

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
ŞİDDET DIŞI TRAVMA OLGULARINDA
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU İLE
MAJOR DEPRESYON SIKLIĞI VE BAZI
BELİRLEYİCİLERİ**

Dr. KAYHAN DEĞNEK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2018

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
ŞİDDET DIŞI TRAVMA OLGULARINDA
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU İLE
MAJOR DEPRESYON SIKLIĞI VE BAZI
BELİRLEYİCİLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. KAYHAN DEĞNEK

Danışman Öğretim Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demiroğlu Uyanıker

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
Tablo Listesi	iii
Grafik Listesi	iv
Kısaltmalar	iv-v
Teşekkür	vi
Özet	1-2
Summary	3-4
Giriş ve Amaç	5-8
Genel Bilgiler	9-43
Gereç ve Yöntem	44-47
Bulgular	48-62
Tartışma	63-72
Sonuç ve Öneriler	73
Kaynaklar	74-88
Ekler	89-94

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1: Travma sonrası ruhsal bozukluklara verilmiş isimler.....	13
Tablo 2. TSSB'ye yatkınlık yaratan etkenler	27
Tablo 3. Olguların cinsiyet ve medeni durumları	48
Tablo 4. Olguların eğitim durumları	49
Tablo 5. Olguların meslek gruplarına göre dağılımı.....	49
Tablo 6. Olguların gelir algısı	50
Tablo 7. Olguların tıbbi özgeçmişleri	50
Tablo 8. Olguların yaralanmasına neden olan travma türleri	51
Tablo 9. Trafik kazası olgularının sınıflandırılması	51
Tablo 10. Travma üzerinden geçen süre	52
Tablo 11. Travmanın meydana geldiği yer dağılımı	52
Tablo 12. Olguların hastane yatış ve ameliyat olma durumları	53
Tablo 13. Olguların yaralanan vücut bölgelerine göre dağılımı	53
Tablo 14. TCK'ya göre olguların yaralanma ağırlığının dağılımı	54
Tablo 15. TSSB ve eşlik eden MDB ile olguların medeni durumları arasındaki ilişkisi.....	55
Tablo 16. TSSB ve eşlik eden MDB ile gelir algısı arasındaki ilişki	56
Tablo 17. TSSB ve eşlik eden MDB ile olay üzerinden geçen süre arasındaki ilişki	57
Tablo 18. TSSB ve eşlik eden MDB ile yaralanma bölgesi arasındaki ilişki.....	59
Tablo 19. TSSB ve eşlik eden MDB ile TCK'ya göre yaralanma ağırlıkları arasındaki ilişki	60
Tablo 20. TSSB ve eşlik eden MDB ile sosyoekonomik kayıplar arasındaki ilişki	61
Tablo 21. TSSB ve eşlik eden MDB ile yeti yitimi formu ilişkisi.....	62

GRAFİK LİSTESİ

Sayfa No.

Grafik 1. TSSB ve eşlik eden MDB ile hastane yatışı ve ameliyat öyküsü arasındaki ilişki.....	58
--	----

KISALTMALAR

TCK: Türk Ceza Kanunu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

MDB: Majör Depresif Bozukluk

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DALY: Disability-Adjusted Life Year

YLD: Years Of Life Disabled

DSM: Diagnostic And Statistical Manual

APA: American Psychological Association

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

GABA: Gamma-Aminobutyric Acid

HPA: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Eksen

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

CRH: Corticotropin-Releasing Hormone

ACTH: Adrenocorticotrophic Hormone

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

EMDR: Eye Movement Desensitization And Reprocessing

TCA: Tricycling Antidepressants

MAO-I: Monoamine Oxidase Inhibitors

DEÜTF: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

TSBÖ: Travmatik Stres Belirti Ölçeği

YYF: Yeti Yitimi Formu

AİTK: Araç İçi Trafik Kazası

ADTK: Araç Dışı Trafik Kazası

MK: Motosiklet Kazası

BK: Bisiklet Kazası

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmam süresince danışman öğretim üyesi olarak değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, ayrıca bilgisi ve titiz, özverili yaklaşımıyla bana yol gösteren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim hocam, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demiroğlu Uyaniker'e teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalıştığım tüm uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma ve aileme içtenlikle teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve ilgilerini bana aktaran hocalarım Prof. Dr. Erdem Özkara, Prof. Dr. M. Hakan Özdemir, Prof. Dr. Yücel Arısoy, Prof. Dr. Akça Toprak Ergönen ile Doç. Dr. İ. Özgür Can'a teşekkür ederim.

Çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Halis Ulaş'a teşekkür ederim.

Çalışmam için istatistiksel analiz ve verilerin değerlendirilmesinde bilgi ve katkılarından dolayı Uzm. Dr. Erdem Erkoyun'a teşekkür ederim.

ÖZET

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ŞİDDET DIŞI TRAVMA OLGULARINDA POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU İLE MAJOR DEPRESYON SIKLIĞI VE BAZI BELİRLEYİCİLERİ

Dr. Kayhan Değnek, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye (kayhan.degnek@gmail.com)

Giriş ve Amaç: Travmaya uğrayan bireylerin medikolegal değerlendirmelerinde tüm disiplinlerin fiziksel travmaya daha çok önem verdiği, travmaya bağlı ruhsal etkilenmenin genellikle şiddet olgularında araştırıldığı gözlenmektedir. Ancak kaza sonucu yaralanan olgularda ruhsal muayene ihmal edilmekte ya da psikiyatri uzmanına yönlendirilemediği için yapılamamaktadır. Çalışmamızda, şiddet dışı nedenlerle yaralanan ve psikiyatri uzmanına yönlendirilemeyen olguların adli tıbbi değerlendirmesinde ruhsal etkilenmenin bir belirti ölçeği yardımıyla araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2017 yılı içerisinde, sekiz aylık bir süreçte anabilim dalımıza medikolegal değerlendirme yapılması amacıyla yönlendirilen erişkin hastalardan şiddet dışı travma sonucu yaralanmış ve önerilen psikiyatri konsültasyonunu kabul etmeyenlere ‘Travmatik Stres Belirti Ölçeği’ uygulandı. Olguların demografik özellikleri, travma türü ve anabilim dalımızda düzenlenen adli raporları gözden geçirilerek yaralanma ağırlıkları veri formuna kayıt edildi. Ölçek puanları ile olguların demografik ve travma özellikleri arasındaki istatistiksel ilişki SPSS 22.0 programı kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: 64 olguya ölçek uygulandı. Yaş ortalaması $41,30 \pm 16,65$, E/K oranı 1,37/1 bulundu. Travma nedeni olguların %78’inde trafik kazaları, %11’inde iş kazalarıydı. Uygulanan ölçek sonucunda 13 olgunun puanları TSSB (cutoff=25) ile uyumlu, bu olgular içinde 9 olgunun TSSB ve eşlik eden major depresyon (cutoff=38) ile uyumlu olduğu bulundu.

Gelir düzeyinin az olması ile TSSB ve eşlik eden MDB bulguları varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,015$, $p=0,013$).

Travma üzerinden geçen sürenin bir yıldan uzun olduğu olgularda TSSB ve eşlik eden MDB bulgularının daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,021$, $p=0,035$).

TCK 86 ve 89. maddelerde tanımlanan ölçütlere göre değerlendirilen yaralanma ağırlıkları (kemik kırığı, yaşamsal tehlike vb.) ile ölçek puanlarının yüksekliği arasında pozitif ilişki olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Yalnızca şiddet mağdurlarında değil, şiddet dışı travmalarla yaralanmış bireylerde de ruhsal travmanın ortaya konmasının adli süreçlerde hak kayıplarının önlenmesi açısından önemli olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca travmatik olay sonrası gelişen ruhsal etkilenmenin araştırılmasının hastaya bütüncül bir tıbbi yaklaşım sağlayıp ruhsal yönden de sağlığına kavuşmasında etkili olduğu görüşüne katılmaktayız.

Bu çalışmayla; ruhsal muayenenin uzman hekim tarafından yapılamadığı birimlerde, bilimsel olarak kabul gören bir ruhsal travma ölçeğinin adli olgulara uygulanmasının ruhsal travma bulgularını ortaya koymada ve medikolegal değerlendirmede yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Şiddet dışı travma, ruhsal travma, TSSB, medikolegal değerlendirme

SUMMARY
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER WITH MAJOR DEPRESSION
FREQUENCY AND SOME DETERMINANTS IN NON-VIOLENT TRAUMA CASES
ADMITTED TO DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE
FORENSIC MEDICINE POLYCLINIC

Dr. Kayhan Değnek, Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine, İzmir, Turkey (kayhan.degnek@gmail.com)

Introduction: It has been seen that all disciplines give more emphasis to physical trauma at the medicolegal evaluations of individuals who have been traumatized, and trauma-related psychological impact is mostly researched in cases of violence. However, mental examination is neglected or because referral to a psychiatrist is not made, it can not be done in injury cases by an accident. The aim of our study is to research the psychological impact of cases injured by non-violent causes and was not referred to a psychiatrist, with the help of a symptom scale at forensic medical evaluation.

Materials and Methods: ‘Traumatic Stress Symptom Scale’ (TSSS) was administered in an eight month period within the year 2017, to adult patients who referred to our department for medicolegal evaluation, injured by non-violent trauma and did not accept the suggested psychiatry consultation. Demographics, trauma type and injury severity gleaned from the review of forensic reports kept in our department was recorded to data collection form. Statistical relationship between the scale scores and demographic and trauma characteristics was evaluated using SPSS 22.0 program.

Results: Scale was administered to 64 cases. Mean age was $41,30 \pm 16,65$ and M/F rate was 1,37/1. The cause of trauma was traffic accidents in %78 and work accidents in %11 of the cases. Scores were corresponding with PTSD (cutoff=25) in 13 cases, among these 9 cases were found corresponding with PTSD with MDD (cutoff=38).

Correlation between low income levels and the presence of PTSD with MDD symptoms was found statistically significant. ($p=0,015$, $p=0,013$).

In cases of time over the trauma was longer than a year, PTSD with MDD symptoms was found statistically significant to be more frequent. ($p=0,021$, $p=0,035$).

A positive correlation has been seen between injury severity classified according to article 86 and 89 of TCC and having high scores of scale.

Conclusions: To detect the mental trauma, not only in victims of violence, but also in individuals who have been injured by non-violent trauma is considered important for prevention of forfeiture in legal procedures. Furthermore, we agree with the opinion that the evaluation of post-traumatic psychological impact is effective for providing a holistic medical approach to patients and their psychological healing.

With this study, application of a scientifically-accepted mental trauma scale to forensic cases thought to be useful for medicolegal evaluation and revealing mental trauma findings, at departments psychological evaluation can not be done by a specialist.

Keywords

Non-violent trauma, psychological trauma, TSSB, medicolegal evaluation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada her gün yaklaşık 16000 kişi çeşitli travmalar sonucu ölmektedir. Dünya genelinde bu ölümler her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. 15-44 yaş arasında travma kaynaklı ölümlerin en sık nedenleri sırasıyla trafik kazaları, kişiler arası şiddet, intiharlar, savaşlar, suda boğulmalar ve yanıklardır, 45 yaş ve üzeri kişilerde ise intiharlardır. Yaralanmaların çok daha fazla sayıda olduğu, büyük kısmında ise kalıcı sekeller kaldığı bilinmektedir (1). Avrupa’da yaralanma sonucu ölümlerin %65’ine, toplam yaralanmaların ise %95’ine istemsiz (kasıtlı olmayan) travmalar neden olmaktadır (2). Türkiye’de ölüme neden olmayan hastalık yükü dağılımında bakıldığında istemsiz travmaların % 9,3 oran ile 3. sırada yer aldığı gözlenmektedir (3).

Travma bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü derinden tehdit eden bir olay/durumdur. Erkeklerin %60.7’sinin, kadınların ise %51.2’sinin yaşamları boyunca en az bir kez travma potansiyeli taşıyan bir olay deneyimledikleri belirtilmektedir (4). Travmatik bir durumun birey üzerinde erken veya geç dönemde ortaya çıkabilen duygusal, zihinsel ve bedensel pek çok etkisi olabilmektedir.

Travmanın fiziksel yaralanmalara yol açması yanında ruhsal etkilenmeye de neden olduğu bilinmektedir (5). Travmayla ilişkili psikiyatrik bozukluklar pek çok araştırma ile ortaya konmuştur (6-14). Bu çalışmaların daha çok kişiler arası şiddet, aile içi şiddet, cinsel istismar, savaş gazileri ve doğal afet kurbanları ile yapılmış olduğu gözlenmekte, diğer fiziksel travma kurbanlarıyla (trafik kazası, iş kazası, yanık) ilgili özellikle ülkemizde yapılmış daha az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (15-20). Travma sonrası ortaya çıkan ruhsal sorunlar arasında en sık görülenleri akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve major depresyondur (9). Travmatik durumlarda ortaya çıkabilen ruhsal belirtiler kişilerde kendini farklı şekillerde gösterebilir (21). Kuzey Amerika’da yapılan çalışmalarda her iki cinsiyetin farklı travmalara maruz kalabildikleri, erkeklerin daha çok kişiler arası ve askeri şiddet sonucu, kadınların ise cinsel ve aile içi şiddet sonucu travmaya maruz kaldıkları, erkeklere göre daha az doğrudan travmalara maruz kalmalarına rağmen daha sık ruhsal olarak etkilendikleri ve PTSTB tanısı aldıkları bildirilmiştir (22).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), travma yaratan önemli bir olay sonrası ortaya çıkan ve kişide aşırı uyarılma hali (hipervijilans), travmayı hatırlatan veya çağrıştıran

uyaranlardan kaçınma ve kişinin travmatik olayı rüyalar ve “flashback”ler yoluyla yeniden deneyimleme bulguları ile seyreden ve en az 1 ay boyunca süregelen bir mental bozukluktur. Travmatik etki yaratabileceği kabul edilen durumlar; kişinin yaşamını veya beden bütünlüğünü tehdit eden her türlü durum olarak nitelenirken, bu süreçlerin sadece kişiye yönelik olması gerekmeyp, başkasının yaşadığı bu tür bir olaya tanık olmak da travmatik etki kabul edilir. Travmatik olaya yanıt yoğun korku ve dehşet duygusunu içermelidir. Bu süreçler cinsel saldırı, hayatı tehdit eden bir hastalık tanısı alma, kaçırılma veya ölümcül bir saldırıya uğrama, sistematik işkence mağduru veya tanığı olma, askeri çatışmaya girme, depresyon, sel baskını gibi tabii felaketlerin etkisini yaşama gibi olaylar olabilmektedir (23). Travmatik bir yaşantıdan sonra bireylerin çoğunda yaygın anksiyete, dissosiasyon, dissosiatif amnezi, dikkat azalması, uyku bozukluğu gibi semptomlar görülebilmekte ancak bu semptomlar bireylerin bir kısmında gerilemeyip, hatta daha da ilerleyip TSSB’ye yol açabilmektedir. Bazı kişilerde bu semptomların neden gerilediği ve diğerlerinde neden PTSD geliştiği tam olarak aydınlatılamamıştır. Travmanın süresi ve şiddeti önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (4).

PTSD en yüksek oranla cinsel saldırı mağdurlarında (%80) görülmektedir, felaket mağdurlarında %30-40, bu felaketlerde kurtarma ekibinde çalışanlarda ise %10-20 sıklığında görülmektedir. Kadınlarda yaşam boyu PTSD prevalansı erkeklere göre daha yüksektir. PTSD tanılı kişilerin yaklaşık %84’ü alkol ve madde suistimali, utanç duyma, çaresizlik, işsizlik ve şiddete eğilim gibi ek problemler yaşarlar, PTSD aynı zamanda majör depresyon, mani, panik bozukluk, sosyal fobi gibi bozuklukların oluşmasına da katkıda bulunur (4). Yapılan bir çalışmada, çeşitli travmalar sonucu yaralanmış olgularda PTSD ve majör depresyon birlikteliğinin %44.5 olarak saptandığı ve bu olgularda semptom şiddetlerinin daha yüksek olduğu izlenmiştir. PTSD’nin erken teşhis edilmesi ve kişinin ilgili merkezlere yönlendirilmesi sağlık harcamalarını, iş gücü kaybını büyük ölçüde azaltacaktır (24).

Travma mağdurlarının sağlık, sosyal ve ekonomik problemleri yanında yasal alanlarda da sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Ülkemizde fiziksel travmanın ruhsal etkileri travmanın somut delillerinden kabul edilmesine rağmen, dava konusu olmuş travma olgularının adli tıbbi değerlendirmesinde hem yargı makamının hem de hekimlerin görüşlerinde daha çok fiziksel bulgulara önem verildiği gözlenmektedir. Klinik adli tıp uygulamalarında fiziksel etkilenme ile birlikte ruhsal travmanın araştırılması, daha çok kişiler arası şiddet, cinsel saldırı, çocuk istismarı ve işkence gibi kasıtlı travma mağdurlarında değerlendirilmektedir. Ancak trafik

kazası, iş kazası, düşme ve diğer şiddet dışı nedenlerle yaralanan hastaların olay sonucu ruhsal etkilenmelerinin değerlendirilmesi ihmal edilmektedir.

TCK'nın 86 ve 89. maddelerinde belirtilen “başkasının vücuduna acı veren/sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanma” tanımı irdelendiğinde, travmanın veya eylemin (kasıtlı veya taksirli) kişide meydana getirdiği fiziksel ve ruhsal zararın ağırlık derecesinin belirlenmesini ifade ettiği gözlenmektedir. “Kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma” tanımı, travmanın ruhsal etkilerini de kapsamaktadır. Bu nedenle adli tıbbi değerlendirmeyi yapan hekimlerden hastaların olaya bağlı ruhsal etkilenmelerini de değerlendirmeleri beklenmektedir (25). Ancak hekimlerin ve adli olayların değerlendirmesi ile ilgili diğer disiplinlerin özellikle kaza sonucu yaralanan hastaların/mağdurların fiziksel yaralanma ve fonksiyon kayıplarına odaklandığı, ruhsal travmanın göz ardı edildiği, bu nedenle adli makamlar karşısında ruhsal travmanın belgelenmesi ve ispatlanmasında güçlükler ve hak kayıpları yaşandığı gözlenmektedir.

Adli Tıp Anabilim Dalı polikliniğimizde ve acil servise başvuran adli olguların medikolegal değerlendirmesi, ulusal ve uluslararası protokoller doğrultusunda yapılmakta, hastalara biyopsikososyal bir bütün olarak yaklaşılmaktadır. Tüm travma mağdurları muayenemiz sırasında hem fiziksel hem de ruhsal travma bulguları açısından değerlendirilmektedir. Hem kasıtlı hem kaza sonucu yaralanmış travma mağdurlarına, muayene protokolleri, poliklinik muayene bulgularımız ve öyküleri doğrultusunda psikiyatri konsültasyonu ile ruhsal değerlendirme önerilmektedir.

Önerilen psikiyatri konsültasyonunu şiddet, cinsel saldırı/istismar ve toplumsal olaylar sonucu yaralanmış hastaların daha fazla kabul ettiği gözlenmiştir. Ancak trafik kazası, iş kazası, düşme ve benzer kasıtlı olmayan travmalarla yaralanmış hastaların olayın ruhsal değerlendirmesinin yapılabilmesi için önerilen psikiyatrik değerlendirmeyi genellikle kabul etmediği görülmektedir. Bu nedenle kaza sonucu yaralanan hastaların ruhsal etkilenmelerinin olup olmadığı ortaya konamamakta ve ruhsal travma bulguları adli raporlarına yansıtılamamaktadır.

Bu çalışma, adli yönüyle değerlendirilmesi amacıyla anabilim dalı polikliniğimizde muayene edilen ve kendilerine önerilen psikiyatri konsültasyonunu çeşitli nedenlerle kabul etmeyen şiddet dışı travma mağduru hastalarda, ruhsal travma bulgularının ortaya konması amacıyla planlanmıştır. Poliklinik ortamımızda bu hastalara geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

yapılmış olan bir ölçek uygulanarak yaşadıkları fiziksel travmanın ruhsal etkileri araştırılacaktır.

Psikiyatri uzmanı olmayan hekimler tarafından da uygulanabileceği belirtilen böyle bir ölçeğin kullanılmasının, adli olguların ruhsal travma bulgularını ortaya koyabileceği, hem hasta sağlığı açısından hem de sağlıklı medikolegal değerlendirme yapılabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Böyle bir yöntemin kullanılmasının özellikle psikiyatri uzmanı bulunmayan sağlık birimleri ve adli olguların büyük bölümünün değerlendirildiği Adli Tıp Kurumu Şube Müdürlükleri'nde fiziksel travma sonucu yaralanmış hastaların bu travmalarla ilişkili ruhsal etkilenmelerinin ortaya konabilmesinde yararlı olacağı öngörülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travma

2.1.1 Tanım

Travma sözcüğünün kökeni Eski Yunanca'ya dayanır ve derinin bütünlüğünün bozulduğu her tür yaralanma anlamına gelmektedir (26). Travma sözcüğünün sözlük anlamı ise bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara biçiminde karşımıza çıkmaktadır (27).

Bir başka kaynağa göre travma, bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü derinden tehdit eden olay/durum şeklinde ifade edilmektedir (28). Travma, aynı zamanda gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanmanın, fiziksel veya yaşamsal bütünlüğe yönelik bir tehdidin ortaya çıktığı ve kişinin kendisinin yaşadığı, şahit olduğu veya sevdiği bir kişinin başına geldiğini öğrendiği olağandışı olaylar olarak da tanımlanmaktadır (29).

Travma yaratan olaylar, yaşamı ve fiziksel bütünlüğü, kişinin dünyadaki yeri ve kendisi hakkındaki değerlerini tehdit etmektedir. Daha açıklayıcı bir anlatımla, kendini değerli ve güvende hissetme, dünyayı adil ve güvenli olarak görme, diğer insanları iyi ve yardımsever bulma, kırılmazlık ve incinmezlik gibi duygu ve düşüncelerin tehdit altında kaldığı belirtilmektedir. Bu tür olaylar, insanın gündelik deneyimlerinin dışında kalan, belirli bilişsel şemalara oturmayan bu nedenle anlamlandırılması güç olan olaylar olarak kabul edilmektedir (30).

2.1.2 Epidemiyoloji

Erkeklerin %60.7'sinin, kadınların ise %51.2'sinin yaşamları boyunca en az bir kez travma potansiyeli taşıyan bir olay deneyimledikleri belirtilmektedir (4).

Çeşitli travmalar sonucunda dünya genelinde yılda beş milyonun üzerinde kişi ölmektedir, daha fazlasının da kalıcı şekilde yaralandığı bilinmektedir (31). Dünya genelinde bu ölümler her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarında önde gelen ölüm nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. 15-44 yaş arasında travma kaynaklı ölümlerin en sık nedenlerinin sırasıyla trafik kazaları, kişiler arası şiddet, intiharlar, savaşlar, suda boğulmalar ve yanıklar olduğu, 45 yaş ve üzeri kişilerde ise intiharlar olduğu belirtilmektedir (1).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2016 yılı verileri incelendiğinde; tüm yaş gruplarında, dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler sonucu 18.136 kişinin öldüğü, bu ölümlerin 14.595'inin kaza şeklinde olduğu, tüm ölüm nedenleri arasında 6. sırada olduğu belirtilmektedir (32).

Türkiye'de 2016 yılında kayıtlara geçen 1.182.491 trafik kazası meydana geldiği, bu kazalar sonucunda 7.300 kişinin öldüğü, 303.812 kişinin yaralandığı, ölenlerin %43,5'ini sürücülerin oluşturduğu belirtilmektedir (33).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının yürüttüğü hastalık yükü araştırmasına göre Türkiye'de ölümlerin %6'sından travmaların sorumlu olduğu belirtilmektedir. Yaş gruplarına göre değişkenlik göstermekle birlikte 15-29 yaş arası kişilerde en sık ölüm nedeninin istemli ve istemsiz travmalar (%40) olduğu gözlenmektedir. Genel hastalık yükü dağılımında (DALY) yaralanmaların 3. sırayı aldığı, ölüme neden olmayan hastalık yükü (YLD) dağılımında ise istemsiz travmaların erkeklerde %13,6 ile 2. sırada, kadınlarda ise %5,5 ile 7. sırada olduğu gözlenmiştir (3).

2.1.3 Sınıflandırma

Travmaların etiyolojileri araştırıldığında farklı sınıflamalar yapılmakla birlikte genellikle kasıtlı, kasıtlı olmayan, insan eliyle ya da doğal nedenlerle meydana gelenler şeklinde aşağıdaki gibi sınıflandırıldığı gözlenmektedir. (30,34)

1- İnsan eliyle, kasıtlı (istemli) olarak oluşturulan travmalar

- Şiddete bağlı künt travma
- Kesici/delici/ezici alet yaralanması
- Ateşli silah/patlayıcı madde yaralanması
- Cinsel saldırı/istismar
- İşkence/kötü muamele

2- İnsan eliyle kaza sonucu (istemsiz) oluşturulan travmalar

- Trafik kazaları
- İş kazaları
- Yüksekten düşme
- Elektrik yaralanması
- Yanıklar

3- Doğal afetler

- Deprem
- Sel
- Çığ
- Yangın

Travmanın mortaliteye yol açması yanında çok daha fazla sayıda bireyin fiziksel olarak yaralanmasına neden olduğu bilinmektedir. Travmanın aynı zamanda bireyin ruhsal bütünlüğü üzerine olumsuz etkileri olan, yaşam kalitesini bozan, bazen de yaşam boyu sürecek etkileri olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın ana amacı doğrultusunda travmanın bireyler üzerindeki etkileri, sonuçları ve ortaya koyma süreçleri konusuna aşağıda geniş şekilde yer verilecektir.

2.2 Ruhsal Travma

2.2.1 Ruhsal Travma Kavramının Tarihçesi

Psikolojik travma, psikoloji ve psikiyatri tarihinde üzerinde en fazla tartışılan, araştırma yapılan başlıklardan biri olarak bilinmektedir. Günümüze kadar pek çok psikiyatristin, psikolojik travmanın birçok ruhsal bozukluğun esas kaynağı olduğunu ortak görüş olarak benimsemektedirler (35). Travmatik olayların ruh sağlığına etkileri eski çağlardan beri bilinmektedir ve toplumun çeşitli kesimleri tarafından bu gözlemler günümüze kadar ulaşmış, çeşitli kaynaklarda aktarılmıştır. Travmatik stresin bilinen en eski tanımının 5.000 yıl önce yazılmış Gılgamış Destanında yer aldığı gözlenmiştir. Çeşitli yazarların eserlerine baktığımızda Shakespeare'in ünlü oyununda Lady Macbeth karakterinin, Duncan'ın ölümünü aklından

çıkartamaması ve travmayla ilişkili tepkilerinin canlı anlatımı bu durumu iyi anlatan bir örnek olarak kabul edilebilir. Yine Pushkin'in Boros Godonov karakterinin sürekli zihninde Zarevich'in öldürülüşü ile uğraşması da ruhsal travmaya iyi bir örnek olarak kabul edilmektedir (27,36).

Savaşın ruhsal travma oluşturmasıyla ilgili tarihsel bilgilere bakıldığında; Amerikan iç savaşında savaşmış olan askerlerde fiziksel ve zihinsel tükenme ile ilişkili “asker kalbi” (soldier's heart) tanımlanmıştır. O dönemlerde yaşamış ve savaşa katılan askerlerde ruhsal etkilenmeleri tanımlamış olan Da Costa, fiziksel belirtiler, kabuslar ve sinirlilikten oluşan bu duruma “aşırı duyarlı kalp” (irritabl heart) adını vermiştir. Temel belirtileri göğüs ağrısı, çarpıntı ve baş dönmesi olduğundan Da Costa, hastalığın hipersensitivite ve sempatik aşırı uyarılma ile karakterize fonksiyonel bir kalp bozukluğu olduğunu düşünmüştür (37).

19. yy ve 20. yy ilk yarısında “travma” kavramının fiziksel travma haricinde kullanımının kısıtlı olduğu belirtilmektedir. Dışsal bir etken olan travmaya uğrayan sağlıklı bireyden bu sorunu kendi başına halletmesi beklenmekteydi. Eğer bir kişi travma sonrası psikolojik sorun yaşıyor ise kişide zaten mental bir hastalık bulunduğu veya böyle bir hastalığa yatkın olduğu düşünülmekteydi. Hatta kişinin ego gücünün düşük olduğu ya da şizofreniye benzer bir rahatsızlığı olduğu, yani temel nedenin bireyin kendisi olduğu kabul ediliyordu (38).

Yaşamı tehdit eden stres faktörlerinin ruh sağlığını ve psikolojik uyuma etkilerini anlamada en büyük ilerleme 2. Dünya Savaşına katılan askerlerin tepkilerini inceleyerek elde edilmiştir. Askerlerde, isimlerini, bulundukları yeri bilememe ya da amnezi, depersonalizasyon gibi dissosiyatif belirtilerin ortaya çıktığı gözlenmiştir (30).

Travmatik olayların fiziksel zarar dışında başka sorunlara da yol açabileceği fikri 1870 yılındaki Fransa ve Prusya savaşı sonrasında oluşmaya başlamıştır. Bu hastalardaki bozukluklara ilk olarak ‘travmatik nevroz’ tanısı önerildiği gözlenmektedir. Birinci Dünya Savaşı'nda bomba şoku (shell shock) gibi terminolojilerle travmanın kişiler üzerinde ruhsal etkileri olduğuna dikkat çekilmiştir. Ancak travma yaratan yaşam olayları üzerinde pek durulmadığı, travmanın var olan bozuklukları tetikleyen bir etmen olduğu düşünülmüştür. Aynı düşüncenin İkinci Dünya Savaşı dönemine dek devam ettiği anlaşılmaktadır (38). Bu yıllardan sonra travmaya bağlı ruhsal etkilenmelerin Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan tanı kılavuzlarına girdiği gözlenmektedir (39).

Farklı travmalar sonrası ortaya çıkan ruhsal bozukluklar tarih boyunca çeşitli şekillerde isimlendirilmişlerdir. Bunların bazıları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1. Travma sonrası ruhsal bozukluklara verilmiş isimler (40)

Kaza nevrozu	Vietnam sonrası sendrom
Kaza mağduru sendromu	Çıkar nevrozu
Savaş şoku	Bomba/Gülle şoku
Savaş yorgunluğu	Soldier's heart
Savaş stres nevrozu	Travmatik nevrastenî
Da Costa sendromu	Vertebral nevroz
Erichsen hastalığı	Savaş nevrozu
Dava nevrozu	Nostalji

2.2.2 Ruhsal Travmanın DSM'ler Boyunca Seyri

Dünyada ve ülkemizde yayımlandığından beri psikiyatri çevrelerince yaygın bir şekilde kullanılan DSM (Diagnostic and Statistical Manual) APA (American Psychological Association) tarafından, psikiyatrik hastalıkların tanı kriterlerini içeren yol gösterici bir kılavuz olarak hazırlanmıştır.

DSM-I; 1952 yılında, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) II. Dünya Savaşı sonrası dönemin sosyo-politik ortamında ortaya çıkmış bu konuda ilk belge olduğu belirtilmektedir. Bu belgenin ilk versiyonu, Amerikan ordusu tarafından yayımlanmış bir bildirinin, üzerinde belirgin değişiklik yapılmadan sivil toplumda da kullanılabileceği düşünülerek hazırlanmıştır. Bu nedenle içeriğinin dönemin askeri görüşünden etkilendiği vurgulanmaktadır. Bu belgede psikojenik orijinli (organik kökeni gösterilemeyen) hastalıkların alt grubu olarak duruma bağlı ve geçici kişilik bozukluğu olarak değerlendirilen 'Büyük Stres Reaksiyonu' (Gross Stress Reaction) isimli bir tanıya yer verilmiştir. Bu tanı için öncelikli olarak travmatik olayın savaş sırasında olup olmadığı, savaş sırasında olsa bile patlama gibi büyük bir felaket durumunun varlığı arandığı belirtilmektedir. DSM-I'deki yaklaşıma göre, böyle bir olaydan etkilenen kişilerin zaten ruhsal durumlarının normal olmadığı, normale yakın bir kişi olduğu belirtilmektedir. DSM-I, savaş sonrası bir dönemde yayımlandığı için kişiler arası şiddet ve cinsel saldırı gibi durumların ruhsal etkilerini yüzeysel kabul etmekte, daha büyük ölçekli olayları travma olarak ele almaktadır (38,39).

1966 yılında yayımlanan DSM-II’de travma ile ilişkili ruhsal hastalık tanımı, altta yatan herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerde çok yoğun ve baskılı bir çevresel olaya (overwhelming environmental stress) maruziyetten sonra çıkan belirtiler olarak ifade edilmektedir. Tanı kriterlerinde bu belirtilerin stresör olay ortadan kalktıktan sonra kaybolması gerektiği, eğer devam ediyorsa farklı bir tanı olması gerektiğine dikkat çekilmiştir. Travmatik olay için örnek olarak savaş gibi büyük olaylar gösterilmektedir. Travma sonucu ortaya çıkan tablonun ‘uyum bozukluğu’ şeklinde sınırlandırıldığı gözlenmiştir (38,41).

Yayımlandığında, II. Dünya Savaşının üzerinden yeterli zaman geçmiş olmasına rağmen henüz başlamış olan Vietnam Savaşının ruhsal etkilerini gözlemlemek için yeterli süre geçmediği belirtilmektedir. Bu yenilenmiş kılavuzda ‘flashback’ gibi belirtilerin daha iyi tanımlandığı, ancak travmatik olay ve travmaya bağlı ruhsal bozulma kavramının DSM-I’den bile daha geriye düştüğü gözlenmektedir. Bunun nedeninin II. Dünya Savaşının bitmiş olması ve böyle bir tanı kategorisine ihtiyaç kalmaması olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle DSM-II’nin psikolojik travma alanına yeni bir şey eklemeyi, travmanın, geçici uyum bozukluklarına neden olan bir durum olarak ele alındığı ve değerini kaybettiği belirtilmektedir. Sonuç olarak, ruhsal travmanın büyük ölçekli ve toplumsal olaylarla sınırlandırıldığı ve bireye özgü travma kavramına yer verilmediği gözlenmektedir (42,43).

1980 yılında yayımlanan DSM-III’te TSSB’ye yer verilmesiyle ruhsal etkilenmede travma kavramının ön plana geçtiği anlaşılmaktadır. Önceki DSM’lerde travmatik olaydan sonra oluşan psikiyatrik tablolar kişinin psikolojik ve biyolojik yapısıyla ilgili olduğu ve olayın sadece tetikleyici rolü olduğu kabul edilmekteydi. TSSB kavramının kılavuza girmesiyle ruhsal etkilenmenin temel sebebinin kişi merkezli olmaktan çıkıp olay (travma) merkezli haline geldiği belirtilmektedir. TSSB’nin tanı olarak DSM-III’e girmesinin yayımlandığı dönemin siyasi, entellektüel ve kültürel ortamından etkilendiği, insanların artık yaşadıkları travmatik olaylara karşı güçlü durmasının beklenmediği, ruhsal olarak etkilendiklerini rahatlıkla dışa vurabildikleri belirtilmektedir. Bu değişimin ardından ikincil kazanç problemleri ve tazminat davaları gibi yeni boyutların gündeme gelmeye başladığı vurgulanmaktadır (43-46).

DSM-III, TSSB’yi anksiyete bozuklukları ana kategorisi altında tanımlamıştır. ‘Hemen herkeste belirgin düzeyde sıkıntı yaratacak bariz bir olayın varlığı’ şeklinde bir travma kriteri de tanımlamıştır. Bu tanımlamayla önceki DSM’lerin aksine anormal bir yaşam olayına ruhsal tepkilerin ortaya çıkabileceği artık kabul edilmekte fakat değerlendirmede objektivite gibi yeni bir problem doğurduğu belirtilmektedir (45,46).

Kılavuz revize edilerek 1987 yılında DSM-III-R yayımlanmıştır. Bu versiyonda travma tanımı, ‘normal insan deneyiminin ötesinde, herkes için sıkıntı yaratan bir olay’ olarak değiştirilmiştir. Örnek olarak; kişinin hayatına veya fiziksel bütünlüğüne tehdit, kişinin çocuğuna, eşine, yakın akrabasına veya arkadaşlarına yönelik tehdit veya zarar verme, kişinin evine veya yaşadığı ortama zarar verme veya başka kişilerin kazara veya fiziksel şiddet sonucu yaralandığına veya öldürüldüğüne şahit olma verilmiştir. Bu revizyon ile amaçlananın travmatik olayın ciddiyeti ve hayatı tehdit eden yönünü vurgulamak ve stres yaratan olayın ciddiyeti ile ilgili soru işaretlerini azaltmak olduğu belirtilmektedir. ‘Normal insan deneyiminin ötesinde’ kavramının gündelik yaşamda karşılaşılmayan olayları ifade etmek için kullanıldığı vurgulanmaktadır (44,47).

Travma tanımının 1994 yılında yayımlanan DSM-IV’te önceki versiyonlarında olduğu gibi tekrar değiştirildiği ve iki kriterli hale getirildiği dikkat çekmektedir. İlk kriter (A1), kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış olması veya tanık olması olarak belirtilmiştir. İkinci kriter (A2), kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşmenin bulunması olarak tanımlanmıştır. Çocuklarda ise bu bulgular yerine dezorganize veya ajite davranışlar sergilemesi kriterlerde yer almaktadır (42).

Dikkat edildiğinde DSM-IV’te travma tanımı DSM-III’e göre özelleştirilmiştir. DSM-III’te yer alan ‘Normal insanların deneyimlediği sıradan olayların dışında’ ve ‘herkes için sıkıntı yaratan bir olay’ gibi tanımlamalar çıkarılmıştır. Bireylerin olaya vereceği öznel yanıtların tanı kriteri olarak tanımlandığı gözlenmiştir. A1 kriteri ile objektivite, A2 kriteri ilays travmanın öznelliği vurgulanmıştır (42).

DSM-IV’ün önemli bir farklılığı da sekonder travmatizasyonu kabul etmesidir. Bir olayı öğrenmiş olmak, haberini almak, görmek gibi dolaylı yollarda da kişi travmaya uğramış olarak kabul edilmektedir. Bunun bir sonucu olarak travma çeşitliliğinde çok fazla artış olmuştur. DSM-III kapsamında travma olarak değerlendirilmeyecek durumlar DSM-IV’te travma kapsamına girmiştir. Bu da travma kavramının büyük ölçekli olaylardan bireysel olaylara yönlendiğini göstermektedir. Ruhsal travmanın tanısı için belirlenmiş olan tepkilerin A2’de yer alan tepkilerle sınırlı olması nedeniyle kriterler içinde olmayan bulguları olan hastalarda tanı aşamasında zorluk yaratmaktadır. Bu nedenle travma tanımının yeterli olmadığı belirtilmektedir (46,48,49).

Önceki versiyonlarda anksiyete bozuklukları tanı grubu altında yer alan travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların 2013 yılında yayımlanan DSM-V’te ‘Travma ve Stresörler İle İlgili Bozukluklar’ adlı başlık altında toplandığı gözlenmektedir (34,39). Burada kişinin öznel tepkisi dikkate alınmamış, DSM IV’te kullanılan önceki A2 kriteri ortadan kaldırılmış, bunun yerine travmatik olay tanımını netleştirmek için olaylarla karşılaşmanın yolları ayrıntılı şekilde sıralanmıştır. Böylece travma tanımı netleştirilmeye çalışılmıştır. İlk kez ‘cinsel şiddet’ ifadesine yer verilmiştir. Travmatik olay ile travmatik olmayan olay arasındaki ayrım objektif olarak yapılmaya çalışılmıştır. Elektronik medya, televizyon ve filmler gibi görsel medya üzerinden maruziyetin dışlanması önerilmiştir. Örneğin; A2 kriterini karşılamayan ama travmaya uğramış kişiler (disosiasyon ve ajitasyon ile giden) de TSSB tanısı alabilmektedir (34).

2.2.3 Ruhsal Travma Etiyolojisi

2.2.3.1 Kasıtlı Travmalarda Ruhsal Etkilenme

Fiziksel travmaların direkt ya da indirekt olarak bireylerin ruh sağlığını etkilediği bilinmektedir. Özellikle insan eliyle, istemli olarak yaratılan travmatik olayların daha fazla etkilenmeye neden olduğu vurgulanmaktadır. Travmayla doğrudan karşılaşan kişilerde daha fazla olmak üzere, olaydan dolayı olarak etkilenenlerin de önemli bir bölümünde travmatik stres ve ilişkili sorunlar ortaya çıktığı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (12). Cinsel şiddet, çocuk istismarı, savaş, işkence, kadına yönelik aile içi şiddet gibi kasıtlı travmalarda bireylerin ruh sağlığının etkilendiği, kısa ya da uzun süreli takiplerinin yapıldığı pek çok çalışma bulunmaktadır. Aşağıda bu çalışmalardan bazıları paylaşılacaktır.

2.2.3.1.1 Cinsel Travmalar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), cinsel şiddeti flört ilişkisinde, evlilik içinde ya da yabancı bir kişi tarafından tecavüz, cinsel taciz ya da istenmeyen seks talebi, çocukların, fiziksel ya da zihinsel engelli insanların cinsel istismarı, zorla birliktelik ya da evlilik (çocukluk çağı

evlilikleri), zorla kürtaj ve doğum kontrolü ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için alınan önlemlerin reddi olarak tanımlanmaktadır (50).

Cinsel travmalar ile ilgili üzerinde en çok araştırma yapılan konunun, geçirilen travma sonrası kısa ve uzun dönemdeki psikiyatrik sonuçlar ile ilgili olduğu gözlenmektedir. Cinsel travmaya maruz kalmış kişilerde en sık gözlenen psikopatolojinin travma sonrası stres bozukluğu olduğu belirtilmektedir (4,8). Yapılan çalışmalarda cinsel travmalar sonrası kişilerde %46-80 oranları arasında TSSB geliştiği, majör depresyonun %33-43 oranlarıyla en sık eşlik eden bozukluk olduğu gösterilmiştir (4,8,30,51,52). Ülkemizde, cinsel istismar mağdurlarıyla yapılan bir çalışmada, TSSB tanısı olan mağdurlarda istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde majör depresif bozukluğun eşlik ettiği gösterilmiştir. Kessler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da yaşam boyu en yüksek TSSB oranının %57 ile cinsel travmalar sonrasında olduğu gösterilmiş ve bu açıdan da diğer travmatik olaylardan daha büyük bir risk olduğu ortaya konmuştur (53).

Cinsel istismar olgularında, çocukla birlikte ebeveynlerin de çeşitli seviyelerde stres yaşadıkları bilinmektedir (10). Yapılan çalışmalarda cinsel istismara uğramış çocukların ebeveynlerinin, kontrol grubunun ebeveynlerine göre daha fazla TSSB tanısı aldığı gösterilmiştir (54,55).

Mağdurun yaşının arttıkça etkilene riskinin arttığı, kız çocukların erkeklere oranla daha fazla etkilendiği gözlenmiştir (56). İstismar süresinin ve sıklığının artması ile TSSB belirtilerinin arttığını ve değişmediğini gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (57-60).

2.2.3.1.2 Fiziksel Şiddet ve İşkence

Fiziksel şiddet, fiziksel gücün ölüm, yeti yitimi, yaralanma ve zarara yol açacak şekilde kasıtlı şekilde kullanılması olarak tanımlanmıştır. Fiziksel şiddet; tokat/yumruk atma, itme, ısırma, yakma, saç çekerek zarar verme, tekme atma, boğma, tırmalama, bir nesne fırlatma, hırpalama ve başka bir kişiye karşı bir silah (tabanca, bıçak veya silah olarak nitelendirilebilecek herhangi bir cisim) kullanma şekillerinde olabilmektedir (61). Erkeklerin fiziksel olarak sıklıkla yabancılar tarafından saldırıya uğradığı, kadınlarınsa daha çok yakın çevresindeki kişilerden gelen saldırılara maruz kaldıkları bildirilmiştir (62).

20 yıllık bir süre içinde kadına yönelik aile içi şiddet konusunda yapılmış araştırmaların derlendiği bir çalışmada; şiddetin hem fiziksel, hem de ruh sağlığına olan etkileri değerlendirilmiştir. Eş/partner şiddetine uğrayan kadınların daha sık sağlık problemleri yaşadıkları bilinmektedir. Genel olarak sağlık durumlarının diğer kadınlara oranla kötü olduğu bildirilmektedir. Ruhsal etkilenmelerin çeşitli ruhsal bozukluklar şeklinde ortaya çıkabileceği gibi farklı somatik yakınmaların da sık görüldüğü belirtilmektedir. En sık görülen somatik şikayetlerin; baş ağrısı, uykusuzluk, gastrointestinal semptomlar ve hiperventilasyon olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada, kronik ağrı sendromunun aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda kontrol grubuna göre daha sık görüldüğü gösterilmiştir. Bu olgularda aynı zamanda majör depresyon, TSSB ve suicidal davranış riski de artmış olarak gösterilmiştir. TSSB sıklığının %31-84 oranları arasında olduğu gösterilmiştir. Özellikle TSSB gelişiminde sık tekrarlayan travmaya maruz kalmanın, travma şiddetinin yüksek olması ve ölüm tehdidinin bulunmasının riski önemli derecede artırdığı belirtilmektedir (11,63).

Ülkemizde de şiddetin ruh sağlığı üzerine etkileri ile ilgili yapılmış pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. İzmir’de yapılan bir çalışmada, çeşitli nedenlerle psikiyatri polikliniğine başvuran 100 kadın hastadan 63’ü çocukluğunda, 62’si evliliğinde en az bir kez fiziksel şiddet gördüğünü, 51’i çocuğuna fiziksel şiddet uyguladığını ifade etmişlerdir (64). Ankara’da 370 kadın üzerinde yürütülen bir çalışmada ise kadınların % 88’inin fiziksel şiddete maruz kaldığı, % 54.6’sının düşük, % 38.4’ünün orta, % 7’sinin yüksek ve çok yüksek düzeyde şiddet gördükleri belirtilmiştir (65).

Bilgi almak, korkutmak, itiraf elde etmek vb. amaçlarla uygulanan işkence/kötü muamele nedeniyle kişinin aşağılanma, tükenme, fiziksel yaralanma ve geleceğinin belirsizliği gibi değişkenlere maruz bırakılabildiği bilinmektedir. İşkencenin beklenmedik olmasının, beklenen bir durum olmasına göre ruhsal açıdan daha şiddetli etkilere neden olduğu belirtilmektedir (66).

Dünya’da, işkence mağdurlarının ruh sağlıkları ile ilgili çalışmaların 1980’lerde yapılmaya başlandığı, ilk zamanlarda sadece iltica edilen ülkelerde bu çalışmaların yapılabildiği, ancak zamanla Türkiye de dahil olmak üzere işkencenin uygulandığı ülkelerde de bu çalışmaların yapılmaya başlandığı belirtilmektedir (67).

Ülkemizde de, özellikle 1980 askeri darbesi sonrası başlayan dönemde ve 1984-1994 yılları arasındaki iç savaş döneminde politik nedenlerle çok sayıda kişinin işkenceye maruz bırakıldığı belirtilmektedir (67). Dünya Af Örgütü’nün 1984 raporuna göre 1980-84 yılları

arasında Türkiye, dünya genelinde en fazla işkence uygulayan ülkeler arasında gösterilmiştir (68).

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararları ile ilgili istatistikler incelendiğinde; 1959-2010 yılları arasında Türkiye aleyhine yapılan ve sonuçlanan 2573 (tüm ülkeler arasında en fazla) başvurunun %87'sinde 'en az bir ihlal' olduğu gözlenmiştir (69).

1980-2009 yılları arasında yapılan, 40 ülkeden toplam 82.000 kişiyi kapsayan 181 çalışmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, işkence mağdurlarında % 31 oranında MDB, %30 oranında TSSB geliştiği bildirilmiştir (66,70). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, işkencenin algılanan şiddeti ile TSSB belirtileri ilişkili olarak gösterilmiştir (66).

2.2.3.1.3 Savaş ve Terör Travmaları

Terör saldırıları ve savaş gibi insan eliyle, istemli şekilde yaratılan travmatik olayların, bireylerde korkuya ve dış dünyaya olan güven duygusunda kayba yol açarak TSSB başta olmak üzere depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi ciddi sonuçlar doğurabilecek psikiyatrik bozukluklara neden olabildiği bilinmektedir (6).

Savaş sırasında yaşanan travmaların sıklıkla birikici nitelikte olduğu belirtilmektedir. Bu dönemin başlangıcı ile birlikte bireyin günlük yaşam içeriğinin değiştiği ve sosyal çevresiyle ilişkilerinin kesintiye uğradığı bilinmektedir. İçinde bulunulan çevre sebebiyle bastırılmak zorunda kalınan duygu ve davranışların zamanla denetlenmesi mümkün olmayan bir hale gelebildiği, bu durumun birey tarafından normalize edilmeye başlandığı, bireyin bu mekanizma sonucu öfke ve saldırganlık duygularını savunmasız kişilere yansıttığı kabul edilmektedir. Savaş şartlarının ortadan kalkmasından sonra ise sergilenmiş olan bu davranışların bireyde suçluluk duyguları ortaya çıkmasına neden olduğu, bunun da TSSB gelişme riskini artırdığı belirtilmektedir (71).

Yapılan çeşitli çalışmalarda Vietnam savaşına katılan askerlerin %11,8-19'unun, Irak'ta savaşmış olan Amerikan askerlerinin %4-20'sinin, aynı savaşta yer almış İngiliz askerlerinin %3-6'sının, Afganistan'da görevlendirilen Portekiz askerlerinin %2,7'sinin, Bosna Savaşı gazilerinin %30'unun TSSB tanısını karşıladığı belirtilmektedir (6,72-75). Vietnam savaşına katılan askerlerde suçluluk duyguları ile intihar girişiminin ilişkili olduğu saptanmıştır (76).

Asker, kolluk kuvvetleri ve sivil halka yönelik terör saldırılarının ve çatışmaların sıkça yaşandığı ülkemizde bu olayların bireyler üzerinde bıraktığı ruhsal etkileri inceleyen

araştırmalar bulunmaktadır (6). 2003 yılında İstanbul’da, bir hafta arayla meydana gelen iki terörist saldırıdan sonra karakollara başvuran bireylerin %29.9’unda, altı ay sonra %35.6’sında, 2008 yılında, Diyarbakır’da gerçekleşen, terörist saldırı niteliğindeki bir patlama olayına tanıklık edenlerin %9,6’sında TSSB geliştiğı saptanmıştır (6,12,77,78).

2.2.3.2 Kasıtlı Olmayan Travmalarda Ruhsal Etkilenme

Yukarıda belirtildiğı gibi insan eliyle bilinçli şekilde oluşturulan travmalarda bireylerin ruhsal yönden olumsuz olarak etkilendikleriyle ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır. Trafik kazası, iş kazası, düşme ve diğ er tür kazalarda ruhsal zararın daha az üzerinde durulduğı, bu nedenle bu tür travmaların ruhsal etkileri ile ilgili daha az çalışma yapılmış olduğı gözlenmektedir. Çalışmamızın örneklemini de oluşturan olgu türleri ile ilgili yapılmış olan az sayıdaki çalışma aşağıda aktarılacaktır.

2.2.3.2.1 Trafik Kazaları

DSÖ’nün 2015 yılında yayımladığı Global Yol Güvenliğı Durum Raporu’nda dünya genelinde trafik kazaları her yıl 1.2 milyon kişinin yaşamını etkilediğı bildirilmiştir. Ayrıca 15-29 yaş grubunda doğal olmayan ölümlerin en sık nedeninin trafik kazaları olduğı bilinmektedir (79).

Ülkemizde 2007-2016 yılları arasında meydana gelmiş olan trafik kazası verileri incelendiğinde; toplam kaza sayısının yıllarla birlikte arttığı, bununla birlikte yaralanan kişi sayısının da arttığı fakat ölüm oranlarının azaldığı gözlenmiştir (33).

2016 yılında meydana gelen trafik kazalarında ölenlerin %43,5’ini sürücülerin oluşturduğı, kazaya neden olan kusurların da %89,6’sının yine sürücülerden kaynaklandığı belirtilmektedir (33).

Ülkemizde acil servislere başvuru sebepleri arasında travmaların %4-25’lik bir yer kapladığı belirtilmektedir. 2011 yılında İzmir’de yapılan bir araştırmada, travma nedeniyle acil servise başvuran 12.078 (tüm olgular içerisinde %5,9) hastanın 673’ünü (%5,57) trafik

kazalarının oluşturduğu, ölen dört olgudan üçünün trafik kazası nedeniyle başvurduğu bildirilmektedir (80).

Trafik kazalarından sonra mağdurlarda fiziksel hasarın yanında psikolojik etkilenme de meydana gelebildiği bilinmektedir. Trafik kazası sonucu yaralanan kişilerle yapılan çalışmalarda araç kullanmadan kaçınma ve araç içinde panik atak geçirme korkusunun yüksek oranda saptandığı, bu semptomların ortaya çıkışında, kişide kaza nedeniyle meydana gelen fiziksel zararlanmanın ağırlığının tek başına bir değeri olmadığı belirtilmektedir. Bir örnekte; sadece bir parmağında hafif derecede yaralanması olan bir kişinin, kolu kopmuş bir diğer mağdurdan ruhsal açıdan daha fazla etkilenebileceği vurgulanmaktadır (24,27). Trafik kazaları sonrasında kişilerde en sık ortaya çıkan ruhsal travma bulgusunun travma sonrası stres bozukluğu olduğu bildirilmiştir (81). Bu bozukluğun süresinin kişiler arasında değişkenlik gösterdiği, iyileşme yanında uzun süreli ya da kalıcı olabildiği belirtilmektedir. TSSB bulgularının bazılarının farklı sürelerde iyileştiği, yapılan çalışmalarda TSSB tanısı alan bireylerde ilk altı aylık dönemde kaçınma ve duygusal küntlük belirtilerinin daha erken kaybolabildiği, aşırı uyarılma bulgularının ise geç dönemde kaybolma eğiliminde olduğu gösterilmiştir (24,27).

Yapılan çeşitli çalışmalarda trafik kazası geçirenlerde TSSB gelişme oranının %10-30 arasında değiştiği gösterilmiştir (20,25). TSSB'nin erken teşhis edilmesi ve kişinin ilgili merkezlere yönlendirilmesinin sağlık harcamalarını ve kaza nedeniyle oluşan iş gücü kaybını büyük ölçüde azaltacağı belirtilmektedir (24).

Özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde trafik kazaları sonucu oluşan ruhsal bozuklukların göz ardı edildiği bilinmektedir. Bunun, kaza sonrası bireyin sağlık ve işlevselliğinde daha fazla bozulmaya yol açtığı, ayrıca toplumsal, ekonomik ve sosyal problemleri artırdığı belirtilmektedir (17).

2.2.3.2.2 Afet Yaralanmaları

Halk sağlığı açısından olağan dışı durum olarak tanımlanan afetlerin temel özelliğinin, tıbbın kapasite ve kaynakları ile olağan dışı durumdan etkilenen insanların gereksinimleri arasında ani ve önceden öngörülemeyen bir dengesizlik olduğu belirtilmektedir (82).

Afetin beklenirliği, etkilediği toplumun özellikleri, alanın genişliği, yıkımın yaygınlığı, bireylerin özellikleri, karşılaştıkları yaşam olayları ve ruhsal gelişmelerine kadar pek çok etmen afetlerin olumsuz etkilerini biçimlendirmektedir (83).

Doğal afetlere bağlı psikiyatrik sorunlar önemli toplum ruh sağlığı problemlerinden biridir. Yaşanılan afetler sonrasında bireylerde en sık ortaya çıkan ruhsal bozuklukların TSSB ve majör depresyon olduğu bildirilmektedir. Afetlere bağlı ruhsal sorunlar, afet sonucu oluşan diğer zararlar gibi gelişmişlik seviyesi düşük ülkelerde daha sık gözlenmektedir (84).

Dünya genelinde meydana gelen afetlerin üçte birini sellerin oluşturduğu, bunların sonucunda her yıl sadece ABD’de yaklaşık 140 kişinin hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Bunların içinde kasırga ve tropik fırtınaların önemli yer tuttuğu belirtilmektedir. 2004 yılında yaklaşık beş milyon kişinin etkilendiği tsunamiden 15 ay sonra Sri Lanka’da yapılan bir çalışmada TSSB prevalansının %52 olarak bulunduğu, aynı çalışmada iş ve diğer gelir kaynaklarının kaybının ruhsal etkilene ile doğru orantılı olduğu gösterilmiştir (85).

Coğrafi olarak önemli deprem fay hatlarında bulunan ülkemizde, 17 Ağustos 1999 Marmara depreminden sonra bölgede yapılan çok sayıda epidemiyolojik çalışmada TSSB sıklığının %11-63, majör depresyon sıklığının %10-42 aralığında bulunduğu bildirilmiştir (83).

1992 Erzincan depreminden 16 ay sonra bölgede yapılan bir anket çalışmasında, mağdurların fobik kaygı ve gerginlik-sinirlilik puanlarının kontrol grubuna oranla yüksek bulunduğu, %88,9’unun bölgede yeni bir deprem olacağı kaygısını taşıdığı bilgisinin edinildiği belirtilmektedir (86).

2011 yılında Van’da meydana gelmiş olan depremden etkilenmiş olan 722 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada; katılımcılarda %39,3 oranında TSSB tespit edildiği, kadınlarda, fiziksel yaralanması olanlarda ve aile üyelerinde yaralanma veya ölüm olanlarda bu oranın anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (87).

2.2.3.2.3 İş Kazaları ve Diğer Kazalar

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerinde; 2016 yılında 1.749.240 iş yerinde toplam 13.775.188 kişinin çalışmakta olduğu, bu iş yerlerinde 286.068 (%2,07) iş kazası meydana geldiği, en sık metal ürün imalatı, bina inşaatı ve yiyecek/içecek imalatı sektörlerinde kazaların meydana geldiği, bu kazalar sonucu 3.453.702 iş günü kaybı olduğu belirtilmektedir. Aynı yıl

içerisinde 597 kişinin de meslek hastalığına yakalandığı, bu hastalıklar nedeniyle toplamda 151 iş günü kaybı olduğu belirtilmektedir (88).

TÜİK verileri incelendiğinde; 2013 yılında yapılan ‘Hanehalkı İşgücü Anketi’nde, katılımcıların son on iki ay içerisinde herhangi bir iş kazası geçirip geçirmediğinin sorgulandığı, anketi yanıtlayanların %2,3’ünün belirtilen sürede iş kazası geçirdikleri belirtilmektedir. Aynı çalışmanın 2007 istatistikleri incelendiğinde bu oranın %3 olduğu gözlenmiştir (89).

Aynı çalışmadaki iş sektörleri ayrıca incelendiğinde; maden ve taş ocağı işçilerinde iş kazası geçirenlerin %10,4, elektrik, gaz, buhar, su ve kanalizasyon işçilerinde %5,2, inşaat işçilerinde ise %4,3 olduğu gözlenmiştir. 2007 istatistikleri ile karşılaştırıldığında maden ve taş ocağı işçilerinde iş kazası oranında hafif bir artış olduğu, inşaat sektöründe de hafif bir azalma olduğu dikkati çekmektedir (89).

İş yerinde meydana gelen kazaların insan sağlığını farklı şekillerde etkilediği bilinmektedir. Bireyler bu travmalarda fiziksel olarak yaralanabilmekte veya birlikte çalıştıkları kişilerin yaralanmalarına/ölümlerine tanık olabilmektedirler. Fiziksel etkilenme olsun veya olmasın bu tecrübenin bireyde çeşitli ruhsal düzensizliklere neden olduğu bilinmektedir (18). Hem yabancı hem de yerli bilimsel dizinde çok fazla olmamakla birlikte iş yeri kazaları ve ruhsal travma ilişkisi ile ilgili yapılmış çalışmalardan bazıları aşağıda paylaşılmıştır.

İş ortamında meydana gelen kazalar sonucunda ekstremiteler yaralanması meydana gelen hastalarla Kanada’da bir çalışma yapıldığı gözlenmiştir. Bu çalışmada üst ekstremitelerde meydana gelen amputasyonların alt ekstremitedekilere göre daha fazla ruhsal travmaya neden olduğu ve hastalarda en sık TSSB ve majör depresyon bulguları ortaya çıktığı saptanmıştır (90).

Yanığa bağlı meydana gelen yaralanmaların ruhsal etkilerinin araştırıldığı çalışmalara rastlanmaktadır. Bu yaralanmaların ev/iş kazası, saldırı gibi nedenlerle meydana gelebildiği, en ciddi psikiyatrik etkilenmenin elektriğe bağlı yaralanmalarda olduğunu bildiren kaynaklar bulunmaktadır. Bir çalışmada bu kişilerde diğer yanık yaralanmalarına oranla iyileşme sonrası işe dönüşlerin çok daha az olduğu bildirilmiştir (18).

Yanık nedeniyle yaralanan kişilerde % 18-33 sıklığında TSSB geliştiği gösterilmiştir. Bu olgularda sıklıkla olaydan 3-6 ay sonra semptomların başladığı, bir yılı aşkın süreden sonra bile yeni tanı alan olgular olabildiği bildirilmiştir. Yanığın derecesi, vücutta kapladığı alanın genişliği, olay sonrası dönemdeki meslek kaybı olması ve pahalı cerrahi prosedürler gibi

etkenlerin mağdurların ruh sağlığının bozulmasında en önemli faktörler olduğu belirtilmektedir (91,92).

2.2.3.2.4 Yardım Çalışanları

Çeşitli şekillerde oluşan travmatik olayların ardından yardım çalışmalarında yer alan arama-kurtarma çalışanlarının, insani yardım kuruluşu görevlilerinin, acil durum görevlilerinin ve travma terapistlerinin yaptıkları işten kaynaklı olarak, travma sonrası stres tepkileri gösterdiklerine dikkat çekilmektedir. Bu kişilerin kendi yaşamına yönelik tehdidin yanı sıra, dolaylı olarak risk altında bulundukları bilinmektedir. Çalışmalar sırasında benzer görev yapan birinin ölümüne ya da yaralanmasına tanık olabilme, yardım vermeye çalışılan birinin kaybedilmesi gibi olaya bağlı stres kaynakları bulunmaktadır. Duygusal olarak çok zorlayıcı koşullara maruz kalmaları, aşırı sorumluluk duygusu, kaynakların sınırlı olması, zaman baskısı ve yüksek beklentiler gibi mesleki stres kaynaklarının da bulunması ruhsal hastalık ortaya çıkması açısından risk oluşturmaktadır (13).

Marmara depreminden üç yıl sonra, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarının afet ve diğer travmatik olaylara bağlı ruhsal sorunlarını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada, travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığının sağlık çalışanlarında %2.7, depresyon yaygınlığının %1 olarak bulunduğu bildirilmiştir (13).

2004 yılında, Marmara depreminde görev almış Kocaeli 112 Acil Yardım çalışanları ile yapılan bir çalışmada, kişilerin %10-29'unun yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinden bir kısmını gösterdikleri, %9'unun da tedaviye gereksinimi olduğu gösterilmiştir (93).

Cleveland Üniversitesinde, banliyölerde görevli 100 polis memuru ile yapılan bir araştırmada, mesleki stresörlere bağlı TSSB oranının %13 olarak bulunduğu bildirilmektedir (94). Yapılan çeşitli çalışmalarda itfaiye çalışanlarında %6,5-37 oranları arasında TSSB saptandığı gözlenmiştir (13,95).

DSM V’te tanımlanan ‘Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar’

- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Akut Stres Bozukluğu
- Uyum Bozuklukları
- Tepkisel Bağlanma Bozukluğu
- Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluk

Travmalar sonucunda en sık TSSB meydana geldiği gözlenmektedir. Bu çalışmada da hastalarda TSSB varlığı araştırıldığından aşağıdaki bölümde bu ruhsal bozukluğa ayrıntılı olarak değinilecektir.

2.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.3.1 Tanım

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), travma yaratan önemli bir olay sonrası ortaya çıkan ve kişide aşırı uyarılma hali (hipervijilans), travmayı hatırlatan veya çağrıştıran uyaranlardan kaçınma, kişinin travmatik olayı rüyalar ve “flashback”ler yoluyla yeniden deneyimleme bulguları ile seyreden ve en az bir ay boyunca süregelen bir mental bozukluk olarak kabul edilmektedir (23).

2.3.2 Epidemiyoloji

TSSB’nin toplumda görülme sıklığı, toplumdaki stresörlerin sıklığı ile paralel gitmektedir. TSSB’nin gelişiminin, farklı toplumların sahip olduğu travmatik 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 gösterdiği bilinmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlık oranları da yukarıda tanımlanan değişkenlere, bunun dışında yaygınlık araştırmalarının örnekleme ve kullanılan ölçme araçlarına bağlı olarak farklılık göstermektedir (7,27,96).

Dünya genelinde, farklı türde travmalara bağlı bireylerde TSSB gelişiminin araştırıldığı çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Doğal afetler, savaş ve sonrası, kitlesel kazaların ruhsal etkileri ile ilgili çalışmalara örnek olarak; Norveç’de bir boya fabrikasındaki patlamadan sağ kurtulanların %80’inde, 1982 Lübnan savaşında çarpışan İsrail askerlerinin %59’unda, Vietnam savaşına katılan Amerikan askerlerinin %19’unda, Avustralya orman yangınında çalışan itfaiyecilerin %32’sinde, Meksika’da depremlerden sağ kurtulanların %32’sinde, Amerika’daki Meksika göçmenlerinin %25’inde, uçak kazasına uğrayanların %22’sinde, Türkiye’de işkence mağdurlarının %33’ünde, Marmara depremi mağdurlarının ise %42’sinde TSSB saptandığı göze çarpmaktadır (72,97-100). Verilen örnekler büyük ölçekli ve kitleleri etkileyen travma mağdurlarıyla yapılan çalışmalardır. Araştırmanın ilerleyen bölümlerinde bireyleri etkileyen travmaların ruhsal bulgularını araştıran diğer çalışmalardan da söz edilecektir.

Bir stres kaynağının TSSB’nin ortaya çıkması için gerekli olduğu belirtilmekle birlikte yeterli olmadığı, bu nedenle aynı travmatik olayı yaşayan her bireyde TSSB ortaya çıkmadığı belirtilmektedir. Bu bozukluğun ortaya çıkmasında yaşanan travmanın kişi için öznel bir anlamının olması gerektiği üzerinde durulmaktadır. TSSB gelişiminde çeşitli etnik, kültürel, psikolojik, fiziksel, ailesel, sosyal etkenler ve kişisel özelliklerin de rol oynadığı bilinmektedir (101).

Her yaşta görülebilirse de daha çok genç erişkinlerin hastalığıdır (7). TSSB’nin prevalansına yönelik yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir. Yapılan çok sayıda genel toplum araştırmasında TSSB’nin yaşam boyu prevalansının %1-14 arasında değiştiği gözlenmiştir (53,102,103,104,105). Epidemiyolojik çalışmalarda kadınların benzer travmalar sonucunda erkeklere oranla 2.38-2.49 kat daha fazla TSSB tanısı aldığı belirtilmektedir (53,71,104,106).

2.3.3 Risk Etkenleri

TSSB’nin ortaya çıkmasında olayın özellikleri ve kişisel etmenlerin etkili olduğu bilinmektedir. Olayın özelliklerinin araştırıldığı çalışmalarda stresörün hasta için öznel bir anlamının olması, stres kaynağı ile karşı karşıya kalma süresinin uzaması, stresörün ani olması (hazırlıksız yakalanma), yüksek derecede yıkıma neden olması, insanlar tarafından uygulanması, ciddi ölüm tehdidi içermesi, fiziksel yaralanma ile birlikte olması, insanlık dışı

bir olayı içermesi, kişinin suçluluk duygusu taşıması ve çok sayıda kişinin zarar görmesi, travmanın şiddetini arttıran etkenler olarak tanımlanmaktadır. (107,108). Kişiyne ait risk etmenlerinin, farklı popölasyonlarda TSSB gelişiminde rolü olduğu dünyada ve ölkemizde pek çok araştırmayla ortaya konmuştur (4,109-111). Ölkemizde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında TSSB gelişiminde çeşitli bireysel etmenlerin etkili olduğu (Tablo 2) gözlenmiştir (4,27,108).

Tablo 2. TSSB'ye yatkınlık yaratan etkenler (27)

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

2.3.4 Patogenez İle İlgili Teoriler

TSSB gelişiminde çeşitli teoriler öne sürölmektedir. Bunların bazıları aşağıda kısaca açıklanacaktır.

2.3.4.1 Psikodinamik Teoriler

Bu modele göre travmanın, önceden sessiz ve çözölmeden kalmış olan çatışmayı aktive ettiğı kabul edilmektedir. Önceki çatışmanın yeni travma tarafından sembolik olarak yeniden ortaya çıkarıldığı, çocukluk çağı travmasının yeniden canlanmasının, regresyon ve bastırma, inkar, reaksiyon formasyon ve yapma-bozma gibi savunma yöntemlerinin kullanılmasıyla sonuçlandığı bilinmektedir. Kişinin nevrotik yatkınlık özellikleri ve çocukluk dönemiyle ilgili çatışma ve engellemelerinin çok olması durumunda, diğör insanlar için travmatik olmayan bir olayın bu kişide bozukluk gelişimine neden olabildiğı kabul edilmektedir. TSSB'de görölen

korkutucu rüyaların dinamik açıdan işlevinin, yeniden yaşantılama yoluyla gerilim yaratan duruma geç de olsa boşalım yolu sağlamak ve engel olamadığı uyaranlar üzerinde kontrol kazanılmasına olanak sağladığı belirtilmektedir (112).

Freud, şiddetli travmalar karşısında kişilerin bunu savunmasının yetersiz kaldığını, egonun bununla baş edemediğini, aşırı yüklenen egoda doğal uyum kapasitesinde yıkım geliştiği, ilkel savunma biçimlerine regrese olduğunu öne sürmektedir. Aynı şekilde olayların tekrarlayan şekilde rüyada veya dissosiyatif epizodlarla yinelenmesinin, travmatik olayı egoyla uyumlu hale getirme çabası olduğunu belirtmektedir (113).

2.3.4.2 Bilişsel Teoriler

TSSB'yi açıklamaya yönelik olarak çeşitli bilişsel teoriler öne sürülmüştür. Horowitz, TSSB'nin kişinin olay karşısındaki tehdit algısını bilişsel şemalarına özümseme ihtiyacı ile duygusal ve fizyolojik uyarılmayı normal seviyede tutma ihtiyacının çelişmesinden kaynaklandığını savunmaktadır. Kişinin uyarılmayı azaltmaya çalışırken özümseme sürecine engel olabildiği, bunun da yeniden yaşantılama (flashback) belirtilerinin daha şiddetli ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği bildirilmektedir (114).

Bir diğer yaklaşımda insanların, benlik değeri, yakınlık, bağımsızlık, güç ve güvenlik gibi temel gereksinimlerine uygun olarak şemalar geliştirdiği, kişinin yaşamında karşılaştığı olaylarla bu şemaların uygun şekilde değiştiği veya geliştirildiği öne sürülmektedir. Travmatik olayın, kişinin önceden var olan, dünyaya ve benlik algısına ait yerleşik bilişsel şemalarına zarar verdiği, travmanın boyutuna ve doğasına bağlı olarak olumsuz ve bireyin uyumunu bozacak nitelikte yeni şemaların oluştuğu belirtilmektedir (115).

Diğer bazı teorilere göre, travmatik olayın bilişsel işlevler üzerine yaptığı değişiklik yerine kişinin zaten sahip olduğu bilişsel işlevlerinin belirleyici olduğu savunulmaktadır. Bu teoriye göre travmatik bir olayın ruhsal sorunlara yol açıp açmayacağının kişinin olayı algılama biçimiyle bağlantılı olduğu öne sürülmektedir (116,117). Benzer bir yaklaşıma göre travmatik bir olay meydana geldiğinde insanların bunu anlamak, kestirmek ve kontrol edebilmek için çevrelerine ve yaşadıkları olaylara yönelik atıflarda bulunduğunu ve kişinin yaptığı bu atfın özelliğinin kişinin olaya nasıl tepki vereceğini belirlediği savunulmaktadır (117-119).

2.3.4.3 Davranışçı Teori

Bu teoriye göre; travmayla karşılaşan bireyde hazırlıksız yakalanmaya bağlı olarak ilk olarak bir karmaşa yaşandığı belirtilmektedir. Daha sonra ise travma öncesi tecrübelerin devreye girdiği ve farklı tepkiler ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Ancak bu tepkilerin yeni duruma uygun olmadığı ve verilen cevapların zamanla karmaşıklaştığı ve böylece anksiyete düzeyinin arttığı düşünülmektedir (108).

2.3.4.4 Biyolojik Kuramlar

İnsan vücudunda stres ile birlikte santral sinir sisteminde çeşitli nörotransmitter sistemlerinde değişiklikler meydana geldiği kabul edilmektedir. Genel olarak noradrenerjik, dopaminerjik, serotonerjik, opioid, GABA, glutamat sistemleri ve hipotalamo-pitüiter-adrenal eksenin (HPA) diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi TSSB gelişiminde de rolü olduğu bilinmektedir (27,30).

TSSB’de en çok incelenen sistem olan noradrenerjik sistem anksiyete, korku, uyanıklık ve seçici dikkatte rol oynamaktadır. Travma ile ilk karşılaşmada noradrenalin sentez ve salınımında artış olur, ancak tekrarlayan stres sırasında sentezin tüketilen noradrenalinini karşılayamadığı düşünülmektedir. (30,120).

Bellek işlevlerini yürütme görevi de olan prefrontal korteksin artmış stres sonrası aktivitesinde artış olması nedeniyle de TSSB’de görülen bellek bozukluklarının dopaminerjik sistem ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (121).

Serotonerjik sistemin noradrenerjik sistem ile yakın ilişkisi olduğu bilinmektedir. Bu nedenle TSSB patogenezinde rol aldığı düşünülmektedir. Hastaların büyük kısmının serotonin geri alımını engelleyen ilaçlardan (SSRI) yarar görmesi de bu görüşü desteklemektedir (122).

Opioid sisteminin, akut stres yanıtında stresin tetiklediği analjezide rolü olduğu gösterilmiştir. Naloksan gibi opiyat reseptör blokerlerinin stresin oluşturduğu analjeziyi önlemeleri etkinin opiyat sistemi aracılığı ile olduğunu göstermiştir (123,124).

Aşırı stres sonucu GABA sisteminde down regülasyon ve glutamat sisteminde etkinlik artışı olur. Bu değişikliklerin travmatik anıların belleğe yerleşmesinden sorumlu olduğu ve bunun da izleyen dönemdeki “flashback”ler ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (125).

İnsan ve hayvanlarda strese cevap olarak görülen ilk ve temel endokrin tepki HPA aktivasyonudur (126). Akut stres döneminde CRH, ACTH ve periferik kortizol düzeylerindeki artışın TSSB belirtilerinden anksiyete, korku, bellek dalgalanmaları ve aşırı uyarılmadan sorumlu olabileceği düşünülmektedir (127).

TSSB'deki nöral devreler, talamus, hipokampus, amigdala, parietal ve motor korteks, anterior singulat, orbitofrontal ve subkallozal giristan oluşan medial prefrontal korteks arasındaki karmaşık etkileşimleri kapsamaktadır (128).

2.3.5 TSSB Gelişimi

Travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkmasında ve ağırlığında bireysel ve çevresel pek çok etmenin rol oynadığı kabul edilmektedir. Travma öncesi ve sonrası yaşanan sürecin de TSSB'nin klinik bulgularını şekillendirdiği belirtilmektedir. TSSB gelişiminin bir süreç olduğu, bu sürecin genel olarak beş aşamada gerçekleştiği kabul edilmektedir (27):

1- Karmaşa aşaması: Bu dönem “şok” aşaması olarak da adlandırılmaktadır. Mağdurun kontrolünü kaybettiği, bu dönemde travmatik olay üzerinde kontrol sağlamak için bilinçli bir çaba gösteremediği, travma mağdurunun olayla ilgili öznel algısına bağlı olarak güvende olduğu hissi oluşuncaya dek veya travmatik olayın ilk “vuruş etkisi” ortadan kalkıncaya kadar sürmekte olduğu belirtilmektedir.

2- Rahatlama ve şaşkınlık aşaması: Travmanın “vuruş etkisi” ortadan kalktıktan sonra geçici bir rahatlama olduğu, ardından şaşkınlık döneminde mağdurda ne olduğu, neden olduğu ve sonuçları hakkında bir yargılama süreci başladığı belirtilmektedir.

3- Kaçınma aşaması: Mağdurun travmayı çağrıştıran her türlü uyarandan kendini uzak tutmaya çalıştığı, bu nedenle sosyal ortamlardan kaçındığı ve içine kapandığı, bu şekilde kişinin olası korku, gerginlik, huzursuzluk ve kaygısını azaltmaya çalıştığı belirtilmektedir.

4- Yeniden değerlendirme aşaması: Travma ile yüzleşme aşaması olarak kabul edilmektedir. Mağdurun travmatik süreci zihninde tekrar gözden geçirdiği belirtilmektedir. Bunu paylaşarak, zihinsel değerlendirmeden geçirip yorumlayarak yapar ve önceden beri süregelen dünya ve kendisiyle ilgili yerleşik inançlarına uydurmaya çalıştığı kabul edilmektedir. Olayın istem dışı anımsanması ve rüyalarda ortaya çıkması ise aslında olayı kontrol altına alma çabasıyla kaynaklanmaktadır. Bu dönemin çok uzun bir zaman sürebildiği, hatta aşamadığı bilinmektedir.

5- Uyum aşaması: Travmaya maruz kalan bireyin bu son döneme gelebilmesi için, olayı, olay sırasındaki davranışlarını ve bunları izleyen süreçte yaşananları içselleştirmesi gerektiği belirtilmektedir.

Her travma mağdurunun bu sürecin sonundaki uyum dönemine ulaşamadığı vurgulanmaktadır. Uyum dönemine ulaşmada kişinin travma öncesi özellikleriyle beraber, stresle baş etme gücü, travmatik olayın şiddeti, görülen zararın düzeyi, olay sonrası yeterli toplumsal, ruhsal, tıbbi destek görüp görmeme gibi etkenlerin belirleyici rol oynadığı bilinmektedir (129).

2.3.6 TSSB'nin Klinik Bulguları

TSSB gelişen kişilerdeki belirtiler üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar; yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirtileridir (130).

Yeniden yaşantılama belirtileri: İstem dışı yinelenen düşünceler, duygular ya da bedensel belirtiler şeklinde travmatik olayın yeniden anımsanması olarak tanımlanmaktadır. Travmatik olayı çağrıştıran herhangi bir uyarı ile karşılaşan kişi, aynı olay sanki yeniden oluyormuş gibi hissetmekte ve bu şekilde davranmaya başlamaktadır. Tekrarlama yaşantısı, genellikle travmatik olayla ilgili canlı görsel imgeler ve o sırada yaşanan bedensel duyuların yaşanması şeklinde olmaktadır (131).

Kaçınma belirtileri: Kişi travmatik olayı anımsatan her türlü etkinlikten uzak durmaktadır. Travmayı çağrıştıran duygular, düşünceler ve ortamlardan bilinçli olarak kaçınmakta ve bu durumdan yakınmamaktadır. Travma sonucu sevdiklerini kaybedenlerin, yeniden sevmeye/bağlanma korkusu yaşadıkları için, genel olarak insanlardan uzak durmaya, yakın ilişkiler kuramamaya çalıştıkları ifade edilmekte, sevgi ve bağlanma gibi duyguların travmatik olayı tekrar canlandırabileceği, bunun da kaçınma davranışlarına yol açabileceği belirtilmektedir. Ortaya çıkan kaçınma belirtileri nedeniyle TSSB olgularında çevreye yabancılaşma ve içe kapanmanın yanı sıra, çevrede olanlara karşı göreceli yanıtsızlık/kayıtsızlık gelişebilmektedir (132).

Artmış uyarılmışlık belirtileri: Bu belirti grubunda uyku bozukluklarının ön planda olduğu belirtilmektedir. Sıklıkla uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlük biçiminde görülmekte, kişilerin uykunun kabuslar ile bölündüğünden yakındığı gözlenmektedir. TSSB tanısı alan kişilerde uyku sırasında şiddetli kol, bacak ve vücut hareketleri olabilmektedir.

Bunun yanında uyarana tepki verme eşiğinin düşmesi (irritabilite), öfke patlamaları, odaklanma güçlüğü ve irkilme tepkileri ortaya çıkmaktadır. “Travmatik olay her an tekrar yaşanacak” duygusu, aşırı tedirginlik ve tetikte olma hissi ve kendini diken üstünde hissetme TSSB tanısı konulan bireylerde en yaygın görülen aşırı uyarılma belirtileri olarak kabul edilmektedir. Ses, ışık, dokunma gibi uyaranlara aşırı irkilme tepkisi verme, çarpıntı, solunum sıkıntısı, yerinde duramama gibi sempatik hiperaktivasyona bağlı belirtiler de bu belirti grubunda sayılmaktadır (133).

Bu çalışmada kullanılan ‘Travmatik Stres Belirti Ölçeği’ DSM-V yayımlanmadan önce oluşturulduğu için TSSB’nin DSM-IV’te yer alan tanı kriterleri aktarılacaktır. DSM-V’in bu konuyla ilgili getirmiş olduğu değişikliklerden ilerleyen bölümlerde söz edilecektir.

DSM-IV Tanı Kriterleri (48):

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,

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, illüzyonları, 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 uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan):

1. Travmaya eşlik eden 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 (örn. sevmeye 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. İrritabilite ya da öfke patlamaları,
3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme,
4. Hipervijilans,
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.

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

Aşağıdaki belirteçler travma sonrası stres bozukluğunun semptomlarının başlangıcını ve süresini belirtmek için kullanılmalıdır.

Akut TSSB: Bu tanım semptomların ortaya çıkışının üzerinden 3 aydan daha az süre geçen olgularda kullanılır.

Kronik TSSB: Bu tanım semptomların ortaya çıkışının üzerinden 3 ay ya da daha fazla süre geçen olgularda kullanılır.

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

2.3.7 DSM-V'in Getirdiği Farklılıklar

Önceki DSM'lerde anksiyete bozuklukları başlığı altında değerlendirilen TSSB, DSM-V'te travma ve stresörle ilişkili bozukluklar bölümü içinde akut stres bozukluğu ve uyum bozukluğu ile birlikte yer almıştır. DSM-V'te TSSB, "korku" kökenli tanımlanmış bir bozukluk olmaktan ziyade anhedonik/disforik belirtiler de gösterebilen, negatif bilişler ve kızgınlık, dürtüsellik ve kendine zarar verme gibi davranışsal belirtileri de olabilen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır.

DSM-IV'te C grubu içinde yer alan duygulanımda kısıtlılık, etkinliklere ilginin kaybı, insanlardan uzaklaşma, geleceği kalmadığı duygusu yaşama, travmanın hatırlanamaması ve küntleşme belirtileri DSM-V'te D grubunda sınıflanmıştır. Ayrıca DSM-V'te D grubunda kendisi, başkaları ve çevre ile ilgili sürekli ve abartılı olumsuz inanış ve beklentiler, kendisini ve çevreyi suçlamasına yol açan çarpık bilişler, süreklilik gösteren öfke, korku, dehşet, suçluluk, utanç gibi olumsuz duygular tanımlanmıştır. C grubu kaçınma belirtileri içsel ve dışsal uyaranlardan kaçınma şeklinde iki başlık altında toplanmıştır.

DSM-IV'teki D ölçütleri DSM-V'te E ölçütleri içine taşınmış olup E2 ölçütüne sakınmasız davranma ve kendine zarar veren davranışlarda bulunma eklenmiştir. Ayrıca DSM-V'te akut, kronik kavramları kaldırılmış olup "gecikmeli dışavurum gösteren tip" tanımlanmış, ancak "kimi belirtiler kısa süre içinde başlamış olsa da" ibaresi eklenmiştir. DSM-V'te dissosiyatif belirti gösteren TSSB'nin ayrıca kodlanması istenmiş ve derealizasyon ve depersonalizasyon alt başlıkları açılmıştır (34,134).

2.3.8 TSSB İle İlişkili Klinik Durumlar

Psikiyatri çevrelerince tam olarak TSSB tanı kriterlerini kapsamayan fakat bazı semptomlarını içeren travma sonrası ortaya çıkan bazı psikiyatrik bozukluklar aşağıda tanımlanmıştır.

2.3.8.1 Kısmi/Eşik Altı TSSB

Literatürde ‘Kısmi TSSB’ diğer adıyla ‘Eşik Altı TSSB’ kavramlarının tanımlanmasında iki yaklaşım göze çarpmaktadır. İlkinde DSM-IV’te belirtilen B, C ve D ölçüt gruplarından en az birer belirti gösterenler “kısmi TSSB” kabul edilmektedir. Diğerinde ise kısmi TSSB tanısı koyabilmek için B, C ve D ölçüt gruplarından ikisinin karşılanması şart koşulmaktadır (135).

Eşik altı TSSB tanısı alan kişilerde intihar düşüncesinin, alkol kullanımının, öfke ve agresyon, sosyal ilişkilerden kaçınma oranının artmış olduğu, daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları ve iş gücü kaybına uğradıkları bildirilmiştir (136-139).

Daha önce yukarıdaki gibi tanımlanan travmayla ilgili bazı belirtiler ve işlevsellikte etkilenmeye neden olan ancak tam tanı kriterlerini karşılamayan bazı bozukluklar DSM-V’te ‘Tanımlanmış Diğer Travma ve Stresörle İlişkili Bir Bozukluk’ başlığı altında yerini bulmuştur (34).

2.3.8.2 Karmaşık (Kompleks) TSSB

Travmatik olayların süregelen olarak yaşandığı veya travmanın tekrar yaşanma olasılığının yüksek olduğu, travma sonrası döneme uzun bir süre geçmesine rağmen ulaşılamayan durumlarda ortaya çıkan ruhsal tablo “Basit TSSB”den farklı olmaktadır. TSSB’de “travma sonrası” tanımı, travmanın geçmişte olduğunu ve sona erdiğini, tekrar yaşanması olasılığının hemen hemen genel popülasyonla eşitlendiğini düşündürmektedir. Belki bir trafik kazası sonrasında veya sel felaketi ardından “travma sonrası” nitelemesi, bireyin travmayla tekrar karşılaşma olasılığında önemli bir değişiklik olmadığını vurgulamak için uygun olabilir. Ancak çocuklukta cinsel/fiziksel/ruhsal kötüye kullanım, eş tarafından sürekli aşağılanma/şiddet görme, özel tip cezaevlerinde tutulma, zorunlu göç, savaş ortamında yaşama, işkence görme ve tekrar işkence görme tehdidi altında olma gibi süregelen travmatik olaylarda “travma sonrası”, Basit TSSB’de olduğundan farklı bir anlam kazanmaktadır. Tekrarlayan travmalarla karşılaşan mağdurların geliştirdikleri klinik tablolar, belirtilerin niteliği, şiddeti, kalıcı kişilik değişikliklerine neden olabilmeleriyle daha karmaşık olmaktadır (140,141).

Karmaşık TSSB, Basit TSSB'den oldukça farklı bir klinik görünümüne sahiptir. Sıklıkla bedensel belirtiler mevcuttur. Somatizasyon, dissosiyasyon ve affektif belirtiler şeklinde görülürler. Somatizasyon belirtileri genellikle baş, karın, sırt veya bel ağrıları, sindirim sistemiyle ilgili çeşitli yakınmalar şeklinde olur. Dissosiyasyon, çocukluk döneminde cinsel ve/veya fiziksel kötüye kullanıma uğrayan kişilerde genellikle çoğul kişilik bozukluğu şeklinde ortaya çıkar. Affektif belirtiler, genellikle süregelen intihar düşüncelerinin eşlik ettiği şiddetli travmatik depresyon şeklindedir. Hekimlerin tabloyu sıklıkla izole depresyon olarak değerlendirdikleri, altta yatan travmayı atlayabildikleri bilinmektedir.

Tekrarlayan travmaya uğrayan mağdurlarda, insan ilişkilerinden kaçınma, güçsüzlük hissi, terk edilme korkusu, edilgenlik, aşırı çekingen veya isyankar davranışlar ortaya çıkar. Mağdur, saldırgan karşı travmatik bağlanma gerçekleştirebilir. Aynı zamanda mağdurlarda, kendine zarar verme ve intihar davranışı sıklığı da artmıştır (26,27).

2.3.9 Komorbidite

Yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda TSSB tanısı konulan kişilerin büyük kısmında en az bir psikiyatrik bozukluğun da bu tanıya eşlik ettiği saptanmıştır. TSSB sıklıkla duygudurum bozuklukları, psikoaktif madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluklar ile birlikte görülebilmektedir (142,143). Erkeklerde en sık alkol kötüye kullanımı, ardından depresyon görülürken, kadınlarda depresyon, özgül fobi, sosyal fobi ve alkol kötüye kullanımı birlikte gözlenmektedir (53).

İtfaiye görevlileri ile yapılan bir çalışmada, TSSB bulunan kişilerin %77'sine bir psikiyatrik eş tanı konduğu ve en sık konan tanının depresyon olduğu bildirilmiştir (144). Başka bir çalışmada ise savaş gazilerinde antisosyal davranış bozukluğunun sık konan eş tanı olduğu bildirilmiştir (145).

2.3.10 Tanı ve Ayırıcı Tanı

TSSB'nin tanısı psikiyatrik muayene ve bu muayene sırasında DSM IV veya V'teki tanı kriterlerine göre konmaktadır. Yukarıdaki bölümlerde de bu kriterlerden ayrıntılı olarak söz edilmiştir. Muayene ve kriterler yanısıra psikiyatrist, psikolog veya diğer sağlık çalışanlarının

uygulayabildiği aşağıda örnekleri verilen ölçeklerden yararlanılmaktadır. Bu ölçeklerden ‘Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Skalası’, ‘TSSB Semptom Skalası-Görüşme Versiyonu’ ve ‘TSSB İçin Yapılandırılmış Görüşme’ ölçekleri tanı koydurucu ölçeklerdendir. Çalışmamızda kullanılan TSBÖ gibi çok sayıda belirti ölçeği de mevcuttur. Bu ölçeklerin ortak özellikleri tanı koymaktan çok semptom varlığını ve derecesini ölçmeleridir. Bu ölçeklerden bazıları; Davidson Travma Ölçeği, Zorlayıcı Olaylar Anketi ve Los Angeles Semptom Kontrol Listesi’dir (146).

TSSB’nin klinik bulgularının anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları ve psikotik bozukluklar ile bir kesişim kümesi oluşturduğu belirtilmektedir. Tüm bu ruhsal bozukluklarda benzer ortak bulgular bulunduğundan iyi bir ayırıcı tanı yapılması önem kazanmaktadır. Fiziksel hasara yol açan nedenlerin de (kafa travması, işkence, kötü beslenme vb.) benzer ruhsal bulgulara neden olabildiği bilinmektedir. Bellek bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, ilgi azlığı, nöbet ve demansiyel belirtilerin organik patolojilerde de görülebildiğinin göz önünde bulundurulması gerektiğine dikkat çekilmektedir (147). Ayrıca ruhsal bulgular klasik TSSB belirtileri olmaksızın, uyum bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, depresyon ya da fobi olarak da ortaya çıkabilmektedir (148).

Sosyal izolasyon, içe kapanıklık, yaşamdan zevk almama, uyku bozuklukları, odaklanma güçlüğü, irritabilite, disfori ve suçluluk duyguları hem TSSB hem de depresyonda görülebilmektedir. TSSB ile panik bozukluk arasında da sürekli anksiyete hali, ani uyarılmalar gibi belirtiler açısından benzerlikler olduğu bilinmektedir (149). TSSB ile yaygın anksiyete bozukluğu; uyku bozuklukları, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, artmış otonomik uyarılmışlık ve aşırı irkilme belirtileri bağlamında birbiriyle karışabilmektedir (26). TSSB ve özgül fobileri ayırt etmenin zor olduğu, her ikisinin de korku ve spesifik uyarandan kaçınma bulguları olduğu ancak özgül fobide başka bir bulgu olmamasının ayırıcı tanıda yol gösterici olduğu bilinmektedir (150).

TSSB’yi depresyondan ayıran özellikler; aşırı irkilme yanıtı, travmatik olayın sık sık yeniden yaşantılanması ve travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında gösterilen fizyolojik tepkilerin olmasıdır. TSSB ile panik bozukluk arasındaki klinik fark ise yeniden yaşantılama bulgularının olması ve panik bozuklukta sık gözlenen agorafobinin olmayışdır. TSSB’de olumsuz olan ve kişinin zihnini meşgul eden düşünceler travma ile ilgili iken, yaygın

anksiyete bozukluğunda mevcut olan endişeler günlük yaşam olayları ve gelecekle ilgilidir (149).

TSSB ve bazı kişilik bozukluklarının (şizotipal, paranoid, borderline ve narsisistik) da benzer bazı bulgular gösterebildiği, ayırıcı tanıda bunlara da dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (26).

Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken bir diğer durum da TSSB belirtilerinin taklit edilmesi veya bir dava sonucunda maddi kazanç sağlanmasının olası olduğu durumlarda hafif TSSB belirtilerinin kişi tarafından abartılmasıdır (151).

2.3.11 Tedavi

TSSB tedavisinde hem psikoterapi hem de farmakoterapinin yeri vardır. Bu ikisinin bir arada kullanıldığı durumlarda daha çok fayda görüldüğü bildirilmektedir (152,153).

2.3.11.1 Psikoterapi

TSSB tedavisinde psikolojik eğitim en temel yaklaşım olarak kabul edilmektedir (147).

Psikoterapötik müdahalelerin bilişsel davranışçı terapi (BDT), göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR), grup terapileri ve psikodinamik terapiler olduğu bilinmektedir. Gevşeme egzersizleri gibi daha spesifik tekniklerin de faydalı olabildiği belirtilmektedir (154).

Tedavide en sık kullanılan yaklaşım BDT olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tedavinin bilişsel tekrar yapılandırma amacına yönelik olduğu belirtilmektedir. Hastalara travma sonrası dönemde kontrol duygusunun mümkün olduğunca hızlı bir şekilde kazandırılmasının TSSB riskini azaltabildiği düşünülmektedir (81,155).

EMDR, hastanın göz hareketleri ve el vurma gibi dış uyaranlara odaklandığı sırada duygusal olarak ona rahatsızlık veren görüntü, düşünce ve duyumlara da eş zamanlı odaklanması talimatı verilerek yapılan entegre bir terapi yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Bu tedavi yönteminin anksiyete seviyesinde belirgin azalma sağladığı belirtilmektedir (154-156).

TSSB tedavisinde uygulanan psikodinamik tedavilerle ilgili kontrollü çalışma sayısının oldukça az olduğu, izlemde dinamik psikoterapi uygulanan hastaların daha fazla iyileşme gösterdiği bildirilmiştir (157).

2.3.11.2 Farmakoterapi

Literatürde farmakoterapinin TSSB tedavisinde ilk seçenek olmadığı belirtilmektedir. Psikoterapiye ek olarak uygulanması veya psikoterapiyle bütünleştirilmesine ilişkin görüş yaygın kabul görmektedir. İlk tercih olarak SSRI (selektif serotonin reuptake inhibitörleri) grubu ilaçlar önerilmektedir (158-160).

İlaç seçiminin travma sonrası ortaya çıkan semptomlara yönelik olması gerektiği vurgulanmaktadır. Endişe, çaresizlik ve dehşet gibi duyguların daha yoğun olduğu süreçlerde benzodiazepinler ve beta-bloker grubu ilaçların, karamsarlık, ilgide azalma ve suçluluk duygularının yoğun olduğu süreçlerde antidepresan ilaçların ön planda tercih edilmesi gerektiği bildirilmektedir (7). Nefazodon, venlafaksin, trisiklik antidepresanlar (TCA) ve monoaminoksidaz inhibitörlerinin (MAO-İ) tedavideki diğer alternatifler olduğu bilinmektedir (144,161).

Travmatik olay sonrasında erken dönemde (ilk haftalar ve aylarda) gelişen limbik sistem duyarlanmasını azaltma amacıyla karbamazepin, valproat, topiramat, lamotrijin, lityum gibi duygudurum düzenleyici ilaçların kullanılabileceği bilinmektedir (162).

Atipik antipsikotik ajanların, dezorganize davranışları olan ve psikotik bozukluk eşlik eden olgularda kullanımı önerilmiştir. Daha şiddetli belirtileri olan veya ek psikiyatrik hastalık olması durumlarında bu ilaçların kombinasyonu da tedavi seçenekleri arasında gösterilmiştir (162,163).

2.3.12 TSSB Klinik Seyri

Travma sonrasında gözlenen belirtilerin doğası ve bozukluğun prognozu klinik gidişe yönelik özgün bir durumun tanımlanmasını zorlaştırmaktadır (164). TSSB'nin gidişi ve sonlanması travma öncesi, sırası ve sonrasındaki etkenlere bağlı olarak değişmektedir (165).

Travma öncesindeki etkenler: Bireyin sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik hastalık öyküsü (kendisinde ve ailesinde), boşanmış olma, işsiz kalma ve geçirilmiş travma öyküsü olması olarak tanımlanmıştır.

Travma esnasındaki etkenler: Yaşanılan travmanın şiddeti, kişide yarattığı korku ve dehşetin şiddeti, kişinin yaşamını ne ölçüde tehdit ettiği, bireyin kontrol düzeyi ve zihinsel hazırlığı olarak tanımlanmıştır.

Travma sonrasındaki etkenler: Kişinin temel ihtiyaçları ve bunların nasıl karşılandığı, fiziksel ve ruhsal kaynakların kaybı, başa çıkma yöntemlerinin özellikleri, dışsal (aile/toplum) destek düzeyi ve retrainizasyon olup olmadığı olarak tanımlanmıştır (166).

İyi prognoz belirteçleri; TSSB belirtilerinin hızlı şekilde başlaması ve kısa sürmesi, bu semptomların pozitif grupta olması (kabuslar, zorlayıcı düşünceler, flashbackler, irritabilite, öfke patlamaları ve travmayı sembolize eden durumlarda fizyolojik tepkiler gösterme), hastalık öncesi işlevselliğin korunmuş olması, sosyal desteğin iyi olması, fiziksel yaralanma ya da ek hastalığın olmaması, eşlik eden psikiyatrik bozukluğun olmaması ve madde/alkol kullanımının olmamasıdır (166).

Genel nüfusta yapılan çalışmalarda TSSB belirtilerinin yıllarca devam etme eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Kessler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, TSSB tanısı olan olguların 1/3'ünde, on yıl sonra bile TSSB tanı kriterlerinin tanıyı karşılayacak düzeyde devam ettiği gösterilmiştir (53).

II. Dünya Savaşı tutuklularıyla yapılan bir çalışmada; bu kişilere yapılan ilk değerlendirmede %59 oranında TSSB saptanmış, ilkinden kırk yıl sonra yapılan değerlendirmede ise belirtilerin % 29 oranında devam ettiği bildirilmiştir (167).

TSSB'nin uzun yıllar boyunca sürmesini sağlayan etmenler arasında soy geçmişte psikiyatrik rahatsızlık olması, hastalık öncesi kişilik özelliklerinde bozukluk olması, önceden yaşanan travmatik yaşantılar, travmanın şiddeti ve yineleyen nitelikte olması, travma sonrasında TSSB haricinde başka bir psikiyatrik rahatsızlığın eşlik etmesi, aile ve yakın arkadaş desteğinin azlığı/yokluğu yer almaktadır.

TSSB sıklıkla yaşanan travmadan kısa süre sonra ortaya çıksa da, travmadan yıllar sonra bile başlayabilmektedir (106).

“Gecikmiş Başlangıçlı TSSB”nin geçerliliğini sorgulayan kimi araştırmacılar, bu olguların aslında tanısı geç konulmuş TSSB olguları veya eşik altı TSSB'nin alevlenmesi olduğunu öne sürmüşlerdir. Solomon ve arkadaşlarının 1982 Lübnan Savaşından altı ay ve beş yıl sonra psikiyatrik yardım isteyen İsrailli askerleri değerlendirdikleri çalışmada, olguları beş grupta toplamışlardır:

- 1) Gecikmiş yardım arama %40
- 2) Eşik altı (subklinik) TSSB alevlenmesi %33
- 3) 1973'teki Yom Kippur Savaşından kaynaklanan ve daha sonra iyileşmiş TSSB'nin reaktivasyonu %13

- 4) Geç başlangıçlı TSSB %10
- 5) TSSB dışındaki psikiyatrik bozukluklar %4

Geç yardım isteyen grup, savaştan sonra hastalığın bulgularını göstermesine karşın, semptomlar dayanılmaz hale gelmeden yardım aramayan kişiler olduğu şeklinde yorum yapılmıştır. Gerçek gecikmiş başlangıçlı vakalarda bile, travmadan sonra en az birkaç semptomun görüldüğünü belirtmişlerdir (168).

Bir çalışmada, ilk ayda yapılan değerlendirmede yeniden yaşantılama belirtilerinin, ardından da kaçınma belirtilerinin yoğun olduğu, 13. aydaki değerlendirmede ise öfke ve somatik belirtilerde artış saptandığı bildirilmiştir (169). Başka bir çalışmada da travma sonrası 10. ayda yapılan değerlendirmede aşırı uyarılmışlık belirtilerinin en yüksek, kaçınma belirtilerinin en düşük oranda gözleendiği, zamanla yeniden yaşantılama belirtilerinde azalma olduğu ancak kaçınma belirtilerinde giderek artma olduğu bildirilmiştir (170).

2.4 Travmanın Adli Tıbbi Değerlendirilmesi

Yaralama suçlarında ceza uygulandığı eski dönemlerden beri bilinmektedir. Daha önceleri kısasa kısas şeklinde uygulanan cezalandırma yöntemlerinin, sonraki dönemlerde yerini toplumsal yapı ve hukuk kurallarının gelişmesi ile birlikte modern hukuk sistemlerine bıraktığı belirtilmektedir (171).

1926-2005 yılları arasında değişikliklerle yürürlükte olan 765 sayılı TCK'nın ikinci faslında, “Şahıslara Karşı Müessir Fiiller” başlığı altında yer alan 456-460. maddelerde de güncel TCK ile benzer unsurlara yer verildiği gözlenmiştir. Yaralanma sonucu oluşan zararın derecesi tanımlanırken bir kişinin “sıhhatini ihlal yahut akli melekelerine teşevvüş husulü” kavramının kullanıldığı, bu kavramın da travmadan fiziksel etkilenme kadar oluşabilecek ruhsal travmanın da cezai yaptırımının olduğu anlaşılmaktadır. Aynı zamanda 456. maddenin 3. fıkrasında, ‘Çok Ağır Zararlar’ başlığı altında bulunan ‘İyileşemeyecek akıl ve beden hastalıkları’ da cezayı artırıcı bir etmen olarak gösterilmektedir (172). 765 sayılı TCK'nın yürürlükte olduğu dönemde yaralanma ağırlıklarının standardizasyonu için oluşturulmuş ‘Kişilerin Vücut Bütünlüğünde Oluşturulan Zararların Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi’ kılavuzu gözden geçirildiğinde, ruhsal travmayla ilgili herhangi bir derecelendirme ve açıklama bulunmadığı gözlenmiştir.

Ülkemizde yürürlükte olan 5237 sayılı TCK'ya göre yaralama suçlarının cezalandırılmasında, travmayla ilgili çeşitli değişkenler göz önünde bulundurulmaktadır. Bunlardan bazıları; üstsoy, altsoy, kardeş ya da eşe uygulanması, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak kişilere karşı uygulanması, silahla uygulanması, yerine getirilen kamu görevi nedeniyle olması, kamu görevlisinin nüfuzunu kötüye kullanması nedeniyle olması şeklinde olup olayın oluş şekli ve niteliğini ilgilendirmektedir. Ayrıca, travmanın kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığında oluşturduğu etkinin derecesi de cezanın ağırlığında belirleyici olmaktadır. Bunların başlıcaları; yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olup olmaması, kişinin yaşamını tehlikeye sokan bir duruma neden olup olmaması, yüzünde sabit iz veya kalıcı değişikliğe neden olup olmaması, duyu ya da organlardan birinin işlevlerinde sürekli zayıflama/yitirmeye neden olmasıdır (173).

Bu durum 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun (TCK) ikinci bölümünde, 'Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar' başlığı altında 86-89. maddelerde düzenlenmiştir. Bu suçlarda, suçun kasıtlı veya taksirli olup olmaması, meydana gelen zararın niteliğine ve ağırlığına göre ceza oranları değişmektedir (174).

TCK'nın 86. maddesinin 1. fıkrasında temel olarak travmanın bir kişide fiziksel veya ruhsal bir zarar getirip getirmemesi ele alınmaktadır. Bu madde "başkasının vücuduna acı veren/sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanma" olarak tanımlanmıştır. Bu maddede kişinin fiziksel bütünlüğü, acı veya ağrı yaşamış olması yanında "Kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma" tanımı ile travmanın ruh sağlığı üzerine olan etkilerine işaret edilmektedir (25,174). Bu maddenin 2. fıkrasında, meydana gelen fiziksel ve ruhsal zararın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmasının daha az ceza gerektirdiği, aynı zamanda şikayete bağlı olduğu belirtilmektedir (174).

Adli olguların medikolegal yönden değerlendirilmesinde resmi makamların isteği üzerine hekimler, diğer sağlık çalışanları ve adli bilimlerin diğer alanlarında çalışanlar tarafından bilirkişilik görüşlerini içeren adli raporlar düzenlenmektedir (175). Bu hizmetler, Adalet Bakanlığı'na bağlı Adli Tıp Kurumu, üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dalları, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve Adli Tıp Enstitüsü tarafından sağlanmaktadır. Düzenlenen adli raporlar ve diğer tüm bilirkişilik görüşlerinin, suçun ağırlığının belirlenmesinde, soruşturma süreçlerinde hem ceza hem de tazminat davalarında belirleyici rolü olduğu bilinmektedir. Bu nedenle travmanın kişilerde oluşturduğu zarar derecesinin objektif olarak

belirlenebilmesi için daha kapsamlı ve yeni TCK ile uyumlu standart kriterlere gereksinim duyulmuştur (175,176). Bu doğrultuda 2005 yılında, T.C Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği tarafından “‘Türk Ceza Kanunu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi” isimli bir kılavuz oluşturulmuştur. Bu kılavuzda, vücuttaki tüm sistemlere ait yaralanmalar ve TCK’da belirtilen maddelerin hangisine karşılık geldiğine yer verilmiştir. Kılavuzun ağırlıklı olarak travmanın fiziksel sonuçlarına yer verdiği gözlenmektedir. Travma sonrası ortaya çıkabilecek ruhsal bozukluklarla ilgili ‘Travma Sonrası Gelişen Ruhsal Bozuklukların Değerlendirmesi’ başlığı altında oldukça küçük bir bölüm olduğu dikkati çekmektedir. Bu bölümde; kişide geçirdiği travma sonrası ortaya çıkan, uluslararası tanı kriterlerini dolduran tüm psikiyatrik tanılarının algılama yeteneğinin bozulmasına neden olduğu ve basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif bir yaralanma olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca travmatik olaya bağlı ortaya çıkan psikozlar, demans, diğer nörolojik ve bilişsel işlev kaybı ile seyreden ağır, kalıcı psikiyatrik bozukluk ve sendromların iyileşme olanağı bulunmayan hastalık kategorisinde oldukları belirtilmektedir (177).

Adli Tıp Kurumu ve Adli Tıp Anabilim Dalları tarafından medikolegal değerlendirme raporları düzenlenen olgularla yapılan çok sayıda çalışmada, olguların yaralanma etiyojisi, yaralanan vücut bölgeleri, yaralanma ağırlıkları ve rapor düzenlenen konular açısından değerlendirildiği, ruhsal travma veya travmanın ruhsal komponentinin bu incelemelere dahil edilmediği, yaralanma ağırlığı değerlendirilirken ele alınmadığı gözlenmiştir (172,175,178). Adli olgularda ruhsal travmanın araştırıldığı çalışmalarda da daha çok olgularda gözlenen ruhsal bulguların tanı kriterlerini doldurup doldurmadığının değerlendirildiği, TCK’ya göre yaralanma derecesine etkilerinden söz edilmediği gözlenmiştir (9,25). Yapılan bir çalışmada, geçirdikleri fiziksel travma nedeniyle medikolegal değerlendirmesi yapılan hastalardan istenilen psikiyatri konsültasyonları sonucu olguların %45’inde TCK’ya göre değerlendirilen yaralanma ağırlıklarında değişiklik olduğu gözlenmiştir (179).

Ülkemizde ve dünyada travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların çok sayıda araştırma ile ortaya konduğu bilinmektedir (6-14). Bu çalışmaların daha çok kişiler arası ve aile içi şiddet, cinsel istismar, savaş gazileri ve doğal afet kurbanları ile yapılmış olduğu gözlenmekte, diğer fiziksel travma kurbanlarıyla (trafik kazası, iş kazası, yanık, düşmeler) ilgili yapılmış daha az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (15-20).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Adli Tıp Anabilim Dalımıza başvuran ve psikiyatri konsültasyonunu kabul etmeyen şiddet dışı travmalar nedeniyle yaralanan olgularda travma sonrası stres bozukluğu ve eşlik eden major depresif bozukluk bulgularının varlığını bir ölçek yardımıyla ortaya koymak, sosyodemografik, sosyoekonomik ve travmayla ilgili özelliklerin bulguların ortaya çıkmasında etkili olup olmadığını araştırmak ve çalışmamızda da kullanılacak olan Travmatik Stres Belirti Ölçeği'nin (TSBÖ) adli tıp pratiğinde uygulanabilirliğini değerlendirmektir.

3.2 Araştırmanın Türü

Araştırmamız şiddet dışı travmalar sonucu ortaya çıkabilecek bazı ruhsal bulguları ortaya koyabilmek amacıyla geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek kullanılarak yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 24.04.2017-31.12.2017 tarihleri arasında Anabilim Dalımız polikliniğine başvuran, resmi makamlarca medikolegal değerlendirme yapılması istenen, şiddet dışı travmalar nedeniyle yaralanmış hastalar oluşturmaktadır.

3.4 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın planlama aşamasında %80 güç ve %95 güven düzeyiyle altı aylık süre zarfında en az 59 olguyla görüşülmesi amaçlanmıştır. Ancak belirlenen zaman aralığında planlanan olgu sayısına ulaşamadığı için veri toplama süresi yaklaşık iki ay uzatıldı. Kriterlerimize uygun 64 olgu ile görüşüldü.

Araştırmanın örnekleme, çalışmanın amacına uygun şekilde, 24.04.2017-31.12.2017 tarihleri arasında Anabilim Dalımız polikliniğine başvuran, şiddet dışı travmalar nedeniyle yaralanmış olgulardı. Yerli ve yabancı literatürde ‘şiddet dışı travma’ tanımı olmamakla birlikte kaza, istemsiz travmalar, kasıtlı olmayan travma olguları, şiddet dışı travmalar olarak kabul edildi. Buna göre trafik kazaları, iş kazaları, düşmeler, yanıklar, elektrik yaralanmaları vb. yaralanmalar olgu grubumuzu oluşturdu.

Çalışmaya alınma kriteri olarak 18 yaşın üzerinde olmak, yaşadığı travmanın üzerinden en az bir ay geçmiş olması, nörolojik veya psikiyatrik nedenlerle kognitif fonksiyonlarında etkilenme olmaması ve tarafımızca önerilen psikiyatri konsültasyonunu kabul etmemesi belirlendi.

3.5 Araştırma Önerisinin Sunumu

Araştırma önerisi “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Yönergesi” çerçevesinde Adli Tıp Anabilim Dalı Akademik Kuruluna sunuldu. DEÜTF Adli Tıp Anabilim Dalının Akademik Kurul kararıyla çalışmanın uzmanlık tezi olarak belirlenmesine karar verildi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul izninin (Ek 1) de alınmasından sonra Anabilim Dalımız polikliniğinde çalışmamıza başlandı.

3.6 Veri Toplama Araçları

Çalışmanın amacına uygun şekilde, üç bölümden oluşan veri kayıt formu oluşturuldu (Ek 2). Formun başlangıcında katılımcıları bilgilendiren aydınlatılmış onam bölümü bulunmaktadır.

Veri kayıt formunun ilk bölümünü yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek grubu, gelir algısı ve tıbbi özgeçmişin sorgulandığı sorular ve kişinin geçirmiş olduğu travma ve travma sonucu oluşan yaralanmanın TCK’nın 86 ve 89. maddelerine göre ağırlıkları ve özellikleri ile ilgili sorular yer almaktadır.

Formun ikinci bölümünü TSSB’nin DSM-IV tanı kriterlerini ve MDB’nin semptomlarını içeren TSBÖ yer almaktadır. Bu ölçek, 1999 yılında ülkemizde, Aker ve arkadaşları (41) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Likert tipi (0-3), 23 sorudan oluşan ve öz bildirim şeklinde uygulanan bir semptom tarama ölçeğidir. Ölçeğin ilk

17 sorusu TSSB, son 6 sorusu MDB semptomlarına yöneliktir. Sensitivite (%81,%83) ve spesifite (%81, %73) oranlarının en yüksek olduğu puanlar cutoff değeri olarak kabul edilmiştir. Bu değerler TSSB için 25/51, TSSB ve eşlik eden MDB için 38/69'dur.

TSBÖ bir öz bildirim ölçeği olmakla birlikte, hastalarla iletişimin daha sağlıklı kurulabilmesi ve uygulamadaki aksaklıkların minimuma indirilmesi amacıyla mevcut olan sorular hastalara araştırmacı tarafından yöneltildi. Uygulama sırasında aynı zamanda, bu sürecin ortalama kaç dakika sürdüğü de değerlendirildi. Ölçeğin uygulanmasının ortalama on dakika sürdüğü gözlemlendi.

Formun üçüncü bölümünde, TSBÖ'de söz edilen sorunların toplamda kişiyi ne kadar rahatsız ettiğini, işlevselliğini ve sosyal yaşantısını ne derecede etkilediğini ve ruhsal açıdan yardım talep edip etmediğini araştıran, üç sorudan oluşan Yeti Yitimi Formu (YYF) yer almaktadır.

3.7 Verilerin Elde Edilmesi

Verilerin elde edilmesi amacıyla 24.04.2017-31.12.2017 tarihleri arasında medikolegal değerlendirme yapılması için DEÜTF Adli Tıp Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve araştırmamızın kriterlerine uygun 64 olgu ile görüşüldü ve bu olguların tamamı çalışmaya alındı. Aydınlatılmış onamları alınarak veri kayıt formunun sosyodemografik ve travma özellikleri ile olan bölümü araştırmacı tarafından sorular sorularak dolduruldu. Ayrıca veri kayıt formunun devamındaki TSBÖ ve YYF de yine araştırmacı tarafından olgulara sorular yöneltilerek uygulandı. Anabilim Dalımızca düzenlenen medikolegal değerlendirme raporları incelenerek travmayla ilgili bilgileri veri kayıt formuna işlendi.

3.8 Verilerin Değerlendirmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 for Windows kullanılarak yapıldı. Analiz sonucu elde edilen kategorik verilerde parametrik ki-kare testi %95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Ki-kare testinin varsayımları sağlanamadığında Fisher'ın kesin testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin çözümlenmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk için Kalmogorov-Smirnov, 50 kişinin altındaki gruplarda Shapiro-

Wilk testi kullanılmıştır. Alfa yanılma düzeyi 0,05'in altında olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Polikliniğimize başvuran olgu sayısı ve araştırmanın süresinin kısıtlı olması nedeniyle istenenden az sayıda olgu çalışmaya alınabildi. Veri toplama süresi sınırlı olduğu için olgularla sadece birer kez görüşülebildi. Bu nedenle ruhsal travma bulgularının zaman içindeki değişimlerinin değerlendirilememesi çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Çalışmamızda; veri toplama süresi içinde gereç ve yöntem bölümünde belirtilen kriterlere uygun 64 olgu ile görüşüldü. Aşağıda bu olguların veri toplama formunda yer alan sosyodemografik verileri, travma ile ilgili bilgileri ve uygulanan ‘Travmatik Stres Belirti Ölçeği’ne göre sonuçları aktarılacaktır.

Çalışmaya alınan 64 olgunun %57,8’i erkek, %42,2’si kadındı. Tüm olgular birlikte değerlendirildiğinde yaş ortalamaları $41,30 \pm 16,65$ (18-91 yaş) olarak bulundu. Olguların %60,9’unun evli, %39,1’inin bekar olduğu, bekar olguların 9’unun boşanmış olduğu, bu 9 olgunun 2’sinin yaşamış olduğu travma sonrasında boşanmış olduğu bilgilerine ulaşıldı (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların cinsiyet ve medeni durumları

	Evli N (%)*	Bekar N (%)*	Toplam N (%)*
Erkek	24 (64,8)	13 (35,2)	37 (100)
Kadın	15 (55,5)	12 (44,5)	27 (100)
Toplam	39 (60,9)	25 (39,1)	64 (100)

*= Satır yüzdesi

Olguların öğrenim durumları tablo 4'te belirtilmiştir.

Tablo 4. Olguların eğitim durumları

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
Yüksek öğrenim/üniversite	7	10,9
Lise	16	25,0
Ortaokul	16	25,0
İlkokul	19	29,7
Okur yazar	3	4,7
Okur yazar değil	3	4,7
Toplam	64	100

*= Satır yüzdesi

Olguların %42,2'sini nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların oluşturduğu, %15,6'sının profesyonel meslek gruplarından birine mensup olduğu öğrenildi (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların meslek gruplarına göre dağılımı

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
Profesyonel meslek grupları	10	15,6
Teknisyenler, teknikerler	6	9,4
Büro hizmet çalışanları	3	4,7
Hizmet ve satış elemanları	5	7,8
Tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	3	4,7
Sanatkarlar	2	3,1
Tesis ve makine operatörleri/montajcıları	8	12,5
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	27	42,2

*=Satır yüzdesi

Olgulara gelir algıları sorulduğunda %50'si de gelirinin giderinden az olduğunu bildirdi (Tablo 6).

Tablo 6. Olguların gelir algısı

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
Az	32	50
Denk	29	45,3
Çok	3	4,7

*= Satır yüzdesi

Olguların tıbbi özgeçmişleriyle ilgili bilgiler Tablo 7’de belirtilmiştir.

Tablo 7. Olguların tıbbi özgeçmişleri

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
Kronik/doğumsal hastalık	17	26,6
Fiziksel travma	13	20,3

*= Satır yüzdesi

Medikolegal yönden değerlendirilmesi amacıyla polikliniğimize yönlendirilmiş olan ve çalışma grubunu oluşturan olguların yaralanma nedenleri değerlendirildi. %78,1’inin trafik kazaları nedeniyle yaralandığı, %10,9’unun iş kazası sonucu yaralandığı gözlemlendi. Olguların diğer yaralanma nedenleri Tablo 8’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Trafik kazası sonucu yaralanmış olan 50 olgunun %20’sinin yaya olduğu, %40’ının motorlu taşıt sürücüsü, %38’inin motorlu taşıtlarda yolcu olduğu gözlemlendi (Tablo 9).

Tablo 8. Olguların yaralanmasına neden olan travma türleri

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
Trafik kazası	50	78,1
İş kazası	7	10,9
Düşme	2	3,1
Elektrik teması	1	1,6
Ateşli silah yaralanması	2	3,1
Hayvan saldırısı	2	3,1
Toplam	64	100

*= Satır yüzdesi

Tablo 9. Trafik kazası olgularının sınıflandırılması

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
AİTK-sürücü	7	14
AİTK-yolcu	17	34
ADTK	10	20
MK-sürücü	13	26
MK-yolcu	2	4
BK-sürücü	0	0
BK-yolcu	1	2
Toplam	50	100

*= Satır yüzdesi

Olgularımızın %60,9'unun geçirdiği travma üzerinden 1 yıldan fazla zaman geçmiş olduğu bilgisi edinilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Travma üzerinden geçen süre

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
1-6 ay	20	31,3
6-12 ay	5	7,8
1 yıl ve üzeri	39	60,9

*= Satır yüzdesi

Olgulara travmaların meydana geldiği yer sorulduğunda %78,1'i trafikte yaralandığı belirtmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Travmanın meydana geldiği yer dağılımı

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
Trafik	50	78,1
İş yeri	7	10,9
Dış alan	6	9,4
Ev	1	1,6
Toplam	64	100

*= Satır yüzdesi

Olguların % 40,6'sı yaşadığı kaza sırasında kendisinden başka kişi ya da kişilerin de yaralandığını ya da öldüğünü bildirdi.

Olguların yaşadıkları travma sonrası hastaneye yatma ve ameliyat olma durumları Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Olguların hastane yatış ve ameliyat olma durumları

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
Hastane yatışı	40	62,5
Ameliyat	32	50,0

*= Satır yüzdesi

Yaralanan vücut bölümleri değerlendirildiğinde en sık yaralanan vücut bölgesinin % 75 oranıyla ekstremiteler olduğu gözlemlendi. Yaralanan vücut bölümleriyle ilgili ayrıntılı bilgi Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13. Olguların yaralanan vücut bölgelerine göre dağılımı

	Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
Baş/Boyun	25	39,1
Toraks	15	23,4
Batın/Pelvis	18	28,1
Ekstremiteler	48	75,0
Multipl	30	46,8

*= Satır yüzdesi

Travma esnasında olgulara alkol ya da uyutucu/uyuşturucu/uyarıcı madde etkisi altında olup olmadıkları sorulduğunda sadece 1 olgu alkol etkisi altında olduğunu belirtti.

Sosyodemografik veri formunun sonunda olgulara yaşadıkları travmadan sonra en çok hangi konuda sorun yaşadıkları soruldu. Olguların %59,4'ü yaşadıkları fiziksel rahatsızlıklardan, %20,3'ü travmanın ruhsal etkilerinden, %12,5'i maddi ve mesleki problemlerle ilgili sorunlar yaşadığını belirtti. İki olgu, uzun süre evde yatmak zorunda kaldığı için sosyal hayatlarında etkilenme olduğunu, iki olgu uzun süren tedavi sürecinin ve sürekli hastaneye gidip gelmenin güçlüklerinden söz etti. Bir olgu da hukuki temsilcinin yetersizliği nedeniyle dava açmakta çok geç kaldığını belirtti.

Anabilim Dalımızca düzenlenmiş olan medikolegal değerlendirme raporları incelendi. TCK'ya göre yaralanma ağırlıkları değerlendirildiğinde; %26,6'sında yaşamsal tehlike olduğu, %76,6'sında kemik kırığı meydana geldiği, %15,6'sının basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde yaralandığı ortaya kondu (Tablo 14).

Tablo 14. Anabilim dalımızda yapılan medikolegal değerlendirmelerde

TCK'ya göre olguların yaralanma ağırlığının dağılımı

		Olgu sayısı (N)	Yüzde olarak oranı (%)*
Basit tıbbi müdahale	Giderilebilir	10	15,6
	Giderilemez	54	84,4
Kemik kırığı	Var	49	76,6
Hayati tehlike	Var	17	26,6
Yüzde sabit iz	Var	5	7,8
	Yok	54	84,4
	Değerlendirilemedi	5	7,8
İşlev	Yok	20	31,3
zayıflaması/yitirilmesi	İşlev zayıflaması	16	25,0
	İşlev yitirilmesi	6	9,4
	Değerlendirilemedi	22	34,4

*= Satır yüzdesi

Olguların uygulanan ‘Travmatik Stres Belirti Ölçeği’ sonuçları değerlendirildi. Ölçek sonunda yapılan puanlamalara göre; 13 (%20,3) olgunun (cutoff=25) TSSB belirtilerini karşıladığı gözlemlendi. Bu 13 olgunun 9’unda (%69,2) TSSB’ye eşlik eden MDB (cutoff=38) bulguları olduğu gözlemlendi.

Olgularda ölçek sonucuna göre TSSB (N=13) ve eşlik eden MDB (N=9) belirtileri varlığı ile sosyodemografik veriler ve travma özellikleri arasında anlamlı ilişki olup olmadığı değerlendirildi. Buna göre;

Ölçek puanları TSSB ile uyumlu olan 13 olgunun %61,5’inin erkek, %38,5’inin kadın olduğu görüldü. Yaş ortalamaları 41,30 (23-60) olarak bulundu. TSSB ve MDB ile uyumlu olan 9 olgunun %55,6’sının erkek, %44,4’ünün kadın olduğu gözlemlendi. Yaş ve cinsiyet ile TSSB ve eşlik eden MDB pozitifliği arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p=0,622$, $p=0,765$, $p=0,761$, $p=0,882$).

TSSB ile uyumlu 13 olgunun %76,9’unun evli, %7,7’sinin bekar, %15,4’ünün boşanmış olduğu, TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu 9 olgunun %66,7’sinin evli, %11,1’inin bekar, %22,2’sinin boşanmış olduğu öğrenildi. TSSB ve eşlik eden MDB pozitifliğinin evli ve boşanmış olgularda oransal olarak daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,092$, $p=0,503$) (Tablo 15).

Tablo 15. TSSB ve eşlik eden MDB ile olguların medeni durumları arasındaki ilişkisi

	Evli	Bekar	Boşanmış	Toplam
	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*
TSSB (+)	10 (76,9)	1 (7,7)	2 (15,4)	13 (100)
TSSB ve MDB (+)	6 (46,1)	1 (7,7)	2 (15,4)	9 (100)
TSSB (-)	29 (56,8)	15 (29,4)	7 (13,7)	51 (100)

*= Satır yüzdesi, $p=0,092$, $p=0,503$

TSSB ile uyumlu 13 olgunun %37,5'inin lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu, %62,5'inin ise ortaokul ve altı eğitim düzeyinde olduğu, TSSB ve MDB ile uyumlu 9 olgunun %44,4'ünün lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu, %55,6'sının ortaokul ve altı eğitim düzeyinde olduğu gözlemlendi. TSSB ve eşlik eden MDB pozitifliği ile olguların eğitim düzeyi arasında istatistiksel ilişki olmadığı ortaya kondu ($p=0,536$, $p=0,613$).

TSSB ile uyumlu olguların %46,2'sinin, TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olguların %44,4'ünün nitelik gerektirmeyen işlerde çalıştığı görüldü. Olguların meslek grubuyla TSSB ve eşlik eden MDB varlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,746$, $p=0,882$).

Olguların gelir düzeyi algıları ile ölçek puanları birlikte değerlendirildiğinde; TSSB ile uyumlu olguların %76,9'unun gelirinin giderinden az olduğu, TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olguların %88,9'unun gelirinin giderinden az olduğu gözlemlendi. Gelir durumu düşüklüğü ile TSSB ve eşlik eden MDB gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,015$, $p=0,013$) (Tablo 16).

Tablo 16. TSSB ve eşlik eden MDB ile gelir algısı arasındaki ilişki

	Az	Denk	Çok	Toplam
	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*
TSSB (+)	10 (76,9)	2 (15,2)	1 (7,6)	13 (100)
TSSB ve MDB (+)	8 (88,9)	1 (11,1)	0 (0)	9 (100)
TSSB (-)	22 (43,1)	27 (52,9)	2 (3,9)	51 (100)

*= Satır yüzdesi, $p=0,015$, $p=0,013$

TSSB pozitifliği bulunan olguların yaşadıkları travmaya neden olan olay türü değerlendirildiğinde; %69,2'sinin trafik kazası, %23,1'inin iş kazası nedeniyle yaralandığı, TSSB ve eşlik eden MDB belirtileri olan olguların %77,8'inin trafik kazaları nedeniyle yaralandığı ortaya çıktı. İstatistiksel incelemede olay türleri ile TSSB ve eşlik eden MDB pozitifliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,385$, $p=0,142$, $p=0,978$).

TSSB ile uyumlu olguların %92,3'ünde, TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olguların tamamında olay üzerinden en az bir yıl geçmiş olduğu gözlemlendi. Olay üzerinden 1-6 ay geçen 20 olgunun hiçbirinde TSSB ve eşlik eden MDB pozitifliği saptanmamıştır. Olay üzerinden geçen sürenin bir yılın üzerinde olması ile TSSB ve eşlik eden MDB pozitifliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p=0,005$, $p=0,007$) (Tablo 17).

Tablo 17. TSSB ve eşlik eden MDB ile olay üzerinden geçen süre arasındaki ilişki

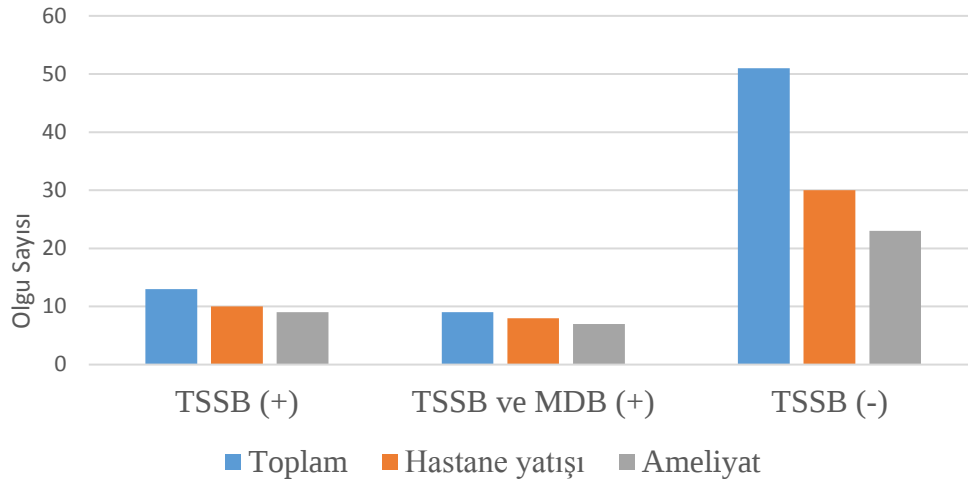
	1-6 ay	6-12 ay	1 yıl ve üzeri	Toplam
	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*
TSSB (+)	0	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100)
TSSB ve MDB (+)	0 (0)	0 (0)	9 (100)	9 (100)
TSSB (-)	20 (39,2)	4 (7,8)	27 (52,9)	51 (100)

*= Satır yüzdesi, $p=0,005$, $p=0,007$

TSSB ile uyumlu olguların %30,8'i, TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olguların %33,3'ü olay sonucunda kendilerinden başka kişilerin de yaralandığını/öldüğünü belirtti. Bu değişkenle TSSB ve eşlik eden MDB pozitifliği arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlenmedi ($p=0,418$, $p=0,671$).

TSSB ile uyumlu olguların %76,9'unun hastane yatışı öyküsünün olduğu, %69,2'sinin de ameliyat edilerek tedavi edildiği öğrenildi. TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olgularda bu oranların sırasıyla %88,9 ve %77,8 olduğu öğrenildi. Tüm olgularla karşılaştırıldığında bu oranlar daha yüksek olarak bulundu (%62,5, %50). Olguların travma nedeniyle hastaneye yatış veya ameliyat olması ile TSSB ve eşlik eden MDB pozitifliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p=0,339$, $p=0,106$, $p=0,076$, $p=0,073$) (Grafik 1).

Grafik 1. TSSB ve eşlik eden MDB ile hastane yatışı ve ameliyat öyküsü arasındaki ilişki



(p=0,339, p=0,106, p=0,076, p=0,073)

TSSB ile uyumlu olguların %38,5'inde baş-boyun, %15,4'ünde toraks, %46,2'sinde batin-pelvis, %69,2'sinde ekstremiteler yaralanmaları olduğu, %46,2'sinde birden fazla vücut bölümünde yaralanma olduğu gözlemlendi. TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olgularda oranların sırasıyla %33,3, %22,2, %55,6, %77,8 ve %55,5 olduğu, tüm olgular dikkate alındığında batin/pelvis yaralanmalarının TSSB ve eşlik eden MDB pozitifliği olan olgularda belirgin olarak yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yaralanma bölgesi ile TSSB ve eşlik eden MDB gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 18).

Tablo 18. TSSB ve eşlik eden MDB ile yaralanma bölgesi arasındaki ilişki

	Baş/Boyun	Toraks	Batın/Pelvis	Ekstremit	Multipl
	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*
	[p]	[p]	[p]	[p]	[p]
TSSB (+)	5 (38,5)	2 (15,4)	6 (46,2)	9 (69,2)	6 (46,2)
	[0,960]	[0,443]	[0,105]	[0,590]	[0,953]
TSSB ve	3 (33,3)	2 (22,2)	5 (55,6)	7 (77,8)	5 (55,5)
MDB (+)	[0,704]	[0,926]	[0,052]	[0,836]	[0,573]
TSSB (-)	20 (39,2)	13 (25,4)	12 (23,5)	39 (76,5)	30 (58,8)

*= Satır yüzdesi

TSSB ile uyumlu olguların %38,5'i yaşadıkları travma sonrası en çok fiziksel problemlerden, %38,5'i ruhsal bulgulardan, %15,4'ü ailesi ile yaşadığı problemlerden rahatsız olduğunu belirtti. 1 olgu da yaşadığı travma sonucu meydana gelen yaralanmaları nedeniyle işten çıkarıldığını, bunun kendisini çok rahatsız ettiğini belirtti. TSSB pozitifliği ile bu problemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,051$, $p=0,080$, $p=0,516$).

TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu 13 olgunun TCK'nın 89. maddesine göre yaralanmalarının ağırlığı olguların anabilim dalımızca düzenlenen adli raporları incelenerek değerlendirildi. Tüm olgularda yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek ölçüde olduğu, TSSB ile uyumlu olguların %92,3'ünde kemik kırığı meydana geldiği, %30,8'inde yaşamı tehlikeye sokacak nitelikte olduğu gözlemlendi. TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olgularda bu oranların %88,9 ve %22,2 olduğu belirlendi. TSSB ile uyumlu olguların %46,2'sinde duyularından veya organlarından birinin işlev zayıflaması, %23,1'inde işlev kaybı olduğu ortaya çıktı. TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olgularda bu oranların %66,7 ve %22,2 olduğu gözlemlendi.

TSSB ve eşlik eden MDB belirtileri olan olguların TCK'ya göre yaralanma ağırlıklarının tüm olgulara göre daha fazla olduğu ancak bu oransal fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulundu (Tablo 19).

Tablo 19. TSSB ve eşlik eden MDB ile TCK'ya göre yaralanma ağırlıkları arasındaki ilişki

		TSSB (+)	TSSB (-)	TSSB ve MDB (+)
		N (%)#	N (%)#	N (%)#
Basit tıbbi müdahale	Giderilebilir	0 (%0)	10 (19,6)	0 (%0)
	Giderilemez	13 (%100)	41 (80,4)	9 (%100)
Kemik kırığı	Var	12 (%92,3)	37 (72,5)	8 (%88,9)
Hayati tehlike	Var	4 (%30,8)	13 (25,4)	2 (%22,2)
Yüzde sabit iz	Var	2 (%15,4)	3 (5,9)	1 (%11,1)
İşlev	Zayıflama	6 (%46,2)	10 (19,6)	6 (%66,7)
zayıflaması/yitirilmesi	Yitirilme	3 (%23,1)	3 (5,9)	2 (%22,2)

#= Sütun yüzdesi

TSSB ile uyumlu olgularda ortalama hastane yatış süresi 15,62 gün, TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olgularda 20,89 gün, diğer olgularda yatış süresinin daha düşük olduğu (9,49 gün) olarak bulunmuştur. Hastane yatış süreleri arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,601$, $p=0,343$).

Olgulara yaşadıkları travma sonucunda iş kaybı, maddi problemler, ailesel sorunlar, boşanma vb. sosyoekonomik kayıpları olup olmadığı sorulduğunda; TSSB ile uyumlu ölçek puanı olan olguların %69,2'si sosyoekonomik kayıplar yaşadığını belirtmiştir. TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olguların %77,8'i benzer kayıplar yaşadığını bildirmiştir. Ölçek puanları cutoff değerlerinin altında olan olguların ise %21,6'sı geçirdiği travma sonrasında sosyoekonomik kayıplar yaşadığını belirtti. Travma sonrası ortaya çıkan sosyoekonomik kayıplar ile TSSB ve eşlik eden MDB gelişmesi arasında kuvvetli istatistiksel ilişki bulundu ($p=0,001$) (Tablo 20).

Tablo 20. TSSB ve eşlik eden MDB ile sosyoekonomik kayıplar arasındaki ilişki

Sosyoekonomik kayıp			
	Var	Yok	Toplam
	N (%)*	N (%)*	N (%)*
TSSB (+)	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100)
TSSB ve MDB (+)	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100)
TSSB (-)	11 (21,6)	40 (78,4)	51 (100)

*= Satır yüzdesi, p=0,001

Yaşadıkları travma nedeniyle amputasyon/organ kaybı şeklinde bedensel kayıplar yaşayan 3 olgu olduğu gözlemlendi. Uygulanan ölçeğe göre bu olguların üçünün de TSSB belirtileri gösterdiği, birinin ise TSSB'ye eşlik eden MDB ile uyumlu belirtileri olduğu gözlemlendi.

Ölçeğin sonunda yer alan ve üç sorudan oluşan Yeti Yitimi Formu'nda (YYF) bulunan üç soruya katılımcıların verdikleri yanıtlar puanlandı. Verilen yanıtlar aşağıda aktarıldı.

YYF'nin 1. sorusunda ölçekte yer alan sorunların kendilerini ne derecede etkilediği (hiç/hafif/oldukça/ağır) sorulmuştur. Ölçek puanları TSSB ile uyumlu olguların %92,3'ü şiddetli şekilde etkilendiklerini, %7,7'si oldukça etkilendiğini bildirmişlerdir. Ölçek puanları TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olan olguların tamamı şiddetli şekilde etkilendiğini belirtmiştir. Ölçek puanları cutoff değerlerinin altında olan olguların %27,5'i hiç etkilenmediklerini, %45,1'i hafif derecede etkilendiğini, %27,5'i de oldukça etkilendiğini belirtmiştir.

Bu formdaki ikinci soruda ölçekte yer alan sorunların kişilerin iş, aile ve sosyal yaşamlarına olan etkileri (yok/biraz/oldukça/şiddetli) araştırılmıştır. Ölçek puanları TSSB ile uyumlu olan olguların %84,6'sı günlük yaşantısında şiddetli şekilde aksama olduğunu, %15,4'ü ise oldukça aksadığını belirtti. Ölçek puanları TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu olguların %88,9'u günlük yaşantısının şiddetli şekilde aksadığını, %11,1'i oldukça aksadığını belirtti.

Formun son sorusunda olgulara mevcut ruhsal durumlarıyla ilgili yardım isteyip istemedikleri soruldu. Ölçek puanları TSSB ile uyumlu olan olguların %92,3'ü ruhsal açıdan yardım istediklerini, %7,7'si istemediğini bildirdi. Ölçek puanları TSSB ve eşlik eden MDB ile

uyumlu olan olguların %88,9'u ruhsal açıdan yardım istediğini, %11,1'i istemediğini belirtti. Ölçek puanları cutoff değerlerinin altında olan olguların %68,6'sı ruhsal açıdan yardım istemediğini, %17,6'sı istediğini, %13,7'si de bu konuda emin olmadığını belirtti.

Yeti yitimi formunda yer alan üç soruya verilen yanıtların puanları ile TSSB ve eşlik eden MDB belirtileri olması arasında kuvvetli pozitif istatistiksel ilişki bulundu ($p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,001$) (Tablo 21).

Tablo 21. TSSB ve eşlik eden MDB ile yeti yitimi formu ilişkisi

		TSSB (+)	TSSB ve MDB (+)	TSSB (-)
		N (%) [#]	N (%) [#]	N (%) [#]
YYF 1. Soru	Hiç	0 (0)	0 (0)	14 (27,5)
	Hafif	0 (0)	0 (0)	23 (45)
	Oldukça	1 (7,7)	0 (0)	14 (27,5)
	Şiddetli	12 (92,3)	9 (100)	0 (0)
YYF 2. Soru	Hiç	0 (0)	0 (0)	19 (37,2)
	Biraz	0 (0)	0 (0)	14 (27,5)
	Oldukça	2 (15,4)	1 (11,1)	14 (27,5)
	Şiddetli	11 (84,6)	8 (88,9)	4 (7,8)
YYF 3. Soru	Hayır	1 (7,7)	1 (11,1)	35 (68,7)
	Evet	12 (92,3)	8 (88,9)	9 (17,7)
	Emin değilim	0 (0)	0 (0)	7 (13,7)

[#]= Sütun yüzdesi, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,001$

5. TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünyada her yıl, travmanın farklı çeşitleriyle çok sayıda kişinin yaşamını yitirdiği ve yaralandığı bilinmektedir (1,3,4,31,32). Meydana gelen bu travmaların bireyler üzerinde önemli ruhsal etkilerinin olduğu eski zamanlardan beri bilinmektedir (27,35).

Yerli ve yabancı kaynaklar incelendiğinde; insan eliyle, bilinçli şekilde oluşturulan travma olgularının ruhsal bulgularını araştıran çok sayıda çalışma göze çarpmaktadır (6-14). Şiddet dışı travmalar sonucu yaralanmış olan olgularla yapılan çalışmaların belirgin şekilde daha az olduğu gözlenmiştir (15-20). Bu nedenle çalışmamız, ruhsal bulgular açısından daha az önem verilen, kasıtlı olmayan travmalar (kaza) sonucu yaralanmış olgularda travmaya bağlı ruhsal bulguları ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

Hedeflenen olgu sayısına belirlenen sürede ulaşılamamasının birkaç nedeni olduğu düşünülmüştür. Bu nedenlerden biri 18 yaş altı olguların çalışmaya alınmamasıdır. Daha etkin diğer bir neden ise; hastalarda TSSB ve eşlik eden MDB belirtileri araştırılacağı için olay üzerinden bir aydan az süre geçmiş olguların çalışmaya alınmamasıdır. Çalışmanın yöntemi gereği anabilim dalımız hasta yükünün önemli bir kısmını oluşturan şiddet olgularının çalışmaya dahil edilmemesinin olgu sayısının sınırlı kalmasında etkili olduğu görüşüne varılmıştır.

Çalışmamıza alınan 64 olgunun %57,8'i erkek, %42,2'si kadındı. Ülkemizde travma mağduru adli olgularla yapılan çeşitli çalışmalar incelendiğinde; olguların cinsiyet dağılımlarının çalışmamızla paralellik gösterdiği gözlemlendi (14,20,180).

Çalışmamıza dahil edilen olguların yaş ortalamaları $41,30 \pm 16,65$ (18-91 yaş) olarak bulundu. Kazaya bağlı travmalarla yaralanmış olgularla yapılmış benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, yaş ortalamamızın yüksek olduğu (29,6-37,9 yaş) dikkatimizi çekti (5,14,20,27). Bunun nedeninin çalışmamıza 18 yaş altı olguların alınmaması olarak düşünüldü. 18 yaşın üzerindeki travma olgularıyla yapılan iki çalışmada ise yaş ortalamalarının çalışmamızdakine yakın şekilde 37,9 ve 40,30 olması bu görüşümüzü desteklemektedir (25,181).

Olgularımızın meslek grupları değerlendirildiğinde; %42,2'sinin nitelik gerektirmeyen işlerde çalışmakta olduğu anlaşıldı. Türkiye'nin 2008 yılı demografik istatistiklerine

bakıldığında; nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların oranı %31,3 gözlemlendi (182). Bu meslek grubu aynı zamanda diğer gruplara göre daha az gelir elde etmektedir. Gelir algısı sorgulandığında; olgularımızın %50'si gelirinin giderinden daha az olduğunu belirtti. TÜİK'in 2016 yılında yapmış olduğu Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması'nda Türkiye'de ciddi maddi yoksunluk yaşayanların oranının %32,9 olduğu gözlemlenmiştir (183). Çalışmamızda olgularımızın meslek grubu ve gelir düzeylerinin ülke genelinden farklı olması, olgu sayımızın az olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Olgularımızın eğitim düzeyleri incelendiğinde; %29,7'sinin ilköğretim, %25'inin ortaokul, %25'inin lise, %10,9'unun yüksek öğretim/üniversite mezunu olduğu belirlendi. TÜİK 2013 verilerine göre ülkemizde 15 yaş üzeri bireylerin %28'inin ilköğretim, %21'inin ortaokul ve dengi okul, %22'sinin lise ve dengi okul, %11'inin de yüksek öğretim/üniversite mezunu olduğu belirtilmektedir (184). Farklı orijinli travmalarda, özellikle şiddet sonucu yaralanmış adli olgularla yapılmış çalışmalarda eğitim düzeyinin toplum genelinden daha düşük düzeyde olabildiği gözlemlenmiştir. Ancak çalışmamız kaza sonucu yaralanmış olguları kapsadığı için olgu grubumuzun eğitim düzeyi toplum geneliyle paralellik gösterdi (9,185).

Travma mağdurlarının özgeçmişlerinde geçirilmiş fiziksel travma bulunmasının ruhsal travma bulgularının ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı göz önüne alınarak çalışmamızda bu faktör de araştırılmıştır. Çalışmamıza katılan olguların %20,3'ünün özgeçmişinde fiziksel travma olduğu öğrenildi. Literatür incelendiğinde trafik kazası mağdurları ve itfaiyecilerle yapılmış, travmanın ruhsal yönlerinin araştırıldığı benzer çalışmalarda geçirilmiş fiziksel travma oranlarının %11-31 arasında değiştiği belirtilmektedir. Çalışmamızdaki oranın literatürde belirtilen aralıkta olduğu gözlemlenmiştir (20,99,186).

Kişinin özgeçmişinde ruhsal bir hastalık/bozukluk olmasının travma sonrası gelişen ruhsal patolojiler için önemli bir risk faktörü olduğu bu konuyla ilgili çok sayıda kaynakta belirtilmektedir (4,15,25,110). Fakat çalışmamıza katılan olguların hiçbirisi özgeçmişlerinde ruhsal bir hastalık/bozukluk tanımlamadı. Bu nedenle hastalarımızda, önceki psikiyatrik bozukluk varlığı ile TSSB ve eşlik eden MDB arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilemedi.

Çalışmamızı oluşturan şiddet dışı travmalarla yaralanmış olguların büyük kısmını (%78,1) trafik kazaları sonucu yaralananlar oluşturdu. Trafik kazası olgularının da %78'i motorlu taşıtlarda sürücü ya da yolcu olduklarını belirtmişti. Farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda trafik kazaları sonucu sırasıyla en çok sürücülerin, yolcuların ve yayaların

yaralandığı belirtilmektedir (181,187,188). Olgularımız arasında sürücü ile yolcu sayılarının eşit, yaya sayısının ise daha az oranda olduğu bilgisi edinilmiştir. İş kazası ve düşme gibi travmalarla yaralanmış olgular genel çalışma grubu içinde küçük bir grubu oluşturmuştur. İş kazalarının trafik kazası olguları kadar fazla olmaması beklenen bir sonuçtur. Ancak, travma olgularının büyük kısmını oluşturduğu bilinen düşmelerin adli olgularımız içinde çok az sayıda olması, sıklıkla şikayetçi olunmaması ya da hafif yaralanmalarda adli olgu bildirimi yapılmamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılım gösteren olgularda travma ile Anabilim Dalımızdaki muayeneleri arasında geçen süre değerlendirildi. %60,9’unda bu sürenin bir yıldan fazla olduğu, %39,1’inin 1-12 ay arasında olduğu gözlemlendi. Anabilim Dalımızda değerlendirilmiş olan adli olgular göz önüne alındığında; olguların sıklıkla ilk bir ay içinde yönlendirildiği, çalışmamızda TSSB ve eşlik eden MDB araştırılacağı için bu olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Daha geç yönlendirilen olgular ise genellikle bir yıldan sonra, duyu/organ işlevlerinde sürekli zayıflama/yitirilme veya maluliyet değerlendirmesi amacıyla başvurmaktadır. Yukarıda belirtilen nedenler göz önüne alındığında, travma ve başvuru arasında geçen süreye göre olgu dağılımımız beklenen bir sonuç göstermiştir.

Olgularımızın yaralanan vücut bölümleri gözden geçirildiğinde; %75 oranla ekstremiteler yaralanmalarının ilk sırada olduğu, ardından sıklıkla sırasıyla baş/boyun (%39,1), batin/pelvis (%28,1) ve toraks (%23,4) yaralanmalarının geldiği gözlemlenmiştir. Olguların %46,8’inde birden çok vücut bölgesinde yaralanma olduğu dikkati çekmiştir. Trafik kazası nedeniyle yaralanmış adli olgularla yapılmış geriye dönük bir çalışmada; sonuçlarımıza benzer şekilde en sık alt ekstremiteler yaralanmalarının gözlemlendiği, ardından birden çok vücut bölgesini içeren yaralanmaların geldiği belirtilmiştir (178).

Olguların yapılan tedaviye göre ve TCK’nın 89. maddesine göre yaralanma ağırlıkları değerlendirildi. Adli tıbbi değerlendirmelerine göre olgularımızın geçirdiği travma sonucunda oluşan yaralanmanın %84,4’ünün basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte, %26,6’sında yaşamsal tehlikeye sokacak nitelikte olduğu, %76,6’sında kemik kırığına neden olduğu gözlemlendi. %7,8’inde yüzde sabit iz niteliğinde lezyon meydana geldiği, %25’inde duyu/organlarda işlev zayıflaması, %9,4’ünde yitirilmesi olduğu gözlemlendi. Çalışmamızda elde edilen bu bulgular, ülkemizdeki farklı iki Adli Tıp Anabilim Dalında, belirli bir sürede başvuran tüm travma olguları ile yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda, TCK’ya

göre yaralanma ağırlıkları tüm parametrelerde daha yüksek bulunmuştur. Söz konusu iki çalışmada trafik kazası olgularının oranlarının yaklaşık %30 gibi düşük oranda olması, bizim çalışmamızda %78 olmasının yaralanma ağırlığındaki bu farkı yarattığı düşünülmüştür (175,179). Anabilim Dalımızda, trafik kazası olgularının değerlendirildiği bir çalışmada da bulgularımıza paralel şekilde olguların %66,7'sinin yaralanmaları sonucu hastaneye yatırıldıkları, bu olguların %70'inin ameliyat edildiği, %81,3'ünde kemik kırığı olduğu gözlemlendi (189).

Olguların uğradıkları travma sonucu ruhsal etkileneceklerinin araştırılması için uygulanan TSBÖ sonuçlarına göre olgularımızın %20,3'ünün (N=13) TSSB ile uyumlu, bu olgularının %69,2'sinin de (N=9) TSSB'ye eşlik eden MDB ile uyumlu belirtileri olduğu anlaşıldı. Ülkemizde trafik kazaları sonucu yaralanan olgularda travmatik stresin araştırıldığı az sayıdaki çalışma incelendiğinde; bu olgularda TSSB gelişme oranlarının çalışmalara göre farklılık gösterdiği ve oranların %10-30 olarak bildirildiği gözlemlenmiştir. Büyük bölümü trafik kazası nedeniyle yaralanmış olan çalışma grubumuzda ruhsal travma bulgularının yaklaşık %20 oranında bulunması diğer iki çalışmayla paralellik gösterdi (20,25).

Şiddet dışı travmalarla yaralanmış olgularımızda TSSB ve eşlik eden MDB gelişmesinde sosyodemografik veriler, travma türü ve ağırlığının etkileri olup olmadığının değerlendirmesi için istatistiksel karşılaştırmalar yapılmıştır.

Yapılmış olan çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda erkeklerin travmaya uğrama oranının daha fazla olduğu bildirilmekle beraber, kadınların erkeklere oranla aynı travmalardan ruhsal olarak daha fazla etkilendiği bilinmektedir. Yapılan çalışmalar, kadınlarda erkeklere oranla TSSB gelişimini 2.38-2.49 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (4,27,53,71,104,106). Bizim çalışmamızda ise erkeklerin %21,6'sı, kadınların ise %18,5'i yaşadıkları travmatik tecrübe sonrasında TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu bulgular göstermiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olsa da çalışmamızda literatürün aksi bir cinsiyet dağılımı bulunmasının nedenleri; olgu sayımızın düşüklüğü ve olgularla sadece bir kez görüşülmesi, tekrarlayan görüşmeler yapılmamasına bağlanmıştır.

TSSB her yaş grubunda ortaya çıkabilmekle birlikte yapılmış geniş serili çalışmaların bildirdiğine göre travmayla daha çok karşılaşan genç erişkinlerde (en sık 21-24 yaş) görülen bir bozukluktur. TSSB gelişen kişilerin birçoğunda yıllar geçtikçe bulguların şiddetinin azaldığı ve hatta kaybolduğu bildirilmektedir (4,190). Çalışmamızda, TSSB ve eşlik eden MDB belirtileri

gösteren 13 olgunun yaş ortalaması 41,30'du. Çalışmamızda yaş ortalamasının yüksek bulunması, olgu grubumuzun yaş ortalamasının da yüksek olması, yalnızca erişkinlerin çalışmaya alınması ve travma türünün sınırlı olmasından kaynaklandığı görüşüne varılmıştır.

Evli olmanın TSSB gelişimi açısından koruyucu olduğu bildirilmektedir. Evli olma yanında, aile ve yakın çevre desteğinin eksik olması TSSB için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (27). Bizim çalışmamızda ise evli olgularda TSSB ve eşlik eden MDB bulguları görülme oranı %25,6, bekar olgularda %12 bulunmuştur. Bu durum literatür bilgisinin tersi bir dağılım gösterse de çalışmamızda medeni durum ile ruhsal travma bulguları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı anlaşıldı.

Eğitim düzeyi ile travmalardan sonra ortaya çıkan ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Düşük eğitim düzeyine sahip olan kişilerin daha fazla travmatik stres tepkisi gösterdikleri bilinmektedir. Yüksek eğitim düzeyine sahip olanların ise travma sonrası süreci daha iyi yönettikleri, stresle başa çıkma yöntemlerinin daha gelişmiş olduğu bildirilmektedir (4,13). Bizim çalışmamızda ise lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olguların %21,7'sinde, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olguların ise %19,5'inde TSSB ve eşlik eden MDB bulguları olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile TSSB ve eşlik eden MDB bulguları varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürle karşılaştırıldığında; eğitim düzeyleri arasında fark olmamasının nedeni olarak olgu sayımızın yeterli olmaması düşünülmüştür.

Kaza sonucu yaralanan travma olgularında yapılan çalışmalarda; bireylerde TSSB ve MDB gibi ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında gelir düzeyi ve meslek gibi sosyoekonomik göstergelerin etkili olduğu, düşük sosyoekonomik düzeyin önemli bir risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır (16,17,110). Düşük sosyoekonomik düzeyin risk faktörü olması bireylerin sadece o an içinde bulundukları mali destek azlığından kaynaklanmamaktadır. Yoksulluğun, uzun süreçte kişilerin entelektüel ve duygusal gelişimini olumsuz yönde etkilediği, umut düzeyi düşük, psikolojik olarak kırılgan gençler yetişmesine neden olduğu, erken yaşta çalışmaya, sonuç olarak da eğitimin aksamasına ve nitelsiz işlerde istihdam edilmesine yol açtığı bilinmektedir (191,192). Olgularımızın gelir algıları incelendiğinde; gelir düşüklüğü ile TSSB ve eşlik eden MDB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca nitelik gerektirmeyen işlerde çalışan olgularımızın daha çok tanı aldığı dikkat çekmiştir. Bu

bulgularımız sosyoekonomik düzeyi ile bireylerde ruhsal travma gelişimi arasındaki ilişkiyi destekler nitelikte bulunmuştur.

TSSB bulgularının travma üzerinden geçen süre arttıkça azaldığı bildirilmektedir. Ancak travma şiddetinin yüksek ve travmanın yineleyici olduğu durumlarda belirtilerin daha uzun sürdüğü belirtilmektedir (27,106).

Çalışmamızda olay üzerinden bir yıldan fazla zaman geçen olgularda, TSSB ve eşlik eden MDB bulgularının daha fazla görülmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde süreyle ruhsal belirtiler arasında genelde negatif bir ilişki tanımlanmakla birlikte çalışmamızın sonuçlarıyla benzer şekilde, uzun sürede TSSB belirtilerinin arttığı yönünde çalışmalara da rastlanmıştır. Şiddetli travmalar sonucu yaralanan ve yoğun bakım ihtiyacı olan olguların üç yıllık süre zarfında, TSSB açısından takiplerinin yapıldığı bir çalışmada, üçüncü yılın sonunda birinci yıla oranla iki kat daha fazla olgunun TSSB tanısını karşıladığı gösterilmiştir (16).

TSSB gelişiminde ve klinik seyrinde travma şiddetinin ve yaralanma ağırlığının etkisinin olduğu çok sayıda çalışmada gösterilmiştir (4,11,66,110). Çalışmamızda TSSB ve eşlik eden MDB bulguları olan olguların tümünün TCK'ya göre yaralanma ağırlıkları incelenmiştir. Yapılan bu incelemede; tüm olguların basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek ağırlıkta yaralandığı, 1 olgu dışında tamamında kemik kırığı meydana geldiği gözlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamakla birlikte travma ağırlığı yüksek olanlarda ruhsal belirtilerin daha fazla gözlenmiş olmasının önemli olduğu ancak daha geniş serili çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşüne varılmıştır.

Travma ya da travma dışı nedenlerle hastanede yatmak ve ameliyat edilmenin ruhsal bozukluklar ortaya çıkarmada etmen olabildiği bilinmektedir. Ortopedi kliniğinde yatırılarak tedavi edilen olgular ile yapılan çalışmalarda; psikiyatrik rahatsızlıkların toplum ortalamalarının üzerinde olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (180,193,194). Bizim çalışma olgularımızın da büyük bir kısmı ekstremitte kırıkları nedeniyle ortopedik ameliyatlar geçirmiş olgulardı. Ancak hastaneye yatış ve ameliyat olma oranı TSSB ve eşlik eden MDB bulguları gösteren olgularda oransal olarak yüksek olmakla birlikte bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışma süresinde az sayıda olguya ulaşılması bunun temel nedeni olarak düşünülmüştür.

Bireylerin travma sonrası dönemde fiziksel ya da ruhsal etkiler nedeniyle sosyoekonomik kayıplar yaşayabildiği bilinmektedir. Bu etmenler; hastane harcamaları ve benzeri nedenlerle olan maddi kayıplar, geçici veya kalıcı mesleki kayıplar, sosyal ve aile içi ilişkilerde bozulmalar ile boşanma olarak sıralanabilir (4). Özellikle sosyal güvence ile ilgili problemi olan kişiler yüksek miktardaki hastane masrafları nedeniyle zor durumlarda kalabilmektedirler. Çok sayıda olgu yaşadığı travma sonucu oluşan sekelleri sebebiyle var olan işini kaybetmekte ve yeni iş bulamamaktadır. Travmanın getirdiği sorunlar nedeniyle aile fertleriyle, sosyal çevresiyle ve partneriyle ilişkilerinde bozulmalar olmaktadır (4,30,90,195). Çalışmamızda, travma sonrası sosyoekonomik kayıp olması ile TSSB ve eşlik eden MDB bulguları gelişmesi arasında literatürle uyumlu şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Travmalardan sonra gelişen amputasyonlar, işlev kaybı, duyu kaybı ve beden imgesi kaybına yol açarak hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı etkilemektedir. Kişinin bu duruma uyum sağlama süreci ruhsal etkilenme düzeyini etkileyen en önemli etmen olarak gösterilmektedir (194). Amputasyonun lokalizasyonu, seviyesi ve fonksiyonları kısıtlama miktarı, kişinin mesleği ve ekstremitte dominansı gibi çok sayıda faktörün ruhsal etkilenme düzeyini etkilediği bildirilmektedir (90,195). Çalışmamızda iki olguda ekstremitte amputasyonu şeklinde yaralanması olduğu gözlemlendi. Bu iki olgu da TSSB ve eşlik eden MDB bulguları göstermekteydi. Sağ kol amputasyonu olan, aynı zamanda travmaya bağlı baş bölgesinde kozmetik sorunları da bulunan olgumuz, tüm olgular içinde en yüksek ölçek puanına sahip olandı. Amputasyon şeklinde yaralanması olan olgu sayımız az olmasına rağmen bu olgularda ruhsal etkilenme bulgularının belirgin şekilde gözlenmesi konuyla ilgili diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

Fiziksel travmalar sonucu oluşan yaralanmalar, bireyin sağlığının yanında sosyal çevresiyle olan ilişkilerini, partner ilişkilerini, çalışma durumunu ve maddi durumunu da etkilemektedir (17,25). Olgularımıza yaşadıkları travmadan sonra en çok hangi konuda sorun yaşadıkları sorulduğunda %60'ı fiziksel rahatsızlıklarından, %20'si ruhsal etkilenmelerinden, %12,5'i maddi ve mesleki sorunlarından etkilendiklerini belirttiler. TSSB ile uyumlu bulguları olan olgularımızda bu oranların ruhsal etkilenme lehine daha yüksek olduğu gözlemlendi (%38,5). Yapılan istatistiksel incelemede; TSSB bulguları varlığı ile bildirilen bu şikayetler arasında istatistiksel olarak ilişki olmadığı görüldü.

TSBÖ'nün devamında olgulara uygulanan ve üç sorudan oluşan YYF ile TSBÖ'deki soruların genel değerlendirmesi, mevcut sorunların kişinin işlevselliğini etkileme seviyesi ve ruhsal açıdan yardım arama davranışının olup olmadığı araştırılmıştır. Ölçek puanlarında TSSB ve eşlik eden MDB ile uyumlu bulguları olan olguların hemen hepsi (N=12) YYF'de de yüksek etkilenme düzeyi tanımlamışlardır. Ölçek ve arkasında yer alan YYF'deki sorulara verilen yanıtların tutarlı olması olguların, sorulan sorularla olumlu bir şekilde etkileşime girdiğini ve süreç boyunca kooperasyonunu koruduğunu göstermektedir.

İnsan eliyle oluşturulan şiddet içerikli travmalarda, özellikle cinsel şiddet, işkence, savaş ve silahlı çatışma mağdurlarının adli tıbbi değerlendirmelerinde, oluşturulmuş uluslararası protokoller doğrultusunda fiziksel yaralanma yanında ruhsal travmanın da hemen her olguda araştırıldığı bilinmektedir (8,56,67,73,145). Yukarıda tanımlanan travmalar dışında yaralanan olguların adli yönüyle değerlendirildiği ülkemizde yapılmış çalışmalar incelendiğinde; travmanın adli tıbbi değerlendirilmesinde olguların fiziksel bulgularının ele alındığı, travmanın; tür, şiddet, yaralanma ağırlığı, patern ve benzeri pek çok yönüyle değerlendirildiği fakat ruhsal etkilerin irdelenmediği gözlenmiştir (175,178,179,195). Fiziksel yaralanmaların ön planda veya ağır olduğu olgularda hem hekimler, hem hastalar, hem de adli makamlar travmanın fiziksel zararlarıyla daha çok ilgilenmektedirler.

Travma suçları TCK'da yaralanmalar başlığı altında yer almaktadır. Kasıtlı veya taksirli yaralamalarda cezanın belirlenmesinde travmanın ağırlığını belirleyen etmenler 86. ve 89. maddelerde sıralanmıştır. Bu etmenler daha çok fiziksel olmakla birlikte ruh sağlığının etkilenmesi de TCK 86/1 maddesinde 'Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.' şeklinde belirtilmiştir. Hastaların medikolegal değerlendirmesi sırasında standart yaklaşım için oluşturulmuş, 'TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi' isimli kılavuzda, hastalarda belirlenen ruhsal bozukluğun uluslararası tanı kriterlerini dolduran nitelikte olması durumunda yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği belirlenmektedir. Travma sonucu gelişen fiziksel bulgular daha hafif iken tanı kriterini karşılayan ruhsal bozukluğun varlığı travmanın ve cezanın ağırlığında belirleyici olabilmektedir (146,174,177). Ülkemizde, iki farklı ilde adli olguların değerlendirildiği çalışmalar, travma sonucu fiziksel zararlanmanın hafif olduğu olgularda tanısı konulan, tanı kriterlerini karşılayan ruhsal bozuklukların medikolegal görüşleri üzerinde belirgin şekilde etkili olduğunu göstermiştir (5,179).

Ülkemizdeki yapılanma gereği adli olgular medikolegal değerlendirme ve adli rapor düzenlenmesi için farklı kurumlara yönlendirilmektedir. Travma mağduru olguların travmadan ruhsal etkilenmelerinin değerlendirilmesinde pek çok sorunla karşılaşmaktadır. Bu sorunlar hastayı muayene edenin adli tıp uzmanı olmaması, adli tıp uzmanı olsa bile travmanın ruhsal zararları konusunda bilgi ve duyarlılığının olmaması, adli makamların raporların çabuk çıkarılması konusundaki baskıları, hastaların psikiyatriste yönlendirilememesi olarak sıralanabilir (146).

Ülkemizde, adli olguların çok büyük bir kısmının değerlendirildiği ve adli raporlarının düzenlendiği Adli Tıp Şube Müdürlüklerinin adliye binalarında bulunması nedeniyle psikiyatri uzmanı bulunmaması başlıca sorunlardan biridir. Psikiyatri uzmanlarının adli olguların değerlendirmesi açısından bilgi ve tecrübe eksikliği olması nedeniyle konsültasyon sisteminin etkin ve yeterli şekilde işletilememesi de bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Medikolegal değerlendirmenin yapılmasını isteyen adli makamların hekim tarafından gerekli görülmüş konsültasyon ve ek incelemeler için gerekli zamanı tanımak istememesi de önemli nedenlerdendir. Ülkemizin kültürel özelliği nedeniyle hastaların kendileri de psikiyatrik muayenelere olumsuz yaklaşmaktadırlar. Adli olgular ile Erzurum’da yapılan bir çalışmada; hastaların bir kısmının psikiyatri muayenesine gitmenin bir zayıflık olduğunu düşündüğü, damgalanma korkuları olduğu, travmanın ruhsal etkilerini içselleştirdikleri ve istenilen muayenelere gitmedikleri bildirilmiştir (5).

Travmanın ruhsal etkilerinin değerlendirmesinde geliştirilmiş çeşitli ruhsal travma ölçekleri bulunmaktadır. Çalışmamızda kullanılan TSBÖ bir öz bildirim ölçeği olup büyük ölçekli travmalarda toplum taraması için geliştirilmiş bir ölçektir. Aynı zamanda psikiyatrik değerlendirmelerde TSSB ve eşlik eden MDB’nin araştırılmasında, ağırlığının belirlenmesinde ve klinik izlemde hastalarda da uygulanmaktadır (97,196). Bu çalışma ruhsal değerlendirmesi genellikle ihmal edilen, kaza sonucu yaralanmış adli olgular seçilerek yapılmıştır. Anabilim dalımızda adli olguları değerlendirirken hem erişkinlerde, hem de çocuklarda psikiyatrik konsültasyon sistemleri etkin şekilde yürütülmektedir. Ancak bazı hastalar çeşitli nedenlerle psikiyatri konsültasyonlarını kabul etmedikleri için olayla ilgili ruhsal etkilenmeleri değerlendirilememekte ve adli raporlarına yansıtılamamaktadır. Bu hastalarda adli poliklinik ortamında, travmaya bağlı ruhsal etkilenmenin sistematik, geçerli ve güvenilir bir psikiyatrik ölçek kullanılarak değerlendirileceği öngörülmüş ve çalışmamızda olgulara söz konusu TSBÖ uygulanmıştır.

Psikiyatri kaynaklarında, çalışmamızda kullanılan ölçeğin bir belirti ölçeği olduğu, TSSB ve eşlik eden MDB bulgularını ortaya koyduğu ancak tek başına bu hastalıkların tanısını koymada yeterli olmadığı vurgulanmaktadır (97). Bu çalışma, psikiyatri uzmanı bulunmayan ya da adli olgunun psikiyatri konsültasyonuna yönlendirilemediği koşullarda böyle bir ölçeğin kullanılabileceğini göstermiştir. Bu ölçeğin, hastanın travmaya bağlı ruhsal etkilerini objektif şekilde ortaya koymada, adli poliklinik ortamında medikolegal değerlendirme yapan hekime olguyu ruhsal değerlendirme yapılması amacıyla bir uzmana yönlendirip yönlendirmeme konusunda yardımcı olabileceği görüşüne varılmıştır (146).

Günümüzde, biyopsikososyal varlık olarak kabul edilen bireyin, her travmada hem fiziksel, hem de ruhsal zararları yönünden değerlendirilmesinin, yalnızca tıbbi yaklaşım açısından değil, yargı süreçlerinin sağlıklı işleminde de gerekli olduğu görüşündeyiz. Bu amaçla adli olgulara yaklaşımda, ilgili disiplinlerin var olan tüm tıbbi kaynaklardan ve gelişmelerden yararlanmasının, hastaların medikolegal değerlendirmelerinin sağlıklı şekilde yapılmasında önemli olduğunu düşünüyoruz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1) Travma sonrası stres belirtilerini araştıran bir ölçek kullanılarak yapılan çalışmamızda trafik kazası, iş kazası ve benzeri kazalarla yaralanmış olgularımızın %20,3'ünde ruhsal travma bulgularının gözlenmesi, şiddet gibi kasıtlı travmalar yanında kasıtlı olmayan, kazaya bağlı travmaların da bireylerde ruhsal etkilenmeye neden olabildiğine tekrar dikkat çekmiştir.

2) Araştırmamızda yer alan açık uçlu bir soruya göre; travma sonrası dönemde katılımcılar en çok fiziksel yakınmalar yaşadığını belirtmekle birlikte %20'sinin en çok ruhsal yönden etkilendiklerini ifade etmesi, uygulanan ölçeğin sonuçlarını destekleyen nitel bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

3) Fiziksel travmaya bağlı ruhsal bozuklukları ortaya koymada, risk etmeni olduğu bilinen cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyoekonomik düzey, yaralanma ağırlığı, süre, kayıplar yaşanması gibi etmenlerin göz önüne alınmasının medikolegal değerlendirmede yol gösterici olacağı görüşündeyiz.

4) Bireylerin travmaya bağlı fiziksel zararları yanında ruhsal etkilenmelerinin de ortaya konması hem hastanın sağlığı hem de medikolegal değerlendirme ve adli süreçlerde önem taşımaktadır. Bütüncül bir yaklaşımla ele alınmayan ve travmanın ruhsal etkileri yönünden değerlendirilmeyen hastanın hak kayıplarına uğramasında hekimin de sorumluluğu olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

5) Ülkemizde, hekimlerin adli olgulara medikolegal yaklaşımında, travmanın ruhsal etkileri çeşitli nedenlerle değerlendirilememektedir. Özellikle psikiyatri uzmanına yönlendirilemeyen olgularda, çalışmamızdaki gibi bilimsel geçerli bir ruhsal travma belirti ölçeğinin kullanılmasının, medikolegal değerlendirmede hekime yol gösterici olabileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Krug E. World Health Organization. Injury: a leading cause of the global burden of disease, 2000. World Health Organization, 2002.
2. Injuries in the European Union. Report on injury statistics 2008-2010, Amsterdam, 2013
3. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004
4. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. The international journal of occupational and environmental medicine, 2012;3:2-9.
5. Sener MT, Sahingoz S, Yucel A, Gulec M. Psychopathologies due to physical trauma and importance in the forensic evaluation. J For Med 2014;28(2):108-14.
6. Güloğlu B, Kararımak Ö. Güneydoğu gazilerinde travma sonrası stres bozukluğu gelişimi. Anadolu Psikiyatri Derg 2013;14:237-44.
7. Özçetin A, Maraş A, Ataoğlu A, İçmeli C. Deprem sonrası gelişen travma sonrası stres bozukluğu ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişki. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 2:8-18.
8. Şimşek Ş, Fettahoğlu EÇ, Özatalay E. Cinsel istismara uğramış çocuklarda ve ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu. Dicle Tıp Dergisi 2011;38(3):318-324.
9. Şenyuva G, Yavuz MF. Fiziksel şiddet olgularında travma sonrası stres bozukluğunun değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi 2009;23(1):1-14.
10. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. Soc. Sci. Med 1997;45(8):1161-1176.
11. Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, et al. Intimate partner violence, PTSD, and adverse health problems. Journal of interpersonal violence 2006;21(7):955-968.
12. Aker AT, Sorgun E, Mestçioğlu Ö, Karakaya I, et al. İstanbul'daki bombalama eylemlerinin erişkin ve ergenlerdeki travmatik etkileri. Türk psikoloji dergisi 2008;23(61):63-71.
13. Yılmaz B. Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal

- Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Uygulamalı/Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara: 2006.
14. Hızlı FG. Depreme bağlı eşikaltı travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ev Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara: 2005.
 15. Fullerton CS, Ursano RJ, Epstein RS, Crowley B, et al. Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 2001;158:1486-1491.
 16. Hepp U, Moergeli H, Buchi S, Bruchhaus-Steinert H, et al. Post-traumatic stress disorder in serious accidental injury: 3-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry* 2008;192:376-83.
 17. Iteke O, Bakare MO, Agomoh AO, Uwakwe R, et al. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2011;19:39.
 18. MacDonald HA, Colotla V, Flamer S, Karlinsky H. Posttraumatic stress disorder in the workplace: A descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2003;13:2.
 19. Davydow DS, Katon WJ, Zatzick DF. Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries and, ICU stays for other critical illnesses: A review of the literature. *International Review of Psychiatry* 2009;21(6):531–538.
 20. Özeltin M, Kaptanoğlu C, Aksaray G. Motorlu araç kazalarından sonra görülen akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15(1):16-25.
 21. Çopur AS, Gencer AD. Toplumsal travma. *PDB Kişisel Gelişim Yazıları* 2015.
 22. Punamaki RL, Komproe IH, Quota S, et al. The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample. *Am J Psychiatry* 2005; 162:545–551.
 23. Şuer T. Posttravmatik stres bozukluğu. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum dizisi* 2005;47:205-210.
 24. Weis JM, Grunert BK. Post-traumatic stress disorder following traumatic injuries in adults. *Wisconsin Medical Journal* 2004;103(6):69-72
 25. Salaçin S, Can İÖ, Demiroğlu Uyaniker Z, Ulaş H, et al. Travma mağdurlarında ruhsal travma bulguları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013;50:230-236

26. Doğan S. Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara, 2001.
27. Baysak E. Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etmenler. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara, 2010.
28. Çopur AS, Gencer AD. Toplumsal travma. PDB Kişisel Gelişim Yazıları - Güz 2015
29. İnci F, Boztepe H. Travma sonrası büyüme: Öldürmeyen Acı güçlendirir mi? Psikiyatri Hemşireliği Dergisi – Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(2):80-84.
30. Bilgiç S. Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 2011.
31. World Health Organization. Injuries and violence: The facts, 2014.
32. Türkiye İstatistik Kurumu Erişim Adresi: www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 (Erişim Tarihi: 28.04.2017)
33. Türkiye İstatistik Kurumu. Karayolu trafik kazaları istatistikleri, 2016.
34. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013.
35. Watson PB, Daniels B. Post-traumatic stress disorder symptoms in the files of Australian servicemen hospitalised in 1942-1952. Australasian Psychiatry, 2008;16(1).
36. Keçeli NM. Şiddete maruz kalmış bireylerde travmatik stres, bağlanma stilleri ve somatizasyon arasındaki ilişki. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi, 2015.
37. Ramsey R. Invited review: post-traumatic stress disorder; a new clinical entity? J Psychosom Res. 1990;34(4):355-65.
38. Çolak B, Kokurcan A, Özsan HH. DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. Kriz Dergisi 18 (3): 19-25.
39. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manuel of mental disorders. Mental Hospital Service, 1785 Massachusetts Ave., N. W. Washington D. C, 1952.

40. Jones E, Wessely S. Psychological trauma: a historical perspective. History, epidemiology, treatment. *Psychiatry* 5:7.
41. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (second edition). 1700, 18th Street, N. W., Washington D. C. 20009, 1968.
42. JP Wilson. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV. *J Trauma Stress*, 1994 Oct;7(4):681-98.
43. Jones E, Wessely S. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders* 21 (2007) 164-175.
44. GJ Turnbull. A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury* 1998 Mar;29(2):87-91.
45. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition). 1700, 18th Street, N. W., Washington D. C. 20009, 1980.
46. Maier T. Post-traumatic stress disorder revisited: Deconstructing the A-criterion. *Medical Hypotheses* (2006) 66,103-106.
47. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revised third edition). 1700, 18th Street, N. W., Washington D. C. 20009, 1987.
48. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition). 1400 K Street, N. W., Washington D. C. 20005, 1994.
49. Avina C, O'Donohue W. Sexual harassment and PTSD: Is sexual harassment diagnosable trauma. *Journal of Traumatic Stress* 2002;15(1):69-75.
50. World Health Organisation, 2009. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/ (Erişim tarihi: 05.01.2018).
51. Carey PD, Walker JL, Rossouw W, Seedat S, Stein DJ. Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2008 Mar;17(2):93-8.
52. Frank E, Stewart BD. Depressive symptoms in rape victims. A revisit. *J Affect Disord* 1984 Aug;7(1):77-85.
53. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-1060.
54. Newberger CM, Gremy IM, Waternaux CM, Newberger EH. Mothers of sexually abused children trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2016;63(1):92-102.

55. Timmons-Mitchell J, Chandler-Holtz D, Semple WE. Post-traumatic stress symptoms in mothers following children's reports of sexual abuse an exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996 Jul;66(3):463-7.
56. Şimşek Ş, Gençoğlu S. Cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi* 2014;41(1):166-171.
57. Kim TK, Choi S, Shin YJ. Psychosocial factors influencing competency of children's statements on sexual trauma. *Child Abuse Negl* 2011;35:173–179.
58. Crowley MS, Seery BL. Exploring the multiplicity of childhood sexual abuse with a focus on polyincestuous contexts of abuse. *J Child Sex Abuse* 2002;10:91–110.
59. Heath V, Bean R, Feinauer L. Severity of childhood sexual abuse: Symptom differences between men and women. *The American Journal of Family Therapy* 1996;24(4):305-314.
60. Fahrudin A, Edward D. Family characteristics and traumatic consequences associated with the duration and frequency of sexual assault. *Asian Soc Work Policy Rev* 2009;(336–50).
61. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
62. Acierno R, Resnick HS, Kilpatrick DG. Health impact of interpersonal violence 1: Prevalence rates, case identification, and risk factors for sexual assault, physical assault, and domestic violence in men and women. *Behavioral Medicine Vol* 23, Summer 1997.
63. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, June 1999;14(2):99-132.
64. Vahap I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(2):107-114. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010;11:23-29.
65. Yaman Efe Ş, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların şiddete bakışı.
66. Basoglu M, Paker M, Ozmen E, Tasdemir O, Sahin D. Factors related to longterm traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *JAMA* 1994 Aug 3;272(5):357-63.

67. Paker M, Buğu B. Türkiye’de işkence mağdurlarının psikolojisi üzerine yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi. Türk Psikoloji Yazıları, Kasım 2016,19 (özel sayı):76-92.
68. Torture in Eighties. Amnesty International Publications, 1 Easton Street, London WC1X 8DJ United Kindom, 1984.
69. www.inhak.adalet.gov.tr/statistik201003.pdf (Erişim tarihi: 17.02.2018).
70. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2009 Aug5;302(5):537-49.
71. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder the etiologic specificity of wartime stressors. Am J Psychiatry 1987 May;144(5):578-83.
72. Hammond KW, Scurfield RM, Risse SC. Post-Traumatic Stress Disorder. In Current Psychiatric Therapy. Philadelphia, Edited by Dunner D.L, W.B. Saunders Company, 1993:288-295.
73. Corry NH, Kulka R, Fairbank JA, Schlenger WE. Forty years after the war: How are Vietnam veterans doing today? PTSD Research Quarterly 2016;27(1).
74. Roehr B. High rate of PTSD in returning Iraq War veterans. Medscape Medical News, November 6, 2007.
75. Kuljic B, Miljanovic B, Svcevic R. Posttraumatic stress disorder in Bosnian war veterans: analysis of stress events and risk factors. Vojnosanit Pregl 2004 May-Jun;61(3):283-9.
76. Hendin H, Haas AP. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. Am J Psychiatry 1991;148:586-591.
77. Eşsizoglu A, Yaşan A, Bülbül İ, Önal S, yıldırım EA, Aker T. Bir terörist saldırı sonrasında travma sonrası stres bozukluğu gelişimini etkileyen risk faktörleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2009;20(2):118-126.
78. Page AZ, Kaplan H, Erdoğan N, Guler F. Posttraumatic stress and depression reactions among survivors of the Istanbul November 2003 terrorist attacks. Jjournal of Aggression, Maltreatment and Trauma 2009;18(3):280-92.
79. WHO Global Status Report on World Health Safety, 2015.

80. Keskinoglu P, Inan F. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran travma olgularının analizi. *Global Media Journal* 2014;25:1-4.
81. Erden G. Trafik kazaları sonrası gelişen akut stres bozukluğu: Bir müdahale tekniğinin uygulanabilirliği. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Adli Tıp Anabilim Dalı yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara, 2009.
82. Türk Tabipleri Birliği. Olağan dışı durumlarda sağlık hizmetleri, sağlık çalışanının el kitabı. Editör: Karababa AO, Aralık 2002.
83. Aker AT. 1999 Marmara depremleri: Epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(3):204-212.
84. Karancı AN, Rustemli A. Psychological consequences of the 1992 Erzincan (Turkey) Earthquake. *Disasters* 1995;19(1):8-18.
85. Lommen MJ, Sanders AJ, Buck N, Arntz A. Psychosocial predictors of chronic posttraumatic stress disorder in Sri Lankan tsunami survivors. *Behaviour Research and Therapy* 2008;47(1):60-65.
86. Karancı AN, A Rustemli, Sucuoğlu H. Psychosocial dimensions of the 1992 Erzincan earthquake.
87. Sönmez MO, Nazik F, Pehlivan E. Van depremi sonrası üniversite öğrencilerinde travma sonrası stres bozukluğu prevalansı. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi* 2017;9:2-20.
88. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari (Erişim tarihi: 19.02.2018).
89. <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16118> (Erişim tarihi: 19.02.2018).
90. Cheung E, Alvaro R, Colotla VA. Psychological distress in workers with traumatic upper or lower limb amputations following industrial injuries. *Rehabilitation Psychology* 2003;48(2):109-112.
91. Sadegi-Bazargani H, Maghsoudi H, Soudmand-Niri M, Ranjbar F, Mashadi-Abdollahi H. Stress disorder and PTSD after burn injuries: A prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2011;7:425-29.
92. Fauerbach JA, Lawrence J, Haythornthwaite J, et al. Preburn psychiatric history affects posttrauma morbidity. *Psychosomatics* 1997;38(4):374-385.

93. Yılmaz B. Yardım çalışanlarında travmatik stres. *Klinik Psikiyatri* 2007;10:137-147.
94. Robinson HM, Sigman MR, Wilson JP. Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychol Rep* Dec 97;81(3 Pt 1):835-45.
95. Alghamdi M, Hunt N, Shirley T. Prevalence rate of PTSD, depression and anxiety symptoms among Saudi firefighters. *Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment* 2016;5(3):1-6.
96. Şalcıoğlu E. Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Ampirik Bulgular. *Travma Sonrası Stres Monografı*, ed. T. Aker ve M.E Önder, 5US Yayınları, 2001.
97. Basoglu M, Salcıoğlu E, Livanou M, Ozeren M, Aker T, Kılıc C, Mestcioglu O. A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 2001;14(3):491-509.
98. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 1987;317(26):1630-4.
99. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry* 1989;154:221-28.
100. Basoglu et al. Psychologic effects of torture: A comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *Am J Psychiatry* 1994;151:76-81.
101. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds). Anxiety disorders. In *Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry*. Mass Publishing Co. Egypt. pp.581-628, 1998.
102. Davidson JRT, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine* 1991;21:713-721.
103. 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;48(3):216-22.
104. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H-U. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(1):46-59.
105. Davidson JRT et al. Posttraumatic stress disorder: DSM IV and beyond. *Anxiety Banner* 1994;1(1).

106. Bland SH, O’Leary ES, Farinaro E, Jossa F, Krogh V, Violanti JM, Trevisan M. Social network disturbances and psychological distress following earthquake evaluation. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(3):188-94.
107. Yılmaz UR. Travma sonrası stres bozukluğunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*, Ankara, 1995.
108. Işık E. *Nevrozlar*, Ankara: Kent Matbbası, 1996.
109. Lewis GC et al. Incidence and predictors of acute psychological distress and dissociation after motor vehicle collision:a cross-sectional study. *J Trauma Dissociation* 2014;15(5):527-47.
110. Bryant RA, O’Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Clark CR, Silove D. The psychiatric sequeale of traumatic injury. *Am J Psychiatry* 2010;167:312-320.
111. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik psikiyatri* 1999;1:34-41.
112. Kaptanoğlu C. İşkencenin ruhsal etkileri. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, 1991.
113. Horowitz MJ. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37(3):241-9.
114. McCann IL, Sakheim D, Abrahamson DJ. Trauma and victimization a model of psychological adaptation. *Counselling Psychologist* 1988;16:531-594.
115. Lazarus RS. On the primacy of cognition. *American Psychologist* 1984;39(2):124-29.
116. Wong PTP, Weiner B. When people ask “Why” questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology* 1981;40(4):650-663.
117. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 1978;87(1):49-74.
118. Mikulincer M, Solomon Z. Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1988;97(3):308-313.
119. Van der Kolk BA, Greenberg MS, Body H. Inescable shock, neurotransmitters, an addiction to trauma toward a psychobiology of posttraumatic stress. *Biological Psychiatry* 1985;203:14-25.
120. Deutch AY, Clark WA, Roth RH. Prefrontal cortical dopamine depletion enhances the responsiveness of mesolimbic dopamine neurons to stress. *Brain Res.*1990;521(1-2):311-315.

121. Breslau N. Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(17):55-9.
122. Scott MJ, Stradling SG. Translating the psychobiology of post-traumatic stress disorder into clinically useful analogy. *Br J Med Psychol.* 2001 Jun;74(Part 2):249-54.
123. Pitman RK, van der Kolk BA, Orr SP, Greenberg MS. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. A pilot study. *Arch Gen Psychiatry.*1990;47(6):541-4.
124. Hageman I, Andersen HS, Jorgensen MB. Post-traumatic stress disorder a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand.* 2001 Dec;104(6):411-22.
125. Huether G, Doering S, Rüger U, Rütger E, Schüssler G. The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Res.*1999;87:83-95.
126. Yehuda R, Giller EL, Southwick SM, Lowy MT, Mason JW. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.*1991;30(10):1031-1048.
127. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the science review. *Journal of Psychiatric Research* 2006(40):1-21.
128. Kesselman MS, Figley CR (ed). *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder.* *Psychiatric Services* 2006;37(3):295.
129. Kaptanoğlu C. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikleri, In Aker T, Önder M. E. *Psikolojik Travma ve Sonuçları*, 5US Yayınları, 2003.
130. Kline NA, Rausch JL. Olfactory precipitants of flashbacks in posttraumatic stress disorder case reports. *J Clin Psychiatry* 1985;46(9):383-384.
131. McFarlane A. Phenomenology of posttraumatic stress disorder. In Stein, Dan J. Hollander, Eric, editors. *The American Psychiatric publishing textbook of anxiety disorders.* 1st ed, 1988.
132. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, Spiegel D. Emotion modulation in PTSD. Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry* 2010 June;167(6):640-647.
133. Özten E, Hızlı Sayar G. Eşik altı travma sonrası stres bozukluğu. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2015;7(4):348-355.

134. Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor AE, Loos WR. Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *J Nerv Ment Dis*, 1995;18(3):495-504.
135. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001;158:1467-1473.
136. Adams RE, Boscarino JA, Galea S. Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City. *The American journal of Alcohol and Drug Abuse* 2006;32:203-224.
137. Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S, Holmes HA, Felker B, Kleven M, McFall ME. Anger, hostility and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 2007;20(6):945-954.
138. Breslau N, Lucia V, Davis G. Partial PTSD versus full PTSD an empirical examination of associated impairment. *Psychol Med* 2004;34:1205-1214.
139. Roth S, Newman E, Pelcovitz D, van der Kolk B, Mandel FS. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1997;10(4):539-555.
140. Newman E, Riggs DS, Roth S. Thematic resolution, PTSD and Complex PTSD the relationship between meaning and trauma-related diagnoses. *J Trauma Stress* 1997;10(2):197-213.
141. Brady K, Pearlstein T, Asnis GM, Baker D, Rothbaum B, Sikes CR, Farfel GM. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder. *JAMA* 2000;283(14):1837-1844.
142. Davidson JRT, Connor KM. Management of posttraumatic stress disorder diagnostic and therapeutic issues. *J Clin Psychiatry* 1999;60(18):33-38.
143. McFarlane AC, Papay P. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis*. 1992 Aug;180(8):498-504.
144. Friedman MJ, Schnurr PP, McDonagh-Coyle A. Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *Psychiatric Clinics of North America* 1994;17(2):265-277.
145. Noyes R, Hoehn-Saric R. The anxiety disorders. Cambridge, UK; New York, NY, USA Cambridge University Press; 1998.

146. Bulmuş H. Yaralanmalarda Ruhsal Muayenenin Kullanımı. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Üniversitesi, İstanbul, 2008.
147. Friedman MJ. Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder an interim report. *Am J Psychiatry* 1988 Mar;145(3):281-5.
148. Özkürkçügil A, Çorapçıoğlu A. Posttravmatik Stres Bozukluğu. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi* 2000;8(1):13-19.
149. Blank AS, Jr. Clinical detection, diagnosis, and differential diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1994 Jun;17(2):351-83.
150. Tural Ü, Önder E Travma sonrası stres bozukluğunun farmakolojik tedavisi. *Psikolojik Travma Yazıları* (10). 5US Yayınları;2001.
151. Foa EB. Trauma and women course, predictors, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1997;58(9):25-28.
152. Yalug İ, Özdemir S, Aker T. Yaşlılarda travma sonrası stres bozukluğu. *Yeni Sempozyum Dergisi* 2007;45(2):54-61.
153. Shapiro F. Eye movement desensitization a new treatment for posttraumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1989;20(3):211-217.
154. Maxfield L, Hyer L. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002;58:23-41.
155. Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttarumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(5):607-612.
156. Gabbard GO. Gabbard's treatments of psychiatric disorders. 4th ed. Washington, DC ; London American Psychiatric Pub.; 2007.
157. Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine* 1996;58:165-182.
158. Southwick SM, Yehuda R. The interaction between pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychother* 1993;47(3):404-10.
159. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. Expert consensus guidelines series, treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 16).

160. Marshall RD, Cloitre M. Maximizing treatment outcome in post-traumatic stress disorder by combining psychotherapy with pharmacotherapy. *Current Psychiatry Reports* 2000;2:335-340.
161. Schoenfeld FB, Marmar CR, Neylan TC. Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv.* 2004 May;55(5):519-31.
162. Kaya B, Doğan S. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda seyir ve prognoz, In Aker T, Önder M. E. Psikolojik Travma ve Sonuçları, 5US Yayınları, 2003.
163. Aker T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım. İstanbul, Mutlu Doğan Ofset U. V. Lak. Tesisleri; 2000.
164. Davidson JRT. Anxiety Disorders. Kaplan H, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed. Baltimore Williams & Wilkins;1995.sf.1227-1236.
165. Speed N, Engdahl B, Schwartz J, Eberly R. Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. *J Nerv Ment Dis.* 1989 Mar;177(3):147-53.
166. Wilson S. Synopsis of Causation, Post-Traumatic Stress Disorder. Ministry of Defence. School of Medicine, University of Aberdeen, Aberdeen, 2008.
167. Ursano RJ, Fullerton CS, Kao TC, Bhartiya VR. Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *J Nerv Ment Dis.* 1995 Jan;183(1):36-42.
168. Shalev AY. Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack. Predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *J Nerv Ment Dis.* 1992 Aug;180(8):505-9.
169. Aktaş EÖ, Kaya A. Yaralama suçlarının adli tıbbi değerlendirmesinde kullanılan kılavuza bakış. *Adli Tıp Bülteni* 2017;22(1):45-53.
170. 765 sayılı Türk Ceza Kanunu.
171. Özbek VÖ, Kanbur N, Doğan K, Bacaksız P, Tepe İ. Ceza Hukuku Bilgisi (Genel Hükümler) (gözden geçirilmiş 3. baskı), Seçkin Yayıncılık, Ankara 2010.
172. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu.
173. Mutlu Kukul Güven F, Bütün C, Yücel Beyaztaş F, Eren ŞH, Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;10(3):23-28.
174. Şener MT, Set T. Mekanik travmatik yaraların adli raporlarda tanımlanması: Tıbbi ve hukuki önemi. *Smurna Tıp Dergisi* 2013:56-59.

175. Türk Ceza Kanunu'nda tanımlanan yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirmesi, Haziran 2013.
176. Aktaş EÖ, Koçak A, Zeyfeoglu Y. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na trafik kazası nedeniyle başvuran adli olguların değerlendirilmesi.
177. Uluçay T, Ziver A, Zeyfeoglu Y, Yavuz MS, Aşırdizer M. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniği'ne başvuran olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi 2006;20(2):22-29.
178. Değnek K, Kürkcü Erdem E, Demiroğlu Uyaniker Z. Dokuz Eylül Anabilim Dalı'nda medikolegal yönden değerlendirilen fiziksel travma olgularında ruhsal bulgular. IV. Ulusal tıp Hukuku ve Bilirkişilik Kongresi, 2017.
179. Schnyder U, Moergeli H, Klaghofer R, Buddeberg C. Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. Am J Psychiatry 2001;158:594-599.
180. Taşçı M, Darıcı B. Türkiye'de eksik istihdamın belirleyicileri: HIA ile bir mikro veri uygulaması. Maliye Dergisi 2010;158:278-300.
181. Türkiye İstatistik Kurumu. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2016.
182. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Gençlik, 2013.
183. Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir kısır döngü olarak şiddet. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2012;4(1):112-137.
184. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. Journal of Abnormal Psychology 1998;107(3):508-519.
185. Mason JK, Purdue BN, Pathology of Trauma, 3.ed, London, Arnold Ltd. 2000, p 1-17.
186. 2011 Trafik Kazaları Özeti. T.C Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı Karayolları Genel Müdürlüğü, Ağustos 2012.
187. Çelik C, Şengül HM, Biçen E, Yaman S, Toprak Ergönen A. Trafik kazası olgularına özel adli olgu muayene formları. 14. Adli Bilimler Kongresi, 2017.
188. Ditlevsen DN, Elklit A. The combined effect of gender and age on posttraumatic stress disorder: Do men and women Show differences in the lifespan distribution of the disorder? Annals of General Psychiatry 2010;9(32).
189. Karayığit N. Sosyo-ekonomik düzeyin psiko-sosyal gelişim ve dindarlığa etkileri. Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2017;7:119-133.

190. Erkan S, Özbay Y. Üniversite öğrencilerinin yaşadıkları problemler ve psikolojik yardım arama gönüllülükleri. Eğitim ve Bilim 2012;37(164):95-107.
191. Riediger W, Doering S, Krismer M. Depression and somatisation influence the outcome of total hip replacement. International Orthopaedics 2010;34:13-18.
192. de Moraes VY, Jorge MR, Faloppa F, Belloti JC. Anxiety and depression in Brazilian orthopaedics inpatients: A cross sectional study with a clinical sample comparison. J Clin Psychol Med Settings 2010 Mar;17(1):31-7.
193. Wise EA, Beck JG. Work-related trauma, PTSD, and workers compensation legislation: Implications for practice and policy. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy 2015;7(5):500-506.
194. Oğul M, Erden G. Amputasyonun psikososyal boyutu. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2005;7(1).
195. Kureş SA, Trafik kazalarında fizik ve teknik özelliklerin yaralanma yeri, niteliği ve meslekte kazanma gücü kaybı oranına etkisinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı, tıpta Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2017.
196. Aker AT, Hamzaoğlu O, Boşgelmez Ş. Kocaeli – Ruhsal Travma Kısa Trama Ölçeği'nin (Kocaeli-Kısa) Geçerliliği. Düşünen Adam 2007;20(4):172-178.

**Ek 1. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun
17.03.2017 tarihli kararı.**



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3181-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniğine Başvuran Şiddet Dışı Travma Olgularında Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Majör Depresyon Sıklığı ve Bazı Belirleyicileri
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Zehra Demiroğlu Uyaniker Adli Tıp A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/05-12	Tarih:16.03.2017
	Yard.Doç.Dr.Zehra Demiroğlu Uyaniker'in sorumlusu olduğu "Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniğine Başvuran Şiddet Dışı Travma Olgularında Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Majör Depresyon Sıklığı ve Bazı Belirleyicileri" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımdı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımdı
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımdı
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımdı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 2. Çalışmamıza ait veri kayıt formu

VERİ KAYIT FORMU

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalımızca, kaza sonucu yaralanmış hastalarımızda, ruhsal etkilene bulgularını araştırmak amacıyla bir tez çalışması planlanmıştır. Polikliniğimizde çalışmanın araştırmacı tarafından doldurulacak olan hasta bilgi formu ve ruhsal belirti değerlendirme formunu yanıtlamanız istenmektedir. Formların yanıtlanma süresi 15-30 dakika sürmektedir. Elde edilecek sonuçlar bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Çalışmanın hiçbir aşamasında kişisel bilgileriniz başka kurumlarla paylaşılmayacaktır. İstedığınız takdirde tarafımızca daha ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yukarıda belirtilen çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad, Soyad:
İmza:

Dr. Kayhan Değnek
Adli Tıp Anabilim Dalı

1) Yaş:.....

2) Cinsiyet:

a) Kadın

b) Erkek

3) Medeni Durum:

a) Evli

b) Bekar

c) Boşanmış (.....)

4) Eğitim durumu:

a) Okur yazar değil

b) Okur yazar

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul mezunu

e) Lise Mezunu

f) Yüksek okul/üniversite mezunu

5) Meslek:

a) Yöneticiler

b) Profesyonel meslek grupları

c) Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları

d) Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar

e) Hizmet ve satış elemanları

f) Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünlerinde çalışanlar

g) Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar

h) Tesis ve makine operatörleri ve montajcıları

i) Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar

6) Gelir Algısı:

a) Geliri giderinden fazla

b) Geliri giderine denk

c) Geliri giderinden az

7) Tıbbi Özgeçmiş:

a) Kronik/doğumsal hastalık.....

b) Travmatik olay.....

8) Travma türü:

a) Trafik kazası

aa) Araç İçi Trafik Kazası

☐ Sürücü

☐ Yolcu

ab) Araç Dışı Trafik Kazası

ac) Motosiklet Kazası

☐ Sürücü

☐ Yolcu

ad) Bisiklet Kazası

☐ Sürücü

☐ Yolcu

b) Düşme

c) Yanık

d) Elektrik teması

e) Kesici-ezici alet yaralanması

f) Diğer (.....)

9) Travma üzerinden geçen süre:

10) Travmanın meydana geldiği yer:

a) Ev

b) İş yeri

c) Okul

d) Trafik

e) Dış alan (.....)

11) Olayda hasta dışında yaralanan/ölen kişi/kişiler:

a) Var (.....)

b) Yok

- 12) Hastaneye yatış: a) Var (.....) b) Yok
- 13) Ameliyat: a) Var (.....) b) Yok
- 14) Yaralanan vücut bölümü:
- a) Baş-Boyun b) Göğüs c) Batın/Pelvis d) Ekstremiteler
- 15) Olayla ilgili bedensel kayıp a) Var (.....) b) Yok
- 16) Olaydan sonra sosyo-ekonomik kayıp a) Var (.....) b) Yok
- 17) Olay sırasında alkol/madde etkisi altında olma: ☐ Evet (.....) ☐ Hayır
- 18) TCK'ya göre yaralanmanın ağırlığı:
- a) Basit tıbbi müdahale ☐ Giderilebilir ☐ Giderilemez
- b) Kemik kırılması ☐ Var ☐ Yok
- c) Yaşamsal tehlike ☐ Var ☐ Yok
- d) Yüzde sabit iz/Yüzün sürekli değişikliği ☐ Var ☐ Yok ☐ Değerlendirilemedi
- e) Duyu/Organ işlevlerinde azalma/kayıp ☐ Yok ☐ Azalma ☐ Kayıp ☐ Değerlendirilemedi
- 19) Yaşadığınız olayla ilgili sizi en çok rahatsız eden konu/sorun nedir?

TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların hayatını ciddi olarak etkileyen olaylardan sonra ortaya çıkabilecek bazı sorunlar sıralanmıştır. Lütfen SON BİR AY İÇİN bu sorunların sizde olup olmadığını, varsa sizi ne derecede rahatsız ettiğini belirtiniz (uygun sütunun altına X koyunuz).

	HİÇ RAHATSIZ ETMİYOR	BİRAZ	OLDUKÇA	ÇOK RAHATSIZ EDİYOR
1. (Olayla) ilgili bazı anıları /görüntüleri aklımdan atamıyorum.				
2. Bazen yaşadıklarım birdenbire gözlerimin önünden bir film şeridi gibi geçiyor ve sanki herşeyi yeniden yaşıyorum.				
3. Sık sık korkulu rüyalar görüyorum.				
4. (Olay) yeniden olacak korkusu ile bazı şeyleri kolaylıkla yapamıyorum (Örneğin: olayı hatırlatan yer, kişi ve durumlardan uzak durmak, olayla ilgili konuşamamak).				
5. Hayata ve sevdiğim şeylere karşı ilğim azaldı.				
6. İnsanlardan uzaklaştığımı, onlara karşı yabancılaştığımı hissediyorum.				
7. Sanki duygularım ölmüş, taşlaşmışım gibi geliyor.				
8. Uyumakta güçlük çekiyorum.				
9. Daha çabuk sinirleniyor ya da öfkeleniyorum.				
10. Unutkanlık veya dikkatimi yaptığım işe vermekte güçlük çekiyorum.				
11. Her an (olay) olacak kaygısıyla tetikte duruyorum.				
12. Ani bir ses ya da hareket olduğunda irkiliyorum.				
13. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca rahatsızlık ve sıkıntı duyuyorum.				
14. (Olayda) yaşadığım şeylerle ilgili düşünceleri, duyguları ve anıları aklımdan atmaya çalışıyorum.				
15. (Olayda) yaşadığım olayların bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çekiyorum.				
16. (Olay) bana her an ölebileceğimi farketmediği için uzun vadeli planlar yapmak bana anlamsız geliyor.				
17. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca çarpıntı, terleme, baş dönmesi, bedenimde gerginlik gibi fiziksel şikayetler oluyor.				

18. Kendimi suçlu hissediyorum.				
19. Kendimi üzüntülü ve kederli hissediyorum.				
20. Hayattan eskisi gibi zevk alamıyorum.				
21. Gelecekten umutsuzum.				
22. Zaman zaman aklımdan kendimi öldürme düşünceleri geçiyor.				
23. Gündelik işlerimi yapacak gücüm azaldı.				

Yeti Yitimi Formu

1. Yukardaki sorunlar sizin için ne derecede rahatsızlık/sıkıntı/sorun yaratıyor?

0=Hiç 1=Hafif derecede 2=Oldukça 3=Şiddetli

2. Yukardaki sorunlar kendinize bakımınızı, işinizi, aile yaşamınızı ve insanlarla ilişkilerinizi ne derecede aksatıyor?

0= Sorun yok / Hiç aksatmıyor. Her zamanki normal yaşamımı sürdürebiliyorum.
1= Biraz aksatıyor. Biraz çabayla normal yaşamımı sürdürebiliyorum.
2= Oldukça aksatıyor. Normal yaşamımda önemli ölçüde aksamalar var.
3= Şiddetle aksatıyor. Gündelik yaşamımda yapmam gereken birçok şeyi yapamıyorum.

3. Ruhsal durumunuzla ilgili olarak bir doktorun/psikologun yardımını istiyor musunuz?

0= Hayır 1= Evet 2= Emin değilim, bilmiyorum