

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Prof.Dr. Kayıhan Oğuz Karamustafahoğlu

2013 YILINDA GERÇEKLEŞTİRİLEN REYHANLI BOMBALI SALDIRILARI
SONUCUNDA BÖLGEDE BULUNANLARIN TRAVMA SONRASI STRES VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

SEDA UĞRAŞ

İSTANBUL, 2023

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Prof.Dr. Kayıhan Oğuz Karamustafaloğlu

2013 YILINDA GERÇEKLEŞTİRİLEN REYHANLI BOMBALI SALDIRILARI
SONUCUNDA BÖLGEDE BULUNANLARIN TRAVMA SONRASI STRES VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

SEDA UĞRAŞ

İSTANBUL, 2023

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum 2013 YILINDA GERÇEKLEŞTİRİLEN REYHANLI BOMBALI SALDIRILARI SONUCUNDA BÖLGEDE BULUNANLARIN TRAVMA SONRASI STRES VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun Şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gősterildiđini ve çalışmanın içinde kullanıldığları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

20/12/2023

Seda UŐRAŐ

ÖZET

2013 YILINDA GERÇEKLEŞTİRİLEN REYHANLI BOMBALI SALDIRILARI SONUCUNDA BÖLGEDE BULUNANLARIN TRAVMA SONRASI STRES VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Seda UĞRAŞ

Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

Aralık, 2023 – 166 sayfa

Amaç: 11 Mayıs 2013 yılında Türkiye tarihinin en kanlı terör eylemlerinden biri gerçekleştirilmiş ve 53 vatandaş hayatını kaybetmiş, 146 vatandaş da yaralanmıştır. Hatay Reyhanlı’da art arda 2 patlama gerçekleşmiştir. Çalışmanın hedefi 11 Mayıs 2013 yılında saat 13.37’de belediye binası önünde ve 13.40’ da belediye binasına yaklaşık 700 m uzaklıkta olan PTT binası önünde art arda 2 bombalı eylem düzenlenen patlamalar esnasında bölgede olanların travma sonrası stres ve depresyon düzeylerinin incelenmesidir. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini Reyhanlı bombalı saldırıları esnasında orada bulunan ve patlamaya işitsel veya görsel olarak maruz kalmış 308 gönüllü oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini Hatay 2013 yılında gerçekleşen bombalı saldırılar sırasında Reyhanlı’da olup patlamaya işitsel veya görsel olarak maruz kalmış kişiler oluşturmaktadır. Gruplar Reyhanlı’da bulunanlar (grup 1) ve

Reyhanlı dışında Hatay il merkezi ve ilçelerinde bulunanlar (grup 2) olarak sınıflandırılmıştır. Ölçeğin uygulandığı sayı gerekli istatistiksel analizlerin yapılmasını olanaklı kılmıştır. **Tartışma:** Çalışmanın sonucunda patlamalar esnasında Reyhanlı'da bulunanların travma sonrası stres ($p=.000^{**}$) ve depresyon düzeyleri ($p=.000^{**}$), olay yerinden uzakta olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği için Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı .859 olarak hesaplanmıştır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi için Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı .972 olarak hesaplanmıştır. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu için Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı .937 olarak hesaplanmıştır. **Sonuçlar:** Çıkan sonuç doğrultusunda yardıma ihtiyacı olduğu tespit edilen bireylere yapılacak olan ruhsal yardımın boyutunun belirlenmesi ve neler yapılabileceğinin tespitinin yapılması amaçlanmaktadır. Böylece yaşanacak benzer olaylarda travmaya maruz kalmış kişilere uygulanacak ruhsal yardım süreçleri önceden belirlenmiş olacak ve halk sağlığı korunarak daha kötüye gidilmesinin önüne geçilmesi sağlanmış olacaktır. Çalışmanın hipotezleri sınanmış ve ön görülen sonuçlar elde edilmiştir. Patlamaya direk maruz kalmış kişilerde diğerlerine oranla daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu görülmüştür ($t_{(283,642)} = -6,670; p < .01$). Patlamadan sonra travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerde depresyon diğerlerine oranla daha fazla görülmüştür ($r = ,475; p < ,01$). Çocukluk çağı travmaları olan bireylerde Reyhanlı patlamasından sonra travma sonrası stres bozukluğu daha fazla görülmüştür ($r = ,193; p < ,01$).

Anahtar Kelimeler : Terör, bombalı saldırı, travma sonrası stres, depresyon.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF POST-TRAUMATIC STRESS AND DEPRESSION LEVELS OF PEOPLE IN THE REGION AS A RESULT OF THE REYHANLI BOMB ATTACKS IN 2013

Seda UĞRAŞ

Thesis of PhD, Department of Social Sciences

Supervisor : Prof. Dr. Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

December, 2023 – 166 pages

Purpose: On May 11, 2013, one of the bloodiest terrorist acts in the history of Turkey was carried out and 53 citizens lost their lives and 146 were injured. There were 2 explosions in Hatay Reyhanlı. The aim of the study is to examine the post-traumatic stress and depression levels of those who happened in Reyhanlı district of Hatay during the explosions in front of the municipality building at 13.37 on 11 May 2013 and at 13.40 in front of the PTT building, which is approximately 700 m away from the municipality building. **Method:** The sample of the research consists of 308 volunteers who were there during the bomb attacks in Reyhanlı and were visually or audibly exposed to the explosion. The population of the research consists of people who were in Reyhanlı during the bomb attacks in Hatay 2013 and were visually or audibly exposed to the explosion. The groups are classified as those located in Reyhanlı (group 1) and those located in Hatay city center and districts of Hatay outside Reyhanlı (group 2). The number of times the scale was applied made it possible to make the necessary statistical

analyzes. **Discussion:** As a result of the study, post-traumatic stress ($p=.000^{**}$) of those present in Reyhanlı during the explosions. and depression levels ($p=.000^{**}$) were higher than those far from the scene. The Cronbach's Alpha reliability coefficient for the Childhood Mental Trauma Scale was calculated as .859. The Cronbach's Alpha reliability coefficient for the Post Traumatic Stress Disorder Checklist was calculated as .972. The Cronbach's Alpha reliability coefficient for the Rapid Depressive Symptom Inventory-Self-Report Form was calculated as .937. **Results:** In line with the result, it is aimed to determine the extent of the spiritual help to be given to individuals who are determined to need help and to determine what can be done. Thus, the mental aid processes to be applied to people who have been exposed to trauma in similar events will be determined in advance and it will be ensured that public health is protected and prevention of worsening is ensured. The hypotheses of the study were tested and the predicted results were obtained. People who were directly exposed to the explosion had a higher incidence of post-traumatic stress disorder than others ($t(283,642) = -6,670; p < .01$). Depression was more common in individuals with post-traumatic stress disorder after the explosion ($r = .475; p < .01$). Post-traumatic stress disorder was more common in individuals with childhood traumas after the Reyhanlı explosion ($r = .193; p < .01$).

Key Words : Terror, bomb attack, posttraumatic stress, depression

ÖNSÖZ

11 Mayıs 2013 yılında Türkiye tarihinin en kanlı terör eylemlerinden biri gerçekleştirilmiş ve 53 vatandaş hayatını kaybetmiş, 146 vatandaş da yaralanmıştır. Hatay Reyhanlı'da art arda 2 patlama gerçekleşmiştir. Çalışmanın hedefi saat 11 Mayıs 2013 yılında saat 13.37'de belediye binası önünde ve 13.40' da belediye binasına yaklaşık 700 m uzaklıkta olan PTT binası önünde art arda 2 bombalı eylem düzenlenen patlamalar esnasında bölgede olanların travma sonrası stres ve depresyon düzeylerinin incelenmesidir.

Bu çalışmayla beraber gerekli görülen durumlarda bireylere yapılacak olan yardımın boyutunun belirlenmesi ve neler yapılabileceğinin tespitinin yapılması amaçlanmaktadır. Böylece yaşanacak benzer olaylarda travmaya maruz kalmış kişilere uygulanacak psikolojik yardım süreçleri önceden belirlenmiş olacak ve halk sağlığı korunarak daha kötüye gidilmesinin önüne geçilmesi sağlanmış olacaktır.

Bu çalışmada yoğun akademik çalışmalarını sırasında zamanını ayırarak bana yol gösteren ve yardımcı olan tez danışmanım Prof. Dr. Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU'na ilgi ve desteğinden ötürü teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, yardım ve desteğini doktora eğitimim boyunca her zaman hissettiren Prof. Dr. Emel Hülya YÜKSELOĞLU'na da teşekkürü borç bilirim.

Son olarak da bana her türlü desteği sağlayan sevgili eşim Özer UĞRAŞ'a sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Bu tez biricik oğlum Kuzey UĞRAŞ'a ve eşime adanmıştır.

Seda UĞRAŞ

TABLolar LİSTESİ

Tablo III.I.I. Araştırma Gruplarının Travma Sonrası Stres Düzeyinin İncelenmesi.....	65
Tablo III.I.II. Araştırmanın Gruplarının Depresyon Düzeyinin İncelenmesi.....	66
Tablo III.I.III. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	66
Tablo III.I.IV. Travmatik Olayla İlişkili Soruların Dağılımı.....	69
Tablo III.I.V. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İçin Betimleyici İstatistikler.....	70
Tablo III.II.I. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Cinsiyete Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....	72
Tablo III.II.II. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Çocuk Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....	73
Tablo III.II.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Alkol Kullanım Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....	74

Tablo III.II.IV. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Sigara Kullanım Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....75

Tablo III.II.V. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları.....76

Tablo III.II.VI. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Bilinen Tıbbi Hastalık Öyküsü Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları.....77

Tablo III.II.VII. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Geçmişte Psikiyatrik Başvuruda Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları.....78

Tablo III.II.VIII. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Psikiyatri Dışı İlaç Kullanım Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları.....79

Tablo III.II.IX. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Medeni Duruma Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları.....80

Tablo III.II.X. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....**82**

Tablo III.II.XI. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....**84**

Tablo III.II.XII. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları ile Araştırmanın Açık Uçlu Değişkenleri Olan Yaş ve Çocuk Sayısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....**86**

Tablo III.III.I. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Olay Esnasında Bulunulan Konuma Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....**87**

Tablo III.III.II. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Olay Esnasında Kiminle Bulunduğuna Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....**89**

Tablo III.III.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Olay Nede Sebepi Hastaneye Yatış Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları.....**91**

Tablo III.IV.I. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....**92**

Tablo III.IV.II. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....**93**

Tablo III.IV.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....**94**

Tablo III.V.I. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....**95**

Tablo III.V.II. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....**96**

Tablo III.V.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....**97**

Tablo III.VI.I. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Uykuya Dalma Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**99**

Tablo III.VI.II. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Uyku Süreci Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**99**

Tablo III.VI.III. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Erken Uyanma Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**100**

Tablo III.VI.IV. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Çok Fazla Uyuma Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**101**

Tablo III.VI.V. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kederli Hissetme Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**101**

Tablo III.VI.VI. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İştah Azalması Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**102**

Tablo III.VI.VII. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İştah Artması Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**103**

Tablo III.VI.VIII. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kilo Verme Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**103**

Tablo III.VI.IX. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kilo Alma Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**104**

Tablo III.VI.X. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Konsantrasyon Problemi Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**105**

Tablo III.VI.XI. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kendine Olumsuz Bakış Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**105**

Tablo III.VI.XII. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Ölüm/İntihar Düşüncesi Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**106**

Tablo III.VI.XIII. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İnsan ve Aktivitelere Yönelik İlgisizlik belirti puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**107**

Tablo III.VI.XIV. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Enerji Azalması Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**107**

Tablo III.VI.XV. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Yavaşlama Hissi Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**108**

Tablo III.VI.XVI. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Huzursuzluk Hissi Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları.....**109**

Tablo III.VII.I. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu için Cronbach's Alfa Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....**110**

KISALTMALAR LİSTESİ

TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSS	: Travma Sonrası Stres
HDBE-ÖF	: Hızlı Depresif Belirti Envanteri – Öz bildirim Formu
ÇÇRTÖ	: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği
TSSBKL	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi
DSM 5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5
APA	: American Psychological Association
WHO	: World Health Organization
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
P	: İstatistiksel anlamlılık
S	: Sapma
t	: Ortalamalar arası farkların test edilmesi
sd	: Serbestlik derecesi
\bar{x}	: Ortalama
ST	: Standart sapma
U	: Değişken ranjının iki ucunda en yüksek frekansa sahip, U harfine benzeyen bir frekans dağılımıdır.
Maks	: Maksimum
Min	: Minimum

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	VI
ÖNSÖZ.....	VIII
TABLolar LİSTESİ.....	IX
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XVI
BÖLÜM I.....	20
GİRİŞ.....	20
1.1. Terör.....	22
1.2. Terör ve terörizm kavramlarına genel bakış.....	24
1.3. Terörün tarihçesi.....	26
1.4. Bombalı terör saldırılarına kısa bir bakış.....	27
1.5. Hatay ilinin jeopolitik önemi ve tarihteki yeri.....	28
1.6. Terör saldırılarına maruz kalmanın psikolojik sonuçları.....	30
1.7. Travma kavramı.....	33
1.7.1. Travmaya genel bakış.....	35
1.7.2. Travma sonrası stresin toplumda ve dünyada görülme sıklığı (prevalans).....	39
1.7.3. Travma sonrası stres (TSS).....	41
1.7.3.1. Teorik açıklamalarla travma sonrası stres (TSS).....	42
1.8. Travmatik bir deneyim olarak terör.....	45
1.9. Depresyon.....	46
1.9.1. Depresyon kavramına genel bir bakış.....	48
1.9.2. Depresyonun toplumda ve dünyada görülme sıklığı (prevalans).....	50
1.10. Travma sonrası yaşanan depresyon	52
1.11. Travma sonrası stres ve depresyon ilişkisinin incelenmesi.....	54

1.12.	Araştırmanın amacı ve önemi.....	57
1.13.	Hipotezler.....	58
BÖLÜM II.....		60
	GEREÇ ve YÖNTEM.....	60
	2.1. Araştırmanın modeli.....	60
	2.2. Evren örnekleme.....	60
	2.3. Prosedür.....	61
	2.4. Veri toplama araçları.....	61
	2.5. Verilerin analizi.....	63
BÖLÜM III.....		65
	BULGULAR.....	65
BÖLÜM IV.....		111
	TARTIŞMA.....	111
	SONUÇ.....	131
	ÖNERİLER.....	132
	KISITLILIKLAR.....	133
	KAYNAKLAR.....	134
	EKLER.....	156
	1. İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul İzni.....	156
	2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	157
	3. Sosyo-Demografik Veri Formu.....	158
	4. DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi.....	159
	5. DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Kullanım İzni.....	160

6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği.....	161
7. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kullanım İzni.....	164
8. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu (HDBE-ÖF).....	165
9. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu (HDBE-ÖF) Kullanım İzni.....	166



BÖLÜM I

GİRİŞ

Kelime kökü olarak *korku* ve sonrasında da *şiddet* kelimelerinden geldiği göz önüne alındığında terör veya terörizmin insanlık tarihi kadar eski olduğunu söylememiz hiç yanlış olmayacaktır. İnsanoğlunun başlangıcından beri olan bir olgunun bundan sonra birden hayatlarımızdan çıkmasını beklememiz de belki de hata olacaktır. Sınırlar, milletler, dinler hatta mezhepler, farklı ideolojiler var olduğu sürece de terörün ortadan kaldırılması zor görünmektedir. Bu yüzden terörle yaşadığımız sürece bireyleri ve toplumu bunun fizyolojik ve psikolojik etkilerinden nasıl koruyacağımızın yöntemlerini bulmamız gerekmektedir. Bu tezle beraber terörün yaşamlarımızda açtığı boşluk, depresyon ve travma açısından ele alınırken bir yandan da bununla başa çıkmamız için neler yapmamız gerektiğine değinilecektir.

Etimolojik olarak *terör* kelimesinin Arapça kökeni kaba kuvvet, katılık, kaba davranış olarak ifade edilmektedir. Bununla ilişkili olarak *şeddat* ise sertlik ve katılık anlamlarına gelmektedir.

Yine *şeddat* çevresine karşı kaba kuvvet uygulamaktan bir çekince duymayan, hiddetli ve çok katı bir Yemen hükümdarının adıdır. Zaten *şiddet* kelimesinin de adı geçen hükümdardan geldiğine inanılmaktadır (Burch, 1996). Kendi dilimiz olan Türkçe’de ise *terör* kelimesini korkutmak, yıldırım, pes ettirmek kelimeleri yerine kullanıldığını görmekteyiz. Burada bahsi geçen korkutma ve yıldırma ise küçük boyutlarda değil tam aksine bireyin veya toplumun ruh sağlığını bozabilecek kadar şiddetli bir durumdur (Çağlar, 1997).

İçinde bulunduğumuz zaman dilimine ve yaşadığımız dünyaya bakılacak olursa terör sadece bir bölgenin, bir ülkenin karşılaştığı sorun olmaktan çoktan çıkmış tüm dünyanın yaşadığı ve tüm insanlığı tehdit eden bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Terör olaylarının pek çok sebebi ve pek çok çeşidi bulunmaktadır. Çoğu zaman ideolojik unsurlarla karşımıza çıksa da bazı zamanlar sebep sosyal, dini, etnik veya politik de olabilmektedir (Baharçipek, 2000).

Terörist saldırılar, kişilerin dünya hakkındaki inançlarını tehdit etme, toplumlar arasında sıkıntı yaratma ve belirli gruplara yönelik ayrımcılığa teşvik etme kapasitesine sahiplerdir (Goodwin ve ark., 2017). İnsan eliyle ve isteyerek oluşturulan ve geniş kitleleri etkileyebilen şiddet olayları veya travmatik eylemler insanlar arasında ciddi güven kaybına sebep olmakla kalmaz aynı zamanda ciddi korkuya yol açmaktadır. Ayrıca etkiledikleri toplumlarda ciddi ruhsal problemlere sebep olmaktadır (Aker ve ark., 2008).

Terörizm, insanlar tarafından yapılan ve kitleler üzerinde en büyük psikolojik etkiye sahip olacak şekilde tasarlanmış bir savaş türüdür. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), terör saldırıları da dahil olmak üzere afetlerden sonra en sık görülen hastalıklardan biridir (Eşsizoglu ve ark., 2017). Travma Sonrası Stres Bozukluğu, kişilerin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü, değer verdikleri şeyleri, mal varlığını, tutumlarını, yorumlarını ve düşüncelerini tehdit etmektedir. Dolayısıyla da bu tehditlerin sonucunda travmatik bir toplum yaratılmaktadır (Şen, 2015).

11 Mayıs 2013 yılında Türkiye tarihinin en kanlı terör eylemlerinden biri gerçekleştirilmiş ve 53 vatandaş hayatını kaybetmiş, 146 vatandaş da yaralanmıştır. Yukarıda verilen bilgilere dayanarak bu çalışmanın amacı 11 Mayıs 2013 yılında art arda 2 bombalı eylem düzenlenen Hatay'ın Reyhanlı ilçesinde ve civarında bulunanların travma sonrası stres ve depresyon düzeylerinin incelenmesidir. Çıkan sonuç doğrultusunda yardıma ihtiyacı olduğu tespit edilen bireylere yapılacak olan ruhsal yardımın boyutunun belirlenmesi ve neler yapılabileceğinin tespitinin yapılması amaçlanmaktadır. Böylece yaşanacak benzer olaylarda travmaya maruz kalmış kişilere uygulanacak ruhsal yardım süreçleri önceden belirlenmiş olacak ve halk sağlığı korunarak daha kötüye gidilmesinin önüne geçilmesi sağlanmış olacaktır.

1.1.Terör

İçinde bulunduğumuz zaman dilimine ve yaşadığımız dünyaya bakılacak olursa terör sadece bir bölgenin, bir ülkenin karşılaştığı sorun olmaktan çoktan çıkmış tüm dünyanın yaşadığı ve tüm insanlığı tehdit eden bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Terör olaylarının pek çok sebebi ve pek çok çeşidi bulunmaktadır. Çoğu zaman ideolojik unsurlarla karşımıza çıksa da bazı zamanlar sebep sosyal, dini, etnik veya politik de olabilmektedir (Baharçipek, 2000).

Kullanılan çoğu kavram da olduğu gibi *terör* kavramında da uzmanların üzerinde fikir birliğine vardıkları tek bir tanım bulunmamaktadır (Baharçipek, 2000). Terör kelimesinin köküne bakıldığında Latince *terrere* kelimesi ile karşılaşılmaktadır. *Terrere* kelimesi ise korkudan dehşete kapılmak veya korku dolayısıyla derinden sarsılmak olarak geçmektedir (Wilkinson, 1974; Aktaş ve ark., 2017). Günümüzde ise terör kelimesinin kullanım alanlarına bakıldığında daha çok *şiddet*, zaman zaman da anarşi yerine kullanıldığı görülmektedir (Baharçipek, 2000). Fransız asıllı yazar olan Jean-Claude Chesnais 1981 yılında yayınladığı “Şiddetin Tarihçesi” adlı kitabında terörü şiddet kavramının içine yerleştirmektedir ve yazar bu konuda kendine uluslararası polis teşkilatı olan interpolün şiddet türleri kategorizasyonunu dayanak almaktadır. Interpolün sınıflandırmasına göre terör, devrim ve grevler, vatandaşların iktidarı elinde bulunduran güce karşı uyguladığı kolektif şiddet türleridir. Gene kolektif şiddetin bir diğer türü de bu durumun tam tersi olan iktidarı elinde bulunduran gücün vatandaşına karşı uyguladığı şiddettir. Burda da söz konusu olan kavramlar savaş, sınıai şiddet ve devlet eliyle gerçekleştirilen terördür. Chesnais’e göre terör kavram olarak her şeyden önce şiddetin bir çeşididir ve şiddete dairdir (Chesnais, 1981).

Etimolojik olarak *terör* kelimesinin Arapça kökeni kaba kuvvet, katılık, kaba davranış olarak ifade edilmektedir. Bununla ilişkili olarak *şeddat* ise sertlik ve katılık anlamlarına gelmektedir. Yine *şeddat* çevresine karşı kaba kuvvet uygulamaktan bir çekince duymayan, hiddetli ve çok katı bir Yemen hükümdarının adıdır. Zaten şiddet kelimesinin de adı geçen hükümdardan

geldiğine inanılmaktadır (Burch, 1996). Kendi dilimiz olan Türkçe’ de ise *terör* kelimesini korkutmak, yıldırım, pes ettirmek kelimeleri yerine kullanıldığını görmekteyiz. Burada bahsi geçen korkutma ve yıldırma ise küçük boyutlarda değil tam aksine bireyin veya toplumun ruh sağlığını bozabilecek kadar şiddetli bir durumdur (Çağlar, 1997).

Dönmezer terörü tanımlarken ortaya çıkan şiddetin amacının insanlar arasında sosyal, ırksal, ulusal, dinsel ve başka amaçlarla sorun çıkartmak olduğunu ve bu şiddetin çatışma veya savaş çıkartma maksatlı planlı ve hukuk dışı kullanıldığını belirtmiştir (Dönmezer, 1977). Hukuk açısından değerlendirildiğinde terörü suç üstelik adi bir suç olarak tanımlayan Kodaman farklı açılardan da terör kelimesini değerlendirmiştir. Bunlardan bazılarını bakıldığında örneğin askeri ve stratejik açıdan terör; beyan edilmemiş üstü kapalı bir meydan okuma, savaş aracıdır. Siyasi açıdan bakıldığında ise tamamen ideolojiyle alakalıdır. Kodaman yaptığı bu tanımlara ek olarak terörün tüm tanımları aynı zamanda içine aldığı savunmaktadır ve gene kendisine göre terör bir delilik halidir, akıl ve mantık yoluyla açıklanamaz (Kodaman, 1985).

Son olarak terör kelimesine kendi yasalarımızın nasıl yer verdiğine bakacak olursak 12/04/1991 yılında yürürlüğe 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu girmiştir ve bu kanunun terörün tanımının yapıldığı alt başlıkta aynen şöyle yazmaktadır: “Baskı, cebir, şiddet, korkutma, yıldırma, sindirme veya tehdit yöntemlerinden biriyle Anayasada belirtilen Cumhuriyetin temel niteliklerini, siyasi, hukuki, sosyal, laik, ekonomik düzenini değiştirmek, devletin ülkesi ve milleti ile bölünmez bütünlüğünü bozmak, Türk devletinin ve Cumhuriyetinin varlığını tehlikeye düşürmek, devletin otoritesini zaafa uğratmak ve yıkmak veya ele geçirmek, temel hak ve hürriyetleri yok etmek, devletin iç ve dış güvenliğini, kamu düzenini veya genel sağlığını bozmak amacıyla bir örgüte mensup kişi veya kişiler tarafından girişilecek her türlü eylemdir.” (TMK,1991).

1.2. Terör ve terörizm kavramlarına genel bir bakış

Terör ve terörizm adeta iç içe geçmiş iki kelimedir. Bu kavramlar üzerine çalışan pek çok sosyal bilimci çok uzun zamandan beri bu iki kelimeyi tanımlamakta bir fikir birliğine varamamıştır (Krishnamurthy, 2017). Dünyanın gelmiş geçmiş en değerli filozoflarından olan Çinli filozof Konfüçyüs de bilimsel bir çalışmaya başlamadan evvel yapılması gereken en önemli şeyin kavramların tanımlanması olması gerektiğini ifade etmiştir (Walts, 1975).

Terör ve terörizm kavramlarının aslında kişiden kişiye hatta toplumdaki topluma farklı değerlendiriliyor olması da tanımlamada zorluk çıkartmaktadır. Kimi eylemler bir kişi veya bir toplum için büyük kahramanlık ifade ederken bir diğer kişi ve toplum için aynı eylem bir terör eylemidir. Dolayısıyla sadece sıradan insanlar değil bu konu üzerine araştırma yapıp yazılar yazanlar da durumları birbirinden farklı değerlendirmektedir. Bir diğer deyişle araştırmacının eğilimine göre tanımlar oluşturulmaktadır (Schlesinger, 1994). Öngün'e göre ise terör ve terörizm kavramlarının değişkenlik göstermesinin öznel bir yapıya sahip olmasıyla ilgisi yoktur. Sadece bu kavramların sınırlarını belirleyip çizmek ve dolayısıyla da evrensel bir tanıya büründürülmesinin zorluğundan kaynaklı bir durum söz konusudur (Öngün, 2001).

Terör ve terörizm hakkında yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkan farklı tanımların ne kadar çok olduğunu göstermek için bir istatistik çıkaran Schmid'in bulduğu sonuç oldukça çarpıcıdır. Schmid 1936-1981 tarihleri arasında gerçekleştirdiği bu araştırma sonucunda toplam 109 birbirinden farklı tanıma ulaşmıştır. Hatta aynı yıllar arasında Schmid sadece Amerika Birleşik Devletleri resmi kurumlarında bahsi geçen terör ve terörizm tanımlarına baktığında bile karşısına 6 farklı tanım çıkmıştır (Schmid ve Jongman, 2005).

Terör kelimesinin köküne inildiğinde karşımıza çıkan şiddet kelimesi, terörizmin kökenine inildiğinde de aynen yerini korumaktadır. Terörizmle ilgili belli başlı ansiklopedilerde verilen

yerler incelendiğinde örneğin Uluslararası Sosyal Bilimler Ansiklopedisinde; ulaşılmak istenen hedef için şiddete başvuran bir grubun veya partinin kullandığı yöntem denmektedir (A International Encyclopaedia of Social Sciences, 1934). Bir diğer başlıca ansiklopedi olan Meydan Larousse incelendiğinde ise ya devrimci grupların hükümete karşı uyguladığı şiddetten ya da tam tersi hükümet tarafından devrimci gruplara karşı uygulanan şiddet türü olarak ifade edildiği görülmektedir (Meydan Larousse, 1990). Maksat önceden belirlenmiş bir sayısal hedef olduğunda şiddetin sistematik olarak halka, bireylere veya hükümete karşı baş gösterme durumudur (Ana Britannica, 1986).

Terörizm, insanlar tarafından yapılan ve kitleler üzerinde en büyük psikolojik etkiye sahip olacak şekilde tasarlanmış bir savaş türüdür. Travma sonrası stres bozukluğu, terör saldırıları da dahil olmak üzere afetlerden sonra en sık görülen hastalıklardan biridir (Eşsizoglu ve ark., 2017). Travma Sonrası Stres Bozukluğu, kişilerin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü, değer verdikleri şeyleri, mal varlığını, tutumlarını, yorumlarını ve düşüncelerini tehdit etmektedir. Dolayısıyla da bu tehditlerin sonucunda travmatik bir toplum yaratılmaktadır (Şen, 2015).

Terörist saldırılar, kişilerin dünya hakkındaki inançlarını tehdit etme, toplumlar arasında sıkıntı yaratma ve belirli gruplara yönelik ayrımcılığa teşvik etme kapasitesine sahiplerdir (Goodwin ve ark., 2017). İnsan eliyle ve isteyerek oluşturulan ve geniş kitleleri etkileyebilen şiddet olayları veya travmatik eylemler insanlar arasında ciddi güven kaybına sebep olmakla kalmaz aynı zamanda ciddi korkuya yol açmaktadır. Ayrıca etkiledikleri toplumlarda ciddi ruhsal problemlere sebep olmaktadır (Aker ve ark., 2008).

Terör ve terörizmle ilgili ifade edilen tanımları değiştirmek hatta çoğaltıp yeni baştan tanımlar yapmak hiç de zor değildir. Bu başlık altında bu tanımlardan sadece birkaçına değinilmiştir. Net ve tek bir tanım insanlık var olduğundan beri yapılamamış olsa da tüm bu süreçte yapılan tanımlara bakıldığında ise en nihayetinde terör veya terörizm kavramı olsun fark etmez hep bir

ortak noktada birleşmektedir. Bu ortak nokta da şiddettir. Ayrıca bir noktaya daha değinmekte fayda vardır ki o da terörizmin sonunda var olan -izm ekinden ötürü başlı başına bir ideoloji olarak algılanmasıdır. Aslına bakılacak olursa ise terörizm bir ideolojiden ziyade bir yöntemdir (Korkmaz, 1999).

1.3.Terörün tarihçesi

Michel Foucault ve Friedrich Nietzsche terör ve terörizm kavramlarını tarihselleştirmenin yolunu soy kütük yaklaşımında bulmuşlardır. Friedrich Nietzsche'ye göre sadece tarihi olmayan bir şeyi tanımlamak mümkündür (Nietzsche, 1887). Bu durumu da tarihi olan bir kavramın ne olursa olsun çelişkili anlamlar taşıdığını ifade ederek açıklamaktadır. Soy kütük yaklaşımı ise kavramların köklerinin izini adeta bir avcı gibi sürmektedir ve hazırdaki işleyişin olumsuzluğunu ortaya koymaktadır. Soy kütük aslında terör ve terörizm kavramlarının tarih içerisinde aldıkları anlamların pek de sağlam olmayan temelini irdeleyerek bu eleştiriyi kendine hedef almaktadır (Livesey, 2021).

Terörün tarihinin neredeyse insanlık kadar eski olduğu bilinmektedir. Ancak her zaman aynı şiddette ortaya çıkmadığı için bu durum göz ardı edilmiştir. Daha çok dönemsel yaşananlarla hatırlanmaktadır terör olayları tarih içerisinde (Laqueur, 1977). Tarihte ilk terör yapılanması olarak Haşhaşiler bilinmektedir ve kendilerinin Şii İsmaili mensubu oldukları düşünülmektedir. Bilinen tarihleri 1090 yılının Eylül'ünde Hasan Sabbah'ın Alamut kalesini ele geçirmesiyle İran, Irak ve Suriye toprakları civarında başlamıştır. Haşhaşiler'in başındaki isim olan Hasan Sabbah belki de dünyanın ilk örgütlü terörist yetiştiren kişisidir. İsimleri eylemler ve eğitimler sırasında kullandıkları haşhaş bitkisinden gelmektedir. Ayrıca var oldukları dönemde her ne kadar krallara dahi korku salmış olsalar da tarihin ilerleyen dönemlerinde akademik çalışmalara, kitaplara hatta efsanelere konu olacak kadar kendilerine hayranlık duyulmuştur (Cirhinoğlu ve Bulut, 2010).

1.4.Bombalı terör saldırılarına kısa bir bakış

Terör eylemlerini gerçekleştirmenin pek çok yöntemi vardır. Günümüzde kullanılan yöntemler incelendiğinde bombalı terör saldırıları belki de bu çeşitlerin en başında gelmektedir. Bombayla gerçekleştirilen saldırılar daha fazla tahribata sebep olduğu için aynı zamanda daha fazla da ses getirmektedir. Gerçekleştirilen bölgedeki insanlara korku salmaktadır. Zaten amaç da vatandaşların sık kullandığı halka açık alanlarda örneğin hava alanı, metro istasyonu, otobüs durağı, tren garı, alışveriş merkezi, pazar vb. yerlerde insanların artık kendini güvende hissetmesini engellemektir. (Goodwin ve ark., 2017).

Bombalı saldırılar sadece ülkemizde değil tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir terör eylemi türüdür. Ülkemizde gerçekleştirilen bazı bombalı terör eylemlerine örnek vermek gerekirse; 10 Ekim 2015 Ankara gar patlamasında 2'si canlı bomba olmak üzere 109 kişi hayatını kaybetmiştir ve 500'den fazla insanımız da yaralanmıştır (Tunçay, 2017). Bir başka örnek de 10 Aralık 2016'da Beşiktaş'ta bulunan Vodafone Arena'da maç çıkışı gerçekleştirilen bombalı terör eylemidir. Terör eyleminde 45 saniye arayla iki patlama meydana gelmiştir. İlk patlama bomba yüklü bir aracın patlatılması suretiyle ikinci patlama ise intihar bombacısının koşarak maçta görev yapan polis grubunun arasına girip kendisini patlatmasıyla meydana gelmiştir. Patlamalar sırasında 36'sı polis 8'i sivil vatandaş olmak üzere toplam 44 kişi hayatını kaybetmiş ve 166 kişi yaralanmıştır (Çam ve Çılgınoğlu, 2020).

Teröristler bombalı eylemleri gerçekleştirirken birbirinden farklı yöntemler kullanmaktadırlar. Bazen bir minibüsün veya aracın içine kurdukları bir düzeneği ya intihar operatörü kontrolünde ya da uzaktan patlatmaktadırlar. Bazen de hedefteki kalabalığın içerisine intihar bombacısı direk dalıp kendini patlatmaktadır (Yanarışık, 2018).

1.5.Hatay ilinin jeopolitik önemi ve tarihteki yeri

Hatay'ın jeopolitik önemi asırlardır tartışmasız bir biçimde önemini sürdürmektedir. İskenderun limanı batıda Akdeniz'e açılan bir kapı görevi görürken sadece Türkiye'yi değil aynı zamanda Irak'ı da Akdeniz'e bağlayan yol görevi görmektedir. Ticari faaliyetlerin sürdürülmesi için Doğu ile Batı arasında hem ekonomik hem de kısa deniz yoluna açılan kapıdır İskenderun Limanı. Bir bakıma aslında Anadolu'da hakimiyet kurmak isteyen ülkenin batıyla doğu arasında yapılan ticareti ve kurulan ilişkiyi yönetebilmesi için Hatay'ı topraklarında tutması gerekmektedir. 16. y.y'dan itibaren Osmanlı İmparatorluğu Hatay'ı sınırları içerisinde tutmayı başarmıştır. 18. y.y'dan itibaren de Fransa'nın ilgi alanına girmeyi başaran Hatay aynı zamanda Çarlık Rusya'sının da ilgi odağındadır. Zira sıcak sulara yani Akdeniz'e inmenin yolu Hatay ve çevresinden geçmektedir. Fransa'nın o dönem geçim kaynağını tekstil fabrikaları oluşturmaktadır ve tekstilin ham maddesi olan pamuğu da İngiltere'den ithal etmektedir. Bu bağımlılığı bitirmek için pamuk üretimi bakımından zengin topraklara sahip olan Hatay ve çevresi Fransa için çok önem taşımaktaydı. Hatay'ın hem Çarlık Rusya'sının hem de Fransa'nın ilgisini çekmesinin başlıca sebepleri bunlardır. Osmanlı İmparatorluğu'nun eski gücünü kaybetmesi dış politikada ciddi tavizler vermesine sebep olmuştur. 1919 yılında Paris Barış Konferansı'nda Osmanlı Devleti'nin ve Hatay'ın kaderi üzerine önemli bir karar verilmiştir. Bu karara göre Osmanlı İmparatorluğu'ndan çıkacak toprakların hangileri olacağına o topraklarda yaşayan insanlar karar verecektir. Bu kararı da belirleyen bir komisyon kurulmuştur (Ada, 2015).

O dönemde Osmanlı Devleti'yle İngiltere arasında iyi ilişkiler kurulmaktaydı ve bu durum Fransa'yı oldukça tedirgin etmekteydi. Böylece Fransa, Osmanlı'ya karşı olan siyasi tutumunu değiştirmeye karar vermiştir ve Hatay ve çevresinin Osmanlı'da kalması gerektiğini, bölgenin Türklerden oluştuğunu dile getirmiştir (Dağıstan ve Sofuoğlu, 2008).

Ancak yine de 1921 yılında Ankara Antlaşmasıyla ki bu antlaşma Osmanlı ve Fransa arasında imzalanmıştır, Hatay Osmanlı topraklarının dışına çıkmıştır. 1921 yılında Halep'e bağlanan Hatay aslında Misak-ı Milli sınırları içerisinde yer almaktadır ve bölgede yaşamını sürdüren insanların çoğunluğu Türk'tür (Umar, 2004).

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulup bağımsız bir devlet olarak uluslararası arenada tanınmasından sonra Ankara Antlaşmasının devreye girmesine karar verilmiştir ve böylece Hatay ve bölgesi Suriye'nin içerisinde özerk bir bölge olmuştur. Yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti'nin gündeminde her zaman Hatay meselesi olmuştur ancak önceliği iç ve dış problemlerin üstesinden gelmeye vermiştir. Hatay meselesini çözme işini ise doğru zamana bırakmıştır. Yıl 1932 olduğunda Türkiye Milletler Cemiyetine üye olmak için davetiye almıştır. Türkiye'nin Milletler Cemiyeti'ne üye olduktan sonra peşinden 1934 yılında Balkan Antantına onun ardından 1937 yılında da Sadaabad Paktlarına katılmıştır. Bu sözleşmelerle beraber Türkiye Cumhuriyeti'nin arası hem batılı ülkelerle hem de Sovyetler Birliği'yle iyileşmeye başlamıştır. Peşine Montrö Boğazlar Sözleşmesi imzalanmış ve bunların tümünden yararlanılıp 1939 yılında Hatay'ı tekrar topraklarına katmayı başarabilmiştir Türkiye (Topal, 2009).

Nasıl ki Hatay, geçmişte uluslararası arenada stratejik açıdan çok değerliyse günümüzde de aynı önemini korumaktadır. Hatay konum itibariyle de Amerika Birleşik Devletleri'nin hayata geçirmeye çalıştığı Büyük Ortadoğu Projesi'nin (BOP) adeta bir sac ayağıdır. Bir tarafında Kuzey Irak, dişi Suriye, bir tarafının Anadolu'ya açılan kapı olması, aşağısında Kıbrıs'ın yer almasıyla BOP projesi için çok büyük önem taşımaktadır. Bu şekilde Türkiye'nin o bölgedeki Akdeniz'e çıkışı sarılacak ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin (KKTC) varlığı da tehlikeye düşecektir. Böylece Doğu Akdeniz'e bir köprü oluşturacaktır ve tabii bunun için de önündeki en büyük engel jeopolitik konumu itibariyle Hatay ilidir (Kaya, 2021).

Tarih sahnesinde defalarca denenmesine rağmen Hatay'ı resmi olarak Türk topraklarından alamayan ülkeler Hatay'da ve Hatay sınırlarında terör eylemleri gerçekleştirerek bölgeye korku

salmak ve bölgedeki huzuru bozmak istemektedirler. Çok eski yıllardan beri yaşananlar değerlendirildiğinde Hatay'ın korunması ve güvenliğinin sağlanması Türkiye'nin uluslararası siyasetinin belirlenmesinde çok önemlidir. Zira Hatay'ın güvenliği demek aynı zamanda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin ve Karabağ'ın güvenliği anlamına gelmektedir (Kaya, 2021).

1.6.Terör saldırılarına maruz kalmanın psikolojik sonuçları

Terör eylemleri can kaybı ve yaralanmalara sebep olmaları dışında aynı zamanda insanlar üzerinde ciddi psikolojik etki bırakmaktadır. Zaten terör eylemini gerçekleştiren kişi veya örgütlerin en büyük amacı da kitlelere korku salıp hükümetleri baskı altında bırakmaktır. Terör eylemleri aynı zamanda bir çeşit psikolojik savaş türü olarak da tanımlanmaktadır (Everly ve Mitchell, 2001).

Terör eylemlerinin ardından Kızılay boylamsal bir çalışma gerçekleştirmiş ve çalışmanın sonuçlarına göre terör eylemlerinden sonra insanların yaşaması muhtemel psikolojik etkiler sıralanmıştır. Bunlar da bir broşür olarak basılıp çok sayıda insana ulaşması sağlanmıştır. Bunlardan bazılarını aşağıda vermiştir.

- Yaşanan kötü deneyimi hatırlatabilecek en ufak bir şeyin bile olayı yaşayan kişiyi o ana geri götürmesi,
- Olur olmaz zamanlarda yaşanan travmatik olayın akla gelmesi dolayısıyla da kişinin günlük işlerini yürütmede zorlanması, konsantrasyon düşüklüğü yaşaması,
- Uyku ve yeme problemleri yaşama,
- Sık sık sinirli olma durumu,
- Kendini çıkmazda hissetme, sorunlarla baş edememe,
- Aritmi ve sürekli tetikte olma,

- Bir daha aynı duruma kendini düşürmemek için aşırı kontrolcü davranma,
- Özgüven ve çevreye güvende azalma,
- Kendini yaşananlardan sorumlu tutma, hiddet, kronik korku, her şeyin düzeleceğine olan inançta azalma,
- Kendini istenmeyen kişi ilan etme ve tek başına kalmış olduğuna inanma, huzurlu ortam sağlayamama.

Kişi yukarıdaki belirtilerin bir kısmını veya hepsini birden aynı anda yaşıyor olabilir (Kızılay, 2007).

Kızılay'ın yaptığı çalışmanın bir kısmını terör eylemlerinden sonra yetişkinlerin psikolojik olarak nasıl etkilendiği diğer kısmını ise çocukların terör eylemlerinden sonra psikolojik olarak nasıl etkilendiği oluşturmaktadır. Aşağıda çocuklarda terör eylemlerinden sonra psikolojik olarak ortaya çıkan etkiler sıralanmıştır.

- Psikosomatik olarak değerlendirilen başta ağrı, mide bulantısı, karında ağrı gibi fizyolojik belirtiler,
- Regresyon,
- İştahın çok azalması ve yeme bozuklukları yaşama,
- Olaylara karşı gereğinden fazla hassas olma,
- Kaybetme korkusu,
- Birden sinir krizi geçirme,
- Uykuya geçmede, uyku esnasında ve uyanık duruma geçmede bocalama,
- Günlük rutinlerinde okula gitme vb. bozulmaların olması, hayata karşı isteksizlik, akademik başarısızlık yaşama,
- Etrafa karşı güven duymada zorluk, kaygı duyma, kronik korku ve her şeyin düzeleceğine olan inançta azalma.

Çocuklar yukarıdaki belirtilerin bir kısmını veya hepsini birden aynı anda yaşıyor olabilir (Kızılay, 2007).

Terör eylemleri sonrasında görülen psikolojik etkilerle alakalı yapılan çalışmalar kaygı ve depresyondan sıkça bahsederken bir şey var ki esas hemen hemen hepsi onun üzerinde durmaktadır. O belirti de tabii ki travma sonrası stres bozukluğudur. Üstelik terör olaylarından sonra ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğu sadece terör olayına maruz kalan kişiyi değil aynı zamanda bu kişinin çevresini, gelecek nesilde dünyaya gelecek yakınlarını, haberi dinleyenleri /okuyanları da etkilemektedir. Gene travmatik olaydan dolayı olarak etkilenenler arasında terör bölgesinde görevli kolluk kuvvetleri, arama kurtarmada görevli kişiler, sağlıkçılar ve gönüllü olarak yardım eden kişiler de vardır (Eriksson ve ark., 2001; Rosenthal 2000; Weiss ve ark., 1995).

Terör saldırılarına karşı cevap olarak verilen psikolojik tepkilerle ilgili araştırmaların sonuçları, travmatik bir terör eylemine maruz kalmanın psikolojik dayanıklılıktan kronik psikopatolojiye varan sonuçları olduğunu göstermektedir (Bonanno ve ark., 2006; Salguero ve ark., 2011). Yaşanan travmatik olaydan sonraki yakın zamanda örneğin ilerleyen haftalar içerisinde çoğu kişi içinde bulunduğu ortama uyum sağlamakta veya duruma uygun tepkiler vermektedir. Bu yaşanan sorunlar da zamanla ortadan kaybolmaktadır. Travmatik deneyimi yaşayan daha az bir grupta ise bir süre süregelen orta düzeyde şiddetli belirtiler oluşmaktadır. Daha da ufak bir grup kişi de ise çok uzun zaman sonra bile çok daha ağır belirtiler görülmektedir. Bu görülen belirtilerin ciddi bir kısmını travma sonrası stres oluşturmaktadır (Shakespeare-Finch ve ark., 2003). Her zaman bozukluk olarak tanımlanabilecek düzeye ulaşmasa da yaşanan sorunlar travmaya maruz kalmış kişileri günlük yaşamlarında dahi oldukça sıkıntılı duruma düşürebilmektedir. Terör saldırıları sırasında travmaya maruz kişilerde en fazla görülen psikolojik etki travma sonrası strestir ve onu akut stres bozukluğu takip etmektedir. Bunlara ek

olarak da majör depresyon, kaygı bozuklukları, yeme ve uyku bozuklukları ve madde kötüye kullanım gözükmetedir (Breslau ve ark., 1991; North ve ark., 1999).

1.7.Travma kavramı

Ruhsal travmanın tanımını yapabilmek için öncelikle travmanın tanımını yapmak önemlidir. Travmanın tanımlanmasında kişinin hem bedensel bütünlüğünün bozulabileceğini hem de ruhsal dünyasının örselenebileceğini ifade etmek önemlidir. Ruhsal travmada ise olayın mağduru kişi veya kişiler olabileceği için hem bireysel hem de toplumsal sonuçlar doğurabilmektedir. Mağdur veya mağdurların meydana gelen olay nedenli çok eksenli psikolojik belirtiler verdiği, psikolojik tepki ve süreçler olarak tanımlanmaktadır ruhsal travma. Aynı zamanda ruhsal travmalar; travmatik yaşantıları, iç savaşları, deniz, hava ve kara taşıtları kazalarını, ülkelerin arasında cereyan eden savaşları, travmatik çocukluk çağı yaşantılarını, toplumsal şiddeti, terör olaylarını ve doğal afetleri içermektedir. Olayın yaşandığı esnada mağdur veya mağdurlar yıkıcı bir güç, dış etki kişi ya da olay tarafından çaresiz duruma getirilir ve travmatik yaşantı devam ettiği sürece de kurban sözel, fiziksel, duygusal veya ruhsal olarak yara almaya devam etmektedir. Ruhsal travma Tip I ve Tip II olarak sınıflandırılmaktadır. Beklenmedik bir anda birdenbire gelişen, insan yaşamının herhangi bir evresinde karşısına çıkabilen, akut ve gelişigüzel oluşan ruhsal travmalar Tip I olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlara örnek vermek gerekirse; her türlü kaza, terör ve şiddet olayları, tecavüz gibi insanlar tarafından gerçekleştirilen olayları veya beklenmedik bir anda gerçekleşen ve kısa süren sel, deprem gibi olayları kapsamaktadır. Tip II'yi kapsayan travma ise Tip I'e göre görece daha uzun süren ve sistematik şekilde yaşanan travmalardır. Bunlara örnek olarak; uzun süreli maruz kalınan çocukluk çağı travmaları, ihmal ve istismar olaylarından alınan ruhsal zararlar ve sistematik bir biçimde işkenceye uğramak verilebilmektedir (Ayar ve Celbiş, 2023).

İnsanın bedensel ve ruhsal olarak türlü türlü biçimlerde yoran, hırpalayan, acı veren, fiziksel ve ruhsal olarak zarar görmesine sebep olan olayları tanımlamak için travma kavramı kullanılmaktadır. Travmatik olaylar insanların başına çok ender geldiklerinden ziyade hayatın devam eden standardında çok ciddi yıkıcı etkilerinden dolayı travmaya maruz kalan kişilerde yoğun bir dehşete kapılma ve çaresizliğe düşme duygusu uyandırmaktadırlar. Aslında neredeyse on dokuzuncu yüzyıla kadar travma kelimesi ruhsal değil sadece bedensel yaralanmalar için kullanılmıştır. On dokuzuncu yüzyılda sadece psikoanalitik akım travmayı ruhsal sarsıntılar için de kullanmaya başlamıştır (Herman, 2007).

Travmanın ilk kez psikolojik olarak da etkisinin tanımlanmaya başlandığı zamandan bu yana travma tanımı pek çok kez değişmiş, gelişmiştir. Bu tanımlardan bazıları bu tezde ele alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü travmayı tanımlarken karşılaşılan son derece sarsıcı olay karşısında çoğu kişinin atlatmakta güçlük çekmesi ve bu yaşanan güçlüğün de kısa veya uzun süreli devam etmesi olarak ele almaktadır (WHO, 1992). Daha sonra sırayla Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitaplarında (DSM) yer alan tanımlara bakıldığında ilk olarak DSM-III'de bireylerin normal yaşantı seyrinin çok dışında olan ve yine Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımındaki gibi travmatik deneyimle karşılaşan insanların pek çoğunun psikolojik olarak olumsuz anlamda etkilendiği bir kavram olarak yer almaktadır. (APA, 1980). DSM'nin sonraki sürümlerinde ise travma tanımı oldukça sınırlandırılmış ve sadece bedensel bütünlüğün tehdit altında olduğu travmatik yaşantılar travma olarak tanımlanmıştır (Pai, 2017). 2013 yılında basımı gerçekleştirilen ve şu an hala güncel versiyon olarak kullanılmakta olan DSM-5'te ise kişinin travmatik olayı bizzat yaşaması gerekliliği ortadan kalkmış, bazen doğrudan bazen başkasının başına gelene tanık olmak suretiyle dolaylı yoldan yaşaması gerektiği şeklinde değiştirilmiştir. DSM-5'te ayrıca daha önce bedensel bütünlüğü tehdit şartına bir de cinsel şiddete uğrama deneyimi eklenmiştir (Çolak ve ark., 2010).

Travmatik yaşantıların neler olduğu konusuna değinilecek olunursa da deprem, fırtına, kasırga, sel vb. tüm doğal afetler, savaşlar, terör eylemleri gibi kitlesel şiddet eylemleri, trafik kazaları, yangınlar, iş kazaları, ev kazaları, hatta kişiler arası birbirinin beden bütünlüğüne yönelik tehdit olan şiddet türleri vb. her şey sıralanabilmektedir. Tecavüz, aile içinde yaşanan şiddet, çocuk istismarı, işkence de travmatik yaşantılar arasına girmektedir. Ayrıca başka birisinin fiziksel olarak ağır yaralanmasına şahit olmak, ölümcül bir hastalıkla uğraşmak veya hayatımızda önemli yeri olan kişilerin kaybı da travma olarak tanımlanmaktadır (Briere ve Scott, 2015).

1.7.1. Travmaya genel bakış

Travmanın psikolojik etkilerinin tartışılması her ne kadar çok yakın bir tarih olan on dokuzuncu yüzyıla dayansa da aslında travma insanoğlunun bu dünyada mevcudiyetini başlattığı ilk gün kadar eskidir. İnsan varsa ölüm vardır ve ölüm varsa da aslında travma vardır. Neyse ki insanoğlu son derece dayanıklıdır ve tüm başına gelen yıkıcı hadiselerle rağmen yaşamaya devam etmeye, normalleşmeye meyillidir (Özen, 2017).

İnsanlıkla eş zamanlı var olan travmanın psikolojik etkileri hakkında düşünölmeye, yazılmaya ve konuşılmaya başlanması ise on dokuzuncu yüzyılı bulmuştur. Bu tarihe kadar ise travmanın sadece ve sadece fiziksel olarak bireyleri etkilediğine inanılmıştır. Hatta bu inanış o kadar ileri boyutlara varmış ki bir kişinin travmatik bir deneyim yaşadıkdan sonra gösterdiği psikolojik belirtilerden, bireyin aslında mental olarak hasta olduğu düşünölmüştür (Micale, 1989).

1870 yılında Fransa ve Prusya arasında gerçekleşen savaşa kadar travmanın birey üzerinde ruhsal bir hasara sebep olacağı hiç düşünölmemiş ancak bu savaşın sona ermesiyle beraber cepheden dönen askerlerin yaşadığı benzer sorunlar da gözden kaçmamıştır. Bu durum ruh sağlığı üzerine çalışan uzmanların konuya eğilmesine sebep olmuştur (Veith, 1977). Savaşa gitmeden önce oldukça sağlıklı olan ve normal bir hayat yaşayan askerler savaştan döndükten

sonra günlük olaylara karşı tepkisiz kalmış ve tekrar tekrar kendilerini cephede yaşadıklarını yaşıyor gibi hissetmeye başladıklarını dile getirmişlerdir. Ruh sağlığı uzmanları İlk defa bu askerler için *travmatik nevroz* tanımlaması yapmıştır (Norman, 1989).

Fransız bir nörolog olan J. M. Charcot, histeriden muzdarip olan kişiler üzerinde travmanın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntılar üzerine ilk kez araştırmalar yapmıştır (Veith, 1977). Charcot'nun araştırmaları başlamadan önce histeri hastalarının hastalığın seyrinde gerçekleştirdiği davranışların bilerek uydurulduğuna inanılmaktadır. Hatta daha da ileriye gidilmiş ve bazılarının ise bir cadı veya doğa üstü yetenekleri olan bir büyücü olduğuna inanılmaktadır (Micale, 1989). Charcot'un devamında, gene Fransız olan Pierre Janet ve diğer bir tarafta da Avusturya'lı olan J. Breuer ve Sigmund Freud histeri hakkında ciddi araştırmalar yapmışlardır. Charcot travmanın psikolojik sonuçları üzerine daha çok eğilmeyi tercih etmişken, Janet ve Freud ise daha çok yaşanan histerinin sebebine inmeyi hedeflemektedir. Birbirinden bağımsız ama aynı zaman diliminde iki farklı ülkede çalışmalarını devam ettiren Janet ve Freud'un ortak vardığı tespitler bulunmaktadır. Bu tespitler de bireylerin travmatik deneyimler yaşadktan sonra duygusal anlamda bu deneyimlere verdiği tepkilerin her defasında bilinç durumunu etkilemesiydi. Her iki araştırmacıya göre de değişen bilinç durumu histeriye sebep olmaktaydı. İşte bu değişiklik Janet tarafından *çözülme* olarak tanımlanırken, Breuer ve Freud tarafindansa *ikili bilinç* olarak tanımlanmaktadır. Daha sonraları hem Freud'un psikoanaliz, Janet'in ise psikolojik analiz adını verdiği yöntemin kesin tedavi olduğu sonucuna varılması ve çeşitli sosyolojik sebeplerden ötürü bir durağanlık dönemi yaşanmıştır (Ellenberger, 1970).

Travmanın psikolojik etkilerinin tekrar ele alınması için aradan çok uzun zaman geçmiştir. I. Dünya Savaşı ile dünyada pek çok taş yerinden oynamıştır. Milyonlarca insan hayatını kaybetmiş veya yaralanmış, yerinden edilmiş ve açlık baş göstermiştir. Tüm yaşanan bu zorlu

süreç ise travmanın psikolojik etkileri üzerine daha çok araştırmalar yapılmasına ve etkilerin neler olduğunun daha iyi farkına varılmasına sebep olmuştur. Daha önceleri sadece kadınlarda görüldüğüne inanılan histerinin cepheden dönen askerlerde de görüldüğü tespit edilmiştir (Norman, 1989).

Savaş esnasında fiziksel olarak yara alan ve döndükten sonra ruhsal sıkıntılar yaşayan askerlerin bu yaşadığı bunalımın sebebinin aldığı fiziksel yaralar olduğu düşünölmüş ancak zamanla savaş bitip cepheden fiziksel yara almadan dönen askerlerde de benzer sıkıntılar yaşandığı görölünce bu düşünceden vazgeçilmiştir. Hatta psikolojik sıkıntılarının fiziksel travmaya bağlı gelişmesine öncesinde İngiliz asıllı psikolog olan Charles Myres *bomba şoku (shell shock)* diye bir tanım bile yapmıştır fakat zamanla bu hipotezi çürümüştür (Jones, 2005).

Birinci Dünya Savaşı'nın sona ermesiyle beraber ta ki 1941 yılına kadar savaş sonrası gelişen travmaya olan ilgi de nerdeyse yok denecek kadar az olmuştur. Oysaki pek çok gazi ve cepheden dönen asker travmanın psikolojik etkileriyle başa çıkmaya çalışmaya devam etmişlerdir. 1941 yılına gelindiğinde ise psikiyatrist olan Abram Kardiner, *Travmatik Savaş Nevrozları* isimli çok önemli bir kitap yayınlamıştır. Kardiner'in literatüre en büyük katkısı ise ilk olarak travmatik bir deneyimin klinik olarak ana hatlarını çizmesi olmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrası travmanın psikolojik etkileri artık yadsınamayacak duruma gelmiştir ve artık adeta kişiyi aşağılama amaçlı kullanılan bir kelime olan histeriden daha fazlası üzerinde durulmuştur. İlk defa konuşmayla telkin dışında farklı tedavi yöntemleri de araştırılmaya başlanmıştır. Savaşa uyum sağlanması, alışılması gibi bir durumun söz konusu olmadığı artık kabul edilmiştir. Ancak gene de yeterli olmamıştır. (Ellis, 1980).

Vietnam Savaşı'nda ise travmanın psikolojik etkisiyle ilgili tüm taşlar yerinden oynamıştır çünkü artık gurur, kutsallık, cesaret, kahramanlık gibi kavramlar bizzat savaşa gidip kaçmadan savaşmış, tabiri caizse vatana olan görevini yerine getirmiş askerler tarafından reddedilmiştir.

Cesaret madalyaları ve kahramanlık unvanları bu askerler tarafından geri çevrilmiş ve işledikleri savaş suçları dile getirilmiştir. Pişmanlık, vicdan azabı, tekrar tekrar savaş anılarını yaşama, normal hayata ayak uyduramama, uykusuzluk, intihara meyil bu askerlerin ortak özellikleri olarak ortaya çıkmıştır. Savaş karşıtı protestolar en çok bu grup tarafından yapılmaya başlanmış hatta savaştan psikolojik olarak etkilenen bireylere yardım amaçlı da ilk bu grup bir örgüt kurmuştur (Turnball, 1998). Bu durum psikiyatristlerin de gözünden kaçmamış ve bu grup aracılığı ile çalışmalarını yapmakta daha kolay bir ortam sağlamışlardır kendilerine. Araştırmalar neticesinde savaşa maruz kalmayla travma sonrası gelişen psikiyatrik bozukluklar arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bunun sonucunda da 1980 yılında travma sonrası stres bozukluğu ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından mental bozukluklar sınıflandırma el kitabına konulmuştur (Gerson, 1992).

1970'lere gelindiğinde feminizm hareketleri hız kazanmış ve kadınların ev içinde gördüğü şiddetin de travma sonrası stres bozukluğuna sebep olduğu görüşü ortaya atılmıştır. Kadınların hem ev içinde yaşadığı şiddete engel olmak hem de gündelik hayat içerisinde erkeklerle eşit haklara sahip olması için feminist örgütler bir hayli mücadele etmek zorunda kalmışlardır. Bu isteklerine dayanak olarak da işte bu psikolojik yıkım öne sürülmüştür (Avina ve O'Donohue, 2002). Bu yıllardan önce mahremiyet esas alınmış ve dört duvar arasında yaşanan dört duvar arasında kalır teziyle kadınlar yaşadıkları fiziksel ve psikolojik hatta cinsel şiddeti dışarı yansıtmamışlardır (Yehuda, 1995).

Bu süreçlerden sonra ise travma kavramı ve psikiyatrideki yeri çok daha net anlaşılır ve geliştirilebilir olmuştur. Halen travma kavramı psikiyatrik hastalıkların tanısallık el kitaplarında değişime uğramaktadır (Kokurcan ve Özhan, 2012).

1.7.2. Travma sonrası stresin toplumda ve dünyada görülme sıklığı

Amerika, İngiltere, Almanya ve Avrupa'nın farklı ülkelerinde gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde popülasyonun %55 ile %90 arasında değişen oranlarda hayatlarında en az bir defa travmatik bir deneyime maruz kaldığı tespit edilmiştir (Boals ve ark., 2013; Breslau ve ark., 2004; Frans ve ark., 2005; Kessler ve ark., 2017). Bu araştırmalara benzer bir araştırmada ise 24 ülkeden 68894 insan gönüllü olarak Benjet ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılmıştır ve sonuç olarak da araştırmaya katılanların %70.4' ünün hayatları boyunca en az bir kez travmatik bir deneyim yaşadığı, %30.5' i ise hayatları boyunca birden fazla kez travmatik deneyime maruz kaldığı ortaya konmuştur. Çok ülkeden gönüllülerin katılımcı olduğu bu araştırmada travmatik deneyimlerin içeriği sıralanmış ve insanların başına travmatik bir deneyim olarak en çok kazalar ve yaralanmaların geldiği kayıt altına alınmıştır. Sırasıyla onları yakın kaybı, cinsel istismara maruz kalma, ölüm veya ölümcül yaralanmaya şahit olma takip etmiştir (Benjet ve ark., 2016).

Travmatik deneyim yaşama sıklığıyla ilgili bizim ülkemizde yapılan bir araştırma da ise sonuçlar dünyanın geri kalanından pek de farklı çıkmamıştır. 2012 yılında üç şehirde yetişkin bireyler üzerinde yapılan araştırmanın sonuçlarına göre; bireylerin hayat boyu en az bir travmatik deneyimle karşılaşma oranı %84.2 çıkmıştır. Diğer ülkelerden farklı olarak ise beyan edilen travmatik deneyimler sırasıyla %40.6' yla doğal afetler, %28.1'le yakın kaybı ve %11'le kazalar, yangın ve patlamaya maruz kalma gelmektedir (Karanci ve ark., 2012). Hem dünya ülkelerinde hem de ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde bireylerin hayat boyu başlarına en az bir defa travmatik bir deneyim gelme olasılığının oldukça yüksek olduğunu bize göstermektedir.

Yukarıda yaşam boyu travmatik deneyimleme ile ilgili hem dünyadan hem de ülkemizden istatistiki bilgiler aktarılmıştır. Aşağıda da travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili gene hem dünyadan hem de ülkemizden görülme sıklığı ile ilgili istatistiki bilgiler aktarılacaktır.

Amerika, Avrupa ülkeleri ve Afrika ülkelerinde gerçekleştirilmiş çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde bir bireyin yaşadığı müddet boyunca travma sonrası stres bozukluğu gösterme oranı ortalama yetişkin nüfusa göre %1.1 ile %12.3 değerleri arasında değişim göstermektedir (Boals ve ark., 2013; Breslau ve ark., 2004; Kilpatrick ve ark., 2013; Frans ve ark., 2005; Kessler ve ark., 2017). Bu aralıklar iç karışıklıkların yaşandığı genellikle Ortadoğu ülkelerinde veya bazı Güney Amerika ülkelerinde normalde görüldüğünden daha fazla çıkmaktadır. Jong ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya göre ülke içinde karışıklıkların ve çatışmaların yaşandığı yerlerde bir kişinin hayat boyu travma sonrası stres bozukluğu tanısı alabilme olasılığı %16 ile %37 arasında farklılık göstermektedir (De Jong ve ark., 2001).

Karanci ve arkadaşının üç farklı ilden katılımcılarla gerçekleştirdiği çalışma bize bazı sonuçlar vermektedir. Bu çalışmaya göre ülkemizde genel nüfusta bulunan yetişkin bireylerde travma sonrası stres görülme sıklığı %9.9 çıkmıştır (Karanci ve ark., 2012). İzmir ili sınırları içerisinde gerçekleştirilen bir başka araştırmada ise genel nüfusta bulunan yetişkin bireylerde travma sonrası stres görülme sıklığı %10.8 olarak tespit edilmiştir (Gül, 2014).

Terör eylemleri sonrası görülen travma sonrası stres ile ilgili dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar mevcuttur. 11 Eylül saldırıları ve Oklahama City bombalaması terör eylemleriyle ilgili yapılan bir meta-analiz çalışmasında terör eylemine maruz kalındıktan sonra bireylerde travma sonrası stres bozukluğu görülme sıklığı %10.9 seviyesinde çıkmıştır. (DiMaggio ve Galea, 2006). 2002'de yapılan bir araştırmada da bizzat terör eylemine maruz kalan kişilerde travma sonrası stres görülme oranının %28.2 olduğu çıkmıştır. Böylece bireylerin terör saldırıları yaşadıktan sonra illaki travma sonrası stres bozukluğu yaşamadığı ancak travma

sonrası strese dair belirtilerin pek çoğunda görüldüğünü ortaya koymaktadır (Gidron, 2002). İsrail sınırları içerisinde yapılan bir çalışmanın sonuçlarında da teröre dair en az bir travma sonrası stres belirtisi gösterme oranının ise %76.7 ile %87 arasında, oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Shalev ve ark., 2006).

Türkiye’de de terör eylemleri sonrası görülen travma sonrası stres görülme sıklığı ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Bunlardan bir tanesi ülkenin Güneydoğu Anadolu bölgesinde bulunan Diyarbakır ilinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında gene Diyarbakır’da meydana gelmiş bir patlama sonrası patlamaya görsel veya işitsel olarak maruz kalmış bireylerde olaydan bir ay sonra %12.5 oranında, olaydan üç ay sonra ise %9.6. oranında travma sonrası stres bozukluğu görüldüğü izlenmiştir (Eşsizogolu ve ark., 2009). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da 2003 yılında meydana gelen bir bombalı terör saldırısı ele alınmıştır. Bu çalışmanın verileri incelendiğinde olay sonrası patlamaya maruz kalıp karakola sığınanlar arasında travma sonrası stres bozukluğu görülme oranının %29.9 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada terör saldırısının gerçekleştiği yere yakın bir lisede çalışanların travma sonrası stres bozukluğu düzeyi de %26.1 olarak rapor edilmiştir (Aker ve ark., 2008).

1.7.3. Travma sonrası stres (TSS)

Travma sonrası stres, bireyin yaşadığı travmatize edici olayın bilişsel olarak tekrarlanması ve kişiye sıkıntı vermesi durumudur (Taner ve Karaaziz, 2022). İnsanların başına travmatik bir olay geldikten sonra, kişiler birbirinden farklı farklı değişen ruh halleri, davranış tipleri gösterebilmektedir. Üstelik bunların süresi ve yaşama şiddeti de oldukça değişken olmakta yani kişiden kişiye değişmektedir. Yaşanılan belirtiler arasında; travma anını tekrar tekrar zihninde yaşama, kabus görme, gün içerisinde olayla ilgili anıların bir anda kesit kesit akla gelmesi ve objelerin veya herhangi bir şeyin olayı hatırlatması, yapılan işe, okula vb. odaklanmada güçlük yaşama, travmatik deneyimin tamamını veya bir bölümünü hiç hatırlayamama, uykuyla ilgili

sorunlar yaşama, hayattan zevk alamama, heyecansızlık hali, umutsuzluğa kapılma, çökkünlük hissetme, olay öncesinde birlikte vakit geçirmekten keyif alınan kişilerden uzaklaşma, günlük ilişkileri yürütememe, gereğinden fazla koruma ve korunma davranışları gösterme, olay anını hatırlatan her şeyden kaçma bulunmaktadır (Briere ve Scott, 2015).

Yaşanılan süreçte ekseriyetle travmatik yaşantıdan kısa bir zaman geçtikten sonra yaşanılan belirtilerin de sıklığında azalmalar olmasıdır fakat bazen de işler yolunda gitmez ve travmatik deneyimi yaşayan kişi bu belirtileri çok daha uzun süreli yaşayabilmektedir ve hatta bu belirtiler kişinin günlük hayatını ciddi anlamda sekteye uğratabilmektedir (Fullerton ve ark., 2003).

Travma sonrası stresle ilgili yapılan çalışmalar aslında yakın zamana kadar hep savaşlarla ilişkilendirilmiş ve sadece savaşlardan dönen askerler üzerinde çalışılmıştır. I. ve II. Dünya Savaşı hatta üzerine yaşanan Vietnam Savaşı durumu değiştirmeye başlamış sadece askerler üzerinde travma sonrası stres çalışılmamış toplama kamplarından hayatta kalmayı başarabilmiş kişiler üzerinde de çalışılmıştır. Aynı zamanda değişen anlayışla beraber nevroz ve histeri yine travma sonrası stres belirtileriyle ilişkilendirilmiştir (Van der Kolk ve ark., 2007).

1.7.3.1. Teorik açıklamalarla travma sonrası stres (TSS)

Deneyimlenen yıkıcı olaydan sonra bakılan travma sonrası stres bozukluğu tanısı alanların yaygınlığı arasında tutarsız bir ilişki olduğu görülmektedir. Hemen hemen herkes yıkıcı deneyimden sonra kısa veya uzun vadeli travma sonrası stres belirtileri gösterirken travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan kişi sayısı aslında oldukça azdır. Bu da travma sonrası stres bozukluğu için rolü olan birkaç husus olduğu konusunda uzmanları fikir birliğine vardırmaktadır. Bu hususlar elbette ki öncelikle genetik faktörlerden meydana gelmektedir. Daha sonra yine yapılan araştırmalar sonucunda psikososyal unsurlarında etkisini gözler önüne

sermektedir. Aşağıda travma sonrası stres bozukluğu için gerekli mekanizmaların teorik açıklamalarına yer verilmektedir:

-Öğrenme teorisi:

Travma sonrası stresi açıklamak için ortaya atılan teoriler ilk olarak öğrenme temeline dayanmaktaydı ve travma sonrası streste ortaya çıkan belirtileri açıklamak için öğrenme kuramının klasik ve edimsel koşulları kullanılmıştır (Mowrer, 1960; Keane ve ark., 1985; Kilpatrick ve ark., 1985). Öğrenme teorileri travma sonrası stresi açıklamada iyi bir yol olarak gözüktü de aslında ortaya çıkan bazı belirtileri açıklamaktan çok uzak kalmıştır. Bunlar arasında birden olayla ilgili akla gelen düşünceleri, olay anına geri dönüşleri, kabusları sayabiliriz (Foa ve ark., 1989). Öğrenme kuramının travma sonrası stresi açıklamadaki yetersizliğinden dolayı ortaya çıkan belirtileri yorumlamak için farklı bilimsel modeller önerilmiştir (Horowitz, 1986).

-Bilişsel teori:

Travmayı açıklamak için kullanılan bir başka model de bilişsel travma sonrası stres teorisidir. Bu teori Ehlers ve Clark tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir. Teoriye göre travmatik deneyim yaşayan ve travma sonrası stres tanısı olan bireyler yaşadığı olayı sürekli bir tehdit olarak görmeye devam etmektedir. Buna sebep olarak da iki husus üzerinde durmaktadırlar. Bunlardan bir tanesi yaşanan travmatik deneyimle ilgili sürekli ve abartılı olumsuz düşüncelerdir. Kişi aynı travmayı sürekli yaşayacağından hatta başına hayatını da tehdit eden daha büyük olaylar geleceğine inanmaktadır. Bir diğeri de yaşanan travmatik deneyimle ilgili hatırlanan şeylerde bozulma, olduğundan daha kötü algılama ve kişinin diğer otobiyografik anılarıyla birleştirilmesidir. Bu da bireyi içinden çıkılmaz bir duruma getirmektedir böylece travma sonrası stres bozukluğu ortaya çıkmaktadır (Ehlers ve Clark, 2000).

-Davranışsal teori:

İnsanlar yaşamlarına karşı bir tehdit durumu söz konusu olduğunda bazı davranışlar sergilemektedirler. Bu davranışlar aynı zamanda bilişsel ve ruhsal durumu da etkilemektedir. Travma sonrası stres durumu söz konusu iken de gene insanlar benzer bir şekilde sıkıntılı durumdan kaçma, tekrar tekrar aynı olayı yaşama ve uyarılma gibi olumsuz belirtiler yaşamaktadırlar. Yaşanan bu süreçte kişi kendini sürekli bir tehlikeye düşüncesinden ve peşi sıra gelen olumsuz davranışları yapmaktan alıkoyama ve travma sonrası stres sürer gider. Teoriye göre travmayı deneyimleyen kişinin olayı yaşamadan önceki durumu çok önem arz etmektedir. İnançları, hobileri, hayattaki tecrübeleri, bilgi birikimi travma sonrası yaşanan stres belirtilerinin travma sonrası stres bozukluğuna varıp varmamasına etkilemektedir (Ehlers ve Clark, 2000).

-Çok değişkenli risk faktörü teorisi:

Freedy ve arkadaşlarının 1993 yılında geliştirdiği model aslında davranışsal teoriyle hemen hemen aynı temeller üzerine dayanmaktadır. Travmanın birey üzerindeki etkilerini görebilmek için bireysel ve çevresel etmenleri sıralamışlardır ve kişinin travmadan önce ve travmadan sonraki halini bu maddelere göre değerlendirmişlerdir. Çok değişkenli risk faktörü teorisine göre kişinin yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin yanı sıra geçmişteki ruh sağlığı durumu da travma sonrası stres bozukluğu tanısı alıp almamada büyük rol oynamaktadır. Aslında bu modelde travmaya maruz kalan bireyin kendini travma sonrasında da sürekli olarak tehdit altında hissetmesinin altında yatan ana sebep yine geçmişteki yaşantıdır. Tüm bunların birbirleri üzerinde inanılmaz bir potansiyel etkisi bulunmaktadır ve travmadan sonra kişinin ruh sağlığının olumlu yönde veya olumsuz yönde etkileneceğini belirlemektedir (Freedy ve ark., 1993).

1.8.Travmatik bir deneyim olarak terör

Terör eylemleri insan eliyle bilinçli bir şekilde oluşturulan son derece yıkıcı travmatik yaşantılar olarak tanımlanmaktadır (Fullerton ve ark., 2003). Her ne kadar terörün tanımı ülkeler arasında çeşitlilik arz ediyor olsa da en yaygın kullanım şekliyle terör; politik amaç güderek yaratmak istenilen etki uğruna kullanılan şiddet türü olarak literatürde yer almaktadır. Terör eylemlerini gerçekleştirmek için kullanılan yöntemler arasında farklı kullanım şekillerine sahip bombalama türleri, kimyasal ve biyolojik silahlar, uçak kaçırma vb. bulunmaktadır (Horgan, 2005).

Terör eylemlerinin asıl amacı aslında eylemin sonucu olarak ortaya çıkan fiziksel tahribattan çok verilen ruhsal hasardır. Böylece toplumda korku, sindirilmişlik duygusu ve gelecekle ilgili belirsizlik hissiyatı oluşturulmaktadır (Butler ve ark., 2003). Yaşamı boyunca bir kez bile terör saldırısına maruz kalmak birey üzerinde çok ciddi anlamda hayatta kalma korkusu, varlığına karşı tehdit, maddi kayıp, sakat kalma korkusu gibi pek çok travmatik hasar bırakmaktadır (Fullerton ve ark., 2003). Terör eylemlerinin son derece yıkıcı tahribata sebep olan özellikleri vardır. Bunlar arasında; isteyerek bilinçli olarak yapılmaları ve tahmin edilemez olmaları, sürekli bir korkuya sebep olmaları, emniyeteyim duygusuna zarar vermesi, bireye kendini savunmasız hissettirmeleri, resmi yetkililere karşı güven duygusuna zarar vermeleri, kontrolü kaybediyorum hissi yer almaktadır (Butler ve ark., 2003; Fullerton ve ark., 2003). Tüm bu çerçevede travma konusu ele alındığında; terör kaynaklı yaşanan travmanın hem ruhsal hem de bireyin sosyal hayatının işlerliğiyle alakalı diğer sebeplerden kaynaklı travmalara oranla belirgin olarak daha yıkıcı olduğu ortaya koyulmuştur. Terör kaynaklı ortaya çıkan travmaya maruz kalan bireylerde çeşitli psikopatolojiler, ciddi problemler ve hatta davranışlarda gözle görülür değişimler yaşamaktadır (Butler ve ark., 2001).

Terör eylemlerinden sonra olaydan etkilenenlerin sadece fiziksel hasar alanların olduğunu düşünmek oldukça yanlış bir tutumdur. Etkilenenler arasında; terör eyleminden ötürü kalıcı veya geçici fiziksel hasar alanlar, olay esnasında orada olan ama fiziksel hasar almayanlar, terör eylemini hiç görmeyen ancak eşi, dostu, yakınlarının yaşadığı travmaya maruz kalanlar, terör eyleminde maddi kayba uğrayanlar, nesiller arası travma aktarımı yaşayanlar, basın mensubu, sağlık personeli veya kurtarma ekiplerinde görevi olup terör eyleminin meydana geldiği bölgede çalışanlar hatta basın yayın araçları vesilesiyle yaşanan terör olaylarının ayrıntısına işitsel veya görsel olarak maruz kalanlar bile sayılabilmektedir (Friedland ve Merari, 1985; Butler ve ark., 2003). Basın yayın organları aracılığıyla terör eylemlerinin ayrıntısına maruz kalarak yaşanan sıkıntı her ne kadar DSM 5’de travma olarak yer almasa da bu konuda yaşananlarla ilgili günümüzde giderek artan araştırmanın sonuçları bunun tam aksini göstermektedir (May ve Wisco, 2016). Bu konu hakkında gerçekleştirilen bir çalışmada basın ve yayın organları tarafından terör eylemlerinin ayrıntılarına görsel ve işitsel maruz kalmanın bireylerdeki kaygı seviyesini, hissedilen öfkeyi, yaşanan akut stres düzeyini ve travma sonrası stres belirtilerini arttırdığı sonucu ortaya çıkmıştır (Dougall ve ark., 2005; Slone ve ark., 2008).

1.9. Depresyon

Sağlıklı olma durumu açıklanırken Dünya Sağlık Örgütü sadece fiziksel olarak yaşanan bir hastalığı veya engelli olma durumunu tanıma koymamış aynı zamanda sağlıklı olmak için ruhsal olarak da bir iyilik durumunun varlığını zorunlu kılmıştır. Depresyon bozuklukları, günümüzde ruhsal hastalıklar içinden en çok karşımıza çıkan, ruhen iyilik halini ortadan kaldıran bir grup hastalığı ifade etmektedir (Anber ve ark., 2021).

Depressus yani depresyon Latince bir kökten gelmektedir ve Türkçe aslında aşağıya doğru çekmek, aşağıya itmek, aşağı tarafa bastırmak anlamlarına gelmektedir. Tıp alan yazınında ise depresyonun karşılığı duygu durumunda yaşanan çökkünlüktür. Melankoli veya kara safra adını

verdiği ve bugün majör depresyon olarak anılan duygu durumunda yaşanan çökkünlüğü ilk kez Hipokrat konu almıştır (Anber ve ark., 2021).

Depresyonun en yaygın tanımlarından birisi; bireyde hüzne, günlük olaylarda ilgi kaybına, hayattan alınan zevkte azalmaya, başına gelenlerden dolayı kendini suçlama eğilimine, uyku ve yeme bozukluklarına, sürekli kendini yorgun hissetmeye, özgüven kaybı yaşamaya ve ciddi konsantrasyon düşüklüğüne sebep olan ve ayrıca toplumda en sık tanısı koyulan ruhsal hastalık olarak literatürde yerini almaktadır. Kronik bir süreçte devam eden depresyon, kişilerin eğitim ve mesleki hayatlarını alt üst edebilmekte ve hayat kalitesini de önemli ölçüde düşürebilmektedir. Depresyonun en ağır izlendiği tablolarda durum intihara girişim hatta ölüme kadar yol açabilmektedir (Lu ve ark., 2014).

İçinde bulunduğumuz zaman diliminde ise depresyon için otoriteler tarafından en çok kullanılan tanımı Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 yapmıştır ve depresyonu aşağıda yer alan alt başlıklarda toparlamaktadır (Kafes, 2021).

- Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu
- Yeğın (Majör) depresyon bozukluğu
- Süregiden depresyon bozukluğu (Distimi)
- Aybaşı öncesi (Premenstrüel) disfori bozukluğu
- Maddenin /ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu
- Tanımlanmamış diğer bir depresyon bozukluğu (APA, 2013).

1.9.1. Depresyon kavramına genel bir bakış

Depresyon ile ilgili bilinen çalışmalar günümüzden çok öncesine milattan sonranın ilk yıllarına denk gelmektedir. Bu geçmişin bu denli uzun olmasında elbette depresyonun insanoğlunun en

çok muzdarip olduğu hastalıklardan biri olmasının büyük payı bulunmaktadır. Hem tıp doktoru hem de filozof olan Bergamalı Galen'in M.S. 170'li yıllarda melankoli üzerine yaptığı çalışmalarda, melankoliyi yoğun depresyon ve korku hissi, geri kalan herkese karşı nefret hissi, kendi yaşamına karşı memnuniyetsizlik duyma olarak açıklamaktadır. Galen bu tanımlamayı yaparken hem çevresel hem de genetik faktörlerin de hastalığı etkilediğini ifade etmiştir. Galen'e gelinceye kadar melankoli konusu hiç bu kadar ayrıntılı ele alınmamış çok geniş bir çerçevede açıklanmıştır. Örneğin melankolide yaşanan keder ve hüznü tanıma katan Bergamalı Galen'in ta kendisidir. MS 1000'li yıllara geldiğinde İbn-i Sina melankoliyi bambaşka bir boyuta taşımıştır. İbn-i Sina kişinin sadece farklı duygu durum hallerini ele almamış aynı zamanda bedeninde bulunan sıvıların farklı miktarlarda ve bir araya gelerek değişik depresif hallere sebep olduğunu dile getirmiştir. İbn-i Sina'nın ortaya attığı bu savın aslında modern dünyamızın nörotransmitter olayı olduğu farz edilmektedir. 17. y.y.'da Robert Burton tarafından yazılmış olan "Melankolinin Anatomisi" kitabında ise melankoli ele alınırken günümüz depresyon tanımına iyice yaklaşılmış ve daha fizyolojik olarak üstünde durulmuştur. Aynı zamanda günümüz depresyon belirtileri ve Burton'ın kitabında değindiği depresyon belirtileri birbirine oldukça benzemektedir. Günümüze yaklaştıkça melankoli hakkında yapılan tanımlar daha bir ayrıntılı ele alınmıştır hatta 20. y.y.'da E. Kraepelin melankoliyi tanımlarken depresyonun bir alt başlığı olarak ele almış, melankolinin depresyona ait bir belirtilerden biri olduğunu öne sürmüştür. Kraepelin depresyonu duygu durumunda yaşanan çökkünlük hali ve kişinin hem zihinsel hem de fiziksel süreçlerinde yavaşlama olarak tanımlamaktadır. Teknolojinin gelişmesiyle doğru orantılı olarak bilim de 21. y.y.'da oldukça ilerlemekte ve artık bilim insanları tarafından yapılan tanımlamalar varsayımlardan ibaret olmaktan uzaklaşarak daha fizyolojik temellere dayanmaya başlamaktadır. A. Coppen, Brodie, Mc. Lennan ve depresyon üzerine çalışmakta olan diğer günümüz bilim insanları monoaminlerle ilgili daha fazla bilgiye ulaştıkça depresyon hastalığı da onlar sayesinde daha fizyolojik bir temele

oturumaktadır. Bunun yanı sıra psikoloji bilimi de teknoloji geliştikçe gelişmeye devam etmektedir ve özellikle psikanalitik, davranışçı ve bilişsel bakış açısına sahip bilim insanları depresyon tanımına eş zamanla çok önemli katkılar sağlamaktadırlar (Yetkin ve Özgen, 2007).

Depresyon tanımını genel bir ifadeyle özetlemek gerekirse; bireyde kısa veya uzun süreli olmak suretiyle öz güven kaybı yaşanması, anhedoni, yoğun umutsuzluk yaşama olarak yapabiliriz. Kişilerin hayat boyu depresyonla karşılaşma sıklıkları cinsiyet, medeni durum, sahip olunan kronik hastalıklar, engellilik durumu, iş durumu, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, genetik yatkınlık, eş veya çocuk kaybı, alkol veya madde kullanımı, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma, herhangi bir travmaya maruz kalma vb. etkenlerden ötürü oldukça farklılık göstermektedir. Risk durumu yukarıda sayılan faktörlerde bozulma olduğu sürece artış göstermektedir. Pek çok değişken tarafından etkilendiğinden tanısının yapılması da bir o kadar zorlu bir süreçtir. Pek çok başka hastalıkla beraber görülebilmektedir bu da tanısının yapılmasını zorlaştıran sebeplerden birisi olmaktadır. Tanısının yapılma süreci uzadıkça bireyin yaşadığı belirtiler küntleşmekte ve depresyon ilerlemektedir. Sürecin uzaması bireyin çözüm olarak intihara başvurmasına kadar gidebilmektedir. Dolayısıyla bu kadar sık görülen bir hastalığın hafife alınmaması ve en kısa zamanda tanısının yapıp doğru bir şekilde tedavisinin uygulanması oldukça elzemdir (Wakefield ve ark., 2007).

Depresyonun tüm dünyada yaygın olarak görülen bir hastalık olmasının bir diğer olumsuz boyutu da sebep olduğu mali yükü ile ilgilidir. Bireydeki depresyon kronikleştikçe tedavi maliyetleri artmakta hem bireyler için hem de devletler için fazladan bir bütçe kaybına sebep olmaktadır. Bireylerin iş gücü verimini düşürmesi ve akademik başarısını olumsuz etkilemesi de işin gene başka bir mali boyutunu oluşturmaktadır (Kessler ve Wang, 2009). Ayrıca kronik depresyonla eş zamanlı görülen kardiyak problemler, kanser vb. hastalıklar ve onların bireylerin

ve devletlerin bütçelerinde oluşturdukları zarar da gene depresyonun maddi olarak verdiği zararlar arasında sayılmaktadır (Luppino ve ark., 2010).

Depresyon hastalığının tüm dünyada hayat boyu karşılaşma sıklığı düşünüldüğünde bilim insanlarının bu hastalığın başlangıcı, seyri ve tedavi yöntemleri üzerine durmaksızın çalışma yapıyor olmaları elbette anlaşılır bir durumdur (Knol ve ark., 2006).

1.9.2. Depresyonun toplumda ve dünyada görülme sıklığı

Depresyon esasında bir duygu durum bozukluğu rahatsızlığı olarak anılmaktadır ve psikolojik hastalıklar sıralamasında hem bizim toplumumuzda hem de tüm dünyada en çok karşılaşılan hastalıktır. Tüm yaşamları boyunca yaşadıkları herhangi bir yılda kadınların %13'ünün, erkeklerinse %8'inin depresyondan yakındığı ortaya çıkmıştır. Ülkemizde 2020 yılında gerçekleştirilen *Türkiye Ruh Sağlığı Profili* adlı kapsamlı çalışmada erkeklerin %2.3'ünün kadınların ise %5.4'ünün hayatları boyunca bir noktada bir veya daha fazla depresif bir nöbet geçirdiği ortaya koyulmuştur. Hastalığın başlama yaşı ise sıklıkla orta yaş grubunda yani 30'lu yaşlar olarak bulunmuştur (Psikofarmakoloji Bilimsel Çalışma Birimi, 2020).

1994 ve 2014 yılları arasında 30 ülkeden 89037 katılımcıyla Lim ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmanın amacı ülkelerde görülen depresyonun yaygınlık oranını görmek ve yaygınlığın üzerinde etkisi olan değişkenlerin neler olduğunu tespit etmektir. Çalışma gerçekleştirilirken teknolojinin gelişmesiyle internet aracılığıyla daha fazla katılımcıya ulaşılması sağlanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre dünya üzerinde en az 350 milyon insan depresyondan şikayetçidir ve bu oran hem noktasal hem bir yıllık süreçte hem de uzun süreli bakıldığında kadınlarda erkeklerden daha fazla depresyon görülmektedir (Lim ve ark., 2018).

Epidemiyolojik çalışmaların sonuçları incelendiğinde majör depresyon bozukluğunun yaşam boyu tüm toplumlarda görülme sıklığının %16.6 olduğu ve kadınlarda bu oranın %21.3'le çok

daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır (Kessler ve Bromet, 2013). Bir başka araştırmanın sonuçlarına göre ise Amerika’da otuz milyondan fazla 18-65 yaş arası yetişkin insan, majör depresyon belirtilerini yaşamaktadır (Haro ve ark., 2006). Aynı zamanda majör depresyonun kendini tekrarlayabilen bir hastalık olması ve bireyin her depresif duygular hissettiği periyoda girdiğinde majör depresyon bozukluğu gösterme eğiliminin artmasına sebep olması daha da vahim bir tabloya dönüştürmektedir (Solomon ve ark., 2000).

Aşağıda bazı ülkelerde depresyonun sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde gerçekleştirilen depresyon istatistikleri

Yapılan çalışmanın sonucuna göre yetişkin nüfusun %7.1’i olan 17.3 milyon kişi yaşamları boyunca en az bir kez büyük bir depresif atak yaşamaktadır. Majör depresif atak geçiren yetişkin kişilerin %63.8’inin, majör depresif atak geçiren ergen kişilerin %70.77’sinin depresyon tablosunun ağır olduğu bildirilmektedir. Depresyonu olan kadınların sayısı, depresyonu olan erkek hastaların sayısından ortalama iki kat daha fazladır. Kadın ve erkek arasındaki bu fark incelendiğinde yaşlandıkça aradaki farkın kapandığı tespit edilmiştir. Tedaviye olumlu cevap verme oranına bakıldığında en yüksek grubun %78.9’la 50 yaş üstü yetişkinler olduğu gözükmektedir. Tedaviye olumsuz yanıt verme açısından bakıldığında da en düşük oran %41.4’le 12-17 yaş arası ergenler olduğu bildirilmiştir. İlaç kullanma sıklığına bakıldığında ise Amerika Birleşik Devletleri’nde 2010 yılından beri yirmi beş milyon yetişkinin en az iki yıl süreyle anti-depresan aldığı bilinmektedir ve erkekler ve kadınlar arasında ilaç kullanma sıklığına bakıldığında kadınların erkeklerden iki kat daha fazla ilaç kullandığı tespit edilmiştir (NIHM, 2017).

Avrupa'da gerçekleştirilen depresyon istatistikleri

Avrupa'da yapılan çalışmada bireylerin yaşam boyu, bir yıl boyunca ve bir aylık depresyona yakalanma sıklıklarına bakılmış ve bir yıl içerisinde toplumun %8 ila 12'sinin depresyondan yakındığı ortaya çıkmıştır. Yaşam boyu depresyonla karşılaşma riski ise %15.1 ve bir ay boyunca depresyonla karşılaşma riski ise %3.1 olarak tespit edilmiştir (Wittchen ve Jacabi, 2005).

İngiltere'de gerçekleştirilen depresyon istatistikleri

Birleşik Krallık topraklarında gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarına göre depresyonun hafif belirtilerinin görülme sıklığı %11.3'le, depresyonun şiddetli belirtilerinin görülme sıklığından %3.3 daha fazladır. Toplumda majör depresyon görülme sıklığı %7.5 olarak tespit edilmiştir. Depresif bozukluğun yaş üzerindeki değişkenliğine bakıldığında 16-29 yaş arası genç nüfusun, 45-59 yaş arası yetişkin nüfusa oranla daha az depresif bozuklukla mücadele ettiği ortaya konmuştur. Diğer tüm çalışmalara benzer olarak da kadınların yaşamları boyunca depresyona yakalanma olasılığı erkeklerin yaşamları boyunca depresyona yakalanma olasılığının iki katıdır (Wittchen ve Jacabi, 2005).

1.10. Travma sonrası yaşanan depresyon

Travmatik bir olayın etki alanı incelenirken sadece travmayı bizzat yaşayanların değil, görsellerine bile maruz kalmanın insan psikolojisi üzerinde derin yaralar açtığı tespit edilmiştir. 2001 yılında New York'da gerçekleştirilen İkiz Kuleler ve Pentagon terör eylemlerinde ortalama bir, iki ay sonra Amerika Birleşik Devletler sınırlarında farklı farklı eyaletlerde yaşayan kişiler rastgele telefon aracılığı ile aranmış ve bir psikolojik tarama gerçekleştirilmiştir. Bu taramanın ortaya çıkan sonuçlarına göre günlerce görsel medyada terör saldırılarının hedefinde olan binalardan atlayan insanların görüntülerine maruz kalan bireylerde travma

sonrası stres bozukluğu oranı %17, depresyon görülme oranı ise %14 olarak çıkmıştır. Kontrol grubu olarak da bu görüntülere maruz kalmayanlar kullanılmış ve bu grupta travma sonrası stres %6.2 çıkarken, depresyon bulunma oranı ise sadece %5.3 olarak çıkmıştır. Elbette bu oranlar travmaya bire bir maruz kalanlarda veya terör eyleminde yakınlarını kaybedenlerde istatistiksel olarak çok daha anlamlı çıkmıştır (Şar, 2017).

Depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğunun birlikte görülmeleriyle alakalı yapılan oldukça kapsamlı bir çalışmanın verilerine bakıldığında eş zamanlı görülme sıklıklarının genel popülasyonda %56, hayat devam ettiği sürece bireyde görülme sıklıkları ise %95 olarak karşımıza çıkmaktadır. Yani bu sonuçlara göre travmaya maruz kalmak depresyon hastalığına yakalanma riskini de oldukça arttırmaktadır. Bu sonuca sebep olacak etmenlerle ilgili yapılan açıklamalar ise belirtilerin birbirine oldukça benziyor olması, sebeplerin bir noktada kesişiyor olması ve travmatik yaşantılarla ilgili birtakım niteliklerin depresyon veya travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkmasına zemin hazırlaması olarak yapılmaktadır (Bleich ve ark., 1997).

Başlarına travma boyutunda olaylar gelen insanlardan travmatik olay sonrası hayatta kalanlara bakıldığında, hali hazırda travma sonrası stres bozukluğu olanlarda yüksek ihtimalle depresyon da görünmektedir. Holokost yani soykırımdan kurtulan Yahudiler'den travma sonrası stres bozukluğu olanların olmayanlara oranla daha fazla depresyona ait belirtiler yaşadığı tespit edilmiştir (Shalev ve ark., 1998).

Travmalardan sonra yaşanan depresyonla ilgili yapılan araştırmalardan biri de Vietnam Savaşı'ndan dönen gazilerin depresyon düzeyleriyle ilgilidir. Bu çalışma da ilginç olan sonuç ise majör depresyon hastalarının depresyon düzeyleriyle Vietnam'dan dönen ve travma sonrası stres bozukluğu teşhisi alan gazilerin depresyon düzeyi karşılaştırıldığında Vietnam gazilerinin Hamilton Depresyon Ölçeği puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Southwick ve ark., 1991).

Batan bir gemi felaketinden kurtulanlarda yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarında ise travma sonrası stres bozukluğu gösterenlerin tamamına yakınında ortalama 19 ay sonra travmaya bağlı olarak depresyon geliştiği gözlemlenmiştir (Breslau ve ark., 1991). Komorbid şekilde gözükten depresyon araştırmacılar tarafından travma sonrası stres bozukluğunun kronikleşmesi olarak açıklanmıştır. Yaşanan travmanın ardından onu takiben önce travma sonrası stres bozukluğu peşinden depresyonun gelmesini inceleyen çalışmalarda ortaya çıkan bu kronolojik sıralama nedensellik ilişkisiyle açıklanmıştır. Elbette ki bu açıklama tartışmaya açık bir konu olmuştur. Ancak yine de depresyonun travma sonrası strese ikincil olarak gelişen bir hastalık olduğunu söylemek bu çalışmanın sonucundan sonra yanlış olmayacaktır. Buna örnek olarak da Ulusal komorbidite Çalışmasının verileri incelendiğinde hem majör depresyonu hem travma sonrası stres bozukluğu olan kişilerin %78.4'ünde depresyonun başlama zamanı travma sonrası stresten sonra olduğu ortaya koyulmuştur (Kessler ve ark., 1995). Bir başka örnek de genç Kamboçyalı mültecilerin göçle yaşadıkları travmanın sonrasındaki belirtiler yoğun travma sonrası stres bozukluğunu öngörmüş ve depresyonla yoğun bir şekilde ilişkilendirilmiştir (Mellman, 1992).

1.11. Travma sonrası stres ve depresyon ilişkisinin incelenmesi

Bu çalışmayla paralel özellikleri olan 2016 yılında yayınlanan bir çalışmada Reyhanlı bombalı saldırılarının üzerinden altı ay geçtikten sonra bölgede terör eylemine direkt maruz kalanların travma sonrası stres düzeyi öteki grupların hepsine kıyasla çok daha fazla çıkmıştır. Bu çalışmaya katılanların depresyon seviyelerine bakılacak olunursa ise kontrol grubuyla kıyasladığımızda terör eylemine direkt maruz kalanların depresyon düzeyi 3.2 kat daha fazla bulunmuştur. Terör eylemine dolaylı olarak maruz kalanların depresyon düzeyiyle terör eylemine direkt maruz kalanların depresyon düzeyi kıyaslandığında direkt maruz kalanların depresyon düzeyleri tam olarak 1.6 kat daha fazla bulunmuştur. Çalışmada yer alan kontrol grubunun depresyon düzeyleri ile terör eylemine dolaylı olarak maruz kalanların depresyon

düzeyi kıyaslandığında ise terör eylemine dolaylı olarak maruz kalanların depresyon düzeyi iki kat daha fazla çıkmıştır (Arı ve ark., 2016).

1991 yılında Breslau ve arkadaşları travma sonrası stres bozukluğuyla birlikte en çok görülen ruhsal hastalıkları araştırmışlardır. Yaptıkları çalışmanın sonucunda majör depresyon ve madde/alkol bağımlılığının en çok eşlik eden sorunlar olduğunu tespit etmişlerdir (Breslau ve ark., 1991). 1995 yılında ise Kessler ve arkadaşları Breslau ve arkadaşlarına benzer bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada cinsiyet farklılıkları da çalışılmış olup çalışmanın sonucuna göre travma sonrası stres bozukluğu olan erkeklerin %48'inin, çalışmaya katılmış olan ve travma sonrası stres bozukluğu olan kadınların ise %49'unun aynı zamanda majör depresyon tanılı olduğu vurgulanmıştır (Kessler ve ark., 1995).

Madrid'de 2004 senesinde tren istasyonlarını hedef alan son derece kanlı ve 190'dan fazla insanın ölümüne sebep olan terör saldırısı yaşanmıştır. Bu terör saldırısından sonra Gabriel ve arkadaşları bir çalışma gerçekleştirmiş, patlamalara maruz kalanları farklı gruplara ayırmışlardır. Bu çalışmanın verileri incelendiğinde fiziksel olarak yara alanların travma sonrası stres bozukluğu tanısı alma oranı %44.1 iken eylemlerin gerçekleştiği tren istasyonlarının yakınında ikamet edenlerin travma sonrası stres düzeyi %12.3 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca bu kanlı terör eylemine direk veya dolaylı olarak maruz kalıp travma sonrası stres bozukluğu tanısı alanların depresyon düzeyleri de anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Gabriel ve ark., 2007).

20 Kasım 2003 tarihinde İstanbul'da İngiliz Başkonsolosluğu'nu hedef alan kanlı bir terör eylemi gerçekleştirilmiştir. Terör eylemi sırasında Başkonsolos Roger Short ve 26 kişi daha hayatını kaybetmiş, etrafta bulunan 450'den fazla kişi de olay sonrası yara almıştır. Bu yaşanan kanlı terör eyleminin ardından Aker ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan çalışmaya 420 kişi katılmıştır. Denek grubu civar okullarda bulunan öğretmenler, öğrenciler ve okul

görevlilerinden oluşmaktadır. Bu çalışmanın sonucunda deneklerde görülen travma sonrası stres seviyesi sırayla bu grup içerişinden karakola başvuru yapanlarda %29.9, öğretmenlerde ve okulda görev alan diğer kişilerde %26.1, kız öğrencilerde %11.2'dir. Kız öğrenciler erkek öğrencilere göre %5.4 daha fazla travma sonrası stres bozukluğuna maruz kalmıştır. Bu terör eyleminden 5 gün önce ise yine İstanbul'da başka bombalı patlamalar gerçekleşmiştir. Bunlardan bir tanesi 15 Kasım sabahı saat 9.30'da gerçekleşen Bet İsrail Sinagogu önünde bomba yüklü kamyonet patlaması bir diğeri ise bu olaydan 4 dakika sonra gerçekleşen Beyoğlu Neve Şalom Sinagogu önünde aynı şekilde bomba yüklü kamyonet patlamasıdır. Patlamaların gerçekleştiği yerlerin yakınlarında bulunan okullarda öğrenim görmekte olan 12-14 yaşları arasındaki 113 öğrencide patlamadan hemen sonra yapılan çalışmada %51.3 travma sonrası stres belirtileri görülmüş, altı ay sonra yinelenen çalışmada ise bu oranın düşüşe geçtiği tespit edilmiştir. 15 ve 20 Kasım 2003 tarihlerinde yaşanan bu patlamalar sonucu yapılan bu iki çalışmada da depresyon ve anksiyetenin birbirleriyle ilişkili olduğu ve travma sonrası stres belirtilerine ikincil olarak ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Aker ve ark., 2008).

Ülkemizin Güneydoğusunda terör saldırılarının çok yaşandığı bir bölgede görev alan askeri sağlık personelinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları incelendiğinde personelin yarısından çoğunun travmatik bir vaka veya olaya maruz kaldığı tespit edilmiştir. Travmatik bir vakaya veya olaya maruz kalanlar veya terör sonrası bir tanıdığını, eşini dostunu kaybedenler, travmatik bir vakaya veya olaya maruz kalmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha fazla travma sonrası stres belirtileri sergilemişlerdir (Akbayrak ve ark., 2005).

Terör bölgelerinde görev yapan Türk askerlerinin travma sonrası stres bozukluğu ile alakalı yapılan bir araştırmada görevleri süresince sıcak çatışmaya giren askerlerde travma sonrası stres bozukluğu görülme sıklığı %46.7 iken, aynı askerlerde majör depresyon görülme sıklığı %16.4'dür. Aynı zamanda bu askerlerin %18'inde de kaygı problemleri görülmektedir

(Güloğlu, 2016). Irak'da çıkan i çatışma ve savaştan ötürü ülkemize sığınan Ezidiler eşliğinde gerçekleştirilen çalışmada, deneklerin gten sonra yaşadığı travma sonrası stres bozukluğu görülme sıklığı %42.7, deneklerde majör depresyon görülme sıklığı %39.5 çıkmıştır. Her ikisinin de eş zamanlı görülme sıklığı incelendiğinde ise ortaya çıkan oran %26.4 olmuştur. Diğer tüm cinsiyet çalışmalarıyla paralel olarak kadınlarda hem travma sonrası stres bozukluğu hem de majör depresyon erkeklerde görülme sıklığına oranla daha yüksek tespit edilmiştir (Tekin ve ark., 2016).

Yaşanan travma sonrasında yapılan çalışmaların yanı sıra hayatta kalma tehdidinin devam ettiği durumlarda bireyin psikolojik sorunlarla karşılaşma eğilimi giderek artmaktadır. İsrail'de bir araştırma yapılmış ve çalışmaya hem Yahudi olanlar hem de Filistinli olup İsrail vatandaşı olanlar katılmıştır. Filistinli İsrail vatandaşlarında travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon Yahudi olan İsrail vatandaşlarına oranla daha fazla grldğ tespit edilmiştir. Bu durum terör tehdidinin ve hayatta kalmaya yönelik olan kaygının devam ediyor olmasıyla açıklanmaktadır (Marshall ve ark., 2007).

1.12. Araştırmanın amacı ve nemi

Terör kelimesinin köküne bakıldığında Latince *terrere* kelimesi ile karşılaşılmaktadır. Terrere kelimesi ise korkudan dehşete kapılmak veya korku dolayısıyla derinden sarsılmak olarak geçmektedir (Wilkinson, 1974; Aktaş ve ark., 2017). Dönmezer terörü tanımlarken ortaya çıkan şiddetin amacının insanlar arasında sosyal, ırksal, ulusal, dinsel ve başka amaçlarla sorun çıkartmak olduğunu ve bu şiddetin çatışma veya savaş çıkartma maksatlı planlı ve hukuk dışı kullanıldığını belirtmiştir (Dönmezer, 1977). Terörist saldırılar, kişilerin dünya hakkındaki inançlarını tehdit etme, toplumlar arasında sıkıntı yaratma ve belirli gruplara yönelik ayrımcılığa teşvik etme kapasitesine sahiplerdir (Goodwin ve ark., 2017).

İnsan eliyle ve isteyerek oluşturulan ve geniş kitleleri etkileyebilen şiddet olayları veya travmatik eylemler insanlar arasında ciddi güven kaybına sebep olmakla kalmaz aynı zamanda ciddi korkuya yol açmaktadır. Ayrıca etkiledikleri toplumlarda ciddi ruhsal problemlere sebep olmaktadır (Aker ve ark., 2008).

Terörizm, insanlar tarafından yapılan ve kitleler üzerinde en büyük psikolojik etkiye sahip olacak şekilde tasarlanmış bir savaş türüdür. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), terör saldırıları da dahil olmak üzere afetlerden sonra en sık görülen hastalıklardan biridir (Eşsizoglu ve ark., 2017). Travma Sonrası Stres Bozukluğu, kişilerin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü, değer verdikleri şeyleri, mal varlığını, tutumlarını, yorumlarını ve düşüncelerini tehdit etmektedir. Dolayısıyla da bu tehditlerin sonucunda travmatik bir toplum yaratılmaktadır (Şen, 2015).

11 Mayıs 2013 yılında Türkiye tarihinin en kanlı terör eylemlerinden biri gerçekleştirilmiş ve 53 vatandaş hayatını kaybetmiş, 146 vatandaş da yaralanmıştır. Hatay Reyhanlı'da art arda 2 patlama gerçekleşmiştir. Çalışmanın hedefi saat 11 Mayıs 2013 yılında saat 13.37'de belediye binası önünde ve 13.40' da belediye binasına yaklaşık 700 m uzaklıkta olan PTT binası önünde art arda 2 bombalı eylem düzenlenen patlamalar esnasında bölgede olanların travma sonrası stres ve depresyon düzeylerinin incelenmesidir.

Çıkan sonuç doğrultusunda yardıma ihtiyacı olduğu tespit edilen bireylere yapılacak olan ruhsal yardımın boyutunun belirlenmesi ve neler yapılabileceğinin tespitinin yapılması amaçlanmaktadır. Böylece yaşanacak benzer olaylarda travmaya maruz kalmış kişilere uygulanacak ruhsal yardım süreçleri önceden belirlenmiş olacak ve halk sağlığı korunarak daha kötüye gidilmesinin önüne geçilmesi sağlanmış olacaktır.

1.13. Hipotezler

Çalışma kapsamında sınanan hipotezler aşağıda belirtildiği gibidir.

-Patlamaya direkt Reyhanlı'da maruz kalmış kişilerde Hatay merkez ve ilçelerinde maruz kalmış kişilere oranla daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu görülecektir.

-Patlamadan sonra travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerde, patlamalardan sonra travma sonrası stres bozukluğu yaşamayan bireylere oranla depresyon daha fazla görülecektir.

-Çocukluk çağı travmaları olan bireylerde Reyhanlı patlamasından sonra travma sonrası stres bozukluğu daha fazla görülecektir.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu, izlenen prosedürü, veri toplama araçları ile toplanan verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler üzerinde durulmuştur.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada örneklem oluşturulurken kolayda örneklem türünden yararlanılmıştır.

2.2. Evren Örneklem

Araştırmanın evrenini Hatay 2013 yılında gerçekleşen bombalı saldırılar sırasında Reyhanlı'da olup patlamaya işitsel veya görsel olarak maruz kalmış kişiler oluşturmaktadır. Gruplar olay mahallinde bulunanlar, olay yeri yakınında bulunanlar, Reyhanlı'da bulunanlar (grup 1) ve olay yeri uzağında bulunanlar (grup 2) olarak sınıflandırılmıştır. Dışlama ölçütlerine göre elenenler değerlendirmeye alınmamıştır (başka ruhsal hastalık tanısı olup bu tezde ölçülecek olan depresyon ve travma sonrası stres ile belirtileri karışabilecek kişiler, ileri yaşlılık döneminde olanlar, 18 yaşından küçük olanlar). Bu çalışma kapsamında değerlendirilen toplam veri sayısı 308'dir.

Veriler iki parti halinde toplanmıştır. İlki 2021 yılı Ağustos ayında gerçekleştirilmiş olup bu girişimde dışlanma kriterleri uygulandıktan sonra grup 1'den 43 kişiye, grup 2'nin ise tamamına yani 151 kişiye ulaşılmıştır. Yine 2021 yılı Ekim ayında bölgeye gerçekleştirilen ziyarette dışlama kriterleri uygulandıktan sonra grup 1'den 114 kişiye ulaşılmıştır.

2.3. Prosedür

Araştırmaya başlanmadan önce kullanılacak ölçme araçları belirlenmiş ve sonrasında ölçme araçlarını geliştiren /uyarlayan araştırmacılardan yazılı izin alınmıştır. Bu izinlerle beraber etik kurula başvurulmuştur. Bu araştırmada kullanılan bütün araç ve yöntemlerin bilim etiğine uygun olduğu İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan 2020-187 sayılı izin alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Etik kurul izninin bir kopyası ekler bölümünde yer almaktadır.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak beş bölümden oluşan anket ve ölçek formları uygulanmıştır. Veri toplama aracının ilk bölümünde katılımcılara İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu dağıtılmıştır. Daha sonra katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu ve önceki psikiyatrik tanısı sorulmuştur.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Katılımcılara İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu dağıtılmıştır.

Demografik Veri Formu

Demografik veri formunda katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu ve önceki psikiyatrik tanısı ile ilgili sorular haricinde travmatik olayla ilgili sorular da sorulmuştur.

DSM- 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

Blevins ve arkadaşları tarafından 2015 yılında geliştirilen ölçek 2017 yılında Boysan ve arkadaşları tarafından DSM 5 tanı ölçütleri baz tutularak Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 20 sorudan oluşmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğunun belirtilerini değerlendirmek için

kullanılan bir ölçme aracıdır. Öz değerlendirme şeklinde olan ölçek bir önceki formuyla benzerdir ve son 30 gün içerisindeki travma sonrası stres belirtilerini ölçmektedir. Ölçeğin 4 alt boyutu bulunmaktadır ve bunlar sırasıyla yeniden yaşantılama (B ölçütü) 1,2,3,4 ve 5. maddeler, kaçınma (C ölçütü) 6 ve 7. maddeler, aşırı uyarılmışlık (E ölçütü) 8, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. maddeler ve olumsuz değişiklikler (D ölçütü) 15, 16, 17, 18, 19 ve 20. maddelerdir. Değerlendirme sorularına verilen cevaplar 5'li likert tipi şeklinde puanlanmaktadır. “Hiç=0 puanla” “aşırı=5 puan” arasında bir puanlama sistemi vardır ve toplam “0-80 puan” arası elde edilmektedir. Ölçek için kesme puan “33 puan olarak” belirlenmiştir. Türkçe testin iç geçerlilik katsayısı test-tekrar test sonucunda .85-.92 çıkmıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇCRTÖ-28)

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek (1997), Şar, Öztürk ve İkikardeş tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (2012). CTQ çocukluk ve adolesans döneminde istismar ve ihmal yaşantılarını niceliksel olarak değerlendirme de yararlı olan, öz bildirime dayalı bir araçtır. Ölçek, çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu bilinen dissosiyatif bozukluk hastalarına (n=24), bu hastaların birinci derece yakınlarına (n=50) ve bu aile bireyleri ile eşleştirilmiş klinik dışı kontrol grubuna (n=50) uygulanmıştır. Test-yeniden-test değerlendirmesi için ölçek ayrıca iki hafta ara ile klinik ve klinik dışı 48 kişiye uygulanmıştır. Hasta grubunda kadınların oranı (%79,2) aile bireyleri (%54,0) ve klinik dışı gruba (%54,0) göre daha yüksektir. Ölçeğin iç tutarlılığı ve test- yeniden test güvenilirliği yüksek bulunmuştur. CTQ puanları, kademeli olarak birbirinden farklı travma öyküleri ÇÇKKİSL ile doğrulanan üç denek grubunu ayırabilmiştir. CTQ ve DES toplam puanları arasında anlamlı korelasyon vardır. CTQ maddelerinin katılımı ile yapılan faktör analizinde fiziksel ihmal dışındaki tüm travma türleri önceden bildirilen maddelerle uyumlu bulunmuştur. Sonuç olarak CTQ'nin Türkçe uyarlamasının geçerli ve güvenilir olduğu kanısına varılmıştır (Şar ve ark., 2012).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu (HDBE-ÖF)

Rush ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek (2003), Mergen, Bernstein, Tavlı, Öngel, Tavlı ve Tan tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (2011). Depresif belirtileri ortaya çıkarmaya yarayan, öz bildirim dayalı bir araçtır. Puanlaması ise: 0-5 arası puan alanlarda depresif belirti yok, 6 ile 10 puan arası alanlar hafif ölçekte depresif, 11 ile 15 puan arasında puan alanlar orta düzeyde depresif, 16 ile 20 puan arası alanlar şiddetli ölçekte depresif ve son olarak 21 ile 27 puan arasında alanlar çok şiddetli depresif olarak tanımlanmaktadır. Ölçek toplam 16 maddeden oluşmaktadır ve içerisinde iştah ve kilo değişiklikleri, dikkat bozukluğu, çevreye ilgi değişikliği, enerjide azalma, hareket değişiklikleri, olumsuz öz bakış, ölüm ve intihar düşüncesi barındırmaktadır. Türkçe HDBE-ÖF' ün iç tutarlılık kat sayısı Cronbach alfa .78'dir ve ortalama madde-toplam korelasyon kat sayısı .47 bulunmuştur (Mergen ve ark., 2011).

2.5. Verilerin Analizi

Çalışmanın hipotezlerini incelemek için 308 katılımcının verileri kullanılmıştır. Bu verilerin çözümlenmesinde IBM SPSS Statistics 25 paket programı kullanılmıştır.

Betimsel verilerin analizinde yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Çalışmada yer alan değişkenleri ile ilgili normallik varsayımı kutu-çizgi grafikleri, dal-yaprak grafikleri, Q-Q grafiği ve çarpıklık-basıklığa dair veriler ile incelenmiştir. Tabachnick ve Fidell'in 2013 yılında yaptıkları çalışmada ifade ettikleri üzere basıklık ve çarpıklık katsayılarının +1,5 ve -1,5 arasında yer aldığı koşullarda normal dağılım kabul edilmektedir. Fakat, örnekle sayısı büyük olduğunda çalışmaya katılan kişi sayısının alt gruplarda 30'dan daha çok olduğu durumlarda veya toplam ölçekleri uygulayan sayısının 200'den daha çok olduğu durumlarda çarpıklık ve basıklık değerlerinin analizlerde anlamlı bir farka sebep olmayacağı ve normal dağılım varsayımının karşılanmış olarak kabul edilerek parametrik testlerin kullanılabilmesine

yönelik ifadeler olduğu belirtilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013; Büyüköztürk, 2004; Grech ve Calleja, 2018). Ayrıca, Merkezi Limit Teoremi örneklem sayısının yeteri kadar bulunduğu durumlarda örneklem büyüklüğü arttıkça veriler normal dağılıma doğru yaklaştığına yönelik kanıtlar sunmaktadır (Johnson ve Wichern, 2002; Albayrak ark., 2005; Rempala ve Wesolowski, 2002). Yapılan bu çalışmanın örneklem büyüklüğünün evreni temsil etmesi açısından Yazıcı ve Erdoğan (2004) tarafından meydana konan belirli evren büyüklükleri için alınması gereken örneklem büyüklükleri açısından yeterli düzeyde olduğu ifade edilebilir. Tüm bu sunulan bilgiler eşliğinde, çalışmada parametrik testlerin kullanılması uygun görülmüştür. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerde Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi uygulanmıştır. Gruplar arası farklarda ise Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney U testi ve Bağımsız Gruplar t-Testi uygulanmıştır. Varyansların homojenliği varsayımı Levene testi ile değerlendirmeye alınmıştır. Varyansların homojen olmadığı durumlarda varyanslar homojen olmadığına kullanılarak t testi ve Welch testi istatistikleri kullanılmıştır. Normallik varsayımının yanı sıra, parametrik testlerin uygulanabilmesi için grup sayılarının 30'dan daha fazla olmasına ihtiyaç vardır (Büyüköztürk, 2004). Parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı koşullarda parametrik olmayan testlerin uygulanması tercih edilmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

III.I. Betimleyici Verilerin Analizi

Bu bölümde betimleyici verilere yer verilmiştir. Araştırmada yer alan katılımcıların travma sonrası stres değerleri ve depresyon düzeylerinin incelenmesine yönelik bilgiler verilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine yönelik yüzde ve frekans değerleri ile araştırmada kullanılan ölçeklerin için en küçük /en büyük değerler, çarpıklık-basıklık değerleri ile ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo III.I.I Araştırma Gruplarının Travma Sonrası Stres Düzeyinin İncelenmesi

Değişkenler	TSS Yok (0-33 kesme puanı)	TSS Var (34-80 kesme puanı)	n	TSSB düzeyi	İstatistik	p
Grup 1	-	Ortalama 55 puan olarak TSS belirtileri göstermişlerdir.	159	%68.7	$X^2:27,34$ 4	$p:$,000
Grup 2	Ortalama 30 puan olarak düşük düzeyde TSS belirtisi göstermişlerdir	-	149	%37.5		

*<.05; **<.01

Tablo III.I.I.' araştırma gruplarının Travma Sonrası Stres belirti düzeyi karşılaştırmasına yönelik Ki-kare Testi sonuçları verilmiştir. ($X^2=27,344$; $p>,01$). Buna göre grup 1'in TSSB düzeyi Grup 2'ye göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Araştırma gruplarının travma sonrası stres düzeyinin incelenmesine yönelik kullanılan ölçeğin kesme puanına göre yapılan analizde grup 1; ortalama 55 puanla kesme puanının üzerinde kalmış ve travma sonrası stres belirtileri göstermiştir. Grup 2 ise ortalama 30 puanla ölçeğin kesme puanının altında kalmıştır. Buna göre

grup 1’de bulunan 159 kişinin TSSB düzeyi %68.7’dir ve grup 2’de bulunan 149 kişinin TSSB düzeyi %37.5’dir.

Tablo III.I.II. Araştırma Gruplarının Depresyon Düzeyinin İncelenmesi

Değişkenler	Belirti yok (0-5 puan)	Hafif depresif (6-10 puan)	Orta düzeyde depresif (11-15 puan)	Şiddetli düzeyde depresif (16-20 puan)	Çok şiddetli depresif (21-27 puan)	n	Depresyon düzeyi	İstatistik	p
Grup 1	-	-	Bu grup ortalama 11 puan olarak orta düzeyde depresif belirti göstermiştir.	-	-	159	%40.7	$X^2:24,746$	$p: ,000$
Grup 2	-	Bu grup ortalama 9 puan olarak hafif düzeyde depresif belirti göstermiştir.	-	-	-	149	%33.3		

*<.05; **<.01

Tablo III.I.II’ de araştırma gruplarının Depresyon belirti düzeyi karşılaştırmasına yönelik Ki-kare Testi sonuçları verilmiştir. ($X^2=24,746$; $p>,01$). Buna göre grup 1’in depresyon düzeyinin Grup 2’ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p> .05$). Araştırma gruplarının depresyon düzeyinin incelenmesine yönelik kullanılan ölçeğin kesme puanlarına göre yapılan analizde grup 1; ortalama 11 puanla orta düzey depresif belirtiler göstermiştir. Grup 2 ise ortalama 9 puanla hafif düzeyde depresif belirti göstermiştir. Buna göre

grup 1’de bulunan 159 kişinin depresyon düzeyi %40.7’dir ve grup 2’de bulunan 149 kişinin depresyon düzeyi %33.3’dür.

Tablo III.I.III. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Erkek	167	54,4
	Kadın	140	45,6
Medeni Durum	Evli	177	57,5
	Bekar	131	42,5
Çocuk Bulunma Durumu	Var	168	56,9
	Yok	127	43,1
Eğitim Durumu	Eğitim Görmemiş	22	7,3
	Okur-Yazar	29	9,6
	İlkokul	55	18,2
	Ortaokul	60	19,8
	Lise	91	30,0
	Üniversite	42	13,9
Çalışma Durumu	Lisansüstü	4	1,3
	Çalışan	170	55,7
	Emekli	37	12,1
	Çalışmayan	61	20,0
	Ev Hanımı	22	7,2
Sigara Kullanım Durumu	Öğrenci	15	4,9
	Kullanan	144	48,2

	Kullanmayan	155	51,8
	Kullanmayan	207	67,9
Alkol/Madde Kullanım Durumu	Sadece Alkol	92	30,2
	Sadece Madde	2	,7
	Alkol ve Madde	4	1,3
	Yok	275	94,5
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	1.Derece Akraba	6	2,1
	2.Derece Akraba	10	3,4
	Yok	281	92,7
Bilinen Tıbbi Hastalık Öyküsü	Var	22	7,3
	Yok	24	7,8
Geçmiş Psikiyatrik Başvuru	Var	282	92,2
	Yok	288	94,4
Psikiyatri Dışı İlaç Kullanımı	Var	17	5,6
	Yok	288	94,4

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo III.I.III' de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kişi sayısı dışlanan verilerden sonra toplam 308'dir ancak demografi veri formunda bazı sorulara cevap vermeyenler olduğundan onlar o analizin dışında bırakılmıştır. Araştırmada 167 (%54,4) erkek ve 140 (%45,6) kadın bulunmaktadır. 177 (%57,5) katılımcı evli 131 (%42,5) katılımcı bekarıdır. 22 (%7,3) katılımcı eğitim görmemiş, 29 (%9,6) katılımcı okur yazar, 55 (%18,2) katılımcı ilkokul, 60 (%19,8) katılımcı ortaokul, 91 (%30,0) katılımcı lise, 42 (%13,9) katılımcı lisans ve 4 (%1,3) lisansüstü olarak eğitim durumuna göre dağılmıştır. Çalışma durumuna göre katılımcılar 170 (%55,7) çalışan, 37 (%12,1) emekli, 61 (%20,0) çalışmayan, 22 (%7,2) ev hanımı ve 15 (%4,9) öğrenci olarak dağılmıştır. 144 (%48,2) katılımcı sigara kullanmakta, 155 (%51,8) katılımcı kullanmamaktadır. 207 (%67,9) katılımcı

alkol/madde kullanmamakta, 92 (%30,2) katılımcı sadece alkol, 2 (%7) katılımcı sadece madde ve 4 (%1,3) katılımcı alkol ve madde kullanmaktadır. 275 (%94,5) katılımcının ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmamakta, 6 (%2,1) katılımcının 1. derece akrabalarında ve 10 (%3,4) katılımcının 2. derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü bulunmaktadır. 281 (%92,7) katılımcının bilinen tıbbi hastalık öyküsü bulunmamakta, 22 (%7,3) katılımcının bulunmaktadır. 24 (%7,8) katılımcının geçmiş psikiyatrik başvurusu bulunmamakta, 282 (%92,2) katılımcının bulunmaktadır. 288 (%94,4) katılımcının psikiyatri dışı ilaç kullanımı bulunmamakta, 17 (%5,6) katılımcının bulunmaktadır.

Tablo III.IV. Travmatik Olayla İlişkili Soruların Dağılımı

Değişken	Gruplar	n	%
Olay Esnasında Bulunulan Konum	Olay Mahallinde (grup 1)	10	2,9
	Olay yeri yakınında (grup 1)	44	14,3
	Reyhanlı'da (grup 1)	105	34,2
	Olay Yerinin Uzağında (grup 2)	149	48,5
Olayda Yaralanma Durumu	Evet	1	,3
	Hayır	302	99,7
Olay Esnasında Eşlik Eden Kişiler	Yalnız	171	58,6
	Yakınımla	65	22,3
	Çocuğumla	27	9,2
Olay Sebepli Hastaneye Yatış	Arkadaşlarımla	29	9,9
	Yok	290	96,7
	Var	10	3,3

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo III.IV.' de verilmiştir. 10 (%2,9) katılımcı olay mahallinde, 44 (%14,3) katılımcı olay yeri yakınında, 105 (%34,2) katılımcı Reyhanlı'da böylece toplamda 159 katılımcı grup 1'de ve 149 (%48,5) katılımcı olay yerinin uzağında yani grup 2'de bulunmaktadır. 1 (%3) katılımcı olayda yaralanmış, 302 (%99,7) katılımcı yaralanmamıştır. Olay esnasında, 171 (%58,6) katılımcı yalnız, 65 (%22,3) katılımcı yakınıyla, 27 (%9,2) katılımcı çocuğuyla ve 29 (%9,9) katılımcı arkadaşlarıyla. 290 (%96,7) katılımcı olay sebebiyle hastaneye yatmamış, 10 (%3,3) katılımcı yatmıştır.

Tablo III.V. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İçin Betimleyici İstatistikler

Ölçekler	Min	Maks	\bar{x}	ss
Duygusal İstismar	5	25	8,28	3,34
Fiziksel İstismar	5	25	7,46	3,21
Fiziksel İhmal	5	25	9,55	3,15
Duygusal İhmal	5	25	11,10	4,57
Cinsel İstismar	5	25	8,39	3,84
CÇRTÖ - Toplam	25	125	44,78	12,81
Yeniden Yaşantılama	0	20	6,15	4,49
Kaçınma	0	8	2,64	2,09
Aşırı Uyarılmışlık	0	28	8,65	6,52
Olumsuz Değişiklikler	0	24	7,80	6,11
TSSBKL - Toplam	0	80	25,23	18,16
HDBE-ÖF - Toplam	0	27	6,47	6,26

Tablo III.I.V'de Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İçin Betimleyici İstatistikler için en küçük/ en büyük değerler, çarpıklık-basıklık değerleri ile ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Duygusal İstismar alt boyutu için alt boyutu için aralık 5-25 arasında, ortalama= 8,28 ve standart sapma= 3,34 olarak hesaplanmıştır. Fiziksel İstismar alt boyutu için alt boyutu için aralık 5-25 arasında, ortalama= 7,46 ve standart sapma= 3,21 olarak hesaplanmıştır. Fiziksel İhmal alt boyutu için alt boyutu için aralık 5-25 arasında, ortalama= 9,55 ve standart sapma= 3,15 olarak hesaplanmıştır. Duygusal İhmal alt boyutu için alt boyutu için aralık 5-25 arasında, ortalama= 1,10 ve standart sapma= 4,57 olarak hesaplanmıştır. Cinsel İstismar alt boyutu için alt boyutu için aralık 5-25 arasında, ortalama= 8,39 ve standart sapma= 3,84 olarak hesaplanmıştır. ÇÇRTÖ- Toplam için alt boyutu için aralık 25-125 arasında, ortalama= 44,78 ve standart sapma= 12,81 olarak hesaplanmıştır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Yeniden Yaşantılama alt boyutu için aralık 0-20 arasında, ortalama= 6,15 ve standart sapma= 4,49 olarak hesaplanmıştır. Kaçınma alt boyutu için aralık 0-8 arasında, ortalama= 2,64 ve standart sapma= 2,09 olarak hesaplanmıştır. Aşırı Uyarılmışlık alt boyutu için aralık 0-28 arasında, ortalama= 8,65 ve standart sapma= 6,52 olarak hesaplanmıştır. Olumsuz Değişiklikler alt boyutu için aralık 0-24 arasında, ortalama= 7,80 ve standart sapma= 6,11 olarak hesaplanmıştır. HDBE-ÖF- Toplam için aralık 0-80 arasında, ortalama= 25,23 ve standart sapma= 18,16 olarak hesaplanmıştır.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu için aralık 0-27 arasında, ortalama= 6,47 ve standart sapma= 6,26 olarak hesaplanmıştır.

III.II. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının demografik değişkenlere göre incelenmesine yönelik analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo III.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Cinsiyete Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yeniden Yaşantılama	Erkek	167	5,50	4,37	-2,828	305	,005**
	Kadın	140	6,94	4,53			
Kaçınma	Erkek	167	2,39	2,05	-2,394	305	,017*
	Kadın	140	2,96	2,10			
Aşırı Uyarılmışlık	Erkek	167	7,80	6,25	-2,561	305	,011*
	Kadın	140	9,70	6,72			
Olumsuz Değişiklikler	Erkek	167	7,04	6,09	-2,460	305	,014*
	Kadın	140	8,75	6,03			
TSSBKL- Toplam	Erkek	167	22,74	17,58	-2,727	305	,007**
	Kadın	140	28,35	18,42			
HDBE-ÖF- Toplam	Erkek	167	6,24	6,15	-,751	305	,453
	Kadın	140	6,78	6,41			

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^aVaryanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo III.II.I'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının cinsiyete göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Yeniden Yaşantılama ($t_{(305)} = -2,828; p < .01$), Kaçınma ($t_{(305)} = -2,394; p < .05$), Aşırı Uyarılmışlık ($t_{(305)} = -2,561; p < .05$), olumsuz değişiklikler ($t_{(305)} = -2,460; p < .05$) alt boyutları ile ölçek toplam ($t_{(305)} = -2,727; p < .01$) puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Kadın katılımcıların da Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Aşırı Uyarılmışlık, Olumsuz Değişiklikler alt boyutları ile ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$)

Tablo III.II.II. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Çocuk Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yeniden Yaşantılama	Var	168	6,07	4,40	-,781	293	,435
	Yok	127	6,48	4,66			
Kaçınma	Var	168	2,60	2,07	-,875	293	,382
	Yok	127	2,81	2,14			
Aşırı Uyarılmışlık	Var	168	8,42	6,19	-1,071	293	,285
	Yok	127	9,24	7,05			
Olumsuz Değişiklikler	Var	168	7,98	6,17	,076	293	,939

	Yok	127	7,92	6,11			
TSSBKL- Toplam	Var	168	25,05	17,88	-,653	293	,515
	Yok	127	26,46	18,81			
HDBE-ÖF- Toplam	Var	168	5,32	5,06	-3,527 ^a	208,617	,001**
	Yok	127	8,04	7,51			

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^aVaryanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo III.II.II'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının çocuk bulunma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu ($t_{(208,617)} = -3,527$; $p < .01$) puanlarının çocuk bulunma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Çocuğu bulunmayan katılımcıların Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu çocuğu olan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının çocuk bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$)

Tablo III.II.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Alkol Kullanım Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yeniden Yaşantılama	Kullanmayan	207	6,02	4,29	-,362	297	,717
	Kullanan	92	6,23	4,93			

Kaçınma	Kullanmayan	207	2,65	2,07	,543	297	,587
	Kullanan	92	2,51	2,09			
Aşırı Uyarılmışlık	Kullanmayan	207	8,49	6,46	-,197	297	,844
	Kullanan	92	8,65	6,49			
Olumsuz Değişiklikler	Kullanmayan	207	7,62	5,91	-,230	297	,818
	Kullanan	92	7,79	6,40			
TSSBKL- Toplam	Kullanmayan	207	24,79	17,74	-,176	297	,861
	Kullanan	92	25,18	18,79			
HDBE-ÖF- Toplam	Kullanmayan	207	6,07	5,72	-,663 ^a	151,612	,508
	Kullanan	92	6,61	6,75			

*p<.05; **p<.01; ^aVaryanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo III.II.III'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının alkol kullanım durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının alkol kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$)

Tablo III.II.IV. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Sigara Kullanım Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yeniden Yaşantılama	Kullanan	144	6,62	4,93	1,871 ^a	276,550	,062
	Kullanmayan	155	5,64	4,03			
Kaçınma	Kullanan	144	2,78	2,19	1,449	297	,148
	Kullanmayan	155	2,44	1,93			
Aşırı Uyarılmışlık	Kullanan	144	9,23	6,89	1,780 ^a	282,564	,076
	Kullanmayan	155	7,90	5,91			
Olumsuz Değişiklikler	Kullanan	144	8,36	6,56	1,624 ^a	281,740	,105
	Kullanmayan	155	7,21	5,58			
TSSBKL- Toplam	Kullanan	144	26,99	19,64	1,808 ^a	279,536	,072
	Kullanmayan	155	23,19	16,42			
HDBE-ÖF- Toplam	Kullanan	144	6,52	6,65	,780 ^a	274,182	,436
	Kullanmayan	155	5,97	5,34			

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^aVaryanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo III.II.IV'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının sigara kullanım durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının sigara kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$)

Tablo III.II.V. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	ST	U	z	p
Yeniden Yaşantılama	Yok	275	143,88	39568,00	1618,000	-1,785	,074
	Var	16	182,38	2918,00			
Kaçınma	Yok	275	144,92	39852,50	1902,500	-,921	,357
	Var	16	164,59	2633,50			
Aşırı Uyarılmışlık	Yok	275	144,67	39785,50	1835,500	-1,117	,264
	Var	16	168,78	2700,50			
Olumsuz Değişiklikler	Yok	275	144,59	39762,50	1812,500	-1,187	,235
	Var	16	170,22	2723,50			
TSSBKL- Toplam	Yok	275	144,26	39672,00	1722,000	-1,462	,144
	Var	16	175,88	2814,00			
HDBE-ÖF- Toplam	Yok	275	145,01	39877,00	1927,000	-,837	,402
	Var	16	163,06	2609,00			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.II.V’de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunma durumuna göre incelenmesine ilişkin Mann Whitney U Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$).

Tablo III.II.VI. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Bilinen Tıbbi Hastalık Öyküsü Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	ST	U	z	p
Yeniden Yaşantılama	Yok	281	152,15	42753,00	3050,000	-0,104	,917
	Var	22	150,14	3303,00			
Kaçınma	Yok	281	151,99	42710,50	3089,500	-0,004	,997
	Var	22	152,07	3345,50			
Aşırı Uyarılmışlık	Yok	281	151,83	42664,50	3043,500	-0,120	,904
	Var	22	154,16	3391,50			
Olumsuz Değişiklikler	Yok	281	152,02	42717,50	3085,500	-0,014	,989
	Var	22	151,75	3338,50			
TSSBKL- Toplam	Yok	281	151,92	42690,50	3069,500	-0,054	,957
	Var	22	152,98	3365,50			
HDBE-ÖF- Toplam	Yok	281	152,91	42969,00	2834,000	-0,652	,515
	Var	22	140,32	3087,00			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.II.VI'da Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının bilinen tıbbi hastalık öyküsü bulunma durumuna göre incelenmesine ilişkin Mann Whitney U Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının bilinen tıbbi hastalık öyküsü bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$).

Tablo III.II.VII. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Geçmişte Psikiyatrik Başvuruda Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	ST	U	z	p
Yeniden Yaşantılama	Yok	24	134,90	3237,50	2937,500	-1,077	,282
	Var	282	155,08	43733,50			
Kaçınma	Yok	24	126,35	3032,50	2732,500	-1,585	,113
	Var	282	155,81	43938,50			
Aşırı Uyarılmışlık	Yok	24	138,67	3328,00	3028,000	-,857	,391
	Var	282	154,76	43643,00			
Olumsuz Değişiklikler	Yok	24	140,35	3368,50	3068,500	-,760	,447
	Var	282	154,62	43602,50			
TSSBKL- Toplam	Yok	24	137,60	3302,50	3002,500	-,917	,359
	Var	282	154,85	43668,50			
HDBE-ÖF- Toplam	Yok	24	169,73	4073,50	2994,500	-,939	,348
	Var	282	152,12	42897,50			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.II.VII’de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının geçmişte psikiyatrik başvuruda bulunma durumuna göre incelenmesine ilişkin Mann Whitney U Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının geçmişte psikiyatrik başvuruda bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$).

Tablo III.II.VIII. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Psikiyatri Dışı İlaç Kullanım Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	ST	U	z	p
Yeniden Yaşantılama	Yok	288	153,96	44339,50	2172,500	-,782	,434
	Var	17	136,79	2325,50			
Kaçınma	Yok	288	153,72	44271,50	2240,500	-,595	,552
	Var	17	140,79	2393,50			
Aşırı Uyarılmışlık	Yok	288	153,41	44183,00	2329,000	-,338	,736
	Var	17	146,00	2482,00			
Olumsuz Değişiklikler	Yok	288	153,70	44266,00	2246,000	-,573	,567
	Var	17	141,12	2399,00			
TSSBKL - Toplam	Yok	288	153,55	44223,50	2288,500	-,452	,651
	Var	17	143,62	2441,50			
HDBE-ÖF - Toplam	Yok	288	153,31	44154,00	2358,000	-,256	,798
	Var	17	147,71	2511,00			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.II.VIII’de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının psikiyatri dışı ilaç kullanım durumuna göre incelenmesine ilişkin Mann Whitney U Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının psikiyatri dışı ilaç kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$).

Tablo III.II.IX. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Medeni Duruma Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	\bar{x}	ss	t	sd	p																																																								
Yeniden Yaşantılama	Evli	177	5,68	4,34	-2,117	269,659	,035*																																																								
	Bekar	131	6,78	4,63				Kaçınma	Evli	177	2,39	2,03	-2,479	272,730	,014*	Bekar	131	2,98	2,12	Aşırı Uyarılmışlık	Evli	177	7,74	5,97	-2,809	252,703	,005*	Bekar	131	9,88	7,03	Olumsuz Değişiklikler	Evli	177	7,20	6,01	-1,976	275,618	,049*	Bekar	131	8,60	6,19	TSSBKL - Toplam	Evli	177	23,01	17,32	-2,487	266,161	,014*	Bekar	131	28,24	18,88	HDBE-ÖF - Toplam	Evli	177	5,21	4,91	-3,966	211,935	,000**
Kaçınma	Evli	177	2,39	2,03	-2,479	272,730	,014*																																																								
	Bekar	131	2,98	2,12				Aşırı Uyarılmışlık	Evli	177	7,74	5,97	-2,809	252,703	,005*	Bekar	131	9,88	7,03	Olumsuz Değişiklikler	Evli	177	7,20	6,01	-1,976	275,618	,049*	Bekar	131	8,60	6,19	TSSBKL - Toplam	Evli	177	23,01	17,32	-2,487	266,161	,014*	Bekar	131	28,24	18,88	HDBE-ÖF - Toplam	Evli	177	5,21	4,91	-3,966	211,935	,000**	Bekar	131	8,17	7,40								
Aşırı Uyarılmışlık	Evli	177	7,74	5,97	-2,809	252,703	,005*																																																								
	Bekar	131	9,88	7,03				Olumsuz Değişiklikler	Evli	177	7,20	6,01	-1,976	275,618	,049*	Bekar	131	8,60	6,19	TSSBKL - Toplam	Evli	177	23,01	17,32	-2,487	266,161	,014*	Bekar	131	28,24	18,88	HDBE-ÖF - Toplam	Evli	177	5,21	4,91	-3,966	211,935	,000**	Bekar	131	8,17	7,40																				
Olumsuz Değişiklikler	Evli	177	7,20	6,01	-1,976	275,618	,049*																																																								
	Bekar	131	8,60	6,19				TSSBKL - Toplam	Evli	177	23,01	17,32	-2,487	266,161	,014*	Bekar	131	28,24	18,88	HDBE-ÖF - Toplam	Evli	177	5,21	4,91	-3,966	211,935	,000**	Bekar	131	8,17	7,40																																
TSSBKL - Toplam	Evli	177	23,01	17,32	-2,487	266,161	,014*																																																								
	Bekar	131	28,24	18,88				HDBE-ÖF - Toplam	Evli	177	5,21	4,91	-3,966	211,935	,000**	Bekar	131	8,17	7,40																																												
HDBE-ÖF - Toplam	Evli	177	5,21	4,91	-3,966	211,935	,000**																																																								
	Bekar	131	8,17	7,40																																																											

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.II.IX’da Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının medeni durumuna göre incelenmesine ilişkin Mann Whitney U Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Yeniden Yaşantılama ($t_{(269,659)} = -2,117$; $p < .05$), Kaçınma ($t_{(272,730)} = -2,479$; $p < .05$), Aşırı Uyarılmışlık ($t_{(252,703)} = -2,809$; $p < .01$), Olumsuz Değişiklikler ($t_{(275,618)} = -1,976$; $p < .05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t_{(26,161)} = -$

1,976; $p < .05$) ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu ($t_{(211,935)} = -3,966$; $p < .01$) puanlarının medeni durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Aşırı Uyarılmışlık, Olumsuz Değişiklikler alt boyutları ve ölçek toplam puanı ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının evli katılımcılarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo III.II.X. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	H	sd	p
Yeniden Yaşantılama	Eğitim Görmemiş	22	148,34	6,174	5	,290
	Okur-Yazar	29	138,41			
	İlkokul	55	156,25			
	Ortaokul	60	134,30			
	Lise	91	167,35			
	Üniversite	46	149,96			
	Kaçınma	Eğitim Görmemiş	22			
Okur-Yazar		29	143,00			
İlkokul		55	161,95			
Ortaokul		60	135,12			
Lise		91	163,22			
Üniversite		46	149,07			
Aşırı Uyarılmışlık		Eğitim Görmemiş	22	133,84	4,422	5
	Okur-Yazar	29	136,14			

	İlkokul	55	160,46			
	Ortaokul	60	144,05			
	Lise	91	163,05			
	Üniversite	46	149,08			
	Eğitim Görmemiş	22	143,55	4,015	5	,547
	Okur-Yazar	29	151,10			
Olumsuz Değişiklikler	İlkokul	55	161,57			
	Ortaokul	60	136,58			
	Lise	91	161,55			
	Üniversite	46	146,37			
	Eğitim Görmemiş	22	140,43	4,329	5	,503
	Okur-Yazar	29	141,83			
TSSBKL- Toplam	İlkokul	55	157,22			
	Ortaokul	60	138,76			
	Lise	91	164,82			
	Üniversite	46	149,62			
	Eğitim Görmemiş	22	195,77	8,659	5	,123
	Okur-Yazar	29	140,50			
HDBE-ÖF- Toplam	İlkokul	55	147,80			
	Ortaokul	60	136,78			
	Lise	91	152,31			
	Üniversite	46	162,58			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.II.X'da Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının eğitim durumuna göre incelenmesine ilişkin Kruskal Wallis H Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$).

Tablo III.II.XI. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	H	sd	p	Fark
Yeniden Yaşantılama	Çalışan	170	141,27	11,753	4	,019*	3>1
	Emekli	37	143,16				
	Çalışmayan	61	182,41				
	Ev Hanımı	22	174,98				
	Öğrenci	15	158,33				
Kaçınma	Çalışan	170	139,97	10,821	4	,029*	Fark
	Emekli	37	151,18				Yok
	Çalışmayan	61	176,30				
	Ev Hanımı	22	175,30				
	Öğrenci	15	177,67				
Aşırı Uyarılmışlık	Çalışan	170	143,23	10,570	4	,032*	Fark
	Emekli	37	137,11				Yok
	Çalışmayan	61	171,07				

	Ev Hanımı	22	187,77				
	Öğrenci	15	178,47				
Olumsuz Değişiklikler	Çalışan	170	142,54	7,476	4	,113	-
	Emekli	37	152,61				
	Çalışmayan	61	165,80				
	Ev Hanımı	22	185,82				
	Öğrenci	15	172,27				
TSSBKL- Toplam	Çalışan	170	141,24	10,517	4	,033*	Fark
	Emekli	37	145,07				Yok
	Çalışmayan	61	174,80				
	Ev Hanımı	22	184,68				
	Öğrenci	15	170,80				
HDBE-ÖF- Toplam	Çalışan	170	138,17	25,477	4	,000**	3>1
	Emekli	37	146,03				5>1
	Çalışmayan	61	180,11				5>2
	Ev Hanımı	22	145,36				5>4
	Öğrenci	15	239,20				

* $p<.05$; ** $p<.01$

Tablo III.II.XI’de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının çalışma durumuna göre incelenmesine ilişkin Kruskal Wallis H Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Yeniden Yaşantılama ($H_{(4)}= 11,753$; $p<.05$), Kaçınma ($H_{(4)}= 10,821$; $p<.05$), Aşırı Uyarılmışlık ($H_{(4)}= 10,570$; $p<.01$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($H_{(4)}= 10,517$; $p<.05$) ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu

($H_{(4)} = 25,477$; $p < .01$) puanlarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Çalışmayan katılımcıların Yeniden Yaşantılama alt boyutu puanlarının çalışan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Öğrencilerin HDBE-ÖF-Toplam puanlarının çalışan, çalışmayan ve emekli katılımcılardan; çalışmayan katılımcıların da çalışan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Kaçınma ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyutları için test sonuçları anlamlı olsa da ikili karşılaştırmalar testi sonuçlarının anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Olumsuz değişiklikler alt boyutu puanlarının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$).

Tablo III.II.XII. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları ile Araştırmanın Açık Uçlu Değişkenleri Olan Yaş ve Çocuk Sayısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçekler	Yaş	Çocuk Sayısı
Yeniden Yaşantılam	,001	,070
Kaçınma	-,001	,084
Aşırı Uyarılmışlık	-,036	,068
Olumsuz Değişiklikler	,017	,050
TSSBKL- Toplam	-,007	,068
HDBE-ÖF- Toplam	-,170**	,090

** $p < .01$, * $p < .05$

Tablo III.II.XII’de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları ile yaş ve çocuk sayısı arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Yaş ile Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu ($r = -.170$; $p < .01$), puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

III.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Travmatik Olayla İlişkili Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının travmatik olayla ilişkili değişkenlere göre incelenmesine yönelik analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo III.III.I. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Olay Esnasında Bulunulan Konuma Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yeniden Yaşantılama	Yakın/Olay Yeri	159	4.73	3.78	-	283.	.000**
	/Reyhanlı (grup 1)				5.995 ^a	923	
	Olay Yeri Uzağı(grup 2)	149	7.66	4.71			
Kaçınma	Yakın/Olay Yeri	159	1.96	1.72	-	280.	.000**
	/Reyhanlı (grup 1)				6.294 ^a	777	
	Olay Yeri Uzağı(grup 2)	149	3.38	2.19			

Aşırı	Yakın/Olay Yeri	159	6.36	5.13	-	271.	.000**
	/Reyhanlı (grup 1)					6.760 ^a	358
Uyarılmışlık	Olay Yeri Uzağı(grup 2)	149	11.09	6.96			
Olumsuz	Yakın/Olay Yeri	159	5.90	5.29	-	289.	.000**
	/Reyhanlı (grup 1)					5.892 ^a	528
Değişiklikler	Olay Yeri Uzağı(grup 2)	149	9.82	6.30			
TSSBKL -	Yakın/Olay Yeri	159	18.94	15.07	-	283.	.000**
	/Reyhanlı (grup 1)					6.670 ^a	642
Toplam	Olay Yeri Uzağı(grup 2)	149	31.95	18.80			
HDBE-ÖF	Yakın/Olay Yeri	159	5.11	4.51	-	240.	.000**
	/Reyhanlı (grup 1)					3.969 ^a	840
- Toplam	Olay Yeri Uzağı(grup 2)	149	7.92	7.44			

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^aVaryanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo III.III.I.'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının olay esnasında bulunulan konuma göre incelenmesine ilişkin Kruskal Wallis H Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Yeniden Yaşantılama ($t_{(283,923)} = -5,995$; $p < .05$), Kaçınma ($t_{(280,777)} = 6,294$; $p < .01$), Aşırı Uyarılmışlık ($t_{(271,358)} = -6,760$; $p < .01$), Olumsuz Değişiklikler ($t_{(289,528)} = -5,892$; $p < .01$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t_{(283,642)} = -6,670$; $p < .01$) ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu ($t_{(4)} = 11,381$; $p < .01$) puanlarının olay esnasında bulunulan konum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir.

Yakın/ Olay yeri ve Reyhanlı (grup 1)'da olan katılımcıların Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Aşırı Uyarılmışlık, Olumsuz Değişiklikler, TSSBKL – toplam ve HDBE-ÖF – toplam puanlarının olay yeri uzağında (grup 2) olan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo III.III.II. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Olay Esnasında Kiminle Bulunduğuna Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	H	sd	p	Fark
Yeniden Yaşantılama	Yalnız	171	124,63	34,90	3	,000**	4>1
	Yakınımla	65	160,79	6			3>1
	Çocuğumla	27	211,22				2>1
	Arkadaşlarımla	29	183,16				
Kaçınma	Yalnız	171	126,04	31,46	3	,000**	4>1
	Yakınımla	65	161,65	1			3>1
	Çocuğumla	27	210,72				2>1
	Arkadaşlarımla	29	173,38				
Aşırı Uyarılmışlık	Yalnız	171	124,76	34,47	3	,000**	4>1
	Yakınımla	65	159,27	4			3>1
	Çocuğumla	27	207,11				2>1
	Arkadaşlarımla	29	189,66				
Olumsuz Değişiklikler	Yalnız	171	128,18	25,58	3	,000**	4>1
	Yakınımla	65	155,99	7			3>1
	Çocuğumla	27	201,54				2>1
	Arkadaşlarımla	29	181,98				
TSSBKL- Toplam	Yalnız	171	124,91	34,40	3	,000**	4>1
	Yakınımla	65	159,30	1			3>1
	Çocuğumla	27	210,33				2>1
	Arkadaşlarımla	29	185,67				3>2

	Yalnız	171	141,09	4,166	3	,244	-
HDBE-ÖF- Toplam	Yakınımla	65	145,11				
	Çocuğumla	27	153,94				
	Arkadaşlarımla	29	174,59				

* $p<.05$; ** $p<.01$

Tablo III.III.II'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının olay esnasında bulunulan konuma göre incelenmesine ilişkin Kruskal Wallis H Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Yeniden Yaşantılama ($H_{(3)}= 34,906$; $p<.01$), Kaçınma ($H_{(3)}= 31,461$; $p<.01$), Aşırı Uyarılmışlık ($H_{(3)}= 34,474$; $p<.01$), Olumsuz Değişiklikler ($H_{(3)}= 25,587$; $p<.01$) alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($H_{(3)}= 34,401$; $p<.01$). Olay esnasında arkadaşıyla, çocuğuyla ve yakınıyla olan katılımcıların Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Aşırı Uyarılmışlık, Olumsuz Değişiklikler alt boyutu puanlarının yalnız olan katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Olay esnasında arkadaşıyla, çocuğuyla ve yakınıyla olan katılımcıların Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Aşırı Uyarılmışlık, Olumsuz Değişiklikler alt boyutu puanlarının yalnız olan katılımcılardan; çocuğu ile olanların da yakınıyla olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının olay esnasında bulunulan konuma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>.05$).

Tablo III.III.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanlarının Olay Sebepli Hastaneye Yatış Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	ST	U	z	p
Yeniden Yaşantılama	Yok	290	149,07	43231,50	1036,500	-1,538	,124
	Var	10	191,85	1918,50			
Kaçınma	Yok	290	149,07	43230,50	1035,500	-1,555	,120
	Var	10	191,95	1919,50			
Aşırı Uyarılmışlık	Yok	290	150,17	43548,00	1353,000	,360	,719
	Var	10	160,20	1602,00			
Olumsuz Değişiklikler	Yok	290	149,46	43342,00	1147,000	-1,126	,260
	Var	10	180,80	1808,00			
TSSBKL- Toplam	Yok	290	149,41	43329,00	1134,000	-1,173	,241
	Var	10	182,10	1821,00			
HDBE-ÖF- Toplam	Yok	290	151,09	43817,00	1278,000	-,640	,522
	Var	10	133,30	1333,00			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.III.III'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının olay sebepli hastaneye yatış durumuna göre incelenmesine ilişkin Mann Whitney U Testi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının olay sebepli hastaneye yatış durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$).

III.IV. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo III.IV.I. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçekler	Fiziksel	Fiziksel	Duygusal	Duygusal	Cinsel	CCTRÖ-
	İstismar	İhmal	İstismar	İhmal	İstismar	Toplam
Yeniden Yaşantılama	,127*	,081	,199**	,080	,147**	,176**
Kaçınma	,115*	,115*	,218**	,108	,143*	,195**
Aşırı Uyarılmışlık	,178**	,139*	,270**	,052	,170**	,219**
Olumsuz Değişiklikler	,054	,082	,161**	,103	,105	,144*
TSSBKL- Toplam	,127*	,111	,226**	,085	,149**	,193**

** $p < .01$, * $p < .05$

Tablo III.IV.I'de Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Yeniden Yaşantılama alt boyutu puanları ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İstismar ($r = ,127$; $p < ,05$), Duygusal İstismar ($r = ,199$; $p < ,01$) , Cinsel İstismar ($r = ,147$; $p < ,01$) alt boyutu, ölçek toplam ($r = ,176$; $p < ,01$)

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kaçınma alt boyutu puanları ile Fiziksel İstismar ($r = ,115$; $p < ,05$), Fiziksel İhmal ($r = ,115$; $p < ,05$), Duygusal İstismar ($r = ,218$; $p < ,01$) , Cinsel İstismar ($r = ,143$; $p < ,01$) alt boyutu, ölçek toplam ($r = ,195$; $p < ,01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Aşırı Uyarılmışlık alt boyutu puanları ile Fiziksel İstismar ($r = ,178$; $p < ,01$), Fiziksel İhmal ($r = ,139$; $p < ,05$), Duygusal İstismar ($r = ,270$; $p < ,01$) , Cinsel İstismar ($r = ,170$; $p < ,01$) alt boyutu, ölçek toplam ($r = ,219$; $p < ,01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Olumsuz Değişiklikler alt boyutu puanları ile Duygusal İstismar ($r = ,161$; $p < ,01$) ve ölçek toplam ($r = ,144$; $p < ,05$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yeniden Yaşantılama alt boyutu puanları ile Fiziksel İstismar ($r = ,127$; $p < ,05$), Duygusal İstismar ($r = ,226$; $p < ,01$) , Cinsel İstismar ($r = ,149$; $p < ,01$) alt boyutu, ölçek toplam ($r = ,193$; $p < ,01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p > ,05$).

Tablo III.IV.II. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçekler	Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu
Fiziksel İstismar	,394**
Fiziksel İhmal	,203**
Duygusal İstismar	,343**
Duygusal İhmal	,007
Cinsel İstismar	,265**
CCTRÖ-Toplam	,320**

Not 2

Tablo III.IV.II'de Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İstismar ($r= ,394$; $p<,01$), Fiziksel İhmal ($r= ,203$; $p<,05$), Duygusal İstismar ($r= ,343$; $p<,01$), Cinsel İstismar ($r= ,265$; $p<,01$) alt boyutu, ölçek toplam ($r= ,320$; $p<,01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo III.IV.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçekler	Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu
Yeniden Yaşantılama	,426**
Kaçınma	,450**
Aşırı Uyarılmışlık	,501**
Olumsuz Değişiklikler	,408**
TSSBKL- Toplam	,475**

. ** $p < .01$, * $p < .05$

Tablo III.IV.III'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları arasındaki

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Yeniden Yaşantılama ($r= ,426$; $p<,01$), Kaçınma ($r= ,450$; $p<,01$), Aşırı Uyarılmışlık ($r= ,501$; $p<,01$), Olumsuz Değişiklikler ($r= ,408$; $p<,01$) alt boyutu, ölçek

toplam ($r = ,475$; $p < ,01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

III.V. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi

Bu bölümde, İlişki Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesine yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo III.V.I. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata B	Beta	t	p
Depresyon	Sabit	-,039	1,224	-	-,032	,975
	Fiziksel İstismar	,548	,168	,281	3,264	,001**
	Fiziksel İhmal	,227	,141	,114	1,608	,109
	Duygusal İstismar	,147	,157	,078	,932	,352
	Duygusal İhmal	-,121	,091	-,089	-1,327	,185
	Cinsel İstismar	,047	,114	,029	,407	,684

R= ,409 R²= ,168 Sd: 5/ 302 F: 12,164 p=,000**

** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tablo III.V.I'de Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kurgulanmıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon analizinde 'Enter' yöntemi kullanılmıştır. Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F_{(5, 302)} = 12,164, p < ,01$). Model, Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puan varyansının %16,8'ini açıklamaktadır. Fiziksel İstismar ($\beta = ,281, t = 3,264, p < ,01$) alt boyutu puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Fiziksel İhmal, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar alt boyutu puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarını yordamadığı belirlenmiştir.

Tablo III.V.II. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata B	Beta	t	p
TSSB	Sabit	13,018	3,773		3,450	,001
	Fiziksel İstismar	-,677	,517	-,120	-1,310	,191
	Fiziksel İhmal	-,012	,435	-,002	-,028	,978
	Duygusal İstismar	1,564	,485	,287	3,227	,001**
	Duygusal İhmal	,249	,282	,063	,885	,377
	Cinsel İstismar	,198	,352	,042	,563	,574

R= ,247 R²= ,061 Sd: 5/ 302 F: 3,928 p=,000**

**p < .01, *p < .05

Tablo III.V.II'de Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanları üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kurgulanmıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanları üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon analizinde 'Enter' yöntemi kullanılmıştır. Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F_(5, 302)= 3,928, p<,01). Model, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puan varyansının %6,1 açıklamaktadır. Duygusal İstismar ($\beta = ,287, t = 3,227, p <,01$) alt boyutu puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Fiziksel, İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar alt boyutu puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanlarını yordamadığı belirlenmiştir.

Tablo III.V.III. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata B	Beta	t	p
Depresyon	Sabit	2,250	,535		4,204	,000
	Yeniden Yaşantılama	,089	,153	,064	,583	,560
	Kaçınma	,370	,347	,123	1,067	,287

Aşırı Uyarılmışlık	,492	,107	,512	4,590	,000**
Olumsuz Değişiklikler	-,200	,119	-,195	-1,678	,094

R= ,510 R²= ,260 Sd: 4/ 303 F: 26,563 p=,000**

**p < .01, *p < .05

Tablo III.V.III'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kurgulanmıştır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanlarının Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon analizinde 'Enter yöntemi kullanılmıştır. Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F_{(3, 303)} = 26,563, p < .01$). Model, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puan varyansının %26'sını açıklamaktadır. Aşırı Uyarılmışlık ($\beta = ,512, t = 4,590, p < .01$) alt boyutu puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Yeniden Yaşantılama, Kaçınma ve Olumsuz Değişiklikler alt boyutu puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi puanlarını yordamadığı belirlenmiştir.

Tablo III.VI. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Puanları Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerine Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının travma sonrası stres belirtilerine göre incelenmesine yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo III.VI.I. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Uykuya Dalma Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Uykuya Dalma	Düşük Belirti	202	,45	,683	-4,681	151,257	,000*
	Yüksek Belirti	106	,98	1,069			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.I'de Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Uykuya Dalma Belirti puanlarının Travma sonrası stres belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Uykuya Dalma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(151,257)} = -4,681$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla uykuya dalma sorunları bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.II. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Uyku Süreci Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Uyku Süreci	Düşük Belirti	202	,51	,806	-4,458	157,707	,000
	Yüksek Belirti	106	1,08	1,180			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.II.'de Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Uyku Süreci belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Uykuya Süreci belirti puanlarının TSSB Belirti Düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(157,707)} = -4,458$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla uyku esnasında sorun (Hafif Uyku, Huzursuzluk, Kolay Uyanma vs.) bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.III. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Erken Uyanma Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Erken Uyanma	Düşük Belirti	202	,46	,691	-4,068	165,693	,000**
	Yüksek Belirti	106	,88	,943			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.III.'te Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Erken Uyanma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Erken Uyanma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(157,707)} = -4,458$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla erken uyanma problemi bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.IV. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Çok Fazla Uyuma Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Çok Fazla Uyuma	Düşük Belirti	202	.28	.532	-4.518	139.751	.000**
	Yüksek Belirti	106	.74	.959			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.IV.'te Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Çok Fazla Uyuma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t-testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Çok Fazla Uyuma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($t_{(139,751)} = -4,518$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla çok fazla uyuma problemi bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.V. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kederli Hissetme Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Kederli Hissetme	Düşük Belirti	202	.39	.683	-6.010	144.202	.000
	Yüksek Belirti	106	1.12	1.160			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.V.'te Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kederli Hissetme belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kederli Hissetme belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(144,202)} = -6,610$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla kederli hissetme problemi bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.VI. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İştah Azalması Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
İştah Azalması	Düşük Belirti	202	.36	.648	-4.311	140.692	.000
	Yüksek Belirti	106	.88	1.152			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.VI'da Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İştah Azalması belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İştah Azalması belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(144,692)} = -4,311$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla iştah azalması problemi bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.VII. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İştah Artması Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
İştah Artması	Düşük Belirti	202	.27	.564	-3.622	141.297	.000
	Yüksek Belirti	106	.65	.996			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.VII’de Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İştah Artması belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İştah Artması belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(141,297)} = -3,622$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla iştah artması problemi bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.VIII. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kilo Verme Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Kilo Verme	Düşük Belirti	202	.26	.576	-3.975	139.856	.000**
	Yüksek Belirti	106	.69	1.036			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.VIII.'de Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kilo Verme belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kilo Verme belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(141,297)} = -3,622$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla kilo verme problemi bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.IX. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kilo Alma Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Kilo Alma	Düşük Belirti	202	.36	.700	-3.177	134.590	.002**
	Yüksek Belirti	106	.81	1.367			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.IX'da Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kilo Alma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kilo Alma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(134,590)} = -3,117$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla kilo alma problemi bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.X. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Konsantrasyon Problemi Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Konsantrasyon Problemi	Düşük Belirti	202	.38	.703	-5.253	151.999	000**
	Yüksek Belirti	106	.99	1.091			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.X.'da Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Konsantrasyon Problemi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Konsantrasyon Problemi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($t_{(151,253)} = -5,253$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla konsantrasyon problemi bildirdiği görülmektedir.

Tablo III.VI.XI. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kendine Olumsuz Bakış Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Kendine Olumsuz Bakış	Düşük Belirti	202	.40	.727	-4.122	153.840	.000
	Yüksek Belirti	106	.89	1.107			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.XI.'de Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kendine Olumsuz Bakış belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Kendine Olumsuz Bakış belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(134,590)} = -3,117$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla kendine yönelik olumsuz bakışa sahip olduğu görülmektedir.

Tablo III.VI.XII. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Ölüm/İntihar Düşüncesi Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Ölüm/İntihar Düşüncesi	Düşük Belirti	202	.38	.674	-3.457	151.929	.001
	Yüksek Belirti	106	.76	1.047			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.XII.'de Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Ölüm/İntihar Düşüncesi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Ölüm/İntihar Düşüncesi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(134,590)} = -3,117$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla ölüm/intihar düşüncesine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo III.VI.XIII. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İnsan ve Aktivitelere Yönelik İlgisizlik belirti puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
İnsan ve Akt. Yönelik İlgisizlik	Düşük Belirti	20	.37	.642	-4.333	145.50	.000
	Yüksek Belirti	10	.86	1.073			
		6					

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.XIII.'de Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İnsan ve Aktivitelere Yönelik İlgisizlik belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu İnsan ve Aktivitelere Yönelik İlgisizlik belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($t_{(154,500)} = -4,333$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla insan ve aktivitelere yönelik ilgisizliğe sahip olduğu görülmektedir.

Tablo III.VI.XIV. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Enerji Azalması Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Enerji Azalması	Düşük Belirti	20	.37	.619	-4.131	144.97	.000
	Yüksek Belirti	10	.86	1.073			
		6					

Yüksek Belirti	10	.82	1.040
----------------	----	-----	-------

6

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.XIV’te Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Enerji Azalması belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Enerji Azalması belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(144,94)} = -4,131$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla enerji azalmasına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo III.VI.XV. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Yavaşlama Hissi Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Yavaşlama Hissi	Düşük Belirti	20	.31	.596	-3.984	149.14	.000
		2				2	
	Yüksek Belirti	10	.72	.954			
		6					

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.XV’de Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Yavaşlama Hissi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t- testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Yavaşlama Hissi Belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(149,142)} = -3,984$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla yavaşlama hissine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo III.VI.XVI. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Huzursuzluk Hissi Belirti Puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar t- Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	x	s	t	sd	p
Huzursuzluk Hissi	Düşük Belirti	20	.32	.589	-7.453	131.68	.000
	Yüksek Belirti	10	1.25	1.210		7	
		6					

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo III.VI.XVI’da Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Huzursuzluk Hissi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t-testi sonuçları verilmiştir.

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu Huzursuzluk Hissi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t_{(131,687)} = -7,453$). TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla huzursuzluk hissine sahip olduğu görülmektedir.

III.VII. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu için Cronbach's Alfa Güvenirlik Analizi Bulguları

Bu bölümde, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu için Cronbach's Alfa Güvenirlik Analizine yer verilmiştir.

Tablo III.VII.I. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu için Cronbach's Alfa Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçekler	Cronbach's Alfa
Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği	,859
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi	,972
Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu	,937

Tablo III.VII.I'de Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu için Cronbach's Alfa güvenirlik analizi sonuçları verilmiştir.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği için Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı .859 olarak hesaplanmıştır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi için Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı .972 olarak hesaplanmıştır. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu için Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı .937 olarak hesaplanmıştır.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

2013 yılının 11 Mayıs'ında saat 13.37 ve 13.40 iken, Ankara gar patlamasından sonra Türkiye tarihinin en kanlı terör eylemi gerçekleştirilmiş ve 53 vatandaş hayatını kaybetmiş, 146 vatandaş da yaralanmıştır. Hatay Reyhanlı'da gerçekleşen bu terör eyleminde art arda tahrip gücü oldukça yüksek olan bomba yüklenmiş iki araçta patlamalar gerçekleşmiştir. Bu tezin yapılmasının amacı 11 Mayıs 2013 yılında saat 13.37'de belediye binası önünde ve 13.40' da belediye binasına yaklaşık 700 m uzaklıkta olan PTT binası önünde art arda 2 bombalı eylem düzenlenen patlamalar esnasında bölgede olanların travma sonrası stres ve depresyon düzeylerinin incelenmesidir. Ölçeğin uygulandığı sayı gerekli istatistiksel analizlerin yapılmasını olanaklı kılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Çalışmanın ana konusunu oluşturan yaşanan terör eyleminden sonra bölgede bulunanların travma sonrası stres düzeyinin incelenmesine yönelik kullanılan ölçeğin kesme puanlarından yardım alınarak yapılan analizin sonucunda; grup 1'de yani terör eyleminin yaşandığı bölgede yaşayanlarda travma sonrası stres belirtileri tespit edilmiştir. Grup 2'de yer alan ve patlamalar sırasında olayın yaşandığı bölgenin uzağında olan bireylerde ise travma sonrası stres belirtilerine çok daha az rastlanmıştır hatta bu grubun travma sonrası stres bozukluğu puanları ölçeğin kesme puanı olan değer altında kalmıştır. Araştırmanın bir diğer ana değişkeni olan ve yaşanan terör eyleminden sonra bölgede bulunanların depresyon düzeyinin incelenmesine yönelik kullanılan ölçeğin kesme puanlarından yardım alınarak yapılan analizin sonucunda; grup 1'de yani terör eyleminin yaşandığı bölgede yaşayanlarda depresyon tespit edilmiştir. Grup 2'de yer alan ve patlamalar sırasında olayın yaşandığı bölgenin uzağında olan bireylerde ise depresyon belirtilerine daha az rastlanmıştır. Bu iki grubun puanları birbirine oldukça yakın olmakla birlikte kesme puanı kriteriyle değerlendirmeye alındığından sonuç anlamlı olarak farklı çıkmıştır.

Gümüş ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmanın sonuçları bu çalışmanın ana savını destekler niteliktedir. Mart 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında Diyarbakır ilinde yaşayan ve hendek operasyonları adı verilen süreçte olaylara maruz kalan kişilerden olaylardan bir yıl sonra alınan bilgiler doğrultusunda mağdur kişilerde halen travmatik stres belirtileri, anksiyete ve depresif belirtiler görülmüştür. Oranlara bakıldığında ise olaylara tanık olanlardaki travmatik stres belirtileri görülme sıklığı bir yıl sonra %79.2'dir ve travma sonrası strese eşlik eden depresyon görülme sıklığı ise de %52'dir. Anksiyete belirtileri ise bir yıl sonra verilerin tümünde halen devam etmektedir (Gümüş ve Yiğitalp, 2020).

Bu tezi destekleyen bir başka örnek ise Dikici'ye aittir. 2023 yılında yayınladığı derleminde terör ve savaş mağduru olan bireylerin yaşadığı ruhsal sorunları akut ve kalıcı olarak ikiye ayırmıştır ve akut belirtilerle kalıcı belirtiler arasında sadece görülme sıklığı olduğunu ve tedavi edilmeyen her belirtinin maalesef kalıcı hale gelme olasılığının olduğunu ifade etmektedir. Yaşanan bu belirtiler arasında yoğunluklu olarak yeniden yaşantılama, olaya ilişkin kabus görme, uykuya dalmada güçlük, konsantrasyon düşüklüğü, olayın tekrarlanacağına ilişkin güçlü endişe duyma ve bunun günlük hayatı olumsuz etkilemesi ve öfke patlamaları yer almaktadır. Dikici'nin yayınladığı derleminde yer verdiği bazı çalışmaların sonuçları da bu tezi destekler niteliktedir. Ülkemizde çıkan çatışmalar sonucu gazi olan 336 kişiyle, gazi olmalarının üzerinden yaklaşık 13 yıl geçtikten sonra bir çalışma yapılmıştır ve bu çalışmanın sonuçlarına göre gazilerde travma sonrası stres bozukluğu görülme oranı aradan geçen zamana rağmen %46.7 iken, travma sonrası stres bozukluğunun alt boyutu olan yeniden yaşantılama görülme oranı %65.8'dir. Bu kişilerde depresyon görülme oranı %16.4 iken, anksiyete oranı ise %18 çıkmaktadır. Yine derleminde yer alan bir başka çalışmada terör bölgesinde görev yapan 107 polise yer verilmiştir. Polislerin görev bölgelerinden ayrılmasının üzerinden geçen bir sene sonra yapılan çalışmada polislerin travma sonrası stres bozukluğu oranı %16.9 çıkarken depresyon oranı %20 çıkmıştır (Dikici, 2023).

Travmatik yaşantılar sonucunda yaşanan boylamsal çalışmalara bir başka örnek ise Kosova’da yaşayan savaş gazilerine yönelik 2020’de yapılan çalışmadır. Bu çalışmanın sonucunda araştırmacılar yaşanan travmatik deneyimin ardından alınmayan önlemlerin, ruhsal tedavi yöntemlerinin daha sonra kişilerde uzun süreli travma sonrası strese, depresyona ve anksiyeteye yol açtığını savunmaktadırlar. Ayrıca araştırmacılar yaptıkları çalışmayı çeşitli demografik verilerle karşılaştırmış ve sosyo-ekonomik düzeyi daha iyi olan katılımcıların travma sonrası stres, travma sonrası strese bağlı ortaya çıkan depresyon ve anksiyete düzeylerini diğer katılımcılara oranla daha düşük bulmuşlardır (Basha ve Kaya, 2020).

2021 yılında Rigutto ve arkadaşları terör sonrası yaşanan travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyonla ilgili genel bir değerlendirme içeren derlemelerinde travmatik yaşantıların hemen sonrasında ve aradan geçen zaman ile mağdurlarda ne gibi ruhsal sorunlara sebep olduğunu ve zamanla nasıl değiştiğine yer vermişlerdir. Derlemede verilen bilgiler doğrultusunda Amerika’da travma sonrası stres görülme sıklığı %9 ile %3.5 arasında değişmektedir. Bu derlemede yer verilen çalışmalarda 11 Eylül terör eylemine doğrudan veya dolaylı yollarla maruz kalan kişilerde travma sonrası stres bozukluğu seviyesi genel popülasyona göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. 11 Eylül günü düşürülen uçakların olduğu bölgelerde terör eylemine direk maruz kalanlarda travma sonrası stres düzeyi olayın hemen üzerine %39’lardayken, ilerleyen zamanlarda bu oran %30’a kadar düşmüştür. 6 ay ve 1 yıl sonra terör eylemlerine direk maruz kalanlarda travma sonrası stres bozukluğu tekrar ölçülmüş ve oranın %22’ye kadar gerilediği tespit edilmiştir. Aradan 15 yıl geçtikten sonra tekrar edilen bir çalışmada ise 11 Eylül günü Amerika Birleşik Devletleri’nde art arda yaşanan terör eylemlerine direk maruz kalan bireylerde travma sonrası stres bozukluğu seviyesi %4.1’e kadar düştüğü görülmüştür. Oranların zaman içerisinde bu denli düşmesinde olay sonrasında verilen ruhsal destekten görülen faydanın da yadsınamaz bir gerçek olduğu derlemede vurgulanmıştır (Rigutto ve ark., 2021).

Araştırmanın demografik verileri incelendiğinde, çalışmaya katılan gönüllülerin sayısı bazı dışlama ölçütlerinden sonra (başka ruhsal hastalık tanısı olup bu tezde ölçülecek olan depresyon ve travma sonrası stres ile belirtileri karışabilecek kişiler, ileri yaşlılık döneminde olanlar, 18 yaşından küçük olanlar) 308 olarak belirlenmiştir ve bu sayıdan 167'si erkek (%54,4) katılımcı, 140'ı kadın katılımcıdır. Bir kişi cinsiyetini bildirmemiştir. Çalışmaya katılan kadın ve erkek sayısı yaklaşık oranlarda tutulmaya çalışılmıştır. 177 (%57,5) katılımcı evli, 131 (%42,5) katılımcı bekaardır. 22 (%7,3) katılımcı eğitim görmemiş, 29 (%9,6) katılımcı okur yazar, 55 (%18,2) katılımcı ilkokul, 60 (%19,8) katılımcı ortaokul, 91 (%30,0) katılımcı lise, 42 (%13,9) katılımcı lisans ve 4 (%1,3) lisansüstü olarak eğitim durumuna göre dağılmıştır. Çalışma durumuna göre katılımcılar 170 (%55,7) çalışan, 37 (%12,1) emekli, 61 (%20,0) çalışmayan, 22 (%7,2) ev hanımı ve 15 (%4,9) öğrenci olarak dağılmıştır. 144 (%48,2) katılımcı sigara kullanmakta, 155 (%51,8) katılımcı kullanmamaktadır. 207 (%67,9) katılımcı alkol/madde kullanmamakta, 92 (%30,2) katılımcı sadece alkol, 2 (% ,7) katılımcı sadece madde ve 4 (%1,3) katılımcı alkol ve madde kullanmaktadır. 275 (%94,5) katılımcının ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmamakta, 6 (%2,1) katılımcının 1. derece akrabalarında ve 10 (%3,4) katılımcının 2. derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü bulunmaktadır. 281 (%92,7) katılımcının bilinen tıbbi hastalık öyküsü bulunmamakta, 22 (%7,3) katılımcının bilinen tıbbi hastalık öyküsü bulunmaktadır. 24 (%7,8) katılımcının geçmiş psikiyatrik başvurusu bulunmamakta, 282 (%92,2) katılımcının bulunmaktadır. 288 (%94,4) katılımcının psikiyatri dışı ilaç kullanımı bulunmamakta, 17 (%5,6) katılımcının psikiyatri dışı ilaç kullanımı bulunmaktadır.

Gruplar olay mahallinde bulunanlar, olay yeri yakınında bulunanlar, Reyhanlı'da bulunanlar (grup 1) ve olay yeri uzağında bulunanlar (grup 2) olarak sınıflandırılmıştır. Demografik verilerin betimsel istatistik sonuçlarına devam edildiğinde, 1 (%3) katılımcı olayda yaralanmış, 302 (%99,7) katılımcı yaralanmamıştır. Olay esnasında, 171 (%58,6) katılımcı yalnız, 65 (%22,3) katılımcı yakınıyla, 27 (%9,2) katılımcı çocuğuyla ve 29 (%9,9) katılımcı

arkadaşlarıdır. 290 (%96,7) katılımcı olay sebepli hastaneye yatmamış, 10 (%3,3) katılımcı hastaneye çeşitli sebeplerle başvurmuştur.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler, alt boyutları ile ölçek toplam puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Kadın katılımcıların yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler alt boyutları ile ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Travma sonrası stres bozukluğu ve alt boyutlarının cinsiyete göre belirtilerinin görülme düzeyiyle alakalı pek çok çalışma bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi de Çoban ve arkadaşlarının yaptığı cinsel ve cinsel olmayan travma tiplerinin karşılaştırılması çalışmasıdır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hem travma sonrası stres bozukluğu toplam puanları hem de ölçeğin alt boyutlarının puanları kadınlarda belirgin düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Çoban, 2019). Bu sonuç yapılan bu çalışmayla doğru orantılıdır ayrıca sadece ülkemizde değil Almanya'da oldukça kapsamlı yapılan bir çalışmanın bulgularına göre kadınlar erkeklere oranla travma sonrası stres belirtilerini, aşırı uyarılmışlığı, kaçınma davranışını, yeniden yaşantılamayı ve olumsuz değişiklikleri çok daha yoğun yaşamaktadırlar (Bohus ve ark., 2020).

Çalışmanın verilerine bakıldığında, Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının çocuk sahibi olma değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının çocuk sahibi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Macit'in 2021 yılında yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre çocuk sahibi olmak genel olarak bireyleri ruhsal hastalıklardan korumaktadır. Buna sebep olarak da bireyin soyun devamını getirme, kendini gerçekleştirme, sorumluluk sahibi olup hayata tutunma, ebeveynlik doyumunu gibi pek çok olumlu pekiştirmeyle karşı karşıya kaldığını ifade etmektedir (Macit, 2021). Elbay ve arkadaşlarının pandemide yaptıkları bir çalışmanın bulgularında da çocuk sahibi olma

değişkeniyle Dass 21 Ölçeği ve alt boyutlarının puanlarını karşılaştırmışlardır ve hem depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarına hem de ölçeğin toplam puanına göre çocuk sahibi olmayanların daha yüksek puanlarda olduğu sonucuna varılmıştır (Elbay ve ark., 2020).

Araştırmanın sonuçları incelendiğinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler alt boyutları ve ölçek toplam puanı ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının medeni durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Bekar katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler alt boyutları ve ölçek toplam puanı ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının evli katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Çıkan bu sonuçlar literatürle de karşılaştırıldığında bugüne kadar yapılmış benzer çalışmaların sonuçlarıyla paralel sonuçlar alındığı tespit edilmektedir. Bir başka çalışma da travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösteren kişiler arasında yapılmıştır. Verilerinin Ulusal Adalet Enstitüsü ve Hastalık Kontrol Önleme Merkezi aracılığıyla 1995 ile 1998 yılları arasında toplandığı, toplamda 8000 kadın ve 8000 erkek katılımcının olduğu çalışmada medeni durumunu evli olarak beyan edenlerde travma sonrası stres, anksiyete ve depresyon belirtileri bekar katılımcılara oranla daha düşük seviyede çıkmıştır (Coker ve ark., 2005). Ülkemizde 90'larda yapılan çalışmalarda bekarların depresyon ve intihara daha yakın olduğu ifade edilmektedir. Evliliğin sosyal desteği de arttırdığı ve bir nevi koruyucu görev üstlendiği düşünülmektedir (Nevzat ve Ceyhun, 1994). Nevzat'ın depresyon ve intiharın risk etmenlerini sıralamaya dair yaptığı ve yerel ve dünya literatüründen çok fazla kaynağı bir araya getirdiği meta-analizde bekar bireylerin hem depresyon hem de intihar girişimi bakımından daha riskli bir grupta yer aldığı ifade edilmektedir. Nevzat'ın çalışmasına göre evli olmak ve hatta çocuk sahibi olmak bireyi depresyondan korumaktadır (Nevzat, 2001).

Çalışmanın sonuçları incelendiğinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık alt boyutları ve ölçek toplam puanı ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Burada amaç demografik veri formunda yer alan çalışan, çalışmayan, emekli ve öğrenci değişkenlerinin bu tezde yer alan ölçme değerlendirme araçlarıyla olan ilişkisini bulmaktır. Bu çalışmanın sonucunda çalışmayan katılımcıların yeniden yaşantılama alt boyutu puanlarının çalışan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bu tezde öğrencilerin HDBE-ÖF- Toplam puanlarının çalışan, çalışmayan ve emekli katılımcılardan; çalışmayan katılımcıların da çalışan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ankara’da gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçları incelendiğinde öğrenci olmanın depresyon açısından risk oluşturduğu ortaya koyulmuştur. Geleceğe dair belirsizlik, başarı kaygısı gibi sebeplerden ötürü öğrencilerin çalışan, emekli olan hatta çalışmayan gruba göre bile daha çok depresyon tanısı aldığı belirtilmektedir (Nevzat, 2001). Nevzat’ın gerçekleştirdiği çalışma tezden çıkan bu sonucu destekler niteliktedir. Kaçınma ve aşırı uyarılmışlık alt boyutları için test sonuçları anlamlı olsa da ikili karşılaştırmalar testi sonuçlarının anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Gerçekleştirilen bu çalışmada yaş ile Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yaş arttıkça Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları düşmektedir. Burada amaç demografik veri formunda yer alan yaş değişkeninin bu tezde yer alan ölçme değerlendirme araçlarından HDBE-ÖF- ve alt boyutları ile olan ilişkisini bulmaktır. Şenkal ve Işıklı birlikte çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyonla arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma yürütmüşlerdir ve çalışmanın sonucunda çocukluk çağı ruhsal travmaları alt boyutları olan fiziksel ve duygusal ihmalle depresif belirtiler arasında doğru orantılı bir ilişki bulmuşlardır. Bu çalışmayı yaparken kullandıkları değişkenlerden biri de yaş değişkenidir ve

bu çalışmada yaş arttıkça yukarıda bahsedilen ilişki ortadan kaybolmasa da azalmaktadır (Şenkal ve Işıklı, 2015). Işıklı ve Şenkal'in gerçekleştirmiş olduğu çalışma bu tezden çıkan sonucu desteklemektedir. Norveç'te hayata geçirilen belki de ülke tarihinin en kapsamlı çalışmalarından birinde, ülke sınırları içerisinde ikamet eden 20 yaş üstü herkese çalışmaya katılması için bir gönüllülük kabul postası gönderilmiştir ve bu postada çalışmayı kabul etmeleri durumunda depresyonla ilgili hem fiziksel muayeneye girecekleri hem de ölçekler aracılığıyla öz bildirimde bulunacakları beyan edilmiştir. En nihayetinde kabul edip çalışmaya katılan 20-89 yaş arası 92100 gönüllü olmuştur. Bu katılımcıların 10'ar yıllık aralıklarla yaş değişkeniyle depresyon düzeylerine bakıldığında genç yaşların depresyon için daha riskli dönemler olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra ileri yaşlılık dönemi olan 70 ve 80'li yaşlar gruplarının da orta yaşlardan daha riskli olduğu vurgulanmıştır. Yalnızlık hissi, geleceğe dair umutsuzluk, dünyaya ve insanlara karşı ilgisizlik genç gruplarda depresyonu öne çıkartan sebepler olarak karşımıza çıkmaktadır (Stordal ve ark., 2003).

Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler alt boyutları ve ölçek toplam puanı ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanlarının olay esnasında bulunulan konum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Birinci grupta bulunan katılımcıların yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler, TSSBKL – toplam ve HDBE-ÖF – toplam puanlarının olay yeri uzağında olan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu sonuçlar alınan bir başka çalışma gene Reyhanlı patlamalarıyla ilgili gerçekleştirilmiştir. Patlamalardan yaklaşık 6 ay geçtikten sonra bölgede yaşayanlarla bir çalışma yapılmış ve patlamaların gerçekleştiği yere yakın olan grupta kontrol grubuna kıyasla 3.2 kat daha fazla depresyon tespit edilmiştir aynı zamanda gene patlamaların yaşandığı Reyhanlı'da olanlarda olay yerinin uzağında olan kontrol grubuna göre çok daha fazla travma sonrası stres ve travmanın alt boyutlarına rastlanmıştır (Arı

ve ark., 2016). 12 Kasım 1999 yılında Düzce veya Kaynaşlı Depremi olarak da bilinen büyük deprem sonrası yapılan çalışmaların sonuçları, depremden 14 yıl sonra başka bir çalışmanın sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Bu yapılan çalışmada maksat aradan geçen 14 yılın sonunda afeti yaşayanların travma sonrası stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin geçen yıllar içerisinde nasıl etkilendiğidir. Örneklem grubu deprem bölgesinin 50 km içerisinde yaşayanlar ve daha uzağında olanlar olarak gruplandırılmıştır. Travmanın yaşandığı bölgeye yakınlık hem travma sonrası stres hem depresyon hem de anksiyete için 14 yıl sonra bile risk faktörü olarak yer almaktadır. Depremin akabinde yapılan bir çalışmada Kaynaşlı'da depremi yaşayanların travma sonrası stres seviyesi %41.9, Düzce merkezde depremi yaşayanların travma sonrası stres seviyesi %28.4 olarak bulunmuştur. 14 yıl sonra ise bu oran Kaynaşlı için %24.2'ye, Düzce merkez için ise %10.3'e inmiştir ve halen oldukça yüksektir (Bedirli, 2014).

Çalışmanın sonuçlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Olay esnasında arkadaşıyla, çocuğuyla ve yakınıyla olan katılımcıların yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler alt boyutu puanlarının yalnız olan katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Olay esnasında arkadaşıyla, çocuğuyla ve yakınıyla olan katılımcıların yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler alt boyutu puanlarının yalnız olan katılımcılardan; çocuğu ile olanların da yakınıyla olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hem ülkemiz hem diğer ülkelerdeki alan yazın incelendiğinde travma esnasında yanında bir arkadaşın, çocuğunun veya yakınıyla beraber bulunmanın travmatik etkiyi arttırıp arttırmadığına dair bir sonuç bulunamamıştır. Ancak çalışmacı tarafından çocuğun olay sebepli savunmasız ve korunmaya muhtaç olup, ebeveynin de zaten travmatize olduğu bir felaket yaşamasından dolayı zor durumda olup, çocuğuna yardım edip edemeyeceğini bilememenin verdiği kaygıdan ötürüdür diye düşünülmektedir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi yeniden yaşantılama alt boyutu puanları ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar alt boyutu, ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kaçınma alt boyutu puanları ile fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar alt boyutu, ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Aşırı uyarılmışlık alt boyutu puanları ile fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar alt boyutu, ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Olumsuz değişiklikler alt boyutu puanları ile duygusal istismar ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesinin alt boyutları ve çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutlarının travmayla ilgili yapılan pek çok çalışmada ilişkileri incelenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının kişilerde var olması ileride aynı kişiler adına travma sonrası stres bozukluğu için risk oluşturmaktadır (Briere, 1992; Widom, 1999; Carr ve ark., 2013). 2021 yılında yapılan bir teze 18-30 yaş arası 250 kişi katılmıştır. Bu tezin sonuçları bu çalışmayı destekler niteliktedir. Travma sonrası stres alt boyutu olan olan yeniden yaşantılama ile ÇÇRTÖ toplam puanları ve duygusal ihmal hariç alt boyutları arasında ilişki çıkmıştır. Gene çalışmada aşırı uyarılmışlıkla duygusal ihmal hariç ÇÇRTÖ toplam puan ve diğer alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sonuçlarda duygusal ihmalle ilişki bulunamamasının sebebi olarak araştırmacı duygusal ihmalin ihmal edilen kişi tarafından diğer alt boyutlara nazaran çok da iyi anlamlandırılmadığını veya farkına varılmadığını iddia etmiştir (Turan, 2021). Clemmons ve arkadaşlarının 2007 yılında çocuklara yapılan kötü muamelenin ileride yaşayacakları psikososyal zorluklar üzerine yaptıkları çalışmada; çocukluk çağı travmaları olan bireylerin kümülatif bir biçimde yaşananlardan etkilendiğini ortaya koymaktadırlar. 1396 lisans öğrencisiyle farklı coğrafi özelliklerde bulunan yerlerde yaptıkları çalışmada çocukluk çağı

travmalarının alt boyutlarına ne kadar çok maruz kalınıyorsa yetişkinlikte o kadar çok travma semptomolojisiyle karşılaşmaktadır sonucu ortaya çıkmaktadır (Clemmons ve ark., 2007). Weinstein ve arkadaşlarının çocukluk çağı travmaları ile ilgili çalışmasında çocukluk çağında uğranan kötü davranışların ileride yetişkinlik döneminde pek çok psikopatolojiye sebep olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bu psikopatolojilerden başlıcalarını ise TSSB, depresyon, uyku ve psikosomatik problemler olarak sıralamışlardır. Buna göre çocukluk çağında yaşanan travmalar yetişkinlik döneminde yaşanan travmalardan sonra travma sonrası stres ve depresyon yaşama riskini arttırmaktadır (Alıntılayan Njenga ve ark., 2004).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar alt boyutu, ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlemiştir. Wainwright ve Surtees tıpkı çalışmadan çıkan sonucu destekler bir makale kaleme almışlardır. Onlara göre depresyonun etiyolojisinde insan hayatının çocukluk döneminde karşısına çıkan problemler, stres ve travmatik hayat olayları bulunmaktadır. Bu yüzden çoğu zaman depresyonla çocukluk çağı travmalarının birlikte görüldüğünü savunmaktadırlar (Wainwright ve Surtees, 2002). Başka bir örnekte de araştırma hastanesinin psikiyatri bölümüne başvurmuş hastalardan majör depresyon tanısı konan 50 kadın 50 erkek toplamda 100 hastanın onamı alındıktan sonra bir çalışmaya katılması istenmiştir. Hastalar, istismar ve ihmal durumlarının ne olduğuna göre ayrı ayrı boyutlarda değerlendirilmeye alınmış ve depresyonla çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırmanın sonucunda duygusal istismar dışında kalan fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları depresyonu olan bu hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismara uğramayanların depresyonların gene var olduğu ancak öbür gruba göre daha düşük çıktığı tespit edilmiştir (Gül ve ark., 2016).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu puanları ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, olumsuz değişiklikler alt boyutu, ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgularda yer alan bu sonuçlar Keane ve Wolfe tarafından travma sonrası stres bozukluğunda komorbidite çalışmaları meta-analizle uyumludur. Gaziler Derneklerinde yaptıkları çalışmalar, Boston Travma Sonrası Stres Bozukluğu Merkezinden elde ettikleri sonuçlar ve pek çok klinik çalışmanın incelenmesi sonucunda hem depresyonun hem travma sonrası stres bozukluğunun çift yönlü birbirleriyle ilişki içerisinde olduğunu iddia etmektedir (Keane ve Wolfe, 1990).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu uykuya dalma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla uykuya dalma sorunları bildirdiği görülmektedir. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu uyku süreci belirti puanlarının TSSB Belirti Düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla uyku esnasında sorun (hafif uyku, huzursuzluk, kolay uyanma vs.) bildirdiği görülmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan kişilerin yaşadığı en belirgin sıkıntılardan bir tanesi uyku problemleridir. Hatta öyle ki ruhsal bozukluklar sınıflamasına giren diğer hiçbir rahatsızlıkta travma sonrası stresle ilişkilendirildiği kadar ilişkilendirilmemiştir. TSSB’li ve uykuya dalmada sorun yaşayan bireylere bazı uyku testleri yapılmaktadır. Bunlardan bazıları alınan polisomnografi ve elektroensefalografi kayıtlarıdır. Travma sonrası stres bozukluğunun aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşantılama alt boyutlarına ait bulgular, uykuya dalmada ve uykuyu devam ettirebilmekte zorluk olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca uyku etkinliğinde azalma gece kabusları da bu duruma eşlik etmektedir (Akçay ve ark., 2013).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu erken uyanma belirti puanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla erken uyanma problemi bildirdiği görülmektedir. Philadelphia 'da savaş gazileri ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre travma sonrası stres bozukluğuna eşlik eden depresyonu olan gazilerde uyku süresi belirgin oranda azalmış ve gece boyu aralıklarla uyanıp, sabahları da uykuya devam edemediklerini şikayetleri tespit edilmiştir (Ross ve ark., 1994).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu çok fazla uyuma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla çok fazla uyuma problemi bildirdiği görülmektedir. Araştırmadan çıkan bu sonuçla paralel olarak Palo Alto'da gerçekleştirilen çalışmada travma sonrası stres bozukluğu olan savaş gazileriyle sağlıklı hiçbir tanısı olmayan kontrol grup karşılaştırılmıştır ve sonuç olarak uyku yapısı olarak grupların bütününde bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmaya göre travma sonrası stres bozukluğunun uyku üzerinde kendi başına çok da belirgin bir etkisi söz konusu değildir. Şayet TSSB'ye eşlik eden bir depresyon varsa uykuda etkin bir azalma, TSSB'ye eşlik eden bir majör depresyon var ise hem derin uykuda hem de uyku süresinde belirgin bir artış olduğu tespit edilmiştir (Wittmann ve ark., 2007).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu kederli hissetme belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla kederli hissetme problemi bildirdiği görülmektedir. Ayrıca Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu huzursuzluk hissi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların

daha fazla huzursuzluk hissine sahip olduğu gör÷lmektedir. Perinatal kayıplar sonrası yaşanan travma sonrası stres bozukluğu üzerine ÷lkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada kayıp sonrası yaşanan travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan ve eş zamanlı depresyonda olan kişilerin kendisini kederli, üzgün ve huzursuz hissetme puanları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Evgin ve Şahin, 2022).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu iştah azalması belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla iştah azalması problemi bildirdiği gör÷lmektedir. Ayrıca Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu kilo verme belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla kilo verme problemi bildirdiği gör÷lmektedir. Depremın psikolojik etkilerine dair yapılan kapsamlı bir çalışmada yaşanan afetten sonra travma sonrası stres bozukluğu ve eş zamanlı depresyon tanısı alan bireylerde pek çok psikolojik sorun gör÷ldüğünü bunlardan başlıcaları arasında da iştahta ciddi anlamda kayıp ve dolayısıyla yaşanan kilo kaybı olduğu tespit edilmiştir (Sönmez, 2022).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu iştah artması belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla iştah artması problemi bildirdiği gör÷lmektedir. Ayrıca Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu kilo alma belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla kilo alma problemi bildirdiği gör÷lmektedir. Covid 19 pandemisinin ÷lkemizde görülmesi sürecinin başlamasıyla oluşan panik havası, tedavinin henüz olmaması, denenen tedavi yöntemlerinin başarısızla yakın olması ve karantina sürelerinin uzunluğu pek çok kişide travma sonrası stres bozukluğu geliştirmiştir. Konuyla ilgili yapılan çalışmada Covid 19 sebebiyle TSSB geliştiren bireylerin

depresyon ve yeme davranışları incelenmiştir. Sonuç olarak depresyon, umutsuzluk ve yoğun sıkıntıyla beraber bireyler aşırı yeme eğilimine girmiş ve bedenleri yağlanmaya başlamıştır. Depresyonun, yeme bozukluklarını tetiklediği zaten bilinen bir gerçektir (Yılmaz ve ark., 2021; Cleobury ve Tapper, 2014).

Travma sonrası stres sonrası bozukluğu yaşayan bireylerin eş zamanlı depresyonla mücadele ederken yaşadıkları yeme problemlerinin çeşitliliğine sebep olarak Kaba'nın 2019 yılında yayınladığı kapsamlı çalışma kaynak olarak gösterilebilir. Kaba, çalışmasında ülke ve dünya literatürünü taramış ve bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aldığı sosyal destek, kendine has karakteristik özellikleri, meslek, engellilik durumu, yaşadığı travmanın türü, travmatize oluş şekli veya travmanın tekrarlayıcı olup olmaması gibi pek çok faktörün aslında bireyler üzerinde etkili olduğunu bildirmektedir (Kaba, 2019).

Çalışmada, Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu kendine olumsuz bakış belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla kendine yönelik olumsuz bakışa sahip olduğu görülmektedir. Sokakta çalışan insanların gönüllü olarak katıldığı ve içlerinden travma sonrası stres bozukluğu olanların çalışmaya dahil edildiği bir araştırmada bireylerin aynı zamanda depresyon düzeylerine de bakılmış ve sonuç olarak travma sonrası stres bozukluğuyla eş zamanlı baş gösteren bir depresyon bulunmuştur. Çalışmanın bulgularına göre bireylerde kederli bir duygudurum, karamsar tutum ve kendine karşı olumsuz bakış mevcuttur (Erdoğan, 2012). Erim'e göre de depresyon derin kederli bir hal, kişinin kendisine karşı duyduğu yoğun değersizlik duygusu, gelecekte bekleniminin olmaması, kendiyle alakalı her şeye olumsuz bir bakış açısı geliştirme, durağanlaşma ve fizyolojik işlerde oluşan aksamadır (Erim, 2001).

Araştırmanın sonuçlarına göre Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu ölüm/intihar düşüncesi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla ölüm/intihar düşüncesine sahip olduğu görülmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarıyla benzer sonuçları olan başka bir çalışmada cinsel saldırıya maruz kalıp Adli Tıp Kurumu'na muayene olmaya gidenlerin %61.3'ünde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri mevcuttur ve bu kişilerde intihar düşüncesi oranı da anlamlı oranda yüksek çıkmıştır (Gölge ve ark., 2013). Yine Campbell ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir gözden geçirme çalışmasının sonuçlarına bakıldığında ise travma sonrası stres bozukluğuna paralel olarak depresyonu olanların oranı %13 ile %51 arasında değişirken, her ikisi de olanların intihar düşüncesine sahip olma oranı ise %23 ile %44 arasında değişmektedir. Aynı zamanda intihar düşüncesine sahip olan bu grubun intihar girişiminde bulunma sıklığı ise %2 ile %19 arasında gidip gelmektedir (Campbell ve ark., 2009).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu insan ve aktivitelere yönelik ilgisizlik belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla insan ve aktivitelere yönelik ilgisizliğe sahip olduğu görülmektedir. Erim'e göre de depresyon derin kederli bir hal, kişinin kendisine karşı duyduğu yoğun değersizlik duygusu, gelecekte bekleniminin olmaması, kendiyle alakalı her şeye olumsuz bir bakış açısı geliştirme, durağanlaşma ve fizyolojik işlerde oluşan aksamadır (Erim, 2001). Bu araştırmaya paralel bulguları olan bir çalışmada, meme kanserli hastalarla ilgili bir kaynak tarama çalışması yapılmış ve travma sonrası stres bozukluğu sıklığı %32 çıkmıştır. Ayrıca tanı almamış olsa dahi hastaların travma sonrası stres belirtileri gösterme oranı neredeyse %80'e varmaktadır. Kanser başlı başına yaşamı tehdit etmesinden kaynaklı son derece travmatik bir deneyimdir. Kanserle mücadele esnasında bireyler pek çok komorbid ruhsal sorunlar yaşamaktadırlar. Bunlardan bir tanesi de depresyondur ve depresyonlu kanser hastalarında TSSB görülme sıklığı da %30

çıkmiştir. Yine kanserli hastalarda hayata ve insanlara karşı ilgisizlik oranı %91 olarak karşımıza çıkmaktadır bahsi geçen çalışmanın sonuçlarında (Tünel ve ark., 2012).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu enerji azalması belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla enerji azalmasına sahip olduğu görülmektedir. Aynı zamanda Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu yavaşlama hissi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla yavaşlama hissine sahip olduğu görülmektedir. Erim'e göre de depresyon derin kederli bir hal, kişinin kendisine karşı duyduğu yoğun değersizlik duygusu, gelecekte bekleniminin olmaması, kendiyle alakalı her şeye olumsuz bir bakış açısı geliştirme, durağanlaşma ve fizyolojik işlerde oluşan aksamadır (Erim, 2001). Asya ve Avrupa kıtalarını kapsayan Covid 19 kaynaklı sağlık çalışanlarının psikososyal etkilenme düzeyleri ve pandemiden etkilenmelerindeki risk faktörlerini inceleyen pek çok çalışma tarayarak inceleyen araştırmaya toplamda 39.943 sağlık çalışanının katıldığı çalışmalar dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş aralığı 18 ile 82 yaş arasında değişmektedir. Yapılan bu sistematik derlemede sağlık çalışanlarında görülen akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, uyku kalitesi, depresyon ve uykusuzlukla ilgili sonuçlar değerlendirmeye alınmıştır. Sonuç olarak sağlık çalışanlarında pandemi esnasında görülen psikososyal olarak olaydan etkilenme düzeyi yaşadıkları toplumların genel etkilenme düzeyinden daha yüksek bulunmuştur. Bu kişilerde akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, uyku kalitesi, depresyon ve uykusuzluk sorunları baş gösterirken pandeminin geçeceğine yönelik umutsuzluk, olumsuz bakış, günlük rutinlerinde aksama, durağanlaşma, karamsarlık, kaygı ve enerjilerinde ciddi oranlarda azalmışlık hatta tükenmişlik görülmektedir (Uyurdağ ve ark., 2021).

Bu çalışmadan çıkan bir başka sonuçta ise Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu konsantrasyon problemi belirti puanlarının TSSB belirti düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. TSSB belirtileri yüksek düzey olan katılımcıların daha fazla konsantrasyon problemi bildirdiği görülmektedir. Yine bu çalışmayla doğru orantılı olarak çalışmalarında terörün psikosoyal etkilerine değinen Tuncay ve Akçay, terör kaynaklı travma geçirenlerin verdiği tepkileri dörde ayırmışlardır ve bunlardan bilişsel tepkiler içerisinde konsantrasyon güçlüğü de eklemiştir (Tuncay ve Akçay, 2018). Çalışmada çıkan sonuçla paralel bir başka çalışma ise 2000 ile 2010 yılları arasında kronik psikiyatrik problemleri olan hastaların aileleri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu tip hastaları olan kişilerin yaşadığı travma, anksiyete ve depresyon düzeylerine bakılmıştır. Bunun için de ülke ve dünya alan yazınından 26 kapsamlı çalışma incelemeye dahil edilmiştir ve gözden geçirmeler bu çalışmanın kapsamına dahil edilmemiştir. Çalışmanın bulgularına göre kronik psikiyatri hastalarına bakım veren bireylerin travma sonrası stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek çıkmaktadır. Uzayan bakım verme işi, sürekli hasta biriyle uğraşma, zaman geçirme durumu aileleri de zorlamaktadır. Bu ailelerde ciddi haz kaybı, sürekli sorun çıkacak kaygısı, gerginlik, umutsuzluk ve konsantrasyon eksikliği görülmektedir (Duman ve Bademli, 2013).

Bu çalışma her ne kadar bir terör saldırısından sonra ortaya çıkan travma sonrası stres ve depresyon düzeyinin incelenmesini hedeflese de aynı zamanda olayın üzerinden uzun zaman geçtiği için bir nevi travmanın uzun soluklu etkisini de görmeyi amaçlamaktadır. Travmanın uzun dönem etkilerini inceleyen bir çalışmayı Goenjion ve arkadaşları 2011 yılında yayınlamışlardır. 1999 yılında Yunanistan'da gerçekleşen Parnitha Depreminde 30000 den fazla insan etkilenmiş, çok fazla ev hasar görmüş ve 143 kişi de hayatını kaybetmiştir. Depremden 3 ay sonra ve yaklaşık 3 yıl sonra depremi yaşayan bireylerin travma sonrası stres, depresyon ve yaşam kalitesi seviyesini belirlemek amaçlı çalışmalar gerçekleştiren

araştırmacılar her iki araştırmanın sonunda da benzer sonuçlar buldular. 32 ayın sonunda depremedelerin travma sonrası stres düzeyi %8 iken klinik depresyon belirtilerini karşılayanların oranı %13.6 idi (Goenjian ve ark., 2011).

Travma sonrası stres ve depresyonu konu alan bir başka boylamsal çalışma da 7 Aralık 1988'de Ermenistan'ın kuzeyinde gerçekleşen, 4 şehri yerle bir eden ve 25000'den fazla insanın ölümüyle sonuçlanan Spitak merkez üslü depremden sonra yapılmıştır. Araştırmacılar depremden beş sene sonra, deprem nedeniyle etkilenen Gümrü, Erivan ve Spitak şehirlerinde çalışmalarını tamamlamışlardır. Yapılan çalışmanın ilk amacı bölgede bulunan insanların travma sonrası stres, depresif bozukluklar ve özellikle çocuk ve ergenlerdeki ayrılık kaygısı seviyesine bakmaktı. İkinci amacı ise deprem sonrası psikolojik tedavi görenlerle görmeyenlerin travma sonrası stres, depresif bozukluklar ve ayrılık kaygısı yönünden seviyelerini karşılaştırmaktı. Sonuçlarına bakıldığında ise incelemesi yapılan her değişken düzeyinin beş yıl sonra bile şehirlerde halen yüksek çıktığı, psikolojik yardım alan grupta bile Gümrü şehrinde yaşıyanların depresif bozukluklar açısından değerlendirilmesindeki düşüş hariç önemli bir değişiklik kaydedilmediği görülmektedir. Buna sebep olarak da araştırmacılar beş sene sonra bile şehirlerin yeniden yapılandırılmasının ancak %15'i gibi düşük kısmının tamamlanmasını sebep olarak göstermişlerdir (Goenjian ve ark., 2005).

Ülkemizde yapılan bir çalışmaya 1984 ile 2011 seneleri içerisinde Güneydoğu Anadolu Bölgesinde askerlik görevini zorunlu olarak yerine getiren askerlerden, 20-49 yaş aralığında olup mevzu bahis bölgede gazi olan 247 kişi dahil edilmiştir. Araştırmacıların bu çalışmayı yapmaktaki hedefleri askerlikleri bittikten sonraki süre zarfında çalışmaya katılan kişilerin travma sonrası stres ve travma sonrası strese eşlik eden depresyon düzeylerinin aradan geçen yıllar içerisinde düzeyinin ne olduğunu belirlemektir. Katılımcıların gazi olmalarının üzerinden geçen süre en az 2 yıl en çok 28 yıldır. Çalışmada ölçme aracı olarak son 6 sorusu depresyon düzeyini belirlemede yardımcı olan Travmatik Stres Belirti Ölçeğidir. Bu çalışmanın

bulgularına bakıldığında ortalama 15 sene sonra bile travmaya maruz kalan askerlerin %29.6'sının halen travmatik belirtiler gösterdiği, %16.6'sının ise travmaya eşlik eden depresyon yaşadığı ortaya çıkmaktadır (Güloğlu ve Kararımak, 2013).

Yukarıda başka ölkelerde ve ölkemizde yapılan boylamsal çalışmalara yer verilmiştir. Onların da sonuçları göröldüğü gibi bu tezin sonuçlarıyla paralel özellik taşımaktadır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik kat sayıları hesaplanmış ve kullanılabilirlikleri ortaya konmuştur. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği için Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı .859 olarak hesaplanmıştır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi için Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı .972 olarak hesaplanmıştır. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu için Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı .937 olarak hesaplanmıştır.

SONUÇ

Çalışma kapsamında sınanan hipotezlerin sonuçları çalışma planına uygun olarak çıkmıştır. Çalışmanın sonucunda patlamalar esnasında olay yeri civarı ve Reyhanlı'da bulunanların travma sonrası stres ve depresyon düzeyleri, olay yerinden uzakta olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Patlamalardan sonra travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerde depresyon, travma sonrası stres bozukluğu yaşamayanlara göre daha fazla çıkmıştır. Çocukluk çağı travmaları olan bireylerde Reyhanlı patlamalarından sonra travma sonrası stres bozukluğu bu çalışmanın verilerine göre daha fazla görülmüştür.



ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlar bağlamında çalışmacıların, bu çalışmaya benzer çalışmalarla beraber terör eylemleri sonrası yaşanan travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon sıklığını karşılaştırabilecekleri bir meta-analiz çalışması yapılabilir. Bu sayede daha sonra meydana gelebilecek olaylar için geniş kapsamlı kaynak niteliğinde bir çalışma yapılmış olunur.

Meydana gelen patlamalardan sonra yaşanan terör eylemiyle ilgili süreç içerisinde yapılan çalışmaların verileri karşılaştırılabilir.

Araştırmacılar tarafından bu çalışma daha ileriki bir tarihte tekrarlanıp bölgede yaşayanların travma sonrası stres ve depresyon düzeylerinde bir değişme olup olmadığı tespit edilebilir. 2013 yılında Reyhanlı bombalı patlamaları sırasında bölgede görev yapan kolluk kuvvetleri veya sağlık çalışanları üzerinde bu çalışma ayrı ayrı tekrarlanıp bu meslek grupları üzerinde terörün yıkıcı etkisi hakkında daha spesifik sonuçlar elde edilebilir.

KISITLILIKLAR

Bu çalışmanın birtakım kısıtlılıkları vardır. İlk olarak örneklem grubunda kullanılan ölçme araçlarının tanı koymada yeterli olmadığını sadece yardımcı araçlar olarak kullanıldığını belirtmek gerekmektedir. Çalışmanın patlamaların akut döneminde gerçekleştirilmemiş olması da kısıtlılık olarak söylenebilir.



KAYNAKLAR

- Ada, S. (2005). Türk Fransız ilişkilerinde Hatay sorunu (1918-1939), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Akbayrak, N., Oflaz, F., Aslan, O., Özcan, C. T., Tastan, S. Ve Çiçek, H. S. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among military health professionals in Turkey. *Military Medicine*, 170(2), 125-9.
- Akçay, B. D., Özgen, F., Erdem, M., Balıkçı, A. ve Öznur, T. (2013). Travma sonrası stres bozukluğunda uyku. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 441-460.
- Aker, A.T., Sorgun, E., Mestçioğlu, Ö., Karakaya, I., Kalender, D., Acar, G., Biçer, Ü. ve Acicbe, Ö. (2008). İstanbul'daki bombalama eylemlerinin erişkin ve ergenlerdeki travmatik stres etkileri. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(61), 63-71.
- Aktaş, S., Bulduk, B. ve Orakçı, H., (2017). Terör mağdurlarının yaşadığı ruhsal sorunlar. *Jaren*, 3, 6-9.
- Albayrak, A., Eroğlu, A, Kalaycı, Ş., Küçüksille, E., Ak, B., Karaatlı, M. ve Keskin, H., (2005). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* (1. baskı), Asil Yayınevi,131-132. 18.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. Washington, DC. (third edition).
- Anber, T., Aker, T., ve Altun, M. F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Türkiye sağlık okuryazarlığı dergisi*, 2(2), 99-103.

APA. Diagnostic and statistical manual of 17. mental disorders 5. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.

Arata, C. M. & Lindman, L. (2002). Marriage, child abuse and sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(9), 953-971.

Arı, T. (2004). *Uluslararası ilişkiler ve dış politika*, İstanbul: Alfa Yayınları.

Arı, M., Kokaçya, M. H., Çöpoğlu, Ü. S., Yengil, E., Kıvrak, Y., Şahpolat, M. ve Budak, B. (2016). Suriye-Türkiye sınırındaki Reyhanlı'da bombalı saldırı sonrası stres tepkisi, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17*(3), 203-208.

Aspelmeier, J. E., Elliott, A. N. & Smith, C. H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment and trauma symptoms in college females: the moderating role of attachment. *Child Abuse Negl, 31*(5), 549-566.

Aşkın, R. (1994). *Depresyon El Kitabı*. Konya: Atlas Kitabevi.

Avcı, E. (2019). Yeni sol dalgadan küresel dalgaya Türkiye'de terörizm. *Kara Harp Okulu Bilim Dergisi, 29*(1), 139-166.

Avina, C. & O'Donohue, W. (2002) Sexual harassment and PTSD: is sexual harassment diagnosable trauma? *Journal of Traumatic Stress, 15*, 69-75.

Ayar, E. ve Celbiş, O. (2023). Savaş, terör, travma ve dissosiyasyon. Öztürk E, editör. Savaş Psikolojisi. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*, 104-12.

Baharççek, A. (2000). Etnik terör ve etnik terörle mücadele sorunu. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10*(1), 11-27.

- Basha, E. ve Kaya, M. (2020). Kosova savaşı gazilerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Cyprus Turkish Journal of Pschiatry & Psychology*, 2(2), 106-113.
- Beck, A. T. & Weishaar, M. (1989). *Cognitive Therapy*. Ed.: A. Freeman, K. M. Simon, L.E. Beutler, Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy, New York: Plenum Press,
- Bedirli, B. (2014). Deprem travmasının kronik psikolojik etkileri: Düzce depreminden 14 yıl sonra TSS ve depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., & Koenen K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the world mental health survey consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343.
- Bernstein, D. P., Stein, A. J., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 169-190.
- Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., & Lerer, B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. *Br J Psychiatry*, 170, 479–482.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489-498. doi:10.1002/jts.22059.
- Boals, A., Riggs, S. A., & Kraha, A. (2013). Coping with stressful or traumatic events: What aspects of trauma reactions are associated with health outcomes?. *Stress and Health*, 29(2), 156-163.

- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Engelman, M. M., Ludaescher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Scmal, C. & Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for post traumatic disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *Jama Psychiatry*, 77(12), 1235-1245.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York city in the aftermath of the september 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181–186.
- Bowen, E. R. P. (1987). Jurisdiction over terrorists who take hostages: efforts to stop terror-violence against United States citizens. *American University International Law Review*, 2(1), 153-202.
- Boysan, M., Özdemir, P.G., Özdemir, O. Selvi, Y., Yılmaz, E., & Kaya, N. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5). *Pschiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 300-310.
- Brenner, C. (1993). *Psikanalizmin Temelleri*, çev; I. Savaşır, Y. Savaşır, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 216–222.
- Breslau, N., Wilcox, H. C., Storr, C. L., Lucia, V. C. & Anthony, J. C. (2004). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America. *J Urban America*, 8 (4), 530-544.

- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Sage Publications, Inc.
- Briere, J. N., & Scott, C. (2015). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2nd ed., DSM-5 update). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Burch, H.A. (1996). Basic social policy and planning: strategies and practise methods. *Journal of International Social Work*. 40(3), 366-367.
- Butler, A. S., Panzer, A. M., & Goldfrank, L. R. (Eds). (2003). *Preparing for the psychological consequences of terrorism: A public health strategy committee on responding to the psychological consequences of terrorism*. National Academies Press.
- Büyüköztürk, Ş. (2004). *Veri analizi el kitabı*. Ankara: Pagem A Yayıncılık.
- Campbell, R., Dworkin, E. & Cabral, G. (2009) An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse*, 10, 225-246.
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., ve Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007- 1020.
- Chesnais, J.C. (1981). *History of violence*. France: Hachette Literature.
- Cirhinoğlu, Z. ve Bulut, E. (2010). Terör, din ve siyaset. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(2), 301-322.
- Carson, R. C., Coleman, J. C. & Butcher, J. N. (1988). *Abnormal Psychology and Modern Life*. 8th Ed. London: Pearson Longman.

- Clemmons, J.C, Walsh, K, & Dilillo, D. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment, 12*, 172-181.
- Cleobury, L. & Tapper, K. (2014). Reasons for eating ‘unhealthy’ snacks in overweight and obese males and females. *J Hum Nutr Diet, 27(4)*, 333–341.
- Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B. & Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Journal of Violence and Victims, 20(6)*, 625-643.
- Çağlar, A. (1997). Terör ve örgütlenme. *Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Dergisi, 30(3)*, 119-133.
- Çam, O. ve Çılgınoğlu, H. (2020). İstanbul’da gerçekleştirilen terör saldırılarının incelenerek bu destinasyonun imajının turistlerin zihinlerinde oluşturdukları algıların değerlendirilmesi. *Uluslararası Türk Dünyası Turizm Araştırmaları Dergisi, 5 (2)*, 271-283.
- Çoban, D. A. ve Gündoğmuş, İ. (2019). Travma sonrası stres bozukluğu belirti profilinin cinsel ve cinsel olmayan travma tiplerine göre karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 20 (5)*, 470-476.
- Çolak, B., Kokurcan, A., ve Özsan, H. H. (2010). DSM’ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi, 18 (3)*, 19-26.
- Çora, A.N. (2008). *Uluslararası terörizm ve failleri*, İstanbul: Toplumsal Dönüşüm Yayınları.
- Dağistan, A. ve Sofuoğlu, A. (2008). *İşgalden katılıma Hatay*. Ankara: Phoenix Yayınları.

- De Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 post-conflict settings. *Jama*, 286(5), 555-562.
- Dikici, A. (2023). Savaş ve terör mağduru bireylerin yaşadıkları ruhsal sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulamalar, *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 861-866.
- DiMaggio, C., & Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: A meta- analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13(5), 559-566.
- Dougall, A. L., Hayward, M. C., & Baum, A. (2005). Media exposure to bioterrorism: stress and the anthrax attacks. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 68(1), 28-42.
- Dönmezer, S. (1977). Her Yönüyle Tedhiş. *Son Havadis*, 10-11.
- Duman, Z. C. ve Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 78-94.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S. ve Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research*, 290, 113-130.
- Ellenberger, H. (1970) *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Ellis, J. (1980). *Sharp end: The fighting main in world war II*. London: Corgi Books.

- Eriksson, C., Vande, K. H, Gorsuch, R., Foy, D. ve Hoke, S. (2001) Trauma exposure and ptsd symptoms in international relief personel. *J Trauma Stres*, 13, 205-211.
- Erdoğdu, M. Y. (2012). Sokakta alışan çocukların depresif belirti düzeylerinin taranması: Karşılaştırmalı alışma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü Dergisi*, 28, 77-87.
- Erim, B. (2001). Yetiştirme Yurtlarında ve Aileleri Yanında Kalan Ergenlerin Benlik Saygısı ve Yalnızlık Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Eşsizoglu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., nal, S., Yıldırım, E. A., ve Aker, T. (2009). Bir Terörist Saldırı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimini Etkileyen Risk Faktrleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 118-126.
- Eşsizoglu, A., Altınz, A.E., Sonkurt, H.O., Kaya, M.C., Kşger, F., & Kaptanoğu, C. (2017). The risk factors of possible PTSD in individuals exposed to a suicide attack in Turkey. *Psychiatry Res.*, 253, 274-280.
- Evans, B. L., Wilson, E. M., Harrison, B., Instead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S. & Kendall, T. (2014). Asystematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of peer support for people with sever mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(39), 2-12.
- Everly, G.S Jr, Mitchell, J.T (2001). America under attack: the “10 commandments” of responding to mass terrorist attack. *Int J Emerg Ment Health*, 3, 133-135.
- Fenichel, O. (1974). *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*, ev; S. Tuncer, İzmir: Ege ni. Matbaası.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O., (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.

- Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(4), 291-290.
- Freedly, J. R., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1993). Natural disasters and mental health: Theory, assessment, and intervention. *Journal of Social Behavior and Personality*, *8*(5), 49.
- Friedland, N., & Merari, A. (1985). The psychological impact of terrorism: A double-edged sword. *Journal of Political Psychology*, *6*(4), 591-604.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Norwood, A. E., & Holloway, H. H. (2003). Trauma, terrorism, and disaster. In Ursano, R. J., Fullerton, C. S., & Norwood, A. E. (Eds), *Terrorism and disaster: Individual and community mental health interventions* (pp. 1-20). New York: Cambridge University Press.
- Gabriel, R., Ferrando, L., Cortón, E. S., Mingote, C., García-Camba, E., Liria, A. F., & Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *Eur Psychiatry*, *22*, 339-346.
- Gerson, B. (1992) Posttraumatic stress disorder: The history of a recent concept. *British Journal of Psychiatry* *161*, 742-748.
- Gidron, Y. (2002). Posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: A review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(2), 118-121.
- Gleitman, H. (1983). *Basic Psychology*, Third ed., New York: W. W. Norton & Company.
- Goanjian, A. K., Walling, D., Steinberg, A. M., Karayan, I., Najarien, L. M., & Pynoos, R. (2005). A prospective study of posttraumatic stress and depressive reactions among treated and untreated adolescents 5 years after a catastrophic disaster. *Am J Psychiatry*, *162*, 2302-2308.

- Goanjan, A. K., Roussos, A., Steinberg, A. M., Sotiropoulou, D. W., Kakaki, M. & Karagianni, S. (2011). Longitudinal study of PTSD, depression and quality of life among adolescents after the Parnitha earthquake. *Journal of Affective Disorders, 133*(3), 509-515.
- Goodwin, R., Kaniasty, K., Sun, S., & Ben-Ezra, M. (2017). Psychological distress and prejudice following terror attacks in France. *Journal of Psychiatric Research, 91*, 111-115.
- Gölge, Z. B., Yavuz, M. F., Korkut, S. ve Kahveci, S. (2013). Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. *Adli Tıp Bülteni, 18*(3), 82-91.
- Grech, V., & Calleja, N. (2018). WASP (Write a Scientific Paper): Parametric vs. non-parametric tests. *Early human development, 123*, 48-49.
- Gül, E. (2014). *Prevalence rates of traumatic events, probable PTSD and predictors of posttraumatic stress and growth in a community sample from İzmir* (Unpublished doctoral dissertation). Middle East Technical University, Ankara.
- Gül, A., Gül, H., Özen, N. E. ve Battal, S. (2016). Çocukluk çağı travmaları zemininde depresyon, anksiyete ve dissosiasyon semptomları ilişkisinin araştırılması. *Journal of Mood Disorders, 6*(3), 107-115.
- Güloğlu, B. Ve Kararımak, Ö. (2013). Güneydoğu gazilerinde travma sonrası stres gelişimi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14*, 237-44.
- Güloğlu, B. (2016). Psychiatric symptoms of Turkish combat injured non-professional veterans. *Eur J Psychotraumatology, 7*, 29157.
- Güloğlu, B., Kararımak, Ö. ve Emiral, E. (2016). Çocukluk çağı travmalarının tinsellik ve affetme üzerindeki rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17* (4), 309-316.

Gümüş, F. ve Yiğitalp, G. (2020). Uzun süreli terör eylemlerinin olduğu bölgede yaşayan veya tanık olan bireylerde travmatik stres, anksiyete ve depresif belirti sıklığı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 28-34.

Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luquel, I., Codony, M., Dolz, M., Alanso, M., Alanso, J. & Grupo ESEMeD-Espana. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin*, 126(12), 445-451.

Herman, J. (2007). *Travma ve iyileşme*. (çev: Tamer Tosun). İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Heickerö, H. (2014). Cyber terrorism: electronic jihad. *Strategic Analysis*, 38(4), 554-565.

Horgan, J. (2005). The psychology of terrorism (pp. 1-19). New York, NY, US: Routledge.

Horowitz, M. J. (1986). Stress response syndromes (2nd ed.). New York: Jason Aronson.

Hovardaoğlu, S. (1986). Öğrenilmiş çaresizlik. *Psikoloji Dergisi*, 5, 3-7.

Hürriyet (2013). <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/reghanli-cehenneme-dondu-23257089> adresinden alındı. (Erişim tarihi: 19/09/2021).

Johnson, R. A., & Wichern, D. W. (1982). *Applied multivariate statistics*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Jones, E. & Wessely, S. (2005). *Shell shock to PTSD: Military psychiatry from 1900 to the gulf war*. Hove: Psychology Press.

Kaba, İ. (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Dergisi*, 73, 63-81.

- Karanci, A. N., Aker, A. T., Isikli, S., Erkan, B. B., Gul, E., ve Güzel, H. Y. (2012). *Türkiye’de travmatik yaşam olayları ve ruhsal etkileri*. Ankara: Matus Basımevi.
- Kastanidou, E. S. (2004). Defining terrorism, *European Journal of Crime Criminal Law and Criminal Justice*, 12, 14-35.
- Kaya, F. (2021). Türkiye diplomasisinde Hatay’ın önemi. *Avrupa Dosyası*, 12(1), 95-112.
- Keane, T. M., Wolfe, J. (1990). Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies. *J Appl Soc Psychol*, 20, 1776–1788.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2009). Epidemiology of depression. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 5–22). New York: Guilford.
- Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Health*, 34, 119-38.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., & Florescu, S. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1353383.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In C. R. Figley, (Ed). *Trauma and its wake* (pp. 113-141).
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of traumatic stress*, 26(5), 537-547.

- Knol, M. J., Twisk, J. W. R., Beekman, A. T. F., Heine, R. J., Snoek, F. J., & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5), 837–845.
- Kodaman, B. (1985). Terör ve otorite. *Teröristlerin Rehabilitasyonu Sempozyumu*. İstanbul.
- Kokurcan, A. ve Özhan, H. H. (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*, 20 (1), 19-24.
- Korkmaz, G. (1999). *Terör ve medya ilişkileri*. Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü Basımevi.
- Krishnamurthy, S. (2017). Grand Wardlaw political terrorism: Theory, tactics and countermeasures, *Cambridge University Press*, 12, 218.
- Laquer, W. (2002). *A History of Terrorism*, New York: Transaction Publishers.
- Laqueur, W. (2017). *A history of terrorism*. New York: Routledge.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y. L., Ho, C. S., Zhang, M. W. & Ho, R. C. (2018). Prewalence of depression in the community from 30 countries between 1994-2014. *Scientific Reports*, 8, 2861-2871.
- Livesey, M. (2021) Historicising “terrorism”: how, and why? *Critical Studies on Terrorism*, 14(49), 474-478, DOI: 10.1080/17539153.2021.1982467
- Lu, Y., Tang, C., Liow, C. S., Ni Ng, W. W., Hui Ho, C. S. & Mun Ho, R. C. (2014). A regression analysis of maladaptive rumination, illness perception and negative emotional outcomes in Asian patients suffering from depressive disorder. *Asian J Psychiatr*, 2, 69–76.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Pennix, W. J. H. & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229.

- Macit, Y. (2021). Çocuk sahibi olmak ve ebeveynlik. *Uluslararası sosyal hizmet araştırmaları dergisi*, *1(1)*, 30-40.
- Marshall, R. D., Bryant, R. A., Amsel, L., Suh, E. J., Cook, J. M. & Neria, Y. (2007). Relative risk appraisal, the September 11 attacks, and terrorism related fears. *Am Psychol*, *62(4)*, 304-16. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.304>.
- May, C. L., & Wisco, B. E. (2016). Defining trauma: How level of exposure and proximity affect risk for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychological Trauma* *8(2)*, 233–240.
- Mazari, A. Anjariny, A. Habib, Shakeel, & Nyakwende, E. (2015). Cyber Terrorism Taxonomies: Definition, Targets, Patterns and Mitigation Strategies. *Proceedings of the European Conference on e-Learning*, 11-18.
- Ministry of Foreign Affairs. (2020). MFA: http://www.mfa.gov.tr/turkiye_nin-uluslararası-toplumun-terorle-mucadele-cabalarına-katkilari.tr.mfa adresinden alındı (*Erişim tarihi: 21.10.2021*).
- Mellman, T. A., Randolph, C. A., Brawman-Mintzer, O., Flores, L. P., & Milanes, F. J. (1992). Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, *149*, 1568–1574.
- Mergen, H., Bernstein, I.H., Tavlı, V., Öngel, K., Tavlı, T., ve Tan, ř. (2011). Türk ve Amerikalı üniversite öğrencilerinde hızlı depresif belirti envanteri-özbildirim formunun (HDBE16-ÖF) karşılaştırmalı olarak geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, *21*, 289-301.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.
- Nazala, R. M. (2019). New terrorism: what can the history of terrorism contribute?. *Jurnal Hubungan Internasional*, *8 (1)*, 1-9.

National Institute of Mental Health (2017). <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>

Nietzsche, F. (1887). *On the genealogy of morals*, edited by D. Smith. Oxford: Oxford University Press.

Njenga, F. G., Nicholls, P.J., Nyamai, C., Kigamwa, P., & Davidson, JR. (2004). Posttraumatic stress after terrorist attack: Psychological reactions following the US Embassy bombing in Nairobi naturalistic study. *Br J Psychiatry* 2004, 185, 328-333.

Norman, M. (1989). *These good men: Friendships forged from war*, New York: Thrift-Books-Reno.

North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., & Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma city bombing. *Jama*, 282(8), 755-762.

Öngün, F. (2001). *Küresel terör*. İstanbul: Okumuş Adam Yayıncılık.

Özen, Y. (2017). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 1(2), 104-117.

Özok, Ö. (2006). *Türkiye ve terörizm*. Ankara: Türkiye Barolar Birliği.

Öztürk, E. (2020). *Travma ve Dissosiyasyon: Psikotravmatoloji Temel Kitabı*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Pai, A., Suris, A., & North, C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 7(4), 7. doi: 10.3390/bs7010007.

Pettijohn, T. F. Psychology. (1989). *A Concise Introduction*, Second ed. USA: DPG Inc.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.

Psikofarmakoloji Bilimsel Çalışma Birimi (2020, Aralık 25). Depresyon konusunda bilmek istedikleriniz. Türkiye Psikiyatri Derneği. <https://www.psikiyatri.org.tr/halkayonelik/24/depresyonkonusundabilmek-istedikleriniz>

Rempala G. ve Wesolowski J., (2002). Asymptotics of products of sums and U-statistics, *Electronic Communications in Probability*. 7, 47-54.

Rigutto, C., Saopara, O. A. & Agyapong, I. O. (2021). Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: A general review of the literature. *Journal of Behavioral Sciences*, 11(140), 2-34.

Rosendorff, P. & Sandler, T. (2005). The political economy of transnational terrorism, *Journal of Conflict Resolution*, 49 (2), 171-182.

Rosenthal, B.S. (2000). Exposure to community violence in adolescence: trauma symptoms. *J Adolescence*, 35, 271-284.

Ross, R. J., Ball, W. A., Dinges, D. F., Kribbs, N. B., Morrison, A. R., Silver, S. M. & Mulvaney, F. D. (2014). Rapid eye movement sleep disturbance in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 35, 195-202.

Rush, A.J., Trivedi, M.H., İbrahim, H.M., Carmody, T.J., Arnow, B., Klein, D.N., Markowitz, J.C., Ninan, P.T., Kornstein, S., Manber, R., Thase, M.E., Thase, M.E., Kocsis, J.H., & Keller, M.B. (2003). The 16-item quick inventory of depressive symptomatology (QUIDS) and self report

(QUIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*, 54, 573-583.

Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., & Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: a systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11(1), 96.

Schmid, A. & Jongman, A. J. (2005). *Political terrorism: A new guide to actors, authors, concepts, data bases, theories and literature*. 1st edition. New York: Routledge.

Schlesinger, P. (1994). *Medya, devlet ulus*. (çev. Mehmet Küçük). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Shakespeare-Finch, J. E., Smith, S. G., Gow, K. M., Embelton, G., & Baird, L. (2003). The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 9(1), 58-71.

Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P. & Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*, 155, 630-637.

Shalev, A. Y., Tuval, R., Frenkiel-Fishman, S., Hadar, H., & Eth, S. (2006). Psychological responses to continuous terror: A study of two communities in Israel. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 667-673.

Slone, M., Shoshani, A., & Baumgarten-Katz, I. (2008). The relation between actual exposure to political violence and preparatory intervention for exposure to media coverage of terrorism. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(3), 243-261.

- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W. Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J. D. & Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 157(2), 229-233.
- Southwick, S. M., Yehuda, R., & Giller, E. L. Jr. (1991) Characterization of depression in war related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 148, 179–183.
- Sönmez, M. B. (2022). Depremin psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme. *TOTBİD Dergisi*, 21, 337-343.
- Stordal, E., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2003). The association between age and depression in the general population in a multivariate examination. *Acta Psychiatrica*, 107, 132-141.
- Şar, V. (2017). Savaş ve terör yaşantılarında travma sonrası stres. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33, 114-120.
- Şar, V., Öztürk, P. E., ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063.
- Şen, Y.F. (2015). Terörün toplumlar üzerindeki sosyoekonomik etkilerine bakış: PKK terörü ve Ağrı gerçeği. *Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 1(2).
- Şenkal, İ. ve Işıklı, S. (2015). Çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyon belirtileri ile ilişkisi: aleksitiminin aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26, 1-7.
- Şimşek, M. (2016). Terörizm: kavramsal bir çalışma. *Akademik Bakış Dergisi*, 54, 319-335.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Boston, MA: Pearson.

Taner, C. ve Karaaziz, M. (2022). Ginny ve Georpro dizisi üzerinden travma sonrası stres bozukluğu. *Pearson Journal of Social Sciences & Humanities*, 7 (22), 120-126.

Taşdemir, F. (2006). *Uluslararası Terörizme Karşı Devletlerin Kuvvete Başvurma Yetkisi*, Ankara: USAK Yayınları.

Tekin, A., Karadağ, H., Süleymanoğlu, M., Tekin, M., Kayran, Y., Alpak, G. Ve Şar, V. (2016). Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidi refugees in Turkey. *Eur J Psychotraumatology*, 6, 28556.

Terörle Mücadele Kanunu: 3713 Sayılı, 12.04.1991 tarihli (R-G-Yayım, 12.04.1991) Terörle Mücadele Kanunu.

Terrorism (1934). *Internatonal encylopedia of the social sciences*. New York: The Mc Millan Company.

Terörizm (1990). *Meydan Larousse*. 12. Cilt. İstanbul: Meydan Yayınları.

Terörizm (1986). *Ana britannica*. 1. Cilt. Ankara: Ana Yayınevi.

Topal, C. (2009). Sancak (Hatay) sorunu ve ikinci dünya savaşı öncesi süreçte Arap kamuoyundaki etkileri. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (2), 1-16.

Tuncay, T. ve Akçay, S. (2018). Terörizmin psikososyal etkileri ve sosyal hizmet uzmanının rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 29(2), 307-334.

Tunçay, E. (2017). Medyada nefret söylemi: Ankara patlaması örneği. *Marmara İletişim Dergisi*, 27, 41-62.

- Turan, Ö. (2021). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Gelişim Üniversitesi.
- Turnbull, G. (1998) A review of post-traumatic stress disorder. Part 1: historical development and classification, *J Injury*, 29, 2, 87-91.
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E. ve Tamam, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 189-219.
- Türkiye Kızılay Derneği (2007). Terör Olaylarının Psikolojik Etkileri ve Başa Çıkma Yolları Broşürü, Güncellenmiş Versiyon, Ankara.
- Umar, Ö. O. (2004). *Osmanlı yönetimi ve Fransız manda idaresi altında Suriye (1908-1938)*. Ankara: Atatürk Araştırma Merkezi Yayınları.
- Uyurdağ, N., Eskicioğlu, G., Aksu, S. ve Soyata, A. Z. (2021). Covid 19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarında psikososyal etkilenme ile ilişkili risk etkenleri ve koruyucu etkenler: Bir sistematik değerlendirme. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri*, 26(1), 122-140.
- Ünal, G. (2021). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve öz şefkat düzeyinin duygu düzenleme gücü ile ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Gelişim Üniversitesi.
- Van der Kolk, B. A., Weisæth, L., & Van der Hart, O. (2007). History of trauma in psychiatry. In Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisæth, L., (Eds.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guilford Press.

- Veith, I. (1977). Four thousand years of hysteria. In M. J. Horowitz (Ed.), *Hysterical personality* (pp. 7-93). New York: Jason Aronson.
- Wainwright, N., & Surtees, P. (2002). Childhood adversity, gender and depression over the life course. *Journal of affective disorders*, 72(1), 33-44.
- Wakefield, J. C., Lorenzo-Luaces, L. ve Lee, J, J. (2007). Taking people as they are: evolutionary psychopathology, uncomplicated depression, and distinction between normal and disordered sadness (1. baskı) içinde (s.45-47). Cham: Springer Yayınları.
- Walts, A. (1975). *Tao: The watercourse way*. New York: Pantheon Books.
- Weiss, D., Marmar, C.R., Metzler, T.J. ve Ronfeldt, H.M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *J Consult Clin Psychol*, 63, 361- 368.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229.
- Wilkinson, P. (1974). *Political terrorism*. New York: Mc Millan.
- Wittchen, H. U. & Jacabi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15, 357-376.
- Wittmann, L., Schredl, M. & Kramer, M. (2007). Dreaming in posttraumatic stress disorder: a critical review of phenomenology, psychophysiology and treatment. *Psychother Psychosom*, 76, 25-39.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- Wright, L. (2006). *The Looming tower*. New York: Vintage Books.

Yanarışık, O. (2018). Terör örgütlerinin eylem türleri (kitap bölümü). Radikalleşme, Şiddet ve Terörizm. 1. Baskı. Ankara: Polis Akademisi Yayınları

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (1995) Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis, *Am. J. Psychiatry*, 152, 1705-1713.

Yetkin, S. ve Özgen, F. (2007). Tarihsel bakış içinde depresyon. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(47), 1-5.

Yıldız, V. (2011). Uluslararası boyutuyla terörizm ve uluslararası ceza mahkemesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 1(7), 147-182.

Yılmaz, Ö., Keser, M. ve Özdoğan, Y. (2021). Covid 19 pandemisinde duygusal yeme. *Sağlık Bilimlerinde Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 2(2), 51-57.

Yolcuoğlu, İ. G. (2010). Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(1), 73-83.

Yüksel, N. ve Ceyhun, B. (1994). İntihar, ruhsal belirtiler. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.

Yüksel, N. (2001). İntiharın nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri*, 2, 5-15.

EKLER

1. İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul İzni



2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü'nde Sosyal Bilimler Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Seda Uğraş tarafından Prof.Dr. Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU danışmanlığında yürütülen "2013 Yılında Gerçekleştirilen Reyhanlı Bombalı Saldırılan Sonucunda Bölgede Bulunanların Travma Sonrası Stres ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; 11 Mayıs 2013 yılında art arda 2 bombalı eylem düzenlenen Hatay'ın Reyhanlı ilçesinde, patlamalar sırasında orada olanların travma sonrası stres ve depresyon düzeylerinin incelenmesidir. 30 dk ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışımızda tahminen 150 kişi katılacaktır. ¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninizle bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [REDACTED] e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz. Araştırma kapsamında kullanılacak yazılı materyal resmi süre olan 5 sene boyunca araştırmacının kilitli kasasında saklanacak olup daha sonra evrak imha-kağıt öğütücüsünde lav edilecektir.

Araştırma kapsamında kullanılacak ölççekler aşağıda yer almaktadır;

DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu (HDBE-ÖF)

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Demografik Veri Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının ²:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;

kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

3. Sosyo-Demografik Veri Form

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

1. **Adı-Soyadı:**
2. **Cinsiyet:**
3. **Yaş:**
4. **Medeni Durum:** a) Evli b) Bekar c) Dul/boşanmış
5. **Çocuk:** a) Var (sayısı:) b) Yok
6. **Eğitim Durumu:** a) Yok b)okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f)Üniversite
g)lisansüstü
7. **Çalışabilirlik:** a) Çalışıyor (meslek:...) b) Emekli c)Çalışmıyor d) Ev hanımı e)Öğrenci
8. **Sigara kullanımı:** a) evet (/yıl) b) hayır
9. **Alkol-madde kullanımı:** a) yok b) yalnızca alkol c) yalnızca madde d)alkol ve madde
10. **Var ise süresi/sıklığı:**
11. **Ailede ruhsal hastalık öyküsü:** a)yok b)1.derece akraba c) 2.derece akraba:
12. **Bilinen tıbbi hastalık öyküsü:** a) yok b) var
13. **Var ise:**
14. **Psikiyatri dışı ilaç kullanımı:** a) Yok b) Var
15. **Var ise:**
16. **Geçmiş psikiyatrik başvuru:** a)var b)yok
17. **Var ise; Sebebi:**
Tanı:
Son Tedavisi:
18. **Olay esnasında neredeydiniz?** a) olay mahalinde b) olay yeri yakınında c) Reyhanlı'da d) olay yerinin uzağında (çevre ilçeler veya Hatay vb.)
19. **Olay esnasında kimleydiniz?** a) yalnızdım b) yakınımıydım c)çocuğumlaydım/çocuklarımıydım
d)arkadaşlarımıydım
20. **Olayda yaralandınız mı?** a) evet b) hayır
21. **Olay nedeni hastaneye yatış/başvuru öyküsü:** a) yok b) evet var, ayakta tedavi gördüm
c) evet var, yatarak tedavi gördüm

4. DSM - V için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

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

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

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD

5. DSM - V için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Kullanım İzni



6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

		1-Hiçbir zaman	2-Nadiren	3-Zaman zaman	4-Sıklıkla	5- Çok sık olarak
1.	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2.	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3.	Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4.	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5.	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6.	Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7.	Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8.	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5

9.	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10.	Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11.	Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12.	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13.	Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14.	Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15.	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16.	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5

Reyhanlı Bombalı Saldırılarında TSS ve Depresyon

17.	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18.	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19.	Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20.	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21.	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22.	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23.	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24.	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25.	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum	1	2	3	4	5
26.	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27.	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28.	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

7. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kullanım İzni



8. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu (HDBE-ÖF)

HIZLI DEPRESİF BELİRTİ ENVANTERİ-OZ BİLDİRİM FORMU (HDBE-OF)

Son 7 gün boyunca, sizi en iyi tanımlayan seceneği daire içine alınız.

1. Uykuya dalma:
 0. Uykuya dalmam hiçbir zaman 30 dk'yı aşmıyordu.
 1. Bu sürenin yarısından azında, uykuya dalmam en az 30 dk. sürüyordu.
 2. Bu sürenin yarısından çoğunda, uykuya dalmam en az 30 dk. sürüyordu.
 3. Bu sürenin yarısından çoğunda, uykuya dalmam 60 dk'dan uzun sürüyordu.
2. Gece boyunca uyku:
 0. Gece uyanmıyordum.
 1. Her gece kısa sürelerle birkaç kez uyanarak huzursuz ve hafif uyuyordum.
 2. Gecede en az bir kez uyanıyordum, ancak kolayca tekrar uyuyordum.
 3. Bu sürenin yarısından çoğunda, gece boyu birden fazla uyanıyordum ve 20 dakika ya da daha uzun süre uyanık kalıyordum.
3. Çok erken uyanma:
 0. Bu sürenin çoğunda, kalkmam gereken zamandan en fazla 30 dk. önce uyanıyordum.
 1. Bu sürenin yarısından çoğunda, kalkmam gerekenden 30 dk. dan uzun bir süre öncesinde uyanıyordum.
 2. Hemen her zaman, gerekenden en az bir saat önce uyanıyordum, ancak sonuçta tekrar uyuyordum.
 3. Gerekenden en az bir saat önce uyanıyordum ve bir daha uyuyamıyordum.
4. Çok fazla uyuma:
 0. Gün içinde uyuklamaksızın, gecede en fazla 7/8 saat uyuyordum.
 1. Gündüz uyuklamalar da dahil olmak üzere 24 saat boyunca, en fazla 10 saat uyuyordum.
 2. Gündüz uyuklamalar da dahil olmak üzere 24 saat boyunca, en fazla 12 saat uyuyordum.
 3. 24 saat boyunca uyuklamalar da dahil olmak üzere, 12 saatten fazla uyuyordum.
5. Keder hissi:
 0. Kederli hissetmiyordum.
 1. Bu sürenin yarısından azında kederli hissediyordum.
 2. Bu sürenin yarısından çoğunda kederli hissediyordum.
 3. Bu sürenin hemen hepsinde kederli hissediyordum.
6. İştah azalması:
 0. İştahımda her zamankine göre değişiklik olmadı.
 1. Her zamankinden daha az miktar ya da sıklıkta yiyordum.
 2. Her zamankinden belirgin olarak daha az ve kendimi zorlayarak yiyordum.
 3. 24 saat içinde nadiren ve yalnızca kendimi çok zorlayarak ya da başkalarının zorlaması ile yiyordum.
7. İştah artması:
 0. İştahımda her zamankine göre değişiklik olmadı.
 1. Her zamankinden daha sık yeme ihtiyacı duyuyordum.
 2. Düzenli olarak, her zamankine göre daha sık ve/veya daha fazla miktarda yiyordum.
 3. Hem öğünlerde hem de öğün aralarında aşırı yeme isteği duyuyordum.
8. Kilo verme (son iki hafta içerisinde):
 0. Kilomda bir değişiklik olmadı.

9. Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Formu (HDBE-ÖF) Kullanım İzni

