



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEKLİSANS TEZİ

**TÜRKİYE’DEKİ İTFAİyecİLERDE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN
İNCELENMESİ**

Vildan ZOR

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mert AKCANBAŞ

İSTANBUL-2020

T. C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE’DEKİ İTFAİyecİLERDE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN
İNCELENMESİ**

Vildan ZOR

184102208

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mert AKCANBAŞ

İSTANBUL-2020



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 184102208
Öğrenci Adı Soyadı	: Vildan ZOR
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Mert AKCANBAŞ
Tezin Başlığı	: TÜRKİYE'DEKİ İTFAİYECİLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 16.01.2020	Saat	: 10:00
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU ☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) ☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☐ OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Mert AKCANBAŞ	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Türkiye’deki İtfaiyecilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

16/01/2020

Vildan ZOR

İmza:

TEŞEKKÜR

Bu araştırmada yardımlarını, sabrını ve desteğini esirgemeyen kendisine ihtiyaç duyduğum her zaman bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üy.Mert AKCANBAŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim hayatım boyunca yanımda olan emeğini ve desteğini esirgemeyen çok değerli aileme teşekkür ederim.

Çalışmamda emek ve zaman harcayarak destek olan tüm değerli katılımcılara ve Tez dönemini birlikte geçirdiğim sevgili arkadaşlarım Fatma AYDIN ve Seda AKKAYA'ya tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

ÖZET

(ZOR, Vildan, Yüksek Lisans, İstanbul, 2020)

Türkiye’deki İtfaiyecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin İncelenmesi

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ağır bir örselenmenin ardından ortaya çıkan bir rahatsızlıktır. Bilindiği gibi zorlayıcı ve örseleyici durumlara maruz kalmak travma sonrası stres bozukluğu belirtileri için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Bu nedenle İtfaiyeciler gibi bazı meslek grupları da Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri açısından risk altındadır. Bu araştırmanın amacı itfaiyecilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtilerinin incelenmesidir. Çalışmada itfaiyecilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtilerinin çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmada kullanılan örneklem İstanbul Büyükşehir Belediyesinde çalışan itfaiyecilerden oluşmaktadır. Araştırmaya aktif olarak operasyonlara katılan Anadolu yakası 100 Avrupa yakası 100 kişi olmak üzere toplam 200 itfaiyeci katılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini öğrenmek amacıyla Sosyodemografik bilgi formu ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini incelemek için PCL-5 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde Kolmogorov-Smirnov normallik testi Bağımsız Örneklem T Testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre; toplam 200 itfaiyecinin yaş, eğitim, medeni durumları ve bu meslekteki çalışma sürelerine göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, Avrupa bölgesinde çalışan itfaiyecilerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu, 200 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu, Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre kaçınma ve olumsuz değişiklikler puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Travma, İtfaiye

ABSTRACT

(ZOR, Vildan, Master, İstanbul, 2020)

Investigation of Post Traumatic Stress Disorder Symptoms among Firefighters in Turkey

Post-Traumatic Stress Disorder is a condition that occurs following a severe trauma. Exposure to challenging and traumatic situations is a risk factor for post-traumatic stress disorder symptoms. Therefore, some occupational groups, such as firefighters, are at risk for symptoms of Post Traumatic Stress Disorder. The aim of this study was to investigate the symptoms of Post Traumatic Stress Disorder in firefighters. This study was to investigate the relationship between posttraumatic stress disorder symptoms and various sociodemographic variables. The sample of the study consists of firefighters working in Istanbul Metropolitan Municipality. Totally 200 firefighters participated in the study, 100 of the participants were in the European side, the other 100 were from the European side. In order to determine the sociodemographic characteristics of the participants Sociodemographic Information Form and Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 was used to examine the symptoms of post-traumatic stress disorder. Kolmogorov-Smirnov normality test, Independent Sample T Test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, One Way Variance Analysis, Spearman Correlation Analysis were applied in the analysis of the obtained data.

According to the results of the research; There is no significant difference between post-traumatic stress disorder checklist scale and sub-dimension scores according to age, education, marital status and working time in this profession, there is a significant difference between the total scores of post-traumatic stress disorder checklist according to the number of children of firefighters working in the European region, there is a significant difference between post-traumatic stress disorder checklist scale and sub-dimension scores of 200 firefighters according to the age of onset of profession, and There is a significant relationship between the scores of avoidance and negative changes according to the income levels of 100 firefighters working in the European region.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Trauma, Fire department

İÇİNDEKİLER TABLOSU

Sayfa No

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER TABLOSU	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
I BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Problemi	3
1.2.Araştırmanın Amacı ve Önemi	3
1.3. Sınırlılıklar	3
1.4. Sayıtlar	3
1.5.Hipotezler	4
BÖLÜM II	5
GENEL BİLGİLER	5
2.1.Psikolojik Travma	5
2.1.1.Tarihsel Gelişim	5
2.2.Travma Sonrası Stres Bozukluğu	9
2.2.1.DSM’de TSSB’nin Tarihçesi	10
2.2.2.Epidemiyoloji	11
2.2.3.Etiyoloji	14
2.2.4.Klinik Özellikleri ve Tanı Ölçütleri	16
2.2.5.TSSB’de Psikiyatrik Komorbidite	20
2.2.6.Ayrılcı Tanı	21
2.2.7.Tedavi	22
BÖLÜM III	25
YÖNTEM	25

3.1.Araştırmanın Modeli	25
3.2 Evren ve Örneklem.....	25
3.3.Veri Toplama Araçları	25
3.3.1.Sosyo-demografik Veri Formu.....	25
3.3.2. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi.....	26
3.4.Verilerin Toplanması.....	26
3.5.Verilerin Analizi.....	26
IV BÖLÜM.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BULGULAR.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
4.1.Sosyo-Demografik Özelliklerin İncelenmesi	27
4.2.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler.....	29
4.3.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon.....	31
4.4.Bölgeye Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	33
4.5. Demografik Değişkenlere Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	34
4.5.1.Sahip Olunan Çocuk Sayılarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	34
4.5.2.Mesleğe Başlama Yaşlarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	37
4.5.3. Gelir Düzeylerine Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	39
BÖLÜM V	43
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
5.1.Tartışma.....	43
5.2 Araştırmanın Sonuçları	48
5.3.Öneriler.....	49
KAYNAKÇA.....	50
EKLER	61
EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	61
EK-2. Sosyodemografik Veri Formu	63

EK-3:DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi	62
EK-4. Etik Kurul İzni	63
Ek-5. Başvuru Kontrol listesi	64
Ek-6. Başvuru Dilekçesi.....	657
EK-7. Kurum İzin Belgesi.....	66
EK-8. Özgeçmiş	67



KISALTMALAR

?: Yüzde

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing(Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme)

N: Norm

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Ort: Ortalama

P: Anlamlılık Değeri

PCL: Post Traumatic Stress Disorder Control List (Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi)

R: Pearson Korelasyon Katsayısı

Ss: Standart Sapma

t: t değeri

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

$\bar{x}$: Aritmetik Ortalama

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sosyo-Demografik özellikler.....	28
Tablo 2. Yaş, mesleğe başlama yaşı ve çalışma süresi.....	29
Tablo 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler.....	31
Tablo 4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonları.....	32
Tablo 5. Bölgeye Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 6. Sahip Olunan Çocuk Sayılarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 7. Avrupa Bölgesinde Çalışan İtfaiyecilerin Çocuk Sayılarına Göre Olumsuz Değişiklikler, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Toplam Puanlarının İkili Karşılaştırılması.....	37
Tablo 8. Mesleğe Başlama Yaşlarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 9. Gelir Düzeylerine Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10. Avrupa Bölgesinde Çalışan İtfaiyecilerin Gelir Düzeylerine Göre Kaçınma, Olumsuz Değişiklikler Puanlarının İkili Karşılaştırması.....	42

I BÖLÜM

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu terörist saldırıları, şiddetli suç ve istismar, askeri mücadele, savaş doğal afetler, ciddi kazalar veya şiddetli kişisel saldırılar gibi travmatik veya yaşamı tehdit eden olayların yaşanması veya bu olaylara tanık olunmasından kaynaklı oluşabilecek psikiyatrik bir bozukluktur (Iribarren,2005). Olağan dışı, beklenmedik, sarsıcı olayları yaşayan kişilerin çoğu öfke, korku ve şaşkınlık hisseder. Böyle bir şeye maruz kaldıktan sonra çoğu bireyde akut örselenme belirtileri olur ve zamanla yatışması beklenir. Bazı durumlarda ise kişilerin belirtileri zamanla yatışmaz ve daha da kötüleşir. Bu tür örselleyici olaydan sonra gecikmiş ve uzamış olarak ortaya çıkan belirtilerde TSSB den bahsedilebilir. (Öztürk,2016).

Bununla birlikte ruhsal travmaya yol açan olaylar toplum içinde yüksek yaygınlık göstermektedir. ABD de yapılan bir çalışma yaşam boyu TSSB prevalansının % 8 olduğunu, bu oranın kadınlarda % 10, erkeklerde ise % 4 olduğunu göstermiştir (Kaplan,2016).TSSB'nin yaşam boyu prevalansı kadınlarda erkeklerden önemli ölçüde daha yüksektir (Öztürk,2016,Asnakew,2018).Gelişmekte olan ülkelerde ise TSSB yaygınlığı, gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir (Norris,2003).Güney Afrika'da yapılan bir çalışma, düşük gelirli ülkelerde, travma riskinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir (Atwoli,2015).Bununla birlikte maruz kalınan stresör ortaya çıkarıcı ana etken olmasına rağmen travma ile karşılaşmış her kişide TSSB belirtileri ortaya çıkmamaktadır. Yaşanan olay kişi için öznel bir anlam ifade ediyorsa çoğu kişi için sarsıcı ve örselleyici gibi görülmeyen, sıradan durumlar dahi olayı yaşayan kişide TSSB'ye neden olabilir(Özgen,1999).TSSB semptomlarının ortaya çıkışı yalnızca stresörün şiddetine bağlanamaz aynı zamanda yapı ve kişilik yatkınlığı da bu duruma eşlik eder. Utanç, bunaltı, kaygı, kişiler arası duyarlılık gibi nevrotik kişilik özellikleri olan kişilerde TSSB gelişme riski daha yüksektir (Javidi,2012).Aynı zamanda bireylerin geçmiş travma öyküsüne sahip olmaları da TSSB için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Yılmaz,2006). Aile üyelerinde psikolojik bozukluk öyküsü bulunan, erken yaşta saldırı, taciz veya felaket

yaşayanlar veya ebeveynleri ayrıldığında on yaşından küçük olanlar gibi çocukluğunda belirli deneyimleri yaşayan kişiler TSSB açısından risk altındadır (Yehuda ve ark., 2010, Koch, 2008).Yapılan bir araştırmaya göre çocukluğunda bir travması olan bireylerin yeni bir travmaya maruz kaldıklarında çocukluk travmasına sahip olmayanlara göre daha fazla kaygı belirtisi gösterdikleri bulunmuştur (Brewin ve ark.,2000).Aynı zamanda araştırmacılara göre TSSB'ye eşlik eden psikiyatrik komorbid bozukluk görülme riski de yüksektir. Yapılan araştırmalara göre TSSB tanısı konmuş kişilerin en az bir ek tanı alma oranı %87,5 bulunurken iki veya ikiden fazla ek tanı alma oranı %77,5 bulunmuştur (Tükel,2006).ABD'de yapılan bir çalışmaya göre vakaların %79-%88 inde TSSB'ye ek en az bir tane daha psikiyatrik bozukluk tanısına rastlanmıştır (Kessler,1995).

Doğal afetler, ağır kazalar, tecavüz, savaş, işkence gibi ağır yaşam olaylarına maruz kalan bireylerde TSSB belirtilerinin görülme riski yüksektir. Ancak TSSB sadece afet mağdurlarını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kurtarma işçilerini de etkiler; afetlerin doğrudan kurbanlar arasında TSSB yaygınlığının% 30 ile % 40 arasında olduğu bildirilmiştir; kurtarma çalışanlarındaki oran ise % 10 -% 20 arasında değişmektedir. Yapılan araştırmalara göre bazı meslek grupları TSSB açısından risk altındadır. Bu meslek gruplarına örnek olarak polisler, acil durum çalışanları, itfaiyeciler, askerler gösterilebilir. TSSB'nin polis, itfaiye ve acil servis çalışanları arasında görülme sıklığı% 6 ile % 32 arasında değişmektedir (Javidi,2012).Uzun yıllar bu mesleklerde çalışma ile TSSB arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu gösteren araştırmalarda bulunmaktadır (Corneil,1995., Bezabh,2018).

Literatürde de bahsedildiği gibi travmatik olaylara maruz kalma, travma sonrası stres bozukluğu için bilinen bir risk faktörüdür, meslekleri nedeni ile tekrarlayan şekilde travmaya maruz kalan bu nedenle TSSB açısından risk grubu olan meslek gruplarından biride itfaiyeciliktir. Bu bağlamda itfaiyeci olarak çalışan profesyonellerin TSSB belirti düzeylerinin sosyodemografik verilerle ilişkilendirilmesinin önem arz ettiği düşünülmektedir. Bu çalışmada fedakârlık ve cesaret isteyen, çoğu zaman hem doğrudan hem de dolaylı yoldan çeşitli stres faktörlerine maruz kalan bu meslek grubunun Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri ile yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, mesleğe başlama yaşı, çalışma süresi ve gelir düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir.

1.1.Araştırmanın Problemi

İtfaiyecilerde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile bölge değişkeni ve demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim) arasında ilişki var mıdır? Şeklindedir.

1.2.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ağır bir örselenmenin ardından çıkan bir rahatsızlıktır. Bilindiği gibi zorlayıcı ve örseleyici durumlara maruz kalmak travma sonrası stres bozukluğu belirtileri için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Bu nedenle İtfaiyeciler gibi bazı meslek grupları da Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri açısından risk altındadır. Bu araştırmanın temel amacı bir meslek grubu olarak tekrarlayan şekilde zorlayıcı ve örseleyici olaylara maruz kalan itfaiye çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin incelemesidir. Araştırmada itfaiyecilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Sınırlılıklar

1-Bu araştırma hipotezde belirtilen sorular ile sınırlıdır.

2-Araştırma süre kapsamında 2019-2020 yılında gerçekleştiği için sınırlıdır.

3-Araştırma Ümraniye, Üsküdar, Kadıköy, Maltepe, Kartal, Beşiktaş, Beyoğlu, Şişli, Bakırköy ilçelerindeki İstanbul Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Daire başkanlığına bağlı itfaiyecilerden toplanan verilerle sınırlıdır.

4- Araştırmada elde edilen bulgular veri toplama aracı olarak kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu, DSM 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ölçeğinin nitelikleri ile sınırlıdır.

1.4. Sayıtlar

1-Araştırma örnekleminin evreni gerekli sınırlar içerisinde ve doğru bir şekilde temsil ettiği varsayılmıştır.

2- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının itfaiye istasyonlarında çalışan itfaiyeciler tarafından içten ve doğru bir şekilde cevaplandırıldığı varsayılmıştır.

1.5.Hipotezler

Araştırma örnekleminde yer alan Avrupa ve Anadolu yakasında çalışan itfaiyecilerin arasında travma sonrası stres bozukluğu belirtileri açısından anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin medeni durumları ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin meslekte çalışma süresi ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin yaşları ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin eğitim düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin mesleğe başlanan yaş ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin gelir düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma örnekleminde yer alan itfaiyecilerin çocuk sahibi olma ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1.Psikolojik Travma

Türkçede sarsıntı kelimesi ile eş anlamlı olan(TDK,2017) travma bireyi ruhsal ve fiziksel olarak örseleyen, dehşete düşüren, korkutan, yaralayan olayların bütünü için kullanılan sıkıntı verici bir süreçtir (Öztürk,2016).Travma bireyde sadece stres tepkisine neden olmaz bununla birlikte çaresizlik ve korku hissi oluşturur (Gölge,2005).

Travma birey için zihinsel, fiziksel ve duygusal olarak ezici olabilecek aşırı üzücü bir deneyimdir aynı zamanda bireyde dünyanın iyi ve güvenilir bir yer olduğu inancını değiştirebilecek, kahredici bir deneyim olarak tanımlanabilir (Brunzell, 2015). Psikoanalitik olarak ise ruhsal travma egonun kaldıramayacağı içten ve dıştan gelen uyaranlarla karşı karşıya kalmasıdır (Öztürk, 2015). Sonuç olarak travma, tehdit oluşturan, fiziksel bütünlüğü tehdit eden, kişinin önceden deneyimlemediği beklenmedik olaylara karşı verdiği aşırı dehşet ve çaresizlik durumudur (Tükel, 2006).

2.1.1.Tarihsel Gelişim

Travmanın ruh sağlığı üzerine olan etkilerinin araştırılması çok öncelere dayanmaktadır. Travma sözcüğü ruhsal travma anlamında 19 yy ve 20 yy'ın ilk yarısında sınırlı şekilde kullanılmıştır (Jones,2007).19 yy da ki psikoanalitik literatür dışlanırsa fiziksel travma dışında bir travma kavramına rastlanılmamıştır(Herman,2001).

18yy ve öncesinde ise travma sonrasında psikolojik problemler yaşayan bireylerin zihinsel bir hastalığa sahip olduğu düşünülmüş ve travmanın psikolojik bir etkisinin olabileceğine inanılmamıştır. Psikolojik probleme sahip olan kişinin kişiliğinde bir sorun vardır veya rahatsızlığı biyolojik temellidir. Yani her açıdan sorunun sebebi olarak kişinin kendisi görülmektedir (Micale,1989).Sağlıklı bireyden beklenen dış etken olan travmanın getirdiği problemleri çözmesidir. Örseleyici, sarsıcı bir duruma maruz kalan bir birey bu durum

sonrasında bu travmaya bağı psikolojik belirtiler gösteriyor ise bu kişinin zihinsel bir hastalığı olduğu ya da bu hastalığa karşı bir yatkınlığı olduğuna inanılıyordu. Bu durumda birey ya biyolojik temeli olan bir hastalığa sahipti ya da ego gücü düşüktür (Jones ve Wessley,2005).

1870 yılında yaşanan Fransa Prusya savaşına kadar bu sarsan, örseleyen hayat olaylarının kalıcı psikiyatrik bir soruna neden olmasının mümkün olmayacağı düşünülüyordu fakat bu savaşa katılan askerlerin psikolojik problemler göstermeleri ve bu durumdan şikayetçi olmaları psikiyatristlerin travma ile ilgilenmelerine olanak sağlamıştır (Veith 1977).Daha önce bir problemi, rahatsızlığı olmayan askerlerin savaştan döndükten sonra yaşadıkları olayları tekrar tekrar yaşantılamaları, tepkilerinin azalması daha önceleri yapmaktan keyif aldığı aktivitelerle ilgilenmedikleri psikiyatristler tarafından gözlenmiştir. Gözlemlenen bu davranışlar travma sonrası stres bozukluğu(TSSB) kriterlerine uygun birer ölçüt olarak kabul edilebilir. İlk olarak bu davranışları sergileyen askerler için “travmatik nevroz” tanısı öne sürülmüştür (Norman,1989).

I. Dünya savaşında “bomba şoku” gibi terimler travmanın ruhsal reaksiyonları olabileceğini gösterse de travmanın oluşmasına sebep olan hayat olayları üzerinde durulmamış ve travma sadece hastalıkları tetikleyen bir durum olmaktan öteye gidememiştir. Aynı düşünce II. Dünya savaşı öncesinde de devam etmiştir (Jones, 2007).

Histeri hastaları ile travmanın psikolojik etkileri üzerine olan çalışmayı ilk J.M.Charcot yapmıştır(Veith,1977).Histeriye büyük nevroz diyen Charcot doğaüstü güçlere bağlamadan histeriye sahip kadınların belirtilerini açıklamaya çalışmış bu da travmanın psikiyatride incelenmesinde büyük bir adım olmuştur. Charcot un belirtilerini anlatmaya çalıştığı histerik kadın hastalar şiddet, işkence ve tecavüze uğramışlardır bilimsel çalışmaların dışına çıkarılmış histeri Charcot sayesinde tıbbi olarak ele alınmaya başlanmıştır(Herman,2016). Fakat belirtilere fazla önem verip ruhsal durumları göz ardı etmesi sebebi ile öncüsü olduğu bu konuyu yeterince açıklayamamıştır. Charcot’un histeri alanındaki çalışmalarından sonra bu konu ile en çok ilgilenenlerden biri Pierre Janet diğer araştırmacılar ise Josef Breuer ile çalışan S.Freud dur. Charcot’un bilimsel alana ittiği travmayı ele alan Janet ve Freud travmanın psikiyatrik etkileri hakkında önemli sonuçlara ulaşmıştır. Freud ve Janet 19.yy sonunda benzer çıkarımlarda bulunmuş ve histerik belirtilerin ortaya çıkışını travmatik

olaylara verilen duygusal tepkilerin bilinci etkilemesi ve değişen bu bilinç durumunun sonucu olarak açıklamışlardır. Duygusal tepkilerin bilinci etkilemesi ile değişen bilinci J.Breuer ve S.Freud ‘ikili bilinç’ adı ile isimlendirirken Janet bu duruma ‘zlme’ demiştir (Ellenberger,1970).

Aynı zamanda Breuer ve Freud geçmişte yaşanılan örseleyici olayların histerinin oluşumuna etki ettiğini belirtmiştir. Bununla birlikte travma nedeniyle hissedilen duyguların, konuşulduka histerik belirtilerinin azaldığını gözlemlenmiş birçok hastada işe yarayan bu yöntem araştırmacıların bunu bir tedavi metodu olarak görmesine yol açmıştır. Bu metodu Breuer ile Freud ‘katharsis’adı ile adlandırırken Janet bu tedavi metoduna ‘psikolojik analiz’ demiştir. Bu metoda sonraları Freud psikoanaliz adını vermiş ve bu tedavi metodu psikoterapi yöntemlerinin gelişmesinde de büyük önem taşımıştır (Horowitz,1986).

Birinci dünya savaşı tüm dünyayı derinden etkileyen insanların çoğunun ölümüne yaralanmasına yada kaybolmasına yol açmış uluslararası bir travma olarak dünya tarihinde yerini almış bu savaşla birlikte travmanın psikolojik etkileri tekrar bilimsel alanda ilgi çekmiş ve travmanın psikolojik etkilerinin daha iyi öğrenilmesine olanak sağlamıştır (Norman,1989).Pek çok askerde savaşın sarsıcı ortamına maruz kalmadan dolayı histeriye benzer davranışlar görülmüş hafızalarını ve yeteneklerini kaybeden, konuşmayan, donup kalan, kontrolsüz bir şekilde feryat eden, ağlayan erkeklerin sayısı oldukça fazlaydı onları yatırmak için hastanelere el koymak gerekliydi (Showalter,1985).

Shell shock yani bomba şoku olarak adlandırılan savaş sonrasında insanlarda meydana gelen bu tablonun fiziksel travmadan kaynaklı olduğu savunulmuş fakat fiziksel olarak travma ile karşılaşmamış askerlerde de psikiyatrik problemler ortaya çıkmıştır. Sadece fiziksel örselenmeye maruz kalan askerlerde bu durumun görülmemiş olması bu savın tam anlamıyla yetersiz olduğunu göstermiştir (Jones,2005).Ortaya çıkan bu psikolojik problemler orduyu zorlamış İngilizlerde askerlerin azımsanmayacak bir kısmı yaklaşık olarak yüzde kırkı ruhsal problemlerden şikyeti olmuştur(Showalter,1985).

1941 yılında savaş travmasıyla ilgili ilk ciddi alışma Abraham Kardiner tarafından yapılmıştır. Travmanın ana klinik hatlarını geliştirmeye başlamıştır (zen,2017).II.Dünya

savaşının başlaması ile travmaya olan ilgili tekrar artmıştır. Herhangi bir bireyin savaşın getirdiği sarsıcı etkilere maruz kalma ile ruhsal sarsıntı geçirebileceği ve psikiyatrik çöküntünün olabileceği ilk kez kabul edilmiştir (O'Brien,1990).

Vietnam savaşına kadar savaşın uzun süreli psikolojik etkileri geniş açıdan araştırılmamıştır. Vietnam savaşının yoğun olduğu dönemde kahraman olmayı reddeden çoğu cesareti ile öne çıkmış bir grup asker savaşı protesto etmiş ve insanlar ilk kez böyle bir olaya tanık olmuştur (Turnbull,1998).Bu askerler psikolojik travmadan dolayı problem yaşayan gazilerin yanında olmaya çalışmış onlarla ilgilenmiş, insanlara savaşı anlatmış ve olumsuz etkileri üzerine bilinçliliği çoğaltmayı hedeflemişlerdir ve bu durumdan hareketle örgütler kurmuşlardır. Bu akımdan sonra travmaya olan ilgi artmış bu sayede bu konu üzerine araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar savaş gibi örseleyici olaylara maruz kalma ile savaş sonrasında oluşan psikolojik problemlerin birbiriyle ilgili olduğunu göstermiştir böylece TSSB'nin hatları belirlenmiştir (Gerson,1992).

Travmanın günlük hayatta insan psikolojisini nasıl etkilediğinin araştırılması ise 1970'li yıllarda kadınların örgütlenmeleri sayesinde olmuştur. Kadınların eşit haklara sahip olmak evlerde görülen kadına karşı şiddeti engellemek amacıyla örgütlenmeleri bu konunun araştırılmasına öncülük etmiştir (Herman,2016).

Travma sonrasında görülebilecek psikolojik problemlerin kadınlarda da olabileceğine 1970'li yıllar öncesinde değinilmemiştir (Yehuda,1995).1970lerin ortalarına gelindiğinde daha önceleri çokta dikkat çekmeyen, gündemde olmayan kadınların maruz kaldığı her türlü cinsel saldırı, tecavüz konusunda Amerikan kadın birliği bir çalışma gerçekleştirdi. Kadın hareketlerinin ısrarı ile "Ulusal Akıl" sağlığı merkezinde bu konu ile ilgilenilmesi üzerine bir araştırma ortamı oluşturuldu (Sarachild,1978).1980lerde yapılan araştırmanın sonucuna göre veriler korkutucuydu kadınların çoğu ya tecavüze uğramış yada çocukluğunda cinsel istismarla karşılaşmıştı (Russel,1984).

Gazilerin örgüt kurmaları savaşı anlatma çabaları ve kadın hareketlerinin yaptığı çalışmalar sonrasında bu konu psikiyatristlerin tekrar gündemine girmiştir. Yapılan bu sosyal çalışmalardan etkilenen psikiyatristlerin yaptığı çalışmalar sonucunda geçen zaman boyunca bazen unutulmuş bazen yeniden keşfedilen travmanın insanın psikolojik durumunu

etkilediği ve psikiyatrik bozukluklara neden olduğu bilimsel olarak kabul görmüştür. Travma Sonrası Stres Bozukluğu(TSSB) adlı yeni bir kategori 1980’de DSM III eklenmiştir. Kardiner’in kırk yıl önce belirttiği travmatik nevrozdaki belirtilerle TSSB belirtileri birçok yönden benzerlik göstermiştir (Herman,2016).

2.2.Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travmatik sayılabilecek olaya doğrudan müdahil olma, tanık olma, duyma, olayın olumsuzlukları ile tekrarlayan bir şekilde yada aşırı şekilde karşı karşıya kalma yollarından biri ile travmaya maruz kaldıktan sonra başlayan bir aydan uzun süren travmatik olayla ilişkili olarak istenmeden gelen belirtiler, travmatik durumu hatırlatan uyaranlardan sürekli kaçınma hali, travma yaşanan durumla ilgili bilişte ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler olması, travma yaşanan durumla ilgili uyarılma ve tepki göstermedeki değişiklikler(öfke, tetikte olma vb.) gibi belirli belirtileri gösteren mesleki, toplumsal veya işlevselliğin diğer alanlarında bozulmaya neden olan ruhsal bir bozukluktur(DSM,V). TSSB terörist saldırıları, şiddetli suç ve istismar, askeri mücadele, doğal afetler, ciddi kazalar veya şiddetli kişisel saldırılar gibi travmatik veya yaşamı tehdit eden olayların yaşanmasından veya tanık olunmasından kaynaklanabilecek psikiyatrik bozukluktur (Iribarren ,2005).

Travmatik olay bireyin psikolojik iyi oluşunu, sosyal hayatını tehdit eder bu tehdiye maruz kalan kişi yetersizlik ve çaresizlik duyguları yaşar kendini engellenmiş hisseden kişi artmış bir gerginlik ve kaygı hali ile birlikte umutsuzluğa düşer (Öztürk,2002). TSSB travmatik bir olaydan sonra veya uzun süre maruz kalınmış bir travmadan sonra(örneğin çocuklukta cinsel istismara maruz kalmak)ortaya çıkabilir (Karstoft, 2015).

Olağan dışı, beklenmedik, sarsıcı olayları(örneğin, doğal afetler, ağır kazalar, tecavüz, savaş, işkence)yaşayan kişilerin çoğu öfke, korku, şaşkınlık hisseder. Böyle bir şeye maruz kaldıktan sonra çoğu bireyde akut örselenme belirtileri olur ve zamanla yatışması beklenir. Bazı durumlarda ise kişilerin belirtileri zamanla yatışmaz ve daha da kötüleşir. TSSB örseleyici olaydan sonra gecikmiş ve uzamış olarak ortaya çıkan belirtilerdir (Öztürk,2016).Aynı zamanda TSSB aşırı derecede korkutucu ve tehdit edici olaya maruz kaldıktan sonra gelişen zihinsel bir bozukluktur (Bonanno,2004).

Bu hastalığa sahip olan bireyler tekrar eden düşünceler, anılar, rüyalar veya kabuslarla travmatik olayı tekrar yaşıyormuş gibi hissederler (Ruzek ve ark., 2011) ve genellikle travmatik olayı hatırlatan aktivitelerden, düşüncelerden, hislerden ve konuşmalardan kaçınırlar (Marx, 2005).Diğer insanlardan kopmuş hissederler ve daha önceleri yapmaktan keyif aldıkları etkinliklere karşı ilgilerini kaybederler (Ruzek ve ark., 2011) ve aynı zamanda aşırı uyarılan, kolayca irkilebilen, konsantre olmakta zorluk yaşayan ve uyku problemi geliştirebilen bireylerdir (Ruzek ve ark.,2011).Kendileri hayatta kaldığı ve diğerleri bunu başaramadığı için aşırı suçluluk duygusuna sahip olabilirler (Comer,2013).

2.2.1.DSM’de TSSB’nin Tarihçesi

Travmanın DSM deki gelişim sürecine baktığımızda 1952 de yayınlanan DSM I de travma ile ilişkili olabilecek tanılarda biri “büyük stres reaksiyonu” dur. Bu başlığa göre travmatik olayın savaştan kaynaklı bir olay olup olmadığı belirtilmeli hatta bu olay savaştan kaynaklı bir durum olsa bile çok sarsıcı, örseleyici patlama gibi bir durumu içermeliydi. Bu tanı organik nedeni gösterilmeyen hastalıkların alt grubunda yer almaktadır ve DSM I de duruma bağlı, geçici kişilik bozukluğu olarak yer almıştır(APA,1952).

Strese sebep olan olay özellikle belirtilmelidir. Strese neden olan olayın belirtilerinin geçici olduğu, bir süre sonra ortadan kalkacağı belirtilmiştir ortadan kalkmaz ise bu durum geçici bir durum olarak kabul edildiğinden tanının değişmesi gerekmektedir. DSM I savaş gibi çok sarsıcı büyük olayları ele alırken sivil hayatta karşılaşılabilecek şiddet, tecavüz gibi konulara yer verilmemiştir (APA,1952). Bunun sebebi olarak II. Dünya savaşı sonrası sosyopolitik ortamın etkileri gösterilebilir (Özen,2017).

1966 yılında yayınlanan DSM II de travmatik olay ve bu olaya bağlı psikiyatrik bozukluklar düşüncesi hiçbir gelişme göstermemiş hatta DSM I de yer alan gelişmelerden daha eskiye dönmüştür (Wilson,1994). II dünya savaşının üstünden yıllar geçmiş bu olayın araştırılmasına yol açacak toplumsal bir durumda kalmamıştır. Travma büyük ölçekli toplumsal olaylarla sınırlanmış bireyle ilgili bir travmadan söz edilmemiştir. DSM II de travma ile gelişen belirtileri uyum bozukluğu olarak sınırlamıştır (APA,1966).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve travma tanımı ilk kez DSM III de anksiyete bozuklukları arasında yer almıştır(DSM III-R,1987).TSSB tanımına yer verilmesi ile birlikte bu problem birey merkezli olmaktan ayrılıp olay yani travma merkezli haline gelmiştir (Turnbull,1998).Normal bir birey anormal sayılabilecek bir olaya anormal tepki verebilirdi. Buna karşın herkeste belirgin bir sıkıntı oluşturabilecek olay tarifi ayrıntılı bir şekilde ifade edilmediği gündeme geldi (Maier,2006).Bu belirsizlikler nedeni ile DSM III-R de kavram revize edilmiştir.

DSM III-R de yapılan yenilenme ile travmatik olayın önemi ciddiyeti kavranmış soru işareti azaltılmaya çalışılmıştır. Normal deneyimin ötesinde yani günlük yaşamda karşılaşılmayan tanımı bu çalışmaya işaret etmektedir (Turnbull,1998).

En son yayınlanan DSM III-R deki tanıma DSM IV te ilave yapılmış ve travmatik olayı hatırlatan durumlarda da fizyolojik tepkinin aşırılaşabileceği belirtilmiştir. DSM IV te aynı zamanda ikincil travmatizasyon varlığı meşrulaştırılmış ve bir olayı öğrenmek, haberini almak, görmek travmatik olay olarak DSM IV te yer almıştır (APA,1994).

2013 yılında yayınlanan DSM V te TSSB anksiyete bozuklukları arasından çıkarılıp ayrı bir tanı başlığı altında travma ile ilgili bozuklukların “travma ve stresörle ilişkili bozukluklar” bölümünde yer almıştır.A2 kriterinde yer alan kişinin travma karşısında dehşet ve tepki içerisinde olması travmatik olaya öznel tepki tanımı DSM IV varken DSM V te kaldırılmıştır. DSM IV teki tanım gözden geçirilmiş ve olaylar ile karşılaşmanın yolları listelenmiştir. Önceki DSM ler de olan “kendinin ve başkasının fiziksel bütünlüğü” tabiri kaldırılmış karşılık olarak yerine ilk kez “cinsel şiddet” ibaresine yer verilmiştir (APA,2013).

2.2.2.Epidemiyoloji

TSSB'nin prevelansı toplumdan topluma büyük değişiklikler gösterdiği için genel bir sıklık yaygınlık oranından bahsetmek güçtür (Öztürk, 2015). Gelişmekte olan ülkelerde TSSB yaygınlığı, gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir (Norris,2003).Yoksulluk, işsizlik, güvenli olmayan yaşam koşulları gibi faktörler TSSB ile ilişkilidir ve aynı zamanda TSSB düşük yaşam kalitesi ile yüksek oranda ilişkili olan bir halk sorunudur (Akinyemi, 2012).Güney

Afrika’da yapılan bir çalışma, düşük gelirli ülkelerde travma riskinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir (Atwoli, 2015).

TSSB her yaşta görülebilir fakat sıklıkla genç erişkinlerde görülür bu durumun nedeni bu yaş gurubunun örseleyici, sarsıcı durumlarla karşılaşma olasılığının daha yüksek olmasıdır. TSSB'nin yaşam boyu prevalansı kadınlarda erkeklerden önemli ölçüde daha yüksektir (Öztürk,2016., Asnakew, 2018). ABD de yapılan bir çalışma yaşam boyu TSSB prevelansının % 8 olduğunu, bu oranın kadınlarda% 10, erkeklerde% 4 olduğunu göstermiştir (Kaplan, 2016). Teröre maruz kalmış 18 yaş ve üzerinde olan bireylerle yapılan bir çalışmada TSSB’nin ortalama prevalansının% 9,4, kadınlar için% 16,2 ve erkekler için% 2,4 olduğunu göstermiştir (Bleich,2003).

TSSB sadece afet mağdurlarını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kurtarma işçilerini de etkiler; afetlerin doğrudan kurbanlar arasında TSSB yaygınlığının% 30-% 40 arasında olduğu bildirilmiştir; kurtarma çalışanlarındaki oran ise % 10 -% 20’dir.Bazı meslek grupları olarak polisler, acil durum çalışanları, itfaiyeciler, askerler TSSB açısından risk altındadır. TSSB'nin polis, itfaiye ve acil servis çalışanları arasında görülme sıklığı% 6 ile % 32 arasında değişmektedir (Javidi,2012). Uzun yıllar bu mesleklerde çalışma ile TSSB arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu gösteren araştırmalarda bulunmaktadır (Corneil,1995., Bezabh,2018). Başka bir çalışma, genel nüfus için% 4'lük bir yaygınlık oranından bahsederken yardım ve kurtarma çalışanlarındaki oran % 5 ile % 32 arasında değişmekte olup, en yüksek oran arama ve kurtarma çalışanlarında (%25), itfaiyecilerde (% 21) ve daha önce afetle karşılaşma eğitimi almayan işçilerde yüksek bulunmuştur (Fullerton,2004).Avusturalya’da orman yangını sonrasında itfaiyeciler uzun bir dönem izlenmiş ve yangının üzerinden 4 ay geçtikten sonra değerlendirilmeye alınmışlardır itfaiyecilerde TSSB görülme oranı sırasıyla 4. 11.ve 29. ayda %32,%27 %30 olarak görülmüştür (McFarlane,1984).Bir başka çalışmada ise acil serviste çalışan hemşire ve sağlık teknisyenlerinde bir araştırma yapılmış ve bu araştırmaya göre çalışanların %21,4’ünde DSM5 tanı ölçütlerini karşılayan TSSB tanısına rastlanmıştır. Bu tanıyı sıklıkla kadın ve lisans altı eğitime sahip olan bireylerin aldığı bildirilmiştir (Carmassi,2018).

Düşük eğitim düzeyine sahip olan, ruhsal hastalık veya olumsuz geçmiş yaşam olaylarına sahip olan, dul, boşanmış ya da bekar olan, ekonomik yönden zayıf, sosyal açıdan izole olan bireylerde TSSB daha sık görülmektedir (Özgen,1999).830 kişinin katıldığı bir çalışmada kadın, boşanmış, kendisinde veya ailesinde zihinsel hastalık öyküsü olan, sürekli fiziksel yaralanma, kötü sosyal destek ve yaşamının tehdit altında olduğu algısına sahip bireyler ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür (Asnakew,2018). Savaş, insanoğlunun bildiği en yoğun stres faktörlerinden biridir. Irak ve Afganistan'da yaşanan travmatik olaylarda savaşla ilgili olarak akıl sağlığı bozuklukları, kaygı, depresyon ve TSSB oranları yüksek oranda bildirilmiştir. Silahlı kuvvetler ise depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol kötüye kullanımı ve TSSB de daha yüksek yaygınlığına sahiptir. Vietnam savaşının bitmesinden on beş yıl sonra, incelenen erkek gazilerin% 15'i hala TSSB'den mustarip olduğu ve neredeyse üçte biri yaşamları boyunca TSSB nedeni ile problem yaşayacakları bildirilmiştir. Körfez Savaşı gazilerinde ise TSSB yaygınlığı% 12.1 olarak bulunmuştur (Kang,2003).

ABD'de 8090 kişinin katıldığı bir araştırmada erkeklerin TSSB tanısı almalarının en yaygın nedeni olarak ağır şekilde yara alma veya ağır yara alan birinin bu durumuna tanıklık etme ya da birinin ölümüne şahit olma veya çarpışma olarak belirtilmiş, kadınlarda ise TSSB tanısının nedenleri arasında çoğunlukla cinsel taciz veya tecavüz gösterilmiştir. Yapılan diğer araştırmalara göre bireyler hayatları süresince TSSB'nin A kriterini karşılayan en az bir travmaya maruz kalmışlardır. Bu oran kadınlarda %50.3 erkeklerde ise %60.3 olarak belirtilmiştir. Bu bulgulara göre erkeklerde kaza geçirme %25 tecavüze uğrama oranı %0.7 iken kadınlarda bu oran tam tersi yönündedir kadınların %13.8'inde kaza geçirme %9,2 sinde ise tecavüze uğrama etken olarak görülmüştür (Şahin,2000). TSSB prevalansı farklı popülasyonlar arasında büyük farklılıklar göstermektedir. TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı, Çin'de% 0,3'ten Yeni Zelanda'da% 6,1'e kadar değişmektedir. Genel ABD nüfusunda TSSB yaygınlığı% 6,8 civarındadır. Suç mağdurları arasında bildirilen oranlar % 19 ila% 75 arasındadır ve tecavüzün ardından ise % 80'e kadar olan oranlar bildirilmiştir (Javidi,2012).

Doğal afetler sonrası yapılan çalışmalarda TSSB prevalansı, insan kaynaklı travmalara oranla daha düşük bulunmuştur(Galea,2005).Türkiye'de ise 17 Ağustos depreminden sonra

TSSB ile ilgili çalışmalar yoğunluk kazanmış ve toplum taramalarında TSSB %20 çadırlarda yaşayanlarda %47 tedavi için başvuranlarda ise % 63 olarak görülmüştür (Kılıç,2003).Deprem sonrasında Kocaali’de yapılan bir çalışmada ise üç yıllık TSSB oranı %14,6 olarak bulunmuştur (nder,2004).

2.2.3.Etiyoloji

Bireylerin maruz kaldıkları TSSB’nin oluş nedenleri arasında birçok etkenin yer aldığı düşünülmektedir. Travmaya maruz kalan kişinin özelikleri, travmanın niteliği ve şiddeti, travma sonrasında yaşanılan ortamın zellikleri TSSB oluşumunda önemli etkenlerdendir (Sungur,1995). Maruz kalınan stresör ortaya çıkarıcı ana etken olmasına rağmen travma ile karşılaşmış her kişide TSSB ortaya çıkamamaktadır (zgen,1999,ztrk,2016). Bazı kişilerde hiçbir ruhsal belirti ortaya çıkamazken bazılarında disosiyatif bozukluklar, konversiyon bozukluğu, katatoni veya farklı psikoz belirtileri görülebilir. TSSB’nin etiyolojisini inceleyen araştırmaların son yıllar da nörobiyolojik alana yoğunlaştığı görülmektedir. TSSB’de beyindeki noradrenerjik, serotonerjik, dopaminerjik ve opioid sistemlerin üzerinde durulmaktadır (ztrk,2016).

Biyolojik, psikolojik, ailesel, sosyal ve etnik kültürel yapı gibi etkenlerinde bu hastalığın gelişmesin de yeri vardır. Travmatik sayılabilecek bir olayın ardından verilebilecek tepkiler evrenseldir fakat etnik ve kültürel faktörler bireyin TSSB tanısı alma olasılığını, ifade edişi ve tedaviye yanıtında etkili olabilmektedir. Yaşanan olay kişi için öznel bir anlam ifade ediyorsa çoğu kişi için sarsıcı ve örseleyici gibi görülmeyen, sıradan durumlar dahi olayı yaşayan kişide TSSB’ye neden olabilir (zgen,1999).TSSB semptomlarının ortaya çıkışı yalnızca stresörün şiddetine bağlanamaz aynı zamanda yapı ve kişilik yatkınlığı da bu duruma eşlik eder. Utanç, bunaltı, kaygı kişiler arası duyarlılık gibi nevrotik kişilik özellikleri olan kişilerde TSSB gelişme riski daha yüksektir (Javidi,2012). Nörotisizm olaylara ortalamadan daha fazla olumsuz olarak tepki verme eğilimi olan kişilik özelliği olarak tanımlanır.7076 yetişkin kişinin katıldığı bir araştırmada depresyon ve anksiyete bozukluğunun ortaya çıkışının başlangıcı olarak nörotisizm öngörülmüştür. TSSB’nin şiddetinde de etkili olduğu tahmin edilmektedir çünkü yüksek nevrotikliği olan kişilerin daha az etkili başa çıkma stratejileri seçme olasılığı daha yüksektir (Schnurr,2000).

Hastalığın etiyojisini inceleyen çalışmalar hastalığı ortaya çıkaran ve şiddetlenmesine yol açabilecek etkenleri şöyle sıralamışlardır; strese neden olan duruma maruz kalma suresinin uzaması, stresörün birey için öznel bir anlamının olması, stresörün aniden ortaya çıkması bireyin bu duruma hazırlıksız yakalanması, insanlar tarafından meydana gelen bir durum olması, lme yol açabilecek bir tehdit içermesi, fiziksel yaralanmayla birlikte gerçekleşmesi, gaddarlık veya insanlık dışı bir olayı içermesi, kişide suçluluk duygusuna(hayatta kaldığı için)sebepl olması, sayıca fazla kişinin maruz kalması bu durumlardan sayılabilir (ervatoğlu,2000., Yılmaz,1995).

Major depresyon bozukluğu ve anksiyete bozukluğu gibi hastalıklarla ilgili bir geçmişe sahip olmak, kişinin psikiyatrik hastalıklara karşı yatkınlığının bulunması, çevresindeki sosyal desteğin iyi olmaması TSSB'ye olan yatkınlığı gösteren faktörlerden bazılarısıdır (zgen,1999). Arkadaşları ve akrabaları tarafından sevildiğini, önemsendiğini, değer verildiğini ve kabul edildiğini bilen tecavüz mağduru kişilerin daha başarılı bir şekilde iyileşme sağladığı bilinmektedir (Street ve ark., 2011).TSSB belirti dağılımını etkileyen faktörlerden biride ailede ruhsal bozukluk öyküsünün olmasıdır (Hageman ,2001). Ailede anksiyete bozukluğu, depresyon geçmişi, madde kötüye kullanımı TSSB gelişimi için risk faktörü olarak gösterilmiştir. Yapılan araştırmalarda kronik TSSB tanısı alan hastaların %66 sının ailelerinde psikopatoloji saptanmıştır (Breslau,1992).Yapılan bir diğer çalışmada TSSB'de kalıtsallığın önemini vurgulamış tek ve çift yumurta ikizleri ile yapılan çalışmada anlamlı genetik etkilenmenin olduğu görülmüş ve TSSB'de kalıtsallığın %21 ile %37 arasında değiştiği bildirilmiştir (Dikkatli,2000). Araştırmacılar 11 Eylül 2001'de hamile olan ve TSSB geliştiren kadınların kortizol seviyelerini incelediğinde bu kadınların ortalamadan daha yüksek bir kortizol seviyesine sahip olduğu görülmüş. Aynı zamanda saldırıdan sonra doğum yaptıkları bebeklerde de yüksek kortizol seviyelerine rastlanmıştır bu da bebeklerin aynı bozukluğu geliştirmek için bu yatkınlığı miras aldıklarını göstermektedir (Yehuda,2007).

Bilişsel perspektiften yapılan çalışmalar, travma sırasında kontrol duygusunu koruyabilen kişilerin TSSB geliştirme olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir. Travmaya maruz kaldıktan sonra, dissosiyatif baş etme stratejilerine güvenen insanların TSSB geliştirme olasılığı diğer stratejilere güvenen insanlara göre daha olasıdır (Javidi,2012).

Aynı zamanda bireylerin geçmiş travma öyküsüne sahip olmaları TSSB için bir risk etmenidir(Yılmaz,2006).Çocuklukta yaşanan travmanın TSSB'ye bir yatkınlık oluşturabileceği bilinmektedir (Öztürk,2016).Çocukluğunda bir travması olan bireylerin yeni bir travmaya maruz kaldıklarında çocukluk travmasına sahip olmayanlara göre daha fazla kaygı belirtisi gösterdikleri bulunmuştur (Brewin ve ark.,2000).Araştırmacılar çocuklukta yaşanan bazı deneyimlerin de kişilerin daha sonraki hayatlarında TSSB ve akut stres bozukluğu geliştirmeleri açısından risk etkeni olduğunu ortaya koymuştur. Çocuklukları yoksulluk ile damgalanan insanların, daha sonraki travma karşısında bu bozuklukları geliştirme olasılığı daha yüksektir. Aile üyelerinde psikolojik bozukluk öyküsü bulunan, erken yaşta saldırı, taciz veya felaket yaşayanlar veya ebeveynleri ayrıldığında on yaşından küçük olanlar gibi çocukluluğunda belirli deneyimleri yaşayan kişiler TSSB açısından risk altındadır (Yehuda ve ark., 2010; Koch, 2008).

2.2.4.Klinik Özellikleri ve Tanı Ölçütleri

TSSB DSM 5 ile birlikte Travma ve Stresörlerle ilişkili bozukluklar başlığı altında yeniden sınıflandırılmış ve Anksiyete Bozuklukları grubundan çıkarılmıştır. Aynı zamanda ergen yetişkin ayrımı kaldırılmış ve altı yaş sınırı getirilmiştir. Altı yaş ve altı yaşından küçükler ve bu yaşın üzerindeki için farklı tanı kriterleri oluşturulmuştur. Altı yaşın üzerindeki için TSSB tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA,2013).

A. Aşağıdaki yollardan biri ile (ya da birden çoğuyla) gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan travmatik bir olaya maruz kalma
- 2.Diğer insanların maruz kaldıkları travmatik olayı, görme, tanıklık etme
3. Aile bireylerinin ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olaylar geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Travmatik olayların ayrıntılarıyla, tekrarlayıcı bir biçimde ya da çok sık karşı karşıya kalma

Not: Böyle karşı karşıya gelme, iş ile ilgili olmadıkça, kitlesel iletişim aracılığıyla karşılaşmalarda A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Travmatik olaylardan sonra başlayan, anıları yeniden yaşantılama belirtilerinin bir veya daha çoğunun varlığı:

1. Travmatik olayların tekrarlı, istemsiz ve istenç dışı gelen, sıkıntı verici hatıraları.
2. Travmatik olaylara ilişkin, yineleyici, sıkıntı veren düşler.
3. Kişinin travmatik olaylar yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme tepkileri. (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamasıdır).
4. Travmatik olayları hatırlatan iç ya da dış uyaranlar, simgelerle karşılaşıldığında yaşanan duygusal sıkıntının uzun süreli olması
5. Travmatik olayları hatırlatan iç ya da dış simge ve uyaranlara karşı fizyolojik tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, travmatik olaydan sonra ortaya çıkan, Travmatik olayların neden olduğu uyaranlardan sürekli kaçınma:

1. Travmatik olayların neden olduğu veya bu olaylarla ilişkili, anı, düşünce ya da duygulardan kaçınma veya kaçınma çabası.
2. Travmatik olaylarla ilişkili, anı, düşünce duyguları anımsatacak dış uyaranlardan (insanlar, yerler, konuşmalar, durumlar) kaçınma veya bunlardan uzak kalma çabası.

D. Aşağıdakilerden ikisinin ya da daha fazlasının olmasıyla belirli, travmatik olaylar sonrasında başlayan ya da kötüye giden, travmatik olaya ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişikliklerin olması:

1. Travmatik olayların önemli bir yönünü hatırlayamama(özellikle unutkanlık çözülmesine[dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması gibi fiziksel yaralanma yada alkol madde kullanımına bağlı değildir).

2. Kendisi, çevresi veya çevresi ile ilgili, sürekli olumsuz düşünceler veya beklentiler (“Yeryüzü tamamen tehlikeli bir yer” , “Kimseye güvenilmez” , “Ben kötü biriyim” “ Sinir sistemimde kalıcı bozulmalar oldu”).
3. Travmatik olayların neden ve sonuçları konusunda, kendisi veya başkasını suçlayıcı, çarpık bilişler.
4. Olumsuz duygusal durumların(korku, suçluluk, utanç, dehşet, öfke)süreklileşmesi
5. Günlük yaşamda katılım göstermesi gereken etkinliklere karşı ilgi ve katılım da belirgin azalma.
6. Başkalarından kopma veya yabancılaşma duyguları.
- 7.Olumlu duyguları yaşayamama sevgi veya mutluluk duygusunu yaşayamamada süreklilik

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, travmatik olaylar sonrasında başlayan veya daha kötüye giden, travmatik olayla ilişkili, uyaranlara gösterilen tepkilerde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlar ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıklar, bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında kızgın davranışlar ve öfke patlamaları
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlar sergileme.
3. Her an bir şey olacak endişesiyle tetikte bekleme.
4. Aşırı irkilme
5. Odaklanma konusunda zorluklar.
6. Uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorlanma, dinlendirici olmayan uyku

F. B,C,D ve E kategorilerindeki sorunların süresinin bir aydan daha uzun olması

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında gerilemeye neden olur.

H. Bu bozukluk, alkol, ilaç gibi bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri travma sonrası gerginlik bozukluğunun tanı özelliklerini karşılamaktadır, aynı zamanda birey, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli veya tekrarlayıcı olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duygumunu yaşadığı, veya kendisini dışarıdan izliyormuş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir rüya içindeymiş gibi; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığını algılama).

2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevresinin gerçek olmadığına ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar birey çevresindeki dünyayı gerçekdışı algıladığından, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır.

Not: Bu alttütün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç kararmaları, alkol esrikliği sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Travmatik olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da)

2.2.5.TSSB’de Psikiyatrik Komorbidite

Yapılan araştırmalara göre TSSB tanısı konmuş kişilerin en az bir ek tanı alma oranı %87,5 bulunurken iki veya ikiden fazla ek tanı alma oranı %77,5 bulunmuştur (Tkel,2006). ABD’de yapılan ulusal eş tanı çalışmasına göre vakaların %79-%88 inde TSSB’ye ek en az bir tane daha psikiyatrik bozukluk tanısına rastlanmıştır (Kessler,1995).Yaşam boyu TSSB’de eş tanı gelişme ihtimali yaklaşık %70 oranındadır (Breslau,1997).TSSB’ye komorbid bozuklukların içerisinde “distimi, major depresyon, cinsel işlev bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, panik bozukluğu, çekingen ve sınırda kişilik bozukluklarına ait özellikler örnek verilebilir (Gökalp,2000).

Yapılan bir diğer komorbidite çalışmasında depresyon, fobik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk(OKB), panik bozukluk, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı sırasıyla %35.5, %29, %12.5, %6.4 ve % 6.4 olarak TSSB ile ilişkili bulunmuştur(Doruk,1998).Sıklıkla TSSB’nin “duygu durum bozuklukları, somataform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluk ile birlikte görüldüğü ileri sürülmektedir (Brady,2000). Erkeklerde TSSB’ye sıklıkla “davranım bozuklukları, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı, major depresyon, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı” eşlik etmektedir. TSSB tanısı almış kadınlarda ise sıklıkla, basit fobi, major depresyon, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı eş tanı olarak bildirilmiştir (Köroğlu,2007).Madde kullanım bozukluklarının TSSB ile birlikte görülmesi maddenin TSSB’nin sıkıntı veren etkilerini azaltmaya yönelik olmasıyla ilişkilendirilmektedir. Kokain bağımlısı ve aynı zamanda travmatik yky geçmişine sahip olan bireylerle yapılan bir çalışmada bireylerin %20,5 i TSSB tanısı almıştır(Kaya, 2000).Yapılan birçok araştırmada çeşitli psikiyatrik bozuklukların farklı düzeylerle TSSB’ye eşlik ettiği bildirilmiştir. Yapılan araştırmalarda en çoktan en aza doğru TSSB ye komorbid olan psikiyatrik bozukluklar řu sıra ile verilmiştir; %50 Depresyon, %37,5 fobik bozukluklar, %14,6 OKB (Yetkin, 1999). 2019 yılında acil alışanlarında yapılan bir çalışmaya göre TSSB tanısı konan bireylerde anksiyete ve depresyon puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Baysak,2019). TSSB’ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sayıca fazla olmasının sebebini araştırmacılar farklı görüşlerle açıklamaya çalışmışlardır. Bunlardan bir tanesi de kendi kendine tedavidir. Bu görüşe göre TSSB li bireyler duygusal acı ile baş

edebilmek adına madde kullanımına başlamaktadırlar uyku problemi veya artmış uyarılmışlık problemi ile mücadele edenler ilaç veya alkol kullanarak problemleri geçicide olsa azaltmaya ve rahatlamaya çalışmaktadırlar (Ünal,2019).Ayrıca bazı araştırmacılar borderline kişilik bozukluğu ile TSSB arasında da bir komorbidite olduğunu bildirmiş hatta borderline kişilik bozukluğunun çok ağır ve kronik bir TSSB olgusu olduğunu ileri süren araştırmacılar da bulunmaktadır (Doğan,2001).TSSB ile komorbiditesi olan diğer psikiyatrik bozukluklar sosyokültürel değişkenler, travmanın şiddeti, türü, biçimi gibi birçok farklı değişkenden etkilendiği için bu çalışmalarda farklı oranlar ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Baysak, 2010).

2.2.6.Ayırıcı Tanı

Yapılan çalışma sonuçlarından da anlaşılacağı gibi TSSB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birliktelik gösterir. TSSB, OKB ile birlikte görülebilmekte ve semptom örüntüleri karışabilmektedir. TSSB de de görülen anıların tekrarlayan ve zorlayıcı şekilde hatırlanması OKB'nin de özelliklerindendir (Erzen, 2019). Fakat TSSB de bu anılar maruz kalınan travma ile ilgiliyken OKB de ise travmatik olayla ilişkili değildir. OKB deki düşünceler genellikle uygunsuzdur (Özaltın,2003., Özgen, 1999).TSSB ile en çok karışan ve genelde birlikte olan bozukluklardan bir tanesi de major depresyondur. Uyku bozukluğu, çekilme, suçluluk, kısıtlanmış gelecek duygusu, konsantrasyon güçlüğü hem depresyonda hemde TSSB de görülebilen belirtilerdir. TSSB de yaşamın bir döneminde depresif atak geçirme riski bir çalışmada %69 bulunurken bir diğer çalışmada bu oran %68 olarak bulunmuştur (Özgen,1999).Ayırıcı tanıda ise travmatik olayın zorlayıcı şekilde sık sık yeniden hatırlanması ve yaşanması, aşırı irkilme ve travmayı hatırlatan durumlarla karşılaşıldığında gösterilen fizyolojik tepkiler örnek olarak verilebilir (Friedman,1989). Birlikte görülen bozukluklardan biride akut stres bozukluğudur fakat bu bozukluk travmaya neden olan olaydan en az bir ay içinde başlamakta ve bir ay içinde yatışma belirtileri göstermektedir (Öztürk,2016).

Agorafobi, basit fobi ve sosyal fobi gibi bazı anksiyete bozuklukları için korku ve kaçınma davranışları belirgindir. TSSB ve Basit Fobileri ayırtırmak zaman zaman oldukça güç olabilmektedir. Her ikisinde de korku ve belirli uyarandan kaçınma vardır. Fakat basit

fobide korku ve belirli uyarandan kaçınma dışında TSSB belirtilerine rastlanmamaktadır (Özkürkçügil,2000).TSSB ile Anksiyete bozuklukları artmış otonomik uyarılmışlık, irritabilite ve uyku bozukluklarının belirtileri ile karışabilir. Ancak yaygın Anksiyete Bozukluğunda endişeler günlük yaşam olayları ve gelecekle ilgilidir (Erzen,2019).Uyum bozukluğu birlikte görülen bir diğer bozukluktur. Stres etkeni uyum bozukluğunda olağan kabul edilebilecek düzeyde iken TSSB’de genelde yaşamı tehdit edici niteliktedir. Olağan dışı olmayan bir stresöre yanıt olarak gelişmişse uyum bozukluğu tanısının konulması gerekmektedir Ayrıca uyum bozukluğunda travmatik olayı yeniden deneyimleme belirtileri görülmemektedir (Yorbık,2002).

2.2.7.Tedavi

Travmatik olaylar nedeniyle bunalmış kişiler için tedavi çok önemlidir (Taylor,2010).TSSB tedavisinde hem farmakolojik hem de psikososyal tedaviler kullanılmaktadır. Ancak her ikisinin birlikte olduğu tedavilerden daha çok yarar sağlandığı bildirilmiştir (Öztürk,2015). Yapılan araştırmalara göre psikososyal tedavi yöntemlerinin TSSB’nin tedavisinde etkili olduğu görülmüştür (Sloan ve ark., 2011).Hangi tedavi programının kullanılacağı belirlenirken bireylerin fiziksel ve tıbbi gereksinimleri karşılanmalı ihtiyaçları, sosyal desteğe sahip olup olmadıkları, bozukluğun özellikleri ve sosyokültürel faktörler gibi değişkenler göz önünde bulundurulmalıdır (Özgen,1999).TSSB tedavi prosedürleri tip olarak travmadan travmaya göre değişiklik gösterir. Travma savaş kaynaklı mı, terör eylemi mi, cinsel taciz mi veya büyük bir kaza mı? Çeşitli travma örneklerine rağmen tedavi programlarının temel bir amacı vardır. Tedavi programları bireylerin stres reaksiyonlarını sona erdirmeyi, üzücü deneyimlerine karşı bakış açısı kazanmalarını ve yapıcı yaşama geri dönmelerine yardımcı olmayı hedefler (Taylor,2010).Hastanın organik bir nedeni yoksa en kısa sürede işine, uğraşına, görevine yönlendirilmesi bu yönde sürekli desteklenmesi tedavi açısından yararlıdır uzun süren dinlenmeler süregenleşmeye yol açabilir. TSSB’de ilaç tedavisinin amacı “flashbacks ve kabusları azaltmak, uyku düzenini sağlamak, zorlayıcı düşünceleri azaltmak, aşırı uyarılmayı, çökkünlüğü düzeltmek, kaçınma davranışını gidermek, kendine zarar verme davranışını azaltmak, disosyatif ve psikotik belirtileri” yatıştırmaktır (Öztürk,2016).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) tedavide en çok kullanılan ve etkili psikoterapötik yöntemlerdendir. BDT kronik TSSB tanısı almış hastaların tedavisinde kullanılır. BDT'nin TSSB tedavisinde etkili olduğunu gösteren tutarlı kanıtlar mevcuttur (Foa, 2000). BDT ile travmanın hatırlatıcılarıyla güvenli bir şekilde yüzleşme, anılara ve durumlara maruz kalma veya travma ile ilgili düşünce ve inançları tartışmayla TSSB'nin altında yatan fonksiyonel biliş değiştirilir. Meta analitik incelemeler göstermiştir ki tedavi öncesine ve sonrasına bakıldığında BDT güçlü etkiler göstermiştir ve katılımcıların %67'si terapiden sonra TSSB kriterlerini karşılamaktadırlar (Bradley, 2005).

Çeşitli bilişsel davranışçı tedaviler mevcuttur bunlar maruz kalma terapisi, anksiyete yönetimi, bilişsel terapi ve bu yaklaşımların kombinasyonudur (Foa,2006).Davranışsal maruz kalma teknikleri spesifik semptomların azaltılmasına yardımcı olmuştur ve genellikle genel uyumda iyileşmelere yol açmıştır (Hembree ve Foa, 2010). Aynı zamanda bazı çalışmalar maruz bırakma tedavisinin stres bozuklukları olan kişiler için en yararlı müdahale olduğunu göstermektedir (Powers ve ark., 2010; Williams ve ark.,2010).Maruz kalma terapisi hastaların korktukları objeler, durumlar, anılar, veya imgelerle güvenli koşullar altında yüzleşmelerine yardımcı olan sistematik duyarsızlaştırma gibi bir dizi tekniktir. Böylece hastalar sonradan, korkularının gerçek dışı olduğunu farkına varırlar (Foa,2006).Hayali maruz bırakma ya da travma öyküsü yazma gibi tekrarlı maruz bırakmalar ve canlı maruz bırakma, travmanın anlamını anlamaya yönelik bilişsel yeniden yapılandırmanın kullanıldığı BDT programlarının, TSSB'de etkili olduğu görülen bir tedavi metodudur (Ehlers ve ark., 2005).TSSB'de uygulanan bazı psikodinamik tedavilerin karşılaştırıldığı bir araştırmada kısa psikodinamik terapi, hipnoterapi ve duyarsızlaştırma arasında belirgin bir farka rastlanmamış fakat gözlemde psikodinamik psikoterapi uygulanan grubun daha iyi iyileşme gösterdiği bildirilmiştir (Bilgiç,2011).Maruz bırakma tedavisinin bir diğer formu da göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme(EMDR)dir. Hastalar gözlerini ritmik bir şekilde bir yandan diğer yana hareket ettirirken, akıllarını genellikle kaçınmaya çalıştıkları nesnelerin görüntüleri ve durumlarıyla doldurur. Vaka analizleri ve kontrollü çalışmalar, bu tedavinin travma sonrası stres bozukluğu olan kişiler için sıklıkla yararlı olduğunu desteklemektedir (Rothbaum ve ark., 2011).Birçok teorisyen EMDR'nin hastalıktaki başarısını göz hareketlerinden ziyade bu tedavi metodunun maruz kalma özelliği olduğunu ileri sürmektedirler (Lamprecht ve ark.,

2004). EMDR ve farklı bir tedavi metodu uygulanan travma mağdurları üzerinde yapılan bir çalışmaya göre EMDR uygulanan bireylerde travmanın tekrar tekrar anımsandığında kaygının seviyesinin azaldığı görülmüştür (Bilgiç,2011).Anksiyete(Stres) yönetimi programlarında ise gevşeme eğitimi, kontrollü nefes alma, pozitif kendi kendine konuşma ve imgeler, sosyal beceri eğitimi ve dikkat dağıtma teknikleri (düşünce durdurma gibi) kullanılarak bireylerin kaygılarını yönetmeye yardımcı olunur (Foa,2006). Bilişsel terapi ise işlevsiz düşünce ve inançları belirler. Bu fikirlere meydan okur ve bunları işlevsel, gerçekçi bilişlerle değiştirerek hastaların olumsuz, gerçekçi olmayan bilişleri değiştirmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Foa,2006).TSSB’de kullanılan tedavi metotlarından biride grup terapisi. Grup terapisinde bireyler deneyimlerini ve duygularını (özellikle suçluluklarını ve öfkelerini) paylaşmak, iç görü geliştirmek ve karşılıklı destek alıp vermek için kendileri gibi hastalıklarla mustarip bireylerle buluşurlar. Birden fazla insanı aynı anda tedavi edebilme özelliğine sahip grup terapilerinin TSSB’li bireylerde sıkça rastlanan reddetme ve izolasyon davranışlarını azalttığı gözlemlenmiştir (Bilgiç, 2011). Psikolojik stres bozukluğu olan bireylere çift, aile veya grup terapisi gibi yöntemler yardımcı olabilirler. (Vogt ve ark., 2011).Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, özellikle hastaların endişeleri, depresif ruh halleri veya öfke patlamalarından doğrudan etkilenebilecek aile üyeleri tarafından görülebilir (Monson ve ark., 2011). Aile üyelerinin yardım ve desteğiyle, bireyler başkaları üzerindeki etkilerini inceleyebilir, daha iyi iletişim kurmayı öğrenebilir ve problem çözme becerilerini geliştirebilirler (Comer,2013).

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu çalışmaya İstanbul Büyük Şehir Belediyesinde çalışan itfaiyeciler katılmıştır. Çalışma araştırmaya onam veren ve gönüllü olan aynı zamanda aktif olarak operasyonlara katılmaya devam eden 200 kişinin katılımıyla gerçekleşmiştir. Araştırmada Sosyodemografik veri formu ve DSM 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada bir meslek grubu olarak tekrarlayan şekilde zorlayıcı ve örseleyici olaylara maruz kalan itfaiye çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri incelenmiştir.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmada kullanılan örneklem İstanbul Büyükşehir Belediyesinde çalışan itfaiyecilerden oluşmaktadır. Araştırmaya aktif olarak operasyonlara katılan 200 itfaiyeci katılmıştır. Bu itfaiyeciler Ümraniye 16 Üsküdar 27 Kadıköy 15 Maltepe 27 Kartal 15 kişi olmak üzere Anadolu yakasında çalışan toplam 100 ve Beşiktaş 19 Beyoğlu 37 Şişli 29 Bakırköy 15 kişi olmak üzere Avrupa yakasında çalışan toplam 100 kişi olarak değerlendirilmişlerdir. Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup kendi istekleri doğrultusunda katılımları sağlanmıştır. Ölçekleri eksiksiz dolduranlar analize dahil edilmiştir.

3.3.Verİ Toplama Araçları

3.3.1.Sosyo-demografik Veri Formu

Bu veri formu araştırmayı yapan kişi ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. Araştırmaya katkı sağlayan bireyler hakkında detaylı bilgi edinmek için sosyo-demografik bilgi formu kullanılmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim gibi bilgilere bu şekilde ulaşılmak amaçlanmıştır.

3.3.2. PCL-5 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

TSSB semptomatolojisini değerlendirmede tarama aracıdır. Boysan ve arkadaşları tarafından DSM V teki TSSB tanı kriterleri esas alınarak tasarlanmıştır. Kendini değerlendirme yöntemine dayalı kullanılan ölçek önceki ölçekle benzer olarak son 30 gün içindeki TSSB semptomlarını ölçmektedir. İçeriğindeki 20 soru maddesi, DSM V TSSB tanı kriterleri ile uyumlu olup; (B kriteri) yeniden yaşantılama, (C kriteri) kaçınma, (E kriteri) aşırı uyarılmışlık ve (D kriteri)olumsuz değişiklikler belirti kümelerine yönelik 4 alt boyutta incelenir. Soru maddelerine verilen cevaplar beşli skala üzerinde değerlendirilerek, her bir soruya “hiç” (0 puan) ile “aşırı” (4 puan) arasında cevap verilmesi beklenir. Bu ölçek Travma sonrası belirtileri ortaya koymaya yardımcı olmaktadır.

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırma yapılmadan önce araştırmada kullanılacak olan ölçekler, sosyo- demografik form araştırmanın amacı, araştırmanın modeli ve araştırmaya dahil tüm bilgiler Üsküdar Üniversitesi etik kuruluna sunulmuş ve araştırmanın yapılması için onam alınmıştır. Araştırmanın uygulanması için gerekli izin İstanbul Büyük Şehir Belediyesi İtfaiye daire başkanlığından alınmıştır. Tüm izinler alındıktan sonra araştırma uygulanmıştır. Ölçekler itfaiyecilerin çalışma alanlarına gidilerek elden verilmiş ve süreç takip edilmiştir.

3.5.Verilerin Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 24.00 programı kullanılarak analizler yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov normallik test sonucuna göre normal dağılım gösteren ölçeklerin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Normal dağılım göstermeyen ölçeklerin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Ayrıca normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında Post Hoc olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Değişkenler arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için Spearman Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

IV BÖLÜM

BULGULAR

4.1.Sosyo-Demografik Özelliklerin İncelenmesi

Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özellikler

		Bölge				Toplam	
		Avrupa		Anadolu			
		N	%	N	%	N	%
Eğitim Düzeyi	İlkokul	2	2,0	0	0,0	2	1,0
	Ortaokul	0	0,0	1	1,0	1	0,5
	Lise	42	42,0	47	47,0	89	44,5
	Lisans	52	52,0	49	49,0	101	50,5
	Lisans Üstü	4	4,0	3	3,0	7	3,5
	Toplam	100	50,0	100	50,0	200	100,0
Medeni Durum	Bekâr	15	15,0	13	13,0	28	14,0
	Evli	80	80,0	84	84,0	164	82,0
	Boşanmış/Dul	5	5,0	3	3,0	8	4,0
	Toplam	100	50,0	100	50,0	200	100,0
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	9	10,6	6	6,9	15	8,7
	1 Çocuk	20	23,5	14	16,1	34	19,8
	2 Çocuk	28	32,9	37	42,5	65	37,8
	3 Çocuk ve Üstü	28	32,9	30	34,5	58	33,7
	Toplam	85	85,0	87	87,0	172	100,0
Gelir Düzeyi	Düşük	6	6,0	9	9,0	15	7,5
	Orta	88	88,0	87	87,0	175	87,5
	Yüksek	6	6,0	4	4,0	10	5,0
	Toplam	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Avrupa yakasında çalışan 100 itfaiyeciden %2,0’sinin ilkokul, %42,0’sinin lise, %52,0’sinin lisans, %4,0’ünün lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğu; %15,0’inin bekâr, %80,0’inin evli, %5,0’inin boşanmış/dul olduğu; %6,0’sının düşük, %88,0’inin orta, %6,0’sının yüksek düzeyde gelirinin olduğu gözlenmiştir. Evli, boşanmış/dul olan 85

itfaiyeciden %10,6'sının çocuğu olmadığı, %23,5'inin 1 çocuk, %32,9'unun 2 çocuk, %32,9'unun 3 ve üstünde çocuğu olduğu gözlenmiştir.

Anadolu yakasında çalışan 100 itfaiyeciden %1,0'inin ortaokul, %47,0'sinin lise, %49,0'unun lisans, %3,0'ünün lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğu; %13,0'ünün bekâr, %84,0'ünün evli, %3,0'ünün boşanmış/dul olduğu; %9,0'unun düşük, %87,0'sinin orta, %4,0'ünün yüksek düzeyde gelirinin olduğu gözlenmiştir. Evli, boşanmış/dul olan 87 itfaiyeciden %6,9'unun çocuğu olmadığı, %16,1'inin 1 çocuk, %42,5'inin 2 çocuk, %34,5'inin 3 ve üstünde çocuğu olduğu gözlenmiştir.

Toplam 200 itfaiyeciden %1,0'inin ilkokul, %0,5'inin ortaokul, %44,5'inin lise, %50,5'inin lisans, %3,5'inin lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğu; %14,0'ünün bekâr, %82,0'sinin evli, %4,0'ünün boşanmış/dul olduğu; %7,5'inin düşük, %87,5'inin orta, %5,0'inin yüksek düzeyde gelirinin olduğu gözlenmiştir. Evli, boşanmış/dul olan 172 itfaiyeciden %8,7'sinin çocuğu olmadığı, %19,8'inin 1 çocuk, %37,8'inin 2 çocuk, %33,7'sinin 3 ve üstünde çocuğu olduğu gözlenmiştir.

Tablo 2. Yaş, Mesleğe Başlama Yaşı ve Çalışma süresi

		Ort.	Bölge				Toplam	
			Avrupa		Anadolu			
			N	%	n	%	n	%
Yaş	< 39 Yaş	38,64	57	57,0	48	48,0	105	52,5
	≥ 39 Yaş		43	43,0	52	52,0	95	47,5
	Toplam		100	50,0	100	50,0	200	100,0
Mesleğe Başlama Yaşı	< 26 Yaş	25,62	44	44,0	59	59,0	103	51,5
	≥ 26 Yaş		56	56,0	41	41,0	97	48,5
	Toplam		100	50,0	100	50,0	200	100,0
Bu Meslekteki Çalışma Süresi (Yıl)	< 13 Yıl	13,02	49	49,0	39	39,0	88	44,0
	≥ 13 Yıl		51	51,0	61	61,0	112	56,0
	Toplam		100	50,0	100	50,0	200	100,0

Tablo 2'ye baktığımızda çalışan 200 itfaiyecinin yaş ortalamasının 38,64, mesleğe başlama yaş ortalamasının 25,62, bu meslekteki çalışma sürelerinin ortalamasının 13,02 yıl olduğu gözlenmiştir.

Avrupa yakasında çalışan 100 itfaiyeciden %57,0'sinin 39 yaş altında, %43,0'ünün 39 yaş ve üstünde olduğu; %44,0'ünün 26 yaş altında mesleğe başladıkları, %56,0'sının 26 yaş ve üstünde mesleğe başladıkları; %49,0'unun 13 yılın altında itfaiyeci olarak çalıştığı, %51,0'inin 13 yıl ve üstünde itfaiyeci olarak çalıştıkları gözlenmiştir.

Anadolu yakasında çalışan 100 itfaiyecinin %48,0'inin 39 yaş altında, %52,0'sinin 39 yaş ve üstünde olduğu; %59,0'unun 26 yaş altında mesleğe başladıkları, %41,0'inin 26 yaş ve üstünde mesleğe başladıkları; %39,0'unun 13 yılın altında itfaiyeci olarak çalıştığı, %61,0'inin 13 yıl ve üstünde itfaiyeci olarak çalıştıkları gözlenmiştir.

Toplam 200 itfaiyecinin %52,5'inin 39 yaş altında, %47,5'inin 39 yaş ve üstünde olduğu; %51,5'inin 26 yaş altında mesleğe başladıkları, %48,5'inin 26 yaş ve üstünde mesleğe başladıkları; %44,0'ünün 13 yılın altında itfaiyeci olarak çalıştığı, %56,0'sının 13 yıl ve üstünde itfaiyeci olarak çalıştıkları gözlenmiştir.

4.2.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanlarının istatistiki dağılımları ile ilgili bilgiler Tablo 3'te yer almaktadır

Tablo 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Bölge	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği ve Alt Boyutları	Ort.	S. Sapma	Min	Max	P
Avrupa N=100	Yeniden Yaşama	5,23	4,83	0,00	20,00	0,00
	Kaçınma	2,09	2,17	0,00	8,00	0,00
	Olumsuz Değişiklikler	6,65	6,31	0,00	23,00	0,00
	Aşırı Uyarılma	6,42	6,25	0,00	24,00	0,00
	Toplam	20,39	17,45	0,00	66,00	0,00
Anadolu N=100	Yeniden Yaşama	6,56	3,96	0,00	20,00	0,01
	Kaçınma	2,50	1,85	0,00	8,00	0,00
	Olumsuz Değişiklikler	8,35	6,04	0,00	26,00	0,04
	Aşırı Uyarılma	7,21	5,15	0,00	22,00	0,00
	Toplam	24,62	15,08	0,00	76,00	0,11*
N=200	Yeniden Yaşama	5,90	4,46	0,00	20,00	0,00
	Kaçınma	2,30	2,02	0,00	8,00	0,00
	Olumsuz Değişiklikler	7,50	6,22	0,00	26,00	0,00
	Aşırı Uyarılma	6,82	5,72	0,00	24,00	0,00
	Toplam	22,51	16,40	0,00	76,00	0,00

p: Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi, *p>0,05: Normal Dağılım Göstermekte

Avrupa yakasında çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama puan ortalamasının 5,23, kaçınma puan ortalamasının 2,09, olumsuz değişiklikler puan ortalamasının 6,65, aşırı uyarılma puan ortalamasının 6,42, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puan ortalamasının 20,39 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik test sonucuna göre Avrupa yakasında çalışan itfaiyecilerin travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanlarının normal dağılım göstermediği sonucuna varılmıştır (p<0,05).

Anadolu yakasında çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama puan ortalamasının 6,56, kaçınma puan ortalamasının 2,50, olumsuz değişiklikler puan ortalamasının 8,35, aşırı uyarılma puan ortalamasının 7,21, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puan ortalamasının 24,62 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik test sonucuna göre Anadolu yakasında çalışan itfaiyecilerin yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler, aşırı uyarılma puanlarının normal dağılım göstermediği (p<0,05); travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanlarının normal dağılım gösterdiği (p>0,05) sonucuna varılmıştır.

Toplam 200 itfaiyecinin yeniden yaşama puan ortalamasının 5,90, kaçınma puan ortalamasının 2,30, olumsuz değişiklikler puan ortalamasının 7,50, aşırı uyarılma puan ortalamasının 6,82, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puan ortalamasının 22,51 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik test sonucuna göre itfaiyecilerin travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanlarının normal dağılım göstermediği sonucuna varılmıştır ($p<0,05$).

4.3.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon

İtfaiyecilerin travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonları

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği ve Alt Boyutları	Bölge	N		Yeniden Yaşama	Kaçınma	Olumsuz Değişiklikler	Aşırı Uyarılma	Toplam
Yeniden Yaşama	Avrupa	100	r	1				
	Anadolu	100	r	1				
	Toplam	200	r	1				
Kaçınma	Avrupa	100	r	0,81*	1			
	Anadolu	100	r	0,81*	1			
	Toplam	200	r	0,82*	1			
Olumsuz Değişiklikler	Avrupa	100	r	0,74*	0,81*	1		
	Anadolu	100	r	0,69*	0,68*	1		
	Toplam	200	r	0,72*	0,75*	1		
Aşırı Uyarılma	Avrupa	100	r	0,65*	0,68*	0,81*	1	
	Anadolu	100	r	0,59*	0,64*	0,75*	1	
	Toplam	200	r	0,62*	0,65*	0,78*	1	
Toplam	Avrupa	100	r	0,86*	0,87*	0,95*	0,90*	1
	Anadolu	100	r	0,83*	0,83*	0,93*	0,88*	1
	Toplam	200	r	0,86*	0,85*	0,94*	0,88*	1

r: Spearman Korelasyon, * $p<0,01$

- Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama ile kaçınma puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,81$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama ile kaçınma puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,81$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin yeniden yaşama ile kaçınma puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,82$, $p<0,01$) gözlenmiştir.
- Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama ile olumsuz değişiklikler puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,74$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama ile olumsuz değişiklikler puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,69$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin yeniden yaşama ile olumsuz değişiklikler puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,72$, $p<0,01$) gözlenmiştir.
- Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama ile aşırı uyarılma puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,65$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama ile aşırı uyarılma puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,59$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin yeniden yaşama ile aşırı uyarılma puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,62$, $p<0,01$) gözlenmiştir.
- Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama ile travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,86$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yeniden yaşama ile travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,83$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin yeniden yaşama ile travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,86$, $p<0,01$) gözlenmiştir.
- Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin kaçınma ile olumsuz değişiklikler puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,81$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin kaçınma ile olumsuz değişiklikler puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,68$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin kaçınma ile olumsuz değişiklikler puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,75$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

- Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin kaçınma ile aşırı uyarılma puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,68$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin kaçınma ile aşırı uyarılma puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,64$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin kaçınma ile aşırı uyarılma puanı arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,65$, $p<0,01$) gözlenmiştir.
- Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin kaçınma ile travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,87$, $p<0,01$); Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin kaçınma ile travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,83$, $p<0,01$); 200 itfaiyecinin kaçınma ile travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r=0,85$, $p<0,01$) gözlenmiştir.

4.4.Bölgeye Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

İtfaiyecilerin çalıştıkları bölgeye göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki farklılıklar Tablo 5’te yer almaktadır.

Tablo 5. Bölgeye Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği ve Alt Boyutları	Bölge	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	Z	p
Yeniden Yaşama	Avrupa	100	5,23	4,83	89,21	-2,769	0,01*
	Anadolu	100	6,56	3,96	111,80		
Kaçınma	Avrupa	100	2,09	2,17	91,91	-2,140	0,03*
	Anadolu	100	2,50	1,85	109,09		
Olumsuz Değişiklikler	Avrupa	100	6,65	6,31	91,66	-2,169	0,03*
	Anadolu	100	8,35	6,04	109,34		
Aşırı Uyarılma	Avrupa	100	6,42	6,25	93,62	-1,689	0,09
	Anadolu	100	7,21	5,15	107,38		
Toplam	Avrupa	100	20,39	17,45	91,23	-2,266	0,02*
	Anadolu	100	24,62	15,08	109,77		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Avrupa bölgesinde çalışan itfaiyeciler ile Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin aşırı uyarılma puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

4.5. Demografik Değişkenlere Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yaş, eğitim, medeni durumları, bu meslekteki çalışma sürelerine göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı; Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin yaş, eğitim, medeni durumları, bu meslekteki çalışma sürelerine göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı; toplam 200 itfaiyecinin yaş, eğitim, medeni durumları, bu meslekteki çalışma sürelerine göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir.

4.5.1.Sahip Olunan Çocuk Sayılarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

İtfaiyecilerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Sahip Olunan Çocuk Sayılarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği ve Alt Boyutları	Çocuk Sayısı	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	χ^2 /F	P
Avrupa N=85	Yeniden Yaşama	Çocuk Yok	9	4,56	5,75	36,61	χ^2 6,918	0,08
		1 Çocuk	20	7,65	4,78	55,50		
		2 Çocuk	28	4,79	4,79	39,04		
		3 Çocuk ve Üstü	28	4,68	3,99	40,09		
	Kaçınma	Çocuk Yok	9	1,78	2,17	37,94	χ^2 7,773	0,051
		1 Çocuk	20	3,20	2,26	56,08		
		2 Çocuk	28	1,86	2,12	38,66		
		3 Çocuk ve Üstü	28	1,86	1,94	39,63		
	Olumsuz Değişiklikler	Çocuk Yok	9	5,11	5,58	38,61	χ^2 9,091	0,03*
		1 Çocuk	20	10,20	5,94	57,43		
		2 Çocuk	28	5,96	7,21	37,95		
		3 Çocuk ve Üstü	28	5,61	5,50	39,16		
	Aşırı Uyarılma	Çocuk Yok	9	5,22	4,63	39,50	χ^2 6,534	0,09
		1 Çocuk	20	9,25	5,92	55,18		
		2 Çocuk	28	6,57	7,62	40,25		
		3 Çocuk ve Üstü	28	5,39	5,82	38,18		
	Toplam	Çocuk Yok	9	16,67	16,01	38,56	χ^2 9,174	0,03*
		1 Çocuk	20	30,30	15,34	57,60		
		2 Çocuk	28	19,18	20,60	38,73		
		3 Çocuk ve Üstü	28	17,54	15,63	38,27		
Anadolu N=87	Yeniden Yaşama	Çocuk Yok	6	7,83	3,31	53,67	χ^2 6,307	0,10
		1 Çocuk	14	4,50	3,96	31,61		
		2 Çocuk	37	7,24	3,94	49,35		
		3 Çocuk ve Üstü	30	6,33	4,21	41,25		
	Kaçınma	Çocuk Yok	6	3,67	2,42	56,75	χ^2 3,903	0,27
		1 Çocuk	14	1,79	1,81	35,54		
		2 Çocuk	37	2,62	1,75	46,82		
		3 Çocuk ve Üstü	30	2,37	1,97	41,92		
	Olumsuz Değişiklikler	Çocuk Yok	6	10,33	6,50	51,83	χ^2 2,061	0,56
		1 Çocuk	14	6,64	6,15	37,07		
		2 Çocuk	37	8,81	6,12	46,41		
		3 Çocuk ve Üstü	30	8,07	6,42	42,70		
	Aşırı Uyarılma	Çocuk Yok	6	9,50	4,04	59,00	χ^2 3,345	0,34
		1 Çocuk	14	5,57	4,07	38,04		
		2 Çocuk	37	7,22	5,05	45,72		
		3 Çocuk ve Üstü	30	6,57	5,46	41,67		
	Toplam	Çocuk Yok	6	31,33	15,11	56,00	F 1,223	0,31
		1 Çocuk	14	18,50	15,16	35,18		
		2 Çocuk	37	25,89	15,11	47,07		
		3 Çocuk ve Üstü	30	23,33	16,36	41,93		
N=172	Yeniden Yaşama	Çocuk Yok	15	5,87	5,06	83,27	χ^2 0,936	0,82
		1 Çocuk	34	6,35	4,67	90,18		
		2 Çocuk	65	6,18	4,46	89,33		
		3 Çocuk ve Üstü	58	5,53	4,16	82,01		
	Kaçınma	Çocuk Yok	15	2,53	2,39	88,50	χ^2 1,302	0,73
		1 Çocuk	34	2,62	2,17	93,59		
		2 Çocuk	65	2,29	1,94	86,61		
		3 Çocuk ve Üstü	58	2,12	1,96	81,71		
	Olumsuz Değişiklikler	Çocuk Yok	15	7,20	6,32	85,33	χ^2 2,148	0,54
		1 Çocuk	34	8,74	6,19	96,96		
		2 Çocuk	65	7,58	6,71	85,86		
		3 Çocuk ve Üstü	58	6,88	6,07	81,39		
	Aşırı Uyarılma	Çocuk Yok	15	6,93	4,77	91,90	χ^2 2,829	0,42
		1 Çocuk	34	7,74	5,48	96,56		
		2 Çocuk	65	6,94	6,24	86,50		
		3 Çocuk ve Üstü	58	6,00	5,62	79,21		
	Toplam	Çocuk Yok	15	22,53	16,83	87,07	χ^2 2,175	0,54
		1 Çocuk	34	25,44	16,15	96,00		
		2 Çocuk	65	23,00	17,85	87,02		
		3 Çocuk ve Üstü	58	20,53	16,14	80,21		
N: Evli, Boşanmış/Dul olan Kişilerin Sayısı, χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, *p<0,05								

Anadolu bölgesinde çalışan 87 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre; toplam 172 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Avrupa bölgesinde çalışan 85 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), farklılıkların hangi çocuk sayıları arasında olduğuna dair ikili karşılaştırmalar Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. Avrupa Bölgesinde Çalışan İtfaiyecilerin Çocuk Sayılarına Göre Olumsuz Değişiklikler, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Toplam Puanlarının İkili Karşılaştırması

Çocuk Sayısı		Avrupa	
		Olumsuz Değişiklikler	Toplam
		P	P
Çocuk Yok	1 Çocuk	0,026	0,032
	2 Çocuk	0,720	0,777
	3 Çocuk ve Üstü	0,929	0,929
1 Çocuk	Çocuk Yok	-	-
	2 Çocuk	0,016*	0,016*
	3 Çocuk ve Üstü	0,008*	0,006*
2 Çocuk	Çocuk Yok	-	-
	1 Çocuk	-	-
	3 Çocuk ve Üstü	0,777	0,954
3 Çocuk ve Üstü	Çocuk Yok	-	-
	1 Çocuk	-	-
	2 Çocuk	-	-

p: Mann Whitney U Testi, * $p<0,017$

Avrupa bölgesinde çalışan 85 itfaiyecinin olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasındaki farklılıkların hangi çocuk sayıları arasında olduğuna dair ikili karşılaştırmalarına baktığımızda;

- Çocuğu olmayan itfaiyeciler ile 1 çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değışiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,017$).
- Çocuğu olmayan itfaiyeciler ile 2 çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değışiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,017$).
- Çocuğu olmayan itfaiyeciler ile 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değışiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,017$).
- 1 Çocuğu olan itfaiyeciler ile 2 çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değışiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,017$), 1 çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değışiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.
- 1 Çocuğu olan itfaiyeciler ile 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değışiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,017$), 1 çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değışiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.
- 2 Çocuğu olan itfaiyeciler ile 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değışiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,017$).

4.5.2.Mesleğe Başlama Yaşlarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

İtfaiyecilerin mesleğe başlama yaşlarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de yer almaktadır.

Tablo 8. Mesleğe Başlama Yaşlarına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği ve Alt Boyutları	Mesleğe Başlama Yaşı	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	Z/T	P
Avrupa N=100	Yeniden Yaşama	< 26 Yaş	44	5,68	4,68	54,35	Z	0,24
		≥ 26 Yaş	56	4,88	4,96	47,47	-1,183	
	Kaçınma	< 26 Yaş	44	2,09	2,02	51,81	Z	0,68
		≥ 26 Yaş	56	2,09	2,30	49,47	-0,410	
	Olumsuz Değişiklikler	< 26 Yaş	44	7,09	6,03	53,15	Z	0,42
		≥ 26 Yaş	56	6,30	6,56	48,42	-0,816	
	Aşırı Uyarılma	< 26 Yaş	44	7,30	6,54	54,80	Z	0,19
		≥ 26 Yaş	56	5,73	5,98	47,13	-1,321	
	Toplam	< 26 Yaş	44	22,16	16,73	54,06	Z	0,28
		≥ 26 Yaş	56	19,00	18,02	47,71	-1,088	
Anadolu N=100	Yeniden Yaşama	< 26 Yaş	59	7,15	4,09	55,25	Z	0,04*
		≥ 26 Yaş	41	5,71	3,64	43,67	-1,969	
	Kaçınma	< 26 Yaş	59	2,97	1,85	57,45	Z	0,00*
		≥ 26 Yaş	41	1,83	1,66	40,50	-2,925	
	Olumsuz Değişiklikler	< 26 Yaş	59	9,69	6,46	56,68	Z	0,01*
		≥ 26 Yaş	41	6,41	4,83	41,61	-2,562	
	Aşırı Uyarılma	< 26 Yaş	59	8,66	5,48	58,31	Z	0,00*
		≥ 26 Yaş	41	5,12	3,80	39,26	-3,240	
	Toplam	< 26 Yaş	59	28,47	15,90	57,83	T	0,00*
		≥ 26 Yaş	41	19,07	11,93	39,95	3,208	
N=200	Yeniden Yaşama	< 26 Yaş	103	6,52	4,39	109,57	Z	0,02*
		≥ 26 Yaş	97	5,23	4,45	90,87	-2,292	
	Kaçınma	< 26 Yaş	103	2,59	1,96	110,38	Z	0,01*
		≥ 26 Yaş	97	1,98	2,05	90,01	-2,536	
	Olumsuz Değişiklikler	< 26 Yaş	103	8,58	6,39	110,56	Z	0,01*
		≥ 26 Yaş	97	6,35	5,86	89,82	-2,544	
	Aşırı Uyarılma	< 26 Yaş	103	8,08	5,97	113,33	Z	0,00*
		≥ 26 Yaş	97	5,47	5,16	86,87	-3,244	
	Toplam	< 26 Yaş	103	25,78	16,48	112,50	Z	0,00*
		≥ 26 Yaş	97	19,03	15,66	87,76	-3,022	

Z: Mann Whitney U Testi, T: Bağımsız Örneklem T Testi, *p<0,05

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), mesleğe 26 yaşın altında başlayan itfaiyecilerin yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler, aşırı uyarılma, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Toplam 200 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), mesleğe 26 yaşın altında başlayan itfaiyecilerin yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler, aşırı uyarılma, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

4.5.3. Gelir Düzeylerine Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

İtfaiyecilerin gelir düzeylerine göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9. Gelir Düzeylerine Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bölge	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği ve Alt Boyutları	Gelir Düzeyi	N	Ort.	S. Sapma	Sıra Ort.	χ^2/F	P
Avrupa N=100	Yeniden Yaşama	Düşük	6	9,33	6,19	70,92	χ^2 3,311	0,19
		Orta	88	5,00	4,67	49,46		
		Yüksek	6	4,50	4,81	45,33		
	Kaçınma	Düşük	6	5,17	1,84	85,58	χ^2 10,267	0,01*
		Orta	88	1,94	2,09	48,76		
		Yüksek	6	1,17	0,98	41,00		
	Olumsuz Değişiklikler	Düşük	6	13,50	4,93	81,50	χ^2 7,410	0,03*
		Orta	88	6,18	6,14	48,48		
		Yüksek	6	6,67	6,95	49,08		
	Aşırı Uyarılma	Düşük	6	9,83	7,81	65,50	χ^2 1,859	0,40
		Orta	88	6,27	6,19	49,82		
		Yüksek	6	5,17	5,46	45,42		
	Toplam	Düşük	6	37,83	18,69	77,25	χ^2 5,553	0,06
		Orta	88	19,40	16,94	49,06		
		Yüksek	6	17,50	17,03	44,92		
Anadolu N=100	Yeniden Yaşama	Düşük	9	5,78	3,07	46,17	χ^2 1,043	0,59
		Orta	87	6,71	4,01	51,52		
		Yüksek	4	5,00	5,03	38,13		
	Kaçınma	Düşük	9	1,89	1,69	40,94	χ^2 1,417	0,49
		Orta	87	2,59	1,87	51,80		
		Yüksek	4	2,00	1,83	43,75		
	Olumsuz Değişiklikler	Düşük	9	6,33	4,82	41,22	χ^2 3,052	0,22
		Orta	87	8,74	6,17	52,34		
		Yüksek	4	4,50	4,12	31,25		
	Aşırı Uyarılma	Düşük	9	5,89	3,92	43,94	χ^2 2,798	0,25
		Orta	87	7,52	5,25	52,13		
		Yüksek	4	3,50	4,12	29,75		
	Toplam	Düşük	9	19,89	11,58	42,22	F 1,436	0,24
		Orta	87	25,55	15,31	52,22		
		Yüksek	4	15,00	14,45	31,75		
N=200	Yeniden Yaşama	Düşük	15	7,20	4,72	118,00	χ^2 2,214	0,33
		Orta	175	5,85	4,42	99,94		
		Yüksek	10	4,70	4,62	84,00		
	Kaçınma	Düşük	15	3,20	2,37	122,63	χ^2 3,612	0,16
		Orta	175	2,26	2,01	99,77		
		Yüksek	10	1,50	1,35	80,00		
	Olumsuz Değişiklikler	Düşük	15	9,20	5,93	118,53	χ^2 2,303	0,32
		Orta	175	7,45	6,27	99,89		
		Yüksek	10	5,80	5,81	84,05		
	Aşırı Uyarılma	Düşük	15	7,47	5,88	107,50	χ^2 1,926	0,38
		Orta	175	6,89	5,76	101,25		
		Yüksek	10	4,50	4,79	76,90		
	Toplam	Düşük	15	27,07	16,86	116,43	χ^2 2,598	0,27
		Orta	175	22,46	16,40	100,40		
		Yüksek	10	16,50	15,24	78,40		

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, *p<0,05

Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre; toplam 200 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre yeniden yaşama, aşırı uyarılma, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), farklılıkların hangi gelir düzeyleri arasında olduğuna dair ikili karşılaştırmalar Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Avrupa Bölgesinde Çalışan İtfaiyecilerin Gelir Düzeylerine Göre Kaçınma, Olumsuz Değişiklikler Puanlarının İkili Karşılaştırması

Gelir Düzeyi		Avrupa	
		Kaçınma P	Olumsuz Değişiklikler p
Düşük	Orta	0,002*	0,006*
	Yüksek	0,007*	0,091
Orta	Düşük	-	-
	Yüksek	0,518	0,975
Yüksek	Düşük	-	-
	Orta	-	-

p: Mann Whitney U Testi, * $p<0,025$

Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları arasındaki farklılıkların hangi gelir düzeyleri arasında olduğuna dair ikili karşılaştırmalarına baktığımızda;

- Gelir düzeyi düşük olan itfaiyeciler ile gelir düzeyi orta olan itfaiyecilerin kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,025$), gelir düzeyi düşük olan itfaiyecilerin kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları daha yüksek bulunmuştur.
- Gelir düzeyi düşük olan itfaiyeciler ile gelir düzeyi yüksek olan itfaiyecilerin olumsuz değişiklikler puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,025$); kaçınma

puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,025$), gelir düzeyi düşük olan itfaiyecilerin kaçınma puanları daha yüksek bulunmuştur.

- Gelir düzeyi orta olan itfaiyeciler ile gelir düzeyi yüksek olan itfaiyecilerin kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,025$).



BÖLÜM V

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Tartışma

Yapılan çalışmada itfaiyecilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri ile yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, mesleğe başlama yaşı, çalışma süresi ve gelir düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu bölümde, yapılan istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgular tartışılmış ve çalışmadaki bulgular diğer çalışmalardaki bulgular ile karşılaştırılıp anlamlandırılmaya çalışılmıştır.

Yapılan çalışmada toplam 200 itfaiyecide travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puan ortalamasının 22,51 olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada kullanılan ölçeğe göre 31- 33'den düşük puanlar bireylerin TSSB'nin eşik altı semptomlarına sahip olduğunu veya TSSB kriterlerini karşılamadığını gösterebilir. Eşik altı TSSB, travmatik bir olaydan sonra bazı travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının yaşandığı anlamına gelir, ancak bu semptomlar bir TSSB tanı kriterlerini karşılamak için yeterli değildir. Çalışmada TSSB toplam puanları ve alt boyut puanları bölgelere göre farklılık göstermektedir.

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda; bölge değişkeninin travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları ve alt boyutlarından yeniden yaşama, kaçınma ve olumsuz değişiklikler arasında anlamlı bir farklılık olduğu($p<0,05$) gözlenmiştir. Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur Galea ve ark.(2007) yaptığı araştırmaya göre doğal afetlerden daha fazla etkilenen bölgeler, büyük travmalara maruz kalan toplumlar veya meslek grupları, TSSB açısından risk altındadır. Aynı zamanda çalışmaya paralel olarak Uganda'da yapılan bir araştırmada üç ayrı bölge incelenmiş ve bölgelerin TSSB belirtilerinde farklılıklar görülmüştür (Karunakara ve ark.,2004).Yapılan bir diğer çalışmada bölgeler arasındaki farklılıklar sosyal destekle ilişkilendirilmiş ve daha yüksek düzeyde sosyal destek algılayanların daha hafif TSSB belirtilerinin olduğunu, düşük veya sosyal desteği olmayanların ise daha yüksek TSSB belirtileri gösterdiği ileri sürülmüştür

(Southivong,2013).Bu çalışmadan hareketle algılanan sosyal desteğin TSSB’de iyileşmeye katkıda bulunabileceği söylenebilir. Bölgeler arasındaki farklılığın bu ve bunun gibi birçok değişkenden etkilenebileceği düşünülmektedir. Literatürde de bahsedildiği gibi aynı travmatik olayı yaşayan kişilerin tümünde TSSB gelişmemektedir. TSSB çocukluk çağında travmaya maruz kalmak, travma sonrasında yaşanan ortamın özellikleri, düşük sosyoekonomik düzey, sosyal destek azlığı, bazı kişilik özellikleri ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü gibi bir dizi korelasyonla ilişkilidir (Tükel R,2006).

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda; travma sonrası stres bozukluğu ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yani çalışanların TSSB belirti düzeyleri yaşlarına göre farklılaşmamaktadır. Çalışmanın sonucunu destekler nitelikte itfaiyecilerle yapılan bir çalışma da yaş ile TSSB semptomları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Delben ve ark.,2006).Travma mağdurları ile yapılan bir diğer çalışmada benzer sonuçlar görülmüş ve yaş ile TSSB belirtileri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ifade edilmiştir (Gürdil,2014.,Mugisha ve ark, 2015).Nijerya’da itfaiyeciler arasında yapılan bir diğer araştırmada da bireylerin yaşları ile TSSB belirtileri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (Onyedire,2017). Diğer yandan travmatik stres belirtilerinin yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterdiğine ilişkin çalışma sonuçları da mevcuttur. Kılıç ve ark.(2015) yaptıkları çalışmada daha genç yaştaki çalışanların TSSB açısından daha fazla risk altında olduğunu ortaya koymuşlardır. Yaş değişkeni açısından, çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular ve alan yazında yer alan çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde çalışmanın bazı araştırmaları destekler nitelikte olduğu bazı araştırmalar ile de çeliştiği görülmektedir.

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda; eğitim değişkeni ile TSSB toplamı ve alt boyutlarından kaçınma, yeniden yaşama, aşırı uyarılma, olumsuz değişiklikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) bulunamamıştır. Yani çalışanların TSSB belirti düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılaşmamaktadır. Bunun nedeni olarak itfaiye erlerinin eğitim düzeyleri fark etmeksizin aynı görevde yer alıyor olmaları gösterilebilir. Yani eğitim durumlarına göre bir ayrıcalık söz konusu değildir. Çalışmadaki bulgulara paralel olarak itfaiyeciler arasında yapılan ikincil travma ve ilişkili psikolojik belirtilerin incelendiği bir araştırmada eğitim düzeyinin TSSB ve tükenmişlik belirtileri ile ilişkili

olmadığı saptanmıştır (Baştuğ ve ark.,2018).Acil servis ve itfaiye çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğunun incelendiği bir araştırmada ise eğitim düzeyi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Erkaya ,2003).Bununla birlikte eğitim düzeyinin Travma Sonrası Stres bozukluğu üzerinde etkili olduğunu gösteren araştırmalarda mevcuttur. Arama kurtarma çalışanları ile yapılan bir araştırmaya göre eğitim düzeyi ile travma sonrası stres bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki vardır. (Yılmaz,2006). Eğitim düzeyi değişkeni açısından çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular ve alan yazında yer alan çalışmaların sonuçlarına birlikte bakıldığında çalışmanın bazı araştırmaları destekler nitelikte olduğu bazı araştırmalar ile de çeliştiği görülmektedir.

Yapılan çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular sonucunda katılım grubunda bulunan itfaiyecilerin medeni durumlarının TSBB toplamı ve alt boyutlarından kaçınma, yeniden yaşama, aşırı uyarılma, olumsuz değişimler üzerinde anlamlı bir fark ($p>0.05$) oluşturmadığı saptanmıştır. Yani itfaiyecilerin evli, bekar veya boşanmış yada dul olmalarına göre TSSB belirti düzeyleri farklılaşmamaktadır. Çalışmaya paralel olarak yapılan bir araştırmada medeni durum ile TSSB arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (Wilson,2013).Yapılan bir diğer çalışmada TSSB tanısı alan ve çoğunluğu evlilerden oluşan bir grupta medeni durumla travma sonrası stres bozukluğu kendini değerlendirme ölçeği arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bildirilmiştir(Khodadadi-Hassankiadeh,2017). Aynı zamanda bekar, boşanmış yada dul olmanın TSSB için bir risk faktörü oluşturduğunu bildiren araştırmalarda mevcuttur (Özgen,1999).

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda; meslekte çalışma süresi değişkeni ile TSSB toplamı ve alt boyutlarından kaçınma, yeniden yaşama, aşırı uyarılma, olumsuz değişiklikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) bulunamamıştır. Delben ve ark. (2006) tarafından gerçekleştirilen ve ABD’de çalışan 131 itfaiye çalışanının katıldığı bir araştırmada çoğunluğu ortalama 14 yıl çalışmasına ve birden fazla travmatik olayla karşılaşmasına rağmen TSSB ile çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmanın sonucunu destekler nitelikte Beaton ve ark(1999)yaptıkları araştırmada hizmet yılı ile TSSB arasında bir ilişki bulamamışlardır. Ayrıca literatürde yer alan TSSB ve meslekte çalışma yılı arasındaki ilişkiye dair bulgular incelendiğinde uzun

yıllar çalışma ile TSSB arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu gösteren araştırmalarda bulunmaktadır (Corneil,1995).

Yapılan çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular sonucunda; Anadolu bölgesinde çalışan 87 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre; toplam 172 itfaiyecinin sahip oldukları çocuk sayılarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).Avrupa bölgesinde çalışan 85 itfaiyecinin çocuk sahibi olma ile yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma puanları arasında anlamlı bir farklılık ($p>0,05$) bulunmadığı ancak olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık ($p<0,05$), bulunduğu tespit edilmiştir. Farklılıkların hangi çocuk sayıları arasında olduğuna baktığımızda çocuğu olmayan itfaiyeciler ile bir, iki, üç ve üzeri çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. 1 Çocuğu olan itfaiyeciler ile 2 çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,017$), 1 çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. 1 Çocuğu olan itfaiyeciler ile 3 ve üstünde çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,017$), 1 çocuğu olan itfaiyecilerin olumsuz değişiklikler, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Erdener (2019) tarafından yapılan bir araştırma sonucuna göre çocuk sahibi olmak ya da olmamak ikincil travma düzeylerini farklılaştırmamaktadır. Ayrıca eş ve çocuklara sahip olmanın bir sosyal destek sistemi olabileceğini ve bunlara sahip olmamanın Travma Sonrası Stres düzeyini arttırdığı gösteren araştırmalarda mevcuttur (Erkaya,2003).

Yapılan çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular sonucunda katılım grubunda yer alan Avrupa bölgesinde çalışan itfaiyecilerin mesleğe başlama ve Travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında bir farklılık gözlenmezken Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık

olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), mesleğe 26 yaşın altında başlayan itfaiyecilerin yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler, aşırı uyarılma, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda toplam 200 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,05$), mesleğe 26 yaşın altında başlayan itfaiyecilerin yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler, aşırı uyarılma, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular 26 yaş öncesinde mesleğe başlayanların 26 yaş üstünde başlayanlardan daha fazla risk altında olduklarını ve mesleki travmatik olaylardan daha fazla, olumsuz etkilendiklerini göstermektedir. Daha genç olan çalışanların mesleki travmalar karşısında daha büyük risk altında olduğu gösteren araştırmalar mevcuttur (Kılıç,2015).Çalışmaya paralel olarak Tull(2019) tarafından yapılan bir araştırmada genç yaşta itfaiyeci olarak işe başlamak TSSB belirtileri açısından bir risk faktörü oluşturmaktadır. TSSB gelişimi için hangi faktörlerin itfaiyecileri daha büyük riske sokabileceğini inceleyen bir araştırmada genç yaşta itfaiyeci olarak çalışmaya başlamak ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Delben ve ark.,2006). Mesleğe başlama yaşı açısından çalışmadan elde edilen bulgular ve alan yazında yer alan çalışmaların sonuçlarına birlikte bakıldığında bu verilerin çoğunlukla çalışmadan elde edilen bilgiyi destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular sonucunda katılım grubunda Anadolu bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre; toplam 200 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).Avrupa bölgesinde çalışan 100 itfaiyecinin gelir düzeylerine göre yeniden yaşama, aşırı uyarılma, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$); Fakat kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$) gözlenmiştir. Farklılıkların hangi gelir düzeyleri arasında olduğuna dair sonuçlar incelendiğinde; gelir düzeyi düşük olan itfaiyeciler ile gelir düzeyi orta olan itfaiyecilerin kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,025$), gelir düzeyi düşük olan itfaiyecilerin kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda gelir düzeyi düşük olan itfaiyeciler ile

gelir düzeyi yüksek olan itfaiyecilerin olumsuz değişiklikler puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,025$); kaçınma puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup ($p<0,025$), gelir düzeyi düşük olan itfaiyecilerin kaçınma puanları daha yüksek bulunmuştur. Acil müdahale ekipleri ile yapılan bir çalışmada ekonomik düzeyi düşük olanların TSSB ye oldukça yatkın oldukları görülmüştür (Perrin,2007).TSSB ile sosyomegrofik risk faktörlerinin incelendiği bir araştırmada düşük gelir düzeyine sahip olmak bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (Morgan,2009).Gelir düzeyinin iş stresini etkilemediğini gösteren araştırmalar da mevcuttur (Kılıç,2013).

5.2 Araştırmanın Sonuçları

Araştırmanın bu bölümünde çalışmadan elde edilen sonuçlara değinilmiş ve bu sonuçlara bağlı olarak çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

İstanbul genelinde itfaiyecilerde TSSB görülmemekle beraber Anadolu bölgesinde çalışan itfaiyecilerin yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları daha yüksek bulunmuştur.

İtfaiye çalışanlarının yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve meslekte çalışma süresi değişkenlerine bağlı olarak travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Toplam 200 itfaiyecinin mesleğe başlama yaşlarına göre TSSB kontrol listesi ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiş olup, mesleğe 26 yaşın altında başlayan itfaiyecilerin yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz değişiklikler, aşırı uyarılma, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Avrupa yakasında çalışan ve 1 çocuk sahibi itfaiyecilerde olumsuz değişiklikler ve TSSB kontrol listesi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Avrupa bölgesinde çalışan gelir düzeyi düşük olan itfaiyeciler ile gelir düzeyi orta olan itfaiyeciler karşılaştırıldığında gelir düzeyi düşük olan itfaiyecilerin kaçınma, olumsuz değişiklikler puanları daha yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi düşük olan itfaiyeciler ile

gelir düzeyi yüksek olan itfaiyeciler karşılaştırıldığında gelir düzeyi düşük olan itfaiyecilerin kaçınma puanları daha yüksek bulunmuştur.

5.3.Öneriler

Araştırmanın örneklemini İstanbul Büyükşehir Belediyesinde itfaiyeci olarak çalışan aktif olarak operasyonlara katılan 200 kişi oluşturmaktadır. Daha geniş bir örneklem üzerinde araştırmaların yapılması itfaiyeci olarak çalışanların travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin incelenmesi adına daha bilgi verici olacaktır.

İtfaiyecilerin günlük hayatlarında çoğunlukla maruz kaldıkları strese ve stresle ilişkili durumlara yönelik destekleyici psikososyal programlar geliştirilebilir. Örneğin; psikolojik içerikli eğitimler ve seminer programları, grup çalışmaları ve psikolojik bilgilendirme toplantıları gibi çeşitli programlar ve eğitimler düzenlenebilir.

KAYNAKÇA

- AKINYEMI OO, OWOAJE ET, IGE OK, POPOOLA OA. (2012). Comparative study of mental health and quality of life in long-term refugees and host populations in Oru-Ijebu, Southwest Nigeria. *BMC research notes*,5, 394.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.Washington DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSM-IV), Washington, DC: American Psychiatric Association
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ(2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 5.Baskı.(DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, (Çev.Köroğlu H.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- ASNAKEW S, SHUMET S, GINBARE W, LEGAS G, HAILE K. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder and associated factors among Koshe landslide survivors, Addis Ababa, Ethiopia: a community-based, cross-sectional study. *BMJ open*, 9(6).
- ATWULI L, STEIN DJ, KOENEN KC, McLAUGHLIN KA. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current opinion in psychiatry*, 28(4), 307–311.
- BAŞTUĞ G, TOPÇU A, KIZIL ET, ERGUN F. (2018). Secondary Traumatization and Related Psychological Outcomes in Firefighters. *Journal of Loss and Trauma*, 1-16.
- BAYSAK, E.(2010). Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve İlişkili Etkenler (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- BAYSAK E, ZENGİN EM, UTKU Ç, KAYA B.(2019). Acil ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* ,22:36-47

- BEATON R, MURPHY S, JOHNSON C, PIKE K, CORNEIL W.(1999). Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel. *Journal of Trauma Stress*, 12(2):293–308.
- BEZABH YH, ABEBE SM, FANTA T, TADESE A, TULU M. (2018). Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder among emergency responders of Addis Ababa Fire and Emergency Control and Prevention Service Authority, Ethiopia: institution-based, cross-sectional study. *BMJ open*, 8(7).
- BİLGİÇ S.(2011). Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- BLEICH A, GELKOPF M, SOLOMON Z.(2003).Exposure to Terrorism, Stress-Related Mental Health Symptoms, and Coping Behaviors Among a Nationally Representative Sample in Israel. *JAMA*, 290(5):612–620.
- BONANNO GA. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
- BRADLEY R, GREENE J, RUSS E, DUTRA L, WESTEN D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2):214-27.
- BRADY K, PEARLLSTEIN T, ASNIS GM, BAKER D, ROTHBAUM B, SIKES CR, FARFEL GM.(2000). Efficacy and Safety of Sertraline Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 283(14):1837–1844.
- BRESLAU N, DAVIS GC. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149:671-675.
- BRESLAU N, DAVIS GC, PETERSON EL, SCHULTZ L.(1997). Psychiatric Sequelae of Posttraumatic Stress Disorder in Women. *Arch Gen Psychiatry*, 54(1):81–87.
- BREWIN C, ANDREWS B, VALENTINE B.(2000).Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766.

- BRUNZELL T, WATERS L, STOKES H.(2015). Teaching With Strengths in Trauma-Affected Students: New Approach to Healing and Growth in the Classroom. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(1), 3–9.
- CARMASSI C, GESI C, CORSI M, CREMONE IM, BERTELLONI CA, MASSIMETTI E,...DELL'OSSO L. (2018). Exploring PTSD in emergency operators of a major University Hospital in Italy: a preliminary report on the role of gender, age, and education. *Annals of general psychiatry*, 17, 17.
- COMER RJ.(2013).Abnormal Psychology (8th ed.) New York:Worth Publishers.
- CORNEIL W. (1995). Traumatic stress and organizational strain in the fire service.In L. R. Murphy, J. J. Hurrell, Jr., S. L. Sauter, & G. P. Keita (Edt.), *Job stress interventions* (p. 185–198). American Psychological Association.
- ÇERVATOĞLU PG.(2000). Psikolojik Travma ve Sonuçları: Tarihsel Arka Plan ve Güncel Kavramlar Üzerine Gözden Geçirme. *3P Dergisi*,8(1):5-8.
- DEL BEN KS, SCOTTI JR, CHEN Y, & FORTSON BL.(2006). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Firefighters. *Work & Stress*, 37-48.
- DİKKATLİS.(2000).TSSB’de Etiyolojik Faktör Olarak Ailenin Araştırılması (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi).Ankara
- DOĞAN S.(2001). Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi.(Uzmanlık Tezi).Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- DORUK A, AYDIN H.(1993). Posttraumatic stress disorder and comorbidity. III. Congress of Balkan Military Medical committee Athens-Greece, Abstract book, s.141.
- ELLENBERGER HF.(1994). The Discovery of the Unconscious, New York: Fontana Press.
- ERDENER M.(2019).Afet Alanında Çalışan Profesyonellerin Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi.(Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- ERKAYA H.(2003). Acil Kurtarma Ekiplerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. (Uzmanlık Tezi). Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir

- FOA EB, KEANE TM, FRIEDMAN MJ, COHEN JA.(2000). Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*,43-48.
- FOA EB.(2006). Psychosocial Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*,40-45.
- FRIEDMAN MJ.(1988).Toward Rational Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: An Interim Report. *Am J Psychiatry*,145(3):281-285.
- FULLERTON CS, URSANO RJ, WANG L.(2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry*,161:1370-6.
- GALEA S, NANDI A, VLAHOV D.(2005).The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Reviews* 27:78-91
- GALEA S, BREWIN CR, GRUBER M, JONES RT, KING DW, KING LA,..., KESSLER RC (2007) Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. *Archives of general psychiatry*, 64(12), 1427–1434.
- GERSON B.(1992).Post-traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept. *British Journal of Psychiatry*, 161;742-748.
- GÖKALP PG.(2000).Travma Sonrası Stres Bozukluğunda İlaç Tedavisi. *Klinik Psikiyatri*,3:21-28
- GÖLGE ZB.(2005). Cinsel travma sonrası oluşan cinsel sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 19-28.
- GÜRDİL, G. (2014). Üstlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Gestalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi.(Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara
- HAGEMAN I, ANDERSEN HS, JORGENSEN MB.(2001). Post-traumatic Stress Disorder: A review of Psychobiology and Pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand*, 104(6):411-422.
- KHODADI-HASSANKIADEH N, DEGHANNAYERI N, SHAHSAVARI H, YOUSEFZADEH-CHABOK S, HAGHANI H.(2017). Predictors of Post-Traumatic Stress Disorder among Victims of Serious Motor Vehicle Accidents. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(4), 355–364.

- HERMAN JL. (2016). Travma ve İyileşme.İstanbul: Literatür Yayınları.
- HOROWITZ M.(1986). Stress Response Syndromes. *Hosp Community Psychiatry*, 93-94.
- IRIBARREN J, PROLO P, NEAGOS N, & CHIAPPELLI F. (2005). Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*, 2(4), 503–512.
- JAVIDI H, YADOLLAHIE M.(2012).Post Traumatic Stress Disorder.*International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 3(1):2-9.
- JONES E, WESSELY S. (2005). Shell shock to PTSD, military psychiatry from 1900 to the Gulf war. Hove: Psychology Press.
- JONES E. (2007). A Paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 164-175.
- KANG HK, NATELSON BH, MAHAN CM, LEE KY, MURPHY FM.(2003). Posttraumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: apopulation-based survey of 30,000 veterans. *American Journal of Epidemiology*, 157(2):141-8.
- KAPLAN BJ.(2016). Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*,58:78–9
- KARSTOFT KI, GALATZER-LEVY IR, STATNIKOV A, LI Z, SHALEV AY.(2015). Bridging a translational gap:using machine learning to improve the prediction of PTSD. *BMC Psychiatry* 15,30.
- KARANUKARA UK, NEUNNER F, SCHAUER M, SINGH K, HILL K, ELBERT T, & BURNHA G.(2004). Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *African health sciences*, 4(2), 83–93.
- KAYA B.(2000). Travma sonrası stres bozukluğunda komorbidite. *Psikiyatri Dünyası*,4:37-43.
- KESSLER R, SONNEGA A, BROMET E,HUGHES M,NELSON CB. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*,52.1048-1060.

- KILIÇ C, TURAL U.(2003). Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study.*Acta Psychiatr Scand*,108(3):s.232-8.
- KILIÇ C, İNCİ F. (2015). Acil Tıp Çalışanlarında Travmatik Stres: Yaş ve Eğitimin Koruyucu Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(4), 236-241.
- KÖROĞLU E, GÜLEÇ C.(2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: HYB Basın Yayın,353-359.
- MARX BP, SLOAN DM. (2005). Peritraumatic dissociation and experimental avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behavioral Research and Therapy*, 43(5), 569–583.
- McFARLANE AC.(1984). The Ash Wednesday bushfires in South Australia. Implications for planning for future post-disaster services. *Medical Journal of Australia*,141(5):286-91.
- MICALE M.(1989). Hysteria and Its Historiography: A Review of Past and Present Writings, 223-47
- MORGAN MJ.(Ed).(2009). The Impact of 9/11 on Psychology and Education The Day that Changed Everything? New York: Springer
- MUGISHA J, MUYINDA H, WANDIEMBE P, KINYANDA E. (2015). Prevalence and factors associated with Posttraumatic Stress Disorder seven years after the conflict in three districts in northern Uganda (The Wayo-Nero Study). *BMC psychiatry*, 15, 170.
- NORMAN M. (1989). These Good Men: Friendships Forged From War, New York:Crown 139- 141.
- NORRIS FH, MURPHY AD, BAKER CK, PERILLA JL, RODRIGUEZ FG, & Rodriguez, J. d. J. G. (2003). Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646–656.
- O'BRIEN T.(1990). How to Tell a True War Story, The Things They Carried, Boston, 80-95.
- ONYEDIRE NG, EKOH AT, CHUKUWORJI JC, IFEAGWAZI CM. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Firefighters: Roles of Resilience and Locus of Control, *Journal of Workplace Behavioral Health*, 32:4, 227-248.

- ÖNDER E, TURAL Ü.(2004) Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. R Tükel (Ed), Ankara, Türk Psikiyatri Derneği
- ÖZALTIN M.(2003).Motorlu Araç Kazalarından Sonra Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu: 6 Aylık İzlem Çalışması(Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi, Eskişehir
- ÖZEN Y.(2017).Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi. *Journal of Social Science*,104-115.
- ÖZGEN F, AYDIN H.(1999).Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*,1:34-41.
- ÖZKÜRKÇÜĞİL A, ÇORAPÇIOĞLU A.(2000).Posttravmatik Stres Bozukluğu. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 8(1):13-19.
- ÖZTÜRK MO. (2003). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Ve Tanıtım
- ÖZTÜRK MO, ULUŞAHİN NA.(2016) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Ve Tanıtım
- PERRİN MA, DIGRANDE L, WHEELER K,THORPE L,FARFEL M,BRACKBILL R.(2007).Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *Am J Psychiatry*, 164:1385-94.
- RUSSELL D. (1984). Sexual Exploitation - Rape, Child Sexual Abuse, and Workplace Harassment, Washington, DC US Dept of Health and Human Services, 245-62.
- RUZEK JI, SCHNURR PP, VASTERLING JJ, FRIEDMAN J. (Eds.). (2011). Caring for veterans with deployment-related stress disorders. Washington, DC: American Psychological Association.
- SARACHILD K.(1978).Feminist Revolution, New York: Random House, 143-147.
- SCHNURR PP, VIELHAUER MJ.(2000). Risk factors for posttraumatic stress disorder. In: Yehuda R, (Ed). Personality as a risk factor for PTSD. Washington,DC:American Psychiatric Press.

- SHOWALTER E. (1985). Representing Ophelia: Women, Madness, and the Responsibility of Feminist Criticism. In P. Parker and G. Hartman (Eds.), *Shakespeare and the Question of Theory*. NY: Routledge.
- SOUTHIVONG B, ICHIKAWA M, NAKAHARA S, SOUTHIVONG C.(2013). A cross-sectional community study of post-traumatic stress disorder and social support in Lao People's Democratic Republic. *Bulletin of the World Health Organization* , 91:765-772.
- STREET AE, BELL ME, READY CB. (2011). Sexual assault. In D. M. Benedek, G. H. Wynn (Eds.), *Clinical manual for management of PTSD*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- SUNGUR ZM, SÜRMELİ A, ÖZÇUBUKÇUOĞLU A.(1995).Güneydoğu'da görev yapan askeri popülasyonda görülen travma sonrası stres bozukluğu üzerine bir çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*,32(3):117-122
- ŞAHİN D.(2000). Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi
- TULL M.(2019).Development of PTSD in Firefighters.*J Verywellmind*
- TURNBULL GJ. (1998). A review of posttraumatic stress disorder. Part 1: historical development and classification. *Injury* ,2(87-91).
- TÜKEL R, ALKIN T.(2006). Anksiyete Bozuklukları. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
- ÜNAL M, DİKKATLİ S.(2019). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Medyanın Rolü. *Asya StudiesAcademic Social Studies/Akademik Sosyal Araştırmalar*, 51-61.
- VEITJ I. (1977). Four Thousand Years of Hysteria. New York:Jason Aronson
- WILSON J.(1994).The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 4: 681-698.
- WILSON J, RAPHAEL B.(Eds).(2013). International Handbook of Traumatic Stress Syndromes.New York: Springer.
- YEHUDA R, McFARLANE AC. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am. J. Psychiatry*, 152: 1705-1713.

- YEHUDA R, BIERER LM.(2007). Transgenerational Transmission of Cortisol and PTSD Risk. *Progress in Brain Research*, 167, 121–135.
- YEHUDA R, FLORY JD, PRATCHETT LC, BUXBAUM J, ISING M, HOLSBOER F. (2010). Putative biological mechanisms for the association between early life adversity and the subsequent development of PTSD. *Psychopharmacologia*, 212(3), 405–417.
- YETKİN S.(1999). TSSB’de Uyku Değişkenleri Ve Adrenerjik Sistem.(Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.
- YILMAZ B.(2006). Arama Kurtarma Çalışmalarında TSSB Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Değişkenler. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara.
- YILMAZ UR.(1995).Travma sonrası stres bozukluğunu etkileyen faktörlerin incelenmesi.(Uzmanlık Tezi).Ankara.
- YORBIK Ö, DİKKATLİ S, SÖHMEN T.(2002). Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*,3:35-44.

EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Türkiye'deki İtfaiyecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin İncelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Travma Sonrası Stres Bozukluğu ağır bir örselenmenin ardından çıkan bir rahatsızlıktır. Bilindiği gibi zorlayıcı ve örseleyici durumlara maruz kalmak travma sonrası stres bozukluğu belirtileri için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Bu nedenle İtfaiyeciler gibi bazı meslek grupları da Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri açısından risk altındadır. Bu çalışma itfaiye çalışanı olmakla Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken 2 adet form verilecektir. Bunların ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacı tarafından hazırlanmıştır. Diğer form ise standardize ölçektir. Bu ölçek de çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemleri sorgulamaktadır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR? :

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayacak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Psikolog Vildan ZOR

E-mail: vldnzor@gmail.com



Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek
tanıklık eden kişi

2: 2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-2. Sosyodemografik Veri Formu

Aşağıdaki ölçeklerde isim, adres gibi kişisel bilgiler yer almamaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar yalnızca bu araştırmanın sürdürülmesi amacı ile kullanılacak, bilgileriniz araştırma ile ilgisi olmayan kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz:

() Erkek () Kadın

3)Eğitim Düzeyiniz (en son bitirdiğiniz okul):

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Lisans () Lisansüstü

4)Medeni Durumunuz:

() Bekar () Evli () Boşanmış/Dul

5) Varsa Çocuk sayınız:.....

6)Bu mesleğe kaç yaşında başladınız?.....

7)Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?.....

8) Gelir Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?

()Düşük ()Orta ()Yüksek

EK-3:DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi(PCL-5)

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. SON BİR AY İÇİNDE bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

<i>GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:</i>	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Orta derecede</i>	<i>Oldukça fazla</i>	<i>Aşırı</i>
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

EK-4. Etik Kurul İzni



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

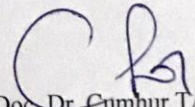
SAYI: 61351342-/ 2019-469

24/10/2019

**Sayın Dr.Öğr.Üyesi Mert AKÇANBAŞ
(Vildan ZOR)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 24/10/2019 tarihinde yapılan 10 no.lu **“Türkiye’deki İtfaiyecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin İncelenmesi”** toplantısında adlı araştırma projenizin kurum izni getirme koşulu ile şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Ek-5. Başvuru Kontrol listesi



GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞVURU KONTROL LİSTESİ***

1. BAŞVURU DİLEKÇESİ (imzalı)	☒
2. BAŞVURU FORMU (A-F)- (Tam eksiksiz doldurulmuş)	☒
3. İLGİLİ ENSTİTÜDEN ÖĞRENCİ OLDUĞUNUZA DAİR ONAY YAZISI (araştırma tez ise)	☒
4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (çalışma için özel hazırlanmış olmalı)	☒
5. KULLANILAN ANKET VB. FORMLAR (Tüm formlar eklenmelidir)	☒
6. MATERYAL ALIMI ONAM FORMU (gerekli ise)	☐
7. BAŞVURU ÜCRETİNİN DEKONTU (kurum dışından başvuru ise)	☐
8. KURUM İZİN BELGESİ ** (Araştırmanın yapılacağı kurumdaki onay yazısı)	☒
9. HELSINKİ BİLDİRGESİ (her sayfası tüm araştırmacılar tarafından imzalı) http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2013/helsinki.pdf	☒
10. ÖZGEÇMİŞLER (tüm araştırmacıların özgeçmiş)	☒
11. BÜTÇE YAZISI (bütçe var ise belirtilmeli)	☐
12. İYİ KLİNİK UYGULAMALAR (IKU) FORMU (tüm araştırmacılar tarafından imzalı)	☒
13. KONUSU İLGİLİ 3 ADET YAYIN (Tam metin halinde yayınlanmış makale)	☒

* Başvurular elden teslim edilmek zorundadır.
** Gerekli olduğu durumlarda etik kurul başkanlığı tarafından araştırmanın yapılacağı kuruluştan onay alınabilmesi için ön-yazı yazılabilir.
*** İlgili kutucukları çarpı ile işaretleyiniz.

Kontrol listesi eksik olan araştırmalar değerlendirmeye alınmayacaktır.
Tüm evrakları eksiksiz teslim ettiğimi taahhüt ederim.

Araştırmacı: *Vildan Zor*

İmza: *[Signature]*

Ek-6. Başvuru Dilekçesi



BAŞVURU DİLEKÇESİ

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN (KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)
ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU

Türkiye'deki sığınmacılarda travma sonrası stres
bozukluğu belirtilerinin incelenmesi
adlı araştırmamızın kurulunuz tarafından incelenmesi
hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

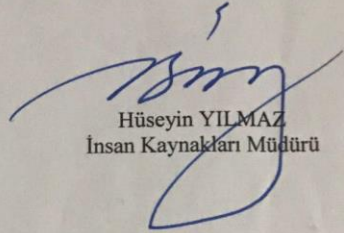
Sorumlu Araştırmacı /

Unvanı Adı Soyadı: Dr. Mert Akcanbas

Tarih ve İmza: 11/9/19

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Dr. Mert Akcanbas", written over the date.

EK-7. Kurum İzin Belgesi

	T.C. İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI İnsan Kaynakları ve Eğitim Daire Başkanlığı İnsan Kaynakları Şube Müdürlüğü
Sayı : 50626539-900.99- Konu : Bitirme Projesi	17731/142002 14/10/2019
İLGİLİ MAKAMA	
Üsküdar Üniversitesi yüksek lisans öğrencisi olduğunuzu belirterek " DMS – 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu (PLC-5) " konulu tez çalışması kapsamında Belediyemiz çalışanları ile uygulamak istediğiniz Sosyodemografik ölçeklere ilişkin 22/08/2019 tarihli dilekçeniz incelenmiştir. Tez çalışması kapsamında İtfaiye Daire Başkanlığı / bağlı müdürlükleri ziyaret edecek olan yüksek lisans öğrencisi Sayın Vildan ZOR' un çalışmalarında gerekli kolaylığın sağlanması hususu (6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümleri saklı tutulması kaydıyla) Başkanlık Makamınca uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz /rica ederim.	
 Hüseyin YILMAZ İnsan Kaynakları Müdürü	
 Kimsiye: M.15 Tuzla Şehitleri Cad. No:5 34134 Fatih - İSTANBUL Telefon No: (0 212) 455 19 30 Faks: (0 212) 455 26 38 Posta: insan kaynaklari@ibb.gov.tr İnternet Adresi: www.ibb.gov.tr	Bilgi için : Gülhayat TEKER Bilg. İşletmeni Telefon No : (0 212) 455 19 56

EK-8. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Vildan ZOR

Doğum Tarihi: 06.01.1993

Doğum Yeri: Kadıköy/İSTANBUL

E-mail: vldnzor@gmail.com

EĞİTİM

Lisans: International University of Sarajevo 2012-2017

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji 2018-2020

STAJ DENEYİMİ

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi-2015

Spastik Çocuklar Vakfı Metin Sabancı Özel Eğitim Okulu-2016

NP İstanbul Beyin Hastanesi (Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Stajı)-2019