

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİDDETE MARUZ KALAN KADINLARDA TRAVMATİK STRES
TEPKİLERİ VE YÖNETİCİ ZİHİNSEL İŞLEVLER**

Betül DURSUN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2015

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİDDETE MARUZ KALAN KADINLARDA TRAVMATİK STRES
TEPKİLERİ VE YÖNETİCİ ZİHİNSEL İŞLEVLER**

Betül DURSUN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2015

T.C.
KOCAELI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ


(Tez Onay Sayfası)

Tez adı: Şiddet Görmüş Kadınlarda Traumatik Stres
Belirtileri ve Yönetici Zihinsel İşlemler

Tez yazarı: Betül Dursun
Tez savunma tarihi: 04.09.2015

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Yıldız

İş bu çalışma Jürimiz tarafındanPsikiyatri..... Anabilim Dalı
yüksek lisans... tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Sınavı jüri üyeleri		İmzası
Ünvanı Adı Soyadı		
Üye	Prof. Dr. Mustafa Yıldız	
Üye	Doç. Dr. Ashkan B. Bat	
Üye	Doç. Dr. Eylem Kararımak	

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

04.09.2015

Prof. Dr. Mustafa Yıldız
Enstitü Müdürü



Özet

Şiddete Maruz Kalan Kadınlarda Travmatik Stres Tepkileri ve Yönetici Zihinsel İşlevler

Amaç: İnsan kaynaklı şiddete maruz kalan bireylerde %10, eş şiddeti gören kadınlarda % 25-65 oranında ÖSSB gelişmektedir. Ökseleyici yaşantının şiddeti, süresi, örselenme öncesi psikiyatrik bozukluk öyküsü, erken yaşam deneyimleri, zeka, eğitim, ön alın kabuğu (prefrontal korteks) işlev değışiklikleri ve sosyal destek gibi birçok etken ÖSSB gelişmesini etkilemektedir (Kavakcı 2015). Bu çalışmada yönetici zihinsel işlevler, psikiyatrik tanı almış olma, eğitim düzeyi, depresyon belirti düzeyi gibi etkenler ile örselenme sonrası stres tepki düzeyi arasındaki ilişki incelendi.

Yöntem: Yönetici zihinsel işlevleri ölçmede WKET, depresyon ve ÖSSB düzeylerini ölçmede BDÖ, TSSTÖ kullanılmıştır. Araştırmaya Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Kadın Konukevlerinde kalmakta olan 48 gönüllü kadın katıldı.

Bulgular: Geçmişte cinsel içerikli olan ya da olmayan fiziksel şiddet görmüş kadın katılımcıların WKET başarımları ile TSSTÖ düzeyleri arasında bağıntı bulunmadı. Katılımcıların hastalık süresi (olay üzerinden geçen süre) ile TSSTÖ'nün stres tepki düzeyi alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif bağıntı vardır ($p<.05$). Eğitim düzeyi (başarıyla tamamlanan yıl sayısı) ile WKET 3,4,10,11 (sırasıyla: toplam doğru sayısı, tamamlanan kategori sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı, kavramsal düzey tepki yüzdesi) puanları arasında pozitif bağıntı ($p<.05$); WKET 1(toplam tepki düzeyi) ile ise negatif bağıntı ($p<.001$) vardır.

Sonuç: Eğitim düzeyi, hastalık süresi ve WKET alt ölçek puanlarındaki bulguların mevcut yazını desteklediği görülmektedir. Ayrıca ÖSSB'ye eşlik eden psikiyatrik tanılarda WKET perseverasyon alt ölçek puanlarında saptanan yükselmenin psikiyatrik tanı taraması içeren daha geniş bir araştırmada incelenebileceği, bu çalışmayla gelecekteki ÖSSB ve nöropsikolojik testlerle ilgili çalışmalar için yazına katkı sağlandığı düşünülmektedir. ÖSSB risk etmenleri arasında özellikle karmaşık zihinsel işlevlerin araştırıldığı çalışmalar, şiddeti nedenleri ve sonuçlarıyla anlama açısından da yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Yönetici Zihinsel İşlevler, Örselenme Sonrası Stres Bozukluğu,
Wisconsin Kart Eşleme Testi

Abstract

Traumatic Stress reactions and Executive Mental Processes In women exposed to violence

Objective: PTSD develops in ten percent of people who are exposed to human-driven violence and %25 to %65 in women exposed to domestic violence. Severity and duration of traumatic experience, psychiatric disorder story before trauma, early life experiences, intelligence, education, prefrontal cortex function changes, social support and other factors have an effect on PTSD progress. In this study its been investigated the relation between executive mental functions, being diagnosed psychiatrically, education level, level of depression semptoms and PTS reaction level.

Method: Measuring EMF, depression and PTSD levels have been used WCST, BDE and TSSTÖ . 48 volunteer women participated in research whom are living on the Women Guest-house of Family and Social Policies Ministry.

Results: There is no correlation between WCST performance and TSSTÖ level of women which are exposed to sexual or non sexual physical violence. There is negative correlation ($p < .05$) between longness of disease (time past after the event) and stress reaction degree subscale of TSSTÖ. There is positive correlation ($p < .05$) between education level (year number accomplished successfully) and WCST 3,4,10,11 (total correct count, completed category count, conceptual level reaction percentage) scores; negative correlation ($p < .001$) with WCST1 (total reaction level).

Conclusions: It can be seen education level, duration of disease and WCST subscale scores are support the present literature. Also its been thought more extensive research which concluding psychiatric diagnosis screening and searching the cause of score rising WCST perseveration subscale in diagnoses accompanying PTSD. This study contributes the literature for studies in the future which are about PTSD and NPT. Specially, studies researching complex mental functions are can be loadstar to understand the violence with reasons and consequences.

Key words: Executive Mental Processes, Post Traumatic Stres Disorder, Wisconsin Card Sorting Test

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlamamda destek olan Ruhsal Travma Yüksek Lisans Programı sınıf arkadaşlarım Eda Avuçan, Esra Ünal, Handan Özen, Merve Çakıroğlu, Nil Keçeli ve Yeşim Ünal'a, uygulama sürecinde bana kapılarını açan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı tüm Kadın Konukevi çalışanlarına ve sakinlerine, tez taslaklarımı titizlikle değerlendiren tez danışmanım Mustafa YILDIZ'a teşekkürlerimi sunarım.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

... /... / 2015

Betül DURSUN

İmza

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. AMAÇ	2
2.1. Örselenme Sonrası Stres Tepkileri	3
2.2. Yönetici Zihinsel İşlevler	5
2.3. Şiddet, ÖSSB ve Yönetici İşlevler	5
2.4. Depresyon, ÖSSB ve Yönetici İşlevler	6
3. YÖNTEM	6
3.1. Örneklem	6
3.1.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri	7
3.2. Veri Toplama Araçları	7
3.3. Örselenme Sonrası Stres Tanı Ölçeği (ÖSSTÖ)	8
3.4. WKET'in Güvenirlik ve Geçerliği	9
3.5. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)	12
3.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	13
3.7. Çözümleme	13
4. BULGULAR	14
5. TARTIŞMA	19
5.1. Araştırma Koşullarının Değerlendirilmesi	19
5.2. Araştırma Deseni, Bulgular ve Sınırlılıklar	19
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	20
KAYNAKLAR DİZİNİ	23
ÖZGEÇMİŞ	26
EKLER	27

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

WHO: World Health Organization

ÖSSB: Örselenme Sonrası Stres Bozukluğu

FMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

TSSTÖ: Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

PTA: Psikiyatrik Tanı Alma

ÖSS: Örselenme Sonrası Stres

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4

APA: American Psychological Association

TSSB-AÖ: Travma Sonrası Stres belirtileri Alt Ölçeği

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri.....	7
Çizelge 3.2. WKET puanları ve kullanılan kısaltmalar.....	11
Çizelge 3.3. WKET’de ölçülen beceriler.....	12
Çizelge 4.1. Katılımcıların nüfus özellikleri.....	14
Çizelge 4.2. Katılımcıların BDÖ, TSSTÖ ve WKET puan ortalamaları.....	15
Çizelge 4.3. TSSTÖ ile BDÖ ve WKET ölçekleri arasındaki bağıntı.....	15
Çizelge 4.4. Nüfus değişkenleriyle ölçeklerin bağıntısı.....	16
Çizelge 4.5. Kategorik değişkenlere göre bdö, tsstö ve wket ortalama puanları ve bağıntıları.16	
Çizelge 4.6. Psikiyatrik tanı alma (PTA) durumuna göre bağımsız örneklem t testi.....	17

1. GİRİŞ

Yaşamları boyunca insanların %50-80'inin sarsıcı bir örselenme olayı yaşadıkları düşünülmektedir (Roberts ve diğ. 2011). Son yapılan araştırmalara göre örseleyici bir olaya maruz kalanların %10'unda ÖSSB gelişmektedir. Örseleyici yaşantının şiddeti, süresi, yaş, cinsiyet, örselenme öncesi psikiyatrik bozukluk öyküsü, erken yaşam deneyimleri, zeka, eğitim, ön alın kabuğu (prefrontal korteks) işlev değişiklikleri ve sosyal destek gibi birçok etken ÖSSB gelişmesini etkilemektedir (Kavakcı 2015). Şiddet ve örselenme yazında sıkça birbirini tanımlayan kavramlar olarak ele alınmıştır. Yapılan araştırmalara, ruh sağlığındaki ve sosyal hayattaki uygulamalara baktığımızda, insan kaynaklı şiddetin büyüklüğünün örseleyici tepkilere bakılarak saptanmaya çalışıldığını, örselenmeye yol açabilecek eylemlerin de artan bir şekilde şiddet kapsamına alındığını (duygusal istismar, cinsel istismar gibi) görürüz. Örseleyici olaylar arasında ise sık rastlanılardan biri başka bir insanın şiddetine maruz kalmaktır. Şiddet bir insanlık sorunu olmakla beraber daha çok çocuklar ve kadınlar üzerinde çalışmalar yapılmakta; şiddete bağlı örselenmeler araştırılmaktadır. Eş şiddeti kadınlar arasında başta gelen yaralanma nedenidir ve tahmin edilen örseleyici stres bozukluğu geliştirme oranı %25 ile %65 arasında değişmektedir (Stein ve Kennedy, 2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization WHO) hazırladığı Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Raporu'na göre kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığının % 6-50 arasında değiştiği ve kadınların eşleri tarafından "yumruklanma", "tekmelenme", "yerde sürüklenme", "silahla tehdit edilme" gibi ağır şiddet şekillerinin görülme sıklığının ise % 4-49 arasında olduğu saptanmış, cinsel şiddet sıklığı ise % 6-59 arasında bulunmuştur (WHO 2005, Akpınar 2013). Başka bir araştırma, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar sonucunda kadınların %20-50'sinin eşi tarafından şiddete maruz kaldığını saptandığını belirtir (Güler ve diğ. 2005). Türkiye genelinde ise yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %39'dur (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008). Başka bir deyişle her 10 kadından 4'ü eşi ya da birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Eş şiddeti/aile içi şiddet (aile toplumunda mahrem bir alan olarak görüldüğünden), diğer şiddet türlerine göre daha zor saptanabilmektedir. Bunun nedeni, aile içi şiddeti tanımlaması, ailenin mahremiyetini bozmak pahasına şiddeti durdurması, dış makamlarla bağlantı kurması gereken kişinin genellikle mağdurun –çoğu zaman kadının-kendisi olmasıdır. Şiddet gören kadın, içinde bulunduğu durumu değiştirmek için mevcut şartları değerlendirebilmeli, nasıl hareket edeceğine karar vermelidir. Bu gibi karmaşık karar

verme süreçlerinde yönetici zihinsel işlevler devreye girer. Bu zihinsel işlevler bozulduğunda, duygusal sarsıntı sonucunda ketlendiğinde ya da kullanım dışı kaldığında dışarıdan bir destek yoksa kişiler bir şiddet döngüsünün içinde sıkışıp kalabilir ve durdurma imkanı bulamadıklarında gördükleri şiddeti kanıksayabilirler. Ülkemizde son yıllarda kamu kurumları tarafından yapılan araştırmalar sonucunda kadına yönelik aile içi şiddet farkındalığının arttığı bilinmektedir fakat şiddet yüzdelerinin yapılan çalışmalara oranla yeterince düşmediği görülmektedir: Ülke genelinde hayatının herhangi bir döneminde eşi veya eski eşi tarafından fiziksel şiddete maruz bırakılan kadınların oranı 2008’de yüzde 39, 2014’te yüzde 36; hayatının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kalan kadınların oranı 2008’de yüzde 15, 2014’te yüzde 12 olarak saptanmıştır (Kadına Yönelik Şiddet Araştırma Raporu 2008; Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2015).

Pek çok kadının içinden kurtulamadığı bu şiddet döngüsünü anlamak için şiddet sonrası gelişen örselenmişlik belirtileri ile zihinsel işlevler arasındaki ilişkinin araştırılması önemlidir. Bir dünya sorunu olarak insan elinden çıkan şiddeti mağdurlar, onların örselenme miktarları ve zihinsel özellikleri açısından inceleme amacı taşıyan bu çalışmada üç farklı alanda yapılan araştırmalar incelenerek yola çıkılmıştır: Şiddet, Örselenme Sonrası Stres Bozukluğu (ÖSSB) ve Yönetici Zihinsel İşlevler.

2. AMAÇ

Bu araştırmanın amacı şiddet görmüş kadınların, şiddet sonrası gelişen örselenme belirtileri, depresyon düzeyleri ve yönetici zihinsel işlevleri arasındaki ilişkileri incelemektir. Aynı zamanda nüfus değişkenleri, şiddet olayının üzerinden geçen süre, psikiyatrik tanı durumu ile ölçülen örselenme düzeyi, depresyon düzeyi ve zihinsel beceriler arasındaki bağıntıları araştırmaktır.

Yönetici işlevlerin, örselenme sonrası stres, sosyal fobi gibi psikolojik bozukluklardan etkilendiği nöropsikolojik testlerle yapılan araştırma sonuçlarından görülmektedir (Topçuoğlu ve diğ. 2008, Moradi ve diğ.1999). ÖSSB hastalarında şiddet içerikli olaya ilişkin ayrıntıları hatırlamada, fizyolojik tepkilerin kontrolünde, tepki hızında bozulmalar olduğu bilinmektedir (Danckwerts ve Leathem 2003). Farklı becerilerdeki bu bozulmalar problem çözebilme, algısal kurulumu sürdürebilme ve değişen kurallara uyum sağlayabilme gibi üst bilişsel görevleri işaret eder ve yönetici zihinsel işlevlerin bireyin hem şiddet döngüsünden korunmasında hem de örselenmişlik belirtileriyle baş etmesinde rol oynadığını gösterir.

Tüm bu yazın bilgileri değerlendirilerek bu araştırma, benzer şiddet geçmişi olan kadınlarda örselenme sonrası stres belirtileri, depresyon düzeyi ve yönetici zihinsel işlevlerin karşılaştırılması, örselenme ile baş etmede zihinsel işlevsellik düzeyinin etkisinin incelenmesi üzere tasarlandı. Aile üyeleri, tanıdık biri ya da tanımadık biri tarafından ‘cinsel saldırıya uğrama’ ya da ‘cinsel olmayan fiziksel saldırıya uğrama’ gibi örseleyici olaylar sonrasında kadınların gösterdikleri stres tepkilerinin yönetici zihinsel işlevlerle bir bağlantı içinde olup olmadığını incelemek amacıyla gereçler ve yöntem oluşturuldu. Bu kapsamda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı kadın konuk evlerinde misafir edilen katılımcılarla yapılan görüşme ve testlerin amacı şiddet görme sonucu kadınlarda gelişen örseleyici stres tepkilerinin üst düzey zihinsel işlevler üzerindeki etkilerinin incelenmesi, örselenme ve nöropsikolojik işlevsellik arasındaki bağların açığa çıkarılmasıdır. Katılımcıların yaşadıkları örseleyici olayın şiddeti, türü ve gösterdikleri ÖSSB belirtileri ile Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) puanları arasındaki ilişki incelenmektedir. Depresyon şiddeti ve örselenme sonrası stres belirti düzeyinin, WKET puanları üzerindeki etkisi ise ayrıca değerlendirilmektedir.

Özetle; araştırmanın ana sorunu “Şiddet görmüş kadınların WKET başarımı şiddet sonrası geliştirilen ÖSSB düzeyi ile ilişkili midir?” şeklindedir. Araştırma alanları ise şu şekildedir:

- 1) Kadınların eğitim durumları, yaşları ile BDÖ, TSSTÖ ve WKET puanları arasında ilişki var mıdır?
- 2) Kadınların gördükleri şiddet üzerinden geçen süre ile WKET puanları arasında ilişki var mıdır?
- 3) Psikiyatrik tanı almış olmaları ÖSSB ve WKET performanslarını etkilemiş midir?

2.1. Örselenme Sonrası Stres Tepkileri

Örseleyici bir yaşantıya verilen tepkiler üç başlık altında toplanır:

I. Kâbuslar, sıkıntı verici düşünce ve imgeler, geridönüş (flashback) atakları gibi belirtilerle örseleyici olayın yeniden yaşantılanması;

II. Örseleyici olayı anımsatan düşünceler, durumlar, davranışlardan kaçınılması, duygulanımda küntleşme, donuklaşma;

III. Uykuya dalma güçlüğü, tahammülsüzlük, irkilme gibi artmış uyarılmışlık belirtileri.

Bu tepkilerin şiddeti ve görülme süresine göre akut veya kronik örselenme sonrası stres bozukluğu tanısı konmaktadır (DSM-IV, APA 2000). Cinsel şiddet gören kişilerde kronik

ÖSSB görülme oranı %86'dır ve olay üzerinden 3 yıl geçtikten sonra bile bu kişilerde ÖSSB kriterlerini karşılama oranının %58 olduğu saptanmıştır (Gölge ve diğ. 2013).

Benzer örseleyici olaylar yaşayan bireylerin tepkilerindeki farklılıklar pek çok araştırmanın konusu olmuş ve bu farkı açıklamak üzere modeller geliştirilmiştir. Örneğin; Foa ve Rigs'e (1993) göre örseleyici olay kişinin örselenme öncesi bilişsel şemalarına işlenemez. Yeni duruma adapte olamayan eski şemalar ÖSSB belirtilerinin ortaya çıkmasına ve sürmesine yol açar. Janoff-Bulman'e (1995) göre ise bozulmanın nedeni kişinin zihnindeki "olay zihinsel temsillerinin" değişime dirençli olması yani otomatik varsayımların örseleyici olayla değişime zorlanması fakat bu görevi başaramamasıdır. Kısacası örseleyici yaşantı kişiyi kendisini koruyamayan dünya ve insanlarla ilgili zihinsel temsillerini yeniden değerlendirmeye zorlar. Bu görüşe göre örselenme sonrası iyileşmenin hızı algısal kurulumun olaylara göre değiştirilebilmesine bağlıdır. Algısal kurulum, dışarıdan gelen bildirimler doğrultusunda içsel algıyı, şemaları değiştirebilme becerisidir. Bu beceriyi ölçen perseverasyon ilkesi –yöntem bölümünde daha detaylı açıklanacaktır- WKET alt ölçeğinde değerlendirilebilmektedir.

ÖSSB hastaları dikkati, öğrenmeyi ve belleği içeren çeşitli bilişsel görevlerde zorluklar yaşadıklarını bildirirler. Şiddet görmüş ve ÖSSB geliştirmiş kadınlarla yapılan nöropsikolojik çalışmalarda en sık ulaşılan bulgu ise yönetici işlevler (Falconer, Bryant ve diğ. 2008), işleme hızı (Samuelson ve diğ. 2006) ve sözel öğrenmeyi (Wu ve diğ. 2010) içeren görevlerdeki etkilerdir. Bulgular, ÖSSB ile ilişkili bilişsel ve duygusal bozulmanın altında orta ön alın kabuğu, arka alın ve beyin ön kabuğunu (anterior cingulate korteks ve dorsolateral prefrontal korteks) içeren bölgedeki değişikliklere işaret etmektedir.

ÖSSB'de bilişsel anormallikler başlıklı makalesinde Mc Nally (2006), ÖSSB araştırmalarının salt bilişsel alandan bilişsel sinir-bilim alanına yönelmesi gerektiğini ve ÖSSB gelişimini yordayan değişkenlere (IQ düzeyi, koruyucu kişisel özellikler gibi) odaklanmayı önermektedir.

2.2. Yönetici Zihinsel İşlevler

Planlama, problem çözme, farklı tepkiler arasında seçim yapabilme ve değişen koşulları değerlendirerek uygun tepkiyi verme becerilerine yönetici işlevler adı verilir (Howieson ve Lezak 2002). Bu yetilerin alın kabuğu (prefrontal korteks) tarafından yönetildiği kabul edilir. Yönetici işlevler kısaca, bir amaca ulaşmak için uygun problem çözme kurulumunun korunması olarak da tanımlanabilir. Üst düzey bilişsel işlemler kapsamında değerlendirilen

yönetici zihinsel işlevler, şema ve kurulumları korumak, gerektiğinde değiştirip düzenlemek, onları yeniden oluşturmak, bozucu etkilere karşı koymak, zaman ve mekân üzerinde olayları bütünleştirmek, belleği taramak, bellek izleri üstünde çalışmak, stratejiler kurup değiştirmek, planlar yapmaktır. Böylece yönetici işlevler bilgi işleme sisteminin tüm süreçlerini etkilemekte ve yönetmektedir (Karakaş ve diğ. 2003).

Yazında çeşitli ruhsal hastalıklar sonucunda yönetici zihinsel işlev bozukluklarını inceleyen araştırmalara bakıldığında ÖSSB ile ilgili sınırlı sayıda araştırma olduğu görülecektir. ÖSSB söz konusu olduğunda eşlik eden ruhsal bozuklukları (Tural ve diğ. 2001, Kaya 2000), biyolojik yaklaşımı veya başa çıkma yöntemlerini inceleyen araştırmalar (Samuelson ve diğ. 2006, Topçuoğlu ve diğ. 2008, Falconer ve diğ. 2008, Wu ve diğ. 2010) sayıca daha fazladır. ÖSSB’de görünür halde olan ve çözüm gerektiren kaçınma belirtileri, bellek boşlukları, fizyolojik ve toplumsal belirtiler üzerinde çalışılmıştır. Fakat tüm bu belirtilerde etkisi olabilecek üst bilişsel işlevler vardır ve örselenme sonrası etkilerle baş etmenin bu işlevlerle ilgisi de daha farklı açılardan incelenmelidir.

FMRI (fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme) ile yapılan araştırmalarda görüntülenen, ÖSSB hastalarında duygusal ve bilişsel bozuklukları ortaya çıkaran beyin yapılarının (alın kabuğu\prefrontal korteks, yan arka alın kabuğu\dorsolateral prefrontal korteks ve beyin ön kabuğu\frontal korteks) (Lagarde ve diğ. 2010) işleyişleri, örselenme sonrası duygu ve muhakeme bozukluklarının bu alanlardaki yavaşlama ile ilgili olduğu fikrini güçlendirmektedir.

2.3.Şiddet, ÖSSB ve Yönetici İşlevler

Yazına bakıldığında şiddet görmüş bireylerle yürütülen çalışmalarda yönetici işlevlerle ilgili ilk çalışmalar savaş gazileriyle yapılmış; aşırı stres sonucu dopamin salgısının azalması sonucu beyin ön kabuğundaki yönetici zihinsel işlevlerin faaliyetinin yavaşladığı hipotezini destekleyen sonuçlar bulunmuştur (Teicher ve diğ. 1993, Diamond 1999).

Kanagaratnam ve Asbjørnsen’in çalışmasında (2006), kronik ÖSSB’li göçmen ve mültecilerle yaptıkları çalışmada 22 deney grubu 23 kontrol grubu 45 kişiye Stroop Testi ve WKET uygulamışlar ve yönetici üç işlevin (niyetlilik, inhibisyon ve işlem belleği) (intentionality, inhibition, working memory) iki grup arasındaki farkı araştırılmıştır. Diğer iki işlevde fark bulunamazken işlem belleğinde bozulma gözlenmiştir. Twamley ve arkadaşları (2009) eş şiddetine bağlı ÖSSB vakalarında bilişsel işlevselliği incelemişler, eş şiddeti görmüş kadınların nöropsikolojik testlerde verilen görevleri yerine getirmede, belirtilerinin

şiddetiyle ilişkili olarak, normal işleme hızından daha yavaş başarımlar gösterdiklerini bulmuşlardır. Danckwerts ve Leathem (2003) ise ÖSSB ile bilişsel bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların üst çözümlenmesinde ÖSSB hastalarının tepki zamanı, dikkat ve bellek işlevlerinde farklılıklar bulan çalışmaları bir araya getirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda ÖSSB’de görsel-mekansal bellek ve dikkat işlevlerinde bozuklukların saptandığı fakat bozulmanın hangi beyin bölgesindeki yapısal değişimle ilişkili olduğunun tam olarak belirlenebilmesi için özel bellek becerilerini ölçen testlerle beyin görüntüleme teknolojisinin bir arada kullanıldığı sistematik araştırmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür. Bu analizde kısaca ÖSSB’de bilişsel becerilerle ilgili yapılan çalışmaların geliştirilmesi yöntem ve örneklem çeşitliliğine bağlanmıştır.

2.4. Depresyon, ÖSSB ve Yönetici İşlevler

Aile içi şiddet gören kadınlarda en sık konulan tanı majör depresyondur. Şiddet görme var olan depresyonu artırabilir; ilk depresyon belirtileri şiddet sonrası ortaya çıkabilir. Aile içi şiddet derecesi arttıkça depresyonun da derecesi artmaktadır (Çetiner 2006). Akalın’ın çalışmasında (2010) şiddet türü ve depresif belirtiler karşılaştırılmış, depresif belirti yaşayan kadınların %62,8’inin fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Başka bir çalışmada eş şiddeti gören kadınların %52’si depresyon tanısı alırken % 15’i depresyon ve kaygı bozukluğu tanısını birlikte almıştır (Vahip ve Doğanavşargil 2006). Depresyon belirtileri ve şiddet görme ilişkisini düşündüren sonuçlar Twamley ve arkadaşlarının çalışmasında (2009) da bulunmuştur: Eş şiddetine maruz kalmış ÖSSB’li kadınlarda psikiyatrik belirti şiddeti arttıkça işleme hızının yavaşladığı tespit edilmiştir. ÖSSB’ye eşlik eden depresyonun okul başarısını olumsuz yönde etkilediği (Bryan ve diğ. 2014), Majör depresyon olgularının yönetici işlevleri ölçen nöropsikolojik testlerden kontrol grubuna göre düşük puanlar aldıkları, yineleyici majör depresyon gösteren hastaların perseverasyon puanlarının kontrol grubundan ve ilk epizot majör depresyon hastalarından anlamlı olarak yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Karabekiroğlu ve diğ. 2010).

3. YÖNTEM

Araştırma için etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alınmıştır. Etik Kurul Onay No: 2011/67 KAEK 7/1’dir.

3.1. Örneklem

Bu çalışma 2012 yılı Eylül-Aralık ayları süresince İstanbul'da, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı bulunan kadın konukevlerinde, geçmişte fiziksel veya cinsel şiddet içeren bir olaya maruz kalmış veya tanık olmuş 18 yaş üstü gönüllü kadın katılımcılar ile gerçekleştirildi. İstanbul'un her iki yakasında farklı semtlerde bulunan 6 konukevinde Türkiye'nin çeşitli illerinden gelen yaklaşık 180 kadın ile uygulama öncesi kurumlar içinde kısa bilgilendirme toplantısı yapılmış, araştırmanın olası riskleri, katılım koşulları ve araştırmadan çıkma serbestliği anlatılmıştır. Araştırma sırasında sorulara cevap verirken oluşabilecek yeniden yaşantılamalar nedeniyle örselenme riski olabileceği, bu durumda yardım alabilecekleri kaynaklar açıklanmıştır. Gönüllü katılımcı listesi oluşturulduktan sonra gönüllüler ile araştırmanın detayları paylaşılmış ve ön görüşmeler yapılmıştır. Bu ön görüşmelerde yaklaşık 150 kadına ulaşılmıştır. Belirlenmiş kriterlere uyan 48 gönüllü katılımcı (yaş ortalaması: 33; ss: ± 10) ile çalışma yürütülmüştür.

3.1.1. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

Katılımcıların Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nin (TSSTÖ) birinci bölümünde yer alan 3.4.5 ve 6. maddelerinde (bak. Çizelge 2.1.) belirtilen şiddet türlerinden birine geçmişte maruz kalmaları ilk belirleyici ölçüt olmuştur. Bu maddeler dışındaki örselleyici yaşantılar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çizelge 3.1. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri*

-
- Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)
 - Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma gibi)
 - Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
 - Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
-

* TSSTÖ Bölüm 1'den alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ) ve Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)

Uygulama sıralamasında önce onam formu ve demografik bilgiler sonra TSSTÖ formu katılımcılara dağıtılmış, okuma yazması olmayanlara ya da anlamakta güçlük çekenlere soru cevap şeklinde anlatılmıştır. TSSTÖ'nün ilk iki alt ölçeğinde belirlenen örneklem kriterlerine uymayanlar ya da örseleyici deneyimini paylaşmakta zorlanan katılımcılar araştırmadan sebepleri açıklanarak çıkarılmış veya kendi istekleriyle ayrılmışlardır. TSSTÖ'nün hemen sonrasında BDÖ soru cevap formu doldurulmuştur. Son olarak WKET uygulandıktan sonra TSSTÖ puanları göz önünde bulundurularak katılımcılara örselenme sonrası stres düzeyleri hakkında kısa geribildirimler verilmiş; stres belirtileri ve depresyon puanlarına göre psikoterapi ve ilaç tedavisine ihtiyaç duyabilecek olanlara tedavi yöntemleriyle ilgili bilgi verilmiştir.

3.3. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ)

Elli maddeden oluşan ve bir öz-bildirim ölçeği olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, örselenme sonrası stres bozukluğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Foa ve diğ. 1997). Ölçeğin yapısı ve içeriği DSM-IV (APA 2000) tanı ölçütleri esas alınarak belirlenmiştir. Ölçek yardımıyla ÖSSB tanısı alabilecek kişileri belirlemek ve yaşadıkları belirtilerin şiddetini ölçmek mümkün olabilmektedir (Foa ve diğ. 1997). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Işıklı (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Özgün ölçek dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, kişinin yaşadığı örseleyici olayın türünü (doğal afet, kaza, savaş, tecavüz gibi) belirlemeyi amaçlamaktadır. İkinci bölümde, eğer birden fazla örseleyici olay varsa, kişiyi en fazla etkileyen yaşantı belirlenmektedir. Bu bölümde ayrıca örseleyici olayın şiddetini belirlemeye yönelik, evet-hayır şeklinde yanıtlanan 6 soru bulunmaktadır. Örseleyici olayın şiddetini belirlemeye yönelik bu 6 soru, ölçeğin Türkçe uyarlamasında "Olay Şiddeti Alt Ölçeği" olarak isimlendirilmektedir (Işıklı 2006). Kişinin "evet" yanıtlarının çokluğu, olayın şiddetinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin üçüncü bölümünde, 17 maddeden oluşan ve örselenme sonrası belirtileri değerlendiren bir alt ölçek bulunmaktadır. Türkçe formunda bu 17 madde "Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği" (TSSB-AÖ) olarak isimlendirilmektedir ve örselenme belirtilerinin düzeyini (şiddetini) ölçmek için kullanılmaktadır. TSSB-AÖ, 0-3 arasında puanlanan likert tipi bir

ölçektir. Maddeler, DSM-IV (APA 2000) Örselenme Sonrası Stres Bozukluğu tanı ölçütleri esas alınarak hazırlanmıştır. Alt ölçeğin aralığı 0-51'dir. Yüksek puan, kişinin olaydan olumsuz etkilendiğini ve örselenme sonrası stres belirtileri gösterdiğini işaret etmektedir. Stres belirti puanı 10 ve altında ise hafif; 11-20 arasında orta, 21-35 arasında orta-ciddi ve 35 üzerinde ise ciddi olarak tanımlanır. Toplam belirti endeksinin yanı sıra bu alt ölçek “yeniden yaşama/girici düşünceler”, “kaçınma/duygusal küntlük” ve “aşırı uyarılmışlık” boyutlarında da bilgi sunmaktadır. Ölçeğin dördüncü ve son bölümünde, örseleyici olayın kişinin yaşamı üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik, evet-hayır şeklinde yanıtlanan dokuz soru bulunmaktadır. Bu dokuz soru, olayın kişinin gündelik işlevselliği üzerindeki etkisini saptamak için kullanılmakta ve “Olay Etkisi Alt Ölçeği” olarak isimlendirilmektedir. Kişinin “evet” yanıtlarının çokluğu, yaşamının çeşitli alanlarının olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Örselenme belirtilerinin düzeyini ve şiddetini ölçmeyi amaçlayan 17 ölçek maddesinin (Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği) özgün formunun yüksek iç tutarlılığa ($\alpha=0.92$) sahip olduğu belirtilmekte ve bu maddeler için elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0.83 olduğu bildirilmektedir (Foa ve diğ. 1997). Ölçeğin başka bir ölçütle (yapılandırılmış klinik ve tanı görüşmesi, SCID) ÖSSB tanısı almış kişileri %82 düzeyinde ayırt edebildiği (duyarlık-sensitivity); ÖSSB tanısı almamış kişileri ise %76 düzeyinde ayırt edebildiği (özgüllük-specificity) belirtilmekte ve ölçüt olarak kullanılan kimi ölçeklerle kabul edilebilir düzeyde ilişki katsayılarına sahip olduğu bildirilmektedir (Foa ve diğ. 1997).

3.4. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) yönetici işlevleri değerlendiren testlerden biridir (Heaton ve diğ. 1993). Test bireyin sorun çözme becerilerinin yanında karar verme, esneklik, geri bildirim için uygun şekilde yanıt değiştirebilme başarımını da değerlendirir (Karakaş ve diğ. 1996). WKET performansını özellikle arka yan alın kabuğu (dorsolateral prefrontal korteks) sağlamlığının etkilediği düşünülmeyle birlikte özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda diğer beyin bölgelerinin işlevlerinin de testi etkilediği açığa çıkmıştır (Lombardi ve diğ. 1999).

Yapılan bir araştırmada Sosyal Kaygıda WKET1 WKET3 ve WKET11 performanslarında düşüş olduğu bulgulanmıştır (Topçuoğlu ve diğ. 2009). Deneklere Wisconsin Kart Eşleme Testi'nin yanı sıra DSM-IV eksen I bozukluklarının tanısı için yapılandırılmış klinik görüşme, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği ve Liebowitz Sosyal Anksiyete

Ölçeği uygulanmış; araştırma sonucunda deney grubunun tamamlanan kategori sayısı, toplam doğru sayısı kavramsal düzey tepki yüzdesi kategorilerinde kontrol grubundan daha düşük performans gösterdiği bulunmuştur (Topçuoğlu ve diğ. 2008).

WKET'in ilk şekli Berg tarafından 1948 yılında geliştirilmiş, teste son şeklini Heaton (1981) vermiştir. Heaton ve arkadaşları tarafından, 1993'te, WKET'in geliştirilmiş ve genişletilmiş yeni El Kitabı hazırlanmıştır.

WKET, dikkat, özellik belirleme (kritik özelliklerin ayırt edilmesi; bir uyarıcılar dizisindeki ortak özelliklerin çıkarılması, sınıflanması ve bellekte kavramsal olarak özümsemekle kodlanması), perseverasyon (yanlış olduğu yönünde verilen geri bildirimle rağmen önceki tepki eğilimini sürdürmede ısrar etme), işlem belleği, yönetici işlevler, kavramsallaştırma (bir kavramı temsil eden özelliklerin soyutlanması), soyut düşünme (mantık kuralları çerçevesinde düşünme, problem çözme ve sonuçlara varma) gibi özelliklerle ilişkilendirilmektedir.

WKET, dört adet uyarıcı kart ve 64 adet tepki kartını içeren iki kart destesi ile uygulanır. Kartların her birinde değişik renk ve sayıda şekiller bulunur. Şekiller artı, daire, yıldız ve üçgen; şekillerin sayısı bir, iki, üç ve dört; şekillerin renkleri ise kırmızı, yeşil, mavi ve sarıdır. WKET'de denekten istenen, destedeki her bir tepki kartını doğru olduğunu düşündüğü uyarıcı kart ile eşlemesidir. Doğru eşleme kategorisi renk, şekil, sayı olarak sıralanır. Denek aynı anda art arda 10 defa doğru eşleme yaptığında bir sonraki kategoriye geçilir. Her tepkiden sonra deneye tepkisinin doğru veya yanlış olduğu bildirilir, ancak doğru eşleme kategorisinin ne olduğu konusunda bilgi verilmez. Denek altı kategorinin tümünü tamamladığında veya her iki destedeki kartların tümünü kullandığında teste son verilir (Heaton ve diğ. 1993).

Bir ön beyin testi olarak kullanılan WKET, sağ ön beyin yumrusunda arka yan alın kabuğunu da içeren bir yayılıma sahiptir (Karakaş 2006). Test uygulama araçları: Dört adet Uyarıcı Kartı, 64'er adet Tepki Kartından oluşan 2 kart destesi, Kayıt Formu; test uygulayıcısı tarafından kullanılacak olan kalem ve silgidir. 7.0 cm X 7.0 cm boyutlarındaki WKET kartlarının her birinde, değişik renk ve miktarda şekiller bulunmaktadır. Kullanılan şekiller artı, daire, yıldız ve üçgendir; renkleri kırmızı, yeşil, mavi ve sarıdır; kartlardaki şekil sayıları bir ile dört arasında değişmektedir. Uyarıcı ve Tepki Kartlarının deste içindeki standart sırası vardır. Bu dizilişte, aynı rengi, şekli veya miktarı içeren iki kart hiçbir zaman arka arkaya gelmemektedir.

Çizelge 3.2.WKET puanları ve kullanılan kısaltmalar

WKET1: Toplam tepki sayısı puanı
WKET2: Toplam yanlış sayısı puanı
WKET3: Toplam doğru sayısı puanı
WKET4: Tamamlanan kategori sayısı puanı
WKET5: Toplam perseveratif tepki sayısı puan
WKET6: Toplam perseveratif hata sayısı puan
WKET7: Toplam perseveratif olmayan hata sayısı puan
WKET8: Perseveratif hata yüzdesi puanı
WKET9: İlk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki sayısı puanı
WKET10: Kavramsal düzey tepki sayısı puanı
WKET11: Kavramsal düzey tepki yüzdesi puanı
WKET12: Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı
WKET13: Öğrenmeyi öğrenme puanı

Davranım ilkesi değiştiği halde bireyin daha önceki ilkeler doğrultusundaki davranımında ısrar etmesine perseverasyon denir (Karakaş 2006).

Perseverasyon hata yüzdesi (WKET 8), kavramsal düzey tepki yüzdesi (WKET 11) şizofreni, alkol bağımlılığı ve depresyon vakalarında farklılık gösteren alt ölçeklerdir (Özen ve diğ. 2005, Sullivan ve diğ. 1993). Diamond (1999), ÖSSB hastalarında perseveratif cevapların depresif belirtiler ve yeniden deneyimleme belirtileriyle ilişkili olduğunu saptamıştır. Sağlıklı denekler üzerinde yürütülen bir geçerlik çalışmasında, yazınla uyumlu olarak WKET Türk Formunun perseverasyon ve kavramsallaşma/irdeleme (Milner 1963, akt. Karakaş 2006) faktörlerini ölçtüğü bulunmuştur. Bu çalışmada bulgular değerlendirilirken, yapılmış araştırma sonuçları ve Türk örneklemdaki geçerlik çalışmalarının sonuçları dikkate alınarak WKET 1,3,4,5,8,10 ve 11 puanları kullanılmıştır.

Çizelge 3.3. WKET’de ölçülen beceriler*

Kurulumu Sürdürme

Öğrenmeyi Öğrenme

Karmaşık (yönetici) dikkat

Özellik belirleme

Perseverasyon

İşlem belleği

Yönetici işlevler

Kavramsallaştırma

Soyut düşünme

*Karakaş 2008

Ön beyin kabuğunun işlevleri arasında bulunan planlama ve program yapabilme, bu plan ve programları işleme koyuncaya kadar canlı tutabilme ve ilişkisiz davranışları ketleyebilme görevleri yönetici işlevler olarak tanımlanmaktadır (Fuster 1989, Goldman-Racik 1987, Luria 1966 alıntı Karakaş 2003). Yine Karakaş ve Karakaş (2000) WKET görevlerinin sağ ön beyin yumrusunda hareketliliğe yol açtığını belirtmektedir.

On üç puanın hesaplandığı WKET’de bozuk başarımlı, davranım ilkesi değiştiği halde, bireyin daha önceki ilkeler doğrultusunda davranımına devam etmesi yani perseverasyon olarak tanımlanmaktadır (Karakaş; 2003). Perseverasyon yanlış olduğu sözel geribildirimine rağmen bir davranışta ısrar etme şeklindeki bir ketleme türüdür (Barkley;1997). Alkol bağımlılarında, parkinson hastalarında perseverasyonla ilgili puanların yüksek çıktığı bilinmektedir (Lyvers ve Maltzman 1991, Özen 1999, Sullivan ve diğ. 1992, Bowen ve diğ. 1975 alıntı Karakaş 2003).

3.5. WKET’in Güvenirlik ve Geçerliliği

WKET’in doğası herhangi türden güvenirlilik katsayısının hesaplanmasına elverişli değildir. Gerek testin ilk el kitabında (Heaton 1981) gerekse de ilgili literatürde böyle bir çalışmaya rastlanmamaktadır. WKET için hazırlanmış olan ikinci el kitabında (Heaton ve diğ. 1993) güvenirlilik altında verilen işlemler ise, puanlama tutarlılığı ile ilgili olarak puanlayıcı içi ve puanlayıcılar arası güvenirliliği göstermektedir.

WKET BİLNOT Bataryası testleri arasında ileri yaşlardan önce herhangi bir gelişim etkisinin görülmediği tek testtir. Diğer testlerde erken yaşlardan itibaren gözlenen düzenli

azalma, WKET puanlarında elde edilmemektedir. WKET'nin BİLNOT Bataryası kapsamında yürütülen çalışmada, yaş, eğitim ve cinsiyetin etkisi, 5x3x2 faktörlü deney deseni uyarınca, ANOVA ile incelenmiştir (n=363). Bulgular, 20-78 yaş aralığında WKET puanlarının değişmediğini ortaya koymuştur. Doğrusal regresyon ile incelenen bulgularda yaş etkisinin gözlenmemesi, testin geçerliğinin bir göstergesidir (Karakaş 2008).

3.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve dürtüsel belirtileri ölçen 21 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her bir madde 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 63 arasındadır; yüksek puanlar depresif durumda artışa işaret etmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, belirtilerin derecesini nesnel olarak sayılara dökmektir (Savaşır ve Şahin 1997).

Ölçeğin iki formu vardır. Bunlardan ilki Beck (1984) tarafından 1961 yılında geliştirilen orijinal formudur. İkincisi yine Beck (1984) tarafından 1978 yılında geliştirilen formudur (Hisli 1988). Bu çalışmada ölçeğin 1978 formunun Türkçe uyarlaması kullanılmıştır.

Hatzenburg, Bryson, Golin, Byerly ve Glambra'nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarda ölçeğin güvenirlik katsayıları .60 ile .87 arasında; Meites Hatzenbeuhler, Glambra, Burkhart, Byerly'nin yaptıkları farklı çalışmalarda ise ölçeğin güvenirlik katsayıları .65 ile .68 arasında bulunmuştur (Hisli 1989).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerliği ve güvenirliğine ilişkin yüksek değerler bildirilmiştir (Tegin 1980, Hisli 1988, Hisli 1989). Hisli'nin üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ölçeğin güvenirliği .74, psikiyatrik örneklem üzerinde yapılan başka bir çalışmada MMPI depresyon çizelgesi ile bağıntısı .63 olarak bulunmuştur (Hisli 1989).

3.7. ÇÖZÜMLEME

Verilerin çözümlenmesinde SPSS 20 programı kullanılarak kategorik değişkenler için Bağımsız Örneklem T Testi, ölçek puanlarının karşılaştırılmasında ise Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların eğitim durumları başarıyla tamamladıkları eğitim yılı olarak hesaplanmıştır. Ortalama eğitim düzeyi 7 yıldır. En küçükleri 19 en büyükleri ise 59 yaşında olan 48 kadın katılımcının yaş ortalaması 33'tür. Hastalık süreleri örseleyici olay üzerinden geçen süreyi göstermektedir. 1-6 arası rakamlar TSSTÖ 16. Sorusunun şıklarında belirtilen zaman aralıklarıdır. Bu aralıklar şu şekildedir: 1) 1 aydan az, 2) 1-3 ay arası, 3) 3-6 ay arası, 4) 6-36 ay arası, 5) 36-60 ay arası, 6) 60 aydan daha fazla. Ortalama değerleri katılımcıların hastalık sürelerinin 6-36 ay arasında yoğunlaştığını göstermektedir. Katılımcıların %25'i evlidir; %41'i geçmişte bir psikiyatrik tanı almıştır; %16'sının ailesinden bir veya birden fazla kişi psikiyatrik tanı almıştır. Tanı öyküsü demografik form ile alınmıştır. Katılımcılara "Daha önce ruhsal sorunlarınız için yardım aldınız mı?" ve "Ailenizde psikiyatrik tanı alan biri var mı?" soruları sorulmuştur. "Evet" cevabı daha önce kişinin/ailesinden birinin ruhsal sorunları için psikiyatriste başvurduğunu; kendisine ilaçlı, yatarak veya ayaktan tedavi önerildiğini göstermektedir. Fakat tedaviye başlanıp başlanmadığı, tedavinin tamamlandığı ya da konulan tanının ne olduğuyula ilgili bilgi vermemektedir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların nüfus özellikleri

N: 48	Ort.\ SS	Aralık	Sayı	%
Eğitim *	7.43 ± 3.5	5-16		
Yaş	33.6 ± 10.7	19-59		
Hastalık Süresi**	4.06 ± 1.7	1-6		
Medeni Hal\Evli			12	25
PTA***			20	41
APTA****			8	16

- * Başarıyla tamamlanan yıl
** Olay üzerinden geçen süre
*** Psikiyatrik tanı alma
**** Ailede psikiyatrik tanı alma

Sonuçlar değerlendirilirken öncelikle WKET alt puanları hesaplanmış, öğrenmeyi öğrenme puanı hesaplanabilirliği test başarımına bağlı olduğu için hesaplanamamıştır. Diğer alt testler ise yazında en çok değerlendirilen, ÖSSB, Depresyon ve şiddetle ilgili çalışmalarda

en çok kullanılanlar arasından seçilerek WKET 1,3,4,5,8,10,11 olarak belirlenmiştir. Daha sonra örneklemin yaş, eğitim durumu, medeni durum, hastalık süresi, kendisinde veya ailesinde psikiyatrik tanı alma gibi nüfus özellikleri ortalama, standart sapma, yüzdelik değerleriyle tablollaştırılmıştır. WKET, BDÖ ve TSSTÖ puanlarının aralarındaki ilişki durumu Pearson Korelasyon Analizi testi, kategorik değişkenlerin test puanlarıyla ilişkisi ise Bağımsız Örneklem T Testi yapılarak incelenmiştir. Hastalık süresi ile TSSTÖ stres belirtileri alt ölçeği puanı, psikiyatrik tanı alma durumu ile perseveratif tepki yüzdesi puanı (WKET 8), eğitim durumu ile WKET 1,3,4,8,10,11 puanları arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.2. Katılımcıların BDÖ, TSSTÖ ve WKET puan ortalamaları

N: 48	En düşük	En Yüksek	Ort. Puan	SS	WKET Ort/SS*
BDÖ	0	47	22.40	11.9	
TSSTÖ	0	49	25.46	15.03	
Toplam tepki sayısı	94	128	126.21	6.98	121±13
Toplam doğru sayısı	26	99	56.46	18.9	66±13
Tamamlanan kategori sayısı	0	6	1.98	1.92	3±2
Toplam perseveratif tepki sayısı	0	93	39.0	22.38	34±17
Perseveratif hata yüzdesi	0	97.7	30.1	17.74	24±10
Kavramsal düzey tepki sayısı	3	94	35.96	23.96	50±18
Kavramsal düzey tepki yüzdesi	23	74.6	28.501	19.46	43±19

*WKET puanlarının eğitim düzeyi (5-11) ve yaş (20-54) koşullarına göre ortalama ve standart sapma değerleri (Karakas; 2008).

Türk örnekleminde yapılan standardizasyon çalışmasında 20-54 yaş grubu için 5-11 yıl eğitim düzeyinde WKET puanlarının ortalama norm değerleri şu şekildedir: Toplam tepki sayısı: 121, toplam doğru sayısı: 66, tamamlanan kategori sayısı: 3, toplam perseveratif tepki sayısı: 17, perseveratif hata yüzdesi: 24, kavramsal düzey tepki sayısı: 50, kavramsal düzey tepki yüzdesi: 43 (Karakas 2008). Tablo 2'nin son üç sütununda katılımcıların ortalama puanları ve standart sapma değerlerinin Türk örnekleminin ortalama ve SS değer aralıklarına uygun olduğu görülmektedir. Katılımcılar WKET alt ölçeklerinden kendi eğitim düzeyleri ve yaş grupları için ölçümlenen standartlara uygun aralıklarda puanlar almışlardır.

Katılımcıların WKET puan ortalamalarının Türk örneklem puan ortalamalarına göre daha bozuk bir başarıyı gösteriyor olması, örneklem arası niceliksel bir analiz yapılamıyor olsa da dikkat çekmektedir. Toplam tepki sayısı ortalamasında 5 puanlık bir yükselme katılımcıların testi standartlara göre 5 kart daha fazla alarak tamamladıklarını göstermektedir.

Yeni kurallara uyum sağlayabilme becerisiyle düşen perseveratif tepki sayı ortalamasının da araştırma grubunda 5 puan fazla olduğu, perseveratif hata yüzdesi ortalamasının 4 puan fazla olduğu görülmektedir. İki örneklem arasında en yüksek başarımlı farkının ise akademik becerilerle bağlantılı olan kavramsal düzey tepki puan ortalamalarında olduğu (15 puan) görülmektedir.

Çizelge 4.3. TSSTÖ ile BDÖ ve WKET ölçekleri arasındaki bağıntı

		BDÖ	WKET1	WKET3	WKET4	WKET5	WKET8	WKET10	WKET11
TSSTÖ	r	.590*	-.117	-.040	-.068	.162	.164	-.068	-.078
	p	.000	.427	.787	.648	.272	.265	.644	.598
	N	48	48	48	48	48	48	48	48

*(p<.01)

Yapılan Pearson bağıntı çözümlenmeleri TSSTÖ belirti alt ölçeği puanları ile WKET alt ölçek puanları arasında bir bağıntı bulunmadığını; BDÖ ile TSSB-AÖ puanları arasında ise pozitif bağıntı olduğunu göstermektedir. Depresyon puanı arttıkça örselenme belirti şiddeti de artmaktadır.

Çizelge 4.4. Nüfus değişkenleriyle ölçeklerin bağıntısı

		BDÖ	TSSTÖ	WKET1	WKET3	WKET4	WKET5	WKET8	WKET10	WKET11
Eğitim	R	-.048	-.122	-.520**	.294*	.454*	-.240	-.280	.375*	.389*
Düzeği	P	.746	.409	.000	.042	.001	.101	.054	.009	.006
Hastalık	R	.031	-.435*	.156	.004	-.064	-.141	-.269	-.007	.006
Süresi	P	.835	.002	.291	.977	.667	.341	.065	.964	.967
Yaş	R	-.176	-.075	.004	-.068	-.050	.159	.207	-.052	-.043
	P	.232	.614	.980	.647	.734	.281	.159	.724	.770

*orta düzeyde anlamlı ilişki

**yüksek düzeyde anlamlı ilişki

Katılımcıların hastalık süresi (olay üzerinden geçen süre) ile TSSTÖ'nün stres tepki düzeyi alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif bağıntı vardır (p<.05). Eğitim düzeyi (başarıyla tamamlanan yıl sayısı) ile WKET 3,4,10,11 (sırasıyla: toplam doğru sayısı, tamamlanan kategori sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı, kavramsal düzey tepki yüzdesi) puanları arasında pozitif bağıntı (p<.05); WKET 1 (toplam tepki düzeyi) ile ise negatif bağıntı (p<.001); vardır. WKET'de kişinin yanlış tepkileri arttıkça toplam tepki sayısı da

artmaktadır. Toplam tepki sayısının azalması başarımın arttığını gösterir. Katılımcıların yaşları ile ölçeklerden aldıkları puanlar arasında bir bağıntı saptanmamıştır. WKET’de 20-78 yaş arasındaki katılımcıların başarımında yaş etkisi gözlenmediği bilinmektedir (Karakas 2008).

Çizelge 4.5. Kategorik değişkenlere göre BDÖ, TSSTÖ ve WKET ortalama puanları ve bağıntıları

		N	BDÖ	TSSTÖ	WKET1	WKET3	WKET4	WKET5	WKET8	WKET10	WKET11
Medeni Durum	Evli	12	22.17	30	125.58	58.92	1.83	38.75	27.33	38.25	29.87
	Bekar	36	22.47	23.94	126.42	55.64	2.03	39.08	31.02	35.19	28.04
	P		ad	ad	ad	ad	Ad	ad	ad	ad	ad
PTA	Evet	20	24.15	27.45	124.85	52.20	1.60	45.65	37.20	30.65	24.87
	Hayır	28	21.14	24.04	127.18	59.50	2.25	34.25	25.03	39.75	31.09
	P		ad	ad	ad	ad	Ad	ad	.017*	ad	ad
APTA	Evet	8	20.75	23.75	127.75	58.00	2.38	39.13	28.92	37.88	29.73
	Hayır	40	22.73	25.80	125.90	56.15	1.90	38.98	30.34	35.58	28.25
	P		ad	ad	ad	ad	Ad	ad	ad	ad	ad

PTA: Psikiyatrik tanı alma, APTA: Ailede psikiyatrik tanı alma, ad: anlamlı değil, *p<.05

Katılımcıların evli/bekar olma, psikiyatrik tanı alma, ailelerinden bir veya birden fazla kişinin tanı alması gibi kategorik özellikleri ile testlerden alınan puan ortalamaları hesaplanarak kategorik değişkenlerin puanlar üzerinde etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla bağıntı analizi yapılmıştır. Psikiyatrik tanı almış katılımcıların tanı almamış katılımcılara göre WKET8 alt ölçeğinden daha fazla puan aldıkları (ort: 37.2) saptanmıştır. WKET8 perseveratif hata yüzdesi puanıdır. Bu puan, toplam perseveratif hata sayısı testteki toplam tepki sayısına bölünüp 100’le çarpılarak hesaplanır. WKET’in ölçtüğü başlıca yönetici işlev olarak kabul edilen ketlemenin düzeyiyle ilgili bilgi verir. Olguların puanlarını norm değerleriyle karşılaştırılır. Tablo 5’teki değer PTA’lı katılımcıların perseveratif hata yüzdesinin norm değerlerinin (24±10) üzerinde olduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.6. Psikiyatrik tanı alma (PTA) durumuna göre bağımsız örneklem t testi

	PTA	N	x	S.s.	Anlamlılık
BDÖ	evet	20	24,15	12,16	.394
	hayır	28	21,14	11,77	p>.05
TSSTÖ	evet	20	27,45	13,16	.444
	hayır	28	24,04	16,32	p>.05
Toplam tepki sayısı	evet	20	124,85	9,73	.259
	hayır	28	127,18	3,97	p>.05
Toplam doğru sayısı	evet	20	52,20	18,43	.190
	hayır	28	59,50	18,97	p>.05
Tamamlanan kategori sayısı	evet	20	1,60	1,87	.251
	hayır	28	2,25	1,94	p>.05
Toplam perseveratif tepki sayısı	evet	20	45,65	26,11	.082
	hayır	28	34,25	18,35	p>.05
Perseveratif hata yüzdesi	evet	20	37,20	22,61	.017
	hayır	28	25,03	11,14	p<.05
Kavramsal düzey tepki sayısı	evet	20	30,65	24,65	.198
	hayır	28	39,75	23,16	p>.05
Kavramsal düzey tepki yüzdesi	evet	20	24,87	21,03	.280
	hayır	28	31,09	18,2	p>.05

Geçmişte psikiyatrik tanı alan 20 katılımcının, psikiyatrik tanı almamış olan 28 katılımcıya göre perseveratif hata yüzdesi (WKET 8) puanları anlamlı düzeyde (**p<.05**) yüksektir. Puan ortalaması (37±22) standart puan aralığının da (bkz: tablo 2: 24±10) üzerindedir. Psikiyatrik tanı alan 20 kişi ile almamış olan 28 kişinin BDÖ puanları arasında ve TSSTÖ stres belirtileri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Perseveratif hata yüzdesi yüksek olan psikiyatrik tanı almış (PTA) 20 katılımcının 6'sı araştırmaya katıldığı dönemde ilaç tedavisi görmekteydi. WKET 8 puan ortalaması tüm katılımcılar için 30.1, psikiyatrik tanı alanlar için 37.2, tanı almayanlar için 25.02'dir. Psikiyatrik tanı almış olup halihazırda ilaç kullanan beş katılımcının ortalama WKET 8 puanı: 31.8'dir. İlaç kullanıyor olmaları bu altı kişinin perseveratif hata yüzdesini artırmamıştır. Dolayısıyla PTA ölçütüne uyan grubun perseverasyon puanlarının yüksek olması aralarında tedaviye devam eden kişilerle ilişkili değildir.

5. TARTIŞMA

5.1. Araştırma Koşullarının Değerlendirilmesi

Araştırma için gerekli uygulamayı yapmak üzere 2011 yılında önce sivil toplum örgütleri ve ilçe belediyeleriyle iletişime geçilmiş fakat gizlilik, güvenlikle ilgili yaptırımların bu tarz girişimleri zorlaştırması ve yerel kuruluşlarda henüz yeterince yaygın olmayan hizmetten faydalanan kişi sayısının azlığı nedeniyle Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na müracaat edilmiştir. Kadın konukevlerinde uygulama yapma izni yaklaşık 1.5 senede alınabilmiş ve uygulama izni verilen süre içinde 48 katılımcıyla görüşme yapılmış ve testler tamamlanabilmiştir. Araştırma için gönüllü katılımcı bulma sürecinin yalnızca araştırmacının kişisel çabalarıyla yürütülmesi örneklem sayısını azaltan ve araştırma sürecini uzatan en önemli kısıtlılıklardan biridir. Bazı durumlarda şiddet görmüş insanların yaşantılarını paylaşmaktaki çekinceleri güvenlikle ilgili endişeleriyle birleşince araştırma onamı ya da araştırmacının ön bilgilendirmesi yetersiz kalmıştır. Katılımcılar tedavi ve terapi ihtiyaçlarını nasıl karşılayabilecekleri konusunda bilgilendirilmiştir. Kaldıkları evlerin hatta şehirlerin geçici olması nedeniyle yaşadıkları örselenmelerle ilgili devamlılığı olan bir yardım seçeneği sunulmadığı fakat çoğunluğunda uzun süreli yardım alma beklentisi olduğu gözlemlenmiştir. Örneklem ulaşma güçlüklerinin yanında uygulanan ölçek ve testlerin yeterli sayıda olmaması sonuçların kapsamını daraltan kısıtlılıklardan biridir. Uygulamalar tek kişi (araştırmacı) tarafından belirlenen iş günlerinde kurumların işleyişini aksatmayacak saat aralıklarında yapıldığı için katılımcı başına ayrılabilen süre sınırlıdır. WKET gibi tek başına minimum 30 dk. süren bir testin uygulanıyor olması verilerin çeşitliliğini azaltmıştır. Diğer yandan Türkiye'de şiddet görmüş kadınlar üzerinde WKET'le ilgili yapılan, bilindiği kadarıyla en geniş örneklem ulaşılmış olması araştırmanın güçlü özelliklerinden biridir.

5.2. Araştırma Deseni, Bulgular ve Sınırlılıklar

Araştırma deseni tasarlanırken araştırmaya dahil edilme kriterlerinin daraltılmış olması, insan elinden çıkan fiziksel veya cinsel şiddet haricinde örseleyici yaşantıları olanların araştırma dışı kalması uygulama kadın konukevinde yapılmasına karşın katılımcı sayısını oldukça düşürmüştür. Ulaşılan kişi sayısının (180) ancak %26'sı (48) uygulamayı tamamlayabilmiştir. Tüm örselenme yaşantılarının dahil edildiği ölçütlerle daha geniş bir örneklem ulaşmanın ve yaşantı türleri arasında karşılaştırmalar yapmanın, veri toplama ve istatistiki değerlendirme açısından daha verimli bir yöntem olabileceği düşünülmektedir.

Perseveratif hata yüzdesi yüksek olan psikiyatrik tanı almış (PTA) 20 katılımcının 6'sı araştırmaya katıldığı dönemde ilaç tedavisi görmekteydi. Tüm katılımcılar içinde ilaç kullanan kişi sayısı (6 kişi) az olduğu için sonuçlar nitel yoldan değerlendirilmiştir. Bu bulgular tanı alma durumuyla ilgili yeni soruları akla getirmektedir. Psikiyatrik tanı görüşmesi içeren bir çalışmada, tedavi sırasında araştırmaya katılanlar, tedavisi tamamlanmış olanlar, tanı alıp tedavisini yarım bırakmış ya da hiç başlamamış olanlar ayrı gruplar halinde incelenebilir. Örneğin yineleyici majör depresyon gösteren hastaların perseverasyon puanlarının kontrol grubundan ve ilk epizot majör depresyon hastalarından yüksek olduğu (Karabekiroğlu ve diğ. 2010), her depresyon nöbeti sonrası bilişsel işlev başarımının düştüğü (Yılmaz ve diğ. 2013) bilinmektedir. Yeni araştırma desenlerinde, tekrarlayan tanı alma durumunun perseverasyon hatalarıyla bağıntısını araştırabilmek için ek tanı durumunun yanında tekrarlayan tanı durumunun da tespit edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmanın ana önermesi açısından bulgular değerlendirildiğinde ÖSSB düzeyi ile WKET puanları arasında bağıntı bulunamamıştır. Diğer bir deyişle katılımcıların ÖSSB düzeylerindeki artış WKET puanları üzerinde bozucu bir etkiye sahip değildir denebilir. Alt problemler açısından bakıldığında ise değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğu üç alan saptanmıştır. İlk olarak, geçmişte psikiyatrik tanı almış katılımcılar perseveratif hata yüzdesi (WKET8) puan türünde her hangi bir tanı almamış katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. İkinci olarak hastalık süresi (ÖSS belirtilerine neden olan örseleyici olay üzerinden geçen süre) arttıkça stres tepkilerin azaldığı tespit edilmiştir. Üçüncü anlamlı farklılık ise WKET alt ölçek puanları (WKET 1,3,4,10,11) ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında bulunmuştur. Eğitim düzeyi ve WKET puanları arasındaki anlamlı sonuçlar beklenen, Türk örnekleme standart aralığında sonuçlardır.

Üç farklı alandaki anlamlı sonuçlar ve bulgularla desteklenmeyen önermeler yorumlanırken katılımcı özellikleri, araştırma kısıtlılıkları, mevcut çalışmalar, yazındaki gelişmeler gibi farklı açılardan değerlendirmek yararlı olacaktır. Psikiyatrik tanı geçmişi olan katılımcıların perseveratif tepkilerinin fazla olması mevcut yazınla uyuşan bir durumdur. Kişilerde mevcut depresyon, kişilik bozukluğu, kaygı bozukluğu, OKB, madde kötüye kullanımı (Gölge ve diğ. 2013) gibi durumların ÖSSB ile birlikte görüldüğü bilinmektedir (APA 2000 alıntı Danckwerts ve Leathem 2003). ÖSSB tanısı alan kişilerin %80'i ek bir veya birden fazla tanı daha almaktadır (Zalewski ve diğ. 1994). Danckwerts ve Leathem (2003)'in

ÖSSB ve bilişsel bozukluklar konulu üst çözümlene çalışmasında yaklaşık 20 yıllık bir aralıkta yapılan çalışmalar incelenmiş ve eş tanılarının ayırt edilmesi için örseleyici olaydan hemen sonra yapılan çalışmaların gerekliliğinden bahsedilmiştir. Araştırmacılara göre olay üzerinden zaman geçtikçe eş tanı belirtileri ÖSSB belirtilerinden daha çok öne çıkmaktadır.

Bu çalışmada TSSTÖ ve BDÖ dışında katılımcının hâlihazırdaki psikiyatrik durumuyla ilgili bilgi edinilebilecek bir tanı görüşmesi yapılmamış yalnızca psikiyatrik öykü alınmıştır. Sadece psikiyatrik tanı alma/almama durumunun katılımcıların WKET performanslarını etkilemiş olması ileri araştırmalar için yön göstericidir. Mevcut bilgiler hangi eş tanı durumlarında perseveratif tepkilerin arttığı; eş tanının örseleyici olaydan önce mi sonra mı alındığı ya da olaydan ne kadar süre sonra ortaya çıktığı bilgilerine ulaşmak için yeterli değildir. Sonuçlar ÖSSB'ye eşlik eden hangi psikiyatrik tanılarının perseveratif tepki yüzdesini artırdığını araştırmak üzere, yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılarak daha geniş bir çalışmanın yapılması gerektiğini göstermektedir.

Hastalık süresi olarak kodlanan olay üzerinden geçen süre ile TSSTÖ stres tepkileri alt ölçeği puanlarının ters yönlü bağıntısı yazınla uyuşan bir sonuçtur. Kaynaklarda ÖSSB olgularında % 58 oranında bir belirti devamlılığından söz edilmektedir (Gölge ve diğ. 2013). Şiddete maruz kalınan zamanla ilgili yapılan bir çalışmada, önceden şiddet görmüş kadınlar ile son zamanlarda şiddete maruz kalan kadınlar karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da ÖSSB belirtilerinin görüldüğü vurgulanmıştır. Önceden şiddete maruz kalmış grupta ÖSSB belirtilerinin devam ediyor olduğu, ÖSSB belirtilerinin, kadının yaşadığı şiddetin sertliği ve şiddete maruz kaldığı zaman, karşı karşıya kaldığı ölüm riskinin büyüklüğüyle doğru orantılı bulunmuştur (Woods 2000, Damka 2009). Woods'a (2000) göre ÖSSB belirtileri yaşanan sıkıntının şiddeti ve yoğunluğuna bağlı olarak 15 ile 30 yıla kadar sürmektedir.

Olay üzerinden geçen süre ile BDÖ ve WKET puanları arasında genel olarak bağıntı bulunmaması Danckwerts ve Leathem (2003)'in ek tanılarla ilgili görüşlerini akla getirmektedir. Örselenme sonrası gelişen ruhsal bozukluklar ve bu bozuklukların kronikleşen belirtileri BDÖ, WKET puanlarını etkilemeye devam ediyor olabilir. Bağıntısızlığın ÖSSB'deki belirti devamlılığı ile mi eşlik eden psikiyatrik bozukluklarla mı ilgili olduğunu belirlemek için mevcut veriler yeterli değildir. Yineleyen majör depresyon ile perseverasyon puanları arasında ilişki olduğu (Karabekiroğlu ve diğ. 2010), var olan depresyon öyküsünün ÖSSB riskini artırdığı bilinmektedir. Şiddet görmenin ÖSSB ile eş zamanlı olarak anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite gibi şiddetin türüne ve süresine göre değişen çeşitli psikolojik belirtilerin görülmesine yol açtığı bildirilmektedir (Damka 2009). Bu nedenle mevcut sonuçlar yazınla birlikte değerlendirildiğinde örseleyici olay sonrasında

kişilerin ruhsal durumlarının, gelişme riski olan tüm psikolojik belirtileri kapsayan bir yöntemle değerlendirildiği geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Ayrıca ÖSSB riskini artıran cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, önceki travmatik yaşantılar, kendisinde veya ailesinde psikolojik rahatsızlık hikayesi gibi özellikler ve ÖSSB sonrası gelişme riski yüksek olan psikolojik belirtilerin birlikte incelenebileceği boylamsal araştırmalara da ihtiyaç vardır.

WKET puanları ile eğitim durumu arasındaki bağıntılar Türk örneklem standartlarında beklenen bir sonuçtur. Önceki standardizasyon çalışmalarına uygun sonuçlar alınması araştırmanın sayıca az olsa da normal dağılımlı bir örnekleme ulaştığının, testin uygulama ve puanlamasının standartlara uygun gerçekleştiğinin göstergesidir.

Sonuç olarak ÖSSB ile WKET performansı arasında doğrudan ilişki bulunamamıştır fakat ÖSSB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluk/bozukluklar olması durumunda perseverasyon puanlarının arttığı yani başarımın ketlendiği saptanmıştır. Kafadar (2004 alıntı Karakaş 2008), WKET'in sözel (kristalize) zeka ile ilişkili olmadığını fakat akıcı (fluid) zeka ile ilgili olduğunu söyler. WKET'teki akıcı zeka ve bir ketleme türü olarak perseverasyon , ÖSSB'de örseleyici olayın bilişsel şemalara işleme yetersizliği (Foa ve Rigs 1993) yahut zihinsel temsillerin, otomatik varsayımların değişime direnç göstermesi (Janoff-Bulman 1995) açıklamalarını akla getirmektedir. ÖSSB'ye neden olduğu belirtilen olgular da bir çeşit ketlemeye işaret eder. Örselenme sonrası kişi dünyaya ilişkin inançlarını değiştirmekte zorlandığı gibi WKET'de de değişen kurallara göre seçimlerini değiştirmekte zorlanır. ÖSSB'de yeni inançlar geliştirmede bir zorlanma mevcuttur; WKET bozuk performansında ise eski kurallara aşırı bağlılık söz konusudur yani yeni kurallara uyum sağlamakta zorlanılır diyebiliriz. Bu benzerlikler göz önünde bulundurularak ÖSSB'ye eşlik eden şizofreni, alkol bağımlılığı, depresyon gibi perseverasyon puanı yüksek olan hastalık (Özen ve diğ. 2005, Sullivan ve diğ. 1993) tanıklarına sahip vakalarda WKET bozuk performansının incelenmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Akalın A. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Şiddetin Depresyona Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010
- Akpınar O. Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlarda Aile İçi Şiddetle Başa Çıkma Öz yeterliği. Domestic Violence Coping Self Efficacy of Women Who Were Victimized by Domestic Violence. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2013; 4 (39), 24-36.
- Blake DD, Weathers FW, Nagy LM. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behav Ther* 1990; 18:187–188.
- Blake DD, Weathers FW, Nagy LM ve diğ. The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress*. 1995; 8:75–90.
- Beck GJ, Freeman BJ, Shipherd CJ ve diğ. Specificity of Stroop Interference in Patients With Pain and PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 2001; 110: 4, 536-543.
- Bonne O, Brandes D, Gilboa A ve diğ. Longitudinal MRI Study of Hippocampal Volume in Trauma Survivors With PTSD. *Am J Psychiatry*, 2001;158:1248–1251.
- Bryan C, Bryan AO, Hinkson K ve diğ. Depression, posttraumatic stress disorder, and grade point average among student servicemembers and veterans. *JRRD*, 2014; 51(7):1035–1046.
- Carrion VG, Weems CF, Eliez S ve diğ. Attenuation of Frontal Asymmetry in Pediatric Posttraumatic Stress Disorder. *Society of Biological Psychiatry*, 2001.
- Çetiner G. Aile İçi Şiddet Yaşayan Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve İntihar Olasılığı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- Damka Z. Sığınma Evinde Kalan Şiddet Mağduru Kadınlar: Anksiyete Duyarlılığı, Travmaya Bağlı Suçluluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ve Psikolojik Belirtiler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
İnternet: <http://ebookbrowse.net/4662-pdf-d154440201>
- Danckwerts A, Leatham J. Questioning the Link Between PTSD and Cognitive Dysfunction. *Neuropsychology Review*. 2003; 13(4):221-235.
- Diamond T. The Relationships mng PTSD Synptomatology and Cognitive Functioning amng Adult Survivors of Child Maıt-reamt. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Kanada York Üniversitesi, 1999.
- Falconer E, Bryant R, Felmingham KL ve diğ. The neural networks of inhibitory control in posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2008; 33(5):413-422.
- Oldham J, Riba MB, Tasman A. (Ed) Post-traumatic stres disorder in rape victims. American Psychiatric Press review of psychiatry, 273-303. American Psychiatric Pres, Washington DC, 1993.
- Foa EB, Rothbaum BO. Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD. Guilford Press, New York, 1998.
- Forstmann BU, Brown S, Dutilh G ve diğ. The neural substrate of prior information in perceptual decision making: a model-based analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2010; 4: 40.
- Gölge ZB, Yavuz MF, Korkut S. Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. *Adli Tıp Bülteni*, 2013; 18(3):73-82.
- Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL ve diğ. Wisconsin card sorting test manual: Revised and expanded. Florida: Psychological Assesment Resources. 1993.

Hull AM. The Royal College of Psychiatrists Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181: 102-110.

Janoff-Bulman R. Victims of violence. *Psychotraumatology*. Ed. Meichanbaum, D. 73-84. Plenum Pres. New York, 1995.

Kafadar H. Akıcı Zekanın Performans Zeka, Sözel Zeka, Yönetici İşlevler, Çalışma Belleği, Seçici Dikkat ve Kısa Süreli Bellek Süreçlerinden Yordanması. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2004.

Kanagaratnam P. Asbjornsen AE. Executive deficits in chronic PTSD related to political violence . *Journal of Anxiety Disorders*, 2007; 21 (4);510-525.

Karabekiroğlu A, Topçuoğlu V, Gönentür AG ve diğ. İlk Epizod Major Depresyon Ve Yineleyici Major Depresyon Grupları Arasında Yönetici İşlev Farklılıkları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21(4):280-288.

Karakaş S, Karakaş HM. Yönetici İşlevlerin Ayrıştırılmasında Multidisipliner Yaklaşım: Bilişsel Psikolojiden Nöroradyolojiye. *Klinik Psikiyatri*, 2000; 3: 215-227.

Karakaş S, Başar E. Nöropsikolojik Testlerin Türk Örnekleme Üzerinde Değişik Yaş ve Eğitim Düzeylerine Göre Standardizasyonu. *Kriz Dergisi*, 1999; 3:159-166.

S Karakaş, C İrkeç, N Yüksel (Ed). Sağlıklı İnsanda Bilgi İşleme Süreçleri: Biliş ve Üst-Biliş. Beyin ve Nöropsikoloji: Temel ve Klinik Bilimler. Çizgi Tıp Yay, Ankara, 2003.

Karakaş S. Bilnot Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları. Eryılmaz Ofset Matbaacılık, Ankara, 2006.

Karakaş S. Kognitif Nörobilimler. Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2008.

Kavakcı Ö. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi [online]. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2015;8(1):31-7. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-travma-sonrasi-stres-bozuklugunun-etiyolojisi-70664.html> (09.04.2015).

Kaya B. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Komorbidite. *Psikiyatri Dünyası*. 2000; 4:37-43.

Lagarde G, Doyon J, Brunet A. Memory and executive dysfunctions associated with acute posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2010;177(1-2):144-149.

Lanius RA, Hopper JW, Menon RS. Individual Differences in a Husband and Wife Who Developed PTSD After a Motor Vehicle Accident: A Functional MRI Case Study. *Am J Psychiatry*. 2003;160:4.

McNally RJ. Cognitive abnormalities in post-traumatic stress disorder. *Trends in Cognitive Sciences*, 2006; 10 (272): 6.

Moradi AR, Taghavi MR, Neshat Doost HT ve diğ. Performance of children and adolescents with PTSD on the Stroop colour-naming task. *Psychological Medicine*, 1999; 29: 415-419.

Öktem Ö: Nöropsikolojik Testler ve Nöropsikolojik Değerlendirme. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994 ; 9 (33), 33-44.

Özen NE, Yüksel N, Boratav C ve diğ. Şizofreni, Depresyon ve Alkol Bağımlılığında Frontal Bölge İşlevselliğinin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005;15:93-103.

Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSMIV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000. Çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Roberts AL, Gilman SE, Breslau J ve diğ. Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychol Med.* 2011; 41(1):71-83.

Samuelso KW, Neylan TC, Metzler TJ ve diğ. Neuropsychological functioning in posttraumatic stress disorder and alcohol abuse. *Neuropsychology.* 2006; 20(6):716-726

Stein MB, Kennedy C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *J Affect Disord.* 2001; 66(2-3):133-138.

Stein MB, Kennedy CM, Twamley EW. Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *J of Biological Psychiatry*, 2002.
www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006.

Twamley EW, Allard CB, Thorp SR ve diğ. Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2009; (15): 879-887.

Teicher MH, Glod CA, Surrey I ve diğ. Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients. *Journal of Neurosychiatry.* 1993; 5: 301-306.

Topçuoğlu V, Fıstıkçı N, Ekinci Ö ve diğ. Sosyal fobide yönetici işlevlerin wisconsin kart eşleme testiyle değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008; 20(4): 322-331.

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması T.C Başbakanlık, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008.

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Elma Basım ve Matbaacılık, Ankara, 2015.

Understanding the Effects of Maltreatment on Brain Development, 2009.
www.childwelfare.gov/pubs/issue_briefs/brain_development (Erişim: 5 Kasım 2014).

WHO (2005). Multi-country study on women’s health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women’s response. Geneva. World Health Organization.

Woods JS, Prevalance and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and posabused women. *Issues in Mental Health Nursing*, 2000; 21, 309-324.

Wu J, Ge Y, Shi Z ve diğ. Response inhibition in adolescent earthquake survivors with and without posttraumatic stress disorder: a combined behavioral and ERP study. *Neurosci Lett.* 2010; 486(3):117-121.

Tural Ü, Aybar Tolun HG, Karakaya I ve diğ. Marmara Depremzedelerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Eşlik Eden Başka Bir Ruhsal Hastalık Gelişiminin Yordayıcıları. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2001; 12(3): 175-183.

Yılmaz S, Sarısoy G, Şahin AR ve diğ. Majör depresif bozukluk hastalarında nöbet sayısının remisyon sırasındaki nörobilişsel işlevlerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2013; 14(3): 218-227.

Zalewski C, Thompson W, Gottesman I. Comparison of neuropsychological test performance in PTSD, generalised anxiety disorder, and control Vietnam veterans. *Assessment*, 1994; 1: 133-142.

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

- Adı Soyadı: Betül Dursun
- Doğum yeri ve tarihi: İstanbul, 1982
- Uyruğu: TC
- Medeni Durumu: Bekar
- Çalıştığı kurum: Adalet Bakanlığı Personel Eğitim Merkezi
- İletişim Adresi ve telefonu: İnönü Mah. Ulu Cad. Çamlıklı Sk. No:13/10

Ataşehir-İstanbul

2. Eğitimi (tarih sırasına göre)

Açık Öğretim Lisesi, 1998-2000

İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2004-2008

- Yabancı dili: İngilizce, KPDS:81

3. Unvanları

Psikolog, Psikodramatist

4. Mesleki Deneyimi

İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Sağlık AŞ., 2008-2012

Sancaktepe Belediyesi, Gençlik Merkezleri, 2013-2014

Adalet Bakanlığı, Personel Eğitim Merkezi, 2014-Halen

5. Bilimsel Etkinlikler

- Projeler: Genç Gelecek Projesi
- Verdiği konferans ya da seminerler:
Sınav Kaygısıyla Baş Etme Yöntemleri, Genç Gelecek
İkincil Travmalara Bakış, CTE Ankara Eğitim Merkezi

EK 1. Katılımcı Bilgi Formu Örneği



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

1. Çalışmanın adı:
“Şiddet Görmüş Kadınlarda Travmatik Stres Tepkileri ve Yürütücü İşlevler ”

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.
Psikolog Betül Dursun
Tel: 0505 759 29 98

Prof. Dr. Mustafa Yıldız /Kocaeli Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi
Tez danışmanı
Tel: 0262 303 75 02

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:
Araştırmanın amacı travmatik olaylar adını verdiğimiz aile üyeleri, tanıdık biri ya da tanımadık biri tarafından ‘cinsel saldırıya uğrama’ ya da ‘cinsel olmayan fiziksel saldırıya uğrama’ gibi olayların sonrasında bireylerin gösterdikleri travmatik stres tepkileri ile üst düzey zihinsel işlevleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

4. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmaya herhangi bir sebepten dolayı devam etmek istemezseniz devam etmemekte serbestsiniz.

5. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?
Çalışmada öncelikle size sunulan anket formlarını doldurmanız istenecek, sonrasında araştırmacı tarafından uygulanacak olan ortalama 20 dk. süren nöropsikolojik bir test (WCST- Wisconsin Kart Eşleme Testi) yapılacaktır.

6. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
Araştırmaya katılmanın herhangi bir olası dezavantajı ya da riski yoktur.

7. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
Araştırma için toplanılan veriler bütün halinde değerlendirilerek ülkemizde ruhsal travma alanında yapılmış bilimsel çalışmalara katkıda bulunacaktır.

8. Araştırma masrafları:
Test materyali ve eğitim masrafları, araştırma uygulama formlarının temini, veri girişlerinin sağlanması, analizi.

9. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
Araştırmada ters giden bir durumun olmayacağı öngörülmektedir.

10. (Tedavi edici araştırmalarda) Alternatif tedavi/tanı yöntemleri nelerdir?

Tedavi edici bir araştırma değildir.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Elde edilen veriler bütün halinde değerlendirilecek katılımcıların kimlik bilgileri araştırmacılar haricinde kimseyle paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Veriler bir bütün olarak değerlendirilecektir. Sonuçlar istendiği takdirde araştırma bitiminde katılımcı ile paylaşılabilir.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Bütün katılımcılardan alınan veriler ışığında çalışma tez haline getirilmesi ve de bilimsel yayın yapılması planlanmaktadır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Psk. Betül Dursun
betul2013@gmail.com

15. Teşekkür:
Çalışmaya katılımınız için teşekkürler.

16. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;
Şikâyet için : Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri A.B.D. Ruhsal Travma Birimi, Umuttepe
Yerleşkesi 41380, KOCAELİ

EK 2. Onam Formu Örneği



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Şiddet Görmüş Kadınlarda Travmatik Stres Tepkileri ve Yürütücü İşlevler

	Evet	Hayır
Katılımcı Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduđunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız</i>		

Ad / Soyadı:

İmza:

Tarih:

EK 3. Demografik Bilgi Formu Örneği

DEMOGRAFİK BİLGİLER	
Doğum Tarihi	__/__/19__
Medeni Durum	() Bekar () Evli
Eğitim Durumunuz	() İlköđretim () Lise () Üniversite
Mesleđiniz	_____
Daha önce ruhsal sorunlarınız için yardım aldınız mı?	() Evet () Hayır
Ailenizde psikiyatrik tanı almış biri var mı?	() Evet () Hayır
Şu anda zihinsel süreçlerinizi etkileyecek bir maddenin etkisi altında mısınız? (Alkol, madde, ilaç)	() Evet () Hayır

EK 4. Beck Depresyon Ölçeği Örneği

BDE

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygulardan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Çevremdeki pek çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Bana zevk veren hiçbir şey yok.

5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. a) Kendimden hoşnutum.
b) Kendimden pek hoşnut değilim.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.

8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.

- c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
- d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10. a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre su sıralarda daha fazla ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
c) Çoğu zaman sinirliyim.
d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir iş yapamıyorum.

16. a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.

19. a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kilo kaybettim.
d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kilo kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()

20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkati çeken bir şey yok.
b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 5. TSSTÖ Uygulama Formu Örneği

TSSTÖ

1. Bölüm

Birçok kişinin başından, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, **başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz** olayların hepsini yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz, **birden fazla işaretleyebilirsiniz.**

(1)	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)	<input type="checkbox"/>
(2)	Doğal afet (örneğin, hortum, kasırga, sel stresini ya da büyük bir deprem)	<input type="checkbox"/>
(3)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	<input type="checkbox"/>
(4)	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma gibi)	<input type="checkbox"/>
(5)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	<input type="checkbox"/>
(6)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	<input type="checkbox"/>
(7)	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	<input type="checkbox"/>
(8)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)	<input type="checkbox"/>
(9)	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)	<input type="checkbox"/>
(10)	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(11)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
(12)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
(13)	Bunların dışında bir travmatik olay	<input type="checkbox"/>
(14)	13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı belirtiniz: _____ _____ _____ _____	

**YUKARIDAKİ MADDELERDEN HERHANGİ BİRİNİ İŞARETLEDİYSENİZ,
SORULARI YANITLAMAYA DEVAM EDİN.**

**HİÇBİR MADDEYİ İŞARETLEMEDİYSENİZ, SİZİN İÇİN ÜZÜCÜ VE KORKUTUCU
OLMUŞ BİR OLAYI SONRAKİ SAYFADAKİ BÖLÜMÜN SONUNDA BOŞ
BIRAKILAN YERDE BELİRTİP, DEVAM EDEN SORULARI BU OLAYI
DÜŞÜNEREK YANITLAYIN.**

2. Bölüm

(15) 1. Bölümde **birden fazla** sayıda travmatik olay işaretlediyseniz, *canınızı en çok sıkan, sizi en rahatsız eden* olayın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1. Bölümde **yalnızca bir** travmatik olayı işaretlediyseniz, aşağıda da aynı olayı işaretleyiniz.

(a)	Kaza (araba ya da iş kazası, gibi)	<input type="checkbox"/>
(b)	Doğal afet	<input type="checkbox"/>
(c)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(d)	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(e)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(f)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(g)	Savaş	<input type="checkbox"/>
(h)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	<input type="checkbox"/>
(i)	Hapsedilme	<input type="checkbox"/>
(j)	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(k)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
(l)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
(m)	Bunların dışında bir olay	<input type="checkbox"/>
(n)	Aşağıda boş bırakılan yerde <u>yukarıda işaretlemiş olduğunuz</u> travmatik olayı kısaca anlatınız. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Anlattığınız bu olay hakkında aşağıda birkaç soru verilmiştir. Bu soruları yanıtlayınız:
(16) Bu travmatik olay **ne kadar zaman önce** meydana geldi? (**YALNIZCA BİR TANESİNİ** daire içine alınız)

(a)	1 aydan daha az
(b)	1-3 ay arası
(c)	3-6 ay arası
(d)	6 ay – 3 yıl arası
(e)	3-5 yıl arası
(f)	5 yıldan daha fazla

Aşağıdaki sorularda, **Evet** için E harfini **Hayır** için H harfini daire içine alınız.

Bu travmatik olay sırasında:

(17)	Fiziksel bir yara aldınız mı?	E	H
(18)	Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?	E	H
(19)	Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(20)	Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(21)	Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	E	H
(22)	Büyük bir korku duygusu yaşadınız mı?	E	H

3. Bölüm

Aşağıda, insanların bazen bir travmatik olayın ardından yaşadığı bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve **GEÇTİĞİMİZ AY İÇİNDE** bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz sayıyı (0, 1, 2 ya da 3) daire içine alın.

Örneğin, söz ettiğiniz olay geçtiğimiz ay içinde aşağıda verilen sıkıntılar açısından sizi yalnızca bir kez rahatsız ettiyse 0'ı; haftada bir kez rahatsız ettiyse 1 işaretleyin. Aşağıda belirtilen olayla ilgili her sıkıntıyı **15. maddede belirttiğiniz travmatik olay açısından** değerlendiriniz.

- 0 Hiç ya da yalnızca bir kez
- 1 Haftada bir ya da daha az/kısa bir süre
- 2 Haftada 2 – 4 kez / yarım gün
- 3 Haftada 5 ya da daha fazla / neredeyse bütün gün

(23)	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi	0	1	2	3
(24)	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	0	1	2	3
(25)	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3
(26)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3

(27)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	0	1	2	3
(28)	Bu travmatik olayı düşünmemeye, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
(29)	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
(30)	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
(31)	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3
(32)	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
(33)	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	0	1	2	3

(34)	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	0	1	2	3
(35)	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
(36)	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
(37)	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırmama, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	0	1	2	3
(38)	Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma, vb.)	0	1	2	3
(39)	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde)	0	1	2	3
(40)	Yukarıda belirttiğiniz sorunları ne kadar zamandır yaşıyorsunuz? (<u>YALNIZCA BİR TANESİNİ</u> daire içine alınız) a. Bir aydan daha az b. 1-3 ay arası c. 3 aydan daha fazla				
(41)	Bu sorunlar söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladı? (<u>YALNIZCA BİR TANESİNİ</u> daire içine alınız) a. 6 aydan daha az b. 6 ay ya da daha fazla				

4. Bölüm

3. Bölüm’de işaretlediğiniz sorunların **GEÇTİĞİMİZ AY SÜRESİNCE** hayatınızın aşağıda belirtilen alanlarından herhangi birini engelleyip engellemediğini belirtiniz. **Evet** için E harfini, **Hayır** için H harfini daire içine alınız.

(42)	İş hayatı	E	H
(43)	Evin günlük işleri	E	H
(44)	Arkadaşlarınızla ilişkiler	E	H
(45)	Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler	E	H
(46)	Okulla ilgili işler	E	H
(47)	Ailenizle ilişkiler	E	H
(48)	Cinsel yaşam	E	H
(49)	Genel anlamda hayattan memnuniyet	E	H
(50)	Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi	E	H



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



ARAŞTIRMA ONAY FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROJE NO : 2011/67	KAEK 7/1
	ARAŞTIRMANIN TURU VE SEVİYESİ	Yüksek Lisans Tezi
	ARAŞTIRMANIN ADI	Şiddet görmüş kadınlarda travmatik stres tepkileri ve yürütücü işlevler
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI KURUMU	Psikolog Betül Uğur, Prof.Dr.Mustafa Yıldız (KOU Tıp Fak.)
ARAŞTIRMANIN YERİ	İstanbul Sosyal Hizmetler Sığınma Evleri	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	+
	GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU	+
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	+
	ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	KOU Bilimsel Araştırmalar Fonu

KARAR BİLGİLERİ	Etik değerlendirme amacıyla başvuru projesi 13/06,2011 tarihinde Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda KAEK çalışma esasları dikkate alınarak incelenmiş ve araştırma etiğine uygun tasarlanmış olmasından dolayı onaylanmasına karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmanın yapılacağı ilin sağlık müdürlüğünden izin alınması haktır.
-----------------	--

ÇALIŞMA ESASLARI	ETİK KURUL BİLGİLERİ
	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, KOU Klinik Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi

ÜYELER					
Unvan / Adı Soyadı	Uzmanlık	Kurumu	Cins.	İşgali *	İmza
Prof. Dr. Neman ERSOY Başkan	Deontoloji	KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	N. Ersoy
Prof. Dr. Dilek URAL Başkan Yard.	Kardiyoloji	KOU TF Kardiyoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Ural
Prof. Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU TF Farmakoloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Erden
Prof. Dr. Yeşim GURBUZ Üye	Patoloji	KOU TF Patoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Gurbuz
Doç. Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOU TF Çocuk Sağlığı ve Hast. AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Turker
Doç. Dr. Eray ÇALIŞKAN Üye	Kadın Doğum	KOU TF Kadın Hast. ve Doğum AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Çalışkan
Doç. Dr. Firuzan Y. AKAR Raporör	Eczacı	KOU TF Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Akar
Doç. Dr. Hale MARAL KIR Üye	Biokimya	KOU TF Biokimya AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Maral
Yard. Doç. Dr. Ayşe KARSON Üye	Fizyoloji	KOU TF Fizyoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Karson
Dr. Sabri MEDİŞÖĞLU Üye	Pratisyen Hekim	Kocaeli İ. Sağlık Müd. Yard.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Dr. Müjde İLGÜN Üye	Halk Sağlığı	İzmit Sağlık Grup Başkanlığı	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	İzmitli
Av. Erayın İŞİK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Karşılıklı
Jale Gölizar ÇİRAKÇI Üye	Hasta Hakları Sorunucusu	Sivil Toplum Örgütünden Emekli Öğretmen	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı

* Araştırma ile İlişki ** Toplantıda Bulunma

EK 10. Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program,yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nün imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak çizimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

4.8/2015

Danışman

İmza
Mustafa Yıldırım