



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
SUALTI HEKİMLİĞİ VE HİPERBARİK TIP ANABİLİM DALI**

**SERTİFİKALI DALICILARDA ŞEMA (KİŞİLİK) TİPLERİNİN,
HEYECAN ARAMA DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ VE
DALIŞ KAZALARI İLE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Hayriye Dilara BEDİR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI**

**SERTİFİKALI DALICILARDA ŞEMA (KİŞİLİK) TİPLERİNİN,
HEYECAN ARAMA DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ VE
DALIŞ KAZALARI İLE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Hayriye Dilara BEDİR

Tez Danışmanları

Dr. Öğr. Üyesi Münire Kübra ÖZGÖK KANGAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022

TEŞEKKÜR

Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp ihtisasım boyunca hem nezaketinden hem çalışma disiplininden çok şey öğrendiğim, varlığını, desteğini her daim hissettiğim, başta ana bilim dalı başkanımız aynı zamanda tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi M. Kübra ÖZGÖK KANGAL'a, uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren hastalarımıza yaklaşımından çok şey öğrendiğim, klinik bilgi ve tecrübelerini bizimle her zaman cömertçe paylaşan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Taylan ZAMAN'a, özellikle ihtisasımın ilk yıllarında fikir ve deneyimlerinden istifade etme şansını yakaladığım Doç. Dr. Kemal ŞİMŞEK'e çok teşekkür ederim.

Tanıştığımız ilk günden beri elimi hiç bırakmayıp hep yanımda olan, pozitif enerjisi, azmi, hoşgörüsü, çalışkanlığıyla örnek aldığım, bu tez çalışmamda da desteğini hep gösteren eşim Uzm. Dr. Y. Bahadır BEDİR'e, çalışmamın özellikle istatistiksel değerlendirilmesinde değerli katkılarından dolayı Uzm. Dr. İbrahim GÜNDOĞMUŞ'a, kendileriyle devamlı bilgi paylaşımında bulunduğum asistan arkadaşlarıma, klinikteki hemşirelerimize, operatörlerimize, tüm personele ve kendilerinden çok şey öğrendiğimiz hastalarımıza çok teşekkür ederim.

Beni hiçbir zaman yalnız bırakmayıp, her başarımda benimle mutlu olup gurur duyan, birer eğitimci olarak bugünlere gelmemde büyük emekleri olan sevgi dolu annem Hatice Sağ'a ve çalışkan babam Zeki Sağ'a, nerdeyse asistanlığımın birlikte hayat serüvenime katılan, çok küçük olmasına rağmen bana hep kolaylık gösteren, güler yüzlü oğlum Ali Nadir'e çok teşekkür ederim.

Hayatımda olmaları nedeniyle büyük mutluluk duyduğum canım akrabalarıma ve yürüdüğüm tüm yollarda bana eşlik eden canım arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim...

Dr. Hayriye Dilara BEDİR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DALIŞ TARİHÇESİ	3
2.2. DALIŞ TÜRLERİ	5
2.2.1. Serbest Dalış (Nefes Tutarak Dalış).....	5
2.2.2. Çan Dalışı.....	6
2.2.3. Satıhtan Destekli Dalış	6
2.2.4. Tüplü Dalış (SCUBA Dalışı)	7
2.3. DALIŞ KAZALARI	7
2.3.1.Basınç Değişiklikleri ile Oluşan Hastalıklar (Barotravmalar)	7
2.3.2. Dalışta Solunan Gazların Patofizyolojik Etkileri.....	12
2.3.3. Diğer Dalış Kazaları ve Hastalıkları	15
2.4. DALIŞ KAZALARINA YOL AÇAN FAKTÖRLER.....	17
2.4.1. Dalıcı ile İlişkili Risk Faktörleri	17
2.4.2. Dalışla İlişkili Risk Faktörleri.....	18
2.5. ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR.....	20
2.5.1. Şema Nedir?	20
2.5.2. Şemaların Oluşumu.....	20

2.5.3. Şemaların Sınıflandırılması.....	21
2.5.4. Şemalar, Heyecan Arama Davranışı ve Dalış Kazaları	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. ÖRNEKLEM	26
3.2 ARAŞTIRMA İZİNLERİ	26
3.3. ANKET	27
3.3.1. Sosyodemografik ve Dalış Bilgileri	27
3.3.2. Young Şema Ölçeği	27
3.3.3. Genç Yetişkinlerde Heyecan Arama Ölçeği	28
3.4. İSTATİKSEL ANALİZ	29
4. BULGULAR	30
4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	30
4.2. DALIŞ ÖYKÜSÜ	32
4.3. YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ İLE HEYECAN ARAMA ÖLÇEĞİ SONUÇLARI VE SONUÇLARIN DALGIÇ İLE KONTROL GRUBU ARASINDAKİ KARŞILAŞTIRMASI	32
4.4 DALIŞ KAZASI ÖYKÜSÜ İLE HEYECAN ARAMA VE ŞEMA TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	34
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇLAR	45
KAYNAKLAR	47
EKLER.....	56
EK-1. TSSF İzin Belgesi.....	56
EK-2. Araştırma Etik Kurul Belgesi	57
EK-3. Olgu Rapor Formu.....	58
ÖZGEÇMİŞ.....	67

KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ATA	: Atmosfer Absolute
BCD	: Buoyancy Control Device
BSAC	: British Sub-Aqua Club
CMAS	: Confederation Mondiale Des Activites Subaquatiques
CO₂	: Karbondioksit
DAN	: Divers Alert Network
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NOAA	: National Oceanic and Atmospheric Administration
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PADI	: Professional Association Diving Instructor
pCO₂	: Parsiyel karbondioksit basıncı
SCUBA	: Self Contained Underwater Breathing Apparatus
SSI	: SCUBA Schools International
TSSF	: Türkiye Sualtı Sporları Federasyonu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
YŞÖ	: Young Şema Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Dalgıç ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	30
Tablo 4.2. Dalgıç ve Kontrol Grubunun Sigara ve Alkol Kullanımlarının Karşılaştırması	31
Tablo 4.3. Dalgıç ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Tedavi Öykülerinin ve İntihar Teşebbüslerinin Karşılaştırması	32
Tablo 4.4. Dalgıçların Dalış Sertifikalarına Göre Dağılımı	32
Tablo 4.5. Dalgıç ve Kontrol Grubu Arasındaki Young Şema Alt Ölçeklerinin ve Heyecan Arama Skorlarının Dağılımı	33
Tablo 4.6. Dalgıçlarda Heyecan Arama Ölçeği ve Young Şema Ölçek Sonuçları ile Dalış Kazası Öyküsü Arasındaki İlişkisi	34
Tablo 4.7. Dalış Eğitimi Seviyesine Göre Dalgıçlar Arasındaki Heyecan Arama Ölçeği ve Young Şema Alt Ölçek Skorların Dağılımı	35
Tablo 4.8. Dalgıç ve Kontrol Grubunda Heyecan Arama Sürekli Değişkeninin YŞÖ Şema Alanları ile Korelasyon Analizi	37

ÖZET

Dr. Hayriye Dilara Bedir, Sertifikalı Dalıçılarda Şema (Kişilik) Tiplerinin, Heyecan Arama Davranışlarının Belirlenmesi ve Dalış Kazaları ile Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara, 2022

Amaç: Dalış kazaları dalıçılar için önemli bir sorundur. Dalış kazaları işlevsellik kaybına yol açabilmektedir. Yaş, cinsiyet, su derinliği, dalış deneyimi gibi dalış kazasını artıran risk faktörleri bunlardan bazılarıdır. Dalıçıların kişilik yapısı ve psikolojik donanımı da kazalarda bir neden olabilir. Bundan dolayı dalıçıların dalış kazası risklerini belirleme açısından kişilik tipleri önemlidir. Bildiğimiz kadarıyla literatürde dalıçıların erken dönem uyum bozucu şemaları ve dalış kazası ile ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada dalıçıların sosyodemografik özellikleri, klinik özellikleri, heyecan arama davranışları, erken dönem uyum bozucu şemaları ve bunların dalış kazaları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereç: Bu çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Örneklemi 290 kişi kontrol grubu ve Türkiye Sualtı Sporları Federasyonu (TSSF)'na bağlı 252 kişi dalıç grubu olmak üzere toplam 542 kişi oluşturmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri, sertifikalı dalıçıların dalış kazası deneyimleri gönüllü olarak doldurdukları online anket ile tespit edildi. Heyecan arama davranışı Kısa Heyecan Arama Ölçeği kullanılarak, şemalara ait alt ölçekler Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirildi ve yine online ortamda katılımcılar tarafından dolduruldu. Elde edilen veriler, veri setine kaydedilerek, uygun istatistiksel analizler uygulandı.

Bulgular: Dalıç grubunda kontrol grubuna göre heyecan arama skoru ($p<0,001$) yüksek bulundu. Dalıç grubunda 4 şema tipinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı. Young şema alt ölçeklerinden başarısızlık şeması ($p=0,010$), karamsarlık şeması ($p<0,001$), iç içe geçme şeması ($p<0,001$), kendini feda şeması ($p=0,003$) dalıç grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olarak bulundu.

Sonuç: Dalıçılarda kontrol grubuna göre dört şema alanının (başarısızlık, karamsarlık, kendini feda, iç içe geçme şemaları) her birine dair skorlar düşük olarak

bulundu. Dalış kazası yapan dalgıçlarda ise dayanıksızlık şeması yüksek olarak bulundu. Bu nedenle, bu çalışma dalgıçlarda yapılacak psikoterapötik müdahalelerin bu şemalara odaklanması gerektiğini düşündürmektedir. Böylelikle bu çalışma dalış kazalarının risklerinin azaltılmasına önleyici tıp açısından yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Dalgıç, şema, heyecan arama



ABSTRACT

M.D. Hayriye Dilara Bedir, Determination of Schema (Personality) Types, Sensation Seeking Behaviors in Certified Divers and Examination of Diving Accidents and the Relationship Between These. Ankara, 2022

Objective: Diving accidents are an important problem for divers. Diving accidents can lead to loss of functionality. Risk factors that increase diving accidents such as age, gender, water depth, diving experience are some of them. Personality and psychological conditions of divers can also cause accidents. Therefore, the personality types of divers are important in determining the risks of diving accidents. As far as we know, there is no study in the literature examining the early maladaptive schemas of divers and their relationship with diving accidents. In this study, it was aimed to examine the sociodemographic characteristics, clinical characteristics, sensation seeking behaviors, early maladaptive schemas of divers and their relationship with diving accidents.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional study. The sample consists of a total of 542 people, of which 290 people are in the control group and 252 people from the Turkish Underwater Sports Federation (TSSF) divers group. The sociodemographic and clinical characteristics of the participants were determined by the online questionnaire, which certified divers completed voluntarily about their diving accident experiences. The excitement seeking behavior was evaluated using the Short Sensation Seeking Scale, and the subscales of the schemas were evaluated with the Young Schema Scale (YSS) and filled in by the participants in the online form. The obtained data were recorded in the data set and appropriate statistical analyzes were applied.

Results: The excitement seeking score ($p < 0.001$) was found to be higher in the diver group compared to the control group. Statistically significant differences were found in the divers group in 4 schema types. Failure schema ($p = 0,010$), pessimism schema ($p < 0,001$), nesting schema ($p < 0,001$), self-sacrifice schema ($p = 0,003$) among the Young schema subscales were found to be lower in the diver group than in the control group.

Conclusion: Divers had lower scores for each of the four schemas (failure, pessimism, self-sacrifice, and nesting schemas) compared to the control group. In the divers who had diving accidents, the fragility scheme was found to be high. Therefore, this study suggests that psychotherapeutic interventions in divers should focus on these schemas. Thus, this study can help reduce the risks of diving accidents in terms of preventive medicine.

Keywords: Diver, schema, sensation seeking



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dalış dünyada giderek yaygınlaşan bir spor aktivitesidir ve birçok kişi tarafından meslek olarak da tercih edilmektedir. “Professional Association Diving Instructor” (PADI – Profesyonel Dalış Eğitmenleri Derneği) dünyanın en büyük rekreasyonel dalış organizasyonlarından olup, her yıl yaklaşık 1 milyon yeni dalgıca sertifika vermektedir. Kurulduğu 1966 yılından bugüne toplam 28 milyon dalış sertifikası vermiştir(1). PADI’den farklı olarak “Confederation Mondiale Des Activites Subaquatiques” (CMAS- Dünya Sualtı Aktiviteleri Konfederasyonu) ve SCUBA Schools International (SSI- Uluslararası Dalış Okulları) gibi aynı amaca yönelik uluslararası birçok kuruluş mevcuttur. Ülkemizde ise Türkiye Sualtı Sporları Federasyonu (TSSF) kurulduğu yıl olan 1980’den bu yana uluslararası sualtı sporlarıyla ilgili eğitim, belgelendirme ve denetim işlerini yürütmektedir(2).

Giderek artan dalgıç sayısı ile dünyada görülen dalış kazalarının sıklığı da artmaktadır. Kazaların ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi için kazaların nedenlerinin anlaşılması önem arz eder.

Dalış kazaları ve buna bağlı ölümler hakkında birçok kuruluş tarafından veri tabanlarını oluşturulmuştur. Bu kuruluşlar arasında Amerika Birleşik Devletleri’nde bulunan National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA – Ulusal Okyanus ve Atmosferik Yönetim), Birleşik Krallık’ta bulunan British Sub-Aqua Club (BSAC – İngiliz Sualtı Klübü) ve tüm dünyada faaliyet gösteren Divers Alert Network (DAN – Dalgıç Uyarı Ağı) gerçekleşen dalış kazalarının istatistiksel verilerini düzenli aralıklarla bilim dünyası ile paylaşmaktadır. DAN’ın 2018 yılında yayınladığı yıllık dalış kaza raporuna göre 2014, 2015 ve 2016 yıllarında çağrı merkezine yapılan 29970 başvurunun 10247’sinin dalış kazaları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Yine aynı raporda 2016 yılında DAN’a bildirilen 169 ölümlü kaza yer almaktadır (3).

Kazalar her ne kadar beklenmedik, ani gelişen olaylar olsa da aslında çoğunun önlenilebilir olduğu düşünülmektedir (4). Psikolojik nedenler de bunlardan biridir. Psikoloji literatüründe insanların çocukluktan itibaren geliştirdikleri ve yaşam boyunca tekrarlayan, duygusal ve bilişsel kalıplarına şema denir (5). Şemalar bireylerin mevcut bilgileri yorumlarken ve sorunlarını çözerken kullandıkları, kendileri ve dış dünya ile ilişkilerinde önemli rol oynayan bilişsel yapılarıdır (6, 7).

Daha önce depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi bozukluklarda görülen erken dönem uyum bozucu şemalar birçok çalışmada incelenmiştir (8-17). Dalgıçların kişilik yapısını inceleyen çalışma sayısı ise kısıtlıdır (18). Bildiğimiz kadarıyla, dalış kazaları ile kişilik tipleri arasındaki ilişkiyi inceleyen yayınlamış sadece bir çalışma vardır. (19). Biz de bu çalışmada, ülkemizdeki TSSF sertifikalı dalgıçların, erken dönem maladaptif şemaları, heyecan arama davranışlarını incelemeyi ve ikincil olarak bunların dalış kazaları ile ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. DALIŞ TARİHÇESİ

Günümüzden 5000 yıl öncelerine uzanan dalış tarihi ilk olarak sığ sularda soluk tutarak yapılan deneme dalışlarıyla başlamıştır. Bu dalışlarda inci, sünger gibi su ürünleri çıkarılmıştır. MÖ 5. yüzyılda batık bir hazine için, Pers kralı Xerxes'in Scyllys isimli bir dalgıç görevlendirdiğinden, Yunanlı tarihçi Herodotus yazıtlarından birinde bahsetmiştir. Askeri amaçlı dalışlar ise deniz savaşlarında M.Ö. 1800-400 yılları arasında gerçekleştirilmiştir (20, 21). MÖ 332 yılında karadan kuşatmış olduğu Tyre şehrine Büyük İskender, su altı engellerini kaldırmak için de bir grup dalgıcı şehrin limanına yollamıştır. Su altından kurtarma endüstrisinin gelişimiyle MÖ 1. yüzyılda bu anlamda bir kanun çıkarılarak ücretler yasalaştırılmıştır. Su altı kurtarma görevine katılan dalgıçlar, daldıkları derinliğin uzunluğuna orantılı olarak ücret almıştır. Bu yöntem günümüzde de bazı ülkelerde kullanılmaktadır. Orta çağda nefes tutularak yapılan dalışların tersine daha derine ve daha uzun süreli dalış imkânı tanıyan bir dalış sistemi tasarlanmış, ancak pratikte kullanılamamıştır. Bir Asur freski MÖ 900'lü yıllarda, dalgıcın hava tüpünü yanında taşıyabileceği fikrinin ortaya atıldığını göstermiştir (22).

“Dalış çanı” denilen bir düzeneğin değişik modelleri 1500-1800 yılları arasında geliştirilmiş ve kullanılmıştır(23). Wyllyam Phypys 200.000 pound değerinde bir defineyi bulmak için 1680 yılında dalış çanı kullanmıştır. Fakat çanın içindeki havanın kısa sürede bitmesi sebebiyle yeni bir düzenek geliştirmiştir. Bu yeni sistemde bir miktar kova, altına bağlanan ağırlıkların yardımı ile suyun altına indirilmiş, kovalardaki taze hava çanın içine aktararak dalgıçların daha uzun süre su altında soluması sağlanmıştır. İngiliz astronomu Edmund Halley 1690 yılında, ağırlık bağlanarak aşağı indirilen fiçılarla dalış çanının içindeki havayı tazeleyen bir düzenek geliştirmiştir ve Thames nehrinde 4 arkadaşıyla 60 feet derinlikte 1,5 saat geçirmiştir. Bu düzeneği daha da geliştirerek 26 yıl sonra, 66 feet derinlikte 4 saatten fazla çanın içinde kalmayı başarmıştır (23).

John Lethbridge ise 1715 yılında tümüyle kapalı bir dalış elbisesi oluşturmuştur. Deriyle kaplı bir varil şeklinde olan bu dalış elbisesinin üzerinde küçük bir pencere ve dalgıcın kollarını dışarı çıkartabilmesi için suyu geçirmeyen iki delik açılmıştır. Bu sistem bir gemiden sarkıtılarak kullanılmıştır. Yalnız manevra

kabiliyeti yoktur. Daha sonraki senelerde Lethbrydge bunun gibi birçok dalış elbisesi geliştirmiştir ama hepsinde ortak problem olarak dalıcıya sürekli bir hava akışı sağlanamamıştır (20).

August Siebe bu problemlerin olmadığı ilk pratik dalış elbisesini geliştirmiştir. Günümüzde kullanılan dalış elbiselerinin atası olarak kabul edilen su geçirmeyen, tek parça, egzost subaplı, dalıcının başlığına sürekli hava akışı sağlayan hortum girişli bu elbise 1840 yılında tasarlanmıştır (24).

Elbisenin gelişmesiyle dipte 5-6 saat kalmak mümkün hale gelmiştir. Fakat bununla birlikte esrarengiz bir hastalık ortaya çıkmaya başlamıştı. Dipte çok fazla kalan dalgıç yukarı geldiğinde karnında ve eklem yerlerinde dayanılmaz bir ağrı veya solunum güçlüğü çekiyordu. Dalışlarda derinlik arttıkça hastalığın sonucu çoğu kez ölüm oluyordu. Nedeni bilinmeyen bu hastalığın basınçlı tünellerde (Caisson, Kezon) çalışan işçilerde rastlanan kezon hastalığının aynısı olduğunun farkına ancak 150 yıl sonra varıldı. Fransız bilim adamı Paul Bert ilk kez dekompresyon hastalığını (vurgun) tanımlayarak bu hastalığın vücutta oluşan nitrojen balonlarına bağlı olabileceğini ifade etmiştir(20, 25).

Yüzey beslemeli dalış sistemlerinde dalgıçlar ancak hareketleri kısıtlı hortumun uzanabildiği yere kadar dalabiliyorlardı. Yüzeyden bağımsız bir biçimde dalış yapabilmek ancak Self Contained Underwater Breathing Apparatus (SCUBA) sistemi ile mümkün olmuştur. İlk pratik SCUBA H.A. Fleuss tarafından, 1878 yılında üretildi (26). Bu cihaz 1933 yılında bir Fransız deniz subayı, Lepryur tarafından tekrar ele alındı. Fakat cihaza regülatör bağlamadığı için kullanımı oldukça zordu. Dalgıça gelen hava bir vana aracılığıyla sağlanıyordu Sonradan Jacques Cousteau ve Emyle Cagnan SCUBA sistemini geliştirdiler; basınca dayanıklı tüpler ve bunlar için regülatörler tasarladılar. Günümüzde kullandığımız SCUBA donanımının temeli bu çalışmalarla şekillenmiştir(27).

İngilizcede 'SCUBA' terimi, teknik olarak 'Self-Contained Underwater Breathing Apparatus' cümlesinin baş harflerinden oluşan bir kısaltmadır. Ancak günümüzde çok iyi bilindiği için yaygın bir şekilde kısaltılmış hali kullanılır(28). Türkçe'de ise 'Bağımsız Aletli Dalış Donanımı', 'Donanımlı Dalış' ya da 'Tüplü Dalış' bu terimlere karşılık olarak kullanılır. Tüplü dalış, uzun süre su altında kalmak için taşınabilir bir hava kaynağının (yüzey kaynağından bağımsız olarak) kullanılmasını gerektirir(29, 30).

Dünyanın önde gelen dalış eğitim organizasyonu PADI, 2021 yılı istatistiklerine göre; 1967 yılında sadece 3226 olan dalgıç sayısı, 2020 yılında 28.000.000'nun üzerine çıkmıştır(1). Dünyaya paralel olarak ülkemizde de her geçen yıl sertifikalı dalgıçların ve dalış eğitimi veren kurumların sayısı artmaktadır. Türkiye’de dalış sektörünün eğitim ve denetim standartlarını TSSF belirlemektedir. Son düzenlemeleri 2020 yılında yapılan “Profesyonel Sualtı Adamları Yönetmeliği” ve “Donanımlı Dalış Yönetmeliği” ile dalış merkezlerinin, sualtı sporları kulüplerinin ve dalgıçların denetlenme, yetkilendirilme ve güvenli donanımlarla dalış yapabilmeleri için uyacakları kurallar ve standartlara ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir(31, 32)

2.2. DALIŞ TÜRLERİ

İnsanoğlunun suyun altını keşfetme ve doğaya uyum sağlama arzusu, farklı dalış türlerinin, spor, askeri ve sanayi gibi farklı amaçlarla uygulanmasında etkili olduğu söylenebilir ve bu dalış türleri şu şekilde sınıflanabilir:

1. Serbest Dalış (Nefes Tutarak Dalış),
2. Çan Dalışı,
3. Satıhtan Destekli Dalış,
4. Tüplü Dalış (Scuba Dalışı),

2.2.1. Serbest Dalış (Nefes Tutarak Dalış)

İnsanların tek bir nefesle farklı derinliklerde hareketlilik göstererek su altı ortamını keşfetmesi serbest dalış olarak adlandırılır. Su altı ortamını keşfetme yollarından biri olan serbest dalış, çeşitli amaçlarla farklı yöntemler benimsenerek uygulanabilmektedir. Ancak su altı dünyasının insan vücudunun alışık olmadığı yoğunluk, basınç, ısı, ışık, ses gibi havaya oranla farklılaşan fiziksel özelliklere sahip olması, vücudunun yaklaşık olarak %70’i sıvı ile kaplı olmasına rağmen, sıvı bir ortama alışık olmayan insan için fizyolojik bazı limitler getirmiştir(33). Bu duruma, insan vücudundaki akciğer, kulak ve sinüs gibi ölü hava boşluklarının artan basınçla beraber sıkışması ya da yaşamı idame ettirebilmek için solunuma duyulan ihtiyaç örnek olarak gösterilebilir.

2.2.2. Çan Dalışı

Çan dalışına, içi boş bir kovanın veya fiçinin baş aşağı döndürülüp ağız kısmına ağırlık bağlanmasıyla gerçekleştirilen eski bir dalış türüdür.

Çan dalışında, derine gidildikçe sıkışan hava fiçinin üst tarafında birikir ve dalıcının belli bir süre suyun altında kalarak nefes almasını sağlar. Basit ama dönemine göre kullanışlı olan bu dalış türü, geçmişten günümüze kadar farklı amaçlara hizmet ederek uygulanmıştır. Örneğin; ünlü tarihçi Aristo, Büyük İskender'in M.Ö. 333 yılında Lübnan (Tyre) Limanı girişinde bulunan su altı teçhizatlarını tahrip etmek için askerlerine keçi derisinden hava tulumları yaptırdığını ve bu tulumların uygulanış şeklini bizzat kendisinin izleyebilmesi için çana benzeyen tahtadan bir fanus kullandığını belirtmiştir. Günümüzde ise geliştirilerek basınç odası adını alan çan dalışı, derin sularda petrol çalışmalarında ve diğer araştırmalarda kullanılmaktadır(34).

2.2.3. Satihtan Destekli Dalış

Dalgıçların bir dalış başlık kullanarak yüzeyden beslemeli ara hava hortumuna bağımlı bir şekilde gerçekleştirdikleri dalış türüne satihtan destekli dalış adı verilir.

Satihtan destekli dalış, Alman bilim adamı Klingert tarafından 1797'de üretilmiştir. Bu dalış türünde dalıcının içinde bulunduğu dalış başlığına hava satihtan (yüzeyden) bir kompresör ve kompresörden dalıcıya kadar uzanan ikiz ara hava hortumuyla ulaştırılmaktadır. Satihtan destekli dalış türüyle alakalı çalışmalarda bulunan diğer bir bilim adamı Fransız Sieur Freminet ise satihtan destekli dalış ilerleterek kendi geliştirdiği dalış donanımlarıyla 1774 yılında 15 metrede 1 saat kalmayı başarmıştır(35). Ancak, bütün bu gelişmelere rağmen dalıcıya istenilen hareket kabiliyetinin sağlanamaması ve yüzeydeki kompresörden gelen havaya duyulan bağımlılık, bağımsız bir dalış türü olan tüplü dalışın keşfedilmesine neden olduğu söylenebilir.

2.2.4. Tüplü Dalış (SCUBA Dalışı)

SCUBA dalışına, yani tüplü dalışa, su altında dalıcının yüzeye bağımlı olmadan kendi havasını bir dalış tüpü vasıtasıyla taşıyarak ve soluyarak su altında serbest hareket kabiliyeti ile uyguladığı bir dalış türüdür (36).

Tüplü dalışın diğer dalış türlerine göre daha basit bir forma sahip olması, onun yaygınlaşarak dalışı daha geniş kitlelere ulaşmasına neden olmuştur. Tüplü dalışın geniş kitlelere ulaşması ise bu dalış türüne özgü sportif, turistik ve askeri gibi çeşitli faaliyetlerin yaygın olarak gerçekleştirilmesini ve dalış elbisesi, dalış tüpü ve denge yeleği gibi çeşitli dalış donanımlarının üretilip kullanılmasını beraberinde getirmiştir (36).

2.3. DALIŞ KAZALARI

2.3.1. Basınç Değişiklikleri ile Oluşan Hastalıklar (Barotravmalar)

Barotravmalar, basıncın mekanik etkisinden dolayı vücuttaki boşlukların ya da dalış donanımları nedeniyle oluşan gaz boşluklarının (maske, kuru elbise) temas ettiği dokularda oluşan hasarlardır. Boyle Gaz Kanunu nedeniyle dış basıncın artması ile vücuttaki gaz boşluklarının hacmi küçülür ya da tam tersi de doğrudur. Barotravmalar vücuttaki söz konusu gaz boşluklarındaki basınç, dış basınçla eşitlenemediğinde ortaya çıkar. İnsan vücudunda akciğerler, gastrointestinal sistem, orta kulak boşluğu, sinüsler gibi boşluklu yapılar barotravmaya uğrayabilirler. Dalışta en sık iniş sırasında, boşluklu organlarda basınç eşitleyememe nedeniyle oluşan negatif basıncın etkisiyle oluşurken, çıkışta da aynı boşluklarda genişleyen gazın dışarı atılmaması sonucu da oluşabilir(37). Mesela hava yutulması durumunda, çıkışta çevre basıncındaki azalmaya bağlı olarak, gastrointestinal sistemde havanın hacminin artar ve çoğu zaman herhangi bir tedavi gerektirmeyen kramp, geğirme ve abdominal distansiyon gibi semptomlar olabilirken, yine çıkışta gastrik rüptür olup acil parasentez uygulanmış olgular da rapor edilmiştir(38)

1. Akciğer Barotravmaları: Akciğerin iniş barotravması ve akciğerin çıkış barotravması olarak ikiye ayrılır.

Akciğer iniş barotravması çok az görülür. Genellikle serbest dalıcılarda rastlanır. Serbest dalışta, soluk tutulduğu için akciğerler dış basıncın da artmasıyla hacimce küçülür. Akciğerin rezidüel hacime gelene kadar küçülmesi, normal

şartlarda sorun yaratmaz. Fakat bu sınır aşılsa daha fazla sıkışma mümkün olmaz ve negatif basıncın etkisiyle alveol içi ödem ve kanama görülebilir.

Akciğer çıkış barotravması, barotravmalar arasında yaşamı tehdit eden en ciddi formdur ve sıklıkla sualtında basınçlı gaz solunan dalış tiplerinde görülür. Çıkış esnasında akciğerdeki genişleyen hava dışarı verilemezse, zamanla gazın hacmi artar. Bir süre sonra akciğerlerin elastik limiti aşılır ve alveollerin hasar görmesi sonucu oluşur. Akciğer çıkış barotravması çıkış esnasında nefes tutulması ya da hızlı çıkış yapılmısa bile, bazen akciğerlerde bül, bleb veya amfizematöz değişiklikler gibi hava hapsine yol açan lezyonlar olması durumunda da görülebilir(39). Akciğer çıkış barotravmasının pnömotoraks, arteriyel gaz embolisi, mediastinal amfizem ve akciğer doku hasarı olmak üzere dört klinik formu mevcuttur.

a. Pnömotoraks: Göğüs duvarı ile akciğer arasındaki plevral boşlukta hava bulunması olarak tanımlanabilir. Barotravma sonrası plevral boşluğa hava ile birlikte kanama da olabilir, yani hemopnömotoraks da ortaya çıkabilir. Pnömotoraks tek veya çift taraflı olabilir, bilateral pnömotoraks daha çok acil çıkışlarda gelişir(40). Genellikle semptomlar aniden ortaya çıkan retrosternal ağrı ile birlikte dispne ve takipnedir. Etkilenen akciğer tarafında hiperrezonans, solunum seslerinde azalma ve akciğer grafisinde ters tarafa deviye olmuş trakea görülebilir(41). Dalışta ortaya çıkan pnömotoraks diğer nedenlerle oluşan pnömotoraks ile aynı klinik bulgulara sahiptir ve aynı şekilde tedavi edilir. Pnömotorakstan şüpheleniliyorsa dalgıç mutlaka arteriyel gaz embolisi açısından detaylı biçimde muayene edilmelidir. Pnömotoraks; dekompresyon hastalığı ve arteriyel gaz embolisi ile birlikte görüldüğünde, rekompresyon tedavisini geciktirmemelidir ancak, tedavi derinliğinden çıkışa geçilmeden önce göğüs tüpü takılması gerekebileceği de unutulmamalıdır(42,43). Pnömotoraks gelişimini önlemek için çıkış sırasında normal nefes almaya devam etmek, acil çıkış durumunda ise durmaksızın nefes vermek gerekmektedir(42). Aksi takdirde plevral boşluktaki hava, özellikle hızlı çıkış esnasında genişleyerek tansiyon pnömotoraksa yol açabilir. Bunun sonucu trakeal şift, kardiyak fonksiyonların bozulması ile şok ve ani ölüm görülebilir(44)

b. Mediastinal Amfizem: Alveollerin parçalanması sonucu alveol içindeki havanın interstisyel pulmoner dokulara geçmesi, daha sonra gaz kabarcıklarının hava yolları etrafındaki bağ dokusu ve hiler bölgedeki kan damarları boyunca, mediastene ulaşması sonucu gelişir. Gaz kabarcıkları bazen boyun bölgesine gelerek deri altı

amfizemine, periton içine geçerek de pnömoperitonyuma yol açabilir. Mediastinel amfizem hiç semptom vermeyeceği gibi, durumun ciddiyetine göre hemen veya saatler sonra ortaya çıkabilen bulgulara rastlanabilir.(44) Amfizem derialtına yayılır ise muayenede krepatasyonlar görülür. Radyolojik olarak derialtında veya mediastende gaz tespit edilebilir. Boyuna doğru yayılmış hava kabarcıkları dispne, disfaji, rekürren laringeal sinir paralizisi ve ses değişikliğine yol açabilir. Pnömoperikardiyum sonucu taşikardi, kalp seslerinde azalma, kardiyak tamponad, hipotansiyon, siyanoz, bilinç kaybı, koma ve ölüm ortaya çıkabilir.

c. Arteriyel Gaz Embolisi: Akciğer barotravmasının hayatı en ciddi tehdit eden formudur. Gaz kabarcıklarının arteriyel dolaşıma katılıp kan akımını tıkanmasıyla oluşur. Alveolleri hasarlayıp pulmoner vene karışan gaz kabarcıkları, buradan sistemik dolaşıma geçer ve damar hasarı yapar. Sonrasında hipoksi ve enfarkta yol açarak inflamatuvar yolakların aktive olmasına neden olur. Obstrüksiyon herhangi bir arterde olabilecek olsa da serebral ve koroner arterlerin tıkanması ciddi ve ölümcül olabilecek sonuçlara neden olabilir. Arteriyel gaz embolisi aniden olur. Semptomlar dolaşıma giren gaz miktarı ve etkilenen beyin bölgelerine göre farklılık gösterir. Bilinç kaybı, konvülsiyonlar, koordinasyon bozuklukları, paralizisi, paresteziler, güçsüzlük, vertigo, bulantı, kusma görülebilir(45). Çıkıştan hemen sonra başlayan serebral tutulumla uyumlu ciddi nörolojik semptomlar serebral arteriyel gaz embolisini düşündürmeli, kesin tanı konana kadar buna uygun olarak tedavi edilmelidir. Arteriyel gaz embolisinin önlenmesi için tüm dalıcılar, dalış fiziği ve fizyolojisini iyice kavramalı, dalış donanımı kullanımında yeterli beceriyi kazanmalıdır. Dalgıçlar çıkış sırasında nefes tutmaması gerektiğini bilmeli, acil çıkış durumlarında sürekli olarak nefes vermesi gerektiğini akılda tutmalıdır. Arteriyel gaz embolisi sualtı hastalıkları içinde en acil ve mortalitesi en yüksek olanıdır(46).

d. Akciğer Doku Hasarı: Dalışın çıkış safhasında, hacmi artan gaz, akciğerlerin esneme kapasitelerinin üzerinde gerilmesine yol açarak alveollerde hasara neden olabilir. Bu sırada yüksek frekanslı bir çığlık eşliğinde akciğerden atılabilirler. Barotravma sonucunda akciğerde oluşan doku hasarı, solunumsal semptomlara neden olabileceği de nadir görülmektedir. Dispne, hemoptizi, öksürük semptomları arasında yer alır. Akciğer doku hasarı, akciğer barotravmasının diğer türleriyle birlikte görülebilir(27).

2. Kulak Barotravmaları: Kulak barotravmaları, dalıcılarda en sık görülen uzun dönemli morbidite olarak tespit edilmiştir(47). En sık görülen kulak barotravması, orta kulak iniş barotravmasıdır.

a. Orta Kulak İniş Barotravması: Barotravmalar içinde en sık görülen türdür. Dalış sırasında çevre basıncının artmasıyla beraber, dalıcı kulaklarındaki iç basınçla dışarının basıncını dengeleyemezse, kulaklarında dolgunluk hisseder. Bunu önlemek için dalıcı valsalva, yutkunma gibi manevralarla östaki borusunu açarak timpanik membranın her iki tarafındaki basıncı eşitlemeye çalışır. Alerji, nazal polip, sigara kullanımı, östaki disfonksiyonu, üst solunum yolu enfeksiyonu ve anatomik varyasyonlar gibi nedenlerden ötürü basınç eşitlenemez ve inişe devam edilirse dolgunluk hissi yerini ağrıya bırakacak, basınç artışı ile birlikte timpanik membranda içe çökme ve küçük hemorajiler, inişe daha da devam edilirse timpanik membranda perforasyona kadar gidebilir. Perforasyon olunca membrandaki açıklıktan orta kulak ve çevre arasındaki basınç eşitleneceği için ağrı kaybolur. Ancak kişide, soğuk suyun orta kulak boşluğuna girmesi nedeniyle kalorik vertigo gelişebilir(44)

b. Orta Kulak Çıkış Barotravması: Orta kulak çıkış barotravmaları seyrek görülür. Orta kulak boşluğunda çıkış esnasında, dış basıncın azalmasıyla birlikte, östaki borusu aracılığıyla basınç eşitlemesi pasif olarak gerçekleşir. Östaki borusunun tıkalı olması halinde, orta kulak basıncı, çevre basıncından daha yüksek olur ve bu basınç farkından dolayı timpanik membran dışa doğru bombeleşir. Basınç farkı çok olursa bu durum timpanik membran rüptürüne yol açabilir. Sonuç rüptüre timpanik membranın olduğu kulak ile diğer kulak arasında basınç farkı oluşmuş olur. Bu fark da iç kulaktaki vestibüler sistemi etkileyerek, alternobarik vertigoya neden olabilir. Alternobarik vertigonun başlangıcı genellikle aniden olur ve öncesinde ağrı görülmeyebilir. Vertigo birkaç dakika sürer, etkilenen kulakta tıslama şeklinde bir ses duyulabilir. Dalıcı çıkışı keser ve birkaç metre derine inerse vertigo geçer. Fasiyal sinirin temporal kemikten geçtiği sırada orta kulakta artan basınçtan etkilenip, yüz kaslarının felç olmasına da neden olabilir, buna fasiyal baroparezi denir(48).

c. İç Kulak Barotravması: Orta kulaktaki eşitleme sorunları sonucu, iç kulakta gaz boşluğu bulunmasa da barotravma görülebilir. Tüm dalıcıların yaşamları boyunca iç kulak barotravması geçirebilme ihtimalinin %0,5-1.1'inin olduğu tahmin edilmektedir(49).

İç kulakta vestibular aparat ve koklea bulunmaktadır. Vestibular aparat dengeyi sağlar, zarar görmesi durumunda dengesizliğe ve vertigoya neden olur. Koklea işitmeyi sağlar, hasarında işitme kaybı ve tinnitus görülür.

Dalışta derine inerken orta kulak basıncı eşitlenemezse, timpanik membranın içe doğru çökmesi oval pencereye iletilir ve stapes oval pencereyi iç kulağa doğru iter. Bu esnada koklea içindeki sıvının sıkıştırılamaz olması nedeniyle, orta kulağa doğru yuvarlak pencere bombeleşir. Yuvarlak pencere bu durum devam ederse yırtılabilir. Sonuçta kokleadaki perilenf orta kulağa akar. Buna perilenf fistüllü iç kulak barotravması denilir.

Oval pencerede veya yuvarlak pencerede rüptür, orta kulak basıncı zorlu ve ani eşitlenmeye çalışıldığında da gelişebilir. Pencere yırtılması olmasa bile iç kulakta oluşan bu ani basınç değişiklikleri dengeyi ve işitmeyi sağlayan hassas hücrelerde hasara yol açabilir. Bu duruma perilenf fistülsüz iç kulak barotravması denilir.

İç kulak barotravması en sık yuvarlak pencerede görülür, oval pencere ise daha sağlamdır çünkü stapesin ayağı ile desteklenmektedir.

İç kulak barotravmasının ana semptomları işitme kaybı ve vertigodur. Buna denge kaybı, koordinasyon bozuklukları, bulantı, kusma, nistagmus eşlik edebilir(50).

3. Sinüs Barotravması: Sinüs barotravması, orta kulak barotravmasından sonra ikinci sıklıkta gözlenir. Genellikle iniş esnasında gelişir. Sinüslerdeki hava basıncı dışarı basıncıyla eşitlenemediğinde vakum etkisi oluşur ve basıncı dengeleyebilmek adına sinüs içine kanama olabilir. Kulak eşitlemek için yapılan valsalva manevrası genellikle sinüslerdeki basıncın çevre basıncı ile eşitlenmesini de sağlar.

Sinüs barotravması seyrek olarak çıkış sırasında da gözlenir. Sinüslerdeki basıncın çok yükselmesi durumunda sinüs duvarı hasarlanarak nazal boşluğa açılabilir. Bu durumun sonucunda yumuşak dokuların içine gaz veya sıvı girişi olabilir.

Çok nadir de olsa sinüs barotravmasının trigeminal sinir paralizisine neden olabileceği bildirilmiştir(51).

4. Diğer Barotravmalar: Üstte bahsedilen barotravmalar dışında, vücuttaki diğer boşluklu organlarda da barotravma gelişebilmektedir.

Bunlardan bir tanesi olan gastrointestinal sistem barotravmasında; bağırsaklardaki gazların dalışın çıkış evresinde genişmesi sonucu abdominal rahatsızlık, kolik ağrı, geğirme, kusma ve flatus meydana gelebilir. Bu olgularda bazen senkop, şok, mide rüptürü olabilse de, şiddetli olan olgular nadiren gösterilmiştir(52, 53).

İyi yapılmamış dolgularda, enfekte dişlerin köklerinde veya mandibula kistleri gibi hastalıklarda gelişebilen diş barotravması; inişte sıkışan gaz çıkışta genişerek diş ağrısına neden olabilir.

Vücudumuzdaki boşluklu organlar dışında, dalış için kullanılan donanım ile kişi arasında oluşan gaz boşlukları nedeniyle de maske ve elbiseler ile barotravma gelişebilir.

Bunlardan maske ile yüz arasında oluşan gaz boşluğu nedeniyle, inişte yüz barotravması, başka bir deyişle maske sıkışması oluşabilir. Sonuçta maske altında kalan ciltte yaygın hematoma, göz çevresinde ödem ve konjonktivalarda hemorajiye yol açabilir. Bir olguda ilk başta arteryel gaz embolisi nedeniyle normobarik %100 oksijen ile tedavi edilen bir hastanın, daha sonradan doğru anamnez alınması ile maske barotravmasına bağlı diplopi olduğu bulunmuştur(54).

Aynı zamanda, dalış elbisesinden dolayı inişte, elbise sıkışması denilen cilt barotravması da olabilmektedir. Genelde vücuda tam oturmeyen ıslak elbiseler veya kuru elbise ile karşımıza çıkmaktadır. İniş sırasında elbise kıvrımları içindeki hacmi azalan gaz boşluklarının içine cildin çekilmesi sonucu oluşur. Çoğunlukla ağrısız olan bu durum birkaç günde kendiliğinden düzelir.

2.3.2. Dalışta Solunan Gazların Patofizyolojik Etkileri

1. Dekompresyon Hastalığı: Dokularda çözünmüş olarak bulunan nitrojen veya helyum gibi inert gazların dış basınçtaki azalma sonucunda oluşturduğu serbest kabarcıklar nedeniyle oluşan hastalıktır(55). Dalış sırasında solunan karışımdaki inert gaz dalcının dokularında ve vücut sıvılarında Henry Gaz Kanunu uyarınca çözünür. Çözünen inert gaz çıkış esnasında yeterince dışarı atılamaz ise kabarcıklar oluşturur

ve bunların yarattığı mekanik ve biyokimyasal etkiler dekompresyon hastalığına yol açar.

Dekompresyon Hastalığı Semptomları: Dekompresyon hastalığının sınıflaması ilk olarak 1960 yılında, Golding ve arkadaşları tarafından basınç altında çalışan işçilerde görülen dekompresyon hastalığı olgularını yayınlamaları sırasında yapılmıştır. Bunlar İngiltere’de Thames Nehri’nin altından geçen Dartford Kanalı’nın inşasında çalışan işçilerdir (56).

Tip 1 dekompresyon hastalığı kaslar ve eklemlerde ağrı ya da cilt veya lenfatik sistem tutulumu şeklinde görülürken, Tip 2 dekompresyon hastalığı dolaşım sistemi, sinir sistemi ve solunum sistemine ait bulgular şeklinde kendini gösterir. Bu sınıflamanın yanı sıra günümüzde tutulan sistem, organ veya dokuya göre de sınıflama yapılmaktadır. Dekompresyon hastalığında kas iskelet sisteminde daha çok eklem bölgesinde ağrı, lenfatik sistem etkilendiğinde bölgesel lenf düğümlerinde büyüme veya ekstremitelerde ödem, cilt tutulumunda ise kaşıntı ve döküntüler görülebilir. Serebral etkilenme durumunda paralizi, bilinç kaybı, konvülsiyonlar, görme kaybı ve baş dönmesi görülebilir. Spinal dekompresyon hastalığında mesane fonksiyonlarında bozukluk ve paralizi ortaya çıkar. İç kulak dekompresyon hastalığı denge kusuru, vertigo ve işitme kaybına yol açabilir. Akciğerde görülen kabarcıklar kan akımını mekanik olarak tıkamak dışında, direkt olarak vasküler endotel hasara neden olarak inflamatuvar yolakları da aktive edebilirler ve pulmoner hipertansiyona, pulmoner ödem ile birlikte kalbin dakikadaki atım hacminde düşmeye sebep olabilirler. Dekompresyon hastalığının asıl tedavisi rekompresyon tedavisidir(57).

2. Oksijen Zehirlenmesi: Uzun süreli olarak oksijene, yüksek kısmi basınçta maruziyet oksijen zehirlenmesine sebep olabilir. Toksisitenin ciddiyeti, maruz kalınan oksijenin maruziyet süresine ve kısmi basıncına bağlıdır. Maruziyet süresi uzayıp, kısmi basınç arttıkça, zehirlenme daha ciddi olur ve daha çabuk ortaya çıkar.

Oksijen zehirlenmesi, santral sinir sistemi ve pulmoner oksijen zehirlenmesi olarak ikiye ayrılır(58).

a. Santral Sinir Sistemi Oksijen Zehirlenmesi: 1,3 ATA (Atmosfer Absolute)’dan daha yüksek kısmi basınçlarda oksijen solunması santral sinir sistemi oksijen zehirlenmesine neden olabilir. Mide bulantısı, baş dönmesi, mimik ve karın kaslarında seğirme, anksiyete gibi belirgin olmayan semptom ve bulgulara,

zehirlenme görüldüğünde rastlanabilir. Bilinç kaybı daha ciddi zehirlenmelerde görülebilir ve çoğunda erken bulgular görülmeden grand-mal epilepsi ortaya çıkabilir(58).

b. Pulmoner Oksijen Zehirlenmesi: 0,5 ATA'nın üzerinde oksijen kısmi basıncında uzun süre solunduğu durumlarda görülebilir. Semptomları inspirasyon sırasında solunum yollarında yanma olarak başlar ve ağrı şeklinde devam eder. Ağır nörolojik bulguları olan hastalarda rekompresyon tedavileri sırasında pulmoner oksijen zehirlenmesi bulguları olsa bile tedaviye devam etme kararı alınabilirken, bilinci açık hastalarda öksürük ve ağrı tedaviye devam etmeyi güçleştirebilir. Hastanın bilinci kapalı ise de bu sefer de ağrı hissedilmediğinden hastada kalıcı akciğer hasarına neden olacak miktarda yüksek dozda maruziyet söz konusu olabilir. Spesifik bir tedavisi yoktur. Normal akciğer fonksiyonlarına dönüş kademeli olur. Önlemenin tek yolu da maruziyeti kısıtlamaktır(58).

3. Nitrojen Narkozu: Dalgıcın yaklaşık 4 ATA'dan daha yüksek basınçlarda nitrojen soluduğu zaman ilk başta hafif öfori olup, nitrojenin kısmi basıncı arttıkça, entelektüel becerilerde bozulma, oryantasyon kaybı, yargılama yeteneğinin kaybolması, hafıza sorunları, konsantrasyon kaybı, reflekslerde zayıflama, halüsinasyonlar ve bilinç kaybına kadar gidebilen bir durumdur. Merkezi sinir sistemi üzerinde narkotik bir etki yaratmaktadır. Hava kullanılarak yapılan bir dalışta, çoğunlukla 30 metre geçildiğinde nitrojen narkozu hissedilmeye başlanır, 60 metrelerde çok belirgindir ve daha da derinlerde dalgıcı etkisiz hale getirebilir. Nitrojen narkozuna karşı duyarlılık aynı kişide farklı zamanlarda değişebileceği gibi kişiden kişiye de farklılık gösterir. Tekrarlanan maruziyetlerde adaptasyon olabileceğine dair bazı veriler mevcuttur. Deneyimli dalgıçlar, özellikle hava kullanarak yapılan derin dalışlarda deneyimi olanlar, çoğunlukla ciddi bir zorluk yaşamadan 60 metrelerde çalışabilmektedirler. Dalgıç daha sık derinliklere yükseldiğinde narkozun etkisi kısa sürede kaybolur. Hava ile yapılan dalışlarda derin dalışlar birçok dalış kazasına sebep olabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Ve eğlence ile sportif amaçlı dalışlarda 30 metre, profesyonel olarak yapılan dalışlarda ise 50 metrelerle sınırlı kalınmalıdır (42).

2.3.3. Diğer Dalış Kazaları ve Hastalıkları

1. Deniz Canlılarının Yol Açtığı Sağlık Sorunları: Denizlerde yapılan balıkçılık, dalış, su sporları gibi faaliyetler ile kıyı bölgelerinde yaşayanların artmasına bağlı olarak deniz canlılarının yol açtığı sağlık sorunlarının görülme sıklığı da artmaktadır(59). Deniz canlıları, delici, batıcı iğneleri veya doğrudan travmatik ısırıklarla ya da insanlar tarafından yenmeleriyle zehirlenmelere sebep olabilmektedirler. Hayvanın ısırması veya sokması ile oluşan yaralanmalarda hayvanın zehri insan vücuduna geçer, bunun nedeni aslında deniz canlılarının bunları bir savunma mekanizması olarak kullanmasıdır. Az görülse de hayati risk oluşturabilirler. Herhangi bir deniz canlısı yüzünden meydana gelmiş kazaya müdahale eden ilk yardımcı kişinin güvenliği çok önemlidir. Bu nedenle yardım ederken mutlaka koruyucu ekipman kullanılmalıdır. Özellikle açık bir yarada kanama durdurulmaya çalışırken veya dalış kazası yaşayan kişiden denizanası dokunaçları çıkarılırken koruyucu ekipman kullanımı ekstra önem taşır(60). Aslında dalış yapan insanlar başka canlılara ait olan bir ortama girmektedir. Bundan dolayı misafir olduklarını unutmayıp deniz canlılarını rahatsız etmemeli, yaşamlarına ve sualtı ortamlarına son derece saygı göstermelidir.

2. İmmersiyon Pulmoner Ödemi: Su içerisine batma akciğerdeki kan sirkülasyonunda damar dışına sıvı sızmasına neden olabilir. Bu da önce akciğerlerin interstisyel dokularında, sonra da alveollerde sıvı birikmesine sebep olabilir. Buna immersiyon pulmoner ödemi denir. Mekanizması tam olarak aydınlatılamamış olup immersiyon yani suya batma sırasında periferden merkeze yönelen kan hacminin artmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Gerçekleşme ihtimalini artıran faktörler arasında ağır egzersiz, dalış öncesi aşırı hidrasyon ve soğuk suya dalış yer almaktadır. Semptomlar dipte, çıkış esnasında veya yüzeye çıktıktan kısa bir süre sonra başlayabilir. Asıl semptom olarak nefes darlığı ve öksürük görülür. Öksürükle birlikte kanlı mukuslu sıvı çıkarılabilir. Göğüs ağrısı şart değildir. Akciğer grafisinde, kalp yetmezliğinde görülen pulmoner ödem bulgularına benzer bulgular görülebilir. Tedavi olarak dalgıca yüzeyde oksijen verilmeli ve hastaneye nakli sağlanmalıdır. Semptomlar genellikle %100 oksijen ve istirahat ile 24 saat içinde kendiliğinden düzelmektedir. Dalıştan önce yeterli hidrasyon şarttır, fakat aşırı hidrasyondan kaçınılmalıdır (27).

3. Sığ Su Bayılması: Serbest dalışta görülen; genellikle hiperventilasyon yaptıktan sonra nefes tutarak yapılan dalışlarda ortaya çıkan bilinç kaybı durumudur. Bilinç kaybının nedeni ileri düzeyde hipoksidir. Normal şartlarda sağlıklı bir kişide solunum merkezinin uyarılması CO₂ (karbondioksit) düzeyindeki artışa bağlıdır. Bu nedenle serbest dalış esnasında nefes tutan dalgıcın kan CO₂ (karbondioksit) düzeyi belirli bir limitin üzerine çıktığında nefes alma ihtiyacı had safhaya ulaşır ve dalgıç sualtında daha fazla kalamaz(27).

Hiperventilasyon yapan bir dalgıçta, pCO₂ (parsiyel karbondioksit basıncı) değeri düşer; bu nedenle dalış sırasında solunumu uyaracak seviyeye yükselmesi daha uzun sürer. Bu durumda dipte kalınan süre uzun olduğu için oksijen tüketimi de fazla olur. Ancak dalınan derinlikteki basınç artışına bağlı olarak akciğerler hacimce küçüleceğinden, akciğer içindeki oksijen kısmi basıncı da yüksek olacak, dipte kalınan süre zarfında hala alveollerden kana oksijen geçişi olacaktır. Bu nedenle dipteysen oksijenin daha fazla tüketimi olumsuz bir sonuç doğurmayacaktır(61). Ancak çıkış esnasında akciğerler genişlediğinde akciğer içindeki oksijen kısmi basıncı hızla düşecek, hatta bazen oksijen alveolden kana değil, kandan alveol içine geçebilecektir. Böylece dolaşımında ve dokularda oksijen seviyesi kritik seviyelere düşerek çıkış esnasında bilinç kaybı gelişecektir. Bu bilinç kaybı; eğer dalgıç fark edilmez ve başka biri tarafından kurtarılamazsa boğulmaya yol açabilir(62). Serbest dalıcılara ve ülkemizde zıpkınla balık avlama gibi spor faaliyetlerinde bulunan dalgıçlara; sığ su bayılması hakkında bilgilendirici eğitimler verilmektedir.

4. Suda Boğulma: Boğulma “sıvı içerisine batma sonucunda solunumun bozulması” şeklinde tanımlanır. Tanımlama hem boğulma sonucu ölüm halini hem de yapılan ilk yardım ve tedavi sonucunda hayatta kalma halini kapsamaktadır. Kafa karışıklığına yol açan ikincil boğulma, yakın boğulma, aktif/pasif boğulma kuru/yaş boğulma gibi terimler artık kullanılmamaktadır. En son Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Küresel Sağlık Tahminleri, 2019'da yaklaşık 236.000 kişinin boğularak hayatını kaybettiğini gösteriyor. Bu ölümlerin %50'den fazlası 30 yaş altında görülüyor ve %90'ından fazlası da düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmekte (63). DSÖ tarafından Kasım 2014'te yayınlanan boğulma ile ilgili küresel raporda ise yılda ortalama 372.000 kişinin suda boğulma nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir. DSÖ'ye göre boğulma önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur (64).

2.4. DALIŞ KAZALARINA YOL AÇAN FAKTÖRLER

Dalış kazalarına ait verilerin toplanıp değerlendirilmesi ile birçok dalış kazasına neden olan faktör belirlenebilmiştir. Bu faktörler dalıcı ile ilişkili ya da dalışla ilişkili risk faktörleri olarak ikiye ayrılmıştır.

2.4.1. Dalıcı ile İlişkili Risk Faktörleri

a. Sağlık Sorunları: Dalgıcın fiziksel ve ruhsal problemleri dalış kazası riskini arttırabilir, kaza sonucunu olumsuz etkileyebilir. Bazı kardiyak, metabolik, nörolojik, solunum ve dolaşım sistemi ile ilgili sorunlar dalgıcın sualtındaki performansını etkileyebilir. Aslında dalıcıların birçoğu bilinen veya bilinmeyen sağlık durumları ile dalış yapmaktadırlar. Avustralya'da 2001-2013 yılları arasında gerçekleşen ölümcül kazalarda kurbanların tıbbi özgeçmişleri araştırıldığında; %37'sinde bilinen bir hastalık öyküsü olduğu tespit edilmiştir (12). DAN'ın 2018'de yayınladığı dalış kazası raporunda çoğu olguda özgeçmiş bilinmezken, üç olguda hipertansiyon, iki olguda ise diyabet mevcut olduğu görülmüştür(59). Lippmann ve arkadaşları tarafından 2017 yılında, Haziran 2009 ve Ağustos 2013 yılları arasını kapsayan ve 833 DAN Asya-Pasifik dalgıcına yapılan anket çalışmasında, iskemik kalp hastalığı, intrakardiyak septal defekt, hipertansiyon, diyabet, astım ve pnömotoraks öyküsü bildiren dalgıçlar tespit edilmiştir. Bu dalgıçların yalnızca %42'si dalış öncesi bir sualtı hekimine başvurmuş ve %23'ü dalış aktivitesinin kendileri için riskli olduğu konusunda bilgilendirilmiştir (65).

Ölümlle sonuçlanan dalış kazalarının incelenmesinde en sık bildirilen hastalık öyküsü kardiyak sorunlar olarak tespit edilmiştir. Dalış sırasında yapılan efor, anksiyete, solunum direnci ve dalış refleksinin bir parçası olan otonomik refleksler sonucu kardiyak sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

b. Yaş ve Cinsiyet: DAN tarafından 2019 yılında yayınlanan, Amerika ve Kanadalı dalıcıları kapsayan raporda ölümlü dalış kazalarında kazazedelerin çoğunluğunu %79 ile erkeklerin oluşturduğunu ve yaş ortalamalarının %66'sında 50 yaş ve üzeri olup, %80'inin de 40 yaş ve üzeri olduğu belirtilmiştir (66).

Avustralya'nın Tazmania bölgesinde Ocak 1995 ile Aralık 2014 yılları arasında incelenen 15'i erkek, 2'si kadın toplam 17 ölümlle sonuçlanan dalış kazasında ortalama yaş 40 olarak tespit edilmiş ve kazazedelerin yaşları 29 ile 66

arasında dağılım göstermiştir(67). DAN Japonya tarafından incelenen 80617 DAN üyesinin %59'unun erkek, ortalama yaşın ise 45 olduğu tespit edilmiştir. 2010-2014 yılları arasında gerçekleşen 321 dalış kazası incelendiğinde ise bunların 153'ünün erkek 168'inin kadın olduğu görülmüş, ortalama yaş 46 olarak hesaplanmıştır(68). Lippmann ve arkadaşları tarafından Avustralya'da 2001 ve 2013 yılları arasında gerçekleşen dalış kazalarına bağlı ölümler incelendiğinde, ortalama yaş 44 ve kurbanların %99'unun erkek olduğu belirlenmiştir (69).

c. Dalış Deneyimi: Deneyimin bir dalgıcın kaza anında doğru karar alması ve hareket etmesi konusunda önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Belirli aralıklarla düzenli yapılan dalışlar dalgıcın becerilerini yüksek seviyede tutması için gereklidir. Ancak, çok deneyimli dalgıçların bile hata yapabildikleri, hatta bazen hata yapmaya daha müsait oldukları bilinmektedir. 2017 yılı DAN yıllık dalış kazası raporuna göre, 67 ölümlü kazanın yalnızca 26'sında dalgıcının sertifikasyon seviyesi bilinmektedir ve bu dalgıcıların birçoğunu başlangıç seviyesindeki dalgıcılar oluşturmuştur. 2018 yılındaki raporda, sertifika düzeyi bilinen dalgıçların ise çoğunluğunu teknik dalgıcılar oluşturmuştur(59). Avustralya'da gerçekleşen ölümlü dalış kazalarında dalış sertifika seviyesi 90 olguda bilinmekte olup, bu olguların ortalama dalış yılı 3, ölümle sonuçlanan kaza öncesi ortalama dalış sayıları ise 20 olarak tespit edilmiştir(59). BSAC tarafından 2018 yılında yayınlanan dalış kazası raporunda ise en sık tespit edilen sertifika düzeyi ileri seviye dalgıcılar olarak bildirilmiştir(70).

2.4.2. Dalışla İlişkili Risk Faktörleri

a. Dalış Amacı: Dalış kazalarının, dalış amacı ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. DAN tarafından yayınlanan raporlarda kazalar en sık rekreasyonel dalışlarda, ikinci sıklıkla da zıpkınla balık avlamak için yapılan dalışlarda gerçekleşmiştir. Avustralya'da yayınlanan dalış kazaları raporlarında da rekreasyonel dalış oranı %67 olarak bildirilmiştir (66, 69).

b. Dalışta Kullanılan Gazlar: Dalış donanımlarındaki tüm gelişmelere rağmen solunum gazının tükenmesi ile ilgili kazalar hala görülmeye devam etmektedir. Bu tür kazalar genellikle dalgıcının deneyimsizliği nedeniyle gaz tüketiminin daha fazla olduğu ve derinlere yapılan dalışlarda görülen nitrojen narkozu nedeniyle görülebilir. Diğer nedenler arasında uygun olmayan dalış planlaması ve donanım arızası yer almaktadır. Bunlara ek olarak, mağara ya da batık

dalışlarında dalıcının sıkışıp kalması ve solunum gazının tükenmesi de kaza nedeni olarak ortaya çıkmaktadır. Bazen dalış öncesi tüpün vanasının tam açılmaması ve kontrollerin düzgün yapılmaması sonucu da kazalar olabilmektedir. DAN'ın 2017 yılında yayınlanan raporunda 67 ölümcül dalış kazasının 50'sinde açık devre scuba, 4'ünde geri solunmalı kapalı devre ve 1'inde yüzey destekli dalış donanımı kullanılmıştır (59).

c. Donanım: Dalış donanımı ile ilişkili sorunlar yıpranmış maske veya palet nedeniyle olabileceği gibi; BCD (Buoyancy Control Device- Yüzerlik Kontrol Cihazı)'nin şişirme-boşaltma sisteminin bozulmasından, regülatör problemlerine kadar geniş bir yelpazeden kaynaklanabilir. Bu problemlerin birçoğu doğru eğitim ve hazırlıkla aşılabilir ancak dalıcıların deneyim eksikliği, bu tip sorunların daha kötü sonuçları olmasına neden olabilir. Güvenli dalış için donanımların düzenli kontrolü ve bakımı zaruridir. Bu tüm donanımlar için geçerli olsa da geri solunmalı sistemlerde olduğu gibi sensör ve karbondioksit temizleyicisi fonksiyonlarının hayati olduğu dalışlarda daha fazla önem kazanmaktadır. BSAC'nin raporuna göre 2013 ve 2018 yılları arasında gerçekleşen kazaların nedenleri arasında donanım arızaları beşinci sırada yer almaktadır(71). DAN raporlarına göre ise donanım arızaları ile ilişkili bilgiler kazaların çok az bir kısmında toplanabilmiştir. Örneğin 2017 yılı raporunda gerçekleşen ölümlü kazaların 67'sinin yalnızca 24'ünde giyilen dalış elbisesi hakkında bilgi alınabilmiş, bunların 15'inde ıslak elbise, 3'ünde ise yalnızca mayo giyildiği belirtilmiştir(59).

d. Derinlik: Teknik dalışın geçmişe kıyasla çok daha derinlere dalmaya izin vermesi ve dalış bilgisayarlarının daha yaygın olarak kullanılması gittikçe daha derinlere dalma isteğini arttırmaktadır. Derin dalışlar potansiyel riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu riskler içerisinde nitrojen narkozu, oksijen zehirlenmesi gibi derin dalışlarda ortaya çıkan sorunlar da yer almaktadır. BSAC tarafından yayınlanan yıllık dalış raporunda daha derinlerde daha fazla kaza görülmesinin nedeni; dekompresyon hastalığı riskinin artması, nitrojen narkozunun daha fazla görülmesi ve özellikle derinlerde ışık azalması ile görüş mesafesinin kısılması olarak belirtilmiştir. Bunlara ek olarak derinlerde gerçekleşen kazalarda daha ciddi dekompresyon hastalığı görülmekte ve kurtarma çalışmaları güçleşmektedir. Söz konusu raporda kazalar en sık 21-30 metre arası derinliklerde gerçekleşmiştir(71).

e. Solo (Tek) Dalış: Bilindiği üzere rekreasyonel amaçlı dalışlarda tek başına dalmak, ilgili mevzuat ve düzenlemeler ile tüm dünyada yasaklanmıştır. Her ne kadar dalışlarda bir dalış eşinin varlığı dalış kaza gerçekleşme olasılığını sıfırlamasa da bir aksilik halinde kurtarma ve ilk yardım olasılığının arttığı kesindir. Ancak dalış kazaları incelendiğinde, kazaların önemli bir bölümünde dalış eşlerinin kazadan hemen önce ya da sonrasında ayrıldıkları, kaza anında kazazedenin yalnız olduğu belirlenmiştir. Dalış eşlerinin birbirlerini kaybetmelerinde görüş mesafesinin kötü olması ve yüzerlik problemlerinin de etkili olabileceği bilinmektedir.

f. Su Koşulları: Dalış kazalarının bir bölümünde zorlu su koşullarının da rol oynadığı bilinmektedir. Dalgalı deniz, akıntı, zayıf görüş ve soğuk su dalgıç için zorluklar yaratabilir. Bu tür olumsuz koşullara hazırlıklı olmak en önemli korunma yöntemidir. Beklenmedik olumsuz hava koşullarında deneyimsiz dalgıçlar en savunmasız kalan kişiler olsalar da bazen çok deneyimli dalgıçlar için bile bu koşullar risk yaratabilir.

2.5. ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR

2.5.1. Şema Nedir?

Şema karmaşık uyaran ve deneyimler kümesi içinde bir düzen yaratmaya yardımcı olan kalıp veya çerçeve anlamına gelir(72).

Şemalar, erken çocukluk döneminde problemleri çözmek için kullandığımız, büyük olasılıkla doğru olduğunu düşündüğümüz şeye hızlıca götüren, işleme tasarrufu sağlayan bilişsel kalıplardır(73).

Young şemaların gerek kişilik bozukluklarında gerekse birçok psikiyatrik hastalığın ve olumsuz çocukluk yaşantılarının altında yatabileceğini savunmuştur. Bu şemaların “temel duygusal ihtiyaçlar” karşılanamadığı için aktive olduğunu ifade eder(5).

2.5.2. Şemaların Oluşumu

Erken dönem uyum bozucu şemalar çocukluk dönemine ait reddedilme, susitimal, ihmal veya terkedilme temalı hatıralardan kaynağını alır. Şemalar -kontrol edilemese de öngörülebilir bir hayata dair-bilişsel bir tutarlılık algısı oluştururlar ve bu dirençlerinin de sebebidir.(74, 75). Erken dönemde hayatı anlamlandırmada

kısayol olan şemalar sonra kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar verebilirler.(76). Kaygı, depresyon, madde kullanım bozukluğu ve psikosomatik bozukluklar gibi eksen 1 belirtilerin temelini oluşturmasıyla ilişkilendirilmektedir(5).

Şemalar, yaşamın erken yıllarında karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçlardan doğarlar. En temel bu 5 alan şunlardır;

- 1- Güvenli bağlanma (güven, istikrar ve kabul de bu alana girmektedir)
- 2- Otonomi, yeterlilik, kimlik farkındalığı
- 3- Önemli ihtiyaç ve duyguları ifade etme özgürlüğü
- 4- Doğallık, spontanlık ve oyun
- 5- Gerçekçi sınırlar ve irade (öz kontrol)

2.5.3. Şemaların Sınıflandırılması

Temel duygusal ihtiyaçlar yeterince karşılanmadığı takdirde uyum bozucu şemalar oluşmaktadır. 5 farklı şema alanı ortaya çıkmaktadır. Ayrılma ve reddedilme, Zedelenmiş özerklik, Zedelenmiş Sınırlar, Diğer Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarıdır. Bu 5 şema alanının kategorizasyonunda 18 şema boyutu bulunmaktadır(5). Bu 18 şema ise aşağıdaki gibidir;

1) Ayrılma ve Reddedilme Şema alanı

- **Sosyal izolasyon/ yabancılaşma;** bu kişiler dünyanın geri kalanından, özellikle aile dışındaki sosyal dünyadan, yalıtılmış olduğu hissider. Diğer insanlardan farklı olduklarını ve hiçbir grup ya da topluluğa ait olmadıklarını hissederler. Bu şema genellikle ev dışındaki sosyal dışlanmadan çıkar(77).

- **Duygusal yoksunluk;** bu şemaya sahip kişiler erken çocukluk dönemlerinden iyi bahsetseler de bu dönemlerde sıcak ve sevgi dolu bir bakım alamamışlar ve güvende hissetmemişlerdir. Normal düzeyde duygusal destek alma arzusunun başkaları tarafından yeterli şekilde karşılanmayacağı beklentisi vardır. Bu şemaya sahip kişiler, diğerleri onları sevdiği halde buna inanmaz ve kendilerini sevilmiş hissetmezler(62).

- **Güvensizlik/ suistimal edilme;** bu bireyler başkalarının zarar vereceği, kötüye kullanılacağı, aşağılayacağı, yalan söyleyeceği ve onlar tarafında kullanılacağı beklentisini içerir. Dostça yaklaşıldığında bile insanların olumsuz planları olduğunu düşünür. Genellikle cinsel istismar sonrası rastlanılmakta ise de fiziksel ve duygusal istismar yaşayan bireylerde de görülebilmektedir.

- **Kusurluluk/ utanç;** Kusurlu, kötü, aşağılık, işe yaramaz ve istenmeyen biri olma veya gerçek benliğini görseler ötekiler tarafından sevilmez olma duygusuyla beliren bir şemadır. Bu şemaya sahip kişiler eleştiriye, suçlamaya aşırı duyarlılığı vardır. Sevgi, saygı ya da dikkate alınmaya değmeyeceklerini düşünür ve yoğun bir utanç duygusu hissederler.

- **Terk edilme/ istikrarsızlık;** bu şema diğerlerinin özellikle yakınlık ve destek beklediklerimizin bu ihtiyaçları sağlama konusunda dengesiz veya güvensiz olduklarını, aktif koruma sağlayamayacağı algısını içerir. Bu bireyler çoğunlukla çocukluklarında ebeveynleri tarafından ihmal edildiklerini ya da kendileri çocukken ebeveynlerinin vefat ettiğini ifade etmişlerdir. Terk edilmişlik şemasına sahip bireyler sıklıkla güvenilir olmayan kişilerle birlikte olmakta ve bu durum da şemalarının sürekli devam etmesine neden olmaktadır(78)

2) Zedelenmiş özerklik Şema Alanı

- **Hastalıkların ve tehditlerin karşısında dayanıksızlık;** felaketin yakında olduğuna, her an kişinin başına gelebileceğine ve kişinin bunu engelleyemeyeceğine dair duyduğu abartılı korkuyu içerir. Beklenen felaketler dış kaynaklıdır a) tıbbi felaketler (kalp krizi, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome-Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu), b) duygusal felaketler(çıldırma), c) çevresel felaketler (doğal afetler, asansörün düşmesi, deprem, cinayet kurbanı olmak, uçak düşmesi) şeklinde başa geleceğine inanılır.

- **Bağımlılık/ Yetersizlik;** Bu şemaya sahip bireyler başkalarından yardım almadan gündelik sorumluluklarını, tek başına ve başarılı bir şekilde yerine getiremeyeceklerine inanır. Bu kişiler kendilerine bakamayacaklarını, yeni görevlerin altından kalkamayacaklarına, sorunlarını çözemeyeceklerini, doğru kararlar veremeyeceklerini düşünerek yoğun çaresizlik hissi yaşarlar(63).

- **Başarısızlık;** bu şemaya sahip kişiler kendilerini kaçınılmaz olarak başarısız hissederler. Akranlarına kıyasla temelde yetersiz olduklarına inanırlar.

Kendilerini diğer insanlara göre daha az zeki, bilgisiz yeteneksiz ve aptal görme eğilimleri vardır(77).

- **İç içe geçme /gelişmemiş benlik;** bu şema tam bir bireyleşme sağlayamama veya normal sosyal gelişim gösterememe pahasına sıklıkla ebeveynlerle olmak üzere bir ya da daha fazla kişiye fazla bağlanma sonucunda gelişen bir şemadır. Diğerinin sürekli desteği olmadan yaşanamayacağına ve mutlu olunamayacağına dair düşünceler vardır.

3) Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı

- **Yetersiz Özdenetim;** bu şema bireylerin kişisel hedeflerini gerçekleştirmek veya duygu ve dürtülerinin aşırılıklarını dizginleme konusunda yeterli özdenetim sağlama ve engellenmeye tolerans gösterme konusunda zorluk yaşarlar. Kişisel doyum, bağlılık ve bütünleşme pahasına, acıdan, yüzleşmeden kaçınma davranışları gösterirler (5).

- **Hak görme/ büyüklük;** bu kişiler diğer insanlardan daha üstün olduğu, özel hakları ve ayrıcalıkları olduğuna inanırlar. Sosyal etkileşimi yöneten karşılıklılık ilkesi ile bağlı olmadığı inancını içinde barındırır. Genellikle isteklerinin neye malolacağını düşünmeden ve diğer insanların ne istediğini umursamadan kendi istediklerine sahip olma konusunda diretmesini içerir. Diğer bireyler üzerinde güç ve kontrol sağlamak için üstünlüğe dair abartılı bir odaklanma en zengin, en başarılı, en ünlü kişi olmaya yönelik davranışlar görülebilir.

4) Diğeri Yönelimlilik Şema Alanı

- **Kendini feda;** Bu şemaya sahip kişiler kendi mutluluğu pahasına, gönüllü olarak başkalarının ihtiyaçlarını karşılamak üzerine aşırı odaklanmaları vardır. Kendi ihtiyaçlarını karşılama konusunda suçluluk hissi oluşur. Bu şema genellikle diğerlerinin acısına karşı şiddetli bir duyarlılıktan doğar(79).

- **Boyun eğicilik;** bu şema kontrolü aşırı derecede başkalarına bırakmayı içerir; çünkü kişi öfke, misilleme veya terk edilmeden kaçınmak için kendini bu şekilde davranmak zorunda hisseder. Bu kişiler diğer kişilerin istekleri doğrultusunda kendi tercih, karar, ihtiyaç ve duygularını bastırmaktadırlar(3).

- **Onaylanma;** bu şema güvenli ve doğru bir kendilik algısı oluşturma pahasına, diğer insanların onay, kabul ve ilgisini kazanmaya veya onlara uyum

göstermeye aşırı bir vurguyu içerir. Kişinin itibar algısı kendi doğal eğilimlerine göre değil, öncelikli olarak diğerlerinin tepkisine bağlıdır. Hedefleri mükemmel olmaktan daha çok diğer insanların onay ve takdirini kazanmaktır(80).

5) Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Şema Alanı

- **Cezalandırma;** bu şema insanların (kendisi de dahil) yaptıkları hatalar için şiddetli bir şekilde cezalandırılmaları gerektiği inancını içerir. Beklenti ve standartlarını karşılamayan tüm insanlara karşı öfkeli, hoşgörüsüz, cezalandırıcı ve tahammülsüz olma eğilimine girerler. Genellikle diğer insanlara empati kuramaz, bu yüzden insanların hatalarını bağışlamakta zorlanırlar(81).

- **Yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik;** bu şemaya sahip bireyler eleştiriden kaçınmak, kendilerini ispatlamak ve başarılı olmak için yoğun efor harcaması gerektiği temel inancını içerir. Baskı altında hissetme, yavaşlamakta zorlanma, kendine ve başkalarına aşırı eleştirelilik ile sonuçlanır. Bu şema zevk alma, gevşeme, sağlık, öz-saygı, başarı algısı veya tatmin edici ilişkiler alanlarında her zaman önemli bir bozulmayı kapsar(17).

- **Duyguları Bastırma;** bu şema -genellikle başkalarının kınamasından, utanç duygularından veya dürtü kontrolünü kaybetmekten kaçınmak amacıyla spontan eylem ve davranışların aşırı derecede bastırılmasını içerir. Bunlar; öfke ve agresyonun bastırılması, olumlu duyguların bastırılması (şefkat, neşe, cinsel heyecan, oyun) veya duygularını ifade ederken akılcılığa aşırı vurgu yapma gibi özetlenebilir.

- **Karamsarlık;** bu şemaya sahip kişiler yaşamı boyunca olumlu ve iyimser yönlerini küçümser veya görmezden gelirken, olumsuz yanlarına (acı, ölüm, hayal kırıklığı, çatışma, küskünlük, ihanet, potansiyel hatalar vs) odaklanmayı içerir. İşlerin kaçınılmaz olarak kötüye gideceğine dair ciddi bir inanç söz konusudur. (82).

2.5.4. Şemalar, Heyecan Arama Davranışı ve Dalış Kazaları

Young ve arkadaşlarına göre şema, bireylerin bilgileri yorumlarken kullandıkları, çocukluktan başlayan ve yaşam boyunca sürekli tekrar eden bir kalıptır(78). Şemalar bir yandan bizi zor duruma soksalar da bilindik ve rahatlatıcı yanıyla da devam etmekte ısrar ederler. Anlaşıldığı üzere şemalar erken dönem yaşantılarının birer temsilidir. Bu nedenle çocukluktaki geçirilen duygusal, fiziksel veya cinsel travmaların şemaların gelişimine etkisi büyüktür.

Çin Halk Cumhuriyet'inde yapılan bir çalışmada çocukluk çağı ihmalıyla erken dönem uyum bozucu şemalar arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (83).

Borderline kişilik bozukluklarında heyecan arama davranışının arttığı görülmüş(84). Yapılan bir çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin heyecan arama skoru kontrol gurubuna göre daha yüksek olarak bulunmuştur(85).

Literatürde depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları ve yeme bozukluklarında görülen şemalarla ilişkili çeşitli çalışmalar mevcuttur (15, 86-88). Dalgıçlar ve dalış kazalarıyla ilişkili erken dönem uyum bozucu şemaları ve heyecan arama davranışlarını inceleyen herhangi bir çalışma bulunamamıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmamızın örneklemini TSSF sertifikalı dalıcılar oluşturmaktadır. Dalış deneyimi olmayan katılımcılar ise kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Kesitsel ve prospektif olarak tasarlanmış olan çalışmamız 17 Aralık 2021-31 Ocak 2022 tarihleri arasında gönüllü olan katılımcılara online yöntemle anket olarak uygulanmıştır.

Araştırma için gerekli etik kurul izni alındıktan sonra, online olarak ulaştığımız toplam 542 katılımcı çalışmaya dâhil edilmiştir. Bunların 252'si dalgıç iken kontrol grubu olarak da 290 kişi dalış yapmamış olan bireylerden oluşmuştur. Dâhil edilme kriterlerini sağlayan katılımcılara online anket formu doldurulmuştur. Katılımcılardan alınan veriler gerekli işlemlere ve analizlere tabi tutularak raporlanmıştır.

Dalgıç grubuna ait çalışmaya dahil etme kriterleri; (i) 18-99 yaş aralığında olmak, (ii) TSSF sertifikalı dalgıç olmak, (iii) Türkçe okuma-yazma bilme olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubuna ait çalışmaya dahil etme kriterleri ise; (i)18-99 yaş aralığında olmak, (ii) Amatör veya profesyonel amaçlı dalış yapmamak, (iii) Türkçe okuma-yazma bilme olarak belirlenmiştir.

Türkiye'de TSSF' ye kayıtlı dalgıçların sayısı 239.044 kişidir. Hata payı %5, güven aralığı %95 olarak alınmıştır. Örneklem büyüklüğü hedefi 242 dalgıç ve 242 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 484 olarak hesaplanmıştır.

Çalışma sonunda ise toplam 252 dalgıç ve 290 sağlıklı kontrol örneklem oluşturabilmiştir. G Power 3.1 programı ile yapılan power analizinde bağımlı değişkenler için gruplar arası fark değerlendirildiğinde %5 alfa hata ile %96,66 oranında power elde edilmiştir.

3.2 ARAŞTIRMA İZİNLERİ

Bu araştırma için 06.07.2021 tarihinde TSSF' den 673901 numaralı resmi yazı ile izin alınmıştır ve belgesi EK-1'de sunulmuştur. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ise 16 Aralık 2021 tarih ve

2021/262 proje/karar numaralı kararıyla onaylanmıştır. Araştırma Kurulu Değerlendirme Raporu belgesi EK-2’de sunulmuştur. Araştırmanın tüm aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. ANKET

Katılımcılara uygulanan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik verileri ile dalış geçmişlerine ait bilgiler sorgulanmış ve Genç Yetişkinlerde Heyecan Arama Ölçeği uygulanmıştır. İkinci bölümde ise Young Şema Ölçeği uygulanmıştır. Anket formu ekte sunulmuştur (EK-3).

3.3.1. Sosyodemografik ve Dalış Bilgileri

Araştırmanın amaçları ve özellikleri dikkate alınarak, araştırmacılar tarafından katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulamak amacıyla oluşturulmuştur. Bu bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, vücut kitle endeksi, eğitim, medeni durum, intihar öyküsü, sigara ve alkol kullanım düzeyleri, daha önce yaşadığı ruhsal travma varlığı ve çeşidi, psikiyatrik hastalık varlığı ve psikiyatrik bir hastalık nedeniyle ilaç kullanım öyküsü değerlendirilmiştir. Ayrıca dalış geçmişlerine ait bilgilerin sorgulanması amacıyla dalış sertifikasının düzeyi, dalış için sağlık raporu almış mı, dalış kazası öyküsü, yaşadığı dalış kazasının türü ve bu sırada yaşadığı şikayetleri sorgulanmıştır. Bu bölümde toplam 16 soru vardır ve çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır.

3.3.2. Young Şema Ölçeği

Young Şema Ölçeği Young ve Brown (1990) tarafından bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarını değerlendirmek amacıyla oluşturulan öz bildirime dayalı bir ölçektir (89). Ölçeğin ilk formu 205 madde ve 16 şemadan oluşmaktadır. Ölçeğin 205 maddeden oluşan bu uzun formu Young (1994) tarafından kısaltılarak 75 madde ve 15 şemadan oluşan bir forma dönüştürülmüştür. 2004 yılında ise yine Young tarafından onay arayıcılık, cezalandırıcılık ve karamsarlık olan 3 şemanın eklenmesiyle 90 maddelik formu oluşturulmuştur. Ölçek 6’lı derecelendirme ile 1 (benim için tamamıyla yanlış) ve 6 (beni mükemmel şekilde tanımlıyor) olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların artması uyumsuz şemaların düzeyinin arttığını göstermektedir. Young Şema Ölçeği’nin 90 maddelik kısaltılmış formunun

Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır tarafından yapılmıştır (90). Türk üniversite örneklemeyle yapılan çalışmada ölçeğin yorumlanabilir 14 faktörden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında üst sıra faktör analizi incelemelerinde ölçekte zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar, diğerleri yönelimlilik ve zedelenmiş sınırlar olmak üzere 5 şema alanı belirlenmiştir. 47 ölçeğin birleşen geçerlilik incelemelerinde ise şema alanları ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki incelenmiş, ölçeğin kaygı, depresyon ve kişiler arası duyarlılık ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayırt edici geçerliliğini belirlemek amacıyla da normal, klinik olmayan örneklem ile özel bir psikoterapi merkezine başvuran klinik örneklem karşılaştırılmış, duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, kusurluluk ve tehditler karşısında dayanıksızlık alt faktörlerinin klinik ve normal örneklem açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklara rastlanmıştır. Klinik örneklemin tüm alt faktörlerden normal örnekleme göre daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Şema alanlarından ise zedelenmiş otonomi ve kopukluk şemalarının klinik örnekleme normal örneklemden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik analizlerine göre tüm faktörlerin 0,66 ile 0,82, şema alanlarının ise 0,66 ile 0,82 arasında değerler aldıkları bulgusu elde edilmiştir. Güvenirlik analizi için yapılan iç tutarlılık analizinde ise faktörlerin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0,63 ile 0,80, şema alanlarının değerleri ise 0,53 ile 0,81 arasında belirlenmiştir (90). Young Şema Ölçeğinin 90 maddelik kısaltılmış özgün formu 5 şema alanı ve 14 erken dönem uyumsuz şemadan oluşmaktadır. Bu şema alanları ayrılma ve dışlanma/reddedilme, zedelenmiş özerklik/performans, zedelenmiş sınırlar, diğerleri yönelimlilik ve aşırı tetikte olma baskılamadır. Erken dönem uyumsuz şemalar ise terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon, bağımlılık/iç içe geçme, dayanıksızlık, başarısızlık, haklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda, onay arayıcılık, karamsarlık, duygusal bastırma, yüksek standartlardır (79).

3.3.3. Genç Yetişkinlerde Heyecan Arama Ölçeği

Heyecan Arayışı Ölçeği Hoyle, Stephenson, Palmgreen, Lorch ve Donohew (2002) tarafından geliştirilmiş ve Çelik ve Turan (2015) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik testi yapılmıştır. Ölçek 5'li Likert tipi (1= kesinlikle katılmıyorum, 5=

tamamen katılıyorum) sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonu tek boyutludur ve ters kodlanan maddesi bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar heyecan arayışı düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise heyecan arayışı düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçeye geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısının 0,79 olduğu saptanmıştır, ayrıca ölçeğin geçerliğini belirlemek için yapılan doğrulayıcı faktör analizinde uyum indeksi değerleri ($\chi^2 / sd = 4,46$, RMSEA = 0,07, GFI = 0,96, CFI = 0,94, IFI = 0,94, NFI = 0,93, AGFI = 0,93 ve NNFI = 0,91) kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin madde-test korelasyonlarının ise 0,22 ile 0,59 arasında sıralandığı görülmüştür.(91)

3.4. İSTATİKSEL ANALİZ

Çalışmanın istatistiksel analizlerinde SPSS 22.0 ve JAMOVI paket programı kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin analizi için öncelikle örneklem sayısı ve dağılımı''Kolmogorov-Smirnov'' testi ile parametrik varsayımlar değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann-Whitney u testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun karşılaştırılması One-way ANOVA testi ile yapılmıştır. Post-hoc analizlerde Tukey analizi kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmamıza dalgıç grubunda toplam 252, kontrol grubunda ise toplam 290 kişi katılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait detaylı bilgiler ve her iki grup arasındaki sosyodemografik özellikler açısından yapılan karşılaştırmalar Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Dalgıç grubu ile kontrol grubunun yaş ve cinsiyet açısından birbiriyle benzer olduğu; sadece medeni durum ($p<0,001$) ve eğitim açısından ($p<0,001$) gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Dalgıç ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

	Genel Ortalama \pm standart sapma veya n (%)	Dalgıç Ortalama \pm standart sapma veya n (%)	Kontrol Ortalama \pm standart sapma veya n (%)	P değeri
Yaş	37,01 \pm 11,00	36,82 \pm 9,30	37,17 \pm 12,30	0,713
Cinsiyet				0,212
Kadın	237 (%43,7)	103 (%40,9)	134 (%46,2)	
Erkek	305 (%56,3)	149 (%59,1)	156 (%53,8)	
Medeni Durum				<0,001
Bekar	180 (%33,2)	101 (%40,1)	79 (%27,2)	
Evli	320 (%59,0)	121 (%48,0)	199 (%68,6)	
Boşanmış	42 (%7,7)	30 (%11,9)	12 (%4,1)	
Eğitim Durumu				<0,001
Lise	49 (%9,0)	14 (%5,6)	35 (%12,1)	
Üniversite	346 (%63,8)	151 (%59,9)	195 (%67,2)	
Lisansüstü	147 (%27,1)	87 (%34,5)	60 (%20,7)	

Dalgıç ve kontrol grubunun vücut kitle endeksleri karşılaştırıldığında ($p=0,182$) istatistiksel olarak fark saptanmadı, gruplar bu açıdan birbirine denkti.

Katılımcıların sigara ve alkol kullanım alışkanlıkları Tablo 4.2.'de incelenmiştir. Dalgıç grubunda daha fazla sigara ($p<0,001$) ve alkol kullanımı ($p<0,001$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Dalgıç ve Kontrol Grubunun Sigara ve Alkol Kullanımlarının Karşılaştırması

	Dalgıç n (%)	Kontrol n (%)	P değeri
Sigara			<0,001
Yok	150 (%59,5)	225 (%77,6)	
1-10 adet	54 (%21,4)	36 (%12,4)	
11-20	32 (%12,7)	17 (%5,9)	
>20	16 (%6,3)	12 (%4,1)	
Alkol			<0,001
Hiç	41 (%16,3)	222 (%76,8)	
Yılda 1	66 (%26,2)	41 (%14,2)	
Ayda 1	92 (%36,5)	16 (%5,5)	
Haftada 1	53 (%21,0)	10 (%3,5)	

Tablo 4.3.'te dalgıç ve kontrol grubundaki psikiyatrik tedavi öyküsü ve daha önceden olan intihar girişimine dair veriler mevcuttur. Psikiyatrik tedavi öyküsü ($p=0,673$) ve daha önce intihar girişimi ($p=0,406$) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.3. Dalgıç ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Tedavi Öykülerinin ve İntihar Teşebbüslerinin Karşılaştırması

	Dalgıç	Kontrol	P değeri
	n (%)	n (%)	
Psikiyatrik tedavi öyküsü			0,673
Hayır	197 (%78,2)	231 (%79,7)	
Evet	55 (%21,8)	59 (%20,3)	
Daha önce intihar			0,406
Hayır	245 (%97,2)	285 (%98,3)	
Evet	7 (%2,8)	5 (%1,7)	

4.2. DALIŞ ÖYKÜSÜ

Dalgıçların dalış sertifikalarına ait detaylı bilgiler Tablo 4.4.'te sunulmuştur. Dalgıçların sadece %27,4'ü (n=69) daha önce bir dalış kazası yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4.4. Dalgıçların Dalış Sertifikalarına Göre Dağılımı

Dalış Sertifikası	Dalgıç- n (%)
1 Yıldız	64 (%25,4)
2 Yıldız	83 (%32,9)
3 Yıldız	51 (%20,2)
Eğitmen/Rehber	54 (%21,4)

4.3. YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ İLE HEYECAN ARAMA ÖLÇEĞİ SONUÇLARI VE SONUÇLARIN DALGIÇ İLE KONTROL GRUBU ARASINDAKİ KARŞILAŞTIRMASI

Tablo 4.5.'te iki grubun Heyecan Arama ve Young Şema Skorlarının dağılımı görülmektedir. Dalgıç grubunda kontrol grubuna göre heyecan arama skoru ($p<0,001$) yüksek bulundu. Dalgıç grubunda 4 şema tipinde istatistiksel olarak

anlamli farlılıklar saptandı. Young Şema alt ölçeklerinden baŐarisızlık Şeması ($p=0,010$), karamsarlık Şeması ($p<0,001$), i içe geçme Şeması ($p<0,001$), kendini feda Şeması ($p=0,003$) dalgıç grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olarak bulundu.

Tablo 4.5. Dalgıç ve Kontrol Grubu Arasındaki Young Şema Alt leklerinin ve Heyecan Arama Skorlarının Dağılımları

	Dalgıç Ortalama \pm standart sapma	Kontrol Ortalama \pm standart sapma	P değeri
Heyecan Arama	24,72 \pm 5,60	21,50 \pm 5,42	<0,001
Young Şema			
Duygusal Yoksunluk	9,76 \pm 4,75	10,41 \pm 4,70	0,108
BaŐarisızlık	11,45 \pm 4,75	12,51 \pm 4,76	0,010
Karamsarlık	10,51 \pm 4,70	12,38 \pm 5,28	<0,001
Sosyal İzolasyon	16,73 \pm 6,69	17,17 \pm 5,84	0,483
Duyguları bastırma	11,94 \pm 5,00	12,02 \pm 4,69	0,855
Onay Arayıcılık	19,37 \pm 5,60	19,85 \pm 5,58	0,314
İ içe geçme	15,14 \pm 5,64	17,37 \pm 6,38	<0,001
Ayrıcalıklılık	23,80 \pm 6,69	23,12 \pm 5,98	0,217
Kendini feda	15,62 \pm 4,81	16,89 \pm 5,17	0,003
Terk edilme	8,89 \pm 4,04	9,43 \pm 3,79	0,113
Cezalandırılma	20,80 \pm 5,69	21,32 \pm 5,23	0,263
Kusurluluk	10,00 \pm 4,09	10,71 \pm 4,35	0,052
Tehditler karşısında dayanıksızlık	11,43 \pm 4,51	11,77 \pm 4,58	0,387
Yüksek standartlar	9,26 \pm 3,42	9,41 \pm 3,69	0,632

4.4 DALIŞ KAZASI ÖYKÜSÜ İLE HEYECAN ARAMA VE ŞEMA TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dalgıçlarda heyecan arama ölçeği ve Young şema ölçek sonuçları ile dalış kazası öyküsü arasındaki ilişkisi Tablo 4.6.'da incelenmiştir. Dalış kazası geçiren ve geçirmemiş dalgıçlar arasında Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($p<0,001$) şeması skorunun anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Tehditler Karşısında Dayanıksızlık şeması kaza geçiren dalgıçlarda kaza geçirmemiş dalgıçlara göre daha yüksek olarak bulundu.

Tablo 4.6. Dalgıçlarda Heyecan Arama Ölçeği ve Young Şema Ölçek Sonuçları ile Dalış Kazası Öyküsü Arasındaki İlişkisi

	Kaza geçirmiş Ortalama \pm standart sapma n=69	Kaza geçirmemiş Ortalama \pm standart sapma n=183	P değeri
Heyecan Arama	24,89 \pm 5,85	24,66 \pm 5,52	0,765
Young Şema			
Duygusal Yoksunluk	10,34 \pm 4,73	9,54 \pm 4,75	0,231
Başarısızlık	12,23 \pm 5,03	11,15 \pm 4,63	0,111
Karamsarlık	11,21 \pm 4,32	10,25 \pm 4,82	0,149
Sosyal İzolasyon	17,79 \pm 6,35	16,41 \pm 6,79	0,144
Duyguları bastırma	12,44 \pm 5,22	11,75 \pm 4,91	0,326
Onay Aryıcılık	19,91 \pm 5,43	19,16 \pm 5,67	0,349
İç içe geçme	15,69 \pm 5,34	14,93 \pm 5,75	0,344
Ayrıcalıklık	24,88 \pm 6,15	23,39 \pm 6,86	0,115
Kendini feda	16,34 \pm 4,84	15,35 \pm 4,78	0,145
Terk edilme	9,17 \pm 3,53	8,79 \pm 4,22	0,505
Cezalandırılma	21,15 \pm 4,91	20,66 \pm 5,97	0,542
Kusurluluk	10,24 \pm 3,89	9,90 \pm 4,18	0,559
Tehditler karşısında dayanıksızlık	12,53\pm4,30	11,02\pm4,53	0,017
Yüksek standartlar	9,53 \pm 3,31	9,16 \pm 3,47	0,450

Dalış eğitimi seviyesine göre dalgıçlar arasındaki Heyecan Arama Ölçeği ve Young Şema Alt Ölçek Skorların dağılımı ise Tablo 4.7.'de görülmektedir. Gruplar arasında heyecan arama ($p=0,016$), başarısızlık şeması ($p=0,004$), iç içe geçme

şeması ($p<0,001$) ve terkedilme şemasının ($p=0,034$) skorunun anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. 1 yıldıza sahibi dalgıçların eğitimci dalgıçlara göre heyecan arama skoru daha yüksek olarak bulundu. Başarısızlık şeması skoru 1 yıldız dalgıçlarda 3 yıldız ve eğitimci dalgıçlara göre yüksek olarak bulundu. İç içe geçme şeması skoru 1 yıldız dalgıçlarda 3 yıldız ve eğitimci dalgıçlara göre yüksek olarak bulundu. Terkedilme şeması skoru 1 yıldız dalgıçlarda eğitimci dalgıçlara göre yüksek olarak bulundu.

Tablo 4.7. Dalış Eğitimi Seviyesine Göre Dalgıçlar Arasındaki Heyecan Arama Ölçeği ve Young Şema Alt Ölçek Skorların Dağılımı

	1 Yıldız (Ortalama ± standart sapma) (n=64) (I)	2 Yıldız (Ortalama ± standart sapma) (n=83) (II)	3 Yıldız (Ortalama ± standart sapma) (n=51) (III)	Eğitmen/Reh ber (Ortalama ± standart sapma) (n=54) (IV)	P değeri	Post-hoc
Heyecan Arama	26,32±5,82	24,33±5,39	25,05±6,10	23,11±4,73	0,016	I>IV, I=II=III, II=III=IV
Young Şema						
Duygusal Yoksunluk	10,09±4,71	9,67±4,54	9,33±4,07	9,90±5,72	0,850	I=II=III=I V
Başarısızlık	12,89±5,01	11,81±5,24	10,56±3,74	10,01±4,01	0,004	I=II, I>III=IV, II=III=IV
Kararsızlık	11,35±4,90	10,90±5,02	10,03±4,25	9,38±4,16	0,099	I=II=III=I V
Sosyal İzolasyon	16,82±6,39	17,28±6,58	16,03±7,15	16,70±6,88	0,776	I=II=III=I V
Duyguları bastırma	12,54±4,45	11,75±4,83	11,47±5,62	11,96±5,30	0,684	I=II=III=I V
Onay Arayıcılık	19,68±6,34	19,61±4,98	19,29±5,89	18,70±5,41	0,771	I=II=III=I V
İç içe geçme	17,43±6,59	15,24±5,07	14,17±4,98	13,20±4,97	<0,001	I=II, I>III=IV, II=III=IV

Ayrıcalıklılık	23,46±6,69	23,21±6,22	24,68±6,97	24,25±7,19	0,589	I=II=III=IV V
Kendini feda	15,53±4,64	15,83±4,78	15,47±4,92	15,57±4,07	0,972	I=II=III=IV V
Terk edilme	9,81±4,51	9,22±4,04	8,35±3,41	7,81±3,76	0,034	I>IV, I=II=III, II=III=IV
Cezalandırılma	20,10±5,77	20,67±5,60	20,82±5,08	21,79±6,29	0,454	I=II=III=IV V
Kusurluluk	11,17±4,89	9,89±3,71	9,37±3,95	9,37±3,54	0,051	I=II=III=IV V
Tehditler karşısında dayanıksızlık	11,45±4,32	11,96±4,59	11,50±4,34	10,53±4,76	0,351	I=II=III=IV V
Yüksek standartlar	9,09±3,30	8,73±3,01	9,31±4,11	10,25±4,05	0,082	I=II=III=IV V

Tablo 4.8.'de görüldüğü gibi dalgıç ve kontrol grubunda heyecan arama sürekli değişkeninin YŞÖ şema alanları ile korelasyon analizine bakıldığında sosyal izolasyon şeması dalgıç grubunda ($r=0,307$, $p<0,001$) ve kontrol grubunda ($r=0,142$, $p=0,015$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Onaylanma şemasında dalgıç grubunda ($r=0,284$, $p<0,001$) ve kontrol grubunda ($r=0,145$, $p=0,014$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Ayrıcalıklılık şemasında dalgıç grubunda ($r=0,377$, $p<0,001$) ve kontrol grubunda ($r=0,224$, $p<0,001$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Duygusal yoksunluk şemasında dalgıç grubunda ($r=0,202$, $p=0,001$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Başarısızlık şemasında dalgıç grubunda ($r=0,229$, $p<0,001$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Karamsarlık şemasında dalgıç grubunda ($r=0,161$, $p=0,011$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Duyguları bastırma şemasında dalgıç grubunda ($r=0,137$, $p=0,029$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. İç içe geçme şemasında dalgıç grubunda ($r=0,137$, $p=0,048$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Kendini feda şemasında dalgıç grubunda ($r=0,150$, $p=0,017$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Terk edilme şemasında dalgıç grubunda ($r=0,176$, $p=0,005$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Cezalandırılma şemasında kontrol grubunda ($r=0,131$, $p=0,026$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Kusurluluk şemasında dalgıç

grubunda ($r=0,228$, $p<0,001$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır. Yüksek standartlar şemasında dalgıç grubunda ($r=0,267$, $p<0,001$) pozitif yönde düşük düzeyde bir lineer korelasyon saptanmıştır.

Dokuz şema alt ölçeğinin heyecan arama ile olan korelasyon analizi, kontrol grubunda anlamlı değilken, dalgıç grubunda anlamlı farklı bulundu ($p<0,005$). Bu şemalar duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, duyguları bastırma, iç içe geçme, kendini feda, terkedilme, kusurluluk ve yüksek standartlar şemalarıydı.

Sosyal izolasyon, onaylanma, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemalarında ise hem dalgıç hem kontrol grubunda heyecan arama ile olan korelasyon analizleri anlamlıydı ($p<0,005$).

Tablo 4.8. Dalgıç ve Kontrol Grubunda Heyecan Arama Sürekli Değişkeninin YŞÖ Şema Alanları ile Korelasyon Analizi

		Dalgıçlarda Heyecan_arama ölçeği toplam	Kontrol Heyecan_arama ölçeği toplam
Duygusal_yoksunluk	r	0,202**	0,076
	p	0,001	0,197
Başarısızlık	r	0,229**	0,031
	p	<0,001	0,594
Karamsarlık	r	0,161*	0,109
	p	0,011	0,063
Sosyal İzolasyon	r	0,307**	0,142*
	p	<0,001	0,015
Duyguları Bastırma	r	0,137*	0,040
	p	0,029	0,502
Onay arayıcılık	r	0,284**	0,145*
	p	<0,001	0,014
İç içe geçme	r	0,125*	0,033
	p	0,048	0,576
Ayrıcalıklılık	r	0,377**	0,224**
	p	<0,001	<0,001
Kendini feda	r	0,150*	0,094
	p	0,017	0,110
Terk edilme	r	0,176**	0,051
	p	0,005	0,386
Cezalandırılma	r	0,048	0,131*
	p	0,445	0,026
Kusurluluk	r	0,228**	0,048
	p	<0,001	0,411
Tehditler karşısında dayanıksızlık	r	0,088	0,079
	p	0,166	0,178
Yüksek standartlar	r	0,267**	0,034
	p	<0,001	0,565

5. TARTIŞMA

Dalış kazaları, etiyojisinde birçok faktörün rol aldığı, önemli sekellere yol açabilen bir durumdur. Dalış komplikasyonları hastaya ve aile yakınlarına psikolojik sosyal fiziksel anlamda getirdiği yüklerin yanı sıra ve sağlık sistemlerine ekonomik bir yük getirmektedir; bu nedenle dalış kazalarının önlenmesi birçok yönden önem arz eder. Bu açıdan profesyonel anlamda dalış yapanlar için rutin bir sağlık muayenesi ülkemizde zorunlu olmakla beraber, dalışa ilk defa başlayan kişilere de kısa bir sağlık taraması yapılmaktadır. Böylece dalış kazaları açısından riskli kişiler saptanarak dalış kazalarının önüne geçilebilmektedir. Ancak bu muayenelerde dalgıçların kişilik özellikleri detaylı biçimde değerlendirilememektedir. Biz bu çalışmada dalgıçların kişilik özelliklerinin dalış kazaları üzerindeki etkisini incelemeyi amaçladık. Çalışmamızda 252'si dalgıç, 290'ı kontrol olmak üzere toplam 542 katılımcıda heyecan arama davranışları ve erken dönem uyum bozucu şemaların incelenmesini amaçladık. Çalışmamızda dalgıç grubunda kontrol grubuna göre heyecan arama skoru yüksek bulundu. Dalgıç grubunda Young şema alt ölçeklerinden 4 şema tipi; başarısızlık şeması, karamsarlık şeması, iç içe geçme şeması, kendini feda şeması olmak üzere kontrol grubuna göre daha düşük olarak bulundu. Tehditler karşısında dayanıksızlık ($p<0,001$) şeması ise kaza geçiren dalgıçlarda kaza geçirmemiş dalgıçlara göre daha yüksek olarak bulundu.

Bulgular dalgıç grubunun sosyodemografik faktörlerinin incelenmesi nedeniyle epidemiyolojik bir veri kaynağı olabilir. Şemaların incelenmesinin; dalgıçların kişilik özelliklerinin tespit edilmesine ve dalış kazalarını tetikleyen psikolojik faktörlerin minimize edilmesinin önleyici tıp açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda dalgıçları toplumla karşılaştırmak için kullandığımız kontrol grubu ile dalgıçlar arasında yaş, cinsiyet, VKİ (vücut kitle indeksi), psikiyatrik tedavi öyküsü ve intihar girişimi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum kontrol grubu için seçilen örneklemin uygun olduğunu göstermektedir. İki grup arasında sadece medeni durum, eğitim, sigara ve alkol alışkanlıklarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür.

Çalışmamızda kadın ve erkek oranı arasında önemli bir fark yoktu. Çalışmamıza katılan dalgıçların %59,1'i erkek, %40,9'u kadındı. Ülkemizde yapılan

başka bir çalışmada %50,8 erkek ve %49,2 kadın olarak bulunmuş(92). İspanya’da yapılan bir çalışmada %80,6 erkek, %19,4 kadın şeklinde bulunmuştur(93). İngiltere’de dalgıçlarla ilgili yapılan bir çalışmada ise %53 erkek, %47 kadın şeklinde bir oran vardır(94). Literatürde dalgıçlardaki farklı cinsiyet oranlarının toplumun kültürel, ekonomik yapısından etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür.

Üniversite mezunu veya üstü olan dalgıç oranı %94,4 idi, lisanüstü eğitimi olanların oranı %34,5 idi ve bu değer kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti. Portekiz’de 233 dalgıçta yapılan bir çalışmada üniversite mezunu ve üstü oran %69,5 olarak bulunmuştur(95). Malezya’daki bir çalışmada ise üniversite mezunu ve üstü olan dalgıçların oranı %65,6 olarak bildirilmiştir(96). Kore’de yapılan bir çalışmada üniversite mezunu ve üstü olan dalgıçların oranı %45,7 olarak bulunmuştur(97). Literatürdeki çalışmalarda eğitim durumu ile alakalı farklı veriler bulunmaktadır. Bizim ülkemizde dalgıçların çoğunun üniversite mezunu ve üstü olması, eğitim seviyesinin arttıkça dalış hakkında daha çok bilgi sahibi olunduğu ve dalış yapmaya yönelimin artmış olabileceği, sosyal çevre ve ekonomik sebeplerin de buna katkı sağlamış olabileceği düşünüldü.

Dalgıç grubunda kontrol grubuna göre psikiyatrik tedavi öyküsü ve intihar girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Bu çalışmada dalgıç grubunda psikiyatrik tedavi öyküsü %21,8, intihar girişimi %2,8 olarak bulunmuştur. Literatürde dalgıçların sporadik intihar olguları bulunmakla birlikte intihar girişim oranlarına dair bir çalışmaya rastlanılmadı(98).

Dalgıç grubunun sigara kullanımı kontrol grubuna göre %40,5 oranıyla anlamlı düzeyde daha fazla idi ($p<0,001$). İngiltere’de yapılan bir çalışmada dalgıçlarda sigara içme oranı dalgıç olmayanlara oranla daha düşük bulunmuştur(99). Amerika’da yapılmış bir çalışmada ise dalgıç grubunda kontrol grubuna göre sigara içme oranı daha yüksek olarak bulunmuştur(100). Ayrıca çalışmamızda dalgıç grubunun alkol kullanımı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla idi ($p<0,001$). Ülkemizde yapılmış bir başka çalışmada ise sigara kullanan dalgıçlar %34,5, alkol kullanan dalgıçlar %87 oranla kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş(101). Çalışmamızdaki bulgular genel olarak literatürle uyumludur. Dalgıçlarda sigara ve alkol tüketiminin normal topluma oranla daha yüksek olmasının sebebi dalgıçların yüksek riskli işleri sevmeleri ve bu işler esasında sıklıkla karşılaşılan sorunlar ile baş etme sırasında kaygılanmaları olabilir.

Nihayetinde oluşan bu kaygıyı sigara ve alkol ile “bastırma” savunma mekanizmasını kullanarak kaçınmak için kullanabilirler. Ayrıca dalışın ekonomik olarak maliyetli bir spor olduğu düşünülürse dalış yapan bireylerin genel olarak toplum ortalamasından daha iyi bir gelire sahip olabileceği ve böylece alkol, sigara gibi zorunlu olmayan tüketim maddelerine daha kolay bütçe ayırabildikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda dalgıçlarda heyecan arama davranışı ve erken dönem uyum bozucu şemaları normal toplumla karşılaştırılarak detaylı biçimde incelenmiştir. Çalışmamızda dalgıçlarda heyecan arama davranışının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde de Amerika’da yapılmış bir çalışmada donanma dalgıçlarının heyecan arama skorları yüksek bulunmuş(102). Ayrıca çalışmamıza katılan dalgıçlarda Young şema alt ölçeklerinden ise başarısızlık şeması, karamsarlık şeması, iç içe geçme şeması, kendini feda şeması skorları dalgıçlarda kontrol grubuna göre düşük olarak bulunmuştur. Literatürde dalgıçlarda kişilik profilleri incelenmesine rağmen şemaların incelenmesine dair bir çalışma yoktu(102,103). Bu nedenle bu çalışma dalgıçlarda yapılmış ilk şema incelemesi olma özelliğine sahiptir.

İç içe geçme/bağımlılık şeması bağımlı kişilik bozukluğunda ve sınırda kişilik bozukluğunda yüksektir(104). İç içe geçme/bağımlılık şemasına sahip bireyler gündelik sorumluluklarını başkalarından yardım almadan, özerk ve becerikli bir şekilde yerine getiremeyeceklerine inanırlar (80). İç içe geçme/bağımlılık şema skorlarının yüksek olması çocuklukta yeterli otonomi kazandırılmaması sonucu kişinin sorumluluk alamamasına, kendini geliştirmemesine, problem anında çaresiz hissetmesine yol açar(5). Dalgıç grubunda iç içe geçme şemasının düşüklüğü riski sevmeleri ve problemlerle baş ederek kendilerini geliştirmeleri sayesinde olmuş olabilir. Veya anneden ayrışma sürecinde daha kolay özerkleşmiş oldukları için de bu gibi riskli sporları daha kolay tercih ediyor olabilirler.

Başarısızlık şeması, paranoid kişilik bozukluklarında, çekingen kişilik bozukluklarında, depresif bozukluklarda yüksek olarak saptanmaktadır (104). Başarısızlık şemasına sahip bireyler kendileri yeterli donanım, zekâ, kabiliyete sahip olsalar bile tamamen başarısız olduğuna/olacağına inanırlar. Yaşamlarının hiçbir alanında (okul, kariyer, spor vb.) hiçbir zaman başarılı olamayacaklarını düşünürler. Başarısızlık onlar için kaçınılmazdır ve temelde yetersiz olduklarına dair inançları

kuvvetlidir(82). Çalışmamızda kontrol grubunda yüksek bulunan bu şema ruminatif (tekrarlayan) bir düşünce tarzını bize hatırlatır. Dalgıçların diğer insanların zorlandığı konularda, problem çözme becerileriyle başarısızlık inancına dair kısır döngüleri kırabildiğini gösterebilir. Bu sayede insanların dalış gibi riskli yani aslında bir çeşit problem diyebileceğimiz bir spor dalını daha fazla tercih etmelerini açıklayabilir.

Karamsarlık şeması obsesif kompulsif bozuklukta (OKB), depresif bozuklukta yüksektir (105,106). Karamsarlık şeması doğallık, spontanlık ve oyun ihtiyacının karşılanmaması sebebiyle oluşur. Yaşamlarının yoluna girmeyeceğini hatta sürekli kötüye gideceğini düşünürken, hayatlarının olumlu ilerleyen bölümlerinin bile eninde sonunda dağılıcağına yönelik inançlara sahiptirler. Başarılı olmak ve kendilerini ortaya koymak için baskı altında hissederler(81). Dalgıçlarda kontrol grubuna göre karamsarlığın düşük olmasının nedeni bu sporla ilgilendikleri süre boyunca kendi başına eğlenebilme yeteneklerinin ve doğayı keşfetme meraklarının artması, bu sayede daha özgüvenli ve iyimser olmaları olabilir. Aynı şekilde spor yapmanın salgılattığı endorfin de kişiye daha pozitif bakış açısı sağlamış olabilir. Ya da zaten daha özgüvenli bireyler oldukları için de bu sporu tercih etmiş olabilirler.

Literatürde kendini feda alt şeması bağımlı kişilik bozukluğunda yüksek olarak bulunmuştur(104). Bu şemaya sahip kişiler kendilerini sürekli olarak başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmıştır. Kendi ihtiyaçlarını karşılamaya yöneldiklerinde suçluluk hissederler. Bu şemaya sahip kişilerin erken çocukluk döneminde depresif, güçsüz, yoksun, yetersiz, hasta, aciz bir ebeveynin varlığı mevcuttur. Çocuk, ebeveynin bu durumuna karşı ona ebeveynlik yapma görevini üstlenen, ihtiyacı olan ilgi, bakım, şefkat, desteğini ebeveyne sağlayan konumundadır(80). Dalgıçlarda da bu şemaların düşük olmasının sebebi çocukken motive, kendini yeterli hisseden, özgüvenli ve güçlü ebeveynlerin olduğu aile ortamında yetişmeleri, bireysel sınırların belirlenmiş olması ve ihtiyaçların giderilmesine bağlı olabilir. Ve yine bireyselleşmesini sağlıklı bir şekilde gerçekleştirmiş, bağımlı kişilik özellikleri az olan bireyler, bu tarz sualtındaki riskin öncelikli olarak kendi başına alınması gerektiği dalış sporunu daha rahat tercih ediyor olabilirler.

Çalışmamızda dalış kazası geçiren dalgıçların geçirmeyenlere göre heyecan arama skorunda istatistiksel olarak bir fark saptanmadı ($p=0,765$). Young şema alt ölçeklerinden ise dalış kazası geçiren dalgıçlarda dayanıksızlık şema skoru anlamlı şekilde, kaza geçirmemiş dalgıçlara göre daha yüksek olarak bulundu. Dayanıksızlık şeması, hastalıklar ve felaketlerle ilgili abartılı bir korkunun ön planda olduğu bir şemadır. Bu şemaya sahip kişiler hastalığın ya da felaketin yakın zamanda ani bir şekilde gerçekleşeceğini ve buna engel olamayacaklarını düşünürler. Kişinin başına geleceğini düşündüğü felaketler dış kaynaklıdır ve tıbbi [kalp krizi, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome-Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)], duygusal (çıldırma) veya çevresel (doğal afetler, boğulma, cinayet kurbanı olmak, uçak düşmesi) şekillerde yaşanabileceğine inanılır(80). Dalgıçlarda kaza geçirilmesi bu şemayı tetiklediği, felaket beklentisini doğruladığı gibi; bu şemaya sahip bireylerin daha panik halindeki davranışlarla kaza yapma ihtimallerini artırdıkları söylenebilir. Nitekim başka bir çalışmada düşük benlik saygısının ölümlü dalış kazası riskini artırdığı ortaya koymuştur(107).

Dalış eğitimi seviyesine göre heyecan arama ölçeği ve Young şema alt ölçek skorlarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasında heyecan arama ($p=0,016$), başarısızlık şeması ($p=0,004$), iç içe geçme şeması ($p<0,001$) ve terkedilme şemasının ($p=0,034$) skorunun anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Heyecan arama skorunun 1 yıldız dalgıçlarda, eğitmen dalgıçlardan daha yüksek bulunması, ilk dalışlara heyecan ile başlanması ve tecrübe, bilgi ve hatta yaş artışıyla da beraber güvenlik önlemlerinin önem kazandığı ve ileri eğitimlere katılımın heyecan arama davranışından ziyade başka sebeplerle devam ettiğini gösterebilir. Diğer yandan, 1 yıldız dalgıçlarda, 3 yıldız ve eğitmen dalgıçlara göre başarısızlık şemasındaki yüksekliğin dalış deneyimi ve eğitiminin artmasıyla beraber kendine güvenin artışı sonucunda başarısızlık korkusu ve inancındaki azalışı gösterebilir. İç içe geçme şemasının ise 1 yıldız dalgıçlarda, yine 3 yıldız ve eğitmen dalgıçlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. İç içe geçme şeması kişilere fazla bağlanma sonucunda gelişen bir şemadır. İç içe geçmiş bireylerde, diğer kişinin güvencesi olmadan var olamayacağına ve mutsuz olacağına dair düşünceler yoğunudur(80). Sualtındaki ilk deneyimlerde dalgıç kişilerin ruhsal olarak ciddi düzeyde ayrışma yaşayacak olması ve giderek de bu ayrışmanın yapılarak özerkleşme ve özgüvenin eğitmen dalgıçlarda artmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Terk edilme şemasına sahip bireyler, ilişkilerinde istikrar sağlayamayacaklarını düşünmekte ve karşısındaki kişi tarafından terk edilmekle ilgili sürekli olarak endişe yaşamaktadırlar. Bu bireyler genellikle çocukluklarında ebeveynleri tarafından terk edildiklerini ya da kendileri çocukken ebeveynlerinin vefat ettiğini belirtmişlerdir(5). Çalışmamızda 1 yıldıza sahip dalgıçların terk edilme şema skoru eğitimden dalgıçlara göre yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi; uzun yıllar su altında çok sayıda dalış tecrübesinden sonra terkedilme şemasının azalması genel olarak riskli bir sporda yaşanan korkuyla defalarca yüzleştikten sonra özgüvenin arttığı ve bunun terk edilme gibi korkuların da aşılmasına yardımcı olabildiği ifade edilebilir.

Çalışmamızda dalgıç ve kontrol grubu arasında heyecan arama sürekli değişkeninin, YŞÖ alt ölçekleri ile korelasyon analizine bakıldığında iki grupta da her iki ölçek arasında pozitif korelasyon mevcuttur ($r>0$).

Dalgıç grubunda kontrol grubundan farklı olarak, 9 tane şema alt ölçeğindeki pozitif korelasyon anlamlı farklıydı ($p<0,005$). Bu şemalar duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, duyguları bastırma, iç içe geçme, kendini feda, terkedilme, kusurluluk ve yüksek standartlar şemalarıydı. Heyecan arama artarken bu şemaların da skorlarının artışı pozitif korelasyonu gösterir ve dalgıçlarda anlamlı farklı çıkmıştır ($p<0,005$). Bunun sebebi erken dönem uyum bozucu bu şemaların kişide kaygıya neden olmasıdır. Kaygıyla baş edebilmek, bastırmak için dalgıçların dalış sporuyla gelen heyecan ve hazza yöneldiği düşünülmüştür.

Sosyal izolasyon, onaylanma, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemalarında hem dalgıç hem kontrol grubunda heyecan arama skorunun artmasına paralel, şema skorlarında bir artış yani pozitif bir korelasyon görülmüştür ($r>0$). Bunun sebebi olarak ise bu şemaların kişinin doğrudan benliğini etkilediği ve temel insani duygularıyla ilgili olduğu için her iki grupta da benzer bir tablo çıktığı düşünülmüştür.

Çalışmanın sonuçları bazı kısıtlamalar dâhilinde değerlendirilmelidir. Kesitsel bir tasarıma sahip olması ve bazı bilgilerin dalgıçların hatırlamasına bağlı olması nedeniyle verilerin bir kısmında hatalar bulunabilir. Diğer yandan kişilerin bazı özel bilgilerini paylaşmak istememeleri veya hatalı yanıt vermeleri sonucunda eksik veriler olabilir. Son olarak çalışmanın konusu gereği, erken dönem uyum bozucu

şemalar araştırılmıştır. Fakat çocukluk travmalarının çalışmada sorgulanmamış olması da kısıtlama olarak düşünülebilir.



6. SONUÇLAR

Dalgıçlarda kişilik özelliklerini araştıran çalışma sayısı kısıtlıdır (18). Daha önce erken dönem uyum bozucu şemalar, depresyon, kişilik bozuklukları, kaygı bozukluklarının dalgıçlarda araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız heyecan arama davranışı ve erken dönem uyum bozucu şemaların araştırıldığı ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Bu şemaların araştırılmasının hem dalış kazalarının oluş nedenlerinin anlaşılması hem de önleyici yaklaşım açısından önemli olacağı düşünülmüştür. Dalgıçların erken dönem uyum bozucu şemalarının belirlenmesi ve psikoterapi desteği dalış kazalarının azaltılmasına yardımcı olabilir.

Çalışma hipotezleri açısından çalışma sonuçlarımızı değerlendirdiğimizde; çalışmanın başlangıcında dalgıçlarda bağımlılık, yetersiz özdenetim, başarısızlık ve karamsarlık şemaları açısından dalgıç grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olacağı ve heyecan arama skorunun daha fazla olacağı yönünde hipotez oluşturulmuştu. Çalışmamızın sonucunda ise dalgıçlarda başarısızlık, karamsarlık, iç içe geçme bağımlılık, kendini feda şeması olmak üzere toplam dört şemanın puanları, toplumu temsil eden kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. Heyecan arama skoru ise dalgıçlarda kontrol grubuna göre daha yüksek olarak bulundu. İkinci olarak ise dalış kazaları ile heyecan arama davranışı ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasında anlamlı ilişki saptanabileceği düşünülmüştü. Çalışmamızın sonucunda, dalış kazası geçiren grupta sadece yüksek tehditler karşısındaki dayanıksızlık puanının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüş; heyecan arama davranışı ve diğer YŞÖ alt gruplarında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Sonuç olarak, dalgıçların kişilik yapılarının seçtikleri spor dalı açısından genel topluma göre farklılıklar içermesi oldukça doğal olup; olumsuz yönde bir şemanın baskınlığının olmaması, erken dönem uyum bozucu şemalar ve heyecan arayışı yönünden dalışa uygunluk açısından ek bir tarama gerektirmediğini ortaya koymaktadır. Heyecan arama davranışı ve YŞÖ alt gruplarından sadece yüksek tehditler karşısındaki dayanıksızlık alt grubunun dalış kazalarıyla ilişkili olması dalgıçların psikolojisinin bu yönden güçlendirilmesinin dalış kazalarını azaltmada fayda sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Dalış kazalarının önlenmesi için dalış eğitimi en iyi seviyede verilmeli ve dürtüsel hareketler en aza indirilmelidir. Gelecekte büyük örneklerle yapılacak çalışmalarda dalış kazası riskini artıran psikolojik faktörler daha detaylı araştırılmalıdır. Çalışmamız dalgıçlarda heyecan arama ve erken dönem uyum bozucu şemalarını araştıran ilk çalışma olup gelecekteki çalışmalara yol gösterici olabilir.



KAYNAKLAR

1. PADI. 2021 Worldwide corporate statistics. [Internet]. 2022 Jan [cited 2022 Jan 12] Available from: <https://www.padi.com/sites/default/files/documents/2021-02/2021%20PADI%20Worldwide%20Statistics.pdf>.
2. TSSF. Türkiye Sualtı Sporları Federasyonu tarihçesi [Internet]. 2022 Feb [cited 2022 Feb 3] Available from: <https://tssf.gov.tr/turkiye-sualti-sporlari-federasyonu-tarihcesi/>.
3. Buzzacott P, Denoble P. DAN Annual Diving Report 2018 edition: A report on 2016 diving fatalities, injuries, and incidents2019.
4. Zaku, Aynur. İş sağlığı ve güvenliğinde kullanılan risk değerlendirme yöntemleri ile hastalık yükünün risk faktörleri açısından değerlendirilmesi. MS thesis. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2020.
5. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254.
6. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cognitive behaviour therapy. 2018;47(4):328-49.
7. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999;11
8. Henker J, Keller A, Reiss N, Siepmann M, Croy I, Weidner K. Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorders and somatization. Clinical psychology & psychotherapy. 2019;26(4):418-29.
9. Harris AE, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. Cognitive therapy and research. 2002;26(3):405-16.
10. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. Journal of affective disorders. 2012;136(3):581-90.
11. Halvorsen M, Wang CE, Richter J, Myrland I, Pedersen SK, Eisemann M, et al. Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically

- depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2009;16(5):394-407.
12. Shahamat, Fatemeh. "Predicting general health symptoms (somatization, anxiety, depression) from early maladaptive schemas." *Journal of Modern Psychological Researches* 5.20 (2011): 103-124.
 13. Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet P, Goudemand M, et al. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *L'Encephale*. 2004;30(3):255-8.
 14. Orue I, Calvete E, Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of adolescence*. 2014;37(8):1281-91.
 15. Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P, Simon L. Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 2010;198(6):425-31.
 16. Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P. Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. *Comprehensive Psychiatry*. 2007;48(2):199-204.
 17. Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB, Campbell LF. Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*. 2001;15(6):546-59.
 18. Akçin ME. Profesyonel Dalış Eğitimi Alan Bireylerin Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi. 2015.
 19. Harding S, Gee P. Personality as a predisposing factor for DCI: a pilot study. *Diving and hyperbaric medicine*. 2008;38(3):134-8.
 20. Acott C. A brief history of diving and decompression illness. *SPUMS Journal*. 1999;29:98-109.
 21. Kindwall EP. A short history of diving and diving medicine. In: Bove AA, editor. *Bove and Davis' Diving Medicine*. 4th. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 1-9.
 22. Bachrach AJ. *The Physiology and Medicine of Diving*, 3rd Ed, London.1982;11.
 23. Bachrach, A.J. 1998. The history of the diving bell. *Historical Diving Times*, Issue 21. 1998;20.

24. Acott C, Haldane JS, Hill L, and Siebe A: A brief resume of their lives. *Journal of the South Pacific Underwater Medicine Society*. 1999;29.
25. Robinson K, Byers M. Diving medicine. *J R Army Med Corps*. 2005;151(4):256-63.
26. Fleus's Closed-Circuit Scuba. *US Navy Diving Manuel Rev 7. 1: US Naval Sea Systems Command*; 2016. p. 1-10.
27. Edmonds C, Bennett M, Lippmann J, Mitchell S. *Diving and Subaquatic medicine: CRC Press*. London; 2015. p. 5, 58, 439-440, 495.
28. Melbourne: Oxford University Press; 1996. *The Australian Pocket Oxford Dictionary*.1996;103
29. Dimmock, Kay. "Scuba diving, snorkeling, and free diving." *Water-based tourism, sport, leisure, and recreation experiences*. Routledge, 2007. 146-166.
30. Garrod B. Market segments and tourist typologies for diving tourism. Gössling S, Garrod B, editors. *Amsterdam: RsearchGate*; 2007. 31-47 p.
31. Arslan A, editor *Sualtı Hukuku. IV Ulusal Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Kurultayı. İstanbul, 29-30 Nisan 2011*;51.
32. Gazete, Resmi. "Profesyonel sualtıadamları yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik.", Bakanlığı UvA., Resmi Gazete Tarihi 4.2020 (2020): 20200604-3. [cited 2022 Feb 16] [Internet]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/06/20200604-3.htm>.
33. Martin L. *Scuba diving explained: questions and answers on physiology and medical aspects of scuba diving: Lawrence Martin, Best Publishing Company, AZ, USA; 1997*;A-2.
34. Sofular H. *Scuba 1 Dalgıçlığın Tarihçesi, 1. Baskı İstanbul, Aksu Ofset Yayıncılık*. 1998:6-7.
35. Joiner, James T. *NOAA diving manual: Diving for science and technology. National Oceanic and Atmospheric Administration, Office of Oceanic and Atmospheric Research, National Undersea Research Program, Office of Marine and Aviation Operations, NOAA Diving Program, 4th edition, Seattle, WA, USA*. 2001;1-2.
36. Harris R. *Diving Safe Practices Manual. Denver, Colorado: US Dept of the Interior, Bureau of Reclamation Recuperado de: [cited 2022 Feb 20] [Internet]. 2006 Jan. Available from: <http://www.usbr.gov/ssle/safety/DivingManual.pdf>. 2006.*

37. Andrew BT, Doolette DJ. Manned validation of a US Navy Diving Manual, Revision 7, VVal-79 schedule for short bottom time, deep air decompression diving. *Diving and hyperbaric medicine*. 2020;50(1):43.
38. Molenat F, Boussuges A. Rupture of the stomach complicating diving accidents. *Undersea & hyperbaric medicine: journal of the Undersea and Hyperbaric Medical Society, Inc*. 1995;22(1):87-96.
39. Russi EW. Diving and the risk of barotrauma. *BMJ Journals, Thorax*. 1998;53(suppl 2):S20-S4.
40. Friehs I, Friehs G, Friehs G. Air embolism with bilateral pneumothorax after a five-meter dive. *Undersea & hyperbaric medicine: journal of the Undersea and Hyperbaric Medical Society, Inc*. 1993;20(2):155-7.
41. Currie GP, Alluri R, Christie GL, Legge JS. Pneumothorax: an update. *Postgraduate medical journal*. 2007;83(981):461-5.
42. Navy U. US Navy Diving Manual, Rev 6. Washington, DC: Department of the Navy. 2008;3-9.1.
43. Aktaş Ş. Eğitimciler için Dalış Sağlığı. Volume 51, Türk Deniz Araştırmaları Vakfı, İstanbul. 2019; 272:49.
44. Pandolf KB, Burr RE. Medical Aspects of Harsh Environments. Volume 2. Walter Reed Army Medical Center Washington DC; 2002.
45. Muth CM, Shank ES: Gas embolism. *N Engl J Med*. 2000;342:476-83.
46. Aktaş Ş. Yüksek basınçla ilişkili patolojilere yaklaşım. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2005;5(4):208-20.
47. Taylor DM, O'Toole KS, Ryan CM. Experienced scuba divers in Australia and the United States suffer considerable injury and morbidity. *Wilderness & environmental medicine*. 2003;14(2):83-8.
48. Carmichael ML, Boyev KP. Middle ear barotrauma causing transient facial nerve paralysis after scuba diving. *Diving Hyperb Med*. 2016;46:260-1.
49. Shupak A, Gil A, Nachum Z, Miller S, Gordon CR, Tal D. Inner ear decompression sickness and inner ear barotrauma in recreational divers: a long-term follow-up. *The Laryngoscope*. 2003;113(12):2141-7.
50. Freeman P, Edmonds C. Inner ear barotrauma. *Archives of Otolaryngology*. 1972;95(6):556-63.

51. Murrison A, Smith D, Francis T, Counter R. Maxillary sinus barotrauma with fifth cranial nerve involvement. *The Journal of Laryngology & Otology*. 1991;105(3):217-9.
52. Cramer FS, Heimbach RD. Stomach rupture as a result of gastrointestinal barotrauma in a SCUBA diver. *The Journal of trauma*. 1982;22(3):238-40.
53. Titu LV, Laden G, Purdy GM, Wedgwood KR. Gastric barotrauma in a scuba diver: report of a case. *Surgery today*. 2003;33(4):299-301.
54. Latham E, van Hoesen K, Grover I. Diplopia due to mask barotrauma. *The Journal of emergency medicine*. 2011;41(5):486-8.
55. Çimşit M. Dekompresyon Hastalığı. Çimşit M, editor: Eflatun Yyapıları; 2009. 167-92 p.
56. Golding FC, Griffiths P, Hempleman H, Paton W, Walder D. Decompression sickness during construction of the Dartford Tunnel. *Occupational and Environmental Medicine*. 1960;17(3):167-80.
57. Mathieu D, Marroni A, Kot J. Tenth European Consensus Conference on Hyperbaric Medicine: recommendations for accepted and non-accepted clinical indications and practice of hyperbaric oxygen treatment. *Diving and hyperbaric medicine*. 2017;47(1):24.
58. Bitterman, N., Bitterman, H. (2006). Oxygen Toxicity. In: Mathieu, D. (eds) *Handbook on Hyperbaric Medicine*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/1-4020-4448-8_45
59. Buzzacott P (editor). DAN Annual Diving Report 2017 Edition - A report on 2015 diving fatalities, injuries, and incidents. Durham, NC: Divers Alert Network, 2017; 134
60. Bird N NM, Seery P. Divers Alert Network Diving Emergency Management Provider Students Handbook 2017;150-155
61. Lindholm P, Lundgren CE. The physiology and pathophysiology of human breath-hold diving. *Journal of Applied Physiology*. 2009;106(1):284-92.
62. Lindholm P, Pollock NW, Lundgren CEG, eds. Breath-hold diving. *Proceedings of the Undersea and Hyperbaric Medical Society/Divers Alert Network 2006 June 20-21 Workshop*. Durham, NC:Divers Alert Network; 2006.
63. WHO Global Health Estimates- Drowning [Internet] [cited 2022 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/drowning#>.

64. Organization WH. Global report on drowning: preventing a leading killer. 2014;3-18 [Internet] [cited 2022 Mar 15] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/global-report-on-drowning-preventing-a-leading-killer>
65. Lippmann J, Taylor DM, Stevenson C, Williams J, Mitchell SJ. Diving with pre-existing medical conditions. *Diving and hyperbaric medicine*. 2017;47(3):180.
66. Denoble PJ, Chimiak J, Moore A, Caruso JL, Nelson C. Diving Fatalities. DAN Annual Diving Report 2019 Edition: A report on 2017 diving fatalities, injuries, and incidents [Internet] [cited 2022 Apr 1]: Divers Alert Network.2019.
67. Ascencio-Lane JC, Smart D, Lippmann J. A 20-year analysis of compressed gas diving-related deaths in Tasmania, Australia. *Diving and hyperbaric medicine*. 2019;49(1):21.
68. Kojima Y, Kojima A, Niizeki Y, Yagishita K. Recreational diving-related injury insurance claims among Divers Alert Network Japan members: Retrospective analysis of 321 cases from 2010 to 2014. *Diving and hyperbaric medicine*. 2020;50(2):92.
69. Lippmann J, Stevenson C, Taylor DM. Scuba diving fatalities in Australia, 2001 to 2013: Diver demographics and characteristics. *Diving and hyperbaric medicine*. 2020;50(2):105.
70. Wilson CM. British Sub-Aqua Club diving incidents report 2008. *Div Hyper Med*. 2009;39(4):234-5.
71. Peddie C. WJ. British Sub-Aqua Club Diving Incident Report 2018. 2018 Oct 17-Sept 18.
72. Bernstein DP, Rafaeli E, Young JE. *Schema therapy: distinctive features*: Routledge; 2011;460
73. Yılmaz H. Çocukluk dönemi mutluluk ve huzur anılarının bilişsel şemalar ve psikolojik semptomlarla ilişkisi. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*. 2019;3(2):167-92.
74. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. *Schema therapy: Distinctive features*: Routledge; 2010.


75. Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, et al. The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*. 2006;30(4):515-29.
76. Young JE, Klosko JS. *Reinventing Your Life: The Breakthrough Program to End Negative Behavior and Feel Great Again*: Penguin; 1994;351
77. Jacob GA, Arntz A. Schema therapy for personality disorders—A review. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2013;6(2):171-85.
78. Leahy, R. L. (2003). *Emotional Schemas and Resistance*. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* Guilford Press;(pp. 91–115).
79. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Şema terapi*. Litera Yayıncılık: İstanbul. 2009;403.
80. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press; 2006;380-381
81. Basile B, Tenore K, Luppino OI, Mancini F. Schema Therapy Mode Model Applied To Ocd. *Clinical Neuropsychiatry*. 2017(6).
82. Martin R, Young J. Schema therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2010;317.
83. Gong J, Chan RC. Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*. 2018;259:493-500.
84. Chugani CD, Byrd AL, Pedersen SL, Chung T, Hipwell AE, Stepp SD. Affective and sensation-seeking pathways linking borderline personality disorder symptoms and alcohol-related problems in young women. *Journal of personality disorders*. 2020;34(3):420-31.
85. Özdemir E. "Antisosyal kişilik bozukluğunda heyecan arama davranışı ile serum seks steroid hormon düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması.". *Gülhane Tıp Dergisi* 2010;52.2:91.
86. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of anxiety disorders*. 2013;27(3):278-88.
87. Lumley MN, Harkness KL. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2007;31(5):639-57.

88. O'Connell MM. Personality Disorders, Early Maladaptive Schemas, and Coping Styles: Southern Illinois University Carbondale; 2002.
89. Young J. Brown G. Young schema questionnaire New York, NY: Cognitive Therapy Center of New York. 1990.
90. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakir Z. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. Turk Psikiyatri Dergisi. 2009;20(1).
91. Eyüp Ç. "Psychometric properties of Brief Sensation Seeking Scale (BSSS-4) in a sample of Turkish adolescents.". Sakarya University Journal of Education. 2015;5.3:42-51.
92. Büyükelhan, E. (2014). Scuba dalışı yapan amatör sporcuların bu faaliyetlere katılmaya teşvik eden motivasyonel faktörlerin belirlenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
93. Mundet Ls, Ribera Ls. Characteristics of divers at a Spanish resort. Tourism Management. 2001;22(5):501-10.
94. St Leger Dowse M, Bryson P, Gunby A, Fife W. Comparative data from 2250 male and female sports divers: diving patterns and decompression sickness. Aviation, space, and environmental medicine. 2002;73(8):743-9.
95. Rangel M, Pita C, Gonçaves J, Oliveira F, Costa C, Erzini K. Developing self-guided scuba dive routes in the Algarve (Portugal) and analysing visitors' perceptions. Marine Policy. 2014;45:194-203.
96. Ong TF, Musa G. Examining the influences of experience, personality and attitude on SCUBA divers' underwater behaviour: A structural equation model. Tourism management. 2012;33(6):1521-34.
97. Cho B-J, Ko J-S, Kim G-Y, Kim Y-S. Risk Perception and Safety Knowledge of Scuba Divers. Journal of the Korea Society of Computer and Information. 2019;24(5):131-7.
98. Buzzacott P, Denoble P. The epidemiology of murder and suicide involving scuba diving. International maritime health. 2012;63(4):207-12.
99. Armstrong, M. E. (2012). Smoking and risk taking in recreational SCUBA divers (Doctoral dissertation, UCL (University College London)).
100. Buzzacott P, Edelson C, Bennett CM, Denoble PJ. Risk factors for cardiovascular disease among active adult US scuba divers. European journal of preventive cardiology. 2018;25(13):1406-8.


101. Mirasođlu B, Aktaş Ő. Tũrkiye-Yunanistan Dođalgaz Hattı Bakım alışmaları İçin Yapılan Derin Dalışların Medikal Analizi. İstanbul Tıp Fakũltesi Dergisi. 2020;17-8.
102. Biersner RJ, Larocco JM. Personality characteristics of US Navy divers. Journal of occupational psychology. 1983;56(4):329-34.
103. Van Wijk CH. Personality profiles of divers: integrating results across studies. International maritime health. 2018;69(4):297-303.
104. Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA. Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? Clinical Psychology & Psychotherapy. 2005;12(2):142-9.
105. Konuku HB, Akkoyunlu S, Tũrkapar MH. Early maladaptive schemas in depressed women and its relationship with depression. Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research. 2013;2(2):98-105.
106. Atalay H, Atalay F, Karahan D, aliskan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. International journal of psychiatry in clinical practice. 2008;12(4):268-79.
107. Miller G, Taubman-Ben-Ari O. Scuba diving risk taking—A terror management theory perspective. Journal of Sport and Exercise Psychology. 2004;26(2):269-82.

EKLER

EK-1. TSSF İZİN BELGESİ

 TÜRKİYE
SUALTI SPORLARI FEDERASYONU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-90728851-125.99[TSSFB1287]-673901
Konu : Uzmanlık Tezi Belge Talebi (Dr. Hayriye
Dilara BEDİR)


 06.07.2021

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: 25.06.2021 tarihli ve E-50687469-929 sayılı yazımız.

İlgi yazımızla "Türkiye Sualtı Sporları Federasyonu (TSSF)'na kayıtlı dalgıçlarda erken dönem uyum bozucu şema tiplerinin, heyecan arama davranışlarının, dürtüsellik özelliklerinin belirlenmesi ve dalış kazaları ile bunların arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı çalışmanın yapılmasında Federasyonumuzca bir sakınca bulunmadığını bilgilerinize arz ederim.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: E1366F0B-2F19-438C-B4A8-5D0C5A7D2C34 Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/gsb-ebys>
Ankara Ticaret Merkezi Kızıllırmak Mahallesi 1450. Sokak No: 3 A Blok Kat:3 Ofis
No: 24 Çukurambar- ANKARA Bilgi için:Rahşan Önal
Karabayır
Büro Personeli
Telefon No : (0 312) 310 41 36 Faks No: (0 312) 309 65 41
İnternet Adresi: www.tssf.gov.tr



EK-2. ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

16.12.2021

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 16.12.2021
TOPLANTI SAATI : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2021/18
PROJE/ KARAR NO : 2021-262 (Değerlendirilme Tarihi:03.06.2021-16.12.2021)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Münire Kübra ÖZGÖK KANGAL'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Dr.Hayriye Dilara BEDİR ve Yavuz Bahadır BEDİR'in yardımcı araştırmacı oldukları, yardımcı araştırmacı olduğu, 2021/262 kayıt numaralı, "**Türkiye Sualtı Sporları Federasyonu (TSSF)'na Kayıtlı Dalgıçlarda Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Tiplerinin, Heyecan Arama Davranışlarının, Dürtüsellik Özelliklerinin Belirlenmesi ve Dalış Kazaları İle Bunların Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kurulda Görev
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcı
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
6	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Gülhane Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
7	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
9	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
10	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
11	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter
12	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
13	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
14	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye
15	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-3. OLGU RAPOR FORMU

Sertifikalı dalgıcılarda kişilik yapısının dalış kazaları ile ilişkisinin incelenmesi”

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcılarımız,

Bu çalışma bir uzmanlık tezidir.

Bu çalışmada sertifikalı dalgıçların kişilik tiplerinin, heyecan arama davranışlarının ve bunların dalış kazaları ile ilgili olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır.

Ankete katılımınız gönüllü olmalıdır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak, yalnızca araştırma için kullanılacak, bireysel bilgileriniz kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu nedenle forma adınızı soyadınızı ve adresinizi yazmayınız. Uygun görmediğiniz halde formu doldurmayabilir ya da formu cevaplandırmayı sonlandırabilirsiniz.

Zaman ayırdığınız, içten cevaplarınızla araştırmaya ve olası sorunların çözümüne katkı sağladığınız için çok teşekkür ederim.

Anketimiz 2 bölümden oluşmaktadır.

Dr Dilara BEDİR, SBÜ Gülhane EA Hastanesi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Kliniği, Ankara

BÖLÜM 1- GENEL BİLGİLER

Yaşınız *

Cinsiyetiniz *

- Kadın
 Erkek

Boyunuz (cm) *

Kilonuz (kg) *

Medeni haliniz *

- Evli
 Bekar
 Boşanmış

Eğitim durumunuz *

- Lise
 Üniversite
 Lisansüstü

Dalış sertifikanız *

- Eğitmen
 Rehber Dalıcı
 3 yıldız
 2 yıldız
 1 yıldız

Dalış için sağlık raporu aldınız mı *

- Evet
 Hayır

Daha önce hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı? *

- Evet
 Hayır

Daha önce hiç intihar teşebbüsünde bulundunuz mu? *

- Evet
 Hayır

Ne sıklıkla sigara kullanıyorsunuz? *

- 0
 1-10 adet/gün
 10-20 adet/gün
 > 20 adet/gün

Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?

- Hiç
 Yılda birkaç kez
 Ayda birkaç kez
 Haftada birkaç kez
 Her gün

Daha önce hiç dalış kazası yaşadınız mı? *

- Evet
 Hayır

Üstteki soru için cevabınız evet ise aşağıdaki şıklardan dalış kazası türünü/türlerini lütfen işaretleyin.

- Dekompresyon Hastalığı (Vurgun)
- Gaz Embolisi
- Akciğer Barotravması (Zor nefes alma, göğüste ağrı)
- Kulak Barotravması (kulak ağrısı, baş dönmesi)
- Sinüs Barotravması (Burun kanaması, baş ağrısı)
- Diş Barotravması (diş ağrısı)
- Diğer barotravmalar (maske, dalış kıyafeti)
- Deniz canlıları tarafından yaralanma/ısırılma (deniz anası, deniz keşanesi, müren balığı gibi)
- Kesikler, sıyrıklar, yaralanmalar, vb (taş/ kayaya çarpma/sürtme gibi)
- Boğulma/boğulayazma
- Nöbet geçirme (bilinç kaybı ile beraber kasılma)
- Panik Atak (çarpıntı, ölecekmiş gibi hissetme)
- Ekipman arızası nedeniyle yaşanan kazalar (regülatör ya da bc arızaları gibi)
- Acil/Hızlı çıkış yapmak zorunda kalmak (hava bitmesi veya heyecanlanıp/korkup acil çıkmak)
- Nitrojen narkozu (derin dalışta özgüven artışı, mutluluk hali gibi)
- Sığ su bayılması (çıkışta satiha yakın bayılma)
- Hipotermi (vücut ısısının ciddi kaybı, üşümekten titreme)
- Hipotermi (vücudun ciddi ısınması, terleme, sıcak basması)
- Diğer:

HEYECAN ARAMA ÖLÇEĞİ

İlginç yerleri keşfetmekten hoşlanırım *

- 1- Kesinlikle katılmıyorum
- 2-Katılmıyorum
- 3-Kararsızım
- 4-Katılıyorum
- 5-Kesinlikle katılıyorum

Evde çok fazla zaman geçirdiğimde huzursuz olurum. *

- 1- Kesinlikle katılmıyorum
- 2- Katılmıyorum
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Kesinlikle katılıyorum

Korkutucu şeyler yapmaktan hoşlanırım. *

- 1- Kesinlikle katılmıyorum
- 2- Katılmıyorum
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Kesinlikle katılıyorum

Çılgın partilerden hoşlanırım. *

- 1- Kesinlikle katılmıyorum
- 2- Katılmıyorum
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Kesinlikle katılıyorum

Rotası belli olmayan ve zaman sınırı olmayan bir geziye çıkmak isterim. *

- 1- Kesinlikle katılmıyorum
- 2- Katılmıyorum
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Kesinlikle katılıyorum

Heyecan verici bir şekilde ne yapacağı belli olmayan arkadaşları tercih ederim. *

- 1- Kesinlikle katılmıyorum
- 2- Katılmıyorum
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Kesinlikle katılıyorum

Bungee-jumping yapmayı denemek isterim. *

- 1- Kesinlikle katılmıyorum
- 2- Katılmıyorum
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Kesinlikle katılıyorum

Yasadışı olsa bile yeni ve heyecan verici deneyimleri yaşamayı severim. *

- 1- Kesinlikle katılmıyorum
- 2- Katılmıyorum
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Kesinlikle katılıyorum

YŞÖ

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkla seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor



1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. _____ Uyumsuzum.
5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşıtılarım kadar, başaramadım.
10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseydiğimi göstermek gibi).
13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.
15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.

29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. _____ En iyisini yapmalıyım, "yeterince iyi" ile yetinemem.
32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılmaya düşer ve vazgeçerim.
34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. _____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. _____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. _____ İstedikimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarımı ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.

57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. _____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyuyum.
63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. _____ Benim yararım olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. _____ Ne kadar çok çalışsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. _____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissedirim.
77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.

82. _____ Haklarima saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyrıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. _____ Kararlarım nadiren sadık kalabilirim.
88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. _____ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Hayriye Dilara BEDİR
Doğum Yeri ve Tarihi :
Uyruđu : T.C.
Medeni Durum : Evli
İletişim Adresi :
Yabancı Dili : İngilizce

2. Eğitim

2018-2022 : SBÜ Gülhane EAH Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp
Kliniği, Ankara
2008-2014 : Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakóltesi
2004-2008 : Ankara Gazi Anadolu Lisesi
1997-2004 : Keçiören Mehmet Akif İlköğretim Okulu

3. Mesleki Deneyim

2018-2022 : SBÜ Gülhane EAH Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp
Kliniği, Ankara
2016-2018 : K.K.K.lığı Birinci Basamak Muayene Merkezi, Ankara
2015-2016 : K.T.B.K.lığı Kıbrıs Türk Kuvvetleri Alayı BBMM, KKTC
2014-2015 : GATA Stajyer Blk. Klığı, Ankara
2014 : Sahra Sıhhiye Okulu ve Eğitim Merkezi K.lığı, Samsun