toplum kuruluşları (STK) birbirinden amaç, tedavi türleri ve bulundurdıkları tedavici türleri açısından birbirinden önemli farklılıklar göstermekteydi. Bu nedenle, özellikle de yurtdışından gelen yardım ekipleri söz konusu olduğunda, depremzedeler yardım aldıkları kişinin mesleğini bildirmekte zorlanıyorlardı. Bu nedenle STK'ları ayrı bir grup olarak sınıflamayı uygun bulduk, böylece STKların depremzedelere sağlık hizmeti sağlamadaki rolü de araştırılabilecekti.

Veri analizi: İki merkezin verileri psikiyatrik yardım aramayı yordayan değişkenlerin analizi amacıyla birleştirildi. Sonuç değişkenleri depremden sonra ruhsal sorun nedeniyle herhangi bir tedaviciye başvurma, ilk kez başvuru alan tedavcinin türü ve araştırma anında psikotrop ilaç kullanımı idi. Demografik değişkenlerle sonuç değişkenleri önce t-test (sürekli değişkenler için) ve ki-kare testi (kategorik değişkenler için) kullanılarak karşılaştırıldılar. Yordayıcı değişkenlerin sonuca bağımsız etkisini saptamak için ayrıca bağımlı değişkenlerin yordayıcıları ayrı ayrı lojistik regresyonla araştırıldı. Regresyonda psikopatoloji değişkeni olarak TSBL'nin faktör analizi sonucunda elde edilen TSSB ve depresyon faktör skorları kullanıldı.

BULGULAR

Demografik ve klinik değişkenler

İki merkezde toplam olarak 2007 kişi değerlendirilmiştir (Değirmendere'de 1234, Avcılar'da 773 kişi); depremden sonra geçen ortalama süre 410 gün idi (SS:61). Demografik özellikler ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili bilgiler Tablo 1'de görülmektedir. Toplam grubun

%59'u kadındı. Yaş aralığı 15-90 olup, ortalaması 38.2 (ss: 15.7) idi. Hem demografik, hem klinik değişkenler açısından iki merkez arasında anlamlı farklılıklar vardı. Değirmendere'deki grup Avcılar grubuna göre daha yaşlı, daha fazla eğitilmiş idi ve ruhsal hastalık veya başka travma öyküsü de daha fazlaydı. Değirmendere merkezüstünde yer aldığı için bu gruptakilerin kayıpları da daha fazlaydı.

Bildirilen ruhsal sorun oranı ve sağlık hizmeti kullanımı

Depremzedelerin 675'i (%34) deprem sonrasında herhangi bir ruhsal sorun yaşadığını bildirdi. Bildirilen sorun oranı Değirmendere'de Avcılar'dan daha fazlaydı (Tablo 2). Kadınlarda ruhsal sorun bildirenlerin oranı erkeklerden fazlaydı. Ruhsal sorun yaşadığını bildirenlerin yarısından daha azı (%42, N=275, toplam örneklemin %13.7'si) depremden sonra ruhsal sorun nedeniyle tedaviciye başvurduğunu belirtiyordu. Kadınların tedavi başvuru oranı erkeklerden fazlaydı (45%'e 35%, χ^2 : 5.3, df: 1, p<.05). Tedavi başvurusu olup olmaması ile yaş, araştırma bölgesi, travmatik stres veya depresyon puanları arasında ilişki bulunmadı. Yardıma başvuranlar arasında 252 kişi sadece bir tedaviciye, 17 kişi iki tedaviciye, 6 kişi ise üç tedaviciye başvurmuştu. Tedavici sayısı hem depresyon hem travmatik stres puanlarıyla anlamlı ilişki gösteriyordu (travmatik stres için .25, depresyon için .20), bu da daha fazla sıkıntısı olanların ilk tedavcidenden yarar görmedikleri veya aldıkları yardımın türünden memnun olmadıklarını düşündürmektedir. Tedaviye başvuranların ilk başvurdıkları kişi sırasıyla ruh sağlığı çalışanı (psikiyatr veya psikolog, %35), psikiyatri dışı uzman (%22), pratisyen hekim (%20) ve STK'lar (%20) idi. Tedavici türü araştırma bölgesi ve yaşla ilişkili bulundu, cinsiyetle ilişki bulunmadı. Genç olmak psikiyatr veya psikologa başvurma ihtimalini artırıyordu. İlk tedavici olarak bir STK'ya başvuranların oranı Değirmendere'de Avcılar'a oranla altı kat daha fazla idi (27.2%'ye 4.8%). Tersine, Değirmendere'de pratisyen hekime başvuru oranı da Avcılar'dan düşüktü. Bu bulgu STK'ların yardım çabalarını merkezüstü bölgede yoğunlaştırdıklarını, Avcılar'daki depremzedelerin ise hem STK'lara hem de uzman doktor ve psikiyatlara ulaşım şansının daha az olduğunu göstermektedir.

Tedavi aramaya yolaçan nedenler sıklık sırasına göre genel stres/sinir (38%), depreme bağlı korku/sıkıntı (25%), uyku sorunu (16%), moral bozukluğu/zevk alamama (11%) ve unutkanlık (4%) idi. Başvuru nedenleri araştırma bölgesine ve cinsiyete göre farklılık gösteriyordu. Değirmendere'de Avcılar'a oranla moral bozukluğu/zevk alamama (13% e 4%) ve unutkanlık

TABLO 1. Örneklemin Özellikleri.

	Değirmendere (n= 1234)			Avcılar (n= 773)			df	χ^2	t	p≤
	X	SD	n (%)	X	SD	n (%)				
Demografik özellikler										
Cinsiyet										
(kadın)			660 (54)			529 (68)	1	43.4		.001
Yaş	40	16.2		36	14.5		1772		5.4	.001
Eğitim (1-6) ¹	4.2	1.2		3.9	1.3		1967		5.3	.001
Medeni durum										
(evli)			828 (67)			512 (66)	1	0.1		ad
Kişisel öykü										
Ruhsal hastalık öyküsü			96 (8)			28 (4)	1	10.8		.001
Ailede ruhsal hastalık			46 (4)			21 (3)	1	1.2		ad
Travma öyküsü			242 (20)			71 (9)	1	38.6		.001
Travma özellikleri										
Enkaz deneyimi			48 (4)			2 (0.3)	1	24.3		.001
Aile üyesi kaybı			56 (5)			9 (1)	1	16.2		.001
Akraba kaybı			396 (32)			51 (7)	1	173.8		.001
Arkadaş/komşu kaybı			1023 (83)			221 (29)	1	596.8		.001
Ev/işyeri kaybı			403 (33)			59 (8)	1	165.4		.001
Evde hasar derecesi (1-5) ²	2.1	1.2		1.22	0.55				18.3	.001
Depremden bugüne geçen zaman (gün)	419	74		393	19				11.5	.001
Deprem anında korku derecesi (0-4)	2.66	1.3		2.5	1.2				2.8	.01

¹ 1 = Hiç gitmemiş/Okuma yazma yok, 2 = Hiç okula gitmemiş/Okuryazar, 3 = İlkokul, 4 = Ortaokul, 5 = Lise, 6= Üniversite/yüksek lisans

² 1 = Hasar yok, 2 = Hafif, 3 = Orta, 4 = Ağır hasar, 5 = Yıkılmış

ad: Anlamli değil.

(5% e 1%) daha fazla bildirilmişti (χ^2 : 30.7, df: 6, p< .001). Depreme bağlı korku/sıkıntı kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazlaydı (29% a 15%, χ^2 : 19.9, df: 6, p< .01).

Önerilen tedaviler ve tedaviye bağlı düzelme

Tedavicilerin en sıklıkla önerdikleri (%56) tedavi türü ilaçlar (benzodiazepinler, antidepresanlar ve benzodiazepin olmayan sedatifler) idi. Depremzedelerin üçte birinden fazlası (%37) psikososyal müdahale (psikoterapi, tavsiyeler, debriefing, psikoeğitim) almıştı. Depremzedelerin %6'sına ise hiç tedavi önerilmemişti. Psikososyal müdahale Değirmendere'de Avcılar'a oranla daha fazlaydı, kadınlarda ise ilaç tedavisi erkeklerden daha fazlaydı. Önerilen tedavi sonucunda düzelme oran-

ları toplam grupta 3.0 (SS: .9) idi (3= hafif düzelme) ve cinsiyet, araştırma bölgesi, yakınma türü veya başvuru alanı tedavici türüne göre değişiklik göstermiyordu. Düzelme oranları alınan tedavi türüne göre anlamlı farklılık gösteriyordu: 'tedavi önerilmeyen' grup diğerlerinden daha az düzelme bildiriyordu.

Halen kullanılan psikotrop ilaçlar

Halen psikotrop kullanım oranları Tablo 2'de verilmiştir. Depremzedelerin %6.6'sı halen psikotrop ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir, bunların tümü de doktorun yazdığı ilaçlar değildir. Halen psikotrop kullanımı Değirmendere'de Avcılar'dan, kadınlarda erkeklerden fazlaydı. Halen kullanılan ilaçla ilk başvuru alanı tedavici türü ilişkili bulundu; önce bir psikiyatr veya başka uzmana başvuran-

TABLO 2. Sağlık Hizmeti Kullanımının Merkezlerarası Karşılaştırması.

	Değirmendere (n = 1234)		Avcılar (n = 773)		Df	χ^2	p≤
	N	(%)	N	(%)			
Deprem sonrası ruhsal sorun varlığı	489	(40)	186	(24.2)	1	52.3	.000
Başvuru yakınması *							
Genel stres/sinir	161	(33.1)	91	(51.7)	6	30.7	.000
Depremle ilişkili korku/sıkıntı	120	(24.7)	44	(25.0)			
Uyku sorunu	79	(16.3)	25	(14.2)			
Moral bozukluğu/isteksizlik	64	(13.2)	7	(4.0)			
Unutkanlık	23	(4.7)	1	(0.6)			
Başka	39	(8.0)	8	(4.6)			
Herhangi bir tedaviye ilk başvuru	191	(39.7)	85	(47.2)			ad
İlk tedavici*							
Pratisyen	19	(9.9)	36	(42.9)	4	50.9	.000
Uzman	45	(23.6)	14	(16.7)			
Psikiyatr/psikolog	71	(37.2)	25	(29.8)			
STK	52	(27.2)	4	(4.8)			
Başka	4	(2.1)	5	(6.0)			
Halen psikotrop kullanımı	96	(7.8)	36	(4.7)	1	7.2	.007
Psikotrop*							
BZ (benzodiazepin)	8	(9.5)	2	(8.7)			ad
BZ dışı sedatif	15	(17.9)	1	(4.3)			
Antidepresan	52	(61.9)	15	(65.2)			
Başka	9	(10.7)	5	(21.7)			

* Eksik veri nedeniyle rakamlar toplamdan eksik olabilir.

ad: anlamlı değil.

ların şu anda ilaç kullanıyor olma oranı, ilkönce pratisyene veya STK'ya başvuranlara oranla daha fazlaydı. Alınan tedavi türü de psikotrop kullanımıyla ilişkili bulundu: tedavilerce psikotrop reçete edilenlerin şu anda ilaç kullanıyor olma ihtimali daha yüksekti; başvuru yakınmasının türü ise bu konuda etkili değildi. Şu anda psikotrop kullandığını söyleyenlerin üçte ikisi antidepresan almaktaydı. Benzodiazepin kullanımı iki merkezde de %10'un altındaydı. Değirmendere'de daha çok benzodiazepin dışı sedatifler, Avcılar'da ise daha çok antidepresanlar kullanılıyordu. Benzodiazepin dışı sedatiflerin kullanımı kadınlarda erkeklerden daha fazlaydı.

Tedavi başvurusunun yordayıcıları

Ruhsal sorun nedeniyle tedavi başvurusunu yordayan değişkenleri saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi yapıldı. Bağımsız değişkenler Depremzede Bilgi Formu ve Sağlık Hizmeti Kullanımı Anketinden alındı. Regresyona

sokulan bağımsız değişkenler şunlardı: yaş, cinsiyet, eğitim (1-6), medeni durum (1 = evli, 2 = evli değil), ruhsal hastalık öyküsü (0 = yok, 1 = var), ailede ruhsal hastalık (0 = yok, 1 = var), travma öyküsü (0 = yok, 1 = var), çalışma bölgesi (1= Değirmendere/merkezüstüne yakın, 2=Avcılar/merkezüstüne uzak), enkaz deneyimi, aile üyesi kaybı, akraba, komşu, arkadaş kaybı, kurtarma çalışmalarına katılma, maddi kayıp (tümü 0 = yok, 1 = var), evin hasar derecesi (1 = hasar yok, 2 = hafif, 3 = orta, 4 = ağır, 5 = yıkılmış), deprem anında korku derecesi (0 = hiç, 4 = çok fazla), travmatik stres ve depresyon faktör puanları, depremden beri geçen zaman (gün), ve deprem sonrası ruhsal sorunun türü (1= genel sıkıntı/sinirlilik, 2= uyku sorunu, 3= depreme bağlı korku veya sıkıntı, 4= depresyonla ilgili (moral bozukluğu/zevk alamama), 5= diğer). Tedavi başvurusu (0=yok, 1=var) bağımlı değişken, sayılan 19 değişken ise bağımsız değişkenler olmak üzere lojistik regresyon yapıldı (Tablo 3). Tedavi başvurusunu yordayan üç değişken saptandı: ruhsal hastalık

TABLO 3. Tedavi Başvurusunu Yordayan Değişkenler.

Anlamlı yordayıcılar	Wald	P<	Odds oranı	Güvenlik aralığı Alt	Üst
Ruhsal hastalık öyküsü	14.0	.001	2.67	1.6	4.47
Moral bozukluğu/isteksizlik yakınması	6.6	.01	2.24	1.21	4.13
Maddi kayıp	5.6	.05	1.68	1.1	2.58

Değişkenler: yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ruhsal hastalık öyküsü, ailede ruhsal hastalık, ruhsal travma öyküsü, enkaz deneyimi, aile üyelerinin kaybı, arkadaş/akraba kaybı, kurtarma çalışmalarına katılma, deprem anındaki korku, araştırma bölgesi, evde hasar derecesi, maddi kayıp, TSSB faktör puanı, depresyon faktör puanı, ruhsal yakınma türü, depremden beri geçen zaman.

öyküsü, depremden sonra moral bozukluğu/zevk alamama belirtileri yaşama ve maddi kayıp. Dolayısıyla ne demografik değişkenler, ne de travmatik stres tedavi başvurusunu yordamıyordu. Regresyon analizini çalışma bölgelerinde, erkekler ve kadınlar arasında, düşük veya yüksek TSBL puanlılar arasında tekrarlamak benzer sonuçlar verdi (veriler verilmemiştir).

Başvurulan tedaviçi türünün yordayıcıları

Hangi tedaviçiye başvurulduğunu yordayan değişkenleri belirlemek için multinomial regresyon (NOMREG) analizi kullanıldı. İlk başvuru alan kişi (1= pratisyen hekim, 2= psikiyatri dışı uzman, 3= psikiyatr veya psikolog, 4= STK) bağımlı değişken, yukarıda bahsedilen 19 yordayıcı değişken ise bağımsız değişken olarak kullanıldı; "diğer tedaviçi" grubunda çok az kişi olduğu için bu grup analizlere katılmadı. Tablo 4'te de görüleceği gibi, bir pratisyen yerine bir uzmana başvurmayı sadece Değirmendere'den olmak yorduyordu. Bir pratisyen yerine psikiyatr veya psikologa başvurmayı da Değirmendere'den olmak ve daha genç olmak yordamaktaydı. Pratisyen yerine STK'ya başvuruyu yordayan faktörler ise Değirmendere'den olmak, depremde daha fazla korkmuş olmak ve erkek olmak idi. Başvuru yakınmasının türü tedaviçi seçimi ile ilişkili bulunmadı. Yaşın etkisi oldukça azdı, diğer demografik, travma ile ilişkili ve klinik değişkenler de ilk başvuru alan tedavcinin türünü yordamıyordu.

Psikotrop kullanımının yordayıcıları

Yukarıdaki değişkenler araştırma anındaki psikotrop ilaç kullanımı yordayıcılarını belirlemek için kullanıldı. Yukarıda değinilen lojistik regresyon analizi, eşitliğe ruhsal nedenle başvuru alan tedaviçi türü eklendikten sonra tekrarlandı (Tablo 5). Şu anda psikotrop kullanımını (0=yok, 1=var) yordayan değişkenler depremden sonra bir psikiyatra veya uzmana başvurmak, geçmişte ruhsal hastalığı olmak, TSSB puanlarının yüksek olması, depresyon puanlarının yüksek olması, binada hasarın fazla olması ve daha yaşlı olmak olarak belirlendi.

Şu anda ilaç kullananların sayısı az olduğu için (N=132), her bir ilaç tipini yordayan faktörleri saptamak amacı ile multinomial regresyon analizi yapamadık. Ancak depremden sonra herhangi bir tedaviçiye başvurmamış olanların %28'inin halen ilaç kullanmakta olduğunu saptadık. Bu kişiler muhtemelen deprem öncesinde de psikotrop kullanıyorlardı veya deprem sonrasında kendileri elde etmişlerdi. Bu kişilerin hiçbiri benzodiazepin kullanmıyordu, bu da (doktor yazmadığı halde ilaç kullananlar) yeşil reçete uygulamasının başarısını göstermektedir. Yapılan t-testi ve ki-kare analizlerinde kullanılan ilacın türünün çalışma merkezi, cinsiyet, yaş, TSSB veya depresyon faktörleriyle ilişkisi saptanmadı.

TARTIŞMA

Depremden sonra yedi depremezdeden biri ruhsal sorunlar nedeniyle bir tedaviçiye başvurmuştur. Bu oranlar hem Türkiye'de (Kılıç 1998) hem ABD'de (Kessler ve ark. 1999) yapılan çalışmalarda ruhsal hastalığı olanlarda saptanan başvuru oranlarına büyük benzerlik göstermektedir. Bu oran genel nüfusta yapılan randomize örneklemli bir çalışmada (Kılıç 1998) bulunan oranın (%4.7) yaklaşık üç katı fazladır. Bir doğal afetten sonra yardım arama oranlarının artması beklenir bir bulgu olmasına rağmen, yardıma ihtiyacı olanların tümü yardıma başvurmamıştır. Yaş ve cinsiyet başvuru etkilemezken ruhsal hastalık öyküsü ve depremden sonra depresif belirtiler görülmesi en önemli yordayıcılardır. Geçmişte ruhsal hastalık yaşamış kişilerin tekrar ihtiyaç olduğunda yardım aramalarının daha kolay olacağı anlaşılabilir bir şeydir. Depresif belirtilerin de yardım arayışla güçlü bir bağı olduğu anlaşıyor; bazı çalışmalarda depresyon TSSB'ye oranla tedaviye başvuru ihtimalini daha fazla artırmaktadır (Norris ve ark. 1990, Amaya-Jackson ve ark. 1999, Marshall ve ark. 1998). Depresyonun TSSB'ye oranla daha yüksek tedavi başvurusuna yol açması depresyonun TSSB'den daha sıkıntı verici oluşuyla açıklanabilecek gibi görünmüyor. Amaya-Jackson ve ark. (1999) iki hastalığın neden oldukları yetiyitimi benzer

TABLO 4. Başvurulan Tedaviciyi Yordayan Değişkenler.

Anlamlı yordayıcılar	Wald	P <	Odds oranı	Güvenlik aralığı Alt	Üst
Pratisyen yerine uzman Değirmendere’de olmak	8.8	.01	6.67	1.9	23.4
Pratisyen yerine psikiyatr/psikolog Değirmendere’de olmak	11.4	.001	7.2	2.29	22.9
Daha genç olmak Pratisyen yerine STK	8.9	.01	.95	.92	.98
Değirmendere’de olmak	21.7	.001	66.8	11.4	392
Erkek olmak	4.1	.05	5.59	1.06	29.4
Deprem anındaki korkunun fazla olması	6.75	.01	2.3	1.23	4.41

Değişkenler: yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ruhsal hastalık öyküsü, ailede ruhsal hastalık, ruhsal travma öyküsü, enkaz deneyimi, aile üyelerinin kaybı, arkadaş/akraba kaybı, kurtarma çalışmalarına katılma, deprem anındaki korku, araştırma bölgesi, evde hasar derecesi, maddi kayıp, TSSB faktör puanı, depresyon faktör puanı, ruhsal yakınma türü, depremden beri geçen zaman.

olduğu durumda bile tedaviye başvuru oranlarının farklı olduğunu bildiriyorlar. Aradaki farklar büyük ihtimalle, yaygın toplum eğitiminin sonucunda depresyonun daha iyi tanınmasına bağlıdır. Diğer bir ihtimal ise, depresyonu olan bireylerin kendileri veya ailelerinde depresyon öyküsü olmasıdır; bu durum ruh sağlığı hizmetleriyle tanışık olmayı, ya da ruh hastalığı ile ilgili damgalanma korkusunu azaltmayı sağlamış olabilir.

Travmatik stres puanları yüksek olan bireylerin tedaviye başvurusunun daha fazla olması beklenirken çalışmamızda böyle değildir; bu da yardıma ihtiyacı olan bazı kişilerin bu yardımı alamadıkları anlamına gelir. Ruh sağlığı hizmeti almayı engelleyen çok sayıda faktör vardır. Goldberg ve Huxley (1992) tedaviye başvuru kararını etkileyen faktörler arasında farkındalık, adını koyma, damgalama, ekonomik ve demografik faktörler gibi değişkenleri saymışlardır. Toplumda depresyonla ilgili farkındalık düzeyi giderek artarken, anksiyete bozuklukları için aynı durum söz konusu değildir. Bu nedenle bazı kişiler bir sorunları olduğunu, ya da tedavisi olduğunu bilmeyebilirler. Depremzedelerin ruhsal sorunları için yardıma ihtiyaç duyup duymadığını bir soruyla değerlendirdik. Depremden bu yana geçen zaman klinik değişkenlerin hiçbirisiyle korelasyon göstermediğine göre bu değişkenin depremden bu yana değişmediğini varsayabiliriz. Tedavi ihtiyacını yordayan faktörler ruhsal hastalık öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü, depresyon ve travmatik stres faktörleri ile akraba ve arkadaş kaybı idi (veriler verilmemiştir). Bu durum travmatik stres puanları yüksek olanlar arasında tedavi başvurusunun yüksek olmamasının sadece sorunun farkında olmamakla açıklanamayacağını göstermektedir. Ekonomik faktörlerin tedavi başvurusunu etkilemesi mümkün ise de, bunun

örneklekimizde önemli bir rol oynamadığını düşünüyoruz. Deprem bölgesindeki tüm STK’lar ücretsiz hizmet verdiği gibi, sağlık ocakları ve hastane hizmetleri de birçok kişi için ücretsizdir. Bazı kişiler sosyal açıdan dezavantajlı konumlarından veya sosyal destek sistemleri yetersiz olduğu için başvuramamış olabilirler. Ruh hastalığı ile ilgili damgalanma korkusu da başka bir neden olabilir. Son olarak, Schwartz ve Kowalsky (1992)’nin silahla taranan bir grupta yaptıkları çalışmada belirttikleri gibi, bazı kişiler semptomlarının doğası gereği başvuramıyor olabilirler. “Terapi”nin travmadan bahsetmeyi gerektireceğini, bunun da rahatsız edici anıları canlandıracağını bilen bazı kişiler yardım aramaktan bu nedenle kaçınıyor olabilirler. Gerçekten de üç TSSB semptom kümesi içinde sadece kaçınma kümesi tedaviye başvuruyla anlamlı bir korelasyon göstermiyordu. Diğer iki kümenin korelasyonları ise düşük de olsa pozitif idi (veriler verilmemiştir). Kaçınma travmalardan sonra yaygın biçimde görülen ve yetiyitimine yolaçan bir semptom kümesidir ve tedaviye cevabı oldukça iyidir (Başoğlu ve ark. 2003). Bu nedenlerle karşılanmamış tedavi ihtiyacı sorununu çözmek için bu insanların tedaviye başvurmamasını beklemek yerine onlara ulaşmayı hedefleyen, bunun yanı sıra depreme bağlı semptomların özelliklerine ve tedavinin mümkün olduğuna vurgu yapan bir toplum eğitimini içeren bir yaklaşım gereklidir.

Tedavi başvurusunu travmatik stres puanları yordamadığı halde maddi kaybın yordamış olması ilginçtir. Kaybın travmatik stresten çok depresyonla ilişkili olduğu genellikle kabul edilir. Örneklekimizde, maddi kayıp hem depresyon hem de travmatik stres faktörleriyle ilişkiliydi; depresyonla ilişki daha güçlüydü (veriler verilmemiştir). Çalışmamızda maddi kayıp psikolojik sıkın-

TABLO 5. Şu Andaki Psikotrop Kullanımını Yordayan Değişkenler.

Anlamlı yordayıcılar	Wald	P<	Odds oranı	Güvenlik aralığı	
				Alt	Üst
Yaşlı olma	9.86	.01	1.05	1.02	1.08
Yüksek depresyon faktör puanı	8.22	.01	1.56	1.15	2.12
Yüksek TSSB faktör puanı	7.94	.01	1.95	1.23	3.11
Önce psikiyatr/psikologa başvurma	6.06	.05	4.78	1.38	16.6
Evde hasarın fazla olması	5.74	.05	1.58	1.09	2.3
Ruhsal hastalık öyküsü	5.72	.05	2.8	1.2	6.39
Önce uzmana başvurma	4.09	.05	3.84	1.04	14.1

Değişkenler: yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ruhsal hastalık öyküsü, ailede ruhsal hastalık, ruhsal travma öyküsü, enkaz deneyimi, aile üyelerinin kaybı, arkadaş/akraba kaybı, kurtarma çalışmalarına katılma, deprem anındaki korku, araştırma bölgesi, evde hasar derecesi, maddi kayıp, TSSB faktör puanı, depresyon faktör puanı, ruhsal yakınma türü, başvurulacak tedavi türü, depremden beri geçen zaman.

tıyla ilişkili bulunmuş olsa da, bu bulgular maddi kaybın tedavi başvurusunu yordamasının psikolojik sıkıntıdan bağımsız olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada incelemediğimiz başka faktörler de sorumlu olabilir ve maddi kaybın neden olduğu stresler araştırılmalıdır.

Araştırma anında psikotrop kullanma oranı (%6.6) daha önce ulusal örnekleme yapılan çalışmada (Kılıç 1998) bulunana (%5) benzerdir. Bu da depremden sonra genel psikotrop kullanımında önemli bir artışın olmadığını göstermektedir. Travmatik stres ve depresyon faktör puanları her iki araştırma bölgesinde de psikotrop kullanımıyla anlamlı ilişkili bulundu; travmatik stresle ilişki daha güçlüydü. Şu andaki psikotrop kullanımını yordayan değişkenler arasında doktorun reçete etmesi dışında da faktörler olması insanların ilaçlarını kendi kendine alabildiklerini, geçmişte kullanmışlarsa bu ihtimalin arttığını göstermektedir. Türkiye’de birçok psikotrop ilaç reçetesiz alınabildiği için, bu bulgu psikotrop kötüye kullanımına kimlerin aday olduğunu anlamakta yardımcı olabilir.

Değirmendere’de ilk başvurular en çok psikiyatr/psikoloğa yapılırken, Avcılar’da en çok başvurulacak pratisyen hekimlerdi. İki araştırma bölgesi depremden sonra ayrılan kaynaklar açısından farklılık gösteriyordu, ayrıca Değirmendere’de yaşayanların ekonomik durumu da daha iyiydi. Bu bulgular, insanların ruhsal sorun söz konusu olduğunda eğer başka tedaviye gitme şansları varsa pratisyen hekimleri atladıklarını göstermektedir. Amerikan by-passı adı verilen bu eğilim (Goldberg ve Huxley 1992). Türkiye’deki başka çalışmalarda da gösterilmiştir (Kılıç 1998, Kılıç ve ark. 1994). Değirmendere’de STK’ların önemli bir yer tuttuğu görülüyor; tedavi başvurusu olanların %27’si bir STK’ya başvurmuşlardır.

STK’lar başvuranlara daha çok psikososyal müdahalelerde bulunurken, pratisyen hekimler veya diğer uzmanlar çoğu hastalarına ilaç tedavisi önermişlerdir. İlaç tedavileri hem doktor hem de hasta için başlangıçta cazip ve kolay gelebilir, ancak uzun vadede hem çeşitli riskler taşır hem de maliyeti daha fazladır. Üstelik, tedaviden görülen yarar da farklı tedavi türleri arasında farklılık göstermektedir. Depremzedelerle tecrübelerimiz depreme bağlı ruhsal sorunların bilişsel-davranışçı tedavilerle (BDT) oldukça kısa sürede tedavi edilebildiğini göstermektedir (Başoğlu ve ark. 2003). BDT’nin bir diğer avantajı da diğer sağlık personeli, hatta meslektan olmayanlarca bile uygulanabilmesidir. Sağlık çalışanlarını BDT konusunda eğitmek, hem etkili tedavi uygulanmasını, hem uzmanların zamanından tasarruf etmeyi sağlayacak, hem de ilaç tedavilerinin maliyet ve risklerini önleyecektir.

Çalışmamızın birçok kısıtlılığı vardır. Hedeflediğimiz hanelerin ancak yarısından biraz fazlasına ulaşabildik. Bu oranın düşük olmasının ana sebebi depremin yolaçtığı geniş çaplı yıkım idi. Depresyon ve TSSB’nin saptanmasında yapılandırılmış bir görüşme kullanmadık. Ancak kullandığımız anketin geçerliliği CAPS ve SCID depresyon modülünün benzer bir örnekleme kullanıldığı bir çalışmada daha önce gösterilmişti (Başoğlu ve ark. 2001). Tedavilere kaç kere başvurulduğunu değerlendirmedik, ayrıca anketimizde en fazla üç farklı tedaviyi kaydetmeye imkan vardı. Bir tedaviye kaç kere başvurulduğunu değerlendirmemizin büyük bir veri kaybına yol açmadığını düşünüyoruz, zira Kessler ve ark. (1999) tedaviye başvuru sayısının başvurulacak tedavi türü sayısı ile yakın ilişkili olduğunu bildiriyorlar. Tam olarak ne zaman tedaviye başvurulduğunu da değerlendirmedik; bu da şu andaki semptom düzeyini etkileyebilir. Çalışmanın bir başka kısıtlılığı da bedensel hastalıklar hakkında bilgi

toplanmamış olmasıdır. Hem TSSB hem de depresyon sıklıkla bedensel hastalıklarla birlikte görülür (Breslau ve Davis 1992, Schnurr ve ark. 2000, Ouimette ve ark. 2004). Bazı çalışmalar TSSB ve depresyonu olan travma mağdurlarında tedavi başvurusunun yüksek olmasını bedensel hastalığın varlığına bağlamaktadırlar (Marshall ve ark. 1998, Deykin ve ark. 2001), ancak bu konuda bulgular tutarlı değildir. Bu nedenlerle gelecekteki çalışmalarda bedensel hastalıkların değerlendirilmesi ihmal edilmemelidir. Çalışmamızın güçlü yönü, tek tip ve ciddi bir travmaya uğramış büyük bir örnekleimde yapılmış olmasıdır. Kessler ve ark. (1999) ile Amaya-Jackson ve ark. (1999) çalışmaları dışındaki çalışmaların çoğu tedavi başvurusu olan örneklerde yapılmıştır, bu yüzden de tedaviye hiç başvurmamış olan kişilerle ilgili bilgi vermemektedirler. Travmayı yaşamış kişiler arasından seçilen randomize toplum örneklemini kullanmak bu yanlışlığı ortadan kaldırmaktadır.

SONUÇ

Çalışmamız, depremlerle ilişkili ruhsal sorun bildiren kişilerin çoğunun tedavi başvurusunda bulunmadığını göstermektedir. Ek olarak, tedavi başvurusunda bulunanlar da yardıma en çok ihtiyacı olanlar değillerdi: tedavi başvurusunu klinik değişkenlerin hiçbirisi yordamıyordu. Bu bulgu depreme bağlı ruhsal sorunlar konusunda ciddi derecede karşılanmamış ihtiyaç olduğunu göstermektedir. TSSB ve depresyon ciddi yetiyeitimine yolaçtığı ve toplum için de sosyal ve ekonomik yük getirdiği için tedavi başvurusunun arttırılması bu yükü azaltabilir. Bulgular afetlerden sonra hizmeti ihtiyacı olanların ayağına götürmenin önemini göstermektedir; zira ciddi sorunları olan birçok kişi yardım arama konusunda isteksiz, hatta tedavi edilebilir bir sorunu olduğundan habersiz olabilir. Kişiler sorunun farkında olsalar bile, ruhsal olmayan bir yakınma ile tedaviye başvurmaları ve böylece rutin klinik ortamda ruhsal sorunlarının fark edilmemiş olması da mümkündür (Zimmerman ve Mattia 1999,

2000). Sıkıntısı olan kişiler damgalanma korkusundan, sağlık sistemine güvenmediklerinden dolayı yardım aramıyor veya tedavi sıkıntı verici anıları canlandıracağı için özellikle kaçınıyor olabilirler. Farkındalık kampanyaları ve pratisyen hekimlere yönelik eğitimler son on yılda depresyonun tanınma ve tedavi edilme oranlarını arttırmıştır (Sağduyu ve Özmen 1996). İki büyük depremde 20.000 insanımızı kaybetmiş olmamıza rağmen benzer kampanyalar ruhsal travmalar için yapılmamaktadır. Toplum eğitimi pratisyen hekimler ve diğer sağlık çalışanlarını da içermeli ve travmaya bağlı ruhsal sorunların tedavisinde kendilerine güven duymalarını sağlamayı hedeflemelidir.

Örnekleminin dörtte biri ile beşte biri arasında bir oranda muhtemel TSSB veya depresyonu olduğu düşünüldüğünde, psikotrop kullanma oranları beklenenden düşüktür. Çoğu vakada ilacı yazan bir psikiyatr olmasına rağmen, ruhsal hastalık öyküsü ve şu andaki travmatik stres puanları da psikotrop kullanımını yordamaktaydı. Psikotropların denetimsiz kullanımı tıbbi tehlikelere ve uygun tedavinin gecikmesine yol açabileceği için kötüye kullanım ve antidepresanların gereksiz kullanımı araştırılmalıdır. Sağlık hizmeti kullanımı açısından iki araştırma bölgesi arasındaki farklılıklar sağlık örgütlenmesindeki aksamaya işaret etmektedir. Depremzedelerin ruhsal sorunların tedavisi konusunda pratisyen hekimlerin becerisine ve sır tutma sorumluluğuna güvenmiyor olmaları mümkündür. Bu bulgular temel sağlık hizmetleri personelinin ruh sağlığı hizmetleri konusundaki eğitimlerinin sürekli kılınmasının önemini de göstermektedir. Ülkemizdeki temel sağlık birimleri genellikle başvuruların poliklinik düzeyinde değerlendirildiği yerlerdir ve aşılama kampanyaları dışında hizmeti kişinin ayağına götürme pek uygulanmaz. Hizmetlerin ihtiyacı olanların ayağına götürülmesini sağlayacak şekilde yeniden düzenlenmesi deprem gibi afetlerden sonra oluşacak büyük sağlık sorunlarına cevap vermek için gereklidir.

KAYNAKLAR

- Amaya-Jackson L, Davidson JR, Hughes DC ve ark. (1999) Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community. *J Trauma Stress*, 12: 709-724.
- Armenian H, Morikawa M, Melkonian A ve ark. (2000) Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatr Scand*, 102: 58-64.
- Başbakanlık Kriz Merkezi (1999) Kayıp tablosu. Şubat 11, 2001, <http://www.basbakanlik.gov.tr/krizyonetimmerkezi/depremmasar.htm>.
- Başbakanlık Kriz Merkezi (1999) Basın Bildirisi. Şubat 11, 2001 <http://www.basbakanlik.gov.tr/krizyonetimmerkezi/22aralikbasinbildirisi.htm>.
- Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M ve ark. (2001) A Study of the

Validity of a Screening Instrument for Traumatic Stress in Earthquake Survivors in Turkey. *J Trauma Stress*, 14: 491-509.

Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M ve ark. (2002) Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress*, 15: 269-276.

Başoğlu M, Livanou M, Şalcıoğlu E, Kalender D (2003) A brief behavioural treatment of chronic posttraumatic stress disorder in earthquake survivors: Results from an open clinical trial. *Psychol Med*, 33: 647-654.

Başoğlu M, Kılıç C, Şalcıoğlu E, Livanou M (2004) Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Earthquake Survivors in Turkey: Two Epidemiological Studies. *J Trauma Stress*, 17: 133-141.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM ve ark. (1996) Clinician

Administered PTSD Scale for DSM-IV-Current and Lifetime Diagnostic Version. National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Behavioral Science Division, VA Medical Center, Boston.

Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer B (1997) Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *Br J Psychiatry*, 170: 479-82.

Boscarino JA, Galea S, Adams RE ve ark. (2004) Mental Health Service and Medication Use in New York City After the September 11, 2001, Terrorist Attack. *Psychiatr Serv*, 55: 274-83.

Breslau N, Davis GC (1992) Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry*, 149: 671-675.

Calhoun PS, Bosworth HB, Grambow SC ve ark. (2002) Medical Service Utilization by Veterans Seeking Help for Posttraumatic Stress Disorder *Am J Psychiatry*, 159:2081-2086.

Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA ve ark. (1997) Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: II. Exposure and morbidity profiles during the first 2 years post-disaster. *Psychol Med*, 27: 167-178.

Deykin E, Keane TM, Kaloupek D ve ark. (2001) Posttraumatic Stress Disorder and the Use of Health Services. *Psychosom Med*, 63:835-841.

THE ESEMeD/MHEDEA2000 INVESTIGATORS (2004) Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*, 109 (Suppl.420): 38-46.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Non-patient edition. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Freedy JR, Addy CL, Kilpatrick DG ve ark. (1995) Disasters' impact upon adults & adolescents. Final report for National Institute of Mental Health, Grant no. RO1 MH47508. Submitted to Department of Health and Human Services Public Health Service.

Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS ve ark. (1994) Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*, 151: 895-901.

Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian NM ve ark. (2000) Prospective study of posttraumatic stress, anxiety and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry*, 157: 911-916.

Goldberg DP, Huxley P (1992) Common Mental Disorders: A Bio-social model. London, New York: Tavistock/Routledge.

Hankin CS, Spiro A, Miller DR, Kazis L (1999) Mental Disorders and Mental Health Treatment Among U.S. Department of Veterans Affairs Outpatients: The Veterans Health Study. *Am J Psychiatry*, 156:1924-1930.

Kessler RC, Shanyang Z, Katz SJ ve ark. (1999) Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry*, 156: 115-123.

Kessler RC (2000) Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry*, 61 (supp 5): 4-12.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52:1048-1060.

Kimerling R, Calhoun KS (1994) Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 62:333-340.

Kılıç C (1998) Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar: Türkiye Ruh Sağlığı Profili: anarapor. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Kılıç C, Rezaki M, Üstün TB, Gater R (1994) Pathways to Psychiatric Care in Ankara. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidem*, 29: 131-136.

Kılıç C, Ulusoy M (2003) Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand*, 108: 232-8.

Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA ve ark. (1990) Trauma and the Vietnam War generation. New York: Brunner/Mazel.

Kuo CJ, Tang HS, Tsay CJ ve ark. (2003) Prevalence of Psychiatric Disorders Among Bereaved Survivors of a Disastrous Earthquake in Taiwan. *Psychiatr Serv*, 54: 249-251.

Lai TJ, Chang CM, Connor KM ve ark. (2004) Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *J Psychiatr Res*, 38: 313-322.

Livanou M, Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Kalender D (2002) Traumatic Stress Responses in Treatment-Seeking Earthquake Survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis*, 190: 816-823.

Maj M, Starace F, Crepet P ve ark. (1989) Prevalence of psychiatric disorders among subjects exposed to natural disaster. *Acta Psychiatr Scand*, 79: 544-549.

Marshall RP, Jorm AF, Grayson DA, O'Toole BI (1998) Posttraumatic Stress Disorder and Other Predictors of Health Care Consumption by Vietnam Veterans. *Psychiatr Serv*, 49:1609-1611.

Norris FH, Kaniasty KZ, Scheer DA ve ark. (1990) Use of mental health services among victims of crime: frequency, correlates and subsequent recovery. *J Consult Clin Psychol*, 58: 538-547.

North CS, Nixon SJ, Shariat S ve ark. (1999) Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, 282: 755-762.

Quimette P, Cronkite R, Henson BR ve ark. (2004) Posttraumatic Stress Disorder and Health Status Among Female and Male Medical Patients. *J Trauma Stres*, 17: 1-9.

Papadatos Y, Nikou K, Potamianos G ve ark. (1990) Evaluation of psychiatric morbidity following an earthquake. *Int J Soc Psychiatry*, 36: 131-136.

Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 101: 46-59.

Priebe S, Ismaili S (1997) Long-Term Mental Sequelae of Torture in Iran-Who Seeks Treatment? *J Nerv Ment Dis*, 185:74-77.

Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S (1996) Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry*, 153: 556-558.

Switzer GE, Dew MA, Thompson K ve ark. (1999) Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *J Trauma Stres*, 12: 25-39.

Sağduyu A, Özmen E (1996) Mental Illness in General Health Care: Primary Care Physician's Psychiatric Diagnoses, Treatments, and Effects of Training Program. *Turkish Journal of Psychiatry*, 7: 176-184.

Schnurr PP, Spiro A, Paris AH ve ark. (2000) Physician-Diagnosed Medical Disorders in Relation to PTSD Symptoms in Older Male Military Veterans. *Health Psychol*, 19: 91-97.

Schwarz ED, Kowalski JM (1992) Malignant memories. Reluctance to utilize mental health services after a disaster. *J Nerv Ment Dis*, 180: 767-72.

Şalcıoğlu E, Başoğlu M, Livanou M ve ark. (2003) Long-term psychological outcome in non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis*, 191: 154-160.

Webster RA, McDonald R, Lewin TJ, Carr VJ (1995) Effects of a natural disaster on immigrants and host populations. *J Nerv Ment Dis*, 183: 390-397.

Yang YK, Yeh TL, Chen CC ve ark. (2003) Psychiatric morbidity and posttraumatic symptoms among earthquake victims in primary care clinics. *Gen Hosp Psychiatry*, 25: 253-261.

Zimmerman M, Mattia JI (1999) Is Posttraumatic Stress Disorder Underdiagnosed in Routine Clinical Settings? *J Nerv Ment Dis*, 187: 420-428.

Zimmerman M, Mattia JI (2000) Principal and additional DSM-IV disorders for which outpatients seek treatment. *Psychiatr Serv*, 51: 1299-1304.