



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
1. BÖLGE GENEL SEKRETERLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

Eğitim ve idari sorumlusu: Prof. Dr. Erol GÖKA

**IRAK İÇ SAVAŞI SONRASI TÜRKİYE'YE GELEN
TÜRKMEN MÜLTECİLERDE TRAVMA SONRASI
STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ VE BU GRUPTA
YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
ÖLÇEĞİNİN İÇ TUTARLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aybeniz CİVAN KAHVE

ANKARA 2017



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
1. BÖLGE GENEL SEKRETERLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKIYATRI KLİNİĞİ**

Eğitim ve idari sorumlusu: Prof. Dr. Erol GÖKA

**IRAK İÇ SAVAŞI SONRASI TÜRKİYE'YE GELEN
TÜRKMEN MÜLTECİLERDE TRAVMA SONRASI
STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ VE BU GRUPTA
YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
ÖLÇEĞİNİN İÇ TUTARLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Aybeniz CİVAN KAHVE

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Makbule Çiğdem AYDEMİR**

ANKARA 2017

TEŞEKKÜRLER

Asistanlık eğitimimin ikinci yarısında kliniğine kabul edildiğim ve eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocam Prof. Dr. Erol Göka'ya, çalıştığım süre boyunca her konuda destek olan kıymetli hocam Doç. Dr. İhsan Tuncer Okay'a, kliniğinde huzurla çalıştığım ve tecrübelerinden faydalandığım, tezimin hazırlanma sürecinde bana yol gösteren, danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Makbule Çiğdem Aydemir'e, Çocuk Psikiyatrisi ve Nöroloji rotasyonum süresince eğitimime destek olan, hoşgörülerini eksik etmeyen değerli hocalarıma, akademik alanda yol gösterici olan, tezimin birçok aşamasında desteğini aldığım uzmanım Dr. Rabia Nazik Yüksel'e, tezimin istatistik aşamasında yardımlarını esirgemeyen uzmanım Dr. Hasan Kaya ve sevgili arkadaşım Dr. Gonca Aşut'a, asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım bütün uzman ve asistan arkadaşlarıma, tüm psikiyatri hemşirelerine ve sağlık personeline teşekkür ederim.

Psikiyatri asistanlığına ilk adım attığım, her daim yuva olarak hissettiğim Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, bilimsel kimliğinin yanında, insana verdiği değer ve etik duruşunu her zaman model almaya çalışacağım değerli hocam Prof. Dr. Ömer Böke'ye, bilgi ve deneyimlerinin yanında kişisel gelişimime de büyük katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rıfat Şahin ve Prof. Dr. Ali Cezmi Arık'a, birlikte bir yıl çalışıp çok şey öğrendiğim değerli hocam Doç. Dr. Ozan Pazvantoğlu'na ve birlikte çalıştığım tüm klinik hocalarıma şükranlarımı sunuyorum.

Varlıkları ile beni hep özel hissettiren, bu yaşıma kadar sonsuz fedakarlık ve emekleriyle yanımda olan, hayattaki en büyük şansım canım aileme, tıp fakültesine birlikte adım attığım, birlikte mezun olup doktor olduğum, hayatta el ele büyüdüğümüzü hissettiğim, yanında iken her daim huzur veren, varlığı en çok “iyi ki” dedirten eşim Yakup Kahve'ye ve birgün bu satırları okuyacağını hayal etmenin büyük heyecan uyandırdığı minik kalbe teşekkür ederim.

Dr. Aybeniz CİVAN KAHVE

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜRLER	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ruhsal Travma Kavramı.....	3
2.2. Travmaya Bağlı Oluşan Ruhsal Bozukluklar	4
2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	5
2.3.1. Tanımı	5
2.3.2. Tarihçesi.....	6
2.3.3. DSM IV-TR ve DSM 5 Tanı Kriterleri.....	9
2.3.4. ICD 10 Tanı Kriterleri	13
2.3.5. Epidemiyolojisi	14
2.4. TSSB Etyolojisi ve Patofizyolojisi	17
2.4.1. Demografik Faktörler.....	18
2.4.1.1. Cinsiyet	18
2.4.1.2. Yaş	19
2.4.1.3. Medeni Durum	19
2.4.1.4. Irk-Etnik Köken	20
2.4.1.5. Geçmiş Psikiyatrik Hastalık ve Travma Öyküsü	21
2.4.2. Nörobiyolojik Faktörler	22
2.4.2.1. Nörokimyasal Faktörler	22
2.4.2.2. Nöroendokrin Faktörler	24
2.4.3. Nöroanatomik Faktörler	25
2.4.4. Genetik Faktörler	26
2.4.5. Travma ile İlişkili Faktörler	27
2.4.6. Psikolojik Faktörler.....	28
2.4.6.1. Psikodinamik Teoriler	28

2.4.6.2. Bilişsel Teoriler	28
2.4.6.3. Davranışçı Teoriler	29
2.5. TSSB Ayırıcı Tanı ve Komorbidite	29
2.6. TSSB Klinik Seyir	32
2.7. TSSB Tedavisi	33
2.7.1. Farmakolojik Tedavi	33
2.7.2. Psikoterapi	35
2.8. Psikolojik Dayanıklılık	37
2.8.1. Risk Faktörleri	39
2.8.2. Koruyucu Faktörler	41
2.8.3. Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkili Ölçme Araçları	44
2.9. Savaş ve TSSB	47
2.10. Irak İç Savaşı ve Türkmen Mülteciler	48
3. GEREÇ VE YÖNTEM	52
3.1. Örneklem	52
3.1.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri	52
3.1.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri	53
3.2. Yöntem	53
3.3. Çalışmada Kullanılan Gereçler	54
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	54
3.3.2. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği [Clinician-Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS)]	55
3.3.3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği [Resilience Scale for Adults (RSA)]	56
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	58
4. BULGULAR	59
4.1. Örneklem Sosyodemografik ve Diğer Özelliklerinin İncelenmesi	59
4.2. TSSB Tanısı ile Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	63
4.2.1. TSSB Hayat Boyu Tanısı Alan ve Almayanlarda Sosyodemografik Değişkenlerin İncelenmesi	63

4.2.2. TSSB Hayat Boyu Tanısı Alan ve Almayanların Psikolojik Dayanıklılık İlişkisinin İncelenmesi	65
4.2.3. TSSB Şimdi Tanısı Alanlar ile TSSB Hayat Boyu Tanısı Alan ve Semptomları Düzelenler Arasında Psikolojik Dayanıklılık İlişkisinin İncelenmesi	68
4.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Testinin İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi	69
5. TARTIŞMA	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	78
ÖZET.....	80
ABSTRACT	82
KAYNAKLAR	84
EKLER.....	111
EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	111
EK-2: KLİNİSYEN TARAFINDAN UYGULANAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ.....	114
EK-3: KLİNİSYEN TARAFINDAN UYGULANAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (CAPS) AÇIKLAMALAR.....	116
EK-4: YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ (RSA).....	144
EK-5: ETİK KURUL İZİN BELGESİ.....	146
EK-6: ETİK KURUL ONAYI	147

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
APA	: American Psychiatric Association (Amerika Psikiyatri Birliği)
ASB	: Akut Stres Bozukluğu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CAPS	: Clinician-Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale (Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği)
CRH	: Corticotropin Releasing Hormone (Kortikotropin Salıcı Hormon)
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatiksel El Kitabı)
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme)
HPA	: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Eksen
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların Uluslar Arası Sınıflandırılması Resmi Kodlaması)
İŞİD	: Irak Şam İslam Devleti
LC	: Locus Ceruleus
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörü
MG	: Miligram
MÖ	: Milattan Önce
OKB	: Obsessif Kompulsif Bozukluk
PET	: Positron Emission Tomography
PB	: Panik Bozukluk

- RSA** : Resilience Scale for Adults (Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık leği)
- SPECT** : Single Photon Emission Computed Tomography
- SSGİ** : Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
- TCA** : Trisiklik Antidepresan
- TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- UB** : Uyum Bozukluğu
- YAB** : Yaygın Anksiyete Bozukluğu



TABLÖLER DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.1. Literatürde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Çalışmaları.....	46
Tablo 4.1. Cinsiyete göre yaş dağılımları.....	59
Tablo 4.2. Örneklemin sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması	61
Tablo 4.3. Göç öncesi ve göç sonrası temel ihtiyaçların karşılanma durumları.....	62
Tablo 4.4. TSSB hayat boyu tanısı alan ve almayanlar arasında sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi	64
Tablo 4.5. CAPS skorları ile göç öncesi ve göç sonrası temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	65
Tablo 4.6. TSSB tanısı alanlarda CAPS Skorları ile Psikolojik Dayanıklılık arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	67
Tablo 4.7. RSA toplam skoru ile göç öncesi ve göç sonrası temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	68
Tablo 4.8. TSSB şimdi tanısı alanların, TSSB tanısı almayan ve TSSB hayat boyu tanısı alan ancak şimdi TSSB olmayanlar ile psikolojik dayanıklılıklarının karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.9. RSA alt grupları ve toplam Cronbach Alfa katsayısı değerleri	69

1. GİRİŞ

Dünya tarihi var oluşundan bu yana pek çok savaşa tanıklık etmiştir. Günümüzde oluş sebepleri, yapısal özellikleri açısından farklılıklar olsa da hala savaşlar devam etmekte ve pek çok insan fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak etkilenmektedir. Savaş mağduru bireyler kimi zaman kendi ülkelerinden bir başka ülkeye göç etmek zorunda kalmış, mülteci olarak yeni bir yerde yaşamaya başlamalarıyla beraber de başta ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlar olmak üzere çeşitli problemler ortaya çıkmıştır.

Göç, tüm uluslarda meydana gelen evrensel bir olaydır ancak göç süreci nitel ve nicelik bakımından son derece heterojen bir süreç olarak ilerlemektedir. Deneyimlenen çeşitli tecrübeler ve göçmenlerin bu süreçte kişisel ve sosyal desteklerinin farklı olması; bu süreçte her birinin ruhsal olarak değişen düzeyde etkileneceklerini düşündürmektedir (1).

Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatiksel El Kitabı 5 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)]’de; travmatik bir olayın ardından ortaya çıkan ve bir aydan uzun süre devam eden yeniden yaşantılama, kaçınma, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık gibi özgül belirtilerin olması, bu belirtilerin kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açması Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak tanımlanmaktadır (2). Yapılan çalışmalar; travmatik yaşam olayları ardından bireylerin bir kısmında uyum sağlama sürecinin geliştiğini, bir kısmında ise ruhsal bozuklukların ortaya çıktığını göstermiştir. Ruhsal bozukluklara karşı koruyucu olduğu gösterilen etkenleri birlikte içeren genel bir kavram olan “Psikolojik Dayanıklılık” kavramı bireyler arasındaki bu farklılıkları açıklamaya çalışmaktadır. Genel olarak “kişinin kendisini toparlama gücü”, “felaketlerin üstesinden gelebilme” ya da “olumlu uyum sağlama becerisi” olarak tanımlanan psikolojik dayanıklılık bireyin sosyal kaynaklarını (aile, arkadaşlar), sosyal yeterliliğini (dışa dönüklük, iletişim becerileri, kişiler arası ilişkilerde esneklik, yakın ilişki kurabilme becerisi), kişisel kaynaklarını (özgüven, umut, yaşama ilişkin gerçekçi bir yönelim) aynı anda değerlendirmeye olanak vermektedir (3, 4).

Psikolojik dayanıklılığın başlangıçta bir kişilik özelliği olduğu düşünülmüş ve bazı kişilerin doğuştan “dayanıklı” olduğu varsayılmış ancak zaman içinde “öğrenilebilir” ve “geliştirilebilir” olduğu kabul edilmeye başlanmıştır (4). Bu nedenle tedavide bir müdahale stratejisi olarak uygulanması gündeme gelmiştir. Günümüzde psikolojik dayanıklılık, bireylerin travmatik yaşam olayları ile sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmesine olanak veren, mizaç ve kişilik gibi yapısal değişkenlerin yanısıra sorun çözme becerisi gibi özgün yeteneklerin de bir araya gelerek oluşturduğu çok yönlü bir olgu olarak değerlendirilmektedir (5).

Psikolojik dayanıklılık bileşenlerinin özellikle travma sonrası stress bozukluğu belirtileri üzerinde koruyucu olduğu bildirilmekle birlikte, TSSB belirti gruplarından hangilerinin koruyucu etkilere daha duyarlı olduğuna ilişkin yeterli veri yoktur (6).

Türkiye’nin içinde bulunduğu coğrafik yapısı ve komşu ülkelerde yaşanan iç savaşlar nedeniyle özellikle son beş yıl içinde çok sayıda kişi ülkemize göç etmiştir. Irak’ın kuzeyinde yaşanan terör örgütü işgali sonrası ülkemize gelen Türkmenler bu mültecilerin bir kısmıdır. Kişisel ve sosyal destekleri değişen bu bireylerin zor yaşam olayları ardından özellikle travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin artmış olacağı ve bunun psikolojik dayanıklılıklarının azalması doğrultusunda artacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmanın yapılma amacı; ülkemizde yaşayan Irak’dan göç etmiş Türkmen mültecilerin, ülkelerinde yaşadıkları savaş ortamının ardından TSSB gelişimi ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkisinin belirlenmesi, TSSB ve psikolojik dayanıklılığın alt grupları ile ilişkisinin incelenerek özellikle hangi faktörlerin TSSB açısından koruyucu veya riski artırıcı olduğunun belirlenmesi ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin bu gruptaki iç tutarlılığının değerlendirilmesidir.

Çalışmamızda; ilk hipotezimiz; TSSB gelişiminde psikolojik dayanıklılığın rol alacağı ve psikolojik dayanıklılık azaldıkça TSSB gelişiminin artacağıdır. İkinci hipotezimiz ise; TSSB tanısı alanlarda psikolojik dayanıklılık arttıkça travma şiddetinin belirleyicisi olan ölçek skorlarında düşme olacağıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Travma Kavramı

Travma; eski Yunanca'dan köken alan ve derinin bütünlüğünün bozulduğu her tür yaralanmayı tanımlamak için kullanılan bir sözcüktür. Sözlük anlamı ise “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara”dır. Travma fiziksel ve ruhsal olmak üzere iki kategoride incelenebilir.

Ruhsal travma; kişiyi dehşet içinde bırakan, çaresizlik duyguları yaratan, çoğu kez olağandışı ve beklenmedik olayların yol açtığı etkilerdir. Ruhsal travma kavramı bireyin ruhsal bütünlüğünü değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan olaylar için kullanılmaktadır. Psikanalitik tanımlamada travma; benliğin (egonun) üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta içten ya da dıştan gelen uyaranlar kümesi ile karşı karşıya kalmasıdır (7).

Van der Kolk'a göre; travmatik bir olayı sıradan stres yaratan bir durumdan ayıran en önemli özellik; travmatik olayın kişinin gelecek ve dünya ile ilgili temel inanç ve duygularını, kendiliği ve diğer insanlar ile ilgili yargı ve kabullerini sarsıcı, yıkıcı etkisinin olmasıdır (8). Travmatik olaylar olağandışıdır, nadir olduklarından değil, insanın hayata olağan adaptasyonlarını altüst ettiği için yıkıcı olarak nitelendirilmektedirler (9).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV-TR'deki tanımına göre travmatik olay; gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da fiziksel bütünlüğe bir tehdit olayını kişinin yaşaması, tanık olması veya ailesinden birinin ya da bir yakınının beklenmedik ölümünü, şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi gibi kişinin doğrudan yaşadığı ve kişide dehşete düşme, korku ve çaresizlik duygularının ortaya çıkmasına neden olan olaylar olarak tanımlanmıştır (10).

Travmatik olaylar; meydana geliş şekillerine göre “doğal yollarla meydana gelenler ve insan eliyle oluşturulanlar” olmak üzere ikiye ayrılabilir. Deprem, su baskını, orman yangını, fırtına, çığ gibi doğal felaketler, doğal yolla meydana gelen travmalardandır. İnsan eliyle olan travmatik olaylar ise; kaza ile meydana gelenler ve bilerek, amaçlı olarak yapılanlar olarak alt iki gruba ayrılabilir. Fiziksel

ve cinsel saldırılar, cinayetler, terör olayları ve savaşlar insan eliyle oluşturulan, bilerek ve amaçlı olarak gerçekleştirilmiş travmatik olaylardır.

Travmatik olaylara maruz kalan kişiler Travma Sonrası Stres Bozukluğu gelişimi açısından risk altındaki grubu oluşturur. Yapılan çalışmalarda; insan eliyle meydana gelen travmatik olayların doğal afetlere kıyasla daha şiddetli ve kalıcı ruhsal etkilerinin olduğu, bu durumun gelişmesinde travmanın beklenmedik anda gelmesi ve bu nedenle hazırlık yapılamaması, paylaşılamaması, sosyal desteğin azalması gibi sebeplerin rol alabileceği öne sürülmüştür (11). Savaş; insan eliyle meydana gelen, geniş kitleleri etkileyen, bireylerin ruhsal açıdan etkilenmeleriyle ilgili üzerinde çok sayıda çalışma yapılmış bir travmadır.

2.2. Travmaya Bağlı Oluşan Ruhsal Bozukluklar

Travmaya bağlı oluşan ruhsal bozuklukların gelişiminde kişiye ait genetik, nörobiyolojik, nöroendokrin, psikolojik, geçmiş olumsuz yaşam olayları gibi değişkenlerin yanısıra, yaşanan travmanın tipi, şiddeti, yaşanma biçimi, sosyal destek ve tutumlar gibi çok sayıda faktör rol almaktadır. Travmayla ilişkili psikiyatrik bozuklukların araştırıldığı çok sayıda çalışma mevcuttur. Yapılan araştırmalarda; üzerinde en fazla durulmuş travma ile ilişkili ruhsal bozukluğun TSSB olduğu ortaya çıkmışsa da, peritratmatik dissosiasyon, TSSB dışı anksiyete bozuklukları, depresyon, psikotik bozukluklar gibi çeşitli ruhsal bozuklukların da yaşanan travma sonrası gelişebildiği görülmüştür (12-16).

2011 yılında Sri Lanka’da iç savaş sonrası zorunlu olarak evlerinden ayrılan 1409 kişi ile yapılan bir çalışmada; TSSB yaygınlığı %7.0, depresyon yaygınlığı %22.2 ve anksiyete bozukluğu yaygınlığı %32.6 bulunmuştur (17). 1990’lı yıllarda Balkan savaşına maruz kalmış erişkinlerde yapılan bir diğer araştırmada ise bireylerin %15,5-41,8’inde anksiyete bozukluğu, %12.1-47.6’sinde duygudurum bozuklukları, %0,6-9’ünde madde kullanım bozukluğu olduğu belirlenmiştir (18).

Ülkemizde de travma sonrası gelişen ruhsal bozukluklar ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. 2008 yılında Diyarbakır’da patlayıcı yüklü araçla gerçekleştirilen bir terörist saldırı sonrası, patlamaya görsel ya da işitsel olarak tanık olan 216 kişi ile yapılan bir çalışmada, terörist saldırısından bir ay sonra TSSB gelişme oranı %12.5

olarak bulunmuş, TSSB gelişimi açısından psikiyatrik bozukluk öyküsünün bulunması ve patlama sırasında fiziksel yaralanmaya uğramak risk faktörleri olarak ortaya konmuştur (19).

Travmaya maruz kalan bireylerde psikiyatrik hastalık gelişimindeki faktörler değişkenlik göstermektedir. Özellikle TSSB gelişimindeki risk faktörleri, TSSB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ilerleyen bölümlerde daha detaylı olarak anlatılmaktadır.

2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.3.1. Tanımı

TSSB, DSM 5'e kadar anksiyete bozuklukları içinde değerlendirilirken DSM 5 ile beraber "Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar" bölümü içinde, "Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Uyum Bozukluğu (UB)" ile birlikte yer almıştır (2).

DSM 5'de; travmatik olayın ardından ortaya çıkan ve bir aydan uzun süre devam eden yeniden yaşantılama, kaçınma, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık gibi özgül belirtilerin olması, bu belirtilerin kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açması olarak tanımlanmaktadır (20). Travmatik olaylara karşı gelişen ve bir aydan kısa süren tepkiler "akut stres bozukluğu", daha hafif olduklarında ise "uyum bozukluğu" olarak sınıflandırılır. Uyum bozukluğunda akut stress bozukluğu ve TSSB'ye oranla stres faktörü genelde daha hafiftir. Yeniden yaşantılama belirtilerinin olmaması ve artmış uyarılmışlık bulgularının daha hafif olması uyum bozukluğunu TSSB'den ayıran diğer özelliklerdir.

Travmanın tanımlanmasında yalnızca özgül bir tanımının dışında, travmanın zaman içinde süregelen bir nitelik kazanıp kazanmaması, bir başka deyişle tek veya birden çok travma içermesi, sonradan gelişecek bozukluklar için belirleyici bir diğer faktördür. Tek travma tanımı beklenmedik, kısa süreli, bir kez ortaya çıkan türdeki durumlar olan motorlu taşıt kazaları, doğal afetler gibi durumları tanımlarken, çok olaylı travma kronik durumlar olan çocukluk çağı istismarı veya süregelen savaşlar gibi durumları tanımlar (21).

2.3.2. Tarihçesi

Travmatik olayların ruh sağlığına etkileri eski çağlardan beri bilinmektedir. İnsanlık tarihinin başından beri yazarlar ve tarihçiler çok büyük stres veya travmaya maruz kalan bireylerde uzun süreli duygusal ve psikolojik cevaplar ortaya çıktığını farketmişlerdir. Edebiyat bize savaş, cinayet, tecavüz ve diğer felaketlerin insanlar üzerindeki etkilerini güçlü bir şekilde anlatan birçok kaynak sunar. Tarihin en eski yazılı destanı olan Gılgamış Destanı'nda posttravmatik stres belirtilerinin açık tanımının yapıldığı görülür. Gılgamış'ın, arkadaşı Enkidu'nun ölümünden sonra panik içerisinde bölge bölge dolaştığı, kendisinin de öleceğini düşündüğü anlatılır. Gılgamış'ın kişiliği ölümle yüzleştikten sonra değişmiştir. Savaş sonrası ani korkuya bağlı kronik ruhsal belirtiler ilk defa Herodot tarafından Milattan Önce (MÖ) 440 yılında yazılmıştır. Hipokrat tarafından savaş sonrası korkutucu rüyalar tanımlanmaktadır. İngiltere ve Fransa arasında geçen 100 yıl savaşlarının en iyi anlatıcısı olan Jean Froissart, savaştan sonra geceleri uyanıp kılıcını rastgele salladığı bu sebeple karısı ve çocuklarıyla uyuyamayan Pierre de Bearn vakasını kaleme almıştır (22). Shakespeare'in Macbeth ve IV. Henry karakterinin travma sonrası tepkilerini ayrıntısıyla anlattığı görülür (23, 24). Bu büyük edebi kaynaklara rağmen 19. yüzyıl boyunca tıp ve psikiyatri dünyası, travmatik duygusal deneyimlerin bireyin psikolojik ve fiziksel bütünlüğünü etkileyebileceği fikrine karşı oldukça dirençliydi. Birçok klinisyen travma sonrası gelişen psikolojik belirtilerin sebebini travma sonrası gelişen organik hasara bağlıyordu (25). Amerika İç Savaşı sırasında askeri doktorlar hastanelerde yatan askerlerde görevlerine bağlı olarak stres ve korku tepkileri raporlamaya başladılar. Bir kardiyolog olan Jacob Mendez Da Costa bu askerlerde 'İrritabl Kalp' olarak tanımladığı şiddetli göğüs ağrısı, çarpıntı gibi pek çok semptom kaydetti. Bu belirti kümesi 1800' lerin sonuna kadar "Da Costa Sendromu" olarak anıldı (26). Endüstriyel devrim sonrasında insan eliyle gerçekleşen kazalar ve beraberinde gelişen stres olgularında artış görülmüştür. Alman klinisyen Hermann Oppenheim'in 42 adet tren ve iş kazası vakasını yayınladığı kitabında ilk defa "travmatik nevroz" tanımı kullanılmıştır (27). Ancak Oppenheim travma sonrası oluşan problemlerin santral sinir sisteminde gerçekleşen moleküler değişikliklere bağlı olduğunu, bireyin travmaya ilişkin algısından kaynakladığı düşüncesinin doğru olmadığını belirtmiştir.

Aynı dönemde geleneksel görüşe karşı ikincil bir fikir ortaya atılmıştır. Fransız nörolog ve antropolog Pierre Janet histerik hastaları incelerken hastaların semptomlarını altta yatan travmatik olaylarla ilişkilendirmiştir. Travmatik anıların rüyalarla, flashbacklerle ve disosiasyonla açığa çıktığını öne sürmüştür.

Zaman ilerledikçe savaşların yıkımıyla beraber bireylerdeki psikiyatrik belirtilerin sıklığı klinisyenlerin dikkatini çekmiştir. 1. Dünya Savaşı'nın erken dönemlerinde dahi savaşan askerlerde psikiyatrik belirtiler raporlanmıştır. 1914'te Milian "savaş hipnozu (battle hypnosis)" tanımlı dört vaka yayınlamıştır (28). Savaş ilerledikçe kafa travması öyküsü olmayan pek çok askerde amnezi, konsantrasyon azlığı, baş ağrısı, tinnitus, sese aşırı duyarlılık, sersemlik, titreme gibi şikayetler gözlemlenmiştir. Gözlemler sonucu "gülle şoku (shell shock)" tanımı ortaya atılmıştır. Önlerindeki bu bilinmez hastalığın çaresizliği ile bazı doktorlar gülle şokunun sebebinin patlama sırasında beyinin aldığı mikro hasarlara bağlamıştır (29). Gülle şoku tanımı 1915 tarihinde tıbbi literatüre girmiştir (30). Ancak patlamayla hiç karşılaşmamış askerlerde de aynı semptomlar görülmesi dikkati çekmeye başlamıştır. Psikiyatrik zayıflığın artması üzerine Fransız bir psikolog olan C.S Myers'in önerisiyle ileri sahada özel tedavi birimlerinin kurulması sağlanmıştır. Myers ve arkadaşları hastaların acı verici ve baskılanmış anılardan ve duygulardan kurtulması için Janet'in yolundan giderek hipnoz yöntemini kullanmışlar ve birçok hastayı tedavi etmişlerdir (31).

Freud travmatik nevrozu hayatı tehdit eden ciddi kazalar ve felaketler sonrası yaşanan bir durum olarak tanımlamıştır. Birinci dünya savaşından sonra travmatik nevroz vakalarının arttığı, ancak bunun sinir sisteminde meydana gelen lezyonlar sonucu olmadığı sonucuna varmıştır. Savaş nevrozunda görülen travma fiksasyonu ile histeri arasındaki benzerlikten bahsetmiştir. Freud'a göre travmatik nevroz olaya hazırlıksız olmaktan kaynaklanır ve korku olmadan ortaya çıkmaz (32).

1. Dünya Savaşı sonrasında, birçok psikiyatrist savaş sonrası sivil hayata dönen askerlerde muharebe alanında görülen belirtilerin devam ettiğini gözlemlemiştir. Amerikan psikoanalist Abram Kardiner, 1920-1930 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) savaş gazilerinin tedavisi sırasında edindiği klinik bilgileri topladığı kitabı "The traumatic Neurosis of War (1941)"da

“fizyonevroz (physioneurosis)” olarak adlandırdığı psikolojik travma sendromunun ayrıntılı analizini sunmuştur (33). Bu kitap barış zamanı ve savaş travması arasındaki temel bağlantıları kuran ilk kitaplardan biridir ve sonrasında hastalarda tanımladığı pekçok semptom Amerikan Psikiyatri Birliği [American Psychiatric Association (APA)]’nin TSSB tanımlamasına katkı sağlamıştır. 2. Dünya Savaşı Nazi katliamı, şehir merkezlerinin sistematik olarak bombalanması, Hiroşima ve Ngazaki’ye atılan atom bombalarıyla sivilleri hedeflemiş, bu sebeple milyonlarca insanda hasar bırakmıştır. Savaş sırasında “savaş yorgunluğu”, “operasyonel yorgunluk” gibi kavramlar kullanılmıştır (34). Travma sonrası belirtilerin sınıflandırılması 2. Dünya Savaşı sonrası yapılmıştır. 1952 yılında APA tarafından yayınlanan DSM-I sınıflamasına “Büyük Stres Reaksiyonu (Gross Stress Reaction)” tanısı eklenmiştir (35). Ancak sebebi bilinmemekle birlikte 1968’de yayınlanan DSM-II’de “Büyük Stres Reaksiyonu” tanısı kaldırılmış; “Geçici Durumsal Bozukluk (Transient Situational Disturbance)” olarak adlandırılmıştır (36).

1955-1975 tarihleri arasında süregelen ve 1960’larda ABD’nin fiilen dahil olduğu Vietnam Savaşı ile birlikte yaşanan travmaların insanlar üzerindeki etkisinin yeniden değerlendirilmesi gerçeği bir daha su yüzüne çıkmıştır. Savaş sırasında savaş alanında ileri saha psikiyatrik problemlerin tedavisi başarıyla uygulanmış ve akut psikiyatrik zayıat en aza indirilmiştir. Ancak alkol ve madde kötüye kullanım insidanslarının çok yüksek olduğu saptanmıştır (22).

Savaş sonrası uzun dönemde savaştan dönen askerlerde uykusuzluk, savaşla ilgili kabuslar, aneroxi, bulantı, kusma, suçluluk, depresyon gibi belirtilerin sıklığı dikkatleri çekmiştir. Bu tablo “Vietnam Savaş Reaksiyonu (Vietnam Combat Reaction)” olarak adlandırılmıştır (37). Bu Post-Vietnam sendromu 70’ler boyunca pek çok savaş gazisinde görülmüş; gazilerde en önemli maluliyet sebeplerinden biri olmuştur. Yaklaşık 800.000 gazinin savaşın etkilerine bağlı olarak yaşadığı psikolojik ve kişilerarası problemler sebebiyle profesyonel yardıma ihtiyaç duyduğu saptanmıştır (38). ABD Eski Muharipler Dairesi ve askeri psikiyatristler savaş travmasına maruz kalan askerler için DSM’de uygun bir tanı bulamamışlar ve bu süreçte hazırlıklara başlayan DSM-III çalışma grubunun dikkatini bu konuya çekmişlerdir. Yeniden yaşantılama, otonomik aşırı uyarılmışlık ve diğer özelliklerin toplandığı bu sendrom “Travma Sonrası Stress Bozukluğu” adıyla tanımlanmıştır

(39). TSSB'nin bu ilk tanımından sonra Vietnam gazilerinde travmanın etkisi standart bir biçimde değerlendirilebilmiştir. DSM III'de TSSB “anksiyete bozuklukları” başlığı altında yer almıştır. Travmatik yaşantı “pek çok insanda stres yaratabilecek türde ve şiddette olmalı” şeklinde tanımlanmıştır. 1987 yılında yayınlanan DSM III-R'de travmatik yaşantının insanın yaşadığı sıradan olaylardan farklı ve şiddetli olması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca “psikojenik amnezi, kaçınma, irritabilite, öfke ve geleceğin yok olduğu duygusu” kriterleri eklenmiştir.

Zamanla yaşanan travmatik olaylarla ilgili çalışmaların artması, kitlesel savaşların sona ermesi ile farklı tiplerde travmatik olayların da araştırılması sonucu DSM IV'te travmatik olayın tanımlanmasına ilişkin değişiklikler yer almıştır. 1994'de yayınlanan DSM IV'e “travmatik olayları çağrıştıran durumlarda aşırı fizyolojik tepki verilmesi” kriteri eklenmiştir (40). DSM IV-TR'de ise bu alanda bir değişiklik yapılmamıştır (41).

DSM IV-TR'den DSM 5'e geçildiğinde TSSB tanısıyla ilgili önemli değişiklikler gerçekleşmiştir. “DSM IV-TR ve DSM 5'de Tanı Kriterleri” başlığı altında, yeni tanı kriterleri ve değişen bölümler ayrıntılı olarak anlatılacaktır.

TSSB gelişiminde mutlak koşul; travmatik bir olayın varlığı olduğu için TSSB tanısının diğer psikiyatrik bozukluklardan farklı olarak etyolojik bir tanımlama olduğu ve DSM sisteminin dışında ele alınıp alınmaması konusu günümüzde halen tartışılmakta ve tanı sistemleri ile ilgili güncellemeler devam etmektedir (42).

2.3.3. DSM IV-TR ve DSM 5 Tanı Kriterleri

DSM 5'de travma sonrası stres bozukluğu tanımlamasında önemli değişiklikler yapılmıştır. O zamana değin TSSB; “Anksiyete Bozuklukları” içinde değerlendirilirken, DSM-5 de “Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar” adı altında yeni bir bölümde “Akut Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu” ile birlikte yer almıştır (2). DSM 5'de TSSB, “korku” kökenli tanımlanmış bir bozukluk olmaktan ziyade anhedonik/disforik belirtiler de gösterebilen, negatif bilişler ve kızgınlık, dürtüsellik, kendine zarar verme gibi davranışsal belirtileri de olabilen bir sendrom olarak tanımlanmıştır (43).

DSM 5’de travmatik olay tanımını netleştirmek için travmatik olayla karşılaşmanın yolları A tanı kriterlerinde listelenmiştir. DSM-5 tanımına göre; kişi aşağıdaki yollardan biri ya da birden çoğu ile gerçek ya da göz korkutucu şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olmalıdır:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan görme (bunlara tanıklık etme)
3. Bir aile yakınının ya da yakın arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Not: Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı, kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Örseleyici olayın sevimsiz ayrıntıları ile yineleyici biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örneğin; felaket sonrası insan kalıntılarını toplayan kişiler, çocuk istismarının ayrıntıları ile yeniden karşılaşan polis memurları) Not: Ancak bu tip bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığı ile olmuş ise bu tanı ölçütü uygulanmaz (2).

Yapılan bu değişiklik ile travmatik yaşantıların daha ayrıntılı ve kesin bir tanımlaması yapılmış; dolaylı maruziyet kriteri “sevilen birinin sadece şiddet veya kaza sonucu ölüm ya da ölüm olasılığıyla karşılaşması” şeklinde sınırlandırılmıştır. Ayrıca A4 tanı kriteri ile direk travmaya maruz kalmasa da travmatik olayın ayrıntılarıyla tekrar tekrar karşılaşan profesyoneller de tanı sistemine dahil edilmiştir.

DSM-IV-TR’de A2 tanı kriteri olan “travmatik olayı yaşamış kişinin aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme tepkilerinden birisinin bulunması gerekliliği” DSM 5’de kaldırılmış, öznel tanımlamaya yer verilmemiştir.

DSM-IV-TR’de (B) kümesi içinde yer alan yeniden yaşantılama belirtileri, DSM 5’de de aynı şekilde kalmıştır.

DSM-IV-TR’de (C) kümesi içinde yer alan kaçınma/genel tepki gösterme belirtileri, DSM 5’de kaçınma (C) kümesi ve negatif bilişler/duygudurum (D) kümesi olarak iki kümeye ayrılmıştır. Aşırı uyarılmışlık belirtileri ise DSM-IV-TR’de (D) kümesinde iken DSM 5’de (E) kümesine taşınmıştır ve E2 ölçütüne sakin masız

davranma/kendine zarar veren davranışlarda bulunma kriteri eklenmiştir.

DSM-5'te dissosiyatif belirti gösteren TSSB'nin ayrıca kodlanması istenmiş ve derealizasyon ve depersonalizasyon alt başlıkları açılmıştır. Ayrıca DSM-IV-TR'de yer alan akut ve kronik TSSB kavramları DSM 5'de kaldırılmış olup "gecikmeli dışavurum gösteren tip" tanımlanmış ancak "kimi belirtiler kısa süre içinde başlamış olsa da" ibaresi eklenmiştir (2).

DSM 5'de son şeklini alan TSSB tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

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

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme)
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır
4. Örseleyici olayın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma

B. Örseleyici olaydan sonra başlayan, örseleyici olayla ilişkin, istem dışı gelen aşağıdaki belirtileri birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olayın yineleyici, istemsiz ve istem dışı gelen, sıkıntı veren anıları.
2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olayla ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler
3. Kişinin örseleyici olay yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiasyon) tepkileri (örn: geçmişe dönüşler) (Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.)
4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla

karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama

5. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)la ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları
2. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir)
2. Kendisi, başkaları ya da dünyayla ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn: “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilmez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”)
3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçları ile ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn: korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç)
5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma

6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları
7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn: mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama)

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında)
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar verme davranışlarında bulunma
3. Her an tetikte olma
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme
5. Odaklanma güçlükleri
6. Uyku bozukluğu (örn: uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma)

F. Bu bozukluğun süresi (B,C,D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

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

H. Bu bozukluk, bir maddenin (örn: ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.3.4. Hastalıkların Uluslar Arası Sınıflandırılması Resmi Kodlaması 10 [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10)] Tanı Kriterleri

A. Hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek kişiyi tehdit eden ya da yıkıcı nitelikte olağandışı stresli bir olay ya da duruma maruz kalma

B. Olayı tekrar tekrar hatırlama, geri dönüşler (flashbacks) ve rüyalarla travmanın yineleyici bir biçimde yeniden yaşanması veya travmayı hatırlatacak durumlarla karşılaşma sonrası sıkıntı hissetme

C. Travmayı hatırlatacak her türlü durumdan kaçınma

D. Aşağıdaki maddelerin de bulunması gerekir:

1. Travmatik olaya maruz kalma süreci ile ilgili bazı kısımları hatırlayamama
2. Otonomik bakımdan bir aşırı uyarılmışlık ve tetikte olma durumu (travmaya maruz kalmadan önce olmayan) ile ilgili aşağıdakilerden herhangi iki tanesinin bulunması:

- a. Uykuya dalma ve sürdürmede güçlük
- b. İritabilite veya öfke patlamaları
- c. Odaklanmada güçlük
- d. Tetikte olma hali
- e. Aşırı irkilme tepkisi

E. B, C ve D kriterleri travmatik olaydan altı ay sonra veya sıkıntı döneminin sonuna kadar karşılanmalıdır.

2.3.5. Epidemiyolojisi

TSSB'nin prevalansına yönelik yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edilmektedir. Travma deneyimlerin şiddeti, travma öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bir çok etken, bireyin travmatik olay karşısındaki öznel duyarlılığı ve var olan başa çıkma becerileri çalışmalardaki oranları etkilemektedir (44).

1995 yılında Kessler ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, yaşanan en yaygın travmatik olayların bir ölüm veya yaralanmaya tanık olmak, yangın veya sel gibi doğal bir felakete maruz kalmak, yaşamı tehdit eden bir kaza geçirmek ve silahla tehdit edilmek olduğu gösterilmiştir (45). Bu çalışmanın da içinde olduğu birçok genel toplum araştırmasında TSSB'nin 'yaşam boyu prevalans'ının %1-14 arasında değiştiği, 'yaygınlığı'nın ise %1.3-9.2 oranında olduğu bulunmuştur (45-

47). Bu oran erkeklerde %5 ile %6, kadınlarda %10 ile %14 arasında değişmektedir (45, 48, 49).

Kanada'da 1980-2012 yılları arasındaki veriler toplanarak, Anksiyete Bozukluğu, TSSB ve Obsessif Kompulsif Bozukluk (OKB) için klinik pratikte kullanılacak bir kılavuz oluşturmak amacıyla yapılan bir çalışmada yaşam boyu TSSB oranı %9.2 olarak saptanmıştır (50). Diğer taraftan Darves Bornoz ve ark. tarafından 2008 yılında Avrupa genelinde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada TSSB prevalansı %1.1 olarak saptanırken (51), Dorrington ve ark.'nın yaptığı 6014 katılımcının yer aldığı, 2014 yılındaki başka bir çalışmada katılımcıların %36.3'ü yaşam boyu en az bir kez travmatik bir olay yaşadığını belirtmiş ancak yaşam boyu TSSB yaygınlığı %2 olarak bulunmuştur (52).

İnsan eliyle bir amaca yönelik kasıtlı yapılan travmalara bakıldığında TSSB prevalansının genelde daha yüksek saptandığı görülmüştür. 2006 yılında Hog eve ark. tarafından Irak veya Afganistan'da savaşa katılan ve dönen 303.905 asker ile yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada ve Vietnam Savaşı sonrası TSSB bulguları gelişen bireylerin yeniden değerlendirildiği 2007 yılında Dohrenwend ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada en sık saptanan ruhsal hastalık TSSB olmakla beraber prevalansı %12- 20 arasında değişmektedir (53, 54).

Breslau ve ark. TSSB'nin yaşam boyu prevalansının travma mağdurları arasında %24 olduğunu bildirmişlerdir (49). Green tarafından yapılan geniş literatür taramasında travmatik bir olaya maruz kalan toplumda TSSB oranının %25-30 arasında değiştiği saptanmıştır (55). TSSB yaygınlığının yoğun olarak çalışıldığı Vietnam Savaşı'na katılan askerlerde ise yaşam boyu TSSB tanısının %15-31, şimdiki TSSB tanısının %2-39 arası oranlarda değiştiği bulunmuştur (47, 56, 57).

Savaşlar sadece askerleri değil sivil halkı da etkilemektedir. 1994 yılında Rwanda'daki iç savaş sonrası yapılan bir çalışmada soykırıma maruz kalan bireylerde TSSB oranı %25, tutuklularda %22 olarak saptanmıştır(58). 20 yüzyılın en büyük yıkımlarından biri olan Yahudi soykırımından sağ kurtulanlarla yapılan çalışmalarda yaşamboyu TSSB prevalansının %46-55 arası oranlarda değişmektedir (59, 60). Politik yaşamları nedeni ile işkenceye uğramış mağdurlar arasında yaşam boyu ve şimdiki TSSB oranı; Türkiye'de 1994 yılında Başoğlu ve ark. tarafından

yapılan bir çalışmada %33.6, Almanya’da 1997 yılında Maercker ve ark.’nın yaptığı bir çalışmayla ise %60 ve %31 olarak belirlenmiştir (61, 62).

Doğal afetler sonrası da bir çok epidemiyolojik çalışmayla TSSB incelenmiştir. Chen ve Liu tarafından 2015 yılında, seller sonrası sağ kalanlarla yapılan bir meta analiz çalışmasında TSSB prevalansı %15,7 olarak bulunmuştur (63). St. Helens Dağı Volkanik Patlaması’ndan sonra olaya maruz kalanlarla yapılan bir çalışmada yaşam boyu TSSB yaygınlığı %3.6 olarak saptanırken, bu oran kontrol grubunda %2.6 olarak bulunmuştur(64). Ülkemizde Marmara Depremi’nde 1150 kişi ile yapılan bir çalışmada TSSB oranı %42 bulunmuştur (65). Güney Çin’de 1998’de yaşanan deprem sonrasında iki köyde yapılan araştırmada %24 oranında TSSB saptanmıştır (66). 1985 Meksika Depremleri sonrası %32 ve %36, 1988 Ermenistan Depremi sonrası %67, Avustralya Depremi sonrası %18 olarak tespit edilmiştir (67, 68). Yine TSSB oranları fırtınalarda %21 ile %59, sel felaketlerinde %14.5 olarak saptanmıştır (69, 70).

İnsanın yaşamını tehdit eden hastalık durumları ile TSSB ilişkisi birçok çalışmada incelenmiştir. 2008 yılında Dimitry ve ark. tarafından yapılan, yoğun bakım ünitesinde tedavi görmüş ve iyileşmiş hastaların katıldığı toplam 15 çalışmanın incelendiği bir derlemede TSSB oranı %19 olarak saptanmıştır (71).

TSSB’nin cinsiyet ile ilişkisinin de incelendiği birçok çalışma kadınlarda TSSB sıklığının erkeklere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (45, 50, 63, 72).

TSSB sıklığının medeni durum ile ilişkisinin incelendiği pek çok çalışmada birbirinden farklı sonuçlar bulunmuştur. İtalya’da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada hiç evlenmemiş olan kişilerin TSSB açısından yüksek risk taşıdığı saptanmışken (73), bir diğer çalışmada önceden evli olanlarda (eşin ölümü veya boşanma) bu riskin daha yüksek olduğu saptanmıştır (45, 52, 74).

Simon ve ark.’nın 2002 yılında, Booth-Kewley ve ark.’nın 2010 yılında yaptıkları iki ayrı çalışmada boşanmış kişilerde evli veya hiç evlenmemiş kişilere oranla daha yüksek TSSB oranları saptanmıştır (75, 76).

TSSB prevalansının travma türüyle ilişkisi de pek çok çalışmada incelenmiştir. Bir çalışmada tecavüz, dayak, hasta bir çocuk sahibi olmak TSSB riski en yüksek travma türleri olarak saptanmıştır (51). Başka bir çalışmada ise savaşın

TSSB riski en yüksek travma türü olduğu, savaş dışı türler incelendiğinde ise ‘sevilen birinin beklenmeyen ölümü ve insan eliyle gerçekleşmiş bir vahşete tanık olmak’ TSSB riski en yüksek travma türleri olarak saptanmıştır (73). Kadın ve erkekler arasında maruz kalınan travmalardaki farklılıklar incelendiğinde erkeklerde görülen travma türünün sıklıkla çatışma yaşantısı içerirken kadınların yaşadığı travma türünün cinsel saldırı olduğu bulunmuştur (77-79).

TSSB’nin görülme sıklığının yaş ile değişkenliğinin değerlendirildiği çalışmalarda; TSSB’nin her yaşta görülmekle birlikte travmaya maruz kalma riskinin yüksek olduğu genç erişkinlikte daha sık olduğu gözlemlenmiştir (48, 74, 80, 81).

TSSB yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda, TSSB oranlarının büyük değişiklikler göstermesi birçok neden ile ilişkili olabilir. Çalışmaların bazılarında deneklerin kendi doldurdıkları ölçekler, bazılarında yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeler, bazılarında ise genel psikopatolojiyi değerlendiren anketler verilerek travmatik stres belirtilerinin tahmin edilmesi şeklinde yöntemler kullanılmıştır. Yaygınlıkla ilgili yapılan çalışmalarda ortak sorun tanıyı değerlendirmek için yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerin kullanılmaması ve örneklemelerin genelde küçük olmasıdır (82). Prevelans dönemi de (nokta, belli bir zaman dilimi ya da yaşam boyu) çalışmalarda farklılıklar göstermektedir. Ayrıca araştırmalarda incelenen travmaların tek ya da çoklu olmasının, tür ve şiddetinin değişkenliğinin de, TSSB yaygınlığının çalışmalar arasında farklı oranlarda bulunmasına sebep olduğu düşünülmektedir (83-85).

2.4. TSSB Etiyolojisi ve Patofizyolojisi

Travmatik bir olaydan sonra kimlerde TSSB gelişeceğini tam olarak tahmin etmek oldukça zordur. Aynı travmatik olayı yaşayan herkeste TSSB belirtileri ortaya çıkmadığı gibi sıradan gibi görünen ya da çoğu insan için bir felaket olarak görünmeyen birtakım olaylar, söz konusu olayın kişi için öznel bir anlamının olması nedeniyle TSSB’ye neden olabilmektedir.

TSSB’nin ortaya çıkması ve sürmesinde etkili olan birden fazla etkenin olduğu düşünülmekte ve bunlarla ilgili çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Yapılan çalışmalar ışığında TSSB oluşumuna sebep olan faktörler ve hastalığın patogenezi;

TSSB risk faktörleri, nörokimyasal faktörler, nöroendokrin faktörler, nöroanatomik faktörler, genetik faktörler, psikolojik faktörler ve travma ile ilişkili faktörler alt başlıkları altında sınıflandırılıp değerlendirilebilir.

2.4.1. Demografik Faktörler

TSSB risk faktörlerini değerlendiren Brewin ve ark.'nın yaptığı sistematik ve kapsamlı bir meta analizde aşağıdaki demografik faktörler TSSB ile ilişkili bulunmuştur (86).

- Kadın cinsiyet
- Genç yaş
- Düşük sosyoekonomik durum
- Düşük eğitim düzeyi
- Düşük zeka seviyesi^[1]
- Irk (azınlık statüsünde olmak)
- Psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması
- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması
- Çocukluk çağı kötüye kullanımı
- Daha önce travmatik olaya maruz kalmak

2.4.1.1. Cinsiyet

Kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranda TSSB görüldüğünü bildiren birçok çalışma vardır (45, 81, 87). Mollica ve ark. ve Ekblad ve ark. aldıkları örneklemelerde kadınların TSSB için daha yüksek risk taşımalarının tecavüz, eşlerinin veya çocuklarının savaş nedeniyle ölmeleri, bekar veya dul kalmalarının yarattığı ruhsal etki nedeniyle olabileceğini bildirmişlerdir (88, 89).

Kadınların TSSB'ye yatkınlığının nedenlerinin araştırıldığı çalışmalarda; kullanılan yöntem farklılıklarının, kadın ve erkeklerin farklı baş etme tarzlarının

olmasının, kadınların daha sık cinsel tacize maruz kalmalarının ve sosyoekonomik kaynaklarının daha kısıtlı olmasının etkisinin olabileceği belirtilmiştir (90).

Kadın ve erkeklerde TSSB gelişiminin değerlendirildiği her iki cinsiyet arasında fark saptanmadığı veya erkeklerde daha yüksek oranda TSSB oranlarının bildirildiği farklı çalışmalar da vardır (91, 92). Bu çalışmaların savaş ve çatışma ortamında yapılmış olmaları travmanın tipinin de cinsiyet ile ilişkili olabileceğini göstermektedir ancak örneklem sayılarının az olması ve kısıtlı sayıda çalışma bulunması bu alanda daha geniş çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir.

2.4.1.2. Yaş

Travmatik yaşam olayları ile genç yaşta karşılaşma oranlarının daha yüksek olması, özellikle kadınlarda şiddet içerikli travma olaylarına erken yaşlarda maruziyetin daha sık olması gibi sebeplerle, erken yaşın TSSB gelişimi ile ilişkili olabileceği yönünde çalışmalar vardır. Brewin ve ark. tarafından yapılan meta analizde genç yaş TSSB gelişiminde yüksek risk olarak bulunmuştur (86).

İleri yaşta daha sık TSSB geliştiğini gösteren çalışmalar da vardır. Cardoza ve ark.'nın 2000 yılında Kosova Savaşı'ndan sonra siviller ile yaptıkları, 1358 kişinin katıldığı bir çalışmada; 65 yaşından sonra TSSB oranlarının en yüksek seviyeye ulaştığı gösterilmiştir (93). Çalışmalarda kullanılan deneklerin bildirimlerine dayalı ölçekler kullanılması ve travma tipinin kontrol edilmemiş olması bu çalışmalardaki önemli kısıtlılıklardır.

2.4.1.3. Medeni Durum

Medeni durum ile TSSB arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. TSSB gibi kronik bir tablonun evlilik gibi önemli bir işlevsellik gerektiren yapıyı olumsuz etkilemesi veya boşanmış, dul ya da ayrı yaşayanların sosyal desteklerinin daha az olması nedeni ile daha fazla TSSB geliştirmeleri ile ilişkili olabilir (94). Savaşa giden askerlerden boşanmış olanlarda evli olan ya da hiç evlenmemiş olanlara oranla TSSB'nin daha sık olduğu bulunmuştur (75). Smith ve ark. 2008 yılında askerler ile yaptıkları, Simon ve ark. 2002 yılında siviller ile yaptıkları çalışmalarda da bir

önceki çalışmaya paralel olarak; evli olanlarda bekar/dul/ayrı yaşayanlara kıyasla daha az sıklıkla TSSB geliştiği bulunmuştur (76, 95).

Medeni durum ile TSSB riski arasında ilişki olmadığı yönünde yapılan çalışmalar da vardır. Palmieri ve ark. 2008 yılında savaş mağduru 1200 İsrailli sivil üzerinde yaptıkları çalışmada; TSSB risk ve dayanıklılık faktörlerini incelemişler ve TSSB gelişimi ile medeni durumun arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (96).

2.4.1.4. Irk-Etnik Köken

Travma kaynağının hasta için öznel anlamının önemi üzerinde giderek fikir birliğine varılmaktadır (97). Bireyde bu öznelliği etnik, kültürel, psikolojik, biyolojik, ailesel ve sosyal etkenlerin oluşturduğu düşünülmektedir (98). Travmanın anlamlandırılmasında etnik gruplar arasındaki farklılıklar bu öznelliği etkilemekte ve TSSB riski aynı travmatik olay için etnik gruplar arasında değişmektedir. Azınlık etnik gruba ait olmak daha yüksek TSSB riski ile ilişkilidir (86, 93). 2005 yılında Londra'daki bombalama olayından sonra beyaz olmamak ya da müslüman olmak TSSB açısından güçlü bir risk faktörü olmuştur (99). Azınlıkların daha yüksek oranda travmaya maruz kalması, riskli bölgelerde yaşamaları, yüksek oranda ölüm ve yaralanma oranları ve felaketler sonrası daha az oranda sağlık hizmetine ulaşabilmeleri, travma sonrası ruhsal hastalık gelişim riskinlerinin nedenleri olarak sayılmaktadır (100-102).

Irk-etnik köken ile ilgili çalışmalarda, belli bir coğrafi alan ve özel bir travmatik olaylara maruz kalan ve tedavi için başvuran kişilere odaklanılması bir kısıtlılık yaratmaktadır. TSSB riski daha düşük olduğu halde daha yüksek tedavi arayışının olması, klinisyenlerin TSSB oranlarını ırklar arasında farklı bulmasına sebep olabilir. Roberts ve ark.'nın Amerika'da tedavi için başvuran örneklem üzerinde yaptığı bir çalışmada gruplar arasında oluşan TSSB riski farklılığı, beyazların siyahlara oranla belirgin olarak daha fazla tedavi arayışı içinde olmaları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (103).

2.4.1.5. Geçmiş Psikiyatrik Hastalık ve Travma Öyküsü

Travmatik olaya maruz kalma; psikiyatrik bir hastalığın ortaya çıkması ve şiddetini ağırlaştırması potansiyeline sahip şiddetli bir stres etkeni olarak kabul edilmektedir. Geçmişte travmatik bir olaya maruz kalmanın kişiyi daha sonraki travmaya maruz kalma sonrası TSSB geliştirmeye duyarlı hale getirdiği kabul edilir (48, 86).

Özellikle ciddi psikiyatrik hastalığı olan bireyler ve TSSB ilişkisi ile ilgili yapılan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ciddi psikiyatrik hastalığı olan bireylerde yaşam boyu travma yaşama oranının %90'ın üzerinde olduğu bildirilmiştir (104-106). Genel toplumda ise bu oran %60-70'tir. Ciddi psikiyatrik hastalığı olan bireylerde TSSB sıklığı %29-43 arasında değişirken genel toplumda bu oran %8'dir. Bu grupta cinsel ve fiziksel kötüye kullanım sıklıkları; 1/3 ile 2/3 arasındadır. Eşlik eden ciddi bir psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerde yüksek oranlarda TSSB görülmesinin önemli nedenlerinden biri; fiziksel veya cinsel kötüye kullanım veya aşırı bir şiddete tanıklık etmenin de dahil olduğu kişilerarası şiddet deneyimi sıklıklarının yüksekliğidir. (45, 104, 105, 107, 108). Bununla birlikte, ciddi psikiyatrik hastalık ve TSSB tanısı konan bireyler; genetik risk faktörlerine ek olarak, yoksulluk, damgalanma gibi sosyal-çevresel risk faktörlerini de paylaşmaktadırlar (105, 109, 110).

Majör duygudurum bozuklukları tanısı konan bireylerde de; yaşam boyunca fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, şiddete tanıklık etme, ciddi hastalıklar ve kazalarla karşılaşma gibi travmalar ve travma sonrası stres belirtileri daha sıktır. Mueser ve arkadaşları (1998), TSSB'nin majör depresyon (%58) ve iki uçlu bozukluk (%40) hastalarında daha sık; şizoaffektif bozukluklar (%37) ve şizofrenide (%28) ise daha düşük sıklıkta olduğunu saptamışlardır (104).

Ruhsal rahatsızlığı olan kişiler kötü deneyimlerini hatırlamaya daha meyilli, ruhsal bir rahatsızlığı olmayanlar ise unutmaya ve yaşanan benzer kötü deneyimlere nedensel manalar yüklemeye daha az meyilli olabilirler (111, 112). Breslau ve ark.'nın 1200 kişi ile yaptıkları 10 yıllık bir izlem çalışmasında; önceki travmanın daha sonra maruz kalınan travma sonrası TSSB riskini, sadece önceki travmaya yanıt olarak TSSB gelişen kişilerde artırdığı bulunmuştur (113).

Önceden travmaya maruz kalma ile TSSB riski arasında ters bir ilişki olduğu ile ilgili yapılan çalışmalar da vardır. Dougall ve ark. Amerika’da bir uçak kazası sonrası ciddi yanıkları olan yaralılara müdahale eden personel üzerinde yaptıkları çalışmada; daha önce benzer bir travmatik yaşantısı olan personelin, travmaya daha önce maruz kalmayanlara göre daha düşük TSSB oranlarının olduğu ve önceden benzer bir travmaya maruz kalanlarda bir hazırlıklı olma durumunun söz konusu olduğu vurgulanmıştır (114).

Psikiyatrik hastalıkların ve geçmiş travmatik yaşam deneyimlerinin TSSB üzerine etkisi olduğu gibi, TSSB’nin de psikiyatrik hastalıklar üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri vardır. TSSB, diğer psikiyatrik hastalık gelişimlerini; TSSB ile ilişkili kaçınma, distres ve aşırı uyarılma belirtileri aracılığıyla doğrudan; madde bağımlılığı, yeniden mağduriyet ve bakıcılarla işbirliğinde zayıflık aracılığıyla da dolaylı olarak etkilediği düşünülmektedir.

2.4.2. Nörobiyolojik Faktörler

Stres sırasında çeşitli nörotransmitter sistemlerinde değişiklikler ortaya çıkmaktadır. TSSB hastalarında biyolojik faktörler olarak nöroendokrin sistem ve nörokimyasal faktörler üzerinde durulmuştur.

2.4.2.1. Nörokimyasal Faktörler

Noradrenerjik Sistem: Stres sonrası, noradrenerjik sistemin Hipotalamo-Ptüiter-Adrenal Eksen (HPA) ile birlikte biyolojik temel yanıtı oluşturduğu kabul edilmektedir. Noradrenalin; en fazla ponsa Locus Ceruleus (LC)’ta yer almaktadır. Bu çekirdek “travma merkezi” olarak adlandırılmaktadır. Korku ve alarm yanıtlarına aracılık eden LC’nın hayvanlarda tahrip edilmesi aldırılmaz bir biçimde tehlikeli davranışlar yapmalarına neden olmuştur (115, 116). Stres verici uyarandan sonra santral ve periferik noradrenalin miktarında artış beklenmektedir (117).

Travma ile ilk kez karşılaşıldığında noradrenalin sentez ve salınımında artış olur, ancak stress maruziyeti devam ederse sentezlenen noradrenalinin tüketilen noradrenalinini karşılayamadığı düşünülmektedir (118). Buna bağlı olarak,

postsinaptik adrenerjik reseptörlerde duyarlık artışı ya da upregülasyon olmaktadır. Yaşanılan travma sonrası fazla miktarda noradrenalin üretiminin olması, tekrarlayan hafif stresler karşısında bile koşullanmış bir cevap olarak kendini gösterir. LC'yi baskılayan Trisiklik Antidepresanlar (TCA), Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI), benzodiazepin, etanol ve noradrenerjik blokaj yapan klonidinin TSSB semptomlarını hafifletmesi ve katekolamin depolarını boşaltan metil tirozin, rezerpin, yohimbin ve kokain gibi ilaç ve maddelerin TSSB semptomlarını arttırması bu yolla olmaktadır (118, 119).

Dopaminerjik Sistem: Dopamin; noradrenalin gibi tirozin aminoasidinden sentezlenen ketokolaminlerdendir. Stres yaratan bir yaşantı medial prefrontal kortekste dopaminerjik sistemi aktive eder. Prefrontal kortekste ve nükleus akkumbenste dopamin metabolitlerinde artış görülür (115, 116, 120). Travma sonrasında idrarda dopamin ve metabolitlerinin arttığı rapor edilmiştir (121). Özellikle prefrontal kortekste dopamin artışının TSSB'de görülen bellek bozuklukları ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (122).

Serotonerjik Sistem: Serotonin, triptofan aminoasidinden sentezlenen bir nörotransmitterdir. Travma sonrası strese yanıtta Kortikotropin Salıcı Hormon [Corticotropin Releasing Hormone (CRH)] ve norepinefrin ile koordineli bir şekilde etki ettiği düşünülmektedir (123, 124). Klinik açıdan, sık görülen komorbid tanıların serotonerjik sistemle ilişkisinin bilinmesi, TSSB'de serotonerjik sistemin de yer aldığı düşüncesini desteklemektedir. Serotonin düzeyinde azalmanın agresyonu arttırdığı, serotonin öncülü veya agonisti ajanların da agresyonu azalttığı tespit edilmiştir (125). TSSB hastalarında ki dürtüsellik, düşmanca tutum, sinirlilik, saldırganlık, depresyon ve intihar davranışları serotonin ile ilişkilendirilmiş ve TSSB hastalarında kullanılan Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSGİ)'nin terapötik etki göstermesi ile serotoninin TSSB'de direk olmasa da rol aldığı desteklenmiştir (126).

Opioid Sistemi: Kontrol edilemeyen stres endojen opioid sisteminde bazı değişikliklere yol açmaktadır (115). TSSB hastalarında gözlenen ağrıya karşı duyarsızlık ve dissosiasyon belirtileri endojen opiatlara bağlanmış ve bir çalışmada; opioid antagonisti naloksan verildiğinde ağrıya karşı olan duyarsızlığın azaldığı

saptanmıştır (127). Van der Kolk ve ark. da benzer şekilde endojen opiyat salınımının travmaya eşlik eden dissosiasyon ve psişik uyuşmada da rol oynadığını ileri sürmüşlerdir (115). Opiyatlar LC nöronlarının ateşlenme hızını düşürmekte, böylece uyarılmayı azaltmaktadır (128). Opiyat yoksunluğunda görülen anksiyete, irritabilite, uykusuzluk, öfke patlamaları gibi belirtiler TSSB belirtilerine oldukça benzemektedir ve bu iki durum biyolojik olarak aynı etiyolojiye sahip kabul edilebilirler.

GABA ve Glutamat: γ -amino butirik asit (GABA) beyindeki temel inhibitor aminoasit, glutamat ise temel eksitator aminoasittir. Aşırı stres sonucu GABA sisteminde down regülasyon ve glutamat sisteminin etkinliğinin artmasının travmatik anıların belleğe yerleşmesinden sorumlu olduğu ve bununla izleyen dönemdeki “yeniden yaşantılama-flashbackler” ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (129).

Alkol ve benzodiazepinlerin TSSB hastalarındaki belirtilerde rahatlama sağlaması GABA ile ilgili çalışmaları artırmıştır. GABA’nın TSSB hastalarında anksiyolitik etkisinde nispeten anormallikler gösterdiği ancak bu konuda kesin ifadeler kullanmak için henüz erken olduğu düşünülmektedir. Ayrıca TSSB hastalarında görülen derealizasyon ve dissosiasyon belirtilerinin glutamatın N-metil D-aspartat (NMDA) reseptörleri ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (130).

2.4.2.2. Nöroendokrin Faktörler

Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Eksen (HPA): İnsanlarda strese cevap olarak görülen temel endokrin yanıt HPA aktivasyonudur (131). Bu aksın aktivasyonu, hipotalamusun paraventriküler çekirdeğinden portal venöz dolaşıma çıkan CRH tarafından başlatılır. CRH salınması ön hipofizden Adrenocorticotrophic Hormone (ACTH) ve β -endorfin salınmasına neden olur. Dolaşıma geçen ACTH adrenal korteksten glukokortikoid salınmasına yol açar. Glukokortikoidler, stresle başa çıkmak için gerekli kardiyovasküler tonusta artış, kaslarda enerji birikimi, bağışıklık sisteminin harekete geçirilmesi, beyin kan akımında ve bilişsel fonksiyonlarda artış gibi fizyolojik değişikliklerin ortaya çıkmasında rol alır. Bu değişiklikler de noradrenerjik sistem de glukokortikoidler ile birlikte görev almaktadır (132, 133).

Travmanın hemen ardından yapılan incelemelerde; bireylerde zamanla kortizol değerlerinin düştüğü belirtilmişse de, travmaya maruz kalınan akut dönemde kortizolün yükseldiği saptanmıştır (134).

Akut stres döneminde CRH, ACTH ve periferik kortizol düzeylerindeki artışın TSSB belirtilerinden anksiyete, korku, bellek dalgalanmaları ve aşırı uyarılmadan sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Artmış glukokortikoid konsantrasyonunun özellikle hipokampusta dendrit atrofisine ve uzun süreçlerde nöron kaybına neden olduğu düşünülmektedir. Bu şekilde tekrarlayan travmatik yaşantıların, stress aksının sürerliğine ve hipokampal volumde azalmaya sebep olduğu gösterilmiştir (135). TSSB'deki hipokampal değişikliklerin bir sonuç değil bir sebep olabileceği de düşünülmüş ve yapılan çalışmalarla birlikte bir tartışma konusu olmuştur (129).

Stres ve strese verilen biyolojik yanıtlar konusundaki genel bilgilerle uyumlu olmayacak şekilde TSSB'de kortizol seviyelerinde artış olmadığı hatta düşüş olabildiği de gösterilmiştir. Bu durum travmatik yaşantıdan aylar sonra yapılmış çalışmalarda; travmatik yanıtı HPA ekseninin kronik uyumu olarak değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda HPA'nın hipotalamik ucunda CRH salınımının, hipofizden ACTH salınımının da arttığını göstermiştir (136). Kronik TSSB olan Vietnam gazilerinde yapılan çalışmalarda ise kortizol seviyeleri düşük, deksametazon supresyon testinde de süpersupresyon olduğu ve CRH'ye ACTH yanıtlarının da anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür (137).

Stres uyarısı verilen TSSB hastalarında yapılan serebral perfüzyon araştırmalarında farklı çalışmalar farklı bölgelerde aktivasyon artışı yada azalışı olduğunu ileri sürmektedir. Değişikliklerin görüldüğü anatomik yapılar insula, singulat korteks, hipokampus, amigdala ve prefrontal kortekstir (138).

2.4.3. Nöroanatomik Faktörler

Başta talamus, hipokampus ve amigdala olmak üzere posterior singulat, görsel uzaysal süreçler ve tehdit algısının değerlendirilmesi ile ilişkili olan pariyetal ve motor korteks, anterior singulat, orbitofrontal ve daha ilkel subkortikal yanıtları inhibe ettiğine inanılan subkallozal giristan oluşan medial prefrontal korteks

TSSB'nin nöroanatomisinde rol oynamaktadır (139). TSSB hastalarındaki hipervijilans ve aşırı irkilme tepkileri amigdaladaki aktivite artışına bağlanmıştır (140).

TSSB hastalarında hipokampus hacminde ve aktivitesinde azalma olduğu ve bunun strese karşı cevapta bozulmaya neden olduğu öne sürülmüştür (141, 142). Ancak daha önce nöroendokrin faktörler bölümünde belirtildiği üzere hipokampal hacim azalmasının TSSB nedeni mi olduğu yoksa HPA aksının aktivasyonu ve kronik nöronal kayıp sonucu mu hacimde azalma meydana geldiği hala tartışma konusudur.

Rauch ve ark.'nın TSSB belirtileri olan sekiz hasta ile yaptığı Positron Emission Tomography (PET) ve Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) çalışmalarında; sağ hemisfer limbik ve paralimbik yapılar ile görme alanlarında kontrol grubuna kıyasla TSSB grubunda kan akımının arttığı, sol inferior frontal (Broca Alanı) ve orta temporal kortekste ise kan akımının azaldığı bildirilmiştir (143). Douglas ve ark. tarafından TSSB'si olan Vietnam gazilerinde yapılan bir çalışmada; sağ hipokampus hacminin kontrol grubundan daha küçük olduğu ve bunun da sözel bellekte bozukluğa yol açtığı gösterilmiştir (141).

Sonuç olarak; TSSB'de yapılan görüntüleme çalışmaları hipokampus, medial prefrontal korteks, pariyetal korteks ve anterior singülat gibi farklı beyin bölgelerindeki aktivasyon değişiklikleri ve yapısal anormalliklerin, TSSB'de ortaya çıkan semptomlarla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

2.4.4. Genetik Faktörler

Genetik etmenlerin TSSB'nin ortaya çıkmasında etkisi olup olmadığı ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Tek ve çift yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalarda TSSB belirtilerindeki farklılıklar ile genetik özellikler arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (144). Yehuda ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada Nazi soykırımından kurtulan ve TSSB tanısı olan 135 kişinin yetişkin çocuklarında, TSSB tanısı olmayanların yetişkin çocuklarına oranla TSSB'nin daha sık olduğu saptanmıştır (145). Vietnam'da görev yapan askerlerden 3000'den fazla ikiz çifti üzerinde yapılan başka bir araştırmada ise çatışmaya katılma değişkeni kontrol

edildikten sonra TSSB belirtilerinin en önemli yordayıcısının genetik etmenler olduğu saptanmıştır (146, 147). Gerçekleştirilen bu ikiz araştırmaları ve diğer çalışmalar bize genetiğin TSSB etiolojisinde etki ettiğini düşündürmekle birlikte hangi gen bölgelerinin rol aldığı ile ilgili moleküler genetik çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

TSSB, ancak travmatik bir yaşantıdan sonra tanımlanabildiği için genetik çalışma yapmak güçleşmektedir (45). Ayrıca aile araştırmalarında; aile bireylerinin hem genetik hem çevresel etmenlerinin benzer olması nedeni ile gen ve çevre etkilerinin ayrımının yapılmasında zorluklar yaşanması genetik çalışmaların bir diğer kısıtlılığı olarak bildirilmiştir (148).

2.4.5. Travma ile İlişkili Faktörler

Travmanın tipi, süresi, şiddeti, oluş biçimi gibi özellikleri TSSB gelişiminde rol alan faktörlerdir. Stresörün aniden ortaya çıkması yani kişinin hazırlıksız olması, katastrofik özellikler ve ölüm tehdidi içermesi, insanlar tarafından oluşturulması, fiziksel yaralanma ile birlikte olması, gaddarlık ve insanlık dışı bir olayı içermesi, çok sayıda kişiyi etkileyen nitelikte olması, stres kaynağı ile karşı karşıya kalma süresinin uzaması travmanın şiddetini artıran etkenler olarak sayılabilir (149).

Kadınlarda yapılan bir çalışmada; erken yaşta cinsel tacize maruz kalmanın TSSB riski için güçlü bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (150).

Savaş travması ve işkenceye mazur kalanlar ile yapılan çalışmalarda ise, her iki travmanın da yüksek TSSB oranları ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir. İşkence görme, kaçırılma, toplama kampında hapsedilme gibi travmatik yaşantıların diğer genel savaş travmalarına oranla daha yüksek oranda TSSB ve depresyona neden olduğu yapılan birçok çalışma ile bildirilmiştir (151-153).

2.4.6. Psikolojik Faktörler

2.4.6.1. Psikodinamik Teoriler

TSSB'nin psikoanalitik modeli, travmatik yaşantının çözülmemiş iç çatışmayı harekete geçirdiği varsayımına dayanmaktadır. Freud, şiddetli travmaların tüm savunma düzeneklerini aşarak ağır, acı verici şekilde yaşandığını, bastırma savunmasının yetersiz kaldığını, egonun bununla baş etme gücünün kalmadığını ileri sürmektedir. Egonun aşırı yüklenmesine neden olan travmayla ilk karşılaşan koruyucu mekanizma zorlanır ve bireyin uyum kapasitesi yıkıma uğrar. Önce disosiasyon savunmasını kullanarak kişi bu yaşantıları bilinçli alandan ayırıştırır ve bilinçdışına yerleştirir. Travmatik yaşantıyı anımsatan yeni bir travma ile tüm anılar bir kompulsiyon tarzında yeniden yaşantılanır ve kişi ilkel savunma biçimlerine regrese olur. Rahatsız edici olay ya da olayların rüyada veya dissosiyatif epizodlarla tekrar tekrar yinelenmesinde, olayı pasif olarak yaşamamanın çaresizliğinden kurtulup, travmatik olayı aktif olarak yeniden kurarak egoya uyumlu hale getirme çabası vardır (154).

2.4.6.2. Bilişsel Teoriler

TSSB'nin bilişsel modelini geliştiren Ehlers ve Clark'a göre kronik TSSB'nin ortaya çıkması, kişilerin travmayı ve travma sonrasında ortaya çıkanları değerlendirme biçimleriyle, olaya ait bellekteki travmatik anıların doğası ve bu travmatik anıların otobiyografik bellekte bulunan diğer anılarla etkileşiminin nasıl olduğuyla ilişkili görünmektedir. Travma sonrasında yoğun sıkıntı yaşayan kişiler, travmatik yaşantıyı belirli bir zaman diliminde yaşanan bir olay olarak görmemekte, geleceklerini bütünsel olarak olumsuz etkileyecek bir durum değerlendirmesi yapmaktadırlar. Travmatik olay kişiler tarafından “yaşanmış/geçmişte kalmış” olarak nitelendirilmediğinde bu travmatik olay “her an tehdit oluşturan bir olay” olarak algılanmaya devam edilir. “Dünya tehlikeli bir yerdir.” şeklinde dışsal ya da “Ben başa çıkamıyorum, gelecekte de başaramayacağım.” şeklinde içsel değerlendirmeler yapılır (145). Bu bilişsel modele göre; insanların temel varsayımlarının merkezinde; dünyanın iyi ve güvenli bir yer, dünyadaki olayların anlamlı, kişinin kendisini değerli bir varlık olarak algılaması yer alır. Bu varsayımlar kişinin dokunulmazlık

(kendisinin başına kötü olaylar gelmeyeceği) inancına yol açar. Travmatik olay bu dokunulmazlık algısını, kişinin kendisine ve dünyaya yönelik sahip olduğu temel varsayımları sarsar, kişiyi tehlike ve ölüm tehdidi ile yüzleştirir (155).

Ağır stres karşısında ortaya çıkan bilgi işlemedeki bozulma sonucu travmatik yaşantının çözülmesi mümkün olmamaktadır. Bütünlenememiş yaşantılar kolaylıkla uyarılabilmekte ve yaşamın içine karışabilmektedir. Kaygı ve korku ile birlikte kaydedilmiş yaşantılarda, duygu veya düşünce öğelerinden birini uyaran uyarılar tümünü harekete geçirmektedir. Bu genel uyarılmışlık ve arkasındaki organize olmayan biçimde yapılmış kayıt, TSSB'deki uyarılmışlık, bellek bozuklukları, impulsivite gibi belirtilerin kaynağı olarak değerlendirilmektedir (97).

Bir diğer teori; travmatik olayın bilişsel işlevler üzerine yaptığı değişiklikten ziyade kişinin hali hazırda sahip olduğu işlevlerinin TSSB gelişiminde belirleyici olduğunu savunur. Bu teorisyenler travmatik bir olayın ruhsal sorunlara yol açıp açmayacağını olayın algılanmasıyla bağlantılı olduğunu öne sürmüşlerdir. Buna göre travmatizasyonun esas kaynağı; olayın şiddeti ile baş edebilecek baş etme kaynaklarının olmadığı algısıdır (156, 157).

2.4.6.3. Davranışçı Teoriler

Davranışçı kurama göre TSSB'de; bir travmaya (koşulsuz uyaran) maruz kalan kişi, travmanın merkezinde olan olay, görüntü ve düşüncelerden ya da travmanın yakınında (koşullu uyaran) oluşan durumlardan üzüntü duyacağını öğrenir. Klasik koşullanma yoluyla korku kazanıldıktan sonra tek başına nötral uyaran ile karşılaşıldığında yine korku ve anksiyetenin yaşanması söz konusudur. Koşullanılmış uyaranlara eşlik eden anksiyeteyi azaltmak için Operant koşullanma devreye girer ve kaçınma davranışı geliştirilir (158).

2.5. TSSB Ayırıcı Tanı ve Komorbidite

Hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalar TSSB tanısı konulan kişilerin büyük çoğunluğunda en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini saptamışlardır. TSSB'de yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk gelişme riski %70

civarındadır(159).

Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, psikiyatrik bozukluklar %27.9 ile %51.9 oranında TSSB'ye eşlik etmiştir. Erkeklerde en sık görülen bozukluk alkol kötüye kullanımıdır. Bunu depresyon, davranım bozukluğu ve madde kötüye kullanımı izlemektedir. Kadınlarda ise en sık görülen bozukluk depresyon iken basit fobi, sosyal fobi ve alkol kötüye kullanımı depresyonu takip eden komorbid bozukluklardır (45).

TSSB, komorbid bozuklukların öncesinde veya sonrasında başlayabilmektedir. TSSB belirtileri geniş bir yelpaze oluşturmakta, bazı psikiyatrik bozuklukların belirtileri ile benzemekte ve ayırıcı tanıda güçlük yaşanmaktadır.

TSSB ile ayırıcı tanıda karışabilen ve komorbid olarak eşlik edebilen psikiyatrik bozukluklar şunlardır:

1. Akut Stres Bozukluğu (ASB): ASB belirtileri; DSM 5 tanı kriterlerine göre travmadan hemen sonra başlar, en az 3 gün sürer ve en fazla travma sonrası bir ay devam eder. ASB; bir aydan daha uzun sürer ve TSSB'nin tanı ölçütlerini karşılarsa tanı ASB'den TSSB'ye dönüştürülür.

2. Uyum Bozukluğu (UB): TSSB'de stres etkeni genelde yaşamı tehdit edici nitelikte iken, uyum bozukluğunda genellikle stresörün olağan dışı olması gerekmemektedir. Ayrıca uyum bozukluğunda travmatik olayı yeniden yaşantılama belirtileri görülmemektedir.

3. Depresif Bozukluklar: Genelde TSSB ile sık karışan ve birlikte görülebilen bir bozukluktur. TSSB'de yaşamın bir döneminde depresif atak geçirme oranı yaklaşık 2/3'tür (160). Uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük, konsantrasyon kaybı, önemli etkinliklere karşı ilginin ya da katılımın belirgin olarak azalması, suçluluk duyguları ve duygulanımda kısıtlılık depresyon belirtileri ile TSSB'de ortak görülebilen belirtilerdir. Bu bozukluklar birlikte bulunabileceği gibi, TSSB sonrası depresyon gelişebilir ya da geçirilmiş depresyon TSSB için yatkinlaştırıcı bir faktör olabilir. Ayırt edici özellikler aşırı irkilme yanıtı, travmatik olayın sık sık yeniden yaşanması ve travmayı hatırlatan uyaranlarla karşılaşıldığında gösterilen fizyolojik tepkiler TSSB'ye ait özelliklerdir.

4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB): TSSB belirtilerinden olan uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük, artmış otonomik uyarılmışlık, aşırı irkilme belirtileri, konsantrasyon güçlüğü ya da öfke patlamaları YAB’de de görülebilmekte ve bu nedenle sıklıkla TSSB ile karışabilmektedir. Ancak travmatik yeniden yaşantılamalar ve kaçınma belirtileri YAB’de, TSSB’nin aksine mevcut değildir. Ayrıca; TSSB’de olumsuz olan ve kişinin zihnini meşgul eden düşünceler travma ile ilgili iken, YAB’de endişeler günlük yaşam olayları ve gelecekle ilgilidir (15).

5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB): OKB’de, TSSB’ye benzer şekilde rahatsız edici anı ve düşünceler olup bunlardan kaçınma çabaları vardır. Ancak bunlar yaşanan travmatik olayla ilişkili değildir. OKB’de görülen tekrarlayıcı düşünceler genellikle uygunsuzdur (15, 97).

6. Panik Bozukluk (PB): Hem TSSB hem de PB kronik anksiyete, ani uyarılma epizodları (flashback, panik atak) ile karakterizedir. TSSB’de gözlenen yeniden yaşantılama belirtileri (flashback), PB hastalarında görülmez. Panik semptomlara sıklıkla agorafobi eşlik ederken, bu bulgu TSSB ile birlikte sık görülmez (15).

7. Organik Mental Bozukluk: Psikolojik travmayla birlikte fiziksel travmaya yol açan stresörler (kafa travması, işkence, kötü beslenme, dehidratasyon) TSSB’ye ek olarak organik mental bozukluğa neden olabilirler. Bellek bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, ilgi azlığı, konvülsif nöbetler ve demansiyel belirtiler altta yatan organik bir patolojinin olabileceğini düşündürmelidir (97).

8. Madde Kullanım Bozuklukları: TSSB ile madde kullanım bozukluklarının birlikteliği, maddenin anksiyeteyi azaltma özelliğine bağlanmaktadır. Bu durumda hem kullanılan maddenin oluşturduğu belirtilerin, hem de yoksunluk belirtilerinin TSSB belirtilerine benzemesi tanısal karışıklığa yol açmaktadır (15). TSSB’de görülen flashback’lerin; psikotik bozukluklar, delirium, madde kullanımının yol açtığı bozukluklarda görülen illüzyon, halüsinasyon ve diğer algı bozukluklarından ayırt edilmesi gerekmektedir (97).

2.6. TSSB Klinik Seyir

TSSB'nin klinik seyri travma öncesi, travma sırası ve sonrasındaki etkenlere bağılı olarak değişmektedir.

Genel nüfusta yapılan uzunlamasına alışmalar, TSSB belirtilerinin yıllarca devam etme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, TSSB tanısını karşılayan olguların 1/3'ünün on yıl sonra bile TSSB tanı kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir (45). Davidson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, TSSB geliştirenlerin %46'sında bozukluğın kronik hale geldiği belirtilmiştir (46). Özellikle yaralanmanın olduğu, tecavüz ve saldırıya maruz kalan kişilerde yapılan çalışmalarda ise TSSB'nin kronik ve yüksek oranlarda olduğu gösterilmiştir (49, 161). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Güneydoğu'da görev yapan askerlerde %5 oranında TSSB saptanmış ve bu olguların %95'inde travmayı takip eden ilk 2 ayda belirtilerin oluştuğu ve tümünün kronikleştiği bildirilmiştir (162). TSSB'nin uzun dönem izlem çalışmalarında hastaların belirti profillerine de yer verilmektedir. Ek psikiyatrik hastalığı olmayan, travma sonrası yeterli sosyal destek alabilen bireylerde belirtiler daha kısa sürede gerileme eğilimindedir. Bu bireylerde zorlayıcı düşünce ve imajların sıklığının da zamanla azaldığı ve rüyaların içeriğinin olumlu yönde değiştiği gözlenmiştir.

Green ve ark.'nın ABD'de 1972 yılında meydana gelen baraj yıkılması sonucu sel baskını yaşayan mağdurlar ile yaptığı bir çalışmada, mağdurların önemli bir kısmında felaketten 14 yıl sonra bile başta TSSB olmak üzere psikiyatrik bozuklukların devam ettiği saptanmıştır (163).

TSSB'nin prognozuza ilişkin net tanımlamalar yapmak güç olsa da bununla ilgili yapılmış kısıtlı sayıdaki çalışmalar, travmadan sonra bir ay gibi kısa bir sürede veya bazen 30 yıl kadar süren geç dönemlerde TSSB'nin ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Bu belirtiler kişiler arasında ve aynı kişide zaman içinde dalgalanmalar gösterebilmektedir (164).

Yapılan bir çalışmada; TSSB geliştiren kişilerin travmatik olaydan sonra 6. ayda %74'ünün, 12. ayda %60'nın TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı belirtilmektedir. TSSB tanısı alan kişilerde ortalama remisyon süresi 24.9 ay iken, 60 ay sonunda kişilerin üçte birinin hala TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı tespit edilmiştir. Bu

çalışmaya göre; kadın cinsiyet, ailede antisosyal davranış öyküsü, eşlik eden duygudurum ya da anksiyete bozukluğu tanısının olması ve ek tıbbi hastalıklar TSSB'nin kronikleşmesine neden olan risk faktörleri olarak sıralanabilmektedir (165). İyi prognoz ölçütleri arasında; belirtilerin hızlı bir şekilde ortaya çıkması ve kısa süreli olması, premorbid işlevselliğin iyi olması, güçlü sosyal desteğin sağlanması ve diğer psikiyatrik, tıbbi ya da madde kullanımına ilişkin bozuklukların olmaması sayılabilir (166).

Travmanın şiddeti sadece TSSB oluşumunu değil aynı zamanda bozukluğun gidişini de etkiler. TSSB demografik risk faktörlerinin tartışıldığı etyoloji bölümünde cinsiyet, yaş, ırk, medeni durum gibi değişkenlerin travmanın oluşumunda olduğu kadar klinik seyrinde de etkili olduğu bilinmektedir.

2.7. TSSB Tedavisi

Travma kişinin bedenini, ruhsal yapısını ve sosyal ilişkilerini etkiler. Bu nedenle TSSB tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektirir. Bir klinisyen travmaya uğramış bir hasta ile karşılaştığında hasta ile travma hakkında konuşmalı, olayı ve olayla ilgili durumlarını anlatmasına fırsat vermelidir. Hastaya çeşitli baş etme becerileri kazandırması gereklidir. Hasta kısa zaman içerisinde günlük işlevselliğine dönmek konusunda yüreklendirilmelidir (15). Tedavide Psikoterapi, farmakolojik tedavi veya her ikisi birlikte kullanılabilir.

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

TSSB'de kullanılan farmakolojik tedaviler; travma sonrası yineleyici şekilde gelen intruzif düşüncelerin şiddet ve sıklığını azaltmayı, koşullu aşırı uyarılmışlık yanıtını ve kaçınmaları azaltmayı, depresif duygudurumu geriletmeyi, psikotik/dissosiyatif belirtileri geriletmeyi, uyku bozukluklarını düzeltmeyi hedeflemektedir. Travma sonrası pek çok birey psikotrop ilaç kullanmayı istememektedir. Bu nedenle farmakolojik tedavi planlanan bir kişinin öncelikle tıbbi tedavinin rolünü anlamasına yardım edilmelidir.

TSSB tedavisinde kullanılan ilaçlar; Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri, Trisiklik Antidepresanlar, Monoamin Oksidaz İnhibitörleri, Nefazodon, Trazodon, Mirtazapin, Venlafaksin, Tianeptin, Lityum, Beta Blokerler, Klonidin, Benzodiazepinler, Karbamazepin, Valproik Asit olarak sınıflanabilir (167).

SSGİ, TSSB belirtilerinin çoğuna etkili olması, kolay kullanımları ve düşük yan etki profilleri sebebiyle farmakolojik tedaviler arasında öne çıkmaktadır. Yeniden yaşantılama, kaçınma, duygusal küntleşme ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin tedavisinde en geçerli ve yaygın kullanılan ilaçlardır. SSGİ'ler çift kör, plasebo kontrolü randomize çalışmalarda TSSB'de etkili bulunmuştur. Fluoksetin beş hafta boyunca günlük 40 miligram (mg) dozunda, 12 hafta boyunca günlük 30 mg dozunda plasebodan üstün bulunmuştur (168, 169). Sertralin günlük 50-200 mg doz aralığında orta-ağır TSSB'de etkili bulunmuş ve tedaviye cevap veren hastalarda 12 hafta sertralin tedavisine devam edilmiş, plasebodan daha düşük nüks oranları tespit edilmiştir (170). Marshall ve ark. tarafından paroksetinin TSSB'de etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; 12 hafta süreyle, günlük 20 ve 40 mg dozlarında paroksetinin plaseboya kıyasla anlamlı olarak semptomların gerilemesinde etkili olduğu bulunmuştur (171). İlaç tedavilerinde genellikle antidepresanlarla iyi sonuçlar alınmaktadır. Tedavi süresi akut TSSB için 6-12 ay, kronik TSSB için 12-24 aydır (97).

Trisiklik antidepresanlar; yan etkilerinin fazla olması sebebiyle TSSB'de ilk tercihler arasında yer almamakta ve kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. İmipramin ve amitriptilin ile yapılan bir çalışma; TSSB semptomlarını geriletmede her iki ilacın etkili olduğu (172, 173), desipramin ile yapılan bir çalışmada ise etkinlik olmadığı bulunmuştur (174).

Duygudurum düzenleyiciler travmatik olay sonrasında ilk haftalar ve aylarda gelişen limbik sistem duyarlanmasını azaltıcı etkiye sahiptirler. Lamotrijinin, çift-kör, plasebo kontrollü bir çalışmada TSSB'nin yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtilerine etkili olduğu bulunmuştur (175). Lityum, valproik asit, karbamazepin, okskarbazepin ve gabapentinin etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (176-181).

Bir beta blokör olan propranololün; gece kabusları, tekrarlayıcı anksiyete yaratan durumları hatırlama, sıçrama, uyku bozuklukları ve benlik saygısı üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (182).

2.7.2. Psikoterapi

TSSB’de psikoterapinin ilk basamağı psikolojik eğitimidir. Hasta yaşadığı hastalık süreci ve tedavisi hakkında bilgilendirildikten sonra gündelik yaşamda kullandığı stresle baş etme yolları, kişilerarası ilişkilerde rol değişimleri ve sorun çözme becerileri hakkında hasta ile beraber bir değerlendirme yapılmalıdır. Uygun kaynakları bulup ilişkilerdeki sorunları çözmeye, endişelerini paylaşma alanları hasta ile konuşulmalı, stresli durumlarda kullanabileceği gevşeme egzersizleri öğretilmelidir.

Kişi sorununu ve nelerin yapılabileceğini bilmek ister. Semptomları ve sendromu tanıdığımızı açıklamak kişiye anlaşıldığı mesajını iletir. Belirtilerin neden-sonuç ilişkilerinin görüşmelerde konuşulması kişinin yaşadıklarını tanıması açısından önemlidir. Ruhsal sorunların olağan üstü duruma verilen olağan, anlaşılabilir bir tepki olduğunu açıklamak, yalnız ve tek olmadığını belirtmek kişinin bu durum ile baş etmesinde yarar sağlar (97).

TSSB tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri; Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme [(Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)], Grup Terapileri ve Psikodinamik Terapiler başlıkları altında incelenebilir.

BDT; psikososyal tedaviler içinde en sık kullanılan, en etkili olduğu kabul edilen ve en çok çalışmanın yapıldığı alan olmuştur. Travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının bilişsel davranışçı terapilerin birlikte ve tek kullanımı sonrasında %70 oranında düzelmesi nedeniyle bu terapi uygulamaları birçok tedavi kılavuzu tarafından birinci basamak tedavi seçenekleri arasına alınmıştır. Bu tedaviler temelde kişiyi; travmatik olay ile değişik teknikler aracılığıyla sistematik bir şekilde yüz yüze getirmeyi ve anksiyete ile başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesini, kaçınma davranışlarının ortadan kaldırılmasını, kaybedilen kontrol duygusunun yeniden kazandırılmasını amaçlar. Bu yüzleştirmeler kişinin ya gerçek yaşamda (*in vivo*) o

ortamlarda bulunması sağlanarak yapılır ya da imgeleme (imajinasyon) tekniğiyle hayalde canlandırma yoluyla yapılır. Bu uygulamaların temel amacı, hastanın kaçındığı düşünce ve durumlarla güvenli bir ortamda yüzleştirilmesi sayesinde “duygunun işlenmesini” sağlamaktır (155). Hastaya yardımcı olan bir diğer hususun da travmayı yaşamakla, hatırlamanın farklı algılar olduğunun fark edilmesini sağlamak olduğu düşünülmektedir. Tedavi süresince ortaya çıkan kaygının azalıp tolere edilir düzeye geldiği hastaya gösterilmeye çalışılır.

EMDR, psikodinamik, bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren bir yöntemdir (182). Hastanın göz hareketleri ve el vurma (hand-tapping) gibi dışı uyaranlara odaklandığı esnada emosyonel olarak onu rahatsız eden bir imaj, düşünce ve duyumlara ardışık dozlarda odaklanması talimatı verilerek yapılan entegre bir terapi yöntemidir. Bu yöntem, travmatik hatıranın stres yapıcı doğası azalınca ve travmayla ilgili daha uygun bilişler oluşuncaya kadar tekrar edilmektedir (183).

Grup terapileri, bireyler için travmatik materyali güven, bütünlük ve empati içinde diğer travma mağdurları ile paylaşabilecekleri ideal tedavi edici bir ortamdır. Grup üyeleri, travmalarını anlayabilmeyi ve çözümleyebilmeyi başardıkları zaman sıklıkla kendilerine daha güvenli hale gelirler. Travma mağduru kişiler kendi hikayelerini anlatırken üzüntü, anksiyete ve suçluluk gibi duygularıyla doğrudan yüzleşir, aynı zamanda gruptaki diğer bireyleri dinleme, anlama ve hayatta yaşanan sorunlar ile başa çıkmayı öğrenme olanağı bulabilirler (184). Grup terapileri bir çok insanı aynı anda tedavi edebilme avantajına sahiptir ve TSSB hastalarında sık görülen reddetme/izolasyon tutumlarını azaltabilmektedir. Bilişsel süreç modeli uygulanan grup terapilerinin hem TSSB semptomları hem de depresif semptomlar üzerinde önemli bir gelişme sağladığı belirtilmektedir (185).

TSSB tanısı konulan kişiye hangi tedavi yönteminin uygulanacağı; hastanın ihtiyaçları, bozukluğun özellikleri, dış desteklerin durumu ve kültürel özelliklere göre belirlenir (97).

2.8. Psikolojik Dayanıklılık

Farklılaşan düzeylerde de olsa her birey yaşamında stresi deneyimlemekte, günlük sıkıntılardan daha ciddi düzeydeki travmatik olaylara kadar birçok stresli durumla karşı karşıya kalmakta ve bunlar bireyin iyi oluşunu olumsuz yönde etkilemektedir. Strese verilen tepkilerle birlikte stresin etkilerini azaltabilme ya da yok edebilme yetisi bireyler arasında farklılıklar göstermektedir. Stres yaratan duruma uyum gösterme, onunla etkili bir şekilde başa çıkabilme ve bu durumun etkisini kontrol ederek yeterlik gösterebilmeyi, başka bir deyişle strese verilen tepkilerin olumlu tarafını ifade eden kavram psikolojik dayanıklılık olarak adlandırılmaktadır (186). Stresli yaşam deneyimleri karşısında kişinin, çabuk uyum gösterebilme yeteneği ve travmaları atlatma durumu psikolojik dayanıklılıkları ile ilişkilidir. Olumsuzluklara rağmen mevcut zorlukları aşabilen ve beklenenden daha iyi gelişim gösteren insanların ayakta kalmalarını sağlayan özellik psikolojik dayanıklılıklarıdır (187).

Psikolojik dayanıklılık kavramının tanımı üzerinde, literatürde henüz bir fikir birliği sağlanamamıştır. Dünyada uzun yıllardır yapılan çalışmalarda psikolojik dayanıklılık kavramının değişik şekillerde tanımlamalar aldığı görülmektedir.

Psikolojik dayanıklılık konusunu inceleyen öncü niteliğindeki çalışmalardan biri Garnezy tarafından gerçekleştirilmiştir. Şizofren ebeveynlere sahip çocukların 1971-1982 yılları arasında incelendiği ve incelenen bu çocukların yetişkinlik yıllarında uyum bozuklukları sergilemedikleri, hatta yakın ilişkiler kurabilen ve sosyal becerileri gelişmiş bireyler oldukları bulunmuştur (188). Bir diğer öncü kabul edilebilecek çalışmada, doğum öncesi travma, yoksulluk, ruh sağlığı bozuk ebeveynlere sahip olma gibi değişik risk faktörlerine maruz kalan 200 çocuğun yetişkinlik yıllarında sergiledikleri uyuma yönelik tepkileri incelenmiştir. Bu çalışmada, 1955 yılından itibaren her 10 yılda bir olmak üzere toplam dört kez gözlemlenen 200 çocuktan 72'sinin yetişkinlik yıllarında normal gelişimden sapmamayı başarabildiği belirlenmiştir. Yapılan gözlemlerin sonucunda, yetişkinlik yıllarında fiziksel açıdan sağlıklı, sorumluluk sahibi, uyumlu, başarı odaklı, kolay iletişim kurabilen ve benlik saygısı yüksek bireyler oldukları anlaşılan bu çocuklar, dayanıklı bireyler olarak nitelendirilmişlerdir (189).

Psikolojik dayanıklılık genel olarak bir başarı veya uyum sağlama sürecini ifade eder (190). Bu çerçevede bir travma, bir tehdit, bir trajedi veya ailesel ve ilişkisel sıkıntılar, ciddi sağlık problemleri, işyeri ve parasal sorunlar gibi önemli stres kaynaklarına karşı, psikolojik dayanıklılık kişinin uyum sağlama süreci olarak görülmektedir (191). Diğer açıdan psikolojik dayanıklılık, zor yaşam olayları karşısında kişinin kendisini toparlama gücü veya değişimin ya da felâketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır (192, 193).

Luthans'a göre psikolojik dayanıklılık kişinin; engel, belirsizlik ve benzeri birçok olumsuz durumla karşı karşıya kaldığında gösterdiği uyum ve başarılı başa çıkabilme yeteneğidir (194).

Luthar ve arkadaşlarına göre ise psikolojik dayanıklılık, bir olumsuzluk durumu (boşanma, terör, doğal afetler, yoksulluk, bozuk aile düzeni vb.) ile karşı karşıya kalındığında koruyucu faktörler ile risk faktörlerinin etkileşimi sonucu ortaya çıkan dinamik süreç içerisinde, kişinin hayatındaki değişikliğe uyum göstermesini kapsamaktadır (3).

Rutter psikolojik dayanıklılığı olumsuz yaşam olayları veya zor koşullara uyum süreci ve sonucu olarak tanımlanmaktadır (195). Klohn ise; psikolojik dayanıklılığı tanımlarken dışsal ve içsel stresörleri tariflemiş, bunlara karşı başarılı ve esnek bir uyum sağlama kapasitesini psikolojik dayanıklılık olarak değerlendirmiştir (196).

Robitsek ve Kaushbeck'e göre psikolojik dayanıklılık, kişinin kendini değiştirme sürecinde aktif olmasını sağlayarak; duyuşsal, bilişsel ve davranışsal değişikliklerle kendini geliştirme ve biçimlendirmeye yardımcı olma durumudur. Psikolojik dayanıklılık, stres faktörü altındaki yaşam durumları ile karşılaşıldığında bireyin kendini toparlama gücünün en önemli unsurunu oluşturmaktadır (197).

Friborg ve arkadaşları ise (2005), psikolojik dayanıklılık yapısının açıklanmasında; sosyal kaynaklar, aile uyumu, yapısal stil, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve gelecek algısı olmak üzere toplam altı faktörü içeren bir yapı öne sürmektedir. Bu yapıya göre kendilik algısı, kişinin kendi farkındalığına varmasını ve gerçekte kim olduğuna yönelik düşüncelerini temel almaktadır. Sosyal kaynaklar, bireyin sosyal ilişkilerini temsil etmektedir. Aile uyumu kişinin en yakınlarıyla olan

uyumunu göstermektedir. Yapısal stil, bireyin kendine güveni, güçlü tarafları ve öz disiplini gibi bireysel özelliklerini içermektedir. Sosyal yeterlilik, kişilerin sosyal açıdan destek görüp görmediğiyle ilişkili bir etkidir. Son olarak gelecek algısı ise, kişinin geleceğe yönelik bakış açısına işaret etmekle birlikte, olumlu bakış açısı psikolojik dayanıklılık sürecinde oldukça önemlidir (198).

Psikolojik dayanıklılığın hem bilişsel hem de duygusal süreçleri içeren bir özellik olduğu, dayanıklı bireylerin, risk içeren yaşantılara maruz kaldıklarında öncelikle bilişsel bir değerlendirme yaptıkları ve sonrasında içinde bulundukları olumsuz durumla ilgili duygularını düzenlemeye yöneldikleri ileri sürülmektedir (199, 200). Bu durum, psikolojik açıdan dayanıklı bireylerin düşünce ve inançlarını değişik duruma göre yeniden yapılandırabilme becerisine sahip olduklarını göstermektedir. Bu bakımdan psikolojik dayanıklılığın, bireyleri olumsuz deneyimlerin uzantılarından koruyan bir öz düzenleme mekanizması olduğu ve yaşamı yönetebilme becerisine işaret ettiği söylenebilir (201, 202).

Psikolojik dayanıklılığın, yüksek düzeyde olumsuz yaşantılara maruz kalan bireylerde gözlenen uyum yeteneği olduğu belirtilmekte ve normal gelişime sahip bireylerin sergilediği uyumdan farklılık gösterdiği vurgulanmaktadır (203). Psikolojik dayanıklılık (resilience), olumsuz bir durum ile karşılaşıldığında; risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin etkileşimi sonucu oluşan süreçte, bireyin hayatındaki değişikliğe uyum göstermesini içermektedir (204). Bir başka ifade ile psikolojik dayanıklılık, risk ve koruyucu faktörlerin etkileşiminin sonucunda ortaya çıkan bir özellik olarak ele alınmaktadır. Aile uyumu ve desteği, dışsal destek sistemleri ve kişisel yapısal özellikler travmatik yaşantılar karşısında kişideki psikolojik dayanıklılığın işleminde önemli etkenlerdir (205). O halde, psikolojik dayanıklılığı açıklamak için risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin anlaşılmasına gereksinim duyulmaktadır.

2.8.1. Risk Faktörleri

Risk; negatif bir sonuç görülme olasılığını artıran bir ya da daha fazla faktörün ya da etkinin varlığı; bir başka deyişle, bir problemin oluşma, devam etme ya da daha kötüye gitme olasılığını artıran herhangi bir olay, durum ya da deneyim

anlamına gelmektedir (206). Risk faktörleri, bireylerin normal bir gelişim sergilemelerini engelleyen olumsuz yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Bu yaşantılar, bireylerin çocukluk yıllarından itibaren gelişim ödevlerini tamamlamalarını zorlaştırır ve yetişkinlik yıllarında ruh sağlığı bozuklukları ya da davranış problemleri geliştirmelerine yol açan koşullar yaratır (207).

Psikolojik dayanıklılıkta etkili risk faktörleri; kişiyle ilgili risk faktörleri, aile ile ilgili risk faktörleri ve toplumsal risk faktörleri olarak üç grupta ele alınabilir.

Kişisel risk faktörleri, olumsuz yaşantılara maruz kalan bireylerin etkili bir başa çıkma eğilimi sergilemelerini engelleyen ve uyum problemlerinin ortaya çıkma olasılığını arttıran kişilik özellikleri olarak tanımlanabilir. Bu bireylerin problem çözme becerilerinin gelişmediği, başa çıkma yollarından kaçmaya yönelik yatkınlıklarının olduğu, güvenli olmayan bağlanma stillerinin ve düşük düzeyde algılanan sosyal desteklerinin varlığından söz edilmektedir. Kişinin kendine güveninin az olması, kendini kontrol etme becerisinin zayıf olması, agresif kişilik yapısına sahip olması, sosyal değerlere yabancı olması ve uyumsuz davranışlar göstermesini bu kişilerde belirgin özelliklerdir. Biyolojik kişisel faktörlerden yaş faktörünün de, cinsiyet farkı gözetmeksizin yaşanan risk faktörü içerikli durumlarda önemli rol oynadığı; buna bağlı olarak küçük yaşta olan çocukların ergen ve gençlere oranla daha savunmasız ve psikolojik açıdan daha kolay etkilenebilir olduğu belirtilmiştir (208).

Toplumsal risk faktörleri olarak; düşük gelir ve eğitim düzeyi, barınma gibi temel ihtiyaçların yetersizliği, çevredeki olumlu rol modellerin eksikliği, göç gibi toplumsal olaylar ile şiddetin yaşandığı çevre içinde bulunmak sayılabilir.

Aile ile ilgili risk faktörleri ise; bireylerin olumsuz koşullar altında uyumlarını sürdürmeye yönelik çabalarına engel oluşturan ya da bireylerin olumsuz deneyimler yaşamalarına ortam hazırlayan ailesel özellikler, kalabalık aile ortamı, aile içinde birliğin olmaması, geçimsiz, ihmalkar ve istismar eğilimli ebeveynler ailesel risk faktörleri kapsamında değerlendirilmektedir. Ebeveynlerden birinin ya da her ikisinin hastalığı, ebeveynlerin boşanması, tek ebeveyne sahip olma, ebeveyn ve çocuk arasındaki sağlıklı ilişkilerin zayıflığı, aile içi şiddet de ailesel risk faktörlerindendir (209-213).

Gürgen, psikolojik dayanıklılığı etkileyen risk faktörlerini; bireysel (içsel) ve ailesel, çevresel, toplumsal (dışsal) olarak iki gruba ayırmaktadır. İçsel risk faktörleri olarak; erken doğum, kronik hastalıklar, erken anne olma, yaşamdaki olumsuz deneyimler, okul başarısızlığı vb. etkenleri ele almaktadır. Dışsal risk faktörleri olarak ise; ebeveyn hastalıkları, ilgisiz ebeveyn tutumları, toplumsal şiddet, çocuk istismarı, düşük sosyo-ekonomik düzey, evsizlik, savaş ve doğal afetler vb. faktörleri ele almaktadır (214).

Bireylerin içinde bulundukları gelişim dönemine bağlı olarak benzer risk faktörlerinden değişik yoğunlukta etkilendikleri belirtilmektedir. Bu bağlamda, bireylerin risk faktörlerinin olumsuz sonuçlarından etkilenmeye en fazla yatkın oldukları dönemin çocukluk dönemi olduğu ve risk faktörlerinin çocukların gelecekteki yaşamlarını olumsuz yönde etkileme gücü bulunduğu vurgulanmaktadır (215).

2.8.2. Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler risklerin ve kötü koşulların olumsuz etkilerini azaltan ya da ortadan kaldıran faktörlerdir. Olumsuz koşulların problem davranışlara ya da patolojik sorunlara dönüşmesini engelleyen bu faktörler olumsuz koşullar altında uyumlu bir yaşam sürdürmeyi sağlar (203, 216). Koruyucu faktörlerin bireylerle olumsuz yaşantılar arasında bir kalkan işlevi gören kişisel, ailesel ve çevresel faktörler olduğu belirtilmektedir. Kısacası, koruyucu faktörler, risk faktörleri ve psikolojik dayanıklılık arasındaki aracı süreçler olarak değerlendirilebilir (217).

Koruyucu faktörler de risk faktörleri gibi üç sınıfta gruplandırılmıştır. Bunlar; kişisel koruyucu faktörler, ailesel koruyucu faktörler ve sosyal koruyucu faktörlerdir (218). Bu faktörlerden bireylerin kendilerinden kaynaklanan kişisel koruyucu faktörler içsel faktörler olarak değerlendirilmekte iken, ailesel ve sosyal koruyucu faktörler dışsal faktörler olarak değerlendirilmektedir (219).

Kişisel faktörler biyolojik ve psikolojik olarak ayrılabilir. Bunlar arasında cinsiyet, yapılan çalışmalarda stresle başa çıkmada önemli etkenlerden biri olarak görülmektedir. Bolger ve ark. tarafından ekonomik zorluklar baz alınarak yapılan bir çalışmada; ilkokul çağındaki erkek çocuklarının kız çocuklarına oranla bu durumla

baş etmede daha çok zorlandıkları gözlemlenmiştir. Buna rağmen, ilerleyen ergenlik dönemlerinde; durumun tersine döndüğü ve kızların bu gibi problemler karşısında erkeklere göre daha zayıf olduğu belirtilmiştir (220, 221). Bir diğer özellik zekanın da kişisel bir faktör olarak psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Zeka düzeyleri normal ve normal üstü olan çocukların risk faktörleri karşısında etkili çözümler üretmede daha yetenekli oldukları ve psikolojik dayanıklılıklarının arttığı da yapılan bir çalışmada belirtilmiştir (222). Yapılan bir diğer araştırmada; duygusal zeka düzeyi yüksek çocukların, eğitimsel başarı ve yetenek testlerinde diğer çocuklara göre daha yüksek puanlar aldığı ve aynı zamanda bu çocukların psikolojik olarak daha dayanıklı oldukları bulunmuştur (223). Ayrıca, aynı doğrultuda yapılan birçok çalışmada da, psikolojik açıdan dayanıklı olan çocuk ve ergenlerin kendilerinden daha az dayanıklı olan yaşlıtlarına göre zihinsel ve akademik kabiliyetlerinin daha üst seviyede olduğu görülmüştür (224, 225).

Mizaç özellikleri de kişisel koruyucu faktörlerden birisidir. Yapılan bir araştırma, uysal ve sakin mizaca sahip çocukların, diğer çocuklara oranla stresli durumlara karşı daha fazla uyum gösterebildiğini ortaya koymaktadır (223).

Kişisel faktörlerin psikolojik dayanıklılıkta rolünü araştıran pek çok çalışmada; içsel kontrol odağı, kendine güven, umutlu olma, öğrenilmiş güçlülük, öz saygı, güvenli bağlanma, geleceğe yönelik amaç sahibi olma, maneviyat yönelimli olma, iyimserlik, öz yeterlilik, problem çözme odaklı başa çıkma stratejisi kullanma, dışa dönüklük, kaynakları etkili bir şekilde yönetebilme, aktif problem çözme becerisi, duyarlılık, bilinçlilik, atılganlık, sebatlılık, sorumluluk sahibi olma gibi özelliklerin psikolojik dayanıklılıkla ilişkili kişisel koruyucu faktörler olduğu bulunmuştur.

Dumont ve Provost tarafından yapılan bir araştırmada; psikolojik dayanıklılık özelliğine sahip ergenlerin öz saygı puanlarının, psikolojik açıdan daha az dayanıklı bireylere göre daha yüksek olduğu ve dayanıklı ergen grubunun problem çözme alanında daha etkin olduğu saptanmıştır (226). Ayrıca iyi arkadaşlık kurabilme ve bu arkadaşlığı uzun yıllar sürdürebilme becerisi de yine psikolojik dayanıklılığı olan bireylerin ortak özelliği olarak belirtilmiştir (227).

Ailesel koruyucu faktörlere baktığımızda aile ortamında, ev ortamı, bu ortamı paylaşan kişiler ve bu kişilerin özellikleri oldukça önemsenmektedir. Ev ortamı eğer aile içinde organize, yapılandırılmış, fiziksel kalabalığın olmadığı bir aile ortamı ise psikolojik dayanıklılıkla pozitif ilişki gösterebileceği ileri sürülmektedir. Ebeveynlerle kurulan olumlu ilişkiler, ilgili babaya sahip olma, eğitim düzeyi yüksek ebeveynlere sahip olma, ebeveynlerden algılanan destek, ebeveynlerin birlikte olduğu aile yapısı ve görevlerini yerine getiren, destekleyici ebeveynlere sahip olmanın psikolojik dayanıklılık ile ilişkili önemli faktörler olduğu görülmektedir. Aile bireyleri arasında yeterli özen ve en az bir aile üyesiyle yakın ilişki içerisinde olmanın da dayanıklılığı pozitif yönde etkileyeceği savunulmaktadır (228-230).

Son olarak sosyal koruyucu faktörlere baktığımızda daha çok aile dışındaki kurumların ve yetişkinlerin çocukların sağlıklı gelişimini destekleme ve çocukları olumsuz koşullardan koruma ile ilişkili rollerini görmekteyiz. Yetişkinler için de stresli olaylarla baş etmede dışsal kaynakların varlığı ve sosyal destek büyük önem arz etmektedir. Henüz erken yaşam dönemlerinde olumsuz yaşam olaylarına karşı geliştirilen stresle başa çıkma becerileri, iyimserlik, özsaygı gibi bazı kişisel beceri ve özelliklerin gelişiminde kişinin içinde bulunduğu duygusal, sosyal ve fiziksel koşulların önemli olduğu vurgulanmaktadır (231).

Özetle; psikolojik dayanıklılığı olan bireyler ortama daha hızlı uyum sağlayabilmektedir. Bireyin ortama uyum sağlaması sonraki hayatında risk faktörlerinden etkilenmemesine, psikolojik olarak dayanıklı hissetmesine ve olumlu yönde hayatını sürdürmesine yardımcı olmaktadır. Bu kişiler psikolojik olarak dayanıksız kişilere göre; daha iyimserdirler, daha iyi sosyal ve sorun çözme becerilerine, benlik saygısına ve öz yeterlilik duygusuna, akademik başarıya ve zeka düzeyine, duyarlılığa, olumlu gelecek yönelimine ve sosyal desteğe sahip kimselerdir (232).

Risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin bilinmesi travmatik bir deneyimden sonra kimlerin baş etme gücünün düşük ve TSSB gelişim riskinin yüksek olduğunun değerlendirilmesi ve uygulanabilecek önleyici psikolojik müdahale modelleri geliştirilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır.

2.8.3. Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkili Ölçme Araçları

Karmaşık bir yapıya sahip olan psikolojik dayanıklılığın ortaya çıkarılması ve ölçülmesi amacıyla literatürde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Tüm çalışmalar konuyu farklı bakış açılarıyla ele alarak, dolaylı veya doğrudan psikolojik dayanıklılık yapısını ölçmeyi amaçlamaktadır (233).

Kendine Yabancılaşma Ölçeği ve İşe Yabancılaşma Ölçeği bağlanmanın ölçülmesinde, Güçsüzlük Ölçeği ve Dışsal Denetim Odağı Ölçeği denetimin ölçülmesinde, Bilişsel Yapı Ölçeği ise meydan okumanın ölçülmesinde kullanılmıştır. Ancak Bilişsel Yapı Ölçeği ile diğer ölçekler arasında güçlü bir ilişki bulunamamış ve bu ölçek psikolojik dayanıklılığın ölçülmesinde kullanılmamıştır. 71 madde içeren Kısaltılmamış Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Unabridged Hardiness Scale) ilerleyen yıllarda geliştirilmiş, 1982 yılında ise bu ölçeğin Kısaltılmış Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (The Abridged Hardiness Scale) ve Revize Edilmiş Dayanıklılık Ölçeği olmak üzere iki kısa formu oluşturulmuştur (234).

Maddi tarafından 1987 yılında geliştirilen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ile Barton ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilen Kişisel Özelliğe Dayalı Kendini Toparlama ölçeği psikolojik dayanıklılığın bağlanma, denetim ve meydan okuma boyutlarını ayrı ayrı ele almış, üç boyut için de ham puanların hesaplanmasıyla psikolojik dayanıklılık puanı elde edilmiştir. Funk'a göre; psikolojik dayanıklılıkta bileşik ölçümlerin kullanılmasına yönelik ölçekler geliştirilmesiyle beraber, verilerin analizi, bulguların değerlendirilmesi ve yorumlanması kolaylaşmıştır (235).

Baruth Koruyucu Faktörler Envanteri (Baruth Protective Factors Inventory); psikolojik dayanıklılıkta koruyucu faktörlere odaklanarak, uyumlu kişilik, destekleyici çevre, daha az stres kaynakları ve dengeleyici tecrübeleri içeren dört koruyucu faktörün değerlendirilmesiyle psikolojik dayanıklılık yapısını ortaya çıkaran bir ölçektir (236). Connor–Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Connor–Davidson Resilience Scale) ise psikolojik dayanıklılık sürecini göz ardı ederek stresle başarılı biçimde baş etme yeteneğini ele almakta ve özellikle stres, baş etme ve uyumluluğa odaklanmaktadır (237).

Psikolojik dayanıklılığın desteklenmesinde koruyucu kaynaklara odaklanan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği [Resilience Scale for Adults (RSA)], özellikle ruhsal sağlığın tekrar kazanılması ve sürdürülmesinde temel koruyucu faktörlerin neler olduğunu belirlemeyi amaçlamaktadır(198). Bunların yanı sıra iyi bir şekilde uyum göstererek stresle baş etmedeki eğilimleri ölçmek amacıyla hazırlanan Kısa Psikolojik Dayanıklılık Baş Etme Ölçeği (Brief Resilient Coping Scale) ise, özellikle güçlü baş etme davranışlarının neler olduğunu ortaya çıkarmaktadır (238).

Son olarak Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Resilience Scale) ise psikolojik dayanıklılığı kişisel uyumu destekleyen pozitif bir kişilik özelliği olarak ele almaktadır (192). Tüm araştırmalarda ölçeklendirme, güvenilirlik, geçerlilik gibi psikometrik özellikler ile ölçeklerin diğer bilgileri Nancy ve ark. tarafından yapılan bir derlemede tablo halinde özetlenmiş (239), Basım ve Çetin tarafından 2011 yılında yayınlanan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması'nda ise tablonun Türkçe çevirisi yapılarak makalede sunulmuştur (233), (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Literatürde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Çalışmaları

Ölçek Adı	Bruth Koruyucu Faktörler Envanteri (Bruth Protective Factors Inventory) (BRFI)	Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Connor-Davidson Resilience Scale) (CD-RISC)	Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Resilience Scale For Adults) (RSA)	Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Adolescent Resilience Scale) (ARS)	Kısa Psikolojik Dayanıklılık Baş Etme Ölçeği (Brief- Resilient Coping Scale) (BRCS)	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Resilience Scale) (RS)
Araştırmacılar	Baruth & Carroll, 2002	Connor & Davidson, 2003	Friborg vd., 2003	Oshio, Kaneko, Nagamine, & Nakaya, 2003	Sinclair & Wallston, 2004	Wagnild & Young, 1993
Ölçek Madde Sayısı	16	25	37	31	4	25
Güvenilirlik	İç tutarlılığı hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı.83 olup; alt faktör değerleri şu şekildedir: uyumlu kişilik.76, destekleyici çevre.98, az stres faktörleri.55, dengeleyici deneyim.83'tür.	İç tutarlılık için ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı.89 olarak hesaplanmıştır. Test tekrar-test güvenirliği ise.87 olarak bulunmuştur.	İç tutarlılığı hesaplanmış ve alt ölçeklerin Cronbach Alfa katsayıları.67 ile.90 arasında değiştiği görülmüştür. Test tekrar-test korelasyonları ise.69 ile.84 arasında değişmektedir.	Ölçeğin tüm faktörleri arasındaki iç tutarlılık katsayıları.72 ile.75 arasında değişmektedir.	Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirliği birinci grup için.64; ikinci grup için güvenirlik değeri.68 olarak hesaplanmıştır. Test tekrar-test güvenirliği ise birinci grup için.71 olarak bulunmuştur.	Araştırmacılar önceki çalışmalarda ölçeğin alfa katsayısının.91 olduğunu belirtmişlerdir.
Geçerlilik	Kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği sağlanmıştır.	Uyuşum geçerliliği sağlanmış, ayırıcı geçerlilik sağlanamamıştır.	Yapı geçerliliği sağlanmıştır. Ayırıcı geçerlilik diğer ölçeklerle sağlanmıştır.	Yapı geçerliliği sağlanmıştır.	Kapsam geçerliliği ve yordama geçerliliği sağlanmıştır.	Kapsam geçerliliği ve eşzamanlı geçerlilik sağlanmıştır.
Faktör Sayısı	3 faktör	5 faktör	5 faktör	3 faktör	Çoklu faktör yapısı bulunamamıştır.	2 faktör
Teorik Çerçeve Temeli	Dört koruyucu faktör öne sürülmekte: uyumlu kişilik, destekleyici çevre, az stres faktörleri ve dengeleyici deneyimlerdir.	Stres, baş etme ve uyumluluk araştırması	Uyum sağlama ve bağdaşım kurma	Psikolojik dayanıklılığın artırılması araştırması	Polk'un psikolojik dayanıklılık teorisi	Psikolojik dayanıklılık yapısını destekleyen araştırma
Üstün yönleri	Ölçek özellikle eğitimciler ve danışmanlar tarafından kullanılabilir. Ters puanlanmış maddeler bulunmaktadır.	Hem genel popülasyonda hem de klinik örneklerde test edilmiştir. İyi iç tutarlılık değerlerine sahiptir.	İyi bir yapı ve ayırıcı geçerliliğe sahiptir. Ters puanlanmış maddeler bulunmaktadır.	Elde edilen sonuçlar ergen dayanıklılığı için oluşturulan yapıyı desteklemiştir.	Uygulaması kolaydır. Yeterli iç tutarlılık değerlerine sahiptir.	Çeşitli örneklem gruplarına uygulanmış ve elde edilen sonuçlar güvenirlik ve geçerlilik için yeterli kabul edilmiştir.
Zayıf yönleri	Ölçülemeyen diğer faktörler dayanıklılığı etkileyebilmektedir. Geçerlilik ve güvenirliğin farklı çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.	Dayanıklılığın özelliklerini ölçmekle birlikte dayanıklılık sürecini ele almamaktadır. Uygulama ve puanlama prosedürleri açık olmalıdır.	Bulguların farklı örneklem gruplarında test edilmesi gerekmektedir.	Bulguların farklı örneklem gruplarında test edilmesi gerekmektedir.	Güvenilirlik değerleri düşüktür. Uygulama ve puanlama prosedürleri açık olmalıdır.	Farklı kültürlerde ifadelerin anlatımları için pilot çalışmalara gerek bulunmaktadır. Uygulama ve puanlama prosedürleri açık olmalıdır.

2.9. Savaş ve TSSB

Son bir kaç yüzyıl içinde meydana gelen büyük savaşlar etkilenen bireyler üzerinde psikolojik açıdan önemli etkiler yapmıştır. Savaşlar sırasında tıbbi olarak açıklanamayan bir takım belirti ve bulgular ortaya çıkmıştır ancak bunlar tanısız olarak sınıflandırılmamış ve savaş sendromları ya da savaş stress reaksiyonları adı altında tanımlanmaya çalışılmıştır. I. Dünya Savaşında 750.000 kişinin, II. Dünya Savaşında 530.000 kişinin psikiyatrik açıdan etkilendiğinin anlaşılması, konu üzerindeki dikkatleri arttırmıştır. Bu oran 1973 Arap-İsrail savaşının ilk günlerinde %60'lara çıkmışsa da, genelde %6-36 arasında olmuştur (26, 240).

Vietnam Savaşı sonrası bu alanda artan araştırmalar belirti ve bulguların tek spektrum içinde toplanabileceğini göstermiştir. Böylece ilk kez 1980 yılında savaş stres reaksiyonları TSSB başlığı altında DSM-III içerisinde yer almıştır. DSM-IV maruz kalınan psikolojik travmanın özelliklerini gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisi ya da bir başkasının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olmak şeklinde tanımlamıştır. Böylece TSSB psikolojik travma odaklı bakıldığında eşsiz bir tanı kategorisi olarak psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılma sistemine dahil edilmiştir (26).

Çağımızda TSSB taraması ve tanısı için kullanmakta olduğumuz ölçme envanterlerinin pek çoğu savaş travmalarını analiz etmek için geliştirilmiştir. Kore savaşında yer alan 5352 Koreli askerin katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada savaştan elli sene sonra TSSB seviyesinin %17 olduğunun tespit edilmesi, savaşın neden olduğu problemlerin ciddiyeti ve kalıcılığı hakkında önemli bir görüş ifade etmektedir (241).

İnsanlık tarihinin savaşlar ile tanımlandığı ve günümüzde de savaşların hala devam ettiği göz önünde bulundurulduğunda asker ve sivil daha pek çok bireyin savaş stresi ile karşı karşıya kalacağı ortadadır (26). Savaş esnasında insanın temel haklarının güvence altına alınması güçleşir, toplumda ve kişide hem fiziksel hem ruhsal pek çok sorun meydana gelir. Kişilerde şiddet ve saldırganlık davranışlarında artış, temel insani ilkelerin kaybedilmesi, bireyin şahsına ve bağlantılı olduğu çevreye yabancılaşması, güven duygusunu yitirmesi ve gelecek nesillerin sağlıklı

ruhsal gelişimlerinde olumsuz etkiler yaratması savaşın olası sonuçlarındandır. Savaş ardından TSSB'nin sıklığı savaş sona erdikten seneler sonra da normal çevreye göre yüksek olabilmektedir (242).

2.10. Irak İç Savaşı ve Türkmen Mülteciler

Türkmenler Irak'ta bin yılı aşkın bir zamandan beri varlık göstermektedirler. Arap ve Kürtlerden sonra Irak'ta yaşayan üçüncü etnik grup olan Türkmenler, ülkenin kuzey ve orta bölgesinde yaşamaktadırlar. Güncel nüfus bilgileriyle ilgili güvenilir istatistiksel veriler yoktur. Etnik nüfusa değinilen 1965 sayımına göre Irak'ta yaşayan Türkmen sayısının 500.000 civarında olduğu belirtilmiştir (243). Irak nüfus artış hızı dikkate alındığında bu sayının günümüzde iki milyonun üzerinde olması beklenir (244).

Türkmenler günümüzde Musul, Erbil, Kerkük, Diyala ve Selahattin illerinin sınırları ile başkent Bağdat'ın birkaç mahallesine dağılmış olarak bulunmaktadır. Türkmenlerin yaşadıkları bu bölgeler, kuzey doğudan güney batıya kadar bir şerit şeklinde Irak'ın kuzey batısındaki Telafer'den güney doğusundaki Mendili'ye kadar uzanmaktadır. Bu hat Irak'ta yaşayan Kürtlerle Arapların arasında tampon görevi görmektedir. Türkmenlerin çoğu Müslüman olup, %27'si Şii, %77'si Sünni mezhebine bağlıdır. Sünniler de kendisi içerisinde Hanefi ve Şafi mezheplerine ayrılır. Ancak bu ayrım Türkmenleri bölmemektedir. Bir ailenin içerisinde Şii ve Sünni bireyleri görmek gayet normaldir. Bulundukları bölgeye göre Türkçe veya Arapça konuşulmaktadır. Okuma yazma oranları %90 dolaylarındadır (245).

Irak'ta Türkmenlerin yaşadığı bölgeler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1- Kerkük: Kerkük şehri, Türkmenlerin en önemli yerleşim yeri olmasının yanı sıra onların sembolü durumundadır. Kerkük tarihte 'Kerhini' ve 'Kerhine' adlarıyla da anılmıştır. İslam tarihine de Hicret'in 5. yüzyılında girmiştir. 'Kerkük' adı ise Türkmenlerin Irak'ta kurduğu Karakoyunlu Devleti döneminde, başka bir deyişle Hicret'in 7. yüzyılında tanınmıştır.

2- Erbil: Erbil şehri Türkmenlerin eski yerleşim merkezlerinden biridir. Irak'ın kuzeyinde bulunan Erbil, kuzeyden Türkiye ve doğudan da İran ile sınırlıdır.

1438 yılında da Türkmenlerin kurduğu Karakoyunlu Devleti'nin yönetimine girmiştir. Türkmenler sayı olarak Erbil'de çoğunlukta olmalarına rağmen şehrin etrafındaki Kürt köylerinden göçler nedeniyle zamanla ikinci duruma düşmüşlerdir.

3- Selahattin: 1976 yılına kadar kentte Türkmenlerin varlığının bulunmadığı söylenmektedir. Ancak Kerkük şehrinde Tuz Hurmatu ve El-Beyyat köyleri, 1976'da kurulan Selahattin kentine idari olarak dahil edilmiştir. Şu anda Türkmenler, Tuz Hurmatu ve El-Beyyat köylerinde yaşamaktadırlar.

4- Musul: Irak'ta ikinci büyük kent sayılan Musul, önemli merkezlerden biridir. Musul da bir Arap ve Irak Türk şehridir. Nineva olarak da bilinen doğu Musul'da 250 bin Irak Türkü yaşamaktadır. Türkmenler, Türkiye'den 70 km uzaklıkta olan Musul'da kuzey ve kuzey batıya uzanan hatta, Telafer'in doğusundan ve Sincar'ın güneyinden başlayarak yerleşmişlerdir.

5- Telafer: Türkiye'de genelde ismi az duyulan, az bilinen Telafer, aslında Türkmenler için çok önemlidir. Telafer'in nüfusu neredeyse tamamen Türkmenlerden oluşur. 300.000 Türkmenin yaşadığı Telafer, Musul iline aittir ve dünyanın en büyük ilçelerinden biridir. %92'si Türk olan ve 200'den fazla köyü bulunan Telafer, Musul'dan 70 km uzaklıktadır. Telafer'de, El-Beyat, Alabay, Seyitler, İlhanlılar, Muratlı, Şeyhler, Babalar, Çulaklar, Çelebiler gibi önemli Türkmen aşiretleri bulunmaktadır.

Irak İç Savaşı ve Türkmen mültecilere değinmeden önce bu alanda sık kullanılan iki kavram olan göç ve mültecilik kavramlarına kısaca değinmek gerekmektedir.

Göç, insanların tek başına ya da grup halinde bir yerden başka bir yere hareket etmeleri olarak tanımlanabilir. Konu üzerine sosyolojik araştırmalarda bulunan Cemal Yalçın göçü, “ekonomik, siyasi, ekolojik veya bireysel nedenlerle, bir yerden başka bir yere yapılan ve kısa, orta veya uzun vadeli geriye dönüş veya sürekli yerleşim hedefi güden coğrafik, toplumsal ve kültürel bir yer değiştirme hareketi” olarak tanımlamaktadır (246).

İkinci kavram olan mülteci sözcüğüne baktığımızda ise; II. Dünya Savaşı sonrası Avrupa sınırları dâhilinde meydana gelen mülteci sorunlarını çözmeye yönelik hazırlanan Birleşmiş Milletler'in 1951 Cenevre Sözleşmesi'ne göre "ırkı,

dini, milliyeti, belli bir sosyal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri nedeniyle zulüm göreceği konusunda haklı bir korku taşıyan ve bu yüzden ülkesinden ayrılan ve korkusu nedeniyle geri dönemeyen veya dönmek istemeyen kişi"lere mülteci denildiği görülmektedir (245).

Irak'ta 2003 yılına kadar süren PKK tehdidi, aynı yıl Mart ayında meydana gelen Amerika'nın Irak müdahalesi ile yerini farklı sorunlara bırakmıştır. İşgal sonrası yönetimde söz sahibi olan Kürtler ve Araplar, daha önceki politikaların devamı niteliğinde Türkmenleri yok saymaya devam etmişlerdir. Devam eden savaşlar ve etnik baskılar nedeniyle Türkmen nüfusun bir bölümü Türkiye'ye ve başka ülkelere göç etmeye başlamışlardır.

2014 yılının başında; kendilerine Irak Şam İslam Devleti (İŞİD) adını veren terör örgütünün Irak'ın Anbar vilayetinde yapmış olduğu saldırılarla başlayan süreç Haziran ayında daha ciddi bir boyut almıştır. İŞİD terör örgütünün saldırıları ve işgali sonucunda 1 Ocak'tan 31 Mayıs'a kadar olan süreçte günde ortalama 540 aile yerinden edilmiştir. Operasyonların hız kazandığı 2014 Haziran ayının birinci gününden 31 Temmuz'a kadar olan dönemde ise günde ortalama 1341 aile ve 1 Ağustos ile 6 Ağustos arasında ise günde ortalama 2317 aile Irak'ta yerlerinden edilmiştir. Uluslararası Göç Örgütü'nün yapmış olduğu araştırmaya göre İŞİD operasyonlarından dolayı 2014 yılının başından 3 Eylül 2014 tarihine kadar olan süreçte Irak genelindeki 1634 yerleşim biriminden yaklaşık 1,8 milyon Türkmen, Yezidi, Hristiyan, Şebek ve Sünni Arap yerlerini terk etmek zorunda kalmıştır (247).

İŞİD terör örgütünün Irak'ta yarattığı bu sıkıntılı süreç hem Irak'taki günlük yaşamı hem de Irak halkını derinden etkilemiştir. İŞİD 6 Haziran tarihinde Irak'ın ikinci büyük kenti Musul'a ani bir saldırı düzenlemiş ve 10 Haziran 2014 tarihinde Musul'u tamamen ele geçirmiştir. Musul'un İŞİD tarafından işgal edilmesinden sonra bölge halkından yaklaşık 500 bin kişi göç etmiştir. Musul'dan kaçan 300 binden fazla kişi Irak Kürt Bölgesel Yönetimi'ne göç etmiştir. Türkmenler, Musul'un İŞİD tarafından ele geçirilmesinden sonra Musul'un ilçe ve köylerinden göç etmeye başlamıştır (247).

İŞİD, 15 Haziran'da Musul'a bağlı Irak'ın en büyük ilçesi olan ve Türkmenlerin çoğunluk olarak yaşadığı Telafer'i ele geçirmiştir. Bunun üzerine

ilçeden yoğun bir Türkmen göçü başlamıştır. IŞİD Telafer'i ele geçirdikten hemen sonra yaklaşık 125 bin Telafer'li Türkmen Sincar bölgesine göç etmiş ve burada zor şartlar altında yaşam mücadelesi vermeye başlamıştır. Türkiye büyük bir çoğunluğu Sincar ilçesine sığınan Türkmenlere yardım tırları göndermiştir. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından gönderilen yaklaşık 80 ton gıda yardımı Sincar'daki Türkmenlere dağıtılmıştır. Ayrıca AFAD, Türk Kızılayı, Türk-İş ve Memur Sen'in destekleriyle 24 Haziran tarihinde "Telafer'e El Uzat" sloganıyla başta Telaferli Türkmenler olmak üzere Irak'ta yaşanan çatışmalardan etkilenen tüm gruplar için bir yardım kampanyası başlatılmıştır. Telafer'de yaşanan bu kaos ortamı sonrası yerlerinden edilen Türkmenlerin bir kısmı da Türkiye'de çeşitli şehirlere göç etmişlerdir. Ankara'ya 2014 yılından beri göç eden ailelerden Mamak Bölgesi'ne yerleşen yaklaşık 500 Türkmen ailesine gönüllü sivil toplum kuruluşlarınca yardım ulaştırılmaya çalışılmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacı, araştırmada yer alan kişilerin özellikleri, araştırmanın amaçlarını gerçekleştirmek için izlenen yöntem ve kullanılan gereçlere ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.1. Örneklem

Bu çalışmaya; IŞİD'in Irak'ta gerçekleştirdiği terör olaylarının ardından artan iç savaş olayları sonrası, Musul merkez veya Telafer'de yaşayan, evlerini terk etmek zorunda kalan ve ülkemize göç eden Irak'lı Türkmenlerin alınması planlandı.

Ankara'nın Mamak bölgesine yerleşen ve yaklaşık 500 aile oldukları bilinen mülteciler, her aileden en fazla bir kişiyle olmak üzere gönüllü vakıfların yardım çadırlarında, Mart-Mayıs 2017 tarihleri arasında görüşmeler yapılarak çalışmaya alındı. Görüşülen kişiler çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri açısından değerlendirildi ve toplam 101 mülteci çalışmaya dahil edildi. Çalışmanın değerlendirme aşamasında kişiler TSSB tanı kriterlerini karşılayıp karşılamama durumlarına göre önce iki gruba ayrıldı. Her iki grubun sosyodemografik özellikleri ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında ilişki olup olmadığı ile ilgili karşılaştırma yapıldı. Ayrıca TSSB tanısını geçmişte karşılayıp şimdi TSSB tanısını karşılamayan hastalar ile, TSSB tanısını alan ve hala semptomları devam eden hastalar psikolojik dayanıklılıklarının düzeyi ve dayanıklılık ile ilişkili alt grupları açısından değerlendirildi.

Bu araştırmaya alınan bireylerin; katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış ve yazılı onamları alınmıştır.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- 1) 18 - 70 yaş arasında olmak

- 2) Irak'ta IŞİD'in terör operasyonları sonrasında artan iç savaş sonrası Türkiye'ye gelmiş olmak
- 3) Türkçe okuduğunu anlayacak ve yazacak düzeyde dil yeterliliğinin bulunması
- 4) Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul etmek
- 5) Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak

3.1.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

- 1) Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- 2) Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim veya dil probleminin bulunması
- 3) Alkol veya madde kullanım bozukluğu olması
- 4) Eşlik eden; zeka geriliği, demans, organik mental bozukluk ve zihinsel süreçleri etkileyebilecek herhangi bir nörolojik ya da psikiyatrik hastalık olması
- 5) İç savaş öncesi başka sebeplerle (ticari faaliyet, öğrenim görme vb.) Türkiye'ye göç edilmiş olunması

3.2. Yöntem

Mart-Mayıs 2017 tarihleri arasında Türkmen mültecilere yardım dağıtmak amacıyla kurulan gönüllü vakıf çadırlarına gidilerek mülteciler ile klinik görüşmeler yapıldı. Çalışma boyunca 170 kişi ile görüşme yapıldı ancak bu kişilerden 44'ünün araştırmada kullanılacak ölçekleri doldurmaya yetecek düzeyde dil bilmemesi, dört tanesinin geçirilmiş kraniyel operasyon ve organik mental bozukluk öyküsünün olması, 10'unun iç savaş öncesi başka sebeplerle Türkiye'ye göç etmesi ve 11'inin de çalışmaya katılmak istememesi sebebiyle toplam 101 kişi çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirilen 101 kişi ile deneyimli bir klinisyen tarafından klinik görüşme yapıldı. Katılımcılara çalışma

hakkında bilgi verildi, bilgilendirilmiş onam formunu okuyarak doldurmaları istendi. Sosyodemografik bilgileri içeren veri formu klinisyen tarafından görüşme sırasında dolduruldu.

“Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği [Clinician-Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS)]” ve “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği [Resilience Scale for Adults (RSA)]” tüm katılımcılara uygulandı. CAPS klinisyen tarafından, RSA ise katılımcı tarafından dolduruldu. Belirtilen ölçekler dışında katılımcılara herhangi bir başka ölçek, laboratuvar tetkiki veya müdahalede bulunulmadı.

3.3. Çalışmada Kullanılan Gereçler

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bir formdur (Bkz. EK-1). Hastanın ismi, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, Türkiye’ye göç etme tarihi, birlikte göç edilen kişi sayısı, göç öncesi ve sonrası çalışma durumu, maddi geliri gibi sosyodemografik özellikleri içermektedir.

Bunun yanı sıra kişinin göç öncesi ve sonrası barınma, yiyecek ve su temini, giyecek, ısınma, tıbbi yardıma ulaşma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanma durumları, savaş süresince yakın kaybı yaşayıp yaşamadığı, bedensel bir yaralanmaya maruz kalıp kalmama durumu da psikolojik dayanıklılık ve travma gelişimi açısından önemli olduğu düşünülerek sosyodemografik veri formu içinde öğrenilmiştir.

Formun sonunda katılımcıların varsa fiziksel ek hastalıkları, daha önceki psikiyatri başvuruları ve tedavileri, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü sorulmuş ve veriler kaydedilmiştir. Sosyodemografik veri formu görüşmeci tarafından katılımcılara uygulanmıştır.

3.3.2. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği [Clinician-Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS)]

CAPS gerek araştırma, gerekse klinik ihtiyaçlara uygun olarak hazırlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur. Savaş, doğal afet, trafik kazaları, işkence, cinsel taciz ve tecavüz gibi travmalara bağlı TSSB belirtilerinin değerlendirilmesi ve herhangi bir tedavinin etkinliğinin izlenmesi için yaygın olarak kullanılan güvenilir ve geçerli bir araçtır. Blake ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması Aker ve ark. tarafından yapılmıştır (248, 249).

Klinik görüşme ardından CAPS puanlaması yapılırken genel olarak hastanın ifade ettiği bilgiler bizim için esas teşkil eder. Ancak, sonuç puanının belirlenmesinde hastadan alınan bilgilerin yanı sıra, görüşmecinin bu bilgilere güveni ve hastanın görüşme sırasındaki davranışlarını da içeren genel bir değerlendirme de yapılır.

Ölçekteki soruların 17'si TSSB belirtilerini değerlendirirken, diğer 8 soru "TSSB'ye Eşlik Eden Belirtiler" başlığı altında yer almaktadır. Ölçekte;

- A. Travmatik olay
- B. Yeniden yaşama belirtileri (madde: 1-5)
- C. Kaçınma ve küntleşme belirtileri (madde: 6-12)
- D. Artmış uyarılmışlık belirtileri (madde: 13-17)'ni sorgular.

Her madde beşli likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Sorgulanan belirtinin sıklık ve şiddetine göre her bir soruya 0-4 arası bir puan verilir. Puanlama dereceleri ekte sunulmuştur (Bkz. EK-2, EK-3). Toplam ölçek puanı her belirtinin sıklık ve şiddetinin toplanması sonucu elde edilir, "en düşük: 0 ve en yüksek: 136" puan arasında değişmektedir. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az bir, şiddetinin ise en az iki olduğu durumlarda, yani o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanı en az 3 olduğunda belirti "var" olarak kabul edilmektedir. En az bir tekrar yaşantılama belirtisi, üç kaçınma veya küntleşme belirtisi ve iki tane de uyarılmışlık belirtisinin varlığıyla TSSB tanısı konabilmektedir.

CAPS; niteliksel bir değerlendirmeye de olanak veren, şimdi ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurabilen bir ölçektir. Bunların dışında, ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirmeye göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve TSSB şiddetinin global değerlendirilmesiyle ilgili sorular da yer almaktadır.

3.3.3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği [Resilience Scale for Adults (RSA)]

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği; Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye uyarlaması ise Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılmıştır (233).

Friborg ve ark.'nın 2003 yılında yaptıkları ilk çalışmada ölçek; kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olmak üzere beş boyutu içermekteydi (4). Bundan iki yıl sonra Friborg ve ark. ölçeğin altı boyutlu yapısıyla psikolojik dayanıklılık modelini daha iyi açıkladığını gösterdi ve 'kişisel güç' boyutu 'kendilik algısı' ve 'gelecek algısı' biçiminde ikiye ayrılarak toplam altı boyutlu bir yapı ortaya çıktı (198).

Ölçek altı alt boyutta toplam 33 maddeden oluşmaktadır (Bkz. EK-4). Her bir alt boyut ve ölçekte bunlarla ilgili soru maddeleri yanlarında aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

a) Kendilik algısı: Bireylerin, yeteneklerine güvenme, kendine güvenme, öz yeterlilik, pozitif bakış açısı gibi özelliklerden oluşmaktadır. Ölçekte ilgili maddeler: 1,7,13,19,28,31'dir.

b) Gelecek algısı: Geleceği planlama kabiliyeti, geleceğin gerçekçi algısı, geleceğe iyimser bakmak ve hedef odaklı olmak ile ilişkili özelliklerdir. Ölçekte ilgili maddeler: 2,8,14,20'dir.

c) Yapısal stil: Bireylerin hedef odaklı, kurallara ve rutinelere bağlı, kendi zamanını organize edebilme yeteneği ve planlı yaşayabilme durumlarını ifade eder. Ölçekte ilgili maddeler: 3,9,15,21'dir.

d) Sosyal yeterlilik: Mizah, dışa dönüklük, esneklik, dostluk kurmak gibi özelliklerden oluşmaktadır. Ölçekte ilgili maddeler: 4,10,16,22,25,29'dur.

e) Aile uyumu: Aile üyelerinde bulunan ortak zevkler, sadakat, geleceğe ortak iyimser bakış açısı, uyum, paylaşılan değerler, aile ile eğlenebilme, birlikte güzel vakit geçirebilme durumlarını ifade eder. Ölçekte ilgili maddeler: 5,11,17,23,26,32'dir.

f) Sosyal kaynaklar: Sosyal destek, aile dışında önemli birinin desteği, cesaret verme, bağlılık hissi, ihtiyaç duyulduğunda yardım etme, takdir edilme gibi durumları ifade eder. Ölçekte ilgili maddeler: 6,12,18,24,27,30,33'dür.

Ölçeğin sağ ve sol tarafında olumlu ve olumsuz özellikler rastgele dönüşüm gösterecek şekilde sıralanmıştır. Buradaki amaç; önyargılı tutumlardan katılımcıları uzaklaştırabilmektir. Yanıtlar için ise bu özellikleri içeren cümleler arasında beş ayrı kutucuk yerleştirilmiştir (233). Şematik biçimde yapılan değerlendirmede psikolojik dayanıklılığın yüksek veya düşük ölçülmesinde puanlama şekli serbest bırakılmıştır. Ölçeğin belirlenmiş bir minimum ve maksimum puan aralığı ya da kesme puanı bulunmamaktadır.

RSA'da bulunan soruların bir kısmı ters kodlanmıştır. Bu çalışmada, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiğinden, cevap kutucukları soldan sağa doğru "1-2-3-4-5" olarak puanlanmıştır. Bu görüş dikkate alınırsa ölçekteki "1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33" numaralı sorular ters sorular olarak kabul edilmiş ve puanlama yapılırken bu sorulara verilen yanıtlar soldan sağa doğru "5-4-3-2-1" olarak değerlendirilmiştir.

Geçerlilik güvenilirlik çalışmalarında iç tutarlılığın değerlendirilmesinde kullanılan ve Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, ölçekteki maddeler doğru-yanlış olacak şekilde puanlanmadığında, 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığında, kullanılması uygun olan bir tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (250, 251).

RSA'nın 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, iç tutarlılığı değerlendirmek amacıyla çalışmadaki her iki örneklem için alt boyutların Cronbach Alfa değerleri ile madde toplam puan bağıntı katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı çalışılan her iki örneklem grubunda 0,86 olarak hesaplanmıştır (233).

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırma verileri “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher's Exact Testi uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Tüm ölçüm sürekli değişkenlerin normal dağılım göstermediği saptandı. Sürekli değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında ise Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Etik Kurul Onayı: Yapılan bu araştırmanın etik ilkelere uygun olup olmadığının değerlendirilmesi için Şubat 2017 tarihinde Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na müracaat edilmiştir. İlgili kurul tarafından yapılan değerlendirme sonucu; 08.03.2017 tarihli ve E-17-1294 sayılı yazıda; çalışmanın etik açıdan uygun görüldüğüne oy birliği ile karar verildiği bildirilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formları da alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın istatistiksel bulguları üç başlık altında ele alınmıştır. Birinci bölümde, araştırmadaki bağımlı ve bağımsız değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortaya konmuş, ikinci bölümde ise TSSB tanısı ile sosyodemografik değişkenler ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Son kısımda ise; RSA'nın tüm çalışma grubunda iç tutarlılığı değerlendirilmiştir.

4.1. Örneklemenin Sosyodemografik ve Diğer Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamında; IŞİD'in Irak'ta gerçekleştirdiği terör olaylarının ardından artan iç savaş olayları sonrası, Musul merkez ve Telafer'de yaşayan, evlerini terk etmek zorunda kalan ve ülkemize göç eden, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 101 Irak'lı Türkmen mülteci değerlendirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların 52 (%51.5)'sinin kadın, 49 (%48.5)'unun erkek olduğu, Türkiye'ye minimum bir ay, maksimum 48 ay, median olarak 15 ay (%25 percentil: 6 ay - %75 percentil: 24 ay) önce geldikleri, bir evde ortalama minimum iki, maksimum 19 kişi, median olarak ise sekiz kişi (%25 percentil: 6 ay - %75 percentil: 11 ay) yaşadıkları saptanmıştır.

Örneklemimizin yaş dağılımı normal dağılıma uymamaktadır ve 18-68 aralığında değişmektedir. Katılımcıların cinsiyete göre yaş dağılımları Tablo 4.1'dedir.

Tablo 4.1. Cinsiyete göre yaş dağılımları

	n	Yaş Dağılımı	p-değeri*
Cinsiyet			
Erkek	49	28.5 (%25 percentil) 37 (median) 44.5 (%75 percentil)	0.092
Kadın	52	25 (%25 percentil) 35 (median) 39.7 (%75 percentil)	

n: kişi sayısı; %: yüzde; *: Mann Whitney U testi

Araştırmaya dahil edilen 101 katılımcının göç öncesi ve göç sonrası çalışma durumları incelendiğinde 52 kadından 48 (%92.4)'inin çalışmadığı, 2 (%3.8)'sinin esnaflık yaptığı, 1 (%1.9) kişinin doktor olduğu ve hastanede memur statüsünde çalıştığı, 1(%1.9) kişinin de işçi olarak bahçe işlerinde çalıştığı bulunmuştur. 49 erkek katılımcıdan 22 (%44.9)'sinin memur olduğu, 16 (%32.7)'sinin esnaflık yaptığı, 6 (%12.2) kişinin işçi olduğu, 2 (%4.1) kişinin geçici süreli taşımacılık işinde çalıştığı, 1 (%2.0) kişinin öğrenci olduğu, 2 (%4.1) kişinin ise çalışmadığı saptanmıştır. Kadınların 47 (%90.4)'sinin göç sonrası çalışmamaya devam ettiği, 2 (%3.8) kişinin işçi olarak fabrikada çalıştığı, 2 (%3.8) kişinin günübirlik temizlik işleri yaptığı ve doktor olan 1 (%2.0) kişinin ise gönüllü olarak doktorluk yapmaya yardım çadırlarında devam ettiği tespit edilmiştir. Erkeklerin göç sonrası çalışma durumları incelendiğinde; 22 (%45.0)'sinin çalışmadığı, 20 (%40.8)'sinin işçi olduğu, 6 (%12.2)'sinin esnaflık yaptığı ve 1 (%2.0) kişinin ise Irak'tan emekli olduğu ve geçimini emeklilik maaşı ile sağladığı bulunmuştur.

Örnekleimizi oluşturan mültecilerden 2 (%2.0)'si ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü (annede demansiyel bozukluk, kardeşte panik bozukluk) olduğunu bildirmiştir. Ayrıca katılımcılardan 10'u kadın ve 15'i erkek olmak üzere toplam 25 (%24.8)'inde fiziksel bir hastalık (diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, gastik ülser, migren, koroner arter hastalığı, romatoid artrit ve diğer) teşhisi olduğu ve düzenli ilaç kullanımlarının olduğu saptanmıştır. Tüm katılımcıların Müslüman ve Sunni mezhebe ait olduğu, hiçbir katılımcıda madde ve alkol kullanımının olmadığı bulunmuştur. Örneklemin sosyodemografik diğer özellikleri ve cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 4.2'dedir.

Tablo 4.2. Örneklemin sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

	Erkek	Kadın	Toplam	p-değeri*
	n	N	n (%)	
Göç Edilen Yer				
Telafer	33	37	70 (69.3)	0.678
Musul Merkez	16	15	31 (30.7)	
Medeni Durum				
Evli	38	44	82 (81.2)	0.454
Bekar	10	6	16 (15.8)	
Dul	1	2	3 (3.0)	
Eğitim Durumu				<0.001
İlkokul	6	24	30 (29.7)	
Ortaokul	12	21	33 (32.7)	
Lise	15	6	21 (20.8)	
Üniversite	16	1	17 (16.8)	
Bedensel yaralanma				0.111
Evet	3	0	3 (3.0)	
Hayır	46	52	98 (97.0)	
Savaşta yakın kaybı				0.266
Evet	12	18	30 (29.7)	
Hayır	37	34	71 (70.3)	
Daha önce psikiyatri başvurusu				0.118
Evet	0	4	4 (4.0)	
Hayır	49	48	97 (96.0)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık				0.14
Evet	2	0	2 (2.0)	
Hayır	47	52	99 (98.0)	
Göç öncesi çalışma				<0.001
Çalışıyor	47	4	51 (50.5)	
Çalışmıyor	2	48	50 (49.5)	
Göç sonrası çalışma				<0.001
Çalışıyor	27	5	32 (31.7)	
Çalışmıyor	22	47	69 (68.3)	
Fiziksel hastalık				0.185
Evet	15	10	25 (24.8)	
Hayır	34	42	76 (75.2)	
Sigara Kullanımı				<0.001
Evet	17	0	17 (16.8)	
Hayır	32	52	84 (83.2)	

n: Kişi sayısı; %: Yüzde; *Kikare, kikare varsayımının karşılanmadığı durumda ise Fisher's Exact test kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen 101 kişinin temel ihtiyaçlarının göç öncesi ve sonrası karşılanma durumları incelenmiştir. Sosyodemografik veri formunda ihtiyaçlara ulaşmada zorluk için sorulan “hiç, biraz, bazen ve sıklıkla” soruları “0, 1, 2 ve 3” olarak puanlanmış, puanlamada skor artışı, ihtiyaçların teminindeki güçlüklerin artışı olarak yorumlanmıştır. Temel ihtiyaçlar “kalacak yer, yiyecek, su, giyecek, ısınma/klima, tıbbi yardıma ulaşma, iletişim araçlarına ulaşma” temini

olmak üzere yedi başlık altında değerlendirilmiştir. Göç sonrasında göç öncesine kıyasla kalacak yer temininde 42.6 kat, yiyecek temininde 14.1 kat, su temininde 21.2 kat, giyecek temininde 19.2 kat, ısınma/klima temininde 16.9 kat, tıbbi yardıma ulaşmada 7.9 kat ve iletişim araçlarına ulaşmada 21.5 kat daha fazla zorluk yaşandığı tespit edilmiştir. Göç öncesi ve göç sonrası temel ihtiyaçların karşılanmasına ilişkin veriler Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Göç öncesi ve göç sonrası temel ihtiyaçların karşılanma durumları

	Göç Öncesi n (%)	Göç Öncesi Toplam Puan	Göç Sonrası n (%)	Göç Sonrası Toplam Puan	p- değeri*
Kalacak yer temininde zorluk (0-3)					
Hiç	98 (97.0)	5	4 (4.0)	213	0.000
Biraz	2 (2.0)		17 (16.8)		
Bazen	0 (0.0)		44 (43.6)		
Sıklıkla	1 (1.0)		36 (35.6)		
Yiyecek temininde zorluk (0-3)					
Hiç	93 (92.1)	13	5 (5.0)	184	0.000
Biraz	5 (5.0)		33 (32.7)		
Bazen	1 (1.0)		38 (37.6)		
Sıklıkla	2 (2.0)		25 (24.8)		
Su temininde zorluk (0-3)					
Hiç	97 (96.0)	7	12 (11.9)	149	0.000
Biraz	1 (1.0)		40 (39.6)		
Bazen	3 (3.0)		38 (37.6)		
Sıklıkla	0 (0.0)		11 (10.9)		
Giyecek temininde zorluk (0-3)					
Hiç	96 (95.0)	8	9 (8.9)	154	0.000
Biraz	2 (2.0)		46 (45.5)		
Bazen	3 (3.0)		30 (29.7)		
Sıklıkla	0 (0.0)		16 (15.8)		
Isınma/Klima temininde zorluk (0-3)					
Hiç	93 (92.1)	11	5 (5.0)	186	0.000
Biraz	5 (5.0)		29 (28.7)		
Bazen	3 (3.0)		44 (43.6)		
Sıklıkla	0 (0.0)		23 (22.8)		
Tıbbi yardıma ulaşmada zorluk (0-3)					
Hiç	75 (74.3)	32	4 (4.0)	253	0.000
Biraz	22 (21.8)		5 (5.0)		
Bazen	2 (2.0)		28 (27.7)		
Sıklıkla	2 (2.0)		64 (63.4)		
İletişim araçlarına ulaşmada zorluk (0-3)					
Hiç	98 (97.0)	6	16 (15.8)	129	0.000
Biraz	1 (1.0)		54 (53.5)		
Bazen	1 (1.0)		18 (17.8)		
Sıklıkla	1 (1.0)		13 (12.9)		

n: kişi sayısı; %: yüzde; *: Wilcoxon signed-ranked test

Araştırmaya dahil edilen 101 mülteçiden 26 (%25.7)'sının hayat boyu TSSB tanı kriterlerini karşıladığı, bunlardan 9 (%8.9) tanesinin TSSB semptomlarının hala devam ettiği (TSSB Şimdi grubu), 17 tanesinin ise TSSB semptomlarının gerilediği ve değerlendirme sırasında artık tanı kriterlerini karşılamadığı bulunmuştur.

4.2. TSSB Tanısı ile Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

4.2.1. TSSB Hayat Boyu Tanısı Alan ve Almayanlarda Sosyodemografik Değişkenlerin İncelenmesi

Araştırmaya katılan ve TSSB hayat boyu tanı kriterlerini karşılayan 26 kişinin 15 (%57.7)'inin kadın, 11 (%42.3)'inin erkek, yaş ortalamalarının median 37, göç tarihlerinin median 14 ay, birlikte yaşanılan kişi sayısının median 8 olduğu bulunmuş, TSSB tanısı almayanlar ile aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.611$).

TSSB hayat boyu tanısını alanlar ile TSSB tanısı almayanların medeni durumları, göç öncesi yaşadıkları yerler, eğitim durumları, göç öncesi ve göç sonrası çalışma durumları, göç öncesi ve göç sonrası maddi gelirleri, göç öncesi ve sonrası temel ihtiyaçlarının temini, savaş sırasında yakın kaybı, bedensel yaralanma, fiziksel hastalık, daha önce psikiyatri başvurusu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve sigara kullanımları başlıkları altında sosyodemografik verileri incelenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. TSSB hayat boyu tanısı alan ve almayanlar arasında sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi

	TSSB HAYAT BOYU TANISI ALANLAR	TSSB TANISI ALMAYANLAR	
	n (%)	n (%)	p-değeri*
Cinsiyet			
Kadın	15 (57.7)	37 (49.3)	0.502
Erkek	11 (42.3)	38 (50.7)	
Medeni Durum			
Evli	19 (73.1)	63 (84)	0.205
Bekar	5 (19.2)	11 (14.7)	
Dul	2 (7.7)	1 (1.3)	
Göç Edilen Yer			
Telafer	21 (80.8)	49 (65.3)	0.141
Musul Merkez	5 (19.2)	26 (34.7)	
Eğitim Durumu			
İlkokul	9 (34.6)	21 (28.0)	0.101
Ortaokul	6 (23.1)	27 (36.0)	
Lise	9 (34.6)	12 (16.0)	
Üniversite	2 (7.7)	15 (20.0)	
Göç öncesi maddi gelir			
0-200 dolar	0 (0.0)	1 (1.3)	0.263
200-500 dolar	5 (19.2)	26 (34.7)	
500-1000 dolar	16 (61.5)	28 (37.3)	
1000-2000 dolar	3 (11.5)	15 (20.0)	
2000 dolar ve üstü	2 (7.7)	5 (6.7)	
Göç sonrası maddi gelir			
0-200 dolar	7 (26.9)	23 (30.7)	0.682
200-500 dolar	17 (65.4)	41 (54.7)	
500-1000 dolar	2 (7.7)	9 (12.0)	
1000-2000 dolar	0 (0.0)	2 (2.7)	
2000 dolar ve üstü	0 (0.0)	0 (0.0)	
Göç öncesi çalışma			
Çalışıyor	12 (46.2)	39 (52)	0.865
Çalışmıyor	14 (53.8)	36 (48)	
Göç sonrası çalışma			
Çalışıyor	8 (30.8)	24 (32)	0.687
Çalışmıyor	18 (69.2)	51 (68)	
Bedensel yaralanma			
Evet	2 (7.7)	1 (1.3)	0.162
Hayır	24 (92.3)	74 (98.7)	
Savaşta yakın kaybı			
Evet	13 (50)	17 (22.7)	0.009
Hayır	13 (50)	58 (77.3)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık			
Evet	2 (7.7)	0 (0.0)	0.06
Hayır	24 (92.3)	75 (100.0)	
Fiziksel hastalık			
Evet	7 (26.9)	18 (24.0)	0.766
Hayır	19 (73.1)	57 (76.0)	
Sigara Kullanımı			
Evet	6 (23.1)	11 (14.7)	0.366
Hayır	20 (76.9)	64 (85.3)	
Daha önce psikiyatri başvurusu			
Evet	2 (7.7)	2 (2.7)	0.258
Hayır	24 (92.3)	73 (97.3)	

n: Kişi sayısı; %: Yüzde; *: Kikare, kikare varsayımının karşılanmadığı durumda ise Fisher's Exact test kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen tüm katılımcıların CAPS skorları ile göç öncesi ve göç sonrası temel ihtiyaçlara ulaşmada yaşadıkları zorluk arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelenmiş, CAPS skorları TSSB şimdi ve hayat boyu için değerlendirilen sıklık ve şiddet toplam puanlarının, göç sonrası ihtiyaçlara ulaşmada yaşanan zorluk arttıkça anlamlı olarak artış gösterdiği bulunmuştur ($p=0.034$) (pozitif korelasyon). Ancak korelasyon katsayılarının düşük olması ($r=0.211$) göz önünde bulundurulduğunda değişkenler arasındaki korelasyonun zayıf olduğu görülmektedir. CAPS skorları ile temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 4.5’de sunulmuştur.

Tablo 4.5. CAPS skorları ile göç öncesi ve göç sonrası temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		GS İHTİYAÇ TOPLAM	GS-GÖ İHTİYAÇ FARK
CAPS (TSSB Şimdi Toplam Skoru)	r*	.204	.217
	p-değeri	.041	.029
	n	101	101
CAPS (TSSB Hayat Boyuna Toplam Skoru)	r*	.251	.211
	p-değeri	.011	.034
	n	101	101

r: korelasyon katsayısı; n: kişi sayısı; CAPS: Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stress bozukluğu ölçeği; GÖ: göç öncesi; GS: göç sonrası; *: Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

4.2.2. TSSB Hayat Boyu Tanısı Alan ve Almayanların Psikolojik Dayanıklılık İlişkisinin İncelenmesi

Örnekleminizde psikolojik dayanıklılık düzeyleri toplam ve altı alt grupta ayrı ayrı değerlendirilmiştir. RSA skorları normal dağılıma uymadığı için verilerin analizinde non parametrik testler kullanılmıştır.

101 katılımcının toplam RSA skorları median: 104 olarak bulunmuştur. Alt gruplarda ise; RSA-Kendilik Algısı skorları median: 18, RSA-Gelecek Algısı skorları median: 8, RSA-Yapısal Stil skorları median: 13, RSA-Sosyal Yeterlilik skorları median: 19, RSA-Aile Uyumunu skorları median: 21, RSA-Sosyal Kaynaklar skorları median: 25 olarak bulunmuştur. Katılımcıların gelecek algısı skorlarının en düşük ve sosyal kaynak skorlarının en yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum TSSB hayat boyu tanısı alan ve almayan grupta da geçerli olmuş, en yüksek ve en düşük alt grup puanları benzer saptanmıştır.

TSSB hayat boyu tanısı alan 26 hastanın toplam RSA skorları median: 104.5 olarak saptanmıştır. Bu kişilerin alt grup skorları ise; RSA-Kendilik Algısı skorları median: 18, RSA-Gelecek Algısı skorları median: 8, RSA-Yapısal Stil skorları median: 12, RSA- Sosyal Yeterlilik skorları median: 19, RSA-Aile Uyumunu skorları median: 21, RSA-Sosyal Kaynaklar skoları median: 23.5 olarak bulunmuştur.

TSSB tanısı almayan 75 kişi incelendiğinde; toplam RSA skorlarının median: 104, RSA-Kendilik Algısı skorlarının median: 18, RSA-Gelecek Algısı skorlarının median: 8, RSA-Yapısal Stil skorlarının median: 13, RSA-Sosyal Yeterlilik skorlarının median: 19, RSA-Aile Uyumunu skorlarının median: 21, RSA-Sosyal Kaynaklar skolarının median: 25 olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; TSSB hayat boyu tanısı alan 26 kişinin ve TSSB tanısı almayan 75 kişinin psikolojik dayanıklılıkları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.709$).

TSSB tanısı alan hastaların psikolojik dayanıklılıkları ile travma şiddeti arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla, 26 hastanın RSA ve CAPS skorları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizinde; RSA'nın kendilik algısı, gelecek algısı, aile uyumu, sosyal kaynaklar alt gruplarında CAPS skorları ile negatif bir korelasyonun olduğu saptanmıştır. Ayrıca RSA Toplam puanları ile CAPS skorları arasında da anlamlı olarak bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.001$, $r=-0.622$). Buna göre TSSB gelişen kişilerde psikolojik dayanıklılık arttıkça travmanın şiddetinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. TSSB tanısı alanlarda CAPS Skorları ile Psikolojik Dayanıklılık arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK		TSSB HAYAT BOYU TANISI ALANLARDA (n=26) TOPLAM CAPS SKORLARI
<i>RSA Kendilik Algısı</i>	r-değeri	-.493
	p*-değeri	.010
<i>RSA Gelecek Algısı</i>	r-değeri	-.471
	p*-değeri	.015
<i>RSA Yapısal Stil</i>	r-değeri	-.159
	p*-değeri	.436
<i>RSA Sosyal Yeterlilik</i>	r-değeri	-.208
	p*-değeri	.308
<i>RSA Aile Uyum</i>	r-değeri	-.564
	p*-değeri	.003
<i>RSA Sosyal Kaynaklar</i>	r-değeri	-.426
	p*-değeri	.030
<i>RSA Toplam</i>	r-değeri	-.622
	p*-değeri	.001

RSA: Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği; CAPS: Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stress bozukluğu ölçeği; r: korelasyon katsayısı; *: Spearman korelasyon analizi

Araştırmaya dahil edilen tüm katılımcıların RSA skorları ile göç öncesi ve göç sonrası temel ihtiyaçlara ulaşmada yaşadıkları zorluk arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelenmiş, RSA toplam puanlarının, göç sonrası ihtiyaçlara ulaşmada yaşanan zorluk arttıkça anlamlı olarak azalma gösterdiği bulunmuştur ($p=0.002$) (negatif korelasyon). Ancak korelasyon katsayısı ($r=-0.310$) CAPS skorlarında olduğundan daha yüksek olmakla birlikte hala düşük olduğu için, CAPS skorları ile olduğundan daha güçlü olsa da bu korelasyonun da güçlü olmadığı tespit edilmiştir. RSA skorları ile temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili istatistikler Tablo 4.7’de dir.

Tablo 4.7. RSA toplam skoru ile göç öncesi ve göç sonrası temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		GS İHTİYAÇ TOPLAM	GS-GÖ İHTİYAÇ FARK
RSA Toplam	Korelasyon Katsayısı	-.376	-.310
	p* değeri	.000	.002
	n	101	101

RSA: Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği; n: kişi sayısı; GÖ: göç öncesi; GS: göç sonrası; *: Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

4.2.3. TSSB Şimdi Tanısı Alanlar ile TSSB Hayat Boyu Tanısı Alan ve Semptomları Düzelenler Arasında Psikolojik Dayanıklılık İlişisinin İncelenmesi

TSSB hayat boyu tanısı alan 26 kişinin 17 (%65.4)'sinin semptomlarının zaman içinde gerilediği ve değerlendirme sırasında TSSB tanı kriterlerini karşılamadıkları görülmüştür. 9 (%34.6) kişinin ise TSSB semptomlarının devam ettiği saptanmıştır. TSSB semptomları devam edenlerin (TSSB şimdi), TSSB semptomları gerileyen, değerlendirme sırasında TSSB hayat boyu tanısı aldığı halde TSSB şimdi tanısı almayan kişiler ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca TSSB şimdi tanısı alanların TSSB tanısı hayat boyu almayanlar ile de psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki incelenmiş ve üç grup arasında istatistiksel olarak psikolojik dayanıklılıkları açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0.685$). Tablo 4.8'de gruplar arası psikolojik dayanıklılık karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 4.8. TSSB şimdi tanısı alanların, TSSB tanısı almayan ve TSSB hayat boyu tanısı alan ancak şimdi TSSB olmayanlar ile psikolojik dayanıklılıklarının karşılaştırılması

TSSB TANISI HAYAT BOYU ALMAYANLAR	RSA TOPLAM SKORLARI	
	n	75
	Median	104.0000
	Percentil %25	95.0000
	Percentil %75	111.0000
TSSB ŞİMDİ TANISI ALANLAR	n	9
	Median	105.0000
	Percentil %25	94.5000
	Percentil %75	112.0000
TSSB HAYAT BOYU TANISI ALAN, ŞİMDİ TSSB OLMAYANLAR	n	17
	Median	104.0000
	Percentil %25	90.0000
	Percentil %75	110.0000
p*	0.685	

n: kişi sayısı; %: yüzde; *: Kruskal Wallis testi

4.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Testinin İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

Örneklemimizde; hem RSA'nın altı ayrı alt grubu için hem de toplam Cronbach Alfa katsayısını hesaplanmış ve örneklem grubunda toplam Cronbach Alfa katsayısı 0.903 olarak bulunmuştur. RSA alt grupları için hesaplanan Cronbach Alfa katsayıları Tablo 4.9'dadır.

Tablo 4.9. RSA alt grupları ve toplam Cronbach Alfa katsayısı değerleri

RSA	Soru Sayısı	Cronbach Alfa katsayısı
Kendilik algısı	6	0.821
Gelecek algısı	4	0.803
Yapısal stil	4	0.403
Sosyal yeterlilik	6	0.817
Aile uyumu	6	0.822
Sosyal kaynaklar	7	0.803
TOPLAM	33	0.903

RSA: yetişkinler için psikolojik dayanıklılık testi

5. TARTIŞMA

Mültecilik kavramı tarihte uzun yıllardır var olan, günümüzde de dünya genelinde giderek artan bir problem haline gelen, insanların evlerini terk etmelerine sebep olan bir durumdur. Mülteciler etnik kökenleri, politik, dini inanç ve sosyal aktiviteleri nedeni ile kendi devletleri tarafından zulüme, baskıya maruz bırakılmış ve savaştan kaçmışlardır. Mültecilerin gerek göç öncesi, gerekse göç sonrası ve sonrasında pek çok travmaya maruz kaldıkları, ruhsal açıdan zorlandıkları ve bunlarla baş etmeye çalıştıkları kabul edilebilir. Literatürde mülteciler ve ruhsal hastalıklarının incelendiği çeşitli çalışmalar mevcuttur (252).

Çalışmamızın sosyodemografik verileri cinsiyet, yaş dağılımı, medeni durum açısından daha önce yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Sırbistan, Makedonya, Kosova, Bosna Hersek ve Hırvatistan olmak üzere beş ayrı ülkenin katıldığı, savaş sonrası ruhsal hastalıkların değerlendirilmesi amacıyla yapılan 3313 kişilik geniş katılımlı bir çalışmada, katılımcıların %53.9-57.0 arasında kadın olduğu, evli olma oranlarının %66.1-%76.7 aralığında, bekar olma oranlarının ise %13.2-%26.2 arasında değiştiği bulunmuştur (253). ABD'ye göç eden Kosovalı göçmenler üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların ortalama yaşlarının 35, evli olma oranlarının %86.6 olduğu bulunmuştur (254).

Çalışmamızda sosyodemografik verilerin cinsiyete göre değerlendirilmesinde; eğitim düzeyinin, göç öncesi ve göç sonrası çalışma durumlarının ve sigara kullanımının erkeklerde kadınlara olanlara literatürle uyumlu şekilde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Mültecilerle ilgili daha önce yapılan çalışmalarda eğitim seviyesinin, çalışma durumlarının cinsiyet ayrımı olmaksızın tanımlandığı, cinsiyete göre bir kıyaslama yapılmadığı görülmüş, bu veriler literature ışığında önceki çalışmalar ile kıyaslanamamıştır (86). Ancak incelenen Türkmen mültecilerin kültürel özellikleri, dini inançları ve erkek egemen toplum yapıları göz önünde bulundurulduğunda kadınların daha düşük eğitim seviyesi ve çalışma oranlarının olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamıza dahil edilen 101 mültecede hayat boyu TSSB görülme oranı %25.7 (%57.7 kadın, %42.3)'dir. Irak'ta uzun yıllardır travmaya neden olacak çok sayıda olay yaşandığı, pek çok insan bu olaylardan etkilendiği halde özellikle TSSB sıklığını inceleyen epidemiyolojik bir çalışma literatürde bulunmamaktadır. 2009 yılında Alhasnawi ve ark. tarafından Irak'ta ruhsal hastalıkları taramak amacıyla yapılan epidemiyolojik bir çalışmada TSSB yaşam boyu görülme oranı %2.5 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bulunan TSSB görülme oranı, bu çalışmaya kıyasla oldukça yüksektir. Alhasnawi ve ark.'nın yaptığı çalışmada; ülkeyi terk edenlerin, evsizlerin, görüşme yapılamayacak düzeyde ağır hastalığı bulunanların vegidilemeyecek kadar tehlikeli bölgelerde yaşayanların çalışma dışı bırakılması TSSB görülme oranının düşük çıkmasına neden olabilir.

Dünyada mültecilerle yapılan çalışmalarda TSSB görülme sıklığı %3-80 gibi geniş bir aralıkta değişmektedir (255, 256). Çalışmamızdakine benzer oranlar; Kosovalı mültecilerle yapılan TSSB sıklığının %23.5 bulunduğu veHırvatistan'da yaşayan 534 Bosnalı mülteci ile yapılan TSSB sıklığının %26.3 olarak bulunduğu iki ayrı çalışmada bildirilmiştir (257, 258).

Mültecilerle yapılan ve katılımcılara kendilerini değerlendirdikleri ölçekler verilerek yapılan çalışmalarda %60.5-%71 aralığında değişen yüksek oranlarda TSSB görüldüğü dikkat çekmiştir (254, 259, 260). Çalışmamızda %25.7 olan TSSB prevalansının bu çalışmalara kıyasla daha düşük çıkmasına, TSSB tanısının yapılandırılmış, uygulanması için uzun süre gerekli bir ölçek olan CAPS ile konulmuş olması neden olabilir.

Savaş travması ve diğer travma mağdurlarıyla yapılan çalışmaların çoğunda, erkeklerin travmaya daha çok maruz kalmalarına rağmen kadınlarda daha yüksek oranlarda TSSB görüldüğü bildirilmektedir (48, 257, 261). Travma tipinin TSSB gelişiminde riski değiştirdiğini ve kadınların erkeklere göre farklı travma tipleri ile karşılaştıklarını, bu nedenle TSSB gelişiminin kadınlarda daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Buna karşı; Breslau ve ark. travma tipi benzer olduğu halde kadınlarda erkeklere kıyasla yaklaşık iki kat fazla oranda TSSB geliştiğini bildirmişlerdir (262). Alpak ve ark.'nın Türkiye'de bulunan Suriyeli mülteciler ile yaptıkları çalışmada ise; daha önceki çalışmalara benzer şekilde TSSB görülme oranı

kadınlarda (%46.2), erkeklere (%21.2) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (263). Çalışmamızda daha önce yapılan çalışmalara benzer şekilde TSSB görülme riski kadınlarda %28.8 (15 kişi), erkeklere %22.4 (11kişi) kıyasla daha yüksek oranda bulunmuş olsa da istatistiksel olarak bu farklılık anlamlı değildir ($p=0.502$). Travma şiddetinin yüksek olduğu seçilmiş gruplarda TSSB gelişiminde kadın erkek farkının azaldığı görüşüne benzer şekilde çalışmamızda Irak'ta aynı bölgeden gelen, aynı etnik kökene ait ve aynı travmaya maruz kalan seçilmiş bir grup ile çalışılmış olması cinsiyetler arası farklılığın azalmasının nedeni olabilir (264).

TSSB gelişimi ile medeni durumun değerlendirildiği çalışmalarda TSSB'nin boşanmış/dul olanlarda daha yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmiştir (97, 265). TSSB gibi kronik bir tablonun evlilik gibi önemli bir işlevsellik gerektiren yapıyı olumsuz etkilemesi veya boşanmış/dul/ayrı yaşayanların sosyal desteklerinin daha az olması nedeni ile daha fazla TSSB geliştirmeleri bu durumla ilişkilendirilmiştir (94). Yapılan bazı çalışmalarda ise medeni durum ile TSSB gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (266). Bizim çalışmamızda da TSSB olan ve olmayan grup arasında medeni durum arasında bir farklılık saptanamamıştır. Çalışmamızda boşanmış/dul kişi sayısının çok az (toplam üç kişi) olması ve örneklemin büyük çoğunluğunun evli olması, medeni durum TSSB ilişkisinin değerlendirilmesinde açısından bir kısıtlılıktır.

Çalışmamızda; göç öncesi ve sonrası maddi gelir ile göç öncesi ve sonrası çalışma durumunun TSSB ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Alpak ve ark. yaptığı çalışmada; göç sonrası çalışma durumları değerlendirilen mültecilerden TSSB olan ve olmayanlar arasında çalışma durumları açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. (263). Literatürde bu iki değişkenin TSSB gelişimine etkisinin incelendiği detaylı bir çalışma bulunamamıştır.

Savaş sırasında bedensel yaralanma katılımcıların çok az bir kısmında (%2.9) saptanmış ve TSSB gelişimi ile ilişkili bulunmamıştır. Örneklem sayısının artırılması durumunda bu ilişkinin değişebileceği düşünülmekte ve bu durum çalışmanın bir kısıtlılığı olarak kabul edilmektedir.

Savaş travmaları ve diğer travmaların birlikte değerlendirildiği bir derlemede; daha önce psikiyatrik hastalık öyküsünün ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmasının TSSB gelişiminde risk faktörleri olduğu bildirilmiştir (86, 267). Ülkemizdeki mülteciler ile yapılan bir çalışmada da; benzer şekilde psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün TSSB olanlarda olmayanlara kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğunu saptanmıştır (263). Çalışmamızda TSSB olmayan grupta ailede psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmaz iken TSSB olan grupta iki kişide (%7.7) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardır ($p=0.06$). Bunlardan birisi demansiyel bozukluk, diğeri ise panik bozukluktur. Psikiyatri başvurusu ve psikiyatrik hastalık öyküsü ise; TSSB tanısı alan iki kişi ve TSSB tanısı almayan iki kişi olmak üzere dört kişide saptanmış olup istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.258$). Araştırmamıza dahil edilen Türkmenlerin tıbbi olanaklara ulaşmada göç öncesinde de zorluklar yaşaması, özellikle psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri konusunda kısıtlı bilgilerinin olması, kendilerinde ve ailelerinde psikiyatrik tanı ve tedavi alma oranlarının düşük olmasına neden olabilir.

Silahlı çatışmalar nedeni ile ülke içinde yer değiştirmek zorunda kalan Kuzey Ugandalı kişilerle yapılan bir çalışmada; aile üyelerinden birinin veya yakın bir arkadaşın beklenmeyen ölümü TSSB gelişimi ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (268). Blair ve ark. tarafından savaş sonrası UTAH'da yaşayan Kamboçyalı göçmenlerde yapılan bir çalışmada, beklenmedik şekilde bir aile üyesini kaybetmenin hem TSSB hem de major depresyon gelişimiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (269). Çalışmamızda; TSSB olanların %50'sinde, TSSB olmayanların %22.7'sinde savaşta yakın kaybı olduğu saptanmış olup, istatistiksel olarak yakın kaybının TSSB gelişimiyle ilişkili olduğu saptanmıştır ($p=0.009$) ve bu veri literatürde daha önce yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda katılımcıların total CAPS skorları ile TSSB gelişiminde etkisi olduğu bilinen barınma, giyecek ve yiyecek temini, tıbbi yardıma ve iletişim araçlarına ulaşma gibi temel ihtiyaçların sağlanması arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre göç sonrası temel ihtiyaçların temininde yaşanan zorluk arttıkça CAPS skorları da artmaktadır ($p=0.01$, $r:0.251$). Daha önce yapılan çalışmalarda da, benzer şekilde düşük sosyal düzey ve maddi gelire sahip olanların; sosyal desteklerinin de

düşük olduğu, ihtiyaçlarının temininde zorluk yaşadıkları ve bu durumun TSSB gelişiminde artırıcı etkisinin olduğu saptanmıştır (48, 270).

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık puanları incelendiğinde TSSB tanısı alan ve almayan grupta benzer olarak en düşük puanları gelecek algısının, en yüksek puanları ise sosyal kaynağın aldığı bulunmuştur. Psikolojik dayanıklılıkta sosyal desteklerin varlığı oldukça önemlidir. Literatürde psikolojik dayanıklılık ile travma ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda; dayanıklılığın sosyal destekler ile ilişkisi özellikle vurgulanmış ve yüksek sosyal desteği olanlarda daha düşük TSSB geliştiği bildirilmiştir (271, 272). Örneklemimizin ülkelerinde iç savaşın devam etmesi ve geleceğe yönelik belirsizlik düşüncelerinin devam etmesi gelecek algısındaki düşük skorların nedeni olabilir. Öte yandan birlikte göç edilmiş olması, Türkiye’de sivil toplum kurumlarınca maddi ve sosyal destek çalışmalarının devam etmesi psikolojik dayanıklılıklarındaki sosyal kaynak skorlarının yüksek olmasının nedeni olarak gösterilebilir.

Çalışmamızın temel hipotezlerinden birisi olan; psikolojik dayanıklılığın azaldıkça TSSB gelişiminin artacağı yönündeki ilişkiyi belirlemek amacıyla RSA alt grup ve toplam skorları TSSB tanısı alan ve almayan iki grupta karşılaştırılmıştır. Psikolojik dayanıklılığın kendilik algısı , gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu, sosyal kaynaklar alt grup puanlarının hiçbirisi TSSB olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. RSA toplam skorlarında da her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.709$). 2005 yılında Agaibi ve ark.’nın “Travma, TSSB ve Dayanıklılık” başlığı altında yaptığı literature derlemesinde; travma sonrası dayanıklılığın karmaşık bir yapısı olduğu, yüksek kendilik algısı ve ego gücü, esneklik, enerjiklik, kendine güven, mizah ve uyum özelliklerinin psikolojik dayanıklılığı artırdığı pek çok çalışma bildirilmektedir (273). Bu çalışmalar ışığında TSSB tanısı alan grubun RSA puanlamasında yukarıda sayılan özellikler ile özellikle ilişkili olan ‘kendilik algısı ve yapısal stil’ puanlarının düşük olması beklenmektedir. Ancak çalışmamızda; bu hipotezleri doğrulamaya yönelik yapılan analizlerin hiçbirinde anlamlı sonuç bulunamamıştır. Çalışmaya dahil edilen mültecilerin ülkelerinden çok uzak olmayan ve benzer kültürde bir ülkeye gelmeleri, göç sonrası benzer yaşam koşullarına sahip olmaları, benzer sosyal destek

kaynaklarına ulaşmaları ve gelecekle ilgili ortak bir belirsizliği paylaşmaları gruplar arası psikolojik dayanıklılık skorlarındaki bu benzerliğin nedeni olabilir.

Çalışmamızın hipotezlerinden birisi de; TSSB tanısı alanlarda psikolojik dayanıklılık arttıkça travmanın şiddetinin belirleyicisi olan CAPS skorlarında düşme olacağıdır. Bu ilişkiyi değerlendirmek amacıyla, TSSB tanısı konulan 26 hastanın RSA ve CAPS skorları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizinde; RSA'nın kendilik algısı, gelecek algısı, aile uyumu, sosyal kaynaklar alt gruplarında CAPS skorları ile negatif bir korelasyonun olduğu saptanmıştır. Yapısal stil ve sosyal yeterlilik alt gruplarında ise travma şiddeti ile bir ilişki saptanmamıştır. RSA Toplam puanları ile CAPS skorları arasında da anlamlı olarak negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$, $r=-0.622$). Buna göre TSSB gelişen kişilerde psikolojik dayanıklılık arttıkça travmanın şiddetinin azaldığı ve bu ilişkinin güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Çalışmamızda; her ne kadar TSSB gelişiminin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi anlamlı bulunmamış da, TSSB gelişenler arasında travmanın şiddetinin belirlenmesinde psikolojik dayanıklılığın önemli bir rol oynadığı saptanmıştır.

Psikolojik dayanıklılıkla ilişkili risk faktörleri incelendiğinde; içsel faktörler kadar dışsal faktörlerin de dayanıklılıkta önemli rol oynadığı belirtilmiştir (219). Aile ve sosyal kaynakların tümü dışsal faktörler arasında değerlendirilebilir Göç sonrası temel ihtiyaçların temininin dışsal bir faktör olarak psikolojik dayanıklılığı artıracığı hipotezi ile; çalışmamızda RSA skorları ile göç sonrası temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluk arasındaki korelasyon incelenmiştir. RSA toplam puanlarının, göç sonrası göç öncesine kıyasla temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluk arttıkça anlamlı olarak azalma gösterdiği bulunmuştur ($p=0.002$, $r=-0.310$). Bulunan bu negatif korelasyona göre; dışsal bir faktör olan temel ihtiyaç temininin psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olduğu hipotezi doğrulanmaktadır.

TSSB'nin klinik seyri ile ilgili yapılan çalışmalar travma öncesi, travma sırası ve sonrasındaki etkenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada; TSSB geliştiren kişilerin travmatik olaydan sonra 6. ayda %74'ünün, 12. ayda %60'nın TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı belirtilmektedir. 60 ay sonunda kişilerin üçte birinin hala TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı tespit

edilen bu çalışmada; kadın cinsiyet, ailede antisosyal davranış öyküsü, eşlik eden duygudurum ya da anksiyete bozukluğu tanısının olması ve ek tıbbi hastalıklar TSSB'nin kronikleşmesine neden olan risk faktörleri olarak sıralanmıştır (165). TSSB belirtilerinin düzelmesinde ise; belirtilerin hızlı bir şekilde ortaya çıkması ve kısa süreli olması, premorbid işlevselliğin iyi olması, güçlü sosyal desteğin sağlanması ve diğer psikiyatrik, tıbbi ya da madde kullanımına ilişkin bozuklukların olmaması sayılabilir (166). Bizim çalışmamızda daha önce yapılan çalışmalara benzer şekilde TSSB tanısı alan 26 kişiden yaklaşık üçte birinin (%34.6) TSSB belirtilerinin hala devam ettiği saptanmıştır. TSSB belirtileri düzelenlerde psikolojik dayanıklılığın daha yüksek olabileceği düşünülmüş ve TSSB belirtileri devam eden grup ile aralarındaki RSA skorları incelenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede düşünüldüğünün aksine psikolojik dayanıklılık skorları iki grup arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p=0.685$). Travma sonrası gelişen psikiyatrik durumların değerlendirilmesinde; tamamen belleğe dayanan açıklamaların her defasında travmanın farklı bir boyutunu içermesi riski taşıması ve kontrol edilemeyen başka değişkenlerin mevcut olması sıklıkla tanısız zorluklara neden olmaktadır (21). Çalışmamızda da benzer durumlar psikolojik dayanıklılıktan bağımsız olarak TSSB'nin devam etmesinde rol almış olabilir. Ayrıca TSSB semptomlarının seyrinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisinin incelenmesinde daha büyük bir örneklem ve uzun süreli takibe ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durum; çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilmiştir.

Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin çalışmaya dahil edilen mülteci grubunda güvenilir olduğuna ilişkin bulgulardan birisi olan Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmış ve bu iç tutarlılık katsayısının hem alt gruplar hem de toplam 33 soruda (Cronbach Alfa katsayısı: 0.903) yeterli olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında Basım ve Çetin tarafından Cronbach Alfa katsayısı 0.86 olarak bildirilmiştir (233).

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı; Türkiye'de mültecilerin yaşadığı çok sayıda bölge olmasına rağmen çalışmamızın sadece Ankara Mamak bölgesinde yaşayanlar ile yapılması ve bu nedenle Türkiye'deki Türkmen mülteciler için bir genelleme yapılamamasıdır. Daha büyük örneklem ile çalışıldığında; elde edilecek sonuçların anlamlılığında değişiklik olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra,

gelecek çalışmalarda, psikolojik dayanıklılık ve TSSB arasındaki ilişkinin tam olarak aydınlatılabilmesi için, farklı ülke ve milletlerden aynı ülkeye göç eden grupların, ayrıca aynı millettten olup farklı ülkelere göç eden grupların karşılaştırılabileceği örneklemlerin seçilmesi yararlı olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mültecilik; giderek önemi artan ve pek çok ruhsal sorunu beraberinde getiren bir kavramdır. Ülkemiz bulunduğu konum itibari ile çok sayıda mülteciye ev sahipliği yapmaktadır. Psikiyatristler olarak klinikte giderek daha sık karşılaşacağımız mültecilerin ruhsal sorunlarını tanımak ve tedavi etmek kadar gelişiminde rol alan risk faktörlerini bilmek ve koruyucu ruh sağlığı hizmeti kapsamında bunları önlemeye katkı sağlamak da sorumluluklarımız arasındadır.

Bu çalışmamız; bilinenin aksine savaş travmasının; yalnız askerler üzerinde değil sivil halk üzerinde de uzun yıllar süren ve savaş ortamından ayrılıp başka bir ülkeye göç etseler bile devam eden ruhsal sorunlara sebep olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Irak'tan ülkemize göç eden Türkmen mülteciler ile yapılan çalışmamızda; TSSB yaygınlığı, hastalığın gelişiminde rol alan sosyodemografik özellikler ve psikolojik dayanıklılık ile ilişkileri incelenmiştir. Çalışmamızın sonuçları şu şekilde sıralanabilir:

1. TSSB prevalansının %25.7 olduğu, sosyodemografik değişkenler içinden “savaş sırasında bir yakını kaybetmenin” TSSB gelişimiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edildi.

2. Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim seviyesi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması, sigara kullanımı, ek fiziksel hastalık gibi sosyodemografik özelliklerin TSSB gelişiminde etkili olmadığı saptandı.

3. Temel ihtiyaçların temini güçleştikçe tüm katılımcıların CAPS skorlarında artma olduğu ve RSA skorlarında azalma olduğu saptandı. Buna göre; psikolojik dayanıklılığın artması ve travma ile baş etmede temel ihtiyaçların temininin önemli olduğu görülmektedir.

4. TSSB tanısı alanlarda, almayanlara kıyasla psikolojik dayanıklılık skorlarında anlamlı bir fark saptanmadı. TSSB tanısı alan ve semptomları gerileyen kişiler ile TSSB semptomları devam edenler arasında da psikolojik dayanıklılık skorları arasında bir ilişki bulunamadı. Ancak TSSB tanısı alan bireylerin CAPS'den aldıkları puanlar ile RSA'dan aldıkları puanlar kıyaslandığında; psikolojik dayanıklılık arttıkça, belirtilerin şiddetinin azaldığı ve CAPS skorlarının azaldığı

saptandı.

5. Türkçe bilen Türkmen mülteciler ile yapılan çalışmamızda; Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin iç tutarlılığının yeterli olduğu, Cronbach Alfa katsayısının 0.903 olarak hesaplanmasıyla bulunmuştur.



ÖZET

‘Irak İç Savaşı Sonrası Türkiye’ye gelen Türkmen Mültecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi ve Bu Grupta Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi’

Amaç: Savaşlar; dünya üzerinde göçlerin en önemli sebeplerinden birisi olmuştur. Kendi ülkelerinden bir başka ülkeye göç etmek zorunda kalan bireyler, mülteci olarak yeni bir yerde yaşamaya başlamışlar ve bununla beraber ekonomik, sosyal, psikolojik sorunlar olmak üzere çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmışlardır. Türkiye’nin içinde bulunduğu coğrafik yapısı ve komşu ülkelerde yaşanan iç savaşlar nedeniyle özellikle son beş yıl içinde çok sayıda kişi ülkemize göç etmiştir. Irak’ın kuzeyinde yaşanan terör örgütü işgali sonrası ülkemize gelen Türkmenler bu mültecilerin bir kısmıdır. Bu çalışmanın amacı; ülkemizde yaşayan Irak’dan göç etmiş Türkmen mültecilerde, TSSB gelişimi ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkisinin belirlenmesi, TSSB ve psikolojik dayanıklılığın alt grupları ile ilişkisinin incelenerek özellikle hangi faktörlerin TSSB açısından koruyucu veya riski artırıcı olduğunun belirlenmesi ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin bu gruptaki iç tutarlılığının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmaya; IŞİD’in Irak’ta gerçekleştirdiği terör olaylarının ardından artan iç savaş olayları sonrası, Musul merkez veya Telafer’de yaşayan, evlerini terk etmek zorunda kalan ve ülkemize göç eden 101 gönüllü Irak’lı Türkmen mülteci dahil edilmiştir. Her aileden en fazla bir kişiyle olmak üzere gönüllü vakıfların yardım çadırlarında, Mart-Mayıs 2017 tarihleri arasında görüşmeler yapılmıştır. Araştırmada Sosyodemografik Veri Formu, Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği [Clinician-Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS)] ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği [Resilience Scale for Adults (RSA)] kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamında incelenen mülteciler arasında TSSB prevalansının %25.7 olduğu, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim

seviyesi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması, sigara kullanımı, ek fiziksel hastalık gibi sosyodemografik özelliklerin TSSB gelişiminde etkili olmadığı, yalnız “savaş sırasında bir yakınını kaybetmenin” TSSB gelişimiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. TSSB tanısı alan bireylerin; psikolojik dayanıklılıkları arttıkça, travma belirtilerinin şiddet ve sıklığının azaldığı ve CAPS skorlarında düşme olduğu saptanmıştır ($p=0.001$, $r=-0.622$). Buna karşın TSSB tanısı alan ve almayanlar psikolojik dayanıklılık açısından karşılaştırıldığında RSA toplam skorlarında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.709$). Yapılan bu çalışmada; RSA için iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) toplam 33 soruda 0.903 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmamız; bilinenin aksine savaş travmasının; yalnız askerler üzerinde değil sivil halk üzerinde de uzun yıllar süren ve savaş ortamından ayrılıp başka bir ülkeye göç etseler bile devam eden ruhsal sorunlara sebep olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Klinikte giderek daha sık karşılaştığımız mültecilerin ruhsal sorunlarını teşhis ve tedavi etmek kadar gelişiminde rol alan risk faktörleri ve koruyucu faktörleri tanımlama ve ruh sağlığı hizmeti kapsamında bunları önlemede; çalışmamızdaki verilerin önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: mülteci, travma sonrası stress bozukluğu, psikolojik dayanıklılık.

ABSTRACT

The Evaluation of Relationship Between Post Traumatic Stress Disorder Symptoms and Psychologic Resilience in Turkmen refugees migrated into Turkey after Iraqi Civil War and the Evaluation of Internal Consistency of Resilience Scale for Adults in This Group.

Objective: The most distressing cause of immigration is war. People who migrate into another country face with economical, social and psychological problems. In the last five years many people from neighbouring countries migrated into our country due to civil war. Turkmen who came to Turkey after the terrorist organization living in the north of Iraq are some of these refugees.

The purpose of this study is to explore the relationship between PTSD development and psychological resilience, to determine the protective and risk factors for PTSD and also to evaluate the internal consistency of Resilience Scale for Adults in in Turkmen (population) refugees.

Method: 101 voluntary Iraqi Turkmen refugees living in Mosul center or Telafer who had to leave their homes and migrated to our country following the increasing civil war events because of ISIS in Iraqi were included to study. Interviews were held with at most one person from each family in the charity tents of voluntary foundations between March and May 2017. Sociodemographic Data Form, Clinician-Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS) and Resilience Scale for Adults (RSA) were used in our study. The obtained data were analyzed using SPSS package program.

Results: The prevalence of PTSD among the refugees was found to be %25,7. Sociodemographic characteristics such as gender, marital status, working status, level of education, family history of psychiatric illness, smoking, and additional physical illness were not found to be effective in the development of PTSD. We only found that “losing a relative during the war” was significantly associated with the development of PTSD. The psychological resilience of individuals with PTSD was negatively correlated with the severity and frequency of trauma symptoms and CAPS scores $p=0.001$, $r=-0.622$). On the other hand, when the

patients with and without PTSD were compared in terms of psychological resilience, there was no significant difference between the two groups in RSA total scores ($p=0.709$). In this study; the internal consistency coefficient (Cronbach Alpha) for RSA was calculated as 0.903 for a total of 33 questions.

Conclusion: This study is important in that it shows war trauma has chronic effects not only on soldiers but also on the civilian population. Effects of trauma persist even the persons leave the war environment and migrate to another country. Clinicians will be facing growing number of immigration related problems in the following years. In the context of preventive medicine; identifying risk and protective factors is as important as diagnosing and treating the trauma related disorders. Our study will provide an important contribution to the literature about trauma related disorders.

Key words: Refugee, post-traumatic stress disorder, psychological resilience.

KAYNAKLAR

1. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta psychiatrica scandinavica*. 2004;109(4):243-58.
2. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)*. Fifth ed. Washington, DC.: American Psychiatric Pub; 2013.
3. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*. 2000;71(3):543-62.
4. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International journal of methods in psychiatric research*. 2003;12(2):65-76.
5. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(4):585-99.
6. Sakarya D, Güneş C. Van depremi sonrasında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 21 (1-2-3): 25-32.
7. Öztürk M, ve Bozuklukları UARS. I, Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara. 2008:337-420.
8. Van der Kolk BA, McFarlane AC. *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*: Guilford Press; 2012.
9. Herman J. *Travma ve iyileşme*. Literatür Yayınları İstanbul. 2011.
10. Köroğlu E. *DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1994.
11. Baum A, Cohen L, Hall M. Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine*. 1993;55(3):274-86.
12. Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Weisaeth L. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-

- domestic violence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42(7):583-93.
13. Breslau N. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *The journal of gender-specific medicine: JGSM: the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia*. 2001;5(1):34-40.
 14. Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Hanestad BR, Weisaeth L. Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: Peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006;60(6):452-62.
 15. Özaltın M, Kaptanoğlu C, Aksaray G. Motorlu araç kazalarından sonra görülen akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15(1):16-25.
 16. Shalev AY, Cohen J, Ellis SJ, Litva A, Devilly GJ, Clark T, et al. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2001;322(7297):1301-.
 17. Husain F, Anderson M, Cardozo BL, Becknell K, Blanton C, Araki D, et al. Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar Jaffna District, Sri Lanka. *Jama*. 2011;306(5):522-31.
 18. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(5):518-28.
 19. Eşsizoglu A, Yaşan A, Bülbül İ, Önal S, Yildirim EA, Aker T. Bir Terörist Saldırı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009;20(2).
 20. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)*.. 2014.
 21. Handwerker K. Differential patterns of HPA activity and reactivity in adult posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Harvard review of psychiatry*. 2009;17(3):184-205.

22. Crocq M-A, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2000;2(1):47-55.
23. Shakespeare W. IV. Henry: Remzi Kitabevi; 2004.
24. Shakespeare W. Macbeth: Remzi Kitabevi; 2015.
25. Trimble MR. Post-traumatic stress disorder: History of a concept. *Trauma and its wake*. 1985;1:5-14.
26. Özdemir B, Çelik C, Özmenler KN, Özşahin A. Savaş Stres Reaksiyonlarının Tarihsel Gelişim Süreci. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010;9(1).
27. Oppenheim^{[1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27][28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][38][39][40][41][42][43][44][45][46][47][48][49][50][51][52][53][54][55][56][57][58][59][60][61][62][63][64][65][66][67][68][69][70][71][72][73][74][75][76][77][78][79][80][81][82][83][84][85][86][87][88][89][90][91][92][93][94][95][96][97][98][99][100]} H. Die Traumatischen Neurosen. Second ed: Berlin: Hirschwald; 1892..
28. Milian G. L'hypnose des batailles. *Paris mèd*. 1915;2:265-70.
29. Gersons BP, Carlier IV. Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;161(6):742-8.
30. Myers C. A contribution to the study of shell shock: Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell and taste, admitted into the duchess of westminster's war hospital. *The Lancet*. 1915;185(4772):316-20.
31. Van der Kolk BA, Van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation. *American Journal of Psychiatry*. 1989;146:1530-40.
32. Freud S. *The War Neurosis*. London, England: Hogarth Press; 1955.
33. Kardiner A. *The traumatic neuroses of war*: National Academies; 1941.
34. Mullins W, Glass A. *Neuropsychiatry in World War II: Vol. 2. Overseas theatres* Washington, DC: Office of the Surgeon General, Department of the Army. 1973:26.
35. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* First ed. Washington, DC. 1952.
36. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Second ed. Washington, DC. 1968.

37. Pettera RL, Johnson B, Zimmer R. Psychiatric management of combat reactions with emphasis on a reaction unique to Vietnam. *Military medicine*. 1969;134(9):673.
38. Parson ER. The reparation of the self: Clinical and theoretical dimensions in the treatment of Vietnam combat veterans. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 1984;14(1):4-56.
39. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* Third ed. Washington, DC. 1980.
40. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Fourth ed. Washington, DC. 1994.
41. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R)*. fourth, revised ed. Washington, DC. 2000.
42. Bowman ML. Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1999;44(1):21-33.
43. Özten E, Sayar GH. Eşik Altı Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7(4):348-55.
44. Baysak E. Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ile ilişkili etkenler. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Ankara. Ağustos 2010.
45. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
46. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological medicine*. 1991;21(03):713-21.
47. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*. 1987;317(26):1630-4.

48. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica*. 2000;101(1):46-59.
49. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*. 1991;48(3):216-22.
50. Katzman M, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(Suppl 1):S1.
51. Darves - Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, Graaf Rd, Haro JM, Kovess - Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of traumatic stress*. 2008;21(5):455-62.
52. Dorrington S, Zavos H, Ball H, McGuffin P, Rijsdijk F, Siribaddana S, et al. Trauma, post-traumatic stress disorder and psychiatric disorders in a middle-income setting: prevalence and comorbidity. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;bjp. bp. 113.141796.
53. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. Continuing controversy over the psychological risks of Vietnam for US veterans. *Journal of traumatic stress*. 2007;20(4):449-65.
54. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Jama*. 2006;295(9):1023-32.
55. Green BL. Psychosocial research in traumatic stress: an update. *Journal of traumatic stress*. 1994;7(3):341-62.
56. Card JJ. Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*. 1987;43(1):6-17.

57. Snow BR, Stellman JM, Stellman SD, Sommer JF. Post-traumatic stress disorder among American Legionnaires in relation to combat experience in Vietnam: Associated and contributing factors. *Environmental Research*. 1988;47(2):175-92.
58. Rieder H, Elbert T. Rwanda—lasting imprints of a genocide: trauma, mental health and psychosocial conditions in survivors, former prisoners and their children. *Conflict and health*. 2013;7(1):6.
59. Yehuda R, Kahana B, Schmeidler J, Southwick SM, Wilson S, Giller EL. Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(12):1815-8.
60. Kuch K, Cox BJ. Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *American journal of Psychiatry*. 1992;149(3):337-40.
61. Maercker A, Schützwohl M. Long-term effects of political imprisonment: A group comparison study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1997;32(8):435-42.
62. Basoglu M, Paker M, Paker O, Ozmen E, Marks I, Incesu C, et al. Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(1):76-81.
63. Chen L, Liu A. The incidence of posttraumatic stress disorder after floods: a meta-analysis. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2015;9(03):329-33.
64. Shore JH, Tatum EL, Vollmer WM. Psychiatric reactions to disaster: the Mount St. Helens experience. *The American journal of psychiatry*. 1986.
65. Başoğlu M, Şalcioğlu E, Livanou M, Özeren M, Aker T, Kılıç C, et al. A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*. 2001;14(3):491-509.

66. Wang X, Gao L, Shinfuku N, Zhang H, Zhao C, Shen Y. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(8):1260-6.
67. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Manoukian G, Tavosian A, et al. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(6):895-901.
68. Carr VJ, Lewin TJ, Webster R, Hazell P, Kenardy J, Carter GL. Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychological medicine*. 1995;25(3):539-55.
69. Madakasira S, O'brien KF. Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *The Journal of nervous and mental disease*. 1987;175(5):286-90.
70. Steinglass P, Gerrity E. Natural Disasters and Post - traumatic Stress Disorder Short - Term versus Long - Term Recovery in Two Disaster - Affected Communities. *Journal of applied social psychology*. 1990;20(21):1746-65.
71. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General hospital psychiatry*. 2008;30(5):421-34.
72. Dai W, Chen L, Lai Z, Li Y, Wang J, Liu A. The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2016;16(1):188.
73. Carmassi C, Dell'Osso L, Manni C, Candini V, Dagani J, Iozzino L, et al. Frequency of trauma exposure and post-traumatic stress disorder in Italy: Analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *Journal of psychiatric research*. 2014;59:77-84.
74. Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. *Journal of psychiatric research*. 2014;53:157-65.

75. Booth - Kewley S, Larson GE, Highfill - McRoy RM, Garland CF, Gaskin TA. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *Journal of traumatic stress*. 2010;23(1):69-77.
76. Simon RW. Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health 1. *American journal of sociology*. 2002;107(4):1065-96.
77. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12 - month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*. 2014;31(2):130-42.
78. Perrin M, Vandeleur CL, Castelao E, Rothen S, Glaus J, Vollenweider P, et al. Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(3):447-57.
79. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American journal of psychiatry*. 1997;154(8):1114-9.
80. Parry-Jones W, Barton J. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*. 1995;8(4):227-30.
81. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(7):626-32.
82. Kılıç C. Psychological effects of earthquakes in Turkey and related factors. *Londra Üniversitesi Psikiyatri Enstitüsü, Doktora Tezi*. 2004.
83. McFarlane AC, De Girolamo G. The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. 1996.
84. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez JdJG. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of abnormal psychology*. 2003;112(4):646.
85. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological medicine*. 2006;36(11):1523-33.

86. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. American Psychological Association; 2000.
87. Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post - traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;111(4):291-0.
88. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *The American journal of psychiatry*. 1987.
89. Ekblad S, Prochazka H, Roth G. Psychological impact of torture: a 3 - month follow - up of mass - evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(s412):30-6.
90. Gavranidou M, Rosner R. The weaker sex? Gender and post - traumatic stress disorder. *Depression and anxiety*. 2003;17(3):130-9.
91. Yasan A, Saka G, Ozkan M, Ertem M. Trauma type, gender, and risk of PTSD in a region within an area of conflict. *Journal of Traumatic Stress*. 2009;22(6):663-6.
92. De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Jama*. 2001;286(5):555-62.
93. Cardozo BL, Bilukha OO, Crawford CAG, Shaikh I, Wolfe MI, Gerber ML, et al. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *Jama*. 2004;292(5):575-84.
94. Lima BR, Chavez H, Samaniego N, Pompei M, Pai S, Santacruz H, et al. Disaster severity and emotional disturbance: implications for primary mental health care in developing countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989;79(1):74-82.
95. Smith TC, Ryan MA, Wingard DL, Slymen DJ, Sallis JF, Kritz-Silverstein D. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self

- reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *Bmj*. 2008;336(7640):366-71.
96. Palmieri PA, Canetti-Nisim D, Galea S, Johnson RJ, Hobfoll SE. The psychological impact of the Israel–Hezbollah War on Jews and Arabs in Israel: The impact of risk and resilience factors. *Social Science & Medicine*. 2008;67(8):1208-16.
 97. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 1999;1:34-41.
 98. Foa EB, Davidson JR, Frances A. Treatment of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;66(Supplement 16):1-76.
 99. Rubin GJ, Brewin CR, Greenberg N, Simpson J, Wessely S. Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *Bmj*. 2005;331(7517):606.
 100. Hobfoll SE, Canetti - Nisim D, Johnson RJ, Palmieri PA, Varley JD, Galea S. The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *Journal of traumatic stress*. 2008;21(1):9-21.
 101. Ford JD, Adams ML, Dailey WF. Factors associated with receiving help and risk factors for disaster-related distress among Connecticut adults 5–15 months after the September 11th terrorist incidents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(4):261-70.
 102. Beals J, Manson SM, Shore JH, Friedman M, Ashcraft M, Fairbank JA, et al. The prevalence of posttraumatic stress disorder among American Indian Vietnam veterans: disparities and context. *Journal of traumatic stress*. 2002;15(2):89-97.
 103. Roberts AL, Gilman SE, Breslau J, Breslau N, Koenen KC. Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological medicine*. 2011;41(01):71-83.

104. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher FC, Vidaver R, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1998;66(3):493.
105. O'Hare T, Sherrer MV. Lifetime traumatic events and high-risk behaviors as predictors of PTSD symptoms in people with severe mental illnesses. *Social Work Research*. 2009;33(4):209-18.
106. Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical psychology review*. 2011;31(6):883-99.
107. O'Hare T, Sherrer MV, Shen C. Subjective distress from stressful events and high - risk behaviors as predictors of PTSD symptom severity in clients with severe mental illness. *Journal of traumatic stress*. 2006;19(3):375-86.
108. Resnick SG, Bond GR, Mueser KT. Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*. 2003;112(3):415.
109. Goodman LA, Salyers MP, Mueser KT, Rosenberg SD, Swartz M, Essock SM, et al. Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of traumatic stress*. 2001;14(4):615-32.
110. Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia research*. 2002;53(1):123-43.
111. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annual review of psychology*. 1997;48(1):191-214.
112. Brewin CR, Andrews B, Gotlib IH. Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological bulletin*. 1993;113(1):82.
113. Breslau N, Peterson EL, Schultz LR. A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65(4):431-7.

114. Dougall AL, Herberman HB, Delahanty DL, Inslicht SS, Baum A. Similarity of prior trauma exposure as a determinant of chronic stress responding to an airline disaster. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(2):290.
115. Van der Kolk B, Greenberg M, Boyd H, Krystal J. Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post traumatic stress. *Biological Psychiatry*. 1985;20(3):314-25.
116. Abercrombie ED, Jacobs BL. Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus coeruleus of freely moving cats. II. Adaptation to chronically presented stressful stimuli. *Journal of Neuroscience*. 1987;7(9):2844-8.
117. Redmond D, Huang Y. II. New evidence for a locus coeruleus-norepinephrine connection with anxiety. *Life sciences*. 1979;25(26):2149-62.
118. Simson P, Weiss J. Responsiveness of locus ceruleus neurons to excitatory stimulation is uniquely regulated by alpha 2 receptors. *Psychopharmacology bulletin*. 1987;24(3):349-54.
119. Van der Kolk BA. Psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Textbook of biological psychiatry*. 2004:319-38.
120. Southwick SM, Krystal JH, Johnson DR, Charney DS. Neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Psychotraumatology*: Springer; 1995. p. 49-72.
121. Pavcovich LA, Valentino RJ. Regulation of a putative neurotransmitter effect of corticotropin-releasing factor: effects of adrenalectomy. *Journal of Neuroscience*. 1997;17(1):401-8.
122. Deutch AY, Clark WA, Roth RH. Prefrontal cortical dopamine depletion enhances the responsiveness of mesolimbic dopamine neurons to stress. *Brain research*. 1990;521(1):311-5.
123. Arborelius L, Owens M, Plotsky P, Nemeroff C. The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *Journal of endocrinology*. 1999;160(1):1-12.

124. Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depression and anxiety*. 2000;12(S1):2-19.
125. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Maurer G, Cochrane K, Cooper TB, et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Archives of general psychiatry*. 1989;46(7):587-99.
126. Bonne O, Bain E, Neumeister A, Nugent AC, Vythilingam M, Carson RE, et al. No change in serotonin type 1A receptor binding in patients with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):383-5.
127. Pitman RK, Van der Kolk BA, Orr SP, Greenberg MS. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Archives of general psychiatry*. 1990;47(6):541-4.
128. Coid J, Allolio B, Rees L. Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *The lancet*. 1983;322(8349):545-6.
129. Hageman I, Andersen H, Jørgensen M. Post - traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;104(6):411-22.
130. Marshall RD, Cloitre M. Maximizing treatment outcome in post-traumatic stress disorder by combining psychotherapy with pharmacotherapy. *Current Psychiatry Reports*. 2000;2(4):335-40.
131. Huether G, Doering S, Rüger U, Rüter E, Schüssler G. The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Research*. 1999;87(1):83-95.
132. Sapolsky RM, Romero LM, Allan UM. How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory and preparative actions. *Endocrine Rev* 21: 55–89. 2000.
133. Habib KE, Gold PW, Chrousos GP. Neuroendocrinology of stress. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*. 2001;30(3):695-728.

134. Ramsay R. Invited review: Post-traumatic stress disorder; A new clinical entity? *Journal of psychosomatic research*. 1990;34(4):355-65.
135. Resnick HS, Yehuda R, Pitman RK, Foy DW. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *The American Journal of Psychiatry*. 1995;152(11):1675.
136. Kudler H, Davidson J, Meador K, Lipper S, Ely T. The DST and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1987;144(8):1068-71.
137. Yehuda R, Giller EL, Southwick SM, Lowy MT, Mason JW. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 1991;30(10):1031-48.
138. Dinan TG, Barry S, Yatham LN, Mobayed M, Brown I. A pilot study of a neuroendocrine test battery in posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 1990;28(8):665-72.
139. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *Journal of psychiatric research*. 2006;40(1):1-21.
140. Rauch SL, Whalen PJ, Shin LM, McInerney SC, Macklin ML, Lasko NB, et al. Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Biological psychiatry*. 2000;47(9):769-76.
141. Douglas J. MRI-Based measurement of hippocampal volumes in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):973-81.
142. Gurvits TV, Shenton ME, Hokama H, Ohta H, Lasko NB, Gilbertson MW, et al. Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 1996;40(11):1091-9.
143. Rauch SL, van der Kolk BA, Fisler RE, Alpert NM, Orr SP, Savage CR, et al. A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*. 1996;53(5):380-7.

144. Koenen KC, Fu QJ, Ertel K, Lyons MJ, Eisen SA, True WR, et al. Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men. *Journal of affective disorders*. 2008;105(1):109-15.
145. Yehuda R, Halligan SL, Bierer LM. Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of psychiatric research*. 2001;35(5):261-70.
146. True WR, Rice J, Eisen SA, Heath AC, Goldberg J, Lyons MJ, et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(4):257-64.
147. Xian H, Chantarujikapong SI, Scherrer JF, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, et al. Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs. *Drug and alcohol dependence*. 2000;61(1):95-102.
148. Skelton K, Ressler KJ, Norrholm SD, Jovanovic T, Bradley-Davino B. PTSD and gene variants: new pathways and new thinking. *Neuropharmacology*. 2012;62(2):628-37.
149. PÇ G. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2000;8:9-12.
150. McCutcheon VV, Sartor CE, Pommer NE, Bucholz KK, Nelson EC, Madden PA, et al. Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women. *Journal of traumatic stress*. 2010;23(6):811-4.
151. Scholte WF, Olff M, Ventevogel P, de Vries G-J, Jansveld E, Cardoso BL, et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Jama*. 2004;292(5):585-93.
152. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2009;302(5):537-49.

153. Jaranson JM, Butcher J, Halcon L, Johnson DR, Robertson C, Savik K, et al. Somali and Oromo refugees: correlates of torture and trauma history. *American journal of public health*. 2004;94(4):591-8.
154. Kaptanoğlu C. İşkencenin Ruhsal Etkileri. Basılmamış Uzmanlık Tezi Eskişehir. 1991.
155. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*. 1986;99(1):20.
156. Lazarus RS. On the primacy of cognition. 1984.
157. Wong PT, Weiner B. When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of personality and social psychology*. 1981;40(4):650.
158. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191.
159. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*. 1997;54(1):81-7.
160. Keane TM, Wolfe J. Comorbidity In Post - Traumatic Stress Disorder An Analysis of Community and Clinical Studies. *Journal of Applied Social Psychology*. 1990;20(21):1776-88.
161. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(6):984.
162. Sungur M, Surmeli BA, Ozcubukcuoglu A. Common features of PTSD cases amongst a group of military staff referred from the southeast region of Turkey. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1995;9(4):279-84.
163. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of nervous and mental disease*. 1992;180(12):760-6.

164. O'Leary KD, Wilson GT. Behavior therapy: Application and outcome: Prentice-Hall, Inc; 1987.
165. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *The American journal of psychiatry*. 1992;149(5):671.
166. Davidson J. Anxiety Disorders. sixth. ed. Kaplan H SB, editor. Baltimore: Williams&Wilkins.; 1995. 1227-36 p.
167. Davidson JR, Connor KM. Management of posttraumatic stress disorder: Diagnostic and therapeutic issues. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999.
168. van der Kolk BA, Dreyfuss D, Michaels M, Shera D, Berkowitz R, Fisler R, et al. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994.
169. Connor K, Sutherland S, Tupler L. Fluoxetine in Post-traumatic Stress Disorder: Randomised, Double-blind Study. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*. 2001;2001(1):387-8.
170. Davidson J, Pearlstein T, Lonnberg P, Brady KT, Rothbaum B, Bell J, et al. Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *Focus*. 2003;1(3):273-81.
171. Marshall RD, Beebe KL, Oldham M, Zaninelli R. Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(12):1982-8.
172. Davidson JR, Kudler HS, Saunders WB, Erickson L, Smith RD, Stein RM, et al. Predicting response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(7):1024-9.
173. Frank JB, Kosten TR, Giller EL, Dan E. A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 1988;145(10):1289.

174. Reist C, Kauffmann CD, Haier RJ, Sangdahl C, DeMet EM, Chicz-DeMet A, et al. A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1989;146(4):513-6.
175. Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME, Beckham JC, Sutherland SM, Connor KM, et al. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 1999;45(9):1226-9.
176. Lipper S, Davidson JR, Grady TA, Edinger JD, Hammett EB, Mahorney SL, et al. Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics*. 1986;27(12):849-54.
177. Berigan T. Oxcarbazepine treatment of posttraumatic stress disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;47(10):973-4.
178. Fesler FA. Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1991.
179. Forster PL, Schoenfeld FB, Marmar CR, Lang AJ. Lithium for irritability in post - traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1995;8(1):143-9.
180. Berigan TR. Gabapentin in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2000;2(3):105.
181. Hamner MB, Brodrick PS, Labbate LA. Gabapentin in PTSD: A Retrospective, Clinical Series of Adjunctive Therapy1. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2001;13(3):141-6.
182. Tural Ü, Önder E. Travma sonrası stres bozukluğunun farmakolojik tedavisi. *Psikolojik travma yazıları*(10). 5US Yayınları. 2001.
183. Yalug İ, Özdemir S, Aker T, editors. Yaşlılarda travma sonrası stres bozukluğu. *Yeni Symposium*; 2007.
184. R.Tükel, Alkın T. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006. p. 385–447.
185. Foa EB. Trauma and women: course, predictors, and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*. 1997;58:25-8.

186. Şahin M, Yetim A, Çelik A. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2012;5(8):373-80.
187. Ulker Tumlu G. Psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklı üniversite öğrencilerinin temas engellerinin incelenmesi (The contact disturbances among university students with varying levels of resilience). Unpublished Master's Thesis, Hacettepe University, Ankara. 2012.
188. Garmezy N. Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia: II. Ongoing research programs, issues, and intervention. *Schizophrenia Bulletin*. 1974;1(9):55.
189. Werner EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*. 1993;5(4):503-15.
190. Hunter AJ. A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*. 2001;16(3):172-9.
191. Tusaie K, Dyer J. Resilience: A historical review of the construct. *Holistic nursing practice*. 2004;18(1):3-10.
192. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*. 1993.
193. Garmezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American behavioral scientist*. 1991;34(4):416-30.
194. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, Norman SM, Combs GM. Psychological capital development: toward a micro - intervention. *Journal of organizational behavior*. 2006;27(3):387-93.
195. Rutter M. Nature, nurture, and psychopathology: A new look at an old topic. *Development and Psychopathology*. 1991;3(2):125-36.
196. Klohn EC. Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of personality and social psychology*. 1996;70(5):1067.

197. Robitschek C, Kashubeck S. A structural model of parental alcoholism, family functioning, and psychological health: The mediating effects of hardiness and personal growth orientation. *Journal of counseling psychology*. 1999;46(2):159.
198. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*. 2005;14(1):29-42.
199. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*. 2004;86(2):320.
200. Utsey SO, Bolden MA, Lanier Y, Williams III O. Examining the role of culture-specific coping as a predictor of resilient outcomes in African Americans from high-risk urban communities. *Journal of Black Psychology*. 2007;33(1):75-93.
201. Beasley M, Thompson T, Davidson J. Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual differences*. 2003;34(1):77-95.
202. Yu X, Zhang J. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2007;35(1):19-30.
203. Vanderbilt-Adriance E. Protective factors and the development of resilience among boys from low-income families: University of Pittsburgh; 2006.
204. Kararırmak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2006;3(26):129-42.
205. Haase JE. The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2004;21(5):289-99.
206. Stewart D. Research brief: Resilience and mental health outcomes. PreVAiL: Preventing violence across the lifespan research network. London, ON; 2010.
207. Armstrong MI, Birnie-Lefcovitch S, Ungar MT. Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of child and family studies*. 2005;14(2):269-81.

208. Luthar SS, Cushing G. Measurement issues in the empirical study of resilience. *Resilience and development*: Springer; 2002. p. 129-60.
209. Luthar SS. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*: Cambridge University Press; 2003.
210. Stewart M, Reid G, Mangham C. Fostering children's resilience. *Journal of pediatric nursing*. 1997;12(1):21-31.
211. Grossman F, Beinashowitz J, Anderson L, Sakurai M, Finnin L, Flaherty M. Risk and resilience in young adolescents. *Journal of youth and adolescence*. 1992;21(5):529-50.
212. Coleman J, Hagell A. *Adolescence, risk and resilience: Against the odds*: John Wiley & Sons; 2007.
213. Carlson DJ. Development and validation of a College Resilience Questionnaire. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, University of Nebraska: ProQuest Information & Learning; 2001.
214. Gürkan U. Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. 2006.
215. Howard S, Dryden J, Johnson B. Childhood resilience: Review and critique of literature. *Oxford Review of education*. 1999;25(3):307-23.
216. Zimmerman MA, Arunkumar R. Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social policy report*. 1994;8(4):1-18.
217. Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*. 1993;56(1):127-36.
218. Garmezy N. Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American journal of Orthopsychiatry*. 1987;57(2):159.
219. Abu Bakar A, Jamaluddin S, Symaco L, Darusalam G. Resiliency among secondary school students in Malaysia: assessment of the measurement model. *International Journal of Educational and Psychological Assessment*. 2010;4:68.

220. Juarez S, Viega B, Richards M, editors. The moderating effect of family environment on exposure to violence and PTSD symptoms. biennial conference of the Society for Research on Child Development, Washington DC; 1997.
221. Bolger KE, Patterson CJ, Thompson WW, Kupersmidt JB. Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. *Child development*. 1995;66(4):1107-29.
222. Thiessen I. The impact of divorce on children. *Early Child Development and Care*. 1993;96(1):19-26.
223. Eminağaoğlu N. Güç koşullarda yaşayan sokak çocuklarında dayanıklılık. Yayınlanmamış Doktora Tezi: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
224. Kandel E, Mednick SA, Kirkegaard-Sorensen L, Hutchings B, Knop J, Rosenberg R, et al. IQ as a protective factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(2):224.
225. Masten AS, Garmezy N, Tellegen A, Pellegrini DS, Larkin K, Larsen A. Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1988;29(6):745-64.
226. Dumont M, Provost MA. Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*. 1999;28(3):343-63.
227. Werner E. How children become resilient: Observations and cautions. *Resilience in Action*. 1996;1(1):18-28.
228. Allen JP, Hauser ST, Bell KL, O'Connor TG. Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent - family interactions as predictors of adolescent ego development and self - esteem. *Child development*. 1994;65(1):179-94.

229. Ong AD, Phinney JS, Dennis J. Competence under challenge: Exploring the protective influence of parental support and ethnic identity in Latino college students. *Journal of adolescence*. 2006;29(6):961-79.
230. Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramirez M. Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and psychopathology*. 1999;11(1):143-69.
231. Doll B, Lyon MA. Risk and resilience: Implications for the delivery of educational and mental health services in schools. *School psychology review*. 1998;27(3):348.
232. Eskin M. Sorun Çözme Terapisi. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü, HYB Yayıncılık; 2011. p. 15-28.
233. Basım H, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(2):104-14.
234. Shuman C. Does rational thinking mediate the relationship between hardiness and mental health? 1998.
235. Funk SC, Houston BK. A critical analysis of the Hardiness Scale's validity and utility. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;53(3):572.
236. Baruth KE, Carroll JJ. A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *The Journal of Individual Psychology*. 2002.
237. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor - Davidson resilience scale (CD - RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
238. Sinclair VG, Wallston KA. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*. 2004;11(1):94-101.
239. Ahern NR, Kiehl EM, Lou Sole M, Byers J. A review of instruments measuring resilience. *Issues in comprehensive Pediatric nursing*. 2006;29(2):103-25.
240. Carson RC, Butcher JN, Coleman JC. *Abnormal psychology and modern life*: Scott, Foresman & Co; 1988.

241. Ikin JF, Creamer MC, Sim MR, McKenzie DP. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment. *Journal of Affective Disorders*. 2010;125(1):279-86.
242. Başoğlu M, Livanou M, Crnobaric C, Frančisković T, Suljić E, Đurić D, et al. Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *Jama*. 2005;294(5):580-90.
243. Samanci A. al-Tarih al-Siyasi Li-Turkman al-Irak. The First Edition,(al-Saki Print House, Beirut 1999). 1999:112.
244. Hürmüzlü E. Türkmenler ve Irak: İzzettin Kerkük Kültür ve Araştırma Vakfı; 2003.
245. Üstünel R. 2003 yılı sonrası Irak'taki gelişmelerin Türkiye'nin güvenliğine etkilerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Güvenlik Bilimleri ABD, Ankara. 2015.
246. Yalçın C. Göç Sosyolojisi. Ankara: Anı Yayıncılık; 2004.
247. Gökler FY. IŞİD operasyonları sonrası Irak'ta insani durum, Türkmenler ve Türkiye'nin Irak'a yaptığı insani yardımlar. Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi Bölgesel Gelişmeler Değerlendirmesi. Ekim 2014;13.
248. Aker AT, Özeren M, Başoğlu M, Kaptanoğlu C, Erol A, Buran B. Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö)-Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10:286-289.
249. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a clinician - administered PTSD scale. *Journal of traumatic stress*. 1995;8(1):75-90.
250. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. Kaan Kitabevi, Eskişehir. 1999;2(s 257).
251. Öncü H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme, Matser Basım San. Ve Tic Ltd Şti, Ankara. 1994.

252. Bhugra D, Craig T, Bhui K. Mental health of refugees and asylum seekers: Oxford University Press; 2010.
253. Galeazzi GM, Kucukalic A, Lecic-Tosevski D, Morina N, Popovski M, Wang D, et al. Mental Disorders Following War in the Balkans. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):518-28.
254. Ai AL, Peterson C, Uebelhor D. War - related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of traumatic stress*. 2002;15(2):157-60.
255. Hauff E, Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *The Journal of nervous and mental disease*. 1994;182(2):85-90.
256. Carlson EB, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *The American journal of psychiatry*. 1991;148(11):1548.
257. Eytan A, Gex-Fabry M, Toscani L, Deroo L, Loutan L, Bovier PA. Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004;192(10):664-71.
258. McInnes K, Sarajlić N, Lavelle J, Sarajlić I. Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Jama*. 1999;282(5):433-9.
259. Dahl S, Mutapcic A, Schei B. Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced Bosnian women in a war zone. *Journal of traumatic stress*. 1998;11(1):137-45.
260. Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182(5):444-8.
261. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin*. 2006;132(6):959.

262. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American journal of Psychiatry*. 1999;156(6):902-7.
263. Alpak G, Unal A, Bulbul F, Sagaltici E, Bez Y, Altindag A, et al. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2015;19(1):45-50.
264. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009;10(3):198-210.
265. Sheridan DJ. The role of the battered woman specialist. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 1993;31(11):31-7.
266. Letica-Crepulja M, Salcioglu E, Frančišković T, Basoglu M. Factors associated with posttraumatic stress disorder and depression in warsurvivors displaced in Croatia. *Croatian medical journal*. 2011;52(6):709-17.
267. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2003;129(1):52.
268. Roberts B, Ocaka KF, Browne J, Oyok T, Sondorp E. Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):38.
269. Blair RG. Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. *Health & Social Work*. 2000;25(1):23-30.
270. Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*. 2012;379(9812):250-65.
271. King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. Resilience–recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of personality and social psychology*. 1998;74(2):420.

272. Sutker PB, Davis JM, Uddo M, Ditts SR. War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian Gulf War returnees. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995;104(3):444.
273. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(3):195-216.



EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİ SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih: Dr:

1. Adı Soyadı:

2. İletişim Numarası:

3. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

4. Yaş (Doğum tarihi):

5. Doğum yeri:

6. Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Boşanmış 5) Birlikte yaşıyor

7. Çocuk sayısı:

8. Din/Mezhep: 1) İslam/Sunni 2) İslam/Şii 3) Hristiyan 4) Musevi 5) Diğer

9. Beraber yaşanılan kişi sayısı:

10. Eğitim durumu: 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite
5) Yüksek Lisans ve Üstü

11. Türkiye'ye göç etme tarihi:

12. Türkiye'ye beraber göç ettiği kişi sayısı:

13. Türkiye'ye göç öncesi çalışma durumu: 1) Çalışmıyor 2) İşçi 3) Memur
4) Öğrenci 5) Esnaf 6) Diğer (belirtiniz)

14. Türkiye'ye göç sonrası çalışma durumu: 1) Çalışmıyor 2) İşçi 3) Memur
4) Öğrenci 5) Esnaf 6) Diğer (belirtiniz)

15. Irak'da iç savaş sonrası Türkiye'ye göç öncesinde ailenizin ortalama bir aylık gelir miktarı:

1) 0-200 dolar arası 2) 200-500 dolar arası 3) 500-1000 dolar arası
4) 1000-2000 dolar arası 5) 2000 dolar ve üzeri

16. Şu anda ailenizin ortalama bir aylık gelir miktarı:

1) 0-200 dolar arası 2) 200-500 dolar arası 3) 500-1000 dolar arası

4) 1000-2000 dolar arası 5) 2000 dolar ve üzeri

17. İç savaş sırasında bir yakınını kaybetme: 1) Evet 2) Hayır

Evet ise; 1. Kişi – yakınlık derecesi:

2. Kişi – yakınlık derecesi:

3. Kişi – yakınlık derecesi:

4. veya üzeri kişiler – yakınlık dereceleri:

18. Türkiye'ye göç öncesi ve sonrasında yaşadığınız yerdeki fiziksel şartların değerlendirilmesi	Göç Öncesi				Göç Sonrası			
	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla
	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla
	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla
	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla
	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla
	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla
	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla	Hiç	Biraz	Bazen	Sıklıkla

19. İç savaş sırasında bedensel yaralanma: 1) Var 2) Yok ^[SEP]

Var ise; Hastane yatışı (süresini belirtiniz): 1) Var 2) Yok

20. Fiziksel hastalık: 1) Var 2) Yok

Var ise; Tanı: Tedavi:

21. Daha önce psikiyatri başvurusu: 1) Var 2) Yok ^[SEP]

Var ise; Tanı: Tedavi: ^[SEP]

22. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: 1) Var 2) Yok

Var ise; Tanı: Tedavi:

23. Sigara kullanım öyküsü:

24. Alkol kullanım öyküsü:

25. Madde kullanım öyküsü:



EK-2: KLİNİSYEN TARAFINDAN UYGULANAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

KLİNİSYEN TARAFINDAN UYGULANAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (CAPS)

A. Travmatik Olay:

B. Yeniden yaşama belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
1. Elde olmayan sıkıntı verici anılar						
2. Sıkıntı verici rüyalar						
3. Olay tekrarlanıyormuş gibi davranma veya hissetme						
4. Olayı anımsatan şeylerle karşılaştığında psikolojik zorlanma						
5. Olayı anımsatan şeylerle karşılaştığında fizyolojik tepkisellik						
B alttoplamı						
B kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 1)						

C. Kaçınma ve küntleşme belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
6. Düşünce, duygu veya konuşmalardan kaçınma						
7. Etkinlikler, yerler veya insanlardan kaçınma						
8. Travmanın önemli bölümlerini hatırlayamama						
9. Etkinliklere ilgi veya katılımında azalma						
10. Kopukluk veya yabancılaşma						
11. Kısıtlı duygulanım						
12. Bir geleceği kalmadığı duygusu						
C alttoplamı						
C kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 3)						

D. Artmış uyarılmışlık belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
13. Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük						
14. İritabilite veya öfke patlamaları						
15. Yoğunlaşmada güçlük						
16. Artmış tetikte olma hali						
17. Abartılı irkilme yanıtı						
D alttoplamı						
D kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 2)						

E. Bozukluğun süresi	ŞİMDİKİ		HAYATBOYU	
19. Bozukluğun süresi en az bir ay	☐ HAYIR	☐ EVET	☐ HAYIR	☐ EVET

F. Önemli derecede sıkıntı veya işlevsellikte bozulma			HAYATBOYU	
20. Özel sıkıntı				
21. Sosyal işlevsellikte bozulma				
22. Mesleki işlevsellikte bozulma				
EN AZ BİRİSİ ≥ 2 ?	☐ HAYIR	☐ EVET	☐ HAYIR	☐ EVET

TSSB TANISI	ŞİMDİKİ		HAYATBOYU	
TSSB MEVCUT – TÜM KRİTERLER KARŞILANIYOR MU?	☐ HAYIR	☐ EVET	☐ HAYIR	☐ EVET
18. Geç başlangıçlı (≥6 ay sonra)	☐ HAYIR	☐ EVET	☐ HAYIR	☐ EVET
19. Akut (<3 ay) veya kronik (≥3 ay)	☐ akut	☐ kronik	☐ akut	☐ kronik

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

23. Genel geçerlilik		
24. Genel şiddet	ŞİMDİKİ	HAYATBOYU
25. Genel düzelme		

D. İlişkili özellikler	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
26. Yapılan veya yapılmayan şeyler hakkında suçluluk						
27. Hayatta kalmaktan / kurtulmaktan suçluluk duyma						
28. Çevrenin farkında olma durumunda azalma						
29. Derealizasyon						
30. Depersonalizasyon						

EK-3: KLİNİSYEN TARAFINDAN UYGULANAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (CAPS) AÇIKLAMALAR

A. Kriteri: Kişi aşağıdakilerden her ikisinin varlığında travmatik bir olaya maruz kalmıştır:

1) Kişi gerçek bir ölüm veya ölüm tehditi, ağır bir yaralanma veya kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit edici bir olay veya olayları yaşamış, tanık olmuş veya böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2) Kişinin tepkileri aşırı korku, çaresizlik veya dehşete düşme şeklinde olmuştur. Not: Çocuklarda bu tepkiler dezorganize veya ajite davranış şeklinde ifade edilebilir.

Size bazen insanların başına gelen zor veya stresli bazı olaylar hakkında sorular soracağım. Bunlara verilebilecek örnekler: herhangi tipte ciddi bir kaza geçirmek; yangın, kasırga veya depremin içinde bulunmak; gaspa uğramak, dövülmek veya bir silahlı saldırıya uğramak; isteğiniz haricinde cinsel ilişkiye zorlanmak olabilir. Bu gibi yaşantıları içeren bir listeye bakmanızı ve herhangi birisinin sizin başınızdan geçip geçmediğini kontrol etmenizi isteyerek başlayacağım. Daha sonra, herhangi birisi sizin başınızdan geçtiyse; sizden neler olduğunu kısaca tarif etmenizi ve o anda neler hissettiğinizi anlatmanızı isteyeceğim.

Bu yaşantılardan bazılarını hatırlamak güç olabilir veya bazı rahatsız edici anıları veya duyguları tekrar canlandırabilir. İnsanlar sıklıkla bunlar hakkında konuşmayı yararlı bulurlar, ancak bana ne kadarını anlatmak istediğinize siz karar vereceksiniz. Kendinizi rahatsız/üzgün hissederseniz lütfen bana söyleyiniz, daha yavaş ilerleyip bunun hakkında konuşabiliriz. Ayrıca herhangi bir şey sormak istediğinizde veya anlamadığınız birşey olduğunda lütfen bana söyleyiniz. Başlamadan önce soracağınız bir şey var mı?

1. OLAY

Ne olmuştu? (Kaş yaşındaydınız? Başka kimler vardı? Kaç kere olmuştu? Hayati tehlike, ciddi yaralanma?)

Tanımlayınız (olay tipi, mağdur, fail, yaş, sıklık)

Duygusal olarak nasıl tepki vermiştiniz?

(Bunaltılı mıydınız veya korkmuş muydunuz? Dehşete düşmek, çaresiz hissetmek, ne hissettiniz? Sersemlemiş miydiniz veya hiçbir şey hissedemeyecek şekilde şokta mıydınız? Diğer insanların duygusal tepkileriniz hakkında farkettileri nelerdi? Olaydan sonra ne tür duygusal tepkileriniz oldu?)

A. (1)

Hayati tehlike?
başkasına _____)

EVET HAYIR (kendisine _____)

Ciddi yaralanma?
başkasına _____)

EVET HAYIR (kendisine _____)

Fiziksel bütünlüğe tehdit?
başkasına _____)

EVET HAYIR (kendisine _____)

A. (2)

Aşırı korku/çaresizlik/dehşete düşme? EVET HAYIR (o sırada ____ sonrasında ____)

A kriteri karşılanıyor mu?

HAYIR OLASI EVET

B. Kriteri : Travmatik olay aşağıdakilerden biri veya daha fazlası yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.

1. (B-1) İmgeler, düşünceler ve algıları içeren; olayın tekrarlayıcı, elde olmadan hatırlanan sıkıntı verici anıları. Not: Küçük çocuklarda travmanın temaları veya çeşitli yönlerinin ifade edildiği tekrarlayan oyunlar görülebilir.

Sıklık

Olayla ilgili istenmeyen anıları hiç hatırladığınız oldu mu? Bunlar neye benziyorlardı? (Ne hatırladınız?) (Eğer açık değilse) (Uyanırken de oldu mu veya sadece rüyanızda mı oldu?) (Eğer anılar sadece rüyalarda olduysa dışlayın). Bu anıları son bir ayda hangi sıklıkta hatırladınız?

Şiddet

Bu anılar sizde ne kadar zorlanma ve rahatsızlığa neden oldu? Bunları aklınızdan çıkarıp başka bir şey düşünebiliyor musunuz? (Bunun için ne kadar çaba sarf etmek zorunda kaldınız?) Hayatınızı olumsuz yönde ne kadar etkilediler?

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman;

1: Bir ya da iki kez;

2: Haftada bir veya iki kez;

3: Haftada çeşitli kereler;

4: Hemen hergün

ŞİDDET:

0: Hiç;

1: Hafif, minimal sıkıntı ve etkinliklerde kısıtlanma;

2: Orta, sıkıntı var ancak halen başa çıkılabilir, etkinliklerde biraz kısıtlanma;

3: Ciddi, belirgin sıkıntı, anıları uzaklaştırmada zorluk, etkinliklerde belirgin kısıtlanma;

4: Ağır engelleyici / sınırlayıcı sıkıntı, anıları uzaklaştıramaz, etkinlikleri hiçbir şekilde sürdürememe

Belirtiniz _____

2. (B-2) Olayın sıkıntı verici tekrarlayan rüyaları. **Not:** Çocuklar içeriğin tam belli olmadığı korkunç rüyalar görebilirler.

Sıklık

Hiç olay hakkında hoş olmayan rüyalar gördünüz mü? Tipik bir tanesini anlatınız. (rüyalarınızda neler oluyor?) Bu rüyaları son bir ay içinde hangi sıklıkta gördünüz?

Şiddet

Bu rüyalar sizde ne kadar zorlanma ve rahatsızlığa neden oldu? Hiç uykudan uyanmanıza neden oldu mu? (EVET İSE) (Uyandığınızda ne oldu? Tekrar uykuya dalmanız ne kadar sürdü?) (Sıkıntıyla uyanma, çılgılık atma, kabusta gibi davranma var mı?) Başkaları da rüyalarınızdan etkilendi mi? Nasıl?

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman;

1: Bir ya da iki kez;

2: Haftada bir veya iki kez;

3: Haftada çeşitli kereler;

4: Hemen hergün

ŞİDDET:

0: Hiç;

1: Hafif, minimal sıkıntı ve etkinliklerde kısıtlanma;

2: Orta, sıkıntı var ancak halen başa çıkılabilir, etkinliklerde biraz kısıtlanma;

3: Ciddi, belirgin sıkıntı, anıları uzaklaştırmada zorluk, etkinliklerde belirgin kısıtlanma;

4: Ağır engelleyici / sınırlayıcı sıkıntı, anıları uzaklaştıramaz, etkinlikleri hiçbir şekilde sürdürememe

Belirtiniz _____

3. (B-3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma veya hissetme (o yaşantıyı yeniden yaşama, illüzyonlar, halüsinasyonlar ve disosiyatif “geriye dönmeler” / flashbacks. Uyanmak üzereyken veya sarhoşken yaşananları da kapsar .)

Sıklık

Hiç aniden (olay) tekrar oluyormuş gibi davrandığınız veya hissettiğiniz oldu mu? (Olayla ilgili “geriye dönmeler”/flashbacks yaşadınız mı?) (Açık değilse): (Bu hiç uyanırken oldu mu; yoksa sadece rüyada mı?) (Sadece rüyada olmuş ise dışlayın). **Bundan biraz daha bahsedin. Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?**

Şiddet

Olay ne kadar tekrar oluyormuş gibi gözükte? (O anda ne yaptığınız ve nerede olduğunuz hakkında şaşkın bir halde miydiniz?) **Bu ne kadar sürdü? Bu olurken ne yaptınız?** (Başkaları davranışınızı farketti mi? Ne söylediler?)

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman;

1: Bir ya da iki kez;

2: Haftada bir veya iki kez;

3: Haftada çeşitli kereler;

4: Hemen hergün

ŞİDDET:

0: Yeniden yaşama yok;

1: Hafif, bir şekilde sadece olay hakkında düşünmekten daha gerçeğe yakın;

2: Orta, belirli ancak geçici disosiyatif nitelikli, halen çevrenin oldukça farkında, hayale dalma niteliğinde;

3: Ciddi, belirgin şekilde disosiyatif (imgeler, sesler veya kokular belirtir) ancak çevrenin farkında olma hali biraz korunmuş;

4: Ağır, tam disosiyasyon (flashback), çevrenin hiç farkında değil, bu dönem için olası amnezi

Belirtiniz _____

4. (B-4) Travmatik olayın bir yönünü temsil eden veya andıran içsel veya dışsal olaylarla karşılaşma üzerine yoğun psikolojik sıkıntı duyma

Sıklık

Herhangi bir şey size olayı hatırlattığında kendinizi duygusal olarak rahatsız hissettiğiniz oldu mu? (Herhangi birşey olayla ilgili kötü duygularınızı tetikledi mi? Olayı hatırlatan ne tür şeyler sizi rahatsız etti? Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?

Şiddet

Bunlar sizde ne kadar bir sıkıntı veya rahatsızlığa neden oldu? Ne kadar sürdü? Hayatınızı ne kadar etkiledi?

Şimdiki S _____ \$ _____ Hayat boyu S _____ \$ _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereler

4: Hemen hergün

ŞİDDET:

0: Hiç

1: Hafif, minimal sıkıntı ve etkinliklerde kısıtlanma

2: Orta, sıkıntı var ancak halen başa çıkılabilir, etkinliklerde biraz kısıtlanma

3: Ciddi, belirgin sıkıntı, anıları uzaklaştırmada zorluk, etkinliklerde belirgin kısıtlanma

4: Ağır engelleyici / sınırlayıcı sıkıntı, anıları uzaklaştıramaz, etkinlikleri hiçbir şekilde sürdürememe

Belirtiniz _____

5. (B-5) Travmatik olayın bir yönünü temsil eden veya andıran içsel veya dışsal olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepkiler gösterme

Sıklık

Herhangi bir şey size olayı hatırlattığında herhangi bir fiziksel tepkiniz oldu mu? (Size olayı hatırlatan birşey olduğunda vücudunuzun bir şekilde tepki verdiği oldu mu?) **Örnekler verir misiniz?** (Kalp atışlarınızda hızlanma veya nefes alıp vermenizde değişiklik oldu mu? Terleme, çok gergin veya titrek hissetme oldu mu?) **Bu tepkileri ne tür olaylar tetikledi?**

Şiddet^[1]_{SEP}

Bu fiziksel tepkiler ne kadar kuvvetliydi? Ne kadar sürdüler? (O durumdan çıktıktan sonra da sürdü mü?)

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereler

4: Hemen hergün

ŞİDDET:

0: Fiziksel tepki yok

1: Hafif,minimal tepkiler

2: Orta, açık fiziksel tepkiler var, yüzleşmenin sürdüğü koşulda devam edebilir

3: Ciddi, belirgin fiziksel tepkiler, yüzleşme boyunca sürer

4: Ağır, dramatik fiziksel tepkiler, yüzleşme sonlandıktan sonra bile devam eden uyarılabilirlik durumu

Belirtiniz _____

C.Kriteri. Aşağıdakilerden üçü veya daha fazlasının olmasıyla belirli, travmaya ilişkin uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki verme düzeyine küntleşme (travmadan önce olmayan)

6. (C-1) Travmaya ilişkin düşünceler, duygular veya konuşmalardan kaçınma çabaları

Sıklık

Olayla ilgili düşünceler veya duygulardan kaçınmaya çalıştığınız hiç oldu mu? (Ne tür düşünce veya duygulardan kaçınmaya çalıştınız?) Diğer insanlarla olay hakkında konuşmaktan kaçınmaya çalıştınız mı? (Neden?) Bu son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?

Şiddet

Düşünceler/duygular/konuşmalardan kaçınmak için ne kadar çaba sarfettiniz? (Ne gibi şeyler yaptınız? Alkol, ilaç veya madde kullandınız mı?) (Distraksiyon, bastırma ve alkol/madde kullanımı dahil tüm kaçınma çabalarını dahil edin). Bu hayatınızı ne kadar etkiledi?

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereler

4: Hemen hergün

ŞİDDET :

0: Hiç

1: Hafif, minimal çaba, etkinliklerde az veya hiç engellenme

2: Orta, biraz çaba, kaçınma mevcut, etkinliklerde bir miktar engellenme

3: Ciddi, belirgin çaba, belirgin kaçınma, etkinliklerde belirgin engellenme veya bir kaçınma stratejisi olarak belli etkinliklerle aşırı uğraşı

4: Ağır, kaçınma için büyük çaba, etkinliklere devam edememe veya bir kaçınma stratejisi olarak belli etkinliklerle aşırı uğraşı

Belirtiniz _____

7. (C-2) Travmayla ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ve kişilerden kaçınma çabaları

Sıklık

Size olayı hatırlatan belirlietkinlikler, yerler veya kişilerden kaçınmaya hiç çalıştınız mı? (Ne tür şeylerden kaçındınız? Neden?) Bu son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?

Şiddet

ETKİNLİKLER/ YERLER/ KİŞİLER'DEN) kaçınmak için ne kadar çaba sarfettiniz? (Bunların yerine ne yaptınız?) Bu hayatınızı ne kadar etkiledi?

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereler

4: Hemen hergün

ŞİDDET :

0: Hiç

1: Hafif, minimal çaba, etkinliklerde az veya hiç engellenme

2: Orta, biraz çaba, kaçınma mevcut, etkinliklerde bir miktar engellenme

3: Ciddi, belirgin çaba, belirgin kaçınma, etkinliklerde belirgin engellenme veya bir kaçınma stratejisi olarak belli etkinliklerle aşırı uğraşı

4: Ağır, kaçınma için büyük çaba, etkinliklere devam edememe veya bir kaçınma stratejisi olarak belli etkinliklerle aşırı uğraşı

Belirtiniz _____

8. (C-3) Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

Sıklık

Olayın önemli bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çektiğiniz oldu mu? (Bunları hatırlayabileceğinizi hissediyor musunuz? Sizce neden hatırlayamıyorsunuz?) **Son bir ay içinde olayın önemli bölümlerinin ne kadarını hatırlamakta güçlük çektiniz?** (Halen hangi bölümlerini hatırlayabiliyorsunuz?)

Şiddet

Olayın önemli bölümlerini hatırlamakta ne kadar güçlük çektiniz? (Çaba gösterirseniz daha fazlasını hatırlayabiliyor muydunuz?)

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiç; tam bellek

1: Küçük bir bölüm hatırlanamaz (% 10' dan daha az)

2: Bazı bölümleri hatırlanamaz (yaklaşık % 20-30)

3: Birçok bölüm hatırlanamaz (yaklaşık % 50-60)

4: Çoğu ya da tamamı hatırlanamaz (% 80'den fazlası)

ŞİDDET :

0: Yok

1: Hafif, minimal zorluk

2: Orta, bir miktar güçlük, çaba ile hatırlayabiliyor

3: Ciddi, çaba ile bile belirgin güçlük

4: Ağır, olayın önemli bölümlerini hiçbir şekilde hatırlayamama

Belirtiniz _____

9. (C-4) Önemli etkinliklere karşı ilginin veya bunlara katılımın belirgin olarak azalması

Sıklık

Önceden hoşlandığınız etkinliklere karşı ilginizde bir azalma oldu mu? (Ne gibi şeylere karşı ilginizde azalma oldu? Tamamen yapmayı bıraktığınız şeyler var mı? Neden?) (Fırsat olmaması, fiziksel engel olması ve tercihlerde gelişimsel olarak uygun değişiklikleri dışlayın). **Son bir ayda kaç etkinliğe karşı ilgi azalmanız oldu?** (halen ne tür şeyleri yapmaktan hoşlanıyorsunuz?) **İlk olarak ne zaman böyle hissetmeye başladınız?** (Olaydan sonra)

Şiddet

İlgi kaybınız ne ölçüde idi? (Bir kere başlayınca etkinliklerden zevk alabiliyor muydunuz?)

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Yok

1: Az miktarda (% 10'dan daha az)

2: Bazı etkinlikler (yaklaşık % 20-30)

3: Birçok etkinlik (yaklaşık % 50-60)

4: Etkinliklerin çoğu veya tamamı (% 80'den fazlası)

ŞİDDET : 0: İlgi kaybı yok

1: Hafif, hafif ilgi kaybı, olasılıkla etkinliklere başladıktan sonra hoşlanabilir

2: Orta, ilgi kaybı mevcut ancak halen bazı etkinliklerden zevk alıyor

3: Ciddi, etkinliklerde belirgin ilgi kaybı

4: Ağır, ilginin tamamen kaybı, hiçbir etkinliğe katılamama

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin.... Olası.... Değil....

10. (C-5) İnsanlardan kopma veya yabancılaşma duyguları

Sıklık

Hiç kendinizi insanlardan kopmuş veya onlara uzak hissettiniz mi? Son bir ayın ne kadarlık bir bölümünde bu şekilde hissettiniz? İlk olarak ne zaman böyle hissetmeye başladınız? (olaydan sonra)

Şiddet

Diğer insanlara karşı hissettiğiniz uzaklık veya kopukluk duyguları ne kadar güçlüydü? (Kendinizi kime en yakın hissediyorsunuz? Kişisel konularda rahatça konuşabildiğiniz kaç kişi var?)

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Yok

1: Az miktarda (% 10'dan daha az)

2: Bazı etkinlikler (yaklaşık % 20-30)

3: Birçok etkinlik (yaklaşık % 50-60)

4: Etkinliklerin çoğu veya tamamı (% 80'den fazlası)

ŞİDDET :

0: Kopukluk/ yabancılaşma duygusu yok

1: Hafif, kendini diğerleriyle aynı frekansta hissetmeyebilir

2: Orta kopukluk duygusu açıkça mevcut, ancak halen bazı kişilerarası bağları mevcut

3: Ciddi, birçok insana karşı belirgin kopukluk/ yabancılaşma duyguları, bir veya iki insana yakın hissedebilir

4: Ağır, tamamen kopuk veya uzak hisseder, kimseyle yakın değildir

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin.... Olası.... Değil....

11. (C-6) Duygulanımda kısıtlılık (örn. Sevgi duygularına sahip olamama)

Sıklık

Kendinizi duygusal olarak künt hissettiğiniz veya sevgi yada mutluluk duygularını hissetmekte güçlük çektiğiniz zamanlar oldu mu? Neye benziyordu? (Hangi duyguları hissetmekte zorluk çektiniz?) Son bir ayın ne kadarında bu şekilde hissettiniz? Duyguları hissetmekte ilk olarak ne zaman güçlük çekmeye başladınız? (olaydan sonra)

Şiddet

(Duyguları) hissetmekte ne kadar güçlük çektiniz? (Halen hangi duyguları hissedebiliyorsunuz?) (Görüşme boyunca gözlenen duygulanımı dahil edin).

Şimdiki S_____ Ş_____ Hayat boyu S_____ Ş_____

SIKLIK:

0: Yok

1: Az miktarda (% 10'dan daha az)

2: Bazı etkinlikler (yaklaşık % 20-30)

3: Birçok etkinlik (yaklaşık % 50-60)

4: Etkinliklerin çoğu veya tamamı (% 80'den fazlası)

ŞİDDET :

0: Duygusal yaşantıda indirgenme yok

1: Hafif, duygusal yaşantıda hafif indirgenme

2: Orta, duygusal yaşantıda açık indirgenme ancak halen çoğu duyguyu hissedebilir

3: Ciddi, en az iki primer duyguda (örn: sevgi, mutluluk) belirgin indirgenme

4: Ağır, duygusal yaşantıda tam kayıp

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin.... Olası.... Değil....

12. (C-7) Bir geleceği kalmadığı duygusu (Bir mesleği, evliliği, çocukları veya olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisine sahip olmama)

Sıklık

Bir şekilde ömrünüzün kısaldığını ve gelecek için plan yapmanın gereksiz olduğunu hissettiğiniz oldu mu? Neden? (Hayati tehlikenin olduğu tıbbi durumlar gibi gerçekçi riskleri dışlayın). **Son bir ay içinde zamanınızın ne kadarında böyle hissettiniz? İlk olarak böyle hissetmeye ne zaman başladınız?** (Olaydan sonra)

Şiddet

Ömrünüzün kısaldığına dair bu duygu ne kadar güçlü idi? (Nekadar yaşayacağınızı düşünüyorsunuz? Erken bir tarihte öleceğinize ne kadar inanıyorsunuz?)

Şimdiki S_____ Ş_____ Hayat boyu S_____ Ş_____

SIKLIK:

0: Yok

1: Az miktarda (% 10'dan daha az)

2: Bazı etkinlikler (yaklaşık % 20-30)

3: Birçok etkinlik (yaklaşık % 50-60)

4: Etkinliklerin çoğu veya tamamı (% 80'den fazlası)

ŞİDDET:

0: Ömrünün kısaldığı gibi bir duygusu yok

1: Hafif, ömrünün kısaldığına dair hafif bir duygu

2: Orta, ömrünün kısaldığı duygusu açıkça mevcut, ancak uzunluğu hakkında özgül bir tahmini yok

3: Ciddi, belirgin ömrünün kısaldığı duygusu, uzunluğu hakkında özgül bir tahmini

olabilir

4: Ağır, ömrünün kısaldığına dair bunaltıcı duygu, erkenden öleceğine tamamen inanma

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin..... Olası..... Değil.....

D. Kriteri : Aşağıdakilerden ikisinin (veya daha fazlasının) bulunması ile belirli, devamlı artmış uyarılmışlık semptomları

13. (D-1) Uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmede güçlük

Sıklık

Hiç uykuya dalma veya uykuyu sürdürmede sorunuz oldu mu? Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu? İlk olarak ne zaman başladı? (olaydan sonra)

Toplam uyku saati : _____

İstenen uyku saati : _____

Şiddet

Uykunuz ile ilgili ne kadar sorunuz oldu? (Uykuya dalmanız için ne kadar süre geçti? Geceleri kaç defa uyandınız? Sıklıkla uyanmak istediğiniz saatten daha erken uyandığınız oldu mu? Bir gecede toplam uyku süreniz nedir?)

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereler

4: Hemen hergün

Uykuya dalma sorunu? E H

Uykudan uyanma? E H

Erken uyanma? E H

ŞİDDET: 0: Uyku sorunu yok

1: Hafif, uyku latansında hafif uzama veya uykuyu sürdürmede minimal zorluk (en çok 30 dk. uykusuzluk)

2: Orta, açık uyku bozukluğu, uzamış latans veya uykuyu sürdürmede açık güçlük (30-90 dk. uykusuzluk)

3: Ciddi, oldukça uzamış latans veya uykuyu sürdürmede belirgin güçlük (90 dk.-3 saat uykusuzluk)

4: Ağır, çok uzamış latans veya uykuyu sürdürmede aşırı güçlük (3 saatten fazla)

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi: Kesin..... Olası..... Değil....

14. (D-2) İrritabilite veya öfke patlamaları

Sıklık

Hiç özellikle huzursuz hissettiğiniz veya kuvvetli öfke duyguları gösterdiğiniz oldu mu? Bazı örnekler verebilir misiniz? Bunlar son bir ay içinde hangisıklıkta oldu? İlk olarak ne zaman böyle hissetmeye başladınız? (olaydan sonra)

Şiddet

Ne kadar öfkeliydiniz? (Bunu nasıl gösterdiniz?) (Bastırma varsa): Öfkenizi göstermemek sizin için ne kadar zordu? Sakinleşmeniz ne kadar zaman aldı? Öfkeniz herhangi bir soruna yol açtı mı?

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereler

4: Hemen hergün

ŞİDDET:

0: İrritabilite veya öfke yok

1: Hafif, minimal irritabilite, öfkeliyken sesini yükseltme

2: Orta, açık irritabilite veya öfkeyi bastırma çabaları ancak çabuk üstesinden gelir

3: Ciddi, belirgin irritabilite veya öfkeyi bastırma çabaları, öfkeliyken sözel veya fiziksel saldırganlık gösterir

4: Ağır, yıkıcı öfke veya ağır öfkeyi bastırma çabaları, fiziksel saldırganlık hecmeleri

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin Olası Değil

15. (D-3) Yoğunlaşmada güçlük

Sıklık

Hiç yapmakta olduğunuz şey veya çevrenizde olup bitenler üzerine yoğunlaşmada güçlük çektiğiniz oldu mu? Neye benziyordu? Son bir ay içinde zamanınızın ne kadarında oldu? İlk olarak ne zaman başladı? (olaydan sonra)

Şiddet

Yoğunlaşmak sizin için ne kadar güçtü? (Görüşmedeki yoğunlaşma ve dikkati dahil edin). Bu hayatınızı ne kadar etkiledi?

Şimdiki S_____ Ş_____ Hayat boyu S_____ Ş_____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Çok kısa bir zaman (% 10'dan daha az)

2: Bazı zamanlar (yaklaşık % 20-30)

3: Çoğu zaman (yaklaşık % 50-60)

4: Çoğu zaman veya her zaman (% 80' den fazla)

ŞİDDET :

0: Yoğunlaşmada güçlük yok

1: Hafif, sadece hafif bir çabayla yoğunlaşabiliyor, etkinliklerde engellenme yok

2: Orta, yoğunlaşmada kesin kayıp, ancak çabayla yoğunlaşabiliyor, bazı etkinliklerde engellenme

3: Ciddi, yoğunlaşmada çabayla bile belirgin kayıp, etkinliklerde belirgin engellenme

4: Ağır, hiç yoğunlaşamaz, etkinliklerde bulunamaz

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin.... Olası.... Değil.....

16. (D-4) Artmış tetikte olma hali

Sıklık

Gerçek bir sebep olmadığı halde hiç kendinizi tetikte hissettiğiniz oldu mu? (Kendinizi sürekli savunma halinde hissettiğiniz oldu mu?) **Neden? Son bir ayın ne kadarında böyle hissettiniz? Böyle davranmaya ilk olarak ne zaman başladınız?** (olaydan sonra)

Şiddet

Çevrede olanlara karşı tetikte olmak için ne kadar çabaladınız? (Görüşmedeki izleniminizi dahil edin). **Tetikte olma durumunuz size sorun çıkardı mı?**

Şimdiki S_____ Ş_____ Hayat boyu S_____ Ş_____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Çok kısa bir zaman (% 10'dan daha az)

2: Bazı zamanlar (yaklaşık % 20-30)

3: Çoğu zaman (yaklaşık % 50-60)

4: Çoğu zaman veya her zaman (% 80' den fazla)

ŞİDDET :

0: Tetikte olma hali yok

1: Hafif, minimal tetikte olma hali, farkındalıkta hafif artma

2: Orta, tetikte olma hali açıkça var, toplulukta tetikte (örn: lokanta veya sinemada güvenli bir yere oturur)

3: Ciddi, belirgin tetikte olma hali, tehlikeye karşı çevreyi kollar, kendisinin/ailesinin/evinin güvenliğine abartılı ilgi

4: Ağır, aşırı tetikte olma hali; güvenliğini sağlamak için çok zaman ve enerji harcar, aşırı güvenlik ve kontrol etme davranışları gösterir, görüşmede belirgin şekilde tetiktedir.

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin.... Olası.... Değil....

17.(D-5) Abartılı irkilme yanıtı

Sıklık

Aşırı irkilme tepkisi verdiğiniz oldu mu? Ne zaman oldu? (Ne tür şeyler irkilmenize neden oldu?) **Son bir ay içinde hangi sıklıkta? Bu tepkiler ilk olarak ne zaman başladı?** (olaydan sonra)

Şiddet

Bu irkilmeler ne kadar güçlü idi? (Diğer insanların tepkileri ile kıyaslanırsa ne kadar güçlü idiler?) **Ne kadar sürdüler?**

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereeler

4: Hemen hergün

ŞİDDET :

0: İrkilme yok

1: Hafif, minimal tepki

2: Orta, kesin irkilme yanıtı var, diken üstünde hisseder

3: Ciddi, belirgin irkilme tepkisi, başlangıcı takiben devam eden aşırı uyanıklık

4: Ağır, aşırı irkilme, açık başetme davranışı (savaş gazisinin aniden yere yatması)

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin.... Olası.... Değil....

E. Kriteri : Bozukluğun süresi (B,C ve D kriterleri semptomları) 1 aydan fazladır.

18. Belirtilerin başlangıcı

(AÇIK DEĞİLSE) **Bana bahsettiğiniz (TSSB) belirtileri ilk olarak ne zaman başladı?** (Travmadan ne kadar zaman sonra başladılar? Altı aydan daha fazla mı?)

_____ **Baştan itibaren geçen toplam ay Geç başlangıç (6 aydan fazla)? E H**

19. Belirtilerin süresi

ŞİMDİKİ: Bu (tssb) belirtiler birlikte ne kadar sürdüler?

HAYATBOYU: Bu (tssb) belirtiler birlikte ne kadar sürdüler?

1 aydan fazla mı? toplam süre (ay)? Akut (3 aydan az)? Kronik(3 aydan fazla)?

Şimdiki E H _____ **Akut Kronik.....**

Hayatboyu E H _____ **Akut Kronik.....**

F. Kriteri : Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulmaya neden olur.

20. Öznel sıkıntı

ŞİMDİKİ: Genel olarak bahsettiğiniz bu belirtiler (tssb) sizi ne kadar sıkıntıya soktu?

HAYATBOYU: Genel olarak bahsettiğiniz bu belirtiler (tssb) sizi ne kadar sıkıntıya soktu?

0. yok
1. hafif, minimal sıkıntı
2. orta, sıkıntı var ancak başedilebilir
3. ciddi, belirgin sıkıntı
4. ağır, bunalıcı sıkıntı

Şimdiki Hayat boyu

21. Sosyal işlevsellikte bozulma

ŞİMDİKİ: Bu belirtiler (tssb) insanlarla olan ilişkilerinizi etkiledi mi? Nasıl?
HAYATBOYU: Bu belirtiler (tssb) insanlarla olan ilişkilerinizi etkiledi mi? Nasıl?

0. Kötü etki yok
1. Hafif etki, sosyal işlevsellikte hafif bozulma
2. Orta etki, bozulma var ancak birçok alanda sosyal işlevselliğini sürdürüyor
3. Ciddi, belirgin bozulma, ancak birkaç alanda işlevsel
4. Ağır etki, çok az veya hiç olmayan işlevsellik

Şimdiki Hayat boyu

22. Mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulma

ŞİMDİKİ - AÇIK DEĞİLSE: Halen çalışıyor musunuz? EVET İSE : Bu (TSSB) belirtiler işinizi veya çalışma yetinizi etkiliyor mu? Nasıl? (İş ilişkilerini, iş sayısını ve çalışma sürelerini kapsayacak şekilde çalışma öyküsünü dikkate alın. Hastalık öncesi işlevsellik belirsizse travma öncesi iş deneyimlerini araştırın. Çocuk/Ergen travmaları için travma öncesi okul başarısını ve olası davranış problemlerini değerlendirin). HAYIR İSE : **Bu (TSSB) belirtiler hayatınızın diğer önemli alanlarını etkiliyor mu?** (Gerektiğinde ebeveynlik, ev işleri, okul, gönüllü çalışmalar gibi örnekler verin) **Nasıl?**

HAYATBOYU - AÇIK DEĞİLSE: O zaman çalışıyor muydunuz? EVET İSE : Bu (TSSB) belirtiler işinizi veya çalışma yetinizi etkilemiş miydi? Nasıl? (İş ilişkilerini, iş sayısını ve çalışma sürelerini kapsayacak şekilde çalışma öyküsünü dikkate alın. Hastalık öncesi işlevsellik belirsizse travma öncesi iş deneyimlerini araştırın. Çocuk/Ergen travmaları için travma öncesi okul başarısını ve olası davranış

problemlerini değerlendirin). HAYIR İSE : **Bu (TSSB) belirtiler hayatınızın diğer önemli alanlarını etkilemiş miydi?** (Gerektiğinde ebeveynlik, ev işleri, okul, gönüllü çalışmalar gibi örnekler verin). **Nasıl?**

0. Ters bir etki yok

1. Hafif etki, mesleki veya diğer işlevsellik alanlarında minimal bozulma

2. Orta etki, bozulma mevcut ancak mesleki veya diğer işlevsellik alanlarının birçoğu halen korunmuş

3. Ciddi etki, belirgin bozulma, sadece birkaç mesleki veya diğer işlevsellik alanı korunmuş

4. Ağır etki, çok az ve ya hiç olmayan mesleki veya diğer önemli işlevsellik

Şimdiki Hayat boyu

ŞİMDİKİ TSSB BELİRTİLERİ:

A kriteri karşılanıyor mu? (travmatik olay) HAYIR EVET

- B kriteri belirti sayısı (1 veya daha fazla)? HAYIR EVET

- C kriteri belirti sayısı (3 veya daha fazla)? HAYIR EVET

- D kriteri belirti sayısı (2 veya daha fazla)? HAYIR EVET

E kriteri karşılanıyor mu? (süre 1 ay veya daha fazla) HAYIR EVET

F kriteri karşılanıyor mu? (sıkıntı/bozulma) HAYIR EVET

ŞİMDİKİ TSSB (A-F kriterleri karşılanıyor mu)? HAYIR EVET

ŞİMDİKİ TSSB KRİTERLERİ KARŞILANIYORSA, ilişkili özelliklere geçin
ŞİMDİKİ TSSB KRİTERLERİ KARŞILANMIYORSA, hayatboyu TSSB için değerlendirin. Travmadan sonra belirtilerin en yoğun olduğu, en az bir aylık bir dönemi belirleyin.

(Olaydan) bu yana, TSSB belirtilerinin son bir ayda olduğundan daha yoğun olduğu bir dönem oldu mu? Ne zamandı? Ne kadar sürdü? (En az bir ay?)

EĞER GEÇMİŞTE BİRDEN ÇOK DÖNEM VARSA: Bu belirtilerden (TSSB) en çok ne zaman rahatsız olmuştunuz?

EN AZ BİR DÖNEM VARSA, 1-17 maddeleri araştırın, sıklıkta değişmeler varsa en yoğun dönemi alın. Bu zaman boyunca belirtileri yaşadınız mı? Ne sıklıkta?

HAYATBOYU TSSB BELİRTİLERİ

A kriteri karşılanıyor mu? (travmatik olay) HAYIR EVET

- B kriteri belirti sayısı (1 veya daha fazla)? HAYIR EVET

- C kriteri belirti sayısı (3 veya daha fazla)? HAYIR EVET

- D kriteri belirti sayısı (2 veya daha fazla)? HAYIR EVET

E kriteri karşılanıyor mu? (süre 1 ay veya daha fazla) HAYIR EVET

F kriteri karşılanıyor mu? (sıkıntı/bozulma) HAYIR EVET

BÜTÜNSEL DEĞERLENDİRME

23. Bütünsel geçerlilik

Yanıtların genel olarak geçerliliğini belirleyin. Görüşmedeki işbirliği, mental durum (örneğin yoğunlaşma güçlükleri), soruları kavrayabilme, disosiasyon ve belirtileri abartma veya az gösterme çabası gibi etmenleri dikkate alın.

0. Mükemmel, geçersiz yanıt şüphesi yok

1. İyi, geçerliliği ters yönde etkileyebilecek etmenler mevcut

2. Orta, geçerliliği kesinlikle azaltacak etmenler mevcut

3. Düşük, önemli ölçüde azalmış geçerlilik

4. Geçersiz yanıtlar, ciddi şekilde Bozulmuş mental durum veya muhtemel kendini olduğundan daha iyi / kötü gösterme çabası

24. Bütünsel şiddet

TSSB belirtilerinin genel şiddetini belirleyin. Öznel sıkıntı, işlevsel bozulmanın derecesi, görüşmedeki davranışların gözlemlenmesi ve bildirim tarsi hakkındaki yargınızı dikkate alın.

0. Klinik önemi olmayan belirtiler, sıkıntı ve işlevsellikte bozulma yok

1. Hafif, minimal sıkıntı veya işlevsellikte bozulma

2. Orta, sıkıntı veya işlevsellikte bozulma mevcut ancak çaba ile yeterli işlevsellik

3. Ciddi, açık sıkıntı veya işlevsellikte bozulma çaba ile bile kısıtlı işlevsellik

4. Ağır, belirgin sıkıntı veya iki veya daha fazla önemli işlevsellik alanında belirgin bozulma

Şimdiki _____ Hayat boyu _____

25. Bütünsel İyileşme

Başlangıç değerlendirmesinden beri var olan genel toplam düzelmeyi işaretleyin. Önceden yapılmış değerlendirme yoksa belirtilerin son altı ay içinde nasıl değiştiğini sorun. Değişikliğin derecesini ve tedaviye bağlı olup olmadığını işaretleyin.

0. Asemptomatik

1. Belirgin düzelme

2. Orta derecede düzelme

3. Hafif düzelme

4. Düzelmeye yok

5. Yetersiz bilgi

İlişkili Özellikler

26. Yapılan veya yapılmayan şeyler hakkında suçluluk

Sıklık

Olay sırasında yaptığınız veya yapmadığınız herhangi bir şey hakkında suçluluk duyduunuz mu? (Ne hakkında suçluluk duyduunuz?) Son bir ay içinde zamanın ne kadarında böyle hissettiniz?

Şiddet

Bu suçluluk duyguları ne kadar güçlüydü? Ne kadar sıkıntı veya rahatsızlığa neden oldular?

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Çok kısa bir zaman (%10'dan daha az)

2: Bazı zamanlar (yaklaşık % 20-30)

3: Çoğu zaman (yaklaşık % 50-60)

4: Çoğu zaman veya her zaman (% 80'den fazla)

ŞİDDET :

0: Suçluluk duygusu yok

1: Hafif derecede suçluluk duyguları

2: Orta, suçluluk duyguları var, sıkıntı var ancak başedilebilir

3: Ciddi, belirgin suçluluk duyguları ve sıkıntı

4: Ağır, yıkıcı suçluluk duyguları, davranışı hakkında kendini mahkum etmek, bunaltıcı sıkıntı

Belirtiniz _____

27. Hayatta kalmaktan/ kurtulmaktan suçluluk duyma

Sıklık

Diğer kişilerin aksine hayatta kalmaktan/ olaydan kurtulmaktan suçluluk duyduğunuz oldu mu? (Ne için suçluluk duyuyorsunuz?) Son bir ay içinde zamanın ne kadarında böyle hissettiniz? Tanım/ Örnekler

Şiddet

Bu suçluluk duyguları ne kadar güçlüydü? Ne kadar sıkıntı veya rahatsızlığa neden oldular?

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Çok kısa bir zaman (%10'dan daha az)

2: Bazı zamanlar (yaklaşık % 20-30)

3: Çoğu zaman (yaklaşık % 50-60)

4: Çoğu zaman veya her zaman (% 80'den fazla)

ŞİDDET :

0: Suçluluk duygusu yok

1: Hafif derecede suçluluk duyguları

2: Orta, suçluluk duyguları var, sıkıntı var ancak başedilebilir

3: Ciddi, belirgin suçluluk duyguları ve sıkıntı

4: Ağır, yıkıcı suçluluk duyguları, davranışı hakkında kendini mahkum etmek, bunalıcı sıkıntı

Belirtiniz _____

28. Çevresinin farkında olma durumunda azalma

Sıklık^[1]_{SEP}

Çevrenizde olup bitenin farkında olmadığınız veya kendinizde olmadığınız dönemler oldu mu? (Flashback dönemlerinden ayırdediniz) **Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?** (Eğer açık değilse): (Bir hastalık veya alkol/ maddelerin etkisine mi bağlıydı?) **İlk olarak ne zaman böyle hissetmeye başladınız?** (olaydan sonra)

Şiddet

Bu çevrenin farkında olmama veya kendinizde olmama duyguları ne kadar güçlüydü? (Gerçekten o anda nerede olduğunuz veya ne yaptığınız hakkında şaşkınlık içinde miydiniz?) **Ne kadar sürdü? Bu olurken ne yaptınız?** (Diğer insanlar davranışlarınızı farkettiler mi? Neler söylediler?)

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereler

4: Hemen hergün

ŞİDDET :

0: Farkındalıkta azalma yok

1: Hafif, farkındalıkta hafif azalma

2: Orta, farkındalıkta kesin ancak geçici azalma, dalıp gitme hissi tanımlayabilir

3: Ciddi, farkındalıkta belirgin azalma, birkaç saat sürebilir

4: Ağır, çevrenin farkındalığının tamamen kaybı, yanıtsız olabilir, o dönem için olası bellek kaybı

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin.... Olası.... Değil....

29. Derealizasyon

Sıklık

Çevrenizde olanların size yabancı veya gerçekdışı / çok tuhaf gözüktüğü zamanlar oldu mu? (Hayır ise): (Tanıdığınız insanların size yabancıymış gibi gözüktüğü oldu mu?) **Neye benziyordu? Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?** (Eğer açık değilse): (Bir hastalık veya alkol /madde etkisine mi bağlıydı?) **İlk defa ne zaman böyle hissetmeye başladınız?** (olaydan sonra)

Şiddet (Derealizasyon) ne kadar güçlüydü? Ne kadar sürdü? Bu olurken neler yaptınız? (Diğer insanlar davranışlarınızı fark etti mi? Neler söylediler?)

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereleler

4: Hemen hergün

ŞİDDET :

0: Derealizasyon yok

1: Hafif derealizasyon

2: Orta, kesin ancak geçici derealizasyon

3: Ciddi, belirgin derealizasyon, neyin gerçek olduğuna dair şaşkınlık, birkaç saat sürebilir

4: Ağır, derin derealizasyon, gerçeklik ve aşinalık duygusunun çarpıcı şekilde kaybı

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi : Kesin.... Olası.... Değil....

30. Depersonalizasyon

Sıklık

Vücudunuzun dışına çıkmış gibi hissettiğiniz, kendinizi bir başkası gibi gördüğünüz zamanlar oldu mu? (Hayır ise): (Vücudunuzun bir şekilde değişmiş, tuhaf veya size yabancıymış gibi hissettiğiniz oldu mu?) **Neye benziyordu? Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?** (Eğer açık değilse): (Bir hastalık veya alkol /madde etkisine mi bağlıydı?) **İlk defa ne zaman böyle hissetmeye başladınız?** (olaydan sonra)

Şiddet

Depersonalizasyon ne kadar güçlüydü? Ne kadar sürdü? Bu olurken neler yaptınız? (Diğer insanlar davranışlarınızı fark etti mi? Neler söylediler?)

Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____

SIKLIK:

0: Hiçbir zaman

1: Bir ya da iki kez

2: Haftada bir veya iki kez

3: Haftada çeşitli kereeler

4: Hemen hergün

ŞİDDET:

0: Depersonalizasyon yok

1: Hafif depersonalizasyon

2: Orta, kesin ancak geçici depersonalizasyon

3: Ciddi, belirgin depersonalizasyon, kendinden belirgin kopma duygusu, birkaç saat sürebilir

4: Ağır, derin depersonalizasyon, çarpıcı şekilde kendinden kopma duygusu

Belirtiniz _____

Travma ilişkisi: Kesin.... Olası.... Değil....

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...					
Birbirinden bağımsız					Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşımlarım arasındaki ilişkiler ...					
Zayıftır					Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...					
Çok fazla güvenmem					Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...					
Belirsizdir					İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...					
Günlük yaşamımda yoktur					Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...					
Benim için zordur					Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...					
Geleceğe pozitif bakar					Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...					
Bana hemen haber verilir					Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken					
Kolayca gülerim					Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:					
Birbirlerini desteklemez biçimde					Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım					
Arkadaşımlardan/aile üyelerinden					Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır					
Her şeyi umutsuzca gören bir					Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...					
Zordur					Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...					
Bana yardım edebilecek kimse yoktur					Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...					
Başa çıkmaya çalışırım					Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...					
İşleri bağımsız olarak yapmayı					İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...					
Yeteneklerimi beğenirler					Yeteneklerimi beğenmezler

EK-5: ETİK KURUL İZİN BELGESİ

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı	
Sayı : E.Kurul –E-17-1294		
1294-no'lu çalışma		
Hastanemiz Psikiyatri Kliniği'nden "Irak iç savaşı sonrası Türkiye'ye gelen Türkmen Mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkili ve bu grupta yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin iç tutarlılığının değerlendirilmesi" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.		
08.03.2017		
 Prof. Dr. Hürrem Bodur Etik Kurul Başkanı		
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat: Etik Kurul EKadıoğlu Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara Tel: 0 (312) 508 5158-5174		

EK-6: ETİK KURUL ONAYI

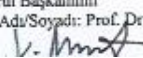
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SIGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒			
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1294/2017	Tarih: 08.03.2017			
	Yukarıda bilgileri verilen Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nden Doç. Dr. Makbule Çiğdem Aydemir sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr. Aybeniz Civan Kahve'nin tezi olan "Irak iç savaşı sonrası Türkiye'ye gelen Türkmen Mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi ve bu grupta yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin iç tutarlılığının değerlendirilmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast. ve Kl. Mikrobiyoloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Adil ERYILMAZ	Kulak Burun Boğaz	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. İşıl ÖZKOÇAK TURAN	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Altuğ TUNCEL	Üroloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Doğan UNCÜ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uzm. Dr. Şeniz S. SULUBULUT	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Selma KOBAL	İş İdaresi	Emekli	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza: 



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Irak iç savaşı sonrası Türkiye'ye gelen Türkmen Mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi ve bu grupta yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin iç tutarlılığının değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Eğitim Merkezi Danışma Birimi B Blok -1.Kat Altındağ Ankara
	TELEFON	0312508 5158-5174
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	aneahetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr.Makhule Çiğdem Aydemir			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz: Analitik çalışma			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza: 