

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN
ÜSTBİLİŞSEL MODELİNE İLİŞKİN ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNDE BİR İNCELEME**

Betül POLAT

Danışman

Doç. Dr. Advıye Esin YILMAZ SAMANCI

İZMİR-2020

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Üstbilişsel Modeline İlişkin Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir İnceleme” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

25/02/2020

Betül POLAT



ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Üstbilişsel Modeline İlişkin Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir İnceleme

Betül POLAT

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Programı

Bu çalışmanın temel amacı, travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) üstbilişsel modelini test etmek ve bilişsel dikkat odaklanması sendromu bileşenlerinin (ruminasyon, endişe, düşünce kontrol stratejileri) üstbilişsel faktörlerle TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık edip etmediğini incelemektir. Araştırmanın bir diğer amacı ise üstbilişsel faktörlerin ve travmaya ilişkin düşünce içeriklerinin TSSB'nin farklı belirti kümelerinin yordanmasına yaptıkları görece katkıyı incelemektir. Bu amaçlar doğrultusunda Sosyo-Demografik Bilgi Formu, DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Belirti Ölçeği, Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği, Üstbilişler Ölçeği-30, Düşünce Kontrol Stratejileri Ölçeği, Endişe Şiddeti Ölçeği ve Travma Sonrası Bilişler Envanteri'nden oluşan anket seti 425 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. SPSS 23 programı kullanılarak araştırmanın örneklem özellikleri ve travmatik yaşam olaylarına ilişkin bilgi edinmek için betimleyici analizler, değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için korelasyon analizleri, bilişler ve üstbilişsel faktörlerin TSSB belirtilerinin açıklanmasına yaptıkları katkıyı belirlemek için hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Aracılık hipotezleri ise PROCESS Macro 3.3 versiyonunda Paralel Çoklu Aracılık Analizleri modeli kullanılarak test edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular endişe, ruminasyon ve düşünce kontrol stratejilerinden kendini cezalandırmanın üstbilişsel faktörler ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye doğrudan aracılık ettiğini göstermiştir. Ayrıca psikiyatrik tanı alma değişkeni kontrol edildiğinde, olumsuz üstbilişsel inançlar

kaçınma ve aşırı uyarılmışlık kümesi TSSB belirtilerindeki değişimi travma ile ilgili bilişsel faktörlerin üzerinde ve ötesinde yordamıştır. Bu sonuçlar TSSB'nin Üstbilişsel Modeli'ni ülkemizdeki bir üniversite örneklemini üzerinde destekler niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Üstbiliş, Üstbilişsel Model, Travma Sonrası Bilişler, Endişe, Ruminasyon, Düşünce Kontrol Stratejileri.



ABSTRACT

Master's Thesis

**An Examination of Metacognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder on
University Students**

Betül POLAT

Dokuz Eylul University

Graduate School of Social Sciences

Psychology Department

Psychology Master Program

The main purpose of the present study is to test the metacognitive model for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and to examine the mediational role of the components (rumination, worry, and thought control strategies) of the cognitive attention syndrome on the relationship between metacognitive factors and PTSD symptoms. The other purpose of the study is to examine the relative contributions of the metacognitive factors and post-traumatic cognitions to the prediction of different PTSD symptom categories. For these purposes, 425 undergraduate and graduate students filled out the sociodemographic form, DSM-5 Post-Traumatic Stress Symptom Scale, Repetitive Thinking Questionnaire, Metacognitions Questionnaire-30, Thought Control Questionnaire, Brief Measure of Worry Severity Scale and Post-Traumatic Cognitions Inventory. Using SPSS 23.0, descriptive statistics for the sample characteristics and information about the traumatic life events, correlational analyses for the relationship among variables, and hierarchical regression analyses for determining the contribution of cognitions and metacognitive factors to the variance in PTSD symptomatology were conducted. Mediation analyses were run via PROCESS MACRO 3.3 using Parallel Multiple Mediation Analysis model. According to the results of the study, worry, rumination and self-punishment as a thought control strategy fully mediated the relationship between metacognitive beliefs and post-traumatic stress symptoms. Moreover, negative metacognitive beliefs predicted the variance in avoidance and hyperarousal

symptom classes of PTSD above and beyond that of explained by post-traumatic cognitions while controlling for psychiatric diagnosis.

Keywords: post-traumatic stress disorder, metacognition, metacognitive model, post-traumatic cognitions, worry, rumination, thought control strategies.



**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN ÜSTBİLİŞSEL
MODELİNE İLİŞKİN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNDE BİR
İNCELEME**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLOLAR LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
EKLER LİSTESİ	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

1.1. TRAVMATİK OLAYLAR	4
1.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNA DAİR GENEL BİLGİLER	7
1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tarihçesi	7
1.2.2. Travmatik Yaşantıların ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun İlişkili Olduğu Sorunlar	8
1.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bireysel Risk Faktörleri	10
1.3. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN KURAMSAL AÇIKLAMALARI	12
1.3.1. TSSB'nin Bilişsel Modeli	12
1.3.2. Üstbilişsel Kuram	14

1.3.2.1. Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS)	15
1.4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN ÜSTBİLİŞSEL MODELİ	16
1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ	22
1.5.1. Araştırmanın Önemi	23

İKİNCİ BÖLÜM YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR	24
2.2.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	26
2.2.2. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TKL-5) ve Yaşam Olayları Listesi-5 (YOL-5)	27
2.2.3. Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)	30
2.2.4. Travma Sonrası Bilişler Envanteri (TSBE)	31
2.2.5. Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği (TDÖ)	33
2.2.6. Endişe Şiddeti Ölçeği (EŞÖ)	34
2.2.7. Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği (DKÖ)	35
2.3. İŞLEM	36
2.4. VERİLERİN ANALİZİ	36

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

3.1. TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARINA İLİŞKİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER	38
3.2. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER	42
3.2.1. Demografik Değişkenler, Üstbilişsel Faktörler ve Travma Sonrası Bilişler ile TSSB Belirtileri Arasındaki İlişki	42
3.2.2. Üstbilişsel Faktörler ile Bilişsel Dikkat Sendromu Arasındaki İlişki	45
3.2.3. Bilişsel Dikkat Sendromu ile TSSB Belirtileri Arasındaki İlişki	47

3.3. ARACILIK ANALİZLERİ	49
3.3.1. Olumlu Üstbilişsel İnançlar ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü	50
3.3.2. Olumsuz Üstbilişsel İnançlar ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü	51
3.3.3. Bilişsel Güvensizlik ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü	53
3.3.4. Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü	54
3.3.5. Bilişsel Farkındalık ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü	56
3.4. TSSB BELİRTİLERİNİN YORDANMASINDA ÜSTBİLİŞLER VE BİLİŞLERİN GÖRECE ROLÜ	57

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM TARTIŞMA

4.1. TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARINA İLİŞKİN BETİMLEYİCİ ANALİZLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	65
4.2. TSSB BELİRTİLERİ İLE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	67
4.3. TSSB'NİN ÜSTBİLİŞSEL MODELİNE DAİR ARACILIK ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	71
4.4. ÜSTBİLİŞSEL VE BİLİŞSEL DEĞİŞKENLERİN TSSB BELİRTİLERİNİN YORDANMASINA YAPTIKLARI GÖRECE KATKININ DEĞERLENDİRİLMESİ	79
4.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER	83
SONUÇ	85
KAYNAKÇA	87
EKLER	

KISALTMALAR

APA	American Psychological Association
BDS	Bilişsel Dikkat Sendromu
DKÖ	Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği
DSM	Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders
EŞÖ	Endişe Şiddeti Ölçeği
LEC	Yaşam Olayları Listesi
TKL-5	DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi
B-DYİ	Benlik-Düzenleyici Yürütücü İşlevler
TDÖ	Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği
TSBE	Travma Sonrası Bilişler Envanteri
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ÜBÖ	Üstbilişler Ölçeği
YOL-5	Yaşam Olayları Listesi-5

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcılara Ait Sosyo-demografik Değişkenler	s. 26
Tablo 2: Katılımcıların Travmatik Yaşam Olaylarına Göre Dağılımı	s. 40
Tablo 3: Demografik Değişkenler, Üstbilişsel Faktörler ve Travma Sonrası Bilişler ile TSSB Belirtileri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları (N = 425)	s. 44
Tablo 4: Üstbilişsel Faktörler ile Bilişsel Dikkat Sendromu Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları (N = 425)	s. 46
Tablo 5: Bilişsel Dikkat Sendromu ile TSSB Belirtileri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları (N = 425)	s. 48
Tablo 6: Üstbilişsel Faktörlerin ve Travma Sonrası Bilişlerin TSSB Belirtilerini Yordamalarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi (Model 1)	s. 62
Tablo 7: Üstbilişsel Faktörlerin ve Travma Sonrası Bilişlerin TSSB Belirtilerini Yordamalarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi (Model 2)	s. 63

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1:** TSSB'nin Üstbilişsel Modeli (Wells, 2009: 131) s. 21
- Şekil 2:** Olumlu Üstbilişsel İnançlar ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü s. 51
- Şekil 3:** Olumsuz Üstbilişsel İnançlar ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü s. 52
- Şekil 4:** Bilişsel Güvensizlik ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü s. 54
- Şekil 5:** Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü s. 55
- Şekil 6:** Bilişsel Farkındalık ve TSSB belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü s. 57

EKLER LİSTESİ

Ek 1: Sosyo-demografik Bilgi Formu	ek s.1
Ek 2: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi	ek s.3
Ek 3: Üstbilişler Ölçeği-30	ek s.11
Ek 4: Travma Sonrası Bilişler Envanteri	ek s.14
Ek 5: Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği	ek s.16
Ek 6: Endişe Şiddeti Ölçeği	ek s.19
Ek 7: Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği	ek s.21
Ek 8: Etik Kurul Onay Formu	ek s.24
Ek 9: Bilgilendirilmiş Onam Formu	ek s.25

GİRİŞ

İnsanlar, yaşamları boyunca dünyanın adaletli bir yer, diğer insanların güvenilir ve kendilerinin de zarar görmez olduklarına dair temel varsayımlarını sarsan çeşitli yaşam olayları ile karşılaşabilmektedir. Fiziksel sağlığa etkilerinin yanı sıra psikolojik sağlığa etkileri üzerinde de durulan bu olaylar, doğal nedenlerle gerçekleşebildikleri gibi insan eliyle gerçekleşen kazalar, savaşlar, terör saldırıları, fiziksel saldırılar, cinsel saldırılar gibi olaylar da olabilmektedir (Işıklı, 2006: 5). “Travma” olarak adlandırılan tüm bu yaşam deneyimleri, Eski Yunanca’da “yaralanma” anlamına gelmekte ve bu anlam, bu tür yaşam olaylarının bireyin bütünlüğünü tehdit eden olaylar olmasına, anlamlandırılmasının ve “iyileşmesinin” güç olmasına vurgu yapmaktadır (Bayram ve diğerleri, 2018: 166). “Olağan yaşam deneyimlerinin dışında” olan bu olayların görülme sıklığının ise genel popülasyonda %39'lara varabildiği, diğer bir deyişle oldukça önemli oranda bir kesimi etkilediği bilinmektedir (Breslau ve diğerleri, 1991: 217). Araştırmalar tutarlı olarak, çocukluk dönemindeki ihmal istismar yaşantıları, aile içi devam eden şiddet, yaşanan bölgedeki zorlu koşullar gibi durumların bireylerin ruh sağlığı üzerinde oldukça olumsuz etkilerinin olduğunu göstermektedir (Gill ve diğerleri, 2008: 701). Diğer yandan, ülkeler arası yapılan bir çalışmada travmatik olay olarak belirtilen sevilen birinin ölümü, şiddete tanık olma, savaşa veya silahlı saldırılara maruz kalma, sevilen birinin veya bir aile üyesinin travmatik bir yaşam deneyimi yaşadığının öğrenilmesi gibi yaşam deneyimlerinin bildirilme sıklığının da %30'lara kadar ulaştığı ve bu deneyimlerin de çeşitli psikopatolojilerle ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Stein ve diğerleri, 2010: 5).

Ülkemizde travma alanında yapılan araştırmalar ile ilgili bir meta-analiz çalışmasında ise, incelenen araştırmaların daha çok doğal afetlerden kaynaklanan travmalar eksenine odaklandığı görülse de farklı travmatik olayların yaşandığının da göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmaktadır (Binbay ve diğerleri, 2014: 269). Diyarbakır ilinde yaşanan bir terör saldırısının travmatik yaşam deneyimi olarak ele alındığı bir çalışmada da bu saldırılara maruz kalmanın ve şahit olmanın yüksek travmatik stres belirtileri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Eşsizoglu ve diğerleri, 2009: 119-121). Özetle, ulusal ve uluslararası literatürde çeşitli travmatik yaşam

olaylarının sıklığı ile ilgili olarak bildirilen oranlar ve etkileri hakkında yapılan vurgular, travmatik yaşam olaylarının bireyin psikolojik sağlığı üzerindeki doğurgularının dikkatle incelenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Mevcut çalışmada, travmatik yaşam olayları deneyimleyen bireylerde ortaya çıkan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtilerinin açıklanmasına katkıda bulunan bazı faktörlerin anlaşılması amaçlanmaktadır. Bu nedenle, öncelikle TSSB'yi açıklayan kuramlar hakkında bilgi verilmesi ve temel olarak ise tanılar ötesi bir kuram olan ve TSSB'yi açıklamak için de modellenen kuramlardan Üstbilişsel Kuram'ın Türkiye örneğinde incelenmesi hedeflenmektedir. Brewin ve Holmes (2003: 366) TSSB'yi açıklayan bilişsel kuramların ortak noktasının temel olarak travmatik olayların kodlanması, olayla ilgili hafızada yaşanan bozulmalar, maruz kalınan olayın ve sonuçlarının değerlendirilmesi, başa çıkma becerileri ve bunlarla ilgili inançlarda yaşanan hatalar ile ilgili olduğunu ifade etmektedir. Üstbilişsel Kuram'da ise işlevsel olmayan üstbilişsel inançların ve Benlik-Düzenleyici Yürütücü İşlevler'in (B-DYİ, Self-Regulatory Executive Functions, S-REF) üzerinde durulmaktadır (Wells, 2009: 9).

Üstbilişsel yaklaşımın TSSB'ye özgü modeli ise travmatik bir olayın ardından yaşanan ve doğal bir süreç olan Reflektif Uyum Süreci'ni bozan işlevsel olmayan üstbilişsel inançlar üzerinde durur. Bu inançlarla bağlantılı olarak devreye giren ve ruminasyon, endişe ve işlevsel olmayan başa çıkma stillerinden (düşünce kontrol etme stratejileri, kaçınma vb.) oluşan Bilişsel Dikkat Sendromu'nun (BDS), bireylerin TSSB geliştirmesindeki ve yaşanan belirtilerin sürmesindeki etkisini vurgulamaktadır (Wells ve Sembi, 2004: 366-367). Ancak bu modelin temel önermelerinin ülkemizde incelendiği bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmada, ulusal alanyazındaki bu boşluğu doldurmak ve ülkemizde travma alanında çalışan uzmanlara TSSB'nin daha iyi anlaşılması ve tedavi edilmesinde işlevsel olabilecek bir bakış açısı sunmak amacıyla, üstbilişsel faktörler ile TSSB arasındaki ilişkide BDS'nin oynadığı rol ile ilgili bir inceleme sunulacaktır. Mevcut çalışmada BDS ile ilgili faktörler olarak ruminasyon, endişe ve alan yazına göre düşünce kontrol stratejilerinden TSSB ile ilişkili olduğu belirlenen bazı stratejiler ele alınacaktır. Yapılan çalışmalar, TSSB ile olumlu yönde ilişkili olan düşünce kontrol stratejilerinin endişelenme, kendini cezalandırma olduğunu; sosyal kontrol ve yeniden

değerlendirme stratejilerinin TSSB belirtileri ile ilişkisinin ise olumsuz yönde olduğunu göstermektedir (Reynolds ve Wells, 1999: 1090; Holeva ve diğerleri, 2001: 70; Roussis ve Wells, 2006: 115). Bu çalışmada endişenin ayrı bir BDS faktörü olarak ele alınması nedeniyle, ilgili olumsuz düşünce kontrol stratejilerinden sadece kendini cezalandırmanın kullanılması planlanmıştır.

Mevcut çalışmada ayrıca, Bilişsel Model'e göre TSSB'nin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde etkinliği gösterilmiş olan düşünce içeriklerine odaklanan travma sonrası bilişlerin (Davis ve diğerleri, 2016: 1) TSSB belirtilerine yaptığı katkı da incelenecek ve farklı TSSB belirti kümelerini açıklaması açısından bilişsel ve üstbilişsel faktörlerin karşılaştırması yapılacaktır. Bu araştırmanın TSSB'nin Üstbilişsel Modeli'nin Türkiye'deki klinik olmayan bir örneklem üzerinde, travma sonrası bilişlerle karşılaştırmalı olarak test edilmesine ve TSSB'nin gelişmesi ve sürmesinde etkili olan üstbilişsel faktörlerin anlaşılması sonucunda önleyici ve tedavi edici programların oluşturulmasına katkı sağlayacak doğurguları olacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

1.1. TRAVMATİK OLAYLAR

Travmatik olaylar genel bir ifadeyle, bireysel veya kitlesel etkileri olan, bireylerin sıradan olaylar deneyimlediklerinde kullandıkları olayları kontrol edebilme, olaya dair öyküsel bir bağlantı kurabilme ve olayı anlamlandırabilme gibi başa çıkma becerilerini kullanmalarını engelleyen yaşam deneyimleri olarak tanımlanmaktadır (Işıklı, 2006: 4). Travmatik olaylar “çatışmada bulunma, kazalar, fiziksel saldırılar, tecavüz, doğal afet, tehdit edilme, birinin öldürülmesine veya yaralanmasına şahit olma ve diğer zorlu yaşam olayları” şeklinde temel olarak yedi kategoride gruplanabilmektedir (Helzer ve diğerleri, 1987: 1631). Çırakoğlu (2003: 20) ise, travmatik yaşam olaylarının doğal afetler, motorlu araç kazaları, teknolojik gelişmeler sebebiyle olan kazalar, tecavüz, siyasi şiddet, işkence ve savaşlar olarak çeşitlendiğini belirtmiştir. Bu bilgilerden yola çıkarak travmatik yaşam olaylarını, önemli derecede strese neden olan ve olağan yaşam deneyimlerinin dışında olan ve doğal sebeplerle, teknolojik faktörler sebebiyle veya insan eliyle aniden gerçekleşen yoğun strese yol açan olaylar olarak tanımlamak mümkündür (Norris, 1992: 409).

Yapılan çalışmalarda travmatik olayların deneyimlenme oranlarına bakıldığında bu olayların oldukça sık yaşandığı görülmektedir. Breslau ve diğerlerinin (1991: 216-221) 394 genç yetişkinle gerçekleştirdikleri bir çalışmada, katılımcıların travmatik olay yaşama sıklıkları incelenmiş ve %39'unun bir ya da daha fazla travmatik olay deneyimledikleri, bu katılımcıların %32.7'sinin ise bu olaylara birden fazla kez maruz kaldıkları rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Kessler ve diğerlerinin (1995: 1052) “Ulusal Komorbidite Araştırması (National Comorbidity Survey)” üzerinden ulaştıkları katılımcılarla yaptıkları çalışmada, kadınların %51.2'si, erkeklerin ise %60.7'si en az bir travmatik yaşam olayı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bu katılımcıların deneyimlediklerini ifade ettiği olay türleri her iki cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kadınların tecavüz, cinsel taciz, çocuklukta yaşadıkları ihmal ve fiziksel istismarı; erkeklerin de fiziksel saldırı, çatışmada bulunma, silahla tehdit edilme, tutsaklık veya kaçırılmayı daha fazla yaşadıkları tespit

edilmiştir (Kessler ve diğerleri: 1995: 1052). Farklı kıtalardan toplam 21 ülkede yürütülen bir çalışma da katılımcıların travmatik olayları deneyimleme sıklığını göstermektedir. Stein ve diğerlerinin (2010: 5) gerçekleştirdiği bu çalışmanın bulguları, 21 ülke katılımcılarından en az bir travmatik yaşam olayı deneyimlediğini belirtenlerin oranının %2.1 ile %30.5 arasında değiştiğini göstermektedir. Çalışmada travmatik olay türlerine göre de oranlar incelenmiş ve katılımcıların deneyimlediklerini en sık ifade ettikleri olayın %30.5 ile sevilen birinin ölümü olduğu, bunu da sırasıyla bir şiddet olayına şahit olma, şiddete maruz kalma, savaşa veya çatışmaya maruz kalma ile sevilen birinin veya bir aile üyesinin travmatik bir olay deneyimlediğini öğrenmenin takip ettiği bulgusuna ulaşılmıştır (Stein ve diğerleri: 2010: 5).

Türkiye'ye bakıldığında travmatik yaşam olaylarını ele alan araştırmalar arasında deprem yaşayan katılımcılar üzerinde yürütülen çalışmaların olduğu görülmektedir (Başoğlu ve diğerleri, 2002: 270; Sümer ve diğerleri, 2005: 333). Ayrıca aile içi cinsel istismar (Baral ve diğerleri, 1998: 429), bombalı saldırılar (Eşsizoğlu ve diğerleri, 2009: 119), işkenceye maruz kalma (Başoğlu ve diğerleri, 1994: 77) gibi travmatik yaşam deneyimlerinin etkilerini inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalar da travmatik yaşam olaylarının sıklığını göstermekte, ayrıca bu yaşam olaylarının etkileri üzerinde durmaktadır. Panik bozukluğu tanısı olanların 16 yaşından önce yaşadıkları travmatik yaşam olaylarını tespit etmek için gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %41'i ebeveynleri arasındaki şiddete tanık olduklarını, %22'si bakım veren kişi tarafından sert bir şekilde cezalandırıldıklarını, %10'u cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir (Özkan ve diğerleri, 2005: 56). Diğer yandan, 2010'da meydana gelen Elazığ depreminin ardından yapılan başka bir çalışmanın bulguları ise, katılımcıların %28'inde doğal afet, %12'sinde sevilen birinin kaybı ve %11'inde savaş veya çatışmaya maruz kalmanın geçmişte deneyimledikleri travmatik olaylar olduğunu göstermiştir (Bilici ve diğerleri, 2013: 17). Sarıoğlu'nun (2014: 12-18) katılımcıların travmatik yaşam deneyimlerini tespit etmek amacıyla gerçekleştirdiği bir çalışmada katılımcıların %89.2'si travmatik bir yaşam olayı deneyimlediklerini bildirirken; travma mağdurlarıyla çalışan uzmanlar ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada da, bu uzmanların %47.3'ünün yaşamları boyunca

en az bir kez travmatik bir yaşam olayı deneyimledikleri görülmüştür (Zara ve İçöz, 2015: 17-19).

Travmatik yaşam olayları ile ilişkili olan bozukluklar, DSM-5'in (American Psychological Association [APA], 2013: 143-156) "Örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar" bölümünde yer almaktadır. İlgili bölümde yaşamı tehdit eden olaylar ile ilgili olan bozuklukların akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanı başlıkları altında ele alındığı görülmektedir. ASB'nin travmatik bir yaşam olayının ardından üç gün ile bir ay boyunca sürdüğü ifade edilmektedir (APA, 2013: 154). Araştırmalar ASB'nin tespit edilmesinin ve bu aşamada bireylere müdahale edilmesinin TSSB yaşanmasında önleyici bir faktör olduğunu ifade etmektedir (Koren ve diğerleri, 1999: 372). TSSB ise, travmatik yaşam olaylarından sonra bir ay ve daha uzun süre içerisinde görülen belirtilerle tanımlanmakta ve bu belirtilerin işlevsellikte düşmeye yol açması ile başka bir fizyolojik etkiye bağlı olmaması gerektiği vurgulanmaktadır. DSM-5'te yer alan TSSB tanı kriterlerinin travmatik yaşam olayına maruz kalma (A), yeniden yaşantılama (B), kaçınma (C), biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler (D) ve aşırı uyarılmışlık (E) belirti kümeleri altında toplandıkları görülmektedir (APA, 2013: 146-148). Foa ve diğerleri (2008: 23) tarafından yapılan bir çalışmada da TSSB belirtilerinin bilişsel, duygusal ve davranışlar düzeyinde ortaya çıktığı, bu nedenle DSM'de yer alan tanı kriterlerinin bu üç kanal açısından değerlendirilmesinin önem arz ettiği belirtilmektedir.

DSM-5'te ifade edilen belirtiler kümeler halinde incelendiğinde, öncelikle bireyin; bir travmatik olayı doğrudan yaşaması, başka birinin bu olayı deneyimlediğine şahit olması, bu olayın yakın bir aile üyesinin veya bir arkadaşının başına geldiğini öğrenmesi veya bu travmatik olayın detayları ile tekrarlı bir şekilde karşılaşmış olması gerekmektedir. Bu açıklamalar A kriteri başlığı altında bulunmaktadır. Diğer bir küme ise yeniden yaşantılama belirtilerinin açıklandığı B kriteridir. B kriteri, bireylerin tekrarlı bir şekilde ve istemsiz olarak travmatik yaşam olayı ile ilgili anıları hatırlaması, rüyalar görmesi, bu olayı yeniden yaşıyormuş gibi hissetmesi veya disosiyasyon tepkilerinin yanı sıra travmatik olayı hatırlatan ipuçlarına karşı yoğun bir sıkıntı yaşaması ve fizyolojik belirtiler göstermesini içermektedir. Öte yandan, travmatik olayla ilgili anılar, düşünceler, duygulardan ve travmatik olayı hatırlatan

kişilerden, konuşmalardan, objelerden, aktivitelerden kaçınma şeklinde açıklanan belirtiler C kriteri başlığı altında yer almaktadır. Bireylerin travmatik olayın bir bölümünü hatırlayamaması ve yaşanan olay ile ilişkili olarak kendini suçlaması, diğer kişiler ve dünya ile ilgili olumsuz inanışlara sahip olması ile olumsuz duygudurum içerisinde olması şeklinde açıklanan belirtiler ise, biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olarak tanımlanan D kriterini ifade etmektedir. Son olarak, bireylerin aşırı irkilme tepkileri göstermesi, sürekli tetikte olması, dikkat ve konsantrasyonda güçlük ve uykuda bozulmalar yaşaması, risk alma ve kendine zarar verme davranışlarında bulunması ile öfke patlamaları şeklindeki belirtiler E kriteri olarak belirtilen aşırı uyarılmışlık belirtileri içerisinde yer almaktadır (APA, 2013: 146-148).

1.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNA DAİR GENEL BİLGİLER

1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tarihçesi

TSSB'nin DSM'ye dahil olma süreci Vietnam'dan dönen askerlerde sıklığı azımsanmayacak kadar fazla olan benzer özelliklerin ortaya çıkması ile olmuştur. DSM-III'te (1980) travmatik olay geçmişi, travmatik olayla ilgili anılar, rüyalar ve intrusif (istem dışı tekrarlayan, girici) düşünceler, duygulanımda, önemli işlere olan ilgide ve sosyal ilişkilerde belirgin bir bozulma, aşırı uyarılmışlık, uyku bozuklukları, hayatta kalma ile ilgili suçluluk ve travmatik olayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında yeniden yaşantılama belirtileri olarak yer alan tanı kriterleri TSSB öncesinde "Vietnam sonrası sendrom" olarak adlandırılmıştır (Silver ve Iacono 1984: 5). Silver ve Iacono (1984: 9-13) bu çalışmada TSSB'nin DSM-III'te yer alan faktör yapısını incelemiş ve 468 gazi ile gerçekleştirdiği çalışmada Vietnam gazilerinde bu belirtilerin diğerlerinden daha yoğun olduğunu rapor etmiştir. Vietnam gazilerinde görülen belirtilerin 2. Dünya Savaşı'ndan gelen askerlerde de benzer şekilde kaçınma, düşmanlık, yabancılaşma ve geri çekilme şeklinde görüldüğü tespit edilmiştir (Davidson ve diğerleri, 1990: 169).

İzleyen çalışmalarda TSSB'nin sadece gazilerde değil, genel toplum örneklerinde de görüldüğü ve savaşta bulunmanın veya çatışmaya girmenin dışında birçok farklı travmatik yaşam olayı ile ilişkili olduğu belirtilmiş ve toplum

içerisindeki sıklığı %7 olarak belirlenmiştir (Kesler ve diğerleri, 1995: 1057). Norris (1992: 416) de Hugo Kasırgası sonrasında gerçekleştirdiği çalışmada, travmatik bir olay deneyimlediğini bildiren katılımcılarda TSSB görülme oranının %7 ile %11 arasında değiştiğini; şiddete, ölüme veya kazaya maruz kaldığını belirten katılımcılar arasında ise TSSB görülme sıklığının %5 ile %8 arasında değiştiğini bildirmiştir.

1.2.2. Travmatik Yaşantıların ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun İlişkili Olduğu Sorunlar

Bireyin bütünlüğünü tehdit eden travmatik yaşam olayları, bireylerin ölüm ve yaralanmalarına neden olduğu gibi başa çıkma becerilerini kullanabilmelerine de engel olmakta ve bu durum da bazı psikolojik ve davranışsal sonuçlar ile ilişkilendirilmektedir. Bir travmatik yaşam olayına maruz kalmak alkol-madde kullanımı, düşük öz-yeterlik, şimdiye, geçmişe ve geleceğe dair algılanan kontrolün azalması, intihar planları ve girişimleri, vücuduna zarar verme, saç koparma, bedenini ısırma, tırnak yeme gibi kendine zarar verme davranışlarında artma ile çalışma ve işlevsellikte azalma ile sonuçlanabilmektedir (Başoğlu ve diğerleri, 1994: 80; Baral ve diğerleri, 1998; 431-433; Sümer ve diğerleri, 2005: 38-39, Stein ve diğerleri, 2010: 5-6). Diğer yandan, 15 yaşından önce deneyimlenmiş travmatik yaşantıların da bireylerde yalan söyleme, erken cinsel ilişki, yıkıcı davranışlarda bulunma, yalan söyleme, madde kullanımı, akademik başarıda düşme gibi durumlarla ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Helzer ve diğerleri, 1987: 1632).

Yapılan çalışmalarda travmatik bir yaşam olayı deneyimlemenin bazı ruhsal bozukluklar açısından bir risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır. Travmatik bir yaşam olayı deneyimlemenin majör depresif bozukluk, distimi bozukluğu, kaygı bozukluğu, panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu, özgül fobi, genel stres düzeyinde artış, alkol-madde kullanım bozukluğu, psikoz, somatik semptomlar, yeme bozukluğu yaşamada, çocuklarda ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından bir risk faktörü olduğuna dair bulgulara ulaşan çalışmalar mevcuttur (Kessler ve diğerleri, 1995: 1056; Baral ve diğerleri, 1998: 434; Briggs-Gowan, 2010: 1138). Ayrıca Bremner ve Brett'in (1997: 42) bir askeri çatışmada yer almış katılımcılarla yaptıkları çalışmanın bulguları travmatik bir yaşam

olayı deneyimlemenin disosiyatif tepkilerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, 36'sı çocukluk yaşantılarında 10'u ise yetişkinliklerinde bir travmatik yaşam olayı deneyimlemiş 46 katılımcı ile yürütülen bir başka çalışmada, travmatik yaşam olayları ile disosiyasyonun ilişkisi ve olayları bütünsel olarak hatırlamada travma belleğinin olumsuz etkisi gösterilmiştir (Van der Kolk ve Fisler, 1995: 516-518).

Diğer yandan, TSSB odaklı çalışmalarda TSSB'nin birçok farklı psikopatolojiyle eş tanı gösterdiği gözlemlenmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde, Engdahl ve diğerlerinin (1991: 184) İkinci Dünya Savaşı'nda esir alınan 62 katılımcı ile yaptıkları bir araştırmada, TSSB'nin sıklıkla majör depresif bozukluk ve yaygın kaygı bozukluğu ile eş tanı gösterdiği görülmektedir. Söz konusu çalışmada uyku bozukluğu, suçluluk, ilgide azalma ve konsantrasyon eksikliğinin bu tanımlar açısından TSSB ile ortak belirtiler olduğu rapor edilmektedir. Ayrıca, Stewart ve diğerleri (2002: 25) madde kullanım bozukluğu, Jeon ve diğerleri (2007: 581-582) majör depresif bozukluk, özgül fobi, alkol kullanım bozukluğu, Cogle ve diğerleri (2009: 1154-1155) ise intihar ve alkol kullanımı ile TSSB'nin eş tanı gösterdiğini vurgulamıştır. Diğer yandan, Vanzhula ve diğerleri (2018: 9) yeme bozukluğu ve TSSB komorbiditesini göstermiş, ayrıca tıkanırcasına yeme davranışı ile TSSB'nin tetikte olma belirtisi arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur. Rosebrock ve diğerlerinin (2019: 231-235) gerçekleştirdiği çalışma bulguları da TSSB ve tek uçlu depresif bozukluğun eş tanıli bozukluklar olduğunu göstermektedir.

Van der Kolk (2006: 1-13), travmatik bir olay deneyimleyen bireylerin yoğun duygusal stres yaşadıklarını ve bununla ilgili olarak da psikolojik uyarılmayı tetikleyen beyin bölgelerinin aktive olduğunu belirtmektedir. Buna göre, travmatik bir olay deneyimlemenin merkezi sinir sistemi üzerinde olumsuz bir etkiye yol açtığı, bireyin hareket ve anlamlandırma becerilerinin, dikkat ve hafıza kapasitelerinin kısıtladığı ortaya konmuştur (Van der Kolk: 2006: 1). Benzer şekilde, TSSB'nin fizyolojik açıdan da bazı olumsuz doğurguları olduğu ileri sürülmekte, bunların da psikofizyolojik süreçler, sinir sistemi, hormonal sistem, nörotransmitterlerin dağılımı, hafıza gibi çeşitli alanları etkilediği ve tüm bunların da olağandışı strese karşı verilen olağan tepkiler olduğu belirtilmektedir (Van der Kolk: 2001: 51).

Aynı zamanda, TSSB'nin işlevselliği olumsuz etkileyen psikopatolojilerden biri olduğu ve TSSB tanısı olanların tanısı olmayanlarla kıyaslandığında iş ve okul

başarılarında belirgin oranda azalma olduğu belirtilmektedir (Norris ve Slone, 2007: 91). Stanke ve diğerleri (2012: 4) doğal bir afet deneyimleyen bireylerle yaptıkları çalışma sonucunda TSSB belirtilerinin tüm yaşlar için yoksunluk, ekonomik problemler, aile içi şiddet ve madde kullanımında artış sorunlarına yol açtığını ve bunun da psikolojik sağlığın kötüleşmesine neden olduğunu belirtmişlerdir.

1.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bireysel Risk Faktörleri

Breslau ve diğerleri (1995: 529) tarafından yürütülen bir çalışmaya göre, bireylerin travmatik yaşam olayı deneyimleme sıklıklarının yüksek olduğu, ancak bu travmatik yaşam olaylarından sonra bireylerin önemli bir kısmının TSSB belirtileri sergilerken, dikkat çeken oranda bir diğer kısmının ise TSSB geliştirmedeği görülmektedir. TSSB geliştirilmesi için travmatik yaşam olaylarının tetikleyici bir faktör olduğu vurgulanmakta, diğer yandan bireylerin biyolojik açıdan, psikolojik ve sosyo-demografik geçmişleri ile stres faktörleriyle başa çıkma becerileri açısından gösterdikleri farklılıkların TSSB oluşumundaki etkisinin de göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (Özgen ve Aydın, 1999: 34-35). Yapılan birçok araştırma, TSSB yatkınlığına yol açan, TSSB'nin sürdürülmesinde etkili olan risk faktörlerini ele almakta ve bu bireysel farklılıklara odaklanmaktadır.

Bireysel risk faktörleri ile ilgili olarak yapılan araştırmalardan birinde kadın ve genç yaşta olmanın, sosyoekonomik düzeyin ve eğitim seviyesinin düşük olmasının, zihinsel işlevlerde geriliğin, ailede psikiyatrik bir bozukluk olmasının, azınlık grupta olmanın, çocukluk dönemi istismarının ve çocuklukta yaşanan diğer zorlukların, geçmiş travmatik yaşantıların, travmatik yaşam olayının süresinin, sosyal destek eksikliğinin TSSB'yi yordayan risk faktörleri olduğu belirlenmiştir (Brewin ve diğerleri, 2000: 751). DiGangi ve diğerleri (2013: 730-733) ile Schnurr ve diğerleri (1993: 479) ise TSSB için travma öncesi risk faktörlerine yönelik yaptıkları çalışmalarda bireylerin bilişsel yetilerinin, başa çıkma tarzlarının, kişilik özelliklerinin, sahip oldukları psikopatolojilerin ve davranışsal problemlerin, çocukluk dönemlerinde aileden erken ayrılmalarının, sosyal-çevresel faktörlerin bireylerin bir travmatik olay yaşamalarının ardından TSSB geliştirmelerindeki önemini vurgulamışlardır. Öte yandan, İran depreminin ardından gerçekleştirilen bir çalışma

sonucunda ise kadın olmak, eğitim düzeyinin yüksek olması, geçmiş travmalar, deprem sonrası eve ve eşyaya ihtiyaç duymak gibi faktörler TSSB'yi yordayan önemli faktörler olarak belirlenmiştir (Nobakht ve diğerleri, 2019: 705).

Kişilik özellikleri de TSSB'yi yordayan, TSSB belirtileri üzerinde etkili olan risk faktörlerinden biri olarak ele alınmaktadır. Kişilik özelliklerinin TSSB'yle ilişkisi üzerine yapılan bazı çalışmalarda Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) ile bireylerin kişilik özellikleri incelenmiştir. Bu çalışmalarda, MMPI'nin bir tanı koyma aracı olmadığı; TSSB tanısı olan bireylerde kişilik özellikleri hakkında bir bakış açısı sağladığı üzerinde durulmuştur (Engdahl ve diğerleri, 1991: 186). Schnurr ve diğerlerinin (1993: 482-483) Vietnam Savaşı'ndan dönen ve bu dönemde askerliğini yapan 131 savaş gazisi ile yürüttükleri ve kişilik özelliklerinin yatkinlik faktörü olarak ele alındığı bir çalışmada, TSSB belirtileri gösteren gazilerin bu belirtileri göstermeyenlere kıyasla, MMPI'nin depresyon, hipomani ve sosyal içedönüklük alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Öte yandan, bir çalışmada öfke-düşmanlık, nörotisizm, olumsuz duygulanım, zarar görmekten kaçınma, yenilik arayışında olma, kaygı gibi kişilik özelliklerinin TSSB ile olumlu yönde ilişkili; dışa dönüklük, düşük olumsuz duygulanım, dürüstlük, kendini yönlendirme, dayanıklılık ve iyimserlik kişilik özelliklerinin ise olumsuz yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Jakšić ve diğerleri, 2012: 262). Paris (2000: 175-181) de TSSB belirtileri ile ilgili olarak kişilik özelliklerini bir yatkinlik faktörü olarak incelediği çalışmasında, geçmiş travmatik deneyimler kadar nörotisizm özelliğinin de önemli olduğunu vurgulayarak bunu "yatkinlik stres modeli"ne uygun olarak tehdit edici olaylara daha duyarlı olmak şeklinde açıklamış ve kişilik özelliklerinin stresli yaşam olaylarının bilişsel süreçlerinde de etkili olduğunu ifade etmiştir. "Yatkinlik stres modeli"nde tüm bu risk faktörlerinin psikopatoloji döngüsüne dahil olduğu ayrıca bireyin bilişsel faktörlerinin de TSSB'nin ortaya çıkması ve belirtilerinin sürmesi açısından önemli olduğu ifade edilmektedir (Elwood ve diğerleri, 2009: 90). Bilişsel süreçleri ele alan ve TSSB'yi bu süreçler çerçevesinde açıklayan kuramlardan biri Bilişsel Model'dir.

1.3. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN KURAMSAL AÇIKLAMALARI

Bilişsel Model öncesinde, TSSB'yi anlamak ve açıklamak amacıyla davranışçı kuram ekseninde koşullama ile ilgili açıklamalar da öne sürülmüştür. Bu açıklamaların temelinde fobilerde olduğu gibi; TSSB'de de bireylerin önce uyarının olumsuz etkileri ile karşılaşmasının ardından bir kaçınma davranışı gösterdiği ve bu kaçınma davranışı ile de yaşanan kaygının kontrol altına alınmasının belirtileri sürdürdüğü varsayımı yatmaktadır. Bu eksende, Mowrer (1960) da İki Faktör Kuramı ile bireylerin olumsuz sonuçlara sebep olan travmatik yaşantı ile ilgili uyarılardan kaçınmasına ve bu kaçınma davranışı ile kaygının azalmasına klasik ve edimsel koşullama ile açıklama getirerek, TSSB'nin klinik semptomlarına dair bir bakış açısı sağlamaktadır (Foa ve diğerleri, 1989: 156). Kilpatrick ve diğerleri (1985: 113-141) tarafından cinsel saldırıya uğramış katılımcılarla gerçekleştirilen bir araştırmada, Mowrer'ın İki Faktör Kuramı'nın bu kişilerin kaçınma ve uyarılma ile genelleme tepkilerine ortak bir açıklama getirdiği, fakat katılımcıların kaygılarını arttıran bazı sözel ifadeleri ve düşüncelerindeki farklılığı açıklamakta yetersiz olduğu ve bilişsel değerlendirmelerin önemi ortaya konmuştur.

1.3.1. TSSB'nin Bilişsel Modeli

Bireylerde TSSB'nin ortaya çıkması ve belirtilerin sürmesinin anlaşılması üzerine öne sürülen kuramlardan biri de Bilişsel Model'dir. Model, travmanın değerlendirilmesine ve bireylerin olaya ilişkin belleklerine dair bireysel farklılıkların üzerine durmaktadır. Buna göre bireylerin tehdidi azaltmak amacıyla yaptıkları yorumlamalar girici düşüncelere ve yeniden yaşama belirtilerine yol açmakta, tehdide yönelik odaklanma kısa vadede algılanan tehdidi azaltmakta, duygusal ve davranışsal sonuçlara neden olmakta; uzun vadede ise psikopatolojiyi sürdürmektedir (Ehlers ve Clark, 2000: 320). TSSB'nin Bilişsel Model'inde TSSB yaşayan bireylerin geçmiş travmayla ilgili olası güncel tehdide yönelik içsel ("*o benim hatamdı*") ve dışsal ("*hiçbir yer güvenli değil*") değerlendirmeler yaptıkları, bu değerlendirmelerin ise bireylerde TSSB belirtilerinin artmasına yol açan uyumsuz kontrol stratejilerine

(kaçınma gibi), aşırı uyarılmaya ve kaygı, öfke, utanç, suçluluk gibi duygulara yol açtığı ifade edilmektedir (Dunmore ve diğerleri, 2001: 1064). Bilişsel Model, bireylerin travmatik olaya, sonuçlarına, travmatik olay sırasındaki duygu ve davranışlarına (“her şey benim yüzümden oldu”), TSSB belirtilerine (“aklımı kaybedeceğim”), diğerlerinin tepkilerine, travmatik olay sonrasında olan duruma (“bu olaydan sonra tüm hayatım mahvoldu”) yönelik olumsuz değerlendirmeler yaptıklarını ve travma ile ilgili olumsuz inançlarının (“dünya güvenli bir yer değil”) olduğunu öne sürmektedir (Ehlers ve Clark, 2000: 320-323; Dunmore ve diğerleri, 2001: 1065-1066).

Bilişsel modelde yer alan süreçlerin TSSB belirtileri ile ilişkisinin incelendiği pek çok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, bir trafik kazasından 6 hafta sonra kazadan kurtulan çocuklar ile yapılan bir araştırmada (Stallard, 2003: 337-345), hazırlanan veri toplama seti Bilişsel Model’e (Ehlers ve Clark, 2000) göre düzenlenmiş ve sorular “travmatik olayın şiddetine”, “travmanın etkilerine”, “davranışsal kaçınmaya” ve “bilişsel stratejilerin sürdürülmesine” yönelik hazırlanmıştır. Bulgular, Bilişsel Model’in çocuklardaki TSSB süreçlerini açıklamada anlamlı olduğunu göstermiştir. Agar ve diğerlerinin (2006: 440-449) spinal kord yaralanması ile tedavi gören hastalar üzerinde yürüttükleri bir başka çalışmada ise Ehlers ve Clark’ın (2000) bilişsel modelinden yola çıkılarak olumsuz değerlendirme ile TSSB arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Bu çalışmada da bireylerin kendileri ve dünya ile ilgili olumsuz değerlendirmeleri TSSB ile ilişkili bulunurken; travmatik olayla ilgili kendilerini suçlamaları ile TSSB belirtileri arasında ilişki bulunurken, TSSB tanısı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Agar ve diğerleri, 2006: 445).

Diğer yandan, TSSB’nin başlaması ve sürmesindeki mekanizmalarda cinsiyetin rolünü incelemek için gerçekleştirilen çalışmalarda, kadın ve erkekler bilişsel içerikler açısından incelenmiştir. Bu kapsamda yapılan bir metaanaliz çalışmasında, TSSB tanısı almış olan kadınlarda tehdit algısı ve kontrol kaybına ilişkin bilişsel içeriklerin erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmiştir (Olf ve diğerleri, 2007: 183-188). Tolin ve Foa (2008: 67) tarafından travma deneyimi ve TSSB üzerinde cinsiyet farklılıklarının gözlemlendiği bir başka metaanaliz çalışmasında ise, travma sonrası benlik hakkında olumsuz bilişler, dünya hakkında olumsuz bilişler ve kendini suçlamada cinsiyete göre bir anlamlı fark olduğu ve travma sonrası olumsuz bilişlerin

kadınlarda daha yüksek düzeyde görüldüğü ifade edilmiştir. Ayrıca, Daie-Gabai ve diğerlerinin (2011: 269-270) çeşitli travma türlerine maruz kalan İsraili katılımcılarla yürüttükleri psikometri çalışmasında ise cinsiyetin önemli bir rolünün olduğu belirtilmiş; dünya hakkında olumsuz bilişler ve travmatik olay hakkında kendini suçlama alt boyutlarında cinsiyete göre bir farklılık gözlenmezken; benlik hakkında olumsuz bilişler açısından kadınların erkeklerden daha yüksek puanlar rapor ettikleri gözlenmiştir. Bununla birlikte, travma sonrası bilişlerin TSSB için risk faktörü olarak ele alındığı bir çalışmada ise, travmatik olay hakkında kendini suçlama alt boyutunda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yokken; benlik hakkında ve dünya hakkında olumsuz bilişler alt boyutlarında kadınların erkeklerden anlamlı bir olarak daha yüksek puanlar aldıkları rapor edilmiştir (Christiansen ve Hansen, 2015: 4-5).

1.3.2. Üstbilişsel Kuram

Klinik psikoloji alanında son yirmi yıldır, bireylerin düşünce ve inançları ile ilgili kontrol, değerlendirme ve düzenlemelerine ilişkin kavramsallaştırmalar yapmanın psikopatolojilerin doğasını anlama ve tedavileri açısından önemli bir adım olduğu ve yeni bir bakış açısı olarak “üstbilişler”in üzerinde durulması gerektiği vurgulanmaya başlanmıştır (Wells, 2002: 6). Üstbiliş kavramı, ilk kez Flavell (1979: 906) tarafından bilişsel gelişimsel psikoloji çerçevesinde çocuklar üzerine yaptığı araştırmalarda kullanılmış ve “*bilişsel süreçler hakkındaki bilişler*”e ve “*kavrama, bellek ve diğer bilişsel süreçler hakkında gözlem yapma*”ya yönelik bir üst düzey yapı olarak kavramsallaştırılmıştır. Flavell (1979: 907-909) üstbilişsel bilginin kişilerin bir amaç doğrultusunda, belirli stratejiler kullanarak deneyimleyebileceği bir bilgi olduğunu ve üstbilişsel bilgileri deneyimlemek için amaçların belirlenmiş olması gerektiğini ifade etmiştir. Wells de (2002: 7) üstbilişsel bilgiyi, bireylerin kendi bilişleri hakkındaki bilgileri olarak tanımlamıştır ve bilişsel ve şema yaklaşımlarına bireylerin kendi düşünceleri, değerlendirmeleri, duyguları veya inançlarına yönelik düşünce, duygu ve inançlarının dikkate alınmaması konusunda bir eleştiri getirerek yeni bir yaklaşım ortaya koymuştur (Wells, 2002: 13). Diğer bir deyişle üstbilişsel kuram, üstbilişlerin bilişsel faaliyetleri yöneten ve bilişlerin içeriğini belirleyen etken

olduğu; düşüncelerin değerlendirilmesine üstbilişlerin rehberlik ettiği görüşünü savunmaktadır (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 386-394).

Üstbilişsel yaklaşım temelini B-DYİ modelinden (Wells ve Mathews, 1996: 882) almaktadır. Modelin ilk basamağı kişinin otomatik işleme sürecinde olduğu “*temel düzey*”, ikinci basamağı inançların devrede olduğu “*online işleme düzeyi*”, üçüncü basamağı ise kişinin kendisi hakkında inançlarının ve değerlendirmelerinin olduğu “*kendilik bilgisi*” olarak ifade edilmektedir. İlgili modelde bireylerin kontrollü işleme süreci kapsamında, inançlara uygun olarak seçici dikkat, belleği yeniden kontrol, değerlendirme, uyarılara yönelik tepkilerde üstbilişsel süreçleri kullanma gibi planlar yaptıkları belirtilmektedir (Wells ve Mathews, 1996: 882-883; Wells, 2002: 16-17; Wells, 2009, 9). B-DYİ modeli kendine odaklanan dikkat, kendine yönelik olumsuz inançlar, endişe / ruminasyon, tehdit izleme ile bağlantılı olan bilişsel dikkat sendromunun psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu öne sürmektedir (Wells, 2002: 23).

1.3.2.1. Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS)

Üstbilişsel Kuram’da Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) psikolojik bozuklukları açıklamakta kullanılan temel kavramlardan biridir. BDS aktive olduğunda bireylerin ruminasyon ve endişe süreçleri, tehdit odaklı dikkatleri ve düşünce kontrol stratejilerini de kapsayan işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri sürekli olarak devam etmektedir. Ayrıca bu kısımda bireylerin kendileri ve inançları hakkında yaptıkları olumsuz değerlendirmeleri de yoğun ve kalıcı bir şekilde sürmektedir. Diğer bir deyişle, uzamış bir şekilde devam eden olumsuz duygu ve düşünceler kişinin olumsuz benlik algısının sürekli hale gelmesine de katkıda bulunmaktadır. Bu sorunlu BDS örüntüsünün tetiklenmesinde, kişinin kendi düşüncelerine ilişkin olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışları merkezi bir role sahiptir (Wells, 2002: 15; Wells, 2009; 7; Yılmaz ve diğerleri, 2015: 24). BDS, bireylerin tehlikenin varlığına dair inançlara odaklanmaları ve ruminasyonu ve endişeyi sürekli yaşamaları sebebiyle bireylerin B-DYİ modelinde tanımlanan üçüncü basamağa geçmesine engel olmakta, bu nedenle Üstbilişsel Kuram’ın psikopatolojilere bakışında önemli bir yer tutmaktadır (Wells, 2009: 14). Wells (2002: 11) BDS’de hatalı üstbilişsel inançların bir sonucu olarak

bireylerin kontrol altına alması güç olan kendileri hakkındaki düşünceye tekrarlı bir şekilde odaklandıklarını ve bu sürecin de abartılmış kendine odaklı dikkat ile ilişkili olduğunu; endişe ve ruminasyonun aşırı uçta bir formu olduğunu belirtmektedir.

BDS, endişe ve ruminasyon gibi tekrarlayıcı, uzamış düşünce stillerini, tehdit izleme gibi tehdit odaklı dikkati ve düşünce kontrol stratejileri gibi işlevsel olmayan başa çıkma biçimlerini kapsamaktadır. Wells (2002: 14) BDS'nin tanılar üstü bir şekilde bu BDS bileşenlerinin olumsuz etkilerini değerlendirerek, ruminasyon ve endişenin bireylerin dünyaya ve kendilerine yönelik hatalı bilgiler oluşturmaya yol açabileceğini, sürekli tehdide odaklanmanın kaygıyı ve depresyonu arttıracığını ifade etmektedir. Bu açıklamaları destekler şekilde, endişenin hem olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlardan elde edilen yüksek puanlar ile ilişkili olduğu hem de depresyon düzeyini pozitif yönde yordadığı gösterilmiştir (de Jong-Meyer ve diğerleri, 2009: 547-551).

Tehdit izleme bileşeninin ise bireyin “rutin” sürece dönmesinde bir engel olduğu, bu süreçte bireylerin yaptıkları plan ve kullandıkları stratejiler ile “tehdit dedektörü” haline geldikleri ve girici düşüncelerinde artış olduğu belirtilmektedir. Ayrıca düşünce kontrol stratejilerinin de yine bireylerin normal sürece dönmelerine engel olduğu ve bir strateji olarak kullanılan bastırmanın istenmeyen düşünceleri daha çok akla getirdiği, diğer yandan da gerçekte olan tehdidi görmeye engel olabileceği ileri sürülmektedir. Son olarak ise, yaşanan duygulardan uzak kalmak için başvuru madde kullanımı, kaçınma gibi işlevsel olmayan başa çıkma davranışlarının o duygunun tehlikeli olmadığını görmeyi engelleyerek hatalı düşüncenin sürmesine yol açtığı vurgulanmaktadır (Wells, 2002: 14).

1.4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN ÜSTBİLİŞSEL MODELİ

Her ne kadar B-DYİ modeline dayalı ve BDS'yi merkeze oturtan üstbilişsel yaklaşım tanılarüzeri (transdiagnostik) bir kuram olarak tüm psikopatolojileri açıklayan genel bir mekanizma önerse de, çeşitli bozukluklara özgü olarak oluşturulmuş üstbilişsel modellemeler de mevcuttur. TSSB kendine özgü üstbilişsel modellemeye sahip olan bozukluklardan biridir. TSSB'nin üstbilişsel modeli (bkz. Şekil 1), travma sonrasında ortaya çıkan ve üstbilişsel inanış ve süreçlerle ilişkili olan

ruminasyon ve endişe, tehdit izleme eğilimi, düşünceleri kontrol etmeye çalışma, kaçınma gibi işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri ile tanımlanan BDS'nin Reflektif Uyum Süreci'ni bozarak bu belirtilerin devam etmesine neden olduğunu öne sürmektedir (Wells ve Sembi, 2004: 365-377). Düşünceleri kontrol etmek için kullanılan stratejiler endişe, kendini cezalandırma, dikkat dağıtma, sosyal kontrol ve yeniden değerlendirme şeklinde tanımlanmaktadır (Roussis ve Wells, 2006: 111-122).

Üniversite öğrencilerinde görülen TSSB belirti düzeyinin endişe düşünce kontrol stratejisi tarafından yordanıp yordanmadığını incelemek için yapılan bir çalışmanın bulguları da, endişe ve TSSB arasında anlamlı ve pozitif yönde bir bağlantı olduğuna işaret etmiştir (Roussis ve Wells, 2008: 219-221). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, ASB yaşayanlar arasında endişe stratejisini kullananların TSSB geliştirme riskinin daha fazla olduğu; dikkat dağıtma ve sosyal kontrolün ise tampon etkisi gösterdiği görülmüştür (Holeva, Tarrier ve Wells, 2001: 65-83). Ayrıca iyileşme gösteren Major Depresif Bozukluk ve TSSB tanısı olan kişilerin dikkat dağıtma ve yeniden değerlendirmeyi, kendini cezalandırma ve endişeden daha fazla kullandığı bulunmuştur (Reynolds ve Wells, 1999: 1089-1099). Benzer şekilde, TSSB belirti kümelerinden disosyasyon ile üstbilişsel faktörler ve düşünce kontrol stratejileri arasındaki ilişkilerin incelendiği bir başka çalışmadan elde edilen bulgular da, endişe ve kendini cezalandırma stratejilerinin disosyasyon belirtilerini yordadığına ve bu iki stratejinin aynı zamanda üstbilişsel faktörler ile disosyasyon arasındaki ilişkiye anlamlı şekilde aracılık ettiğine işaret etmiştir (Hutchinson, 2005: 169-208). Aynı çalışmada yapılan hiyerarşik regresyon analizleri sonucunda ise disosyasyondaki varyansın açıklanmasına en büyük katkının kendini cezalandırma stratejisine ait olduğu bulunmuştur.

Bir diğer, BDS bileşeni olan ruminasyonun da travmatik olay yaşayan bireylerde reflektif uyum sürecini engelleyerek psikopatolojinin ortaya çıkmasına aracılık ettiği ifade edilmektedir (Wells ve Sembi, 2004: 365-377; Wells, 2009: 131). Matthews ve Wells (2004: 125) ruminasyonu bireyin beklemediği bir şekilde deneyimlediği yaşantılar hakkında tekrarlı bir şekilde düşünmesi olarak tanımlamıştır. Diğer yandan depresif ruminasyon, bireyin yaşadığı semptomları ve bu semptomların olası nedenleri, sonuçları hakkında tekrarlı bir biçimde düşünmesi olarak tanımlanmış; ruminasyonun “bende yanlış giden bir şey var” ve “toparlanmak için bir şey

yapmalıyım” düşünceleri ile birlikte bireyi işlevsel olmayan bir döngüye soktuğu belirtilmiştir (Nolen-Hoeksama, 2004: 107). Matthews ve Wells (2004: 125) ruminasyonu B-DYİ modeli açısından kavramsallaştırmış ve ruminasyonun bireyi “bir olay hakkında nasıl hissediyorum?”, “bu olay hakkındaki duygu ve düşüncelerimi nasıl değiştirebilirim?”, “rahatsız edici duygu ve düşüncelerin gelecekte ortaya çıkmasını nasıl önleyebilirim?” gibi sorulara cevap aramaya yönelttiğini belirtmiştir.

Nolen-Hoeksama ve Morrow’un (1991: 118) Loma Prieta depremi sonrasında yaptıkları çalışmada, ruminasyonu “deprem hakkındaki ruminasyon” olarak kavramsallaştırdıkları ve “depremin olduğu anı düşünmek”, “depremde ölenleri düşünmek”, “deprem sırasında neler olabilirdi diye düşünmek” şeklinde örneklendirdikleri görülmüştür. Yine bu çalışmada elde edilen sonuçlar, depremden on gün ve altı ay sonra yapılan değerlendirmelerde depreme ilişkin ruminasyon düzeyi yüksek olan üniversite öğrencilerinde TSSB belirtilerinin ve olumsuz duygudurumun daha yüksek olduğunu göstermiştir (Nolen-Hoeksama ve Morrow, 1991: 116-120).

Ehlers ve Clark da (2000: 330) travmatik yaşantı sonrasında olay ve sonuçları ile ilgili olan, “bu adil değildi”, “acaba önlenebilir miydi” gibi işlevsel olmayan bilişsel değerlendirmeleri ruminasyon olarak kavramsallaştırmış ve bunun TSSB’nin yeniden yaşantılama belirtileri için tetikleyici olduğunu belirtmiştir. Ruminasyonun TSSB belirtileri üzerindeki etkilerinin incelendiği çalışmalar, motorlu taşıt kazası geçiren katılımcılarda ruminasyonun ASB ve TSSB belirtilerini yordadığını göstermiştir (Ehring ve diğerleri, 2008: 492-504). Bir başka çalışmada ise ruminatif düşünceleri daha fazla kullanan katılımcıların TSSB ve depresyon belirtilerinin, çaresizlik, suçluluk, öfke gibi olumsuz duygularının daha yüksek olduğu, olumlu duygularının ise daha düşük düzeyde olduğu ortaya konulmuştur (Birrer ve Michael, 2011: 384-392).

Ruminasyon ve üstbilişler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, ruminasyona ilişkin olumlu üstbilişlerin ruminatif düşünceleri başlatıp arttırdığı; ancak ruminasyonun kontrol edilmezliğine ilişkin olumsuz üstbilişlerin ise psikopatolojiye yol açtığı belirlenmiştir (Papageorgiou ve Wells, 2003: 263-264). Öte yandan, olumlu üstbilişsel inançlar ve depresyon arasındaki ilişkide BDS değişkeni olarak ruminasyonun aracılık rolünün incelendiği bir çalışmada ise, olumlu üstbilişsel inançların ruminasyonu, ruminasyonun ise depresyon düzeyini pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Weber ve Exner, 2013: 1259).

Halvorsen ve diğerlerinin (2014: 36-38) araştırma sırasında depresyon tanısı olan, önceden depresyon tanısı almış ve iyileşmiş olan ve hiç depresif bozukluk tanısı almayan katılımcılarda üstbilişsel faktörler ve düşünceyi kontrol stratejilerinin nasıl farklılık gösterdiğini karşılaştırdıkları bir çalışmanın bulguları da Üstbilişsel Model ile tutarlılık göstermiştir. Bu doğrultuda, depresyon tanısı olan katılımcılarda olumsuz üstbilişsel inançların, düşünceyi kontrol ihtiyacının, ruminasyon düzeyinin, endişe ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejilerinin iyileşme göstermiş katılımcılardan ve hiç depresyon tanısı almamış olan katılımcılardan daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, önceden depresyon tanısı almış ve söz konusu araştırma sırasında iyileşmiş olan katılımcılarda ise, yeniden değerlendirme düşünce kontrol stratejisinin diğer iki örneklem grubundan daha yüksek; bilişsel güvensizliğin daha düşük olduğu görülmüştür.

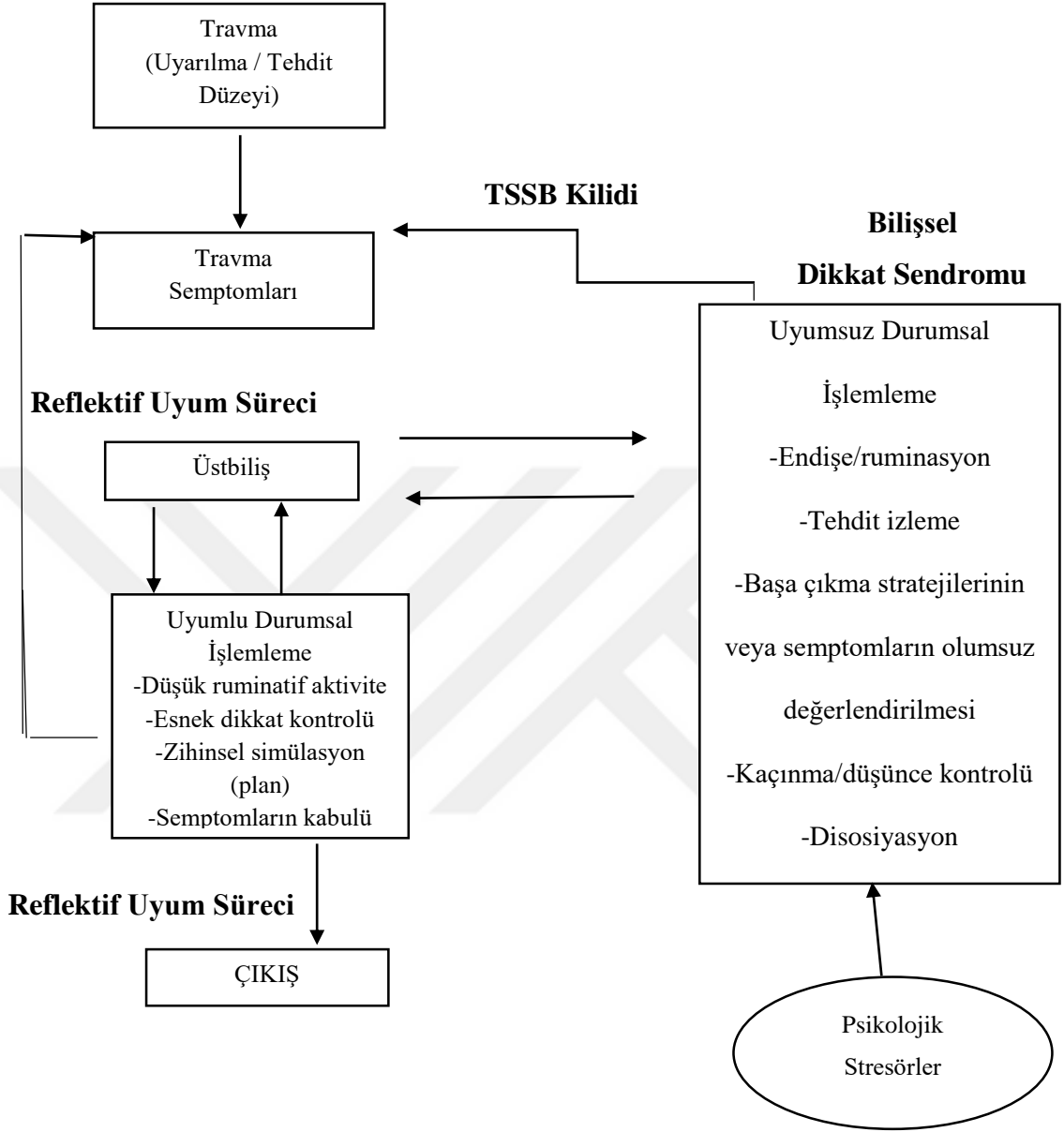
Diğer yandan, TSSB ve üstbilişler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan elde edilen bulgular ise, üstbilişler ile TSSB semptomları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu göstermekte ve bu çalışmalarda üstbilişsel inanışların ruminatif düşünceyi başlattığı ve sürdürdüğü belirtilmektedir (Matthews ve Wells, 2004: 128; Roussis ve Wells, 2006; Cook ve diğerleri, 2015: 211). Ayrıca, Doğu Azerbaycan'da deprem bölgesi olarak belirtilen bir bölgede yaşayan 678 lise öğrencisi ile gerçekleştirilen bir çalışmada da, Üst-Bilişler Ölçeği-30'dan (ÜBÖ-30) elde edilen toplam puan ile TSSB semptomları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Mazloom ve diğerleri, 2016: 96). Üniversite öğrencilerinde, stres verici yaşam deneyimi açısından final sınavlarının ele alındığı bir çalışmada, üstbilişsel faktörlerden olumsuz üstbilişsel inançların, bilişsel güvensizliğin ve düşünceyi kontrol ihtiyacının katılımcıların stres ve kaygı düzeylerini pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Spada ve diğerleri, 2010: 67-69).

Wells ve Colbear'ın (2012: 373-381) çalışmasında ise TSSB semptomlarının üstbilişsel inanışlarla bağlantılı olduğu; ruminasyon ve endişe ile dikkat ve semptomlar hakkındaki inanışlara müdahale etmenin TSSB belirtilerini azalttığı görülmüştür. Ruminasyonun BDS değişkeni olarak ele alındığı ve ebelik ve hemşirelik öğrencilerindeki üstbilişler ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık edip etmediğini inceleyen bir çalışmada da, ruminasyonun travma belleğine ilişkin olumlu ve olumsuz üstbilişler ile TSSB'nin intrusif düşünceler belirtisine aracılık ettiği

bulgulanmış; TSSB'nin Üstbilişsel Modeli ile tutarlı bir sonuç elde edildiği ifade edilmiştir (Bennett ve Wells, 2010: 320-323). Öte yandan, Türkiye'de yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde olumsuz deneyimleri olan katılımcılar ruminasyon düzeyi, üstbilişsel faktörler ve kaygı, depresyon değişkinleri açısından karşılaştırılmış; zorlu yaşam olayı deneyimlemenin tüm üstbilişsel faktörleri etkilediği ve ayrıca üstbilişsel faktörler ile ruminatif düşünmenin pozitif yönde bir ilişki gösterdiği rapor edilmiştir (Gündüz ve diğerleri, 2019: 1395-1398).



Şekil 1: TSSB'nin Üstbilişsel Modeli (Wells, 2009: 131)



1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

Bu araştırmanın temel amacı, yaygınlığı ve etkileri açısından üzerinde durulması gereken bir psikopatoloji olan TSSB'nin üstbilişsel modelini Türkiye örnekleminde incelemek ve işlevsel olmayan üstbilişler ve TSSB belirtileri arasındaki ilişkide, BDS olarak adlandırılan değişkenlerin (ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisi) aracılık rolünü test etmektir. Böylelikle uluslararası alanyazında güncel olarak çalışılan TSSB'nin üstbilişsel modeli Türkiye örnekleminde de incelenerek, kültürel geçerliğine dair başlangıç niteliğinde bir farkındalık oluşturulmuş olacaktır. Araştırmanın bir diğer amacı, TSSB ile ilişkili olan düşünce içeriklerinin ve üstbilişsel faktörlerin TSSB belirti kümelerini açıklamaya yaptıkları katkının karşılaştırmalı olarak incelenmesidir. Diğer bir deyişle, TSSB belirtilerinin anlaşılmasında üstbilişlerin, bilişlerin üzerinde ve ötesinde bir rolü olup olmadığının incelenmesi hedeflenmektedir. Böylelikle üstbilişlerin bilişsel faaliyetleri yöneten ve bilişsel içeriği belirleyen bir yatkınlık faktörü olduğu görüşü, aynı araştırma deseni içerisinde bilişler ve üstbilişler bir arada ele alınarak test edilebilmiş olacaktır. Yanı sıra, bu incelemenin farklı TSSB belirti kümeleri üzerinde yapılacak olması, biliş ve üstbilişlere dair incelemenin TSSB'ye özgü farklı karakteristeki belirtiler açısından daha detaylı şekilde ele alınabilmiş olmasını sağlayacaktır.

Araştırma kapsamında sınanması hedeflenen hipotezler ise şöyle sıralanabilir: Yaşamının herhangi bir noktasında en az bir kez çok stresli veya travmatik bir olay deneyimlemiş olan üniversite öğrencilerinde;

H1. Üstbilişsel faktörler TSSB belirtilerini pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H2. Üstbilişsel faktörler, BDS değişkenlerinden ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisi düzeylerini pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H3. BDS değişkenleri TSSB belirtilerini pozitif ve anlamlı bir yönde yordamaktadır.

H4. Üstbilişsel faktörler ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye BDS değişkenlerinden ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisi aracılık etmektedir.

H5. İşlevsel olmayan üstbilişler, travma ile ilişkili bilişler kontrol edildiğinde dahi TSSB belirti kümelerindeki artışı anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

1.5.1. Araştırmanın Önemi

TSSB belirtilerini başlatan ve sürdüren faktörlerin bütünsel şekilde anlaşılabilmesi değerlidir. Öte yandan, TSSB'nin Üstbilişsel Modelini inceleyen çalışmaların ülkemizdeki eksikliği, bu modelin toplumumuza uygunluğunu inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda bu araştırmanın temel amacı, TSSB'nin Üstbilişsel Modelinde önerilen belirli ilişki örüntülerini kültürümüzden seçilen bir örneklem grubu üzerinde incelemek, böylelikle modelin kültürümüzdeki geçerliğine yönelik giriş niteliğinde bir değerlendirme yapmaktır. Bu inceleme ile TSSB üzerinde ülkemizde yürütülecek üstbiliş odaklı çalışmalara zemin hazırlanmış olacağı düşünülmektedir. Öte yandan, ilgili alan yazında yer alan model testlerinin özellikle klinik gruplar üzerinde yürütüldüğü görülmektedir; bu çalışma ise Türkiye'de bir üniversite örneğinde yapılmakta ve TSSB tanısı olmayan bireylerde Üstbilişsel Model'in incelenmesine imkân sağlamaktadır. Buna karşılık, ilgili modelin toplumumuzdaki işlevliliğini gösteren klinik ve klinik olmayan örneklem üzerinde yürütülen çalışmalar biriktikçe, modele ilişkin üstbilişsel öğelerin ve tekniklerin, TSSB tedavisine yönelik müdahalelerde göz önünde bulundurulması mümkün olabilecektir.

Üstbilişsel model bilişsel modellere alternatif olarak ortaya atılmıştır. Bu doğrultuda bu araştırmanın bir diğer amacı, üstbilişlerin TSSB belirtilerini açıklama düzeyine, düşüncelerin içeriğine odaklanan travma sonrası bilişlerin ötesinde bir katkıda bulunup bulunmadığını incelemektir. Bu inceleme TSSB'nin üstbilişsel modeline ilişkin olarak yapılacak uluslararası incelemelere de katkı getirecek niteliktedir. İlgili alanyazında, bilişlere karşın üstbilişlerin ele alındığı araştırmalarla, TSSB'nin üstbilişsel modelinin test edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaç, gerek bozukluğa özgü modeller gerekse transdiagnostik üstbilişsel yaklaşım tarafından ileri sürülen, üstbilişlerin bilişsel içeriğin oluşmasının altında yatan temel mekanizma olduğu varsayımından doğmaktadır. İlgili alanyazında çeşitli bozuklukların belirtilerinin anlaşılmasında, biliş ve üstbilişlerin gücünün/öneminin karşılaştırıldığı çalışmalar mevcut olmakla birlikte, bu araştırmalar TSSB açısından oldukça kısıtlıdır. Bu anlamda, üstbilişlere yüklenen bu önemli rolün, TSSB açısından da ampirik olarak test edilebilmiş olması değerlidir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, ilk olarak bu araştırmada yer alan katılımcılar ve araştırmanın örneklem özellikleri hakkında bilgi verilecektir. Ardından araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla kullanılan veri toplama araçlarından bahsedilecektir. Son olarak ise araştırmanın uygulama süreci ve araştırmada kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri açıklanacaktır.

2.1. KATILIMCILAR

Araştırmaya katılım için ön koşul olarak 18 yaş ve üzerinde olmak, üniversite öğrenimine devam etmek ve yaşamı boyunca en az bir kez çok stresli/travmatik bir olay deneyimlemiş olmak kriterleri belirlenmiştir. Bu doğrultuda, bu çalışmanın örneklemini üniversite eğitimine (*ön lisans, yabancı dil/bilimsel hazırlık, lisans, yüksek lisans veya doktora*) devam eden ve yaşamları boyunca en az bir kez travmatik/çok stres verici olay deneyimlediğini (*olayı bizzat yaşamış/olaya şahit olmuş/olay yakın bir arkadaşının veya bir aile üyesinin başına gelmiş/olayla işi gereği karşılaşmış/olayın gerçekleştiğini öğrenmiş*) belirten 425 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır.

Örnekleme oluşturan katılımcıların %74.1'i ($n = 315$) kadın, %25.9'u ($n = 110$) erkektir. Katılımcıların yaş aralıklarının 18 ile 41 arasında değiştiği ve yaş ortalamalarının 22.29 olduğu görülmektedir. Medeni durumlarına bakıldığında katılımcıların %92.7'sinin ($n = 394$) bekâr, %5.9'unun ($n = 25$) evli ve %5'inin ($n = 2$) boşanmış olduğu öğrenilmiştir. Katılımcıların %4'ü ($n = 17$) hazırlık, %4.9'u ($n = 21$) ön lisans, %81.9'u ($n = 348$) lisans, %7.1'i ($n = 30$) yüksek lisans ve %2.1'i ($n = 9$) doktora eğitimlerine devam etmektedir. Öğrenciliğin yanı sıra herhangi bir işte çalıştığını ifade eden katılımcıların oranı %28.2'dir ($n = 120$) ve bu katılımcıların çeşitli meslek gruplarından oldukları (*örneğin araştırma görevlisi, kasiyer, kırtasiye çalışanı, psikolog, stajyer öğretmen, antrenör, müşteri temsilcisi, satış danışmanı, hemşire, mimar, mühendis, garson, turist rehberi, barista, muhasebeci, sosyal hizmet uzmanı, biyolog, fotoğrafçı, memur, vb*) görülmüştür. Katılımcıların farklı gelir

düzelelerinde oldukları, bununla birlikte katılımcıların %73.9'unun ($n = 314$) gelir düzeylerini "orta" olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların % 56'sı ($n = 238$) yaşamlarının büyük çoğunluğunu büyükşehirde, %28.7'si ($n = 122$) şehirde, %1.6'sı ($n = 7$) köyde geçirdiklerini bildirmiştir.

Verilerin toplandığı zaman diliminde bir psikiyatrik tanılarının olduğunu ifade eden katılımcılar örneklemin %9.4'ünü oluşturmaktadır ($n = 40$). Kaygı bozukluğu tanısı olduğunu açıklayan 14, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olduğunu açıklayan dokuz, majör depresif bozukluk tanısı olduğunu açıklayan sekiz ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olduğunu açıklayan iki katılımcı varken; birer katılımcı da bipolar duygudurum bozukluğu, disosiyatif kimlik bozukluğu, sosyal kaygı bozukluğu ve TSSB tanılarının olduğunu belirtmiştir. Ayrıca yaşadıkları sorun nedeniyle psikoterapi desteği alan altı, psikiyatrik ilaç desteği alan 12 ve hem psikiyatrik ilaç hem de psikoterapi desteği alan dokuz katılımcı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar bir ruh sağlığı uzmanından yardım almaya 1 hafta ile 5 yıl arasında devam etmekte olduklarını belirtmiştir ve bu süre ortalama 0.61 ay olarak hesaplanmıştır. Bunun yanı sıra verilerin toplandığı zaman diliminden önce yani geçmişte bir psikiyatrik tanısının olduğunu ifade eden katılımcıların oranı %15.3'tür ($n = 65$). Geçmişte aldıkları tanılar sorulduğunda majör depresif bozukluk tanısı olduğunu 18, kaygı bozukluğu tanısı olduğunu dokuz, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olduğunu yedi ve panik bozukluk tanısı olduğunu beş katılımcı açıklamıştır. Üçer katılımcı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, sınav kaygısı, sosyal kaygı bozukluğu ve yaygın kaygı bozukluğu tanısı olduğunu belirtmiştir. Son olarak iki katılımcı dürtü kontrol bozukluğu olduğunu ifade ederken; birer katılımcı da bipolar duygudurum bozukluğu, bulimia nevroza, davranım bozukluğu, kişilik bozukluğu ve uyku bozukluğu tanılarının olduğunu ifade etmiştir. Bu tanıları sebebiyle geçmişte psikoterapi desteği almış olan 13, psikiyatrik ilaç desteği almış olan on sekiz ve hem psikiyatrik ilaç hem de psikoterapi desteği almış olan 24 katılımcı olduğu belirlenmiştir. Bir uzman yardımı alan katılımcılar ise 1 hafta ile 3 yıl süre boyunca destek aldıklarını ifade etmiştir. Katılımcılara ait sosyo-demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcılara Ait Sosyo-demografik Değişkenler (N = 425)

Değişkenler	N	%	Ortalama	SS	Aralık
Cinsiyet					
Kadın	315	74.1			
Erkek	110	25.9			
Yaş	425		22.29	3.33	18-41
Medeni Durum					
Bekar	394	92.7			
Evli	25	5.9			
Boşanmış	6	1.4			
Geçmişte Psikolojik/Psikiyatrik Tanı					
Hayır	360	84.7			
Evet	65	15.3			
Geçmişte Bir Ruh Sağlığı Uzmanından Yardım					
Hayır	370	87.1			
Psikoterapi	13	3.1			
Psikiyatrik ilaç	18	4.2			
Psikoterapi + Psikiyatrik ilaç	24	5.6			

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu bölümde, araştırmada incelenen değişkenleri ölçmek ve hipotezleri test etmek için kullanılan veri toplama araçları anlatılacaktır. Araştırmada Sosyo-demografik Bilgi Formu (*Ek 1*), DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (*Ek 2*), Üstbilişler Ölçeği-30 (*Ek 3*), Travma Sonrası Bilişler Envanteri (*Ek 4*), Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği (*Ek 5*), Endişe Şiddeti Ölçeği (*Ek 6*) ve Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği (*Ek 7*) ve olmak üzere toplam yedi farklı ölçüm aracı kullanılmıştır.

2.2.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Bu form, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve psikiyatrik tanı geçmişleri hakkında bilgi almak için hazırlanmış toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Soruların 10 tanesi tüm katılımcılar tarafından cevaplanması gereken sorulardır, kalan sekiz soru ise kendilerinden bir önceki soruların yanıtlarına göre cevaplanmaktadır

(Örneğin “Öğrenciliğin yanı sıra herhangi bir işte çalışıyor musunuz?” sorusundan sonra “Çalışıyor iseniz ne iş yaptığınızı belirtiniz.” şeklinde bir soru yer almaktadır). Sorular katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, devam etmekte oldukları üniversite, bölüm ve eğitim düzeyleri, bir işte çalışıp çalışmadıkları ve çalışıyorlarsa ne iş yaptıkları, en uzun süre yaşadıkları yer ve aylık gelir düzeyleri hakkında bilgi almaya yöneliktir. Bunların yanında katılımcıların veri toplama süreci sırasındaki psikiyatrik durumları ile psikiyatrik geçmişlerini öğrenmek amacıyla sorulan sekiz adet soru da bulunmaktadır. Katılımcılara mevcut zaman dilimi içerisinde bir psikiyatrik tanılarının olup olmadığı, eğer tanıları varsa bir ruh sağlığı uzmanından yardım alıp almadıkları ve yardım alıyorlarsa buna ne kadar süredir devam ettikleri de sorulmaktadır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu formda aynı zamanda katılımcıların veri toplama süreci öncesindeki psikiyatrik tanı geçmişleri ve eğer geçmişte almış oldukları tanıları varsa, tedavi için bir uzmandan yardım alıp almadıklarına yönelik iki soru da yer almaktadır. Sosyo-demografik bilgi formuna Ek-1’de yer verilmiştir.

2.2.2. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TKL-5) ve Yaşam Olayları Listesi-5 (YOL-5)

TKL-5 (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx ve Schnurr, 2013) TSSB tanı ölçütlerini DSM-5’e uygun olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek, çok stresli/travmatik bir olay deneyimlemiş bireylerin son bir ay içerisinde o olayla ilgili olarak yaşadıkları belirtilerden ne derece rahatsız olduklarını belirlemeye yönelik 20 sorudan oluşmaktadır (örn. “*Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?*”). Ölçek 5’li likert tipi olup, her bir soruda bireylerden belirtilen durumları ne şiddetle yaşadıklarını *hiç (0)* ile *aşırı (4)* arasında derecelendirmeleri istenmektedir.

TKL-5, DSM-III-R’da yer alan TSSB kriterlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen TSSB Kontrol Listesi (PCL) (Weathers, Litz, Herman, Huska ve Keane, 1993: 1-3) ölçeğinin DSM-5’e uygun olarak revize edilmesi ile oluşturulmuştur. PCL, 17 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçekte katılımcıların *yeniden yaşama (B)*, *kaçınma (C)* ve *uyarılmışlık (D)* semptom kümelerine dair belirtilerini

derecelendirmeleri istenmektedir. DSM-III-R'a uygun olan bu ölçüm aracının psikometrik çalışmalar sonunda geçerli ve güvenilir olduğu görülmüştür. PCL, DSM-IV ile birlikte revize edilmiş ve burada yer alan TSSB tanı kriterlerini değerlendirmeye uygun bir hale getirilmiştir. Blanchard ve diğerleri (1996: 3-4) tarafından motor kazası geçiren ve cinsel saldırıya maruz kalan katılımcılarla yapılan psikometri çalışmalarında PCL'nin bu formunun da TSSB belirtilerini değerlendirmeye uygun bir ölçüm aracı olduğu görülmüştür. DSM-IV'e uygun olarak revize edilen PCL'nin askeri personelin yaşadığı TSSB belirtilerini değerlendirmeye yönelik olan PCL-M (military), geçmişte yaşanan travmatik deneyimlerin etkilerini değerlendirmek için olan PCL-C (civilian) ve diğer stres verici olayların etkilerini incelemek için geliştirilen PCL-S (specific) olmak üzere üç farklı versiyonu bulunmaktadır.

TKL-5 ile birlikte ise bu versiyon farklılıkları ortadan kalkmıştır. Ancak TKL-5 de üç farklı form şeklinde uygulanabilmektedir. TKL-5 ile beraber sunulan "A kriteri" formu, DSM-5'te TSSB tanısı için "bireyin ölüm veya ölüm tehdidi ya da cinsel şiddet içeren bir olayla karşılaşmış olması" (APA, 2014: 146) şeklinde ifade edilen tanı ölçütü ile ilgilidir. TKL-5, A kriteri formu olmadan, A kriteri formu ve Yaşam Olayları Listesi-5 (YOL-5) ile ve A kriteri formu ile birlikte sunulmaktadır (Weathers ve diğerleri, 2013). Katılımcıların TSSB'nin *yeniden yaşantılama (B)*, *kaçınma (C)*, *biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler (D)* ve *aşırı uyarılmışlık (E)* semptom kümelerine dair soruları yanıtladığı TKL-5'te puanlar 0 ile 80 arasında değişmekte olup kesme puanı 33 olarak ifade edilmektedir.

Blevins ve diğerleri (2015: 493-495) tarafından travmatik bir olaya maruz kalan üniversite öğrencileri ile yürütülen ilk psikometri çalışmasında TKL-5'in test-tekrar test güvenilirliği .85, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise .94 olarak bulunmuştur. TKL-5'in uyum geçerliliğine bakıldığında, ölçeğin toplam puanının Travma Sonrası Tanı Ölçeği (PDS) ile .85, TSSB Kontrol Listesi-Spesifik (PCL-S) ile .85 ve Detaylandırılmış Travma Sonrası Stres Değerlendirme Ölçeği (DAPS) ile .84 korelasyon katsayısına sahip olduğu belirlenmiş ve bu doğrultuda TKL-5'in uyum geçerliliğine sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca TKL-5'in antisosyal kişilik özellikleri ve mani ile arasındaki korelasyon katsayısının sırasıyla .39 ve .31 olduğu ve bunun da ölçeğin ayırt edici geçerliliğine işaret ettiği ifade edilmiştir. Bovin ve diğerlerinin (2016: 1384-1387) gaziler ile yaptığı çalışmada da benzer şekilde ölçeğin test-tekrar test

güvenirliğinin .86, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .96 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada ölçeğin toplam puanının PCL-C ile .87, Hasta Sağlık Anketi (PHQ) Somatoform alt boyutu ile .74 ve Yaygın Kaygı Bozukluğu alt boyutu ile .67 düzeyinde; Alkol Bağımlılığı alt boyutu ve Psikopati Kişilik Anketi (PPI) ile sırasıyla .14 ve .08 düzeyinde bir korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgular da ölçeğin uyum geçerliğine ve ayırt edici geçerliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Yaşam Olayları Listesi-5 (YOL-5) ise (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx ve Keane, 2013) TSSB belirtilerini değerlendiren ölçüm araçlarıyla birlikte kullanılan ve bireylerin deneyimlediği çok stresli/travmatik olaylar ile her bir travmatik olayı nasıl deneyimledikleri hakkında geniş bilgi almaya yönelik olan bir yaşam olayları listesidir. Bu liste ile DSM-5'te TSSB tanı ölçütleri arasında belirtilen "*bireyin travmatik olaya maruz kalma*" koşulunun katılımcılarda mevcut olup olmadığını görmek amaçlanmaktadır. Çok stresli/travmatik olarak adlandırılan olaylardan oluşan 16 maddelik bir liste ile bu listede tanımlanmayan fakat katılımcıların deneyimlediği "*diğer*" çok stresli/travmatik olayları belirlemeye yönelik bir maddeden oluşmaktadır. Bireyler listede yer alan 17 olay için de "*olay benim başıma geldi*", "*olaya tanık oldum*", "*olayın yaşandığını öğrendim*", "*olayla işim gereği karşılaştım*", "*emin değilim*" ve "*böyle bir olayı hiç yaşamadım*" yanıtlarının kendilerine uygun olanlarından birini veya birden fazlasını işaretleyerek olayı nasıl deneyimlediklerini belirtmektedir. YOL-5'ten sayısal bir ölçek puanı elde edilmemektedir. Bu nedenle YOL-5'in psikometrik özellikleri incelenmemiş olup DSM-IV'e uygun olarak geliştirilmiş LEC formundan çok fazla farklılaşmayacağı öngörülmektedir (Weathers ve diğerleri, 2013b).

TKL-5'in Türkçe uyarlaması Boysan ve diğerleri (2017: 306-316) tarafından TSSB tanısı alan 29, majör depresif bozukluk tanısı alan 73 kişiden oluşan 462 kişilik bir örnekleme yapılmıştır. YOL-5'e bakıldığında %89.3'ü en az bir travmatik/çok stresli olay deneyimlemiş olan katılımcılar, en sık yaşadıkları olayın doğal afet olduğunu ifade etmişlerdir. Formun iç tutarlılık katsayısı için Kuder-Richardson analizi yapılmış ve iç tutarlılığın klinik örnekleme .66, klinik olmayan örnekleme .61 olduğu hesaplanmıştır. TKL-5'in test-tekrar test katsayısı .80, iç tutarlılık katsayısı ise tüm ölçek için .94, yeniden yaşantılama, kaçınma, biliş ve duygudurumda olumsuz değişimler ve aşırı uyarılma alt boyutları için ise .78 ile .87 arasında rapor edilmiştir.

Türkçe Travmatik Belirtiler Ölçeği (TBÖ-40), Disosiyasyon Şiddeti Ölçeği (DŞÖ), Travma Sonrası Bilişler Envanteri (TSBE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılarak TKL-5'in uyum geçerliğine bakılmıştır. Bu doğrultuda TKL-5 toplam puanı ile bu ölçekler arasındaki korelasyon katsayılarının sırasıyla .75, .53, .61, .64 ve .66 olduğu rapor edilmiş ve TKL-5'in uyum geçerliliğine sahip olduğu belirtilmiştir.

En az bir çok stresli/travmatik olay yaşadığını belirten katılımcılarla yürütülen mevcut çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının toplam TKL-5 puanı için .94, yeniden yaşantılama alt boyutu için .86, kaçınma alt boyutu için .79, biliş ve duygudurumda olumsuz değişimler alt boyutu için .88 ve aşırı uyarılmışlık alt boyutu için .84 olduğu hesaplanmıştır. TKL-5 ve YOL-5 formları Ek-2'de yer almaktadır.

2.2.3. Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

ÜBÖ-30 (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 386-394) çeşitli psikiyatrik bozuklukların üstbilişsel modelinde yer alan üstbilişsel inançlar, yargılar ve tehdit izleme eğilimlerine yönelik bireysel farklılıkları değerlendirmek amacıyla, Cartwright-Hatton ve Wells (1997: 279-296) tarafından geliştirilen 65 maddelik ÜBÖ'nün 30 maddelik kısa versiyonu olarak oluşturulmuştur. Ölçek, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkili olan üstbilişsel faktörleri değerlendirmektedir. Katılımcıların 1 (*katılmıyorum*) ile 4 (*tamamen katılıyorum*) arasında yanıtladıkları ölçek, 4'lü likert tipi olarak adlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişmekte ve yüksek puanlar üstbilişsel inançlarda patolojik bir yükselmeye işaret etmektedir.

Wells ve Cartwright-Hatton'un (2004: 386-394) 182 yetişkin ile gerçekleştirdikleri çalışmada, ölçeğin faktör yapısı, Cronbach-alfa güvenilirlik katsayısı ve uyum geçerliğine bakılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, uzun versiyonunda yer alan beş faktör, 30 maddelik versiyonunda da gözlemlenmiştir. Buna göre, ÜBÖ-30 da endişe hakkında olumlu inançlar, endişenin kontrol edilmezliği ve tehlikesi hakkında olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceyi kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ayrıca ölçeğin Cronbach-alfa iç tutarlılık katsayısının .93 olduğu, sırasıyla patolojik endişe, obsesif-

kompulsif bozukluk belirtileri ve sürekli kaygıyı değerlendiren Penn Eyalet Endişe Ölçeği (PEEÖ), PADUA Envanteri ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) ile ÜBÖ-30 arasındaki korelasyonlara bakıldığında da ölçeğin uyum geçerliğine sahip olduğu rapor edilmiştir. Spada ve diğerlerinin (2008: 239-241) 1304 katılımcı ile yürüttükleri çalışmada da ÜBÖ-30'un bahsedilen beş faktöre ve yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu görülmüş, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS) ile arasındaki bağlantı ise ölçeğin yordayıcı geçerliğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

ÜBÖ-30'un Türkçe uyarlama çalışması Yılmaz ve diğerleri (2008: 426-437) tarafından 561 üniversite öğrencisi ve çalışanından oluşan bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Türkçe ÜBÖ-30'un da orijinali ile benzer şekilde beş faktörden oluştuğu görülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı toplam puan için .87, endişe hakkında olumlu inançlar alt boyutu için .89, endişenin kontrol edilmezliği ve tehlikesi hakkında olumsuz inançlar alt boyutu için .80, bilişsel güvensizlik alt boyutu için .89, düşünceyi kontrol ihtiyacı alt boyutu için .73 ve bilişsel farkındalık alt boyutu için .80 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca Türkçe ÜBÖ-30'un test-tekrar test güvenirlik katsayısı toplam puan için .80'dir. Sırasıyla patolojik endişe, obsesif-kompulsif bozukluk, sürekli kaygı, depresyon ve kaygı belirtilerini değerlendiren PEEÖ ($r = .58$), PADUA Envanteri ($r = .50$), DSKE ($r = .49$), BDE ($r = .37$) ve BAE ($r = .39$) ile ÜBÖ-30 arasındaki korelasyonlara bakıldığında ise, ölçeğin uyum geçerliğine sahip olduğu saptanmıştır.

En az bir çok stresli/travmatik olay yaşadığını belirten katılımcılarla yürütülen mevcut çalışmada Cronbach alfa güvenirlik katsayısı toplam puan için .88, endişe hakkında olumlu inançlar alt boyutu için .84, endişenin kontrol edilmezliği ve tehlikesi hakkında olumsuz inançlar alt boyutu için .86, bilişsel güvensizlik alt boyutu için .78, düşünceyi kontrol ihtiyacı alt boyutu için .70 ve bilişsel farkındalık alt boyutu için .71 olarak rapor edilmiştir. ÜBÖ-30 adlı form Ek-3'te mevcuttur.

2.2.4. Travma Sonrası Bilişler Envanteri (TSBE)

TSBE (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, ve Orsillo, 1999: 303-311) travmatik olaylardan sonra bireylerde var olan olumsuz bilişleri değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir. 36 maddeden oluşan 7'li likert tipi bir ölçektir.

Katılımcılar her maddeyi 1 (*kesinlikle katılmıyorum*), 4 (*nötrüm*), 7 (*tamamıyla katılıyorum*) arasındaki yanıtlara göre işaretlemektedir. Foa ve diğerlerinin (1999: 304-309) yürüttüğü ölçek geliştirme çalışması 110'u kronik ya da akut TSSB yaşayan, 392'si en az bir travmatik olay deneyimlemiş olan 601 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada yapılan faktör analizine göre, ölçeğin *benlik hakkında olumsuz bilişler*, *dünya hakkında olumsuz bilişler* ve *travmatik olay hakkında kendini suçlama* olmak üzere üç farklı alt boyuttan oluştuğu görülmüştür. Her bir faktör sırasıyla varyansın %48.5, %4 ve %3.4'ünü açıklamaktadır. Benlik hakkında olumsuz bilişler alt boyutunda 21 adet, dünya hakkında olumsuz bilişler alt boyutunda yedi adet ve travmatik olay hakkında kendini suçlama alt boyutunda beş adet madde bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 13, 32 ve 34. maddeler puanlamaya katılmamaktadır. Toplam puan, her bir alt boyutun toplamının o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir.

TSBE'nin orijinal versiyonunda ölçeğin toplam Cronbach alfa iç tutarlık değeri .97, alt boyutların iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla .97, .58 ve .86 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca TSBE'nin test-tekrar test katsayısının .74 olduğu ve ölçeğin travmatize olan ve olmayan katılımcıları ayırt ettiği ifade edilmiştir (Foa ve diğerleri, 1995: 307-311).

TSBE'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç, Kalafat, Boysan ve Barut (2013: 148-151) tarafından travmatik bir olay deneyimlediğini belirten 653 katılımcı ile yürütülmüştür. Bu çalışmada da TSBE'nin Türkçe versiyonunun orijinaliyle benzer şekilde üç alt boyuttan oluştuğu, toplam Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının .93, alt boyutların iç tutarlılık katsayılarının benlik hakkında olumsuz bilişler, dünya hakkında olumsuz bilişler ve travmatik olay hakkında kendini suçlama alt boyutları için sırasıyla .92, .82 ve .73 olduğu, TSBE'nin BDE ile değerlendirilen depresyon, BAE ile değerlendirilen kaygı ve Disosiyatif Deneyimler Ölçeği (DES) ile değerlendirilen disosiyatif belirtileriyle pozitif yönde yüksek ilişki gösterdiği rapor edilmiştir.

En az bir çok stresli/travmatik olay yaşadığını belirten katılımcılarla yürütülen mevcut çalışmada da TSBE'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı toplam ölçekte .96, benlik hakkında olumsuz bilişler alt boyutunda .95, dünya hakkında olumsuz

bilişler alt boyutunda .90 ve travmatik olay hakkında kendini suçlama alt boyutunda .69 olarak hesaplanmıştır. TSBE Ek-4'te yer almaktadır.

2.2.5. Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği (TDÖ)

Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği (McEvoy, Mahoney ve Moulds, 2010: 361-365), kişilerin stres verici/olumsuz bir yaşam olayının ardından bu olay ve olayın sonuçları ile ilgili olarak tekrar eden olumsuz düşünme (ruminasyon) eğilimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir ve tanılararası bir ölçüm aracıdır. 31 maddeden oluşan TDÖ, 5'li likert tipi bir ölçektir ve katılımcıların her bir maddeyi 1 (*hiç*), 3 (*biraz*), 5 (*çok*) yanıtları arasında değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin orijinal versiyonu iki faktörlüdür. Faktörlerden biri 27 maddeden oluşmakta ve *Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünme (TOD)* olarak adlandırılmaktadır. Diğer faktör ise ters puanlanan 2, 14, 18, 20 maddelerinden oluşmakta ve *Tekrarlayıcı Düşünmenin Yokluğu (TDY)* olarak belirtilmektedir.

Ölçeğin ilk psikometri çalışması McEvoy ve diğerleri (2010: 361-365) tarafından üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya göre, Crobach alfa iç tutarlılık katsayısı TOD alt boyutu için .93, TDY alt boyutu için ise .72 olarak hesaplanmıştır. TOD alt boyutunun kaygı, depresyon, öfke, utanç ve genel stres ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca TOD alt boyutu ile olumlu ve olumsuz üstbilişler, bilişsel kaçınma, düşünce baskılama ve düşünce kontrol stratejileri arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu da rapor edilmiştir. TDÖ'nün psikometrik özelliklerinin incelendiği çalışmalardan biri de Mahoney, McEvoy ve Moulds (2012: 513-516) tarafından kaygı bozukluğu ve depresif bozukluk tanısı almış katılımcılar ile yürütülmüştür. İlk çalışma ile benzer olarak, bu çalışmada da TDÖ'nün iki alt boyuttan oluştuğu, iç tutarlılığının yüksek olduğu, ayrıca uyum geçerliliği ve ayırt edici geçerliliğinin mevcut olduğu görülmüştür.

Ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması Gülüm ve Dağ (2012: 218-222) tarafından üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, Türkçe TDÖ'nün orijinal versiyonundan farklı olarak tek faktörden oluştuğu, ters puanlanan maddelerin (2, 14, 18, 20) ayrı bir faktörde yer almadığı ifade edilmiştir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .94 ve test-tekrar test değerinin ise .26 olduğu

görülmüştür. Ayrıca Türkçe TDÖ ile depresyon ve kaygı belirtileri arasında da düşük fakat olumlu bir ilişki olduğu rapor edilmiştir.

En az bir çok stresli/travmatik olay yaşadığını belirten katılımcılarla yürütülen mevcut çalışmada TDÖ'nün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .95 olarak bulunmuştur. TDÖ formu EK-5'te bulunmaktadır.

2.2.6. Endişe Şiddeti Ölçeği (EŞÖ)

EŞÖ (Gladstone, Parker, Mitchell, Malhi, Wilhelm ve Austin, 2005: 877-890) psikopatolojilerde görülen ve duygusal rahatsızlık ile bağlantılı olan işlevsel olmayan endişe ile endişenin şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir. Psikiyatrik bozukluklar ile endişenin ilişkisine bakarken endişenin normal/patolojik olarak ayrılmasının yerine endişe şiddetinin boyutsal olarak ele alınması amaçlanmıştır. Sekiz maddeden oluşan, 4'lü likert tipi ölçekte katılımcıların maddeleri genel durumlarına ne kadar uygun olduklarına göre 0 (*kesinlikle doğru değil*) ile 3 (*tamamen doğru*) arasında derecelendirmeleri istenmektedir. İşlevsel olmayan endişenin içerikleri sekiz madde için de sırasıyla “işlevsellikte bozulma”, “kontrol edilemezlik”, “duygudurum bozuklukları ile ilişki”, “kararsızlık ve problem çözmenin engellenmesi ile ilişki”, “kaygı ile ilişki”, “felaketleştirme bilişleri”, “endişe hakkında endişe”, “olumsuz duygusal sonuçlar” olarak ifade edilmektedir (Gladstone ve diğerleri, 2005: 884).

Gladstone ve diğerleri (2005: 877-890) tarafından EŞÖ'nün psikometrik özelliklerini incelemek amacıyla yürütülen çalışma, depresif bozukluk tanısı olan katılımcılar ve doğum öncesinde olan katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya göre, faktör analizi yapıldığında ölçeğin tek boyuttan oluştuğu, depresif bozukluk tanısı olan katılımcılarda varyansın %67'sini, doğum öncesinde olan katılımcılarda ise %56'sını açıkladığı görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .92 olduğu ve ayırt edici geçerliğinin bulunduğu rapor edilmiştir (Gladstone ve diğerleri, 2005: 884-888).

EŞÖ'nün Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Tunay ve Soygüt (2009: 70-73) tarafından 380 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür. Yapı geçerliğini incelemek amacıyla yürütülen faktör analizi sonucunda tek faktörün

varyansın %56'sını açıkladığı saptanmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .88, test-tekrar test katsayısı da .76 olarak ifade edilmiş ve sonuç olarak Türkçe EŞÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirtilmiştir.

En az bir çok stresli/travmatik olay yaşadığını belirten katılımcılarla yürütülen mevcut çalışmada EŞÖ'nün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .90 olduğu hesaplanmıştır. EŞÖ formu Ek-6'da mevcuttur.

2.2.7. Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği (DKÖ)

Wells ve Davies (1994: 871-877) tarafından geliştirilen DKÖ, bireylerin istenmeyen ve/veya hoş gitmeyen düşüncelerini kontrol etmek amacıyla kullandıkları, psikopatolojiler ve strese yatkınlık ile ilişkili olan stratejileri değerlendirmektedir. Düşünce kontrol stratejilerine yönelik olan toplam 30 madde için de katılımcıların 1 (*asla*) ile 4 (*hemen her zaman*) arasında yanıt vermeleri istenmektedir. DKÖ'nün 229 katılımcı ile yürütülen orijinal çalışmasında (Wells ve Davies, 1994: 871-877) yapılan faktör analizlerine göre ölçek, her biri altışar maddeden oluşan beş farklı alt boyuta sahiptir. Bu alt boyutlar *dikkat dağıtma*, *sosyal kontrol*, *endişe etme*, *kendini cezalandırma* ve *yeniden değerlendirme* olarak adlandırılmıştır. Sosyal kontrol alt boyutunda yer alan 5, 8 ve 12. maddelerin ters madde olarak puanlandıkları ve ölçeğin toplam puanının katılımcıların her bir maddeye verdikleri yanıtlarının toplanmasıyla elde edildiği ifade edilmiştir.

Ölçeğin psikometrik özellikleri incelendiğinde, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı dikkat dağıtma için .72, sosyal kontrol için .79, endişe etme için .71, kendini cezalandırma için .64 ve yeniden değerlendirme için .67 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test korelasyon katsayısının toplam puan için .83 olduğu, alt boyutlar için de .67 ile .83 arasında değiştiği rapor edilmiştir (Wells ve Davies, 1994: 871-877).

DKÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yorulmaz ve Gençöz (2008: 3-11) tarafından 309 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun faktör yapısının orijinali ile uyumlu, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının ise toplam puan için .78, alt boyutlar için de .66 ile .79 arasında olduğu

saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda DKÖ Türkçe versiyonun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ifade edilmiştir.

En az bir çok stresli/travmatik olay yaşadığını belirten katılımcılarla yürütülen mevcut çalışmada DKÖ alt boyutlarının Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı incelendiğinde dikkat dağıtma için .76, sosyal kontrol için .40, endişe etme için .81, kendini cezalandırma için .73 ve yeniden değerlendirme için .68 olarak bulunmuştur. DKÖ Ek-7’de yer almaktadır.

2.3. İŞLEM

Araştırma öncesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu’na başvuru yapılmış, 19.04.2017 tarihinde yapılan toplantıda alınan karar ile kuruldan izin alınmış (Etik kuruldan alınan onay formu Ek-8’de mevcuttur) ve ardından veri toplama süreci için hazırlıklar tamamlanmıştır. Veri toplama süreci Türkiye’de yer alan çeşitli üniversitelerde öğrenimine devam eden katılımcılara ulaşmak amacıyla hazırlanan çevrimiçi bir link ve ayrıca klasik kağıt kalem yöntemi bir arada kullanılarak yürütülmüştür. Veri seti sunulmadan önce araştırmanın amacı, araştırmaya katılım koşulları, katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu, katılımcıların istedikleri zaman araştırmadan çekilme haklarının olduğu, verilerin bireysel olarak değerlendirilmeyeceği, araştırmada gizlilik ilkesinin esas olduğu ve araştırmanın ne kadar süreceğine dair detaylı açıklamaların yer aldığı bilgilendirilmiş onam formu katılımcılara verilmiştir (Bilgilendirilmiş Onam Formu Ek-9’da mevcuttur). Klasik yöntemle veri toplarken araştırmaya dair sözlü açıklamaların da sunulmasının akabinde, gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve araştırmaya katılım koşulunu sağlayan katılımcılar öz-bildirim formlarından oluşan veri setini yanıtlamışlardır. Veri toplama araçları setinin yanıtlanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

2.4. VERİLERİN ANALİZİ

Veriler IBM SPSS Statistics 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bu kapsamda, elde edilen veriler önce araştırmaya katılım için travmatik bir olay yaşamış

olma koşuluna yönelik olarak incelenmiş ve bu amaçla, YOL-5’te yer alan maddeleri “emin değilim” veya “bana uygun değil” olarak işaretleyenler ile diğer yanıtlarla beraber bu seçenekleri işaretlediği belirlenen 36 katılımcı veri setinin dışında tutulmuştur. Veri girişinin ardından eksik (missing) veriler tespit edilmiş ve ilgili ölçüm aracının %10’undan daha az boş olan veriler o değişken için tüm katılımcıların ortalaması kullanılarak düzenlenmiştir. Ölçüm araçlarının toplam puanları ve faktörleri için değişkenlerin oluşturulmasının ardından, Skewness-Kurtosis çarpıklık-basıklık değerlerine, histogram ve normal dağılım grafiklerine bakılarak verilerin normal dağılıp dağılmadığı test edilmiş ve bu yöntemler verilerin normal dağılıma sahip olduğuna işaret etmiştir. Temel analizlere geçmeden Mahalonobis Distances katsayısı kullanılarak uç değer analizi (*multivariate outlier*) yapılmıştır. Beş adet uç veri olduğu tespit edilerek veri setinden çıkarılmış ve bu incelemelerin ardından araştırma hipotezlerine yönelik analizler 425 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma hipotezleri ile ilgili veri analizlerine bakıldığında, BDS değişkenlerinin üstbilişsel faktörler ile TSSB belirtilerine aracılık edip etmediği yönündeki hipotezler Process Macro analiz yönteminin 3.3. sürümü kullanılarak test edilmiştir. Diğer yandan, travma sonrası bilişler kontrol edildiğinde işlevsel olmayan üstbilişsel faktörlerin TSSB belirtilerini yordamalarına yönelik hipotez için ise kontrol değişkenleri için “enter” yöntemi kullanılarak IBM SPSS Statistics 23.0 programı üzerinde hiyerarşik regresyon analizleri yürütülmüştür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde öncelikle betimleyici istatistikler sunulacak, ardından değişkenler arasındaki ilişkilere bakılacak ve son olarak araştırmanın temel hipotezlerinde ifade edilen model testi ve hiyerarşik regresyon analizi bulgularına yer verilecektir.

3.1. TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARINA İLİŞKİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER

Katılımcıların Yaşam Olayları Listesi-5'te her bir travmatik yaşam olayı için tüm yaşamlarını göz önünde bulundurarak olayları deneyimleyip deneyimlemediklerini işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcıların yanıtlarına bakıldığında olayı bizzat deneyimleme, olaya şahit olma, olayın bir aile üyesi veya yakın bir arkadaşın başına geldiğini öğrenme, olayla işi gereği karşılaşma seçeneklerinin katılımcıların "olayı deneyimledikleri"ne; emin değilim ve uygun değil seçeneklerinin ise "olayı deneyimlemedikleri"ne işaret ettiği kabul edilmiştir.

Katılımcıların travmatik yaşam olaylarına ilişkin yanıtları Tablo 2'de sunulmuştur. Katılımcıların YOL-5 formunda birden fazla işaretleme yapabilmeleri tespit edilen toplam sayılar ve oranlar üzerinde etkilidir. Tablo 2'de yer alan bulgular da bu toplam işaretleme sayısına göre yorumlanmıştır.

Bizzat deneyimlenen olaylara bakıldığında katılımcıların sırasıyla doğal afet ($n = 192$), seyahat ederken kaza ($n = 139$) ve YOL-5'te yer almayan başka herhangi bir çok stresli olay veya deneyim ($n = 144$) olarak belirtilen yaşam olaylarını en çok yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca fiziksel saldırı ($n = 86$) ile işte, evde ve eğlenceli bir etkinlik sırasında kaza ($n = 54$) da katılımcıların bizzat yaşadıklarını en sık ifade ettiği olaylardandır. Katılımcıların bizzat deneyimlediklerini en az ifade ettikleri yaşam olaylarının ise ani, vahşice ölüm ($n = 6$), esaret ($n = 7$) ve bir savaş bölgesinde çatışmaya girme veya ateş altında kalma ($n = 8$) olduğu dikkat çekmektedir.

Katılımcıların bir başkasının başına geldiğine şahit olduğu olaylar açısından bakıldığında en sık seyahat ederken kaza ($n = 103$), fiziksel saldırı ($n = 100$) ve yangın ya da patlama ($n = 91$) olaylarını işaretledikleri ve bunları ani kaza sonucu ölüm

($n = 75$) ile hastalık veya yaralanma ($n = 74$) olaylarının takip ettiği görülmektedir. En az şahit olunan olaylar ise esaret ($n = 8$) ve katılımcıların bir başkasının ölümüne veya ciddi bir şekilde yaralanmasına neden olmaları ($n = 10$) şeklindedir.

Bir aile üyesinin veya yakın bir arkadaşın başına geldiği öğrenilen yaşam olaylarında katılımcılar en sık ani kaza sonucu olan ölüm ($n = 138$), doğal afet ($n = 133$), yangın ya da patlama ($n = 118$) ve seyahat ederken kaza ($n = 105$) olaylarının yaşandığını öğrendiklerini belirtmişlerdir. Bunları takiben katılımcıların cinsel saldırı ($n = 96$), işte, evde veya eğlenceli bir etkinlik sırasında kaza ($n = 91$) ve ani, vahşice ölüm ($n = 89$) seçeneklerini de bir yakınlarının başına gelmesini öğrenerek tecrübe ettikleri dikkat çekmektedir. Bir başkasının ölümüne veya ciddi bir şekilde yaralanmasına neden olma ($n = 16$) ve ciddi ıstırap çekme ($n = 38$) olaylarının da katılımcıların en az sıklıkla öğrendiği olaylar olduğu görülmektedir.

Katılımcıların işleri gereği en sık karşılaştıkları olaylar zehirli maddeye maruz kalma ($n = 9$) ve ciddi ıstırap çekme ($n = 7$) iken; esaret ($n = 1$) ve doğal afet ($n = 1$) de katılımcıların işleri gereği en az karşılaştıkları olaylardır.

YOL-5'te yer alan çok stresli/travmatik yaşam olaylarının her biri için olayların deneyimlenmesi emin değilim ve bana uygun değil seçenekleri dışarıda tutularak ve nasıl deneyimledikleri ayrıştırılmadan değerlendirilebilmektedir. Bu doğrultuda da mevcut çalışmaya katılan katılımcıların en fazla deneyimledikleri yaşam olayları doğal afet ($n = 386$) ile seyahat ederken kaza ($n = 339$) ve en az deneyimledikleri yaşam olayları da bir başkasının ölümüne veya ciddi bir şekilde yaralanmasına neden olma ($n = 43$) ile esaret ($n = 69$) olarak belirlenmektedir.

Tablo 2: Katılımcıların Travmatik Yaşam Olaylarına Göre Dağılımı (N = 425)

Ölçek Maddesi	Bizzat Yaşadım <i>n</i> (%)	Şahit Oldum <i>n</i> (%)	Öğrendim <i>n</i> (%)	İşim gereği <i>n</i> (%)	Emin Değilim <i>n</i> (%)	Bana uygun değil <i>n</i> (%)
1. Doğal afet (örneğin sel, deprem, tufan, hortum)	192 (%45.2)	60 (%14.1)	133 (%31.3)	1 (%0.2)	11 (%2.6)	56 (%13.2)
2. Yangın ya da patlama	42 (%9.9)	91 (%21.4)	118 (%27.8)	5 (%1.2)	24 (%5.6)	155 (%36.5)
3. Seyahat ederken kaza (örneğin araba kazası, gemi kazası, tren kazası, uçak kazası)	139 (%32.7)	103 (%24.2)	105 (%24.7)	2 (%0.5)	30 (%7.1)	79 (%18.6)
4. İşte, evde veya eğlenceli bir etkinlik sırasında ciddi kaza	54 (%12.7)	44 (%10.4)	91 (%21.4)	5 (%1.2)	61 (%14.4)	177 (%41.6)
5. Zehirli maddeye maruz kalma	21 (%4.9)	27 (%6.4)	71 (%16.7)	9 (%2.1)	37 (%8.7)	266 (%62.6)
6. Fiziksel saldırı (örneğin; saldırıya uğrama, yumruk yeme, tekmeleme, dayak yeme)	86 (%20.2)	100 (%23.5)	84 (%19.8)	3 (%0.7)	14 (%3.3)	168 (%39.5)
7. Silahlı saldırıya uğrama (örneğin, vurulma, bıçaklanma, bıçakla, silahla veya bombayla tehdit edilme)	22 (%5.2)	41 (%9.6)	84 (%19.8)	3 (%0.7)	12 (%2.8)	266 (%62.6)
8. Cinsel saldırı (ırza saldırı, ırza saldırı Girişimi)	24 (%5.6)	15 (%3.5)	96 (%22.6)	3 (%0.7)	9 (%2.1)	285 (%67.1)

Tablo 2. Katılımcıların Travmatik Yaşam Olaylarına Göre Dağılımı (devamı)

Ölçek Maddesi	Bizzat Yaşadım <i>n</i> (%)	Şahit Oldum <i>n</i> (%)	Öğrendim <i>n</i> (%)	İşim gereği <i>n</i> (%)	Emin Değilim <i>n</i> (%)	Bana uygun değil <i>n</i> (%)
9. Diğer türlü istenmeyen veya rahatsızlık veren cinsel deneyim	36 (%8.5)	17 (%4)	60 (%14.1)	5 (%1.2)	14 (%3.3)	299 (%70.4)
10. Bir savaş bölgesinde çatışmaya girme veya ateş altında kalma (asker ya da sivil olarak)	8 (%1.9)	12 (%2.8)	72 (%16.9)	4 (%0.9)	10 (%2.4)	322 (75.8)
11. Esaret (örneğin kaçırılma, esir alınma, rehin alınma)	7 (%1.6)	8 (%1.9)	53 (%12.5)	1 (%0.2)	11 (%2.6)	348 (%81.9)
12. Yaşamı tehdit eden hastalık veya yaralanma	25 (%5.9)	74 (%17.4)	86 (%20.2)	4 (%0.9)	30 (%7.1)	218 (%51.3)
13. Ciddi ızdırıp çekme	48 (%11.3)	36 (%8.5)	38 (%8.9)	7 (%1.6)	46 (%10.8)	252 (%59.3)
14. Ani, vahşice ölüm (örneğin, cinayet, intihar)	6 (%1.4)	47 (%11.1)	89 (%20.9)	5 (%1.2)	16 (%3.8)	265 (%62.4)
15. Ani kaza sonucu ölüm	13 (%3.1)	75 (%17.6)	138 (%32.5)	4 (%0.9)	23 (%5.4)	183 (%43.1)
16. Sizin bir başkasının ciddi şekilde yaralanmasına, zarar görmesine veya ölümüne sebep olmanız	15 (%3.5)	10 (%2.4)	16 (%3.8)	2 (%0.5)	16 (%3.8)	366 (%86.1)
17. Herhangi bir başka çok stresli deneyim	144 (%33.9)	57 (%13.4)	45 (%10.6)	5 (%1.2)	44 (%10.4)	153 (%36)

3.2. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Bu bölümde araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenecektir. Öncelikle demografik değişkenler, üstbilişsel faktörler ve travma sonrası bilişler ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiler ele alınacaktır. Ardından üstbilişler ile ruminasyon, endişe ve düşünce kontrol stratejilerinden oluşan Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) bileşenleri arasındaki ilişkiler incelenecektir. Son olarak ise BDS bileşenleri ile TSSB belirtileri arasındaki korelasyonlara yer verilecektir. Böylelikle, aracılık ve regresyon modelleri test edilmeden önce ilgili değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığı da değerlendirilebilecek ve araştırma hipotezlerinin test edildiği analizlerde TSSB belirtileri ile anlamlı korelasyon sergilediği belirlenen değişkenlere yer verilecektir.

3.2.1. Demografik Değişkenler, Üstbilişsel Faktörler ve Travma Sonrası Bilişler ile TSSB Belirtileri Arasındaki İlişki

Sosyo-demografik değişkenlerden katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, psikiyatrik durumu ile psikiyatrik tanı geçmişi, üstbilişsel faktörler (ÜBÖ-30 toplam puanı, endişe hakkında olumlu inançlar, endişenin kontrol edilmezliği ve tehlikesi hakkında olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceyi kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık) ve travma sonrası bilişsel faktörler (TSBE toplam puanı, benlik hakkında olumsuz bilişler, dünya hakkında olumsuz bilişler ve travmatik olay hakkında kendini suçlama) ile TSSB belirtilerini değerlendiren TKL-5'in toplam puanı ve yeniden yaşantılama (B Kriteri), kaçınma (C Kriteri), biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler (D Kriteri) ve aşırı uyarılmışlık (E Kriteri) alt boyutları arasındaki ilişkinin incelendiği korelasyon analizi bulguları Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3'te yer alan korelasyon analizi bulguları, TSSB belirtileri ile cinsiyet ve medeni durum demografik değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermektedir. Ancak katılımcıların şu anda bir psikiyatrik tanıya sahip olmaları ile TKL-5 toplam puanı ve TKL-5 alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, katılımcıların geçmişte bir psikiyatrik tanı almış olması ile TKL-5 toplam puanı ve alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı

ilişki bulunmaktadır. Diğer bir deyişle, şu anda ve geçmişte bir psikiyatrik tanıya sahip olduğunu belirtmek ile TSSB belirtilerinde görülen artış arasında anlamlı bir ilişki vardır. Öte yandan, katılımcıların şimdiki psikiyatrik durumları ve psikiyatrik geçmişlerine yönelik demografik değişkenler ile TSSB belirtileri arasındaki ilişki, r değerleri .29'dan küçük olduğu için “zayıf” bir ilişki örüntüsü göstermiştir (Cohen, 1988: 21-22).

Üstbilişsel faktörler ve TSSB belirtileri arasındaki tüm ilişkilerin ise pozitif yönde ve anlamlı olduğu görülmekte ve bu doğrultuda, üstbilişsel faktörlerden alınan puanlar yükseldikçe TSSB belirtilerinin de arttığı söylenebilmektedir. Bununla birlikte, ÜBÖ-30 toplam puanı ile TKL-5 toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ve Cohen (1988: 21-22) sınıflandırmasına göre güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. ÜBÖ-30 toplam puanı ile TKL-5 alt boyutları ve ÜBÖ-30 alt boyutları ile TKL-5 toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde Cohen (1988: 21-22) sınıflandırmasına göre güçlü, zayıf ve orta olmak üzere farklı düzeylerde, pozitif ve anlamlı ilişkilerin sağlandığı görülmektedir.

Diğer yandan, elde edilen korelasyon bulguları TSBE toplam puanı ile TKL-5 toplam puanı arasında anlamlı ve pozitif, Cohen (1988: 21-22) sınıflandırmasına göre güçlü düzeyde bir ilişki olduğunu sergilemektedir. TSBE alt boyutlarından dünya hakkında olumsuz bilişler ve travmatik olay hakkında kendini suçlama ile toplam TSSB belirtileri arasında da anlamlı ve pozitif ve Cohen (1988: 21-22) sınıflandırmasına göre orta düzeyde bir ilişki olduğu görülürken; benlik hakkında olumsuz bilişler ile toplam TSSB belirtileri arasında anlamlı ve pozitif ve Cohen'e (1988: 21-22) göre güçlü bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda, TSSB belirti kümeleri ile travma sonrası bilişler arasındaki ilişkilere bakıldığında da pozitif yönde, anlamlı ve Cohen (1988: 21-22) sınıflandırmasına göre güçlü, zayıf ve orta olmak üzere farklı düzeylerde ilişkilerin olduğu hesaplanmıştır. Bu doğrultuda, katılımcıların travmaya ilişkin bilişsel süreçlerden aldıkları puanlar yükseldikçe TSSB belirtilerine yönelik puanların da yükseldiği söylenebilir.

Tablo 3: Demografik Değişkenler, Üstbilişsel Faktörler ve Travma Sonrası Bilişler ile TSSB Belirtileri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları (N = 425)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1. Cinsiyet	1	.06	-.04	-.13**	.17**	.23**	.00	.04	.16**	.18**	.08	.08	-.01	.14**	.03	-.03	.01	.06	.03	
2. Medeni Durum		1	-.08	.01	-.02	-.01	-.02	.05	-.05	-.06	.01	.05	.00	-.02	-.02	.02	.02	-.04	-.04	
3. Şu Anki Psikiyatrik Tanı Durumu			1	.24**	.14**	-.04	.21**	.05	.15**	.10*	.16**	.20**	.10*	.12*	.20**	.20**	.19**	.18**	.16**	
4. Geçmişteki Psikiyatrik Tanı Durumu				1	.10*	-.06	.19**	.04	.04	.12**	.12*	.17**	.11*	.02	.12*	.11*	.11*	.12*	.10*	
5. ÜBÖ-30 Toplam					1	.65**	.71**	.59**	.80**	.64**	.56**	.55**	.45**	.44**	.58**	.44**	.46**	.59**	.50**	
6. Olumlu Üstbilişler						1	.20**	.29**	.41**	.33**	.30**	.26**	.23**	.26**	.29**	.18**	.21**	.33**	.26**	
7. Olumsuz Üstbilişler							1	.32**	.50**	.29**	.49**	.50**	.44**	.29**	.59**	.49**	.48**	.57**	.52**	
8. Bilişsel Güvensizlik								1	.31**	.11*	.34**	.40**	.19**	.28**	.29**	.21**	.27**	.30**	.26**	
9. Düşünceleri Kontrol İhtiyacı									1	.53**	.46**	.43**	.35**	.37**	.44**	.32**	.35**	.47**	.38**	
10. Bilişsel Farkındalık										1	.31**	.24**	.28**	.27**	.30**	.24**	.22**	.32**	.24**	
11. TSBE Toplam											1	.87**	.84**	.82**	.53**	.42**	.42**	.56**	.45**	
12. Benlik Hakkında Olumsuz İnançlar												1	.57**	.66**	.53**	.43**	.42**	.56**	.43**	
13. Dünya Hakkında Olumsuz İnançlar													1	.46**	.42**	.32**	.32**	.43**	.38**	
14. Kendini Suçlama														1	.40**	.31**	.32**	.42**	.33**	
15. TKL-5 Toplam															1	.87**	.81**	.94**	.89**	
16. TKL-5 B Kriteri																1	.78**	.72**	.66**	
17. TKL-5 C Kriteri																	1	.72**	.58**	
18. TKL-5 D Kriteri																		1	.78**	
19. TKL-5 E Kriteri																				1

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

Not: Cinsiyet: Kadın (1), Erkek (2), Medeni Durum: Bekar (1), Evli (2), Boşanmış-Ayrılmış (3), Diğer (4), Geçmişteki ve Şu Anki Psikiyatrik Tanı Durumu: Tanı Yok (1), Tanı Var (2) şeklinde kodlanmıştır.

3.2.2. Üstbilişsel Faktörler ile Bilişsel Dikkat Sendromu Arasındaki İlişki

Üstbilişsel faktörler ÜBÖ-30 ölçeği ve alt boyutları (endişe hakkında olumlu inançlar, endişenin kontrol edilmezliği ve tehlikesi hakkında olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceyi kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık); Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) ise TDÖ, EŞÖ toplam puanları ve DKÖ ölçeği alt boyutları (dikkat dağıtma, sosyal kontrol, endişe etme, kendini cezalandırma ve yeniden değerlendirme) kullanılarak incelenmektedir. Bu doğrultuda yapılan korelasyon analizine dair bulgular Tablo 4'te mevcuttur.

Bu tabloya göre, üstbilişsel faktörler ve BDS değişkenleri arasında anlamlı bulunan ilişkilerin Cohen (1988: 19-66) sınıflandırmasına göre güçlü, zayıf ve orta olmak üzere farklı düzeylerde oldukları tespit edilmiştir. ÜBÖ-30 toplam puanının TDÖ ve EŞÖ toplam puanı ve DKÖ'nün dikkat dağıtma, endişe etme, kendini cezalandırma ve yeniden değerlendirme alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmektedir. Diğer bir deyişle, katılımcıların ÜBÖ-30 toplam puanları arttıkça TDÖ ve EŞÖ puanları ile DKÖ'nün dikkat dağıtma, endişe etme, kendini cezalandırma ve yeniden değerlendirme alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır. ÜBÖ-30 alt boyutları ile EŞÖ ve TDÖ toplam puanları arasındaki ilişki de anlamlı ve pozitifdir. Ancak ÜBÖ-30'un endişe hakkında olumlu inançlar, endişenin kontrol edilmezliği ve tehlikesi hakkında olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik alt boyutları ile DKÖ'nün dikkat dağıtma ve sosyal kontrol alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun yanında, ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık alt boyutu ve ÜBÖ-30 düşünceyi kontrol ihtiyacı alt boyutları ile DKÖ dikkat dağıtma alt boyutunun anlamlı ve pozitif; ayrıca ÜBÖ-30 düşünceyi kontrol ihtiyacı ve DKÖ sosyal kontrol alt boyutları arasında da anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu hesaplanmıştır. Bu doğrultuda, ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ve düşünceyi kontrol ihtiyacı alt boyutlarından alınan puanlar yükseldikçe DKÖ dikkat dağıtma alt boyutundan alınan puanların da yükseldiği; öte yandan ÜBÖ-30 düşünceyi kontrol ihtiyacı alt boyutundaki puanlar arttıkça DKÖ sosyal kontrol alt boyutundan alınan puanların azaldığı söylenebilir.

Tablo 4: Üstbilişsel Faktörler ile Bilişsel Dikkat Sendromu Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları ($N = 425$)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. ÜBÖ-30 Toplam	1	.65**	.71**	.59**	.80**	.64**	.50**	.53**	.14**	-.06	.39**	.43**	.57**
2. Olumlu Üstbilişler		1	.20**	.29**	.41**	.33**	.21**	.20**	.06	.01	.24**	.38**	.32**
3. Olumsuz Üstbilişler			1	.32**	.50**	.29**	.53**	.68**	.02	-.03	.29**	.27**	.46**
4. Bilişsel Güvensizlik				1	.31**	.11*	.27**	.25**	.04	-.02	.15**	.29**	.37**
5. Düşünceleri Kontrol İhtiyacı					1	.53**	.40**	.39**	.15**	-.15**	.29**	.34**	.50**
6. Bilişsel Farkındalık						1	.25**	.21**	.23**	-.04	.37**	.17**	.27**
7. TDÖ Toplam - Ruminasyon							1	.47**	.06	-.09	.34**	.21**	.38**
8. EŞÖ Toplam - Endişe								1	.02	-.05	.30**	.29**	.49**
9. DKÖ - Dikkat Dağıtma									1	-.06	.35**	.17**	.14**
10. DKÖ - Sosyal Kontrol										1	.06	.05	-.10*
11. DKÖ - Yeniden Değerlendirme											1	.26**	.33**
12. DKÖ - Endişe Etme												1	.56**
13. DKÖ - Kendini Cezalandırma													1

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

3.2.3. Bilişsel Dikkat Sendromu ile TSSB Belirtileri Arasındaki İlişki

Ruminasyon, endişe şiddeti ve düşünce kontrol stratejileri (dikkat dağıtma, sosyal kontrol, yeniden değerlendirme, endişe etme, kendini cezalandırma) değişkenlerinin yer aldığı BDS ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi bulguları Tablo 5’te sergilenmektedir.

Tablo 5’te yer alan bulgular, endişe şiddetini değerlendiren EŞÖ ve ruminasyonu değerlendiren TDÖ toplam puanlarının TSSB belirtilerini gösteren TKL-5 toplam puanı ve TKL-5 alt boyutları ile aralarındaki ilişkinin pozitif yönde ve anlamlı olduğuna işaret etmektedir. Bunların yanında DKÖ’nün endişe etme, kendini cezalandırma ve yeniden değerlendirme alt boyutları ile TKL-5 toplam puanı ve alt boyutları arasında da pozitif ve anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. Bu ilişkilerin Cohen (1988: 21-22) sınıflandırmasına göre güçlü, zayıf ve orta olmak üzere farklı düzeylerde oldukları görülmektedir. Diğer bir deyişle, katılımcıların EŞÖ, TDÖ ve DKÖ endişe etme, kendini cezalandırma ve yeniden değerlendirme alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe, TSSB belirtilerine ilişkin puanların da yükseldiğini söylemek mümkündür. Son olarak ise, düşünce kontrol stratejilerinden dikkat dağıtma ve sosyal kontrolün TSSB belirtileri ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Tablo 5: Bilişsel Dikkat Sendromu ile TSSB Belirtileri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları ($N = 425$)

<i>Değişkenler</i>	<i>TKL-5 Toplam</i>	<i>TKL-5 B Kriteri</i>	<i>TKL-5 C Kriteri</i>	<i>TKL-5 D Kriteri</i>	<i>TKL-5 E Kriteri</i>
1. TDÖ Toplam - Ruminasyon	.74**	.69**	.70**	.68**	.61**
2. EŞÖ Toplam – Endişe	.54**	.47**	.47**	.51**	.46**
3. DKÖ - Dikkat Dağıtma	.04	.05	.04	.00	.05
4. DKÖ - Sosyal Kontrol	-.07	.02	-.03	-.09	-.09
5. DKÖ - Yeniden Değerlendirme	.28**	.28**	.25**	.28**	.19**
6. DKÖ - Endişe Etme	.31**	.22**	.24**	.32**	.27**
7. DKÖ - Kendini Cezalandırma	.46**	.38**	.38**	.44**	.41**

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

3.3. ARACILIK ANALİZLERİ

Bu bölümde mevcut çalışmanın aracılık hipotezleri TSSB'nin Üstbilişsel Modeli kapsamında incelenecektir. Üstbilişsel faktörler ve TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye Bilişsel Dikkat Sendromu'nun aracılık ettiği yönündeki araştırma hipotezlerinin incelenmesi için Hayes (2013) tarafından geliştirilen Process Macro analiz yönteminin 3.3. sürümü kullanılacaktır. Bu analizde birden çok aracı değişken aynı model üzerinde test edilecektir. Söz konusu model için analizler Hayes (2013) tarafından tanımlanan Model 4 “paralel çoklu analizi” ele alınarak gerçekleştirilecektir.

Araştırmada aracı rolü test edilen Bilişsel Dikkat Sendromu'na (BDS) ait değişkenler, çoklu aracılık modellerinin test edilmesine imkân sağlayan bootstrapping, Process Macro yöntemi kullanılarak işleme katılacaktır. Test edilen çoklu aracılık ilişkisi modelinde, üstbiliş alt boyutları yordayıcı değişken, TSSB toplam belirti düzeyi yordanan değişken olarak ele alınacak ve BDS'yi temsil eden ruminasyon, endişe ve düşünce kontrol stratejilerinden kendini cezalandırma alt boyutunun bu ilişkideki aracı rolü her bir üstbilişsel faktör için ayrı olarak analiz edilecektir. Modelde dolaylı etkilerin anlamlı olup olmadığını test etmek için %95 güven aralığı (GA) için 5000 yeniden örnekleme kullanılacaktır.

BDS kapsamında düşünce kontrol stratejileri işlevsel olmayan birer başa çıkma stratejisi olarak yer almaktadır. Alanyazında yer alan çalışmalar, bu stratejilerin TSSB ile ilişkisini alt boyutlarına göre incelemektedir. Bu doğrultuda endişeyi kullanma ve kendini cezalandırma stratejilerinin TSSB belirtilerine aracılık ettiğini gösteren çalışmalar yer almaktadır. Ayrıca, bu çalışma kapsamında endişe DKÖ'den bağımsız olarak kavramsallaştırılarak EŞÖ ile değerlendirilmiştir ve BDS'de endişe biçimini alan başa çıkma stratejisini temsil etmektedir. Bu nedenle DKÖ alt boyutlarından biri olan “endişeyi kullanma” bileşenine aracılık modellerinde yer verilmeyecektir. Mevcut çalışmadaki korelasyon analizi bulgularında (Tablo 5) DKÖ'nün sosyal kontrol ve dikkat dağıtma alt boyutları ile TSSB belirtileri arasında da anlamlı bir ilişki görülmediği için bu alt boyutlar da aracılık modellerine dahil edilmeyecektir.

Özetle, bu kısımda TSSB belirtilerinin her bir üstbiliş boyutu tarafından yordanmasında BDS değişkenlerinin aracı rolü incelenecek; ruminasyon (TDÖ),

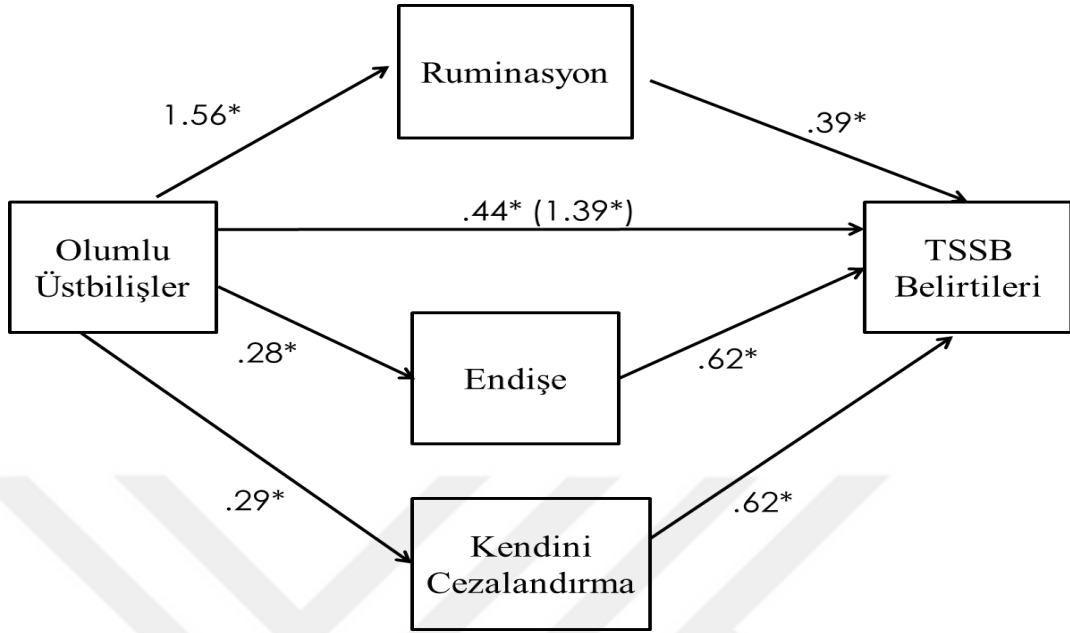
endişe (EŞÖ) ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejileri modele aracı değişkenler olarak dâhil edilecektir. Gerçekleştirilen aracılık analizine ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.

3.3.1. Olumlu Üstbilişsel İnançlar ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü

Oluşturulan ilk paralel çoklu aracılık modelinde, olumlu üstbilişsel inançlar ile TSSB belirtileri arasındaki bağlantıda BDS bileşenleri olan ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırmanın aracı rolü incelenmiştir (Şekil 3). Bulgular, olumlu üstbilişsel inançların TSSB belirtileri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir ($B = 1.39$, $SH = .22$, $t = 6.26$, $p < .001$). Ayrıca modeldeki yordayıcı ve aracı değişkenlerin tümünün bir arada iken TSSB belirtilerindeki varyansın %62'sini açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .62$, $F(4, 420) = 174.48$, $p < .001$). Aracı değişkenler modelde olmadığında, olumlu üstbilişsel inançlar TSSB belirtileri üzerindeki varyansın sadece %8'ini açıklamaktadır ($R^2 = .08$, $F(1, 423) = 39.19$, $p < .001$). BDS değişkenlerinin etkileri kontrol edildiğinde ise, olumlu üstbilişsel inançların TSSB belirtileri üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($B = .44$, $SH = .15$, $t = 2.89$, $p < .001$).

Bootstrapping analizi bulgularında, olumlu üstbilişsel inançların BDS seti aracılığıyla TSSB belirtileri üzerindeki dolaylı etkiler toplamının anlamlı olduğu bulunmuştur ($B = .95$, %95 GA = .62 ile 1.32, $SH = .18$). Tek tek bireysel değişkenlerin aracılık etkisi incelendiğinde, güven aralıkları sıfır içermediğinden ruminasyon ($B = .60$, %95 GA = .34 ile .88, $SH = .14$), endişe şiddeti ($B = .18$, %95 GA = .08 ile .31, $SH = .06$) ve kendini cezalandırma ($B = .18$, %95 GA = .07 ile .33, $SH = .07$) değişkenlerinin olumlu üstbilişsel inançlar ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye anlamlı olarak aracılık ettiği saptanmıştır.

Şekil 2: Olumlu Üstbilişsel İnançlar ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü



Not: c' = doğrudan etki, c = toplam etki.

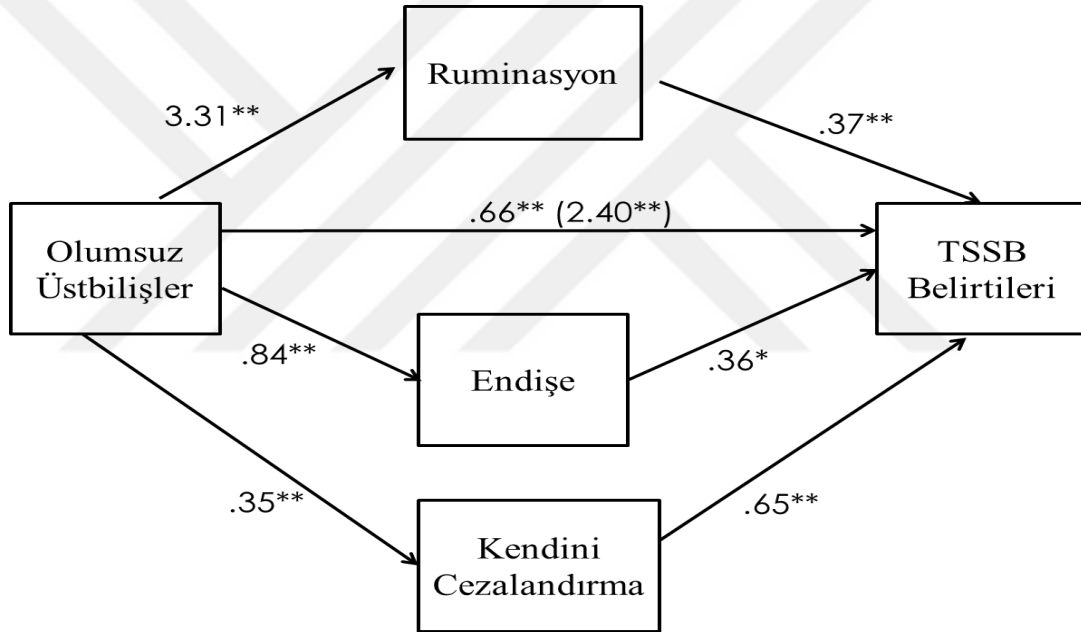
* $p < .01$.

3.3.2. Olumsuz Üstbilişsel İnançlar ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü

İkinci paralel çoklu aracılık modelinde, olumsuz üstbilişsel inançlar ile TSSB belirtileri arasındaki bağlantıda BDS bileşenleri olan ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırmanın aracı rolü incelenmiştir (Şekil 4). Analiz bulguları, olumsuz üstbilişsel inançların TSSB belirtileri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir ($B = 2.40$, $SH = 16$, $t = 15.01$, $p < .001$). Ayrıca olumsuz üstbilişsel inançlar ve BDS değişkenleri birlikteyken TSSB belirtileri üzerindeki varyansın %63'ünü açıkladığı tespit edilmiştir ($R^2 = .63$, $F(4, 420) = 178.22$, $p < .001$). Aracı değişkenler modelde olmadığında, olumsuz üstbilişsel inançların TSSB belirtilerindeki varyansın %35'ini açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .35$, $F(1, 423) = 225.44$, $p < .001$). BDS değişkenlerinin etkileri kontrol edildiğinde olumsuz üstbilişsel inançların TSSB belirtileri üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($B = .66$, $SH = .18$, $t = 3.75$, $p < .001$).

Bootstrapping analizi bulgularında olumsuz üstbilişsel inançların BDS seti aracılığıyla TSSB belirtileri üzerindeki dolaylı etkiler toplamının anlamlı olduğu bulunmuştur ($B = 1.74$, %95 $GA = 1.40$ ile 2.10 , $SH = .18$). Tek tek bireysel değişkenlerin aracılık etkisi incelendiğinde, ruminasyon ($B = 1.21$, %95 $GA = .95$ ile 1.48 , $SH = .14$), endişe şiddeti ($B = .30$, %95 $GA = .06$ ile $.57$, $SH = .13$) ve kendini cezalandırma ($B = .23$, %95 $GA = .10$ ile $.38$, $SH = .07$) değişkenlerinin olumsuz üstbilişsel inançlar ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye anlamlı olarak aracılık ettiği tespit edilmiştir.

Şekil 3: Olumsuz Üstbilişsel İnançlar ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü



Not: c' = doğrudan etki, c = toplam etki.

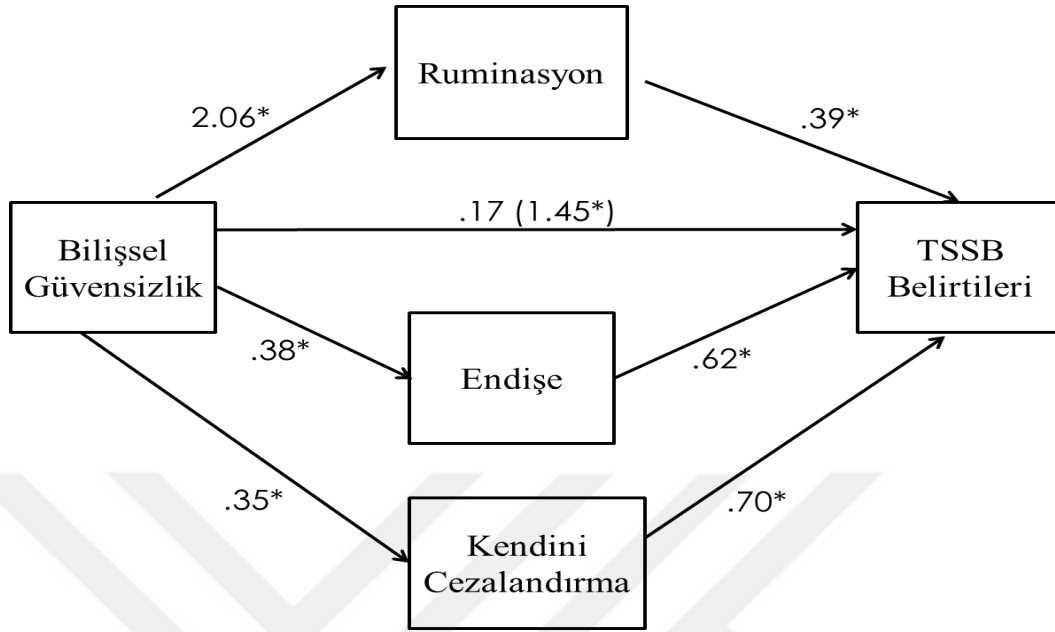
** $p < .01$, * $p < .05$.

3.3.3. Bilişsel Güvensizlik ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü

Bir diğer paralel çoklu aracılık modelinde, üstbilişsel faktörlerden bilişsel güvensizlik ile TSSB belirtileri arasındaki bağlantıda BDS bileşenleri olan ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırmanın aracı rolü incelenmiştir (Şekil 5). Bulgulara göre, bilişsel güvensizliğin TSSB belirtileri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ($B = 1.45$, $SH = .23$, $t = 6.34$, $p < .001$). Ayrıca bilişsel güvensizlik ve BDS değişkenlerinin bir aradayken TSSB belirtilerindeki varyansın %62'sini açıkladığı bulunmuştur ($R^2 = .62$, $F(4, 420) = 169.76$, $p < .001$). Aracı değişkenler modelde olmadığında, bilişsel güvensizliğin TSSB belirtileri üzerindeki varyansın sadece %9'unu açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .09$, $F(1, 423) = 40.15$, $p < .001$). BDS değişkenlerinin etkileri kontrol edildiğinde bilişsel güvensizliğin TSSB belirtileri üzerindeki doğrudan etkisinin ise anlamsız olduğu bulunmuştur ($B = .17$, $SH = .16$, $t = 1.06$, $p = .29$).

Bootstrapping analizi bulgularında bilişsel güvensizliğin BDS seti aracılığıyla TSSB belirtileri üzerindeki dolaylı etkiler toplamının anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($B = 1.28$, %95 $GA = .91$ ile 1.64 , $SH = .19$). Bireysel değişkenlerin aracılık etkisi incelendiğinde, güven aralıkları sıfır içermediğinden ruminasyon ($B = .80$, %95 $GA = .52$ ile 1.09 , $SH = .14$), endişe şiddeti ($B = .24$, %95 $GA = .11$ ile $.39$, $SH = .05$) ve kendini cezalandırma ($B = .24$, %95 $GA = .10$ ile $.40$, $SH = .07$) değişkenlerinin bilişsel güvensizlik ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye de anlamlı olarak aracılık ettiği saptanmıştır.

Şekil 4: Bilişsel Güvensizlik ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü



Not: c' = doğrudan etki, c = toplam etki.

* $p < .01$.

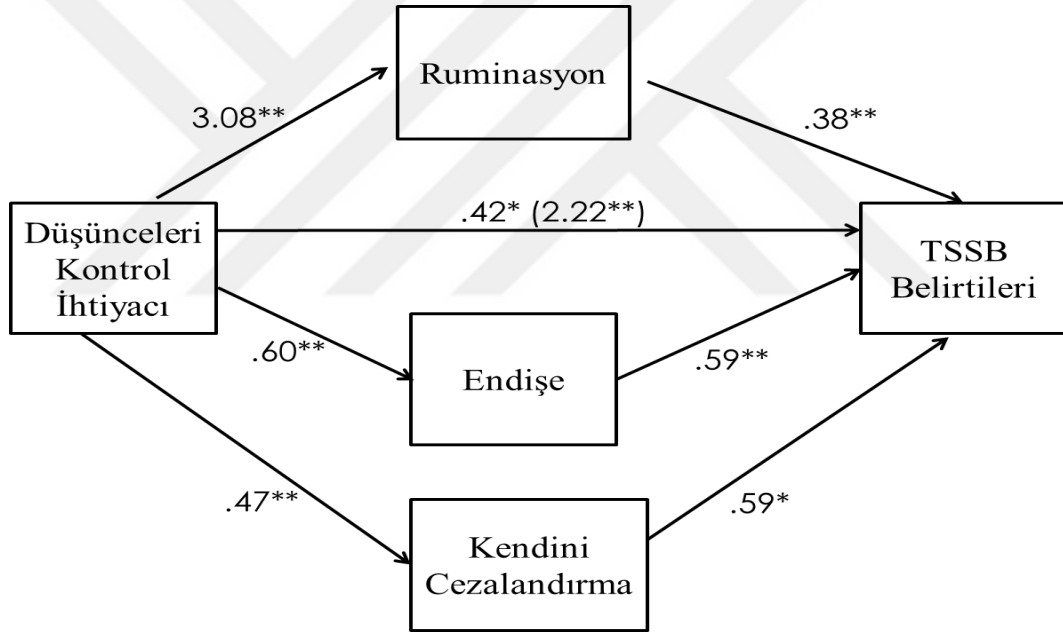
3.3.4. Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü

Bir diğer paralel çoklu aracılık modelinde, üstbilişsel faktörlerden düşünceleri kontrol ihtiyacı ile TSSB belirtileri arasındaki bağlantıda BDS bileşenleri olan ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırmanın aracı rolü incelenmiştir (Şekil 6). Yapılan analizler sonucunda, düşünceleri kontrol ihtiyacının TSSB belirtileri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($B = 2.22$, $SH = .22$, $t = 10.17$, $p < .001$). Ayrıca düşünceleri kontrol ihtiyacı ve BDS değişkenlerinin birlikteyken TSSB belirtileri üzerindeki varyansın %62'sini açıkladığı saptanmıştır ($R^2 = .62$, $F(4, 420) = 172.47$, $p < .001$). Aracı değişkenler modelde olmadığında, düşünceleri kontrol ihtiyacının TSSB belirtileri üzerindeki varyansın %20'sini açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .20$, $F(1, 423) = 103.48$, $p < .001$). BDS değişkenlerinin etkileri kontrol edildiğinde ise düşünceleri kontrol ihtiyacının TSSB belirtileri

üzerindeki doğrudan etkisinin yine anlamlı olduğu bulunmuştur ($B = .42$, $SH = .18$, $t = 2.30$, $p < .05$).

Bootstrapping analizi bulgularında, düşünceleri kontrol ihtiyacının BDS seti aracılığıyla TSSB belirtileri üzerindeki dolaylı etkiler toplamının anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($B = 1.80$, %95 $GA = 1.44$ ile 2.19 , $SH = .19$). Bireysel aracılık etkileri incelendiğinde ise, ruminasyon ($B = 1.17$, %95 $GA = .87$ ile 1.51 , $SH = .16$), endişe şiddeti ($B = .35$, %95 $GA = .19$ ile $.53$, $SH = .09$) ve kendini cezalandırma ($B = .28$, %95 $GA = .09$ ile $.46$, $SH = .09$) değişkenlerinin düşünceleri kontrol ihtiyacı ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye anlamlı olarak aracılık ettiği saptanmıştır.

Şekil 5: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü



Not: c' = doğrudan etki, c = toplam etki.

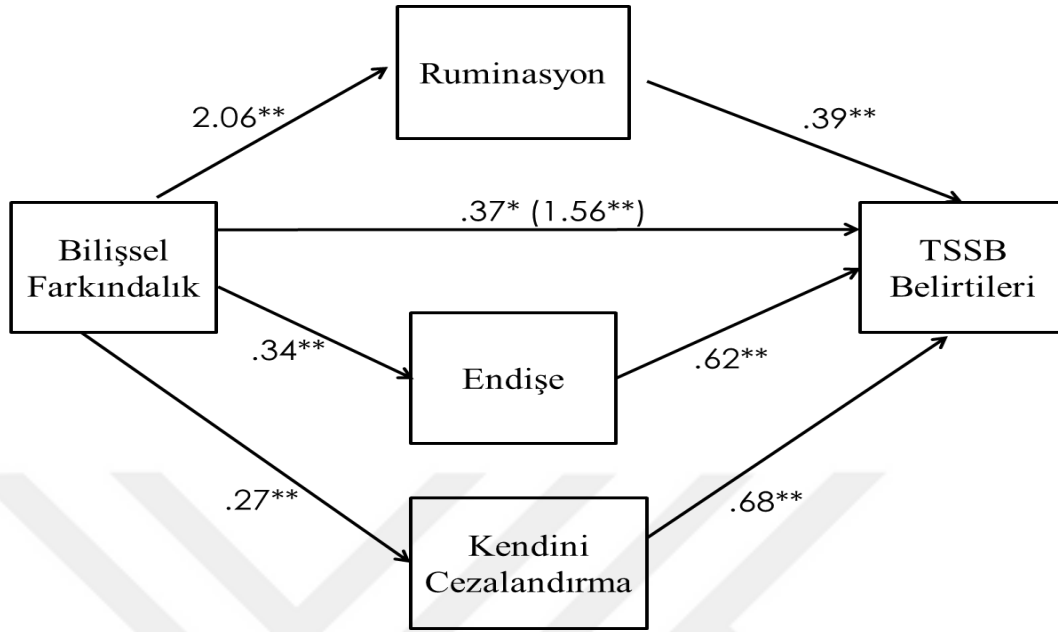
** $p < .01$, * $p < .05$

3.3.5. Bilişsel Farkındalık ve TSSB Belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü

Son paralel çoklu aracılık modelinde, üstbilişsel faktörlerden bilişsel farkındalığın TSSB belirtileri üzerindeki etkisinde BDS'de yer alan ruminasyon, endişe ve düşünce kontrol stratejilerinden kendini cezalandırmanın aracı rolü incelenmiştir (Şekil 7). Bulgular, bilişsel farkındalığın TSSB belirtileri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir ($B = 1.56$, $SH = .25$, $t = 6.34$, $p < .001$). Bilişsel farkındalık ve BDS değişkenlerinin birlikteyken TSSB belirtilerindeki varyansın %62'sini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2 = .62$, $F(4, 420) = 172.22$, $p < .001$). Aracı değişkenler modelde olmadığında ise, bilişsel farkındalığın TSSB belirtileri üzerindeki varyansın sadece %9'unu açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .09$, $F(1, 423) = 40.21$, $p < .001$). BDS değişkenlerinin etkileri kontrol edildiğinde bilişsel farkındalığın TSSB belirtileri üzerindeki doğrudan etkisi anlamlıdır ($B = .37$, $SH = .17$, $t = 2.21$, $p < .05$).

Bootstrapping analizi bulgularında, bilişsel farkındalığın BDS seti aracılığıyla TSSB belirtileri üzerindeki dolaylı etkiler toplamının anlamlı olduğu bulunmuştur ($B = 1.19$, %95 $GA = .81$ ile 1.58 , $SH = .19$). BDS değişkenlerin bireysel aracılık etkisi incelendiğinde, güven aralıkları sıfır içermediğinden ruminasyon ($B = .79$, %95 $GA = .48$ ile 1.12 , $SH = .16$), endişe şiddeti ($B = .21$, %95 $GA = .09$ ile $.36$, $SH = .07$) ve kendini cezalandırma ($B = .18$, %95 $GA = .08$ ile $.31$, $SH = .06$) değişkenlerinin bilişsel farkındalık ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye anlamlı olarak aracılık ettiği tespit edilmiştir.

Şekil 6: Bilişsel Farkındalık ve TSSB belirtileri Arasındaki İlişkide BDS'nin Aracılık Rolü



Not: c' = doğrudan etki, c = toplam etki.

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

3.4. TSSB BELİRTİLERİNİN YORDANMASINDA ÜSTBİLİŞLER VE BİLİŞLERİN GÖRECE ROLÜ

Bu bölümde üstbilişsel faktörlerin TSSB belirtilerini açıklama düzeyine, düşüncelerin içeriğine odaklanan travma sonrası bilişlerin ötesinde bir katkıda bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılacaktır. Regresyon analizleri öncesinde travma sonrası bilişlerin ve üstbilişsel faktörlerin Cohen (1988: 21-22) sınıflandırmasına göre TSSB belirtileri ile anlamlı ve pozitif yönde ve güçlü düzeyde ilişki gösterdiği tespit edilmiş, üstbilişsel faktörlerin korelasyon değerinin ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle birinci model için, ilk adıma TSSB belirtileri ile anlamlı ilişki gösteren demografik değişkenlerden “katılımcıların mevcut tanı durumları” ve “geçmişteki tanı alma durumları”, ikinci adıma travma sonrası bilişler (benlik hakkında olumsuz inançlar, dünya hakkında olumsuz inançlar ve kendini suçlama), üçüncü adıma da üstbilişsel faktörler (olumlu üstbilişler, olumsuz üstbilişler, bilişsel farkındalık, düşünceyi kontrol ihtiyacı ve

bilişsel güvensizlik) eklenmiştir. İkinci modelde ise, üstbilişsel faktörler kontrol edildiğinde travma sonrası bilişlerin TSSB belirtilerini açıklama düzeyleri incelenmiştir. Bu adımlara göre, hem TSSB toplam puanının hem de TSSB yeniden yaşantılama (B Kriteri), kaçınma (C Kriteri), biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler (D Kriteri) ve aşırı uyarılmışlık (E Kriteri) belirti kümelerinin yordanan değişken olarak kullanıldığı on hiyerarşik regresyon analizi “enter” yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Yapılan birinci regresyon analizi modeline dair bulgular Tablo 6’da, ikinci regresyon analizi modeline dair bulgular ise Tablo 7’de yer almaktadır. Böylelikle, hem üstbilişsel faktörlerin ilişkili demografik değişkenler ve TSSB ile ilişkili bilişler kontrol edildikten sonra hem de travma sonrası bilişlerin ilişkili demografik değişkenler ve üstbilişsel faktörler kontrol edildikten sonra TSSB’nin farklı belirti kümelerini açıklama düzeyleri incelenebilmiş olacaktır.

Elde edilen hiyerarşik regresyon analizi bulguları incelendiğinde, öncelikle Model 1’e TKL-5 toplam puanı için bakılmış ve modelin tamamının TSSB belirtilerine ait varyansın %44’ünü açıkladığı görülmüştür (Multiple $R = .67$, $F [10, 414] = 34.48$, $p < .001$). İlk adımda, katılımcıların mevcut tanı durumlarının TSSB belirtilerine ait varyansın açıklanmasına anlamlı bir katkı gösterdiği bulunmuştur ($R^2 = .04$, $F [2, 422] = 10.46$, $p < .001$). Katılımcıların tanı durumlarının etkisi kontrol edildikten sonra, ikinci adımda eşitliğe sokulan travma sonrası bilişlerin TSSB belirtilerinin açıklanmasına yaptığı katkının anlamlı olduğu saptanmıştır ($R^2_{change} = .27$, $F_{change} [3, 419] = 54.77$, $p < .001$). Bu adımda benlik hakkında ($\beta = .37$, $t (419) = 6.18$, $p < .001$) ve dünya hakkında ($\beta = .17$, $t (419) = 3.36$, $p < .001$) olumsuz inançlardaki artışın TSSB belirtilerindeki artışı anlamlı olarak yordadığı görülmektedir. Üçüncü adımda, toplam TSSB belirtilerindeki varyansın anlamlı bir kısmının da üstbilişsel faktörler tarafından açıklandığı görülmektedir ($R^2_{change} = .14$, $F_{change} [5, 414] = 21.06$, $p < .001$). Buna göre, olumsuz üstbilişsel inanışlardaki artışın TSSB belirtilerinin en güçlü yordayıcısı olduğu ($\beta = .38$, $t (414) = 8.00$, $p < .001$) ve onu olumlu üstbilişsel inanışların ($\beta = .10$, $t (414) = 2.28$, $p < .05$) takip ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan, bilişlerin ve üstbilişlerin regresyon basamağına giriş sıralamalarının değiştirildiği Model 2’de, olumlu ($\beta = .12$, $t (417) = 2.82$, $p < .01$) ve olumsuz ($\beta = .46$, $t (417) = 9.98$, $p < .001$) üstbilişsel inanışlardaki artışın TSSB belirtilerini Model 1’deki gibi anlamlı olarak yordadıkları görülmüştür. Bununla birlikte, üstbilişsel

faktörler kontrol edildikten sonra benlik hakkındaki olumsuz inançların TSSB belirtilerini halen anlamlı olarak yordadığı ($\beta = .19, t(414) = 3.32, p < .001$), fakat dünya hakkında olumsuz inançların anlamlılığını yitirdiği saptanmıştır.

Mevcut bulgular TSSB'nin B kriterinin (yeniden yaşantılama) değerlendirildiği TKL-5 B kriteri puanları için incelendiğinde, modelin tamamının TSSB - B kriterine ait varyansın %29'unu açıkladığı tespit edilmiştir (Multiple $R = .55, F[10, 414] = 18.04, p < .001$). Katılımcıların mevcut tanı durumlarının TSSB - B belirtilerine ait varyansın açıklanmasına olan katkısı, ilk adımdaki regresyon bulgularına göre anlamlı bulunmuştur ($R^2 = .04, F[2, 422] = 9.80, p < .001$). İkinci adımdan elde edilen bulgular, travma sonrası bilişlerin de TSSB - B kriterinin açıklanmasına anlamlı bir katkı yaptığını göstermiştir ($R^2_{change} = .16, F_{change}[3, 419] = 28.87, p < .001$). Buna göre, benlik hakkında olumsuz inançlardaki artış ($\beta = .32, t(419) = 5.04, p < .001$) TSSB - B belirtilerindeki artış anlamlı olarak yordamaktadır. Üçüncü adımda, üstbilişsel faktörlerin TSSB - B kriterine dair varyansın açıklanmasına olan katkısının anlamlı olduğu saptanmıştır ($R^2_{change} = .10, F_{change}[5, 414] = 11.34, p < .001$). Bu adımda, olumsuz üstbilişsel inanışların ($\beta = .35, t(414) = 6.58, p < .001$) TSSB - B kriteri için en güçlü yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bilişlerin ve üstbilişlerin regresyon basamağına giriş sıralamalarının değiştirildiği Model 2'de, olumsuz üstbilişsel faktörlerin ($\beta = .41, t(417) = 8.12, p < .001$) TSSB - B kriterini Model 1'deki gibi anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Ayrıca üstbilişsel faktörler kontrol edildikten sonra benlik hakkındaki olumsuz inançların da ($\beta = .20, t(414) = 2.99, p < .01$) TSSB - B kriterini halen anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir.

TSSB'nin C kriterinin (kaçınma) yordanan değişken olarak değerlendirildiği Model 1 değişkenlerinin, kaçınma belirtilerine ait toplam varyansın %28'lik bir kısmını açıkladığını görülmektedir (Multiple $R = .54, F[10, 414] = 17.50, p < .001$). İlk adımda, katılımcıların mevcut tanı durumlarının TSSB - C kriterine ait varyansın açıklanmasına anlamlı katkıda bulunduğu bulgulanmıştır ($R^2 = .04, F[2, 422] = 9.00, p < .001$). Katılımcıların tanı durumlarının etkisi kontrol edildikten sonra, travma sonrası bilişlerin kaçınma belirtileri üzerindeki etkisi anlamlıdır ($R^2_{change} = .16, F_{change}[3, 419] = 28.05, p < .001$). Benlik hakkında olumsuz inançlar ($\beta = .29, t(419) = 4.43, p < .001$) ve dünya hakkında olumsuz inançlar ($\beta = .12, t(419) = 2.18, p < .05$)

güçlendikçe kaçınma belirtilerinin arttığı görülmektedir. Üçüncü adımda, üstbilişsel faktörlerin kaçınma belirtilerindeki varyansın açıklanmasına olan katkısı da anlamlı bulunmuştur ($R^2_{change} = .10$, $F_{change} [5, 414] = 11.29$, $p < .001$). Bu adımda, TSSB – C kriteri için olumsuz üstbilişsel inanışların ($\beta = .32$, $t(414) = 5.98$, $p < .001$) yordayıcı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, Model 2’de bilişlerin ve üstbilişlerin regresyon basamağına giriş sıralamaları değiştirilmiş ve olumsuz üstbilişsel faktörlerin ($\beta = .37$, $t(417) = 7.36$, $p < .001$) yanı sıra bilişsel güvensizlikteki artışın da kaçınma kümesi TSSB belirtilerini anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur ($\beta = .10$, $t(417) = 2.20$, $p < .05$). Ancak, üstbilişsel faktörler kontrol edildikten sonra benlik hakkındaki olumsuz inançlar ve dünya hakkında olumsuz inançlar değişkenlerinin TSSB – C kriterini yordamalarına ilişkin anlamlılıklarını yitirdikleri görülmüştür.

TSSB – D kriterinin (biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler) yordanan değişken olduğu Model 1 toplam varyansın %46’sını açıklamaktadır (Multiple $R = .68$, $F [10, 414] = 36.68$, $p < .001$). İlk adımda, katılımcıların psikiyatrik bir tanısının olması biliş ve duygulanım kümesinde yaşanan olumsuz değişiklikleri anlamlı olarak yordamaktadır ($R^2 = .03$, $F [2, 422] = 8.34$, $p < .001$). Katılımcıların tanı durumlarının etkisi kontrol edildikten sonra, travma sonrası bilişlerin TSSB – D kriterinin açıklanmasına olan katkısının anlamlı olduğu görülmektedir ($R^2_{change} = .30$, $F_{change} [3, 419] = 63.69$, $p < .001$). Bu adımda, biliş ve duygulanımda yaşanan bozulmaları benlik hakkındaki ($\beta = .41$, $t(419) = 7.00$, $p < .001$) ve dünya hakkındaki ($\beta = .15$, $t(419) = 3.08$, $p < .01$) olumsuz inançlar anlamlı olarak yordamaktadır. Üçüncü adımda, üstbilişsel faktörlerin de TSSB – D kriterinin açıklamasına anlamlı bir katkı yaptığı bulgulanmıştır ($R^2_{change} = .13$, $F_{change} [5, 414] = 20.38$, $p < .001$). Buna göre, olumsuz üstbilişsel inanışlardaki artışın biliş ve duygulanımda yaşanan olumsuz değişikliklerin en güçlü yordayıcısı olduğu ($\beta = .33$, $t(414) = 7.05$, $p < .001$) ve bunu olumlu üstbilişsel inanışların ($\beta = .12$, $t(414) = 2.28$, $p < .001$) takip ettiği görülmüştür. Bilişlerin ve üstbilişlerin regresyon basamağına giriş sıralamalarının değiştirildiği Model 2’de, olumlu üstbilişsel faktörlerin ($\beta = .15$, $t(417) = 3.49$, $p < .01$) ve olumsuz üstbilişsel faktörlerin ($\beta = .42$, $t(417) = 9.15$, $p < .001$) TSSB – D kriterini Model 1’deki gibi anlamlı olarak yordadıkları görülmüştür. Bu basamakta ayrıca, düşünceleri kontrol ihtiyacının da ($\beta = .13$, $t(417) = 2.52$, $p < .05$) biliş ve duygulardaki olumsuz değişimi anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte,

üstbilişsel faktörler kontrol edildikten sonra benlik hakkındaki olumsuz inançların TSSB – D kriterini halen anlamlı olarak yordarken ($\beta = .19, t(414) = 3.32, p < .001$), ancak dünya hakkındaki olumsuz inançların anlamlılığını yitirdiği tespit edilmiştir.

Son olarak, TSSB'nin E kriterini (aşırı uyarılmışlık) açıklamak üzere oluşturulan Model 1, aşırı uyarılmışlık belirtilerine ait varyansın %32'sine ilişkin bilgi vermiştir (Multiple $R = .58, F[10, 414] = 21.03, p < .001$). İlk adımda, katılımcıların mevcut tanı durumlarının TSSB - E kriterine ait varyansın açıklanmasına olan katkısı anlamlıdır ($R^2 = .03, F[2, 422] = 6.76, p < .01$). İkinci adımda elde edilen bulgular da travma sonrası bilişlerin TSSB - E kriterinin açıklanmasına anlamlı bir katkı yaptığını göstermiştir ($R^2_{change} = .19, F_{change}[3, 419] = 34.03, p < .001$). Buna göre, benlik hakkındaki olumsuz inançlar ($\beta = .26, t(419) = 4.00, p < .001$) ve dünya hakkındaki olumsuz inançlar ($\beta = .20, t(419) = 3.72, p < .001$) aşırı uyarılmışlık belirtilerindeki artışın yordayıcılarıdır. Son adımda, üstbilişsel faktörlerin ilgili belirtilerin açıklanmasına olan katkısının da anlamlı olduğu saptanmıştır ($R^2_{change} = .12, F_{change}[5, 414] = 14.48, p < .001$). Bu etkinin spesifik olarak olumsuz üstbilişsel inanışlar ($\beta = .34, t(414) = 6.56, p < .001$) ve olumlu üstbilişsel inanışlardan ($\beta = .09, t(414) = 2.01, p < .05$) kaynaklandığı görülmektedir. Model 2'de, yordama güçlerine göre sırasıyla olumsuz üstbilişsel inanışlar ($\beta = .40, t(417) = 8.19, p < .001$) ve olumlu üstbilişsel inanışların ($\beta = .11, t(417) = 2.46, p < .05$) aşırı uyarılmışlık belirtilerini anlamlı olarak açıkladığı, ancak üstbilişsel faktörler kontrol edildikten sonra benlik ve dünya hakkında olumsuz inançlar değişkenlerinin TSSB – E kriterinin yordanmasına ilişkin anlamlılıklarını yitirdiği görülmüştür.

Tablo 6: Üstbilişsel Faktörlerin ve Travma Sonrası Bilişlerin TSSB Belirtilerini Yordamalarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi (Model 1)

	TKL-5 Toplam			TKL-5 B Kriteri			TKL-5 C Kriteri			TKL-5 D Kriteri			TKL-5 E Kriteri							
	A1	A2	A3	A1	A2	A3	A1	A2	A3	A1	A2	A3	A1	A2	A3					
	ΔR^2	B	B	B	ΔR^2	B	B	B	ΔR^2	B	B	B	ΔR^2	B	B	B				
<i>Adım 1 (A1)</i>	.04			.04			.04			.03			.03							
Şu anki tanı		.19***	.10**	.07		.19***	.12**	.09*		.18***	.11*	.08		.16***	.07	.04		.15***	.09	.05
Geçmişteki tanı		.08	.02	-.01		.07	.02	-.02		.06	.02	-.01		.08	.01	-.01		.06	.01	-.01
<i>Adım 2 (A2)</i>	.31			.20				.19				.33					.21			
Benlik hakkında			.37***	.19***			.32***	.20***		.29***	.13			.41***	.25***			.26***	.09	
Dünya hakkında			.17***	.05			.10	.01		.12*	.03			.15***	.04			.20***	.10	
Kendini suçlama			.07	.07			.04	.05		.06	.07			.07	.07			.06	.07	
<i>Adım 3 (A3)</i>	.44			.29				.28				.46					.32			
Olumlu üstbilişler				.10*				.04			.05				.12***				.09*	
Olumsuz üstbilişler				.38***				.35***			.32***				.33***				.34***	
Bilişsel güvensizlik				.02				-.01			.06				.01				.04	
Düşünceyi kontrol				.05				-.01			.03				.08				.06	
Bilişsel farkındalık				.04				.07			.02				.05				.01	

Not: DSM-5'te yer alan TSSB tanı kriterleri kapsamında, TKL-5 B Kriteri "yeniden yaşantılama", TKL-5 C Kriteri "kaçınma", TKL-5 D Kriteri "bilgi ve duygudurumda olumsuz değişiklikler" ve TKL-5 E Kriteri "aşırı uyarılmışlık" belirtilerini değerlendirmektedir.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Tablo 7: Üstbilişsel Faktörlerin ve Travma Sonrası Bilişlerin TSSB Belirtilerini Yordamalarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi (Model 2)

	TKL-5			TKL-5			TKL-5			TKL-5			TKL-5							
	Toplam			B Kriteri			C Kriteri			D Kriteri			E Kriteri							
	<i>ΔR</i> ²	A1	A2	A3	<i>ΔR</i> ²	A1	A2	A3	<i>ΔR</i> ²	A1	A2	A3	<i>ΔR</i> ²	A1	A2	A3	<i>ΔR</i> ²	A1	A2	A3
<i>Adım 1 (A1)</i>	.05				.04				.04				.04				.03			
Şu anki tanı		.19***	.09**	.07		.18***	.10*	.08		.18***	.10*	.08		.16***	.07	.04		.15***	.06	.05
Geçmişteki tanı		.08	.01	-.01		.06	-.00	-.02		.06	.00	-.00		.08	.01	-.01		.06	.01	-.00
<i>Adım 2 (A2)</i>	.36				.22				.23				.37				.28			
Olumlu üstbilişler			.12**	.10*		.06	.04			.07	.05			.15**	.12**			.11*	.09*	
Olumsuz üstbilişler		.46***	.38***			.41***	.35***			.37***	.32***			.42***	.33***			.40***	.34***	
Bilişsel güvensizlik		.07	.02			.04	-.01			.10*	.06			.07	.00			.07	.04	
Düşünceyi kontrol		.10	.05			.03	-.01			.06	.03			.13*	.07			.09	.06	
Bilişsel farkındalık		.05	.04			.07	.07			.03	.02			.06	.05			.02	.00	
<i>Adım 3 (A3)</i>	.05				.04				.03				.06				.03			
Benlik hakkında			.19***				.20***				.12			.25***						.08
Dünya hakkında			.05				.00				.03			.04						.10
Kendini suçlama			.07				.05				.07			.06						.07

Not: DSM-5'te yer alan TSSB tanı kriterleri kapsamında, TKL-5 B Kriteri "yeniden yaşantılama", TKL-5 C Kriteri "kaçınma", TKL-5 D Kriteri "biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler" ve TKL-5 E Kriteri "aşırı uyarılmışlık" belirtilerini değerlendirmektedir.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamında elde edilen bulgular değerlendirilecek ve ilgili alanyazınla karşılaştırılarak tartışılacaktır. Mevcut araştırmanın temel amacı, TSSB'yi başlatan ve sürdüren faktörleri anlamak amacıyla, TSSB'yi ele alan ve Türkçe alanyazında henüz test edilmemiş olan TSSB'nin Üstbilişsel Modeli'ne dair değişkenleri bütünsel bir çerçevede incelemektir. TSSB'ye dair bir bakış açısı sağlamak amacıyla yürütülen bu çalışmada, bazı demografik değişkenlerin TSSB belirtileri ile ilişkilerini, Üstbilişsel Model'de yer alan Bilişsel Dikkat Sendromu değişkenlerinin üstbilişsel faktörler ile TSSB arasındaki aracılık ilişkisini ve TSSB'nin bilişsel modelinde önemli yer tutan travma sonrası bilişlerin TSSB belirtilerini açıklamadaki etkilerini anlamak maksadıyla belirli analizler yapılmıştır. Bu bölümde araştırma kapsamında elde edilen bulgular ilgili alanyazın temelinde gözden geçirilerek, incelenen konuya ilişkin kanıt temelli bir bakış açısı oluşturulması, ileriye yönelik araştırmalar ve klinik çalışmalar için görüş ve öneriler sunulması hedeflenmektedir.

Öncelikle, travmatik yaşam olaylarına ilişkin betimleyici analizler ve TSSB belirtileri ile bazı demografik değişkenlerin ilişkilerinin incelendiği korelasyon analizi bulguları ele alınacaktır. Sonrasında araştırmanın temel hipotezlerinden olan Üstbilişsel Model'e ait aracılık analizlerinin incelenmesinin ardından, üstbilişler ile düşüncelerin içeriğine odaklanan travma sonrası bilişlerin TSSB belirti kümelerinin açıklanmasına yaptıkları görece katkıyı değerlendirmek için yapılan hiyerarşik regresyon analizi bulguları yorumlanacaktır. Aynı zamanda, bu bölümde araştırmanın sınırlılıklarına, ileride yapılacak çalışmalar için önerilere ve araştırmanın klinik göstergelerine de yer verilecektir.

4.1. TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARINA İLİŞKİN BETİMLEYİCİ ANALİZLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, katılımcıların bildirdikleri çok stresli / travmatik yaşam olaylarını ve bu yaşam olaylarını deneyimleme sıklıklarının incelemek amacıyla yapılan betimleyici analiz bulgularına yer verilecektir.

Yapılan betimleyici analiz, katılımcıların en sık doğal afet, seyahat ederken kaza, YOL-5'te yer almayan başka herhangi bir çok stresli olay veya deneyim, fiziksel saldırı ile işte, evde ve eğlenceli bir etkinlik sırasında kazayı bizzat deneyimlediklerini göstermiştir. Öte yandan kaza, fiziksel saldırı, yangın ya da patlama, ani kaza sonucu ölüm ile hastalık veya yaralanmanın da katılımcıların bir başkasının başına geldiğine şahit olduklarını en sık belirttikleri olaylar olduğu saptanmıştır. Katılımcılar, bir aile üyesinin veya yakın bir arkadaşın başına geldiği öğrenilen yaşam olayları için ise, en sık, ani kaza sonucu olan ölüm, doğal afet, yangın ya da patlama, seyahat ederken kaza, cinsel saldırı, işte, evde veya eğlenceli bir etkinlik sırasında kaza ile ani, vahşice ölüm olaylarının yaşandığını öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara benzer şekilde, üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada da sevilen birinin ani ölümü, motorlu taşıt kazası, doğal afet ve yaşamı tehdit eden hastalık katılımcılar tarafından en sık deneyimlenen olaylar olarak ifade edilmiştir (Vrana ve Lauterbach, 1994: 293-294). Ayrıca bu bulgular, Goldberg ve Freyd'in (2006: 46-47) yetişkin katılımcıların en fazla deneyimledikleri olayların deprem, yangın, sel, kasırga gibi doğal afetler ile taşıt kazaları olduğu bulgusu ile de tutarlıdır. Diğer yandan mevcut araştırmadan farklı olarak cinsel istismar, duygusal veya psikolojik istismar, cinayet, intihar, yaralanma olayları da Goldberg ve Freyd'in (2006: 46-47) araştırmasında en sık deneyimlendiği ifade edilen olaylardır. Bununla birlikte, Amerika'nın farklı bölgelerinden 1528 lisans öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada da, öğrencilerin en sık deneyimlediklerini belirttikleri yaşam olaylarının sırasıyla sevilen birinin beklenmedik ölümü, sevilen birinin yaşamının tehlikede olması, büyürken aile içi şiddete tanık olmak ve istenmeyen cinsel ilgi olduğu görülmüştür (Frazier ve diğerleri, 2003: 452-455).

Türkiye'de yapılan bazı çalışmalara bakıldığında, öğrencilerin travmatik olaylarla baş etme becerilerini incelemek amacıyla Işık Üniversitesi'nde yabancı dil

hazırlık eğitimi gören 298 öğrenci ile yürütülen bir çalışmanın ve Travma Sonrası Bilişler Ölçeği'nin Türkçe psikometrik özelliklerinin incelemek için 446 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen bir çalışmanın bulguları, mevcut çalışma bulguları ile benzer şekilde, öğrencilerin bizzat yaşayarak veya şahit olarak en sık deneyimlediği olayların doğal afet, sevilen birinin ölümü ve ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olduğunu göstermiştir (Amasyalı, 2009: 25-28; Yetkiner, 2010: 33). Diğer yandan, Arıkan ve Karancı'nın (2012: 209-225) bağlanma ve başa çıkma becerilerinin travmatik büyümedeki kolaylaştırıcı etkisini incelemek için gerçekleştirdikleri ve katılımcılarının Hacettepe Üniversitesi ile Orta Doğu Teknik Üniversitesi'nde öğrenim gören ve en az bir travmatik olay deneyimlediği öğrenilen lisans ve lisansüstü öğrencilerinden oluştuğu bir çalışmanın bulguları da, benzer şekilde, katılımcıların en sık deneyimledikleri ve en stres verici olarak belirttikleri travmatik olayların bir travmatik olaya şahit olmak, sevilen birinin ölümü, doğal afet deneyimlemek ve bir aile üyesinin ciddi bir kaza, hastalık veya sağlık problemi yaşaması olduğuna işaret etmiştir. Aynı zamanda, Dursun, Saraçlı ve Konuk'un (2014: 702-706) Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde lisans öğrenimi gören öğrenciler ile yaptığı çalışmada da, mevcut araştırmanın bulguları ile paralel olarak, öğrencilerin en sık deneyimledikleri yaşam olaylarının sevilen birinin ani ölümü ile doğal afet olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda, Türkiye'deki üniversite öğrencileri ile yapılan diğer çalışma örnekleri ile bu çalışmada doğal afetin sıklıkla deneyimlenen olay olarak belirtilmesinin ülkenin her coğrafi bölgesinde farklı doğal afetlerin yaygın olarak görülmesi ile, yaşanan depremlerin yıkıcı sonuçlara yol açmış olması ve özellikle 1999'dan sonra birçok vatandaşın bizzat ya da şahit olarak depremden etkilenmeleri ile bağlantılı olduğu düşünülebilir. Ayrıca, mevcut çalışma için üniversite öğrencilerinin farklı travmatik yaşam deneyimlerini bildirmelerinde içten davranmamış olabilecekleri ve sorular geriye dönük olduğu için katılımcıların bazı olayları hatırlamakta güçlük yaşamış olabilecekleri de göz önünde bulundurulabilir. Öte yandan, katılımcıların deneyimlediği travmatik olay türlerinin mevcut çalışmada ölçülen TSSB belirtileri, ruminasyon, endişe şiddeti, kendini cezalandırma ve travma sonrası bilişler değişkenleri üzerinde etkisinin olabileceğinin de dikkate alınması gerektiği söylenebilir.

4.2. TSSB BELİRTİLERİ İLE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde demografik değişkenler ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkileri incelemeye yönelik korelasyon analizi bulguları değerlendirilecektir. Bu doğrultuda TSSB belirtileri ile cinsiyet, medeni durum, katılımcıların mevcut ve geçmiş psikiyatrik tanı durumları arasında bir ilişki olup olmadığı yönündeki bulgular tartışılacaktır. Temel araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilerin tartışılmasına ise, TSSB'nin Üstbilişsel Modeli'nin test edildiği aracılık analizi ile Bilişsel Model ile Üstbilişsel Model'in karşılaştırıldığı hiyerarşik regresyon analizi bulguları kapsamında yer verilecektir.

Elde edilen korelasyon analizi bulgularına göre, TSSB belirtileri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak alanyazına bakıldığında, TSSB belirtileri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve bu belirtilerin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır (Kessler ve diğerleri, 1995: 1052; Moser ve diğerleri, 2007: 1044-1045; Christiansen ve Hansen, 2015: 4). Vernon'un (2012: 121-123) ileriye dönük başa çıkma becerileri ile TSSB ve depresyon ilişkilerini incelemek için gerçekleştirdiği çalışmada da, araştırmaya katılan 187 lisans öğrencisinden erkeklerin bildirdiği travmatik olay deneyimlerinin daha çok yaşamı tehdit edici olmasına rağmen; TSSB belirti şiddeti açısından kadınların erkeklerden daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Benzer şekilde, lisans öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmanın bulguları da kadınlar ve erkekler arasında travmatik yaşam deneyimi bildirme sıklığı açısından bir fark olmadığını; fakat TSSB belirtilerinin kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğünü sergilemiştir (Lilly ve Valdez, 2012: 141-142). Türkiye'deki 420 üniversitesi öğrencisi ile 1999 depreminin etkilerini incelemek amacıyla yürütülen bir çalışmada da hem toplam TSSB belirtileri hem de intrusif düşünceler, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirti kümeleri açısından kadınlarda erkeklerden daha yüksek puanlar elde edildiği bulgulanmıştır (Baloğlu, Harris ve Karagözoğlu, 2005: 131-132). Benzer şekilde, Türkiye'de 1999 depremlerinden sonra çadırkentlerde yaşamlarını devam ettiren vatandaşlar ile yürütülen bazı çalışmalarda da, kadınların bildirdikleri travmatik yaşam deneyimi sıklıklarının erkeklerden daha az olmasına rağmen, TSSB belirti düzeylerinin daha

yüksek olduğu tespit edilmiştir (Başoğlu ve diğerleri, 2002: 271-275; Livanou ve diğerleri, 2002: 818-822). Ayrıca, Bozkurt ve diğerlerinin (2011: 269-272) Ankara ilinin Çubuk ilçesinde gerçekleşen hortum olayından bir ay ve bir yıl sonra, 188 kişi ile yürüttükleri bir izlem çalışmasında elde edilen bulgular da, kadın olmanın erken dönemde ortaya çıkan TSSB belirtileri açısından bir risk faktörü olduğunu gösterirken; ikinci izleme çalışmasında TSSB açısından cinsiyetin bir risk faktörü olarak görülmediğine işaret etmiştir.

Diğer yandan, Cortina ve Kubiak (2006: 753-759) tarafından TSSB belirtilerindeki cinsiyet farklılıklarını değerlendirmek amacıyla, Ulusal Kadına Yönelik Şiddet Anketi çalışmasında yer alan ve partner şiddeti mağduru olan 591 katılımcının verisi incelenerek bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada partner şiddeti, cinsel şiddet, yaşamı tehdit etme ve fiziksel yaralanmaya yol açan şiddet olarak kategorize edilmiştir. Cortina ve Kubiak (2006: 758), öncelikle cinsiyetin cinsel şiddete maruz kalma ile ilişkili olduğunu ve bu deneyimin kadınlarda anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Öte yandan, üç adımlı hiyerarşik regresyon analizi bulgularından elde edilen veriler, ilk adımda cinsiyetin TSSB belirtileri ile anlamlı bir ilişki gösterdiğini fakat bu ilişki düzeyinin düşük olduğunu; ikinci adımda cinsel şiddete maruz kalma analize dâhil olduğunda cinsiyetin TSSB belirtilerine ait varyansı açıklamadaki anlamlılığını kaybettiğini göstermiştir. Ayrıca üçüncü adımda cinsel şiddet, yaşamı tehdit etme ve fiziksel yaralanmaya yol açan şiddet değişkenleri analize dâhil olduğunda ise, bu değişkenlerin TSSB belirtilerine ait varyansı cinsiyetin ötesinde ve üzerinde açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır (Cortina ve Kubiak, 2006: 756). Aynı zamanda, lisans öğrencilerinde ruh sağlığına ilişkin yardım aramaya ilişkin tutum ve davranışlar ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada da, mevcut çalışma ile benzer şekilde, cinsiyetin de içerisinde olduğu ebeveynlerin eğitim durumları, kardeş sayısı, ırk gibi demografik değişkenler ve TSSB belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Bilican, 2013: 48-53).

Mevcut çalışmada TSSB belirtileri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemesinin araştırma örnekleminin klinik grup olmamasından, ayrıca katılımcıların en sık deneyimlediğini ifade ettikleri travmatik yaşam olaylarının cinsiyetten bağımsız şekilde yaygınlık gösterebilmesinden kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Diğer yandan, bu durumu kültürel bir bakış açısı ile açıklamak da

mümkündür; üniversite eğitimine devam etmekte olan katılımcıların eğitim durumları ile yaşam koşulları açısından kadınların ve erkeklerin benzer standartlara ve dağılımlara sahip olduğu gözlemlenmektedir. Ayrıca üniversite eğitimine devam eden kadınların günlük yaşamlarında hem çalışan hem öğrenci hem de bir birey olarak farklı rollerde ve çevrelerde de yer alabildiği ve bunun da sosyal destek açısından olumlu etkiye sebep olabileceği söylenebilir. Bu kültürel etki de mevcut çalışmada, TSSB belirtileri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki görülmemesinin bir parçası olarak göz önünde bulundurulabilir.

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda, medeni durum demografik değişkeni ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulgulanmıştır. Medeni durum ve TSSB arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, öncelikle Kessler ve diğerlerinin (1995: 1048-1060) çalışmasında, TSSB ile medeni durumun ilişkili olduğu ve özellikle erkekler arasında boşanmış olanların ya da eşinden ayrı yaşayanların, evli olanlara göre daha fazla TSSB belirtisi gösterdikleri ifade edilmiştir. Alanyazın, Türkiye’de yapılan çalışmalar açısından incelendiğinde ise, 1999 depreminin psikolojik sonuçlarının incelendiği bir çalışma ile yine 1999 depreminden sonra Ankara’ya göç etmiş 526 katılımcı ile gerçekleştirilen bir başka çalışmanın bulguları, medeni durum ve TSSB belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğuna; evli olmanın da daha yüksek TSSB belirtileri ile ilişki gösterdiğine işaret etmiştir (Tural ve diğerleri, 2004: 454-455; Kılıç ve diğerleri, 2006: 198-200). Öte yandan, Türkiye’de deprem sonrası ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar için risk faktörlerini tespit etmek amacıyla, 1998’de Ceyhan depreminden etkilenen 105 kişi ile yürütülen bir çalışma sonucunda, medeni durumun bir risk faktörü olarak ele alındığında, TSSB ile anlamlı bir ilişki göstermediği görülmüştür (Altındağ ve diğerleri, 2005: 329-330). Benzer şekilde, Diyarbakır’da yaşanan çatışma ortamının bölgede yaşayan vatandaşlar üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada ve motorlu taşıt kazası geçirmiş olan katılımcılar ile dört kez görüşülerek gerçekleştirilen bir izlem çalışmasında da medeni durumun TSSB ile anlamlı bir ilişki göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (Yaşan ve diğerleri, 2009: 663-665; Yaşan ve diğerleri, 2009: 237-238). Bununla birlikte, Bozkurt ve diğerlerinin (2011: 269), Ankara ilinde yaşanan hortumun etkilerinin incelemek maksadıyla yürüttükleri bir çalışmanın bulgularında da, hortumdan etkilenmiş katılımcılarda, medeni durumun TSSB ile anlamlı bir ilişki göstermediği

rapor edilmiştir. Bu bulgular, özellikle benzer travmatik yaşantılar açısından inceleme yapıldığında medeni durumun TSSB belirti şiddeti üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını düşündürmektedir. Diğer bir deyişle, yaşanan travmanın türü ve hatta bunun cinsiyet ile etkileşimi, medeni durumun etkisini belirleyici olabilmektedir. Bu anlamda, bu çalışmada yer alan katılımcıların ağırlıklı olarak benzer travmatik yaşantılardan geçtikleri görülmekte, daha da önemlisi üniversite öğrencisi olarak çoğunluk evli olmayan bireylerden oluşmaktadır. Medeni durum açısından birbirine yakın temsil göstermeyen gruplardan oluşan kategorik bir değişkenin, korelasyon analizine eklenmesi ile elde edilmiş bir bulgu üzerinden yapılacak değerlendirmelerin güvenilirliğinin düşük olacağı önemle vurgulanmalıdır.

Korelasyon analizleri katılımcıların tanı durumları ile TSSB belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yapılan analizler sonucunda, katılımcıların TSSB belirtileri ile mevcut tanı durumları ve geçmişte bir tanı almış olmaları arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Bu da katılımcıların psikiyatrik tanıların olmasının TSSB belirtilerini deneyimlemelerinde artışa yol açtığına işaret etmektedir. İlgili alanyazın incelendiğinde, TSSB ile psikiyatrik tanı öyküsünün ilişkili olduğu çok sayıda araştırma tarafından da desteklenmiştir. Bu doğrultuda, TSSB ile ilişkili olan bozukluklar travmadan önceki kaygı bozukluğu, majör depresif bozukluk, madde kullanım bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu olarak ifade edilmiştir (Breslau ve diğerleri, 1997: 84; Bromet ve diğerleri, 1998: 357-358). Ayrıca Floen ve Elklit'in (2007: 4-5) Norveç'te bir psikiyatri kliniğinde tedavi olan hastalar ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada da farklı olarak TSSB ile şizoafektif bozukluk, borderline kişilik bozukluğunun ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Türkiye'de 1998 ve 1999 depremleri ile bir terör saldırısı sonrasında yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, katılımcıların psikiyatrik tanı geçmişlerinin ve depresif bozukluk, kaygı bozukluğu ve somatik bozukluk tanıların olmasının TSSB açısından risk faktörü olduğu rapor edilmiştir (Uğuz ve diğerleri, 2000: 19; Başoğlu ve diğerleri, 2004: 138; Aksaray ve diğerleri, 2006: 388-389; Eşsizozlu ve diğerleri, 2009: 122). Bununla birlikte, travmatik yaşam deneyimi olan 268 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen bir çalışmada TSSB şiddeti ile internet bağımlılığı şiddetinin pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir (Evren ve diğerleri, 2019: 84-86). Özetle, bu çalışmadan elde edilen bulgular, TSSB öncesi risk faktörlerini ya da TSSB ile eştanı gösteren

psikiyatrik tabloları inceleyen alanyazın bulguları ile büyük ölçüde tutarlılık göstermektedir. Öte yandan, üniversite öğrencileri gibi bir örneklemede tıpkı medeni durum gibi psikiyatrik tanı değişkeninin de grupları temsil ediciliği düşüktür ve bu gibi değişkenlerin ileriki çalışmalarda dengelenmiş gruplar üzerinden ve kategorik değişkenlere uygun gruplar arası karşılaştırma analizleri kullanılarak incelenmesi gerekmektedir.

4.3. TSSB’NİN ÜSTBİLİŞSEL MODELİNE DAİR ARACILIK ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, TSSB’nin Üstbilişsel Modeli’ni üniversite öğrencileri üzerinde incelemek amacıyla yapılan paralel çoklu aracılık analizlerinden elde edilen bulgular aktarılacaktır.

Yapılan aracılık analizi sonuçlarının, üstbilişsel faktörlerin TSSB belirtilerini pozitif ve anlamlı olarak yordayacağı yönündeki Hipotez 1’i (c yolu) destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, endişe hakkında olumlu inançlar, endişenin kontrol edilmezliği ve tehlikesi hakkında olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalığın TSSB belirtilerini yordadığı; bu üstbilişsel faktörlerden alınan puanlardaki artışın TSSB belirtilerinde görülen artış ile bağlantılı olduğu gözlemlenmiştir. İlgili alanyazın incelendiğinde, savaş gazilerinde üstbilişsel faktörlerin TSSB belirti kümelerinden disosiyasyonu yordamasına ilişkin elde edilen bulgular, olumlu üstbilişsel inançların disosiyasyon belirtisini yordamadığını; ancak olumsuz üstbilişsel inançlardaki artışın disosiyasyon belirtilerindeki artış ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (Hutchinson, 2005: 193). Ayrıca, stres belirtileri ile endişenin ve üstbilişsel faktörlerin arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla, en sık deneyimledikleri olayları sırasıyla akademik sorunlar, yas, sağlık ve ilişki problemleri olarak bildiren 171 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların olayların etkisi ölçeğinden elde ettikleri puanların olumlu, olumsuz üstbilişsel inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel güvensizlik ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdikleri rapor edilmiş ve ayrıca katılımcıların travma ile ilgili endişe düzeyleri ile olumsuz üstbilişsel inançların, düşünceleri kontrol ihtiyacının ve bilişsel güvensizliğin pozitif yönde ilişkili olduğu

bulgulanmıştır (Roussis ve Wells, 2006: 117). Üstbilişsel faktörlerin stres, kaygı ve depresyon belirtileri ile ilişkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada da, mevcut araştırma ile benzer şekilde, beş üstbilişsel faktörün de stres, kaygı ve depresyon belirtilerini pozitif ve anlamlı bir şekilde yordadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Spada ve diğerleri, 2008: 1177). Benzer şekilde, Nassif'in (2009: 131) Lübnan'da savaş/çatışma deneyimi olan üniversite öğrencileri ve sağlık personelleri ile gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcılardan iki farklı zamanda ölçüm alınmıştır ve her iki ölçümde de olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların olaya ilişkin stres düzeyi ile pozitif yönde bir ilişki gösterdikleri görülmüştür. Bir başka çalışmaya hemşirelik ve ebelik bölümünde okuyan ve öğrenimleri sırasında travmatik bir deneyim yaşadıklarını belirten 95 üniversite öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların olayların etkisi ölçeğinden elde ettikleri puan ve TSSB belirti şiddeti puanları ile olumlu üstbilişsel inançların anlamlı bir ilişki göstermediği; düşünceleri kontrol ihtiyacının her iki ölçek puanı ile pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki gösterirken; olumsuz üstbilişsel inançların yalnızca TSSB belirti şiddeti puanları ile anlamlı bir ilişki gösterdiği bulgulanmıştır (Bennett ve Well, 2010: 321). Öte yandan, İngiltere'deki nöropsikoloji servislerinde, travmatik beyin yaralanması ve travmatik subaraknoid kanama ile tedavi görmekte olan 140 hastanın katıldığı bir çalışmada, sonradan beyin hasarı oluşan hastalarda da olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı ile TSSB şiddeti arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gill ve diğerleri, 2015: 694-696). Cook ve diğerlerinin (2015: 212) göğüs ve prostat kanseri tanısı olan katılımcılar ile gerçekleştirdiği bir çalışmada üstbilişsel faktörlerin ve hastalığa ilişkin algının TSSB belirti düzeyindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu çalışmada elde edilen bulgular, hastalığa ilişkin algı değişkeni eklenmeden önce hem olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inançların TSSB'ye dair varyansa anlamlı bir katkı gösterirken; hastalığa ilişkin algı değişkeni eklendikten sonra yalnızca olumsuz üstbilişsel inançların TSSB ile ilişkisinde anlamlılığının devam ettiği görülmüştür. Ayrıca, erken çocuklukta travmatik yaşam deneyimi olan katılımcıların olumsuz duygudurumları üzerinde üstbilişsel faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada da, olumlu üstbilişsel inançlar haricindeki üstbilişsel faktörlerin olumsuz duygudurumu pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadıkları tespit edilmiştir (Myers ve Wells, 2015: 640). Benzer şekilde, Quattropani ve diğerleri (2016: 230), kemoterapi tedavisi olan kanser

hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ile bilişsel güvensizliğin yüksek kaygı düzeyini yordadığını; Takarangi ve diğerleri (2016: 132-136) ise, TSSB'nin yordanmasında ve sürmesinde üstbilişsel faktörlerin rolünü gözlemek amacıyla yürüttükleri bir çalışmada, olumsuz üstbilişsel inançlar ile düşünceleri kontrol ihtiyacının TSSB'ye ait varyansın açıklanmasına anlamlı bir katkı gösterdiğini ifade etmişlerdir. Fergus ve diğerleri (2018: 1788-1790) tarafından yapılan bir çalışmada da, mevcut araştırma ile benzer şekilde, olumsuz üstbilişsel inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceyi kontrol ihtiyacı TSSB ile olumlu yönde anlamlı bir ilişki gösteren üstbilişsel faktörler olarak belirtilmiştir.

Alanyazın Türkiye'de yapılan çalışmalar açısından incelendiğinde, Sarıçam'ın (2015: 274-277) üstbilişler ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği ve Dumlupınar Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nde öğrenim gören 286 öğrenci ile yürüttüğü bir çalışmanın bulgularında, hem toplam üstbilişler hem de üstbilişlerin beş alt boyutunun algılanan stres ile pozitif yönde ilişki gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, bir devlet hastanesinde TSSB tanısı ile tedavi gören 52 katılımcı ile yürütülen bir çalışmanın bulgularında da, TSSB belirtileri ile olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel güvensizlik pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki gösterirken; bilişsel farkındalığın anlamlı bir ilişki göstermediği rapor edilmiştir (Yazihan ve Yelboğa, 2019: 446-448).

Bu doğrultuda, alanyazında üstbilişsel faktörlerin TSSB ile ilişkisi açısından farklı bulguların görüldüğünü ancak Hipotez 1 için elde edilen bulguların alanyazın ile büyük ölçüde uyumlu olduğunu ve tüm üstbilişsel faktörlerden elde edilen yüksek puanların TSSB belirtilerindeki artışı yordadığını söylemek mümkündür. Ancak bilişsel güvensizlik açısından ve bilişsel farkındalık üstbilişsel faktörlerinin psikopatolojileri yordamasına ilişkin olarak mevcut araştırma ile karşılaştırılabilecek bulguların sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle, çalışmanın ulusal ve uluslararası alanyazına bu iki üstbilişsel boyut ile TSSB belirtileri arasında anlamlı bir ilişkinin elde edilmesi açısından yeni bir katkı sağlamış olduğu belirtilebilir.

Diğer yandan, elde edilen bulgular üstbilişsel faktörlerin BDS değişkenlerini pozitif yönde ve anlamlı olarak yordadığına ilişkin Hipotez 2'yi (a yolu) de desteklemiştir. Bu sonuca göre, endişe hakkında olumlu inançlar, endişenin kontrol edilmezliği ve tehlikesi hakkında olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri

kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalığın ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisinin kullanımını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordadığı bulgulanmıştır. Bir başka deyişle, üstbilişsel faktörlerden elde edilen puanın artması BDS değişkenlerinden de yüksek puanlar alınmasını yordamaktadır.

İlk olarak, ruminasyon ve üstbilişsel faktörler arasındaki ilişki açısından alanyazın incelendiğinde, ruminasyonun olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlarla pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki gösterdiği; üstbilişsel inançlardan alınan yüksek puanın ruminatif düşünmeyi arttırdığı ve ruminasyondaki artışın da olumsuz duygudurumdaki artışı pozitif yönde yordadığı görülmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2003: 264-268; Roelofs ve diğerleri, 2007: 1297-1302; Papageorgiou ve Wells, 2009: 128; Kubiak ve diğerleri, 2014: 570-572; Weber ve Exner, 2013: 1259). Benzer şekilde, Moulds ve diğerlerinin (2010: 354-360) gerçekleştirdikleri bir çalışmada da, ruminasyona ilişkin olumlu üstbilişsel inançları daha yüksek ve daha düşük olan katılımcılar karşılaştırıldığında, ruminasyona ilişkin olumlu üstbilişsel inançlar arttıkça ruminatif düşünmenin arttığı, azaldıkça da katılımcıların ruminatif düşünmeden daha düşük puanlar elde ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bir başka çalışma da (Caselli ve diğerleri, 2017: 422-425), olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ile düşünceyi kontrol ihtiyacının ruminasyonu pozitif yönde yordadığını göstermiştir. Diğer yandan, depresif bozukluk tanısı olan katılımcılar ve genel toplum örnekleminde ruminasyonun semptomlarla ilişkisi karşılaştırıldığında, klinik olmayan örnekleme olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ve ruminasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülürken; klinik örnekleme yalnızca olumsuz üstbilişsel inançlar ile ruminasyonun anlamlı bir ilişki gösterdiği bulgulanmıştır (de Jong-Meyer ve diğerleri, 2009: 547-551). “Öz-eleştiri” ile ilgili olan ruminasyonları değerlendirmek için bir ölçüm aracı geliştirmek maksadıyla yürütülen bir çalışmada, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar, düşünceyi kontrol ihtiyacı, bilişsel güvensizlik ve bilişsel farkındalık ile “öz-eleştiri” ile ilgili ruminasyonların pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Kolubinski ve diğerleri, 2017: 129-138). Ayrıca, final sınavları öncesinde olan lisans öğrencileri ile iki farklı zamanda ölçüm alınarak gerçekleştirilen bir başka çalışmanın ilk aşamasında elde edilen bulgular da, mevcut araştırma ile benzer şekilde, tekrar eden olumsuz düşünmenin tüm üstbilişsel faktörleri yordadığını göstermiştir. Araştırmanın ikinci aşamasındaki

verilerle yapılan analizlerde ise, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ve düşünceyi kontrol ihtiyacının ruminasyon ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulgulanmıştır (McEvoy ve diğerleri, 2013: 87-91).

Üstbilişsel faktörler ve ruminasyon arasındaki yordayıcılık ilişkisi için Türkçe alanyazın incelendiğinde, üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen ruminatif düşünme biçimi ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, katılımcıların olumsuz üstbilişsel inançlar ve düşünceyi kontrol ihtiyacından elde ettikleri yüksek puanların ruminatif düşünme düzeyindeki artışa işaret ettiği görülmüştür (Karatepe ve diğerleri, 2013: 232-236). Bir başka çalışmada ise, tek uçlu ve iki uçlu depresif bozukluk tanısı alan katılımcıların, mevcut araştırma ile benzer şekilde, üstbilişsel faktörlerin beş alt boyutunun da ruminasyonu pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Batmaz ve diğerleri, 2014: 1548-1553).

Diğer yandan, alanyazın BDS değişkenlerinden endişe ve kendini cezalandırma düşünce stratejisi ile üstbilişsel faktörler arasındaki ilişki açısından incelendiğinde ise, Lübnan'da savaştan etkilenen üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmanın bulguları, mevcut araştırmadan elde edilen sonuçlar ile benzer şekilde, üstbilişsel faktörlerin beş alt boyutunun da hem endişe hem de kendini cezalandırma düşünce stratejisini pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığını göstermiştir (Nassif, 2009: 152). Öte yandan, savaş gazileri ile yapılan başka bir çalışmada da, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ile endişe ve kendini cezalandırma düşünce stratejisi arasındaki ilişkilerin pozitif yönde ve anlamlı olduğu bulgulanmıştır (Hutchinson, 2005: 169). Bahrami ve Yousefi (2011: 87) tarafından yapılan bir çalışmada ise, kadınlarda ve erkeklerde düşünceyi kontrol stratejilerinden kendini cezalandırmanın ve endişenin olumlu üstbilişsel inançlar ile pozitif yönde bir ilişki gösterdiği belirtilmiştir. Benzer şekilde, ruh sağlığının üstbilişsel faktörler ve düşünce kontrol stratejileri ile ilişkisinin incelendiği bir başka çalışmada da (Dadashzadeh ve diğerleri, 2014: 175) endişe ve kendini cezalandırma ile olumsuz üstbilişsel inançlar, düşünceyi kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Dragan ve Kowalski'nin (2019: 15) yürüttüğü başka bir çalışmada ise, endişe ve kendini cezalandırma ile bilişsel farkındalık arasında anlamlı bir ilişki gözlenmezken; diğer üstbilişsel faktörler ile pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. Alanyazın BDS değişkenlerinden endişe açısından incelendiğinde,

endişe ile olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların (Sica ve diğerleri, 2007: 263; de Jong-Meyer, 2009: 547-551), endişe ile yalnızca olumsuz üstbilişsel inançların (Sun ve diğerleri, 2019: 3-6) ve endişe ile tüm üstbilişsel faktörlerin (Ryum ve diğerleri, 2017: 3) ilişkili olduğu da görülmüştür. Öte yandan, kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisinin ise olumsuz üstbilişsel inançlar ile anlamlı bir ilişki gösterdiği; diğer üstbilişsel faktörlerle ilişkisinin ise anlamlı olmadığı da gözlemlenmiştir (Nieto ve diğerleri, 2010: 163). Ayrıca endişe ve ruminasyonun “olumsuz BDS değişkenleri” olarak ele alındığı bir çalışmanın bulgularında da, bu iki değişkenin olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar tarafından yordandığı ancak olumsuz üstbilişsel inançların katkısının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Faija ve diğerleri, 2019: 3-10).

Bunların yanında, BDS değişkenlerinin bütün olarak ele alındığı çalışmalarda da, mevcut araştırma bulguları ile benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Çin’de göğüs ve kolorektal kanseri tedavisi gören hastalar ile yürütülen bir çalışmada, BDS değişkenlerinin olumlu üstbilişsel inançlar tarafından pozitif şekilde yordandığı belirtilmiştir (Danielle ve diğerleri, 2019: 272-275). Çocukluk travmalarının yetişkinlikle TSSB belirtileri üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada (Dragan ve Kowalski, 2019: 3-5) ve psikoz tanısı olan katılımcılar ile klinik olmayan örneklemin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada (Sellers ve diğerleri, 2018: 243-250) tüm üstbilişsel faktörlerin, mevcut çalışmada olduğu gibi, BDS değişkenlerini pozitif yönde ve anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular ışığında, Hipotez 2’nin alanyazın ile tutarlı olduğunu söylemek mümkündür.

Yapılan analizler sonucunda, araştırma hipotezlerinden BDS değişkenlerinin TSSB belirtilerini pozitif ve anlamlı olarak yordadığı yönündeki Hipotez 3’ün (b yolu) de desteklendiği sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bulgular, ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırma düşünce stratejisinin kullanımına yönelik puanların yüksek olmasının TSSB belirtilerinden de yüksek puanlar elde edilmesini yordadığını göstermektedir. Alanyazına bakıldığında, bu bulgu ile benzer şekilde, BDS değişkenleri yüksek olduğunda katılımcıların psikolojik bozukluklara ilişkin ölçek puanlarının da arttığı sonucuna ulaşmak mümkündür. Bu kapsamda hem mevcut çalışmadaki BDS değişkenleri açısından bireysel hem de hepsinin birlikte olduğu BDS ile ilgili olarak farklı çalışmalar olduğu tespit edilmiştir. Travmatik bir deneyimi olan katılımcılarla gerçekleştirilen bir çalışmada (Michael ve diğerleri, 2007: 313),

ruminasyonun ilk ölçümde ve altı ay sonra yapılan ikinci ölçümde TSSB belirtileri ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Birrer ve Michael'in (2011: 384-389) TSSB tanısı olan, depresyon tanısı olan ve travmatik bir deneyimi olan ve depresyon tanısı olan ancak travmatik bir deneyimi olmayan katılımcılar ile gerçekleştirdiği çalışmanın bulguları ise, ruminasyonun bu üç grupta da TSSB ve depresyon belirtilerini pozitif yönde yordadığını göstermiştir. Benzer şekilde, travmatik yaşam olayından iki hafta, bir ay, üç ay ve altı yıl sonra alınan dört ölçümde de ruminasyondaki artışın TSSB belirtilerini de arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Ehring ve Ehlers, 2014: 3-5). Garcia ve diğerlerinin (2015: 6) yürüttükleri bir çalışmada TSSB belirti şiddetinin ruminasyon ile pozitif yönde bir ilişki gösterdiği belirtilirken; trafik kazası yaşayan katılımcılar ile (Mairean, 2019: 49-21) ve iş kazası geçiren işçiler ile (Garcia ve diğerleri, 2019: 171-175) gerçekleştirilen çalışmalardan elde edilen sonuçlar da ruminasyonun TSSB belirtilerini yordadığını göstermiştir.

Diğer yandan, araştırmalardan elde edilen bulgular, endişenin de TSSB belirtilerindeki şiddeti pozitif yönde yordadığını rapor etmiştir (Knight, 2004: 105-110; Bennett ve Wells, 2010: 321-322). Çocukluk döneminde cinsel istismar yaşayan katılımcılar ile yürütülen bir çalışmada (Avery ve diğerleri, 2000: 23-28) endişe ve TSSB belirtilerinin pozitif yönde ilişkili olduğu ifade edilirken; Vietnam gazileri ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada (Wisco, 2013: 1317-1321) ise, endişenin hem TSSB toplam belirtilerini hem de kaçınma belirti kümesini pozitif yönde yordadığı belirtilmiştir. Diğer bir BDS değişkeni olan kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisi ile ilgili araştırmalarda da mevcut araştırma ile benzer sonuçlar olduğu görülmektedir. Buna göre, trafik kazası geçiren katılımcılarda endişe ve kendini cezalandırma değişkenleri yüksek olduğunda TSSB belirtilerinin de yüksek olduğu rapor edilmiştir (Holeva ve diğerleri, 2001: 70-16; Bennett ve diğerleri, 2009: 1020-1024). Benzer şekilde, endişe ve kendini cezalandırma ile TSSB belirtileri arasındaki pozitif yöndeki ilişki, çocukluk döneminde cinsel istismar yaşayan katılımcılar ile (Scarpa ve diğerleri, 2009: 811-813), Lübnan'da savaştan etkilenen katılımcılar ile (Nassif, 2009: 162) gerçekleştirilen çalışmalarda da görülmüştür. Öte yandan, farklı travmatik olay deneyimleyen katılımcılar ile gerçekleştirilen farklı çalışmalar da endişe ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisinin TSSB belirtilerini pozitif yönde yordadığı yönündeki bulguları destekler niteliktedir (Hutchinson, 2005: 169-

190; Wilson ve Scarpa, 2012: 482-485; Bakhshian ve diğeri, 2013: 930-932). Tüm bunların yanında, BDS değişkenlerini bütün olarak ele alan çalışmalara bakıldığında ise, Üstbilişsel Model’de belirtildiği gibi, BDS değişkenlerinin TSSB’nin yanında majör depresif bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu, sosyal kaygı bozukluğu, yeme bozukluğu, madde kullanım bozukluğu gibi farklı ruhsal bozuklukları da pozitif yönde yordadığı sonucuna ulaşılmaktadır (Nordahl ve Wells, 2019: 301-303; Dragan ve Kowalski, 2019: 3-5). Bu sonuçlar doğrultusunda, Hipotez 3 ile ilgili olarak elde edilen bulguların alanyazın ile tutarlı olduğu söylenebilir.

Son olarak, TSSB’nin Üstbilişsel Modeli’nin bütünsel olarak incelenmesine imkân sağlayan analiz bulguları, üstbilişsel faktörler ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye BDS değişkenlerinden ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisinin aracılık ettiğine dair Hipotez 4’ü (c’ yolu) desteklemiştir. Elde edilen bu bulgu endişe hakkında olumlu inançlar, endişenin kontrol edilmezliği ve tehlikesi hakkında olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalığın BDS değişkenlerinden ruminasyon, endişe ve kendini cezalandırmanın tek tek bireysel etkileri aracılığıyla, TSSB belirtilerini dolaylı olarak pozitif ve anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna işaret etmektedir. İlgili BDS değişkenlerinin bilişsel güvensizlik ve TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye tam aracılık ederken, diğeri üstbilişler ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye kısmi şekilde aracılık ettiği de dikkat çekmektedir.

Elde edilen bu bulguların Wells’in önerdiği TSSB’nin Üstbilişsel Modeli’nde (2009: 131) açıklanan önermeleri destekler nitelikte olduğu görülmektedir. TSSB’nin Üstbilişsel Modeli’nde üstbilişlerin BDS değişkenlerinin kullanılmasına, BDS’nin de TSSB belirtilerini arttırdığına dair açıklamalar ve bunu destekleyen bulgular mevcuttur. Alanyazın incelendiğinde, ilk olarak Roussis ve Wells’in (2006: 116-120) gerçekleştirdikleri çalışmada, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye BDS değişkenlerinden endişenin ve düşünce kontrol stratejilerinin aracılık ettiği bulgulanmıştır. Ayrıca, düşünce kontrol stratejilerinin ve üstbilişsel faktörlerin ruhsal sağlığı yordamasına ilişkin olarak yürütülen diğeri bir çalışmada da, olumsuz üstbilişsel inançların, düşünceyi kontrol ihtiyacının ve bilişsel farkındalığın endişe ve kendini cezalandırma aracılığı ile ruhsal sağlığı negatif yönde yordadığı görülmüştür (Dadashzadeh ve diğeri, 2014: 175). Benzer şekilde,

endişenin BDS değişkeni olarak ele alındığı ve kanser hastaları ile yürütlen bir başka çalışmada da, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ile aşırı stres belirtileri arasındaki ilişkiye endişenin aracılık ettiği saptanmıştır (Cook ve diğerleri, 2015: 210-213). Diğer yandan, Nalipay ve Mordeno (2018: 387-390) tarafından gerçekleştirilen ve BDS değişkeni olarak ruminasyonun incelendiği bir çalışmada da, olumlu üstbilişsel inançlar ve TSSB belirtileri arasındaki ilişkide ruminasyonun aracı rolünün anlamlı olduğu görülmüştür. Ramaghani ve diğerlerinin (2019: 5) gerçekleştirdikleri başka bir çalışma ise, üstbilişsel faktörlerin BDS aracılığı ile TSSB belirtilerini pozitif yönde yordadığı görülmüştür. Bu bulgular ışığında, sonuç olarak, bu araştırmanın sonuçlarının da alanyazın ve TSSB'nin üstbilişsel modelinde öne sürülen önermelerle tutarlı olduğu söylenebilir.

4.4. ÜSTBİLİŞSEL VE BİLİŞSEL DEĞİŞKENLERİN TSSB BELİRTİLERİNİN YORDANMASINA YAPTIKLARI GÖRECE KATKININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın son hipotezi çerçevesinde üstbilişsel süreçler ile bilişsel süreçlerin TSSB belirtilerini açıklama düzeyleri açısından karşılaştırıldığı hiyerarşik regresyon analizi bulguları, ilgili hipotezin özellikle endişenin tehlikeli ve kontrol edilemez olduğuna yönelik üstbilişsel inanışlar açısından ve TSSB'nin kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtileri özelinde kuvvetle desteklendiğini göstermektedir. Buna göre, olumsuz üstbilişsel inanışlar düşüncelerin içeriğine odaklanan travma sonrası bilişlerden bağımsız olarak kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerini yordamakta, ancak travmatik bilişlerin bu belirtileri yordama gücü üstbilişler kontrol edildikten sonra ortadan kalkmaktadır. Buna karşılık, travma ile ilgili bilişler hiçbir TSSB belirti kümesi açısından olumsuz üstbilişlerin yordama etkisinin anlamsız hale gelmesine yol açmamaktadır. Bu bulgular çerçevesinde, olumsuz üstbilişsel inançların kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerini travmatik bilişlerin üzerinde ve ötesinde açıkladığını söylemek mümkün görünmektedir. Bulgular ilgili hipotez açısından genel olarak değerlendirildiğinde ise, olumsuz üstbilişlerin TSSB toplam puanı dahil olmak üzere tüm belirti kümelerini, olumlu üstbilişlerin ise TSSB toplam puanı yanı sıra biliş ve duygulardaki olumsuz değişimler ve aşırı uyarılmışlık belirti kümelerini, travma ile

ilgili bilişler kontrol edildikten sonra dahi anlamlı olarak yordadığı görülmektedir. Diğer deyişle test edilen hipotez, sadece olumlu ve olumsuz üstbilişler açısından desteklenmiş görünmektedir.

Psikiyatrik tanı durumunun kontrol edildiği ve her bir TSSB belirti kümesi için ayrı ayrı iki set halinde gerçekleştirilen hiyerarşik regresyon analizleri ayrıntılı olarak incelendiğinde, TSSB'nin B Kriteri yani “yeniden yaşantılama” ile ilgili bulgular, gerek benlik hakkında olumsuz inançların gerekse olumsuz üstbilişsel inanışların her iki modelde de TSSB-B Kriterine dair varyansı anlamlı şekilde açıklamakta, bir değişkenin kontrol edilmesi diğerinin anlamlı etkisini ortadan kaldırmamaktadır. Bulgular “kaçınma” belirtileri olarak adlandırılan TSSB-C Kriteri açısından incelendiğinde ise, olumsuz üstbilişsel inançlar analize dahil edildiğinde, travma sonrası bilişlerden benlik ve dünya hakkında olumsuz inançların TSSB-C Kriteri'ne ait varyansa olan katkısının anlamlılığını yitirdiği tespit edilmiştir. TSSB-D Kriteri olarak gruplanan “biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler” belirtilerine ait varyansa benlik hakkında olumsuz bilişlerin her iki adımda, dünya hakkında olumsuz bilişlerin yalnızca ilk adımda anlamlı katkı gösterdiği ve hem olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inançların iki modelde de varyansa olan katkısının anlamlı olduğu bulgulanmıştır. Son olarak, “aşırı uyarılmışlık” yani TSSB-E Kriteri belirtileri üzerindeki varyansa, üstbilişsel faktörler modele eklenmediğinde benlik ve dünya hakkındaki olumsuz inançların anlamlı katkıda bulunduğu, ancak üstbilişsel faktörlerin etkisi ile bu bilişsel öğelerin anlamını yitirdiği, ayrıca olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların varyansa olan katkısının iki modelde de anlamlı olduğu saptanmıştır.

Özetle, bilişsel ve üstbilişsel faktörler yeniden yaşantılama belirtilerinin daha iyi anlaşılması amacıyla birarada ele alındığında, hem benlik hakkında olumsuz inanışların hem de endişeye ilişkin olumsuz değerlendirmelerin önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca, travmatik bilişlerden benlikle ilgili olanlar ve üstbilişlerden endişe ile ilgili olumlu ve olumsuz inanışlar biliş ve duygulanımda yaşanan bozulmaların açıklanmasında göz önünde bulundurulması gereken bilişsel ve üstbilişsel unsurlar olarak ön plana çıkmaktadır. Ancak kaçınma belirtilerinin anlaşılmasında olumsuz üstbilişler benlikle ilgili bilişlerin, yeniden yaşantılama belirtilerinin açıklanmasında ise hem olumlu hem de olumsuz üstbilişler gerek benlik

gerekse dünya ile ilgili bilişlerin etkisini ortadan kaldırmaktadır. Üstbilişlerin özellikle kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtileriyle bilişsel içeriğin ötesinde bir bağlantısının olması, TSSB'nin üstbilişsel modelinde de ifade edildiği üzere, üstbilişlerin BDS'yi aktive ederek/uzamasına yol açarak, travma ve yarattığı rahatsızlık ile işlevsel olmayan şekilde başetme tepkilerinin seçilmesine rehberlik etme işleviyle açıklanabilir (Wells, 2008: 652-653; Wells ve diğerleri, 2008: 85, Wells, 2009: 127-131). Öte yandan, yeniden yaşantılama ve biliş ve duygulanımda yaşanan bozulmaların daha farklı bilişsel işleme süreçleri gerektiren belirti kümeleri oldukları, bu nedenle hem bilişsel hem de üstbilişsel faktörler üzerinde çalışmanın belirtilerin sağaltılmasında önemli olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte TSSB'nin üstbilişsel modelinin daha kapsamlı şekilde incelenebilmesi için gelecek çalışmalarda, bu tür travmatik bilişsel içeriklerin oluşmasında üstbilişlerin rolü olup olmadığının da klinik ve klinik olmayan örneklemeler üzerinde, deneysel ve boylamsal araştırma desenleri kullanılarak incelenmesi gerekli görünmektedir.

Elde edilen bulgular ayrıca, kendini suçlamanın TKL-5 toplam puanı ve TSSB belirti kümelerinden hiçbirine ait varyansa anlamlı bir şekilde katkı yapmadığını da göstermiştir. Üstbilişsel faktörler modele eklendiğinde ise, en güçlü bilişsel değişkenlerin varyansa olan katkısında hala anlamlılığını korumuş olan benlik hakkında olumsuz inançlar olduğu tespit edilmiştir. Travma sonrası bilişler ile ilgili olarak açıklanan bu bulguların Bilişsel Model ile tutarlı olduğu söylenebilir (Ehlers ve Clark, 2000). Diğer yandan, mevcut araştırmada travma sonrası bilişlerin her üç alt boyutunun TSSB'yi anlamlı bir şekilde yordadığını gösteren çalışmalar (Moser ve diğerleri, 2007: 1039-1049; Eşsizozlu ve diğerleri, 2017: 274-280; Acar ve diğerleri, 2019: 207-211) ile farklı sonuçların elde edildiği de görülmüştür. Ayrıca, Takarangi ve diğerleri (2017: 137) tarafından yürütülen bir araştırmada, travma sonrası bilişlerin üstbilişsel faktörler eklenmeden önce varyansa olan katkılarının anlamlı olmadığı fakat üstbilişsel faktörler eklendiğinde dünyaya ilişkin olumsuz inançlar bilişinin varyansa olan katkısının anlamlı hale geldiği tespit edilmiştir. Alanyazın ile görülen bu farklılığı, katılımcıların deneyimledikleri travmatik olayların türlerinin bilişsel içerikleri etkilemiş olabileceği ve mevcut araştırmanın katılımcılarının klinik açıdan eşik altı grupta olduğu göz önünde tutularak yorumlamak mümkün olabilir.

Öte yandan, üstbilişsel faktörlerin TSSB belirtilerine dair varyansa olan anlamlı katkısı her iki hiyerarşik regresyon basamağında da görülmüştür. Buradan elde edilen sonuçlar, olumsuz üstbilişsel inançların TKL-5 toplam puanını ve TSSB'nin dört farklı belirti kümesini anlamlı bir şekilde açıkladığını ve en güçlü yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Olumlu üstbilişsel inançların ise, en fazla katkısının TKL-5 toplam puanı ile TSSB'nin biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler ve aşırı uyarılmışlık belirti kümelerine olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Genel olarak değerlendirildiğinde bu bulgular, Fergus ve Bardeen (2017: 726-728) tarafından gerçekleştirilen ve olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ile travma sonrası işlevsel olmayan bilişlerin TSSB üzerindeki varyansa yönelik katkılarının karşılaştırıldığı çalışmanın, bilişlerin TSSB'nin varyansına olan katkısının tutarlı olmadığını; diğer yandan olumsuz üstbilişsel inançların TSSB'nin toplam puanının ve dört belirti kümesinin en güçlü yordayıcısı olduğunu ve TSSB'yi açıklamada üstbilişsel faktörlerin bilişlerden daha fazla katkı gösterdiğini ifade eden bulguları ile tutarlı olarak yorumlanmıştır. Benzer şekilde, Bilişsel Davranışçı Terapi ve Üstbilişsel Terapi yöntemlerini karşılaştırmak için kaygı bozukluğu tanısı olan katılımcılar ile yapılan bir uygulamanın sonuçları da, mevcut araştırma ile benzer şekilde, kaygı bozuklukları ile hem bilişlerin hem üstbilişlerin anlamlı bir ilişki gösterdiğine fakat kaygıya dair varyansa en fazla katkının üstbilişlerde olduğuna işaret etmiş; üstbilişlere yönelik değişimin kaygı düzeyinin azalmasına bilişlere yönelik değişimden daha fazla katkı gösterdiğini rapor etmiştir (Johnson ve diğerleri, 2017: 7-9). Diğer yandan, Takarangi ve diğerleri (2016: 137) ile Fisher ve diğerleri (2018: 554) tarafından gerçekleştirilen ve bilişsel ve üstbilişsel süreçlerin TSSB'ye ait olan varyanslarının karşılaştırıldığı araştırmalarda, olumsuz üstbilişsel inançlar ile düşünceleri kontrol ihtiyacının TSSB belirtilerine olan katkısının bilişsel süreçlerin ötesinde olduğu tespit edilmiştir. Klinik ve klinik olmayan farklı gruplar üzerinde yürütülmüş olsa da ilgili alanyazında bu konuda sınırlı olarak yürütülen çalışmalar, mevcut araştırmadan elde edilen bulgular ile uyumlu bir örüntü içerisindedir.

4.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER

Mevcut çalışmada örneklem, travmatik deneyimler ile ilgili retrospektif ve kesitsel bir desenin olması, veri toplama süreci gibi açılardan sınırlılıklar olduğu düşünülmektedir. Öncelikle bu araştırma üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir ve en az bir, çok stresli/travmatik deneyim yaşayan üniversite öğrencilerine ulaşılmıştır. Bu noktada hem örneklem büyüklüğü hem de elde edilen bulguların genellenebilirliği açısından örneklemin çeşitliliği sınırlandırıcı bir faktör olmuştur. Diğer yandan, katılımcılardan tüm yaşamlarına dair geriye dönük travma bilgisinin alınmasının hatırlama yanlışlıklarını ve incelenen değişkenler üzerinde zaman faktörünün karıştırıcı etkisini beraberinde getirmiş olabileceği düşünülmektedir. Veri toplama sürecinde, katılımcılar yanıtların gizliliği ve kişisel bilgilerin istenmediği konusunda bilgilendirilmesine rağmen, çevirim içi ve klasik kâğıt kalem formlarında katılımcıların deneyimledikleri çok stresli/travmatik yaşam olayları sorulduğunda içten yanıt vermemiş olabilecekleri düşünülmektedir. A kriteri formunda yer alan bilgilerde katılımcıların “olay ile ilgili detay vermek istemediğini” belirtmiş olmaları, bir kaçınma belirtisi de olabileceği gibi, bu konuda da bir neden olarak gösterilebilir. Veri toplama süreci açısından bir diğer sınırlılık da katılımcıların veri setini doldururken sürenin yaklaşık 20-25 dakika olmasıdır. Veri setinin uzunluğu, katılımcıların tüm soruları aynı dikkat düzeyinde cevaplamalarına engel olmuş olabilir. Öte yandan, katılımcıların veri setini tek seferde değil; iki veya daha fazla parçaya bölerek doldurmuş olabildikleri de bilinmektedir. Bu da veri setinin uzunluğu ve sürenin bir sınırlılık olarak etki etmiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Sonraki çalışmalar için genellenebilirlik açısından örneklem çeşitliliğinin artırılması ve mevcut araştırmanın katılımcıları tarafından daha az sıklıkla deneyimlendiği belirlenen travmatik olay türlerine yönelik bir örneklem tasarlanması önerilebilir. Bunun sınırlılık olarak görülen çeşitliliğin etkisinin azaltılması ve travmatik yaşam deneyimlerinin çeşitlerine göre Bilişsel Dikkat Sendromu değişkenlerinin ve üstbilişlerin incelenmesi için önemli olduğu düşünülmektedir. Özetle, bu öneriler gelecek çalışmalarda elde edilecek bulgular doğrultusunda hem TSSB'nin Üstbilişsel Model'inin anlaşılması ve Türkiye örneğinde

değerlendirilmiş olması hem de Üstbilişsel Terapi yaklaşımının etkili bir şekilde yaygınlaştırılması için önemli olduğu düşünülmektedir.



SONUÇ

Bu araştırmada öncelikle, travma sonrası stres bozukluğu ile üstbilişsel faktörlerin ilişkisinde endişe, ruminasyon ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisinden oluşan Bilişsel Dikkat Sendromu'nun aracı rolü model testi kapsamında değerlendirilmiştir. Ayrıca travma sonrası bilişler ile üstbilişsel faktörlerin TSSB belirtilerini açıklamalarına dair yapılan hiyerarşik regresyon analizi iki modelin karşılaştırılması açısından önem arz etmiş ve TSSB'nin kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin açıklanmasında üstbilişsel faktörlerin etkisinin bilişsel faktörlerden daha fazla olduğu görülmüştür. Diğer yandan, Türkiye'deki alanyazında TSSB'nin Üstbilişsel modeline ilişkin çalışmaların sınırlılığı sebebiyle bu çalışmanın yeni bir bakış açısı sağlayacağı ve Bilişsel Dikkat Sendromu'nun etkisinin gözlemlenmiş olmasının TSSB'ye yönelik terapi süreçlerinde dikkate alınmasına zemin hazırlanabileceği söylenebilir. Bunlarla birlikte, araştırma klinik olmayan bir örneklem ile gerçekleştirilmiş ve TSSB'nin Üstbilişsel Model'inin, en az bir travmatik ya da çok stresli olay yaşadığını belirten Türk üniversite öğrencilerinde de desteklenir nitelikte olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, bu araştırmada TSSB'nin gelişmesinin ve sürdürülmesinin anlaşılmasında Türkiye örneklemini ve Üstbilişsel Model açısından önemli bulgular elde edilmiştir. Bu da, TSSB semptomlarının azaltılmasında / tedavisinde üstbilişsel süreçlerin değerlendirilmesinin ve üstbilişlere ve BDS'ye yönelik müdahalelerin yapılmasının; yani Üstbilişsel Terapi'nin alternatif bir yaklaşım olarak Türkiye'de de yaygınlaşmasının önemi açısından dikkat çekmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgular, TSSB belirtilerinin daha iyi anlaşılması amacıyla bilişler ve üstbilişler üzerinde yapılacak bağımsız çalışmalardan elde edilebilecek sonuçların, her iki bakış açısını bir arada ele alan çalışmalardan daha farklı olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, TSSB toplam puanlarına odaklanmak yerine ayrı belirti kümelerine odaklanmanın bozukluğun daha iyi anlaşılması açısından değerli bilgiler sunabileceği de söylenebilir. Özetle, bu araştırmada TSSB'nin üstbilişsel modeline dair bir inceleme yapılmış olması, bilişsel model ile üstbilişsel modelin karşılaştırılmasına imkân sağlanması sebebiyle psikoloji alanyazına; TSSB belirtilerine yönelik

üstbilişsel müdahaleler açısından bir bakış açısı oluşturması nedeniyle de klinik alana özgün bir katkı sağlandığı söylenebilir.



KAYNAKÇA

Acar, Ö. F., Öğülmüş, S. ve Boysan, M. (2019). Associations between circadian preferences, sleep quality, dissociation, post-traumatic cognitions, and post-traumatic stress disorder (PTSD) among incarcerated offenders. *Sleep and Hypnosis*, 21(3), 201-219.

Agar, E., Kennedy, P. ve King, N. S. (2006). The role of negative cognitive appraisals in PTSD symptoms following spinal cord injuries. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 437-452.

Aghdar, A. (2016). The Relationship of Coping Responses and Metacognitive Beliefs with Addiction Potential in Male and Female Students, Behbahan University of Medical Sciences, Iran. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926*, 3(1), 95-105.

Aksaray, G., Kortan, G., Erkaya, H., Yenilmez, Ç. ve Kaptanoğlu, C. (2006). Gender differences in psychological effect of the August 1999 earthquake in Turkey. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 387-391.

Altındağ, A., Özen, S. ve Sır, A. (2005). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 328-333.

Amasyalı, F. C. (2009). Işık Üniversitesi 2008-2009 Akademik Yılı Hazırlık Okulu Öğrencileri Arasında Hayat Boyu Travmatik Olaylarla Karşılaşma Sıklığı ve Başa Çıkma Yolları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kocaeli.*

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, çev. Köroğlu, E. (2014). Hekimler Yayın Birliği: Ankara.

Arıkan, G. ve Karancı, N. (2012). Attachment and coping as facilitators of posttraumatic growth in Turkish university students experiencing traumatic events. *Journal of Trauma and Dissociation*, 13(2), 209-225.

Avery, L., Massat, C. R. ve Lundy, M. (2000). Posttraumatic stress and mental health functioning of sexually abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17(1), 19-34.

Bahrami, F. ve Yousefi, N. (2011). Females are more anxious than males: a metacognitive perspective. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 5(2), 83-90.

Bahramnejad, A., Rabani-Bavojdan, M. ve Rabani-Bavojdan, M. (2012). The relationship of metacognitive beliefs and tendency to addiction in Sistan and Baluchistan University, Zahedan, İran. *Addiction and Health*, 4(1-2), 65-72.

Bakhshian, F., Abolghasemi, A. ve Narimani, M. (2013). Thought control strategies in the patients with acute stress disorder and PTSD. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 929-933.

Baloğlu, M., Harris, M. B. ve Karagözoğlu, C. (2005). The Psychological effects of an earthquake on Turkish college students. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2), 125-136.

Baral, I., Kora, K., Yüksel, Ş. ve Sezgin, U. (1998). Self-mutilating behavior of sexually abused female adults in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(4), 427-437.

Başoğlu, M., Paker, M., Paker, Ö., Özmen, E., Marks, I., İncesu, C., Şahin, D. ve Sarımurat, N. (1994). Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151(1), 76-81.

Başıoğlu, M., Şalcıoğlu, E. ve Livanou, M. (2002). Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(4), 269-276.

Başıoğlu, M., Kılıç, C., Şalcıoğlu, E. ve Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 17(2), 133-141.

Batmaz, S., Kaymak, S. U., Koçbıyık, S. ve Türkçapar, M. H. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1546-1555.

Bayram, S., Duman, R. N. ve Demirtaş, B. (2018). Üç İnsan, Bir Olay, Üç Farklı Travmatik Deneyim Süreci. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(1), 165-182.

Bennett, S. A., Beck, J. G. ve Clapp, J. D. (2009). Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 47(12), 1018-1023.

Bennett, H. ve Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 318-325.

Bilican, F. I. (2013). Help-seeking attitudes and behaviors regarding mental health among Turkish college students. *International Journal of Mental Health*, 42(2-3), 43-59.

Bilici, R., Tufan, E., Turhan, L., Uğurlu, G. K., Serap, T. A. N. ve Kaşan, T. (2013). Deprem sonrasında bireylerin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler: elazığ merkezli bir ön çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(1), 15-19.

Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, K. B., Şar, V., Taycan, O. ve Ulaş, H. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 264-281.

Birrer, E. ve Michael, T. (2011). Rumination in PTSD as well as in traumatized and non-traumatized depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 381-397.

Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C. ve Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behavioral Research and Therapy*, 34, 669-673. doi: 10.1016/0005-7967(96)00033-2

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K. ve 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

Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P. ve Keane, T. M. (2015). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*, 28, 1379-1391. doi: 10.1037/pas0000254

Boysan, M., Güzel Özdemir, P., Özdemir, O., Selvi, Y., Yılmaz, E. ve Kaya, N. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 300-310.

Bozkurt, A., Karlıdere, T., Erdem, M., Ak, M., Çelik, C., Özmenler, K. N. ve Aydın, H. (2011). Çubuk Hortumu sonrası yetişkinlerde ortaya çıkan travmatik belirtilerin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 266-273.

Bremner, J. D. ve Brett, E. (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*(1), 37-49.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. ve Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*(3), 216-222.

Breslau, N., Davis, G. C. ve Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *The American Journal of Psychiatry.*

Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L. ve Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry, 54*(1), 81-87.

Brewin, C. R., Andrews, B. ve Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.

Brewin, C. R. ve Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*(3), 339-376.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J. ve Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(10), 1132-1140.

Bromet, E., Sonnega, A. ve Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology, 147*(4), 353-361.

Büyüköztürk, Ş. (2016). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Akademi: İstanbul.

Cartwright-Hatton, S. ve Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279-296.

Caselli, G., Offredi, A., Martino, F., Varalli, D., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., Spada, M. M. ve Wells, A. (2017). Metacognitive beliefs and rumination as predictors of anger: A prospective study. *Aggressive behavior*, 43(5), 421-429.

Christiansen, D. M. ve Hansen, M. (2015). Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 26068.

Cieslak, R., Benight, C. C. ve Lehman, V. C. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 788-798.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). (pp.19-66). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Connelly, K. (2014). The role of metacognition within social anxiety disorder (SAD). *Diffusion-The UCLan Journal of Undergraduate Research*, 7(2), 40-53.

Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P. ve Fisher, P. (2015). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychology*, 34 (3), 207-215.

Cortina, L. M. ve Kubiak, S. P. (2006). Gender and posttraumatic stress: Sexual violence as an explanation for women's increased risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 753-759.

Cogle, J. R., Resnick, H. ve Kilpatrick, D. G. (2009). PTSD, depression, and their comorbidity in relation to suicidality: cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1151-1157.

Çırakoğlu, O. C. (2003). Uzun Süren Bir Savaş: Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Pivolka Özel*, 20-22.

Dadashzadeh, H., Zinabad, M. V. ve Mohammadi, A. (2014). Role of metacognitive beliefs and thought control strategies in mental health. *HealthMED*, 8(2) 172-179.

Daie-Gabai, A., Aderka, I. M., Allon-Schindel, I., Foa, E. B. ve Gilboa-Schechtman, E. (2011). Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Psychometric properties and gender differences in an Israeli sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 266-271.

Danielle. W. L., Foo, C. C., Ng, S. S., Kwong, A., Suen, D., Chan, M., Or, A., Chun, O., BFS, F. ve Lam, W. W. (2019). The role of metacognition and its indirect effect through Cognitive Attentional Syndrome on fear of cancer recurrence trajectories: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 29(2), 271-279.

Davidson, J. R., Kudler, H. S., Saunders, W. B. ve Smith, R. D. (1990). Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 162-170.

Davis, L. W., Leonhardt, B. L., Siegel, A., Brustuen, B., Luedtke, B., Vohs, J. L., James, A. ve Lysaker, P. H. (2016). Metacognitive capacity predicts severity of trauma-related dysfunctional cognitions in adults with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 237, 182-187.

De Jong-Meyer, R., Beck, B. ve Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 547-551.

DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B. ve Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 728-744.

Dragan, M. ve Kowalski, J. (2019). Childhood adversities and psychopathology in participants with high and low severity of cognitive-attentional syndrome symptoms. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 112, 1-7.

Dunmore, E., Clark, D. M. ve Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39(9), 1063-1084.

Dursun, P., Saraçlı, S. ve Konuk, O. (2014). The roles of meaningful life and posttraumatic stress in posttraumatic growth in a sample of Turkish university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 702-706.

Ehlers, A. ve Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.

Ehring, T., Frank, S. ve Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 488-506.

Ehring, T. ve Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder?. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 23547, 1-7.

Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O. ve Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 87-100.

Engdahl, B. E., Speed, N., Eberly, R. E. ve Schwartz, J. (1991). Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of American World War II prisoners of war. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Eşsizozğlu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., Önal, S., Yıldırım, E. A. ve Aker, T. (2009). Bir Terörist Saldırı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 118-126.

Eşsizozğlu, A., Altınöz, A. E., Sonkurt, H. O., Kaya, M. C., Köşger, F. ve Kaptanoğlu, C. (2017). The risk factors of possible PTSD in individuals exposed to a suicide attack in Turkey. *Psychiatry Research*, 253, 274-280.

Evren, B., Dalbudak, E., Evren, C. ve Özen, S. (2019). The relationship of internet addiction symptom severity with posttraumatic stress disorder symptoms and impulsivity among Turkish university students. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(1), 83-89.

Faija, C. L., Reeves, D., Heal, C., Capobianco, L., Anderson, R. ve Wells, A. (2019). Measuring the cognitive attentional syndrome in cardiac patients with anxiety and depression symptoms: Psychometric properties of the CAS-1R. *Frontiers in psychology*, 10, 2109, 1-13.

Fergus, T. A. ve Bardeen, J. R. (2017). Examining the incremental contribution of metacognitive beliefs beyond content-specific beliefs in relation to posttraumatic stress in a community sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 723-730.

Fergus, T. A., Clayson, K. A. ve Dolan, S. L. (2018). Metacognitive Beliefs Predict Greater Mental Contamination Severity After an Evoking Source. *Frontiers in Psychology*, 9, 1784-1793.

Fisher, P. L., McNicol, K., Cherry, M. G., Young, B., Smith, E., Abbey, G. ve Salmon, P. (2018). The association of metacognitive beliefs with emotional distress and trauma symptoms in adolescent and young adult survivors of cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 36(5), 545-556.

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.

Floen, S. K. ve Elklit, A. (2007). Psychiatric diagnoses, trauma, and suicidality. *Annals of General Psychiatry*, 6(1), 12.

Foa, E. B., Steketee, G. ve Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 155-176.

Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. ve Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. ve Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press: New York.

Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C. ve Tashiro, T. (2009). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 450.

García, F. E., Cova, F., Rincón, P. ve Vázquez, C. (2015). Trauma or growth after a natural disaster? The mediating role of rumination processes. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 26557, 1-10.

García, F. E., Vázquez, C. ve Inostroza, C. (2019). Predictors of post-traumatic stress symptoms following occupational accidents: A longitudinal study. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(2), 168-178.

Gill, J. M., Page, G. G., Sharps, P. ve Campbell, J. C. (2008). Experiences of traumatic events and associations with PTSD and depression development in urban health care-seeking women. *Journal of Urban Health*, 85(5), 693-706.

Gill, I. J., Mullin, S. ve Simpson, J. (2015). Are metacognitive processes associated with posttraumatic stress symptom severity following acquired brain injury?. *Disability and rehabilitation*, 37(8), 692-700.

Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K. A. ve Austin, M. P. (2005). A Brief Measure of Worry Severity (BMWS): Personality and clinical correlates of severe worriers. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(8), 877-892.

Goldberg, L. R. ve Freyd, J. J. (2006). Self-reports of potentially traumatic experiences in an adult community sample: Gender differences and test-retest stabilities of the items in a brief betrayal-trauma survey. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7(3), 39-63.

Güleç, M., Kalafat, T., Boysan, M. ve Barut, Y. (2014). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) in a Non-Clinical Sample. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bülteni*, 52(2), 147-153.

Gülüm, I. V. ve Dağ, İ. (2012). Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanterinin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 216-223.

Gündüz, A., Gündoğmuş, İ., Engin, B. H., İşler, A., Sertçelik, S. ve Yaşar, A. B. (2019). Effects of adverse childhood events over metacognitions, rumination, depression and worry in healthy university students. *Annals of Medical Research*, 26(7), 1394-1401.

Halvorsen, M., Hagen, R., Hjemdal, O., Eriksen, M. S., Sørli, Å. J., Eisemann, M. ve Wang, C. E. (2015). Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 31-40.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis*. Guilford Press: New York.

Helzer, J. E., Robins, L. N. ve McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317(26), 1630-1634.

Holeva, V., Tarrrier, N. ve Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32(1), 65-83.

Hutchinson, C. (2005). A Study of The Relationship Between Metacognitions and Dissociation in Combat Stress Veterans. *Yayınlanmamış Doktora Tezi. University of Surrey. United Kingdom.*

Işıklı, S. (2006). Travma Sonrası Stres Belirtileri Olan Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Ayrışma Düzeyi ve Çalışma Belleği Uzamı Arasındaki İlişkiler. *Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.*

Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R. ve Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina*, 24(3.), 256-266.

Jeon, H. J., Suh, T., Lee, H. J., Hahm, B. J., Lee, J. Y., Cho, S. J., Lee, Y. R., Chang, S. M. ve Cho, M. J. (2007). Partial versus full PTSD in the Korean community: prevalence, duration, correlates, comorbidity, and dysfunctions. *Depression and Anxiety*, 24(8), 577-585.

Johnson, S. U., Hoffart, A., Nordahl, H. M., Ulvenes, P. G., Vrabel, K. ve Wampold, B. E. (2017). Metacognition and cognition in inpatient MCT and CBT for comorbid anxiety disorders: A study of within-person effects. *Journal of Counseling Psychology*, 65(1), 1-12.

Karatepe, H. T., Yavuz, F. K. ve Türkcan, A. (2013). Validity and reliability of the Turkish version of the ruminative thought style questionnaire. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(3), 231-241.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. ve Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Kılıç, C., Aydın, I., Taşkıntuna, N., Özçürümez, G., Kurt, G., Eren, E., Lale, T., Özel, S. ve Zileli, L. (2006). Predictors of psychological distress in survivors of the 1999 earthquakes in Turkey: effects of relocation after the disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 194-202.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. ve Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. *Trauma and Its Wake*, 1, 113-141.

Knight, A. (2004). Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder following intensive care unit treatment. *Yayınlanmamış doktora tezi. The University of Manchester. United Kingdom.*

Kolubinski, D. C., Nikčević, A. V., Lawrence, J. A. ve Spada, M. M. (2017). The metacognitions about self-critical rumination questionnaire. *Journal of affective disorders*, 220, 129-138.

Koren, D., Arnon, I. ve Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 367-373.

Kubiak, T., Zahn, D., Siewert, K., Jonas, C. ve Weber, H. (2014). Positive beliefs about rumination are associated with ruminative thinking and affect in daily life: Evidence for a metacognitive view on depression. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(5), 568-576.

Leskela, J., Dieperink, M. ve Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(3), 223-226.

Lilly, M. M. ve Valdez, C. E. (2012). Interpersonal trauma and PTSD: The roles of gender and a lifespan perspective in predicting risk. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 140.

Livanou, M., Başıoğlu, M., Şalcıoğlu, E. ve Kalendar, D. (2002). Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(12), 816-823.

Mahoney, A. E., McEvoy, P. M. ve Moulds, M. L. (2012). Psychometric properties of the Repetitive Thinking Questionnaire in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 359-367.

Măirean, C. (2019). Driving cognitions, rumination, and posttraumatic stress disorder in road traffic accidents survivors. *Clinical psychology and psychotherapy*, 26(1), 47-54.

Matthews, G. ve Wells, A. (2004). Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*, 125-151.

Mazloom, M., Yaghubi, H. ve Mohammadkhani, S. (2016). Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Differences*, 88, 94-98.

McEvoy, P. M., Mahoney, A. E. ve Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 509-519.

McEvoy, P. M., Moulds, M. L. ve Mahoney, A. E. J. (2013). Mechanisms driving pre- and post-stressor repetitive negative thinking: Metacognitions, cognitive avoidance, and thought control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 84-93.

Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M. ve Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 24(5), 307-317.

Moser, J. S., Hajcak, G., Simons, R. F. ve Foa, E. B. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1039-1049.

Moulds, M. L., Yap, C. S., Kerr, E., Williams, A. D. ve Kandris, E. (2010). Metacognitive beliefs increase vulnerability to rumination. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 24(3), 351-364.

Mutlu, H. H., Bilican, F. I., Mutlu, H. H. ve Gümüş, M. (2018). A comparison of metacognitive factors among patients with cancer and the control group. *Psycho-oncology*, 27(4), 1277-1283.

Myers, S. G. ve Wells, A. (2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. *Anxiety, Stress and Coping*, 28(6), 634-649.

Nalipay, M. J. ve Mordeno, I. G. (2018). Positive metacognitions and meta-emotions as predictors of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in survivors of a natural disaster. *Journal of Loss and Trauma*, 23(5), 381-394.

Nassif, Y. (2009). A test of metacognitive theory and technique in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. The University of Manchester (United Kingdom)*.

Nieto, M. Á. P., Delgado, M. M. R., Mateos, L. L. ve Bueno, N. (2010). Cognitive control and anxiety disorders: metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD. *Clínica y Salud*, 21(2), 159-166.

Nobakht, H. N., Ojagh, F. S. ve Dale, K. Y. (2019). Risk factors of post-traumatic stress among survivors of the 2017 Iran earthquake: The importance of peritraumatic dissociation. *Psychiatry Research*, 271, 702-707.

Nolen-Hoeksema, S. ve Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.

Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. *Depressive rumination*, 107-123.

Nordahl, H. ve Wells, A. (2019). Measuring the Cognitive Attentional Syndrome Associated with Emotional Distress: Psychometric Properties of the CAS-1. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(4), 292-306.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.

Norris, F. H. ve Slone, L. B. (2007). The epidemiology of trauma and PTSD. *Handbook of PTSD: Science and practice*, 78-98.

Olf, M., Langeland, W., Draijer, N. ve Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183-204.

Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.

Özkan, M., Özen, Ş., ve Ertunç, N. (2005). Panik bozukluğuna komorbid eksen-1 bozukluklarının oluşumunda travmatik yaşam olaylarının rolü. *Klinik Psikiyatri*, 8, 53-59.

Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273.

Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2009). A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 123-131.

Paris, J. (2000). Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(4), 175-183.

Pazvantoğlu, O., Algül, A., Ateş, M. A., Sarısoy, G., Ebrinç, S., Başoğlu, C. ve Çetin, M. (2013). Metacognitive functions in obsessive compulsive disorder in a Turkish clinical population: the relationship between symptom types and metacognition subdimensions. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni/Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(1), 65-71.

Preacher, K. J. ve 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.

Quattropani, M. C., Lenzo, V., Mucciardi, M. ve Toffle, M. E. (2016). Metacognition as predictor of emotional distress in cancer patients. *Life Span Disabil*, 19, 221-239.

Hosseini Ramaghani, N. A., Rezaei, F., Sepahvandi, M. A., Gholamrezaei, S. ve Mirderikvand, F. (2019). The mediating role of the metacognition, time perspectives and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and post-traumatic stress disorder symptoms. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1648173, 1-10.

Reynolds, M. ve Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire–psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, 29(5), 1089-1099.

Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R. D., Huibers, M., Peeters, F. ve Arntz, A. (2007). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1295-1305.

Rosebrock, L. E., Hall, K. A. A., Rando, A., Pineles, S. L. ve Liverant, G. I. (2019). Rumination and its relationship with thought suppression in unipolar depression and comorbid PTSD. *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 226-235.

Roussis, P. ve Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40(1), 111-122.

Roussis, P. ve Wells, A. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(3), 213-225.

Ryum, T., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Hagen, R., Halvorsen, J. Ø. ve Solem, S. (2017). Worry and metacognitions as predictors of anxiety symptoms: a prospective study. *Frontiers in psychology*, 8, 924, 1-6.

Sarıçam, H. (2015). Metacognition and happiness: The mediating role of perceived stress. *Studia Psychologica*, 57(4), 271-283.

Sarioğlu, F. C. (2014). Travmatik olayların psikolojik sonuçlarının diğer güç yaşam deneyimlerinden farkı: Toplum temelli bir çalışmanın bulguları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.*

Scarpa, A., Wilson, L. C., Wells, A. O., Patriquin, M. A. ve Tanaka, A. (2009). Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. *Behaviour research and therapy*, 47(9), 809-813.

Schnurr, P. P., Friedman, M. J. ve Rosenberg, S. D. (1993). Preliminary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *The American Journal of Psychiatry*.

Sellers, R., Wells, A., Parker, S. ve Morrison, A. P. (2018). Do people with psychosis engage in unhelpful metacognitive coping strategies? A test of the validity of the Cognitive Attentional Syndrome (CAS) in a clinical sample. *Psychiatry research*, 259, 243-250.

Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R. ve Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 14(4), 258-268.

Silver, S. M. ve Iacono, C. V. (1984). Factor-analytic support for DSM-III's post-traumatic stress disorder for vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 5-14.

Spada, M. M., Mohiyeddini, C. ve Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 238-242.

Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B. ve Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172-1181.

Spada, M. M., Georgiou, G. A. ve Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, 39(1), 64-71.

Stallard, P. (2003). A retrospective analysis to explore the applicability of the Ehlers and Clark (2000) cognitive model to explain PTSD in children. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 337-345.

Stanke, C., Murray, V., Amlôt, R., Nurse, J. ve Williams, R. (2012). The effects of flooding on mental health: Outcomes and recommendations from a review of the literature. *PLoS Currents*, 4.

Startup, M., Makgekgenene, L. ve Webster, R. (2007). The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition?. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 395-403.

Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., ... ve Florescu, S. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PloS One*, 5(5), e10574.

Stewart, S. H., Ouimette, P., ve Brown, P. J. (2002). Gender and the comorbidity of PTSD with substance use disorders.

Sun, X., So, S. H., Chan, R. C., Chiu, C. D. ve Leung, P. W. (2019). Worry and metacognitions as predictors of the development of anxiety and paranoia. *Scientific reports*, 9(1), 1-10.

Sümer, N., Karancı, A. N., Berument, S. K. ve Güneş, H. (2005). Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(4), 331-342.

Takarangi, M. K., Smith, R. A., Strange, D. ve Flowe, H. D. (2017). Metacognitive and metamemory beliefs in the development and maintenance of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 131-140.

Tolin, D. F. ve Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, (1), 37-85.

Tunay, Ş. ve Soygüt, G. (2009). Türk Üniversite Öğrencileri Üzerinde Endişe Şiddeti Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 68-74.

Tural, Ü., Coşkun, B., Önder, E., Çorapçioğlu, A., Yıldız, M., Kesepara, C., Karakaya, I., Aydın, M., Erol, A., Torun, F. ve Aybar, G. (2004). Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 17(6), 451-459.

Uğuz, Ş., Levent, B. A., Soylu, L., Kocabaş, Ö. ve Demirci, S. (2000). 98 Adana-Ceyhan Depreminden Sonra Ortaya Çıkan Akut Stres Bozukluğunun Araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 16-20.

Van der Kolk, B. A. ve Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505-525.

Van der Kolk, B. A. (2001). The psychobiology and psychopharmacology of PTSD. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 16(S1), S49-S64.

Van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *New York* (1-17).

Vanzhula, I. A., Calebs, B., Fewell, L. ve Levinson, C. A. (2019). Illness pathways between eating disorder and post-traumatic stress disorder symptoms: Understanding comorbidity with network analysis. *European Eating Disorders Review*, 27(2), 147-160.

Varkal, M. D., Yalvac, D., Tufan, F., Turan, S., Cengiz, M. ve Emul, M. (2013). Metacognitive differences between elderly and adult outpatients with generalized anxiety disorder. *European Geriatric Medicine*, 4(3), 150-153.

Vernon, L. L. (2012). Relationships among proactive coping, posttrauma gratitude, and psychopathology in a traumatized college sample. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21(1), 114-130.

Vrana, S. ve Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 289-302.

Wasserman, S., de Mamani, A. W. ve Suro, G. (2012). Shame and guilt / self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 196(1), 27-31.

Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P. ve Keane, T.M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov

Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. ve Keane, T. (October 1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility*. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P. ve Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.

Weber, F. ve Exner, C. (2013). Metacognitive beliefs and rumination: A longitudinal study. *Cognitive therapy and research*, 37(6), 1257-1261.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.

Wells, A. (2002). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley and Sons.

Wells, A. (2008). Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36(6), 651-658.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press: New York.

Wells, A. ve Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.

Wells, A. ve Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 373-381.

Wells, A. ve Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 871-878.

Wells, A. ve Matthews, G. (1994). Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cognition and Emotion*, 8(3), 279-295.

Wells, A. ve Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888.

Wells, A. ve Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 365-377.

Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., Knight, A. ve Rees, D. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(1), 85-92.

Wilson, L. C. ve Scarpa, A. (2012). The mediating role of peritraumatic dissociation and thought control strategies on posttraumatic stress in women survivors of child sexual and physical abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 21*(4), 477-494.

Wisco, B. E., Pineles, S. L., Shipherd, J. C. ve Marx, B. P. (2013). Attentional interference by threat and post-traumatic stress disorder: The role of thought control strategies. *Cognition and emotion, 27*(7), 1314-1325.

Yaşan, A., Güzel, A., Tamam, Y. ve Özkan, M. (2009). Predictive factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Psychopathology, 42*(4), 236-241.

Yaşan, A., Saka, G., Özkan, M. ve Ertem, M. (2009). Trauma type, gender, and risk of PTSD in a region within an area of conflict. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 22*(6), 663-666.

Yazıhan, N. ve Yelboğa, Z. (2019). Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında üstbilişlere ilişkin inançlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 22*(4), 445-451.

Yetkiner, Y. D. (2010). Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Türkçe Uyarlama ve Üniversite Öğrencileri Üzerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kocaeli.*

Yılmaz, A. E., Gençöz, T. ve Wells, A. (2008). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice, 15*(6), 424-439.

Yılmaz, A. E., Gençöz, T. ve Wells, A. (2015). Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *The Journal of General Psychology*, 142(1), 23-33.

Yılmaz, A. E. (2015). Examination of the metacognitive model of depression in a Turkish University student sample. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 1-9.

Yılmaz, A. E. (2015). The Role of Worry and Rumination in the Symptoms of Anxiety and Depression. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 107-114.

Yorulmaz, O. ve Gençöz, T. (2008). Obsessif-Kompulsif Bozukluk Semptomlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri, Obsessif İnanışlar Ölçeği ve Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği'nin Türk Örnekleminde İncelenmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 1-13.

Zahn, R., Lythe, K. E., Gethin, J. A., Green, S., Deakin, J. F. W., Young, A. H. ve Moll, J. (2015). The role of self-blame and worthlessness in the psychopathology of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 186, 337-341.

Zara, A. ve İçöz, F. J. (2015). Türkiye'de Ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, 18, 15-23.

EKLER

Ek 1: Sosyo-demografik Bilgi Formu

1. **Cinsiyetiniz:** _____
2. **Yaşınız:** _____
3. **Medeni durumunuz:**
- Bekâr
 - Evli
 - Boşanmış
 - Diğer: _____
4. **Şu an devam etmekte olduğunuz üniversite:** _____
5. **Şu an devam etmekte olduğunuz bölüm:** _____
6. **Şu an devam etmekte olduğunuz eğitim düzeyi:**
- Hazırlık
 - Önlisans
 - Lisans
 - Yüksek Lisans
 - Doktora
7. **Öğrenciliğin yanı sıra herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**
- Hayır (9. Soruya geçiniz)
 - Evet
8. **Çalışıyor iseniz ne iş yaptığınızı belirtiniz:** _____
9. **Yaşamınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer:**
- Büyükşehir
 - Şehir
 - İlçe
 - Kasaba
 - Köy
10. **Aylık gelir düzeyiniz:**
- Çok düşük
 - Düşük
 - Orta
 - Yüksek
 - Çok yüksek
11. **Şu anda herhangi bir psikolojik/psikiyatrik bir rahatsızlığınız ya da tanınız var mı?**
- Hayır (15. Soruya geçiniz)
 - Evet
12. **Şu an yaşadığımız psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığımızı ya da tanınızı belirtiniz:**
- _____
13. **Şu an yaşadığımız psikolojik/psikiyatrik tanınız ya da rahatsızlığımız nedeniyle herhangi bir uzmandan (psikolog, psikiyatr) yardım alıyor musunuz?**

- Hayır
- Psikoterapi
- Psikiyatrik ilaç
- Psikoterapi + Psikiyatrik ilaç

14. Eğer yardım alıyorsanız ne kadar süredir devam ettiğinizi belirtiniz: _____

15. Geçmişte herhangi bir psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığınız ya da tanınız oldu mu?

- Hayır (Bir sonraki bölüme geçiniz)
- Evet

16. Geçmişte yaşadığınız psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığınızı ya da tanınızı belirtiniz:

17. Geçmişte yaşadığınız psikolojik/psikiyatrik tanınız ya da rahatsızlığınız nedeniyle herhangi bir uzmandan (psikolog, psikiyatr) yardım aldınız mı?

- Hayır
- Psikoterapi
- Psikiyatrik ilaç
- Psikoterapi + Psikiyatrik ilaç

18. Eğer yardım aldıysanız, ne kadar süre devam ettiğinizi belirtiniz: _____

Ek 2: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

BÖLÜM 1

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları bir grup zor ve stresli durumlar listelenmiştir. Her bir olay için sağ tarafta yer alan bir veya daha fazla kutucuğu şu açıklamalara uygun olarak işaretleyiniz:

(a) Kişisel olarak **bizzat yaşadınız**; (b) bir başkasının başına geldiğine **sahit oldunuz**; (c) yakın bir aile üyenizin veya yakın bir arkadaşınızın başına geldiğini **öğrendiniz**; (d) **işiniz gereği** bu olaya maruz kaldınız (örn., askeri doktor, polis, asker veya benzer bir meslek üyesi olarak); (e) buna benzer bir olay yaşadığınıza **emin değilsiniz**; veya (f) size **uygun değil**.

Listede yer alan olayları **bütün geçmiş yaşamınızı** (büyürken olduğu kadar yetişkinliği de) dikkate alarak değerlendiriniz. (BİRDEN FAZLA KUTUCUK (X) KOYARAK İŞARETLENEBİLİR)

Olay	Bizzat yaşadım	Şahit oldum	Öğrendim	İşimin gereği	Emin değilim	Bana uygun değil
1. Doğal afet (örneğin, deprem, sel, tufan, hortum)						
2. Yangın veya patlama						
3. Seyahat ederken kaza (örneğin, araba kazası, gemi kazası, tren çarpması, uçak kazası)						
4. İşte, evde veya eğlenceli bir etkinlik sırasında ciddi kaza						
5. Zehirli maddeye maruz kalma (örneğin, tehlikeli kimyasallar, radyasyon)						
6. Fiziksel saldırı (örneğin, saldırıya uğrama, yumruk)						

yeme, tekmeleme, tokatlanma, dayak yeme)						
7. Silahlı saldırıya uğrama (örneğin, vurulma, bıçaklanma, bıçakla silahla veya bombayla tehdit edilme)						
8. Cinsel saldırı (ırza saldırı, ırza saldırı girişimi, zor kullanarak veya zarar verme tehdidiyle her türlü cinsel eylem)						
9. Diğer türlü istenmeyen veya rahatsızlık veren cinsel deneyim						
10. Bir savaş bölgesinde çatışmaya girme veya ateş altında kalma (askerde veya sivil olarak)						
11. Esaret (örneğin, kaçırılma, esir alınma, rehin alınma, savaş tutsağı)						
12. Yaşamı tehdit eden hastalık veya yaralanma						
13. Ciddi ızdırap çekme						
14. Ani vahşice ölüm (örneğin, cinayet, intihar)						

15. Ani kaza sonucu olan ölüm						
16.Sizin bir başkasının ciddi şekilde yaralanmasına, zarar görmesine veya ölümüne sebep olmanız						
17. Herhangi bir başka çok stresli olay veya deneyim						



(Ek 2 devamı)

BÖLÜM 2

A. Eğer BÖLÜM 1’de yer alan 17 numaralı madde için herhangi bir işaretleme yaptıysanız, bu olayı kısaca tanımlayınız:

B. Eğer BÖLÜM 1’de yer alan olaylardan birden fazlasını yaşadıysanız, en stres verici olarak gördüğünüz bir olayı, yani sizi halen en çok rahatsız eden olayı düşününüz. Eğer BÖLÜM 1’deki olaylardan sadece birini yaşadıysanız, o olayı en stres verici olay olarak ele alınız. Lütfen bu en stres verici olay hakkında aşağıda yer alan soruları cevaplayınız (ilgili olan tüm seçenekleri işaretleyiniz):

En stres verici olayı kısaca tanımlayınız (örneğin ne oldu, kimler vardı, vb.): _____

Bu olay ne kadar zaman önce oldu? _____ (emin değilseniz lütfen tahmini olarak belirtiniz)

Olay nasıl oldu?

___ Olay benim başıma geldi

___ Olaya tanık oldum

___ Ailemden birinin ya da yakın bir arkadaşımın başına geldiğini öğrendim

___ İşim gereği (örneğin acil servis çalışanı, polis, asker veya ilk müdahalede bulunan kişi olarak) olayın ayrıntılarıyla tekrar tekrar karşı karşıya kaldım

___ Diğer, lütfen tanımlayınız _____

Birinin hayatı tehlikede miydi?

___ Evet, benim hayatım tehlikedeydi

___ Evet, başka birinin hayatı tehlikedeydi

___ Hayır

Ciddi bir şekilde yaralanan veya ölen kimse var mıydı?

___ Evet, ben ciddi bir şekilde yaralandım

___ Evet, başka biri ciddi bir şekilde yaralandı veya öldü

___ Hayır

Olay cinsel şiddet içeriyor muydu? ____ Evet ____ Hayır

Eğer olay bir aile üyesinin ya da yakın bir arkadaşın ölümü ile ilgiliyse, bu durum bir çeşit kaza veya şiddet nedeniyle mi, yoksa doğal nedenlerle mi oldu?

____ Kaza veya şiddet nedeniyle oldu

____ Doğal nedenlerle oldu

____ Uygun değil (Olay bir aile üyesinin ya da yakın bir arkadaşın ölümüyle ilgili değildi)

Hayatınız boyunca kaç defa, bu en stres verici olay kadar sizi rahatsız eden benzer bir olay yaşadınız?

____ Sadece bir kere yaşadım

____ Birden fazla yaşadım (lütfen bu deneyimi toplamda kaç defa yaşadığınızı belirtiniz veya tahmini olarak yazınız)

(Ek 2 devamı)

BÖLÜM 3

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığımız 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.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (<i>sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi</i>) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığımız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı hatırlattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (<i>örneğin kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi</i>) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (<i>örneğin insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan</i>) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (<i>örneğin kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir</i> gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (<i>örneğin mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara</i>	0	1	2	3	4

<i>sevgi dolu hisler duyamamak</i>) sizi ne kadar bunalttı?					
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

Ek 3: Üstbilişler Ölçeği-30

Bu anket insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inançları ile ilgilidir.

Aşağıda insanların ifade ettikleri bazı inançlar listelenmiştir.

Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur	1	2	3	4
2. Endişelerim benim için tehlikelidir	1	2	3	4
3. Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm	1	2	3	4
4. Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim	1	2	3	4
5. Bir sorun üzerine düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum	1	2	3	4
6. Endişe verici bir düşüncüyü kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur	1	2	3	4
7. Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir	1	2	3	4
8. Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4

9. Durdurmak için ne kadar uğraşsam da, endişe verici düşüncelerim devam eder	1	2	3	4
10. Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur	1	2	3	4
11. Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir	1	2	3	4
12. Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım	1	2	3	4
13. Düşüncelerimi her zaman kontrolüm altında tutabilmem gerekir	1	2	3	4
14. Hafızam beni zaman zaman yanıtabilir	1	2	3	4
15. Endişelerim beni deliye döndürebilir	1	2	3	4
16. Düşüncelerimin sürekli farkındayım	1	2	3	4
17. Hafızam zayıftır	1	2	3	4
18. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim	1	2	3	4
19. Endişelenmek yaşadıklarımın baş etmeme yardımcı olur	1	2	3	4
20. Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir	1	2	3	4

21. Endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam	1	2	3	4
22. Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım	1	2	3	4
23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur	1	2	3	4
24. Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
25. Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür	1	2	3	4
26. Hafızama güvenmem	1	2	3	4
27. Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam, iş göremez hale gelirim	1	2	3	4
28. İyi çalışmak için, endişelenmem gerekir	1	2	3	4
29. Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
30. Düşüncelerimi sürekli incelerim	1	2	3	4

Ek 4: Travma Sonrası Bilişler Envanteri

Aşağıda travmatik bir yaşantı sonrasında insanların sahip olabileceği düşünceler yer almaktadır. Yaşadığınız travmatik olay/olaylarla ilişkili olarak aşağıdaki düşüncelere ne ölçüde katıldığınızı öğrenmek istiyoruz. Lütfen her bir ifadenin size ne kadar uygun olduğunu, maddelerin başındaki boşluğa 1 ve 7 arasında puanlar vererek değerlendiriniz. İnsanlar travmatik olaylara farklı tepkiler verirler. Bu ifadelerin doğru veya yanlış cevabı yoktur.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Çok fazla katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Nötürüm	Biraz katılıyorum	Çok fazla katılıyorum	Tamamıyla katılıyorum

- _____ 1. Bu olay benim davranışlarımdan dolayı yaşandı.
- _____ 2. Bundan sonra doğru şeyi yapabileceğime inanmam.
- _____ 3. Ben zayıf bir insanım.
- _____ 4. Bundan sonra öfkemi kontrol edemeyeceğim ve korkunç bir şeyler yapacağım.
- _____ 5. En küçük bir üzüntüyle bile başa çıkamam.
- _____ 6. Ben bir zamanlar mutlu bir insandım; ancak şimdi her zaman mutsuzum.
- _____ 7. İnsanlara güvenilemez.
- _____ 8. Her zaman tetikte olmak zorundayım.
- _____ 9. İçimde kendimi ölü gibi hissediyorum.
- _____ 10. Size kimin zarar vereceğini asla bilemezsiniz.
- _____ 11. Benim özellikle dikkatli olmam lazım; çünkü bundan sonrasında ne olabileceğini asla bilemezsiniz.
- _____ 12. Ben yetersizim.
- _____ 13. Duygularımı kontrol edemeyeceğim ve korkunç bir şeyler olacak.
- _____ 14. Bu olay hakkında düşünecek olursam, olanların üstesinden gelebilmeyi asla başaramam.
- _____ 15. Başıma gelen olayın sebebi benim ne çeşit bir insan olduğumla ilişkilidir.
- _____ 16. Bu olaydan dolayı verdiğim tepkiler gitgide delirdiğimi gösteriyor.
- _____ 17. Bir daha asla normal duygular hissetmeyi başaramayacağım.
- _____ 18. Dünya tehlikeli bir yerdir.
- _____ 19. Hiç değilse birileri bu olayın yaşanmasına engel olabilirdi.
- _____ 20. Bundan sonrası için kalıcı olarak zarar gördüm.
- _____ 21. Kendimi bir insan gibi değil, bir eşya gibi hissediyorum.
- _____ 22. Başka biri bu duruma asla düşmezdi.
- _____ 23. Başka insanlara güvenemiyorum.
- _____ 24. Kendimi yalnız ve diğer insanlardan uzak hissediyorum.

(Ek 4 devamı)

- _____ 25. Benim için bir gelecek yok.
- _____ 26. Bana kötü şeyler olmasına engel olamam.
- _____ 27. İnsanlar göründükleri gibi değildir.
- _____ 28. Yaşadığım travmayla birlikte hayatım mahvoldu.
- _____ 29. Kişisel olarak bende yanlış bir şeyler var.
- _____ 30. Bu olaydan dolayı verdiğim tepkiler benim hep kaybetmeye mahkûm biri olduğumu gösteriyor.
- _____ 31. Bu olayın yaşanmasına benimle ilgili bir şeyler sebep oldu.
- _____ 32. Bu olay hakkındaki düşüncelerime tahammül edemediğimden dolayı darmadağın olacağım.
- _____ 33. Kendimi artık tanımadığımı hissediyorum.
- _____ 34. Korkunç bir şeyler olacağı zaman, siz bunu asla bilemezsiniz.
- _____ 35. Kendime güvenemiyorum.
- _____ 36. Bundan sonra artık güzel bir şeyler yaşamam mümkün değil

Ek 5: Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği

Şimdi, lütfen az önce tarif ettiğiniz en stres verici olayla ilgili olarak aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Olaydan sonraki yaşantınız konusunda her bir ifadenin sizin için ne kadar geçerli olduğunu işaretleyiniz.

	1 Hiç	2	3 Biraz	4	5 Çok
1. Bu olay tekrar tekrar aklınıza gelmiş ya da gözünüzün önünden gitmemiş, bu da sizin giderek daha kötü hissetmenize yol açtı.	1	2	3	4	5
2. Bu olayla ilgili daha fazla yapabileceğiniz bir şey olmadığı için hiç düşünmediniz.	1	2	3	4	5
3. Hüzünlü müzik dinlediniz.	1	2	3	4	5
4. Aklınızdan, zamanı geriye çevirip o soruna daha iyi bir çözüm bulma düşüncesi ya da hayali geçti.	1	2	3	4	5
5. Bütün yetersizlikleriniz, başarısızlıklarınız ve hatalarınız aklınızdan geçti.	1	2	3	4	5
6. Duygularınız hakkında düşünmek için tek başınıza bir yerlere gittiniz.	1	2	3	4	5
7. Düşünceleriniz sizi bunalttı.	1	2	3	4	5
8. “Başkalarında olmayan sorunlar bende niye var?” gibi düşünceleriniz oldu.	1	2	3	4	5
9. Baskı altındayken o olayla ilgili çok şey düşündünüz.	1	2	3	4	5
10. Bu olay, istemediğiniz halde aklınızdan tekrar geçti.	1	2	3	4	5

11. “Berbat hissettiğim için işimi gücümü yapamayacağım” diye düşündünüz.	1	2	3	4	5
12. Bir köşeye çekilerek neden böyle hissettiğinizi düşündünüz.	1	2	3	4	5
13. Bu olaya benzer durumlardan artık uzak durma kararı vermenizle sonuçlanan düşünceleriniz oldu.	1	2	3	4	5
14. Olayla ilgili sıkıntılı düşünceleri aklınızdan kolayca uzaklaştırdınız.	1	2	3	4	5
15. Bu olay sonrasında “niye bıraktığım yerden devam edemiyorum” diye düşünüp durdunuz.	1	2	3	4	5
16. Unutulması zor olan o olay hakkında düşünceleriniz oldu.	1	2	3	4	5
17. Kafanız sürekli meşguldü.	1	2	3	4	5
18. Olayı düşünme eğiliminde değildiniz.	1	2	3	4	5
19. Olayı düşünmeye bir kere başlayınca duramıyordunuz.	1	2	3	4	5
20. Her şeyi yapmaya yetecek zamanınız yoktu, bu yüzden sonrasında olayı hiç düşünmediniz.	1	2	3	4	5
21. Kendinizi çok yalnız hissettiğinizi düşündünüz.	1	2	3	4	5
22. Olay yaşanıp bittikten sonra hakkında çok fazla düşündünüz.	1	2	3	4	5
23. Olayı bir süredir düşündüğünüzü fark ettiniz.	1	2	3	4	5

24. Olayla ilgili, karşı koymaya çalıştığınız düşünceleriniz oldu.	1	2	3	4	5
25. Kendinize ne kadar kızgın olduğunuzu düşündünüz.	1	2	3	4	5
26. Sürekli o olayı düşündünüz.	1	2	3	4	5
27. Tümüyle bitene kadar bu olayı düşündünüz.	1	2	3	4	5
28. Olay hakkında düşünmemeniz gerektiğini biliyordunuz ama bundan kendinizi alamadınız.	1	2	3	4	5
29. Kendi kendinize “neden hep böyle tepkiler gösteriyorum?” diye sordunuz.	1	2	3	4	5
30. Olayla ilgili “keşke daha iyi sonuçlansaydı” diye düşündünüz.	1	2	3	4	5
31. Bu olay sizi gerçekten düşünmeye sevk etti.	1	2	3	4	5

Ek 6: Endişe Şiddeti Ölçeği

Yönerge: Aşağıda endişe ile ilgili ifadelerin listesini göreceksiniz. Endişe, kaygının (sıkıntı hissi) eşlik ettiği ve gelecekteki olumsuz olaylarla ilgili düşünce biçimidir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadenin, sizin endişe yaşadığınız durumları genel olarak ne kadar doğru anlattığını, rakamları yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Puanlama:

0=Kesinlikle doğru değil	1=Kısmen doğru	2=Oldukça doğru	3=Tamamen doğru
--------------------------	----------------	-----------------	-----------------

1. Endişelendiğim zaman bu benim günümü, o günkü işlerimi etkiler (Mesela, işimi yapmama, günümü programlamama engel olur).

0	1	2	3
Kesinlikle doğru değil	Kısmen doğru	Oldukça doğru	Tamamen doğru

2. Bir konu hakkında endişelenmekten vazgeçmem gerektiğini düşündüğüm zaman, bu konu hakkında daha da fazla endişelenmeye başladığımı fark ederim.

0	1	2	3
Kesinlikle doğru değil	Kısmen doğru	Oldukça doğru	Tamamen doğru

3. Endişelenmem, kendimi moralsiz ve çökmüş hissetmeme neden olur.

0	1	2	3
Kesinlikle doğru değil	Kısmen doğru	Oldukça doğru	Tamamen doğru

4. Endişelendiğim zaman, karar verme ve problem çözme becerilerim olumsuz yönde etkilenir.

0	1	2	3
Kesinlikle doğru değil	Kısmen doğru	Oldukça doğru	Tamamen doğru

5. Endişelendiğimde kendimi gergin ve bunalmış hissederim.

0	1	2	3
Kesinlikle doğru değil	Kısmen doğru	Oldukça doğru	Tamamen doğru

6. Kötü şeylerin veya olayların olacağına kesin gözüyle bakar, bundan endişe duyarım.

0	1	2	3
Kesinlikle doğru değil	Kısmen doğru	Oldukça doğru	Tamamen doğru

7. Sıklıkla, endişelenmekten kendimi alıkoyamayacağımdan endişelenirim.

0	1	2	3
Kesinlikle doğru değil	Kısmen doğru	Oldukça doğru	Tamamen doğru

8. Endişelenmemin bir sonucu olarak, duygusal açıdan tedirgin veya rahatsız hissetmeye yatkınım.

0	1	2	3
Kesinlikle doğru değil	Kısmen doğru	Oldukça doğru	Tamamen doğru

Ek 7: Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği

Birçok insanın aklına zaman zaman kontrol edilmesi zor olan nahoş ve/veya istenmeyen düşünceler (sözel ve/veya görsel olarak) gelebilir. Bu ankette, *genel olarak* bu tür düşünceleri kontrol etmek üzere kullanılan teknikleri ele almaktayız.

Aşağıda, bu tür düşünceleri kontrol etmek için kullanılan bir dizi yöntem bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir tekniği ne sıklıkla kullandığınızı uygun rakamı *yuvarlak içine* alarak belirtiniz. Ankette doğru veya yanlış cevap yoktur. Cevaplarken her bir madde üzerinde çok fazla zaman harcamayınız.

<i>Aklına nahoş ve/veya istenmeyen bir düşünce geldiğinde:</i>		Asla	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
1	Onun yerine aklıma olumlu şeyler getirmeye çalışırım	1	2	3	4
2	Kendime bu kadar aptal olma derim	1	2	3	4
3	İstenmeyen düşünceye odaklanırım	1	2	3	4
4	O düşünce yerine, daha önemsiz bir kötü şeyi düşünmeye çalışırım	1	2	3	4
5	Bu düşüncemden hiç kimseye bahsetmem	1	2	3	4
6	Böyle bir şeyi düşündüğüm için kendimi cezalandırırım	1	2	3	4
7	Başka endişelerim üzerine odaklanırım	1	2	3	4
8	Düşüncemi kendime saklarım	1	2	3	4
9	Onun yerine, kendimi işle meşgul ederim	1	2	3	4

10	Düşüncenin ne kadar geçerli olduğunu sorgularım	1	2	3	4
11	Böyle bir düşünce aklıma geldiği için kendime kızarım	1	2	3	4
12	Düşünceyi tartışmaktan kaçınırım	1	2	3	4
13	Böyle bir düşünce aklıma geldiği için kendime bağırırım	1	2	3	4
14	Düşüncemi mantık çerçevesinde analiz ederim	1	2	3	4
15	Düşünceyi durdurmak için kendimi çimdikler veya kendime vururum	1	2	3	4
16	Onun yerine hoş şeyler düşünürüm	1	2	3	4
17	Arkadaşlarımın bu düşüncelerle nasıl baş ettiğini öğrenirim	1	2	3	4
18	Onun yerine daha önemsiz, ufak tefek şeyleri dert edinirim	1	2	3	4
19	Hoşlandığım bir şeyler yaparım	1	2	3	4
20	Düşünceyi yeniden yorumlamaya çalışırım	1	2	3	4
21	Başka bir şey düşünürüm	1	2	3	4
22	Daha küçük sorunlarım hakkında daha çok düşünürüm	1	2	3	4
23	Düşünceye başka bir başka bir açıdan yaklaşırım	1	2	3	4
24	Onun yerine geçmişteki endişelerimi düşünürüm	1	2	3	4

25	Arkadaşlarıma, benzer düşünceleri olup olmadığını sorarım	1	2	3	4
26	Farklı olumsuz bir düşünceye odaklanırım	1	2	3	4
27	Bu düşüncenin aklıma gelme sebeplerini sorgularım	1	2	3	4
28	Kendime, bu düşünceye odaklanırsam kötü bir şey olacak derim	1	2	3	4
29	Düşünceyle ilgili bir arkadaşım ile konuşurum	1	2	3	4
30	Kendimi meşgul ederim	1	2	3	4

Ek 8: Etik Kurul Onay Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
EDEBİYAT FAKÜLTESİ
Etik Kurulu Kararları

Toplantı Tarihi: 19.04.2017 **Toplantı Sayısı:** 18 **Karar:** 4


Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Nilsen GÖKÇEN'in başkanlığında belirtilen üyelerin katılımı ile Çarşamba günü saat 11:00'de toplanan Fakültemiz Etik Kurulu aşağıdaki konuyu görüşerek karara bağladı.


KARAR:


Fakültemiz Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.A.Esin YILMAZ'ın sorumlu araştırmacı olarak yer aldığı ve Betül POLAT'ın yüksek lisans tezi kapsamında yürütülecek olan "Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Üstbilişsel Modeline İlişkin Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme" isimli yüksek lisans tezi proje önerisi ve ekleri incelendi.


Yapılan görüşmeler sonunda;

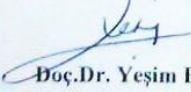
Fakültemiz Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.A.Esin YILMAZ'ın sorumlu araştırmacı olarak yer aldığı ve Betül POLAT'ın yüksek lisans tezi kapsamında yürütülecek olan "Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Üstbilişsel Modeline İlişkin Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme" isimli yüksek lisans tezi proje önerisinin Fakültemiz Etik Kurulu'nca etik açıdan uygunluğuna oybirliği ile karar verildi.



Doç.Dr.Nilsen GÖKÇEN
DEKAN YARDIMCISI

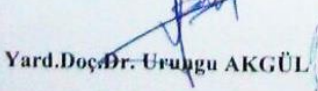

Prof.Dr. Levent AYSEVER



Prof.Dr. Recai TEKOĞLU


Doç.Dr. Gülay DİRİK

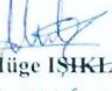

Doç.Dr. Yeşim BAŞARIR



Doç.Dr. Aygün EKİN MERİÇ


Yard.Doç.Dr. Urungu AKGÜL




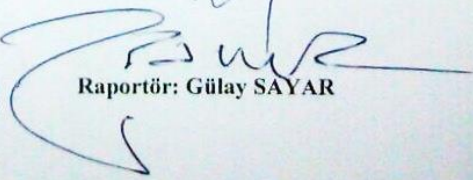
(GÖREVLİ)
Yard.Doç.Dr. Özgün KOŞANER


Yard.Doç.Dr. Müge İŞKİLER KOÇAK


Yard.Doç.Dr. Devrim Çetin GÜVEN

(KATILMADI)
Yard.Doç.Dr. Gazanfer KAYA


Yard.Doç.Dr. Nurcan SEN


Raportör: Gülay SAYAR

Ek 9: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Arş. Gör. Betül Polat'ın tezi kapsamında, Doç. Dr. A. Esin Yılmaz-Samancı danışmanlığında yürütülmektedir.

ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ NEDİR?

Bu araştırmanın amacı, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet gibi olaylar içeren çok stres verici/travmatik bir olay yaşamış kişilerin duyu, düşünce ve davranış süreçlerinin incelenmesidir. Araştırma sonucunda çok stresli/travmatik bir olay yaşamış kişilere özgü psikolojik süreçlerin daha iyi anlaşılmasına ve bu konuda verilen psikolojik hizmetlerin geliştirilmesine katkı sağlanması öngörülmektedir.

KATILIM KOŞULLARI NELERDİR?

Bu amaç kapsamında araştırmaya, çocukluk ve yetişkinlik dahil yaşamının herhangi bir noktasında en az bir kez, çok stres verici/travmatik bir olay yaşamış olan 18 yaş üzeri ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN katılması gerekmektedir.

Çok stres verici/travmatik olaylara verilebilecek örnekler arasında hastalık, kayıp gibi yaşantılar, depresyon, sel baskını gibi doğal felaketler, insan eliyle yaratılmış toplumsal olaylar, cinsel ve/veya fiziksel saldırı ya da istismar, trafik kazaları vb. yer almaktadır. Öte yandan, bu örnekler arasında yer almayan, ancak sizin açınızdan çok stres verici ya da travmatik olarak algılanan herhangi bir olay yaşamış olmak da, araştırmaya katılımınız için yeterlidir.

Bu çok stres verici/travmatik olay birebir SİZİN BAŞINIZDAN GEÇMİŞ olabileceği gibi, sadece TANIK OLDUĞUNUZ veya sizin için yakın birinin başına geldiğini ÖĞRENDİĞİNİZ bir olay da olabilir.

KATILIMCI OLARAK HAKLARIM NELERDİR?

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcı herhangi bir sebep belirtmeksizin veya herhangi bir bedel ödemeksizin çalışmayı yarıda bırakma hakkına sahiptir.

GİZLİLİĞİM KORUNACAK MI?

Çalışmada sizden kimlik belirleyici herhangi bir bilgi istenmemektedir. Uygulama esnasında elde edilecek veriler etik kurallar gereği tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmadan sorumlu kişiler tarafından değerlendirilecektir. Elde edilecek bilgiler toplu olarak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

KATILIMCILARDAN NE BEKLENİYOR?

Elde edilecek sonuçların bilimsel geçerliği ve güvenilirliği açısından, katılımcılardan tüm soruları dikkatle okuyarak ve içtenlikle yanıtlaması beklenmektedir.

UYGULAMA NE KADAR SÜRÜYOR?

Çalışmanın bir oturumda tamamlanması yaklaşık 20-25 dakika sürmektedir.

ARAŞTIRMA HAKKINDA BİLGİ ALABİLİR MİYİM?

Bu araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. A. Esin Yılmaz-Samancı (esin.yilmaz@deu.edu.tr) ya da Arş. Gör. Betül Polat (btlplt@hotmail.com) ile iletişime geçebilirsiniz.

Araştırmaya yaptığımız değerli katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Yukarıda aktarılan bilgileri okudum, anladım. Bu açıklamalar doğrultusunda araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum.

TARİH

İMZA/PARAF