

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

Danışman: Prof. Dr. Gökhan Oral

BOMBALAMA SALDIRILARI SONRASINDA GÖRÜLEN
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DÜZEYİ

SOSYAL BİLİMLER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikolog Filiz KAYA

İstanbul, 2013

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

Danışman: Prof. Dr. Gökhan Oral

BOMBALAMA SALDIRILARI SONRASINDA GÖRÜLEN
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DÜZEYİ

SOSYAL BİLİMLER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikolog Filiz KAYA

İstanbul, 2013

İstanbul, 08 Temmuz 2013


İ.Ü. ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 36. Maddesi uyarınca Enstitümüz Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nın yüksek lisans öğrencisi Filiz KAYA'nın


“Bombalama Saldırıları Sonrasında Görülen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyi”

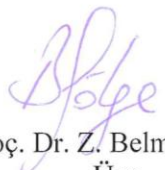
Adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır.

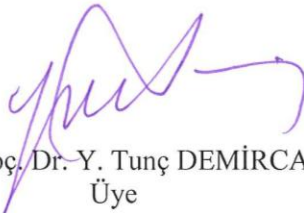
Yukarıda adı geçen tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Gökhan ORAL
Danışman


Prof. Dr. Gürsel ÇETİN
Üye


Yard. Doç. Dr. Z. Belma GÖLGE
Üye


Yard. Doç. Dr. Y. Tunç DEMİRCAN
Üye

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	1
TABLolar DİZİNİ	4
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Genel Bilgiler	7
1.1.1. Travmatik Yaşantılar	7
1.1.2. Travma Sonrasında Verilen Tepkiler	8
1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğuyla İlişkili Çeşitli Değişkenler	18
1.2.1. Disosiyasyon	18
1.2.2. Cinsiyet (Kadın Olmak)	22
1.2.3. Yaş (Genç yaşta olmak)	22
1.2.4. Birden Fazla Geçmiş Travmatik Deneyime Sahip Olmak	23
1.2.5. Travmatik Olayın Şiddeti ve Etkisi	23
1.2.6. Ruhsal hastalık öyküsü	24
1.2.7. Başa Çıkma Tarzları	24
1.3. İnsan Eliyle Oluşturulan Travmalar Bağlamında Terör Ve Bombalama Saldırıları	27
1.4. Araştırmanın önemi, amacı ve kapsamı	31
2. GEREÇ VE YÖNTEM	32
2.1. Veri Toplama Araçları	32
2.1.1. Demografik Bilgi Formu	34
2.1.2. Olaya İlişkin Bilgiler Soru Formu	34
2.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID-I)	34
2.1.4. Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği – R (DYÖ-R)	34
2.1.5. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	35

2.1.6. Başa Çıkma Yolları Envanteri (BYE)	35
2.2. Örneklem seçimi.....	36
2.3. İşlem.....	37
2.4. Analiz.....	38
3. BULGULAR.....	39
3.1. Demografi.....	39
3.2. Yaşam Olayları Ölçeği.....	41
3.3. Olay ve Sonrası Süreç Profili	42
Katılımcıların olaydan sonra destek alma durumları yukarıda gösterilmiştir. %7si (79 kişi) herhangi bir psikolojik veya psikiyatrik destek almamıştır.	44
3.4. Öznel Değerlendirme Ölçekleri.....	45
3.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB).....	50
3.5.1 Demografi, Olay Profili, Olay Sonrası ve TSSB İlişkisi	50
3.6. Çoklu Regresyon Analizi, Demografi, Olay Profili, Olay Sonrası Etkilenilen Alan, Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ortalaması, Olumsuz Başa Çıkma yolları ve Kısa Semptom Ölçeğinin TSSB üzerinde Etkisi	56
4. TARTIŞMA.....	57
4.1. TSSB ve İlişkili Boyutlar	59
4.2. TSSB ve Olay Profili	61
4.3. TSSB ve Olay Sonrası Profili	61
4.4. TSSB ve Belirleyenleri	62
5. SONUÇ.....	65
6. ÖZETLER	67
7. KAYNAKLAR	69
- EKLER	81
EK 1. Demokratik Bilgi Formu.....	81

EK 2. Olaya İlişkin Bilgiler Soru Formu	83
EK 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID-I)	86
EK 4. Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği – R (DYÖ-R)	91
EK 5. Yaşam Olayları Anketi	93
EK 6. Kısa Semptom Envanteri	95
EK 7. Başa Çıkma Yolları Envanteri	99
- ÖZGEÇMİŞ	101

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1 Travma ile ilişkili bulunan travma sonrası tanı grupları.....	9
Tablo 2 Akut Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (APA, 1994).....	10
Tablo 3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (APA, 1994).....	12
Tablo 4 ICD-10 TSSB Tanı Kriterleri.....	14
Tablo 5 TSSB’de Risk Faktörleri.....	17
Tablo 6 Demografik Bilgiler	39
Tablo 7 Yaşam Olayları Ölçeği.....	41
Tablo 8 Olay Profili.....	42
Tablo 9 Olay Sonrası Olay Nedeniyle Yaşamda Engellenen Alanlar.....	44
Tablo 10 Olay Sonrası Psikolojik Destek Alınıp Alınmadığı	44
Tablo 11 Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	45
Tablo 12 Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Değerlendirmesi.....	46
Tablo 13 Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği - Gruplanmış	46
Tablo 14 Kısa Semptom Ölçeği	48
Tablo 15 Başa Çıkma Yolları Ölçeği	49
Tablo 16 TSSB Boyutlarına Sahip Olanlar İçinde TSSB Oranları	50
Tablo 17 TSSB ve Demografi İlişkisi	50
Tablo 18 TSSB ve Yaşam Olayları	52
Tablo 19 TSSB ve Olay Profili İlişkisi	52
Tablo 20 Olay Sırasında Duygular.....	53
Tablo 21 TSSB ve Olay Sonrası Psikolojik Destek Alma İlişkisi	54
Tablo 22 TSSB ve Olay Sonrası Etkilendiği Alanlar.....	54
Tablo 23 TSSB ve Travma sonrası disosiyatif yaşantılar ortalaması.....	54
Tablo 24 TSSB ve Başa Çıkma Yolları	54
Tablo 25 TSSB ve Kısa Semptom İlişkisi.....	55

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İstanbul'da 27 Temmuz 2008 tarihinde araç trafiğine kapalı bir cadde üzerinde çöp kutularına yerleştirilen ve 10 dakika ara ile patlatılan iki ayrı bombalama saldırısı sonucunda resmi açıklamalara göre 17 kişi ölmüş ve 154 kişi de yaralanmıştır. Güngören ilçesinde, mahalle arasında gerçekleştirilen bu saldırılar sonucunda, olayın mağdurları ve o bölgede yaşayan kişiler; ekonomik ve sosyal açıdan büyük yıkım yaşamış; hem fiziksel hem de ruhsal açıdan büyük zarar görmüşlerdir. Yargılama süreci halen devam etmekte olan bu olayın yarattığı etkiler, sadece mağdurlar ve yakınları ile sınırlı olmamakta, bombalı saldırılar olması ve saldırıların çocuk yetişkin tüm bölge insanının sürekli vaktini geçirdiği bir alanda gerçekleşmesi nedeniyle çok daha geniş bir grubu kapsamaktadır.

Terörist saldırılar, suç, felaket ve savaş koşullarının bir birleşimine yol açar (Miller, 2002). Bu saldırılar, insan eliyle gerçekleştirilen, psikolojik etkisi en yüksek olan savaş biçimidir (Everly ve Mitchell 2001). Saldırıların amacı, mümkün olan en yüksek psikolojik etkiyi oluşturmaktır (Everly ve Mitchell, 2001). Bu saldırılar, başta Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olmak üzere, olaya maruz kalan kişilerde çeşitli psikopatolojilerin gelişmesine neden olmaktadır (Desivilya ve ark. 1996, North ve ark. 1999). Travma sonrası stres bozukluğu felaketler sonrasında yaşanan en yaygın ve en güçlü psikopatolojik gelişme olmaktadır (Galea ve ark. 2005). Terör olayları sonrası yaşanan travma sonrası stres bozukluğu araştırmaları, görece yenidir. İlk çalışma, *Abenheim v.d.* tarafından 1982 ile 1987 yılları arasında Fransa'da halka açık yerlerde yapılan terörist saldırılardan sağ kurtulan 254 kişi üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada TSSB oranının, saldırılar sonucunda fiziksel olarak yaralanmamış kişilerde %10.5, orta şiddette yaralanmış kişilerde %8.3 ve ağır yaralı kişilerde %30.7 olduğu bulunmuştur (Abenheim ve ark., 1992). Yapılan araştırmalarda, terör saldırıları sonrasında, saldırının ardından sağ kalan kişilerde görülen travma sonrası stres bozukluğu düzeyi olaya maruz kalma durumuna göre % 8 ile % 44 aralığında değişmektedir (Abenheim, 1992; Frank ve ark, 2004; Bleich ve ark, 2003; Schlenger ve ark. 2002; Garbriel ve ark. 2007). Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, terör saldırıları sonucunda da görülen TSSB oranı % 5,9 ile % 29,9 aralığında değişmektedir (Eşsizoglu ve ark. 2009; Aker 2008).

Terör saldırıları sonrası TSSB gelişimi ile ilgili çalışmalar çoğunlukla risk faktörlerine odaklanmaktadır. Bir çok çalışmaya göre kadın olmak, etnik bir azınlıktan olmak, eğitim seviyesinin düşüklüğü, çalışmıyor olmak, sosyal desteğin az olması, bekar olmak, yaşça daha genç olmak, daha önce psikiyatrik tedavi öyküsüne ve geçmişte travma öyküsüne sahip olmak risk faktörleri arasındadır (Boscarino ve ark. 2003, Frank ve ark. 2004, Verger ve ark. 2004, Solomon ve ark. 2005, Gabriel ve ark. 2007, Bonanno ve ark. 2007, Eşsizoglu ve ark. 2009). Bu çalışmalarda risk faktörleri derece ve varlık açısından farklılıklar göstermektedir. Bu durum, güncel terör saldırılarının ardından yeni çalışmaların yapılmasının gerekliliğini arttırmaktadır.

Bu çalışmanın amacı ise, bombalama saldırılarının ardından meydana gelen ruhsal mağduriyetin boyutlarını tespit etmek; saldırıların yarattığı etkileri anlamak ve gereken önlemlerin alınmasını sağlayabilmek olup, Terör ve Terörle Mücadeleden Doğan Zararların Karşılanması hakkındaki 5233 Sayılı Kanun maddelerine yönelik bilimsel bilgi birikimine de katkı sağlamaktır. Bu doğrultuda, saldırıların gerçekleştiği Güngören bölgesinde halen yaşamakta ya da çalışmakta olan yetişkinlerle birebir görüşmeler yapılarak:

1. Olayın iki yıl sonrasında bu kişilerde görülen TSSB düzeyini saptamak
2. Kişiye ilişkin demografik özelliklerin TSSB düzeyine etkisini tanımlamak
3. Olaya ilişkin faktörlerin TSSB düzeyine etkisini tanımlamak
4. Kişinin disosiyatif eğilimlerinin, genel psikiyatrik semptomlarının, başa çıkma tarzlarının TSSB düzeyi ile ilişkilerini tanımlamaktır.

Çalışma 2008 yılında terör saldırısının gerçekleştiği bölgede saldırılardan 2 yıl sonra halen yaşamakta ya da çalışmakta olan yetişkinlerle birebir görüşmeler yapılarak çeşitli ölçeklerin uygulanmasıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu tezde ilk bölümde çalışmanın giriş ve amacı, ikinci bölümde literatür araştırmaları, üçüncü bölümde araştırmaya dahil olan katılımcılar ve kullanılan değerlendirme araçları ile ilgili bilgiler, dördüncü bölümde istatistiksel bulgular son bölümde ise bulgularla ilgili tartışma ve terör saldırılarının yarattığı mağduriyete ilişkin Kanun'daki (5233 sayılı Kanun) ilgili maddelere dair öneriler yer almaktadır.

1.1. Genel Bilgiler

Bu bölümde mevcut literatür ışığında, travmatik yaşantılar, psikolojik etkileri ve travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin tanımlamalar aktarılmakta ve tartışılmaktadır.

1.1.1. Travmatik Yaşantılar

Günlük rutin işleyişi bozan, aniden – beklenmedik bir şekilde gelişen, dehşet, kaygı ve panik yaratan, kişinin anlamlandırma süreçlerini bozan olaylar, travmatik yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Coddington (1972) psikolojik travmayı kişinin hayatında değişiklik yapmasını gerektiren ve kişi için yeniden uyumu gerektiren olay olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü travmatik yaşantıyı olağandışı ruhsal veya fiziksel bir stresörle kısa veya uzun süreli bir karşılaşma olarak tanımlar (WHO, 1992). Amerikan Psikiyatri Birliğinin (APA) hazırladığı, DSM-IV-R tanıtı kitapçığında, ayrıntılı bir tanım vererek travmayı kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kişinin fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşama ya da başka bir kişinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına, yaralanmasına ya da fizik bütünlüğüne bir tehdit oluşturan bir olaya tanıklık etme ya da ailesinden birinin ya da başka bir yakınının beklenmedik ölümü ya da şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi gibi kişinin doğrudan yaşadığı ve bu travmatik olay karşısında kişide dehşet, korku ve çaresizlik duygularının ortaya çıkması olarak tarif eder (APA, 2000).

Travmatik yaşantılar, olayın kaynağına göre “insan eliyle oluşanlar” ve “doğal yollarla oluşanlar” olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. İnsan eliyle oluşan travmalar ise, yine iki alt başlıkta – kaza ile olanlar ve kasten yapılanlar- ayrılmaktadır. Sonuç olarak travmatik olaylar üç temel başlıkta gruplanabilmektedir (APA, 2000):

1 – İnsan eliyle kasten oluşturulan (savaşlar, soykırımlar, işkence, taciz, tecavüz, terör eylemleri, cezaevi ve gözaltı uygulamaları)

2 – İnsan eliyle kaza sonucu oluşan (iş kazaları, trafik, uçak, gemi vb. kazalar; yangın, tüp patlaması; nükleer kazalar vb.)

3 – Doğal yollarla oluşan travmatik yaşantılar (deprem, sel, kasırga, yanardağ patlaması, tsunami vb. doğal afetler ve ani yakın kaybı, ölümcül hastalıklar vb.)

Travmatik yaşantının yarattığı stres ile diğer stres yaşantıları arasındaki ayrımın koyulabilmesi konusu tartışmalıdır (Shephard, 2004). Travmatik yaşantılar, olağandışıdır, beklenmeyendir. Bu olağandışılık, kişinin az rastladığı bir durum olmaktan öte, kişinin algı ve düşünce yapısına büyük zarar veren, kişinin biyolojik ve psikolojik savunma mekanizmalarında yıkım yaratan bir etkiye sahip olması nedeni ile olağandışıdır (Gabbard, 2000). Yaşanan olay karşısında kişi, aşırı korku, çaresizlik veya dehşet yaşamaktadır. Van der Kolk'a (1996) göre ise, travmayı sıradan stres durumundan ayıran nokta, travmatik olayın bireyin kendisi, diğer insanlar, gelecek ve dünya ile ilgili özümsemediği yargı ve kabulleri sarsan, yıkan yaşantılar olmasıdır.

1.1.2. Travma Sonrasında Verilen Tepkiler

Travma sonrasında bireyler tarafından çeşitli tepkiler verilmektedir. Bu tepkilerin travmaya bağlı olanlarıyla olmayanlarını ayırma konusu literatürde odaklanılan önemli konulardan biridir. (Breslau, 2009; Galea ve ark., 2005; Rosen 2004). Travma sonrası verilen tepkilerde bireysel, toplumsal ve biyolojik etkenler, travmanın tipi, şiddeti, yaşanma biçimi gibi değişkenler etkilidir (Baysak, 2010). Travmatik bir yaşantıyla karşılaşan kişilerin önemli bir kısmının, yaşadıkları bu olay karşısında bir takım davranışsal, duygusal, bilişsel ve fiziksel tepkiler verdiği bilinmektedir (Dürü, 2006). Kişiden kişiye değişebilen bu tepkilerin “anormal bir duruma verilen, normal tepkiler” mi olduğu, yoksa anomaliden mi kaynaklandığı tartışılmaktadır (Rosen, 2004). Olayın ardından uzun bir zaman geçmesine rağmen, şiddetini kaybetmeksizin devam eden ve kişinin işlevselliğini bozabilecek düzeyde olan tepkiler ise psikolojik bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Bu ruhsal sıkıntıların bir kısmı doğrudan maruz kalınan travmatik deneyim ile ilişkilendirilir, bir kısmı ise travma ile dolaylı olarak ilişkilendirilir (Baysak, 2010).

Travmatik yaşantılar sonrasında ortaya çıkabilecek tepkiler ve travmatik yaşantı ile ilişkili tanı grupları Tablo 1’de sunulmaktadır.

Tablo 1 Travma ile ilişkili bulunan travma sonrası tanı grupları

<p>1. Travma ile doğrudan bağlantısı olan bozukluklar:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Akut stres reaksiyonub. Akut stres bozukluğuc. Travma sonrası stres bozukluğu <p>2. Travma öyküsünün olmadığı veya gösterilemediği durumlarda da meydana çıkabilen bozukluklar:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Dissosiyatif bozuklukb. Anksiyete ve depresyon spektrum bozukluklarıc. Borderline kişilik bozukluğud. Yeme bozuklukları <p>3. Komorbid durumlar:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Alkol-madde kullanımıb. Depresyon-anksiyete spektrum bozuklukları (O'brien, 1998)
--

Edebi ve tarihsel metinler, travmatik olayların ruh sağlığına olumsuz etkilerde bulunduğu eski zamanlardan beri bilindiğini göstermektedir (Baysak, 2010). Travmaya bağlı tepkilerin bilimsel olarak sınıflandırılması ise, 20. yüzyılda büyük travmatik olaylar yaşanmasının ardından gerçekleşmiştir. Sınıflandırma, İkinci Dünya Savaşından sonraki dönemde DSM-I sınıflama sisteminde “genel stres reaksiyonu” (gross stress reaction) bölümlemesi ile başlamıştır. Bundan sonra ise travmayla ilgili hastalıkların önemi azalmış, travma sonrası yaşanan rahatsızlıklar “geçici durumsal rahatsızlık” olarak adlandırılmıştır. Ancak Vietnam savaşından sonra travma mağdurlarının sayısının artmasıyla birlikte yaygınlaşan travma sonrası stres belirtileri ve sosyal ve mesleki işlev bozuklukları, 1980 yılında DSM-III sınıflama sisteminde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanımına yer verilmesini getirmiştir. Bu andan sonra TSSB sınıflandırmalarda önemli bir klinik sınıflandırma olarak yer bulmuş, ilk DSM-III-R kitapçığında ve sonraki DSM-IV’de uygun değişiklikler yapılmış ve son olarak DSM-IV’de kitapçığında sınıflamaya akut stres bozukluğu eklenmiştir (Noyes ve ark. 1998).

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin en son sınıflandırmasında (DSM-IV; APA, 1994), travmatik olayların ardından gelişebilecek iki durum tanımlanmaktadır: Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB). İlerleyen bölümlerde bu kavramlar ayrıntılı olarak aktarılmaktadır.

Travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların ve özellikle travma sonrası stres bozukluğunun çalışmaları süren DSM-IV ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının 11. versiyonunda (ICD-11, International Classification of Diseases and Related Health Problems) sınıflama sistemlerinde de önemli bir antite olarak varlığını devam ettireceği ve özellikle dissosiyatif özellikler gösteren alt tip gibi bazı yeni alt tiplerle çeşitleneceği öngörülmektedir.

1.1.2.1. Akut Stres Bozukluğu

Akut Stres bozukluğu (ASB) tanımı, literature 1994 yılında girmiştir (APA, 1994). DSM-IV'te (APA, 1994) Akut Stres Bozukluğu'nun tanı ölçütleri olarak kişinin travmatik bir olayla karşılaşması, en az üç disosiyatif belirti (derealizasyon, depersonalizasyon vb.) göstermesi, olayı bilişsel olarak tekrar tekrar yaşaması, travmatik olayla ilgili uyaranlardan kaçınma, kaygı veya artmış uyarılmışlık belirtileri, işlevsellikte bozulma, belirtilerin en az iki gün, en fazla dört hafta sürmesi ve travmatik olaydan en fazla dört hafta içinde ortaya çıkması, başka bir psikolojik bozukluğun durumu daha iyi açıklamaması olarak sıralanmaktadır. Akut Stres Bozukluğu DSM-IV (APA, 1994) tanı ölçütleri, Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2 Akut Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (APA, 1994)

Akut Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (APA, 1994):

A. Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır: 1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir 2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki disosiyatif belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

1. Uyuşmuşluk, dalgınlık duyumları ya da duygusal tepkisizlik
2. Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn. "afallama")
3. Derealizasyon (örn. "boşlukta hissetme")
4. Depersonalizasyon (örn. "kendini dışarıdan izleme")

5. Disosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)

C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: Göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler, tekrarlayan düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, olaya ilişkin sahnelerin ani bir biçimde zihinde canlanması, o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma.

D. Travma ile ilgili anıları uyandıran uyarlardan belirgin kaçınma.

E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları (örn. uyumakta zorluk çekme, huzursuzluk, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, aşırı irkilme tepkisi gösterme).

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapma yetisini bozar

G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar

Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Kısa Psikotik Bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir.

Travmatik olaylara karşı gelişen bir aydan kısa süren tepkiler akut stress bozukluğu ve daha hafif olduklarında ise uyum bozukluğu olarak sınıflandırılır.

Akut stres bozukluğu ilk olarak savaş mağdurlarında ortaya konmuştur. Yerinde duramama, psikomotor yavaşlama, sosyal çekilme, sempatik sinir sistemi aktivasyonuna ait bulgular, artmış irkilme, konfüzyon, disosiasyon, amnezi, farkındalıkta azalma, derealizasyon, bulantı, kusma ve paranoid düşünceler gibi belirtiler akut stres bozukluğunda görülmektedir. Tanı için belirtiler travmadan sonra en az iki gün sürmeli ve 1 ay içinde kaybolmalıdır. Belirtiler TSSB'ye benzemektedir ancak akut stres bozukluğunda belirtiler daha değişken olup, değişik biçimlerde görüldüğü bildirilmiştir (Noyes ve Hoehn-Saric, 1998). İsraili askerlerden oluşan bir grupta akut stres bozukluğu yaşayan askerlerin % 56'sına izleminde TSSB tanısı konurken akut stres bozukluğu konmayanlarda bu oran % 17 olarak bulunmuştur (Solomon ve ark., 1993)

Akut Stres Bozukluğu'nun kişinin ileride Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) geliştirme riskini arttırdığı, boylamsal pek çok araştırmada gözlenmiştir.

1.1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) bireyin beden bütünlüğünü tehdit eden, dehşet duygusu yaratan ve çaresiz bırakan, ister olağan ister olağan dışı olsun bireyin başa çıkabileceği düzeyin üzerinde yaşanan travma sonucu gelişen ve süregelen eğilimi gösteren bir ruhsal bozukluktur. Travma sonucunda ortaya çıkan yeniden yaşama, kaçınma, irkilme ve diğer aşırı uyarılmışlık belirtileri ana ruhsal belirtileri oluşturur. Bu belirtiler kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açmaktadır (APA, 2000)

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin güncel sınıflamasında (DSM-IV, APA, 1994) Travma Sonrası Stres bozukluğu tanı ölçütleri 6 ana maddeden oluşmaktadır. İlk ölçüt kişinin travmatik bir olayla karşılaşmasıdır ve TSSB için temel şart olma özelliği taşımaktadır. İkinci ölçüt, kişinin olayı çeşitli biçimlerde yeniden deneyimlemesi, yeniden yaşamasıdır. Üçüncü ölçüt, kaçınma ve küntleşme tepkileridir. Dördüncü ölçüt, aşırı uyarılmışlık; beşinci ölçüt semptomların en az 1 ay devam etmesi; altıncı ölçüt ise yaşanan sorunların klinik düzeyde bir sıkıntıya veya sosyal yaşamda belirgin bir soruna yol açmasıdır. Tablo 3'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun DSM-IV (APA, 1994) tanı ölçütleri yer almaktadır.

Tablo 3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (APA, 1994)

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

(1) Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

(2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır

(Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler).

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.

(1) Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır (Küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler).

(2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme (Çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler).

(3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illizyonları, hallüsinasyonları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar).

(4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma

(5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

(1) Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları

(2) Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

(3) Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

(4) Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

(5) İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

(6) Duygulanımda kısıtlılık (örneğin sevme duygusunu yaşayamama)

(7) Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. Bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

(1) Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

(2) İrrabilite ya da öfke patlamaları

(3) Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme

(4) Hipervijilans (dikkat kesilme)

(5) Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da

işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının 10. Baskısında (ICD-10) TSSB tanı ölçütleri Tablo 4'te sunulmuştur. ICD-10'da kişinin belirtiler başlamadan önceki altı aylık süre içerisinde çok ağır bir travmatik olay yaşamasına vurgu yapılmıştır. Buna göre TSSB belirtileri travmadan sonra altı aydan uzun bir süre sonra ortaya çıkarsa "olası" TSSB konur. Yine DSM'den farklı olarak duygusal açıdan kişilerle mesafe hissetme, duygusal küntleşme, uyarılardan kaçınma ICD'de temel vurgular arasında değildir (WHO, 1993)

Tablo 4 ICD-10 TSSB Tanı Kriterleri

Hemen herkeste sıkıntıya yol açabilen bir doğal felakete (kısa veya uzun süreli) veya kişiyi tehdit eden stresli olaylara veya durumlara karşı, gecikmiş ya da uzamış olarak ortaya çıkan bir cevaptır.

Kişilik özellikleri (kompulsif, histrionik gibi), kişide önceden nevrotik hastalığın bulunması hazırlayıcı bir faktördür ve bu sendromun gelişimi için eşiği düşürür veya gidişi alevlendirir. Fakat bu hazırlayıcı faktörler bozukluğun ortaya çıkmasını açıklamada ne gerekli ne de yeterlidir.

Tipik özellikler olarak; geri dönüşler, rüyalarla travmanın tekrarlayıcı bir şekilde yaşanmasıdır, temelde inatçı bir ("duygusuzluk") hali, duygusal küntleşme, diğer insanlardan uzaklaşma çevreye karşı cevapsızlık, zevk alamama, travmayı hatırlatacak etkinliklerden ve durumlardan kaçınma vardır. Genellikle otonomik aşırı uyarılmışlık, tetikte olma, aşırı irkilme ve uykusuzluk vardır. Yukarıdaki belirti ve bulgulara anksiyete ve depresyon eşlik eder. İntihar fikri seyrek değildir.

Başlangıç travmayı takiben birkaç haftadan aylara kadar değişen bir süreden sonra görülür. Seyir

dalgalıdır. Fakat olguların çoğunluğunda iyileşme umulabilir. Olguların küçük bir kısmında durum kronik bir seyir gösterebilir. Yıllarca sürer. Kalıcı kişilik değişimine dönüşebilir.

TSSB gelişimi farklı toplumların sahip olduğu travma deneyimlerinin şiddetine, travma öncesi, sonrası ve sonrası ile ilgili bir çok etkene, sosyal destek düzeyine, bireyin travmatik olay karşısındaki duyarlılığına ve var olan başa çıkma becerilerine göre farklılık göstermektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlık oranları da yukarıda tanımladığımız değişkenlere ve bunun dışında yaygınlık araştırmalarının örnekleme ve kullanılan ölçme araçlarına bağlı olarak farklılık gösterir (Noyes ve Hoehn-Saric, 1998).

Yapılan pek çok araştırma, Travma Sonrası Stres Bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığının, % 3 ve % 8 arasında olduğunu göstermiştir (Koren, Amon ve Klein, 1999; Kessler ve ark. 1995). Şahin (2000) ise travmatik olayla karşılaşmış topluluklarda, TSSB geliştirme oranının % 55'lere kadar çıktığını belirtmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda en şiddetli travmalardan sonra bile nüfusun ancak % 50'sinden fazlasında ve ancak seyrek olarak TSSB ortaya çıktığı belirtilmiştir (Wolf ve Mosnaim, 1990). Genel olarak travmatik bir yaşantıya maruz kalanların yaklaşık % 18'inin uzun dönemde kronik TSSB geliştirdiği düşünülmektedir (Schroeder, 2000).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Türkiye'deki yaygınlık oranlarıyla ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Marmara Depremi sonrasında yapılan çalışmalarda, depreme uğramış kişilerde TSSB görülme sıklığının %56 ile %77 arasında değiştiğini rapor etmektedir (Kuğu ve Akyüz, 2002).

Travmatik deneyimlerin hırsızlık, cinsel saldırıya uğrama, yangın, trafik kazası, örseleyici bir ölüme tanık olma, savaş alanında bulunma, fiziksel bir saldırı yaşama ve diğer felaketler olarak 10 ayrı biçimde bölümlendiği bir çalışmada, en yüksek TSSB yaygınlığı % 14 ile cinsel saldırıya uğrayan bireylerde bulunmuş, bunu % 13 ile fiziksel saldırıya uğrayanlar, % 12 ile trafik kazası geçirenler izlemiştir (Kessler ve ark., 1995). Tutsak edilerek işkence görmek, sürekli ölüm tehdidi altında yaşamak bireylerde ruhsal tepkilere yol açar. Soykırım kurbanlarıyla yapılan çalışmalarda da; olguların % 46'sı TSSB tanı ölçütlerini karşılamıştır. Yine bir başka toplum temelli çalışmada soykırım yaşayan erkek mağdurların % 16'sının, kadın mağdurların ise %

23'ünün yaşadıkları travmalarla ilişkili olarak süregelen nitelikte sıkıntı yaşadıkları gözlenmiştir (Noyes ve Hoehn-Saric, 1998). TSSB kazalara bağlı olarak da gelişebilmektedir. Londra'da, trenlerin önüne atlayan kişiler nedeniyle ölüm ve yaralanma vakalarına tanık olan tren sürücülerinin %16'sında TSSB geliştiği bildirilmiştir (Farmer ve ark., 1992). Afetler sonrasında gelişen TSSB vakaları da birçok çalışmanın ilgi alanıdır ve ülkemizde de en son yaşanan depremlerle birlikte bu konuya ilgi artmıştır. Hindistan depreminden sonra yapılan çalışmada olguların % 59'unda psikiyatrik hastalığa saptanmış ve bunun %23'ünü TSSB'nin oluşturduğu bildirilmiştir (Sharan ve ark., 1996; Shore ve ark., 1989). Başka çalışmalarda da benzeri bulgular elde edilmiştir. Örneğin TSSB yaygınlığı 1988 Ermenistan depremi sonrası % 67 (Goenjian, 1994). Avustralya depremi sonrası % 18.3 (Carr ve ark., 1995). 1998'de Çin'de meydana gelen deprem sonrası TSSB oranı % 24 olarak bildirilmiştir (Wang ve ark., 2000). Türkiye'de yapılan çalışmalarda 1999 depreminden 14 ay sonra yapılan çalışmada TSSB yaygınlığı % 23 olarak bulunmuştur (Başoğlu, 2004).

TSSB'nin pek çok başka psikolojik bozuklukla (diğer kaygı bozuklukları, depresyon, madde bağımlılığı, disosiyatif bozukluklar, kişilik bozukluklar) komorbiditesi olduğu ve TSSB vakalarında % 38 ile % 78 arasında değişen oranlarda başka bir psikolojik bozukluğun eşlik ettiği bilinmektedir (Önder ve Tural, 2004). Bu durumun iki nedenle gerçekleştiği düşünülmektedir. Ya kişinin travmatik olayla karşılaşmadan önce başka bir bozukluğu olduğu ve ikincil olarak TSSB geliştiği; ya da travmatik olaydan sonra TSSB'nin yanında başka bir bozukluk daha geliştiği düşünülmektedir (Dürü, 2006).

TSSB Oluşumunda Risk Faktörleri

Her travmadan sonra mutlaka TSSB'nin görüleceği şeklinde bir yaklaşım bulunmamaktadır. TSSB belirtilerinin oluşmasında etkili değişkenler ve hangi kişilerde TSSB'ye yakalanma riski bulunduğu birçok kez araştırılmıştır. Bu tez kapsamında yürütülen çalışmada önemli görülen risk faktörleri ve ilişkili değişkenlerin yanı sıra, epidemiyolojik araştırma bulguları da aşağıda sunulmaktadır.

TSSB gelişimine, travmatik yaşantı öncesinde, esnasında ve/ya sonrasında bulunduğu tespit edilen hangi değişkenlerin etki edebileceğine yönelik çalışmalar, mutlak bir nedensel çıkarımda bulunmaksızın (örn.: “Şu kişi adlandırılan değişkenler temelinde kesinlikle TSSB geliştirecektir”

gibi), risk altındaki kişileri kapsayan koruyucu çalışmalar yapmayı, terrör saldırıları veya doğal afetler gibi birden fazla kişinin deneyimlediği travmatik olaylara müdahalede rehberlik etmeyi amaçlar.

Ulusal Komorbidite Çalışması (National Comorbidity Study, NCS) kadınlarda (% 60) ve erkeklerdeki (% 50) çeşitli travma olaylarını deneyimlemiş olma oranlarının yüksekliğine rağmen yaşam boyu TSSB yaygınlığını yalnızca % 6.7 olarak bulgulamıştır. Ayrıca, bir kişi için sıradan addedilen, ya da çoğu insan için daha az katastrofik nitelik taşıyan olaylar bir başka kişide TSSB'ye neden olabilir. Aşağıda, Tablo 5 TSBB'de risk faktörlerini sunuyor (Sadock, Kaplan ve Sadock, 2003).

Tablo 5 TSSB'de Risk Faktörleri

Çocukluk çağında travma yaşama
Borderline, paranoid, bağımlı ya da antisosyal kişilik özellikleri
Yetersiz aile ve yakın arkadaş desteği
Kadın olmak
Psikiyatrik hastalığa genetik yatkınlık
Son zamanlarda stresli olaylar yaşama
Dışsal kontrol odağı algısının baskın olması
Yakın zamanda aşırı alkol kullanımı

Brewin, Andrews ve Valentine'in (2000) 77 makaleyi inceledikleri meta analiz çalışmalarında, TSSB'yi 14 etkenin yordadığı sonucuna varmışlardır. Bu faktörler şöyle sıralanmıştır: cinsiyet (kadın olmak), düşük eğitim düzeyi, düşük sosyo-ekonomik statü, düşük zeka düzeyi, azınlık statüsü, psikolojik bozukluk tarihçesi, çocuklukta istismar, daha önce geçirilen travmatik yaşantı öyküsü ve yaşantının şiddeti, travmatik yaşantı sonrasında sosyal destekten yoksun olmak, ve yaşantı sonrasında yaşanan genel stres düzeyi.

Risk grupları arasında sadece travmaya doğrudan maruz kalanlar yer almaz. Doğrudan maruz kalan bireylerle çeşitli yollardan ilişki kuran diğer bireyler de risk grubu içerisindedir. Çeşitli düzeylerde travmaya ve ruhsal tepkilere yol açabilecek etkenler arasında travmatik bir olaya şahit olmak, böyle bir olayı ayrıntılarıyla dinlemek, hatta sadece böyle bir olayın haberini

dinlemek dahi yer alabilir (Eriksson ve ark., 2001; Weiss ve ark., 1995). Aynı şekilde, mağdurların yakınları ve ailelerinin, arama kurtarma çalışmalarında görev yapan (profesyonel veya gönüllü) ekiplerin, ilk tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanlarının, olayın ruhsal etkilerini önlemek için ve ruhsal destek vermek amacıyla faaliyette bulunan ruh sağlığı çalışanlarının ve travmaların (örn.: geniş ölçekli afetler) etkilerini medyadan takip eden bireylerin de birtakım belirtiler yaşayabileceği bildirilmiştir (Yılmaz, 2006). Sadece olaya bire bir maruz kalanların değil, başkalarının (şahit olanlar vb.) da etkilenebileceği bilgisine dayanarak, bu çalışmada örneklem grubuna, patlamanın yaşandığı bölgede yaşayan ve çalışan kişiler dahil edilmiştir.

Bu tez çalışmasında ise, terör saldırıları sonrasında görülen TSSB düzeyi ve ilgili değişkenler incelenmektedir. Cinsiyet, yaş, kişinin karşılaştığı travmatik olay sayısı, eşlik eden psikopatoloji, olaya maruz kalma şiddeti, disosiyasyon düzeyi travma sonrası stres belirtileri ile irdelenmektedir. Bu nedenle aşağıda bu değişkenler ele alınmaktadır.

1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğuyla İlişkili Çeşitli Değişkenler

Bu tez çalışması kapsamında incelenmesinin önemli olduğu düşünülen değişkenler ve bu değişkenlerin travma sonrasındaki belirtilerle etkileşimine dair çeşitli araştırmalar aşağıda aktarılmaktadır.

1.2.1. Disosiyasyon

DSM IV-TR Tanı ölçütleri kitabında, disosiyasyonu bilinçliliğin, kimliğin veya çevre algısının birleşmiş olan işlevlerinin bozulması diye tanımlanır (APA, 2000). Disosiyatif bozukluklar, DSM IV-TR'de (APA, 2000) depersonalizasyon, derealizasyon, amnezi, kimlik karmaşası ve kimlik değişimi olarak belirlenen beş semptom üzerinden incelenmektedir. Disosiyasyonu bu semptomlar arasında derealizasyon, kişinin çevresini algılayışının değişmesi, ve depersonalizasyon, kişinin kendisini dışarıdan izliyormuş veya rüyadaymış gibi hissetmesi, tanımlar (APA, 2000). Olay sırasında ya da sonrasında yaşanan disosiyasyon düzeyinin travmatik olaydan etkilenme düzeyi ile ilişkisi olduğunu belirten birçok araştırma vardır. Janet (1907; akt. Holmes ve ark., 2005) disosiyasyonun, travmatik materyali farkındalık düzeyinden ayırdığı için histerik belirtilerin temelini oluşturduğunu ileri sürer.

Cardena (1994; akt. Holmes ve ark., 2005), ise disosiyasyonu üç ana kategoride ele alır: Birinci kategoride disosiyasyonun nedeni zihinsel bölümlerin ya da sistemlerin birleşmemesidir. Algı, bellek ve hareketlerin işlevsizliği durumu söz konusudur. İkincide disosiyasyona yol açan neden kişinin kendisinden ve çevresinden uzaklaşması ve farkındalık düzeyinin azalmasıdır. Böylece Cardena'nın ikinci kategoride ele aldığı disosiyasyon DSM IV'teki depersonalizasyon ve derealizasyon belirtilerini kapsar. Üçüncü ve son kategoride ise disosiyasyon bir savunma mekanizması olarak incelenir. Burada disosiyasyonun klinik veya kuramsal anlamından çok alanda çalışanların kullandığı biçimi söz konusudur. Brown (2002) ise disosiyasyonu ikiye ayırıyor: İki gruptan biri, disosiyatif amnezide, disosiyatif füğde, çoğul kişilik bozukluğunda görülen disosiyasyonu kapsar, diğer grupta ise depersonalizasyon, derealizasyon, peritratmatik disosiyasyon ve bedenden çıkmış gibi hissetme deneyimlerini içeren disosiyasyon yer alır.

Van der Hart ve Horst (1989) disosiyasyonun bir yelpaze üzerinden üç boyutta incelenmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar. Bunlardan birincisi bellekte değişiklik (alteration) boyutu (travmayla ilgili konuların ulaşılabilir olmayışı); ikincisi, kimlikte değişiklik boyutu (kendilik ve çevre arasındaki uyumsuzluklar oluşu) ve üçüncüsü farkındalıkta değişiklik boyutudur. Travmatik yaşantıların unutulmasında, Brewin ve Andrews'a (1998) göre, bastırma, disosiyasyon, sıradan unutma ve hatalı bellek olmak üzere toplam dört durum söz konusudur. Disosiyasyon onlara göre bilinçliliğin bilişsel ve motor işlevlerin bozulmasıyla azaldığı duruma işaret etmektedir. Yaşanılan olaylar tam olarak hatırlanmaz; yine de söz konusu olan amnezik bir durum değildir. Bu yazarlar disosiyatif durumun bir spektrum biçiminde ele alınması gerektiği fikrindedirler; kişi farklı düzeylerde disosiye olabilir.

Van der Kolk (1996) disosiyasyonu travmatik bir olayla karşılaşan kişinin kendini travmatik olayın olumsuz etkilerinden korumak için farkındalık düzeyini mümkün olduğunca azaltması olarak tanımlamaktadır. Horowitz (1986; akt. Panasetis ve Bryant 2003) de bununla bağlantılı olarak peritratmatik disosiyasyonun, yani travma sırasındaki veya travmadan hemen sonra yaşanan disosiyasyonun, farkındalığı azaltması ve tehdit edici yaşantının belleğe kodlanmasını sınırlaması sayesinde olumlu bir etkisi olabileceğine işaret etmektedir. Bu durumu Terr (1991), dikkatin tehdit edilen uyarıcıdan uzaklaştırılıp başka bir uyarıcıya yöneltilmesi, yani disosiyatif kodlama biçimi olarak tanımlamaktadır. Marmar, Weiss ve Metzler (1997) peritratmatik

disosiyasyon etkilerine dair, bu esnada zaman algısının çok yavaşlayabileceği veya hızlanabileceğine, bedenin dışına çıkıp izleme yaşantılarının, olayın gerçekten olup olmadığı ile ilgili şüphelerin olabileceğine ve acı algısında değişikliklerin yaşanabileceğine değinmişlerdir. Van der Kolk ve Fisler (1995) göre peritratmatik disosiyasyon bir savunmadır. Kişiyi yaşanan olayın etkilerinden koruma amacındadır. Kişi böylece içinde bulunduğu durumdan geçici olarak uzaklaşabilir. Bazen olanları algıladığı halde acı hissetmez. Yazarlar disosiyasyondaki depersonalizasyon ve derealizasyonun çoğul kişilik bozukluğunda görülen bellekteki materyalin normal olmayan bir biçimde ayrışmasından farklı olduğuna işaret etmişlerdir (van der Kolk ve Fisler, 1995). Krystal, Southwick ve Charney (1995; akt. Zoellner, Alvarez-Conrad ve Foa, 2002) ise peritratmatik disosiyasyon sırasında yaşanabilen bu algı değişikliklerinin, Van der Kolk'un (1996), Horowitz'in (1986; akt. Panasetis ve Bryant 2003), van der Kolk ve Fisler'in (1995) argümanlarının aksine, anıların belleğe farklı, bozulmuş bir şekilde kodlanmasına sebep olabileceği görüşünü ortaya koymaktadır. Foa ve Hearst-Ikeda (1996; akt. Panasetis ve Bryant 2003)'ya göre bu durum, bellekte travmatik anılara erişimi güçleştirir ve bunun sonucu bu anılara ilişik duyguların çözülmesini engeller; bu yazarlara göre patoloji bu şekilde devam etmektedir.

TSSB'nin araya giren düşünceleri, olayı yeniden yaşıyor gibi olma/ öyle hissetme belirtilerini Holmes ve arkadaşları (2005) yaşanan peritratmatik disosiyasyonun bir sonucu olarak tanımlanmaktadır. Disosiyasyonun içerdiği gerek psikolojik, gerek fizyolojik değişiklikler travmatik bilginin kodlanmasına etki edebilir; otobiyografik belleğe alınan travmatik olay yeterli düzeyde entegre olamamaktadır.

Literatür incelendiğinde görülmektedir ki, bazı yazarlar (örn. Shalev, Peri, Canetti ve Schriber, 1996; Dorahy, Lewis, Millar ve Gee, 2003) psikopatolojiyi yordamada peritratmatik disosiyasyonun etkili olduğunu iddia ederken, bazı yazarlar (örn. Byrant ve Harvey, 1998; Harvey ve Bryant, 1998; Feeny, Zoellner Fitzgibbons ve Foa, 2000) bu iddiaya karşı çıkmaktadırlar. Ehlers ve Clark'a (2000) göre ise TSSB görülen disosiyatif yaşantıların varlığı her kişide şart değildir ancak bir çok travma mağdurunda saptanmıştır. Benzer biçimde, Ozer, Best, Lipsey ve Weiss (2003) ile van der Kolk ve Weiss'in (1995) çalışmalarında da travmatik olaylar esnasında akut olarak depersonalizasyon ve derealizasyonun yaşandığı ifade

edilmektedir. Brewin, Dalgleish ve Joseph (1996), Brewin ve Holmes (2003), Conway ve Pleydell-Pearce (2000), Ehlers ve Clark da (2000) çalışmalarında peritratmatik disosiyasyon nedeniyle anıların bellekte doğru şekilde işlenemediğini ve böylece yeterince entegre edilemediğini, bunun sonucunda ortaya araya giren düşüncelerin ve tekrar yaşantılama deneyimlerinin çıkabilmiş olacağını öne sürmüşlerdir. Cassano ve arkadaşları (1989), Marshall ve arkadaşları (2000), ve Segui ve arkadaşları (2000) kaygı bozukluğu olan ya da kaygı düzeyleri çeşitli nedenlerle yüksek olan kişilerde disosiyasyonun bileşenlerini araştırmışlardır. Bu çalışmalardaki örneklemlerde depersonalizasyon ve derealizasyon DSM IV-TR'deki (APA, 2000) diğer üç bileşene göre daha sık görülmüştür. Sterlini ve Bryant (2002) paraşütçüler gibi kaygı düzeyi yüksek bir grup üzerinde yaptıkları çalışmada ise katılımcıların aşırı uyarılmayı (hyperarousal) önlemek için peritratmatik disosiyasyonu kullanıyor olabileceklerini öne sürerler. Van der Velden ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında da ilk olarak katılımcıların peritratmatik disosiyasyon düzeyleri ilk olarak travmadan sonraki ikinci haftada ölçülmüş, sonrasında, 18. ayda ve 4. yıldaki araya giren düşünceleri, kaçınma tepkileri ve TSSB düzeyleri incelenmiştir. Yapılan analizlerde, disosiyasyonun bu değişkenlerle pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

Koopman, Classen ve Spiegel'in (1994) Oakland yangını sonrasında yaptıkları çalışmada ise disosiyasyonun TSSB'yi yordamada kaygı ya da otonominin kaybına göre daha güçlü bir değişken olduğu bulgulanmıştır. Trafik kazası ve cinsel olmayan saldırı mağdurlarıyla yapılan bir başka çalışmada ise (Panasetis ve Bryant, 2003) disosiyasyon ve araya giren düşünceler arasındaki ilişkinin pozitif yönde anlamlı olduğu saptanmıştır. Dorahy ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında yas, disosiyasyonla ve travmanın algılanan etkisi TSSB ile pozitif yönde, ahlaki standartlar ise negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Travma geçirmiş olmak ve suçluluk duygusu ile TSSB arasında anlamlı bir ilişkili bulunmamıştır.

Disosiyasyon kuramına göre travmayla karşılaşan kişiler, travmatik olayın olumsuz etkilerinden kendilerini korumak için farkındalıklarını en az düzeyde tutmaktadırlar (Putnam, 1989; D. Spiegel, 1991; van der Kolk ve van der Hart, 1989; Bryant ve Harvey, 1999; van der Kolk, 1996). Ortaya çıkan bu disosiyatif belirtilerin, hayvanların bir tehlike karşısında gösterdiği "donup kalma" tepkisine benzer bir tepki olduğu öne sürülmektedir (Brewin ve Holmes, 2003).

Disosiyasyonun travmatik yaşantılarla ilişkisi bilinmekte ve araştırılmaktadır. Disosiyatif belirtilerin travmatik yaşantılar sırasında veya sonrasında sıklıkla görüldüğü gözlenmektedir (Bryant ve Harvey, 1997). Travmatik yaşantıyla ilişkili olarak ortaya çıkan disosiyatif belirtilerin TSSB ile ilişkili olabileceğine işaret eden çeşitli çalışmalar vardır (Brewin ve Holmes, 2003). Marx ve Sloan (2005) ise, travmatik olay sırasında ortaya çıkan disosiyasyonun, TSSB belirtilerini yordayan bir risk faktörü olmadığını iddia ederler; disosiyasyonun bunun yerine travmatik yaşantının bir parçası olabileceğini vurgularlar.

Sonuç olarak, disosiyasyonu TSSB yordayıcısı ya da travmatize oluşun parçası saymak doğru olmayacaktır. Travmayla ilişkili olarak görülen disosiyasyonun, bellek süreçleri, diğer kaygı belirtileri ve travmatik olayın şiddetiyle ilişkisi net değildir. Horowitz'e göre (1986), disosiyatif belirtiler, yaygın ve potansiyel olarak başa çıkma ve uyuma yöneliktir. Candel ve Merckelbach (2004), yaptıkları derleme çalışmasında, önceki iki argümana ek olarak travmatik yaşantı sırasında ortaya çıkan disosiyasyon ve TSSB belirtileri arasında ilişki bulan çalışmaların pek çoğunun retrospektif, geriye dönük araştırmalar olduğunu ifade ederek bu tür çalışmalarda yer alan katılımcıların unutmama, kendini olduğundan daha kötü gösterme gayreti içinde olmak, atıf hataları gibi çeşitli süreçlerin etkisi altında kalmış olabileceğini vurgulamaktadır. Bu nedenle, disosiyatif belirtilerin travmatik yaşantılarla ilişkisi daha fazla araştırılması gereken bir konu sayılmaktadır.

Bu bilgiler ışığında, çalışmada, katılımcıların bombalama olaylarının ardından disosiyasyon belirtileri gösterip göstermedikleri incelenmiştir.

1.2.2. Cinsiyet (Kadın Olmak)

Travma sonrası stres belirtilerini inceleyen çalışmalarda kadınların travmatik olaylar karşısında daha kırılgan olabilecekleri rapor edilmiştir (Bryant ve Harvey, 2003; Overbeck, Vermetten ve Griez, 2001; Resick, 2001). Brewin, Andrews ve Valentine (2000), pek çok çalışmada cinsiyetle ilgili bulgular kadınların risk altında olduğunu gösterse de bazı örneklerde bu farkın gözlenmediğini belirtmektedirler. Kadınların daha fazla risk altında olmaları kadınların yaşadıkları sıkıntıları daha çok ifade etmeleri ve daha çok çocukluk travmasına uğramalarından dolayı daha sonra yaşadıkları olaylardan daha çok etkilenmeleri şeklinde iki biçimde açıklanmaktadır.

Bu çalışmada da cinsiyet farklılığı bir risk faktörü olmaması açısından değerlendirilmiştir.

1.2.3. Yaş (Genç yaşta olmak)

Brewin, Andrews ve Valentine (2000) meta analiz çalışmalarında küçük yaşta olmanın TSSB açısından bir risk faktörü olduğu belirtmişlerdir. Yine de yazarlar, bu yöndeki bulguların örneklem özelliklerinden etkilenmiş olabileceğini vurgularlar.

Bazı çalışmalar ise, bu argümandan farklılaşarak, yaşın küçük olmasının travma sonrası büyüme ile ilişkili olabileceğine işaret eder (Widows ve ark., 2005; Davis ve ark. 1998). Bu durum, TSSB, yaş, travma sonrası büyüme ilişkilerinin karmaşık bir yapı sergileyebileceğini imlemektedir (Perkonig ve ark., 2000; Bramsen ve ark., 2000).

1.2.4. Birden Fazla Geçmiş Travmatik Deneyime Sahip Olmak

Brewin, Andrews ve Valentine (2000), birden fazla travmatik yaşantıyla karşılaşmanın TSSB için bir risk faktörü olduğunu belirtmektedirler. Farklı araştırma yöntemlerine dayalı araştırmaların bu konuya dair farklı bulgular ortaya konmasına yol açabileceğinin de altını çizerek. Örneğin Joseph ve Linley (2005), asıl önemli olanın kişilerin daha önceki travmatik yaşantılarda nasıl uyum sağladıkları olduğunu işaret ederler. Werner'in (1989) yaptığı boylamsal çalışma ise, risk altında olarak tanımlanan ve yaşamlarında çeşitli zorluklar tespit edilen çocukların bazılarının 32 yaşına kadar devam ettirilen izlemelerinde sorun yaşamadıkları bulgulanmıştır. Böylece yaşanan olay sayısı, kendi başına yordayıcı addedilmemektedir (Phifer, 1990; Wolfe, 1999; Resnick ve ark., 1992).

Travmatik olayların yanısıra sıkıntı verici yaşam olayları da TSSB'ye yol açabilmektedir (Freedy ve ark., 1992; McFarlane, 1989). Bu nitelikte yaşam olayları TSSB yaygınlığı veya TSSB şiddeti ile ilişkili bulunmaktadır. Bu nitelikteki olumsuz yaşam olaylarının TSSB belirtilerinin kronikleşmesinde rol oynadığını ortaya koyan bulgular da vardır (Lewin ve ark., 1998).

1.2.5. Travmatik Olayın Şiddeti ve Etkisi

Yaşanan travmatik olayın nesnel olarak ölçülebilen ya da algılanan şiddetinin fazlalığının TSSB geliştirme riskini yükselttiği genel olarak kabul görmektedir (Brewin, Andrews ve Valentine,

2000; Kılıç, 2003; Shalev, 1996). Araştırmalar travma tipinin şiddetle ilişkili olduğunu göstermektedir. Örneğin saldırı ve tecavüzün neden olduğu travma sonrası stres belirtilerinin diğer travma türlerine oranla daha fazla olduğu genel bir kanıdır (McFarlane, 1989). Diğer yandan, yaralanma olup olmaması ve yaralanmanın derecesi (North ve ark., 1999), yakınların kaybedilip kaybedilmediği (Armenian ve ark., 2000) travma şiddetiyle ilişkilidir. Deprem ve patlama gibi felaketlerde olayın meydana geldiği yere olan yakınlık derecesi de travma şiddetinin bir ölçüsü olarak kullanılmaktadır. Travma sırasında algılanan tehdit de TSSB geliştirme riskinin en önemli belirleyicilerden biridir (Başoğlu, 1995; McFarlane, 1988). Lee ve Young'ın (2001) araştırması ise travmatik olayın türünün de belirtileri etkilediğini bulgulamıştır: İşkence/ kaçırılma/ tutsaklık gibi olaylara maruz kalanların %53.8'inin, tecavüze uğrayanların %49.0'ının TSSB geliştirdikleri halde doğal afetler ve araba kazası gibi durumlarda bu oranın sırasıyla %3,8 ve %2,3 olduğu ve olaydan etkilenme derecesinin, olayın şiddeti ve etkisi ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir.

Bu çalışmada da bombalama saldırısına mağruz kalan kişilerin olayı hangi şiddette yaşadıkları incelenmiştir.

1.2.6. Ruhsal hastalık öyküsü

Birçok araştırma ruhsal rahatsızlık geçirmiş olmak ve TSSB arasında pozitif bir ilişki göstermektedir (Freedy ve ark., 1992; McFarlane, 1989; North, 1999; Phifer, 1990; Resnick ve ark., 1992). Ailede ruhsal hastalık hikayesi bulunmasının (Breslau ve ark., 1991; Başoğlu ve ark., 1994) ve herhangi bir hastalığın geçmişte bulunmasının da TSBB veya farklı bir ruhsal hastalıkla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Geçmiş major depresyon örneğinde bunun TSSB'yi etkin bir şekilde belirlediğini Freedy (ve ark., 1992) ve Resnick (ve ark., 1992) de tespit etmişlerdir.

Bu çalışmada da ruhsal hastalık geçmişi ve TSSB arasındaki ilişki incelenmiştir.

1.2.7. Başa Çıkma Tarzları

Stresin niteliği, kişinin stresi nasıl ele aldığı ve başa çıkma becerileri, ve kişinin bireysel kaynaklarını işleve sokma becerisi, stresle mücadele yetisini belirleyen etkenler arasında en önemlileridir. Ayrıca, diğer bazı durumsal değişkenler kişinin stresin etkilerini azaltabilmesini sağlayabilmektedir. Olayın önceden tahmin edilebilirliği, sosyal desteğin varlığı ve kalitesi, duygusal paylaşım, bilgi paylaşımı, sosyal karşılaştırma olanaklarının bulunması gibi değişkenler

bu niteliktedir. Travmayla, hatta ağır travmalarla, karşılaşan kişilerin bir çoğunda TSSB'nin ortaya çıkmamasını, buna karşılık diğer bazı kişilerin travma sayılamayacak olayların ardından TSBB belirtileri geliştirmesini bu tür etkenlere atfedebiliriz. Burada, başa çıkma becerilerinin önemi açıktır (Buck, 1991; Erol ve ark., 1999).

Diğer yandan travmatik yaşantı karşısında kişinin başa çıkma stratejileri yetersiz kalabilir ve kişi kendisini çaresiz hissedebilir (Önder ve Tural, 2004). Başa çıkmayı, kişinin o anki kaynaklarıyla aşamadığı veya aşmakta zorlandığı içsel veya dışsal beklentileri karşılamakta kullandığı bilişsel ve davranışsal çabaları tanımlar (Lazarus, 1993).

Stresle başa çıkma tarzlarının nasıl sınıflandırılacağı konusunda birçok farklı görüş vardır. En sık uzlaşma sağlanan yaklaşıma göre başa çıkma, duygu odaklı (pasif) ve problem odaklı (aktif) yöntemler ve kaçınan şeklinde üç ana bölüme üzerinden incelenir. Problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullanan kişiler, doğrudan stres yaratan durumu anlamaya ve değiştirmeye uğraşırlar. Yani, burada stres yaratan durumun ortadan kaldırılmasına, durumun etkisinin en aza indirilmesine veya stres kaynağıyla kişinin ilişkisinin dönüştürülmesine yönelik çabalar söz konusudur. Bu, bilişsel yeniden yapılandırma süreçleri içerisinde, stres etkeninin fark edilmesi, aktif olarak değerlendirilmesi, durumu değiştirecek seçeneğin seçilmesi ve problemi çözme doğrultusunda, aktif bir şekilde harekete geçilmesi gibi bilişsel ve davranışsal stratejileri içerir. Duygu odaklı başa çıkma tarzlarını kullanan kişiler ise başa çıkmada stresli durumun kendisine değil, yarattığı duygulara yönelirler. Bu tarz başa çıkma, böylece durumu veya problemi doğrudan değiştirmeye yönelmeksizin, stresli duruma yeni anlamlar vermeyi ve olaya dair duyguların düzenlenmesini, azaltılmasını veya ortadan kaldırılmasını hedeflemektedir. Kaçınan tarzda ise kişi yine problem veya durumu değiştirmeye yönelmez; ancak ikinci tarzdan farklı olarak burada başa çıkma problem hakkında düşünmeyi engellemeyi, bunun için başka işlerle meşgul olmayı içeren yöntemlere başvurur. Bu üç başa çıkma tarzından son ikisi uyum bozucu (maladaptif) tarzlar olarak adlandırılırken, ilki, problem odaklı aktif başa çıkma daha iyi bir tarz addedilir (Folkman ve ark., 1986; Lazarus, 1985; Staiger ve ark., 2009). Çalışmada kullanılan stresle başa çıkma tarzları ölçeği Türkçe'ye Şahin ve Durak tarafından uyarlanmıştır ve bu yazarların ortaya koyduğu boyutlar da bu sınıflandırmayla tutarlıdır. Şahin ve Durak problem ve duygu odaklı şeklinde iki kategoride ele alınan iki başa çıkma tarzını kendi içlerinde

ayrıştırılmıştır: Böylece problem/ sorun odaklı (aktif) başa çıkma tarzı, “kendine güvenli”, “iyimser”, “sosyal desteğe başvurma” olarak, duygu odaklı (pasif) yaklaşımlar ise “çaresiz” ve “boyun eğici” olarak toplam beş faktöre ayrılmıştır (Şahin ve Durak, 1995).

Stresle baş etme yöntemi olarak “problem odaklı” baş etme tarzını kullananların daha az depresyon, daha az durgunluk, daha fazla içsel kontrol yönelimi ve daha az sorun ifade ettikleri tespit edilmiştir. Bu başa çıkma tarzını kullanmayanlarda ise olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında belirtilerin daha fazla olduğu görülmüştür. Aynı biçimde, ağırlıklı olarak duygu odaklı başa çıkma tarzını kullanan kişilerin travmatik yaşantı ile başa çıkmada daha fazla zorluk yaşadığı bildirilmiştir (Erol ve Öner, 1999). Duygu odaklı başa çıkmanın problem odaklı tarza göre travmanın etkileriyle mücadele etmekte yetersiz kaldığı travma mağdurlarını inceleyen çalışmalarda da görülmüştür. Örneğin, duygu odaklı tarzı kullanan travma mağdurlarının travma sonrası yeniden yaşama belirtilerini aktif tarzı kullananlara göre daha çok yaşadıkları seksen iki travma mağdurunun katıldığı bir çalışmada bulgulanmıştır (Chung ve ark., 2000). Diğer bir çalışmada ise başa çıkma tarzları ve TSSB ile madde kullanımı ilişkisi incelenmiştir ve madde kullanan olan vakalarda duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin fazla kullanıldığı bulgulanırken, madde kullanan ancak TSSB olmayan vakalarda iki tarzın kullanım sıklığında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (Steiger ve ark., 2009). Üçüncü tarza, kaçınma tarzına yönelenlerde ise travma sonrası belirtilere daha fazla rastlandığı görülmüştür. Kaçınma tarzında başa çıkma ile TSSB ilişkisine depresyon mağdurları ile yapılan çalışmalarda da rastlanmıştır (Webster ve ark., 1995). Kaçınma tarzının psikopatoloji ile ilişkisi savaş mağdurları ile yapılan bir çalışmada da tespit edilmiştir (Solomon ve ark., 1988).

Travmaya doğrudan maruz kalanlarla birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen, stres ve başa çıkma arasındaki ilişkiyi ve bunun ruh sağlığına etkisini yardım çalışanları üzerinden, kaçınmaya dair bilgi sunacak biçimde inceleyen ancak birkaç çalışma vardır. TSSB semptom skorları ve kaçınma ilişkisi itfaiyecilerle yapılan bir çalışmada saptanmıştır (Brown ve ark., 2002). Bir başka çalışmada kaçınmanın orman yangını kurtarma çalışanları arasında kısa dönem ve uzun dönemde psikiyatrik morbidite açısından önemli bir yordayıcı olduğu öne sürülmüştür (McFarlane, 1989). 157 kurtarma çalışanı ile yürütülen bir başka çalışmada disosiyasyon ile kaçınma davranışı arasında ilişki bildirilmiştir (Marmar ve ark., 1996). Kaçınma tarzı başa çıkma ile psikiyatrik

morbidite arasındaki ilişki deprem sonrası yardım çalışanları arasında yapılan bir çalışmada bildirilmiştir (Chang ve arkadaşları (2003)).

Bu araştırmada kullanılan Başa Çıkma Yolları Envanteri (BYE) Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen, ülkemizde Siva (1988) tarafından kültüre özgü maddeler eklenerek 74 maddelik bir ölçek haline getirilen, Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan kısaltma çalışmaları sonucunda 30 maddeye indirilen envanterdir.

Kısaltılmış form (Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği) faktör çalışmaları sonucu kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama şeklinde beş faktör altında belirlenmiştir.

1.3. İnsan Eliyle Oluşturulan Travmalar Bağlamında Terör Ve Bombalama Saldırıları

İnsan eliyle, kasten, gerçekleştirilen travmatik yaşantılar olan terör eylemlerinin kişi ve toplum üzerinde çok daha yıkıcı etkileri olabilmekte, adli açıdan da ciddi bir mağduriyet oluşturmaktadır.

Savaş, soykırım, işkence, suça ve şiddete maruz kalma, zorunlu göç-yerinden edilme facialarının tamamı insan elinden çıkmaktadır ve kasten gerçekleştirilmektedir; etkileri hem mağdurlar, hem eylemin tanıkları, hem de mağdurun yakınları için son derece yıkıcıdır (Breslau ve ark., 1987; Hendin ve ark., 1983; Yehuda ve ark., 1992; Solomon ve ark., 1988). Örneğin, Türkiye’de Sivas olayları mağdurlarıyla yapılan bir çalışmanın bulgularına göre 79 olgunun 45’inde 18 aylık takip dönemlerinin birinde “borderline TSSB” tanısı konmuştur (Sungur ve Kaya, 2001).

Dehşet deneyimleri sonrasında, deneyime maruz kalan kişilerin önemli bir bölümü psikiyatrik semptomlar geliştirmiyor olabilir, ancak dehşet deneyimi başka bir insanın elinden ve özellikle kasten çıkıyorsa, deneyimin yıkıcılığı diğer pek çok travmatik deneyimden fazla olmaktadır. Bu yüzden terör eylemleri, bombalama saldırıları deneyimleri gibi deneyimler psikolojik travma deneyimi olarak anlaşılabilir; travma perspektifi bu deneyimlerdeki travmatik yaşantının ruh sağlığına etkilerini açıklamakta kullanılabilir.

Latince “*terrere*”den gelen terör kelimesi “korkutma, yıldırma ve tedhiş” gibi anlamlar içerir (TDK Sözlüğü, 1988:1459). Terörizm, Webster’ın (1986) İngilizce sözlüğünde “terörün baskı/zorlama (*coercion*) aygıtları aracılığıyla sistematik kullanımı” olarak tanımlanmaktadır.

Terörist saldırılar insanlar tarafından kasti olarak yapılan özel bir felaket tipidir. Teröristler bombalamadan hastalık bulaştırmaya uzanan birçok farklı yöntem kullanmaktadırlar. Tokyo’daki sarin sinir gazı kullanımı, ABD’deki şarbon saldırıları gibi örnekler kimyasal ve biyolojik silahların korku üretimi ve sosyal karışıklık yaratmadaki gücüne örnektir. Bu iki durumda görüldüğü gibi, bu tür saldırılar örneğin araba kazalarına göre daha az ölüm ve yaralanmaya yol açsalar da, kamusal hayatı alt üst edici bir etkileri vardır; Tokyo ve ABD’de olduğu gibi toplum çapında büyük bir korkuya ve endişeye neden olabilirler. Bu tür saldırıların yol açtığı sosyal ve psikolojik tahribata, kişilerin inanç ve değerlerine etkilerine yine 11 Eylül saldırıları ve Tokyo metrosuna 1995’te sarin gazı ile yapılan saldırı, Nairobi’de elçiliğin bombalanması (Kenya’da 1998 yılında gerçekleşti), Omagh’da (Kuzey İrlanda) bir alışveriş merkezinin bombalanması gibi olaylar örnektir (North ve ark., 1999; Pfefferbaum, 1999; Murakami, 2000; Tucker ve ark.,2000; Schuster ve ark., 2001; Galea ve ark., 2002; Koplewicz ve ark., 2002; Luce ve ark., 2002; North ve ark., 2002).

Terörizm eylemlerinde suç işleyenler hangi grubu temsil ederlerse etsin, aktörler toplumsal kontrolü sağlama amacı güden uluslar da olsa, kendi ideoloji ve inançlarını zorla kabul ettirmeye çalışan daha küçük dini veya siyasi grupları da temsil etseler, teröristlerin çoğunun niyeti ‘inanmayanları’ öldürmek ya da kendilerinden olmayanların davranışlarını onları korkutarak ve dehşete düşürerek değiştirmektir (Benedek ve ark., 2002). Terörizm güven duygusunu yok ederek bireyler, toplumlar ve uluslarda büyük korku yaratır. Bu tür saldırılara verilen psikolojik cevabın ortaya çıkış biçimi bir toplumun iyileşme yeteneğindeki tanımlayıcı faktör olarak görülebilir (Holloway ve ark., 1997).

Planlanmış acı çektirme oldukça etkili bir psikolojik stresördür. Terör olayları ve ardından ortaya çıkan stres tepkileri en kapsamlı olarak 11 Eylül saldırılarının ardından araştırılmıştır. 11 Eylül saldırısından sonraki haftada ABD’de gerçekleştirilen ulusal çaptaki bir çalışmaya göre erişkinlerin %44’ü bir ya da daha fazla büyük stres semptomu sergilerken; en azından düşük

seviyeli stres semptomları olduğunu belirtenlerin oranı %90'dır (Schuster ve ark., 2001). 11 Eylül saldırısından doğrudan etkilenen bölgede ise nüfusun %17.3'ünde saldırıdan sonraki 1-2 ayda depresyon ya da TSSB tespit edilmiştir (Galea ve ark., 2002). 11 Eylül sonrasındaki 1-2 ayda yapılan ulusal çaptaki bir araştırmada ise, New York'ta muhtemel TSSB oranı %11.2 olarak tespit edilmiştir (Schlenger ve ark., 2002). Oklahoma'daki bombalama olayı örneğinde yapılan çalışmada ise saldırıyla doğrudan karşı karşıya kalan kişilerin %35'inde 6 ayda TSSB geliştiği tespit edilmiştir (North ve ark., 1999). Terörist saldırı tehdidinin devam edip etmediği travma sonra stres yanıtlarının şiddetine ve süresine etki etmektedir (Shalev, 2000). Terörizmin özgül karakteristiği olan yarattığı büyük korku ve yaygın güven kaybı birçok araştırmada bildirilmiştir. Yine 11 Eylül reaksiyonlarına ilişkin bir örnekte, ulusal çaptaki uzunlamasına bir çalışmada New York dışındaki insanların %64.6'sının gelecek iki aya ve %37.5'inin gelecek 6 aya dair terörizm korkularına sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca, insanların %59.5'i iki ay içerisinde ve %40.6'sı altı ay içerisinde ailelerinin başına gelebilecek bir zarardan korktuklarını söylemişlerdir (Silver ve ark., 2002).

Terörizme maruz kalan insanlar artmış depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve artmış madde kullanımı gibi riskler altındadırlar (Breslau ve ark., 1991; Kessler ve ark., 1995; North ve ark., 1999, 2002). Oklahoma'da bombalama saldırısından sağ kurtulan kişilerin %45'inde felaket sonrası psikiyatrik bozukluk tespit edilmiştir. %45'in ise %34.3'ünde TSSB ve %22.5'inde majör depresyon bulgulanmıştır (North ve ark., 1999). Ayrıca, psikolojik faktörler kurtulanların fiziksel durumlarını da etkileyebilmektedir (Shore ve ark., 1989; Kulka ve ark., 1990; North ve ark., 1999; Zatzick, 2001).

Terörizmden sadece doğrudan etkilenenler ya da travmatik olaydan önce de ruhsal açıdan zayıf olan kişiler değil, etki bölgesinden uzakta olduğu halde artmış tetikte olma, azalmış emniyet duygusu yaşayan, hayat planları değişikliğe uğramış insanlar ve topluluklar da etkilenmektedir (Holloway ve ark., 1997; Ursano, 2002).

Terör saldırılarında başvurulacak primer (olay öncesi), sekonder (olay) ve tersiyer (olay sonrası) müdahaleler maladaptif davranış, üzüntü, veya zihinsel bozukluk risklerini azaltabilir (Sorenson, 2002). Akıl sağlığı açısından travmatik olayla karşı karşıya kalmayı önleyecek, veya olayın

şiddetini azaltacak tatbikat gibi olay öncesi müdahaleler önemli olduğu halde, sıklıkla dikkate alınmayan felaket planlaması unsurlarıdır (Aguirre ve ark., 1998; Ursano, 2002).

Sonuç olarak; terörizmin yol açtığı kaos araştırma, klinik çalışmalarla giderek daha net bir biçimde açıklığa kavuşmaktadır. Terörizmin sonuçlarıyla beraber, psikiyatrik açıdan daha iyi anlaşılması, travma yaşantısı ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkisinin araştırılması gerekmektedir.

.

1.4. Araştırmanın önemi, amacı ve kapsamı

Travmatik yaşantıların, genel olarak pek çok kişinin yaşamı boyunca karşılaştığı ve etkilendiği olaylar olduğu düşünülmektedir. Türkiye'nin bulunduğu coğrafyada ve kendine has sosyal yapısında, travmatik yaşantıların sıklığı ve yıkıcılığı, bu yaşantıların etkilerinin anlaşılmasını daha da önemli hale getirmektedir. Trafik kazaları, doğal afetler, savaşlar, çatışmalara, işkence, bireysel silahlanma sonucu ölümler ve yaralanmalar, ölüm tehdidini de içerebilen aile içi şiddet, kadınların maruz kaldığı cinsel saldırılar Türkiye'de insanların bugün veya geçmişte sıklıkla karşılaştığı olaylar olarak nitelendirilmektedir.

İnsan eliyle kasten yaratılan bir travmatik yaşantı olan bombalama saldırısı sonrası yaşanan travma sonrası stres düzeyini yordayan çeşitli değişkenlerin ele alınmasının, terör eylemleri sonrasında yürütülecek psikolojik müdahalelerin şekillendirilmesinde de önemli olduğu düşünülmektedir. Travma sonrası stres belirtilerini arttıran veya azaltan değişkenlerin bilinmesi, belirtilerin azaltılmasına yönelik müdahalelerde etkililiği arttıracak bir faktör olarak görülmektedir.

Bu tez çalışması kapsamında, aşağıdaki sorulara yanıt bulunması amaçlanmakta ve istatistiksel analizler bu bağlamda yürütülmektedir

1. Cinsiyet, yaş ve kişinin yaşadığı travmatik olay sayısının, travma sonrası stress belirtileri ile nasıl bir ilişkisi vardır?
2. Disosiyasyon düzeyinin, travma sonrası stress belirtilerini yordama yönü ve gücü nedir?
3. Olaya maruz kalma düzeyinin ve şiddetinin travma sonrası stres belirtilerini yordama yönü ve gücü nedir?
4. Travma yaşayanların psikolojik sıkıntılarının travma sonrası stres belirtilerini yordama gücü nedir?
5. Kişilerin karşılaştıkları olaylarla başa çıkma yollarının stres düzeyini yordama gücü nedir?

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma, 03.11.2010 ile 24.11.2010 tarihleri arasında, Güngören/İstanbul sınırları içinde, patlamanın meydana geldiği yer ve çevresinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada veriler, Demografik Bilgi Formu, Olaya İlişkin Soru Formu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Bilgi Formu (SCİD –I), Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği – R (DYÖ-R), Yaşam Olayları Anketi (YOA), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Başa Çıkma Yolları Envanteri (BYE) aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma kapsamında aşağıdaki bilgiler edinilmiştir;

- Yüz yüze görüşmeyle alınan bilgiler:
 - Demografik bilgiler,
 - Olaya ilişkin bilgiler;
 - Olay sırasında bulunulan yer,
 - Kayıp durumu,
 - Yaralanma durumu,
 - Tanıklık durumu (Çılgılık, yaralı, ceset)
 - Tehlike, çaresizlik, korku algısı,
 - Olay etkisi, olayın katılımcının yaşamında engellediği alanlar,
 - Katılımcının olayın ardından herhangi bir destek alıp almadığı
 - Scid – Tssb ölçeği;
 - A -Travmatik Deneyim: Katılımcının yaşadığı patlamayı, travmatik bir deneyim olarak tanımlayıp tanımlamaması durumu.
 - B - Yeniden Yaşantılama: : Katılımcının, yaşadığı patlamaya ilişkin deneyimini yeniden yaşantılamaması durumu.
 - C - Kaçınma - Küntleşme: Katılımcının, yaşadığı patlamaya eşlik eden uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki düzeyinde de azalma yaşanması durumu.
 - D - Aşırı Uyarılmışlık: Katılımcının, yaşadığı patlamaya ilişkin artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekli olması durumu.
 - E - Süre: Katılımcıda var olan B, C, D belirtilerinin aynı anda ortaya çıkmış ve 1 aydan fazladır sürmekte olması durumu.

- Tssb: Katılımcıların, yukarıdaki kriterlerin tamamını göstermesi halidir.
- Yaşam olayları anketi: Katılımcının aşağıdaki olaylardan deneyimlediklerinin toplam sayısıdır:
 - Doğal afet,
 - Yangın veya patlama,
 - Ulaşım ile ilgili kaza,
 - Evde, işte veya başka bir yerde ciddi kaza,
 - Zehirli maddelere maruz kalma,
 - Fiziksel saldırı,
 - Silahlı saldırı,
 - Cinsel saldırı,
 - Diğer istenmeyen veya rahatsız edici cinsel yaşantılar,
 - Çatışma veya savaş bölgesinde bulunma,
 - Tutsaklık,
 - Hayati tehlikesi olan hastalık veya yaralanma,
 - İnsan kaynaklı şiddetli acı,
 - Ani, şiddet içeren ölüm olayı,
 - Yakın bir kişinin ani, beklenmedik ölümü,
 - Başka bir kişiye sizin neden olduğunuz, ciddi yaralama veya ölüm.
- Özel değerlendirme ölçekleri (Katılımcılar kendileri doldurdu):
 - Travma sonrası disosiyatif yaşantılar ölçeği:
 - Kısa semptom envanteri
 - Başa çıkma yolları envanteri

2.1.1. Demografik Bilgi Formu

Bu formda katılımcıların, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni hali, çalışma durumu gibi demografik özellikler ile ilgili sorular yer almaktadır. Demografik bilgi formu Ek 1’de sunulmuştur.

2.1.2. Olaya İlişkin Bilgiler Soru Formu

Bu formda katılımcıların, olay sırasında nerede oldukları, çığlık duyma, yaralıları görme gibi yaşantılardan hangilerine maruz kaldıkları, olay sonrasında tanıdık ya da yakın kaybı olup olmadığı ile ilgili sorular yer almaktadır. Olaya ilişkin soru formu Ek 2’de sunulmuştur.

2.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID-I)

Bu araştırmada katılımcıların, 27 Temmuz 2008’de Güngören’de yaşanan patlama olayı sonrasında travma yaşantıları ve bu olaydan etkilenme düzeylerini belirlemek amacıyla Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID-I) kullanılmıştır.

SCID- I, Major DSM-IV Eksen I tanılarının konması için, First, Spiter, Gibbon ve Williams (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. SCID-I’in Türkçe’ye uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Çorapçioğlu ve ark., 1999). Aydın ve ark. (2012) ölçeğin güvenilirliğini doğrulamıştır.

2.1.4. Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği – R (DYÖ-R)

Bu araştırmada Güngören’deki patlama olayı öncesinde ya da sonrasında yaşanan disosiyasyon düzeyinin ölçülmesi için, Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği kullanılmıştır.

Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği’nin (DYÖ) ilk biçimi Marmar, Weiss ve Metzler (1997) tarafından 10 madde olarak geliştirilmiştir. 2002 yılında Marshall, Orlando, Jaycox, Foy ve Belzberg tarafından düzenlenerek 8 maddeye indirilmiştir. DYÖ, travma sonrası yaşanan disosiyasyon düzeyinin ölçülmesini amaçlayan 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılığı .85, test tekrar test güvenilirlik katsayısı .85 olarak hesaplanmıştır (Marshall ve ark., 2002).

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Dürü (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir. Tüm ölçek maddeleri için hesaplanan iç tutarlılık sayısı alfa. 84; ölçek maddeleri için hesaplanan madde-toplam korelasyon katsayılarının da .49 ile .84 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin geçerliliği için Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ile korelasyonuna bakılmış ve korelasyon değerleri sırayla 0.34, 0.43 ve 0.50 olarak bulunmuştur (Dürü, 2006). Ölçeğin Türkçe formu Ek 3’de sunulmuştur.

2.1.5. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Katılımcıların, psikolojik sıkıntılarının varlığının incelenmesi amacıyla Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE), Derogatis tarafından geliştirilmiştir. KSE, SCL-90-R’nin kısa formu şeklinde, 53 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Savaşır ve Şahin, 1997).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Savaşır ve Şahin (1997) tarafından gerçekleştirilmiştir. KSE, somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizm olmak üzere dokuz alt ölçeği olan bir 5’li likert tipi ölçektir. (Savaşır ve Şahin, 1997). Kişinin ölçekten aldığı puanın yükselmesi, belirtilerin arttığına işaret etmektedir.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları .96 ile .95; alt ölçeklerden elde edilen katsayılar .55 ile .86 arasında değişmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). Ölçeğin ölçüt geçerliliğine bakıldığında ise, yapılan çalışmalarda envanterin alt ölçeklerinin Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile -.14, -.34 arasında, UCLA-Yalnızlık Ölçeği ile .13 ve .36 arasında, Beck Depresyon Envanteri ile ise .34 ile .70 arasında değişen korelasyonlar gösterdiği bulunmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997). KSE’nin Türkçe formu Ek 6’da sunulmuştur.

2.1.6. Başa Çıkma Yolları Envanteri (BYE)

Araştırmaya katılan kişilerin stres yaratan durumlar karşısında baskın olarak kullandıkları başa çıkma mekanizmalarını belirlemek amacıyla Başa Çıkma Yolları Envanteri (BYE) kullanılmıştır.

BYE, Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen 66 maddelik, 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek ülkemizde daha önce Siva (1988) tarafından kullanılmış ve kültüre özgü maddeler eklenerek 74 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir (aktaran, Şahin ve Durak, 1995). Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan kısaltma çalışmaları sonucunda ölçek 30 maddeye indirilmiştir.

Kısaltılmış formun (Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği) faktör çalışması 3 farklı çalışmada yer almıştır. Bu çalışmalar sonunda ölçeğin, kendine güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26. maddeler), çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28. maddeler), boyun eğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24. maddeler), iyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12 ve 18. maddeler), sosyal destek arama (1, 9, 29, 30. maddeler) şeklinde beş faktörden oluştuğu belirlenmiştir.

Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan üç ayrı çalışmada Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nden elde edilen Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları “iyimser yaklaşım” için .49 ile .68 arasında; “kendine güvenli yaklaşım” için .62 ile .80 arasında, “çaresiz yaklaşım” için de .64 ile .73 arasında, “boyun eğici yaklaşım” için .47 ile .72 arasında , “sosyal destek arama” için .45 ile .47 arasında bulunmuştur.

Bu çalışmada ölçeğin Şahin ve Durak (1995) tarafında kısaltılan 30 maddelik formu kullanılmıştır. Ölçek maddeleri incelendiğinde 1. ve 9. maddelerin ters yönde puanlandığı görülmektedir. Katılımcıların puanları her alt testten ayrı ayrı aldıkları puanlar ile analize alınmıştır. Ölçeğin Türkçe formu EK 7'de sunulmuştur.

2.2. Örneklem seçimi

Araştırmaya dahil edilen kişilerin tamamı, olay sırasında ve araştırmanın yapıldığı tarihte halen bölgede yaşayan ya da çalışan kişiler arasından seçilmiştir.

Söz konusu bölgede yaşayanlar içinden ise, Travma sonrası Stres Bozukluğunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçüm aracının (SCID- I) uygulanabilmesi için 18 yaşından büyük, ajite olmayan, ağır psikotik belirtileri bulunmayan, görüşmeyi sürdürecektir, bilişsel yeterliliğe sahip, görüşmeyi kabul eden katılımcılarla görüşülmüştür.

Görüşmelere öncelikli olarak patlamanın gerçekleştiği sokakta bulunan esnaflarla başlanmıştır. Kartopu yöntemi ile olay sırasında, yaralanan, yakınını, komşusunu kaybeden kişilere ulaşılmıştır.

Belirtilen tarihler arasında 160 kişiye ulaşılmış ancak 10 kişi görüşmeyi reddetmiş, 40 kişi zaman sıkıntısı nedeniyle görüşmeyi yarıda bırakmıştır. Sonuç olarak araştırma örneklemini, yaşları 18 ile 70 arasında değişen 62 kadın ve 48 erkek olmak üzere, toplam 110 kişiden oluşmaktadır.

2.3. İşlem

Uygulama öncesinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan araştırma için onay alınmıştır.

Tüm katılımcılarla, yüz yüze görüşülerek sözel ve yazılı izin alınmıştır. Katılımcıların kendilerini rahat hissetmelerini sağlamak amacıyla, araştırmacı (Filiz Kaya) kendisini tanıtmış, yaşanan olaya yönelik duygu ve düşünceleri paylaşılmıştır. Rahat olduklarını ifade etmeleri sağlandıktan sonra katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılma ile ilgili görüşleri alınmıştır. Katılımcılara veri toplama formları, evlerinde ya da işyerlerinde, özel konuşulabilecek ve kimsenin rahatsız etmeyeceği bir ortamda karşılıklı görüşme yoluyla tek tek uygulanmıştır.

Öznel değerlendirme ölçeklerini uygularken ise, soruların bazı katılımcılar için yeterince açık bulunmaması durumunda açıklama yapılmıştır. Görüşme sırasında katılımcıların duygusal olarak güvende olmalarına özen gösterilmiş, herhangi bir duygu yoğunluğunun oluşması halinde görüşmeye ara verilmiş, araştırmacı tarafından destekleyici bir yaklaşım sağlanmış ve katılımcı rahat bir şekilde devam edebilir duruma geri dönünce görüşmeler sürdürülmüştür.

Görüşmeler sırasında olaya ya da diğer değişkenlere ilişkin psikolojik sıkıntıları olduğu gözlenen katılımcılar, travmatik deneyim ve etkileri konusunda bilgilendirilmiş, çevre hastanelere başvurmaları konusunda cesaretlendirilmiştir.

Görüşmeler katılımcıların evlerinde ve işyerlerinde, 40-50 dk sürelerde, yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

2.4. Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 19.0) programı kullanılmıştır. Çalışma bulguları değerlendirilirken istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Her bir alt ölçek için, o ölçeğe özgü değerlendirme formülleri kullanılarak bileşik puanlar hesaplanmış ve bu puanların istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 19.0 programı kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgular, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin, yaşam olaylarının, olay ve sonrası süreçlerinin, TSSB düzeyinin ve öznel değerlendirme ölçeklerinin SPSS 19.0 programı kullanılarak değerlendirilmesiyle elde edilmiştir.

3.1. Demografi

Tablo 6 Demografik Bilgiler

		n	%
Cinsiyet	Kadın	62	56,4
	Erkek	48	43,6
	Toplam	110	100
Yaş			
	Yaş ortalaması	39	
Yaş			
	34 ve altı	42	38,5
	35-44 yaş	32	29,4
	45 ve üstü	35	32,1
Eğitim			
	Okur yazar	8	7,3
	İlkokul	22	20,0
	Ortaokul	25	22,7
	Lise	48	43,6
	Üniversite	7	6,4
	Toplam	110	100
Medeni durum			
	Bekar	18	16,4
	Evli	86	78,2
	Dul	3	2,7
	Boşanmış	3	2,7
	Toplam	110	100
Çalışma			
	Çalışıyor	52	48,6
	Çalışmıyor	55	51,4

	Toplam	107	100
Gelir	Gelir düzeyi yeterli	31	28,7
	Gelir düzeyi yetersiz	51	47,2
	Gelir düzeyi kısmen yeterli	26	24,1
	Toplam	108	100
Yerleşim	Büyükşehir	73	66,4
	Şehir	24	21,8
	Kasaba	2	1,8
	Köy	11	10,0
	Toplam	110	100

Araştırmamıza katılan 110 katılımcınının 62si (%56,4) kadın, 48i (%43,6) erkektir. Yaş ortalaması 39 iken, 34 ve altı yaşındakilerin sayısı 42dir (%38,5). Katılımcılar arasında lise eğitimi alanların sayısı diğer seviyelere göre fazladır (48 kişi, %43,6). İlkokul ve ortaokul eğitimi alanların toplamı 47 kişidir. Katılımcıların büyük bir kısmı evlidir (86 kişi, %78,2). Katılımcılar arasında çalışan ve çalışmayanların dağılımları yakındır. Katılımcıların %48,6sı çalışmamakta, %51,4ü çalışmaktadır. Katılımcıların %28,7si gelir düzeyinin yeterli olduğunu beyan etmiştir. Yerleşim yerlerine göre toplam %78,2si büyükşehir ve şehirlerde yaşadığını ifade etmiştir.

3.2. Yaşam Olayları Ölçeği

Tablo 7 Yaşam Olayları Ölçeği

	n	%
0 olay	6	5,5
1 olay	14	12,7
2 olay	23	20,9
3 olay	22	20,0
4 olay	19	17,3
5 olay	10	9,1
6 olay	4	3,6
7 olay	1	,9
8 olay	2	1,8
9 olay	1	,9
Cevap yok	8	7,3
	110	100,0

Doğal afet, yangın veya patlama, ulaşım ile ilgili kaza, evde, işte veya başka bir yerde ciddi kaza, zehirli maddelere maruz kalma, fiziksel saldırı, silahlı saldırı, cinsel saldırı, diğer istenmeyen veya rahatsız edici cinsel yaşantılar, çatışma veya savaş bölgesinde bulunma, tutsaklık, hayati tehlikesi olan hastalık veya yaralanma, insan kaynaklı şiddetli acı, ani, şiddet içeren ölüm olayı, yakın bir kişinin ani, beklenmedik ölümü, başka bir kişiye katılımcının neden olduğu, ciddi yaralama veya ölüm olaylarından yaşadıklarını belirtenlerin toplamda yaşadıkları olay sayısı yukarıdaki tabloda gösterilmiştir. Hiçbir yaşam olayıyla karşılaşmadığını söyleyenlerin sayısı 6dır (%5,5). 2 veya 3 olay beyan edenlerin toplam oranı 40,9dur. 5 ve üstü olayların toplamı ise 13,6dır.

3.3. Olay ve Sonrası Süreç Profili

Tablo 8 Olay Profili

		n	%
Olay sırasında bulunulan yer	Patlama yerinde	14	12,7
	Patlamaya yakın bir yerde	60	54,5
	İstanbul'da	10	9,1
	Şehir dışında	26	23,6
	Toplam	110	100
Kayıp	Kayıp yok	80	72,7
	Tanıdık kaybı	16	14,5
	Yakın / akraba kaybı	14	12,7
	Toplam	110	100,0
Yaralanma	Yaralanma yok	60	54,5
	Tanıdık yaralandı	28	25,5
	Yakını / akrabası yaralandı	17	15,5
	Kendisi yaralandı	5	4,5
	Toplam	110	100
Çıglıklar	Çıglıkları duymadı	61	55,5
	Çıglıkları duydu	49	44,5
	Toplam	110	100
Yaralı görme	Yaralı görmedi	64	58,2
	Yaralıları gördü	46	41,8
	Toplam	110	100
Ceset	Cesetleri görmedi	91	82,7
	Cesetleri gördü	19	17,3
	Toplam	110	100
Televizyonda görme	TV'de izlemedi	43	39,1
	İlk saatlerde TV'de izledi	67	60,9

	Toplam	110	100
Duygu	Tehlike hissetmedi	42	38,2
	Tehlike hissetti	68	61,8
	Toplam	110	100
	Çaresizlik hissetmedi	42	38,2
	Çaresizlik hissetti	68	61,8
	Toplam	110	100
	Yoğun korku hissetmedi	31	28,2
	Yoğun korku hissetti	79	71,8
	Toplam	110	100

Katılımcıların olay sırasında ve olay sonrasında ne tür bir süreç ve durum içinde olduklarına ilişkin profil tabloda verilmiştir. Katılımcıların %67,2si patlama yerinde veya patlamaya yakın bir yerdedir. Patlamayla birlikte bir yakın veya tanıdıklarını kaybedenlerin sayısı 30dur. 80 kişinin kaybı yoktur. Patlamada herhangi bir yaralanma yaşamayan veya yaralanmaya şahit olmayanların sayısı 60tır. 5 kişi patlamada yaralanmıştır. Katılımcıların %55,5i (61 kişi) olay sırasında çığlıkları duymadığını, %58,2si (58,2) yaralıları görmediğini, %82,7si (91 kişi) cesetleri görmediğini beyan etmiştir. Olayı ilk saatlerde televizyondan izleyenlerin sayısı 67dir (%60,9). Duygusal açıdan katılımcıların %61,8i tehlike, %61,8i çaresizlik, %71,8i yoğun korku hissetmiştir.

Tablo 9 Olay Sonrası Olay Nedeniyle Yaşamda Engellenen Alanlar

	n	%
0 Alan	34	30,9
1 Alan	16	14,5
2 Alan	19	17,3
3 Alan	15	13,6
4 Alan	10	9,1
5 Alan	4	3,6
6 Alan	6	5,5
7 Alan	2	1,8
8 Alan	1	0,9
9 Alan	3	2,7
Toplam	110	100

Katılımcıların olay sonrasında yaşamlarında engellendiğini hissettikleri alanların sayıları tabloda verilmiştir. Katılımcıların %30,9u hiçbir alanın engellenmediğini ifade etmiştir. %14,6sı ise 4 ve daha fazla alanın engellendiğini hissettiklerini ifade etmiştir.

Tablo 10 Olay Sonrası Psikolojik Destek Alınıp Alınmadığı

	n	%
Destek almadı	79	71,8
Psikolojik destek aldı - Krize müdahale	10	9,1
Psikolojik destek aldı	8	7,3
Psikiyatrik destek aldı	13	11,8
Toplam	110	100,0

Katılımcıların olaydan sonra destek alma durumları yukarıda gösterilmiştir. %7si (79 kişi) herhangi bir psikolojik veya psikiyatrik destek almamıştır.

3.4. Öznel Değerlendirme Ölçekleri

3.4.1. Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Tablo 11. Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

	n	%
,00	22	20,0
3,13	8	7,3
6,25	7	6,4
9,38	7	6,4
12,50	7	6,4
15,63	3	2,7
18,75	8	7,3
25,00	4	3,6
28,13	7	6,4
31,25	1	,9
34,38	3	2,7
37,50	3	2,7
40,63	5	4,5
43,75	3	2,7
46,88	2	1,8
50,00	1	,9
53,13	1	,9
56,25	3	2,7
59,38	3	2,7
62,50	1	,9
71,88	4	3,6
75,00	1	,9
78,13	1	,9
81,25	1	,9
84,37	1	,9
84,38	2	1,8
87,50	1	,9
Toplam	110	100,0

Tablo 12. Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Değerlendirmesi

En düşük puan	0
En yüksek puan	100
Ortalama	25,1
Standart sapma	25,1

Tablo 13. Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği - Gruplanmış

	n	%
0 puan	22	20,0
1-10 puan	22	20,0
11-20 puan	18	16,4
21-25 puan	4	3,6
26 ve üstü	44	40,0
Toplam	110	100

Yukarıdaki tablolarda katılımcıların disosiyatif yaşantılar ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı gösterilmektedir. Gruplandırılmış disosiyatif yaşantılar ölçeğine bakıldığında katılımcıların %40ının (44 kişi) 26 ve üstü puan aldığı görülmektedir. Katılımcıların %20si 0 puan alırken, %20si ise 1-10 puan almıştır.

3.4.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri, çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış, 90 maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş, 53 maddeden oluşturulan bir ölçektir. Ölçeğin ülkemiz için uyarlaması N. Hisli Şahin ve Ayşegül Durak (2002) tarafından yapılmıştır.

Kısa Semptom Envanteri likert tipi bir ölçektir. Her madde « hiç / biraz var / orta derecede var / epey var / çok fazla var » seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek puanlanmaktadır.

Güvenilirlik: İç tutarlık: Üç ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlık katsayıları 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir. Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırayla,

- Somatizasyon (S) (2, 7, 23, 29, 30, 33, 37. maddeler),
- Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5, 15, 26, 27, 32, 36. maddeler),
- Kişilerarası duyarlılık (KD) (20, 21, 22, 42. maddeler),
- Depresyon (D) (9, 16, 17, 18, 35, 50. maddeler),
- Anksiyete bozukluğu (AB) (1, 12, 19, 38, 45, 49. maddeler),
- Hostilite (H) (6, 13, 40, 41, 46. maddeler),
- Fobik anksiyete (FA) (8, 28, 31, 43, 47. maddeler),
- Paranoid düşünce (PD) (4, 10, 24, 48, 51. maddeler) ve
- Psikotizm (P9) (3, 14, 34, 44, 53. maddeler) alt ölçekleri olarak oluşturulmuştur.

Ek maddeler (EM) ise (11, 25, 39, 52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeler vardır. 3 global indeks ise sırayla Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık indeksi şeklindedir.

Cronbach Alpha ile iç tutarlılıkları ölçülen Kısa Semptom Envanteri alt başlıklarının içerikleri aşağıda açıklanmıştır:

Somatizasyon: Sıkıntı ve yakınmaların bedensel hastalık şeklinde ifade edilmesidir. Vücudun kalp, damar, mide, bağırsak, solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtır. Çözülmemeyen engelleme veya çatışma sonucu ortaya çıkan işlevsel ve fiziksel bozuklukları tespit eder.

Obsesif kompulsif bozukluk: Tekrarlayan davranışlara yol açan saplantılı düşüncelerin varlığıdır. Bu düşünceler bireylere yaşanılması arzu edilmeyen, ancak sürekli ve karşı konulmaz bir biçimdedir.

Fobik anksiyete: Belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisini yansıtır. Açık yerlere, seyahat, kalabalığa, vasıtalara vb. karşı duyulan korku sıkıntısıdır.

Kişilerarası duyarlılık: Kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmadır. Bireyin kendini başkalarıyla karşılaştırdığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, kişiler arası ilişkilerinde kendisini küçük görmesi, bu ilişkilerde zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtır.

Hostilite: Düşünce, duygu ve davranış boyutlarındaki öfke ve düşmanlıktır.

Paranoid düşünce: Güvensiz, kuşkucu, kıskanç, kavgacı yapıdır.

Psikotizm: Gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma olması durumudur.

Ek maddeler: Yeme içme bozukluğu, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine

düşünceler, suçluluk duyguları içeren soruları içermektedir

a) Rahatsızlık ciddiyeti indeksi :Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir:
 $S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM) / 53$

b) Belirti toplamı indeksi : 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

c) Semptom rahatsızlık indeksi : Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir: $S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PDP+EM) / \text{Belirti Puanı}$

Puanların yorumlanması: Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir.

Tablo 14 Kısa Semptom Ölçeği

	n	Ortalama	Standart sapma	En düşük puan	En yüksek puan
Somatizasyon	101	0,77	0,85	0	4
Okb	100	0,91	0,83	0	4
Duyarlılık	101	0,74	0,81	0	4
Depresyon	101	0,71	0,80	0	4
Anksiyete	101	1,00	0,89	0	4
Düşmanlık	100	0,78	0,75	0	4
Fobikanksiyete	103	0,66	0,81	0	4

Paranoid düşünce	102	0,79	0,81	0	4
Psikotizm	106	0,71	0,77	0	4
Rahatsızlık ciddiyeti	71	0,12	0,12	0	4

3.4.3. Başa Çıkma Yolları Envanteri

Tablo 15 Başa Çıkma Yolları Ölçeği

	n	Ortalama	Standart sapma	En düşük puan	En yüksek puan
Kendine güvenli yaklaşım	54	19,1	5,3	0	100
Çaresiz yaklaşım	53	19,0	4,9	0	100
Boyun eğici yaklaşım	56	13,3	3,8	0	100
İyimser yaklaşım	56	13,4	3,8	0	100
Sosyal destek arama	54	10,0	1,9	0	100

Başta çıkma yolları açısından 5 yaklaşıma yaklaşık olarak eşit bir dağılım gözlenmektedir. Katılımcıların ortalama puanları kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama açısından sırasıyla 19,1; 13,4; 10 olmuştur. Çaresiz ve boyun eğici yaklaşım ise 13,3 ve 13,4 olmuştur.

3.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Tablo 16. TSSB Boyutlarına Sahip Olanlar İçinde TSSB Oranları

TSSB	Travmatik bir deneyim olarak tanımlama		Sürekli olarak çeşitli yollarla yeniden deneyimleme		Genel tepki düzeyinde azalma		Patlamaya ilişkin artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekliliği		Belirtiler aynı anda ortaya çıkmış ve 1 aydan fazladır sürmekte		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yok	17	%15,5	47	%42,7	76	%69,1	72	%65,5	67	%60,9	82	%74,5
Var	93	%84,5	63	%57,3	34	%30,9	38	%34,5	43	%39,1	28	%25,5
Toplam	110	100	110	100	110	100	110	100	110	100	110	100

TSSB ölçeğine katılımcıların %84,5'i olayı travmatik bir deneyim olarak tanımlamıştır. Ölçeğe göre tüm belirtileri gösterenlerin oranı %25,5'tir. Buna göre olaydan 2 yıl sonra 25 katılımcı TSSB belirtileri göstermektedir.

3.5.1 Demografi, Olay Profili, Olay Sonrası ve TSSB İlişkisi

Tablo 17. TSSB ve Demografi İlişkisi

		TSSB Yok		TSSB Var		Ki kare	SD	P (İstatistiksel olarak anlamlı: p<0.05)
		n	%	n	%			
Cinsiyet						15,4	1	0,0
	Kadın	38	%45,8	24	%88,9			
	Erkek	45	%54,2	3	%11,1			
	Toplam	83	%100,0	27	%100,0			
Yaş						4,4	2	0,1
	34 ve altı	27	%32,5	15	%55,6			
	35-44 yaş	26	%31,3	6	%22,2			
	45 ve üstü	29	%34,9	6	%22,2			
	Cevap yok	1	%1,2	0	%0,0			
	Toplam	83	%100,0	27	%100,0			
Eğitim						1,6	4	0,8

	Okur yazar	7	%8,4	1	%3,7			
	İlkokul	17	%20,5	5	%18,5			
	Ortaokul	19	%22,9	6	%22,2			
	Lise	34	%41,0	14	%51,9			
	Üniversite	6	%7,2	1	%3,7			
	Yüksek lisans ve üstü	0	%0,0	0	%0,0			
	Toplam	83	%100,0	27	%100,0			
Medeni durum						1,2	3	0,8
	Bekar	13	%15,7	5	%18,5			
	Evli	65	%78,3	21	%77,8			
	Dul	2	%2,4	1	%3,7			
	Boşanmış	3	%3,6	0	%0,0			
	Toplam	83	%100,0	27	%100,0			
Çalışma durumu						16,5	1	0,0
	Çalışıyor	48	%60,0	4	%14,8			
	Çalışmıyor	32	%40,0	23	%85,2			
	Toplam	80	%100,0	27	%100,0			
Gelir düzeyi						0,3	2	0,9
	Yeterli	24	%29,6	7	%25,9			
	Yetersiz	37	%45,7	14	%51,9			
	Kısmen yeterli	20	%24,7	6	%22,2			
	Toplam	81	%100,0	27	%100,0			
Yerleşim						2,4	3	0,5
	Büyükşehir	53	%63,9	20	%74,1			
	Şehir	18	%21,7	6	%22,2			
	Kasaba	2	%2,4	0	%0,0			
	Köy	10	%12,0	1	%3,7			
	Toplam	83	%100,0	27	%100,0			

Tabloda katılımcıların demografik verileriyle TSSB tanısı arasındaki ilişkinin yönünü belirlemek için regresyon bulguları verilmiştir. Tartışma bölümünde ele alacağımız gibi, katılımcıların

cinsiyeti ve çalışma durumu istatistiksel olarak anlamlı seviyede TSSB üzerinde etkili olmuştur. Katılımcıların yaşları %0,1 seviyesinde etkili olmuştur. Diğer demografik verilerin istatistiksel olasılık oranları %5 ile %8 arası gerçekleşmiştir.

Tablo 18. TSSB ve Yaşam Olayları

	TSSB Yok			TSSB Var		
	N	Ortalama	Std Sapma	N	Ortalama	Std Sapma
“Yaşam olayları anketi”ne verdikleri yanıtlardan “benim başıma geldi” cevabının toplam adedidir.	83	2,68	0,19	27	4,08	0,39

Yukarıda yaşam olayları sayısı ile TSSB arasındaki ilişki gösterilmiştir. TSSB belirtileri gösterenlerin ortalama olay sayısı 4,08dir. Göstermeyenlerin arasında ortalama olay sayısı 2,68 olmuştur.

Tablo 19. TSSB ve Olay Profili İlişkisi

		TSSB Yok		TSSB Var		Ki kare	SD	P (İstatistiksel olarak anlamlı: p<0.05)
		n	%	n	%			
Olay sırasında bulunulan yer						15,89	3	0,00
	Patlama yerinde	5	%6,0	9	%33,3			
	Patlamaya yakın bir yerde	48	%57,8	12	%44,4			
	İstanbul'da	10	%12,0	0	%0,0			
	Şehir dışında	20	%24,1	6	%22,2			
Kayıp durumu						3,82	2	0,15
	Kayıp yok	64	%77,1	16	%59,3			
	Tanıdık kaybı	11	%13,3	5	%18,5			
	Yakın / akraba kaybı	8	%9,6	6	%22,2			
Yaralanma durumu						8,28	3	0,04
	Yaralanma yok	51	%61,4	9	%33,3			
	Tanıdık yaralandı	19	%22,9	9	%33,3			

	Yakını / akrabası yaralandı	11	%13,3	6	%22,2			
	Kendisi yaralandı	2	%2,4	3	%11,1			
Çığlık duyma						3,14	1	0,08
	Çığlıkları duymadı	50	%60,2	11	%40,7			
	Çığlıkları duydu	33	%39,8	16	%59,3			
Yaralı görme durumu						6,58	1	0,01
	Yaralı görmedi	54	%65,1	10	%37,0			
	Yaralıları gördü	29	%34,9	17	%63,0			
Ceset görme durumu						1,88	1	0,17
	Cesetleri görmedi	71	%85,5	20	%74,1			
	Cesetleri gördü	12	%14,5	7	%25,9			
Televizyondan tanıklık						2,61	1	0,11
	TV'de izlemedi	36	%43,4	7	%25,9			
	İlk saatlerde TV'de izledi	47	%56,6	20	%74,1			

Olay profili ile TSSB arasındaki ilişkinin yönü yukarıda gösterilmiştir. Olay sırasında bulunulan yer, yaralanma durumu ve yaralı görme durumu TSSB varlığını anlamlı seviyede etkilemektedir. Diğer durumların etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, 0,08 ve 0,17 seviyesinde olmuştur.

Tablo 20. Olay Sırasında Duygular

		TSSB yok		TSSB var	
		N		N	
Tehlike algısı	Hissetmedi	37	44,6%	5	18,5%
	Hissetti	46	55,4%	22	81,5%
Çaresizlik	Hissetmedi	39	47,0%	3	11,1%
	Hissetti	44	53,0%	24	88,9%
Yoğun korku	Hissetmedi	29	34,9%	2	7,4%
	Hissetti	54	65,1%	25	92,6%

Duygular açısından TSSB görülen katılımcıların tehlike algısı, çaresizlik ve yoğun korku hisleri duyma oranları, bunları hissetmeyenlere göre görünür biçimde farklı olmaktadır. Bu duyguların TSSB görülen katılımcılarda varolma oranları sırasıyla %81,5; %88,9 ve %92,6 olmaktadır.

Tablo 21. TSSB ve Olay Sonrası Psikolojik Destek Alma İlişkisi

	TSSB Yok		TSSB Var				
	n	%	n	%	Ki kare	SD	P (İstatistiksel olarak anlamlı: p<0.05)
Olay sonrası psikolojik destek					9,9	1	,002
Destek almadı	66	80%	13	48%			
Destek aldı	17	20%	14	52%			

Tablo, TSSB tanısı gösterenlerin büyük oranda psikolojik destek aradıklarını ve desteğe ulaştıklarını göstermektedir.

Tablo 22. TSSB ve Olay Sonrası Etkilendiği Alanlar

	TSSB Yok			TSSB Var		
	N	Ortalama	Std Sapma	N	Ortalama	Std Sapma
Olay sonrası engellendiği alanlar	83	1,54	,21	27	4,30	,39

Tablo 23. TSSB ve Travma sonrası disosiyatif yaşantılar ortalaması

	TSSB Yok			TSSB Var		
	N	Ortalama	Std Sapma	N	Ortalama	Std Sapma
Travma sonrası disosiyatif yaşantılar ortalaması: 100 üzerinden 8 madde	83	17,13	2,25	27	49,77	4,20

Tablo 24. TSSB ve Başa Çıkma Yolları

	TSSB Yok			TSSB Var		
	N	Ortalama	Std Sapma	N	Ortalama	Std Sapma
Başta çıkma yolları - Olumlu	83	43,42	8,35	27	39,00	12,22
Başta çıkma yolları - Olumsuz	83	30,11	6,11	27	37,93	8,28

Tablo 25. TSSB ve Kısa Semptom İlişkisi

	TSSB Yok			TSSB Var		
	N	Ortalama	Std Sapma	N	Ortalama	Std Sapma
Kısa semptom ölçeği - Somatizasyon	83	,50	,07	27	1,59	27
Kısa semptom ölçeği - Okb	83	,62	,07	27	1,81	27
Kısa semptom ölçeği - Duyarlılık	83	,43	,06	27	1,65	27
Kısa semptom ölçeği - Depresyon	83	,43	,06	27	1,61	27
Kısa semptom ölçeği - Anksiyete	83	,70	,08	27	1,97	27
Kısa semptom ölçeği - Düşmanlık	83	,54	,06	27	1,61	27
Kısa semptom ölçeği - Fobikanksiyete	83	,40	,06	27	1,49	27
Kısa semptom ölçeği - Paranoid düşünce	83	,51	,06	27	1,63	27
Kısa semptom ölçeği - Psikotizm	83	,44	,06	27	1,56	27
Kısa semptom ölçeği - Rahatsızlık ciddiyeti	83	,07	,01	27	,29	27

TSSB ve Kısa Semptom ilişkisine bakıldığında, TSSB görülen katılımcıların puanları 1,56'nın üzerinde olurken, görülmeyen katılımcıların puanları 0,7'nin altında gerçekleşmektedir.

3.6. Çoklu Regresyon Analizi, Demografi, Olay Profili, Olay Sonrası Etkilenilen Alan, Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ortalaması, Olumsuz Başa Çıkma yolları ve Kısa Semptom Ölçeğinin TSSB üzerinde Etkisi

	B	S.E.	Wald	sd	Anl.	Exp(B)
Cinsiyet (Erkek=1)	-2,695	1,236	4,756	1	,029	,068
Çalışma (Çalışıyor=1)	-1,150	1,142	1,014	1	,314	,317
Olay sırasında neredeydi- patlama yerinde			2,144	3	,543	
Olay sırasında neredeydi- yakın bir yerde	2,392	1,658	2,081	1	,149	10,938
Olay sırasında neredeydi- İstanbul'da	,815	1,155	,498	1	,480	2,260
Olay sırasında neredeydi- Şehir dışında	-15,235	11921,789	,000	1	,999	,000
Yaralanma durumu - yok			2,830	3	,419	
Yaralanma - yakını yaralandı	1,257	1,714	,538	1	,463	3,515
Yaralanma - tanıdık yaralandı	2,138	1,715	1,555	1	,212	8,482
Yaralanma - kendisi yaralandı	,018	1,628	,000	1	,991	1,018
Yaralı görme (yaralı gördü=1)	1,116	1,124	,987	1	,321	3,053
Olay sonrası engellendiği alanlar	,262	,261	1,007	1	,316	1,299
Disosiyatif yaşantı ortalaması	,043	,022	3,703	1	,054	1,044
Yaşam olayları sayısı	,469	,266	3,114	1	,078	1,598
Sabit	-6,372	2,721	5,482	1	,019	,002

Nagelkerke-R Kare: 0,704

4. TARTIŞMA

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) doğal veya insan eliyle oluşturulan felaketler ve kazaların ardından sıkça görülen, sıklıkla ciddi bir yeti yitimine yol açan bir hastalıktır (Kaplan ve Sadock, 2004). Bu nedenle çalışmada, bombalama saldırılarının ardından görülen TSSB düzeyi ve ilgili değişkenler araştırılmıştır.

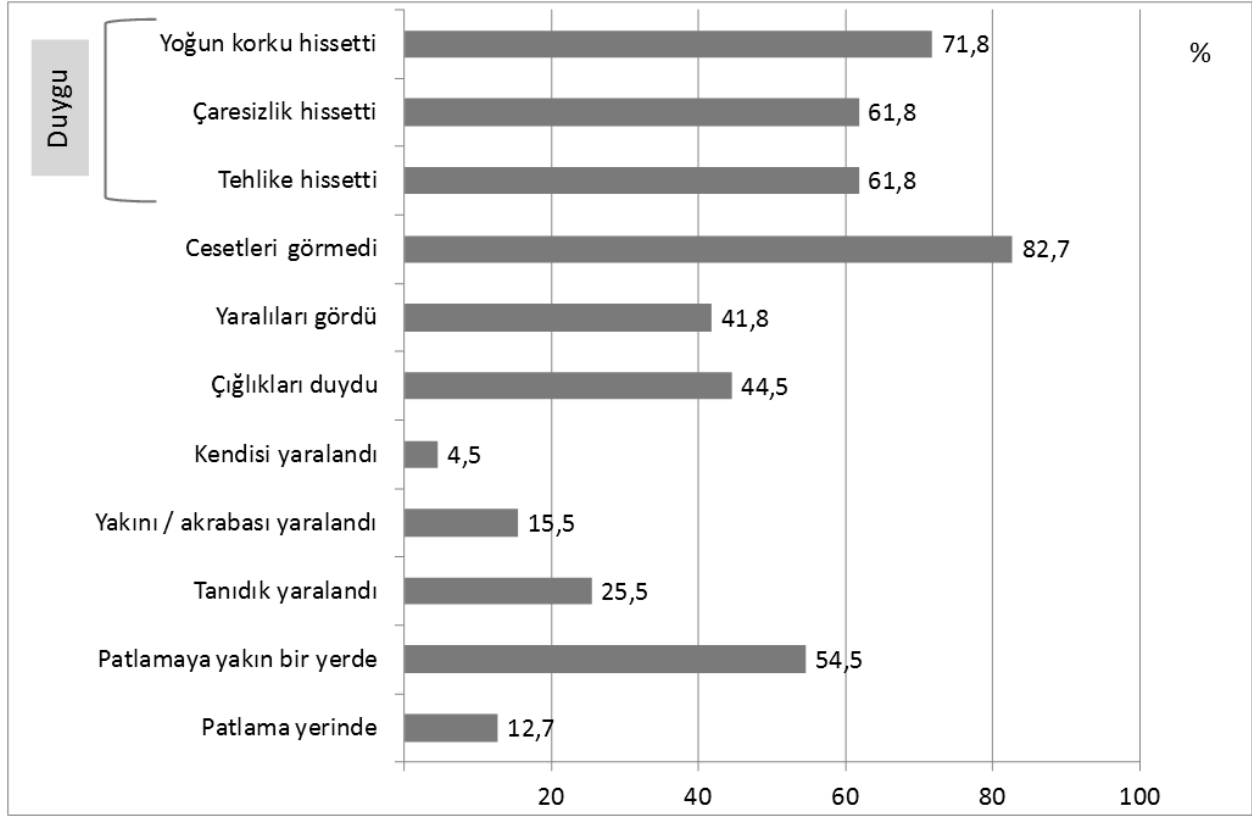
%56,4'ü kadın olan katılımcıların yaş ortalaması 39'dur. 34 yaş altı katılımcı yüzdesi 38,5'tir. Araştırma grubunun en büyük kısmını lise mezunları oluşturmaktadır (%43,6). %78,2'si evli olan katılımcıların arasında çalışma oranı neredeyse yarıyarıdır (%48,6). Yine katılımcıların yarısına yakını gelir düzeyini yetersiz olarak tanımlamaktadır ve %66,4'ü yaşadığı yeri büyük şehir olarak tanımlamaktadır.

Katılımcıların %81,8'i hayatları boyunca kaza veya afet gibi 2 veya daha fazla yüksek etkide olay yaşamışlardır. Bireylerin geçmişindeki etkisi yüksek olayların yüzdeleri bölge sakinleri ile ilgili önemli bir göstergedir.

Olay sırasında katılımcıların %67'si patlama yerinde veya yakınında bulunmaktadır ve %27'sinin yakın veya tanıdık kaybı gerçekleşmiştir. %4,5 oranında ise katılımcının kendisi yaralanmıştır. Katılımcılar arasında yaralanma yüzdesi yüksek olmasa bile %31'inin tanıdığı ya da yakını / akrabası yaralanmıştır. %44,5'i olay sırasında çığlıklar duymuş, %41,8'i yaralı, %41,8'i olayda hayatını kaybetmişlerin bedenini görmüştür. %60,9'u ise olayı ilk saatlerde televizyonda da görmüştür.

Katılımcıların olay sırasındaki duygu durumuna bakılacak olursa en sık görülen duygu "yoğun korku"dur. Çaresizlik ve tehlike duygusu ise katılımcıların aynı sıklıkta hissettiği hallerdir ve yarısından fazlası (%61,8) bu duyguları yaşamıştır.

Şekil 1. Olay Sırasında...



Katılımcıların %69,1'i olay sonrası bir veya daha fazla alanda olaydan etkilendiğini ifade etmiştir. %14,5'i 5 veya daha fazla alanda olay kaynaklı etkiyi yaşadığını belirtmiştir.

Olay sonrası destek almayanların yüzdesi 71,8'dir. Geriye kalan katılımcılar ise psikolojik veya psikayatrik destek almışlardır.

Katılımcılar araştırmanın kısa semptom, dissosiyatif yaşantılar ölçeğini ve olayla başa çıkma yollarını içeren bölümünü kendileri doldurmuştur.

Katılımcıların %40'ı dissosiyatif yaşantılar ölçeğinde 26 ve üstü puana sahiptir. 0 puana sahip olan katılımcılar ise genel grubun beşte birini oluşturmaktadır.

Kısa semptomlar arasında en yüksek ortalamaya sahip olan boyut "anksiyete"dir (ort: 1,00; std sap: 0,89). En düşük ortalamaya sahip boyut ise "rahatsızlık ciddiyeti"dir (ort: 0,12; std sap: 0,12)

Katılımcılar arasında kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşım başa çıkma biçimleri açısından öne çıkan tavırlardır. Her iki boyut da katılımcıların beşte birinde görülmektedir. Boyun eğici, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımları %13,4 ve ve altında yüzdelere sahiptir. Genel olarak ise katılımcıların %42,5'i güçlendirici (kendine güvenli, iyimser, sosyal destek arama) başa çıkma eğilimi gösterirken diğerleri tersi yönde bir eğilim göstermektedir.

4.1. TSSB ve İlişkili Boyutlar

Yapılan araştırmalarda, terör saldırıları sonrasında, saldırının ardından sağ kalan kişilerde görülen travma sonrası stres bozukluğu düzeyi olaya maruz kalma durumuna göre % 8 ile % 44 aralığında değişmektedir (Abenheim, 1992; Frank ve ark, 2004; Bleich ve ark, 2003; Schlenger ve ark. 2002; Garbriel ve ark. 2007). Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, terör saldırıları sonucunda da görülen TSSB oranı % 5,9 ile % 29,9 aralığında değişmektedir (Eşsizoglu ve ark. 2009; Aker 2008).

Bu çalışmada araştırma grubunda 110 katılımcı vardır. Bu 110 katılımcının TSSB tanı ölçütlerini karşılaması değerlendirildiğinde, 28 katılımcıda ya da örneklemin % 25,5'inde TSSB'ye rastlanmış, 82 kişide (örneklemin % 74,5inde TSSB gözlenmemiştir.

TSSB belirtilerine sahip katılımcılarda en yüksek oranda görülen TSSB boyutu "travmatik bir deneyim olarak tanımlama" durumu olmuştur (%84,5). "Sürekli olarak çeşitli yollarla yeniden deneyimleme" ise %57,3 ile ikinci sırada yer almaktadır. Diğer boyutlar: "genel tepki düzeyinde azalma, patlamaya ilişkin artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekliliği, aynı anda ortaya çıkmış ve 1 aydan fazladır sürmekte olan belirtiler" ise %39,1 ve altında yüzdelere sahiptir.

Her travmadan sonra mutlaka TSSB'nin görüleceği şeklinde bir yaklaşım bulunmamaktadır. Fakat travma sonrası TSSB ortaya çıkmasa bile travmanın kişiler üzerinde etkin olmasını sağlayan bir takım unsurlar vardır. Kısacası travmanın etki düzeyinin yüksek olabileceği risk grupları vardır. Bir çok çalışmaya göre kadın olmak, etnik bir azınlıktan olmak, eğitim seviyesinin düşüklüğü, çalışmıyor olmak, sosyal desteğin az olması, bekar olmak, yaşça daha genç olmak, daha önce psikiyatrik tedavi öyküsüne ve geçmişte travma öyküsüne sahip olmak risk faktörleri arasındadır (Boscarino ve ark. 2003, Frank ve ark. 2004, Verger ve ark. 2004, Solomon ve ark. 2005, Gabriel ve ark. 2007, Bonanno ve ark. 2007, Eşsizoglu ve ark. 2009).

TSSB ve Demografi

Tablo 17'ye göre katılımcıların demografik özellikleri ile TSSB görülme olasılığı aşağıda değerlendirilmiştir.

Cinsiyet (Kadın olmak)

Bizim çalışmamızda da katılımcıların bombalama olayı sonrasında TSSB geliştirip geliştirmedikleriyle, cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2(1) = 13.156, p = .000$) (Tablo 17). Kadınların olaydan sonra erkeklere oranla daha fazla TSSB geliştirdikleri görülmüştür. TSSB görülen kadın sayısı 24 (%88) iken, erkek sayısı 3'tür (%11). Kadın olmanın TSSB üzerine etkisi doğrulanmıştır.

Yaş (Genç Olmak), Eğitim ve Medeni durum

Ancak genç yaşta olmak diğer demografik değişkenler açısından bakıldığında, bulgularımıza göre, örneklemimiz içinde yaş, eğitim ve medeni durumun TSSB üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. ($p=0,1, p=0,8, p=0,8$).

Çalışma Durumu

Literatürde çalışmayan kişilerin TSSB geliştirmeye daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Lima ve ark., 1989). Bizim bulgularımıza göre de, çalışma durumunun TSSB üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. TSSB görülen katılımcıların içinde çalışanların sayısı 4 iken (%14,8) çalışmayanların sayısı 23'tür (85,2). TSSB görülmeyenlerde bu oranlar sırasıyla %60 ve %40 olarak tespit edilmiştir. Çalışmayan bireylerin TSSB sahibi olmaları olasılığı daha yüksektir.

Gelir Düzeyi ve Yerleşim

Tablo 17'deki bulgularımıza göre, katılımcıların gelir düzeyi ve yerleşim yerleri TSSB üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkide bulunmamaktadır ($p=0,9, p=0,5$).

Yaşam Olayları

Geçmişte yaşanan etkisi büyük olaylarının sayısının TSSB görülen ve görülmeyen katılımcılar içindeki ortalamadaki farkın anlamlı olup olmadığına t testi ile bakılmıştır. 0,05 anlamlılık düzeyinde TSSB görülen katılımcıların 4,08 değerinde ortalaması TSSB görülmeyen katılımcıların 2,68 değerindeki ortalamasından farkı istatistiksel olarak anlamlıdır.

4.2. TSSB ve Olay Profili

Tablo 19'daki TSSB ve olay profili ilişkisi altında incelenen değişkenler arasında Olay sırasında bulunulan yer ($p=0,00$), yaralanma durumu ($p=0,04$) ve yaralı görme durumu ($p=0,01$) TSSB'yi istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamıştır. TSSB görülenlerin %77,7'si (21 kişi) patlama yerinde veya patlamaya yakın bir yerdedir. TSSB görülen katılımcıların içinde "olay anında patlama yerinde olma" yüzdesi TSSB görülmeyen katılımcılara göre daha yüksektir (TSSB var: %33,3; TSSB yok: %6). Olay yerinde bulunmanın TSSB içi etkili olduğu gözlenmektedir.

Aynı şekilde TSSB görülenlerde %66,6'sının (24 kişi) ya kendisi ya da bir yakını veya akrabası yaralanmıştır. Benzer biçimde, TSSB olanların %63'ü (17 kişi) yaralı görmüştür.

Olay profili açısından kayıp durumu ($p=0,15$), çığlık duyma (0,08), ceset görme ($p=0,17$) ve televizyondan tanıklık ($p=0,11$) istatistiksel olarak anlamlı bir etkide bulunmamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamaklar beraber çığlık duyma boyutunun TSSB'nin olduğu bireyler içinde yüzdesinin daha yüksek olması dikkate değerdir.

Olay sırasında tehlike algısı, çaresizlik ve yoğun korku hislerinin TSSB görülen katılımcılarda %80 ve üzeri oranlarda yaşandığı görülmüştür. TSSB görülmeyen katılımcılarda bu duyguların daha düşük yüzdelerle görülmesi istatistiksel olarak anlamlıdır (0,05 anlamlılık düzeyinde).

4.3. TSSB ve Olay Sonrası Profili

TSSB görülen katılımcılar arasında psikolojik destek alma yüzdesi daha fazladır. TSSB görülen ve görülmeyen gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p= 0,002$)

Olay sonrası etkilenilen alan sayısı ortalamasına TSSB görülen ve görülmeyen katılımcılarda bakıldığında TSSB görülen katılımcılar ortalamasının (4,3) TSSB görülmeyenlere (1,54) göre yüksek olması 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır.

Travma sonrası disosiyatif yaşantılar ortalamasına TSSB görülen ve görülmeyen katılımcılarda bakıldığında TSSB görülen katılımcılar ortalamasının (49,77) TSSB görülmeyenlere (17,13) göre yüksek olması 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır.

Soru formunda belirlenen 5 başa çıkma yolu olumsuz ve olumlu olarak yeniden kodlanarak TSSB görülen ve görülmeyen katılımcılarda ortalamaları karşılaştırılmıştır. Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımları “olumlu” olarak değerlendirilmiş ve toplanarak tenei bir değişken oluşturulmuştur. Boyun eğici ve çaresiz yaklaşım ise toplanarak “olumsuz” yaklaşım değişkeni oluşturulmuştur. TSSB görülen ve görülmeyen katılımcıların bu iki değişkenin ortalamalarında nasıl farklılaştıklarına ve bu farklılıkların anlamlı olup olmadığına 0,05 anlamlılık düzeyinde t testi ile bakılmıştır. Sonuçlara göre TSSB görülen katılımcıların olumsuz başa çıkma yollarında TSSB görülmeyenlere göre daha yüksek yüzelere sahip olmaları istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yine olay sonrası katılımcıların kendi doldurdukları kısa semptom ölçeklerinin TSSB görülen ve görülmeyen katılımcılara arasında ortalamalarının farklarına t testi ile bakıldığında TSSB görülen katılımcıların diğerlerinden daha yüksek ortalamalarının, tüm boyutlarda 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir.

4.4. TSSB ve Belirleyenleri

Buraya kadar katılımcıların özellikleri, olayı nasıl yaşadıkları, olay sonrası hislerinin TSSB görülmesi ile ilişkisi olup olmadığına bakılmıştır. Ancak TSSB ile ilişkili olduğu belirlenen değişkenler de birbirlerini etkiliyor olabilir. Hangi değişkenin aslı olarak TSSB üzerinde, nasıl bir etkisi olduğunu anlamak için çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Çok değişkenli analizde bağımlı değişken bireylerde TSSB görülüp görülmediğidir. “Görüldü”, “görülmedi” yanıtının olduğu bu değişken türü ikili değişkendir. Bu tür değişkenlerde kullanılacak analiz türü “lojistik regresyon”dur. Bu analizde aşağıda listelenen bağımsız

değişkenler, bir bireyin bağımlı değişkende 1 değeri alma, yani TSSB görülme olasılığını belirlerler.

Regresyona dahil edilen, TSSB ile ilişkisi olan değişkenler şunlardır:

Cinsiyet,

Çalışma,

Yaşam olayı sayısı,

Olay sırasında bulunulan yer,

Yaralanma durumu,

Yaralı görme durumu,

Olay sonrası etkilenilen alan,

Travma sonrası disosiyatif yaşantılar ortalaması,

Olumsuz başa çıkma yolları.

Lojistik regresyon sonuçlarına göre katılımcıların cinsiyeti, disosiyatif yaşantı ortalaması ve yaşam olayları sayısı TSSB görülmesini etkilemektedir. Bu model açıklayıcı gücü yüksek olan bir model olarak karşımıza çıkmaktadır (Nagelkerke-R Kare= 0,704)

Anlamlılık sütündeki değerler 0,1'den büyükse, bu değişkenin etkisinin istatistiksel olarak 0'a eşit olduğu, dolayısıyla bir etkisinin olmadığı söylenebilir. Bu durumda "istatistiksel olarak anlamsız" olduğu ifade edilir. Sonuçlara göre cinsiyet değişkeni TSSB görülmesi üzerinde etkilidir. Bir erkekte TSSB görülmesi olasılığı kadınlarda TSSB görülme olasılığının %6'sı kadardır ($\text{Exp}(B) = 0,068$). Cinsiyet değişkeni için anlamlılık değeri 0,029'dur.

Çalışma durumunun TSSB görülmesi üzerinde etkisi istatistiksel olarak anlamsız olsa da çalışanlarda TSSB görülmesi olasılığı çalışmayanlarda görülmesi olasılığının %31'i kadardır. Patlama yerinden uzaklaşıldıkça da anlamlılık düzeyinin düştüğü gözlenmektedir.

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da tanıdığı yaralanan katılımcıların TSSB görülme olasılıkları konusunda anlamlılık düzeyine diğerlerinden daha yakın oldukları görülmektedir.

Travma sonrası disosiyatif yaşantılar ortalaması ve bireylerin geçmiş yaşantılarındaki kötü deneyimler de TSSB görülmesi olasılığını etkilemektedir. Yaşam olayları sayısı boyutu 1 puan yükseldiğinde TSSB görülme olasılığı %59 artmaktadır. Dissosiyatif yaşantı ortalaması boyutundaki 1 puanlık değişim TSSB görülme olasılığını %4 artırmaktadır. Bireylerin geçmiş yaşantılarının TSSB görülme olasılığı üzerinde daha fazla etkisi var denilebilir.

5. SONUÇ

İstanbul Güngören’de 27 Temmuz 2008’de gerçekleşen çifte bombalama saldırılarından iki yıl sonra saldırılara maruz kalanların travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerine yaptığımız bu çalışmada, konu ile ilgili literatürün bir kısmıyla uyumlu şekilde cinsiyet, disosiyatif yaşantı ortalaması ve yaşam olayları sayısının TSSB görülme olasılığını arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların bombalamalar sonucu yaralananlara ve patlama yerine yakınlığının da istatistiksel olarak anlamlılık sınırlarında olmasa da TSSB üzerinde daha fazla etkisi olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların çalışma durumu da TSSB görülme olasılığı üzerinde etkilidir.

Bu sonuçlar, TSSB’ye yönelik psikolojik destek konusunda fikir vericidir. Kadınlarda TSSB görülme sıklığı erkeklere oranla daha fazla olmaktadır. Ancak yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi verilerle TSSB ilişkisi anlamlı değildir. Bu durum, psikolojik destek çalışmalarının kapsamının geniş tutulması gerekliliğini ve cinsiyete özel bir önem verilmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır. Ayrıca, disosiyatif yaşantılar ve yaşam olaylarının etkisi de göz önüne alındığında katılımcıların bazı kişisel özellikleri ve yaşam öyküleri de dikkate alınmalıdır. Çalışma durumunun da TSSB üzerinde etkisinin bulunması, TSSB belirtileri gösterenlerin günlük yaşamlarına geri dönmelerinin ve günlük stres düzeylerinin de önemini ortaya koyar.

Çalışmanın patlamalardan iki yıl sonra gerçekleştirilmiş olması, zaman içindeki TSSB düzeyindeki değişimlerin ve psikolojik desteğin büyümeyi arttırıcı etkisinin gözlemlenmesini sınırlamaktadır. Veriler, patlamalar sonrasında stres belirtileri gösteren katılımcıların psikolojik destek arayışına girdiğini, ya da psikolojik destek çalışmalarının bu katılımcılara ulaşabildiğini göstermektedir. Psikolojik destek alımıyla TSSB arasında korelasyon vardır. Ancak TSSB sonrası büyüme çalışma sınırları içinde ölçülemediği. Ancak patlamalardan iki yıl sonra bile görece yüksek bir TSSB düzeyi gözlenmesi, psikolojik destek çalışmalarının travma sonrasında daha derin ve uzun süreli tutulması ihtiyacını ortaya çıkartmaktadır. Türkiye’de TSSB üzerine çalışmalar sınırlıdır. Daha etkili bir psikolojik destek için, daha çok ve daha kapsamlı çalışmaların yapılması bir ihtiyaçtır.

İnsanların terör nedeniyle maruz kaldıkları bombalama saldırısı travmatik bir yaşantıdır. Bombalama saldırısının meydana getirdiği bu travmatik olay sonucu birçok psikiyatrik rahatsızlığa neden olabilir. TSSB bu rahatsızlıklardan sadece biridir.

Fakat TSSB'nin Terör ve Terörle Mücadeleden Doğan Zararların Karşılanması hakkındaki 5233 Sayılı Kanundaki ilgili maddelere (7. Madde: Karşılanacak Zararlar) değinilmemiş olması dikkat çekmektedir. 5233 Sayılı Terör ve Terörle Mücadeleden Doğan Zararların Karşılanması Kanununda yaşanan terörün sadece fiziksel bütünlüğe yönelik tehdit ve zarar üzerinden değerlendirildiğini görmekteyiz. Dolayısıyla bu durum kişinin yaşayabileceği TSSB'nin gözden kaçırılmasına neden olabilmektedir. TSSB ilaç veya psikoterapi ile tedavi edilmesi mümkün bir ruhsal rahatsızlıktır. Dolayısıyla çalışmamızda bombalama saldırısı mağdurlarında yüksek oranda TSSB görülmesine rağmen bu konuyla ilgili maddenin olmaması da dikkat çekicidir. Bu nedenle adli olgularda bu konuyla ilgili çalışmalara devam edilmeli ve gerek görüldüğü takdirde TSSB'ye yönelik ilgili maddenin konulabileceği göz ardı edilmemelidir. Çünkü TSSB, kişinin yaşamış olduğu travmatik olaya karşı gösterdiği psikolojik ve fizyolojik tepkilerin bütünü olarak ortaya çıkar. Bu durum kişinin hayatındaki sosyal ve mesleki ilişkilerini, işlevselliklerini etkileyebilmektedir.

Bu olumsuz etkileri kısmen azaltabilmek ve eylemin bireyler üzerinde oluşturduğu hasarın yasalar çerçevesinde daha etkin bir şekilde değerlendirilebilmesi için, terör saldırıları sonrasında gelişen TSSB'nun, hukuki anlamda tıpkı "cinsel saldırı sonrası ruhsal hastalığa neden olma" benzeri cezayı arttırıcı unsurlar arasında yer almasının tartışılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları bu gibi olaylar karşısında yapılması gerekenleri belirlemede önemli olacaktır. Tıbbi müdahale ve önlemenin iyi planlanması, toplumsal felaket planlarının geliştirilmesi, liderlerin travmatik olaylara bağlı stres durumları üzerine eğitimi, bireylere ve toplumlara önemli ölçüde yardımcı olabilecektir.

6. ÖZETLER

Bombalama saldırıları, insan eliyle meydana gelen travma etkenleri arasında oldukça güçlü bir türdür. Bombalama olayları sonrası yaşanan travma sonrası stres bozukluğu yüksek ve uzun süreli olmaktadır. Bu çalışmada İstanbul Güngören’de 2008 yılında 10 dakika ara ile gerçekleşen çifte bombalı saldırılar sonrası olayın mağdurları ve bölgede yaşayan insanların gördüğü ruhsal zararlar ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyi üzerine olaydan iki yıl sonra yapılan bir araştırmanın sonuçları tartışılmaktadır. Katılımcılara çeşitli ölçekler uygulanmış ve TSSB düzeyi üzerindeki etkileri ölçülmüştür. Patlamaların etkileri sadece birinci düzeyde mağdurlarla sınırlı kalmamaktadır. Patlamaların iki yıl sonrasında, Türkiye’de yapılan çalışmaların gösterdiği ortalama TSSB düzeyleri içinde bir değere ulaşılmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda terör saldırıları sonucunda görülen TSSB oranı % 5,9 ile % 29,9 aralığında değişmektedir (Eşsizoglu ve ark. 2009; Aker 2008), çalışmamızda da bu düzeyin %25,5 olduğu gözlenmiştir. TSSB üzerinde etkisi bulunan etkenler, cinsiyet, disosiyatif yaşantı ortalaması ve yaşam olayları sayısı TSSB görülme olasılığını arttırmaktadır. Bunun yanı sıra, katılımcıların çalışmamaları, yaralıları ve olay yerine yakınlıkları da TSSB üzerinde etkilidir. Stres belirtileri gösteren katılımcıların psikolojik desteğe eriştiği tespit edilmekle birlikte, büyüme düzeyleri ölçülmemiştir. Ülkemizde TSSB üzerine psikolojik desteğin verimini arttırmak için daha çok araştırma yapılmalıdır. TSSB, kişinin sosyal ve mesleki ilişkilerini, işlevselliklerini etkileyebildiği halde ilgili adli yasalarda TSSB ile ilgili herhangi bir düzenleme yapılmamaktadır. Ek çalışmalarla birlikte TSSB’ye yönelik maddelerin konulması düşünülebilir.

Bombing attacks are strong man-made factors of trauma. Post-traumatic stress disorder after the bombing attacks is high and long-lasting. This study took place in Istanbul Güngören after double bomb attacks with an interval of 10 minutes in 2008. In the study, the level of psychological damage and post-traumatic stress disorder on the victims and the people who live in the area are discussed by the survey conducted two years after the incident. The effects of the incident is not limited to the immediate victims but wide spread. Measured PTSD level is in the Turkey's average levels. In Turkey, the average PTSD levels after the terrorist attacks are in the range of 29.9% to 5.9% (Eşsizoğlu et al., 2009; Aker 2008). In this study it is observed as 25.5%. Gender, dissociative experience, and average number of life events increase the likelihood of observing PTSD. In addition, participants' not working, and their proximity to the scene and the wounded ones are effective on the PTSD. Although the participants showing stress symptoms may access psychological support, the effective growth levels were not measured in this study. In Turkey, further research on PTSD is required for better psychological support. In spite of the fact that PTSD has an impact on the social and vocational relations and functions of the person, there is no regulation in the related Turkish laws. It may be considered that to enhance the laws after additional studies.

7. KAYNAKLAR

Aguirre, A. 1998. "National security: Concepts and organizations." National Security Review. Vol. 18: 2.

Armenian HK, Morikawa M, Melkonian AK, Hovanesian AP, Haroutunian N, Saigh PA, Akiskal K, Akiskal HS. Loss as a determinant of TSSB in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. Acta Psychiatr Scand 2000;102:58-64.

Aydın, A., Barut, Y., Kalafat, T., Boysan, M., & Beşiroğlu, L. (2012). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği-Kendini Değerlendirme (TSSBÖ-KD) Türkçe Formunun psikometrik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, (13), 125–130.

Basoglu M, Kilic C, Salcioglu E, Livanou M. Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. J Trauma Stress. 2004 Apr;17(2):133-41.

Basoglu M, Paker M. Severity of trauma as predictor of long-term psychological status in survivors of torture. J. Anx Dis 1995;9:339-350

Basoglu M., Paker M., Özmen E., Taşdemir Ö., & Şahin D. Factors related to traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. JAMA 1994;272,357-363

Benedek, D., Holloway, H. C., ve Becker, S. M. (2002). Emergency Mental Health Management in Bioterrorism Events. Emergency Medicine Clinics of North America, 20(2), 393-407.

Bramsen I, Dirkzwager AJE, van der Ploeg HM. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms:a prospective study of former peacekeepers. Am J Psychiatry 2000;157:1115-1119

Breslau N, Davis GC, Anderski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry 1991

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry. 1991 Mar;48(3):216-22.

Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder: the etiologic specificity of wartime stressors. *Am J Psychiatry*. 1987 May;144(5):578-83.

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

Brewin, C. R., & Andrews, B. (1998). Recovered memories of trauma: Phenomenology and cognitive mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 18, 949-970.

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

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

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph S. (1996). A dual-representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.

Brown J, Mulhern G, Joseph S. Incident-related stressors, locus of control, coping, and psychological distress among firefighters in Northern Ireland. *J Trauma Stress*. 2002 Apr;15(2):161-8

Brown, R. J. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, 7, 221-235.

Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1998). Traumatic memories and pseudomemories in posttraumatic stress disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 12, 81-88.

Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1997). Acute stress disorder: A critical review of diagnostic and theoretical issues. *Clinical Psychology Review*, 17, 757-773.

Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (2003). Gender differences in the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 226-229.

Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1998). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 155, 625-629.

Buck C. Treating the individual. *Nursing (Lond)*. 1991 Apr 11-24;4(32):24-5.

Candel, I. & Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of Post- traumatic Stress Disorder: A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 44- 50.

Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, Hazell PL, Kenardy JA, Carter GL. Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychol Med*. 1995 May;25(3):539-55.

Cassano, G. B., Petracca, A., Perugi, G., Toni, C., Tundo, A., & Roth, M. (1989). Derealization and panic attacks: evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 5-12.

Chang CM, Lee LC, Connor KM, Davidson JR, Jeffries K, Lai TJ. Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *J Nerv Ment Dis*. 2003 Jun;191(6):391-8.

Chung MC, Chung C, Easthope Y. Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft crash. *Death Stud*. 2000 Dec;24(8):689-704.

Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.

Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Köroğlu E. (1999). "DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme". Klinik Versiyon. Ankara. Hekimler Yayın Birliği.

Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (2), 561-574.

Dorahy, M. J., Lewis, C. A., Millar, R. G., & Gee, T. L. (2003). Predictors of nonpathological dissociation in northern Ireland: The affects of trauma and exposure to political violence. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 611-615.

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

Eriksson C, Vande Kemp H, Gorsuch R, Hoke S, Foy D. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief personel. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 205-211.

Erol N, Öner, Ö. (1999). Travmaya Psikolojik Tepkiler ve Bunlara Yaklaşım. *Türk Psikoloji Bülteni*, Cilt: 5, Sayı: 4

Farmer R, Tranah T, O'Donnell I, Catalan J. Railway suicide: the psychological effects on drivers. *Psychol Med*. 1992 May;22(2):407-14.

Feeny, N. C., Zoellner, L. A., Fitzgibbons, L. A. & Foa, E. B. (2000). Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 489-498.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1986 Mar;50(3):571-9.

Freedly JR, Shaw DL, Jarrell MP, Masters CR. Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: an application of the conservation of resources stress model. *J Trauma Stress* 1992;5:441-454

Galea S, Ahern J, Resnick H, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med* 2002;346:982-987

Galea S, Vlahov D, Resnick H, et al. An investigation of the psychological effects of the September 11, 2001, attacks on New York City: developing and implementing research in the acute postdisaster period. *CNS Spectr* 2002;7:585-7.

Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Manoukian G, Tavosian A, et al. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*. 1994 Jun;151(6):895-901.

Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.

Hendin H, Haas AP, Singer P, Gold F, Trigoss GG. The influence of precombat personality on posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*. 1983 Nov- Dec;24(6):530-4.

Holloway, H. C., Norwood, A. E., Fullerton, C. S., Engel Jr., C. C., & Ursano, R. J. (1997). The threat of biological weapons: Prophylaxis and mitigation of psychological and social consequences. *Journal of the American Medical Association*, 278, 425-427.

Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frاسquilho, F., & Oakley, Danişan: A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.

Horowitz MJ. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp Community Psychiatry*. 1986 Mar;37(3):241-9.

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

Joseph, S. & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262-280.

Kaplan HI., Sadock B J. (2004) *Klinik Psikiyatri* (E Abay Eds), 210-214, İstanbul.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. General Psychiatry* 1995;52:1048-1060

Kılıç, C. (2003). Ruhsal travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri: Bir gözden geçirme. *Psikolojik travma ve sonuçları*. Ed. T. Aker ve M. E. Önder. İstanbul: 5US Yayınlan.

Koopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors: a survivor of the Oakland/Berkeley, Calif, firestorm. *Am J Psychiatry* 1994;151:888-894

Koplewicz HS, Vogel JM, Solanto MV, et al. Child and parent response to the 1993 World Trade Center bombing. *J Trauma Stress* 2002;15:77-85.

Koplewicz HS, Vogel JM, Solanto MV, Morrissey RF, Alonso CM, Abikoff H, Gallagher R, Novick RM (2002). Child and parent response to the 1993 World Trade Center bombing. *Journal of Traumatic Stress* 15, 77-85.

Koren, D., Arnon, I., & 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, 367-373.

Kuğu, N. & Akyüz, G. (2002). Doğal felaket deneyimleri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Risk faktörleri ve yaygınlık. *Yeni Symposium*, 40, 24-28.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). Trauma and the Vietnam War generation: Report of the findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner/Mazel.

Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*. 2010 Jun;167(6):640-7.

Lazarus RS. The psychology of stress and coping. *Issues Ment Health Nurs*. 1985;7(1-4):399-418.

Lee, D. & Young, K. (2001). Post-traumatic stress disorder: Diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International Review of Psychiatry*, 13, 150-158.

Lewin TJ, Carr VJ, Webster RA. Recovery from post-earthquake psychological morbidity: who suffers and who recovers? *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32:15-20

Luce A, Firth-Cozens J. Effects of the Omagh bombing on medical staff working in the local NHS trust: a longitudinal survey. *Hosp Med* 2002;63:44-7.

Luce A, Firth-Cozens J. Effects of the Omagh bombing on medical staff working in the local NHS trust: a longitudinal survey. *Hosp Med* 2002;63:44-7.

Lima BR, Chavez H, Samaniego N, Pompei MS, Pai S, Santacruz H, Lozano J (1989) Disaster Severity and Emotional Disturbance: Implications for Primary Mental Health Care In Developing Countries, *Acta Psychiatr Scand*, 79: 74-84.

Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Delucchi K. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *Am J Psychiatry*. 1996 Jul;153(7 Suppl):94-102.

Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The peritraumatic dissociative experience questionnaire. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Ed.), *Assesing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford.

Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. Ed. J. P. Wilson & T. M. Keane. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

Marshall, G. N., Orlando, M., Jaycox, L. H., Foy, D. W., & Belzberg, H. (2002). Development and validation of a modified version of the peritraumatic dissociative experiences questionnaire. *Psychological Assesment*, 14,123-134.

Marshall, R. D., Schneier, F. R., Lin, S., Simpson, H. B., Vermes, D., & Leibowitz, M. (2000). Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 451-453.

Marx, B. P. & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 569-583.

McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry*. 1989 Feb;154:221-8.

McFarlane AC. The aetiology of posttraumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry* 1989;154:221-8

McFarlane AC. The longitudinal course of posttraumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *J Nerv Ment Dis* 1988;176:30-9

North CS, Nixon SJ, Shariat S, Mallonee S, McMillen JC, Spitznagel EL, Smith EM. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA* 1999;282:755- 762

North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E. L., Bunch, K., Schorr, J., & Smith, E. M. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 171-175.

Noyes R, Hoehn-Saric R. *The anxiety disorders*. Cambridge, UK ; New York, NY, USA: Cambridge University Press; 1998

Overbeek, T., Vermetten, E. & Griez, E. J. L. (2001). Anxiety disorders. Ed. E. J. L. Griez, C. Faravelli, D. Nutt ve D. Zohar. New York: John Wiley and Sons.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.

Önder E. & Tural, Ü. (2004). Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. Ed. R. Tükel. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği.

Panasetis, P., & Bryant, R. A. (2003). Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 563-566.

Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H-U. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psych Scand* 2000;101:46-59

Pfefferbaum, B., Nixon, S. J., Krug, R. S., Tivis, R. D., Moore, V. L., Brown, J. M., et al. (1999). Clinical needs assessment of middle and high school students following the 1995 Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1069–1074.

Phifer JF. Psychological distress and somatic symptoms after natural disaster: differential vulnerability among older adults. *Psychol Aging* 1990;5:412-20

Resick, P. A. (2001). *Stress and trauma*. London: Psychology Press Ltd.

Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL, Kramer TL. Vulnerability stress factors in development of posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:424-430

Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

Şahin NH, ve Durak A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 56-73.

Şahin, D. (2000). Travma sonrası stres bozukluğu. Anksiyete bozuklukları. Ed. R. Tükel. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

Savaşır, I., & Şahin, N. H. (1997). Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: TPD Yayınları.

Schlenger, W. E., Caddell, J. M., Ebert, L., Jordan, B. K., Rourke, K. M., Wilson, D., et al. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the national study of Americans' reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 581–588.

Schroeder, P. (2000). Travma sonrası müdahale. Seminer Notları, Türk Psikologlar Derneği, Ankara.

Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH, et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med* 2001;345:1507–12.

Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., et al. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507–1512.

Segui, J., Maruez, M., Garcia, L., Canet, J., Salvador-Carulla, L., & Ortiz, M. (2000). Depersonalization in panic disorder: A clinical study. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 172-178.

Shalev, A. Y. (1996). Stress versus traumatic stress. From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. Ed. B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane ve L. Weisaeth. *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.

Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.

Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S. Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry*. 1996 Apr;153(4):556-8.

Shore JH, Vollmer WM, Tatum EL. Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1989 Nov;177(11):681-5.

Silver RC, Holman EA, McIntosh DN, et al. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA* 2002;288:1235–44.

Solomon Z, Laor N, Weiler D, Muller UF, Hadar O, Waysman M, et al. The psychological impact of the Gulf War: a study of acute stress in Israeli evacuees. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Apr;50(4):320-1.

Solomon Z, Mikulincer M, Flum H. Negative life events, coping responses, and combat-related psychopathology: a prospective study. *J Abnorm Psychol*. 1988 Aug;97(3):302-7.

Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-PTSD in Persian Gulf War returnees. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 444-452.

Sorenson SB. 2002. Preventing traumatic stress: Public health approaches. *Journal of traumatic stress*, 15, 3-7.

Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.

Staiger PK, Melville F, Hides L, Kambouropoulos N, Lubman DI. Can emotion- focused coping help explain the link between posttraumatic stress disorder severity and triggers for substance use in young adults? *J Subst Abuse Treat*. 2009 Mar;36(2):220-6.

Sterlini, G. L., & Bryant, R. A. (2002). Hyperarousal and dissociation: A study of novice skydivers. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 431-437.

Sungur M, Kaya B. (2001) The Onset and Longitudinal Course of a Man-made Post-traumatic Morbidity: Survivors of Sivas Disaster. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5(3):195-202.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

The New Webster's Dictionary, 1986. New York: Lexicon Publications.

Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nixon, S.J., v.d. (2000) Predictors of posttraumatic stress symptoms in Oklahoma City: exposure, social support, peri-traumatic responses. *Journal of Behavioral Health Service and Research*, 27, 406-416.

Türk Dil Kurumu Sözlüğü (1988), TDK Yayınları.

Ursano R (2002) Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. 346:130 –132.

Van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 397-412.

van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and memory. Ed. B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane ve L. Weisaeth. Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: Guilford Press.

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

Van der Kolk, B. A., (1996). Trauma and memory. Ed. B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane ve L. Weisaeth. Traumatic stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. New York: Guilford Press.

van der Kolk, van der Hart O. Pierre Janet and breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 1989;146:1530-40

Van der Velden, P. G., Kleber, R. J., Christiaanse, B., Gersons, B. P. R., Marcelissen, F. G. H., Drogendijk, A. N., Grievink, L., Olff, M., & Meewise, M. L. (2006). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for postdisaster intrusions, avoidance reactions, and PTSD symptom severity: A 4-year prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 493-506.

Wang X, Gao L, Shinfuku N, Zhang H, Zhao C, Shen Y. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. *Am J Psychiatry*. 2000 Aug;157(8):1260-6.

Webster RA, McDonald R, Lewin TJ, Carr VJ. Effects of a natural disaster on immigrants and host population. *J Nerv Ment Dis*. 1995 Jun;183(6):390-7.

Weiss DS, Marmar CR, Metzler TJ, Ronfeldt HM. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Jun;63(3):361-8.

Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.

Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of Posttraumatic Growth Following Bone Marrow Transplantation for Cancer. *Health Psychology*, 24, 266-273

Wolf ME, Mosnaim AD, American Psychiatric Association. Meeting. Posttraumatic stress disorder : etiology, phenomenology, and treatment. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1990.

Wolfe, J., Erickson, D. J., Sharkansky, E. J., King, D. W., & King, L. A. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 520–528.

Yehuda R, Southwick SM, Giller EL, Jr. Exposure to atrocities and severity of chronic posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry*. 1992 Mar;149(3):333-6.

Yılmaz B. Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme İle İlişkili Değişkenler. Doktora tezi, Ankara 2006.

Zatzick, D. F., Kang, S. M., Hinton, L., et al. (2001). Posttraumatic concerns: A patient-centered approach to outcome assessment after traumatic physical injury. *Medical Care*, 39, 327–339.

Zoellner, L. A., Alvarez-Conrad, J., & Foa, E. B. (2002). Peritraumatic dissociative experiences, trauma narratives, and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 49-57.

- EKLER

EK 1. Demokrafik Bilgi Formu

1) Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

2) Yaşınız

3) Eğitiminiz (bitirdiğiniz okul)

() okur yazar () lise

() ilkokul () üniversite

() ortaokul () yüksek lisans ve doktora

4) Medeni durumunuz

() Bekar () Dul

() Evli () Boşanmış () Diğer

5) Çocuğunuz () Var () Yok

6) Mesleğiniz

() Öğrenci () Ev Hanımı () İşçi

() Memur () Emekli () Serbest Meslek

7) Çalışma durumunuz

() Çalışıyorum Ne kadar süredir?

() Çalışmıyorum

8) Aylık gelir düzeyi

9) Gelir düzeyi yeterli mi?

() Evet () Hayır () Kısmen

Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yerleşim birimi

() Büyükşehir () Kasaba

() Şehir () Köy

() İlçe

EK 2. Olaya İlişkin Bilgiler Soru Formu

1- Olay sırasında neredeydiniz?

2- Olay sırasında ne yapıyordunuz?

3- Olay sırasında ilk tepkiniz ne oldu?

4- Olay sırasında yaralandınız mı? ()E ()H

Evet ise ne şekilde:

5- Olay sırasında tanıdığınız kişilerden zarar gören oldu mu? ()E ()H

Evet ise ne şekilde:

6- Olay sırasında aşağıdakilerden hangilerine tanık oldunuz?

() Çığlıkları duyma

() Yaralıları görme

() Cesetleri görme

() İlk saatlerde televizyonda görme

() Diğer

7- Olay sırasında yaşamınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü? ()E ()H

8- Olay sırasında kendinizi çaresiz hissettiniz mi? ()E ()H

9- Olay sırasında büyük bir korku duygusu yaşadınız mı? ()E ()H

10- Bu olayın aşağıdaki yaşam olaylarından herhangi birini engelleyip engellemediğini belirtiniz.

- İş yaşamı
- Evin günlük işleri
- Arkadaşlarınızla ilişkiler
- Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler
- Okulla ilgili işler
- Ailenizle ilgili işler
- Cinsel yaşam
- Genel anlamda yaşamdan memnuniyet
- Yaşamınızın her alanında genel işleyiş düzeyi

		Bombalamanın Öncesinde	Bombalamanın Sonrasında
11 -	Tedavi gerektiren fiziksel bir hastalık geçirdiniz mi?	E H	E H
12 -	Tedavi gerektiren ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi?	E H	E H
13 -	İntihar girişiminiz oldu mu?	E H	E H
15 -	Alkol veya sigara da dahil bağımlılık yapan bir madde kullanıyor muydunuz?	E H	E H

EK 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID-I)

Yaşamınızın tehdit edilmesi, birisini ölmüş olarak veya ciddi biçimde yaralanmış olarak görme veya evinizin yanması gibi gerçekten travmatik veya dehşet veren bir yaşantınız oldu mu?	A) Olağan insan yaşantısının dışında, psikolojik olarak travmatik olan bir olay söz konusudur. Örneğin, kişinin yaşamını veya fiziksel bütünlüğünü tehdit eden ciddi bir durum, evinin veya topluluğunun yıkımı veya yaralanmış ölmekte olan veya ölmüş veya fiziksel bir şiddetin kurbanı olmuş başka bir kişiyi görme.	?, 1, 2, 3
(A modülündeki yaşantı) Bazı biçimlerde tekrarlandı mı?	B) Hastalığın bazı safhalarında travmatik olay aşağıdakilerden en az birisi yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.	
Örneğin onu size hatırlatacak hiçbir şey yokken bile, istemediğiniz zamanlarda hakkında düşündünüz mü?	1) Tepkiyi başlatan herhangi bir çevresel uyaran olmaksızın olayın sıkıntı veren bir biçimde tekrar tekrar hatırlanması	?, 1, 2, 3
Onunla ilgili rüyalarınız oldu mu?	2) Olayı sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme	?, 1, 2, 3
... böyle anlarda kendinizi sanki geçmişteymişçesine davranıyor veya hissediyorken buldunuz mu?	3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi birdenbire tepki gösterme ya da hissetme (uyanırken ya da sarhoşken ortaya çıksalar bile o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, varsanılları ve dissosiyatif flashback episodlarını kapsar). TANIMLAYIN.	?, 1, 2, 3
... size olayı yeniden hatırlatan bir durumda iken çok daha kötü hissettiniz mi?	4) Travmatik olayın bir yüzünü sembolize eden veya ona benzeyen olaylarla karşılaştığında yoğun psikolojik sıkıntı duyma veya fizyolojik tepkisellik (örneğin asansörde tecavüze uğramış bir kadının herhangi bir asansöre her girişinde ter	?, 1, 2, 3

	basması). TANIMLAYIN.	
	B Kriterlerinden en az birisi 3 olarak kodlanmıştır.	?, 1, 2, 3
? Bilgi Yetersiz	1)Yok ya da yanlış	2)Eşik altı
		3)Eşik ya da doğru

SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ		
	C) Hastalığın bazı safhalarında aşağıdakilerden en az üçünün varlığıyla belirli travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ya da genel tepki verme düzeyinde azalma (bu travmadan önce olmayan bir şeydir).	
O zamandan (travmadan) beri...		
...olanlar hakkında düşünmekten veya üzülmekten kaçınmak için özel bir çaba harcadınız mı?	1)Travmaya eşlik etmiş olan düşünce ya da duygulardan kaçınma çabaları	?, 1, 2, 3
...size onu hatırlatan şeylerden uzak kaldınız mı?	2)travma ile ilgili anıları canlandıran etkinliklerden ya da durumlardan kaçınma çabaları	?, 1, 2, 3
... olayın önemli bazı yönlerini hatırlamakta zorlandığınız oldu mu?	3) Travmanın önemli bir yönünü hatırlayamama (psikojenik amnezi)	?, 1, 2, 3
... spor, hobiler, sosyal etkinlikler gibi sizin için önemli olan şeylere ilginiz azaldı mı?	4)Önemli etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma	?, 1, 2, 3

...insanlardan uzaklaşma veya kopma duygusu yaşadınız mı?	5)İnsanlardan uzaklaşma veya insanlara yabancılaşma duygusu	?, 1, 2, 3
...güçlü bir biçimde duygulanamama, duygusuzluk veya size yakın olan insanları sevmeme şeklinde bir değişiklik oldu mu?	6) Duygularında kısıtlılık; örneğin hissizleşme, sevme duygularını yaşayamama	?, 1, 2, 3
...gelecekle ilgili beklentilerinizde bir kısıtlılık, azalma oldu mu?	7) Kısıtlanmış gelecek duygusu (örneğin, kariyer, evlilik, çocuk, uzun hayat gibi beklentilerin olmaması)	?, 1, 2, 3
	C Belirtilerinden en az 3'ü 3 olarak kodlanmıştır.	?, 1, 2, 3

SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ		
	C) Hastalığın bazı safhalarında aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile belirli, artmış uyarılmışlık (travmadan önce olmayan) durumu belirtilerinin sürekli olması	
O zamandan (travmadan) beri...		
...uyku sorununuz ne oldu? (ne türdendi)	1)Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük	?, 1, 2, 3
...alışılmadık biçimde sinirli miydiniz? Öfke patlamaları oluyor muydu?	2)İrritabilite ya da öfke patlamaları	?, 1, 2, 3
... yoğunlaşmada (konsantre olmada) güçlük çektiğiniz oluyor muydu?	3) Yoğunlaşmada güçlük	?, 1, 2, 3
... ortada hiçbir neden yokken bile tetikte veya savunmada oluyor muydunuz?	4)Hipervijilans	?, 1, 2, 3
...ani gürültü ve benzeri şeylerle kolaylıkla irkilir ve sıçrar mıydınız?	5)Artmış irkilme tepkileri	?, 1, 2, 3
...travmatik olayın bir yönünü sembolize eden ya da hatırlatan bir olayla ya da durumla karşılaştığınızda terleme, çarpıntı, sıkıntı, göz kararması vb. şeylerle karşılaşıyor musunuz?	6) Travmayı hatırlatan ya da sembolize eden durumlarda fizyolojik tepki gösterme	?, 1, 2, 3
	D Belirtilerinden en az 2'si 3 olarak kodlanmıştır.	?, 1, 2, 3
SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ		
B, C, D belirtilerinin hepsi aynı zamanda mı ortaya çıktılar?	E) B, C, D belirtilerinin hepsi aynı 6 aylık dönemde ortaya çıkar.	?, 1, 2, 3

EĞER HAYIRSA BELİRTİLERİN AYNI 6 AYLIK SÜREDE ÇIKIP ÇIKMADIKLARINI BELİRLEYİN:			
Bu farklı şeyler ne zaman oluyordu?		?, 1, 2, 3	
? Bilgi Yetersiz	1)Yok ya da yanlış	2)Eşik altı	3)Eşik ya da doğru

EK 4. Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği – R (DYÖ-R)

Sizden, sizi en fazla etkileyen olay anında ve hemen sonrasında nasıl hissettiğinizi ve neler yaşadığınızı hatırlamaya çalışmanızı istiyoruz. Aşağıda, bu süre içinde neler hissettiğinizi tanımlayabilecek bazı ifadeler sıralanmıştır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, burada anlatılan durumun sizin için ne derece doğru olduğunu sağ tarafta verilen beş seçenektan birini (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç doğru değil (%0)	Biraz doğru (%25)	Doğru olabilir (%50)	Doğru (%75)	Kesinlikle doğru (%100)
1. (Olay anında ya da hemen sonrasında) bilincimi kaybettim veya afalladım veya bir şekilde olup bitenlerin dışında kaldığımı hissettim.	% 0	% 25	% 50	% 75	% 100
2. (Olay anında ya da hemen sonrasında) olaylar yavaşlatılmış bir biçimde meydana geliyor gibiydi (çok yavaş bir şekilde).	% 0	% 25	% 50	% 75	% 100
3. (Olay anında ya da hemen sonrasında) meydana gelen şeyler gerçek görünmüyordu; bir film seyrediyor ya da rüya görüyor gibiydim.	% 0	% 25	% 50	% 75	% 100
4. (Olay anında ya da hemen sonrasında) sanki basıma gelenleri seyrediyor gibiydim; havada uçuyor veya kendimi (bir başkası gibi) dışarıdan izliyordum.	% 0	% 25	% 50	% 75	% 100
5. (Olay anında ya da hemen sonrasında) bedenimden kopmuş veya ayrılmış gibi hissediyordum veya bedenim görülmemiş derecede büyük veya küçük gibiydi (normal boyutlarda değildi; çok büyüktü ya da çok küçüktü).	% 0	% 25	% 50	% 75	% 100

6. (Olay anında ya da hemen sonrasında) olup bitenler öyle gelişti ki, normalde farkına varabileceğim şeyleri gözden kaçırdım.	% 0	% 25	% 50	% 75	% 100
7. (Olay anında ya da hemen sonrasında) Şaşkın bir haldeydim veya ne olup bittiğinden habersizdim.	% 0	% 25	% 50	% 75	% 100
8. (Olay anında ya da hemen sonrasında) öyle anlar oldu ki nerede olduğumdan ve hangi zamanda olduğumdan emin değildim.	% 0	% 25	% 50	% 75	% 100

EK 5. Yaşam Olayları Anketi

Aşağıda hepimizin başına gelebilecek olan zor veya stres yaratan olayların bir listesi verilmiştir. Lütfen her olay için size uygun olan seçeneği belirtiniz.

A - } BENİM BAŞIMA GELDİ.

B - } TANIK OLDUM.

C - } BİR YAKINIMIN BAŞINA GELDİ.

D - } EMİN DEĞİLİM.

E - } BENİM İÇİN GEÇERLİ DEĞİL.

LÜTFEN DİKKAT: Listeyi incelerken YAŞAMINIZIN TÜM DÖNEMLERİNİ dikkate aldığınızdan emin olunuz		Geldi	Tanık Oldum	BİR YAKINIMIN BAŞINA GELDİ	Emin Değilim	Geçerli Değil
1 -	Doğal afet. { deprem, sel, kasırga, vb...}	A	B	C	D	E
2 -	Yangın veya patlama.	A	B	C	D	E
3 -	Ulaşım ile ilgili kaza. { otomobil, gemi, tren, uçak, vb...}	A	B	C	D	E
4 -	Evde, işte veya başka bir yerde ciddi kaza.	A	B	C	D	E
5 -	Zehirli maddelere maruz kalma. {tehlikeli kimyasal maddeler, radyasyon}	A	B	C	D	E
6 -	Fiziksel Saldırı. {saldırıya uğrama, dövülme, tekmeleme, yumruklanma, tokatlanma, vb...}	A	B	C	D	E
7 -	Silahli Saldırı. {ateşli silahla vurulma-yaralanma, bıçaklı saldırı-yaralanma, başka bir silahla saldırı, bombalama}	A	B	C	D	E
8 -	Cinsel Saldırı. {tecavüz, tecavüz girişimi, taciz, zor kullanarak veya tehdit ile yapılan her türlü cinsel edim}	A	B	C	D	E
9 -	Diğer istenmeyen veya rahatsız edici cinsel yaşantılar.	A	B	C	D	E
10 -	Çatışma veya savaş bölgesinde bulunma.	A	B	C	D	E
11 -	Tutsaklık. {kaçırılma, esir düşme, savaş esiri olma}	A	B	C	D	E
12 -	Hayati tehlikesi olan hastalık veya yaralanma.	A	B	C	D	E
13 -	İnsan kaynaklı şiddetli acı.	A	B	C	D	E

	{işkence, vb...}					
14 -	Ani, şiddet içeren ölüm olayı. {cinayet, intihar}	A	B	C	D	E
15 -	Yakın bir kişinin ani, beklenmedik lm.	A	B	C	D	E
16 -	Başka bir kişiye sizin neden olduğunuz, ciddi yaralama veya lm	A	B	C	D	E
17 -	Diğer herhangi bir, çok stresli olay veya yaşantı var ise, <u>Lütfen Belirtiniz:</u>					

EK 6. Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve maddeleri atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin.

Bu belirtiler sizde son bir haftadır en kadar var?

0. Hiç yok

1. Biraz var

2. Orta derecede var

3. Epey var

4. Çok fazla var

1 -	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2 -	Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3 -	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4 -	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5 -	Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6 -	Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7 -	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8 -	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9 -	Yaşamınıza son verme düşüncesi	0	1	2	3	4
10 -	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11 -	İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4

12 -	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13 -	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14 -	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15 -	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16 -	Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17 -	Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18 -	Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19 -	Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20 -	Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21 -	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22 -	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23 -	Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24 -	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25 -	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26 -	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27 -	Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28 -	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29 -	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30 -	Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31 -	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4

32 -	Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33 -	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34 -	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35 -	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36 -	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/ zorlanmak	0	1	2	3	4
37 -	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38 -	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39 -	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40 -	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41 -	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42 -	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43 -	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44 -	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45 -	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46 -	Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47 -	Yalnız bırakıldığında/ kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48 -	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49 -	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4

50 -	Kendini deęersiz gormek/ deęersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51 -	Eğer izin verirsiniz insanların sizi somureceęi duygusu	0	1	2	3	4
52 -	Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53 -	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

EK 7. Başa Çıkma Yolları Envanteri

Bu ölçek, kişilerin sıkıntıları ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama, ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse % 0'ın altındaki kutu içine **X** işaretini koyun. Çok uygun ise % 100'ün altını işaretleyin.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	Sizi ne kadar tanımlıyor?			
	Size ne kadar uygun?			
	% 0	% 30	% 70	% 100
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakim kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak, en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				

13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelemeyeceğine İnanırım.				

18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problem/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27. “Benim suçum ne” diye düşünürüm.				
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

- ÖZGEÇMİŞ

FİLİZ KAYA
Şişli / İstanbul
Cep Tel: 05332524871
e-posta: filizinadresi@gmail.com

Eğitim Durumu

- 2008-2013 İstanbul Üniversitesi
Adli Tıp Enstitüsü- Yüksek Lisans
- 2000-2006 İstanbul Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi – Psikoloji Bölümü

İş Deneyimleri

- 2009-2013 Psikoloji İstanbul Danışmanlık Eğitim ve Araştırma Merkezi – Psikolog
2008-2013 Müjdat Gezen Sanat Merkezi – Eğitimci
2007-2010 Kadın ve Aile Sağlığını Koruma Merkezi PDM – Proje Koordinatörü
2004-2007 Davranış Bilimleri Enstitüsü – Psikolog / Yönetici Asistanı
2003-2008 Parents Dergisi – Yazı İşleri

Bilimsel Çalışmalar

2011 – 3. Sporda Sanatta ve Sanatta Performans Geliştirme Kongresi/Pristina – Poster Bildiri
Oyunculukta Performans Geliştirme ve Öznel Performans Değerlendirme Anketi

2010 - 11. EMDR Avrupa Konferansı/Hamburg – Sözel Bildiri

- 1) Bombalama Saldırıları Sonrası Yetişkinlerle Yapılan R-TEP Çalışmasının Etkisi
- 2) Bombalama Saldırıları Sonrası Çocuklarla Yapılan Grup EMDR Çalışmasının Etkisi
- 3) Oyuncularla Performans Geliştirmede EMDR Kullanımı

2007 - 7. EMDR Avrupa Konferansı/İstanbul – Poster Bildiri
Sporda Performans Geliştirmede EMDR Kullanımı

2007 – Ulusal Psikoloji Kongresi/Ankara – Sözel Bildiri
Evlilik Öncesi Hazırlıkta İlişki Değerlendirme Envanteri

2006 – Adli Tıp Dergisi – Makale
Adolesan Cinsel Suç Fail Profili

Yabancı Dil Bilgisi

İngilizce: Çok İyi
İtalyanca: İyi