

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**ERGENLERDE İÇE VE DIŞA YÖNELİM SORUNLARININ VE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN COVID-19 PANDEMİSİNİN YARATTIĞI
TRAVMATİK ETKİLER VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. CANSU AKSOY**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. BÜRGE KABUKÇU BAŞAY**

DENİZLİ – 2022

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**ERGENLERDE İÇE VE DIŞA YÖNELİM SORUNLARININ VE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN COVID-19 PANDEMİSİNİN YARATTIĞI
TRAVMATİK ETKİLER VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. CANSU AKSOY**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. BÜRGE KABUKÇU BAŞAY**

DENİZLİ – 2022

ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY danışmanlığında Dr. Cansu AKSOY tarafından yapılan “**Ergenlerde İç ve Dışa Yönelim Sorunlarının ve Psikolojik Sağlamlığın COVID-19 Pandemisinin Yarattığı Travmatik Etkiler ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkisi**” başlıklı tez çalışması 13.09.2022 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Doç. Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet BÜBER

ÜYE

Doç. Dr. Şermin YALIN SAPMAZ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

**Prof. Dr. Zekiye Melek
KÜÇÜKATAY
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı**

TEŞEKKÜR

Her zaman yanımda olan sevgili aileme,
Desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarıma,
Bilgi ve deneyimleriyle, hekimlik yaklaşımlarıyla ve insanlıklarıyla bana yol
gösteren saygıdeğer hocalarıma,

İlgisi, desteği ve hoşgörüsüyle bu noktaya gelmemi sağlayan; tez öğrencisi
olmaktan onur duyduğum Doç. Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY'a,

Sonsuz teşekkürü borç bilirim.



İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR	1
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	2
TABLolar DİZİNİ.....	7
KISALTMALAR.....	9
ÖZET	11
ABSTRACT	13
1. GİRİŞ.....	15
2. GENEL BİLGİLER	18
2.1. ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMAYA GENEL BAKIŞ.....	18
2.1.1. Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Etkileri	18
2.1.2. Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar.....	25
2.2. ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMA SONRASI STRES	
BOZUKLUĞU	26
2.2.1. Tanım	26
2.2.2. Tarihçe.....	27
2.2.3. Epidemiyoloji	27
2.2.4. Etiyoloji.....	28
2.2.5. Klinik Özellikler.....	37
2.2.6. Tanı Ölçütleri	38
2.2.7. Değerlendirme	44
2.2.8. Ayırıcı Tanı	45
2.2.9. Eşlik Eden Bozukluklar	47
2.2.10. Tedavi.....	48
2.3. TRAVMA SONRASI BÜYÜME.....	56
2.4. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK	60
2.5. SALGIN HASTALIKLARDA ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI.....	63
2.5.1. Geçmişteki Salgınların Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına Etkileri	63

2.5.2. COVID-19 Pandemisinin Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına Etkileri	69
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	77
3.1. AMAÇ	78
3.2. VARSAYIMLAR.....	79
3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	80
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİHİ.....	80
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	80
3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	81
3.7. ETİK İLKELERE UYGUNLUK.....	82
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	82
3.8.1. Sosyodemografik Veri Formu	82
3.8.2. Pandemiye İlişkin Stresör Skoru	82
3.8.3. Çocuk TSSB Semptom Ölçeği	84
3.8.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)	84
3.8.5. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği.....	85
3.8.6. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği.....	86
3.9. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	86
4. BULGULAR.....	87
4.1. KATILIMCILARIN VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK	
 ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER.....	87
4.1.1. Katılımcıların Cinsiyeti	87
4.1.2. Katılımcıların Yaşı	88
4.1.3. Katılımcıların Eğitim Düzeyi	88
4.1.4. Ailedeki Çocuk Sayısı	88
4.1.5. Anne Eğitim Düzeyi	89
4.1.6. Baba Eğitim Düzeyi	90
4.1.7. Yaşam Yeri.....	90
4.1.8. Aile Yapısı.....	91
4.1.9. Aylık Gelir Düzeyi	91
4.1.10. Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumu	92
4.1.11. Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumu.....	92
4.1.12. Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısı	93
4.1.13. Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoru	93

4.1.14. Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumu.....	93
4.1.15. Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumu	94
4.1.16. Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumu.....	95
4.1.17. Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumu.....	95
4.2. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER.....	96
4.2.1. Çocuk TSSB Semptom Ölçeği	96
4.2.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği.....	96
4.2.3. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği.....	96
4.2.4. Güçler ve Güçlükler Anketi.....	96
4.3. TSSB SEMPTOM ŞİDDETİ PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	97
4.3.1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları	97
4.3.2. Katılımcıların Yaşına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	98
4.3.3. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları	98
4.3.4. Ailedeki Çocuk Sayısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları	99
4.3.5. Anne Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları	99
4.3.6. Baba Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	100
4.3.7. Yaşam Yeri Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları	100
4.3.8. Aile Yapısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	101
4.3.9. Aylık Gelir Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları	102
4.3.10. Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	102
4.3.11. Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	103
4.3.12. Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	104
4.3.13. Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoruna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	104
4.3.14. Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	105
4.3.15. Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	105
4.3.16. Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	106

4.3.17. Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	107
4.3.18. Katılımcıların Travma Sonrası Büyüme Skorlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	107
4.3.19. Katılımcıların Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Skorlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	108
4.3.20. Katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	108

4.4. TRAVMA SONRASI BÜYÜME SKORLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....109

4.4.1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları	109
4.4.2. Katılımcıların Yaşına Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları	110
4.4.3. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları	110
4.4.4. Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları.....	111
4.4.5. Anne Eğitim Düzeyine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları	112
4.4.6. Baba Eğitim Düzeyine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları	112
4.4.7. Yaşam Yeri Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları.....	113
4.4.8. Aile Yapısına Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları.....	113
4.4.9. Aylık Gelir Düzeyine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları	114
4.4.10. Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları.....	115
4.4.11. Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları.....	115
4.4.12. Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısına Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları	116
4.4.13. Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoruna Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları	116
4.4.14. Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumunun Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi.....	117
4.4.15. Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumunun Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi.....	118
4.4.16. Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumunun Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi.....	118
4.4.17. Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumunun Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi.....	119
4.4.18. Katılımcıların Çocuk TSSB Semptom Ölçeği Puanlarının Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi	120

4.4.19. Katılımcıların Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Skorlarının Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi	121
4.4.20. Katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi.....	122
5. TARTIŞMA.....	122
5.1. KATILIMCILARIN VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	124
5.2. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER.....	129
5.3. TSSB SEMPTOM ŞİDDETİ PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	132
5.4. TRAVMA SONRASI BÜYÜME SKORLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	142
6. SONUÇLAR.....	155
7. KAYNAKLAR	159

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Cinsiyeti	87
Tablo 2: Katılımcıların Yaşı.....	88
Tablo 3: Katılımcıların Eğitim Düzeyi.....	88
Tablo 4: Çocuk Sayısı	89
Tablo 5: Anne Eğitim Düzeyi	89
Tablo 6: Baba Eğitim Düzeyi	90
Tablo 7: Yaşam Yeri	90
Tablo 8: Aile Yapısı.....	91
Tablo 9: Aylık Gelir Düzeyi	91
Tablo 10: Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumu.....	92
Tablo 11: Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumu	92
Tablo 12: Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısı	93
Tablo 13: Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumu	94
Tablo 14: Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumu	94
Tablo 15: Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumu	95
Tablo 16: Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumu	95
Tablo 17: Katılımcıların Cinsiyetine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları ...	97
Tablo 18: Katılımcıların Yaşına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	98
Tablo 19: Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	98
Tablo 20: Ailedeki Çocuk Sayısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları	99
Tablo 21: Anne Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları	99
Tablo 22: Baba Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	100
Tablo 23: Yaşam Yerine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	101
Tablo 24: Aile Yapısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	101
Tablo 25: Aylık Gelir Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	102
Tablo 26: Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	103
Tablo 27: Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	103
Tablo 28: Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	104
Tablo 29: Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoruna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları.....	104
Tablo 30: Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	105

Tablo 31: Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	106
Tablo 32: Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	106
Tablo 33: Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	107
Tablo 34: Katılımcıların Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Skorlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi.....	108
Tablo 35: Katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	109
Tablo 36: Katılımcıların İç Yönelim ve Dış Yönelim Puanlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	109
Tablo 37: Katılımcıların Cinsiyetine Göre TSB Skorları.....	110
Tablo 38: Katılımcıların Yaşına Göre TSB Skorları	110
Tablo 39: Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre TSB Skorları	111
Tablo 40: Ailelerin Çocuk Sayısına Göre TSB Skorları.....	111
Tablo 41: Anne Eğitim Düzeyine Göre TSB Skorları.....	112
Tablo 42: Baba Eğitim Düzeyine Göre TSB Skorları.....	112
Tablo 43: Yaşam Yerine Göre TSB Skorları.....	113
Tablo 44: Aile Yapısına Göre TSB Skorları.....	113
Tablo 45: Aylık Gelir Düzeyine Göre TSB Skorları	114
Tablo 46: Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre TSB Skorları	115
Tablo 47: Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre TSB Skorları	115
Tablo 48: Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısına Göre TSB Skorları	116
Tablo 49: Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoruna Göre TSB Skorları	117
Tablo 50: Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSB Skorlarıyla İlişkisi.....	117
Tablo 51: Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSB Skorlarıyla İlişkisi.....	118
Tablo 52: Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSB Skorlarıyla İlişkisi.....	119
Tablo 53: Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumunun TSB Skorlarıyla İlişkisi	119
Tablo 54: Katılımcıların TSB Ölçeği Skorlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi	120
Tablo 55: Katılımcıların Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Skorlarının TSB Skorlarıyla İlişkisi.....	121
Tablo 56: Katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının TSB Skorlarıyla İlişkisi	122
Tablo 57: Katılımcıların İç Yönelim ve Dış Yönelim Puanlarının TSB Skorlarıyla İlişkisi	122

KISALTMALAR

5-HT: 5-hidroksitriptamin

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACTH: Adrenokortikotropin Salıverici Hormon

ASB: Akut Stres Bozukluğu

BDNF: Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CRH: Kortikotropin Salıverici Hormon

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı-2019

ÇZVD: Çevreye Zarar Verme Davranışı

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EMDR: Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme

GABA: Gama Amino Bütirik Asit

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

HPA: Hipotalamus-Pitüiter bez-Adrenal bez

IQR: Çeyrekler Arası Aralık (Inter Quartile Range)

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

MERS: Orta Doğu Solunum Yolu Sendromu

Min: Minimum

Max: Maksimum

NICE: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence)

NMDA: N-Metil-D-Aspartik Asit

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SARS: Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu

SARS-CoV-2: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü-2

SNRI: Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TO-BDT: Travma odaklı BDT

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSB: Travma Sonrası Büyüme

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YDB: Yıkıcı Davranış Bozuklukları



ÖZET

Ergenlerde içe ve dışa yönelim sorunlarının ve psikolojik sağlamlığın COVID-19 pandemisinin yarattığı travmatik etkiler ve travma sonrası büyüme ile ilişkisi

Dr. Cansu AKSOY

Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü-2 (SARS-CoV-2) adı verilen virüsün oluşturduğu Koronavirüs Hastalığı-2019 (COVID-19) salgını 11 Mart 2020’de pandemi ilan edilmiştir. Doğal afetler arasında sınıflandırılan pandemiler çocuk ve ergenler üzerinde travmatik etkiler oluşturabilir ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi çeşitli ruhsal sorunlara yol açabilir. Travma sonrasında işlevsellikte bozulma yaşamadan ve ruhsal bozukluk geliştirmeden uyum sağlayabilme özelliği psikolojik sağlamlık olarak adlandırılır. Travmayla başa çıkma çabaları sonucunda travma sonrası büyüme (TSB) olarak adlandırılan olumlu ruhsal değişimlerin de görülmesi mümkündür. Alanyazında COVID-19 pandemisinin ülkemizdeki ergenlerde oluşturduğu travmatik etkilerin ve TSB’nin birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın amaçları COVID-19 pandemisinin ülkemizdeki ergenlerde oluşturduğu travma sonrası stres belirtilerini ve TSB’yi değerlendirmek, travma sonrası stres belirtileri ve TSB arasındaki ilişkiyi araştırmak, içe ve dışa yönelim sorunlarının ve psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres belirtilerini ve TSB’yi nasıl etkilediğini irdelemektir.

Pandemi önlemleri kapsamında çevrimiçi olarak kartopu örneklem seçim yöntemiyle yürütülen çalışmaya ülkemizden 14-18 yaş arasındaki 196 ergen ve onların ebeveynleri katılmıştır. Sosyodemografik veri formu ebeveynler tarafından; Çocuk TSSB Semptom Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ergenler tarafından doldurulmuştur.

COVID-19 pandemisi sırasında ergenlerin önemli oranda travmatik etkilere maruz kaldığı, travma sonrası stres belirtilerinin içe yönelim ($p=0,000$) ve dışa yönelim ($p=0,000$) sorunlarıyla ilişkili olduğu, olumlu aile içi ilişkilerin daha az travma sonrası stres belirtisiyle ($p=0,030$) ve daha fazla TSB ile ilişkili olduğu ($p=0,014$), eğitim sürecinin olumsuz etkilenmesinin daha fazla travma sonrası stres belirtisiyle ilişkili olduğu ($p=0,007$), olumlu sosyal davranışların daha fazla TSB ile ilişkili olduğu

($p=0,001$), travmatik stres ile TSB arasında doğrusal bir ilişki bulunmadığı ($p>0,05$) ancak yeniden yaşantılamanın TSB'yi arttırdığı ($p=0,026$), psikolojik sağlamlığı fazla olan ergenlerin daha az travma sonrası stres belirtisi ($p=0,000$) ve daha fazla TSB ($p=0,000$) yaşadığı, kızlarda daha fazla travma sonrası stres belirtisi görüldüğü ($p=0,001$), anne eğitim düzeyi daha düşük olan ($p=0,030$) ve ebeveyn kaybı yaşayan ($p=0,010$) ergenlerde TSB'nin daha fazla olduğu bulguları elde edilmiştir.

Pandemi gibi travmatik etki yaratabilecek durumlarda ruhsal bozukluk riskinin azaltılması ve TSB potansiyelinin desteklenmesi için psikolojik sağlamlığı arttırmaya yönelik müdahaleler geliştirilmeli, aile içi ilişkilerin önemi göz önünde bulundurulmalı ve eğitim sürecinde ortaya çıkabilecek aksaklıklar hassasiyetle ele alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: salgın, travmatik stres, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık, ergen

ABSTRACT

Relationship between the traumatic impact of the COVID-19 pandemic, post-traumatic growth, resilience and internalizing and externalizing problems in adolescents

Cansu AKSOY M.D.

The Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) outbreak, caused by the virus called Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), was declared a pandemic on March 11, 2020. Pandemics are classified as natural disasters; they might have a traumatic impact on children and adolescents, and they can cause various mental disorders such as post-traumatic stress disorder (PTSD). Resilience is defined as the ability to adapt after trauma without experiencing any impairment in functioning and developing a mental disorder. Positive psychological changes called post-traumatic growth (PTG) might occur as a result of efforts to cope with trauma. To the best of our knowledge, no study has evaluated PTG along with the traumatic impact of the COVID-19 pandemic on adolescents in Turkey. This study aims to evaluate the post-traumatic stress symptoms and PTG caused by the COVID-19 pandemic in adolescents in Turkey, explore the relationship between post-traumatic stress symptoms and PTG, and examine how resilience and internalizing and externalizing problems affect post-traumatic stress symptoms and PTG. The study was conducted online due to the pandemic prevention measures, 196 adolescents from Turkey between the ages of 14-18 and their parents were recruited via snowball sampling method. The sociodemographic data form was filled by parents; Child PTSD Symptom Scale, Strengths and Difficulties Questionnaire, Post-Traumatic Growth Inventory, and Child and Youth Resilience Measure were completed by adolescents. Results showed that the COVID-19 pandemic has a significant traumatic impact on adolescents, post-traumatic stress symptoms are associated with internalizing ($p=0,000$) and externalizing ($p=0,000$) problems, positive family relationships are associated with less post-traumatic stress symptoms ($p=0,030$) and more PTG ($p=0,014$), disruption to education is associated with more post-traumatic stress symptoms ($p=0,007$), prosocial behaviors are associated with more PTG ($p=0,001$), there is no linear relationship between traumatic stress and PTG ($p>0,05$), but there is

a positive relationship between re-experiencing and PTG ($p=0,026$), adolescents with higher resilience have less post-traumatic stress symptoms ($p=0,000$) and experience more PTG ($p=0,000$), girls have more post-traumatic stress symptoms ($p=0,001$), adolescents with lower maternal education level ($p=0,030$) and parental loss ($p=0,010$) experience more PTG. Interventions to increase psychological resilience should be developed, the importance of family relationships should be taken into account, disruptions to education should be handled sensitively in order to reduce the risk of mental disorders and to support the potential for PTG in situations that might have a traumatic impact, such as a pandemic.

Keywords: outbreak, traumatic stress, post-traumatic growth, resilience, adolescent

1. GİRİŞ

Koronavirüs ailesinden Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü-2 (SARS-CoV-2) adı verilen yeni bir virüsün oluşturduğu Koronavirüs Hastalığı-2019 (COVID-19) salgını 2019 yılının Kasım ayında Çin’de başlayarak tüm dünyaya yayılmıştır ve 11 Mart 2020’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edilmiştir (Xiong vd., 2020). Pandemi hem doğrudan etkileriyle hem de karantina ve sosyal izolasyon gibi başa çıkmaya yönelik müdahalelerle yoğun stres oluşturur; beklenmedik olması, alışılmış yaşam tarzında ani değişikliklere neden olması, ekonomik zorluklar yaşatması, temel ihtiyaçlara yönelik kaynaklarda yetersizliğe neden olması, ölüm ve sekel riski oluşturması, kendisi ve yakınları için endişe yaşatması, geleceğe ilişkin belirsizlik hissi yaratması, destek sistemlerine ulaşmaya engel olması, sosyal medya ve kitle iletişim araçlarının kullanımını arttırması, yanıltıcı bilgilerin yayılmasına neden olması gibi birçok özelliğiyle ruh sağlığını tehdit eder (Esterwood & Saeed, 2020; Fegert vd., 2020; Sprang & Silman, 2013). Pandemiye geniş çaplı karantina önlemleri uygulanması ve okulların kapatılması sonucunda evde kalmak zorunda olan çocuk ve ergenler eğitim ve sosyalleşme imkanlarından yoksun kalabilir; çocuk ve ergenlerin istismar, ihmal ve aile içi şiddete maruz kalma riski de artabilir (Imran vd., 2020; J. Lee, 2020).

Ani ve beklenmedik şekilde ortaya çıkan, kişinin varlığını ya da fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, başa çıkamayacağını düşündüren ve çaresizlik hissine yol açan, normal yaşamın dışındaki aşırı derecede sarsıcı olaylar travma olarak tanımlanır. Travmayla karşılaşma kişinin kendisinin travmatik olaya maruz kalması şeklinde olabileceği gibi, özellikle aileden biri ya da yakın bir arkadaş olmak üzere başkasının başına gelen travmatik olaya tanık olma ya da böyle bir olayı öğrenme şeklinde de olabilir (Bui vd., 2014). Doğal afetler, terör eylemleri, silahlı çatışmalar, savaşlar, ciddi hastalıklar ya da kazalar, ev içi şiddet, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar gibi birçok travmatik olay çocuk ve ergenleri etkileyebilmektedir (Cohen, 2010). Çocuklukta ve ergenlikte yaşanan travmalar kısa ve uzun dönemde çeşitli ruhsal sorunlara yol açabilir (Erman, 2016). En sık akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olmak üzere depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, disosiyatif bozukluk, bağlanma bozukluğu, davranım bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yeme

bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, psikotik bozukluk, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi neredeyse her ruhsal bozukluk gelişebilir (Ünaldı & Alyanak, 2018). Hem içe yönelim hem dışa yönelim sorunlarının travmayla ilişkili olabileceği bilinmektedir (Farley vd., 2021; Kim vd., 2021).

Travmatik olay sonrasında ortaya çıkan yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık ve duygudurumda ve bilişlerde olumsuz değişiklikler belirtilerinin işlevsellikte bozulmayla birlikte bir aydan uzun süre devam ettiği ruhsal bozukluğa TSSB adı verilir (American Psychiatric Association, 2013). TSSB ruhsal ve nörobiyolojik boyutları olan, çok sayıda nörotransmitteri ve hormonu ilgilendiren karmaşık bir bozukluktur (Adak & Coşkun, 2018). Travmaya uyum sağlamaya yönelik tepkilerin gerekenden daha şiddetli ve daha uzun süreli olmasına bağlı duygusal, davranışsal, bilişsel ve fizyolojik değişiklikler görülür (Erman, 2016). Çocuk ve ergenlerde işlevsellikte bozulmanın yaygın bir sebebi olduğu, kronikleşme eğiliminde olduğu, başka ruhsal bozuklukların gelişimine zemin hazırlayabildiği ve intihar riski yaratabildiği için önemli bir toplum sağlığı tehdididir (American Psychiatric Association, 2013; Bui vd., 2014). Bir meta analiz çalışmasında travmaya maruz kalan çocuk ve ergenlerin yaklaşık altıda birinde TSSB geliştiği bulunmuştur (Alisic vd., 2014).

Travmalardan sonra bazı olumlu sonuçlarla da karşılaşılabilirdiği bildirilmiştir. Travmayla başa çıkma çabaları sonucunda ortaya çıkan olumlu ruhsal değişimler travma sonrası büyüme (TSB) olarak adlandırılır (Tedeschi & Calhoun, 2004). Bu değişimler benlik algısı, yaşam felsefesi ve başkalarıyla ilişkiler olmak üzere üç genel başlıkta ya da yeni olanakların algılanması, kişiler arası ilişkiler, bireysel güçlülük, manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlama olmak üzere beş başlıkta incelenebilmektedir (Tedeschi & Calhoun, 1996). TSB yetişkinlerde, çocuklarda ve ergenlerde görülebilmektedir ancak TSB potansiyelinin en yüksek olduğu dönemlerin ergenlik ve genç yetişkinlik olduğu düşünülmektedir (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Psikolojik sağlamlık ciddi tehlikelere ve zorluklara rağmen uyum gösterebilmek ve gelişim sürecine sağlıklı bir şekilde devam edebilmek olarak tanımlanır (Arslan, 2015). Travmatik deneyimler herkesin başına gelebilir ancak bu deneyimlerden herkes aynı şekilde etkilenmez; aynı olumsuz deneyimin ardından bazı bireyler uzun süreli ciddi işlev kaybı yaşarken bazı bireylerin daha iyi başa çıkması ve uyum göstermesi

psikolojik sağamlıkları sayesinde. Psikolojik sağamlık travmalara karşı tamamen duyarsız olma ve etkilenmeme hali değildir, işlevsellikte bozulma yaşamadan ve ruhsal bozukluk geliştirmeden ruhsal dengeyi sürdürebilmeyi anlatır (Bonanno & Mancini, 2012).

DSÖ tarafından 10-19 yaş arasını kapsadığı kabul edilen ergenlik dönemindeki bireyler dünya nüfusunun yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. Çocuklukla yetişkinlik arasındaki bu geçiş sürecinde ergenler fiziksel, bilişsel, ruhsal ve duygusal açıdan hızla olgunlaşır (World Health Organization, 2002). Ancak ergenlik dönemi de her geçiş dönemi gibi olumlu gelişmelerin yanında önemli sorunlara zemin hazırlayabilmektedir; ergenlikte bir yandan gelişimsel görevler tamamlanırken diğer yandan hızlı değişimlere ve duygusal dalgalanmalara uyum sağlamanın zorluğu ruhsal bozukluklar için risk oluşturur (Gündüz Ünsal & Gencer, 2018).

Alanyazında bildiğimiz kadarıyla COVID-19 pandemisinin oluşturduğu travmatik etkilerin ve TSB'nin ölkemizdeki yetişkinlerde değerlendirildiği bir çalışma mevcuttur ancak ölkemizdeki ergenlerde değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır (Ikizer vd., 2021). Çalışmamızın ana amacı COVID-19 pandemisinin ölkemizdeki ergenlerde oluşturduğu travmatik etkileri ve TSB'yi araştırmak, bu kavramlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. COVID-19 pandemisinin yarattığı stres ve travmatik süreçler karşısında ergenlerde travma sonrası stres belirtileri ve TSB durumları psikolojik sağamlıklarına ve ruhsal sorunların bulunmasına göre farklılık gösterebilir. İçe yönelim ve dışa yönelim sorunları olan ergenler travmatik etkilere daha açık olabilir, psikolojik sağamlığı iyi düzeyde olan ergenlerde travmaya bağlı olumsuz etkiler daha az görölebilir. Buradan yola çıkarak çalışmamızın ikinci amacı ergenlerdeki içe ve dışa yönelim sorunlarının ve psikolojik sağamlığın travma sonrası stres belirtileri ve TSB üzerinde ne şekilde etki oluşturduğunun belirlenmesidir. Ergenleri pandemiye bağlı travmanın olumsuz etkilerinden koruyacak önlemlerin alınması ve travma sonrasında gelişebilecek ruhsal bozukluklara olabildiğince erken müdahale edilmesi önem taşımaktadır. Bu çalışmanın sonuçları riskli grupların belirlenmesinde ve müdahale yöntemlerinin geliştirilmesinde faydalı olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMAYA GENEL BAKIŞ

2.1.1. Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Etkileri

Kişinin varlığını ya da fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, başa çıkamayacağını düşündüren ve çaresizlik hissine yol açan, normal yaşamın dışındaki aşırı derecede sarsıcı olaylar travma olarak tanımlanır (Bui vd., 2014). Doğal afetler, terör eylemleri, silahlı çatışmalar, savaşlar, ciddi hastalıklar ya da kazalar, ev içi şiddet, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar gibi birçok travmatik olay çocuk ve ergenleri etkileyebilmektedir (Cohen, 2010). Travmayla karşılaşma çocuk ya da ergenin kendisinin travmatik olaya maruz kalması şeklinde olabileceği gibi, özellikle aileden biri ya da yakın bir arkadaş olmak üzere başkasının başına gelen travmatik olaya tanık olma ya da böyle bir olayı öğrenme şeklinde de olabilir (Bui vd., 2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların dörtte birinin 16 yaşına ulaşmadan önemli bir travmaya maruz kaldığı saptanmıştır (Costello vd., 2002).

Travmatik olaylardan sonra bazı çocuk ve ergenler strese dirençli mizaçları ve genetik yapıları, etkili baş etme becerileri, duyarlı ebeveynleri ve güçlü destek sistemleri sayesinde hızla iyileşip normal işlevlerine geri döner (Soylu, 2018; Zeyrek & İşeri, 2020). Bazılarında travmanın olumsuz etkileri yeni bir gelişimsel görevin eklenmesine ya da yeni bir travmatik yaşantının tetiklemesine kadar sessiz kalır (Şar, 2018). Bazılarında ise uyum sağlama becerilerini aşan travmatik stres normal gelişim sürecini bozar ve ruhsal sorunlara yol açar (Soylu, 2018). Özellikle erken çocukluk dönemindeki travma maruziyetinin fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişim için yıkıcı sonuçları olabilir (Akbaş, 2016). Travma hayatı ne kadar tehdit ediyorsa ve normal deneyimlerin ne kadar dışındaysa anlamlandırmak ve başa çıkmak o derece zor olur (Erman, 2016). Travma şiddetinin yanısıra, travmanın çocuklukta yaşanması, tekrarlanması, uzun sürmesi, beklenmedik olması, insan eliyle olması, bakım veren tarafından yaşatılması, yakınıni kaybetme, yakınının yaralanması, geçmiş travma

öyküsü, ebeveyninden ayrı kalma, ebeveynin travmaya yanıtı, ebeveynde ruhsal sorunların varlığı, kitle iletişim araçlarından olayla ilgili içeriğe maruz kalma, ekonomik güçlükler ve ruhsal, fiziksel ya da gelişimsel sorunların varlığı gibi faktörler travma sonrasında ruhsal sorunların ortaya çıkması için risk oluşturur (Giller, 1999; Masten & Narayan, 2012; Pfefferbaum & Shaw, 2013).

Travma sonrasında karşılaşılabilen ruhsal sorunlar yaşa ve gelişim evresine göre değişir (Danese vd., 2020). Aynı olayın tekrar yaşanması kaygısı, ebeveynden ayrılamama, daha önce kazanılmış yetilerin kaybıyla giden regresyon, sinirlilik, tepkisiz kalma, içe kapanma gibi belirtilerin yanısıra baş ve karın ağrısı gibi bedensel belirtiler görülebilir (Cohen, 2010; Danese vd., 2020). Duygu düzenleme sorunları, kendini yatıştırma güçlüğü, dünyayı güvenli bir yer olarak görememe, başkalarına güvenememe, disosiyasyon, duygusal küntleşme, kişiler arası ilişkilerde güçlükler, olumsuz kendilik algısı, düşünerek karar vermenin ve riskli durumlardan kaçınmanın azalması da travmanın olası etkilerindendir (Giller, 1999; National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Bu tür zorluklar yaşayan çocuk ve ergenler olumsuz duygulanımları değiştirmeyi amaçlayarak kendine zarar verme davranışı (KZVD), alkol ve madde kullanımı, evden ve okuldan kaçma gibi riskli davranışlar gösterebilir (Ünaldı & Alyanak, 2018).

Travma kişinin kendini çaresiz, güçsüz, parçalanmış, çevreden kopuk hissetmesine neden olabilir; kişinin travmatik deneyimi yaşayan benlik kısmını ötekileştirerek disosiye halde bilinçdışına bastırmaya çalışmasıyla ruhsal yapı parçalanabilir. Bu durumda oluşan peritratmatik disosiyasyon ve travma sonrası stres çeşitli ruhsal bozukluklara zemin hazırlar (Alyanak, 2018). Travma nedeniyle en sık ASB ve TSSB olmak üzere depresif bozukluk, disosiyatif bozukluk, bağlanma bozuklukları, davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, OKB, yeme bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, psikotik bozukluk, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi neredeyse her ruhsal bozukluk gelişebilir (Ünaldı & Alyanak, 2018). Erken dönemde travmaya maruz kalmak, özellikle istismar ve ihmal yaşantıları koroner arter hastalığı, kanser, otoimmün hastalıklar gibi birçok tıbbi soruna da yol açabilir (Nemeroff, 2016).

Tehlike algılandığında amigdala, lokus seruleus, hipotalamus-pituiter bez-adrenal bez (HPA) aksı ve otonom sinir sisteminin birlikte çalışarak zihin ve bedende uyuma yönelik değişiklikler oluşturmaya "savaş ya da kaç" tepkisi adı verilir

(Erman, 2016). Amigdala tarafından sempatik sinir sistemi uyarılarak katekolamin hormonlar salınır (Erman, 2016). Hipotalamus tarafından kortikotropin salıverici hormon (CRH) salınır, CRH hipofizi uyarak adrenokortikotropin salıverici hormon (ACTH) salınmasına neden olur ve ACTH etkisiyle adrenal korteksten glukokortikoid hormon salınır (Adak & Coşkun, 2018). Ortaya çıkan aşırı uyarılmışlık halinde duygusal ve davranışsal değişikliklerle birlikte kalp hızında, nefes alma hızında, kan basıncında ve kas tonusunda artış gibi fizyolojik değişiklikler görülür. Öncelikli olmayan uyarılar dikkate alınamaz; beynin daha ilkel bölümleri devrede olduğu için düşünceleri sözel olarak ifade etme, plan yapma ve geleceği düşünme gibi beceriler azalır (Erman, 2016). Bu değişiklikler kısa dönemde uyumu sağlar ancak uzun dönemde patolojik hale gelebilir ve TSSB gibi bozukluklar ortaya çıkabilir (Adak & Coşkun, 2018).

Savaşmanın ya da kaçmanın mümkün olmadığı durumlarda psikolojik bir kaçınma mekanizması olan disosiyasyon devreye girer. Bu mekanizmanın amacı travmanın şiddetli ağrı, yüksek kalp hızı ve yoğun kaygı gibi etkilerini azaltarak kişiyi homeostazi tehdit eden aşırı yanıtlardan korumaktır (Erman, 2016). Artan CRH düzeyinin endojen opioid salınımına neden olduğu ve disosiyasyonu endojen opioidlerin tetiklediği düşünülmektedir (Lanius, 2014; Newport & Nemeroff, 2000). Travmaya karşı verilen uyuma yönelik tepkiler genellikle aşırı uyarılmışlık ve disosiyasyonun bir karışımı şeklindedir. Disosiye olan kişi donakalmış, hissizleşmiş, gözleri hiçbir yere odaklanmamış gibi görünebilir; sorulara net olmayan geçiştirici yanıtlar verebilir. Travmatik olayın sonlanmasının ardından zihin ve beden yavaşça sakin duruma döner, kan basıncı ve kalp hızı gibi fizyolojik ölçütler normal düzeye iner. Kişi ancak öncelikli olmayan uyarılara yeniden dikkatini verebilmeye başladığında duygusal ve bedensel olarak nasıl hissettiğini ve ne kadar etkilendiğini değerlendirebilir (Erman, 2016).

Travmadan sonraki ilk günlerde ve haftalarda kişide yeniden yaşantılama, hatırlatıcılardan kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz duygudurum ve disosiyasyon gibi belirtiler görülebilir. Bu belirtilerin sıkıntı verecek ya da işlevselliği bozacak kadar şiddetli olduğu, en az üç gün ve en fazla bir ay sürdüğü durum ASB adını alır. Bu belirtilerin sıkıntı verecek ya da işlevselliği bozacak şiddette bir aydan uzun sürdüğü ve olumsuz bilişlerin de eklenebildiği durumda ASB tanısı yerini TSSB tanısına

bırakır (American Psychiatric Association, 2013). Yeniden yaşantılamada olay zihinde, anlatılarda, çizimlerde, oyunlarda, rüyalarda tekrar tekrar canlanabilir; olayla ilgili istemsiz olarak göz önüne gelen görüntüler veya takılı kalan düşünceler olabilir; olay anındaki duygular, duyular ve fizyolojik aşırı uyarılma tepkileri tekrar tekrar yaşanabilir. Yeniden yaşantılama belirtileri aşırı uyarılmışlık durumundan sakin duruma kalıcı olarak dönmeye fırsat vermez; bu süreçte aşırı uyarılmışlığa bağlı olarak huzursuzluk, sinirlilik, kolay irkilme, uyku bozuklukları, dikkat sorunları, KZVD ve çevreye zarar verme davranışı (ÇZVD) görülebilir. Travmayı hatırlatan ve yeniden yaşantılamaya neden olan durumlar yoğun kaygı ve sıkıntı yaşattığı için kaçınma, duygusal küntleşme ve disosiyasyon gibi mekanizmalar devreye girebilir (Erman, 2016). Travmanın diğer deneyimlerle bütünleştirilmesi, bilinçli düşüncede anlamlandırılması ve anı olarak depolanması kolay değildir. Normalde travma sonrasında ortaya çıkan aşırı uyarılmışlık, yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtileri arasında görülen salınım travmayı işlemeyi sağlar. Disosiyasyon belirtilerinin yoğun olması bu salınımı engelleyerek travmanın işlenmeden kalmasına neden olur (Alyanak, 2018).

Gelişim sürecinin devam etmekte olduğu çocukluk ve ergenlik dönemlerinde travmaya maruz kalmak biyolojik yapıda, bilişsel yapıda, kişilikte, dünyaya bakış açısında, inançlarda, duygu ve davranışlarda yetişkin dönemi de etkileyebilecek ciddi farklılıklara neden olabilir (Alyanak & Derin, 2018; Ünaldı & Alyanak, 2018). Temel güven duygusunu sarsarak çaresizlik, korku ve kaygı hisleri yaşatabilir. Şemaların gelişmeye devam ettiği bir dönemde bilişsel şemaları bozabilir ve düşünce hataları oluşturabilir (Ünaldı & Alyanak, 2018). Gelecekte karşılaşılabilecek travmalara uyum gösterme becerisini etkileyebilir (Şar, 2018). Beyinde, HPA aksında ve nörotransmitter sistemlerinde kalıcı olabilecek yapısal ve fonksiyonel değişikliklere yol açarak ruhsal bozukluklara zemin hazırlayabilir (Tunca & Güney, 2016). Travmaya erken dönemde ve kronik olarak maruz kalındığında etkileri daha şiddetli olur (Ünaldı & Alyanak, 2018). En erken karşılaşılabilecek kronik travmalar genellikle yaşamın ilk yıllarında bakım verenle ilişkideki olumsuzlukların neden olduğu güvensiz bağlanma ve duygusal ihmaldir (Şar, 2018). Bağlanma sürecindeki aksaklıklar sonucunda temel güven duygusu, duygu düzenleme, stresle başa çıkma,

çevreyi keşfetme ve kişiler arası ilişkiler gibi temel alanlarda sorunlar görülebilir (Alyanak & Derin, 2018).

Aileden biri tarafından yaşatılan kronik çocukluk çağı travmaları kompleks travma olarak adlandırılır ve daha kalıcı izler bırakır. Onu koruyup kollaması gereken bir yetişkin tarafından istismar ya da ihmal edilen ve savaşıma ya da kaçma olanağı bulamayan çocuk, disosiyasyon mekanizmasını kullanarak baş etmeye çalışır. Bu durumda travmatize ruhsal parça işlenmeden kalır ve nörobiyolojik sistemler öğrenmek yerine hayatta kalmaya odaklanacak şekilde gelişir. Beyin yapılarında ve işlevlerinde kalıcı olabilecek değişiklikler ortaya çıkar; bunların etkisiyle duygusal, davranışsal ve ilişkisel sorunlar görülebilir (Alyanak, 2018). Kompleks travma başta kompleks TSSB olmak üzere disosiyatif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu gibi bazı ruhsal bozukluklara neden olabilir (Ünaldı & Alyanak, 2018).

Travmayla ilişkili olarak hem içe yönelim hem dışa yönelim sorunları gelişebilir (Farley vd., 2021; Kim vd., 2021). Genellikle içe yönelim sorunları anksiyeteye, depresif belirtilerle ve somatik belirtilerle; dışa yönelim sorunları ise dürtüsellikle, agresyonla, yıkıcı davranışlarla ve madde kullanımıyla kendini gösterir (Achenbach vd., 2016). İçe yönelim sorunlarına bakıldığında depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanıları travma için risk oluşturduğu gibi travma sonucunda sekel olarak da gelişebilir. ABD’de toplumu temsil eden bir örnekleme kontrol grubuna kıyasla travmaya maruz kalan çocuklarda depresif bozukluk tanısı 3,2 kat, anksiyete bozukluğu tanısı 4,5 kat fazla saptanmıştır (Copeland vd., 2007). İngiltere’de toplumu temsil eden bir örnekleme 18 yaşından önce travmaya maruz kalan bireylerin %29,2’sinde depresif bozukluk, %11,5’inde yaygın anksiyete bozukluğu geliştiği izlenmiştir (Lewis vd., 2019). Bir ikiz çalışmasında anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde genetik faktörlerin etkisi daha büyük olsa da akut ve kronik stresin de etkili olduğu bildirilmiştir (Bolton vd., 2006). Somatizasyonun çocukluk çağındaki travma maruziyetiyle ilişkisini gösteren kanıtlar mevcuttur (Kroska vd., 2018). Benzer şekilde konversiyon bozukluğunun da zorlayıcı yaşam olaylarıyla, istismar ve ihmal yaşantılarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Ludwig vd., 2018).

Yıkıcı davranış bozuklukları (YDB) olarak da nitelendirilebilen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğunda stresle başa çıkma, duygu düzenleme ve öfkeyi kontrol etme

becerileri yetersizdir. Travmaya bağılı aşırı uyarılmışlık durumu ve duygu düzenleme güçlüğü YDB'daki belirtilerin şiddetini artırır (Ünaldı & Alyanak, 2018). Diğer yandan YDB'da dürtüsellik ve riskli davranışlar görülebildiğı için travmaya maruz kalma riski daha yüksektir (Nemeroff, 2016). ABD'de toplumu temsil eden bir örnekleme kontrol grubuna kıyasla travmaya maruz kalan çocuklarda yıkıcı davranış bozukluğu tanısı 2,3 kat fazla saptanmıştır (Copeland vd., 2007). İstismar mağduru çocuklarda daha fazla yıkıcı davranış ve agresyon görüldüğü bildirilmiştir (Alink vd., 2012). DEHB tanılı ve KOKGB tanılı çocuklarda istismar öyküsünün daha yaygın olduğu bulunmuştur (Ford vd., 2000). İngiltere'de toplumu temsil eden bir örnekleme 18 yaşından önce travmaya maruz kalan bireylerin %22,9'unda davranım bozukluğu geliştiğı izlenmiştir (Lewis vd., 2019). Davranım bozukluğu tanılı ergenlerle yürütölen bir çalışmada katılımcıların %56'sında travma öyküsü olduğu saptanmıştır (Reebye vd., 2000). ABD'de toplum örneklemiyle yapılan bir çalışmada 18 yaşından önceki ihmal ve istismar yaşantılarının davranım bozukluğu gelişme riskini arttırdığı ve davranım bozukluğu tanılı bireylerin daha çok travmaya maruz kaldığı gösterilmiştir (Afifi vd., 2011).

Travmanın etkileri doğrudan maruz kalan kişilerle sınırlı kalmayabilir ve sonraki kuşaklara uzanabilir (Leen-Feldner vd., 2013). Ebeveynlerin travmaya maruz kalmasının çocuklarında ruhsal bozukluklar açısından risk yaratması durumu "travmanın kuşaklar arası aktarımı" olarak adlandırılır (Kılıç, 2018). Doğal afet, göç, trafik kazası ve aile içi şiddet gibi ebeveyn ve çocuğun birlikte maruz kaldığı travmaların sonrasında ebeveyndeki ruhsal bozukluk belirtilerinin çocuktaki ruhsal bozukluk riskini yordadığı gösterilmiştir. Kendileri travmaya maruz kalmamış olsa bile ebeveynlerinin yaşadığı travmalar nedeniyle çocuklarda TSSB, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi ruhsal bozukluklara ait belirtiler gelişebildiğı bildirilmiştir. Travmanın sonraki kuşaklara aktarımında hem aile ilişkileri ve ebeveynlik becerileri üzerindeki olumsuz etkilerinin, hem epigenetik mekanizmalarla çocuklara geçebilen biyolojik etkilerinin rol oynadığı düşünülmektedir (Leen-Feldner vd., 2013).

DSÖ tarafından 10-19 yaş arasını kapsadığı kabul edilen ergenlik dönemindeki bireyler dünya nüfusunun yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. Çocuklukla yetişkinlik arasındaki bu geçiş sürecinde ergenler fiziksel, bilişsel, ruhsal ve duygusal açıdan hızla olgunlaşır; soyut düşünme becerisi, kimlik gelişimi ve bağımsızlık gibi birçok alanda

gelişme gösterir (World Health Organization, 2002). Ergenlik dönemi aynı zamanda yeterince işlenmemiş erken dönem travmalarının tekrar ele alınarak işlenmesi için bir fırsattır (Şar, 2018). Ancak ergenlik dönemi de her geçiş dönemi gibi olumlu gelişmelerin yanında önemli sorunlara zemin hazırlayabilmektedir; bir yandan gelişimsel görevleri tamamlarken diğer yandan hızlı değişimlere ve duygusal dalgalanmalara uyum sağlamanın zorluğu ruhsal bozukluklar için risk oluşturur (Gündüz Ünsal & Gencer, 2018). Her beş ergenden birinde bir ruhsal bozukluk bulunduğu ve tüm ruhsal sorunların yaklaşık %50'sinin 14 yaşından önce başladığı bildirilmiştir (World Health Organization, 2020).

Çocuklukta ve ergenlikte yaşanan travmalar hem kısa hem uzun dönemde çeşitli ruhsal sorunlara yol açabilir (Erman, 2016). Travmatik olayların genellikle tüm aileyi etkilediği, ebeveynlerin travmaya yanıtının ve ruhsal durumunun çocuklarının uyumunu ve uygulanan müdahalelere yanıtını belirleyen en önemli faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle mümkün olduğunda ebeveynler ve çocukları için entegre müdahaleler tercih edilmelidir (Danese vd., 2020). Psikolojik sağlamlıklarını arttırmaya yönelik ebeveynlerinin de dahil edildiği müdahalelerin yanı sıra gelişim süreçlerinin takip edilmesi, stresle sağlıklı yollarla başa çıkmalarına model olunması, sosyal aktivitelere ve spor aktivitelerine katılmalarının sağlanması gibi önlemler çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını korumada faydalı olabilir (Erbilgin Gün & Akyan, 2018; Pırıldar, 2018).

Travmatik olaylar çocukları ve ergenleri yetişkinlerden daha yoğun bir şekilde etkileyebileceği gibi normalde yardıma ulaşabilmelerini ve güvenliklerini sağlayan sosyal altyapıları ve sosyal destek kaynaklarını aniden kaybetmelerine de neden olabilir. Travmatik olaylarda çocuk ve ergenlerin güvenliklerinin sağlanmasına ve temel ihtiyaçlarına öncelik verilirken ruh sağlıkları göz ardı edilmemelidir. Bunun için acil durum müdahalelerine çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin dahil edilmesi, travma yaşayan çocuk ve ergenlere psikolojik ilk yardım uygulanması, travmatik stresin ruhsal bozukluklara yol açmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı müdahaleler sunulması, ruhsal bozukluk gelişimi açısından riskli grupların belirlenmesi, ruhsal bozukluk belirtilerinin deneyimli kişilerce değerlendirilmesi, ruhsal bozuklukların erken dönemde uygun yöntemlerle tedavi edilmesi gerekir. Uygulanan psikolojik ilk yardım strese karşı verilen tepkilerin anlaşılmasına ve normalleştirilmesine yönelik

psikoeğitimi ve nefes egzersizi, gevşeme egzersizi gibi stresle başa çıkma yöntemlerini içermelidir. Ruhsal bozukluk belirtileri saptandığında 4 haftadan kısa süren hafif belirtilerde destek sağlanarak takibin sürdürülmesi, 4 haftadan uzun süren ya da şiddetli belirtilerde gecikmeden tedaviye başlanması önerilmiştir (Danese vd., 2020).

2.1.2. Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5'teki (DSM-5) travma ve stresörle ilişkili bozukluklar bölümünü tepkisel bağlanma bozukluğu, sınırsız toplumsal katılım bozukluğu, ASB, TSSB, uyum bozukluğu, tanımlanmış diğer travma ve stresörle ilişkili bozukluklar ve tanımlanmamış diğer travma ve stresörle ilişkili bozukluklar olmak üzere toplamda yedi ruhsal bozukluk oluşturmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). Bu bölümdeki ruhsal bozuklukların belirleyici özelliği travmatik ya da stresli yaşam olayına maruziyetle ortaya çıkma zorunluluğudur. DSM-5'te yer alan diğer bazı bozukluklar da travmatik ya da stresli yaşam olayları tarafından tetiklenebilir olsa da travmatik ya da stresli yaşam olayına maruziyet onlar için şart değildir (Stein vd., 2014).

Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar stresörün tipi, belirtilerin özellikleri ve süresi gibi bazı ayırt edici faktörlere göre sınıflandırılır (Stein vd., 2014). Örneğin bağlanma bozukluklarında etiyoloji ortaktır, her iki bağlanma bozukluğunda da belirtilerin çocukluktaki ihmal yaşantısı sonrasında başlaması gerekir. Ancak tepkisel bağlanma bozukluğu içe yönelim belirtileriyle, sınırsız toplumsal katılım bozukluğu ise dışa yönelim belirtileriyle kendini gösterir. ASB ve TSSB için ikisinde de bulunan A tanı kriterine göre travma tanımına uyan bir stresörle belirli yollarla karşılaşılması zorunludur, ancak uyum bozukluğunda böyle bir zorunluluk aranmaz. Belirtiler ASB'de bir ay ya da daha kısa, TSSB'de ise bir aydan uzun süreli olmalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

ASB ve TSSB DSM-4-TR'deki "anksiyete bozuklukları" bölümünden, uyum bozukluğu DSM-4-TR'deki "uyum bozuklukları" bölümünden, tepkisel bağlanma bozukluğu da DSM-4-TR'deki "genellikle ilk kez bebeklikte, çocuklukta ve ergenlikte tanısı konan bozukluklar" bölümünden alınarak DSM-5'teki "travma ve stresörle

ilişkili bozukluklar” bölümüne taşınmıştır. Sınırsız toplumsal katılım DSM-4-TR’de “bebeklik ya da küçük çocukluk döneminin tepkisel bağlanma bozukluğu” içerisinde bir belirleyici durumunda iken DSM-5’te ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. Travmayla ilişkili bozukluklar için ayrı bir bölüm oluşturulması ve DSM-4-TR’de farklı bölümlerde yer almış olan travmayla ilişkili bozuklukların yeniden ele alınarak bu bölümde toplanması DSM-5’in getirdiği önemli değişiklikler arasındadır (Akbaş, 2016).

2.2. ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

2.2.1. Tanım

Kişinin kendisinin yaşadığı, başkasının yaşadığına şahit olduğu, yakınının başına geldiğini öğrendiği ya da detaylarıyla karşı karşıya kaldığı; ölüm riski, ağır yaralanma riski ya da cinsel saldırı içeren bir travmatik olay sonrasında ortaya çıkan belirtilerin bir aydan uzun süre devam ettiği ve işlevselliğin bozulduğu ruhsal bozukluğa TSSB adı verilir. Belirtileri yeniden yaşantılama, kaçınma, duygudurumda ve bilişlerde olumsuz değişiklikler ve aşırı uyarılmışlık olmak üzere dört kümeye ayrılmıştır (American Psychiatric Association, 2013). TSSB ruhsal ve nörobiyolojik boyutları olan, çok sayıda nörotransmitteri ve hormonu ilgilendiren karmaşık bir bozukluktur (Adak & Coşkun, 2018). Travmaya uyum sağlamaya yönelik tepkilerin gerekenden daha şiddetli ve daha uzun süreli olmasına bağlı duygusal, davranışsal, bilişsel ve fizyolojik değişiklikler görülür (Erman, 2016). Çocuk ve ergenlerde işlevsellikte bozulmanın yaygın bir sebebi olduğu, kronikleşme eğiliminde olduğu, başka ruhsal bozuklukların gelişimine zemin hazırlayabildiği ve intihar riski yaratabildiği için önemli bir toplum sağlığı tehdididir (American Psychiatric Association, 2013; Bui vd., 2014).

2.2.2. Tarihçe

TSSB kavramı daha önceki tarihlerde savaş bunalımı gibi farklı terimlerle ifade edilirken standartlaştırılmış bir tanı kategorisi olarak ilk kez 1952 yılında genel stres reaksiyonu ismiyle DSM-1’de yer almıştır. TSSB ismi resmi terminolojiye 1980 yılında DSM-3 ile kazandırılmıştır (Andreasen, 2010). Bu alandaki bilimsel araştırmalarda başlangıçta büyük ölçüde savaş gazileri ve cinsel saldırıya uğrayanlar gibi sınırlı gruplara odaklanılmıştır. Süreçte alanyazında doğal afetler, ciddi hastalıklar, çete şiddeti gibi farklı tipte travmalarla gelişen TSSB’ye ilişkin verilerin giderek artması sonucunda DSM-4’te TSSB tanı kriterlerindeki travma kapsamı bunları da içerecek şekilde genişletilmiştir (Copeland vd., 2007).

DSM-5’te TSSB tanı kriterlerinde birçok değişiklik yapılmıştır (Bui vd., 2014). Travmaya maruz kalan okul öncesi dönemdeki çocuklarla yapılan çalışmalarda belirtili dağılımlarının diğer yaş gruplarından farklı olduğu ve çoğunun DSM-4-TR’deki TSSB tanı kriterlerini karşılamadığı görülmüştür, bu nedenle DSM-5’te TSSB tanısına gelişimsel bir bakış açısıyla yaklaşılarak altı yaş ve altındaki çocuklar için özgün tanı kriterleri geliştirilmiştir (Bui vd., 2014; Scheeringa vd., 2003). Travmalarla travmatik nitelik taşımayan stresörlerin daha objektif şekilde ayırt edilebilmesi amacıyla DSM-5’te travma tanımı ve maruz kalma yolları netleştirilmiştir. Bunun için “kendinin ve başkalarının fiziksel bütünlüğü” biçimindeki belirsiz ifade yerine “cinsel saldırı” ifadesine yer verilmiştir ve yaşanan travmanın subjektif olarak kişide korku, dehşet ve çaresizlik hislerine yol açması şartı kaldırılmıştır (Akbaş, 2016). Daha önceki TSSB tanı kriterlerinde yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık olmak üzere üç belirtili kümesi bulunurken DSM-5’te duygudurumda ve bilişlerde olumsuz değişiklikler de eklenerek dört belirtili kümesine yer verilmiştir (Bui vd., 2014). Ayrıca DSM-5’te TSSB’nin disosiyatif alt tipi tanımlanmıştır (Kadak vd., 2014).

2.2.3. Epidemiyoloji

DSÖ tarafından yürütülen Dünya Ruh Sağlığı Araştırması verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada TSSB’nin yaşam boyu prevalansının dünya genelinde

%3,9 olduğu bildirilmiştir (Koenen vd., 2017). ABD’de toplumu temsil eden bir örnekleme yapılan epidemiyolojik çalışmada 12-17 yaş arası ergenlerde TSSB’nin 6 aylık prevalansı kızlar için %6,3, erkekler için %3,7 olarak bulunmuştur (Kilpatrick vd., 2003). İngiltere’de toplumu temsil eden bir örnekleme yapılan epidemiyolojik çalışmada 18 yaşına gelene kadar çocuk ve ergenlerin %31,1’inin travmaya maruz kaldığı ve %7,8’inde TSSB geliştiği saptanmıştır (Lewis vd., 2019). Ülkemizde genel popülasyondaki TSSB epidemiyolojisiyle ilgili çalışma sayısı azdır ve yapılmış olan çalışmalarda büyük oranda depremlerin bölgesel etkilerine odaklanıldığı görülmektedir (Binbay vd., 2014). Ülkemiz toplumunu temsil eden bir örneklemede 6-13 yaş arası çocukların %0,12’sinde TSSB olduğu belirlenmiştir (Ercan vd., 2019).

2.2.4. Etiyoloji

TSSB’de temel etiyolojik faktör travmadır ancak benzer travmalar yaşayan herkeste TSSB gelişmez. Kişide TSSB gelişip gelişmeyeceğini belirleyen travmatik olayın özellikleri, travmanın kişinin yaşamına etkisi, çevresel faktörler, kişinin genetik, biyolojik ve ruhsal yapısı gibi çok sayıda faktör bulunmaktadır (Tunca & Güney, 2016).

2.2.4.1. Risk Faktörleri

Çocuk ve ergenlerde yaşanan travmatik olayların ve dolayısıyla TSSB oranının yaşla birlikte arttığı bulunmuştur (Copeland vd., 2007; Essau vd., 2000; Masten & Narayan, 2012). Ayrıca belirli gelişim dönemlerinde belirli travma tiplerine karşı hassasiyetin artabileceği bilinmektedir, örneğin erken çocukluk döneminde bağlanma süreci büyük önem taşıdığından bu dönemdeki çocuklar ebeveynlerinden ayrı kalmalarına neden olan travmalardan çok daha fazla etkilenir (Masten & Narayan, 2012). Yapılan iki meta analiz çalışmasında kızlarda erkeklere kıyasla daha sık TSSB görüldüğü saptanmıştır (Furr vd., 2010; Trickey vd., 2012). Bu meta analiz çalışmalarından birinde yaş büyüdükçe TSSB’nin kız cinsiyetle ilişkisinin arttığı

bildirilmiştir (Trickey vd., 2012). TSSB riski maruz kalınan travmanın tipine göre de değişir, genellikle fiziksel ya da cinsel saldırı gibi kişiler arası nitelik taşıyan travmalardaki TSSB riski savaşa ilgili travmalardakinden, savaşa ilgili travmalardaki TSSB riski ise doğal afetlerdekinden daha fazladır (Donnelly & Amaya-Jackson, 2002). Bir meta analiz çalışmasında travmaya maruz kalan çocuk ve ergenlerin yaklaşık altıda birinde TSSB geliştiği; bu oranın kişiler arası nitelik taşıyan travmalarda yaklaşık dörtte bir, kişiler arası nitelik taşımayan travmalarda ise yaklaşık onda bir olduğu bulunmuştur (Alisic vd., 2014).

Risk faktörlerinin etki boyutlarının incelendiği bir meta analiz çalışmasında travma sırasındaki korkunun, travma sırasındaki yaşamsal tehdit algısının, travma sonrasında sosyal desteğin az olmasının, travma sonrasında aile işlevselliğinin yetersiz olmasının, travma sonrasında sosyal içe çekilmenin, travma sonrasında kişide başka ruhsal bozukluk gelişmesinin, travmaya ilişkin düşüncelerin bastırılmasının ve başa çıkmak için dikkat dağıtma yönteminin kullanılmasının etki boyutunun daha büyük olduğu; travma şiddetinin, kız cinsiyetin, düşük sosyoekonomik düzeyin, düşük bilişsel kapasitenin, travma öncesinde ya da sonrasında yaşanan olumsuz yaşam olaylarının, travma öncesinde ya da sonrasında ebeveynde ruhsal bozukluk bulunmasının, travma öncesinde kişide ruhsal bozukluk bulunmasının, travma öncesinde özgüvenin düşük olmasının, travmatik olayda yakınıni kaybetmenin, kitle iletişim araçlarından olayla ilgili içeriğe maruz kalmanın, travmaya ilişkin başkalarını suçlamanın, etnik kökenin azınlıkta olmasının ve daha küçük yaşta olmanın etki boyutunun daha küçük olduğu bildirilmiştir (Trickey vd., 2012). Ebeveyninde, özellikle de annesinde TSSB öyküsü olan kişilerde travma maruziyeti sonrasında TSSB gelişmesi riskinin daha yüksek olduğunu, her iki ebeveynde de TSSB öyküsü bulunmasının bu riski daha da arttırdığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Leen-Feldner vd., 2013).

2.2.4.2. Psikodinamik Teori

Travma benliğin savunma düzeneklerini yetersiz bırakabilir ve ruhsal yapının homeostazisini bozabilir. Bunun sonucunda benlik travmanın bozduğu dengeyi tekrar

sağlamak için önceki psikoseksüel gelişim basamaklarına gerileyebilir. Travma daha önceki psikoseksüel gelişim dönemlerinde tam olarak çözülmemiş çatışmaları tekrar alevlendirebilir, bu durum terk edilme ve yalnız kalma korkusu gibi bazı sorunların yeniden ortaya çıkmasına ve travmayla başa çıkmanın zorlaşmasına neden olabilir. TSSB semptomları psikodinamik teoriye göre yineleme zorlantısıyla açıklanır; travmatik yaşantının düşlerde, oyunlarda ve konuşmalarda yinelenmesiyle olay üzerinde hakimiyet kurmanın ve duyarsızlaşma sağlamanın hedeflendiği düşünülmektedir (Tunca & Güney, 2016).

2.2.4.3. Koşullanma Modeli

Mowrer korkunun koşullu uyaranlara karşı gelişen öğrenilmiş tepkilerden oluştuğunu öne sürmüştür (Rachman, 1977). Mowrer'ın iki aşamalı kuramına göre korku klasik koşullanma ile kazanılır ve edimsel koşullanma ile sürdürülür. Önce travmanın neden olduğu korku ve korku tepkileri nötral uyaranlarla ilişkilendirilir, bunun sonucunda nötral uyaranlar koşullu uyaranlar haline gelir ve koşullu uyaranlarla karşılaşmak da korkuya ve korku tepkilerine neden olmaya başlar (Lafleur vd., 2011). Koşullu uyaranların giderek genelleşmesiyle birçok gündelik uyaran travmayı hatırlatan koşullu uyaranlar haline gelir (Silove, 1998). Böylece aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşantılama belirtileri ortaya çıkar, bunların yol açtığı sıkıntı kaçınma davranışlarına başvurularda azaltılmaya çalışılır (Tunca & Güney, 2016). Kaçınma davranışları anksiyetede anlık bir azalma sağlar ancak otomatik yanıtların sönmesine izin vermediği için uzun vadede anksiyeteyi pekiştirici etki gösterir (Soylu, 2018; Tunca & Güney, 2016). Anksiyeteye neden olan uyarana tekrarlayıcı maruziyetin kişide sistematik duyarsızlaşma oluşturarak belirtileri azaltması beklenir, maruziyet ve yanıt engelleme yöntemi bu ilkeye dayanır (Tunca & Güney, 2016).

2.2.4.4. Bilişsel Model

Bilişsel modele göre travma kişinin kendine ve dünyaya ilişkin önceden oluşturduğu düşünce, inanç ve bilişsel şemaları yıkar ve bunların yerini yenileri alır (Tunca & Güney, 2016). Travma sonrasında dünyanın tehlikelerle dolu olduğu ve kişinin bu tehlikelerle başa çıkabilecek kapasiteye sahip olmadığı gibi olumsuz bilişsel değerlendirmeler yapılması sürekli bir tehdit algısına, çaresizlik hissine, korkuya, aşırı uyarılmışlığa ve kaçınmaya yol açar. Travmaya bağlı olarak felaketleştirme, aşırı genelleme ve kendini suçlama gibi çarpık düşünce yapıları gelişebilir; bu da olumsuz duygulara neden olabilir ve uyum sağlamayı zorlaştırabilir (Ehlers & Clark, 2000). Dünyanın güvenli ve adil olduğuna, olayların tahmin edilebilir olduğuna yönelik şemaların yıkılmasıyla kişinin travmatik anıları bilişsel olarak işleyip travma sonrası değişen dünyasını doğru şekilde temsil edecek yeni şemalar geliştirmesi gerekir. Travmatik anıları işleyerek yeni, kaygı verici ve geçmiştekilerle bağdaşmayan verileri bilişsel yapıda bütünleştirmek zordur; yeniden yaşantılama belirtilerinin bu amaca hizmet ettiği düşünülmektedir (Silove, 1998).

2.2.4.5. Bilgi İşleme Kuramı

Beyin kendisine ulaşan duygu, düşünce, duyu gibi tüm bilgileri işleyip ilişkili anı ağlarıyla bütünleştirerek hafızada depolar ve öğrenmeyi gerçekleştirir (Üneri, 2016). Uzun süreli hafıza örtük (implisit ya da prosedürel) ve açık (eksplisit ya da deklaratif) hafıza sistemlerinden oluşur (Çakıroğlu & Korkmazlar, 2018). Örtük hafıza bisiklet sürmek gibi becerileri, alışkanlıkları ve koşullanma ile kazanılan tepkileri depolar; örtük hafızadaki veriler istemli olarak bilince getirilemez (Bremner, 1999; Squire & Zola, 1996). Açık hafıza yaşanan olayları ve öğrenilen gerçekleri depolar, açık hafızadaki veriler istemli olarak bilince getirilebilir (Squire & Zola, 1996). Açık hafıza yapısı epizodik ve semantik hafızadan oluşur; epizodik hafıza duysal ve duygusal ayrıntılar bakımından zengin olayları, semantik hafıza ise genel geçer bilgileri depolar. Süreçte epizodik hafızadaki bilgiler işlenerek semantik hafızaya aktarılır, bu aktarımın özellikle uyku sırasında gerçekleştiği düşünülmektedir. Epizodik hafıza hipokampus ve ilgili limbik yapılarda, semantik hafıza ise kortekste depolanır, epizodik hafızadaki bilgiler semantik hafızaya aktarıldıkça hipokampustaki

izleri zayıflar. Semantik hafızaya aktarılan bilgiler burada depolanan diğer bilgilerle ilişkilendirilerek anlamlandırılır. Epizodik hafızaya hızla bilgi kaydedilebilir ancak semantik hafızaya bilgi kaydedilmesi zaman gerektirir. TSSB’de travma beyin bilgi işleme sistemini sekteye uğratar, hafıza alt sistemleri arasındaki etkileşim bozulur, bu nedenle travmatik anılar gereken şekilde işlenemez ve depolanamaz. Travmaya ilişkin bilgiler epizodik hafızada depolanır ancak işlenip semantik sisteme aktarılamaz, sonuçta diğer bilgilerle ilişkilendirilemeyen ve bütünleştirilemeyen bu kopuk epizodik anılar yeniden yaşantılamaya neden olacak bir yapıda kalır. TSSB semptomlarının azalması travmatik anıların yorumlanıp anlamlandırılmasıyla mümkün olur (Stickgold, 2002).

2.2.4.6. Genetik Etmenler

Çeşitli ikiz çalışmalarında travma maruziyeti sonrası TSSB gelişmesi riskinde genetik etmenlerin payının %30-40 olduğu bulunmuştur (Almli vd., 2014). TSSB gelişiminde poligenik ve epigenetik etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Aday gen çalışmalarında serotonin taşıyıcı geninin TSSB ile ilişkili olduğu saptanmış; dopamin sistemindeki genlerin TSSB ile ilişkisine dair çelişkili bulgular elde edilmiş; glukokortikoid reseptör, Gama Amino Bütirik Asit (GABA) reseptör ve apolipoprotein E genlerinin TSSB ile ilişkili olabileceğine işaret eden sonuçlar bildirilmiştir (Broekman vd., 2007). Epigenetik mekanizmaların değerlendirildiği çalışmalarda TSSB tanılı bireylerde Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör (BDNF) genindeki DNA metilasyonunun arttığı, bağışıklık yanıtıyla ve inflamasyonla ilişkili birçok genin DNA metilasyonunda farklılıklar olduğu gösterilmiştir (Almli vd., 2014).

2.2.4.7. Nörobiyolojik Etmenler

Dikkat, uyarılma, bellek ve stres yanıtı gibi süreçlerde rolü olan noradrenalin en çok lokus seruleustan salınır (T. O’Donnell vd., 2004). Stres lokus seruleustaki noradrenerjik nöronların uyarılmasıyla noradrenalin salınımını artırır, bu nöronların

duyarlılığını lokus seruleusta bulunan alfa 2 noradrenerjik otoreseptörler düzenler (Southwick vd., 1999). Lokus seruleustan temporal kortekse, hipokampusa ve amigdalaya uzanan noradrenerjik projeksiyonlar anıların hafızadan geri çağırılmasını kolaylaştırır (B. van der Kolk vd., 1985). Noradrenalinin TSSB’de görülen yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin gelişmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (T. O’Donnell vd., 2004). Hayvan deneylerinde stres yaratan çevresel uyaranlara yanıt olarak lokus seruleus nöronlarında aktivasyon görüldüğü, salınan noradrenalin miktarının ve kalp hızının arttığı bildirilmiştir (Abercrombie & Jacobs, 1987). TSSB gelişen çocuklarla yapılan bir çalışmada 24 saatlik idrar noradrenalin düzeyinin sağlıklı kontrollerden ve anksiyete bozukluğu olanlardan belirgin şekilde daha yüksek olduğu ve TSSB şiddetiyle korelasyon gösterdiği saptanmıştır (De Bellis, Baum, vd., 1999). Çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada travmadan sonraki 1. ve 6. ayda ölçülen plazma noradrenalin düzeylerinin TSSB gelişenlerde kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve 6. aya doğru giderek artış göstermesinin TSSB’deki kronikleşmeyi yansıttığı bulunmuştur (Pervanidou vd., 2007). Bazı çalışmalarda TSSB hastalarına alfa 2 reseptör agonisti olan klonidin verilerek noradrenerjik aktivite azaltıldığında agresyon, aşırı uyarılmışlık, intruzif düşünceler, uyku sorunları gibi TSSB belirtilerinde düzelme olduğu görülmüştür (Boehnlein & Kinzie, 2007). Yetişkinlere alfa 2 otoreseptör antagonisti olan yohimbin verilerek noradrenerjik aktivitenin arttırıldığı bir çalışmada TSSB hastalarında anksiyetenin ve TSSB belirtilerinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla artış gösterdiği, ayrıca TSSB hastalarının %42’sinin panik atak geçirdiği bildirilmiştir (Southwick vd., 1997).

Dikkat, uyarılma, bellek, ödül sistemi, uyku ve stres yanıtı gibi süreçlerde rolü olan dopamin beyinde hipotalamustan salınarak tuberoinfundibular yolu, substantia nigradan salınarak nigrostriatal yolu, ventral tegmental alandan salınarak mezolimbik ve mezokortikal yolları izler (Almli vd., 2014; Waltes vd., 2016). Stresin mezolimbik bölgede dopamini arttırdığı bilinmekte, bu bölgedeki dopaminerjik aktivitenin korku koşullanmasında rolü olduğu düşünülmektedir (Sherin & Nemeroff, 2011). Dopaminerjik aktiviteyi arttıran kokain ve amfetamin gibi maddelerin korku tepkilerinde artışa, aşırı uyarılmışlık belirtilerine ve paranoyaya neden olabildiği bildirilmiştir (Borowski & Kokkinidis, 1998). İstismar sonrasında TSSB gelişen

çocuklarla yapılan bir çalışmada 24 saatlik idrar dopamin düzeyinin sağlıklı kontrollerden ve anksiyete bozukluğu olanlardan belirgin şekilde daha yüksek olduğu ve TSSB şiddetiyle korelasyon gösterdiği saptanmıştır (De Bellis, Baum, vd., 1999).

Seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) ilaçların TSSB tedavisinde etkili olduğunun görülmesi serotoninin TSSB fizyopatolojisinde rolü olabileceğini düşündürmüştür, ayrıca 5-hidroksitriptamin (5-HT) 1A reseptör agonisti olan buspironun anksiyete tedavisinde etkili olduğu bilinmektedir (Giral vd., 1988; Petty vd., 1997). TSSB hastalarında serotonin aktivitesinin ve serum serotonin düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Newport & Nemeroff, 2000). Serotonin davranışların inhibe edilmesinde etkilidir, stres nedeniyle serotonin aktivitesinin bozulması davranışsal inhibisyon sisteminin düzgün çalışmasını engelleyerek impulsivite, agresyon ve travmaya ilişkin davranışların kompulsif şekilde tekrarlanması gibi bazı TSSB belirtilerine yol açabilir. Hem hayvan deneylerinde hem insanlarla yapılan çalışmalarda serotonin düzeyindeki azalmanın TSSB’de görülebilen belirtilere benzer şekilde irritabilite, aşırı uyarılmışlık, kendine ve çevreye yönelik agresyon ve impulsivite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (B. A. Van Der Kolk, 1997). Yetişkinlere serotonin agonisti olan meta-klorfenilpiperazin verilen bir çalışmada TSSB hastalarında anksiyetenin ve TSSB belirtilerinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla artış gösterdiği, ayrıca TSSB hastalarının %31’inin panik atak geçirdiği bildirilmiştir (Southwick vd., 1997). TSSB’ye yönelik hayvan modellerinin oluşturulmasında kaçınılmaz stresle gelişen öğrenilmiş çaresizlik kullanılır. Hayvan deneylerinde SSRI ilaçların ve 5-HT_{1A} agonistlerinin öğrenilmiş çaresizlikte düzelmeye sağladığı, serotonin düzeyindeki azalmanın ise öğrenilmiş çaresizlik benzeri belirtilere yol açtığı saptanmıştır (Petty vd., 1997).

Stres endojen opiyatların salınmasına yol açar (B. A. Van Der Kolk, 1997). Travma sonrasında görülen analjeziye ve disosiyatif belirtilere endojen opiyat salınımının neden olduğu düşünülmektedir (Newport & Nemeroff, 2000). Hayvan deneylerinde endojen opiyatların stresle indüklenen analjeziden sorumlu olduğu ve bu etkinin opiyat antagonisti olan nalokson verilerek ortadan kaldırılabilirdiği saptanmıştır. Uzun süreli stres maruziyetinden sonra stres yaratan durumun sonlandırılmasının ya da nalokson verilmesinin hayvanlarda piloereksiyon, titreme, irkilme gibi belirtilere yol açtığı ve bu tablonun opiyat yoksunluğuna benzediği gözlenmiştir. İnsanlarda

anksiyete, irritabilite, agresyon, tetikte olma ve uyku sorunları gibi bazı TSSB belirtilerinin opiyat yoksunluğunda da görülebilmesi endojen opiyat sisteminin TSSB fizyopatolojisinde rolü olabileceğine işaret etmiştir. Travma mağdurlarının travmayı yinelemeye yönelik davranışlar ve KZVD ile opiyat yoksunluğunu gidermeye çalışıyor olabileceği öne sürülmüştür (B. van der Kolk vd., 1985). TSSB hastalarının bazal beta endorfin düzeyinin normalden düşük olduğu ancak stresörlere daha yoğun beta endorfin salınımıyla yanıt verdikleri görülmüştür (Newport & Nemeroff, 2000). TSSB gelişen bir olguda naltrekson tedavisiyle yeniden yaşantılama belirtilerinde belirgin düzelme olduğu ancak tedavi kesildikten sonra belirtilerin tedavi öncesi şiddetine döndüğü bildirilmiştir (Bills & Kreisler, 1993).

Santral sinir sisteminin temel inhibitörü olan gamma-aminobutirik asit (GABA) anksiyolitik etki gösterir, santral sinir sisteminin temel aktivatörü olan glutamat ise N-metil-D-aspartik asit (NMDA) reseptörlerine etkisiyle bellek konsolidasyonu ve disosiyatif belirtilerle ilişkilidir. Travma etkisiyle GABA aktivitesinin azaldığı, glutamat aktivitesinin ise arttığı düşünülmektedir. TSSB’de hipokampusta ve prefrontal kortekste görülebilen nöron kaybında artan glutamaterjik aktiviteye bağlı nörotoksisitenin rolü olabileceği öne sürülmüştür (Sherin & Nemeroff, 2011).

2.2.4.8. Endokrinolojik Etmenler

Stres yanıtında ve uyum sürecinde HPA aksının rolü büyüktür; strese maruz kalındığında hipotalamustan salınan CRH hipofizden ACTH salınımını uyarır ve lokus seruleustan noradrenalin salınımını artırır (Adak & Coşkun, 2018; Tunca & Güney, 2016). ACTH adrenal bezden kortizol ve katekolamin salınımını uyarak stres yanıtını oluşturur. Stres yanıtı fiziksel ve davranışsal adaptif değişikliklere yol açarak organizmanın hayatta kalma ve stresle baş etme yetisini artırır (Tunca & Güney, 2016). Ancak stres yanıtı uzadığında organizmanın uzun süre yüksek CRH, kortizol ve katekolamin düzeylerine maruz kalması psikiyatrik, metabolik, dolaşımsal, immünolojik bozukluklara ve nöron kaybına neden olabilir (Tunca & Güney, 2016; Yehuda vd., 1991). HPA aksının pubertede, büyümede ve gelişmede önemli rolleri olan büyüme hormonu, gonadal hormonlar ve tiroid hormonları üzerinde de etkisi

vardır. Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde kronik strese maruz kalmak HPA aksında büyümeyi ve gelişmeyi olumsuz etkileyen değişikliklere yol açabilir (Tunca & Güney, 2016). Akut stres durumunda HPA aksının aktivitesi artar ve glikokortikoid seviyesi yükselir ancak TSSB gibi kronik stres durumlarında HPA aksının aktivitesinde azalma ve düşük glikokortikoid seviyesi görülebilir. TSSB’de görülen normalin altındaki kortizol seviyesinin kronik HPA aktivasyonuna adaptasyon geliştirerek hassasiyetini arttıran negatif feedback sistemine bağlı olduğu düşünülmüştür (Yehuda vd., 1991).

Deney hayvanlarının beynine CRH uygulanmasının stres yanıtının yanısıra kaygı ve irkilme tepkileri oluşturduğu, korku koşullanmasını kolaylaştırdığı ve lokus seruleus nöronlarını uyardığı gözlenmiştir (Sherin & Nemeroff, 2011). TSSB hastalarının serebrospinal sıvı CRH düzeylerinin artmış olduğu, buna karşılık 24 saatlik idrar kortizol düzeylerinin normal olduğu bulunmuştur (Baker vd., 1999). Birçok çalışmada TSSB hastalarının bazal kortizol seviyelerinin düşük olduğu ve deksametazon supresyon testinde verdikleri supresyon yanıtının daha güçlü olduğu bildirilmiştir. CRH ile stimülasyona verdikleri ACTH salınımı yanıtının da zayıf olduğu izlenmiştir (Newport & Nemeroff, 2000). TSSB olan çocukların kortizol düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalarda ise yetişkinlerden farklı olarak çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (Tunca & Güney, 2016). İstismar sonrasında TSSB gelişen çocuklarla yapılan bir çalışmada 24 saatlik idrar kortizol düzeyinin sağlıklı kontrollerden belirgin şekilde daha yüksek olduğu ve TSSB şiddetiyle korelasyon gösterdiği saptanmıştır (De Bellis, Baum, vd., 1999). Çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada travmadan sonraki 1. ayda ölçülen tükürük kortizol düzeylerinin TSSB gelişenlerde kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve 6. aya doğru giderek normaleştiği bulunmuştur (Pervanidou vd., 2007). Gebelik sırasında TSSB olan anneler ve doğan bebekleriyle yapılan bir çalışmada kortizol düzeylerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu bildirilmiştir, intrauterin dönemde maruz kalınan stresin HPA aksını etkileyerek TSSB için yatkınlık oluşturabileceği yorumu yapılmıştır (Yehuda vd., 2005).

2.2.4.9. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

TSSB birçok beyin bölgesinin gelişimini etkileyebilir, ayrıca stres nörotoksik etki gösterebildiği ve nörojenezi inhibe edebildiği için hipokampus gibi duyarlı beyin yapılarında atrofiye ve hacmin beklenenden düşük bulunmasına neden olabilir (Erman, 2016; Tunca & Güney, 2016). TSSB tanısı alan çocuk ve ergenlerin corpus callosum ve toplam beyin hacminin daha düşük, intrakranial serebrospinal sıvı hacminin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Toplam beyin hacmindeki farkın travma maruziyetinin ne kadar erken yaşta olduğuyla ve ne kadar uzun sürdüğüyle; corpus callosum, intrakranial serebrospinal sıvı ve toplam beyin hacimlerindeki farkın ise TSSB belirtilerinin şiddetiyle korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Birçok çalışmada TSSB tanısı alan erişkinlerde hipokampus hacminin düşük olduğu bulunmuş ancak TSSB tanısı alan çocuk ve ergenlerde aynı durum gözlenmemiştir (De Bellis, Keshavan, vd., 1999). Bunun sebebinin araştırıldığı 12-18 aylık bir takip çalışmasında TSSB tanısı alan çocukların hipokampus hacminin başlangıçta normal olduğu, hipokampal atrofının uzun vadede geliştiği bildirilmiştir (Hart & Rubia, 2012). Erişkinlerle yapılan bir monozigot ikiz çalışmasında ise travma öncesinde hipokampus hacminin düşük olmasının TSSB gelişimine yatkınlık oluşturduğu ve hacim ne kadar düşükse TSSB belirtilerinin o kadar şiddetli olduğu tespit edilmiştir (Gilbertson vd., 2002). Kötü muamele sonrasında TSSB gelişen çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda superior temporal girus hacimlerinin daha büyük olduğu ve serebellum hacimlerinin daha küçük olduğu bulunmuş, prefrontal korteksle ve amigdala ile ilgili çelişkili sonuçlar bildirilmiştir (Hart & Rubia, 2012).

2.2.5. Klinik Özellikler

TSSB olay anındaki korkunun aynı duygusal yoğunlukla ve fizyolojik tepkilerle, canlı görsel imgeler eşliğinde tekrar tekrar yaşanmasıyla karakterizedir. Bu istemsiz yaşantılar kişiye yoğun bir sıkıntı verir, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık semptomlarına yol açar. Kaçınmaya bağlı olarak etkinliklere daha az katılma, kişiler arası ilişkilerden uzaklaşma görülür (Çakıroğlu & Korkmazlar, 2018). Kaçınmada kişi kendini izole

edebilir ve kalabalıkta olmak istemeyebilir, çocukların ebeveynlerine yapışması da bir kaçınma belirtisi olarak yorumlanabilir (Erman, 2016). Aşırı uyarılmışlık durumu ise sinirliliğe, KZVD ve ÇZVD'ye zemin hazırlar (Çakıroğlu & Korkmazlar, 2018). TSSB'de görülebilen belirtiler arasında korku, öfke, utanç gibi olumsuz duygulanımların yanı sıra apati, hissizlik ve disosiyatif belirtiler; travmatik olayın detaylarını hatırlayamama; olayın nedenleri ve etkileri konusunda çarpıtılmış algılar; kendisi, başkaları ve dünya hakkında olumsuz düşünceler ve intihar düşünceleri sayılabilir (Erman, 2016; Tanır & Kılıç, 2016; Ünalı & Alyanak, 2018). Travmaya ilişkin psikojenik amnezinin bilişsel bir kaçınma olduğu kabul edilmektedir (Tunca & Güney, 2016).

TSSB çocuk ve ergenlerin işlevselliğini önemli ölçüde bozar ve sıklıkla okul başarısında düşmeye yol açar (Tanır & Kılıç, 2016). Tanı kriterlerini karşılamayan ancak belirgin TSSB semptomları olan çocukların işlevselliğindeki bozulmanın da tanı kriterlerini karşılayan çocuklar kadar olduğu görülmüştür (Cohen, 2010). TSSB tanılı çocuk ve ergenlerde genellikle travma maruziyetinin üstünden bir yıl geçtikten sonra belirtilerin sayısında ve şiddetinde azalma olur, buna karşın TSSB yüksek oranda kronikleşerek erişkin dönemde de devam eden bir gidiş gösterir (Akbaş, 2016; Ford vd., 2000). Erken dönemde gerçekleşen, tekrarlayan, kişiler arası nitelik taşıyan ve aile üyelerini içeren travmatik olaylar sonrasında gelişen TSSB'de prognoz daha kötüdür. Kız cinsiyet, başka psikopatolojilerin varlığı, düşük zeka düzeyi, sosyal desteğin olmaması ve tedavisiz geçen süre de prognozu kötüleştirir (Savcı & Tufan, 2016).

2.2.6. Tanı Ölçütleri

2.2.6.1. Erişkinler, Gençler ve Altı Yaşından Büyük Çocuklar İçin

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 olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istem dışı gelen, sıkıntı veren anıları.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışa vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.

3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (disosiyasyon) 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.)

Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

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 tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyarlardan 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 daha 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 [disosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).

3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla 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 katılımı belirgin azalma.

6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.

7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumu 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 veren davranışlarda 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.

Belirteçler:

Çözülme belirtileri (disosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. Gerçek dışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

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

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

2.2.6.2. Altı Yaşındaki ve Altı Yaşının Altındaki Çocuklar İçin

A. Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklarda, aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde, ölümlle, ağır yaralanmayla karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğrama:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.

2. Özellikle birincil bakım verenler olmak üzere, başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).

Not: Doğrudan doğruya görme (tanıklık etme), elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla görmüş olmayı kapsamaz.

3. Ana babasından birinin ya da bakım veren kişinin başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istem dışı gelen, sıkıntı veren anıları.

Not: Kendiliğinden ortaya çıkan ve istem dışı gelen anıların sıkıntı veriyor gibi görünmesi gerekmez ve bunlar, oyunda yeniden canlandırılıyor gibi dışa vurulabilirler.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

Not: Korkutucu içeriğin örseleyici olayla ilişkisini kurmak olanaklı olmayabilir.

3. Çocuğun örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (disosiyasyon) 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.) Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

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 anımsatıcılara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Örseleyici olay(lar)la ilintili uyaranlardan sürekli bir kaçınmayı ya da örseleyici olay(lar)a ilintili bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olduğunu gösteren, olay(lar)dan sonra başlamış ya da kötüleşmiş, aşağıdaki bir (ya da birden çok) belirti bulunmalıdır:

Uyaranlardan Sürekli Kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)ın anılarını uyandıran etkinlikler, yerler ya da nesnel anımsatıcılardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2. Örseleyici olay(lar)ın anılarını uyandıran insanlar, konuşmalar ya da kişilerarası durumlardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

Bilişlerde Olumsuz Değişiklikler:

3. Olumsuz duygusal durumların sıklığının önemli ölçüde artması (örn. korku, suçluluk, üzüntü, utanç, şaşkınlık).

4. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımıda belirgin azalma, bu durum, oyun oynamada bir kısıtlılık göstermeyi de kapsar.

5. Toplumsal olarak geri çekilme, içine kapanma.

6. Sürekli bir biçimde, olumlu duyguları daha az gösterme.

D. 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 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) (aşırı huysuzluk yapmaları da kapsar).

2. Her an tetikte olma.

3. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

4. Odaklanma güçlükleri.

5. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

E. Bu bozukluğun süresi bir aydan daha uzundur.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da ana babasıyla, kardeşleriyle, yaşlılarıyla ya da diğer bakımverenlerle ilişkilerinde ya da okulda davranışlarında bozulmaya neden olur.

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

Belirteçler:

Çözülme belirtileri (disosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır ve kişi, aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. Gerçek dışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

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

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

2.2.7. Değerlendirme

Çocuk ve ergenlerde travma maruziyetinin sıklığı ve gelişebilecek olan TSSB'nin kronikleşme eğilimi bu bozukluğun erken saptanmasının önemine işaret etmektedir. Bunun için ruh sağlığı hizmetlerine başvuru nedeni ne olursa olsun travmatik yaşantıların ve TSSB belirtilerinin sorgulanması, çok sayıda çocuk ve ergeni etkileyen travmatik olaylar sonrasında toplum temelli TSSB taramalarının yürütülmesi önerilir. Kişide hem travma öyküsünün hem TSSB belirtilerinin bulunması durumunda belirtilerin şiddetinin, işlevselliğin ne ölçüde bozulduğunun ve DSM'ye göre TSSB tanı kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığının gelişimsel açıdan uygun bir dille değerlendirilmesi gerekir. Tanı için gerekli olmasa da taramada ve değerlendirmede Çocuk TSSB Semptom Ölçeği ve Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği gibi ölçeklerden ve Çocuk ve Ergenler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma

Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli gibi görüşmelerden yararlanılabilir. Prepubertal çocuklarda tanısal doğruluk için birden fazla kaynaktan bilgi alınması şarttır (Cohen, 2010).

2.2.8. Ayırıcı Tanı

TSSB değerlendirilirken bazı ruhsal bozukluklar, tıbbi durumlar ve madde etkisi gibi sorunlarla ayırıcı tanıya dikkat edilmelidir (Cohen, 2010). Çocuk ve ergenlerde TSSB hem içe hem dışa yönelim sorunlarıyla ortak belirtiler taşır (Erman, 2016). TSSB'deki sosyal içe çekilme, anhedoni, suçluluk duygusu, KZVD, duygusal küntleşme, uyku sorunları, konsantrasyon güçlüğü ve huzursuzluk belirtileri depresif bozuklukla karışabilir (Cohen, 2010; Erman, 2016). Korku, kaygı, aşırı uyarılmışlık, irkilme, tetikte olma, uyku sorunları, konsantrasyon güçlüğü ve huzursuzluk belirtileri ise TSSB ile yaygın anksiyete bozukluğunda ortakdır (Erman, 2016). Sosyal fobinin tipik özelliği olan sosyal durumlardan kaçınma TSSB'de de görülebilen bir belirtidir. Yaygın anksiyete bozukluğundan ve sosyal fobiden farklı olarak TSSB'de bu belirtiler travmayla ilişkili bir şekilde gelişir. Panik atakların TSSB'de de sık görülebilmesi nedeniyle panik bozukluk ile TSSB benzerlik taşır, TSSB'deki ataklar belirli durumlarla tetiklenirken panik bozukluktaki atakların bir kısmının beklenmedik olması gerekir (Taş Torun & Işık Taner, 2016). Belirli uyaranlarla ya da bunların beklentisiyle ortaya çıkan korku ve bu uyaranlardan kaçınma hem özgül fobilerde hem TSSB'de görülür, TSSB'de korku yaratan ve kaçınılan uyarının yaşanan travmayı çağrıştırması ayırt edicidir (Erman, 2016; Taş Torun & Işık Taner, 2016).

TSSB'deki konsantrasyon güçlüğü, yerinde duramama, huzursuzluk, irritabilite, öfke patlamaları, KZVD ve ÇZVD gibi belirtiler YDB ile karışabilir (Cohen, 2010; Erman, 2016). Yürütücü işlev ve duygu düzenleme bozuklukları, hafıza ve öğrenme sorunları, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite, hiperaktivite ve dürtüsellik TSSB'de olduğu gibi DEHB'de de görülür. DEHB'den farklı olarak TSSB'de bu belirtiler travmayla ilişkili bir şekilde gelişir. Belirtilerin süreklilik göstermesi DEHB lehine, belirtilerin dalgalanma göstermesi ve kaçınma belirtilerinin bulunması TSSB

lehinedir. Küçük yaş grubunda hiperaktivite TSSB'nin ilk belirtisi olarak izlenebildiği için hiperaktiviteyle başvuran TSSB'li çocukların yanlışlıkla DEHB tanısı alması olasıdır (Ünaldı & Alyanak, 2018).

TSSB'de disosiyatif belirtilerin bulunabilmesi ve disosiyatif bozukluğun da travmatik yaşantılarla ilişkisinin olması bu bozuklukların benzerlik taşımasına neden olur. Disosiyatif bozukluk genellikle 10 yaş altında başlayan kronik travma ile ortaya çıkar ancak TSSB'nin ortaya çıkması için herhangi bir yaşta tek bir travma yeterlidir (Alyanak, 2018). Belirli uyaranlardan kaçınma, belirli uyaranlarla karşılaşmanın aşırı uyarılmışlık belirtilerine neden olması, tekrarlayıcı istemsiz düşünceler ve dalgınlık gibi TSSB belirtileri OKB ile ortaktır (Cohen, 2010; Erman, 2016). TSSB'de ortaya çıkan hiperaktivite, iritabilite ve riskli davranışlar gibi aşırı uyarılmışlık belirtileri bipolar bozuklukla karıştırılabilir (Ünaldı & Alyanak, 2018). Bazı sağlıklı olmayan baş etme mekanizmalarının kullanılması grandiyözite olarak, travmanın yeniden canlandırılması agresyon ya da hiperseksüel davranışlar olarak yanlış değerlendirilebilir (Cohen, 2010). Bunlardan dolayı bipolar bozukluk tanısı düşünülen hastalarda travma öyküsünün iyi sorgulanması gerekir (Ünaldı & Alyanak, 2018). Tetikte olma, ajitasyon, uyku sorunları, duygusal küntlük ve sosyal içe çekilme gibi bazı TSSB belirtileri psikotik bozuklukları andırabilir (Cohen, 2010).

Uyum bozukluğu travma niteliği taşımayan, kardeş doğumu ya da taşınma gibi daha olağan stresörler sonucunda gelişmesiyle TSSB'den ayrılır (Erman, 2016). ASB ve TSSB belirtileri büyük ölçüde benzerlik gösterir; iki bozukluk arasındaki en belirgin farklılık belirtilerin ASB'de en fazla 1 ay, TSSB'de ise 1 aydan uzun süreyle devam etmesinin gerekmesidir (American Psychiatric Association, 2013). Çok sayıda ergenin TSSB belirtilerini hafifletme amacıyla alkol ve madde kullanımına başvurduğu bilinmektedir, hem madde etkisinin hem yoksunluğun TSSB ile benzer belirtiler oluşturması bu durumları ayırt etmeyi zorlaştırabilir (Cohen, 2010; Erman, 2016). Deliryum, hipertiroidi, feokromasitoma, semptomimetik ilaç etkisi, akatizi gibi tıbbi durumlar TSSB ile benzerlik gösterebilir (Cohen, 2010). Kaza ve fiziksel istismar gibi durumlarda fiziksel travmaya bağlı oluşabilecek organik mental bozukluklar ayırıcı tanıda düşünülmelidir (Erman, 2016).

2.2.9. Eşlik Eden Bozukluklar

TSSB tanısı genellikle tek başına değil, başka en az bir ruhsal bozuklukla birlikte görülür (M. L. O'Donnell vd., 2004). TSSB tanılı çocuk ve ergenlerin dörtte üçünde 18 yaşına kadar komorbid bir ruhsal bozukluk gelişir (Lewis vd., 2019). TSSB'ye eşlik eden ruhsal bozukluklar travmanın türü, şiddeti, maruz kalma yolu, sosyokültürel durum ve yaş gibi birçok değişkenden etkilenir. Komorbidite varlığı ayırıcı tanıyı zorlaştırır, tedavi yanıtını ve prognozu olumsuz etkiler (Erman, 2016). TSSB hem içe hem dışa yönelim sorunlarıyla bazı genetik ve çevresel risk faktörlerini paylaştığı için bu gruplarla komorbiditenin sık görülmesi beklenen bir durumdur (Wolf vd., 2010).

İngiltere'de toplumu temsil eden bir örneklemden TSSB tanılı ergenler değerlendirildiğinde dörtte üçünde başka ruhsal bozuklukların eşlik ettiği; son 1 yılda bu ergenlerin %54,7'sinde depresif bozukluk, %27,0'ında davranış bozukluğu, %25,6'sında alkol kullanım bozukluğu, %23,8'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %16,3'ünde DEHB, %13,2'sinde madde kullanım bozukluğu, %9,4'ünde psikotik bozukluk olduğu; bu ruhsal bozuklukların her birinin TSSB tanılı ergenlerde örneklemin geri kalanına kıyasla daha sık görüldüğü saptanmıştır (Lewis vd., 2019). TSSB'ye en sık depresif bozukluğun eşlik ettiği birçok çalışmada bildirilmiştir (M. L. O'Donnell vd., 2004). ABD'de toplum örnekleminde ergenlerle yürütülen bir çalışmada depresif bozukluk tanısı alanların %29'unda komorbid TSSB, TSSB tanısı alanların %62'sinde komorbid depresif bozukluk bulunmuştur (Kilpatrick vd., 2003). Depresif bozukluğun TSSB için, TSSB'nin de depresif bozukluk için yatkınlık oluşturduğu gösterilmiştir (M. L. O'Donnell vd., 2004). Anksiyete bozukluklarının TSSB ile komorbiditesinin sık görüldüğü bilinmektedir (Reebye vd., 2000).

DEHB'nin TSSB hastalarında, TSSB'nin de DEHB hastalarında daha sık görüldüğü saptanmıştır (Biederman vd., 2013). Travmatik yaşantıların ve komorbid TSSB'nin DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde DEHB tanılı olmayanlara kıyasla, KOKGB tanılı çocuk ve ergenlerde de DEHB tanılılara kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur (Ford vd., 2000). DEHB'nin tedavi edilmesinin komorbid TSSB gelişmesi riskini azalttığı bildirilmiştir (Biederman vd., 2013). TSSB ve DEHB'nin komorbidite durumunda birbirlerinin semptom şiddetini arttırmaları da birbirlerinin semptomlarını maskelemeleri de mümkündür. DEHB tanısı alan vakalarda travma

öyküsünü sorgulamak ve TSSB tanısı alan vakalarda DEHB varlığını değerlendirmek önem taşır (Ünaldı & Alyanak, 2018). Davranış bozukluğu tanılı ergenlerle yürütülen bir çalışmada katılımcıların %17'sinin TSSB tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür (Reebye vd., 2000). Davranış bozukluğu ve TSSB tanılarının birlikte bulunduğu durumlarda çoğunlukla davranış bozukluğunun daha önce başladığı saptanmıştır. Davranış bozukluğu olan kişilerin travmaya daha sık maruz kaldığı ve TSSB geliştirme riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Afifi vd., 2011).

Yetişkinlerle yürütülen birçok çalışmada travma öyküsünün ve TSSB'nin OKB hastalarında, OKB'nin de TSSB hastalarında genel topluma göre daha sık görüldüğü saptanmıştır. Travmatik yaşantıların OKB gelişiminde etkisi olduğu yorumu yapılmıştır (Lafleur vd., 2011). TSSB, disosiyatif bozukluk ve konversiyon bozukluğunun birbiriyle yakından ilişkili ruhsal bozukluklar olduğu ve aralarında komorbiditenin sık görüldüğü bilinmektedir (Spiegel vd., 2013). Kişilik bozuklukları arasında özellikle borderline kişilik bozukluğunun ve paranoid kişilik bozukluğunun TSSB ile komorbiditesinin sık olduğu, borderline kişilik bozukluğu olanların yaklaşık yarısında komorbid TSSB bulunduğu gösterilmiştir (Golier vd., 2003).

2.2.10. Tedavi

Travmaya bağlı ruhsal sorunların tedavisi öncelikle travmanın sonlanmasını, öncelikli ihtiyaçların karşılanmasını, güvenli yaşam koşullarının sağlanmasını ve koruyucu önlemlerin alınmasını gerektirir (Soylu, 2018). Tedaviye uygun bir ortamın sağlanabilmesi için aile ile iş birliği kurulmalıdır (Alyanak, 2018). TSSB tanılı çocuk ve ergenlerin tedavi süreci genel olarak çocuk ve ailenin psikoeğitimini, okul personeliyle iletişime geçilmesini ve travma odaklı psikoterapileri içerir. Kişinin travmatik deneyimlerinin özel olarak çalışıldığı terapi yöntemleri travma odaklı şeklinde adlandırılır, bunlar arasında bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikodinamik psikoterapi ve aile terapisi sayılabilir. Çocuk ve ergenlerde travma odaklı yöntemler travma odaklı olmayan yöntemlerden daha etkilidir. Bunun yanı sıra tedaviye ebeveynlerin dahil edildiği yaklaşımların sadece çocuğa yönelik olan yaklaşımlardan daha etkili olduğu gösterilmiştir (Cohen, 2010). Tedavide hipnoterapi, somatik

deneyimleme terapisi ve göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) terapisi, destekleyici danışmanlık hizmetleri gibi farklı yöntemlerden de yararlanılabilir (Alyanak, 2018; Üneri, 2016). TSSB tedavisinde bireyin travmatik deneyimleri kendi ifadesiyle anlamlandırması ve öyküsüyle bütünleştirmesi, travma nedeniyle bütünleşmeyen ve bilinçdışına itilen disosiyasyon benlik ile bağ kurması, kaçınma davranışlarının ve otomatik yanıtlarının farkına varması, kendi yaşamının belirleyicisi olduğunu ve kontrolü yeniden kazandığını görmesi sağlanmalıdır (Alyanak, 2018). Semptomlardaki düzelmenin yanısıra işlevselliğin artırılması, psikolojik sağlamlığın artırılması ve normal gelişimsel süreçlerin devamının sağlanması hedeflenmelidir (Cohen, 2010).

Uygulanacak tedaviyi belirlerken çocuğun yaşı, çocuğun bilişsel ve gelişimsel düzeyi, ailenin işlevselliği, psikososyal stresörler, risk faktörleri, semptom şiddeti, işlevselliğin ne derecede bozulduğu, komorbid durumlar, çocuğun ve ailenin tutum ve tercihleri hesaba katılmalıdır. Toplumu etkileyen travmatik olaylarda tedavi hizmetinin verimi göz önünde bulundurularak okul temelli yaklaşımlar düşünülebilir (Cohen, 2010). İngiltere'nin Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü - National Institute for Health and Care Excellence (NICE) biriminin düzenlediği kılavuzda çocuk ve ergenler için TSSB tedavisinde farmakoterapinin yeri olmadığı belirtilmiştir (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Ancak şiddetli semptomların hızla yatıştırılmasına ihtiyaç duyulduğu, eşlik eden ruhsal bozuklukların tedavi gerektirdiği ya da psikoterapilere yanıtın yetersiz olduğu durumlarda farmakoterapi seçeneği düşünülebilmektedir (Cohen, 2010). Yetişkin hastalarla yürütülen çalışmaların incelendiği bir meta analiz çalışmasında psikoterapiye yanıt vermeleri durumunda dahi TSSB hastalarının çoğunda rezidüel belirtiler kaldığı gösterilmiştir (Bradley vd., 2005).

TSSB tanılı çocuk ve ergenlerde tedavi seçeneklerinin birbiriyle karşılaştırıldığı çalışmaların sayısı azdır (Üneri, 2016). Çocuk ve ergenlerde TSSB tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir sistematik derlemede BDT, aile terapisi, debriefing, EMDR terapisi, narratif terapi, psikodinamik terapi, destekleyici terapi ve psikoeğitim değerlendirilmiş; tüm psikolojik tedavilerin hem TSSB gelişmesini engellemede, hem TSSB belirtilerinin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiş; BDT'nin özellikle kısa dönemde belirtileri azaltmada EMDR'ye karşı üstünlüğü olduğu belirtilmiştir (Gillies

vd., 2016). Psikoterapilerle farmakolojik tedavilerin kombinasyonunun monoterapiden daha etkili olup olmadığının değerlendirildiği bir sistematik derlemede henüz bu yönde yeterince kanıt bulunmadığı yorumu yapılmıştır (Hetrick vd., 2010).

2.2.10.1. BDT

Travma odaklı BDT (TO-BDT) çocuk ve ergenlerde etkinliğine dair en çok kanıt bulunan yöntem olduğundan TSSB için ilk tedavi seçeneği olarak önerilir (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). 3-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenler için farklı travma tiplerinde etkili olduğu ve 2 yıl sonrasına kadar yürütülen değerlendirme çalışmalarında etkisinin devam ettiği gösterilmiştir. TO-BDT'nin uygulanabilmesi için çocuğun maruz kaldığı en az bir travmayı hatırlayabiliyor olması gerekir (Child Welfare Informational Gateway, 2018). TSSB tanı kriterlerini karşılaması şart değildir, TSSB belirtilerinin bulunması yeterlidir (Cohen & Mannarino, 2015). KZVD, ÇZVD, alkol kullanımı, madde kullanımı ve intihar riski gibi sorunların ciddi boyutta olduğu durumlarda TO-BDT uygun olmayabilir (Child Welfare Informational Gateway, 2018).

Travma genellikle sadece maruz kalan çocuğu değil, doğrudan ya da dolaylı olarak ailenin tüm bireylerini etkilediği için TO-BDT ebeveynleri de kapsayan bir yaklaşımdır, ebeveynler genellikle koterapist olarak tedaviye dahil edilir (Soylu, 2018). TO-BDT çocuğa ve ebeveynlerine bireysel olarak uygulanabildiği gibi gruplara yönelik TO-BDT protokolleri de mevcuttur (Cohen, 2010). Genellikle haftalık olarak 12-16 oturum şeklinde uygulanır, kompleks travmalarda oturum sayısı arttırılabilir. Oturumlar çocuk için yaklaşık 30 dakika ve ebeveynleri için yaklaşık 30 dakika olacak şekilde toplamda 60 dakika kadar sürer (Child Welfare Informational Gateway, 2018). Oturumların sayısı, süresi, sıklığı ve ebeveynlerin tedaviye dahil edilme düzeyi çocuğun ve ailenin durum ve ihtiyaçlarına göre ayarlanmalıdır; özellikle tedavi sürecinin başında ve kriz durumlarında oturumların sıklığının arttırılması gerekebilir (Soylu, 2018).

Tedavi basamakları psikoeğitim, ebeveynlik becerileri, gevşeme becerileri, duygu düzenleme becerileri, bilişsel baş etme becerileri, travmayı öyküleme ve işleme,

travma anımsatıcılarına duyarsızlaşma, birleşik ebeveyn ve çocuk oturumları, çocuğun güvenliğinin ve gelişiminin desteklenmesi şeklindedir (Cohen, 2010). Çocuk yaşadığı travmayı anlamlandırabilmesini, kaygı ve çaresizlik duyguları ile baş edebilmesini sağlamak amacıyla travma anımsatıcılarıyla güvenli koşullar altında yüzleştirilir. Yapılandırılmış ve destekleyici bir biçimde travmatik anıların işlenerek semantik bellek ile birleştirilmesi sağlanır, böylece yeniden yaşantılama belirtileri azalır. TSSB semptomlarının devam etmesine yol açan kaçınma ve güvence arama gibi işlevsel olmayan baş etme yöntemlerine müdahale edilir. Ebeveynlerin ve çocuğun travmatik olayla ve TSSB semptomlarıyla ilgili bilişsel çarpıtmaları düzeltilir, bu sayede tehdit algısı normale döner (Soylu, 2018). Tedavinin sonucunda genellikle TSSB belirtilerinin yanısıra travmayla ilişkili depresyon, anksiyete ve davranış sorunlarında da düzelme görülür (Cohen & Mannarino, 2015).

2.2.10.2. Psikodinamik Terapi

Travma odaklı psikodinamik terapilerin amacı TSSB semptomlarını geriletmek, çocuğun uyum sağlamasına ve sağlıklı gelişim göstermesine yardımcı olmaktır (Cohen, 2010). Psikodinamik müdahaleler çocuk ve ergenlerin travmayı anlamlandırmasına ve duygusal açıdan işlemesine fırsat tanır. Travmaya gösterdikleri tepkiler ve bunların duygularını, davranışlarını ve ilişkilerini nasıl etkilediği üzerine çalışılır (Gillies vd., 2016). Küçük çocuklarda ebeveyn-çocuk ilişkisine, özellikle de anne-çocuk ilişkisine odaklanılarak travmadan etkilenmiş olan ya da duygusal sorunlar yaşayan ebeveynlerin çocuğun gelişimini destekleyebilmesi sağlanır. Büyük çocukların bilişsel yetilerinin olgunlaşmasına, TSSB belirtilerini anlamasına, regresyona neden olan ya da iyileşme sürecini olumsuz etkileyen çevresel faktörleri ve travma hatırlatıcılarını tanımasına yardımcı olunur. Oturumların yapılandırılmamış olması ergenlerde travmanın neden olduğu kontrol kaybı hissini azaltabilir (Cohen, 2010).

2.2.10.3. EMDR

Göz hareketlerinin rahatsız edici duygu ve düşünceleri yatıştırdığının tesadüfen keşfedilmesiyle EMDR tekniği geliştirilmiştir (Shapiro, 1999). EMDR tekniğinde birey travmayla ilişkili bir anı, görüntü, duygu ya da düşünceye odaklanırken hızla istemli göz hareketleri yapması sağlanır (Gillies vd., 2016). Göz hareketleri dışında işitsel ya da dokunsal bilateral uyaranlar da kullanılabilir (Shapiro, 1999). EMDR adaptif bilgi işleme modelini temel alır, bu modele göre travmatik anının işlenememesi ve doğru hafıza sistemlerine entegrasyonunun sağlanamaması TSSB belirtilerine neden olur. Göz hareketleri ya da bilateral uyaranlar sayesinde hem rahatsız edici duygular ve aşırı uyarılmışlık tepkileri azalır, hem de anıların işlenmesi ve hafıza sistemleriyle yeni bağlantılar kurması kolaylaşır (Solomon & Shapiro, 2008).

EMDR tekniğinde BDT ve psikodinamik terapi ile benzerlik taşıyan serbest çağrışım, bilişsel yeniden yapılandırma, hayalde canlandırma, kademeli maruz bırakma gibi içerikler mevcuttur (Bui vd., 2014; Shapiro, 1999). Çocuklarda kullanılması amacıyla modifiye edilerek çocuk EMDR protokolü oluşturulmuştur (Cohen, 2010). Çocuk ve ergenlerde EMDR diğer travma odaklı terapi yöntemleriyle karşılaştırıldığında hem etkinlik hem maliyet yönünden verimliliğinin daha düşük olduğu görülmüştür. Çocuk ve ergenlerde TSSB tanısı ya da işlevselliği bozan TSSB belirtileri bulunması durumunda önce TO-BDT denenmesi, TO-BDT'den yanıt alınamıyorsa ya da TO-BDT kullanılamıyorsa EMDR'nin düşünülmesi önerilir (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

2.2.10.4. Farmakoterapi

Yetişkinlerle yapılan çalışmaların aksine çocuk ve ergenlerde TSSB'nin farmakolojik tedavisine ilişkin çalışmalar sayıca sınırlıdır ve bu çalışmaların çoğunda örneklemin küçük olması, uzun dönem takip yapılmaması, randomizasyon yapılmaması, kontrol grubu bulunmaması gibi kısıtlılıklar mevcuttur (Nikulina vd., 2008). Çocuk ve ergenlerde TSSB için farmakolojik tedaviler düzenlenirken alanyazında bu yaşlara yönelik yeterli veri bulunamazsa yetişkin çalışmalarının

sonuçlarından yararlanılır, ancak fizyolojik ve semptomatolojik açıdan önemli farklılıkları bulunduğundan yetişkinlerdeki sonuçlar çocuk ve ergenlere her zaman genellenemez (Cohen, 2010). NICE'nin düzenlediği kılavuza göre yetişkin yaş grubu için bazı ilaçların TSSB tedavisinde etkili olduğunu gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır, ancak çocuk ve ergen yaş grubu için veriler çok yetersizdir. Bundan dolayı yetişkin yaş grubunda TSSB tedavisinde yer bulan bazı ilaçların çocuk ve ergenlerdeki TSSB tedavisinde kullanımı önerilmez. Yetişkinlerdeki TSSB'nin tedavisinde sadece SSRI, serotonin norepinefrin geri alım inhibitörü (SNRI) ve antipsikotik ilaçlar için yeterli kanıt bulunduğundan NICE kılavuzunda bu üç ilaç grubuna yer verilmiş; SSRI ve SNRI'nın tek başına kullanılabileceği, antipsikotiklerin ise psikoterapiyle birlikte kullanılması gerektiği belirtilmiştir (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). TSSB tedavisinde kullanılabilen diğer ilaçlar arasında trisiklik antidepresanlar, alfa ve beta adrenerjik blokörler, anksiyolitikler ve antikonvülzanlar sayılabilir (Tanır & Kılıç, 2016).

TSSB tedavisinde verilen ilaçlar genellikle tüm sendromda değil, bazı belirti kümelerinde ve komorbid psikiyatrik bozukluklarda düzelme sağlar (Tanır & Kılıç, 2016). Yetişkinlerde TSSB'nin tüm belirti kümelerinde düzelme sağladığı gösterilen tek ilaç grubu SSRI'dır (Cohen, 2010). SSRI, yetişkinlerde TSSB'nin farmakolojik tedavisinde ilk seçenektir (Bui vd., 2014). Klinisyenlerle yürütülen bir çalışmada çocuk ve ergen TSSB'sinde farmakolojik ajanlar arasından hem en çok tercih edilenin hem de en iyi tedavi yanıtı alınanın SSRI olduğu bildirilmiştir (Cohen vd., 2001). TSSB'ye SSRI tedavisine yanıt verdiği bilinen başka ruhsal bozukluklar eşlik ediyorsa tedavinin erken aşamalarında SSRI eklenmesi daha faydalı olabilir. SSRI, bazı çocuklarda hiperaktivite, dikkat bozukluğu, irritabilite, uyku bozuklukları gibi sorunlara neden olabildiğinden bu tür aşırı uyarılmışlık belirtileri olan çocuklar için uygun olmayabilir (Cohen, 2010). SSRI'nın intihar düşüncesi ya da davranış riskini artırma özelliğinin çocuk ve ergen yaş grubunda ve depresif bozukluk dışındaki ruhsal bozukluklarda daha fazla olduğu gösterilmiştir, bu nedenle TSSB tanılı çocuk ve ergenler SSRI tedavisinin başlangıç döneminde dikkatli bir şekilde takip edilmelidir (Stone vd., 2009). TSSB tanılı çocuk ve ergenlerle yapılan bir randomize kontrollü çalışmada sertralin kullananlarla plasebo alanlar karşılaştırılmış, her iki grubun önemli derecede iyileştiği ve TSSB ölçek puanları açısından aralarında bir fark olmadığı

görülmüştür (Robb vd., 2010). TSSB belirtileri olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir randomize kontrollü çalışmada TO-BDT'ye sertralin eklenmesiyle plasebo eklenmesi karşılaştırılmış, her iki grubun önemli derecede iyileştiği ve sertralinin Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği puanlarında minimal bir katkısı olduğu saptanmıştır (Cohen vd., 2007).

Trisiklik antidepresanlar nadiren de olsa ciddi kardiyak yan etkileri görülebildiği için çocuk ve ergenlerde ilk tercih olarak kullanılmaz (Cohen, 2010). Çocuk ve ergenlerde yanık sonrası gelişen ASB belirtilerine yönelik imipraminin ve kloralhidratın etkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada imipramin grubunun %83'ünde, kloralhidrat grubunun ise %38'inde belirtilerde düzelme görüldüğü; ayrıca imipraminin 6 ay içerisinde TSSB gelişmesi riskini belirgin olarak düşürdüğü saptanmıştır (Robert vd., 1999). Çocuk ve ergenlerde yanık sonrası gelişen ASB belirtilerine yönelik imipraminin, fluoksetinin ve plasebonun etkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada üç grup arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Robert vd., 2008).

TSSB'de dopamin düzeyinin arttığı görüşünden yola çıkılarak dopaminerjik aktiviteyi bloke eden ilaçların bazı TSSB semptomlarını azaltabileceği yorumu yapılmıştır (Cohen, 2010). Belirgin yan etkileri olabileceği bilindiğinden antipsikotikler sadece KZVD, agresyon, paranoya, varsanı, yeniden yaşantılama gibi belirtilerin şiddetli olduğu durumlarda tercih edilir (Bui vd., 2014; Donnelly & Amaya-Jackson, 2002). Okul öncesi dönemdeki 3 çocuğun yanık sonrası gelişen ASB belirtilerinin risperidon tedavisiyle düzeldiği bildirilmiştir (Meighen vd., 2007). TSSB tanılı 6 ergene ketiapin tedavisi verildikten sonra disosiyasyon, depresyon, anksiyete ve öfkede anlamlı düzeyde iyileşme görüldüğü bildirilmiştir (Stathis vd., 2005). TSSB tanılı 19 ergene klopazapin tedavisi verildikten sonra varsanı, yeniden yaşantılama, agresyon ve KZVD belirtilerinin azaldığı; daha önce farklı antipsikotiklerle fayda görmemiş olan bu hastalarda klopazapinin büyük bir düzelme sağladığı gösterilmiştir (Kant vd., 2004).

Erişkinlerde duygudurum düzenleyicilerin TSSB tedavisindeki etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü çalışmalarda lamotrijinle yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtilerinde, topiramatta yeniden yaşantılama belirtilerinde, valproatla ise kaçınma belirtilerinde düzelme olduğu bulunmuştur (Hamner vd., 2009; Hertzberg

vd., 1999; Tucker vd., 2007). Bunlardan yola çıkılarak duygudurum düzenleyicilerin çocuk ve ergenlerde de TSSB tedavisinde faydalı olabileceği düşünülmüştür (Bui vd., 2014). Komorbid davranış bozukluğu olan TSSB tanılı ergenlerle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada valproat kullanmanın yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık ve dürtüsellik gibi belirtileri azalttığı bildirilmiştir (Steiner vd., 2007).

TSSB’de adrenerjik aktivite arttığı için tedavide alfa adrenerjik blokörler ve beta adrenerjik blokörler denenmiştir (Cohen, 2010). Çocuk ve ergenlerde açık etiketli çalışmalarda bu ilaç grupları ile olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Bui vd., 2014). İstismar ve ihmal nedeniyle TSSB gelişmiş olan okul öncesi dönemdeki 7 çocuğa bir alfa adrenerjik blokör olan klonidin başlandıktan sonra agresyon, dürtüsellik, emosyonel labilite, aşırı uyarılmışlık, hipervijilans, anksiyete, karşı gelme, uykusuzluk, kabus görme, ilişki sorunları, disosiyasyon ve travmaya ilişkin tekrarlayıcı oyunlar gibi birçok belirtide düzelme görülmüştür (Harmon & Riggs, 1996). TSSB tanılı 17 çocuk ve ergende klonidin tedavisiyle dürtüsellik, anksiyete, aşırı uyarılmışlık, dikkat dağınıklığı, olumsuz duygudurum, prepsikotik ve psikotik belirtiler gibi birçok alanda düzelme olduğu bildirilmiştir (Perry, 1994). TSSB tanılı 11 çocukta bir beta adrenerjik blokör olan propranolol tedavisi ile TSSB belirtilerinde belirgin düzelme görülmüş ve tedavi kesildikten sonra belirtiler geri dönmüştür (Famularo vd., 1988). Travma sonrası stres belirtileri olan 17 çocuk ve ergenle yapılan bir çalışmada alfa-2 adrenerjik reseptör agonisti olan guanfazin tedavisiyle yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinde anlamlı düzelme saptanmıştır (Connor vd., 2013). Bir sistematik gözden geçirmede alfa-1 adrenerjik reseptör antagonisti olan prazosinin TSSB’li çocuk ve ergenlerdeki kabusları azalttığı gösterilmiştir (Akinsanya vd., 2017).

Benzodiazepinler GABA’nın inhibitör etkinliğini arttırarak etki gösterir (Sherin & Nemeroff, 2011). Anksiyolitik etkisiyle başka ruhsal bozukluklarda yararlı olabildiği için ASB ve TSSB’nin tedavisinde denenmiştir. Ancak travma sonrasında benzodiazepin kullanılmasının korku koşullanmasının sönmesine engel olduğu, BDT’nin etkisini azalttığı ve madde kötüye kullanımı riski bulunan bu hasta grubunda bağımlılık oluşturabildiği görüldüğünden yetişkinlerde de çocuk ve ergenlerde de kullanılması önerilmez (Bui vd., 2014). Çocuk ve ergenlerde yanık nedeniyle ağrı kesici olarak morfin kullanımının 6 aylık etkilerinin incelendiği bir çalışmada ağrı

seviyeleri kontrol edilmiş, morfin tedavisinin TSSB gelişmesini önlediği ve morfin dozuyla TSSB belirtilerindeki azalmanın orantılı olduğu bildirilmiştir (Saxe vd., 2001).

2.3. TRAVMA SONRASI BÜYÜME

Travmalardan sonra sadece olumsuz sonuçlarla değil, bazı olumlu sonuçlarla da karşılaşılabilirdiği bildirilmiştir. Travmayla başa çıkma çabaları sonucunda ortaya çıkan olumlu ruhsal değişimler travma sonrası büyüme (TSB) ya da travma sonrası gelişim olarak adlandırılır. TSB kişinin travma nedeniyle yaşadığı yoğun sıkıntı ve sorunları geride bırakarak travma öncesindeki durumuna geri dönmesi değildir, belirli alanlarda travma öncesindeki durumuna kıyasla gelişme göstermesidir (Tedeschi & Calhoun, 2004). Tedeschi ve Calhoun'un geliştirdiği TSB modeline göre olumlu değişimler benlik algısı, yaşam felsefesi ve başkalarıyla ilişkiler olmak üzere üç genel başlıkta ya da yeni olanakların algılanması, kişiler arası ilişkiler, bireysel güçlülük, manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlama olmak üzere beş başlıkta incelenebilir (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Travmatik yaşantılar kişinin dünyaya ve kendisine ilişkin temel varsayımlarını tehdit eder. Sonrasında kişi travmayı işleyerek bilişsel yeniden yapılanma sürecine girer, hayatını gözden geçirip yaşadıklarının kendisi ve geleceği için ne anlama geldiğini değerlendirir. Bunların sonucunda gelişen yeni varsayımlar ve şemaların TSB için aracı olduğu düşünülmektedir. Tedeschi ve Calhoun travmatik olayın irdelenmesinin, bilişsel yeniden yapılanmanın gerçekleşmesinin ve şemaların değişmesinin zaman alacağını; bundan dolayı TSB için zaman gerektiğini öne sürmüştür (Tedeschi & Calhoun, 2004). Taylor ve Armor TSB'nin gerçek ruhsal değişimleri yansıtmadığını, zorlayıcı durumlara yanıt olarak geliştirilip inanılan pozitif illüzyonlardan ibaret olduğunu, gerçeği yansıtmasa da bu inançların travmanın yarattığı sıkıntılarla başa çıkmayı kolaylaştırdığını savunmuştur (S. E. Taylor & Armor, 1996). Zoellner ve Maercker ise geliştirdikleri iki bileşenli modele göre TSB'nin hem gerçek değişimleri hem pozitif illüzyonları içerdiğini, illüzyonların hızla geliştiğini ancak gerçek değişimlerin ortaya çıkabilmesi için zamana ihtiyaç olduğunu,

illüzyonlara olan inancın zamanla kaybolduğunu ancak gerçek değişimlerin daha kalıcı olduğunu ortaya atmıştır. TSB'nin illüzyon bileşeninin kaçınma ve yadsıma gibi başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğunu bildirmiştir. TSB'ye ilişkin boylamsal ve kesitsel çalışmaların farklı sonuçlar vermesinin iki bileşenin zamanlama farkıyla açıklanabileceği yorumunu yapmıştır (Zoellner & Maercker, 2006).

Araştırmalarda TSSB belirti şiddeti ve TSB arasındaki karmaşık ilişkiye dair çelişkili veriler elde edilmektedir (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Bu ilişkinin incelendiği bazı çalışmalarda aynı yönde doğrusal ilişki bulunmuştur (Ikizer vd., 2021; Kilmer vd., 2009; Laufer & Solomon, 2006; C. L. Park vd., 1996; Taku vd., 2008; Vazquez vd., 2021; Xu & Liao, 2011). Bazı çalışmalarda ters yönde doğrusal ilişki bulunmuştur (Frazier vd., 2001; Linley vd., 2008). Bazı çalışmalarda ise doğrusal ilişki bulunmamıştır (Barton vd., 2013; Cordova vd., 2001; Gori vd., 2021; Masoom Ali vd., 2020; Powell vd., 2003; Thabet & ElRabbaiy, 2018; Zoellner vd., 2008). COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de ergenlerle yapılan bir çalışmada ve 2014 tarihli bir meta analiz çalışmasında aynı yönde doğrusal ilişkiyle birlikte ters U şeklinde eğrisel ilişki saptanmıştır (Jian vd., 2022; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Meta analiz çalışmasında TSB'nin en fazla travmatik stres orta derecedeyken görülüyor olabileceği öne sürülmüş ancak henüz kesin sonuçlara ulaşamadığı bildirilmiştir (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). COVID-19 pandemisi sırasında Polonya'da yetişkinlerle yapılan bir çalışmada doğrusal ilişki bulunmamıştır ancak düz U şeklinde eğrisel ilişki saptanmıştır (Tomaszek & Muchacka-Cymerman, 2020). Peters ve ark.nın 2021 tarihli çalışmasında TSSB ile TSB arasında doğrusal ya da eğrisel bir ilişki olmadığı gösterilmiş, yapılan ağ analizinde TSSB belirtileriyle TSB unsurları arasında hem pozitif ilişkiler hem negatif ilişkiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun alanyazındaki bulguların tutarsızlığını açıklayabileceği belirtilmiştir (Peters vd., 2021). Bulgulardaki tutarsızlığın örneklem yapısındaki, olay üzerinden geçen süredeki, kullanılan değerlendirme araçlarındaki, travmatik olayın türündeki ve şiddetindeki farklılıklara da bağlı olabileceği düşünülmüştür (Gül, 2018).

Tedeschi ve Calhoun'a göre mevcut şemaları sarsacak kadar travmatik stres ve travmaya ilişkin ruminasyonlar TSB için gereklidir, TSSB belirtileri TSB için gereken bilişsel yeniden yapılanma sürecini aktif tutar (Tedeschi & Calhoun, 2004). Xu ve ark.nın çalışmasında bu süreçlerin TSSB belirti şiddeti ile TSB arasında aynı yönde

ilişki bulunmasına neden olabileceği yorumu yapılmıştır (Xu & Liao, 2011). Linley ve ark.nın çalışmasında yaşanan olumlu değişimlerin bireyin uyum sağlamasını kolaylaştırarak TSSB belirti şiddetini azaltabileceği bildirilmiş, bu durumun TSSB belirti şiddeti ile TSB arasında ters yönde ilişki bulunmasına neden olabileceği öne sürülmüştür (Linley vd., 2008). Tedeschi ve Calhoun'a göre bazı çalışmalarda TSSB belirti şiddeti ile TSB arasında anlamlı ilişki bulunamaması, travma sonrası stres belirtileri ile TSB'nin bireyde aynı anda bulunabilen iki bağımsız durum olabileceğini düşündürmektedir (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Travmaya ilişkin ruminasyonun istemsiz ve istemli olmak üzere iki türü bulunmaktadır; istemsiz ruminasyon bir yeniden yaşantılama belirtisi olarak, istemli ruminasyon ise bilişsel yeniden yapılanma sürecinin bir parçası olarak değerlendirilebilir. İstemsiz ruminasyon travma hatırlatıcılarını ve olumsuz duyguları tetikleyerek travma sonrası stres belirtilerine neden olurken istemli ruminasyon travmanın işlenmesini ve olumsuz duyguların etkisinin azalmasını destekler. İstemli ruminasyon travmatik olayı ve sonuçlarını, yarattığı duyguları ve düşünceleri, bunların şimdi ve gelecek için ne anlama geldiğini her açıdan irdelemeyi sağlar. Böylece bilişsel yeniden yapılanmanın gerçekleşmesi, yeni bir anlam bütünlüğü oluşturulması ve sorunlara yönelik çözümler geliştirilmesi mümkün olur. Sonuçta istemli ruminasyonun TSB için gerekli bir basamak olduğu anlaşılmış; bu konuda yapılan çalışmalarda da istemli ruminasyonun TSB'yi, istemsiz ruminasyonun ise travma sonrası stres belirtilerini yordadığı gösterilmiştir (Kramer vd., 2020).

TSB yetişkinlerde, çocuklarda ve ergenlerde görülebilmektedir. Mevcut şemaların yıkılabilmesi için öncelikle kişinin yerleşmiş şemaları olması gerekir, bu nedenle TSB'nin küçük çocuklarda görülmesi beklenmez. İleri yaşlarda kişi birçok tecrübe yaşayıp alabileceği hayat derslerini almış olabilir ya da şemaları değiştirmek için gereken esnekliği kaybetmiş olabilir, bu nedenle TSB'nin yaşlılarda daha az görülmesi beklenir (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ergenlik döneminde hem gelişen bilişsel olgunlukla birlikte yaşananları irdeleyip anlamlandırma kapasitesi çocukluk dönemine kıyasla artmıştır, hem de şemaları değiştirmek için gereken esneklik bulunur. Ergenliği ifade eden adolesans kelimesi Latince'de büyüme anlamına gelen adolescere kökünden türemiştir, bunun yanında ergenlik döneminin görevleri olan büyüme ve olgunlaşma da TSB kavramıyla paralellik gösterir (Gül, 2018). TSB

potansiyelinin en yüksek olduğu dönemlerin ergenlik ve genç yetişkinlik olduğu düşünülmektedir (Tedeschi & Calhoun, 2004). 16-65 yaş arası kişilerle yürütölen bir çalışmada bu düşünceyi doğrulayacak şekilde gençlerde daha fazla TSB göröldüğü saptanmıştır (Powell vd., 2003).

Yetişkinlerde TSB'yi yordayan faktörler değeriendirildiğinde genç yaşıin yanı sıra kadın cinsiyetin de daha fazla TSB ile ilişkili olduğu görölmüştür (Vishnevsky vd., 2010). Çocuk ve ergenlerde ise genellikle cinsiyetler arasında farklılık saptanmamaktadır (Meyerson vd., 2011). Çocuk ve ergenlerle yapılan birçok çalışmada subjektif olarak algılanan travma şiddeti arttıkça TSB'nin de arttığı bildirilmiştir (Barakat vd., 2006; Hafstad vd., 2010, 2011; Kilmer vd., 2009; Laufer vd., 2009; Laufer & Solomon, 2006). Bazı araştırmacılar ise çok hafif ve çok şiddetli travmalarda daha az TSB gelişirken orta şiddette travmalarda daha fazla TSB gelişebileceğini, travma şiddetiyle TSB arasında eğrisel bir ilişki olabileceğini öne sürmüştür (Laufer & Solomon, 2006; Linley & Joseph, 2004; Powell vd., 2003). Çocuk ve ergenlerde geçmişteki travma ve olumsuz yaşam olaylarının daha sonraki bir travma ardından gelişen TSB'ye etkisi incelendiğinde, Hafstad ve ark.nın yürüttüğü çalışmada ilişki bulunmamış, Laufer ve ark.nın yürüttüğü çalışmalarda aynı yönde ilişki bulunmuş, Yu ve ark.nın yürüttüğü çalışmada ters yönde ilişki bulunmuştur (Hafstad vd., 2011; Laufer vd., 2009; Laufer & Solomon, 2006; Yu vd., 2010). Meyerson ve ark.nın gözden geçirme çalışmasında çocuk ve ergenlerde TSB'yi yordayan faktörler irdelenmiştir. Bazı çalışmalarda sosyal destekle TSB arasında aynı yönde ilişki saptanırken bazı çalışmalarda herhangi bir ilişki saptanmadığı belirtilmiş, sosyoekonomik düzeyle TSB arasında ilişki saptanan çalışma bulunmadığı vurgulanmış, TSSB dışındaki ruhsal bozukluk belirtileriyle TSB arasında genellikle ters yönlü ilişki saptandığı yorumu yapılmıştır (Meyerson vd., 2011). Bir çalışmada ebeveyni vefat eden ergenlerin içe yönelim skorlarının 6 yıl sonraki TSB ile aynı yönde, dışa yönelim skorlarının 6 yıl sonraki TSB ile ters yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Wolchik vd., 2009).

Çocuk ve ergenleri yaşamış oldukları travmatik olayların olumlu sonuçlarına yönlendirebilme ihtimali umut vericidir. Çocuk ve ergenlerin travmaları işlemelerinin, istemsiz ruminasyondan istemli ruminasyona geçmelerinin, duygu ve düşüncelerini ifade etmelerinin, sosyal desteğe ulaşmalarının ve sağlıklı başa çıkma stratejilerini

kullanmalarının desteklenmesi TSB'yi kolaylaştırabilir. TSB'ye ilişkin bilgilerin tedavi kılavuzları oluşturulurken dikkate alınması ve ruh sağlığı hizmetlerine yansıtılması toplum ruh sağlığı için faydalı olabilir (Gül, 2018).

2.4. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

“Resilience” maddenin esneyebilme, yani güç uygulanarak şekli değiştirildikten sonra eski haline dönebilme özelliğidir (Olsson vd., 2003). Psikolojide ise resilience, psikolojik dayanıklılık ve psikolojik sağlamlık kavramları aynı anlamda kullanılır; psikolojik sağlamlık ciddi tehlikelere ve zorluklara rağmen uyum gösterebilmek ve gelişim sürecine sağlıklı bir şekilde devam edebilmek olarak tanımlanır (Arslan, 2015; Yılmaz Irmak, 2018). Travmatik deneyimler herkesin başına gelebilir ancak bu deneyimlerden herkes aynı şekilde etkilenmez; aynı olumsuz deneyimin ardından bazı bireyler uzun süreli ciddi işlev kaybı yaşarken bazı bireylerin daha iyi başa çıkması ve uyum göstermesi psikolojik sağlamlıkları sayesinde (Bonanno & Mancini, 2012).

Alanyazında başlangıçta psikolojik sağlamlık yerine hiçbir koşulda zarar görmemeyi ve etkilenmemeyi yansıtan, olağanüstü ve değişmez bir yapıya işaret eden “incinemez” ve “süper çocuk” gibi terimler kullanılmıştır (Luthar vd., 2000; Masten, 2001). Psikolojik sağlamlık ise insanların temel uyum sağlama becerilerinin işlevlerini yerine getirebilmesiyle ortaya çıkan yaygın ve sıradan bir özelliktir (Masten, 2001). Travmalara karşı tamamen duyarsız olma ve etkilenmeme hali değildir, psikolojik sağlamlık gösteren bireylerde işlevselliği bozmayacak ölçüde geçici stres tepkileri olabilir. Travma sonrasında veya riskli koşullar altında işlevsellikte bozulma yaşamadan ve ruhsal bozukluk geliştirmeden ruhsal dengeyi sürdürebilmeyi anlatır (Bonanno & Mancini, 2012). Psikolojik sağlamlık yaşam koşullarıyla ve gelişimsel süreçlerle birlikte değişebilen dinamik bir yapıdır. Önceden psikolojik sağlamlık gösteren bireylerin daha sonra gösteremeyebildiği ya da tam tersinin söz konusu olabildiği, ancak genellikle psikolojik sağlamlığın yıllar içerisinde devam ettiği izlenmiştir (Luthar vd., 2000).

Psikolojik sağlamlık kavramından bahsedilebilmesi için belirli şartların karşılanması gerekir; bu şartlardan ilki bireyin gelişimsel görevlerini yerine

getirmesine engel olabilecek, uyumunu ve ruh sağlığını bozabilecek bir olaya ya da duruma maruz kalmasıdır. Bu tür olay ve durumlar risk faktörü olarak ifade edilir; ebeveynlerin boşanması, ölümü ya da psikiyatrik hastalıklara sahip olması, çocuk istismarı ve ihmali, aile içi şiddet, doğal afetler, savaş ve yoksulluk gibi pek çok risk faktörüyle karşılaşılabilir (Masten, 2001). İkinci şart bireyin maruz kaldığı risk faktörüne rağmen sağlık, gelişim ve işlevsellik bakımından yeterlilik göstermesidir (Hamby vd., 2017). Psikolojik sağamlık kavramı için diğler şart bireyde maruz kaldığı risk faktörüne rağmen olumlu sonuçların görülme ihtimalini arttıran ve olumsuz sonuçların görülme ihtimalini azaltan koruyucu faktörlerin varlığıdır (Zolkoski & Bullock, 2012). İncinebilirlik faktörleri ise maruz kaldığı risk faktörünün olumsuz etkilerini arttırarak koruyucu faktörlerin tersi etki gösterir (Masten & Narayan, 2012). Psikolojik sağamlığı risk faktörleri, incinebilirlik faktörleri ve koruyucu faktörler arasındaki etkileşimler belirler (Olsson vd., 2003).

İncinebilirlik faktörleri ile koruyucu faktörler genellikle birbirinin tersidir, örneğin bireyin özdenetim becerilerinin iyi olması bir koruyucu faktörken kötü olması bir incinebilirlik faktörüdür (Masten & Tellegen, 2012). Koruyucu faktörlerin çoğu normal gelişim sürecinde, normal ailelerde ve çevrelerde görülen sıradan özelliklerdir (Masten & Narayan, 2012). Çocuk ve ergenlerde bireysel koruyucu faktörlerin uyumlu mizaç özellikleri, güvenli bağlanma, bilişsel beceriler, sağlıklı olma, iletişim becerileri, sosyal beceriler, özdenetim becerileri, empati, esneklik, özerklik, iç kontrol odağı, özgüven, özsaygı, mizah kullanma, umut, iyimserlik, yardımseverlik, uyuma yönelik başa çıkma becerileri, sorun çözme becerileri ve olumlu duygudurum olduğu; ailesel koruyucu faktörlerin ebeveynlerin sıcak, ilgili, otoriter, tutarlı ve destekleyici olması, olumlu ebeveyn-çocuk ilişkileri, ebeveynler arası uyum, yeterli uyaran sağlanması, düzenli ve yeterli gelir, annede olumlu duygudurum, olumlu aile içi ortam, aile içi sevgi ve bağlılık olduğu; toplumsal koruyucu faktörlerin sosyal destek, geniş aile, olumlu rol modelleri, ilgili bir okul ortamı, değler verilen bir dini topluluk, güvenli bir yerleşim yeri, boş zaman aktiviteleri ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme olduğu bildirilmiştir (Pfefferbaum & Shaw, 2013; Zolkoski & Bullock, 2012). Bir çalışmada en etkili koruyucu faktörlerin duygu düzenleme becerisi, duyguların farkında olabilme, hayatta bir amacı olma, iyimserlik ve duygusal sıkıntıya katlanabilme olduğu bulunmuştur (Hamby vd., 2017).

Yeterliliğin kapsamı gelişimsel bakış açısıyla ele alınmalıdır; bireyin içinde bulunduğu kültüre, topluma ve zamana göre yaşından ve cinsiyetinden beklenen gelişimsel görevlerde yeterlilik sergilemesi gerekir. Hayatın ilk yıllarında güvenli bağlanma, dil gelişimi, özdenetim ve yönergelere uyma becerisi; okul dönemindeki çocuklarda akademik başarı, kurallara uyma, akranlarla ilişkiler; ergenlerde kimlik gelişimi, akademik başarı, kurallara uyma, akranlarla ilişkiler yeterlilik kapsamında değerlendirilebilir (Masten & Coatsworth, 1998). Bir alanda yeterlilik gösteren bir birey başka bir alanda yeterlilik gösteremeyebilir, yeterliliğin farklı alanlarda farklı seviyelerde olması hem normal gelişim gösteren bireylerde hem psikolojik sağlık gösteren bireylerde beklenen bir durumdur (Luthar vd., 2000). İstismara uğramış çocuklarda psikolojik sağlamlığın değerlendirildiği bir çalışmada çocukların %38'inin akademik başarı alanında, %14'ünün sosyal ilişkiler alanında, %27'sinin ruhsal bozukluk belirtileri alanında yeterlilik gösterdiği; sadece %5'inin her üç alanda yeterlilik gösterdiği bildirilmiştir (Kaufman vd., 1994).

Risk faktörlerine maruziyet sonrasında psikolojik sağlamlığa, gelişimsel problemlere ya da psikopatolojilere giden süreçteki mekanizmaların anlaşılması risk altında olan kişilerin nasıl desteklenmesi gerektiğini aydınlatılabilir (Bonanno & Mancini, 2012). Araştırmalarda risk faktörlerine maruziyet, travma sonrası stres belirtileri ve yeterlilik gibi değişkenler takip edilmekte; zaman içinde yapılan ölçümlerle bu değişkenlerin gidişatları gruplandırılmakta; farklı gruplar karşılaştırılarak özellikleri incelenmektedir (Bonanno & Diminich, 2013). Yüksek risk koşulunda yeterlilik gösterenler psikolojik sağlamlığı olan grupta, yüksek risk koşulunda yeterlilik gösteremeyenler maladaptif grupta, düşük risk koşulunda yeterlilik gösterenler yeterli grupta, düşük risk koşulunda yeterlilik gösteremeyenler incinebilir grupta değerlendirilebilir (Masten vd., 1999). Travmaların ardından toplumun önemli bir kısmı psikolojik sağlamlığı olan grupta yer alır, Katrina kasırgasından etkilenen ergenlerin iki yıl takip edildiği bir çalışmada ergenlerin %71'inin düşük düzeyde travma sonrası stres belirtisi gösteren ve giderek iyileşen psikolojik sağlamlığı olan grupta olduğu, %25'inin başlangıçta belirgin düzeyde travma sonrası stres belirtisi gösterdiği ancak giderek iyileştiği, %4'ünün ise yüksek düzeyde travma sonrası stres belirtisi gösterip kronikleştiği belirtilmiştir (Self-Brown vd., 2013).

Psikolojik sağamlıkla karıştırılabilen ego sağamlığı kavramı her türlü çevresel koşulda esneklik ve beceriklilik gösterebilmeyi ve sağlam karakterli olmayı ifade eder. İki kavram arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Psikolojik sağamlıktan bahsedilebilmesi için belirgin bir zorluk yaşanmış olması gerekir, psikolojik sağamlık çevresel koşullarla etkileşim yoluyla ortaya çıkar ve bir kişilik özelliği değildir. Ego sağamlığı için belirgin bir zorluk yaşanmış olması gibi bir gereklilik yoktur, ego sağamlığı çevresel koşullardan bağımsızdır ve bir kişilik özelliğidir (Luthar vd., 2000).

Psikolojik sağamlığın bir süreci mi yoksa bir sonucu mu ifade ettiği konusunda farklı teoriler mevcut olup henüz fikir birliğine varılmamıştır (Olsson vd., 2003). Riskli olayların ve durumların, psikolojik sağamlık göstergelerinin ve psikolojik sağamlığı etkileyen faktörlerin neye göre ve hangi yollarla belirleneceği konusunda da alanyazında farklı görüşler bildirilmektedir (Zolkoski & Bullock, 2012). Bu konularda detayların netleştirilmesi ve fikir birliğine varılması daha etkili müdahale ve önlem çalışmalarının geliştirilebilmesi açısından faydalı olabilir (Olsson vd., 2003).

2.5. SALGIN HASTALIKLARDA ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI

2.5.1. Geçmişteki Salgınların Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına Etkileri

Dünya üzerinde son yıllarda çok sayıda salgın yaşanmıştır. Koronavirüs ailesinden bir virüsün oluşturduğu Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu (SARS) salgını 2002 yılında Çin’de başlayarak farklı kıtalardaki birçok ülkeye yayılmış, 8422 kişiye bulaşmış ve yaklaşık %11 oranında ölümle sonuçlanmıştır (Chan-Yeung & Xu, 2003). Her yıl dönemsel salgınlara yol açtığı bilinen grip virüsünün H1N1 tipinin oluşturduğu pandemi 2009 yılında Kuzey Amerika’da başlayarak tüm dünyaya yayılmış, tahmini olarak dünya nüfusunun %11-21’ine bulaşmış ve yaklaşık 151700–575400 kişinin ölümüyle sonuçlanmıştır (Dawood vd., 2012; Kelly vd., 2011). Koronavirüs ailesinden başka bir virüsün oluşturduğu Orta Doğu Solunum Yolu Sendromu (MERS) salgını 2012 yılında Suudi Arabistan’da başlayarak çevredeki ülkelere yayılmış, 2585 kişiye bulaşmış ve yaklaşık %35 oranında ölümle

sonuçlanmıştır (World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean, 2022). 1976'da Güney Sudan'da ve Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde başlayan Ebola virüsü hastalığı 2014 yılında salgına yol açarak çevredeki ülkelere yayılmış, tahmini olarak 35000 kişiye bulaşmış ve yaklaşık %50 oranında ölümle sonuçlanmıştır (World Health Organization, 2021).

Afet sınıflama sistemine göre pandemiler doğal afet sınıfındadır (North vd., 2021). Hem bireyler hem toplum üzerinde uzun süre devam edebilen etkiler gösterme, beklenmedik olma, alışılmış yaşam tarzında ani değişikliklere neden olma, temel ihtiyaçlara yönelik kaynaklarda yetersizliğe neden olma, ölüm ve sekel riski oluşturma, kendisi ve yakınları için endişe yaşatma, geleceğe ilişkin belirsizlik hissi yaşatma, sosyal medya ve kitle iletişim araçlarının kullanımını arttırma, yanıltıcı bilgilerin yayılmasına neden olma gibi birçok özellik salgınlarda ve diğer doğal afetlerde ortaktır (Esterwood & Saeed, 2020; Sprang & Silman, 2013). Dünya çapında ortalamaya bakıldığında her gün bir büyük afet yaşanmakta ve her yıl çok sayıda kişi afetlerden etkilenmektedir. Şiddetli afetlerin ardından maruz kalanların yaklaşık üçte birinde TSSB geliştiği belirlenmiştir (North vd., 2021). Afet yaşantılarının çocuk ve ergenlerde işlevselliğin bozulmasına, ruhsal bozuklukların sıklığının artmasına ve TSB gelişmesine yol açabileceği gösterilmiştir (Furr vd., 2010; Jielsing & Xinchun, 2017; Kilmer vd., 2014; X. Zhou & Wu, 2016). Afet yaşantılarının ardından çocuk ve ergenlerde yaş ve gelişim düzeyine göre değişen tepkiler görüldüğü; bu tepkilerin küçük yaşlarda regresyon ve ebeveyninden ayrılamama şeklinde, daha büyük yaşlarda ise kaygı, öfke, huzursuzluk, karşı gelme ve içe kapanma şeklinde olabileceği bildirilmiştir (Imran vd., 2020).

Salgınlar yoğun korku, kaygı, aileden ve toplumdan izolasyon, sosyalleşmede azalma ve hastalık nedeniyle damgalanma gibi birçok sorunu beraberinde getirir (H. Y. Park vd., 2020). H1N1 salgınında yapılan bir çalışmada çocukların salgına ilişkin korkularını özellikle ebeveynlerinin salgına ilişkin korkularının, ebeveynlerinden duydukları bilgilerin, arkadaşlarından duydukları bilgilerin ve kitle iletişim araçlarından maruz kaldıkları içeriklerin yordadığı belirlenmiştir (Remmerswaal & Muris, 2011). Yeni ortaya çıkan enfeksiyon hastalıklarının oluşturduğu salgınlarda hastalık hakkında yeterince bilgi bulunmaması da yaşanan korku ve kaygıyı arttırır. Salgın hastalığa yakalananlarda başka tür hastalıklara yakalananlara kıyasla hem akut

dönemde hem uzun vadede daha fazla ruhsal bozukluk belirtisi görüldüğü bildirilmiştir. Güney Kore’de yürütülen bir çalışmada MERS enfeksiyonunu atlatan bireyler değerlendirilmiş; salgından 1 yıl sonra hala %42,9’unda TSSB, %27’sinde depresif bozukluk, %22,2’sinde orta ya da yüksek seviyede suisid riski, %28’inde uykusuzluk olduğu saptanmıştır (H. Y. Park vd., 2020).

Salgın hastalıkların TSSB ile ilişkisi tartışmalı bir konudur (North vd., 2021). Salgın hastalıklarda olduğu gibi ölüm tehdidi oluşturan bir duruma doğrudan yaşama, doğrudan tanıklık etme ya da bir yakınının başına geldiğini öğrenme yoluyla maruz kalmanın DSM-5’teki TSSB A tanı kriterini karşılayacağı düşünülebilir. Ancak DSM-5’teki TSSB tanı kriterlerine eşlik eden metinde yaşamı tehdit eden hastalık ya da tıbbi durumun travma kabul edilebilmesi için cerrahi operasyon sırasında uyanma, anafilaktik şok ya da kişinin çocuğunda yoğun bir kanama gibi ani ve yıkıcı nitelikte olması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca tanıklık etme ya da bir yakınının başına geldiğini öğrenme yoluyla maruz kalınan yaşamı tehdit eden hastalık ya da tıbbi durumun travma kabul edilebilmesi için doğal nedenlerle gerçekleşmemiş olması gerektiği belirtilmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Bu koşullarda kalp krizi, inme, kanser, enfeksiyon hastalıkları gibi ölüm tehdidi oluşturan birçok hastalık DSM-5’e göre travma tanımına uymadığı için TSSB’ye yol açamaz. Öte yandan doğal afetler DSM-5’e göre travma kabul edildiği için doğal afet olarak sınıflandırılan pandemilerin travma olarak değerlendirilebileceği sonucu çıkarılabilir (North vd., 2021). DSM-5’teki TSSB A tanı kriterine ilişkin bu şüpheli duruma rağmen alanyazında salgın hastalıklara bağlı olarak TSSB klinik tablosu gelişebildiğini bildiren çok sayıda çalışma mevcuttur (Hawryluck vd., 2004; S. M. Lee vd., 2018; Mak vd., 2009; H. Y. Park vd., 2020; Reynolds vd., 2008; Sprang & Silman, 2013; Tang vd., 2020; Zhen vd., 2022).

Alışılmış normlar, günlük rutinler ve destek sistemleri kriz durumlarında uyum sağlamayı ve duygu düzenlenmeyi kolaylaştırır, kontrolde olma hissi sağlar ve ruhsal dengeyi koruyucu etki gösterir (Esterwood & Saeed, 2020; Sprang & Silman, 2013). Hem salgının doğrudan etkileri, hem de salgınla başa çıkmaya yönelik müdahaleler alışılmış normları yıkarak, günlük rutinleri bozarak ve destek sistemlerine ulaşmaya engel olarak salgına bağlı stresle başa çıkmayı zorlaştırır (Esterwood & Saeed, 2020; Sprang & Silman, 2013). Bilişsel çarpıtmaları olan bireyler tehdit karşısında daha fazla

stres hisseder ve stres altındayken daha yoğun tehdit algısı yaşar; bu pozitif geri besleme etkisi de salgına bağlı stresle başa çıkmayı zorlaştırır. Sonuçta salgına bağlı stres ruhsal bozuklukların tetiklenmesine, şiddetinin artmasına ya da eşik altı ruhsal bozukluk belirtilerinin gelişmesine neden olabilir (Esterwood & Saeed, 2020). SARS salgınında Çin'deki üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada salgına ilişkin stresörlerin sayısı ruhsal bozukluk belirtileri arasında aynı yönde ilişki olduğu saptanmıştır (Main et al., 2011).

Karantina salgın hastalıkla temas etmiş olma ihtimali bulunan bireylerin başkalarına hastalık bulaştırma ihtimalini azaltacak şekilde ayrı tutulması ve hareket özgürlüğünün kısıtlanmasıdır. İzolasyon salgın hastalık tanısı alan bireylerin hasta olmayanlardan ayrı tutulmasıdır, ancak izolasyon ve karantina terimleri birbirinin yerine de kullanılabilir (Brooks vd., 2020). Karantina önlemleri veba, SARS, MERS, Ebola ve bazı grip salgınlarında uygulanmıştır (Brooks vd., 2020; Imran vd., 2020). Karantinaya alınan bireylerde hayal kırıklığı ve yoğun öfke gibi duygular görülebildiği, intihar girişimi gibi tepkiler olabildiği, depresyon ve travma sonrası stres belirtileri gibi ruhsal sorunlar gelişebildiği ve gelişen ruhsal sorunların uzun süre devam edebildiği bildirilmiştir. Karantina sürecinde yakınlarından ayrı kalma, özgürlüğünü kaybetme, temel ihtiyaçlarını giderecek yeterli kaynağa ulaşamama, maddi kayıplar yaşama, damgalanma, bilgi eksikliği, hastalanma endişesi, can sıkıntısı ve uzun karantina süresi gibi stresörlerin etkili olduğu saptanmıştır (Brooks vd., 2020).

Çocuk ve ergenlerin aileleriyle, akranlarıyla ve toplumla ilişkilerinin kalitesi psikolojik sağlamlıklarını belirleyen faktörler arasında olduğundan çocuk ve ergenler karantina uygulamasından önemli ölçüde etkilenebilir (Sprang & Silman, 2013). Geçmişteki salgınlarda karantina uygulamasının çocuk ve ergenler üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir sistematik derlemede en sık görülen ruhsal bozuklukların ASB, uyum bozukluğu, yas reaksiyonu ve TSSB olduğu; ayrıca korku, yalnızlık hissi, sosyalleşmede azalma ve damgalanma gibi sorunlarla karşılaşıldığı bildirilmiştir (Imran vd., 2020). H1N1 ve SARS salgınlarından etkilenen bölgelerde yürütülen bir çalışmada TSSB ölçekleri uygulanmış; izolasyon ya da karantina tecrübesi yaşayan çocukların puanlarının yaşamayanların dört katı kadar olduğu, izolasyon ya da karantina tecrübesi yaşayan ebeveynlerin puanlarının yaşamayanlardan yüksek olduğu bulunmuştur. İzolasyon ya da karantina tecrübesi yaşayan ebeveynlerin %28'inin ve

çocukların %30'unun TSSB tanısı için gereken değerin üzerinde puan aldığı, gereken değerin üzerinde puan alan ebeveynler incelendiğinde %86'sının çocuklarının da gereken değerin üzerinde puan aldığı gösterilmiştir (Sprang & Silman, 2013).

Okullarda sosyal mesafe önlemleri alınması ve okulların kapatılması gibi uygulamaların grip salgınlarında hastalığın yayılmasını engellemede etkili olduğu kanıtlanmıştır. Ancak SARS ve MERS salgınlarında koronavirüslerin okul aracılığıyla yayılmasının ya çok düşük oranda gerçekleştiği ya da gerçekleşmediği görülmüş, bu nedenle okullardaki uygulamaların koronavirüs salgınlarında hastalığın yayılmasını engelleme etkisine ilişkin yeterli kanıt olmadığı bildirilmiştir (Viner vd., 2020). Geçmişteki salgınlarda belirli bölgelerde okulların kapatılması çocuk ve ergenlerin eğitim ve sosyalleşme imkanlarından yoksun kalmasına neden olmuştur (İmran vd., 2020). SARS salgınında Çin'de ve Kanada'daki, Ebola salgınında Batı Afrika'daki belirli bölgeleri kapsayan geniş çaplı karantina uygulamaları yapılmış ve bu bölgelerde okullar kapatılmıştır (Brooks vd., 2020). Salgınlarda geniş çaplı karantina önlemleri uygulandığında toplumda artan stres seviyesi, ekonomik kaygılar, sosyal izolasyon ve çocukların okula gidememesi gibi faktörlerin etkisiyle çocuklara yönelik ihmal ve istismarın arttığı belirlenmiştir (Cluver vd., 2020; J. Lee, 2020). Ebola salgınının yaşandığı bölgelerde karantina sırasında çocuk istismarında, ihmali ve sömürsünde artış olduğu saptanmıştır (J. Lee, 2020).

SARS ve MERS virüslerinin nöronları enfekte edebildiği gösterilmiştir (Steardo vd., 2020). Salgın hastalıklarda enfeksiyonun merkezi sinir sistemini tutmasına, bağışıklık sisteminin enfeksiyona karşı verdiği yanıtı ya da uygulanan tedaviye bağlı olarak deliryum, ensefalit, ensefalopati, inme gibi durumlar ve bunların sekelleri ortaya çıkabilir. Bu şekilde oluşan nöronal hasar ve fonksiyon bozuklukları nöropsikiyatrik tablolar şeklinde kendini gösterebilir. SARS ve MERS salgınlarında hastaneye yatırılan bazı bireylerde çökkün ya da taşkın duygudurum, emosyonel labilite, sanrılar, varsanılar, anksiyete, ajitasyon, uykusuzluk, hafıza sorunları, dikkat sorunları, konfüzyon, yönelim bozukluğu gibi organik nedenlere bağlı olarak gelişen belirtiler gözlenmiştir. Ayrıca steroid tedavisine bağlı olarak gelişen mani, psikoz gibi tablolar bildirilmiştir (Rogers vd., 2020).

Salgınlarda bazı olumlu sonuçlarla da karşılaşılması mümkündür (Lau vd., 2006). Hong Kong'da SARS geçiren bireylerle yapılan bir çalışmada katılımcıların

TSB skorlarının diğer verilerle ilişkileri değerlendirildiğinde anksiyete bozukluğu skorlarıyla ilişkili olmadığı ancak depresif bozukluk skorlarıyla ters yönde ve algılanan sağlık skorlarıyla aynı yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan analizlerde salgının algılanan etki şiddetinin depresif bozukluk ölçek skorlarını yordamasına TSB'nin kişisel gelişim alt boyutunun aracılık ettiği gösterilmiştir (S. K. W. Cheng vd., 2006). SARS salgını sırasında Hong Kong toplumunu temsil eden bir örnekleme yürütülen bir çalışmada katılımcıların %35,3'ü duygularını ailesiyle daha fazla paylaştığını, %64,7'si aile bireylerinin duygularına daha fazla ilgi gösterdiğini, %65,9'u ruh sağlığına daha fazla dikkat ettiğini, %39,1'i ailesinden daha fazla destek gördüğünü, %35-40'ı ise egzersize ve dinlenmeye daha fazla vakit ayırdığını bildirmiştir (Lau vd., 2006). Hong Kong'da SARS geçiren bireyler, SARS geçiren bireylerin yakınları ve genel toplum olmak üzere üç grupta yürütülen bir çalışmada SARS geçiren bireylerin TSB benzeri olumlu ruhsal değişimleri diğer gruplardan daha fazla bildirdiği saptanmıştır. Olumlu ruhsal değişimler bildiren bireyler 18 ay süreyle takip edilmiş; salgının hem olumlu hem olumsuz etkilerinden bahsedenlerde süreçte özgüvenin ve sosyal desteğin arttığı, salgının olumsuz etkilerini yadsıyarak sadece olumlu etkilerinden bahsedenlerde ise bu kazanımların olmadığı görülmüştür (C. Cheng vd., 2006). Hong Kong'da SARS enfeksiyonuyla hastaneye yatırılan bireylerle yürütülen bir çalışmada katılımcıların %35'inin psikolojik sağlamlık gösterdiği belirlenmiştir (Bonanno vd., 2008).

Salgınların yüzyıllardır insanlık tarihinin bir parçası olduğu bilinmektedir, gelecekte de çocukların bu tür felaketler yaşaması mümkündür. Çocukların ve ailelerin ihtiyaçlarını gözetecek, salgının ve salgına yönelik müdahalelerin travmatik etkilerini azaltacak salgın planlarının oluşturulması faydalı olacaktır (Sprang & Silman, 2013). Toplumda salgın hastalığa yakalanan bireylerin yanı sıra yakalanmayan bireylerin önemli bir kısmının da salgına ilişkin stresörlerden etkilendiği ve ruhsal bozukluk belirtileri geliştirdiği bildirilmiştir (Main vd., 2011; Sim vd., 2010). Buna göre salgın sırasında toplumda salgına ilişkin stresörlerin, ruhsal bozukluk belirtilerinin, uyum becerilerinin, koruyucu faktörlerin ve incinebilirlik faktörlerinin taranması ve takip edilmesi; yüksek risk altında olduğu saptanan bireylerin önlem programlarına, ruhsal bozukluk belirtileri saptanan bireylerin müdahale programlarına yönlendirilmesi önerilir (Main vd., 2011).

2.5.2. COVID-19 Pandemisinin Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına Etkileri

2.5.2.1. *Günlük Hayatta Pandemiye Bağlı Değişimler ve Güçlükler*

Koronavirüs ailesinden SARS-CoV-2 adı verilen yeni bir virüsün oluşturduğu COVID-19 salgını 2019 yılının Kasım ayında Çin’de başlayarak tüm dünyaya yayılmıştır ve 11 Mart 2020’de DSÖ tarafından pandemi ilan edilmiştir (Xiong vd., 2020). 11 Mart 2020 aynı zamanda ülkemizde ilk vakanın görüldüğü tarihtir. Ülkemizde de tüm dünyaya benzer şekilde pandemiyle mücadele amacıyla bazı önlemler alınmıştır (Tengilimoğlu vd., 2021). 16.03.2020’de okullarda ve üniversitelerde yüz yüze eğitime ara verilerek uzaktan eğitime geçilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı, 2020). 21.03.2020’de 65 yaş üstü nüfusa yönelik, 05.04.2020’de 20 yaş altı nüfusa yönelik sokağa çıkma yasağı başlatılmıştır (Kanbur & Akgül, 2020). Pandeminin seyrine göre sokağa çıkma yasağı bazı dönemlerde tüm vatandaşları kapsayacak şekilde genişletilirken bazı dönemlerde sadece belirli yerleşim yerlerinde, belirli günlerde ve saatlerde uygulanmıştır. 2021 yılının Temmuz ayında ise sokağa çıkma yasağı tamamen sonlandırılmıştır (Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı, 2020, 2021).

Okullarda yüz yüze eğitime 16.03.2020’de ara verdikten sonra yüz yüze eğitime geri dönülemeden 01.06.2020 gününde 2019-2020 eğitim öğretim yılı sonlandırılmıştır. Okul öncesi eğitim kurumları 16.03.2020 ile 01.06.2020 tarihleri arasında kalan süre dışında yüz yüze eğitim verebilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı, 2020). 2020-2021 eğitim öğretim yılına 31.08.2020’de uzaktan eğitimle başlanmıştır, pandeminin seyrine göre aralıklı olarak belirli yerleşim yerlerini ve belirli sınıfları kapsayacak şekilde yüz yüze eğitime dönülebilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı, 2020, 2021). 2020-2021 eğitim öğretim yılı 02.07.2021 gününde sonlandırılmış, ardından okullarda isteğe bağlı telafi eğitimleri sunulmuştur. 06.09.2021’de başlatılan 2021-2022 eğitim öğretim yılında tüm sınıflara tam zamanlı yüz yüze eğitim verilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı, 2021). COVID-19 pandemisinde okulların küresel boyutta uzun süreli olarak

kapatılması benzeri daha önce yaşanmamış bir durumdur (Viner vd., 2020). Bazı öğrenciler altyapıdaki ve maddi imkanlardaki yetersizlikler gibi çeşitli nedenlerle uzaktan eğitime katılamamıştır; eğitim sürecindeki kısa süreli bir aksama bile çocuk ve ergenlerin gelişimini, iyilik halini ve gelecekteki kazancını olumsuz etkileyebilir (The Lancet Child & Adolescent Health, 2020).

COVID-19 pandemisi alışılmış yaşam tarzında birçok değişikliğe neden olmuştur (Dubey vd., 2020). Halka açık alanlarda maske takma zorunluluğu getirilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı, 2020). Bazı bireyler evden çalışma düzenine geçmiş, bazı bireyler COVID-19 bulaşma riskinin daha yüksek olduğu koşullarda çalışmış, bazı bireyler işini kaybetmiş ve ekonomik kayıplar yaşamıştır (Cluver vd., 2020; Dubey vd., 2020; Wagner, 2020). Ekonomik kayıplar yaşamamanın çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını olumsuz etkilediği ve depresif bozuklukla ilişkili olduğu saptanmıştır (Frasquilho vd., 2016). Yoksullaşan ailelerde çocuk ve ergenlerin sağlık ve eğitim yönünden olumsuz etkilenmesi, çocuk işçiliği ve çocuk evliliği için riskin artması mümkündür (Ghosh vd., 2020; The Lancet Child & Adolescent Health, 2020). Hastanelerin çalışma düzeninde pandemiye yönelik sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi amacıyla değişiklikler yapılmış, diğer sağlık hizmetleri pandeminin seyrine göre durdurulmuş ya da kısıtlanmıştır. Aynı zamanda toplumun bir kısmı COVID-19 bulaşacağı kaygısıyla sağlık hizmetlerine başvurmadan kaçınmıştır (Fegert vd., 2020). İngiltere’de pandemi öncesinde ruhsal bozuklukları olan 13-25 yaş arası 2111 bireyle yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %26’sı pandemi nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerine ulaşamadığını bildirmiştir (Thomas, 2020). Pandemiyle mücadele önlemleri yakınlarını kaybeden bireylerin yakınlarına veda etmesini ve normal bir yas süreci yaşamasını da zorlaştırmıştır (Fegert vd., 2020).

Günümüzde bilgiye erişmenin kolaylığı ve sosyal medya kullanımının yaygınlığı sonucunda pandemiye ilişkin yanıltıcı içerikler hızla yayılmış, bu da toplumun stres seviyesini arttırmış ve temel ihtiyaçlara yönelik kaynakları stoklama gibi toplu panik tepkilerine yol açmıştır (Dubey vd., 2020). Konuşmaların, kitle iletişim araçlarının ve sosyal medya paylaşımlarının içeriği neredeyse tamamen pandemiyle mücadele çabalarına ve pandeminin yarattığı sorunlara odaklı hale gelmiştir. Bu durumların etkisiyle bazı çocuk ve ergenler hem pandemiye ilişkin kaygı verici bilgilere, hem de çevredeki yetişkinlerin yoğun stres ve kaygısına çok fazla

maruz kalmıştır (Dalton vd., 2020). Aile bireylerinin stresle ve zorluklarla mücadele etmeye çalıştığı, işe ve okula gidemediği, evde daha fazla zaman geçirdiği pandemi koşulları aile içi çatışmaları arttırmıştır (Cluver vd., 2020). Çin'in Jianli bölgesinde pandemiye bağlı sokağa çıkma yasağı sırasında aile içi şiddet olaylarının üç kattan fazla arttığı bildirilmiştir (J. Lee, 2020). Pandemi ergenlerin mezuniyet töreni gibi beklenen bazı önemli tecrübeleri yaşamasına engel olmuştur (Branquinho vd., 2020). Pandemi nedeniyle sınav tarihlerinde yapılan değişiklikler ve hastalanıp sınava girememesi riski gibi birçok faktör önemli sınavlara girecek olan ergenlerin stres seviyesini daha da arttırmıştır. Çin'de pandemi döneminde üniversiteye giriş sınavına girecek olan 757 ergen ile yapılan bir ankette ergenlerin %20'sinden fazlası stres seviyesini 10 üzerinden 10 olarak bildirmiştir (J. Lee, 2020).

Çevredeki değişiklikleri fark etme ve yaşananları anlamlandırma becerileri bebeklikten yetişkinliğe doğru giderek artar. 2 yaşındaki çocuklar bile bakım vereninin yanında bulunmaması gibi değişiklikleri fark ederek buna göre tepkiler verir. Çocuklar yetişkinlerdeki duygusal ve davranışsal değişikliklere karşı çok hassastır, pandemide yetişkinlerde anlam veremedikleri beklenmedik duygu ve davranışlar görmeleri tehlike algısına ve kaygıya yol açar (Dalton vd., 2020). Alışılmış yaşam tarzının değişmesi çocuklarda stres, şaşkınlık, can sıkıntısı, sabırsızlık, inatlaşma ve sinirliliğe neden olabilir. Günlük rutinlerin değişmesi, okula ve parka gidememe, evde kalma zorunluluğu, hayata dair beklentilerin gerçekleşmemesinin getirdiği hayal kırıklığı, can sıkıntısı, arkadaşlarla ve öğretmenlerle yüz yüze iletişimin olmaması, evde kişisel alan eksikliği, ekonomik kayıplar ve COVID-19 bulaşacağı kaygısı gibi stresörlerin çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı üzerinde hem kısa hem uzun vadeli olumsuz etkileri görülebilir (Dubey vd., 2020).

Pandemide karantina gibi çeşitli nedenlerle ebeveynlerinden ayrı kalan çocukların diğer çocuklara kıyasla üzüntü ve korkuyu daha yoğun yaşadığı, ruhsal sorunlara daha yatkın hale geldiği gözlenmiştir. Bu çocuklarda ruhsal sorunların gelişmesini önlemek için mümkünse kendi evlerinde ve yakınlarıyla birlikte kalmalarının, ebeveynleriyle iletişim kurmalarının, gelişim düzeylerine uygun bilgilendirme yapılmasının, günlük rutinler oluşturulmasının ve tüm aileye psikososyal destek verilmesinin faydalı olabileceği düşünülmüştür. Kaygı, sinirlilik, uykusuzluk ve iştahsızlık gibi belirtilerin ortaya çıkması durumunda çocuk

psikiyatristi tarafından değerlendirilmeleri önerilmiştir. Kendisine ya da bir yakınına COVID-19 bulaştığından şüphelenilen çocuklar, kendisine ya da bir yakınına COVID-19 bulaştığı belirlenen çocuklar ve bir yakınına COVID-19 nedeniyle kaybeden çocuklar ruhsal sorunların gelişmesi bakımından daha risklidir. Çocuklukta ebeveynlerden ayrı kalma ve ebeveyn kaybı yaşantılarının ruh sağlığı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkiler gösterebileceği; yetişkin dönemde duygudurum bozukluğu, psikoz ve intihar riskini arttırabileceği saptanmıştır. Hayatın ilk yıllarında ise bağlanma süreci de bozulabileceği için bu yaşantıların etkilerinin daha şiddetli olabileceği bildirilmiştir (J. J. Liu vd., 2020).

Ergenlik döneminin en önemli gelişimsel görevlerinden biri bireyleşmedir. Ergenlerde yoğun bir özerklik ihtiyacı olur, istediği şekilde davranmasına engel olan sınırları zorlama ve yasaklara karşı çıkma gibi tutumlar sık görülür. Bir yandan sokağa çıkma yasağı gibi uygulamalarla özgürlüğünün kısıtlanmış olduğunu hisseden, diğer yandan gelişen bilişsel olgunluğu sayesinde alınan önlemlerin beklenen faydalarını kavrayabilen ergenler otoriteyle zıtlasma ve kurallara uyma seçeneklerini tartarak kendi öncelikleri doğrultusunda karar verir. Ergenler için akran ilişkileri gelişimsel açıdan büyük önem taşır, bu dönemde aileden bağımsız sosyal bağlantıların kurulması ve akran grupları arasında sosyal rollerin gelişmesi gerekir (Kanbur & Akgül, 2020). Sokağa çıkma yasağı boyunca akranlarıyla yüz yüze görüşemeyen ergenlerin bir kısmı internet ve telefon yoluyla iletişimi sürdürebilirken bir kısmı için bu mümkün olmamıştır (Wagner, 2020). Pandemi nedeniyle yaşanan sosyal izolasyonun en fazla ergenleri etkileyebileceği belirtilmiştir (Kanbur & Akgül, 2020).

2.5.2.2. Pandemide Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sorunlar ve Riskli Durumlar

Alanyazında COVID-19 pandemisinin çocuk ve ergenlerde çeşitli ruhsal sorunlara yol açtığını gösteren çalışmalar hızla artmıştır. Çin’de sokağa çıkma yasağı sırasında 1784 çocukla yapılan bir çalışmada çocukların %22,6’sında depresif belirtiler ve %18,9’unda anksiyete bozukluğu belirtileri olduğu, bu oranların pandemi öncesine kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Xie vd., 2020). Çin’de 8079 ergenle yapılan bir çalışmada pandemide ergenlerin %43,7’sinde depresif bozukluk

belirtileri, %37,4'ünde ise anksiyete bozukluğu belirtileri olduğu saptanmıştır (S. J. Zhou vd., 2020). Çin'de 4805 kız ergenle yapılan bir çalışmada pandemide katılımcıların %39,5'inde depresif bozukluk olduğu; daha büyük yaşta olmanın, uzaktan eğitimin, pandemiye ilişkin kaygıların, günde 6 saatten az uykunun ve günde 30 dakikadan az fiziksel aktivitenin depresif bozuklukla ilişkili olduğu bulunmuştur (J. Zhou vd., 2020). Çin'de çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada pandemide teknolojik aletlerin kullanım sıklığı ve süresinin arttığı; sorunlu internet kullanımı ve internet bağımlılığı oranlarının pandemi öncesine göre arttığı; erkek cinsiyet, daha büyük yaşta olma, daha fazla depresif bozukluk ve stres belirtisi olması gibi faktörlerin sorunlu internet kullanımı ve internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Dong vd., 2020). Çin'de 320 ebeveynle yapılan bir çalışmada çocuk ve ergenlerde pandemide en sık görülen duygusal ve davranışsal sorunların ebeveyninden ayrılamama, dikkat dağınıklığı, irritabilite ve pandemiyle ilgili soru sormaktan korkma olduğu saptanmıştır (Jiao vd., 2020).

Portekiz'de 16-24 yaş arası bireylerle yürütülen bir çalışmada pandemide yalnızlık hissinin, ekran maruziyetinin, aile içi anlaşmazlıkların, somatik yakınmaların, irritabilitenin, madde kullanımının, depresif bozukluk belirtilerinin ve anksiyete bozukluğu belirtilerinin arttığı; sosyal becerilerin, verimliliğin ve fiziksel aktivitenin azaldığı bulunmuştur. Yine bu çalışmada aile ve arkadaşlarla iletişimin, günlük rutinlerin, keyifli aktivitelerin ve olumlu bakış açısının pandeminin etkileriyle başa çıkma amacıyla kullanıldığı belirlenmiştir (Branquinho vd., 2020). İtalya ve İspanya'da 1143 ebeveynle yapılan bir çalışmada pandemide çocuk ve ergenlerde en sık görülen duygusal ve davranışsal sorunların odaklanma güçlüğü, can sıkıntısı, irritabilite, huzursuzluk, kaygı ve yalnızlık hissi olduğu; fiziksel aktivitenin azaldığı, ekran maruziyetinin ve uyku süresinin ise arttığı saptanmıştır (Orgilés vd., 2020). İngiltere'de pandemi öncesinde ruhsal bozuklukları olan 13-25 yaş arası 2111 bireyle yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %83'ü belirtilerinin kötüleştiğini bildirmiştir (Thomas, 2020).

Pandemi öncesinde ruhsal bozukluğunun olması, kronik hastalığının olması, ebeveyninde ruhsal bozukluk bulunması, olumsuz ya da travmatik yaşam olayı öyküsü, düşük sosyoekonomik düzey ve toplumda dezavantajlı konumda olma gibi bazı risk faktörlerinin çocuk ve ergenleri pandemide ruhsal sorunlara daha yatkın hale

getirdiği gösterilmiştir (Fegert vd., 2020). Çin’de ergenlerle yapılan bir çalışmada kız cinsiyet, daha büyük yaşta olma, kırsal bölgede yaşama, pandemi açısından yüksek riskli bölgede yaşama, pandemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmama, pandemi önlemlerine yeterince uymama ve pandemi sürecine ilişkin kötümserlik gibi faktörlerin daha fazla depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu belirtisiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (S. J. Zhou vd., 2020). Çin’de 16-26 yaş arası bireylerle yapılan bir çalışmada kız cinsiyet, daha büyük yaşta olma, kentsel bölgede yaşama, pandemi açısından yüksek riskli bölgede yaşama, COVID-19 ile ilişkili belirtiler gösterme, pandemiye bağlı ekonomik kayıp yaşama ve ebeveynle çatışma yaşama gibi faktörlerin depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu belirtileri için riski arttırdığı; pandemiyle ilgili haberleri günde 3 saatten az takip etme, akranlarla sık iletişim kurma, egzersiz yapma ve pandeminin etkilerine yönelik psikolojik destek alma gibi faktörlerin ise depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu belirtileri için koruyucu etki gösterdiği bildirilmiştir (J. Zhou vd., 2021). Çin’de çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada kız cinsiyet, daha büyük yaşta olma, egzersiz yapmama, annenin eğitim düzeyinin düşük olması ve ailesi çalışırken evde yalnız kalma gibi faktörlerin daha fazla depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu belirtisiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (F. Chen vd., 2020). Çin’de ergenlerle yapılan bir çalışmada kız cinsiyet, daha büyük yaşta olma, kırsal bölgede yaşama, ebeveynleriyle yaşamama, COVID-19 geçirme, COVID-19 ile yakın temas gibi faktörlerin depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu belirtileri için riski arttırdığı; algılanan sosyal desteğin yetersiz olmasının 4,24 kat daha fazla depresif bozukluk belirtisi ve 3,18 kat daha fazla anksiyete bozukluğu belirtisiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Qi vd., 2020).

Çeşitli enfeksiyon hastalıklarında uygulanan karantina önlemlerinin çocuk ve ergenlerin ruh sağlığına etkilerinin değerlendirildiği bir gözden geçirme çalışmasında 1946 yılından bu yana yürütülmüş olan 63 çalışma incelenmiştir. Bu gözden geçirmede yalnızlık hissinin ve sosyal izolasyonun depresyon ve anksiyete bulgularının gelişme riskini arttırdığı, bu riskin sosyal izolasyonun şiddetinden çok süresiyle ilişkili olduğu ve sosyal izolasyonun sonlanması ardından yıllarca devam edebildiği sonucuna ulaşılmıştır. Gözden geçirmede incelenen bazı çalışmalarda yalnızlık hissi ve sosyal izolasyon ile suisid düşüncesi, KZVD ve yeme bozukluklarına bağlı riskli davranışlar arasında da aynı yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Loades vd., 2020). Çin’de

ergenlerle yürütülmüş bir çalışmada psikolojik sağlamlık puanlarının yüksek olmasının ve olumlu başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasının travmatik stres, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu belirtilerine karşı koruyucu olduğu; kaçınma gibi olumsuz başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasının ise bu belirtilerin oluşma riskini arttırdığı gösterilmiştir. Yüksek psikolojik sağlamlık puanları erkek cinsiyetle ve ebeveynin eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla ilişkili bulunmuştur (Zhang vd., 2020).

SARS-CoV-2 virüsünün nöronları enfekte edebildiği gösterilmiştir (Stearo vd., 2020). Diğer salgın hastalıklar gibi COVID-19 hastalığında da enfeksiyonun merkezi sinir sistemini tutmasına, bağışıklık sisteminin enfeksiyona karşı verdiği yanıtı ya da uygulanan tedaviye bağlı olarak deliryum, ensefalit, ensefalopati, inme gibi durumlar ve bunların sekelleri ortaya çıkabilir. Bu şekilde oluşan nöronal hasar ve fonksiyon bozuklukları nöropsikiyatrik tablolar şeklinde kendini gösterebilir (Rogers vd., 2020). Bazı hastalarda COVID-19 enfeksiyonunun erken dönem belirtisinin ani koku ya da tat duyusu kaybı olduğu bildirilmiştir (Q. Guo vd., 2020). COVID-19 enfeksiyonuyla hastaneye yatırılan bazı bireylerde bilinç bulanıklığı, ajitasyon, konfüzyon, dikkat sorunları, yönelim bozukluğu, yürütücü işlev bozukluğu, uykusuzluk, çökkün duygudurum ve anksiyete gibi organik nedenlere bağlı olarak gelişen belirtiler gözlenmiştir (Rogers vd., 2020). Bazı vaka bildirimlerinde COVID-19 hastalarında gelişen akut psikozdan ve akut maniden bahsedilmiştir ancak bunların organik nedenlere bağlı olup olmadığı açıklık kazanmamıştır (Szcześniak vd., 2021). Bir çalışmada COVID-19 enfeksiyonuyla hastaneye yatırılan bireylerde inflamasyon belirteci olarak ölçülen CRP düzeylerinin depresif bozukluğu gösteren ölçek skorlarıyla aynı yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. İzlem sürecinde bu bireylerin CRP düzeylerindeki azalmayla ölçek skorlarındaki azalmanın da aynı yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Q. Guo vd., 2020).

2.5.2.3. *Pandemide TSSB ve TSB*

Pandemide bazı olumlu sonuçlarla da karşılaşılabilir. Ailece başa çıkılan zorluklar ve birlikte geçirilen zamanın artması aile ilişkilerinin güçlenmesi için fırsat

yaratabilir ve psikolojik sağlamlığa katkıda bulunabilir (Fegert vd., 2020). Kişisel gelişime ve hobilere daha fazla zaman ayrılması mümkün olabilir (Branquinho vd., 2020). Telepsikiyatriye ilginin büyük ölçüde artması sayesinde bu alanda edinilen tecrübeler sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde faydalı olabilir. Pandeminin travmatik etkileri sonucunda bazı bireylerde TSB görülebilir (Fegert vd., 2020). Pandemi sırasında ülkemizde yetişkinlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %47,9'unda TSSB belirtilerinin klinik açıdan anlamlı düzeyde olduğu ve TSSB ölçek skoruyla TSB ölçek skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Daha genç yaşta olmak, düşük eğitim düzeyi, bekar olmak, pandemiyle ilgili haberleri uzun süre takip etmek, evde uzun süre geçirmek, pandemiye bağlı ekonomik kayıp yaşamak, sağlık açısından yüksek tehdit algısı, ekonomik açıdan yüksek tehdit algısı, algılanan stres düzeyinin yüksek olması ve ruminasyonun fazla olması daha yüksek TSSB ölçek skoruyla ilişkili bulunmuştur. Düşük eğitim düzeyi, ekonomik açıdan yüksek tehdit algısı ve istemli ruminasyonun fazla olması daha yüksek TSB ölçek skoruyla ilişkili bulunmuştur (Ikizer vd., 2021).

Pandemi sırasında Çin'de üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %30,8'inde TSSB, %15,5'inde anksiyete bozukluğu ve %23,3'ünde depresif bozukluk belirtilerinin klinik açıdan anlamlı düzeyde olduğu; %66,9'unda ise TSB görüldüğü saptanmıştır. TSSB ve TSB oranlarının Çin'de büyük bir depremden sonra ölçülenlere benzer olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada TSSB belirtileri daha büyük yaşta olmayla, tanıdığı birinin COVID-19 nedeniyle karantinaya alınmasıyla, daha fazla çocukluk çağı olumsuz yaşam olayıyla, güvenli bağlanmanın olmamasıyla ve psikolojik sağlamlığın düşük olmasıyla ilişkili bulunmuştur. TSB ise algılanan sosyoekonomik düzeyin daha yüksek olmasıyla, tanıdığı birinin COVID-19 nedeniyle karantinaya alınmasıyla, COVID-19 yoğunluğunun daha az olduğu bir bölgede yaşamayla, çocuklukta daha az olumsuz yaşam olayıyla, güvenli bağlanmayla ve yüksek psikolojik sağlamlıkla ilişkili bulunmuştur. Pandemide toplumun ruh sağlığını korumak için psikolojik sağlamlığın arttırılabileceği; bu amaçla sosyal desteğin arttırılmasına, olumlu başa çıkma yöntemlerinin desteklenmesine, farkındalık becerilerinin kazandırılmasına, yaşananlarda amaç ve anlam bulmanın kolaylaştırılmasına yönelik müdahaleler geliştirilebileceği yorumu yapılmıştır (Chi vd., 2020).

Pandemi sırasında Çin’de 16-26 yaş arası bireylerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %28,0’ında anksiyete bozukluğu ve %35,9’unda depresif bozukluk belirtilerinin klinik açıdan anlamlı düzeyde olduğu, %45,6’sında ise TSB görüldüğü saptanmıştır. TSB erkek cinsiyet, daha küçük yaşta olma, kırsal bölgede yaşama, pandemi açısından düşük riskli bölgede yaşama, COVID-19 ile ilişkili belirti göstermeme, pandemiye bağlı ekonomik kayıp yaşamama, ebeveynle çatışma yaşamama, pandemiyle ilgili haberleri günde 3 saatten az takip etme, akranlarla sık iletişim kurma, egzersiz yapma ve pandeminin etkilerine yönelik psikolojik destek alma gibi faktörlerle ilişkili bulunmuştur. Pandemide ergenlerin ruh sağlığını korumak için akranlarıyla iletişimi sürdürmelerine ve egzersiz yapmalarına olanak tanınmasının, huzurlu bir aile ortamı sağlanmasının ve psikolojik destek programları geliştirilmesinin faydalı olabileceği belirtilmiştir. Ergenlerle çatışmaları azaltmak amacıyla ebeveynlere otoriter tutumlardan uzak durmaları, daha anlayışlı ve saygılı olmaları önerilmiştir (J. Zhou vd., 2021).

COVID-19 pandemisi çocuk ve ergenler için yoğun stres, ailenin alışılmış yaşam tarzının değişmesi, yakınlarını kaybetme endişesi, ekonomik zorluklar gibi ruh sağlığını tehdit eden birçok risk faktörü oluşturmaktadır. Pandeminin sosyal desteğe, bazı başa çıkma yöntemlerine ve ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmayı zorlaştırması bu tehdidin büyümesine yol açmaktadır (Fegert vd., 2020). Pandemi gibi tüm dünya nüfusunu ilgilendiren bir durumun nüfusun %42’sini oluşturan çocuk ve ergenler üzerinde kısa ve uzun vadeli psikolojik etkiler gösterebileceği, düşük sosyoekonomik düzey gibi risk faktörleri olan çocuk ve ergenlerin bu durumdan orantısız şekilde etkilenebileceği dikkate alınmalıdır (Dalton vd., 2020; Fegert vd., 2020). Topluma hızlı ve yaygın bir şekilde psikolojik müdahaleler sağlanması, bu müdahalelerde özellikle psikoeğitime ve baş etme stratejilerine yer verilmesi önerilmektedir (Dalton vd., 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. AMAÇ

Ruh sağığı alanında TSB kavramına duyulan ilgi giderek artmaktadır. Araştırmalarda travmatik stres ve TSB arasındaki karmaşık ilişkiye dair çelişkili veriler elde edilmektedir (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Bu ilişkinin incelendiğı bazı çalışmalarda aynı yönde, bazı çalışmalarda ters yönde, bazı çalışmalarda ters U şeklinde seyreden bir ilişki bulunurken bazı çalışmalarda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Cordova vd., 2001; Frazier vd., 2001; Kilmer vd., 2009; Laufer & Solomon, 2006; Linley vd., 2008; C. L. Park vd., 1996; Powell vd., 2003; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014; Tedeschi & Calhoun, 2004; Zoellner & Maercker, 2006). Bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için çalışmalarda travmatik stresi ve TSB'yi birlikte değerlendirmek faydalı olabilir. Alanyazın gözden geçirilmiş, COVID-19 pandemisinin oluşturduğu travmatik stresi ve TSB'yi birlikte değerlendiren çalışmaların çeşitli ölkelerdeki yetişkinlerle ve ergenlerle yapıldığı belirlenmiştir (R. Chen vd., 2020; Jian vd., 2022; Tomaszek & Muchacka-Cymerman, 2020; Vazquez vd., 2021). Ölkemizde ise bu tür çalışmaların sadece yetişkinlerle yapıldığı görölmüştür, ölkemizdeki ergenlerde COVID-19 pandemisinin oluşturduğu travmatik stresi ve TSB'yi birlikte değerlendiren çalışma bulunamamıştır (Ikizer vd., 2021; Özgüç vd., 2022).

Alanyazındaki bilgilere göre psikolojik sağlamlığın yüksek olması daha az travma sonrası stres belirtisiyle ve daha fazla TSB ile ilişkilidir (Gori vd., 2021; D. Lee vd., 2020; Levine vd., 2009). Ölkemizde ebeveyni COVID-19 enfeksiyonu geçiren çocuk ve ergenlerle yürütölen bir çalışmada da psikolojik sağlamlığı yüksek olanlarda daha az travma sonrası stres belirtisi göröldüğü bildirilmiştir (Eroğlu & Yakşi, 2021). COVID-19 pandemisi sırasında ölkemizdeki ergenlerin psikolojik sağlamlık durumlarının yaşadıkları travmatik stres ve TSB ile ilişkisini değerlendiren bir çalışma bulunamamıştır.

Travma maruziyetinin ve TSSB'nin içe ve dışa yönelim sorunlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir (Bean vd., 2007; Farley vd., 2021; Kim vd., 2021; Mills vd., 2020; Wolf vd., 2010). TSB'nin özellikle depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu olmak üzere çeşitli içe yönelim sorunlarıyla ilişkisinin irdelendiğı çalışmalar mevcuttur (Chi vd., 2020; Menculini vd., 2021; Ulset & von Soest, 2022; J. Zhou vd.,

2021). Ancak alanyazın incelendiğinde TSB'nin dışa yönelim sorunlarıyla ilişkisinin irdelendiği sadece bir çalışma bulunabilmektedir (Wolchik vd., 2009). Ülkemizdeki ergenlerin içe ve dışa yönelim sorunlarıyla TSB durumları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızın ana amacı COVID-19 pandemisi sırasında ülkemizdeki ergenlerde pandemiye bağlı travma sonrası stres belirtilerini ve TSB'yi araştırmaktır. Ergenlerde COVID-19 pandemisinin yarattığı travmatik stres ve TSB durumları psikolojik sağlamlıklarına ve ruhsal sorunların bulunmasına göre farklılık gösterebilir. Psikolojik sağlamlığı iyi düzeyde olan ergenlerde travma sonrası stres belirtileri daha az ve TSB daha fazla görülebilir. İçe yönelim ve dışa yönelim sorunları olan ergenler travmatik etkilere daha açık olabilir, bu ergenlerde daha fazla travma sonrası stres belirtisi ve daha az TSB ortaya çıkabilir. Buradan yola çıkarak çalışmamızın ek amaçları da ergenlerdeki psikolojik sağlamlığın ve içe yönelim ve dışa yönelim sorunlarının pandemiye bağlı travma sonrası stres belirtileri ve TSB üzerinde ne şekilde etki oluşturduğunun belirlenmesidir.

Çalışmamızdaki amaçlarımızı şu şekilde belirledik;

1. COVID-19 pandemisinin ülkemizdeki ergenlerde oluşturduğu travma sonrası stres belirtilerini ve TSB'yi araştırmak,
2. Ergenlerin travma sonrası stres belirtileriyle TSB durumları arasında ilişkiyi araştırmak,
3. Ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının travma sonrası stres belirtileriyle ve TSB durumlarıyla ilişkisini araştırmak,
4. Ergenlerin içe ve dışa yönelim belirtilerinin travma sonrası stres belirtileriyle ve TSB durumlarıyla ilişkisini araştırmak.

3.2. VARSAYIMLAR

1. COVID-19 pandemisi sırasında ülkemizdeki ergenlerde travma sonrası stres belirtileri ve TSB ortaya çıkmıştır.

2. Ergenlerin travma sonrası stres belirtileriyle TSB durumları arasında ilişki vardır. Travma sonrası stres belirtileri daha fazla olan ergenlerin travma sonrası büyümeleri daha fazladır.
3. Ergenlerin psikolojik sağlamlıklarıyla travma sonrası stres belirtileri ve TSB durumları arasında ilişki vardır. Psikolojik sağlamlıkları daha fazla olan ergenlerin travma sonrası stres belirtileri daha az, travma sonrası büyümeleri daha fazladır.
4. Ergenlerin içe yönelim ve dışa yönelim belirtileriyle travma sonrası stres belirtileri ve TSB durumları arasında ilişki vardır. İçe yönelim ve dışa yönelim belirtileri daha fazla olan ergenlerin travma sonrası stres belirtileri daha fazla, travma sonrası büyümeleri daha azdır.

3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma epidemiyolojik ve analitik bir araştırmadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİHİ

Araştırma çevrim içi anket formu kullanılarak yürütülmüştür. Veri toplama işlemi 14 Mart-03 Temmuz 2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini toplumdaki 14-18 yaş arasındaki ergenler ve ebeveynleri oluşturmaktadır. Kartopu örneklem seçim yöntemi kullanılmış ve araştırma süresi boyunca toplumdaki 14-18 yaş arasındaki ergenler ve ebeveynlerinden gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma şartlarına uygun olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmacının çevresindeki ebeveynlere çevrim içi anket formunun bağlantısı gönderilmiş, bağlantı gönderilen ebeveynlerin de

bağlantıyı kendi çevrelerindeki ebeveynlere iletmesi yoluyla katılımcılar toplanmıştır. 14-18 yaş arasında çocuğu olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden anket formunun kendilerine yönelik kısmını doldurmaları ve ardından anket formunu 14-18 yaş arasındaki çocuklarına iletmeleri istenmiştir. Ebeveynleri tarafından anket formu iletilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 14-18 yaş arasındaki ergenlerden anket formunun geri kalan kısmını doldurmaları istenmiştir. Ebeveynler ve 14-18 yaş arası çocukları tarafından eksiksiz şekilde doldurulan anket formları çalışmaya kabul edilmiştir. Çevrim içi anket formu 441 ebeveyne ulaşmış olup 424 ebeveyn çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Anket formunu eksiksiz şekilde dolduran 196 katılımcıyla çalışma tamamlanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil olma ve çalışmadan dışlanma ölçütleri aşağıda yer almaktadır;

Dahil edilme ölçütleri;

- 14-18 yaş arasında olmak,
- Ebeveynine çevrim içi anket formunun bağlantısının iletilmesi
- Kendisinin ve ebeveyninin anket formunu görüntüleyebilmesi
- Kendisinin ve ebeveyninin okuma yazma biliyor olması ve okuduğunu anlayabilmesi,
- Kendisinin ve ebeveyninin çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- Kendisinin ve ebeveyninin çevrim içi anket formunu eksiksiz şekilde doldurması

Dışlanma ölçütleri;

- 14-18 yaş arasında olmamak,
- Ebeveynine çevrim içi anket formunun bağlantısının ulaşmaması,
- Kendisinin ve/veya ebeveyninin anket formunu görüntüleyememesi,
- Kendisinin ve/veya ebeveyninin okuma yazma bilmiyor olması ve okuduğunu anlayamaması,
- Kendisinin ve/veya ebeveyninin çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması,

- Kendisinin ve/veya ebeveyninin çevrim içi anket formunu eksik doldurması

3.7. ETİK İLKELERE UYGUNLUK

Araştırma konusu Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş, 08.03.2021 tarihli ve 60116787-020/28681 sayılı kararı ile Etik Kurul onayı alınmıştır. Etik Kurul onayı ve Sağlık Bakanlığı COVID-19 Çalışması İzni alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür.

3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.8.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bu formda çalışmaya katılan ergenlerin yaşı, kaçınıcı sınıf olduğu, cinsiyeti, kardeş sayısı, aile bütünlüğü, ailenin aylık geliri, anne-baba eğitim düzeyleri, ailede ruhsal bozukluk ve kronik hastalık varlığı, pandemide ailede iş kaybı ve ekonomik sorunlar yaşanıp yaşanmadığı, pandemide ergenlerin ebeveynlerinden ayrı kalma durumu, pandeminin ergenlerin aileleriyle ve akranlarıyla ilişkilerine etkisi, pandeminin ergenlerin eğitim sürecine etkisi, COVID-19 nedeniyle ailenin ve yakınların hastalanma, hastanede yatma ve vefat durumu sorgulanmıştır. Çalışmamızda bu form ebeveynler tarafından doldurulmuştur.

3.8.2. Pandemiye İlişkin Stresör Skoru

Salgın hastalıklara ilişkin bazı stresörlerin kişiler üzerinde travmatik stres yaratma riski bulunmaktadır (Hamam vd., 2021). COVID-19 pandemisiyle ilgili bir çalışmada kişinin kendisine ve tanıdıklarına COVID-19 bulaşmasının yanısıra kişinin kendisine ve yakınlarına COVID-19 bulaşacağı endişesi yaşamasının travmatik strese

neden olacağı ve ruhsal sorunların gelişmesi riskini arttıracak varsayılmıştır. Her bir katılımcının COVID-19 maruziyet skoru ve COVID-19 maruziyet endişesi skoru hesaplanmıştır. COVID-19 maruziyet skoru hesaplanırken katılımcının kendisi, yakınları, komşuları ve arkadaşları arasından COVID-19 tanısı alanların sayısı kadar puan toplanmıştır. COVID-19 maruziyet endişesi skoru hesaplanırken katılımcının kendisine COVID-19 bulaşacağı endişesine 1 ile 5 arasında puan vermesi ve yakınlarına COVID-19 bulaşacağı endişesine 1 ile 5 arasında puan vermesi istenmiş; her iki puan toplanmıştır (J. Guo vd., 2020).

COVID-19 pandemisiyle ilgili başka bir çalışmada COVID-19'un ebeveynlerin ruh sağlığına etkisinin tanıdıkları COVID-19 geçiren kişi sayısı ve COVID-19 geçiren kişilerle ilişkilerinin yakınlığıyla aynı yönde ilişkili olacağı varsayılmıştır. Her bir ebeveynin COVID-19 maruziyet risk skoru hesaplanmıştır. COVID-19 maruziyet risk skoru hesaplanırken ebeveynin kendisi, akrabaları ve yakın arkadaşları arasından COVID-19 tanısı alanların, COVID-19 nedeniyle hastanede yatanların ve COVID-19 nedeniyle ölenlerin sayısı kadar puan; ebeveynin diğer tanıdıkları arasından COVID-19 tanısı alanların, COVID-19 nedeniyle hastanede yatanların ve COVID-19 nedeniyle ölenlerin sayısının yarısı kadar puan toplanmıştır (Spinelli vd., 2020).

COVID-19 pandemisiyle ilgili bir çalışmada her bir katılımcının COVID-19 maruziyet skoru hesaplanmıştır. COVID-19 maruziyet skoru hesaplanırken bu amaçla hazırlanmış 10 soru arasından evet cevabı verilenlerin sayısı kadar puan toplanmıştır. Bu çalışmayla ilgili makalede 10 sorudan 2'sinin içeriği örnek olarak paylaşılmış, geri kalan sorular paylaşılmamıştır (Zhen vd., 2022).

SARS salgınıyla ilgili bir çalışmada her bir katılımcının salgına ilişkin toplam stresör skoru hesaplanmıştır. Salgına ilişkin toplam stresör skoru hesaplanırken bu amaçla hazırlanmış 32 soru arasından evet cevabı verilenlerin sayısı kadar puan toplanmıştır. Bu çalışmayla ilgili makalede 32 sorudan birkaçının içeriği örnek olarak paylaşılmış, geri kalan sorular paylaşılmamıştır (Main vd., 2011).

Çalışmamızda bu çalışmalar referans alınarak pandemiye ilişkin stresör skorunun hesaplanması planlanmıştır. Katılımcılar üzerinde travmatik etki gösterebileceği ve bu travmatik etkilerin şiddetini arttırabileceği düşünülen pandemiye ilişkin çeşitli stresörler sorgulanmış, elde edilen verilerle her bir katılımcının pandemiye ilişkin stresör skoru hesaplanmıştır. Ailede pandemi nedeniyle iş kaybı

veya ciddi ölçüde gelir kaybı varsa 1 puan; katılımcının pandemi nedeniyle ebeveyninden ayrı kalma durumu varsa 1 puan; ailede COVID-19 hastalarıyla doğrudan temas gerektiren işlerde çalışan kişi sayısı kadar puan; katılımcı ve ailesinde COVID-19 ile şiddetli hastalık riski oluşturacak kronik hastalığı olan kişi sayısı kadar puan; katılımcı, ailesi, arkadaşları, akrabaları ve diğer tanıdıklarında COVID-19 enfeksiyonunu evde izolasyonla, hastanede yatarak ve yoğun bakımda yatarak atlatan kişi sayısı kadar puan; katılımcının ailesi, arkadaşları, akrabaları ve diğer tanıdıklarında COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle vefat eden kişi sayısı kadar puan toplanmıştır. Pandemiye ilişkin stresör skorunu hesaplamakta kullanılan veriler ayrı olarak irdelenmeyecek ve tartışılmayacaktır.

3.8.3. Çocuk TSSB Semptom Ölçeği

Çocuk ve ergenlerde TSSB'nin taranmasında, semptomların şiddetinin belirlenmesinde ve tanısının konulmasında kullanılması amacıyla 2001 yılında Foa ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Erişkinlerde kullanılan Posttravmatik Teşhis Ölçeği'nin 8-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde kullanılabilecek şekilde uyarlanmasıyla oluşturulmuş, öz bildirime dayalı bir ölçektir (Dikmen-Yildiz vd., 2017). İçerdiği 24 sorudan 17'siyle DSM-4 kriterlerine göre yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık alt gruplarındaki TSSB belirtileri, 7'siyle ise işlevselliğin ne ölçüde bozulduğu değerlendirilmektedir. 17 soruyla belirlenen TSSB semptom şiddeti 0-51 puan arasında, 7 soruyla belirlenen işlevsellikteki bozulma şiddeti 0-7 puan arasında değişmektedir (Foa vd., 2001). Türkçeye uyarlanan ölçeğin 8-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (Kadak vd., 2014). Çalışmamızda bu form ergenler tarafından doldurulmuştur ve ölçekteki soruların COVID-19 pandemisine ilişkin cevaplanması istenmiştir.

3.8.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılması için 1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilmiştir (R. Goodman, 1997). Bu anketin 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve öğretmen formu, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır (A. Goodman vd., 2010). Bu sorular davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlar olmak üzere 5 başlıkta toplanmıştır (R. Goodman, 1997). Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi duygusal sorunlar ve akran sorunları başlıklarındaki puanlar toplanarak içe yönelim sorunları puanı, davranış sorunları ve dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik başlıklarındaki puanlar toplanarak dışa yönelim sorunları puanı hesaplanabilmektedir; bu dört başlıktaki (davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları) puanlar toplanarak toplam güçlük puanı elde edilmektedir (A. Goodman vd., 2010; R. Goodman, 1997). Sosyal davranışlar başlığındaki yüksek puanlar ise bireyin sosyal alandaki güçlü yönlerini yansıtmaktadır. 5 başlığın her birinde alınabilecek puan 0-10 arasında, alınabilecek toplam güçlük puanı ise 0-40 arasında değişmektedir (R. Goodman, 1997). Ölçeğin ek bölümünde ruhsal sorunların çocuk ve ergenlerde sosyal ve akademik işlevselliği ne kadar bozduğunu, ne kadar strese yol açtığını ve birlikte yaşadıkları kişilere ne kadar yük getirdiğini gösteren etkilenme puanları hesaplanmaktadır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin ebeveyn formunun 4-18 yaşlar için ve ergen formunun 11-18 yaşlar için geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (Güvenir vd., 2008). Ölçeğin içe yönelim sorunları puanı, dışa yönelim sorunları puanı ve sosyal davranışlar puanı olmak üzere üç faktörlü yapısıyla da ülkemizdeki ergenler için ruhsal bozukluklar açısından düşük riskli örneklemelerde kullanılabileceği bildirilmiştir (Demirpençe Seçinti & Akkın Gürbüz, 2021). Çalışmamızda yalnızca ergen formu kullanılmıştır ve etkilenme puanlarının hesaplandığı ek bölüm dahil edilmemiştir.

3.8.5. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

Travmatik olaylar yaşandıktan sonra ortaya çıkan olumlu gelişmeleri ölçme amacıyla Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996'da geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal hali başkalarıyla ilişkiler, yeni olanaklar, kişisel dayanıklılık, manevi değişim ve hayata

değer verme olmak üzere 5 başlıkta toplanan 21 sorudan oluşmaktadır (Tedeschi & Calhoun, 1996). Bazı kültürlerle uyarlanırken ölçeğin 5 başlık yapısının korunamadığı bildirilmiştir. Türkçeye çevirilerek ülkemiz kültürüne uyarlanan, 14-40 yaş arasında geçerli ve güvenilir bulunan ölçek benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim olmak üzere 3 başlık içermektedir. 21 soruyla belirlenen TSB skoru 0-105 puan arasında değişmektedir, artan puan artan TSB lehinedir. Benlik algısında değişim skoru 0-50 puan, yaşam felsefesinde değişim skoru 0-30 puan, başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru 0-25 puan arasında değişmektedir (Kağan vd., 2012). Kesme skorunu belirlemek için farklı yöntemlerin denendiği çalışmalar yapılmıştır ancak henüz kabul gören bir kesme skoru bulunmamaktadır (Xu & Liao, 2011). Çalışmamızda bu form ergenler tarafından doldurulmuştur.

3.8.6. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlık Ölçeği

Zorlayıcı koşullardaki çocuk ve ergenlerde psikolojik sağlamlığı belirlemek amacıyla farklı kültürler için geçerli olacak bir ölçme aracı geliştirilmesi hedeflenmiş, on bir farklı ülkeden toplanan veriler ışığında ölçeğin 28 maddelik orijinal formu 2011 yılında Ungar ve Liebenberg tarafından geliştirilmiştir (Ungar & Liebenberg, 2011). Ölçeğin kısa form çalışması 2013'te yapılmış, 10-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde kullanılabilecek 12 soru içeren bir yapı elde edilmiştir. 12 soruyla belirlenen psikolojik sağlamlık skoru 12-60 puan arasında değişmektedir (Liebenberg vd., 2013). Kısa form Türkçeye uyarlanmış, ülkemizde de çocuk ve ergenler için geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Arslan, 2015). Çalışmamızda bu form ergenler tarafından doldurulmuştur.

3.9. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

İstatistiksel değerlendirmede SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır (IBM Corp., 2017). Tanımlayıcı verilerden kategorik

değişkenler sayı ve yüzde ile; sayısal değişkenler, ortalama, standart sapma, median ve çeyrekler arası aralık – inter quartile range (IQR) ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak kontrol edilmiştir, veriler normal dağılıma uymadığından gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney-U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup arasında yapılan karşılaştırmalarda anlamlılık saptandığında farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Güvenlik düzeyi %95 olarak alınmış ve tüm analizler için istatistiksel anlamlılık sınırı $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

4.1.1. Katılımcıların Cinsiyeti

Araştırmaya katılan ergenlerin %66,3'ü ($n=130$) kız, %33,7'si ($n=66$) ise erkektir (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Cinsiyeti

Cinsiyet	n	%
Kız	130	66,3
Erkek	66	33,7
Toplam	196	100,0

4.1.2. Katılımcıların Yaşı

Araştırmaya katılan ergenler 14-18 yaş aralığında olup yaş ortalaması $15,72 \pm 1,320$ yıldır, ortanca yaş 15 (IQR=2) olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Yaşı

Yaş	n	%
14	41	20,9
15	59	30,1
16	33	16,8
17	40	20,4
18	23	11,7
Toplam	196	100,0

4.1.3. Katılımcıların Eğitim Düzeyi

Araştırmaya katılan ergenlerin bir kısmının 9. sınıf ve 12. sınıf aralığında olduğu, geri kalanların ise lise eğitimi almadığı görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Eğitim Düzeyi

Eğitim düzeyi	n	%
9. sınıf	95	48,5
10. sınıf	33	16,8
11. sınıf	36	18,4
12. sınıf	26	13,3
Okula gitmeyen	6	3,1
Toplam	1043	100,0

4.1.4. Ailedeki Çocuk Sayısı

Katılımcıların ailelerinde çocuk sayısının ortalaması $2,48 \pm 0,995$ 'tir, ortanca çocuk sayısı 2 (min=1, max=5, IQR=1) olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4: Ailedeki Çocuk Sayısı

Çocuk sayısı	n	%
1	21	10,7
2	99	50,5
3	47	24,0
4	18	9,2
5	11	5,6
Toplam	196	100,0

4.1.5. Anne Eğitim Düzeyi

Araştırmaya katılan ergenlerin annelerinin %3,1'i (n=6) hiç eğitim almamıştır, %7,1'i (n=14) ilkokulu tamamlamadan bırakmıştır, %16,8'i (n=33) ilkokul mezunu, %8,2'si (n=16) ortaokul mezunu, %24,0'ı (n=47) lise mezunu, %32,7'si (n=64) üniversite mezunu, %8,2'si (n=16) yüksek lisans mezunudur (Tablo 5). Katılımcıların annelerinin büyük kısmının (%64,8, n=127) eğitiminin lise düzeyi ve üstü olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Anne Eğitim Düzeyi

Anne eğitim düzeyi	n	%
Hiç eğitim almamış	6	3,1
İlkokulu tamamlamamış	14	7,1
İlkokul	33	16,8
Ortaokul	16	8,2
Lise	47	24,0
Üniversite	64	32,7
Yüksek lisans	16	8,2

Toplam	196	100,0
--------	-----	-------

4.1.6. Baba Eğitim Düzeyi

Araştırmaya katılan ergenlerin babalarının %1,0'ı (n=2) hiç eğitim almamıştır, %1,0'ı (n=2) ilkokulu tamamlamadan bırakmıştır, %12,8'i (n=25) ilkokul mezunu, %8,7'si (n=17) ortaokul mezunu, %27,6'sı (n=54) lise mezunu, %36,7'si (n=72) üniversite mezunu, %12,2'si (n=24) yüksek lisans mezunudur (Tablo 6). Katılımcıların babalarının büyük kısmının (%76,5, n=150) eğitiminin lise düzeyi ve üstü olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Baba Eğitim Düzeyi

Baba eğitim düzeyi	n	%
Hiç eğitim almamış	2	1,0
İlkokulu tamamlamamış	2	1,0
İlkokul	25	12,8
Ortaokul	17	8,7
Lise	54	27,6
Üniversite	72	36,7
Yüksek lisans	24	12,2
Toplam	196	100,0

4.1.7. Yaşam Yeri

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) il ve ilçe merkezlerindeki nüfusları kentsel nüfus olarak değerlendirmektedir (Yılmaz, 2015). Katılımcıların büyük kısmının (%92,4, n=181) kentsel bölgede yaşadığı görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 7: Yaşam Yeri

Yaşam yeri	n	%
------------	---	---

Kırsal	15	7,6
Kentsel	181	92,4
Toplam	196	100,0

4.1.8. Aile Yapısı

Katılımcıların %84,2'sinin (n=165) çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %9,2'sinin (n=18) geniş ailede yaşadığı, %4,1'inin (n=8) ebeveynlerinin boşanmış olduğu ya da ayrı yaşadığı, %2,6'sının (n=5) ebeveynlerinden birinin ya da ikisinin vefat ettiği bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8: Aile Yapısı

Aile yapısı	n	%
Çekirdek	165	84,2
Geniş	18	9,2
Parçalanmış	8	4,1
Ebeveyn kaybı	5	2,6
Toplam	196	100,0

4.1.9. Aylık Gelir Düzeyi

Katılımcıların ailelerinin aylık gelir düzeyi ebeveynlerin beyanı esas alınarak belirlenmiş; araştırmanın verilerinin toplandığı dönemde yaklaşık 2800 TL olan asgari ücrete göre 2800 TL'nin altında, 2800 TL civarında, 2800-6000 TL arası, 6000-12000 TL arası ve 12000 TL'den fazla olarak gruplandırılmıştır. Çoğu ailenin (%33,7, n=66) aylık gelir düzeyinin 2800-6000 TL arasında olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9: Aylık Gelir Düzeyi

Aylık gelir	n	%
2800 TL'nin altında	14	7,1
2800 TL civarında	27	13,8
2800-6000 TL arası	66	33,7
6000-12000 TL arası	57	29,1
12000 TL'den fazla	32	16,3
Toplam	196	100,0

4.1.10. Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumu

Araştırmaya katılan ergenlerin büyük kısmının (%84,2, n=165) ruh sağlığı hizmetlerine hiç başvurusu olmamıştır (Tablo 10). Katılımcıların %6,1'inin (n=12) ilk kez pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvurduğu görülmektedir.

Tablo 10: Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumu

Ruh sağlığı hizmeti alma durumu	n	%
Ruh sağlığı hizmetlerine başvurusu olmayan	165	84,2
Pandemiden önce ruh sağlığı hizmetlerine başvurmuş olan	19	9,7
İlk kez pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvurmuş olan	12	6,1
Toplam	196	100,0

4.1.11. Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumu

Araştırmaya katılan ergenlerin büyük kısmı (%89,3, n=175) hiç psikiyatrik ilaç tedavisi almamıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumu

Psikiyatrik ilaç tedavisi alma durumu	n	%
---------------------------------------	---	---

Hiç psikiyatrik ilaç tedavisi almamış olan	175	89,3
Geçmişte psikiyatrik ilaç tedavisi almış ve artık almıyor olan	16	8,2
Psikiyatrik ilaç tedavisi almakta olan	5	2,6
Toplam	196	100,0

4.1.12. Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısı

Katılımcıların ailelerinde katılımcıların kendileri hariç ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısının ortalaması $0,13 \pm 0,378$, ortancası 0 (min=0, max=2, IQR=0) olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12: Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısı

Ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı	n	%
0	174	88,8
1	19	9,7
2	3	1,5
Toplam	196	100,0

4.1.13. Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoru

Katılımcıların pandemiye ilişkin stresör skorunun ortalaması $4,06 \pm 5,606$ puandır, ortancası 3 (min=0, max=55, IQR=4) olarak bulunmuştur.

4.1.14. Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumu

Katılımcıların ailelerindeki ilişkilerin pandemiden nasıl etkilendiği ebeveynlerin beyanı esas alınarak belirlenmiş; olumlu etkilenenler, değişmeyenler ve olumsuz

etkilenenler olarak gruplandırılmıştır. Yarıya yakın ailenin (%43,4, n=85) aile içi ilişkilerinin pandemiden olumsuz etkilendiği görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 13: Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumu

Ebeveyne göre pandeminin aile içi ilişkilere etkisi	n	%
Olumlu etkilenen	36	18,4
Değişmeyen	75	38,3
Olumsuz etkilenen	85	43,4
Toplam	196	100,0

4.1.15. Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumu

Katılımcıların eğitim sürecinin pandemiden nasıl etkilendiği ebeveynlerin beyanı esas alınarak belirlenmiş; olumlu etkilenenler, değişmeyenler ve olumsuz etkilenenler olarak gruplandırılmıştır. Çoğu ergenin (%86,7, n=170) eğitim sürecinin pandemiden olumsuz etkilendiği görülmektedir (Tablo 14).

Tablo 14: Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumu

Ebeveyne göre pandeminin eğitim sürecine etkisi	n	%
Olumlu etkilenen	17	8,7
Değişmeyen	9	4,6
Olumsuz etkilenen	170	86,7
Toplam	196	100,0

4.1.16. Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumu

Katılımcıların arkadaşlık ilişkilerinin pandemiden nasıl etkilendiği ebeveynlerin beyanı esas alınarak belirlenmiş; olumlu etkilenenler, değişmeyenler ve olumsuz etkilenenler olarak gruplandırılmıştır. Çoğu ergenin (%66,8, n=131) arkadaşlık ilişkilerinin pandemiden olumsuz etkilendiği görülmektedir (Tablo 15).

Tablo 15: Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumu

Ebeveyne göre pandeminin arkadaşlık ilişkilerine etkisi	n	%
Olumlu etkilenen	17	8,7
Değişmeyen	48	24,5
Olumsuz etkilenen	131	66,8
Toplam	196	100,0

4.1.17. Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumu

Katılımcıların ebeveynlerinin büyük kısmı (%71,9, n=141) pandeminin çocuğu üzerinde travmatik etki gösterdiğini beyan etmiştir (Tablo 16).

Tablo 16: Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumu

Ebeveyne göre pandeminin travmatik etkisi	n	%
Yok	55	28,1
Var	141	71,9
Toplam	196	100,0

4.2. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER

4.2.1. Çocuk TSSB Semptom Ölçeği

Araştırmaya katılan ergenlerin TSSB semptom şiddeti puanlarının ortalaması $18,04 \pm 12,165$, ortancası 17 (min=0, max=50, IQR=19) olarak saptanmıştır. Katılımcıların yeniden yaşantılama puanlarının ortalaması $4,58 \pm 3,953$, ortancası 4 (min=0, max=15, IQR=6); kaçınma puanlarının ortalaması $7,60 \pm 5,322$, ortancası 7,5 (min=0, max=20, IQR=9); aşırı uyarılmışlık puanlarının ortalaması $5,86 \pm 4,149$, ortancası 5 (min=0, max=15, IQR=7) bulunmuştur. Katılımcıların işlevsellikteki bozulma şiddeti puanlarının ortalaması $4,03 \pm 2,275$, ortancası 4,5 (min=0, max=7, IQR=4) olarak hesaplanmıştır.

4.2.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

Araştırmaya katılan ergenlerin TSB skorlarının ortalaması $36,71 \pm 23,757$, ortancası 35 (min=0, max=105, IQR=38) olarak saptanmıştır. Katılımcıların benlik algısında değişim skorlarının ortalaması $19,09 \pm 12,617$, ortancası 18 (min=0, max=50, IQR=20); yaşam felsefesinde değişim skorlarının ortalaması $10,84 \pm 6,898$, ortancası 10 (min=0, max=30, IQR=11); başkalarıyla ilişkilerde değişim skorlarının ortalaması $6,78 \pm 6,200$, ortancası 5 (min=0, max=25, IQR=9) bulunmuştur.

4.2.3. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Araştırmaya katılan ergenlerin psikolojik sağlamlık skorlarının ortalaması $43,21 \pm 10,405$, ortancası 45 (min=12, max=60, IQR=15) olarak saptanmıştır.

4.2.4. Güçler ve Güçlükler Anketi

Araştırmaya katılan ergenlerin toplam günlük puanlarının ortalaması $15,17 \pm 6,221$, ortancası 15 (min=2, max=30, IQR=10) olarak saptanmıştır. Katılımcıların duygusal sorunlar puanlarının ortalaması $4,30 \pm 2,743$, ortancası 4 (min=0, max=10, IQR=4); davranış sorunları puanlarının ortalaması $2,92 \pm 1,868$, ortancası 3 (min=0, max=8, IQR=2); dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanlarının ortalaması $4,67 \pm 2,164$, ortancası 5 (min=0, max=10, IQR=3); akran sorunları puanlarının ortalaması $3,28 \pm 1,942$, ortancası 3 (min=0, max=8, IQR=3); sosyal davranışlar puanlarının ortalaması $7,10 \pm 2,271$, ortancası 7 (min=0, max=10, IQR=4) bulunmuştur. Katılımcıların dışa yönelim puanlarının ortalaması $7,59 \pm 3,234$, ortancası 7 (min=1, max=15, IQR=5); içe yönelim puanlarının ortalaması $7,58 \pm 3,900$, ortancası 7 (min=0, max=16, IQR=6) olarak hesaplanmıştır.

4.3. TSSB SEMPTOM ŞİDDETİ PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

4.3.1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Kızların TSSB semptom şiddeti puanları erkeklerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$) (Tablo 17).

Tablo 17: Katılımcıların Cinsiyetine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Cinsiyet	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Kız (n=130)	$19,99 \pm 11,605$ (0-50)	21,0 (17)	Z=-3,281 p*=0,001
Erkek (n=66)	$14,20 \pm 12,414$ (0-42)	11,0 (22)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.3.2. Katılımcıların Yaşına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Katılımcıların yaşıyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,186$) (Tablo 18).

Tablo 18: Katılımcıların Yaşına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Korelasyonlar*		TSSB semptom şiddeti puanı	Yaş
TSSB semptom şiddeti puanı	r	1	0,095
	p		0,186
Yaş	r	0,095	1
	p	0,186	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.3.3. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Katılımcıların eğitim düzeyiyle TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,412$) (Tablo 19).

Tablo 19: Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Eğitim düzeyi	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ² ve p
9. sınıf (n=95)	17,11±12,442 (0-50)	15,0 (21)	X ² =3,958 p*=0,412
10. sınıf (n=33)	17,36±12,609 (0-43)	13,0 (20)	

11. sınıf (n=36)	17,75±11,577 (0-43)	17,5 (18)
12. sınıf (n=26)	21,81±11,590 (0-41)	22,5 (21)
Okula gitmeyen (n=6)	22,00±11,027 (9-37)	25,0 (21)

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.3.4. Ailedeki Çocuk Sayısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Ailedeki çocuk sayısı ile katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,575$) (Tablo 20).

Tablo 20: Ailedeki Çocuk Sayısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Korelasyonlar*		TSSB semptom şiddeti puanı	Çocuk sayısı
TSSB semptom şiddeti puanı	r	1	0,040
	p		0,575
Çocuk sayısı	r	0,040	1
	p	0,575	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.3.5. Anne Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Anne eğitim düzeyi ile katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,995$) (Tablo 21).

Tablo 21: Anne Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Anne eğitim düzeyi	TSSB semptom şiddeti
--------------------	----------------------

	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Ortaokul ve altı (n=69)	18,03±12,851 (0-42)	18,0 (22)	Z=-0,007 p*=0,995
Lise ve üstü (n=127)	18,05±11,829 (0-50)	16,0 (18)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.3.6. Baba Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Baba eğitim düzeyiyle katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,195$) (Tablo 22).

Tablo 22: Baba Eğitim Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Baba eğitim düzeyi	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Ortaokul ve altı (n=46)	20,02±11,739 (1-42)	22,5 (16)	Z=-1,296 p*=0,195
Lise ve üstü (n=150)	17,43±12,267 (0-50)	15,5 (20)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.3.7. Yaşam Yerine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Katılımcıların yaşam yeriyle TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,499$) (Tablo 23).

Tablo 23: Yaşam Yerine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Yaşam yeri	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Kırsal (n=15)	16,47±14,837 (0-40)	11,0 (26)	Z=-0,675 p*=0,499
Kentsel (n=181)	18,17±11,958 (0-50)	17,0 (19)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.3.8. Aile Yapısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Aile yapısıyla katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,774$) (Tablo 24).

Tablo 24: Aile Yapısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Aile yapısı	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ² ve p
Çekirdek (n=165)	17,82±11,728 (0-50)	18,0 (18)	X ² =1,112 p*=0,774
Geniş (n=18)	17,89±13,460 (0-39)	15,0 (21)	
Parçalanmış (n=8)	24,25±18,874 (3-43)	28,5 (37)	
Ebeveyn kaybı (n=5)	16,00±9,899 (5-27)	11,0 (19)	

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.3.9. Aylık Gelir Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Aylık gelir düzeyiyle katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,412$) (Tablo 25).

Tablo 25: Aylık Gelir Düzeyine Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Aylık gelir düzeyi	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ² ve p
2800 TL'nin altında (n=14)	14,50±12,240 (1-40)	11,0 (22)	X ² =4,415 p*=0,353
2800 TL civarında (n=27)	17,36±11,287 (0-39)	16,0 (19)	
2800-6000 TL arası (n=66)	18,05±13,359 (0-50)	15,0 (20)	
6000-12000 TL arası (n=57)	20,30±11,568 (0-43)	22,0 (21)	
12000 TL'den fazla (n=32)	17,44±11,208 (0-41)	15,5 (17)	

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.3.10. Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

İlk kez pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvuran katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanları diğer katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,003$) (Tablo 26).

Tablo 26: Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Ruh sağlığı hizmeti alma durumu	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
İlk kez pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvuranlar (n=12)	28,67±9,547 (13-50)	28,5 (12)	Z=-2,941 p*=0,003
Diğerleri (n=184)	17,35±12,014 (0-43)	15,5 (19)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.3.11. Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Hiç psikiyatrik ilaç tedavisi almamış olan katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanları diğer katılımcılardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,025$) (Tablo 27).

Tablo 27: Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Psikiyatrik ilaç tedavisi alma durumu	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Hiç psikiyatrik ilaç tedavisi almamış olanlar (n=175)	17,25±11,677 (0-50)	16,0 (18)	Z=-2,247 p*=0,025
Diğerleri (n=21)	24,62±14,344 (0-43)	24,0 (29)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.3.12. Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Ailede ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı ile katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p=0,017$) (Tablo 28).

Tablo 28: Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısına Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Korelasyonlar*		TSSB semptom şiddeti puanı	Ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı
TSSB semptom şiddeti puanı	r	1	0,170
	p		0,017
Ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı	r	0,170	1
	p	0,017	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.3.13. Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoruna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Katılımcıların pandemiye ilişkin stresör skoruyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p=0,002$) (Tablo 29).

Tablo 29: Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoruna Göre TSSB Semptom Şiddeti Puanları

Korelasyonlar*		TSSB semptom şiddeti puanı	Pandemiye ilişkin stresör skoru
	r	1	0,219

TSSB semptom şiddeti puanı	p		0,002
Pandemiye ilişkin stresör skoru	r	0,219	1
	p	0,002	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.3.14. Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Ebeveynine göre aile ilişkileri pandemiden olumsuz etkilenmiş olan katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanları olumsuz etkilenmemiş olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,030$) (Tablo 30).

Tablo 30: Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin aile içi ilişkilere etkisi	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Olumsuz etkilenmemiş olanlar (n=111)	16,48±11,846 (0-50)	13,0 (18)	Z=-2,176 p*=0,030
Olumsuz etkilenmiş olanlar (n=85)	20,08±12,344 (0-43)	22,0 (22)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.3.15. Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre eğitim süreci pandemiden olumsuz etkilenmiş olan katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanları olumsuz etkilenmemiş olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,007$) (Tablo 31).

Tablo 31: Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin eğitim sürecine etkisi	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Olumsuz etkilenmemiş olanlar (n=26)	11,88±9,331 (0-35)	10,0 (13)	Z=-2,701 p*=0,007
Olumsuz etkilenmiş olanlar (n=170)	18,98±12,295 (0-50)	20,0 (19)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.3.16. Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre arkadaşlık ilişkileri pandemiden olumsuz etkilenmiş olan katılımcılarla olumsuz etkilenmemiş olan katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,187$) (Tablo 32).

Tablo 32: Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin arkadaşlık ilişkilerine etkisi	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p

Olumsuz etkilenmemiş olanlar (n=65)	16,51±12,232 (0-42)	16,0 (21)	Z=-1,321 p*=0,187
Olumsuz etkilenmiş olanlar (n=131)	18,80±12,107 (0-50)	18,0 (18)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır.

4.3.17. Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin travmatik etki göstermiş olduğu katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanları ebeveyne göre pandeminin travmatik etki göstermemiş olduğu katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,000) (Tablo 33).

Tablo 33: Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumunun TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin travmatik etkisi	TSSB semptom şiddeti		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Travmatik etki yok (n=55)	10,38±11,262 (0-42)	7,0 (15)	Z=-5,821 p*=0,000
Travmatik etki var (n=141)	21,03±11,189 (0-50)	22,0 (18)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır.

4.3.18. Katılımcıların Travma Sonrası Büyüme Skorlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Katılımcıların TSB skoruyla ve TSB alt ölçek skorlarıyla TSSB semptom şiddeti puanı arasındaki ilişkilerin değerlendirme sonuçları 4.4.Travma Sonrası Büyüme Skorlarının Diğer Verilerle İlişkisi bölümündeki 4.4.18.Katılımcıların Çocuk TSSB Semptom Ölçeği Puanlarının Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi başlığı altında ele alınmıştır.

4.3.19. Katılımcıların Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Skorlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Katılımcıların psikolojik sağlamlık skoruyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında ters yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 34).

Tablo 34: Katılımcıların Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Skorlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Korelasyonlar*		TSSB semptom şiddeti puanı	Psikolojik sağlamlık skoru
TSSB semptom şiddeti puanı	r	1	-0,304
	p		0,000
Psikolojik sağlamlık skoru	r	-0,304	1
	p	0,000	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.3.20. Katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

Katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanıyla duygusal sorunlar puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki ($p=0,000$), davranış sorunları puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,000$), dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,000$), akran sorunları puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,001$), toplam güçlük puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki ($p=0,000$) saptanmıştır (Tablo 35). Katılımcıların sosyal davranışlar puanıyla TSSB semptom şiddeti puanı

arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,199$) (Tablo 35). Katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanıyla içe yönelim puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki ($p=0,000$), dışa yönelim puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,000$) saptanmıştır (Tablo 36).

Tablo 35: Katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

TSSB semptom şiddeti puanı		Duygusal sorunlar	Davranış sorunları	DEAH	Akran sorunları	Sosyal davranışlar	Toplam güçlük puanı
	r	0,515	0,281	0,309	0,229	-0,092	0,500
	p*	0,000	0,000	0,000	0,001	0,199	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. DEAH: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

Tablo 36: Katılımcıların İçe Yönelim ve Dışa Yönelim Puanlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

TSSB semptom şiddeti puanı		İçe yönelim	Dışa yönelim
	r	0,485	0,348
	p*	0,000	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.4. TRAVMA SONRASI BÜYÜME SKORLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

4.4.1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Katılımcıların cinsiyetiyle TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,582$) (Tablo 37).

Tablo 37: Katılımcıların Cinsiyetine Göre TSB Skorları

Cinsiyet	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Kız (n=130)	37,04±22,582 (4-104)	35,0 (38)	Z=-0,550 p*=0,582
Erkek (n=66)	36,06±26,086 (0-105)	34,5 (40)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.4.2. Katılımcıların Yaşına Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Katılımcıların yaşıyla TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,153$) (Tablo 38).

Tablo 38: Katılımcıların Yaşına Göre TSB Skorları

Korelasyonlar*		TSB skoru	Yaş
TSB skoru	r	1	0,103
	p		0,153
Yaş	r	0,103	1
	p	0,153	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.4.3. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Katılımcıların eğitim düzeyiyle TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,634$) (Tablo 39).

Tablo 39: Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre TSB Skorları

Eğitim düzeyi	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ² ve p
9. sınıf (n=95)	34,97±25,398 (0-105)	35,0 (40)	X ² =2,558 p*=0,634
10. sınıf (n=33)	40,15±22,984 (5-92)	43,0 (33)	
11. sınıf (n=36)	35,19±21,993 (4-93)	26,5 (37)	
12. sınıf (n=26)	39,62±21,617 (0-88)	37,5 (38)	
Okula gitmeyen (n=6)	41,83±23,507 (12-81)	40,5 (36)	

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. p <0,05 anlamlıdır.

4.4.4. Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Ailedeki çocuk sayısı ile katılımcıların TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,545) (Tablo 40).

Tablo 40: Ailelerin Çocuk Sayısına Göre TSB Skorları

Korelasyonlar*		TSB skoru	Çocuk sayısı
TSB skoru	r	1	-0,043
	p		0,545
Çocuk sayısı	r	-0,043	1
	p	0,545	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. p<0,05 anlamlıdır.

4.4.5. Anne Eğitim Düzeyine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Anne eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan katılımcıların TSB skorları anne eğitim düzeyi lise ve üstü olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,030$) (Tablo 41).

Tablo 41: Anne Eğitim Düzeyine Göre TSB Skorları

Anne eğitim düzeyi	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Ortaokul ve altı (n=69)	42,17±26,075 (0-105)	40,0 (42)	Z=-2,168 p*=0,030
Lise ve üstü (n=127)	33,74±21,938 (0-105)	33,0 (37)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.4.6. Baba Eğitim Düzeyine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Baba eğitim düzeyiyle katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,390$) (Tablo 42).

Tablo 42: Baba Eğitim Düzeyine Göre TSB Skorları

Baba eğitim düzeyi	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Ortaokul ve altı (n=46)	39,26±25,389 (0-93)	39,0 (46)	Z=-0,859 p*=0,390
Lise ve üstü (n=150)	35,93±23,266 (0-105)	34,5 (36)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.4.7. Yaşam Yeriine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Yaşam yeriyle katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,815$) (Tablo 43).

Tablo 43: Yaşam Yeriine Göre TSB Skorları

Yaşam yeri	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Kırsal (n=15)	37,20±22,095 (0-76)	33,0 (41)	Z=-0,234 p*=0,815
Kentsel (n=181)	36,67±23,946 (0-105)	35,0 (39)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.4.8. Aile Yapısına Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Ebeveynlerinden biri ya da ikisi vefat etmiş olan katılımcıların TSB skorları her iki ebeveyni hayatta olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,010$), diğer aile yapıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 44).

Tablo 44: Aile Yapısına Göre TSB Skorları

Aile yapısı	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p

Ebeveynleri hayatta olan (n=191)	35,96±23,449 (0-105)	34,0 (37)	Z=-2,560 p*=0,010
Ebeveynlerinden biri ya da ikisi vefat etmiş olan (n=5)	65,40±18,393 (44-88)	57,0 (34)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır.

4.4.9. Aylık Gelir Düzeyine Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Aylık gelir düzeyiyle katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,823) (Tablo 45).

Tablo 45: Aylık Gelir Düzeyine Göre TSB Skorları

Aylık gelir düzeyi	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ² ve p
2800 TL'nin altında (n=14)	40,36±26,090 (0-88)	36,5 (39)	X ² =1,521 p*=0,823
2800 TL civarında (n=27)	34,48±21,925 (3-72)	35,0 (41)	
2800-6000 TL arası (n=66)	37,44±24,628 (0-104)	37,0 (43)	
6000-12000 TL arası (n=57)	38,77±25,711 (4-105)	35,0 (37)	
12000 TL'den fazla (n=32)	31,81±18,747 (0-64)	31,5 (35)	

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. p <0,05 anlamlıdır.

4.4.10. Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Katılımcıların ruh sağlığı hizmeti alma durumlarıyla TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,585$) (Tablo 46).

Tablo 46: Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre TSB Skorları

Ruh sağlığı hizmeti alma durumu	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
İlk kez pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvuranlar (n=12)	31,75±19,098 (13-50)	28,5 (12)	Z=-0,546 p*=0,585
Diğerleri (n=184)	37,03±19,098 (6-60)	26,5 (37)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.4.11. Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Katılımcıların psikiyatrik ilaç tedavisi alma durumlarıyla TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,906$) (Tablo 47).

Tablo 47: Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre TSB Skorları

	TSB skoru
--	-----------

Psikiyatrik ilaç tedavisi alma durumu	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Hiç psikiyatrik ilaç tedavi almamış olanlar (n=175)	36,77±24,109 (0-105)	35,0 (39)	Z=-0,118 p*=0,906
Diğerleri (n=21)	36,24±21,104 (4-82)	35,0 (36)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır.

4.4.12. Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısına Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Ailede ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı ile katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,836) (Tablo 48).

Tablo 48: Ailede Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Kişi Sayısına Göre TSB Skorları

Korelasyonlar*		Travma sonrası büyüme skoru	Ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı
TSB skoru	r	1	-0,015
	p		0,836
Ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı	r	-0,015	1
	p	0,836	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. p<0,05 anlamlıdır.

4.4.13. Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoruna Göre Travma Sonrası Büyüme Skorları

Katılımcıların pandemiye ilişkin stresör skoru ile TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,517) (Tablo 49).

Tablo 49: Katılımcıların Pandemiye İlişkin Stresör Skoruna Göre TSB Skorları

Korelasyonlar*		TSB skoru	Pandemiye ilişkin stresör skoru
TSB skoru	r	1	0,047
	p		0,517
Pandemiye ilişkin stresör skoru	r	0,047	1
	p	0,517	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.4.14. Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemi Etkilenme Durumunun Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre ailelerindeki ilişkiler pandemiye olumlu etkilenmiş olan katılımcıların TSB skorları olumlu etkilenmemiş olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,014$) (Tablo 50).

Tablo 50: Ebeveyne Göre Katılımcıların Ailelerindeki İlişkilerin Pandemi Etkilenme Durumunun TSB Skorlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin aile içi ilişkilere etkisi	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Olumlu etkilenmemiş olanlar (n=160)	34,65±23,302 (0-105)	31,5 (38)	Z=-2,462 p*=0,014
Olumlu etkilenmiş olanlar (n=36)	45,86±23,919 (0-104)	46,5 (26)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.4.15. Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumunun Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre eğitim süreci pandemiden olumlu etkilenmiş olan katılımcılarla olumlu etkilenmemiş olan katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,439$) (Tablo 51).

Tablo 51: Ebeveyne Göre Katılımcıların Eğitim Sürecinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSB Skorlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin eğitim sürecine etkisi	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Olumlu etkilenmemiş olanlar (n=179)	36,42±23,755 (0-105)	35,0 (37)	Z=-0,774 p*=0,439
Olumlu etkilenmiş olanlar (n=17)	39,71±24,294 (0-76)	43,0 (44)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.4.16. Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumunun Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre arkadaşlık ilişkileri pandemiden olumlu etkilenmiş olan katılımcılarla olumlu etkilenmemiş olan katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,261$) (Tablo 52).

Tablo 52: Ebeveyne Göre Katılımcıların Arkadaşlık İlişkilerinin Pandemiden Etkilenme Durumunun TSB Skorlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin arkadaşlık ilişkilerine etkisi	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Olumlu etkilenmemiş olanlar (n=179)	36,03±23,257 (0-105)	35,0 (37)	Z=-1,123 p*=0,261
Olumlu etkilenmiş olanlar (n=17)	43,82±28,316 (5-93)	37,0 (53)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır.

4.4.17. Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumunun Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin travmatik etki göstermiş olduğu ve göstermemiş olduğu katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,320) (Tablo 53).

Tablo 53: Ebeveyne Göre Pandeminin Katılımcılar Üzerinde Travmatik Etki Gösterme Durumunun TSB Skorlarıyla İlişkisi

Ebeveyne göre pandeminin travmatik etkisi	TSB skoru		
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z ve p
Travmatik etki yok (n=55)	34,87±26,703 (0-105)	32,0 (46)	Z=-0,994 p*=0,320
Travmatik etki var (n=141)	37,43±22,566 (1-105)	36,0 (36)	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

4.4.18. Katılımcıların Çocuk TSSB Semptom Ölçeği Puanlarının Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi

Katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanıyla TSB skoru ($p=0,203$), benlik algısında değişim skoru ($p=0,289$), yaşam felsefesinde değişim skoru ($p=0,063$) ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru ($p=0,855$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 54).

Katılımcıların yeniden yaşantılama puanıyla TSB skoru ($p=0,026$), benlik algısında değişim skoru ($p=0,036$) ve yaşam felsefesinde değişim skoru ($p=0,026$) arasında aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır (Tablo 54). Yeniden yaşantılama puanıyla başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru ($p=0,145$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 54).

Katılımcıların kaçınma puanıyla TSB skoru ($p=0,416$), benlik algısında değişim skoru ($p=0,525$), yaşam felsefesinde değişim skoru ($p=0,117$) ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru ($p=0,637$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 54).

Katılımcıların aşırı uyarılmışlık puanıyla TSB skoru ($p=0,502$), benlik algısında değişim skoru ($p=0,666$), yaşam felsefesinde değişim skoru ($p=0,208$) ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru ($p=0,979$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 54).

Katılımcıların işlevsellikte bozulma şiddeti puanıyla TSB skoru ($p=0,289$), benlik algısında değişim skoru ($p=0,624$), yaşam felsefesinde değişim skoru ($p=0,660$) ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru ($p=0,101$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 54).

Tablo 54: Katılımcıların TSB Ölçeği Skorlarının TSSB Semptom Şiddeti Puanlarıyla İlişkisi

		TSB	Benlik algısında değişim	Yaşam felsefesinde değişim	Başkalarıyla ilişkilerde değişim
TSSB semptom şiddeti	r	0,091	0,076	0,133	0,013
	p*	0,203	0,289	0,063	0,855
Yeniden yaşantılama	r	0,159	0,150	0,159	0,104
	p	0,026	0,036	0,026	0,145
Kaçınma	r	0,058	0,046	0,112	-0,340
	p	0,416	0,525	0,117	0,637
Aşırı uyarılmışlık	r	0,048	0,031	0,090	-0,002
	p	0,502	0,666	0,208	0,979
İşlevsellikte bozulma	r	0,076	0,035	0,132	0,118
	p	0,289	0,624	0,660	0,101

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.4.19. Katılımcıların Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Skorlarının Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi

Katılımcıların psikolojik sağlamlık skoruyla TSB skoru arasında aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 55).

Tablo 55: Katılımcıların Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Skorlarının TSB Skorlarıyla İlişkisi

Korelasyonlar*		TSB skoru	Psikolojik sağlamlık skoru
TSB skoru	r	1	0,250
	p		0,000
Psikolojik sağlamlık skoru	r	0,250	1
	p	0,000	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.4.20. Katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Travma Sonrası Büyüme Skorlarıyla İlişkisi

Katılımcıların sosyal davranışlar puanıyla TSB skoru arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,001$) saptanmıştır (Tablo 56). Katılımcıların duygusal sorunlar puanıyla ($p=0,480$), davranış sorunları puanıyla ($p=0,412$), dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanıyla ($p=0,445$), akran sorunları puanıyla ($p=0,847$) ve toplam güçlük puanıyla ($p=0,849$) TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 56). Katılımcıların içe yönelim puanıyla ($p=0,617$) ve dışa yönelim puanıyla ($p=0,926$) TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 57).

Tablo 56: Katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının TSB Skorlarıyla İlişkisi

TSB skoru		Duygusal sorunlar	Davranış sorunları	DEAH	Akran sorunları	Sosyal davranışlar	Toplam güçlük puanı
	r	0,051	0,059	-0,055	0,014	0,245	0,014
	p*	0,480	0,412	0,445	0,847	0,001	0,849

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. DEAH: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

Tablo 57: Katılımcıların İçe Yönelim ve Dışa Yönelim Puanlarının TSB Skorlarıyla İlişkisi

TSB skoru		İçe yönelim	Dışa yönelim
	r	0,036	-0,007
	p*	0,617	0,926

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır.

5. TARTIŞMA

2019 yılında başlayan COVID-19 virüs salgını 11 Mart 2020’de DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilen, gerek hastalığın doğrudan etkileriyle gerekse de salgınla mücadele amacıyla alınan önlemlerle travmatik etkiler yaratan süregiden bir afet durumudur (Perçinel Yazıcı & Yazıcı, 2020). Travmanın hem kısa hem de uzun dönemde olumsuz ruhsal etkileri olabilmekte, travmaya bağlı olarak başta ASB ve TSSB olmak üzere birçok ruhsal bozukluk gelişebilmektedir (Erman, 2016). Temel belirtileri olayı istemsiz zamanlarda yeniden yaşıyormuş gibi hissetme, olaya ilişkin hatırlatıcılardan kaçınma, aşırı uyarılmışlık hali, değişken duygudurum ve olumsuz bilişler olan TSSB, yaygın olarak ortaya çıktığı, kronikleşme eğilimi olduğu ve intihar riski yarattığı için önemli bir toplum sağlığı tehdididir (Erman, 2016).

Travmatik olaylar ardından kişinin başa çıkma çabaları sonucunda yeni olanakların algılanması, kişilerarası ilişkiler, bireysel güçlülük, manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlama alanlarında olumlu psikolojik değişiklikler deneyimlemesi TSB olarak adlandırılır (Gül, 2018). Kişinin travmatik deneyimlere rağmen yeterli bir büyüme ve gelişme becerisi gösterebilmesi ve hayata tutunabilmesi ise psikolojik sağlamlığıyla mümkün olur (Erbilgin Gün & Alyanak, 2018). Ergenlik dönemindeki kişiler henüz ruhsal gelişimlerini tamamlamadıklarından ve travmayla baş etmek için yeterli iç kaynaklara sahip olmayabileceklerinden travmanın olumsuz etkilerine karşı incinebilir durumdadırlar (Gül, 2018).

COVID-19 pandemisinin yarattığı stres ve travmalar nedeniyle gelişebilecek olumsuz sonuçlar ve TSB durumları ergenlerin psikolojik sağlamlıklarına göre farklılık gösterebilir. İç yönelim veya dışa yönelim güçlüğü olan ergenler pandeminin travmatik etkilerine daha açık olabilir, psikolojik sağlamlığı iyi düzeyde olan ergenlerde travmaya bağlı olumsuz sonuçlar daha az görülebilir. Günümüzde ergenleri pandemiye bağlı travmalardan koruyacak önlemler alınması, pandemiye bağlı travmalara maruz kalan ergenleri travmanın olumsuz etkilerinden koruyacak ve olumlu etkilerine açık hale getirecek müdahaleler geliştirilmesi, riskli grupların belirlenmesi ve travma sonrasında ortaya çıkabilecek ruhsal bozuklukların olabildiğince erken tedavi edilmesi önem taşımaktadır.

Dünya üzerinde geçmişteki salgınların ve COVID-19 pandemisinin travmatik etkilerini gösteren çok sayıda araştırma ve derleme mevcuttur. Alanyazında COVID-

19 salgınının ülkemizdeki travmatik etkilerini inceleyen araştırmalar bulunmakla birlikte çocuk ve ergen yaş grubunu kapsayan araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Ülkemizde ergenlerde COVID-19 pandemisinin oluşturduğu travmatik etkileri ve TSB'yi araştıran; bunların psikolojik sağlamlıkla, içe yönelim ve dışa yönelim semptomlarıyla olan ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgiler ışığında çalışmamızın amaçları:

1. Ülkemizdeki ergenlerde COVID-19 pandemisinin oluşturduğu travmatik etkileri ve TSB'yi değerlendirmek,
2. Ülkemizdeki ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının COVID-19 pandemisinin oluşturduğu travmatik etkilerle ve TSB ile ilişkisini belirlemek,
3. Ülkemizdeki ergenlerin içe yönelim ve dışa yönelim güçlüklerinin COVID-19 pandemisinin oluşturduğu travmatik etkilerle ve TSB ile ilişkisini belirlemektir.

5.1. KATILIMCILARIN VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan ergenlerin %66,3'ü kız cinsiyettedir. Alanyazında diğer yöntemlerle yürütülen anketlerde olduğu gibi çevrimiçi olarak yürütülen anketlerde de kadınların daha fazla yanıtlama eğiliminde olduğu görülmektedir (Smith, 2008). Ayrıca kızlarda travma sonrası stres belirtilerinin daha sık görüldüğü bilinmektedir (Trickey vd., 2012). Anket başlığında pandeminin travmatik etkilerinin araştırıldığını gören ergenlerden ve ebeveynlerden ergende bu tür belirtileri fark edenler araştırmaya daha çok ilgi göstererek anketi daha çok yanıtlamış olabilir. Gönüllülüğe bağlı yanlılık sonucunda örneklemin büyük ölçüde kız ergenlerden oluşması mümkündür.

Katılımcıların %60,0'ı 14-15 yaşlarındadır ve %48,5'i 9. sınıf öğrencisidir. Verilerin toplandığı dönem içerisinde üniversite giriş sınavı yapılmıştır. Bu durum üniversite giriş sınavına daha yakın yaşlardaki ve sınıflardaki ergenlerin ve ebeveynlerinin anketi yanıtlamayı daha az tercih etmesinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda ailedeki çocuk sayısı ortalaması 2,48'dir. Devlet İstatistik Enstitüsü hanehalkı verileriyle yapılan bir çalışmada ülkemiz genelinde ve kentsel

kesimde en sık görülen çocuk sayısının 2 olduğu, kırsal kesimde ise en sık görülen çocuk sayısının 3 olduğu bildirilmiştir (Selim & Üçdoğruk, 2005).

Araştırmaya katılan ergenlerin annelerinin %64,8'i, babalarının %76,5'i lise düzeyi ve üstünde eğitim almıştır. Ülkemiz genelindeki ailelerde kadınların ve erkeklerin eğitim durumlarına bakıldığında ilkokul mezunlarının oranının en fazla olduğu bildirilmiştir (Selim & Üçdoğruk, 2005). Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde internet kullanma becerisinin daha az olduğu düşünülebilir. Bu nedenle araştırmamızdaki ebeveynlerin eğitim düzeyinin ülkemiz geneline kıyasla daha yüksek olması araştırmanın çevrimiçi anket yoluyla yürütülmesine bağlı olabilir. Kendilerine çevrimiçi anket bağlantısı iletilemediği için internet kullanma becerisi olmayan ebeveynlerin araştırmaya dahil olamaması ankete ilişkin yanlılık oluşturabilir.

Araştırmamızda ailelerin %92,4'ü il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) il ve ilçe merkezlerindeki nüfusları kentsel nüfus olarak değerlendirmektedir (Yılmaz, 2015). TÜİK verilerine göre 2021 yılında ülkemizdeki kentsel nüfus oranı %93,2'dir, bu da çalışmamızda bulunan orana benzerdir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022a).

Araştırmamızda ailelerin %84,2'si her iki ebeveynin de bulunduğu çekirdek aile ve %9,2'si geniş aile yapısındadır, ailelerin %6,6'sında ise boşanma ya da ebeveyn vefatı gerçekleşmiştir. TÜİK verilerine göre 2021 yılında ülkemiz genelindeki çocuklu aileler incelendiğinde %63,3'ü her iki ebeveynin de bulunduğu çekirdek aile ve %20,9'u geniş aile yapısındadır, %15,6'sında ise tek ebeveyn bulunmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022c). Ülkemizde eğitim düzeyi yükseldikçe çekirdek aile oranı yükselmekte ve geniş aile oranı düşmektedir (Yapıcı, 2010). Ülkemiz geneline kıyasla araştırmamızdaki çekirdek aile oranının daha yüksek ve geniş aile oranının daha düşük bulunması araştırmamızdaki ebeveynlerin eğitim düzeyinin daha yüksek olmasıyla bağlantılı olabilir.

Araştırmamızda ailelerin %54,6'sının aylık geliri 6000 TL'den düşüktür, %20,9'unun aylık geliri ise 2800 TL civarında olan asgari ücret kadar ya da daha düşüktür. Pandemi sırasında ülkemizde çevrimiçi anket yoluyla yürütülen bir çalışmada ailelerin %71,4'ünün aylık gelirin 6000 TL ve altında, %31,0'ının aylık gelirin 3000 TL ve altında olduğu saptanmıştır (Karataş, 2020). Pandemi sırasında

Ülkemizde evrimii anket yoluyla yürütülen başka bir çalışmada ailelerin %61,1'inin aylık gelirinin 6000 TL ve altında, %27,3'ünün aylık gelirinin 2800 TL ve altında olduğu saptanmıştır (Uakku vd., 2021). TK verilerine göre 2021 yılında ortalama hanehalkı geliri aylık 6394 TL kadardır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022b). Aratırmamızdaki ve diğer çalışmalardaki ailelerin çoğunun aylık gelirinin ülkemiz ortalamasından daha düşük olması lkemizdeki gelir dağılımı eşitsizliğine bağlı olabilir. Çevrimiçi anket yoluyla yürütülen çalışmalarda ekonomik nedenlerle internet erişimi olmayan aileler araştırmaya dahil olamayacağından örneklemin aylık gelirinin toplum geneline kıyasla daha yüksek olacağı yorumu yapılabilir.

Araştırmamızda katılımcıların %9,7'si ilk olarak pandemi öncesinde ruh sağlığı hizmetlerine bavurmu, katılımcıların %6,1'i ise ilk başvurusunu pandemi sırasında yapmıştır. Ülkemizde ergenlerle yapılan bir çalışmada pandemi öncesinde psikiyatri başvurusu olanların oranı %11,3 bulunmuştur, bu oran aratırmamızdakine benzerdir (Kılınçel vd., 2021). ABD'de yetişkinlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %7,28'inin pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine ilk kez başvurduğu ve %4,57'sinin pandemi sırasında psikiyatrik tedavi almaya baladığı bildirilmiştir, bu oran aratırmamızdakine benzerdir (Sherman vd., 2020). Pandemide ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmanın zorlamasına rağmen azımsanmayacak bir oranda yeni başvuru yapılmış olduğu görülmektedir. Alanyazında lkemiz dahil olmak üzere dünya genelinde pandeminin ocuk ve ergenlerde birçok ruhsal bozukluğa yol açabildiği bildirilmektedir, bu durum pandemi sırasında yapılan ilk başvuruları açıklayabilir (Nearchou vd., 2020).

Araştırmamızda katılımcıların %8,2'si geçmişte psikiyatrik ilaç tedavisi almıştır, %2,6'sı ise psikiyatrik ilaç tedavisi almaktadır. Pandemi öncesinde yapılan bir çalışmada psikiyatrik tedavi almakta olan ocuk ve ergenlerin oranı ABD'de %6,7, Hollanda'da %2,9, Almanya'da %2,0 olarak saptanmıştır (Zito vd., 2008). Hollanda ve Almanya'daki oranlar aratırmamızdakine benzerdir. ABD'de yetişkinlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %4,57'sinin pandemi sırasında ilk kez psikiyatrik tedavi almaya baladığı bildirilmiştir, bu oran aratırmamızdakine göre yüksektir (Sherman vd., 2020). Aratırmamızdaki bulgulara bakılarak pandemiyle birlikte ruh sağlığı hizmetlerine yeni başvurular artmış olsa da psikiyatrik tedavi almakta olan ergenlerin sayısının aynı oranda artmadığı yorumu yapılabilir. Bu duruma pandemi öncesinde

psikiyatrik tedavi almakta olan ergenlerin bir kısmının pandemide ruh sağlığı hizmetlerine ulaşamayarak tedaviyi bırakması neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda katılımcıların %11,2'sinin birlikte yaşadığı ailede psikiyatrik hastalığı olan bireyler bulunmaktadır. Ülkemizde pandemi öncesinde toplum örneklemiyle yapılan bir çalışmada yetişkinlerin %16,8'inde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu ve %5,8'inin bu nedenle tedavi almakta olduğu bildirilmiştir (Karanci vd., 2012). Pandemi sırasında Hong Kong'da yapılan bir çalışmada babaların %1,7'sinde, annelerin %4,0'ında psikiyatrik hastalık bulunduğu bildirilmiştir (Tso vd., 2020).

Çalışmamızda katılımcıların pandemiye ilişkin stresör skorunun ortalaması $4,06 \pm 5,606$ puan bulunmuştur. SARS salgınıyla ilgili yetişkinlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların salgına ilişkin toplam stresör skorunun ortalaması $3,21 \pm 2,16$ puan bulunmuştur (Main vd., 2011). COVID-19 pandemisiyle ilgili bir çalışmada ergenlerin COVID-19 maruziyet skoru ortalaması $2,52 \pm 1,35$ puan bulunmuştur (Zhen vd., 2022). COVID-19 pandemisiyle ilgili başka bir çalışmada ebeveynlerin COVID-19 maruziyet risk skoru ortalaması $0,33 \pm 0,54$ puan bulunmuştur (Spinelli vd., 2020). Farklı çalışmalarda zamanlamadaki, sorgulanan stresörlerdeki ve stresör skorlarını hesaplama yöntemlerindeki farklılıklar nedeniyle farklı sonuçlar bulunması beklenir bir durumdur. Bu nedenle birebir karşılaştırma yapmak ve çalışmaların bulguları arasındaki farkı stresör etkinin büyüklüğüne bağlamak çok olası görünmemektedir. Bununla birlikte, benzer metodolojik uygulama kullanılmış olması ve örnek teşkil etmesi bakımından bu çalışmaların önemli olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki yarıya yakın katılımcının (%43,4) aile içi ilişkileri ebeveynlerine göre pandemiden olumsuz etkilenmiştir. COVID-19 pandemisinin ve diğer salgınların aile içinde stresi, ruhsal sorunları, anlaşmazlıkları ve şiddet riskini arttırabildiği bildirilmiştir (Branquinho vd., 2020; C. Fong & Iarocci, 2020; Fegert vd., 2020). Çalışmamızdaki sonuç alanyazındaki bu bilgilerle uyumludur.

Çalışmamızdaki katılımcıların %86,7'sinin eğitim süreci ebeveynlerine göre pandemiden olumsuz etkilenmiştir. Pandemiye okulların kapandığı dönemlerde uzaktan eğitim alan öğrencilerin ders sırasında yeterince gözetim altında olmaması, yeterli değerlendirme yapılamaması, tecrübe eksikliği, internet erişiminde kesintiler ve bazı bölgelerde altyapının yetersiz olması gibi birçok faktör eğitimin verimini

düşürmüştür (Duan vd., 2020). COVID-19 pandemisinde okulların küresel boyutta uzun süreli olarak kapatılması benzeri daha önce yaşanmamış bir durumdur (Viner vd., 2020). Eğitim sürecindeki kısa süreli bir aksama bile çocuk ve ergenlerin gelişimini, iyilik halini ve gelecekteki kazancını olumsuz etkileyebilir (The Lancet Child & Adolescent Health, 2020). Çin’de 2020 yılının Nisan ayında yapılan bir çalışmada çocuk ve ergenlerin %54,69’u eğitim sürecinin COVID-19 pandemisinden olumsuz etkilendiğini bildirmiştir, bu oranın çalışmamızdaki ebeveyn gözleminden daha düşük olması çalışmanın pandeminin ilk aylarında yürütülmesine bağlı olabilir (Duan vd., 2020).

Çalışmamızdaki katılımcıların %66,8’inin arkadaşlık ilişkileri ebeveynlerine göre pandemiden olumsuz etkilenmiştir. Çocuk ve ergenler pandemi önlemleri nedeniyle uzun süre arkadaşlarıyla yüz yüze görüşememiş, iletişimi telefon ve internet aracılığıyla sağlamak zorunda kalmıştır. Telefon ve internet aracılığıyla kurulan iletişimin yüz yüze iletişimle aynı ölçüde yakınlık hissettirmemesi bazı çocuk ve ergenlerde yalnızlık hissine yol açmıştır. Telefon ve internet gibi yollarla arkadaşlarına ulaşma imkanı bulamayan çocuk ve ergenler ise daha yoğun bir sosyal izolasyon yaşamıştır (Thomas, 2020). İtalya ve İspanya’da COVID-19 pandemisine bağlı toplu karantina uygulamasının 15-30. günlerinde yürütülen bir çalışmada ebeveynlerin %31,3’ü çocuklarının daha yalnız hissettiğini belirtmiştir, bu oranın çalışmamızdaki ebeveyn gözleminden daha düşük olması çalışmanın pandeminin ilk aylarında yürütülmesine ve örnekleminin 3-18 yaş aralığını kapsamasına bağlı olabilir (Orgilés vd., 2020).

Çalışmamızdaki katılımcıların %71,9’u ebeveynlerine göre pandeminin travmatik etkilerini yaşamıştır. Bu oran oldukça yüksek bulunmuştur ve ebeveyn gözünden çocuklarının pandemiye bağlı travmatik etkiler yaşadığını ortaya koyması bakımından önemlidir. COVID-19 pandemisiyle ilgili Çin’de yapılan bir çalışmada yetişkinlerin %75,5’inin ölçek puanlarının TSSB tanısı için yeterli olduğu bulunmuştur, bu oran çalışmamızdaki ebeveyn gözlemine benzerdir (C. Wang vd., 2020). 2020 yılının Nisan ayında Çin’de yapılan bir çalışmada ergenlerin %21,7’sinin ölçek puanlarının TSSB tanısı için yeterli olduğu bildirilmiştir, bu oran çalışmamızdaki ebeveyn gözleminden belirgin olarak daha düşüktür. Bu durum, bahsi geçen çalışmanın pandeminin ilk aylarında yürütülmesi ve çalışmada TSSB tanısı için

yeterli olmasa da ebeveynlerin farkına varabileceği belirtilerin dahil edilmemesi ile ilişkili olabilir (Zhang vd., 2020).

5.2. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER

Araştırmamızda Çocuk TSSB Semptom Ölçeği kullanılmış ve katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanlarının ortalaması $18,04 \pm 12,165$, yeniden yaşantılama puanlarının ortalaması $4,58 \pm 3,953$, kaçınma puanlarının ortalaması $7,60 \pm 5,322$, aşırı uyarılmışlık puanlarının ortalaması $5,86 \pm 4,149$, işlevsellikteki bozulma şiddeti puanlarının ortalaması $4,03 \pm 2,275$ olarak saptanmıştır. Alanyazında işlevsellikteki bozulma şiddeti puanı genellikle irdelenmemiştir. Ülkemizde 2011 yılındaki Van depremini yaşayan çocuk ve ergenlerle aynı ölçek kullanılarak yapılan, aynı zamanda ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin de yürütüldüğü çalışmada TSSB semptom şiddeti puanlarının ortalaması $18,54 \pm 11,14$, yeniden yaşantılama puanlarının ortalaması $6,02 \pm 3,91$, kaçınma puanlarının ortalaması $6,72 \pm 4,92$, aşırı uyarılmışlık puanlarının ortalaması $5,80 \pm 3,88$ olarak bulunmuştur; yeniden yaşantılama puanı dışındaki veriler araştırmamızdakine benzerdir. Araştırmamızdakinden daha düşük yeniden yaşantılama puanları bildirilmesi bu çalışmanın travmatik olaydan 18 ay sonra yürütülmüş olmasına bağlı olabilir (Kadak vd., 2014). ABD’de 1994 yılındaki Northridge depremini yaşayan çocuk ve ergenlerle aynı ölçek kullanılarak yapılan, aynı zamanda ölçeğin yetişkinlerde kullanılan versiyonundan çocuk ve ergenlere uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yürütüldüğü çalışmada örneklemin tamamındaki TSSB semptom şiddeti puanlarının ortalaması $7,6 \pm 8,1$, yeniden yaşantılama puanlarının ortalaması $1,9 \pm 2,7$, kaçınma puanlarının ortalaması $2,7 \pm 3,4$, aşırı uyarılmışlık puanlarının ortalaması $2,7 \pm 2,7$ olarak bulunmuştur. Orta-ağır TSSB grubundaki katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanlarının ortalaması $19,1 \pm 7,1$, yeniden yaşantılama puanlarının ortalaması $5,3 \pm 3,7$, kaçınma puanlarının ortalaması $6,8 \pm 3,5$, aşırı uyarılmışlık puanlarının ortalaması $6,3 \pm 2,9$ olarak paylaşılmıştır. Araştırmamızdaki verilerin örneklemin tamamından çok orta-ağır TSSB grubuna benzer olduğu görülmektedir (Foa vd., 2001). Depremler ağır kayıplara neden olabilen ve önemli ruhsal etkiler bırakabilen travmatik olaylardır.

Çalışmamızdaki ergenlerin TSSB semptom şiddeti puanlarının deprem travmasına maruz kalan çocuk ve ergenlerin depremden 18 ay ve 25 ay sonra değerlendirilen TSSB semptom şiddeti puanlarıyla benzerlik taşıması COVID-19 pandemisinin azımsanmayacak boyutta travmatik etki yarattığını vurgulaması bakımından önemli bulunmuştur. Salgın hastalıkların DSM-5'e göre travma tanımına uymadığından, ancak alanyazında salgın hastalıklara bağlı olarak TSSB klinik tablosu gelişebildiğini bildiren çok sayıda çalışma bulunduğundan "2.5.1. Geçmişteki Salgınların Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına Etkileri" bölümünde bahsedilmiştir. Çalışmamızda COVID-19 pandemisinin depremle benzer ölçüde travmatik etki gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırmamızda Travma Sonrası Büyüme Ölçeği kullanılmış ve katılımcıların TSB skorlarının ortalaması $36,71 \pm 23,757$, benlik algısında değişim skorlarının ortalaması $19,09 \pm 12,617$, yaşam felsefesinde değişim skorlarının ortalaması $10,84 \pm 6,898$, başkalarıyla ilişkilerde değişim skorlarının ortalaması $6,78 \pm 6,200$ olarak saptanmıştır. COVID-19 pandemisiyle ilgili ülkemizdeki yetişkinlerle aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada TSB skorlarının ortalaması $30,85 \pm 20,86$ olarak bulunmuştur, araştırmamızdakinden daha düşük bir skor bildirilmesi ileri yaşlarda TSB'nin daha az görülmesine bağlı olabilir (Ikizer vd., 2021). COVID-19 pandemisiyle ilgili ülkemizdeki hemşirelik fakültesi öğrencileriyle aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada TSB skorlarının ortalaması $45,63 \pm 24,13$, benlik algısında değişim skorlarının ortalaması $23,96 \pm 13,03$, yaşam felsefesinde değişim skorlarının ortalaması $14,13 \pm 7,43$, başkalarıyla ilişkilerde değişim skorlarının ortalaması $7,53 \pm 5,68$ olarak bulunmuştur; araştırmamızdakinden daha yüksek skorlar bildirilmesi bu çalışmadaki örnekleme kadın cinsiyet oranının daha fazla olmasına bağlı olabilir (Cerit & Kaplan, 2022). TSB'ye ilişkin çalışmalarda kadın cinsiyetin TSB açısından daha avantajlı olduğu bildirilmektedir, Vishnevsky ve ark.nın meta analiz çalışmasında da TSB'nin kadınlarda daha fazla görüldüğü sonucu paylaşılmıştır (Tedeschi & Calhoun, 1996; Vishnevsky vd., 2010; Xu & Liao, 2011).

Araştırmamızda Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılmış ve katılımcıların psikolojik sağlamlık skorlarının ortalaması $43,21 \pm 10,405$ olarak saptanmıştır. Ülkemizde Isparta ilindeki 6 liseden çalışmamızdakine benzer sosyokültürel yapıda toplam 937 lise öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen ve aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada psikolojik sağlamlık skorlarının ortalaması

45,33±10,03 olarak bulunmuştur, bu veri araştırmamızdakine benzerdir (Arslan, 2016).

Araştırmamızda Güçler ve Güçlükler Anketi kullanılmış ve katılımcıların toplam güçlük puanlarının ortalaması 15,17±6,221, duygusal sorunlar puanlarının ortalaması 4,30±2,743, davranış sorunları puanlarının ortalaması 2,92±1,868, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanlarının ortalaması 4,67±2,164, akran sorunları puanlarının ortalaması 3,28±1,942, sosyal davranışlar puanlarının ortalaması 7,10±2,271 olarak saptanmıştır. Ölçeğin ülkemizde ergen yaş grubunda gerçekleştirilen geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, toplum örneklemindeki toplam güçlük puanlarının ortalaması 10,93±4,98, duygusal sorunlar puanlarının ortalaması 2,19±2,01, davranış sorunları puanlarının ortalaması 2,03±1,49, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanlarının ortalaması 3,86±1,85, akran sorunları puanlarının ortalaması 2,85±1,61 olarak bulunmuş; klinik örneklemden toplam güçlük puanlarının ortalaması 15,31±6,01, duygusal sorunlar puanlarının ortalaması 4,10±2,60, davranış sorunları puanlarının ortalaması 2,91±1,97, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanlarının ortalaması 5,20±2,42 ve akran sorunları puanlarının ortalaması da 3,12±1,78 olarak bulunmuştur (Güvenir vd., 2008). Araştırmamızdaki verilerin toplum örnekleminde çok klinik örnekleme benzer olması pandeminin ruhsal bozukluk belirtilerini arttırmasına bağlı olabilir. Alanyazında sosyal davranışlar puanı genellikle irdelenmemiştir. COVID-19 pandemisi sırasında Hindistan’da yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin toplam güçlük puanlarının ortalaması 13,031±5,072, duygusal sorunlar puanlarının ortalaması 3,925±2,454, davranış sorunları puanlarının ortalaması 2,936±1,475, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanlarının ortalaması 3,926±2,100, akran sorunları puanlarının ortalaması 2,835±1,718, sosyal davranışlar puanlarının ortalaması 7,85±1,701 olarak bulunmuştur. Sosyal davranışlar puanları ve davranış sorunları puanları araştırmamızdakine benzerdir, toplam güçlük puanları ve diğer alt başlık puanları ise araştırmamızdakinden daha düşüktür. Bu farklılık çalışmanın örnekleminin çalışmamızdaki ergenlerden yaşça büyük üniversite öğrencilerinden oluşmasına bağlı olabilir (Sabharwal vd., 2020).

5.3. TSSB SEMPTOM ŞİDDETİ PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda kızların TSSB semptom şiddeti puanının erkeklerden anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Aynı durum çocuk ve ergenlerle yapılan meta analiz çalışmalarında da bulgulanmıştır (Furr vd., 2010; Trickey vd., 2012). Bu durum kız çocuklarının travmatik olaylara karşı daha hassas olması ile açıklanmaktadır. Trickey ve ark. 2012 yılında yaptıkları meta analiz çalışmasında, kadın cinsiyetteki bireylerin daha fazla akut reaksiyon gösterdiklerinin ve daha fazla ruminatif olma eğiliminde olduklarının alanyazında raporlandığını; her iki durumun da daha sonraki TSB gelişme riskini arttırdığını vurgulamışlardır (Trickey vd., 2012). Bu çalışma bulgumuz, COVID-19 pandemisinin demografik özellikler bakımından travmatik olayların genel etkilerine benzer bir şekilde etki gösterme eğilimine işaret ediyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcının yaşıyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aynı durum çocuk ve ergenlerle yapılan bir meta analiz çalışmasında da bulgulanmıştır (Furr vd., 2010). Çocuk ve ergenlerle yapılan başka bir meta analiz çalışmasında ise daha küçük yaşın daha fazla TSSB semptom şiddetiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yazarlar yaşın çocuk veya ergenin TSSB geliştirme riskini nasıl etkilediğine dair alanyazında farklı görüşler ortaya atıldığını vurgulamışlardır (Trickey vd., 2012). Örneğin, daha küçük çocukların ön bilgisi kısıtlıdır ve dil gelişimi daha ilkel düzeydedir; bu da onların olayı hangi ölçüde anlayabileceğini, ne şekilde değerlendirebileceğini ve hafızaya ne kadar ayrıntıyla kodlayabileceğini belirler. Benzer şekilde daha küçük çocukların duygularını düzenleme konusunda becerileri daha azdır ve bu da olayı işleme biçimlerini etkileyerek onları travmaya daha açık hale getirebilir (Salmon & Bryant, 2002). Çalışmamızda yaş ile TSSB semptom şiddeti puanı arasında anlamlı ilişki saptanmaması örneklemimizin sadece ergenlerden oluşmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyiyle TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hollanda'ya göç eden ergenlerle yapılan bir çalışmada ve COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de ergenlerle yapılan bir çalışmadaki korelasyon analizinde de çalışmamızdakine benzer sonuç elde

edilmiştir (Bean vd., 2007; Jian vd., 2022). Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin düşük olmasının daha fazla TSSB semptom şiddetiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Castelli vd., 2020; Hamam vd., 2021; Ikizer vd., 2021; N. Liu vd., 2020). Bu bulgunun çalışmamızdakiyle farklılığını ergenlerde eğitim düzeyinin yetişkinlere kıyasla daha homojen olması açıklayabilir. Çalışmamızdaki katılımcıların çok büyük bir kısmı lise düzeyinde eğitime devam etmektedir, yalnızca %3,1'i (n=6) okula devam etmemektedir. Örneklemimizde erişkin yaş grubuna göre homojen bir eğitim düzeyi mevcuttur.

Çalışmamızda ailedeki çocuk sayısı ile katılımcının TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Filistin'de çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada çalışmamızdakine benzer bir sonuç elde edilmiş, çocuk sayısı ile TSSB ilişkilendirilmemiştir (Thabet & ElRabbai, 2018). COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de ergen yaş grubu ile ve üniversite öğrencileriyle yapılan iki ayrı çalışmada da tek çocuk olma durumuyla TSSB semptom şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Jian vd., 2022; Tang vd., 2020). Çocuk sayısının, eğitim düzeyinin ve gelir düzeyinin birbiriyle ilişkili parametreler olmasına paralel bir şekilde, aşağıda tartışıldığı üzere çalışmamızda bu parametrelerin hiçbirinin TSSB ile ilişkisi bulunmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların ebeveynlerinin eğitim düzeyiyle TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Trafik kazası geçiren çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada babaların mesleğine ve annelerin eğitim düzeyine bakılarak her ailenin sosyoekonomik düzeyi hesaplanmış, ailenin sosyoekonomik düzeyiyle katılımcının TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Landolt vd., 2005). Yoğun bakım servisinde yatış öyküsü olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada da çalışmamızdakine benzer sonuç elde edilmiştir (Nelson vd., 2019). TSSB belirtileri, ebeveyn eğitim düzeyi ile birebir ilişki içinde görünmemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşam yerinin kırsal ya da kentsel olmasıyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. ABD'de toplumu yansıtan bir örneklemde yetişkinlerde COVID-19 pandemisine ilişkin TSSB semptom şiddetinin incelendiği bir çalışmada da yaşam yeri ile TSSB semptom şiddeti arasında bir ilişki bulunmamıştır (Czeisler vd., 2020). Farklı olarak,

ülkümüzde COVID-19 pandemisi sırasında ergenlerle yapılan bir çalışmada kentsel bölgede yaşamının daha fazla TSSB semptom şiddetiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Selçuk vd., 2021). Selçuk ve ark.nın yürüttüğü çalışmada 447 katılımcıdan 122'si (%27,3), çalışmamızda ise 196 katılımcıdan sadece 15'i (%7,6) kırsal bölgede (köy) yaşamaktadır. Çalışmamızda kırsal bölge yeterince temsil edilmediği için anlamlılık düzeyinde bir fark bulunmamış olabilir. Köy, ilçe, il merkezinde yaşayanların TSSB semptom şiddeti puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte düşükten yükseğe sıralanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların aile yapısıyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte çalışmada yer alan katılımcıların büyük bölümü çekirdek aile yapısına sahiptir (n=165, %84,2), az bir kısmı geniş aile yapısındadır (n=18, %9,2). Parçalanmış aile durumunda olan ve ebeveyn kaybı yaşayan katılımcıların sayısı ise çok daha azdır (n=8, %4,1; n=5, %2,6). Gruplara göre TSSB semptom şiddeti puanlarının ortalamaları incelendiğinde, geniş aile ve çekirdek aile yapısına sahip katılımcıların puanlarının birbirine çok yakın olduğu, buna karşılık istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da parçalanmış aile yapısına sahip katılımcıların puanlarının daha yüksek, ebeveyn kaybı yaşayan katılımcıların puanlarının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuç değerlendirilirken, daha geniş örneklemli çalışmalarda istatistiksel olarak daha sağlıklı sonuçlar elde edilebileceği akılda tutulmalıdır. Alanyazında TSSB semptom şiddetinin değerlendirildiği çalışmalarda çekirdek aile ve geniş aile yapıları genellikle karşılaştırılmamıştır. Yoğun bakım servisinde yatış öyküsü olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada ve COVID-19 pandemisi sırasında üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada tek ebeveynin bulunduğu ve her iki ebeveynin bulunduğu aile yapıları karşılaştırılmış, gruplar arasında TSSB semptom şiddeti bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Chi vd., 2020; Nelson vd., 2019).

Çalışmamızda ailenin aylık gelir düzeyiyle katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da çalışmamıza benzer olarak aile gelir düzeyi ile TSSB semptom şiddeti puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Chi vd., 2020). Çocuk ve ergenlerle yapılan bir meta analiz

çalışmasında ise düşük sosyoekonomik düzeyin artmış TSSB semptom şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Trickey vd., 2012). Trickey ve ark.nın yaptığı meta analiz çalışmasından farklı olarak çalışmamızda sosyoekonomik durum yerine ailenin aylık geliri ve ebeveynlerin eğitim düzeyi ayrı ayrı ele alınmıştır, örneklemimiz daha küçüktür ve internet erişimi olmayan aileler çalışmamıza dahil olamadığından belirli bir seviyenin üstünde aylık geliri olan ailelerin çalışmamızda yer alma yanlılığı olabileceği yorumu yapılabilir. Dolayısıyla bu sonuç ele alınırken bu noktalar göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda ilk kez pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvuran katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanlarının diğer katılımcılardan anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,003$). Peru'da COVID-19 pandemisinin ergenler üzerindeki etkisinin TSSB belirtileri açısından değerlendirildiği bir çalışmada da çalışmamıza benzer olarak pandemi sırasında ruh sağlığı desteğine başvuran gençlerde TSSB semptom şiddeti puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Fernandez-Canani vd., 2022). ABD ve Kanada'da toplum örneklemiyle yapılan bir çalışmada da COVID-19 pandemisi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvuran yetişkinlerin COVID Stres Ölçeği (COVID Stres Ölçeği COVID-19 pandemisine bağlı olarak gelişen anksiyete bozukluğu, OKB ve TSSB belirtilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (S. Taylor vd., 2020b)) puanlarının diğer yetişkinlerden anlamlı ölçüde yüksek olduğu raporlanmıştır (S. Taylor vd., 2020a). Çalışma bulgumuz alanyazınla uyumlu ve beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Pandemiden ruhsal olarak daha çok etkilenen kişilerin daha çok destek ve tedavi araması ve bu amaçla başvuruda bulunması olasıdır. Ayrıca, geçmişte eşik altı ruhsal sıkıntıları olan ancak herhangi bir tedavi arayışında bulunmayan kişilerde, pandeminin altta yatan kırılganlığın üzerine eklenen güçlükleri pekiştirici etkisi ile ruhsal sorunlar daha çok görünür hale gelmiş olabilir.

Çalışmamızda hiç psikiyatrik ilaç tedavisi almamış olan katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanlarının diğer katılımcılardan anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,025$). ABD'de COVID-19 pandemisi sırasında yapılan bir çalışmada pandemiden önce tanısı konmuş anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk ya da TSSB nedeniyle tedavi almakta olan yetişkinlerin TSSB semptom şiddeti puanlarının tedavi almayanlardan anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (Czeisler vd., 2020).

Benzer olarak, ABD’de, İtalya’da ve Çin’de COVID-19 pandemisi sırasında yapılan çalışmalarda pandemiden önce tanısı konmuş ruhsal bozukluğu olan yetişkinlerin TSSB semptom şiddeti puanlarının diğerlerinden anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (Hao vd., 2020; Rossi vd., 2020; Sherman vd., 2020). Fegert ve ark. yaptıkları gözden geçirme çalışmasında pandemi öncesinde var olan psikiyatrik hastalıkların çocuk ve ergenleri pandeminin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerine daha açık hale getirebileceğini vurgulamıştır (Fegert vd., 2020). TSSB ile ilgili çocuk ve ergenlerle yapılan bir meta analiz çalışmasında da travma öncesinde ruhsal bozukluk varlığının TSSB gelişmesi için risk oluşturduğu gösterilmiştir (Trickey vd., 2012).

Çalışmamızda ailedeki ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısıyla katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p=0,017$). Ailede ruhsal bozukluk tanısı olan kişi ya da kişilerin bulunması olumsuz çocukluk çağı yaşantıları arasındadır (World Health Organization, 2018). COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de ergenlerle ve üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının sayısı TSSB semptom şiddeti puanı arasında aynı yönde ilişki olduğu gösterilmiştir (Chi vd., 2020; J. Guo vd., 2020). Ebeveyninde ruhsal bozukluk bulunan çocuk ve ergenlerde ruhsal bozuklukların daha sık geliştiği bilinmektedir. Ebeveyninde ruhsal bozukluk bulunan çocuk ve ergenlerin COVID-19 pandemisi sırasında ebeveynlerinin stres seviyesinin artması ve ebeveynleriyle birlikte eve kapanmaları gibi nedenlerle ruhsal bozuklukların gelişmesi bakımından her zamankinden daha fazla risk altında olduğu belirtilmiştir (de Figueiredo vd., 2021; Whittle vd., 2020). Hong Kong’da COVID-19 pandemisi sırasında yapılan bir çalışmada ebeveyninde ruhsal bozukluk tanısı olan çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi’ndeki toplam güçlük puanının diğer çocuklardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tso vd., 2020). Alanyazın bulguları ile birlikte çalışma verimiz, ailede ruhsal hastalık yükü arttıkça, gençlerin pandeminin travmatik etkilerine daha açık hale geldiğini göstermiştir.

Çalışmamızda katılımcıların pandemiye ilişkin stresör skoruyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p=0,002$). Guo ve ark., ergenlerin COVID-19 maruziyet skoruyla ve COVID-19 maruziyet endişesi skoruyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında aynı yönde ilişki bulmuş (J. Guo vd., 2020),

Zhen ve ark. da yine ergenlerin COVID-19 maruziyet skoruyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında aynı yönde ilişki bulmuştur (Zhen vd., 2022). Main ve ark., SARS salgını sırasında yetişkinlerin toplam stresör skorunu hesaplamış ve bu skor ile ruhsal bozukluk belirtileri arasında aynı yönde ilişki bulmuştur (Main vd., 2011). Gerek bizim çalışmamız gerek alanyazında benzer şekilde stres skoru veya maruziyet risk skoru hesaplaması yapan çalışmalar artan maruziyetin ve stresör durumların ruh sağlığını olumsuz etkilediğini veya travmatik etkiler yarattığını ortaya koymuşlardır. Farklı olarak, Spinelli ve ark., pandemi başlarında İtalya’da yürüttükleri çalışmalarında ebeveynlerin COVID-19 maruziyet risk skoruyla ebeveynlerin stres belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmamıştır, bu durum sorgulanan stresörlerdeki ve stresör skorlarını hesaplama yöntemlerindeki bazı farklılıklara bağlı olabileceği gibi, pandeminin etkileme süresi gibi bazı zamansal farklılıklar ve ileri tarihli çalışmalarda olası kümülatif etkilerin yaratacağı artan yük etkisinden kaynaklanıyor olabilir (Spinelli vd., 2020).

Çalışmamızda ebeveynine göre aile ilişkileri pandemiden olumsuz etkilenmiş olan katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanları, aile ilişkileri olumsuz etkilenmemiş olanlardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,030$). Bu bulgu, aile içi ilişkilerin kalitesinin TSSB gelişmesine karşı koruyucu etkisi olması yönünü düşündürmesi bakımından önemlidir. COVID-19 pandemisi sırasında Peru’da ergenlerle yürütülen bir çalışmada ve çok sayıda ülkede çocuk ve ergenlerle yürütülen bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Fernandez-Canani vd., 2022; Whittle vd., 2020). Çin’de yürütülen bir çalışmada COVID-19 pandemisi sırasında ebeveynleriyle tartışma yaşayan 16-26 yaş arası gençlerde depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (J. Zhou vd., 2021). Farklı kültürlerden çok sayıda çalışma göstermektedir ki, çocuk ve ergenlerin ebeveynleriyle kurduğu ilişki, travma gelişimi açısından riskli zamanlarda daha da önemli olmaktadır. Özellikle pandemi gibi eve kapanmanın yaşandığı, dış dünya bağlantılı sosyal ilişkilerin kısıtlandığı dönemlerde bu beklenen bir durumdur. Olumsuz aile ilişkileri, pandemiye bağlı yaşanan stresör durumların travma oluşturuca etkisini artırıyor olabilir. Bu durum, modelleme çalışmalarıyla ortaya konabilir.

Çalışmamızda ebeveynine göre eğitim süreci pandemiden olumsuz etkilenmiş olan katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanları olumsuz etkilenmemiş olanlardan

anlamli olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,007$). Yukarıda tartışıldığı üzere, olumlu aile ilişkilerinin travma gelişimine karşı koruyucu etkisi, kaliteli eğitim imkanları varlığı için de geçerli görünmektedir. Okulu erken yaşta bırakma, düşük akademik başarı gibi faktörlerin ruh sağlığı açısından risk oluşturduğu bilinen bir durumdur (Esch vd., 2014; M. Te Wang & Peck, 2013). Çalışma bulgumuz göstermiştir ki, pandemi sürecinde eğitim hayatı olumsuz etkilenen gençler daha yüksek TSSB belirtileri yaşamaktadır. COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de kız ergenlerle yürütülen bir çalışmada uzaktan eğitime katılmayanlardaki depresif bozukluk sıklığının katılanlardan daha fazla olduğu gösterilmiştir (J. Zhou vd., 2020). Yine COVID-19 pandemisi sırasında Hong Kong’da yürütülen bir başka çalışmada da, uzaktan eğitim için elektronik alet kullanma süresiyle Güçler ve Güçlükler Anketi’neki toplam güçlük puanı arasında aynı yönde ilişki bulunmuştur (Tso vd., 2020). Bu iki çalışma sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, hem uzaktan eğitime katılamayan çocuklarda, hem de katılıp uzun süreli elektronik alet maruziyeti yaşayan çocuklarda ruhsal sorunların arttığı düşünülebilir. Bizim çalışmamız da ebeveyn gözünden eğitimin genel olarak olumsuz etkilenmesinin gencin yaşayacağı TSSB ile ilişkisini ortaya koymuştur. Aile ilişkilerinde olduğu gibi, olumsuz eğitim süreçleri, pandemiye bağlı yaşanan stresör durumların travma oluşturucu etkisini artırıyor olabilir. Ayrıca, ruhsal sorun yaşayan gençlerin yeni süreçlere uyumu daha güç olabilir, bu da gencin uzaktan eğitimden aldığı verimi düşürüyor olabilir. Çok faktörlü süreçlerde etkilenmenin yn ve büyüklüğü aracılık analizleri ve modelleme çalışmaları ile değerlendirilebilir.

Çalışmamızda ebeveynine göre katılımcıların arkadaşlık ilişkilerinin pandemiden olumsuz etkilenmiş olma durumuyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamli ilişki saptanmamıştır. Alanyazında TSSB semptom şiddeti bildirilen çalışmalarda sosyal ilişkiler genellikle irdelenmemiştir. Daha nceki salgınlarla ilgili bir çalışmada karantina tecrübesi yaşayan ocukların TSSB semptom şiddeti puanının böyle bir tecrübe yaşamayanlardan anlamli ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (Sprang & Silman, 2013). Daha nceki salgınlarda genellikle toplu karantina uygulamaları yapılmadığından, bahsi geçen bu çalışmanın temas öyküsü nedeniyle karantinaya alınan çocuklarla yürütülmüş olduğu da düşünülürse, alışmamızdakinden daha yoğun bir travmatik etki görülmesi beklenen

bir durum olabilir. COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de yürütülen bir çalışmada 16-26 yaş arası gençlerin arkadaşlarıyla iletişime geçme sıklığıyla depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu belirtileri arasında ters yönlü ilişki olduğu bulunmuştur (J. Zhou vd., 2021). COVID-19 pandemisi sırasında ülkemizde yürütülen bir çalışmada ergenlerde yalnızlık hissiyle anksiyete bozukluğu belirtileri arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Kılınçel vd., 2021). Çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmaması ölçülen verinin bu çalışmalardakinden farklı olmasına (travma sonrası stres belirtilerinin oluşması, anksiyete bozukluğu belirtilerinin ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasına göre daha farklı boyutta etkilenme ile ilişkili olabilir) bağlı olabilir. Ayrıca çalışmamızda ergenlerin arkadaşlık ilişkileri ebeveynleri tarafından yeterince doğru değerlendirilememiş olabilir. Ergenler için akran ilişkilerinin gelişimsel açıdan büyük önem taşıdığı, bu dönemde aileden bağımsız sosyal bağlantıların kurulması ve akran grupları arasında sosyal rollerin gelişmesi gerektiği akılda tutulmalıdır (Kanbur & Akgül, 2020).

Çalışmamızda ebeveynine göre pandeminin travmatik etki göstermiş olduğu katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanları, ebeveynine göre pandeminin travmatik etki göstermemiş olduğu katılımcılardan anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır ($p=0,000$). Çocuk ve ergenlerdeki TSSB belirtileri için ebeveynlerden ve öğretmenlerden alınan bilgilerin öz bildirim ölçeklerinden alınan bilgiler kadar doğru olmayabileceği belirtilmiştir (Kadak vd., 2014). Buna karşılık, çocuk ve ergenlerdeki TSSB belirtileri için geçerli ve güvenilir bulunmuş olan birçok ebeveyn bildirim ölçeği mevcuttur (Bui vd., 2014). Daha önceki salgınlarla ilgili yürütülen bir çalışmada çocukların TSSB semptom şiddeti ebeveyn bildirim ölçeğine göre belirlenmiştir. Karantina tecrübesi yaşayanların %30’unun ve böyle bir tecrübe yaşamayanların %1’inin ölçek puanlarının TSSB tanısı için yeterli olduğu, iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (Sprang & Silman, 2013). Çalışmamızda, ebeveyn değerlendirmesi ile ergenlerin öz değerlendirmeleri arasındaki paralellik, pandemi sürecinden travmatik olarak etkilenen çocukların hem kedileri tarafından hem de ebeveynleri tarafından doğru şekilde ayırt edilebildiğini düşündürmüştür.

Katılımcıların TSB skoruyla ve TSB alt ölçek skorlarıyla TSSB semptom şiddeti puanı arasındaki ilişkiler “5.4.Travma Sonrası Büyüme Skorlarının Diğer Verilerle İlişkisi” bölümünde tartışılmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanıyla psikolojik sağlamlık skoru arasında ters yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p=0,000$). Psikolojik sağlamlık ciddi tehlikelere ve zorluklara rağmen uyum gösterebilmek ve gelişim sürecine sağlıklı bir şekilde devam edebilmek olarak tanımlanmıştır (Arslan, 2015; Yılmaz Irmak, 2018). Benzer travmatik deneyimlerden kişilerin farklı şekilde etkilenmesi, kimilerinin ciddi işlev kaybı yaşarken, kimilerinin başa çıkıp uyum göstermesi psikolojik sağlamlıkları ile ilişkilidir (Bonanno & Mancini, 2012). Psikolojik sağlamlığı yüksek bireylerde travma sonrasında veya riskli koşullar altında işlevselliği bozmayacak ölçüde geçici stres tepkileri olabilir ancak ruhsal bozukluk geliştirmeden ruhsal dengeyi sürdürebilirler (Bonanno & Mancini, 2012). Çalışmamızda psikolojik sağlamlığı düşük olan ergenlerin pandemi sürecini daha travmatik bir şekilde yaşıntılayıp, daha çok TSSB belirtisi geliştireceği hipotezi kurulmuştur. Bu hipotezi destekler şekilde ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının artmasıyla daha az TSSB semptomu gösterdikleri bulgulanmıştır. Psikolojik sağlamlıktan bahsedilebilmesi için ruhsal bozukluk tanısı alacak ölçüde şiddetli belirtilerin bulunmaması gerekmektedir, bu nedenle çalışmamızdaki sonuç beklenen bir durumdur. COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de yapılan bir çalışmada psikolojik sağlamlık skoruyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında ters yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir (Zhang vd., 2020). COVID-19 pandemisi sırasında Peru’da yapılan bir çalışmada psikolojik sağlamlık skoru daha yüksek olan ergenlerde TSSB’nin daha az görüldüğü bulunmuştur (Fernandez-Canani vd., 2022). Ergenlerin psikolojik olarak sağlam olmaları onları pandemi sürecinde travmatik etkilere karşı korumuş görünmektedir. Psikolojik sağlamlık yaşam koşullarıyla ve gelişimsel süreçlerle birlikte değişebilen dinamik bir yapı olarak tariflenmiştir (Luthar vd., 2000). Önceki dönemlerdeki gelişimsel görevleri başarıyla tamamlamış olmak yeni gelişimsel görevleri tamamlamayı kolaylaştırır, uyum becerisini ve psikolojik sağlamlığı artırır, ruhsal bozukluk riskini azaltır (Cicchetti & Rogosch, 2002). Bu nedenle çocuk ve ergenleri gelişimsel görevlerde başarı yönünde destekleyecek, incinebilirlik faktörlerini azaltacak ve koruyucu faktörlerini arttıracak müdahaleler geliştirilmelidir

(Cicchetti & Rogosch, 2002). Bu tür müdahaleler risk faktörleriyle karşılaşmış olan çocuk ve ergenlerin psikolojik sağlamlığına katkı sağlayabilir (Cicchetti & Rogosch, 2002). COVID-19 pandemisinin yarattığı travmatik etkilerin kronikleşmemesi için ve çocuk ve gençlerin ileriki yaşamlarında iyi düzeyde uyum sağlamalarını kolaylaştırmak adına bu konuya önem verilmelidir.

Çalışmamızda katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanıyla toplam güçlük puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki ($p=0,000$), içe yönelim puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki ($p=0,000$), dışa yönelim puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,000$), duygusal sorunlar puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki ($p=0,000$), davranış sorunları puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,000$), dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,000$), akran sorunları puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,001$) saptanmıştır.

Katılımcıların sosyal davranışlar puanıyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alanyazında TSSB semptom şiddeti bildirilen çalışmalarda genellikle GGA yerine ona benzer olan Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği gibi farklı ölçekler kullanılmış, içe yönelim ve dışa yönelim dışında alt başlık skorları genellikle irdelenmemiştir. ABD’de çocuklarla GGA kullanılarak yapılan bir çalışmada hem içe yönelim puanıyla hem dışa yönelim puanıyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Mills vd., 2020). ABD’de travma yaşamış olan ortaokul öğrencileriyle yapılan bir çalışmada hem içe yönelim puanıyla hem dışa yönelim puanıyla TSSB semptom şiddeti puanı arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Herres vd., 2017). ABD’de çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada TSSB tanısı olanlar, travma öyküsü olup TSSB tanısı olmayanlar ve travma öyküsü olmayanlar karşılaştırılmıştır. TSSB tanısı olan gruptaki toplam sorun, içe yönelim ve dışa yönelim puanlarının diğer gruplardan anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (Saigh vd., 2002). ABD’de yaralanma nedeniyle hastaneye başvuran çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada yaralanmadan önceki son 6 ay için toplam sorun puanı değerlendirilmiş, TSSB tanısı alanlardaki toplam sorun puanının TSSB tanısı almayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Daviss vd., 2000). Travma öncesinde ruhsal bozukluk varlığının TSSB gelişmesi için risk oluşturduğu (Trickey vd., 2012), ayrıca travmayla ilişkili olarak hem içe yönelim hem dışa yönelim sorunlarının gelişebildiği

bilinmektedir (Farley vd., 2021; Kim vd., 2021). Alanyazında içe ve dışa yönelim sorunları ile travma ve TSSB bulgularının ilişkisini gösteren çalışmalar bizim bulgumuzla aynı doğrultudadır. İçe yönelim ve dışa yönelim sorunları, travmatik yaşantılardan daha olumsuz yönde etkilenme ve psikopatoloji geliştirme için zemin oluşturuyor olabilir. Bazı TSSB belirtileri içe yönelim ve dışa yönelim sorunlarındaki belirtilerle benzerlik taşımaktadır, travma sonrasında artan içe yönelim ve dışa yönelim puanları bununla ilişkili olabilir. Ayrıca TSSB belirtileri olan kişiler içe yönelim ve dışa yönelim sorunlarını daha şiddetli yaşıyor olabilir. Sosyal becerilerin kişileri travmatik yaşantılara karşı psikolojik sağlam kılan koruyucu faktörler arasında olduğu bilinmektedir (Pfefferbaum & Shaw, 2013; Zolkoski & Bullock, 2012). Bu açıdan GGA alt ölçeklerinden sosyal davranışların, TSSB ölçek skoru ile ters yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki içinde bulunması beklenirdi. Çalışmamızda bu ilişkinin anlamlılık düzeyine ulaşmamış olması örneklem sayısı ile ilişkili olabilir.

5.4. TRAVMA SONRASI BÜYÜME SKORLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyetiyle TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alanyazında TSB'nin cinsiyetle ilişkisi üzerine veriler erişkin ve çocuk yaş gruplarında farklı görünmektedir. Meta analiz ve gözden geçirme çalışmalarında, yetişkinlerde kadın cinsiyetin daha fazla TSB ile ilişkili olduğu bildirilirken (Vishnevsky vd., 2010), çocuk ve ergenlerde cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır (Meyerson vd., 2011). Vishnevsky ve ark., kadın cinsiyet lehine farkın özellikle 35 yaşından sonra belirginleştiğini bildirmiştir (Vishnevsky vd., 2010). ABD'de ergenlerle yapılan, ABD'de ailesinden biri vefat eden çocuk ve ergenlerle yapılan, deprem sonrasında Çin'de ergenlerle yapılan ve COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de üniversite öğrencileriyle yapılan dört ayrı çalışmada çalışmamızdakine benzer şekilde cinsiyetle TSB arasında bir ilişki bulunmamıştır (Chi vd., 2020; McClatchey, 2020; Milam vd., 2004; Yu vd., 2010). Bunlardan farklı olarak, COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de ergenlerle ve 16-26 yaş arası ergen ve

genç yetişkinlerle yapılan çalışmalarda TSB'nin erkeklerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Jian vd., 2022; J. Zhou vd., 2021). Dolayısı ile, her ne kadar TSB daha çok yalnızca yetişkin yaş grubunda kadın cinsiyetle ilişkili görünse de, COVID-19 pandemisi sırasında yakın tarihli yapılmış olan çalışmalarda farklı bulgular raporlanmıştır. Bizim çalışmamız, önceki çalışmalarla uyumlu olacak şekilde cinsiyetler arası fark bulgulanmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların yaşıyla TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda yaş aralığının dar olması ve yalnızca 14-18 yaş arası gençleri kapsaması nedeniyle, yaşla TSB ilişkisi bulunmamış olması beklenen bir durumdur. Aynı durum COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de ergenlerle, 16-26 yaş arası gençlerle ve üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda da bulgulanmıştır (Chi vd., 2020; Jian vd., 2022; J. Zhou vd., 2021). TSB'nin zaman aldığı, küçük çocuklarda TSB ile değişmesi beklenen bilişsel şemaların henüz yerleşmediği, bu nedenle TSB beklenmediği; çok ileri yaşlarda da bilişsel esneklik kaybolduğu için TSB beklenmediği bildirilmiştir (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ergenlik döneminde ise hem gelişen bilişsel olgunlukla birlikte yaşananları irdeleyip anlamlandırma kapasitesi çocukluk dönemine kıyasla artmıştır, hem de şemaları değiştirmek için gereken esneklik bulunur (Gül, 2018). Ergenliğin temel görevleri olan büyüme ve olgunlaşma da TSB kavramıyla paralellik gösterir. Bu nedenle ergen yaş grubu TSB için potansiyeli yüksek olan bir gruptur (Gül, 2018). Bununla birlikte olası bir yaş etkisini değerlendirmek için çocuk ve ergenlerin birlikte alınacağı bir örneklem daha farklı bulgular sunabilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyiyle TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer olarak, çocuklukta kanser öyküsü olan yetişkinlerle yapılan ve COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de ergenlerle yapılan iki ayrı çalışma da eğitim düzeyine göre TSB durumlarında farklılık raporlanmamıştır (Jian vd., 2022; Klosky vd., 2014). Deprem sonrasında Çin'de lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, 10. sınıf öğrencilerindeki TSB skorunun diğer sınıflardakinden yüksek olduğu bildirilmiştir (Yu vd., 2010). ABD'de çocuklukta kanser öyküsü olan yetişkinlerle yapılan ve Çin'de deprem sonrasında yetişkinlerle yapılan çalışmalarda eğitim düzeyiyle TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Xu & Liao, 2011; Zebrack vd., 2012). İsrail'de terör mağduru ergenlerle

yapılan, ülkemizde yetişkinlerle yapılan, ABD’de meme kanseri öyküsü olan kadınlarla yapılan ve Kanada’da meme kanseri öyküsü olan kadınlarla yapılan çalışmalarda ise eğitim düzeyiyle TSB skoru arasında ters yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Gul & Karanci, 2017; Laufer & Solomon, 2006; Mcdonough vd., 2014; Morrill vd., 2008). Alanyazın incelendiğinde anlaşıldığı üzere eğitim-TSB ilişkisi üzerine farklı yönde ilişki bulan yahut ilişki göstermeyen çalışmalar mevcuttur. Kültürel farklılıklar, çalışma grupları arasındaki demografik farklılıklar, heterojenite, alınan eğitim içerikleri, metodolojik farklılıklar gibi pek çok etken bu ayrışmanın altında yatıyor olabilir. Bizim çalışmamızda, katılımcıların çok büyük bir bölümü liseye devam etmekte olduğundan ve çok azı (%3,1) okulu bırakmış durumda olduğundan çalışma grubu eğitim açısından oldukça homojen bir yapıdadır. Ayrıca, lise sınıf düzeyleri arasında yaş-TSB arasında ilişki bulunmamış olması nedeniyle de eğitim düzeyi-TSB arasında ilişki olması beklenmemiştir.

Çalışmamızda ailedeki çocuk sayısı ile katılımcıların TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aynı durum COVID-19 pandemisi sırasında Filistin’de çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada da bulgulanmıştır (Thabet & ElRabbaiy, 2018). Çin’de ergenlerle yapılan bir çalışmada tek çocuk olma durumuyla TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Jian vd., 2022). Çalışma grubumuzun %10,7’sinin kardeşi bulunmamaktadır (tek çocuklu aile), yaklaşık %75 olgu da 1 veya 2 kardeşe sahiptir. Geriye kalan az sayıda katılımcının da 3 veya 4 kardeşi mevcuttur. Çalışma popülasyonumuzun ailedeki çocuk sayısı bakımından oldukça homojen sayılabilecek bir yapıda olması, olası bir istatistiksel farklılaşmanın görülmesini engelleyebilir. Bununla birlikte diğer araştırma bulguları da göz önünde bulundurulduğunda kardeş sayısı ya da ailedeki çocuk sayısı durumunun TSB üzerine belirgin bir etkisi olmayabilir.

Çalışmamızda anne eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan katılımcıların TSB skorlarının anne eğitim düzeyi lise ve üstü olan katılımcılardan anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,030$). Çalışmamızda katılımcıların TSB skoruyla babalarının eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. COVID-19 pandemisi sırasında Norveç’te ergenlerle yapılan bir çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeyiyle katılımcıların TSB skoru arasında ters yönde ilişki olduğu bulunmuştur, ancak çoklu regresyon analizi sonrasında bu ilişki istatistiksel açıdan anlamlılığını

yitirmiştir (Ulset & von Soest, 2022). ABD’de ailesinden biri vefat eden çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada TSB skoruyla ebeveyn eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (McClatchey, 2020). Kilmer ve ark. bakımverendeki TSB’nin çocuklarında TSB gelişimini destekleyebileceğini belirtmiştir (Kilmer & Gil-Rivas, 2010). Alanyazındaki birçok çalışmaya göre yetişkinlerin eğitim düzeyiyle TSB skoru arasında ters yönde ilişki bulunmaktadır (Gul & Karanci, 2017; Laufer & Solomon, 2006; Mcdonough vd., 2014; Morrill vd., 2008). Bu bilgilere göre çalışmamızda anne eğitim düzeyi düşük olan katılımcılardaki TSB skorunun daha yüksek olması TSB görülen bakımverenlerin çocuklarını bu yönde etkilediği, babalara kıyasla annelerin daha sık birincil bakımveren olduğu ve eğitim düzeyi daha düşük olan annelerde daha fazla TSB görüldüğü varsayımlarıyla açıklanabilir. Ancak annenin eğitim düzeyinin düşük olmasının, TSB’yi artırıcı yönde etki etmesi ilginç bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Sosyolojik ve psikolojik bileşenlerle, çok yönlü aracılık analizleri ile etki edebilecek diğer faktörleri de göz önünde bulundurarak bu konuyu irdelemek daha sağlıklı veri elde etmeye yarayarak daha doğru yorumlamayı sağlayabilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşam yerinin kırsal ya da kentsel olmasıyla TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aynı durum COVID-19 pandemisi sırasında ülkemizde yetişkinlerle ve Hindistan’da çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda da bulgulanmıştır (Bhushan vd., 2022; Karataş, 2020). COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de 16-26 yaş arası gençlerle yapılan bir çalışmada kırsal alanda yaşayanlarda TSB skorunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (J. Zhou vd., 2021). Zhou ve ark.nın yürüttüğü çalışmada 175416 katılımcıdan 72547’si, çalışmamızda ise 196 katılımcıdan sadece 15’i kırsal bölgede yaşamaktadır. Kırsal alanlarda görece daha çok korunmuş olan komşuluk ilişkileri, sosyal destek ağı gibi nedenlerle TSB lehine etki oluşuyor olabilir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamaması örneklemimizin daha küçük olmasından kaynaklanmış olabilir. Bunun yanı sıra TSB için daha bireysel faktörlerin ön planda olması da olasıdır.

Çalışmamızda COVID-19 pandemisi öncesinde ebeveyni vefat etmiş olan katılımcıların TSB skorunun ebeveynleri hayatta olanlardan anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,010$). Diğer aile yapıları arasında TSB skoru bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Örneklem sayısı arasındaki önemli

farklılık, istatistiksel analizin gücünü etkileyebilecek bir faktör olarak akılda tutulsa da TSB kavramı açısından bu bulgunun önemli oluşu düşünülmüştür. Çalışmamıza benzer olarak, Norveç'te tsunamiye maruz kalan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada tsunami öncesinde kendisi ya da ailesi ciddi bir hastalık veya kaza geçirmiş, ailesinden biri vefat etmiş, başka bir travma yaşamış ya da ebeveynleri çekişmeli boşanmış olan katılımcıların tsunami sonrasındaki TSB skorlarının diğer katılımcılara kıyasla anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (Hafstad vd., 2011). Travmalar sonucunda gelişen yeni varsayımlar ve şemaların TSB için aracı olduğu düşünülmektedir (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ebeveyn kaybı gibi büyük travmalar çocuk ve ergenlerin bilişsel yapılanmasında değişiklikler yaparak, daha sonra gelen travmalarla başa çıkmayı ve bu yeni travmaları daha kolay işlemleyerek büyümeyi kolaylaştırıyor olabilir. Alanyazında bizim çalışmamız ve Hafstad ve ark.nın çalışmasından daha farklı yönde bulgular sunan çalışmalar da vardır: Çin'de yapılan bir çalışmada deprem sonrasındaki TSB skorları bakımından deprem öncesinde bir yakını vefat etmiş olan ergenlerle diğer ergenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır, bu sonucun çalışmamızdaki ve Hafstad ve ark.nın çalışmasındaki sonuçlardan farklı olması aileden birinin kaybının diğer yakınların kaybından daha büyük bir etki yaratmasına bağlı olabilir (Yu vd., 2010). COVID-19 pandemisi sırasında ülkemizde yetişkinlerle yapılan bir çalışmada çekirdek aile, geniş aile, tek ebeveynin bulunduğu aile ve tek kişilik aile yapıları arasında TSB skoru bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Karataş, 2020). COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada tek ebeveynin bulunduğu ve her iki ebeveynin bulunduğu aile yapıları arasında TSB skoru bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Chi vd., 2020). COVID-19 pandemisi sırasında Hindistan'da çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada büyükanne ya da büyükbabanın dahil olduğu ve olmadığı aile yapıları arasında TSB skoru bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Bhushan vd., 2022). Sonuç olarak, her ne kadar aile yapısı ile ilgili alanyazında tutarlı bulgular olmasa da çalışmalarda sorgulanan risk faktörlerinin birebir aynı olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Ebeveyn kaybı gibi büyük yaşam olaylarının sonraki travmalarda TSB açısından önemli etki oluşturacağı varsayılabilir.

Çalışmamızda ailenin aylık gelir düzeyiyle katılımcıların TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. ABD’de ailesinden biri vefat eden çocuk ve ergenlerle yapılan, ABD’de kanser öyküsü olan ergenlerle yapılan ve COVID-19 pandemisi sırasında ülkemizde yetişkinlerle yapılan çalışmalarda da benzer bir sonuç elde edilmiştir (Barakat vd., 2006; Karataş, 2020; McClatchey, 2020). COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de 16-26 yaş arası gençlerle ve üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda ise ailenin gelir düzeyiyle katılımcıların TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Chi vd., 2020; J. Zhou vd., 2021). Zhou ve ark.nın yürüttüğü çalışmanın örneklemini 175416 katılımcıdan, Chi ve ark.nın yürüttüğü çalışmanın örneklemini 2038 katılımcıdan oluşmaktadır; bu tür büyük örneklemelerden elden edilen veriler toplum genelini daha iyi yansıtabilir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamaması örneklemimizin daha küçük olmasından kaynaklanmış olabilir. Bununla birlikte Çin, sosyokültürel ve siyasi yapısı ve gelir dağılımı ülkemize göre çok daha farklı olan bir ülkedir. Ailenin gelir düzeyinin TSB’yi nasıl etkilediği içinde bulunulan kültürel yapıya ve maddi kaynaklara atfedilen anlama göre değişebilir. Türk toplumunda COVID-19 pandemisi sırasında gelir düzeyinin ergenlerde TSB’yi nasıl etkilediğini anlamak için toplumu farklı düzeylerde temsil eden daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda katılımcıların pandemi öncesinde ve pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvurmuş olup olmama durumuyla TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda katılımcıların psikiyatrik ilaç tedavisi almış ya da almakta olup olmama durumuyla TSB skoru arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alanyazında TSB skoru bildirilen çalışmalarda ruh sağlığı hizmeti ve psikiyatrik tedavi alma durumları genellikle irdelenmemiştir. COVID-19 pandemisi sırasında İtalya’da yapılan bir çalışmada pandemiden önce tanısı konmuş ruhsal bozukluğu olan ve olmayan yetişkinlerin TSB skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (Menculini vd., 2021). Ülkemizde yapılan bir çalışmada travmatik yaşantı öncesinde ruhsal bozukluğu olan ve olmayan yetişkinlerin TSB skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (Gul & Karanci, 2017). Çalışmamızda ilk kez pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvuranlarda TSSB semptom şiddetinin daha yüksek olduğu ve hiç psikiyatrik ilaç tedavisi almamış olanlarda TSSB semptom

şiddetinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmamızda TSB skoruyla TSSB semptom şiddeti ve GGA'deki ruhsal bozukluk belirtileri arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Tedeschi ve Calhoun TSB ile TSSB'nin bireyde aynı anda bulunabilen iki bağımsız durum olabileceğini öne sürmüştür (Tedeschi & Calhoun, 2004). Çalışmamızdaki bulguların TSB'nin diğer ruhsal bozukluklarla birlikte görülebilen bağımsız bir durum olduğuna işaret ettiği yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda ailede ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı ile katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alanyazında TSB skoru bildirilen çalışmalarda ailede ruhsal bozukluk tanısı olan kişilerin varlığı genellikle irdelenmemiştir. Ülkemizde 18-23 yaşlarındaki gençlerle yapılan bir çalışmada ebeveyninde ruhsal bozukluk tanısı olan gençlerin TSB skorlarının diğer gençlere kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (Ergün vd., 2018). Ergün ve ark.nın yürüttüğü çalışmanın örneklemini ebeveyninde ruhsal bozukluk tanısı olan 334 kişiden oluşmaktadır. Çalışmamızda ise sadece 22 katılımcının ailesinde ruhsal bozukluk tanısı olan kişi ya da kişiler bulunmaktadır. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamaması örneklemimizin daha küçük olmasından kaynaklanmış olabilir. Ailede ruhsal bozukluk tanısı olan kişi ya da kişilerin bulunması olumsuz çocukluk çağı yaşantıları arasında sayılmaktadır (World Health Organization, 2018). COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de 2038 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının sayısı ile TSB skoru arasında ters yönde ilişki olduğu gösterilmiştir (Chi vd., 2020). Ergün ve ark. çalışması ile Chi ve ark.nın çalışmasında birbirini desteklemeyen yönde bulgular raporlanmıştır, ancak sorgulanan paramterelerin tam olarak aynı olmadığı göz ardı edilmemelidir. Ergenin kendisinde veya ailesinde ruhsal hastalık varlığının TSB'ye ne şekilde etki edeceği toplum örnekleminde ve klinik örnekleimde yürütülecek daha geniş örneklemlerle çalışmalarla değerlendirilebilir.

Çalışmamızda katılımcıların pandemiye ilişkin stresör skoruyla TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de ergenlerle yapılan bir çalışmada da COVID-19 maruziyet skoruyla TSB skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (Zhen vd., 2022). Norveç'te tsunamiye maruz kalan çocuk ve ergenlerle yapılan ve Çin'de depreme maruz kalan ergenlerle yapılan çalışmalarda da afet maruziyet skoruyla TSB skoru

arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Hafstad vd., 2011; X. Zhou & Wu, 2016). ABD’de kasırgaya maruz kalan çocuklarla yapılan bir çalışmada kasırğa maruziyet skoruyla kasırgadan 1 yıl sonraki TSB skoru arasında ilişki olmadığı, ancak kasırğa maruziyet skoruyla kasırgadan 2 yıl sonraki TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Kilmer & Gil-Rivas, 2010). Etki ve ölçüm zamanı arasındaki farklılıklar, çalışma sonuçları arasındaki farklılığı açıklayabilir. Bizim çalışmamızın pandemi süreci devam etmekte iken yürütüldüğü akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda ebeveynine göre aile ilişkileri pandemiden olumlu etkilenmiş olan katılımcıların TSB skorlarının olumlu etkilenmemiş olanlardan anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,014$). COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de yapılan bir çalışmada olumlu ebeveyn-çocuk ilişkisi puanıyla ergenlerin TSB skoru arasında aynı yönde, olumsuz ebeveyn-çocuk ilişkisi puanıyla ergenlerin TSB skoru arasında ters yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Zhen vd., 2022). COVID-19 pandemisi sırasında Norveç’te yapılan bir çalışmada ergenlerin ebeveynlerinin ilgililiğine verdiği puanla TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Ulset & von Soest, 2022). Çin’de yürütülen bir çalışmada COVID-19 pandemisi sırasında ebeveynleriyle tartışma yaşayan ergenlerin TSB skorlarının tartışma yaşamayan ergenlere kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur (J. Zhou vd., 2021). COVID-19 pandemisi sırasında İtalya’da yapılan bir çalışmada yetişkinlerin ailelerinden algıladıkları sosyal destek puanıyla TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Menculini vd., 2021). Çalışma bulgumuz ve alan yazında ebeveyn-çocuk ilişkisi ile TSB ilişkisini değerlendiren çalışmalar, olumlu aile ilişkilerinin TSB’yi hızlandıran etkisini ortaya koymaktadır. Artan aile içi iletişim, duygu düzenleme açısından olumlu ortam sağlayarak, negatif duyguların yönetimini kolaylaştırıyor, bilişsel yeniden yapılandırmaya zemin hazırlayarak, olumsuz inançların olumlu şemalarla değişimini kolaylaştırıyor olabilir.

Çalışmamızda ebeveynine göre eğitim süreci pandemiden olumlu etkilenmiş olan katılımcılarla olumlu etkilenmemiş olan katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Alanyazında TSB skoru bildirilen çalışmalarda katılımcıların eğitim süreci genellikle irdelenmemiştir. Deprem sonrasında Çin’de yapılan bir çalışmada okulun 6 gün ve üzeri süreyle kapalı kalmasıyla ergenlerin TSB skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki

bulunmamıştır (Yu vd., 2010). Çalışmamızda eğitim süreçlerinin kalitesinin TSSB skorları ile ilişkili olduğu bulunmuş, ancak TSB ile ilişkisi gösterilememiştir. Eğitsel süreçler travmatik yaşantıyla ilişkili olmasına rağmen TSB üzerine etkili görünmemektedir. Travmayı gencin nasıl işlemlediğini ve şemaların bilişsel yeniden yapılandırmaya giderek olumlu yönde değişip değişmeyeceğini belirleyen faktörler arasında eğitsel süreçlerin aile içi ilişkiler kadar önemi olmayabilir. Bununla birlikte, toplumu daha iyi temsil eden geniş örneklemli çalışmalarla bu konunun irdelenmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda ebeveynine göre arkadaşlık ilişkileri pandemiden olumlu etkilenmiş olan katılımcılarla olumlu etkilenmemiş olan katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çin’de yürütülen bir çalışmada COVID-19 pandemisi sırasında ergenlerin arkadaşlarıyla iletişim kurma sıklığıyla TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (J. Zhou vd., 2021). Norveç’te yürütülen bir çalışmada COVID-19 pandemisi sırasında ergenlerin arkadaşlık ilişkilerinin yakınlığına verdiği puanla TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Ulset & von Soest, 2022). Yine COVID-19 pandemisi sırasında İtalya’da yapılan bir çalışmada yetişkinlerin arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek puanıyla TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Menculini vd., 2021). Ergenlikte arkadaşlık ilişkileri dış kaynaklı rol model olarak kimlik oluşum sürecinde önem taşımaktadır (Blos, 1967). Olumlu arkadaşlık ilişkilerinin travmayı anlamlandırma ve travmadan büyüyerek çıkmada önemli rolü olacağı farz edilebilir. Çalışmamızda ise TSB ile olumlu arkadaşlık ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamış olması, ergenlerin arkadaşlık ilişkilerinin ebeveynleri tarafından yeterince doğru değerlendirilememesine bağlı olabilir.

Çalışmamızda ebeveynine göre pandeminin travmatik etki göstermiş olduğu ve göstermemiş olduğu katılımcıların TSB skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda ebeveynine göre pandeminin travmatik etki göstermiş olduğu katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanının diğer katılımcılardan anlamlı ölçüde yüksek olduğu, bununla birlikte TSSB semptom şiddetiyle TSB skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Tedeschi ve Calhoun TSB ile TSSB’nin bireyde aynı anda bulunabilen iki bağımsız durum olabileceğini öne

sürmüştür (Tedeschi & Calhoun, 2004). Çalışmamızdaki bulguların bu hipotezi desteklediği yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda katılımcıların TSSB semptom şiddeti puanıyla TSB skoru, benlik algısında değişim skoru, yaşam felsefesinde değişim skoru ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların yeniden yaşantılama TSSB alt ölçeği puanıyla TSB skoru ($p=0,026$), benlik algısında değişim skoru ($p=0,036$) ve yaşam felsefesinde değişim skoru ($p=0,026$) arasında aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır. Katılımcıların yeniden yaşantılama TSSB alt ölçeği puanıyla başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların kaçınma TSSB alt ölçeği puanıyla TSB skoru, benlik algısında değişim skoru, yaşam felsefesinde değişim skoru ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların aşırı uyarılmışlık TSSB alt ölçeği puanıyla TSB skoru, benlik algısında değişim skoru, yaşam felsefesinde değişim skoru ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Araştırmalarda TSSB semptom şiddetiyle TSB skoru arasındaki ilişkiye dair çelişkili veriler mevcuttur (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Bazı çalışmalarda aynı yönde doğrusal ilişki bulunmuştur (Kilmer vd., 2009; Laufer & Solomon, 2006; C. L. Park vd., 1996; Taku vd., 2008). Bazı çalışmalarda ters yönde doğrusal ilişki bulunmuştur (Frazier vd., 2001; Linley vd., 2008). Bazı çalışmalarda ise doğrusal ilişki bulunmamıştır (Barton vd., 2013; Cordova vd., 2001; Gori vd., 2021; Masoom Ali vd., 2020; Powell vd., 2003; Thabet & ElRabbaiy, 2018; Zoellner vd., 2008). COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de ergenlerle yapılan bir çalışmada ve 2014 tarihli bir meta analiz çalışmasında aynı yönde doğrusal ilişkiyle birlikte ters U şeklinde eğrisel ilişki saptanmıştır (Jian vd., 2022; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). COVID-19 pandemisi sırasında Polonya’da yetişkinlerle yapılan bir çalışmada doğrusal ilişki bulunmamıştır ancak daha ileri istatistiksel değerlendirmeler sonucunda düz U şeklinde eğrisel ilişki saptanmıştır (Tomaszek & Muchacka-Cymerman, 2020). Peters ve ark.nın 2021 tarihli çalışmasında doğrusal ilişki ve eğrisel ilişki bulunmadığı gösterilmiş, yapılan ağ analizinde TSSB belirtileriyle TSB unsurları arasında hem pozitif ilişkiler hem negatif ilişkiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun alanyazındaki bulguların tutarsızlığını açıklayabileceği belirtilmiştir (Peters vd., 2021). Bulgulardaki

tutarsızlığın örneklem yapısındaki, olay üzerinden geçen süredeki, kullanılan değerlendirme araçlarındaki, travmatik olayın türündeki ve şiddetindeki farklılıklara da bağlı olabileceğine dair görüşler ortaya konulmuştur (Gül, 2018). Çalışmamızda TSSB skoru ile TSB skoru arasında doğrusal ilişki bulunmamıştır, eğrisel ilişkileri saptamak için gereken ileri istatistiksel değerlendirmeler yapılmamıştır.

COVID-19 pandemisi sırasında farklı yaş gruplarında TSSB ve TSB araştıran başka çalışmalar da yürütülmüştür: Filistin’de çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların TSB skoruyla hiçbir TSSB alt ölçek puanı arasında ilişki olmadığı bulunurken (Thabet & ElRabbaiy, 2018), ülkemizde ve İspanya’da yetişkinlerle yapılan iki ayrı çalışmada TSSB ve TSB arasında aynı yönde doğrusal ilişki gösterilmiştir (Ikizer vd., 2021; Vazquez vd., 2021). Vazquez ve ark. yapısal eşitlik modeli kullandıkları çalışmalarında hem pozitif hem de negatif çekirdek inançların TSB ve travma sonrası stres oluşumuna etkisine vurgu yapmıştır (Vazquez vd., 2021). İkizer ve ark. da ülkemizde yürüttükleri çalışmalarında, yalnızca posttravmatik-bilinçli ruminasyonun TSB’yi yordadığını raporlamıştır (Ikizer vd., 2021; Vazquez vd., 2021). COVID-19 pandemisi sırasında Hindistan’da çocuk ve ergenlerle yapılan ve ülkemizde COVID-19 geçirmiş yetişkinlerle yapılan iki ayrı çalışmada da katılımcıların TSB skoruyla tüm TSSB alt ölçek puanları arasında aynı yönde ilişki olduğu gösterilmiştir (Bhushan vd., 2022; Özgüç vd., 2022). Özgüç ve ark.’nın çalışmasında katılımcıların yeniden yaşantılama puanıyla tüm TSB alt ölçek skorları arasında, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık puanlarıyla sadece yaşam felsefesinde değişim skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu raporlanmıştır (Özgüç vd., 2022). TSB unsurlarıyla en fazla ilişkinin yeniden yaşantılama alt ölçeğinde görülmesi çalışmamız bulgusuna paralel bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak TSSB ile TSB ilişkisi çok boyutu olan ve alanyazında farklı sonuçların gösterildiği görece yeni bir çalışma alanıdır. Özellikler ergen yaş grubu ile yapılan çalışmalar son derece kısıtlıdır. COVID-19 pandemisinin travmatik boyutunun ergenler üzerinde TSB oluşumuna etkisi ise daha da az bilinen bir araştırma konusudur; zaman içerisinde daha iyi anlaşılacaktır. Araştırmamızda her ne kadar TSSB ile TSB skorları arasında direkt bir ilişki bulunmamış olsa da TSSB alt ölçeği olan “yeniden yaşantılamanın”, TSB, benlik algısında değişim ve yaşam felsefesinde değişim ile aynı yönde ilişkide bulunmasının önemli olduğu

düşünülmüştür. TSB olması için travmanın işlenmesi ve bilişsel yeniden yapılanma olması gerektiği bilinmektedir (Tedeschi & Calhoun, 2004). Normalde travma sonrasında ortaya çıkan aşırı uyarılmışlık, yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtileri arasında görülen salınımın travmayı işlemeyi sağladığı, disosiyasyonun ise bu salınımı engelleyerek travmanın işlenmeden kalmasına neden olduğu belirtilmiştir (Alyanak, 2018). Travmatik anıları işleyerek yeni, kaygı verici ve geçmiştekilerle bağdaşmayan verileri bilişsel yapıda bütünleştirmek zordur; yeniden yaşantılama belirtilerinin bu amaca hizmet ettiği düşünülmektedir (Silove, 1998). Travmaya ilişkin istemli ruminasyon bilişsel yeniden yapılanma sürecinin bir parçası olarak değerlendirilmektedir; travmanın işlenmesini ve olumsuz duyguların etkisinin azalmasını desteklediği belirtilmiştir (Kramer vd., 2020). Bu bilgiler doğrultusunda, özellikle bilinçli ruminasyonun ve yeniden yaşantılamanın travmanın işlenmesine ve yeniden yapılanmanın sağlanmasına hizmet ederek TSB ile ilişkili olacağı yorumu yapılabilir. Bu alanda ergen yaş grubunda yürütülecek geniş örneklemli yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda katılımcıların psikolojik sağlamlık skoruyla TSB skoru arasında aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p=0,000$). Bu bulgu, zorlu yaşam olayları yaşayan farklı yaş gruplarında yapılan diğer araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda beklenen bir durumdur. Kanseri hastalarıyla yapılan ve COVID-19 pandemisi sırasında yetişkinlerle ve üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda da psikolojik sağlamlığı fazla olan kişilerin daha fazla TSB gösterdiği raporlanmıştır (Chi vd., 2020; Gori vd., 2021; Menculini vd., 2021). Lee ve ark. tarafından yürütülen çalışmada katılımcıların psikolojik sağlamlık skoruyla TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuş, daha fazla çocukluk çağı travması olan katılımcılarda bu ilişkide psikolojik sağlamlığın aracılık etkisinin daha güçlü olduğu bildirilmiştir (D. Lee vd., 2020). Çalışma bulgumuz, COVID-19 pandemisinin psikolojik sağlamlığı daha fazla olan ergenlerde daha fazla TSB'ye neden olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, bu yöndeki çalışma hipotezimizi doğrulamıştır. Pandemide toplumun ruh sağlığını korumak için psikolojik sağlamlığın artırılabilirliği; bu amaçla sosyal desteğin artırılmasına, olumlu başa çıkma yöntemlerinin desteklenmesine, farkındalık becerilerinin kazandırılmasına, yaşananlarda amaç ve anlam bulmanın kolaylaştırılmasına yönelik müdahaleler geliştirilebileceği bildirilmiştir (Chi vd., 2020). Çalışma bulgumuzu göz

önünde bulundurarak benzer müdahalelerin özellikle ergen yaş grubunda da uygulanmasının gereği açıktır. Topluma yönelik müdahaleler yetişkin ebeveynlerin psikolojik sağlamlığını destekleyebilir. Travmayla daha iyi başa çıkan ailelerde aile içi ilişkilerin daha iyi olacağı farz edilebilir. Üst paragraflarda tartışıldığı üzere olumlu aile içi ilişkiler üzerinden ergenlerin TSB'si hızlanabilir. Ek olarak ergenleri daha sağlam kılacak yaklaşımlarla ergen psikolojik sağlamlığı artırılarak travmatik süreçlerden sonra kronik TSSB bulgularının yerleşmesi yerine TSB'ye yönelik kazanımlar sağlanabilir. COVID-19 pandemisinin de ergenlerdeki travmatik etkilerinin diğer travmatik süreçlere benzer boyutlara varabildiğini gösterdiğimiz çalışma verilerimiz doğrultusunda bu tür yaklaşımların pandemi sürecinde de önemli ve gerekli olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların sosyal davranışlar puanıyla TSB skoru arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,001$) saptanmıştır. Katılımcıların toplam güçlük puanıyla, içe yönelim puanıyla, dışa yönelim puanıyla, duygusal sorunlar puanıyla, davranış sorunları puanıyla, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanıyla ve akran sorunları puanıyla TSB skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alanyazında TSB skoru bildirilen çalışmalarda genellikle GGA ve benzeri ölçekler kullanılmamıştır. Az sayıda çalışma birbirinden farklı sonuçlar raporlamıştır. Pakistan'da bakımevinde kalan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların TSB skoruyla toplam güçlük puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı ve TSB skoruyla hiçbir GGA alt ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur (Masoom Ali vd., 2020). Çalışma bulguları sosyal davranışlar alt ölçeği dışında çalışmamızdakine benzerdir; ancak bakımevi popülasyonu genel toplumdan daha farklı özellikleri barındırıyor olabilir. ABD'de ebeveyni vefat eden ergenlerle yapılan bir başka çalışmada içe yönelim skorlarının 6 yıl sonraki TSB ile aynı yönde, dışa yönelim skorlarının 6 yıl sonraki TSB ile ters yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Wolchik vd., 2009). Boylamsal bir çalışma olması bakımından önemli sonuçları olabilecek bir çalışma olması yanında metodolojik olarak herhangi bir ruhsal bozukluk saptanan ergenlerin çalışmadan dışlanmış olması yanlılık yaratmış ve genel toplumu yansıtmaktan uzaklaşmış olabilir. ABD'de üniversite öğrencileriyle yapılan bir diğer çalışmada da katılımcıların sosyal davranışlara yatkınlığıyla TSB skoru arasında aynı yönde ilişki olduğu bulunmuştur

(El-Gabalawy vd., 2020). Sosyal davranışların TSB ile ilişkili bulunması bakımından bizim çalışma bulgumuza paralel bir veri elde edilmiştir. Sosyal becerilerin psikolojik sağlamlık kavramı açısından koruyucu faktörler arasında yer aldığı bilinmektedir (Pfefferbaum & Shaw, 2013; Zolkoski & Bullock, 2012). Bu açıdan düşünüldüğünde kişileri daha çok psikolojik sağlam kılan, direngenliğini artıran bir özelliğin TSB'yi arttırması şaşırtıcı değildir. Çalışmamızda içe yönelim ve dışa yönelim puanları ile TSB arasında bir ilişki bulamamış olmamız çalışma hipotezimizin aksi yönünde bir bulgu olmuştur. Bu veriler ışığında içe yönelim ve dışa yönelim sorunları TSSB ile ilişkiliyken, TSB ile pozitif veya negatif yönde ilişkili görünmemektedir. Bu durum, ilk bakışta beklenmedik bir bulgu olarak değerlendirilse de gerçekte TSSB, içe yönelim sorunları ve dışa yönelim sorunları psikopatoloji ile ilişkili kavramlardır ve pozitif yönde ilişki göstermeleri beklenir bir durumdur. Buna karşın, TSB daha çok kişinin bilişsel şemalarını ve bireysel özelliklerini ilgilendiren bir kavramdır. Tedeschi ve Calhoun'un geliştirdiği TSB modeline göre travma sonrası olumlu değişimler benlik algısı, yaşam felsefesi ve başkalarıyla ilişkiler ya da yeni olanakların algılanması, kişiler arası ilişkiler, bireysel güçlülük, manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlama başlıkları altında değerlendirilir (Tedeschi & Calhoun, 1996). Bu açıdan bakıldığında TSB ile içe yönelim ve dışa yönelim sorunları doğrusal bir ilişki içinde olmayabilir. Ayrıca çalışmamızın sonuçları bütün olarak değerlendirildiğinde TSB skorunun ergenlerin ruh sağlığı hizmeti alma durumu, psikiyatrik tedavi alma durumu, ailede ruhsal hastalığı olan kişi varlığı gibi psikopatoloji ile ilişkili diğer parametrelerle de ilişkisinin bulunmamış olması nedeniyle bu yönden genel bir tutarlılık durumu izlenmektedir. TSB ile ilişkili bulunmayan bu parametrelerin tümü TSSB ile ilişkilidir. Gelecekte daha geniş örneklemelerle, klinik popülasyonları da dahil ederek yürütülecek modelleme çalışmaları daha farklı bulgular verebilir.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada COVID-19 pandemisinin ülkemizdeki ergenlerde oluşturduğu travma sonrası stres belirtilerini ve TSB'yi değerlendirmek, travma sonrası stres

belirtileri ve TSB arasındaki ilişkiyi araştırmak, ergenlerdeki içe ve dışa yönelim sorunlarının ve psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres belirtilerini ve TSB'yi nasıl etkilediğini irdelemek amaçlanmıştır. Bu çalışmada;

1. Katılımcıların %6,1'inin ilk kez pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvurduğu,
2. Ebeveynlerine göre katılımcıların önemli bir çoğunluğunun aile ilişkilerinin, eğitim sürecinin ve arkadaşlık ilişkilerinin pandemiden olumsuz etkilendiği,
3. Ebeveynlerine göre katılımcıların önemli bir çoğunluğunun pandeminin travmatik etkilerini yaşadığı,
4. TSSB semptom şiddeti puanının kızlarda daha yüksek olduğu, TSB skoruyla cinsiyet arasında ilişki saptanmadığı,
5. TSSB semptom şiddeti puanıyla ve TSB skoruyla yaş, eğitim düzeyi, ailedeki çocuk sayısı, yaşam yeri ve gelir düzeyi arasında ilişki saptanmadığı,
6. TSSB semptom şiddeti puanıyla ebeveyn eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmadığı, TSB skorunun anne eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan katılımcılarda daha yüksek olduğu ancak TSB skoruyla baba eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmadığı,
7. TSSB semptom şiddeti puanıyla aile yapısı arasında ilişki saptanmadığı, TSB skorunun ebeveyni vefat etmiş olan katılımcılarda daha yüksek olduğu,
8. TSSB semptom şiddeti puanının ilk kez pandemi sırasında ruh sağlığı hizmetlerine başvuran katılımcılarda daha yüksek olduğu, TSB skoruyla ruh sağlığı hizmeti alma durumu arasında ilişki saptanmadığı,
9. TSSB semptom şiddeti puanının hiç psikiyatrik ilaç tedavisi almamış olan katılımcılarda daha düşük olduğu, TSB skoruyla psikiyatrik ilaç tedavisi alma durumu arasında ilişki saptanmadığı,
10. TSSB semptom şiddeti puanıyla ailede ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu, TSB skoruyla ailede ruhsal bozukluk tanısı olan kişi sayısı arasında ilişki saptanmadığı,
11. TSSB semptom şiddeti puanıyla pandemiye ilişkin stresör skoru arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu, TSB skoruyla pandemiye ilişkin stresör skoru arasında ilişki saptanmadığı,
12. TSSB semptom şiddeti puanının ebeveynlerine göre aile ilişkileri pandemiden olumsuz etkilenmiş olan katılımcılarda daha yüksek olduğu, TSB skorunun

ebeveynlerine göre aile ilişkileri pandemiden olumlu etkilenmiş olan katılımcılarda daha yüksek olduğu,

13. TSSB semptom şiddetinin ebeveynlerine göre eğitim süreci pandemiden olumsuz etkilenmiş olan katılımcılarda daha yüksek olduğu, TSB skoruyla ebeveynlerine göre katılımcıların eğitim sürecinin pandemiden etkilenme durumu arasında ilişki saptanmadığı,
14. TSSB semptom şiddeti puanıyla ve TSB skoruyla ebeveynlerine göre katılımcıların arkadaşlık ilişkilerinin pandemiden etkilenme durumu arasında ilişki saptanmadığı,
15. TSSB semptom şiddeti puanının ebeveynlerine göre pandeminin travmatik etkilerini yaşamış olan katılımcılarda daha yüksek olduğu, TSB skoruyla ebeveynlerine göre katılımcıların pandeminin travmatik etkilerini yaşama durumu arasında ilişki saptanmadığı,
16. TSSB semptom şiddeti puanıyla TSB skoru, benlik algısında değişim skoru, yaşam felsefesinde değişim skoru ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru arasında ilişki saptanmadığı,
17. TSSB alt ölçeği olan yeniden yaşantılama puanıyla TSB skoru, benlik algısında değişim skoru ve yaşam felsefesinde değişim skoru arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu; yeniden yaşantılama puanıyla başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru arasında ilişki saptanmadığı,
18. TSSB alt ölçeği olan kaçınma puanıyla TSB skoru, benlik algısında değişim skoru, yaşam felsefesinde değişim skoru ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru arasında ilişki saptanmadığı,
19. TSSB alt ölçeği olan aşırı uyarılmışlık puanıyla TSB skoru, benlik algısında değişim skoru, yaşam felsefesinde değişim skoru ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru arasında ilişki saptanmadığı,
20. İşlevsellikte bozulma şiddeti puanıyla TSB skoru, benlik algısında değişim skoru, yaşam felsefesinde değişim skoru ve başkalarıyla ilişkilerde değişim skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadığı,
21. TSSB semptom şiddeti puanıyla psikolojik sağlamlık skoru arasında ters yönde zayıf ilişki olduğu, TSB skoruyla psikolojik sağlamlık skoru arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu,

22. TSSB semptom şiddeti puanıyla toplam güçlük puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki olduğu, TSB skoruyla toplam güçlük puanı arasında ilişki saptanmadığı,
23. TSSB semptom şiddeti puanıyla içe yönelim puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki olduğu, TSB skoruyla içe yönelim puanı arasında ilişki saptanmadığı,
24. TSSB semptom şiddeti puanıyla dışa yönelim puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu, TSB skoruyla dışa yönelim puanı arasında ilişki saptanmadığı,
25. TSSB semptom şiddeti puanıyla duygusal sorunlar puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki olduğu, TSB skoruyla duygusal sorunlar puanı arasında ilişki saptanmadığı,
26. TSSB semptom şiddeti puanıyla davranış sorunları puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu, TSB skoruyla davranış sorunları puanı arasında ilişki saptanmadığı,
27. TSSB semptom şiddeti puanıyla dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu, TSB skoruyla dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanı arasında ilişki saptanmadığı,
28. TSSB semptom şiddeti puanıyla akran sorunları puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu, TSB skoruyla akran sorunları puanı arasında ilişki saptanmadığı,
29. TSSB semptom şiddeti puanıyla sosyal davranışlar puanı arasında ilişki saptanmadığı, TSB skoruyla sosyal davranışlar puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki olduğu sonuçları elde edilmiştir.

Son söz olarak çalışmamız, COVID-19 pandemisi sırasında ergenlerin önemli oranda travmatik etkilere maruz kaldığını, travma sonrası stres belirtilerinin içe ve dışa yönelim sorunlarıyla ilişkili olduğunu, olumlu aile içi ilişkilerin daha az travma sonrası stres belirtisiyle ve daha fazla TSB ile ilişkili olduğunu, eğitim sürecinin olumsuz etkilenmesinin daha fazla travma sonrası stres belirtisiyle ilişkili olduğunu, olumlu sosyal davranışların daha fazla TSB ile ilişkili olduğunu, travma sonrası stres belirtileri ile TSB arasında doğrusal bir ilişki bulunmadığını ancak yeniden yaşantılamanın TSB'yi arttırdığını, psikolojik sağlamlığı fazla olan ergenlerin daha az travma sonrası stres belirtisi ve daha fazla TSB yaşadığını, kızlarda daha fazla travma sonrası stres belirtisi görüldüğünü, cinsiyetin TSB üzerine etkisi olmadığını, anne eğitim düzeyi

daha düşük olan ve ebeveyn kaybı yaşayan ergenlerde TSB'nin daha fazla olduğunu göstermiştir.

Bu bilgiler ışığında, travma süreçlerinden ruhsal bozukluklar yerine TSB ile çıkabilmek için koruyucu faktörler desteklenmeli, kırılganlık faktörleri iyileştirilmeli, kırılganlık faktörlerinin kümелendiği bireyler desteklenmeli, gerekirse ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilmeli, ergenlerin psikolojik sağlamlığını arttırmaya yönelik müdahalelere önem verilmeli, aile içi ilişkilerin önemi göz önünde bulundurulmalı, toplumu bu konuda bilinçlendirmeye yönelik çalışmalar yapılmalı ve eğitim sürecinde ortaya çıkabilecek aksaklıklar hassasiyetle ele alınmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- Abercrombie, E. D., & Jacobs, B. L. (1987). Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus coeruleus of freely moving cats. II. Adaptation to chronically presented stressful stimuli. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 7(9), 2844–2848. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.07-09-02844.1987>
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647–656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
- Adak, İ., & Coşkun, M. (2018). Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Psikofarmakoterapi Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türkiye Klinikleri - Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 4(3), 59–63.
- Afifi, T. O., McMillan, K. A., Asmundson, G. J. G., Pietrzak, R. H., & Sareen, J. (2011). An examination of the relation between conduct disorder, childhood and adulthood traumatic events, and posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45(12), 1564–1572.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.08.005>

- Akbaş, S. (2016). Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun DSM-5 Tanılama Sistemine Göre Sınıflandırılması ve Epidemiyolojileri. *Türkiye Klinikleri - Çocuk Psikiyatrisi Özel Konular*, 2(3), 1–6.
- Akinsanya, A., Marwaha, R., & Tampi, R. R. (2017). Prazosin in Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder Who Have Nightmares: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37(1), 84–88. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000638>
- Alink, L. R. A., Cicchetti, D., Kim, J., & Rogosch, F. A. (2012). Longitudinal associations among child maltreatment, social functioning, and cortisol regulation. *Developmental Psychology*, 48(1), 224–236. <https://doi.org/10.1037/a0024892>
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Almli, L. M., Fani, N., Smith, A. K., & Ressler, K. J. (2014). Genetic approaches to understanding post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17(02), 355–370. <https://doi.org/10.1017/S1461145713001090>
- Alyanak, B. (2018). Çocuk ve Ergenlerde Travma, Dissosiyasyon ve Spiritualite Boyutu. *Türkiye Klinikleri - Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 4(3), 1–11.
- Alyanak, B., & Derin, S. (2018). Travmaya Diyalektik Davranışçı Terapi ile Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri - Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 4(3), 97–100.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andreasen, N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: A history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1208(1), 67–71.

<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05699.x>

- Arslan, G. (2015). Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (ÇGPSÖ -12) Psikometrik Özellikleri: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 1(16), 1–12.
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse and Neglect*, 52, 200–209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.010>
- Baker, D. G., West, S. A., Nicholson, W. E., Ekhtor, N. N., Kasckow, J. W., Hill, K. K., Bruce, A. B., Orth, D. N., & Geraciotti, T. D. (1999). Serial CSF corticotropin-releasing hormone levels and adrenocortical activity in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 585–588. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.4.585>
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 413–419. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj058>
- Barton, S., Boals, A., & Knowles, L. (2013). Thinking About Trauma: The Unique Contributions of Event Centrality and Posttraumatic Cognitions in Predicting PTSD and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 718–726. <https://doi.org/10.1002/jts.21863>
- Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Social Science and Medicine*, 64(6), 1204–1215. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.010>
- Bhushan, B., Basu, S., & Ganai, U. J. (2022). Post-traumatic Stress and Growth Among the Children and Adolescents in the Aftermath of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.791263>
- Biederman, J., Petty, C. R., Spencer, T. J., Woodworth, K. Y., Bhide, P., Zhu, J., & Faraone, S. V. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 78–87. <https://doi.org/10.1111/acps.12011>
- Bills, L. J., & Kreisler, K. (1993). Treatment of flashbacks with naltrexone. *American Journal of Psychiatry*, 150(9), 1430. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.9.1430a>

- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B. K., Şar, V., Taycan, O., & Ulaş, H. (2014). Psychiatric epidemiology in Turkey: Main advances in recent studies and future directions. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 264–281. <https://doi.org/10.5080/u7463>
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The Psychoanalytic study of the child*, 22(1), 162–186. <https://doi.org/10.1080/00797308.1967.11822595>
- Boehnlein, J. K., & Kinzie, J. D. (2007). Pharmacologic reduction of CNS noradrenergic activity in PTSD: The case for clonidine and prazosin. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(2), 72–78. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000265763.79753.c1>
- Bolton, D., Eley, T. C., O'Connor, T. G., Perrin, S., Rabe-Hesketh, S., Rijdsdijk, F., & Smith, P. (2006). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, 36(3), 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006537>
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual research review: Positive adjustment to adversity - Trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(4), 378–401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Bonanno, G. A., Ho, S. M. Y., Chan, J. C. K., Kwong, R. S. Y., Cheung, C. K. Y., Wong, C. P. Y., & Wong, V. C. W. (2008). Psychological Resilience and Dysfunction Among Hospitalized Survivors of the SARS Epidemic in Hong Kong: A Latent Class Approach. *Health Psychology*, 27(5), 659–667. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.5.659>
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 74–83. <https://doi.org/10.1037/a0017829>
- Borowski, T. B., & Kokkinidis, L. (1998). The effects of cocaine, amphetamine, and the dopamine D1 receptor agonist SKF 38393 on fear extinction as measured with potentiated startle: Implications for psychomotor stimulant psychosis. *Behavioral Neuroscience*, 112(4), 952–965. <https://doi.org/10.1037/0735-7044.112.4.952>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional

- meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214–227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Branquinho, C., Kelly, C., Arevalo, L. C., Santos, A., & Gaspar de Matos, M. (2020). “Hey, we also have something to say”: A qualitative study of Portuguese adolescents’ and young people’s experiences under COVID-19. *Journal of Community Psychology*, 48(8), 2740–2752. <https://doi.org/10.1002/jcop.22453>
- Bremner, J. D. (1999). Does stress damage the brain. *Biological Psychiatry*, 45(7), 797–805. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00009-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00009-8)
- Broekman, B. F. P., Olf, M., & Boer, F. (2007). The genetic background to PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31(3), 348–362. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.10.001>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bui, E., Ohye, B., Palitz, S., Ollic, B., Raynaud, J., & Kounou, K. B. (2014). Acute and chronic reactions to trauma in children and adolescents. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, 1–29.
- C. Fong, V., & Iarocci, G. (2020). Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies. *Journal of pediatric psychology*, 45(10), 1124–1143. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa092>
- Çakıroğlu, S., & Korkmazlar, Ü. (2018). Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nda Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisi. *Türkiye Klinikleri - Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 4(3), 83–89.
- Castelli, L., Di Tella, M., Benfante, A., & Romeo, A. (2020). The Spread of COVID-19 in the Italian Population: Anxiety, Depression, and Post-traumatic Stress Symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 731–732. <https://doi.org/10.1177/0706743720938598>
- Cerit, E., & Kaplan, V. (2022). Post traumatic growth during COVID-19 outbreak and the affecting factors: Results of a cross-sectional study among Turkish nursing students. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(2), 199–205.

<https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1002238>

- Chan-Yeung, M., & Xu, R. H. (2003). SARS: Epidemiology. *Respirology*, 8(s1), S9–S14. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1843.2003.00518.x>
- Chen, F., Zheng, D., Liu, J., Gong, Y., Guan, Z., & Lou, D. (2020). Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 36–38. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.061>
- Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., Jen, H. J., Kang, X. L., Kao, C. C., & Chou, K. R. (2020). A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, 102–116. <https://doi.org/10.1111/inm.12796>
- Cheng, C., Wong, W. M., & Tsang, K. W. (2006). Perception of benefits and costs during SARS outbreak: An 18-month prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 870–879. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.870>
- Cheng, S. K. W., Chong, G. H. C., Chang, S. S. Y., Wong, C. W., Wong, C. S. Y., Wong, M. T. P., & Wong, K. C. (2006). Adjustment to severe acute respiratory syndrome (SARS): Roles of appraisal and post-traumatic growth. *Psychology and Health*, 21(3), 301–317. <https://doi.org/10.1080/14768320500286450>
- Chi, X., Becker, B., Yu, Q., Willeit, P., Jiao, C., Huang, L., Hossain, M. M., Grabovac, I., Yeung, A., Lin, J., Veronese, N., Wang, J., Zhou, X., Doig, S. R., Liu, X., Carvalho, A. F., Yang, L., Xiao, T., Zou, L., ... Solmi, M. (2020). Prevalence and Psychosocial Correlates of Mental Health Outcomes Among Chinese College Students During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11(August), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00803>
- Child Welfare Informational Gateway. (2018). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy : A Primer for Child Welfare Professionals. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau, October, 1–6.
- Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J., & McDonald, K. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet*, 395(10231), e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
- Cohen, J. A. (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children

- and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414–430. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.020>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2015). Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 557–570. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811–819. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180547105>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 25(1), 123–135. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00226-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00226-X)
- Connor, D. F., Grasso, D. J., Slivinsky, M. D., Pearson, G. S., & Banga, A. (2013). An open-label study of guanfacine extended release for traumatic stress related symptoms in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 23(4), 244–251. <https://doi.org/10.1089/cap.2012.0119>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 99–112. <https://doi.org/10.1023/A:1014851823163>
- Czeisler, M. É., Ma, R. I. L., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M. E., & Rajaratnam, S. M. W. (2020). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049–1057.

- Dalton, L., Rapa, E., & Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(5), 346–347. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30097-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30097-3)
- Danese, A., Smith, P., Chitsabesan, P., & Dubicka, B. (2020). Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *British Journal of Psychiatry*, 216(3), 159–162. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.244>
- Daviss, W. B., Mooney, D., Racusin, R., Ford, J. D., Fleischer, A., & McHugo, G. J. (2000). Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 576–583. <https://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00011>
- Dawood, F. S., Iuliano, A. D., Reed, C., Meltzer, M. I., Shay, D. K., Cheng, P. Y., Bandaranayake, D., Breiman, R. F., Brooks, W. A., Buchy, P., Feikin, D. R., Fowler, K. B., Gordon, A., Hien, N. T., Horby, P., Huang, Q. S., Katz, M. A., Krishnan, A., Lal, R., ... Widdowson, M. A. (2012). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: A modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(9), 687–695. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70121-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70121-4)
- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., Jenkins, F. J., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1259–1270. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00044-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00044-X)
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustaci, K., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271–1284. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00045-1)
- de Figueiredo, C. S., Sandre, P. C., Portugal, L. C. L., Máza-de-Oliveira, T., da Silva Chagas, L., Raony, Í., Ferreira, E. S., Giestal-de-Araujo, E., dos Santos, A. A., & Bomfim, P. O.-S. (2021). COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 106, 110171. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110171>

- Demirpençe Seçinti, D., & Akkın Gürbüz, H. G. (2021). The Relationship between Temperamental Characteristics and Internalizing and Externalizing Problems in Early Adolescents Between 11-14 Years Old. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 28(2), 117–123. <https://doi.org/10.4274/tjcamh.galenos.2020.86580>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). Screening for birth-related PTSD: Psychometric properties of the Turkish version of the posttraumatic diagnostic scale in postpartum women in Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1306414. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1306414>
- Dong, H., Yang, F., Lu, X., & Hao, W. (2020). Internet Addiction and Related Psychological Factors Among Children and Adolescents in China During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00751>
- Donnelly, C. L., & Amaya-Jackson, L. (2002). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Pediatric Drugs*, 4(3), 159–170. <https://doi.org/10.2165/00128072-200204030-00003>
- Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X., & Zhu, G. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 14(5), 779–788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Starzyk, K. B., & Sommer, J. L. (2020). Understanding the relationship between traumatic suffering, posttraumatic growth, and prosocial variables. *Journal of American College Health*, 0(0), 1–9. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1705841>

- Erbilgin Gün, S., & Alyanak, B. (2018). Travma, Psikolojik Dayanıklılık ve Aile. *Türkiye Klinikleri - Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 4(3), 49–52.
- Ercan, E. S., Polanczyk, G., Akyol Ardıc, U., Yuce, D., Karacetin, G., Tufan, A. E., Tural, U., Aksu, H., Aktepe, E., Rodopman Arman, A., Başgül, S., Bılac, O., Coşkun, M., Celik, G. G., Karakoc Demirkaya, S., Dursun, B. O., Durukan, İ., Fidan, T., Perdahlı Fiş, N., ... Yıldız, N. (2019). The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(2), 132–140. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574892>
- Ergün, G., Gümüş, F., & Dikeç, G. (2018). Examining the relationship between traumatic growth and psychological resilience in young adult children of parents with and without a mental disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3729–3738. <https://doi.org/10.1111/jocn.14533>
- Erman, H. (2016). Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Klinik Özellikler, Ayırıcı Tanı ve Binişik Durumlar (Komorbidite). *Türkiye Klinikleri - Çocuk Psikiyatrisi Özel Konular*, 2(3), 34–39.
- Eroğlu, M., & Yakşı, N. (2021). COVID-19’la İlişkili Algılanan Tehdit Düzeyi ile Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin İlişkisi: Ebeveynleri COVID-19 Pozitif Olan Çocukların Verileri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47(2), 279–286. <https://doi.org/10.32708/uutfd.917306>
- Esch, P., Bocquet, V., Pull, C., Couffignal, S., Lehnert, T., Graas, M., Fond-Harmant, L., & Ansseau, M. (2014). The downward spiral of mental disorders and educational attainment: A systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*, 14(1), 237. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0237-4>
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263–279. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00039-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00039-0)
- Esterwood, E., & Saeed, S. A. (2020). Past Epidemics, Natural Disasters, COVID19, and Mental Health: Learning from History as we Deal with the Present and Prepare for the Future. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1121–1133.

<https://doi.org/10.1007/s11126-020-09808-4>

- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1988). Propranolol Treatment for Childhood Posttraumatic Stress Disorder, Acute Type: A Pilot Study. *American Journal of Diseases of Children*, 142(11), 1244–1247. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1988.02150110122036>
- Farley, T. M., McWey, L. M., & Ledermann, T. (2021). Trauma and Violence as Predictors of Internalizing and Externalizing Symptoms of Youth in Residential Child Welfare Placements. *Journal of Family Violence*, 36(2), 249–258. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00140-w>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Çinde Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (C. 14, Sayı 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Fernandez-Canani, M. A., Burga-Cachay, S. C., & Valladares-Garrido, M. J. (2022). Association between Family Dysfunction and Post-Traumatic Stress Disorder in School Students during the Second COVID-19 Epidemic Wave in Peru. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9343. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159343>
- Foa, E. F., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A Preliminary Examination of its Psychometric Properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(3), 376–384. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child Maltreatment, Other Trauma Exposure, and Posttraumatic Symptomatology Among Children With Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Child Maltreatment*, 5(3), 205–217. <https://doi.org/10.1177/1077559500005003001>
- Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., & Caldas-De-Almeida, J. M. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 16(1), 115.

<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2720-y>

- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1048–1055. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1048>
- Furr, J. M., Comer, J. S., Edmunds, J. M., & Kendall, P. C. (2010). Disasters and youth: A meta-analytic examination of posttraumatic stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 765–780. <https://doi.org/10.1037/a0021482>
- Ghosh, R., Dubey, M. J., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). Impact of COVID-19 on children: Special focus on the psychosocial aspect. *İçinde Minerva Pediatrica* (C. 72, Sayı 3, ss. 226–235). <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05887-9>
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, 5(11), 1242–1247. <https://doi.org/10.1038/nn958>
- Giller, E. (1999). What Is Psychological Trauma? *İçinde Passages to Prevention: Prevention across Life's Spectrum*. Sidran Institute.
- Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371>
- Giral, P., Martin, P., Soubrié, P., & Simon, P. (1988). Reversal of helpless behavior in rats by putative 5-HT_{1A} agonists. *Biological Psychiatry*, 23(3), 237–242. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90034-0](https://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90034-0)
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018–2024. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2018>
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the strengths and difficulties questionnaire (SDQ): Data from british parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8),

- 1179–1191. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x>
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gori, A., Topino, E., Sette, A., & Cramer, H. (2021). Pathways to post-traumatic growth in cancer patients: moderated mediation and single mediation analyses with resilience, personality, and coping strategies. *Journal of Affective Disorders*, 279, 692–700. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.044>
- Gül, E. (2018). Ergenlik Dönemi, Travmatik Yaşantılar ve Travma Sonrası Gelişim. *Türkiye Klinikleri - Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*, 4(2), 53–58.
- Gul, E., & Karanci, A. N. (2017). What Determines Posttraumatic Stress and Growth Following Various Traumatic Events? A Study in a Turkish Community Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 54–62. <https://doi.org/10.1002/jts.22161>
- Gündüz Ünsal, S., & Gencer, Ö. (2018). Ergenle Klinik Görüşme İlkeleri, Değerlendirme ve Tanılama. *Türkiye Klinikleri - Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*, 4(2), 145–152.
- Guo, J., Fu, M., Liu, D., Zhang, B., Wang, X., & van IJzendoorn, M. H. (2020). Is the psychological impact of exposure to COVID-19 stronger in adolescents with pre-pandemic maltreatment experiences? A survey of rural Chinese adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104667. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104667>
- Guo, Q., Zheng, Y., Shi, J., Wang, J., Li, G., Li, C., Fromson, J. A., Xu, Y., Liu, X., Xu, H., Zhang, T., Lu, Y., Chen, X., Hu, H., Tang, Y., Yang, S., Zhou, H., Wang, X., Chen, H., ... Yang, Z. (2020). Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: A mixed-method study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.038>
- Güvenir, T., Özbek, A., Baykara, B., Arkar, H., Şentürk, B., & İncekaş, S. (2008). Güçler Ve Güçlükler Anketinin (Gga) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(2), 65–74.
- Hafstad, G. S., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Raeder, S. (2010). Parental Adjustment, Family Functioning, and Posttraumatic Growth Among Norwegian Children and

- Adolescents Following a Natural Disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 248–257. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01028.x>
- Hafstad, G. S., Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2011). Posttraumatic growth among norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 130–138. <https://doi.org/10.1037/a0023236>
- Hamam, A. A., Milo, S., Mor, I., Shaked, E., Eliav, A. S., & Lahav, Y. (2021). Peritraumatic reactions during the COVID-19 pandemic – The contribution of posttraumatic growth attributed to prior trauma. *Journal of Psychiatric Research*, 132(June 2020), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.029>
- Hamby, S., Grych, J., & Banyard, V. (2017). Resilience portfolios and poly-strengths: Identifying protective factors associated with thriving after adversity. *Psychology of Violence*, 8(2), 172–183. <https://doi.org/10.1037/vio0000135>
- Hamner, M. B., Faldowski, R. A., Robert, S., Ulmer, H. G., Horner, M. D., & Lorberbaum, J. P. (2009). A preliminary controlled trial of divalproex in posttraumatic stress disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 21(2), 89–94.
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>
- Harmon, R. J., & Riggs, P. D. (1996). Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1247–1249. <https://doi.org/10.1097/00004583-199609000-00022>
- Hart, H., & Rubia, K. (2012). Neuroimaging of child abuse: A critical review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6(MARCH 2012), 1–24. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00052>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206–1212.

<https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>

- Herres, J., Williamson, A. A., Kobak, R., Layne, C. M., Kaplow, J. B., Saltzman, W. R., & Pynoos, R. S. (2017). Internalizing and Externalizing Symptoms Moderate Treatment Response to School-Based Trauma and Grief Component Therapy for Adolescents. *School Mental Health*, 9(2), 184–193. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9204-1>
- Hertzberg, M. A., Butterfield, M. I., Feldman, M. E., Beckham, J. C., Sutherland, S. M., Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (1999). A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45(9), 1226–1229. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00011-6](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00011-6)
- Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007316.pub2>
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows* (25.0). IBM Corp.
- Ikizer, G., Karanci, A. N., Gul, E., & Dilekler, I. (2021). Post-traumatic stress, growth, and depreciation during the COVID-19 pandemic: evidence from Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1872966>
- Imran, N., Aamer, I., Sharif, M. I., Bodla, Z. H., & Naveed, S. (2020). Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(5), 1106–1116. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>
- Jian, Y., Hu, T., Zong, Y., & Tang, W. (2022). Relationship between post-traumatic disorder and posttraumatic growth in COVID-19 home-confined adolescents: The moderating role of self-efficacy. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02515-8>
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221(3), 264–266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Jielsing, C., & Xinchun, W. (2017). Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic

- growth among children and adolescents following an earthquake: a latent profile analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(1), 23–29. <https://doi.org/10.1111/camh.12175>
- Kadak, M. T., Boysan, M., Ceylan, N., & Çeri, V. (2014). Psychometric properties of the Turkish version of the Child PTSD Symptom Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1435–1441. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.001>
- Kağan, M., Güleç, M., Boysan, M., & Çavuş, H. (2012). Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(5), 617–624.
- Kanbur, N., & Akgül, S. (2020). Quaranteenagers: A Single Country Pandemic Curfew Targeting Adolescents in Turkey. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 296–297. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.007>
- Kant, R., Chalansani, R., Chengappa, K. N. R., & Dieringer, M. F. (2004). The Off-Label Use of Clozapine in Adolescents with Bipolar Disorder, Intermittent Explosive Disorder, or Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14(1), 57–63. <https://doi.org/10.1089/104454604773840490>
- Karanci, A. N., Işıklı, S., Aker, A. T., Gül, E. I., Erkan, B. B., Özkol, H., & Güzel, H. Y. (2012). Personality, posttraumatic stress and trauma type: Factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 3. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17303>
- Karataş, Z. (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 3–17.
- Kaufman, J., Cook, A., Arny, L., Jones, B., & Pittinsky, T. (1994). Problems defining resiliency: Illustrations from the study of maltreated children. *Development and Psychopathology*, 6(1), 215–229. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005964>
- Kelly, H., Peck, H. A., Laurie, K. L., Wu, P., Nishiura, H., & Cowling, B. J. (2011). The age-specific cumulative incidence of infection with pandemic influenza H1N1 2009 was similar in various countries prior to vaccination. *PLoS ONE*, 6(8), e21828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021828>
- Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2010). Exploring posttraumatic growth in children

- impacted by Hurricane Katrina: Correlates of the phenomenon and developmental considerations. *Child Development*, 81(4), 1211–1227. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01463.x>
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Griesse, B., Hardy, S. J., Hafstad, G. S. ofi., & Alisic, E. (2014). Posttraumatic growth in children and youth: clinical implications of an emerging research literature. *The American journal of orthopsychiatry*, 84(5), 506–518. <https://doi.org/10.1037/ort0000016>
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Buchanan, T., & Taku, K. (2009). Use of the revised posttraumatic growth inventory for children. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 248–253. <https://doi.org/10.1002/jts.20410>
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692–700. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.692>
- Kim, G., Shin, J., & Kim, J. W. (2021). The mediating role of internalizing and externalizing symptoms in the relationship between childhood trauma and suicidality among adolescents: a structural equation model. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00434-x>
- Kılıç, E. Z. (2018). Travmanın Kuşaklararası Aktarımı. *Türkiye Klinikleri - Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 4(3), 18–24.
- Kılınçel, Ş., Kılınçel, O., Muratdağı, G., Aydın, A., & Usta, M. B. (2021). Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(2). <https://doi.org/10.1111/appy.12406>
- Klosky, J. L., Krull, K. R., Kawashima, T., Leisenring, W., Randolph, M. E., Zebrack, B., Stuber, M. L., Robison, L. L., & Phipps, S. (2014). Relations between posttraumatic stress and posttraumatic growth in long- term survivors of childhood cancer: A report from the childhood cancer survivor study. *Health*

- Psychology*, 33(8), 878–882. <https://doi.org/10.1037/hea0000076>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., De Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kramer, L. B., Whiteman, S. E., Witte, T. K., Silverstein, M. W., & Weathers, F. W. (2020). From trauma to growth: The roles of event centrality, posttraumatic stress symptoms, and deliberate rumination. *Traumatology*, 26(2), 152–159. <https://doi.org/10.1037/trm0000214>
- Kroska, E. B., Roche, A. I., & O'Hara, M. W. (2018). Childhood Trauma and Somatization: Identifying Mechanisms for Targeted Intervention. *Mindfulness*, 9(6), 1845–1856. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0927-y>
- Lafleur, D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., Levy, H. C., & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 513–519. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.005>
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Timm, K., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1276–1283. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181045.13960.67>
- Lanius, U. F. (2014). Dissociation and endogenous opioids: A foundational role. *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: Toward an embodied self*, 81–104.
- Lau, J. T. F., Yang, X., Tsui, H. Y., Pang, E., & Wing, Y. K. (2006). Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *Journal of Infection*, 53(2), 114–124. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2005.10.019>
- Laufer, A., Raz-Hamama, Y., Levine, S. Z., & Solomon, Z. (2009). Posttraumatic growth in adolescence: The role of religiosity, distress, and forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(7), 862–880.

<https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.7.862>

- Laufer, A., & Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(4), 429–447. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.4.429>
- Lee, D., Yu, E. S., & Kim, N. H. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1704563. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1704563>
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health, 4*(6), 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry, 87*, 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
- Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Knapp, A., Bunaciu, L., Blumenthal, H., & Amstadter, A. B. (2013). Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress: Review of the literature and research agenda. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1106–1133. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.09.001>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 282–286. <https://doi.org/10.1002/jts.20409>
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry, 6*(3), 247–256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Liebenberg, L., Ungar, M., & Leblanc, J. C. (2013). CYRM-12 (Child and Adolescent Youth Resilience Measure): A Brief Measure of Resilience. *Revue Canadienne De Santé Publique, 104*(2), 131–135.

- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Linley, P. A., Joseph, S., & Goodfellow, B. (2008). Positive Changes in Outlook Following Trauma and Their Relationship to Subsequent Posttraumatic Stress, Depression, and Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 877–891. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.8.877>
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(5), 347–349. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287(March), 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Ludwig, L., Pasman, J. A., Nicholson, T., Aybek, S., David, A. S., Tuck, S., Kanaan, R. A., Roelofs, K., Carson, A., & Stone, J. (2018). Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 307–320. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30051-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30051-8)
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Main, A., Zhou, Q., Ma, Y., Luecken, L. J., & Liu, X. (2011). Relations of sars-related stressors and coping to chinese college students' psychological adjustment during the 2003 beijing sars epidemic. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 410–423. <https://doi.org/10.1037/a0023632>

- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>
- Masoom Ali, S., Yildirim, M., Abdul Hussain, S., & Vostanis, P. (2020). Self-reported mental health problems and post-traumatic growth among children in Pakistan care homes. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 30(1), 62–76. <https://doi.org/10.1080/02185385.2019.1710726>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments: Lessons from Research on Successful Children. *American Psychologist*, 53(2), 205–220. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.205>
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11(1), 143–169. <https://doi.org/10.1017/S0954579499001996>
- Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism: Pathways of Risk and Resilience. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 227–257. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100356>
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345–361. <https://doi.org/10.1017/S095457941200003X>
- McClatchey, I. S. (2020). Trauma-Informed Care and Posttraumatic Growth Among Bereaved Youth: A Pilot Study. *Omega (United States)*, 82(2), 196–213. <https://doi.org/10.1177/0030222818804629>
- Mcdonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: The role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23(1), 114–120. <https://doi.org/10.1002/pon.3380>
- Meighen, K. G., Hines, L. A., & Lagges, A. M. (2007). Risperidone treatment of

- preschool children with thermal burns and acute stress disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(2), 223–232. <https://doi.org/10.1089/cap.2006.0121>
- Menculini, G., Albert, U., Bianchini, V., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell’Osso, B., Fabrazzo, M., Perris, F., Sampogna, G., Nanni, M. G., Pompili, M., Sani, G., Volpe, U., & Tortorella, A. (2021). Did we learn something positive out of the COVID-19 pandemic? Post-traumatic growth and mental health in the general population. *European Psychiatry*, 64(1), e79. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2263>
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 949–964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.003>
- Milam, J. E., Ritt-Olson, A., & Unger, J. B. (2004). Posttraumatic Growth among Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19(2), 192–204. <https://doi.org/10.1177/0743558403258273>
- Mills, M. S., Embury, C. M., Klanecky, A. K., Khanna, M. M., Calhoun, V. D., Stephen, J. M., Wang, Y. P., Wilson, T. W., & Badura-Brack, A. S. (2020). Traumatic Events Are Associated with Diverse Psychological Symptoms in Typically-Developing Children. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 13(4), 381–388. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00284-y>
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O’Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A., & Rimer, B. K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17(9), 948–953. <https://doi.org/10.1002/pon.1313>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Post-traumatic stress disorder. *NICE Guideline, NG116*.
- Nearchou, F., Hennessy, E., Flinn, C., Niland, R., & Subramaniam, S. S. (2020). Exploring the impact of covid-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systematic review. *İçinde International Journal of Environmental Research and Public Health* (C. 17, Sayı 22, ss. 1–19). <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
- Nelson, L. P., Lachman, S. E., Li, S. W., & Gold, J. I. (2019). The effects of family

- functioning on the development of posttraumatic stress in children and their parents following admission to the PICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(4), E208–E215. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001894>
- Nemeroff, C. B. (2016). Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*, 89(5), 892–909.
- Newport, D. J., & Nemeroff, C. B. (2000). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 10(2), 211–218. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(00\)00080-5](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(00)00080-5)
- Nikulina, V., Hergenrother, J. M., Brown, E. J., Doyle, M. E., Filton, B. J., & Carson, G. S. (2008). From efficacy to effectiveness: The trajectory of the treatment literature for children with PTSD. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(8), 1233–1246. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.8.1233>
- North, C. S. (2016). Disaster Mental Health Epidemiology: Methodological Review and Interpretation of Research Findings. *Psychiatry (New York)*, 79(2), 130–146. <https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1155926>
- North, C. S., Surís, A. M., & Pollio, D. E. (2021). A nosological exploration of PTSD and trauma in disaster mental health and implications for the COVID-19 pandemic. *Behavioral Sciences*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.3390/bs11010007>
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1390–1396. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1390>
- O'Donnell, T., Hegadoren, K. M., & Coupland, N. C. (2004). Noradrenergic Mechanisms in the Pathophysiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Neuropsychobiology*, 50(4), 273–283. <https://doi.org/10.1159/000080952>
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1–11. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>

- Özgüç, S., Tanrıverdi, D., Güner, M., & Kaplan, S. N. (2022). The Examination of Stress Symptoms and Posttraumatic Growth in the Patients Diagnosed with Covid-19. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103274. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103274>
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71–105. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x>
- Park, H. Y., Park, W. B., Lee, S. H., Kim, J. L., Lee, J. J., Lee, H., & Shin, H. S. (2020). Posttraumatic stress disorder and depression of survivors 12 months after the outbreak of Middle East respiratory syndrome in South Korea. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08726-1>
- Perçinel Yazıcı, İ., & Yazıcı, K. U. (2020). Okul Öncesi Çocuklarda Pandeminin Ruhsal Etkileri. *Türkiye Klinikleri - COVID-19 Pandemisi ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı*, 191(48), 1–6.
- Perry, B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: PTSD in children. İçinde M. M. Murburg (Ed.), *Catecholamine function in posttraumatic stress disorder: Emerging concepts*. American Psychiatric Association.
- Pervanidou, P., Kolaitis, G., Charitaki, S., Lazaropoulou, C., Papassotiriou, I., Hindmarsh, P., Bakoula, C., Tsiantis, J., & Chrousos, G. P. (2007). The Natural History of Neuroendocrine Changes in Pediatric Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) After Motor Vehicle Accidents: Progressive Divergence of Noradrenaline and Cortisol Concentrations Over Time. *Biological Psychiatry*, 62(10), 1095–1102. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.02.008>
- Peters, J., Bellet, B. W., Jones, P. J., Wu, G. W. Y., Wang, L., & McNally, R. J. (2021). Posttraumatic stress or posttraumatic growth? Using network analysis to explore the relationships between coping styles and trauma outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102359>
- Petty, F., Kramer, G. L., & Wu, J. (1997). Serotonergic modulation of learned helplessness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1 Psychobiology), 538–541. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48324.x>
- Pfefferbaum, B., & Shaw, J. A. (2013). Practice parameter on disaster preparedness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(11),

1224–1238. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.08.014>

- Pırıldar, Ş. (2018). Çocuk ve Ergenlikte Sık Görülen Ruhsal Bozuklukların Prognozu ve Erişkin Ruhsal Bozuklukları ile İlişkisi. *Türkiye Klinikleri - Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*, 4(2), 215–219.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 71–83. <https://doi.org/10.1002/jclp.10117>
- Qi, M., Zhou, S.-J., Guo, Z.-C., Zhang, L.-G., Min, H.-J., Li, X.-M., & Chen, J.-X. (2020). The Effect of Social Support on Mental Health in Chinese Adolescents During the Outbreak of COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 514–518. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.001>
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375–387. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90041-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90041-9)
- Reebye, P., Moretti, M. M., Wiebe, V. J., & Lessard, J. C. (2000). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents with Conduct Disorder: Sex Differences and Onset Patterns. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(8), 746–751. <https://doi.org/10.1177/070674370004500808>
- Remmerswaal, D., & Muris, P. (2011). Children's fear reactions to the 2009 Swine Flu pandemic: The role of threat information as provided by parents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 444–449. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.008>
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*, 136(7), 997–1007. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- Robb, A. S., Cueva, J. E., Sporn, J., Yang, R., & Vanderburg, D. G. (2010). Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(6), 463–471. <https://doi.org/10.1089/cap.2009.0115>
- Robert, R., Blakeney, P. E., Villarreal, C., Rosenberg, L., & Meyer, W. J. (1999).

- Imipramine treatment in pediatric burn patients with symptoms of acute stress disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(7), 873–882. <https://doi.org/10.1097/00004583-199907000-00018>
- Robert, R., Tcheung, W. J., Rosenberg, L., Rosenberg, M., Mitchell, C., Villarreal, C., Thomas, C., Holzer, C., & Meyer, W. J. (2008). Treating thermally injured children suffering symptoms of acute stress with imipramine and fluoxetine: A randomized, double-blind study. *Burns*, 34(7), 919–928. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2008.04.009>
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>
- Sabharwal, A., Goyal, B., & Unni, K. N. S. (2020). Effect of Lockdown due to COVID-19 on Psychological Health of Young Adults- A Survey Report. *The Journal of Medical Research*, 6(5), 203–211. <https://doi.org/10.31254/jmr.2020.6507>
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P. V., & McHugh, M. (2002). An analysis of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with and without PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 462–470. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.462>
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 163–188. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00086-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00086-1)
- Şar, V. (2018). Çocukluk ve Travma: Psikotarihsel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri - Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 4(3), 12–17.

- Savcı, U., & Tufan, A. E. (2016). Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Prognoz. *Türkiye Klinikleri - Çocuk Psikiyatrisi Özel Konular*, 2(3), 64–67.
- Saxe, G., Stoddard, F., Courtney, D., Cunningham, K., Chawla, N., Sheridan, R., King, D., & King, L. (2001). Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 915–921. <https://doi.org/10.1097/00004583-200108000-00013>
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561–570. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14>
- Selçuk, E. B., Demir, A. Ç., Erbay, L. G., Özcan, Ö. Ö., Gürer, H., & Dönmez, Y. E. (2021). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in adolescents during the COVID-19 outbreak and associated factors. *International Journal of Clinical Practice*, 75(11). <https://doi.org/10.1111/ijcp.14880>
- Self-Brown, S., Lai, B. S., Thompson, J. E., McGill, T., & Kelley, M. Lou. (2013). Posttraumatic stress disorder symptom trajectories in Hurricane Katrina affected youth. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 198–204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.002>
- Selim, S., & Üçdoğruk, Ş. (2005). Türkiye’de Doğurganlık: Kalite-Miktar Yaklaşımı. *Nüfusbilim Dergisi/Turkish Journal of Population Studies*, 27(1), 49–66.
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
- Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1–2), 35–67. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00038-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00038-3)
- Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical*

- Neuroscience*, 13(3), 263–278.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jsherin>
- Sherman, A. C., Williams, M. L., Amick, B. C., Hudson, T. J., & Messias, E. L. (2020). Mental health outcomes associated with the COVID-19 pandemic: Prevalence and risk factors in a southern US state. *Psychiatry Research*, 293. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113476>
- Silove, D. (1998). Is Posttraumatic Stress Disorder an Overlearned Survival Response? An Evolutionary-Learning Hypothesis. *Psychiatry*, 61(2), 181–190. <https://doi.org/10.1080/00332747.1998.11024830>
- Sim, K., Huak Chan, Y., Chong, P. N., Chua, H. C., & Wen Soon, S. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.004>
- Smith, W. G. (2008). Does gender influence online survey participation? A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. *Eric Ed501717*, 1–21.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model Potential Mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Southwick, S. M., Bremner, J. D., Rasmusson, A., Morgan, C. A., Arnsten, A., & Charney, D. S. (1999). Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 46(9), 1192–1204. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00219-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00219-X)
- Southwick, S. M., Krystal, J. H., Bremner, J. D., Morgan, C. A., Nicolaou, A. L., Nagy, L. M., Johnson, D. R., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1997). Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(8), 749–758. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830200083012>
- Soylu, N. (2018). Çocuk ve Ergenlerde Travmaya Bilişsel Davranışçı Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri - Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 4(3), 90–96.
- Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman,

- M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 299–326. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531>
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1), 105–110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
- Squire, L. R., & Zola, S. M. (1996). Structure and function of declarative and nondeclarative memory systems. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 93(24), 13515–13522. <https://doi.org/10.1073/pnas.93.24.13515>
- Stathis, S., Martin, G., & McKenna, J. G. (2005). A preliminary case series on the use of quetiapine for posttraumatic stress disorder in juveniles within a youth detention center. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(6), 539–544. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000186901.79861.e2>
- Steardo, L., Steardo, L., & Verkhatsky, A. (2020). Psychiatric face of COVID-19. *İçinde Translational Psychiatry* (C. 10, Sayı 1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00949-5>
- Stein, D. J., Craske, M. A., Friedman, M. J., & Phillips, K. A. (2014). Anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, trauma-and stressor-related disorders, and dissociative disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 171(6), 611–613. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14010003>
- Steiner, H., Saxena, K. S., Carrion, V., Khanzode, L. A., Silverman, M., & Chang, K. (2007). Divalproex sodium for the treatment of PTSD and conduct disordered youth: A pilot randomized controlled clinical trial. *Child Psychiatry and Human Development*, 38(3), 183–193. <https://doi.org/10.1007/s10578-007-0055-8>
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 61–75. <https://doi.org/10.1002/jclp.1129>
- Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., Hammad, T. A., Temple, R., & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in

- clinical trials of antidepressants in adults: Analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ (Online)*, 339(7718), 431–434. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2880>
- Szcześniak, D., Gładka, A., Misiak, B., Cyran, A., & Rymaszewska, J. (2021). The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104(June 2020). <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110046>
- Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). The Role of Rumination in the Coexistence of Distress and Posttraumatic Growth Among Bereaved Japanese University Students. *Death Studies*, 32(5), 428–444. <https://doi.org/10.1080/07481180801974745>
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., Chen, S., & Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, 274(March), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009>
- Tanır, Y., & Kılıç, B. G. (2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri - Çocuk Psikiyatrisi Özel Konular*, 2(3), 59–63.
- Taş Torun, Y., & Işık Taner, Y. (2016). Anksiyete Bozukluklarının ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri, Ayırıcı Tanıları ve Komorbid Durumlar. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi - Özel Konular*, 2(3), 26–33.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive Illusions and Coping with Adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873–898. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020a). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*, 37(8), 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020b). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory:

- Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tengilimoğlu, D., Zekioğlu, A., Tosun, N., Işık, O., & Tengilimoğlu, O. (2021). Impacts of COVID-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. *Legal Medicine*, 48(November 2020). <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2020.101811>
- Thabet, A. M., & ElRabbaiy, A. (2018). Posttraumatic Stress and Growth among War-Exposed Orphans in the Gaza Strip. *The Arab Journal of Psychiatry*, 29(2), 131–144. <https://doi.org/10.12816/0051278>
- The Lancet Child & Adolescent Health. (2020). Prioritising children’s rights in the COVID-19 response. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(7), 479. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30172-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30172-3)
- Thomas, E. (2020). Coronavirus: Impact on young people with mental health needs. *YoungMinds*, March, 1–14.
- Tomaszek, K., & Muchacka-Cymerman, A. (2020). Thinking about my existence during COVID-19, i feel anxiety and awe—the mediating role of existential anxiety and life satisfaction on the relationship between PTSD symptoms and post-traumatic growth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197062>
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Tso, W. W. Y., Wong, R. S., Tung, K. T. S., Rao, N., Fu, K. W., Yam, J. C. S., Chua, G. T., Chen, E. Y. H., Lee, T. M. C., Chan, S. K. W., Wong, W. H. S., Xiong, X., Chui, C. S., Li, X., Wong, K., Leung, C., Tsang, S. K. M., Chan, G. C. F., Tam, P. K. H., ... Lp, P. (2020). Vulnerability and resilience in children during the COVID-19 pandemic. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01680-8>

- Tucker, P., Trautman, R. P., Wyatt, D. B., Thompson, J., Wu, S. C., Capece, J. A., & Rosenthal, N. R. (2007). Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 201–206. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0204>
- Tunca, H., & Güney, E. (2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri - Çocuk Psikiyatrisi Özel Konular*, 2(3), 20–25.
- Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı. (2020). *Haberler*. <https://www.icisleri.gov.tr/haberler-yeni>
- Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı. (2021). *Haberler*. <https://www.icisleri.gov.tr/haberler-yeni>
- Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı. (2020). *Haberler*. http://www.meb.gov.tr/meb_haberindex.php?dil=tr
- Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı. (2021). *Haberler*. http://www.meb.gov.tr/meb_haberindex.php?dil=tr
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022a). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021*. Haber Bülteni. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022b). *Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2021*. Haber Bülteni. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-ve-Yasam-Kosullari-Arastirmasi-2021-45581>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022c). *İstatistiklerle Aile, 2021*. Haber Bülteni. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2021-45632>
- Uçakkuş, P., Şeremet, G. G., Çilhoroz, Y., & Arslan Çilhoroz, İ. (2021). Covid-19 Sürecinin Bireylerin Yaşamı Üzerindeki Mali Yansımaları (Financial Reflections of the Covid-19 Process on Individuals Life). *İşletme Akademisi Dergisi/Journal of Business Academy*, 4(2), 332–349. <https://doi.org/10.26677/TR1010.2021.911>
- Ulset, V. S., & von Soest, T. (2022). Posttraumatic growth during the COVID-19 lockdown: A large-scale population-based study among Norwegian adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 35(3), 941–954. <https://doi.org/10.1002/jts.22801>
- Ünaldı, N., & Alyanak, B. (2018). Travma ile İlişkili Bozukluklar ve Dışsallaştırma Boyutu. *Türkiye Klinikleri - Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik*

- Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 4(3), 53–58.
- Üneri, Ö. Ş. (2016). Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Psikoterapötik Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri - Çocuk Psikiyatrisi Özel Konular*, 2(3), 40–46.
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the Child and youth resilience measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(2), 126–149. <https://doi.org/10.1177/1558689811400607>
- Van Der Kolk, B. A. (1997). The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(SUPPL. 9), 16–24. <https://doi.org/10.1002/0471468975.ch11>
- van der Kolk, B., Greenberg, M., Boyd, H., & Krystal, J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post traumatic stress. *Biological Psychiatry*, 20(3), 314–325. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(85\)90061-7](https://doi.org/10.1016/0006-3223(85)90061-7)
- Vazquez, C., Valiente, C., García, F. E., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., & Bentall, R. P. (2021). Post-Traumatic Growth and Stress-Related Responses During the COVID-19 Pandemic in a National Representative Sample: The Role of Positive Core Beliefs About the World and Others. *Journal of Happiness Studies*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00352-3>
- Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C., & Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(5), 397–404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 110–120. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x>
- Wagner, K. D. (2020). Addressing the experience of children and adolescents during the CoviD-19 pandemic. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.20ED13394>

- Waltes, R., Chiocchetti, A. G., & Freitag, C. M. (2016). The neurobiological basis of human aggression: A review on genetic and epigenetic mechanisms. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 171(5), 650–675. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32388>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, M. Te, & Peck, S. C. (2013). Adolescent educational success and mental health vary across school engagement profiles. *Developmental Psychology*, 49(7), 1266–1276. <https://doi.org/10.1037/a0030028>
- Whittle, S., Bray, K., Lin, S., & Schwartz, O. (2020). Parenting and child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/ag2r7>
- Wolchik, S. A., Coxe, S., Tein, J. Y., Sandler, I. N., & Ayers, T. S. (2009). Six-Year Longitudinal Predictors of Posttraumatic Growth in Parentally Bereaved Adolescents and Young Adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 58(2), 107–128. <https://doi.org/10.2190/OM.58.2.b>
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Krueger, R. F., Lyons, M. J., Tsuang, M. T., & Koenen, K. C. (2010). Posttraumatic stress disorder and the genetic structure of comorbidity. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 320–330. <https://doi.org/10.1037/a0019035>
- World Health Organization. (2002). *Adolescent Friendly Health Services: An agenda for change*.
- World Health Organization. (2018). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*.
- World Health Organization. (2021). *Ebola virus disease*. Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>
- World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean. (2022). *MERS*

- situation update, February 2022. Middle East respiratory syndrome. <http://www.emro.who.int/health-topics/mers-cov/mers-outbreaks.html>
- Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J., & Song, R. (2020). Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatrics*, 174(9), 898–900. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277(June), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Xu, J., & Liao, Q. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic growth among adult survivors one year following 2008 Sichuan earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 133(1–2), 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.034>
- Yapıcı, Ş. (2010). Family and Education Relation In the Community. *Journal of Turkish Studies*, Volume 5 I(5), 1544–1570. <https://doi.org/10.7827/turkishstudies.1495>
- Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J., Marcus, S. M., & Berkowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90(7), 4115–4118. <https://doi.org/10.1210/jc.2005-0550>
- Yehuda, R., Giller, E. L., Southwick, S. M., Lowy, M. T., & Mason, J. W. (1991). Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 30(10), 1031–1048. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(91\)90123-4](https://doi.org/10.1016/0006-3223(91)90123-4)
- Yılmaz Irmak, T. (2018). Ergenlikte Dayanıklılık: Risk ve Koruyucu Faktörler. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi - Özel Konular*, 4(2), 40–45.
- Yılmaz, M. (2015). Türkiye’de Kırsal Nüfusun Değişimi ve İllere Göre Dağılımı (1980-2012). *Doğu Coğrafya Dergisi*, 20(33), 161. <https://doi.org/10.17295/dcd.71070>
- Yu, X. nan, Lau, J. T. F., Zhang, J., Mak, W. W. S., Choi, K. C., Lui, W. W. S., Zhang,

- J., & Chan, E. Y. Y. (2010). Posttraumatic growth and reduced suicidal ideation among adolescents at month 1 after the Sichuan Earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 327–331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.019>
- Zebrack, B. J., Stuber, M. L., Meeske, K. A., Phipps, S., Krull, K. R., Liu, Q., Yasui, Y., Parry, C., Hamilton, R., Robison, L. L., & Zeltzer, L. K. (2012). Perceived positive impact of cancer among long-term survivors of childhood cancer: A report from the childhood cancer survivor study. *Psycho-Oncology*, 21(6), 630–639. <https://doi.org/10.1002/pon.1959>
- Zeyrek, İ., & İşeri, E. (2020). COVID-19 Pandemisi ve Çocuk Ruh Sağlığı. *Türkiye Klinikleri - Psikiyatri ve COVID-19*, 1(48), 72–79.
- Zhang, C., Ye, M., Fu, Y., Yang, M., Luo, F., Yuan, J., & Tao, Q. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Teenagers in China. *Journal of Adolescent Health*, 67(6), 747–755. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.026>
- Zhen, B., Yao, B., & Zhou, X. (2022). How does parent–child communication affects posttraumatic stress disorder and growth in adolescents during the COVID-19 pandemic? The mediating roles of self-compassion and disclosure. *Journal of Affective Disorders*, 306, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.029>
- Zhou, J., Wang, Y., Bu, T., Zhang, S., Chu, H., Li, J., He, J., Zhang, Y., Liu, X., Qiao, Z., Yang, X., & Yang, Y. (2021). Psychological Impact of COVID-19 Epidemic on Adolescents: A Large Sample Study in China. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.769697>
- Zhou, J., Yuan, X., Qi, H., Liu, R., Li, Y., Huang, H., Chen, X., & Wang, G. (2020). Prevalence of depression and its correlative factors among female adolescents in China during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Globalization and Health*, 16(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00601-3>
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749–758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
- Zhou, X., & Wu, X. (2016). The relationship between rumination, posttraumatic stress

- disorder, and posttraumatic growth among Chinese adolescents after earthquake: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.076>
- Zito, J. M., Safer, D. J., Berg, L. T. de J. den, Janhsen, K., Fegert, J. M., Gardner, J. F., Glaeske, G., & Valluri, S. C. (2008). A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-26>
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>
- Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 245–263. <https://doi.org/10.1002/jclp.20441>
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295–2303. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2012.08.009>