

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ŞANLIURFA İLİ SURUÇ İLÇESİNDE YAŞAMAKTA OLAN İLKÖĞRETİM
ÖĞRENCİLERİNDE GENEL PSİKOPATOLOJİ, TRAVMATİK YAŞANTILAR VE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU İLE UYUMLU YAKINMALARIN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

SİNEM TABUR

GAZİANTEP - 2017

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ŞANLIURFA İLİ SURUÇ İLÇESİNDE YAŞAMAKTA OLAN İLKÖĞRETİM
ÖĞRENCİLERİNDE GENEL PSİKOPATOLOJİ, TRAVMATİK YAŞANTILAR VE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU İLE UYUMLU YAKINMALARIN
BELİRLENMESİ

YÜKSEKLİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

SİNEM TABUR

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. BENGİ SEMERCİ

GAZİANTEP - 2017

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum **“Şanlıurfa İli Suruç İlçesinde Yaşamakta Olan İlköğretim Öğrencilerinde Genel Psikopatoloji, Travmatik Yaşantılar Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu İle Uyumlu Yakınmaların Belirlenmesi”** başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Sinem Tabur

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında yardım ve tecrübeleriyle bana destek olan, engin bilgilerini benden esirgemeyen sayın tez danışmanım Prof. Dr. Bengi SEMERCİ'ye,

Stajerlik eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, her zaman bana destek olan değerli hocam Uzm. Dr. Mustafa AKCAN'a,

Üniversite eğitimimden bu yana her zaman yanımda olan ve mesleki kimliğimin oluşmasını sağlayan, tez süreci boyunca bana yardımcı olan değerli hocam Uzm. Klinik Psikolog Cemaliye DİREKTÖR'e,

Değerli birikim ve tecrübesiyle tezimdeki katkılarından dolayı Ercan AKİNa,

Ebeveynlerin ve öğrencilerin Suriye iç savaşı ile ilgili olarak bildirdikleri deneyimler ve travmatik yaşantıları benimle paylaşan değerli iş arkadaşlarım Ali ERİKLİ ve Fatih ÖZCAN'a,

Araştırmamın uygulama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Suruç İmkb İlkokul öğretmenlerine, sevgili öğrencilerime, Murşıtpınar Orta Okulu'na,

Hayatıma yön vermemi sağlayan sevgili dayım Mehmet ASLAN'a,

Tezimde son noktayı beraber koyduğum sevgili eniştem Mehmet Akif HARTAVI'ye,

Beni bugünlere getiren, desteğini hiç esirgemeyen annem Serap TABUR'a ve benim için her şeyden değerli olan kardeşim Mehmet Ali TABUR'a

Teşekkürlerimi sunarım...

Sinem TABUR

ÖZET

Amaçlar: Suriye İç Savaşı milyonlarca bireyi komşu ülkelere sığınmaya zorlamıştır. Sığınmacılar ve mültecilerin en önemlisi Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olmak üzere psikopatolojiler için riskleri artmıştır. Benzer travmalar yaşamış olan ve ve sığınmacıları misafir eden toplumların öznel deneyimleri ve semptomları ise şimdiye kadar görece daha az dikkat çekmiştir. Bu araştırmada Suriye sınırında bulunan ve büyük bir sığınmacı popülasyonuna ev sahipliği yapan Suruç ilçesinde yaşamakta olan ilkokul öğrencilerinde Suriye İç Savaşı'nın psikopatoloji, travmatik deneyimler ve TSSB bağlamındaki etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Metod: İlçede bulunan okullardan ikisi rast gele olarak seçilmiştir. Sosyodemografik veri formları, Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi ebeveyn ve öğretmen formları ve Çocuklar İçin Travma Sonrası Tepki Endeksi ile değerlendirmeler yapılmıştır. Veriler SPSS 23.0 programı ile değerlendirilmiştir. Klinik olarak anlamlı öznel TSSB yakınmalarının yordayıcıları lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. P 0.05 olarak alınmış ve analizler çift yönlü olarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Ebeveyn bildirimine göre en sık travmatik deneyimler patlamalar şahit olma (% 26.9), geniş aile/ akrabaların yaralanması (% 21.8) ve tanışların ölümüdür (% 17.9). Ebeveyn bildirimlerine göre çocuklarındaki yaşam boyu travmatik deneyimler ve kendine zarar verici davranışlar sırası ile % 26.9 ve % 19.9 olarak bulunmuştur. Ortalama yaşı 8.8 yıl (S.S.= 1.3) olan 156 öğrenciden (% 53.2) % 13.5'i ÇDDÖ dışı yönelim, % 11.0'i içe yönelim, % 13.5'i ise toplam sorun alt ölçkilerinde klinik düzeyde puanlar almıştır. ÇTSTÖ'nde öğrencilerin % 98.7'si orta ve üzeri düzeyde TSSB semptomları bildirmiştir. Çocukların bildirdiği en sık travmatik deneyimler patlama/ silah sesleri duyma (% 17.3), evlerinin zarar görmesi (% 17.3) ve geniş aile/ tanışların ölümüne tanık olma (% 12.8) olarak sıralanmıştır. İkili analizlerde ÇTSTÖ'ndeki klinik olarak anlamlı TSSB semptomları ile kız cinsiyet (p=0.00) ve aile üyeleri/ tanışların Suriye İç Savaşı'ndaki kayıplarına

şahit olma ($p=0.01$) ilgili olsa da lojistik regresyon analizinde sadece kız cinsiyet anlamlı bir yordayıcı olarak kalmıştır.

Sonuç: Suriyeli sığınmacılar ve mültecileri misafir eden toplumlardaki çocuklar da artmış TSSB semptomları gösterebilir ve kız cinsiyet vü semptomlar için bir risk etkeni olabilir.

Anahtar Sözcükler:Çocuklarda TSSB Belirtileri, Savaş Travması, Güçler ve Güçlükler Anketi



**GENERAL PSYCHOPATHOLOGY, TRAUMATIC EXPERIENCES AND
SYMPTOMS CONGRUENT WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER
AMONG PRIMARY SCHOOL CHILDREN LIVING IN SANLIURFA COUNTY,
SURUC DISTRICT**

ABSTRACT

Objectives: The Syrian Civil War forced millions into asylum in neighboring countries. Refugees/ asylum seekers have elevated risk for psychopathology with the most important being post-traumatic stress disorder (PTSD). Subjective experiences and symptoms of the hosting populations which have also experienced similar traumas have received relatively little attention up to now. We aimed to evaluate the effects of Syrian Civil War in terms of psychopathology, traumatic experiences and PTSD on Turkish primary school students living in Suruç which is on the border with Syria and hosts a large population of asylum seekers.

Method: Two randomly selected schools operating in the district were included in the study. Sociodemographic Data forms, Child Behavior Checklist (CBCL), parental and teacher forms of the Strengths and Difficulties Questionnaire, Children's Post-traumatic Reaction Index (CPRI) were used for evaluations. Data were analyzed with SPSS 23.0. Predictors of clinically significant subjective PTSD symptoms were evaluated with binary logistic regression. P was set at 0.05 (two tailed).

Results: Most common traumatic experiences via parental report were witnessing explosions (% 26.9), witnessing injuries of extended family/ relatives (% 21.8) and witnessing deaths of acquaintances (% 17.9). Life- time traumatic events and life-time self-injurious behavior in children via parental report were % 26.9 and % 19.9; respectively. Of 156 students (% 53.2 % male) with a mean age of 8.8 years (S.D.= 1.3), % 13.5 obtained externalizing scores, % 11.0 obtained internalizing scores and % 13.5 obtained total scores in clinical range of CBCL. % 98.7 reported PTSD symptoms in moderate and above severity in CPRI. Most common traumatic

experiences reported by children included hearing explosions/ gunshots (%17.3), damage to residences (% 17.3), and witnessing deaths of extended family/ acquaintances (% 12.8). Female gender ($p=0.00$), witnessing loss of family members/ acquaintances in Syrian Civil War ($p=0.01$) and clinically significant PTSD symptoms in CPRI were related in bivariate analyses although only female gender remained as a predictor in logistic regression.

Conclusion: Children in communities hosting Syrian refugees/ asylum seekers may also have elevated symptoms of PTSD and female gender may be a risk factor for those symptoms.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Children, War trauma, The Strengths And Difficulties Questionnaire

İÇİNDEKİLER TABLOSU

ÖZET	ix
ABSTRACT	vi
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problemin Durumu	1
1.2. Çalışmanın Amacı	1
1.3. Çalışmanın Alt Amaçları	2
1.4. Araştırmmanın Varsayımları	2
1.5. Araştırmmanın Sınırlılıkları	2
1.6. Araştırmmanın Güçlü Yanları	3

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1. Çocuk ve Ergen Psikopatolojisi	5
2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tarihçesi	6
2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı ve Tanılama	9
2.2.1. TSSB'nin DSM-V kriterleri	9
2.2.2. TSSB'nin ICD-10 Tanı Kriterleri	19
2.2.3. DSM-IV ve ICD-10	20
2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi	20
2.4. TSSB ve Etkileri	21
2.5. Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu	21
2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Çocuklarda Görülme Sıklığı	22
2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kuramsal Yaklaşımlar	24
2.7.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Biyolojik Modeli	24
2.7.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Bilgi İşleme Modeli	25
2.7.3. Fletcher'in Çalışan Modeli	26
2.8. Komorbidite	27
2.9. Tedavi	28
2.9.1. Farmakolojik Yaklaşımlar	28
2.9.2. Psikoterapi Yaklaşımları	29

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM	32
3.1. Araştırmmanın Modeli	32
3.2. Evren ve Örneklem	32
3.3. Veri Toplama Araçları	33
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	33

3.3.2. 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği	33
3.3.3. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)	34
3.3.4. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ)	35
3.4. İşlem	36
3.5. İstatistiksel Değerlendirme	37
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
BULGULAR VE YORUM	38
4.1. Bulgular	38
4.1.1. Sosyo-demografik verilerle ilgili bulgular	38
4.1.2. Suriye İç Savaşı'nın doğrudan/ dolaylı etkileri ile ilgili bulgular	39
4.1.3. Örneklemdaki çocukların yaşam boyu olumsuz deneyimleri ile ilgili bulgular:	40
4.1.4. Psikometrik ölçümlerle ilgili bulgular	41
4.2. Yorum	51
BEŞİNCİ BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER	56
KAYNAKÇA	58
EKLER	71
EK 1: ÖZGEÇMİŞ	71
EK 2: GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU	72
EK 3: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	73
EK- 4 GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ	82
EK- 5 TRAVMA SONRASI STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ (ÇTSS-TÖ)	85
EK- 6 4-11 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	91

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1:	7
Tablo 2:	39
Tablo 3:	40
Tablo 4:	41
Tablo 5:	42
Tablo 6:	44
Tablo 7:	45
Tablo 8:	48

KISALTMALAR LİSTESİ

CBCL	:	Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği
DEHB	:	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
DSM	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı
GGA	:	Güçler ve Güçlükler Anketi
N	:	Örneklem Sayısı
P	:	Anlamlılık Değeri
R	:	Korelasyon
SD	:	Serbestlik Derecesi
SPSS	:	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
SS	:	Standart Sapma
T	:	t test
TSSB	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
X	:	Örneklem Ortalaması

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Durumu

Suriye’de yaşanan iç savaştan dolayı milyonlarca Suriye vatandaşı komşu ülkelere göç etmek zorunda kalmıştır. Başta Türkiye olmak üzere birçok sınır ülkesi Suriye vatandaşlarına ev sahipliği yapmaya başlamıştır. Türkiye’ye sığınan Suriye vatandaşları için kurulan kampların yanında şehir merkezlerine yerleşenlerin de sayısı oldukça fazladır. Özellikle Suruç ilçe merkezinde ve köylerinde yaşayan vatandaşlarımız, savaştan etkilenerek ülkemize sığınan bu kişilere evlerinin kapısını açmış ve yaşamlarına onlarla birlikte devam etmişlerdir. Bu da Suruç halkının savaşa birebir tanıklık etmiş ve savaş travması yaşamış kişiler ile iç içe yaşadığı anlamına gelmektedir. Bu iç içe yaşam da beraberinde birçok sorunu getirmiş, başta çocuklar olmak üzere bütün halk etkilenmiştir. Bunun yanında Suruç ilçe merkezinin ve özellikle Suriye sınırında bulunan köylerinin savaşın sürdüğü alanlara çok yakın olmasından dolayı Suruç halkının savaşa birebir tanık olmasına neden olmuştur. Savaşa tanıklık eden bazı Suçlular yaralanmış, bazıları yaralanmalara şahit olmuş ya da bomba ve çatışma seslerini duymak durumunda kalmıştır. Bazıları ise bizzat kendi evlerinin yıkılmasına tanık olmuşlardır. Böylelikle savaştan sadece Suriye’de yaşayanlar değil, dolaylı ya da direkt olarak Suriye’ye sınırı olan yerleşim bölgelerindeki Türkiye vatandaşları da bizzat etkilenmiştir.

1.2. Çalışmanın Amacı

Mevcut çalışmanın amacı Şanlıurfa ili Suruç ilçesinde yaşamakta olan ilköğretim öğrencilerinde genel psikopatoloji, travmatik yaşantılar ve travma sonrası stres bozukluğu ile uyumlu yakınmaların belirlenmesidir. Çalışmamızın ayrıca Suruç’ta yaşayan çocuklarda ortaya çıkan TSBB etkilerinin ortadan kaldırılmasına yönelik yapılabilecek gerekli müdahale programlarına katkı sağlaması da düşünülmektedir.

1.3. Çalışmanın Alt Amaçları

Bu çalışmada alt amaçlaraşğıda sıralandığı gibidir.

- a. Ailelerin ve çocukların Suriye iç savaşı ile ilgili olarak bildirdikleri deneyimler ve travmatik yaşantılar nelerdir?
- b. İlköğretim çağındaki çocukların ebeveynlerinin veöğretmenlerinin bildirimleri ile elde edilen Güçler ve Güçlükler anketi ve alt testlerin sonuçlarının sosyodemografik verilere göre farklılık göstermekte olup olmadığının belirlenmesi
- c. Bu çocukların okulda, evde ve sosyal hayatta sergiledikleri davranış sorunlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi
- d. Çocukların travmatik olay sonrası stres düzeylerinin cinsiyete göre farklılık göstermekte olup olmadığının belirlenmesi
- e. Çocukların stres düzeyi ile ilişkili etmenler nelerdir?

1.4. Araştırmanın Varsayımları

- 1) Bu araştırmada ebeveynlerin, öğretmenlerin ve çocukların ölçekleri tamamlarken objektif davrandıkları varsayılmaktadır.
- 2) Ölçeklerin, hedeflediği ölçümleri açık ve net bir şekilde ebeveynlere, öğretmenlere ve öğrencilere yansıttığı varsayılmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Her çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da bazı sınırlılıkları söz konusudur. Araştırmanın sadece Suruç ilçesini kapsamaması ve Suriyeli sığınmacıların yerleştirildiği diğer il ve ilçe merkezlerinden örneklem alınmaması bu çalışmanın en önemli sınırlılıklarından biridir. Çalışmaya ait diğer sınırlılıklar aşağıda sıralandığı gibidir.

- 1) Çalışmanın örneklem grubu biri Suruç ilçe merkezinde, diğeri bu ilçeye bağlı olmak üzere iki okuldan 2015-2016 eğitim-öğretim yılında eğitim gören öğrenciler ile sınırlıdır.

2) Bu çalışma belirlenen ölçeklerin uygulandığı 2.,3.,4.,5.,6. ve 7. Sınıfa devam edip çalışmaya katılmaya gönüllü öğrenciler ile sınırlıdır.

3) Çalışma 7-14 yaş arasındaki Suruç'ta yaşayan çocuklar ile sınırlıdır.

2014- 2015 eğitim yılı içerisinde Şanlıurfa ili'nde % 50.8'i erkek olmak üzere 231.070 ilköğretim öğrencisinin öğrenim görmekte olduğu saptanmıştır (Milli Eğitim Bakanlığı. Milli Eğitim İstatistikleri- Örgün Eğitim 2014/ 15. Milli Eğitim Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Resmi İstatistikler Programı Yayını. Ankara 2015). 2012 yılı nüfus sayımında Suruç ilçe nüfusu 101.964 olarak saptanmış ve bu nüfusun Suriye İç Savaşı sonrası 2015 yılında 232.000'e çıktığı bildirilmiştir. Suruç ilçesinde 2015- 2016 eğitim yılı içerisinde 30.977 öğrencinin örgün eğitim aldığı ve her biri 5 sınıf içeren 30 ilköğretim okulu bulunduğu saptanmıştır. Suruç ilçesindeki ilköğretim okullarının her sınıfında 33 öğrenci bulunduğu bildirildiğinden çalışmanın evreni 4950 öğrenciyi içermektedir (<http://suruc.meb.gov.tr/> adresinden 09.12.2016 tarihinde erişilmiştir). Araştırmamıza ilçedeki 30 ilköğretim okulu içerisinde rast gele olarak seçilen iki okul dahil edilmiştir. Bu okulların 2-7. sınıflarında toplam 396 öğrenci bulunmaktadır. Çalışma sırasında okula devam etmeyenler, ölçekleri doldurmayanlar ve çeşitli nedenlerle çalışmaya dahil edilemeyenlerin oranı % 60.6'dır.

1.6. Araştırmanın Güçlü Yanları

Çocukların sergiledikleri davranışları tek bir kaynaktan öğrenme yerine ebeveyn, öğretmen ve öğrencilerin kendilerinde almak bu araştırma sonucunda çıkan bulguları biraz daha güvenilir kılmaktadır. Çünkü annelerin sorun olarak algıladığı bazı davranışlar öğretmen ya da öğrenci tarafından sorun olarak görülmeyebilir. Bunun yanında çocuğun yaşamını okul, ev ve sosyal çevre olarak üç alana ayırdığımızda bu alanlarda çocukların davranışları farklılık gösterebilir. Çocukların psikopatolojik süreçleri ve sorun davranışları değerlendirildiğinde birden çok kaynağa başvurmak ve çok ölçümlü değerlendirmelerden faydalanmak hatta mümkünse gözlemler yapmak araştırmacılara daha güvenilir veriler sunacaktır.

Bundan dolayı, bu çalışmada tek kaynaktan bilgi almak yerine ebeveyn, ğretmen ve çocuklardan veriler toplayarak daha güvenilir bulgular elde etmeye çalıştık.



İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Çocuk ve Ergen Psikopatolojisi

Ruh sağlığı alanında travma yaşantıları ve bu yaşantıların psikolojik etkileri sıklıkla çalışılan ve önem verilen konulardan biridir. Bu alanda çocuk ve ergenler üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmaların da var olduğu bilinmektedir. Özellikle son yıllarda yapılan bu çalışmalar, bu yaş grubunda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının %1 ile %51 arasında olduğu bildirilmektedir (Roberts vd., 1998: 716).

Çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların yaygınlığının araştırıldığı farklı çalışmalarda herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip olma oranı %9.48 ile %12.7 arasında değiştiği gösterilmektedir. Bu ruhsal sorunlar arasında en çok görülenler karşı olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu(DEHB), davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluklar olarak belirlenmiştir (Muris ve Meesters, 2003: 6; Ford vd., 2003: 1208).

Bu ruhsal bozukluklar çocuk ve ergenlerin hayatını önemli düzeyde etkilemesine ve iyilik hallerinibozmasına rağmen psikiyatrik yardım alamadıklarında gerekli sağıaltım sağılanamamaktadır. Buda ruhsal sorunların yetişkinlikte de devam etmesine ve beraberinde başka sorunların da ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Böylelikle bu yaş bireyler için, gerekli durumlarda koruyucu ve sağıaltıcı ruh sağılığı önlemlerinin alınabilmesi adına, ruhsal değıerlendirme büyük önem taşımaktadır (Goodman vd., 2000: 538; Becker vd., 2004: 23).

Çocuklarda ruhsal sağılık, çeşitli alanlardaki işlevselliğın yeterli oluşu ve bu işlevselliğı devam ettirebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Çocuk ya da ergenlerde görülebilecek ruhsal bozukluklar onların psikolojik gelişimini bozar ve işlevselliklerinin bir bölümünü ya da tamamını kaybetmelerine neden olur (WHO, 1997:86). Çocukların karşılaşılabileceğı ruhsal bozuklukların tespit edilmesi ve önlenmesi için kapsamlı çalışmaların yürütölmesi ya da tedavi planlarının

geliştirilmesi gibi önlemler, ruhsal olarak sağlıklı genç nüfusa sahip olmayı sağlamasının yanında, bireylerin ilerideki işlevselliklerinin de daha iyi olması için de hayati önem taşımaktadır (Ford vd. 2003: 1210). Kessler ve arkadaşlarının (2005: 597) yaptığı bir çalışmanın bulgularına göre genel toplumda görülen psikiyatrik bozuklukların yaklaşık olarak yarısının 14 yaşında başladığı ortaya konulmuştur. Çocuk ve ergenlerin tedavi edilmeyen ruhsal hastalıkları, yaşamın sonraki dönemlerinde daha şiddetli ve tedaviye dirençli hale gelmektedir.

Çocuk ve ergenlerin ruhsal hastalıklarının ağır kişisel, toplumsal ve ekonomik bedellerinin, koruyucu girişimlerin yanı sıra erken tedaviyle azaltılabileceği belirtilmektedir. Ancak her tedavinin etkili olabilmesi için, önce başlatılması ve sonra da sürdürülmesi gereklidir (Sherman vd., 2009: 78). Bu nedenle, çocuklardaki ruhsal hastalıkların erken dönemde tanınması, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesine yönelik uygulamalar önem taşımaktadır.

2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tarihçesi

Travmadan kaynaklanan belirtilere ait kayıtlar eski zamanlara dayanmaktadır(De Bellis ve Van Dillen,2005: 746; Pfefferbaum, 2005: 313). 19. yüzyılın ortalarında Jean Charcot'un histeriyi travmanın ortaya çıkarttığı nevroz olarak değerlendirmesi ile travmaya verilen psikolojik reaksiyonlar bilimsel olarak araştırılmaya başlanmıştır(De Bellis veVan Dillen, 2005: 746). Bu çalışmalardan önce histerik hastaların belirtileri isteyerek yaptığı ya da belirtilerindoğaüstü bir güçten kaynaklandığı kabul edilmekteydi. Bu inanış 19. Yüzyılın sonlarına kadar devam etti. Bu inanışa göre histeri sadece kadınlarda görülüyordu ve mistik gibi kabul görmekteydi ve histeriye, büyü, şeytan ya da cinlerin neden olduğu düşünölmekteydi. Fransa'da 19. yüzyılda kilise karşıtı siyasi hareketinin getirdiği düşünce özgürlüğü ile o dönem hekimleri daha rahat çalışma şansı bulmuştur (Micale, 1989: 334).Travmanın psikiyatride kendine yer edinmesi Charcot'un histerik kadınların belirtilerini doğaüstü güçlere bağlamak yerine nedenlerini açıklamaya çalışması ile başlar. Histerik kadınların ortak özellikleri genel olarak şiddet, tecavüz ve işkence görmüş ve genç kadınlarolmalarıydı. Charcot histerinin bilimsel ve tıbbi olarak ele almasında öncölük etmiştir(Herman 2010: 9). Ancak

buna rağmen Charcot histeriyi tam olarak açıklayabilmiş değildir. Çünkü Charcot histeriyi tıbbi olarak açıklamasına rağmen ruhsal nedenler üzerinde durmamıştır. Daha sonra Pierre Janet ve Freud histerinin nedenlerini açıklamayı çalışmış ve bu durumun psikiyatrik nedenleri üzerinde durmuşlardır. 19. yüzyıl sonunda birbirlerinden tamamen bağımsız çalışan Janet ile Freud'un elde ettiği bulgular benzerdi. İkisi de travma ve örseleyici olaylara verilen duygusal reaksiyonların bilinç durumunu etkilediğini ve değişen bilinç durumu sonucunda histerik belirtilerin ortaya çıktığını savunmuştur. Ancak bilinç durumundaki bu değişikliği Janet "çözülme" olarak, Freud ise "ikili bilinç" olarak adlandırmıştır (Ellenberger, 1970: 135).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın (DSM) birinci baskısında Travma sonrası belirtiler Büyük Stres Reaksiyonu ("Gross Stress Reaction") başlığı altında toplanmıştır. Buna göre öncelikli olarak travmatik olayın savaş sırasında meydana gelen bir olay olup olmadığı (askeri mercileri ilgilendirip ilgilendirmedığı) kaydedilmeliydi. Dahası, bu olay savaş esnasında meydana gelmiş olsa bile patlama/felaket gibi çok büyük bir olay olmuş olmalıydı (Gabbay vd., 2004: 14). DSM-II bu konuda hiçbir gelişme göstermemiş ve travmatik olay ve travmaya bağlı bozukluk düşüncesi DSM-I' den de geriye düşmüştür (Wilson, 1994: 690). İkinci Dünya Savaşı bitmiş ve toplumsal boyutta bir olay da kalmamıştır. Bu sebeple de dönemin yeni DSM'sinde böyle bir tanı kategorisine ihtiyaç kalmamıştır (Jones, 2007: 165). Bu sebeple DSM-II psikolojik travma noktasında yeni bir şey söylememiş ve travma geçici uyum bozukluklarına sebep olan bir durum olarak değerden düşmüştür. Yine dikkati çeken bir başka nokta olayların büyük ölçekli, toplumsal olaylarla sınırlanmasıdır ve bireye özgü travma diye bir kavrama yer verilmemiştir (APA, 1966). "Rape trauma syndrome" terimi ise bundan birkaç yıl sonra literatür çalışmalarına dahil olmuştur. 1980'de shell shock, gross stress reaction, ve rape trauma bozukluklarının ortak belirtileri toplanarak DSM-III'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Flouri, 2005: 373; Ozer vd., 2002: 53). Çocukların Travma sonrasında ruhsal zedelenme yaşamayacakları düşünülerek DSM kriteri oluşturulmamıştır (Meiser-Stedman,

2003: 3). DSM-III'ün ikinci baskısında ise çocukların travma sonrasında travmaya aşırı ve yetişkinlerden farklı tepkiler verebileceği kabul edilmiştir (Flouri, 2005: 373; Pfefferbaum, 2005: 311). DSM-IV ve DSM-V'te ise çocuklar için Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptom rehberi oluşturulmuştur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Tablo 1'de Travma tanımının DSM-I'den DSM-V'e kadar nasıl değişimlerden geçtiği gösterilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı gibi travma ilk defa DSM-III'de genel geçer bir tanıma kavuşmuştur.

Tablo 1. Travma Tanımındaki Değişimler ve Yorumu

DSM	Travma Tanımı	Yorum
DSM-I	"Ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek emosyonel strese sebep olan bir olay"	- Olay tanımı net değil - Bireysel travma kavramı müphem - Büyük bir olaya(savaş, deprem) maruziyet vurgusu
DSM-II	"Ezici/kahredici çevresel bir olay"	- Olay tanımı DSM-I den daha müphem - Olay ile ortaya çıkan klinik uyum bozukluğu ile sınırlı
DSM-III	"Hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bariz bir olay"	Genel geçer bir tanım çabası dikkat çekmekte
DSM-III-R	"Normal insan deneyiminin ötesinde, herkes için sıkıntı yaratan bir olay"	- Tanımı netleştirmek adına olaya maruziyet şekilleri belirtilmiş - Gündelik yaşamda karşılaşılmayan olay tanımı ile olayı sınırlama çabası var
DSM-IV ve DSM-IV-R	"Bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı"	- Kişinin verdiği öznel tepkiyi belirterek travmada öznel tepkilerin önemini vurgulamak - Dolaylı travmatizasyonun kabulü
DSM-V	"Gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruziyet"	- Travma uğrama yolları ayrı kriterlerle belirtilmiş - İlk defa tanımda cinsel şiddet verilmiş - Doğrudan deneyimleme vurgusu yapılarak maruziyet şekli netleştirilmiş - Maruziyette tartışmalı dolaylı yollar sınırlandırılmış-elektronik medya ile maruziyetin dışlanması - Mesleki maruziyetin ayrıca belirtilmesi

Kaynak: Çolak vd., 2010 (24)'den uyarlanmıştır.

2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı ve Tanılama

2.2.1. TSSB'nin DSM-V kriterleri

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun, Akut Stres Bozukluğunun ve Altı Yaşındaki ve Altı Yaşının Altındaki Çocuklar İçin Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu tanı ölçütleri aşağıda sıralandığı gibidir.

Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu

Not: Aşağıdaki tanı ölçütleri, erişkinler, gençler ve altı yaşından büyük çocuklara uygulanır.

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır
4. örseleyici olay(ların)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden, yeniden karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B.Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anılar.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışa vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili yineleyici sıkıntı veren düşler.

Not Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.

3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.)

Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Örseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2. Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler,

konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).
2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. "Ben kötüyüm", "Kimseye güvenilemez", "Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir", "Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu").
3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).
5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımıda belirgin azalma.
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.
7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).

2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
3. Her an tetikte olma.
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
5. Odaklanma güçlükleri.
6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzun

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 fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. **Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon):** Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. **Gerçekdışılık (derealizasyon):** Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için,     lme belirtilerinin, bir maddenin ( rn. bilinç kararmaları, alkol esrikli i sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun ( rn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine ba lanamıyor olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı  l   tleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da).

Altı Yaşındaki ve Altı Yaşının Altındaki  ocuklar için örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu

A. Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklarda, aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden  o uyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde, ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşma ya da cinsel saldırıya u rama:

1. Doğrudan  rseleyici olay(lar) yaşama.
2. Özellikle birincil bakımverenler olmak üzere, başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).

Not: Doğrudan doğruya görme (tanıklık etme), elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla görmüş olmayı kapsamaz.

3. Anababasından birinin ya da bakımveren kişinin başına örseleyici olay(lar) geldiğini   renme.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, isten dişı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istenç dişı gelen, sıkıntı veren anıları.

Not: Kendiliğinden ortaya çıkan ve isten dişı gelen anıların sıkıntı veriyor gibi görünmesi gerekmez ve bunlar, oyunda yeniden canlandırılıyor gibi dışa vurulabilirler.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

Not: Korkutucu içeriğin örseleyici olayla ilişkini kurmak olanaklı olmayabilir.

3. Çocuğun örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüş(Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır .) Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlan dırma yapabilirler.

4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Örseleyici olay(lar)ı anımsatıcılara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Örseleyici olay(lar)la ilintili uyaranlardan sürekli bir kaçınmayı ya da örseleyici olay(lar)a ilintili bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olduğunu gösteren, olay(lar)dan sonra başlamış ya da kötüleşmiş, aşağı

daki bir (ya da birden çok) belirti bulunmalıdır:

Uyaranlardan Sürekli Kaçınma

1. Örseleyici olay(lar)ın anılarını uyandıran etkinlikler, yerler ya da nesnel anımsatıcılardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2. Örseleyici olay(lar)ın anılarını uyandıran insanlar, konuşmalar ya da kişilerarası durumlardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

Bilişlerde Olumsuz Değişiklikler

3. Olumsuz duygusal durumların sıklığının önemli ölçüde artması (örn. korku, suçluluk, üzüntü, utanç, şaşkınlık).

4. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımıda belirgin azalma, bu durum, oyun oynamada bir kısıtlılık göstermeyi de kapsar.

5. Toplumsal olarak geri çekilme, içine kapanma.

6. Sürekli bir biçimde, olumlu duyguları daha az gösterme.

D. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dış vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında) (aşırı huysuzluk yapmaları da kapsar).

2. Her an tetikte olma.

3. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

4. Odaklanma güçlükleri.

5. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

E. Bu bozukluğun süresi bir aydan daha uzundur.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da anababasıyla, kardeşleriyle, yaşlılarıyla ya da diğer bakımverenlerle ilişkilerinde ya da okulda davranışlarında bozulmaya neden olur.

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

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır ve kişi, aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. **Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon):** Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duygumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş

içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç kararmaları) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

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

Akut Gerginlik (Stres) Bozukluğu

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Not: Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Örseleyici olay(ların)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise bu tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan ya da kötüleşen, istençdışı gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı kapsayan aşağıdaki herhangi beş kümeden dokuz (ya da daha çok) belirtinin varlığı:

İstençdışı Gelen Belirtiler

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları. Not: Çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışa vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.
2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici, sıkıntı veren düşler. Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.
3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.) Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.
4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara tepki olarak yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama ya da fizyolojiyi ilgilendiren belirgin tepkiler gösterme.

Olumsuz Duygudurum

5. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

Çözölme (Dissosiyasyon) Belirtileri

6. Kişinin çevresindekilerle ya da kendisiyle ilgili olarak değişmiş bir gerçeklik duyumu (örn. kendisini başkasının görüngesinden görme, şaşkın bir durumda olma, zamanın yavaşlaması).
7. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

Kaçınma Belirtileri

8. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan uzak durma çabaları.
9. Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) uzak durma çabaları.

Uyarılma Belirtileri

10. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).
11. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).
12. Her an tetikte olma.
13. Odaklanma güçlükleri.
14. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

C. Bu bozukluğun (B tanı ölçütündeki belirtilerin) süresi, örselenmeyle karşı-laştıktan sonra, üç günle bir ay arasında değişir.

Not: Belirtiler örselenmeden hemen sonra başlar, ancak tanı ölçütlerini karşılaması için en az üç gün olmak üzere, en çok bir ay sürmüş olması gerekir.

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

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. ağır olmayan çarpma ile beyin yaralanması) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve kısa psikoz bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (APA, 2014: :146-154).

2.2.2. TSSB'nin ICD-10 Tanı Kriterleri

A) Hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek kişiyi tehdit eden ya da yıkıcı nitelikte olağandışı stresli bir olay ya da duruma maruz kalma

B) Olayı tekrar tekrar hatırlama, geri dönüşler ("flashbacks") ve rüyalarla travmanın yineleyici bir biçimde yeniden yaşanması veya travmayı hatırlatacak durumlarla karşılaşmasonrasısıkıntı hissetme

C) Travmayı hatırlatacak her türlü durumdan kaçınma

D) Aşağıdaki maddelerin de bulunması gerekir:

1. Travmatik olaya maruz kalma süreci ile ilgili bazı kısımları hatırlayamama

2. Otonomik bakımdan bir aşırı uyarılmışlık ve tetikte olma durumu (travmaya maruz kalmadan önce olmayan) ile ilgili aşağıdakilerden herhangi iki tanesinin bulunması:

a. Uykuya dalma ve sürdürmede güçlük

b. İritabilite veya öfke patlamaları

c. Odaklanmakta güçlük

d. Tetikte olma hali

e. Aşırı irkilme tepkisi

E) B, C ve D kriterleri travmatik olaydan 6 ay sonra veya sıkıntı döneminin sonuna kadar karşılanmalıdır (World Health Organization, 1992)

2.2.3. DSM-IV ve ICD-10

Strese bağlı ruhsal bozukluklar DSM-V ile ICD-10'da benzer şekilde travmatik yaşam olaylarından sonra ortaya çıkan strese bağlı belirtilerin ortaya çıkarttığı psikopatoloji temelinde sınıflandırılmaktadır. Hem DSM-V hem de ICD-10 travmatik yaşantı ile beraber kişinin işlevselliğini tehlikeye sokan başka belirtilerin olması gerektiğini savunur. Ancak iki sistem arasında belirtilerin gruplandırılması farklılığının yanında bazı farklılıklar görülmektedir. Bunların içinde önemli olanlardan bir tanesi de ICD-10 (1992)'da çocuklara özgü belirtilerden bahsetmemesidir(Nader, 2004: 513). Bu yüzden bu çalışmada çocukların sergiledikleri Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri DSM-V temel alınarak değerlendirilmiştir.

2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi

Travma sonrası stres bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı genel popülasyonda %7.0 ile %8.7 arasında değişmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000; Keane vd., 2006: 166; Kessler vd., 2005: 596). Cinsel taciz ve savaş deneyimleri travmayı ortaya çıkaran nedenlerin başında gelmektedir (De Bellis ve Van Dillen, 2005: 745; Kessler vd., 2008: 369). Travmanın görülme sıklığı travmanın şekline göre örneğin doğal ve insani afetler, kronik hastalıklar, savaş ve terör travması ve aile içi şiddete göre değişmektedir (Copeland vd., 2007: 583; De Bellis ve Van Dillen, 2005: 749).

Yaşam boyu yaygınlığın cinsiyete göre değiştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur(Keane vd., 2006: 171; Kessler vd.,1995: 1056). Kadınlarda bu oran %10.4 iken, erkeklerde %5 olarak bulunmuştur. Kadın ve erkekler arasında travma yaygınlığının bu şekilde farklılık göstermesi travmanın türünden kaynaklanıyor olabilir. Yapılan çalışmalarda erkeklerde %35.6'sı yaralama ya da ölüm/öldürme olayına şahit olurken, kadınlarda bu oran %14.5'e kadar düşmektedir. Sel, ateş veya diğer doğal olaylardan etkilenme oranı erkeklerde %18.9 iken kadınlarda bu oran %15.2'dir. Hayatı tehlikeye atan bir yaşam olayına maruz kalma oranı erkeklerde %25, kadınlarda %13.8 olarak bulunmuştur. Ayrıca erkeklerde fiziksel saldırı (Erkeklerde %11.1 ve Kadınlarda %6.9) ve savaş deneyimi (Erkeklerde %6.4; Kadınlarda%0) oranı daha yüksek iken, kadınlarda tecavüz(kadınlarda %9.2;

Erkeklerde%0.7), cinsel taciz (Kadınlarda %12.3;Erkeklerde %2.8), ihmal (Kadınlarda %3.4; Erkeklerde %2.1)ve fiziksel şiddet (Kadınlarda %4.8; Erkeklerde%3.2) oranları daha yüksek bulunmuştur (Kessler vd., 1995: 1056).

Travma sonrası stres bozukluğu birçok etnik ve ırkta tanılanmıştır. Maruz kalma şekli kontrol altına alındığında etnik farklılık travmanın görülme sıklığını etkilemediği ortaya çıkarılmıştır (Keane vd., 2006: 172). Hastalığın görülme sıklığı ve şiddeti mültecilerin statüsü göç deneyimleri ve toplamda görülen şiddet ve zorbalığa göre farklılık göstermektedir (AmerikaPsikiyatri Birliği, 2000).

2.4. TSSB ve Etkileri

TSSB oluşturacak muhtemel olaylara maruz kalma sıklığı yüksek olmasına rağmen travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının ortaya çıkması nadirdir (Keane vd., 2006: 163). TSSB genellikle travmatik olay yaşandıktan sonra bir ay içerisinde oluşur ancak geç başlangıçlı travma olaydan aylar hatta yıllar sonra da oluşabilir. Travmatik olay yaşandıktan sonra bir ay içinde meydana gelen belirtiler için Akut Stres Bozukluğu tanısı konulabilir (Amerika Psikiyatri Birliği, 2000)

Belirtilerin görülme süresi değişebilir çünkü bazı kişilerde bu belirtiler birkaç ay içinde yok olurken, bazılarında ise yıllarca sürebilir. Yapılan çalışmalar travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin görülme süresi tedavi alan kişilerde 36 ay iken, tedavi arayışında olmayanlarda ise bu süre 64 aya kadar çıkabilmektedir (Kessler vd., 1995: 1056).

2.5. Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travmatik yaşantılara verilen tepkiler, çocuklar ve yetişkinler açısından baktığımızda farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin türü çocukların yaşlarına göre birtakım farklılıklar gösterebilir.

Yaşı küçük olan çocuklarda bu belirtiler daha çok kaçınma şeklinde görülürken, daha büyük çocuklarda ise yeniden yaşantılama ve aşırı hareketlilik olarak görülebilir (Lonigan vd., 2003: 174; Terr, 1990: 328). Yaşça küçük çocuklarda, daha büyük çocuklara göre travma belirtileri daha şiddetli olabilir çünkü

yaşça büyük çocukların baş etme becerileri, sosyal destek ve duygu düzenleme becerileridaha yüksektir. Bunun yanında yaşça küçük çocuklar ailelerin travma karşısında verdikleri tepkilere daha hassas olabilirler (Lonigan vd., 2003: 186). Yapılan çalışmalar çocukların da travmaya yetişkinlere benzer tepkiler verdiği ortaya konulmuştur (Fletcher, 1996: 253; Fletcher, 2003: 335; Meiser-Stedman, 2003: 32).

DSM-IV'ün B kriteri çocuklarda tekrar eden oyunlar, travmaya bağlı tekrarlı davranışlar ya da kompulsif ritüeller şeklinde görülebileceği belirtilmektedir (Amerika Psikiyatri Birliği, 2000). Benzer şekilde çocuklar belirtilerin şiddetini ya da sayısını sözel olarak dile getiremeyebilirler. Bunun yerine yaşlarına uygun, normal aktivitelere ilgi kaybı, tanımadıkları insanlara karşı tutumlar ya da duyguların ifade edilmesinde azalma benzeri belirtiler gösterebilirler. Aşırı uyarılmışlık belirtisi de yine çocuklarda baş ağrısı ya da mide ağrısı gibi somatik belirti olarak ortaya çıkabilir (Amerika Psikiyatri Birliği 2010).

2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Çocuklarda Görülme Sıklığı

Anasınıfında okuyan çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu yeterince araştırılmamasına rağmen %0.1 olarak bildirilmiştir (Costello vd., 2005: 633; De Bellis ve Van Dillen, 2005: 747). Bu oranın düşük olmasının sebebi 4 yaşından küçük çocuklarda belirtilerin gözlemlenmesinin zor olmasından kaynaklanıyor olabilir (De Bellis ve Van Dillen, 2005: 747) ya da bu belirtiler küçük çocuklarda görülen yaygın anksiyete belirtileri olarak yorumlanmış olabilir (Costello vd., 2005: 632). Travma sonrası stres bozukluğu görülme sıklığı 9-12 yaş aralığındaki çocuklarda %0.5 ile %2.6 arasında; 12 yaşından büyüklerle ergenler arasında ise bu oran %0.7 ile %6 arasında olduğu bildirilmiştir (Costello vd., 2005).

Genel toplumdaki 1420 çocuk üzerinde yapılan ve travmaya maruz kalma ile travma sonrası belirtilerin gelişmesini araştıran uzunlamasına bir çalışmada çocukların 3'te ikisinden fazlası 16 yaşına kadar en az bir travmatik olay yaşadığını bildirmiştir. Bu çocukların %13.4'ünde daha sonra Travma Sonrası Stres Bozukluğu orta çıkmıştır. Fiziksel istismar ve cinsel travma belirtilerinin görülme oranı diğer travmaların görülme oranından daha yüksek bulunmuştur (Copeland

vd., 2007: 580). Çocuklar üzerine yapılan ve travmatik yaşam olaylarını ve travma sonrası stres bozukluğu sıklığının araştırıldığı bir araştırmada travmatik olaylara maruz kalma oranı %39.1 olarak bildirilirken, travma sonrası stres bozukluğu görülme oranı %9.2 olarak belirlenmiştir (Breslau vd., 1991: 220). Daha küçük örneklemelerde ergenler üzerine yapılan çalışmalarda ise TSSB yaşam boyu görülme oranı %2-%6 arasında değiştiği bildirilmiştir (Gabbay et al., 2004: 6). Riskli toplumlarda ise bu oran %3 ile %100 (Abram vd., 2004) ve olumsuz şartlarda büyüyen çocuklarda bu oran %20 ile %63 (Ackerman vd., 1998: 768; Gabbay vd., 2004; Merry ve Andrews, 1994; Salmon ve Bryant, 2002: 180; Yehuda vd., 2001: 120) arasında değiştiği ortaya çıkarılmıştır. Mülteci çocuk ve ergenlerde TSSB rastlanma oranlarının oldukça yüksek olduğu belirtilmiş, Türkiye’de yaşamakta olan mülteci çocuk ve ergenlerde de TSSB sıklığının oldukça yüksek olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Çeri Vd., 2016; Nasıroğlu ve Çeri, 2016). Zor şartlarda büyümeyen ancak kaza, hastalık, doğal afetler, savaş ve şiddet benzeri travmatik yaşam olaylarına maruz kalan çocuklarda TSSB görülme sıklığı %3 ile %90 arasında değiştiği araştırmalar ile ortaya konulmuştur (Gabbay vd., 2004; Salmon ve Bryant, 2002; Yehuda vd., 2001).

Kız çocukları, erkek çocuklara oranla daha fazla travma yaşamakta ve travmatik olaylara maruz kalmaktadır. Bu farklılık yaş ile birlikte artabilir.

Travmanın görülme sıklığının kız çocukları ile erkek çocukları arasında farklılık göstermesinin sebebi kız çocuklarının maruz kaldığı travma türünden kaynaklanıyor olabilir. Kız çocukları tecavüz, cinsel saldırı ve cinsel zorlama gibi travmatik olayları erkeklere oranla daha fazla maruz kalmaktadır. Kız çocuklarında travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının tamamının gelişmesi tek bir olayla olabiliyorken, erkek çocukların kaza ve hastalık türünden travmatik olaylara tekrar tekrar maruz kaldıktan sonra TSSB gelişebilmektedir (Lonigan vd., 2003: 178).

Etnik farklılığın travmanın şiddetini ve sıklığını etkilediğini belirten araştırmalar olduğu gibi etkilemediğini de ortaya koyan araştırmalar mevcuttur. Bazı araştırmacılar etnik olarak azınlıkta olan gruplarda travma yaşama riskinin daha yüksek olduğunu belirtmelerine rağmen, diğer araştırmacılar da etnik olarak

çoğunlukta olan grupların daha yüksek travma riski taşıdıklarını tartışmışlardır (Lonigan vd.,2003: 178). Lemos-Miller ve Kearney (2006: 588) yaptıkları araştırmada çok ırklı toplumların travmaya yatkınlığının daha yüksek olduğunu bulmuşlar.

2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kuramsal Yaklaşımlar

Son zamanlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunu oluşmasına dayanak oluşturan etmenlerin bulunması için birçok kuramsal model geliştirilmiştir. Bunların içinde en çok kabul edilen kuramlar Biyolojik (Farkas, 2004: 130) ve Bilişsel ya da Bilginin İşlenmesi (Salmon ve Bryant, 2002: 168) kuramlarıdır. Gelişimsel kuramların etkili olduğunu belirten çalışmalar olmasına rağmen, bu kuramlar bağlamında çocuklar üzerine yapılan çalışmalar çok azdır (Salmon & Bryant, 2002: 163).

2.7.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Biyolojik Modeli

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun biyolojik ya da biyomedikal kuramları stress-diathesis paradigmasını temel alır (Flouri, 2005: 374). Kişiler yapısal olarak travmatik bir olaydan sonra travma geliştirmeye uygundur ya da kişilerde altta yatan bir yatkınlık bulunmaktadır. Bu kişiler yeterli düzeyde stres ile karşılaştıklarında ya da strese maruz kaldıkların stres bozukluğu geliştirme ihtimalleri yüksektir. Bu model hangi biyolojik sistemlere sahip kişilerin stres bozukluğu geliştirdikleri ya da hangilerinin travmatik olaylardan sonra oluşan belirtileri devam ettirdiğini açıklamaya çalışır. Akut stres karşısındakilerde noradrenerjik sistem aktiflenir ve bu durumkişinin duyarlılık, vijilans, irritabilite, hareket, dikkat ve uykusunun değişmesine neden olur. Bu nörobiyolojik değişimler hayatta kalmayı artırıcı cevaplar olarak değerlendirilmektedir (Meiser-Stedman, 2003: 6).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu geliştiren kişilerde görülen aşırı duyarlılık belirtileri başta katekolaminler olmak üzere birçok nörotransmitterin salınmasına neden olur. Yetişkinler üzerine yapılan çalışmalar TSSB'nin gelişmesine neden olarak noradrenerjik sistemi ve artmışnorepinefrin'i göstermektedir (Kowalik, 2004: 95).

TSSB geliştiren ya da stres bozukluğuna benzer belirtiler gösteren yetişkinlerde aynı zamanda Dopamin ve Serotonin anormallikleri görüldüğü belirlenmektedir (Kowalik, 2004: 96). Bunun yanında yetişkinler üzerine yapılan çalışmalarda travmanın başta hippokampus olmak üzere beynin yapısını değiştirdiği gözlemlenmiştir (Kowalik, 2004:96; Nemeroff vd., 2006: 261). Beynin fonksiyonlarında değişiklerin incelenmesi için dinamik çalışmalar da yapılmıştır. Nöropsikolojik testler ile cerebral kan akışı ölçümleri ve fMRI sonuçları TSSB’li yetişkinlerin beyin fonksiyonlarında anormallikler olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca Travma sonrası stres bozukluğu olan kişilerde dürtülere aşırı tepki verildiği gözlemlenmiştir (Kowalik, 2004: 98). Bu modelde savunduğu temel düşünce travmanın ya da travma sonrası stres bozukluğunun kişinin nörobiyolojisini değiştirdiği ve aynı zamanda da kişinin nörobiyolojisi tarafından etkilendiğidir.

2.7.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Bilgi işleme Modeli

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Bilgi işleme modeli, travmatik olaylardan sonra oluşan bilişlerin, tahminlerin ve duyguların beyinde biriktiği ve bağlantılar oluşturduğu düşüncesine dayanır (Chemtob vd., 1988: 267; Ehlers ve Clark, 2001: 320; Foa vd., 1989: 172). Bu bağlantılar travmatik olaylar yaşandığı zamanlarda oluşur ve beyinde uyarıcı, tepki ve anlam ile ilgi bilgiyi kaydeder. Bu yüzden oluşturulan bu kayıtlar travmatik olayların ve bu olaylar esnasında oluşan anksiyetenin ve korkunun hatırlanmasında etkilidir (Foa vd., 1989: 172). İçsel ya da dışsal bir uyarı karşısında oluşturulan bu bağlantılar tepkinin şeklini belirler (Salmon ve Bryant, 2002: 168).

Bilişsel ve Bilgi işleme teorilerine göre travma sonrası stres bozukluğu yaşamı tehdit eden uyarıcının aranmasına, tanımlanmasına ve buna göre tepki vermek ile ilgili oluşan bir meyil ile karakterizedir (Salmon & Bryant, 2002: 168). Bu şekilde tepki oluşturma alışkanlığı aslında kişiyi yaşamı tehdit eden olaylar karşısında uygun tepki vermesini sağlarken, travmatik olaydan sonra oluşan öğrenme ile yaşamı tehdit etme ihtimali düşük uyarıcılar karşısında da benzer tepkiler verir ve işlevini kaybeder (Chemtob vd., 1988: 257).

Bilgi işleme temelli Bilişsel Kuram TSSB'yi açıklayan en etkili kuramlardandır. İlk çalışmalar bu kuramın çocuklara da uygulanabileceğini belirtmişlerdir (Ehlers vd., 2003; Meiser-Stedman, 2003; Stallard, 2003). Ancak bu kuramlar çocuklarda gelişimsel farklılıkları, duygu düzenlenmesini ve sosyal faktörleri açıklamamaktadır (Salmon ve Bryant, 2002: 164). Yaşça daha küçük çocuklar daha büyük çocuklara ve erişkinlere göre daha yavaş bilgiyi kaydetmektedir. Aynı zamanda, dil gelişimi bilginin kaliteli bir şekilde kaydedilmesinde etkilidir (Salmon ve Bryant, 2002: 169). Aileler travmatik olay yaşayan çocuklarının edindiği bilgiyi doğru bir şekilde kaydetmesini sağlamaları için, yaşanan olayı tekrar tekrar anlatabilirler. Bu şekilde bilginin unutulması ve çarpıtılarak hatırlanması engellenmiş olur.

2.7.3. Fletcher Modeli

Hem biyolojik modelin hem de bilişsel modelin sosyal etkileşim ve bireysel farklılıklar gibi diğer bazı faktörlerin TSSB üzerindeki etkisini göz ardı ettiklerinden dolayı TSSB'yi tam olarak açıklayamadığı söylenebilir. Fletcher (2003: 331) ortaya çıkardığı model, Travma sonrası stres bozukluğunun gelişmesinde ve sürmesinde etkili olan önemli faktörler üzerinde durmaktadır. Bu faktörlerden bazıları: travmatik olayın doğası, olaya verilen bilişsel, duygusal, psikobiyolojik ve davranışsal tepki, kişinin özellikleri, aile yapısının özellikleri, sosyal ekolojidir. Bu modelin en güçlü yanlarından birisi daha önceki sınırlı çalışmalar ve modellerin bulguları üzerine ve onları temel alarak kurulmasıdır.

Travmanın türü ortaya çıkan travmaya bağlı semptomların türü ile doğrudan ilişkilidir. Birinci tür travma basit akut travmadır. Bu travma türünden sonra oluşan belirtiler net bir şekilde hatırlanan hatırlaralar, bilişsel yeniden yapılanma ve yanlış algılardır. Birinci tür travmalarda ikinci tür travmalarda olduğu gibi inkar, dissosiyasyon ya da kişilik sorunları görülmez. İkinci tür travmalar daha çok kompleks travma olarak bilinir ve kronik travmatik deneyimlere işaret eder. İkinci tür travmada genel olarak görülen belirtiler inkar, bastırma, dissosiyasyon, saldırgan davranışlar ve benliğe yönelen öfke duygusudur (Briere ve Spinazzola, 2006: 404; Lonigan vd., 2003: 187; Terr, 1994: 308; Van der Kolk, 2005: 7). Fletcher aynı

zamanda duygusal reaksiyonların Travma sonrası stresin oluşmasında önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir. Araştırmalar mutsuzluk, endişe, izolasyon, öfke, utanma, suçluluk ve panik duygusu deneyimi olan çocukların daha sonra travma sonrası stres belirtilerini daha şiddetli yaşadıklarını ortaya çıkartmıştır (Bernat vd., 1998: 647; Fletcher, 2003: 332; Shannon vd., 1994: 90; Udwin vd., 2000: 974).

2.8. Komorbidite

Kessler ve arkadaşları (1995: 1056) tarafından yapılan bir çalışmada TSSB'ye eşlik eden hastalıklar, erkeklerde; alkolizm (%52), majör depresyon (%48), davranım bozukluğu (%43), ilaç kötüye kullanımı (%35), basit fobi (%31), sosyal fobi (%27) iken; kadınlarda majör depresyon (%49), alkolizm (%30), ilaç kötüye kullanımı (%27), basit fobi (%29), sosyal fobi (%28), distimi (%23) olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise TSSB'ye en çok eşlik eden psikiyatrik bozukluklar majör depresyon (%35,5), fobik bozukluk (%29), OKB (%12.5), panik bozukluk (%6.4) ve alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı (%6.4) olarak sıralanmıştır (Doruk ve Aydın, 1993: 141).

Travmatik yaşantılardan sonra en sık ortaya çıkan ruhsal bozukluk TSSB olmasına rağmen, başta depresyon olmak üzere diğer bir çok ruhsal bozukluğun ortaya çıktığı bilinmektedir. TSSB tanısı alan hastaların %21 ile %94'üne aynı zamanda depresyon tanısı konulduğu çalışmalarla ortaya konulmuştur (Ginzburg, 2006: 22, Sundquist vd., 2005: 160; Hashemian vd., 2006: 565). TSSB tanısına eşlik eden anksiyete bozukluğu oranı %39 ile %97 (Zayfert ve ark., 2002: 35, Sundquist vd., 2005: 161, Hashemian vd., 2006: 560) ve TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte görülme sıklığı ise %11 ile %67 arasında olduğu saptanmıştır (Brady ve Clary, 2003: 366, Hashemian vd., 2006: 560). Hastalarda mevcut TSSB tanısına depresyon eşlik ettiğinde ya da mevcut depresyon tanısına TSSB eşlik ettiğinde bozukluğun şiddeti artar ve işlevsellik, yaşam kalitesi ve uyum daha çok bozulur (Momartin vd., 2004: 236, Shalev vd., 1998: 636; Sher, 2005: 208).

Komorbiditenin nasıl oluştuğu ve TSSB'nin gelişimini, şiddetini ve gidişini nasıl etkilediği ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. O'Toole ve arkadaşlarının

(1998: 27) yaptığı araştırmaya göre kişilerin hastalık geçmişinin, travmatik olaylar ile karşılaştıklarında TSSB geliştirme risklerini arttırdığını ortaya koymuştur. Bu çalışma depresyonun eşlik ettiği TSSB'li hastalar üzerine yapılmıştır ve çalışma bulgularına göre TSSB oluşmadan önce kişilerin büyük çoğunluğunda mevcut depresyon tanısına rastlanmıştır.

Başka çalışmalarda ise TSSB geliştikten sonra yeni bozukluklara neden olduğu yani başka psikopatolojik durumlara sebep olduğu ortaya konulmuştur. Kişilerde TSSB geliştikten sonra anksiyete ve depresyonun ortaya çıktığını gösteren çeşitli araştırmalar mevcuttur (Kessler vd., 1995: 1055, Engdahl vd., 1998: 1743).

Diğer çalışmalarda ise TSSB, anksiyete ve depresyonun ortak risk faktörlerinden dolayı ortaya çıkan ve birbirinden bağımsız bozukluklar olduğu tezi savunulmuştur (Vinck vd, 2007: 547, Hoven vd., 2005: 550, Schumm vd., 2006: 831). Ayrıca başka çalışmalarda birlikte görünen TSSB ve depresyon tanısı olan vakalar ile sadece TSSB olanlar arasında TSSB şiddeti (Franklin ve Zimmerman, 2001: 551), psikososyal işlevsellik (Stein vd., 2000: 620) ve tedaviye yanıt (Labbate vd., 2004: 310) açısından fark olmadığını ortaya atan çalışmalarda bulunmaktadır.

2.9. Tedavi

2.9.1. Farmakolojik Yaklaşımlar

TSSB belirtilerini azaltması ve birçoğunda etkili olması, kullanımının kolay olması, yan etkilerinin az olması ve çizdikleri güvenlik profillerinin iyi olmasından dolayı Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI), bu bozuklukta en çok tercih edilen ilaçlar arasındadır. TSSB tanısı konulduktan sonra düşük doz SSRI başlanabilir ve TSSB semptomlarının şiddetine göre doz artırımları yapılabilir. Bu ilaçların içinde Fluoksetin, Sertralin ve Paroksetin'in etkili olduğu araştırmalar ile ortaya konulmuştur (van der Kolk, 1994: 262; Davidson, 2001: 1979; Marshall, 2001: 1987) SSRI'ların etkinliğini gösterebilmeleri için 4-6 hafta beklenmeli ve

maksimum doza çıkıldıktan sonra hastalar fayda görmemişse başka ilaçlar eklenmelidir (Budur vd., 2006: 126).

TSSB'nin psikofarmakolojik tedavisinde intruzif düşüncelerin şiddet ve sıklığını azaltmak, gelen uyarıları travmanın tekrarlanması olarak yorumlama eğiliminin azaltılması, travmayı hatırlatan uyarılara koşullu aşırı uyarılmışlık yanıtının azaltılması, Kaçınmanın azaltılması, depresif duygudurum ve küntleşmenin düzeltilmesi, psikotik ve dissosiyatif belirtilerin azaltılması ve kendine ve başkalarına karşı impulsif saldırganlığın azaltılması gibi amaçlar bulunmaktadır (Davidson, 1997).

2.9.2 Psikoterapi Yaklaşımları

2.9.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Uzun Süreli Maruz Bırakma tedavisi

Bilişsel davranışçı terapi ile TSSB belirtilerinin neredeyse %70 oranında düzeldiği araştırmalar ile ortaya konulmuştur. Kişinin kaygısının yükselmesine neden olan olay, nesne, kişi ya da ortamlar ile kişi karşı karşıya getirilerek, bu duruma alışmasını sağlamaya çalışmak Bilişsel Davranışçı Terapinin en çok kullandığı davranışçı tekniktir. Kişinin hem gerçek hayatta bu ortamlarda kalması sağlanabilir hem de imgeleme yoluyla bu tür ortamlarda bulunduğunu hayal etmesi istenir. Bilişsel davranışçı terapi genel hatları ile 4 bölümden oluşur. Bunların ilk kişiye travma ve travmayla ilişkili bozuklukların ortaya çıkışı, belirtileri ve tedavi hakkında bilgi vermeyi amaçlayan psikoeğitim aşamasıdır. Bu aşamada hastalara travmayla ilişkili uyarılardan kaçındıkça belirtilerin süreklilik kazandığı ve şiddetinin arttığı açıklanır. İkinci aşamada ise hastaya nefes egzersizlerinin nasıl yapılacağı ve nefes egzersizlerinin faydaları hakkında bilgi verilir ve seanslar sırasında hastayla birlikte yapılır. Üçüncü aşamada maruz bırakma tekniklerine başvurulur ve hastanın kaçınmaya çalıştığı nesne, kişi, durum ve ortamlarda tekrarlayıcı şekilde yüzleştirilmesi sağlanır. Bu aşamada ilk önce hasta ile birlikte kaçınılan nesne, kişi, durum ve ortamlar belirlenir ve bunlar hastada meydana getirdikleri sıkıntı hissinin yoğunluğuna göre sıralanır. Bunların içinden hastanın en kolay yüzleşebileceği stresör seçilir ve ondan başlanılır. Davranışçı tekniklerin son

aşaması ise hastaya travmayla ilgili hatırladıklarını tekrarlayıcı bir şekilde yüksek sesle anlattırmaktır. Bu teknik görüşme sırasında yapılır ve hastadan olayı sanki o anda yaşıyormuş gibi anlatması istenir. Bu uygulamalar ile hastanın güvenli bir ortamda yaşanan travma ile ilgili duyguları işleminin sağlanması amaçlanır(Foa, 1989 172; Foa, 2007: 140).

2.9.2.2. Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik psikoterapi travmatik yaşantıya neden olabilecek emosyonel çatışmalara, bunların içinde de en çok geçmiş yaşamla ilgili olanlara odaklanır. Kişi karşısındaki terapist tarafından empatik ve yargılayıcı olmadan dinlendiğinde kendisine güven duygusunda, etkili düşünmede ve başa çıkma yollarında gelişme olur. Bu yaklaşımda terapistin görevi hastaya travmatik yaşantıyı, nesneyi, kişiyi ya da durumu daha iyi tanımasında yardımcı olmaktır(Foa, 2000: 573).

2.9.2.3. Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)

EMDRpsikodinamik, bilişsel davranışçı terapi ve diğer danışan merkezli yaklaşımların birlikte kullanıldığı bir yaklaşımdır (Shapiro, 1996: 213). EMDR yaklaşımının TSSB üzerinde etkili olduğunu kanıtlayan çalışmalar mevcuttur (Scheck vd., 1998: 34). Çeşitli çalışmalarda da EMDR ve BDT'nin diğer terapilere oranla daha etkili olduğu ortaya konulmuştur (Bisson ve Andrew,2009: 18).

2.9.2.4. Grup tedavisi

Kişiler yaşadıkları travmatik yaşam olaylarını ve bunların ardından ortaya çıkan kaçınmaları, duyguları ve ruhsal durumun başkaları tarafından empatik bir şekilde dinlendiğini ve başkalarının da benzer yaşam olayları ve duyguları paylaştıklarını öğrendiklerinde bu durum tedavi edici olabilir. Grup terapisinde hastalar kendileriyle benzer olayları yaşayan ve benzer duygulara sahip olan diğer insanlar ile bir araya gelerek travmalarını anlayabilmeyi ve çözümleyebilmeyi amaçlamaktadır. Bunu başardıkları zaman kendilerine olan güvenleri artmakta artmaktadır. Böylelikle travmayla ilişkili utanç, suçluluk, öfke, korku, şüphecilik ve kendini kınama duygularını tartışıp paylaştıkça kendilerini geçmişten çok bugüne odaklamaya hazırlanmaktadır. TSSB geliştiren bir insan hikayesini anlatırken

üzüntü, anksiyete ve suçluluk gibi travmayla ilgili duygularla doğrudan yüzleşirken, travma yaşayan diğer kişilerde kendi belirtileri, anıları ve hayatın diğer sorunlarıyla başa çıkmayı öğrenme fırsatı bulabilmektedir (Foa, 2000: 571).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu araştırmada, Şanlıurfa ili Suruç ilçesinde yaşamakta olan ilköğretim öğrencilerinde genel psikopatoloji, travmatik yaşantılar ve travma sonrası stres bozukluğu ile uyumlu yakınmaların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama yöntemi ve toplanan verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada, Şanlıurfa ili Suruç ilçesinde yaşamakta olan ilköğretim öğrencilerinde genel psikopatoloji, travmatik yaşantılar ve travma sonrası stres bozukluğu ile uyumlu yakınmaların belirlenmesi çalışmasını yapmak amacıyla genel tarama modeli kullanılmıştır. Genel tarama modeli, evrenden alınacak bir grubun, evrene genelleyebileceğimiz ve evreni temsil edebilecek örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2007: 79).

3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın, evreni Şanlıurfa'nın Suruç ilçesinde yaşamakta olan ve ilköğretime devam eden öğrencilerden oluşmaktadır. Çalışmanın örnekleme ise biri Şanlıurfa'nın Suruç ilçe merkezinde, diğeri ise bu ilçeye bağlı ve Suriye sınırında bir köyde olan iki ilköğretim okulunda 2015-2016 eğitim-öğretim yılı içerisinde öğrenimine devam eden ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam 156 öğrenciden (% 53.2 erkek, % 46.8 kız) oluşmaktadır. Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalaması 8.8'dir ve çoğunluğu 3. ve 4. sınıf öğrencileridir. İlköğretim birinci sınıfa devam etmekte olan öğrenciler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, Sosyodemografik Bilgi Formu, öğrencilerin sorun davranışlarını tespit etmek için 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Güçler ve Güçlükler anketi; çocukların travma sonrası stres düzeylerini belirlemek için ise Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ) ölçekleri kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Örnekleme oluşturan öğrencilerin ve ebeveynlerinin sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik durum vb.) verilerini elde etmek için araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Bu bilgilerin yanında ayrıca Suriyeli sığınmacılar ve Suriye iç savaşı ile ilgili ailelere ve çocuklara yöneltilen bir takım sorular sosyodemografik forma dahil edilmiştir.

3.3.2. 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

Araştırmaya katılan öğrencilerin davranış değişikliklerini belirlemek amacı ile 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Check List for Ages 4-18-CBCL) kullanılmıştır. CBCL, 4-18 yaş grubundaki çocuk ve gençlerin yeterli alanları ve sorun davranışlarını, anne babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir (Achenbach ve Ruffle, 2000: 265). CBCL 4-18 ölçeğinin 1991 formu, Türkçeye Erol ve arkadaşları (1998: 10) tarafından çevrilmiş ve ülkemizdeki 1983 çeviri formuyla karşılaştırılıp, farklılık ve benzerlikleri incelenmiştir. Ölçeğin iç tutarlık çalışmasında 4488 çocuk ve gençle çalışılmış, sonuçlar ele alınan cinsiyet ve yaş grupları ile il, ilçe ve köylerde ölçeğin güvenilir olarak kullanıldığını göstermiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa katsayısı ile hesaplanmış ve; İç Yönelim 0.82, Dış Yönelim 0.81 ve Toplam Problem için ise 0.88 olarak bulunmuştur. Test tekrar test güvenilirliği için ölçek 50 anneye bir hafta aralıkla iki kere uygulanmış, iki uygulama arasında korelasyonlar Toplam Yeterlilik için 0.78, Toplam Problemde ise 0.84 olarak belirlenmiştir. Yapılan hesaplamalarda bulunan korelasyon katsayıları yeterli düzeyde bulunmuştur.

Ölçek toplam yirmi yeterlilik ve yüz on sekiz problem maddesinden oluşmaktadır. Ölçekte, yeterlilikle ilgili maddeler çocuk ve gencin katıldığı spor ile spor dışı etkinlikleri, ev ya da ev dışında yaptığı işleri irdelemektedir. Ayrıca, çocuğun sosyal alandaki işlevleri de sorgulanmaktadır. Okuldaki başarı durumu, sorunları, okul etkinliğine katılımının nitelik ve niceliği saptanmaktadır. Etkinliklerden, sosyallikten ve okul alt ölçeklerinden elde edilen puanlar toplanarak, toplam yeterlilik puanı elde edilmektedir (Erol vd., 1998: 11).

Ölçeğin diğer bölümünde ise, çocuk ve gençlerde gözlenen davranış ve duygusal sorunları tanımlayan yüz on üç madde bulunmaktadır. Sorun davranışlar, son altı ayda görülme sıklık derecesine göre; 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilmektedir. Ölçekte belirtilen madde çocukta yoksa 0, çocuk için bazen ya da biraz doğruysa 1, çok doğru ya da sıklıkla doğruysa 2 olarak işaretlenmektedir. Ölçekten içe yönelim ve dışa yönelim olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı ve bu bölümlerden oluşan beş alt ölçek bulunmaktadır. Ayrıca bu iki bölümün dışında üç alt ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeğin İçe Yönelim grubunda sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon alt ölçekleri yer alırken, Dışa Yönelim grubunda ise suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Bu iki gruba girmeyen sorunlar ise sosyal sorunlar, düşünce ve dikkat sorunları olmak üzere üç alt ölçekte toplanmıştır. Tüm alt ölçeklerin toplam puanından Toplam Problem Puanı elde edilmektedir (Erol vd. 1998: 10).

3.3.3. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılan ve Goodman (1997) tarafından geliştirilen Güçler ve Güçlükler Anketi (Strenghts and Difficulties Questionarie-SDQ)'nin 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve öğretmen formu ile, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Ölçek elle doldurulabileceği gibi bilgisayar ortamında da doldurulabilen formları mevcuttur. GGA, hem olumlu hem de olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlar olmak üzere 5

alt başlıkta toplanmıştır. Her bir başlık aynı zamanda bir alt ölçeği oluştururken, toplam güçlük puanı bu beş alt ölçeğin toplam puanından elde edilir (Goodman vd., 1997: 582). Güçler ve Güçlükler anketinin genişletilmiş formu hem psikiyatrik belirtileri irdeler hem de belirtilerden etkilenme düzeyini belirlemede kullanılır. GGA, CBCL ölçeği ile benzer davranış sorunlarını ölçmesine rağmen ikisinin de birbirine karşı üstünlükleri bulunmaktadır. CBCL, ülkemizde daha yaygın olarak kullanılmakta ve sorun alanlarını daha fazla soru ile irdelemektedir. Buna karşın GGA ölçeği hem pratik hem de zamansal olarak üstündür ve CBCL ile yüksek korelasyon göstermektedir. Bunun yanında CBCL sadece olumsuz yargılara yer verirken GGA, hem olumlu hem de olumsuz yargılar içermektedir. GGA'nın bu özelliği çocuk ve gençlerin mevcut güçlerinin de değerlendirilmesini sağlamaktadır (Güvenir vd., 2008: 71).

Ülkemizde anketin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Anketin iç tutarlılık değeri 0.84 ile 0.22 arasında olduğu bulunmuştur. En düşük Cronbach Alfa değeri akran sorunları alt ölçeğinde hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini sınamak için, GGA'nın Anne-Baba formu CBCL ile ve Ergen Formu ise YSR ile korelasyonları hesaplanmıştır. Ölçeklerin karşılaştırılmasında toplam güçlük puanları dikkate alınmıştır. GGA Anne-Baba Formu ile CBCL Ebeveyn sonuçlarına göre GGA için 0.86 CBCL için bu değer 0.83 olarak hesaplanmıştır. Ergen formu sonuçlarına göre ise, bu değerler GGA için 0.71 YSR için ise 0.68 olarak hesaplanmıştır (Güvenir vd., 2008: 69). Bu çalışmada Güçler ve güçlükler anketinin ebeveyn ve öğretmen formları kullanılmıştır.

3.3.4. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ)

Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ), şiddetle karşılaşmanın ardında bireyde özgül stres belirtilerini değerlendirmek için Pynoos ve arkadaşları (1993: 241) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 20 maddeden oluşan bu ölçek ile yapılan görüşmelerinden sonra çocukta var olan belirtilerin puanlanması ile tepki ölçeği toplam puanı elde edilir. Bu ölçeğin gözden geçirilmiş formunda “Hiç”ten “Çoğu Zaman”a değişen beş dereceli Likert tipi şeklinde puanlandırılır. Ölçekten elde edilen “12-24” arası puanlar “Hafif Düzeyde Travma

Sonrası Stres Bozukluğu”, “25-39” arası puanlar “Orta Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, “40-59” arası puanlar “Ağır Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu” ve 60 ve üzeri puanlar ise “Çok Ağır Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu” şeklinde değerlendirilir (Pynoos vd., 1993: 241).

Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Erden ve arkadaşları (1999: 147) tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmada, Cronbach Alfa katsayısı 0.75 ve test tekrar test güvenirliği 0.86 bulunmuştur. Bu ölçeğin puanlayıcılar arası tutarlılık Cappa 0.87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık, test-tekrar test, puanlayıcılar arasında tutarlılık ve yapı geçerliliğine dair bulguları çocuklarda ortaya çıkan travma sonrası belirtilerin belirlenmesi açısından uygun bir ölçek olduğu ortaya çıkarılmıştır.

3.4. İşlem

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü etik kurulu ile Suruç Milli Eğitim müdürlüğünden gerekli izinler alındıktan sonra ölçekler katılımcılara öğrenim gördüğü okullarda uygulanmıştır. Ölçeklerin uygulanma sırasında öğrenciler öğrenim gördüğü okulun rehberlik servisi odasına teker teker çağırılarak Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ) uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından öğrencilere bu uygulamanın bilimsel bir çalışma olduğunu ve ölçeklerin doldurulması gereği hakkında gönüllülük gerektiğini ifade edilmiştir. Elde edilen veri sonuçlarının güvenilir olması amacı ile ölçeklerin her bir maddesi öğrencilere araştırmacı tarafından okunarak ve açıklanarak öğrencilerin verdikleri cevaplar esas alınarak işaretlenmiştir. Ölçekleri uygularken sınıf öğretmenlerinden ve okul idaresinden yardım alınmıştır. Öğrencilerin ebeveynlerine uygulanacak olan anket ve sosyodemografik formunu araştırmacı tarafından öğrencilere bulundukları okullarda dağıtılarak anketleri ebeveynleri tarafından cevaplanması istenmiştir. Öğrencilerin ebeveynlerinin telefon numaraları okul idaresinden alınarak araştırmacı tarafından anketlerdeki cevapların bilimsel bir çalışma için kullanılacağı ve anketleri cevaplarken dikkatli okunması gerektiği ve araştırmaya katılma hususunda gönüllülük gerektiği ifade edilmiştir. Ebeveynlerin cevapladıkları anketler öğrenciler tarafından sınıf öğretmenlerine teslim edilmiştir.

Öğretmelerin cevaplaması gereken anketler ise araştırmacı tarafından katılımcılara bulundukları okullarda verilmiştir. Uygulama ortalama olarak 25 dakika sürmüştür. Veriler 2015-2016 eğitim-öğretim yılı Haziran ayında teslim alınmıştır.

3.5. İstatistiksel Değerlendirme

Örneklemden elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildiğinde ölçeklerden alınan veriler normal dağılım göstermediği zaman nonparametrik testler, verilerde normal dağılım olduğunda ise parametrik testler uygulanmıştır. Nonparametrik testler uygulanırken örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Mann Whitney U Testi Analizi yapılmıştır. Parametrik testler uygulanırken ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için bağımsız gruplar T Testi kullanılmıştır. İki testin puanları arasında ilişki olup olmadığını test etmek için parametrik varsayımlar karşılandığında Pearson karşılanmadığında ise Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Klinik olarak anlamlı düzeydeki puanlar ve nominal veriler arası ilişkiler için Ki Kare testi uygulanmış gerektiğinde Yates ve Fisher düzeltmeleri kullanılmıştır. İkili analizlerde klinik olarak anlamlı düzeyde Ç-TSTÖ puanları ile anlamlı ilişki gösterdiği saptanan değişkenler daha sonra binomial lojistik regresyon analizine dahil edilmiştir. Tüm analizler çift yönlü yapılmış ve p 0.05 değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

4.1. Bulgular

4.1.1. Sosyo-demografik verilerle ilgili bulgular

4.1.1.1. Çocuklarla ilgili bulgular

Araştırmaya ortalama 8.8 yaşında (S.D.= 1.3) olan 156 öğrenci (% 53.2 erkek, % 46.8 kız) dahil edilmiştir. Çocukların kardeş sayıları ortancası 5.0 (IQR; Çeyrekler Arası Aralık = 2.0) olarak bulunmuştur. Çoğu ailede beş ve üzeri (n= 62, % 39.7) veya üç kardeş (n= 44, % 28.2) bulunmaktadır. Araştırmaya dahil edilen çocukların doğum sıraları ve okumakta oldukları sınıfların ortancaları; sırasıyla 3.0 (IQR= 3.0) ve 3.0 (IQR=2.0) olarak bulunmuştur. Çoğu çocuk ailelerinin dördüncü (n= 32, % 20.5) veya ikinci (n= 29, %18.6) çocuğu olarak dünyaya gelmiştir. Yine, çoğu çocuk ilköğretim dördüncü (n=60, % 38.5) veya üçüncü sınıf (n= 43, % 27.6) düzeyinde öğrenim görmektedir.

Örneklemin çoğu (%93.6) Suluç doğumludur. Diğer katılımcıların ise Gaziantep (n=7, %4.5) veya Diyarbakır (n=3, %1.9) doğumlu oldukları görülmüştür.

4.1.1.2. Aile yapısı ve ebeveynlerle ilgili bulgular

Çocukların anne ve babalarının ortalama 37.1 (S.D.= 6.0) ve 40.8 (S.D.= 6.8) yaşlarında oldukları görülmüştür. Ailelerin yarısı ilçe merkezinde ve geri kalanı ise köylerde yaşamaktadır. Dokuz çocuğun annesi (% 5.8), üç çocuğun ise babası (% 1.9) vefat etmiştir. Vefat eden annelerin beşi (% 3.2), babaların ise hepsi (% 1.9) çocukları erken çocukluk döneminde iken ölmüştür. Yedişer çocuğun anne ve babaları (% 4.5) üvey ebeveynidir. Örneklemdaki annelerin tümü ev hanımıdır. Babalar ise çoğunlukla esnaf (n= 105, % 67.3), çiftçi (n= 21, % 13.5) veya işçi (n= 16, % 10.3) olarak çalışmaktadır.

Çocukların anneleri çoğunlukla ilkokul mezunu (n= 62, % 39.7) veya okur yazar değildir (n= 54, % 34.6). Babaların çoğu ise ilkokul (n= 51, % 32.7) veya ortaokul (n= 40, % 25.6) düzeyinde öğrenim görmüştür.

Dokuz çocuğun (% 5.8) anne babalarının ayrı yaşamakta olduğu ve ailelerin çoğunlukla (n= 127, % 81.4) çekirdek aile tipinde olduğu saptanmıştır. Akraba evliliklerinin oranı % 39.7 (n= 62) olarak bulunmuştur.

4.1.1.3. Gelir düzeyi ve yaşam şartları ile ilgili bulgular

Ebeveynlerin beyanlarına göre çoğu ailenin aylık geliri 1000 TL'ndan az (n= 90, % 57.7) veya 1000- 3000 TL arasındadır (n= 53, % 34.0). Çoğu ebeveyn evlerinde tek bir yetişkinin çalışmakta olduğunu bildirmiştir (n=122, % 78.2). Aileler çoğunlukla müstakil evlerde oturmaktadır (n= 89, % 57.1). Çoğu evde üç (n= 69, % 44.2) veya dört (n= 43, % 27.6) oda bulunduğu bildirilmiştir. Çoğu ebeveyn oturulan konutun kendi mülkiyetlerinde olduğunu bildirmiştir (n= 92, % 59.0). Geri kalan ebeveynler konutlarını kiralamıştır. Örneklemimizde çoğu çocuğun kendine ait bir odası bulunmamaktadır (n= 118, % 75.6).

4.1.2. Suriye İç Savaşı'nın doğrudan/ dolaylı etkileri ile ilgili bulgular

Ebeveyn bildirimlerine göre Suriye kökenli sığınmacıların Suruç'ta yaşamakta olmasından aile bireyleri sık olarak etkilenmektedir (n= 113, % 72.4). Kırk üç ebeveyn (% 27.6) Suriye kökenli sığınmacıların Suruç'ta yaşamakta olmasından aile bireylerinin etkilenmediğini bildirmiştir. Ebeveynlerin çoğu sığınmacıların etkisini "olumsuz" olarak değerlendirmiştir (n= 82, % 52.6). Altmış bir ebeveyn (% 39.1) Suriye kökenli sığınmacıların gelişinden beri "olumsuz olarak nitelendirilebilecek" gelişmeler ile şahsen karşılaşmış olduğunu bildirmiştir. Seksen sekiz ebeveyn sığınmacıların gelişi ile ekonomik olarak etkilendiğini (% 56.4), yetmiş altı ebeveyn sığınmacıların gelişi ile alt yapı ile ilgili (elektrik, su vb., % 48.7) sorunlarla karşılaştığını, altmış bir ebeveyn ise sığınmacıların gelişi ile çocuklarının eğitimlerinin etkilendiğini bildirmiştir (% 39.1).

Ebeveynlerin çoğu (n= 129, % 82.7) Suriye İç Savaşı ve Suriye kökenli sığınmacıların varlığından bağımsız olarak kendileri ve aile üyelerinin Suriye'ye komşu bir ülke vatandaşı olmaktan dolayı etkilenmiş olduğunu bildirmiştir. Bu etki çoğunlukla (n= 92, % 59.0) "olumsuz" olarak değerlendirilmiştir.

Örnekleminizdeki ebeveynlerin Suriye İç Savaşı ile ilgili olumsuz yaşam deneyimleri ile ilgili bildirimleri Tablo 2. içerisinde özetlenmiştir.

Tablo 2. Ebeveynlerin Suriye İç Savaşı ile ilgili olarak bildirdikleri deneyimler

Deneyim	Oran (n, %)
Patlamaya tanık olma	42 (% 26.9)
Diğer bireylerin yaralanmasına tanık olma	34 (% 21.8)
Yakından tanınan, aile üyesi olan/ olmayan bireylerin ölümüne tanık olma	28 (% 17.9)
İçinde yaşanılmakta olan konutun zarar görmesi	26 (% 16.7)
Yakından tanınan, aile üyesi olan/ olmayan bireylerin rehin alınması	25 (% 16.0)
Aile üyelerinin ölümü	11 (% 7.1)
Yaralanma	4 (% 2.6)

4.1.3. Örneklemdaki çocukların yaşam boyu olumsuz deneyimleri ile ilgili bulgular:

Ebeveyn bildirimlerine göre; Suriye İç Savaşı öncesi değerlendirildiğinde çocukların travmatik (savaş, patlama, kaza, deprem, yakın kaybı vb.) deneyim yaşantılama oranı (n=42) % 26.9 olarak bulunmuştur. Örneklemdaki çocukların yaşamları boyu ve sadece Suriye İç Savaşı ile ilgili olumsuz yaşam deneyimlerinin ortancaları sırasıyla; 5.0 (IQR= 4.0) ve 5.0 (IQR= 4.0) olarak saptanmıştır.

Geniş ailede yaşamak, ana- baba ayrılığı/ kaybı, ayda 1000 TL'den düşük gelir düzeyi, çocuğun kendisine ait odasının bulunmaması gibi yoksunluk belirteçlerinin ortancası 2.0 (IQR= 1.0) olarak bulunmuştur.

Ebeveynler çocuklarının (n= 31) %19.9'unun geçmişte veya değerlendirme sırasında kendine zarar verici davranışlarda bulunduğunu belirtmiştir.

4.1.4. Psikometrik ölçümlerle ilgili bulgular

4.1.4.1. Güçler ve Güçlükler Anketi ile ilgili bulgular

4.1.4.1.1. GGA- Ebeveyn formu

Örnekleminizdeki çocukların, ebeveynler tarafından doldurulmuş olan GGA duygusal sorunlar, davranım sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve akran sorunları alt testlerinden aldıkları puanların ortalamaları sırasıyla; 8.3 (S.D.= 2.2), 7.1 (S.D.= 2.1), 8.8 (S.D.= 2.6) ve 9.0 (S.D.= 2.4) olarak bulunmuştur. GGA- Ebeveyn formunun prososyal davranış alt testinden alınan puanların ortalaması ise 12.7 (S.D.= 2.0) olmuştur.

Ebeveynlerin doldurmuş olduğu GGA testi puanlarının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 3 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 3. GGA testi ve alt testlerine ait ortalama ve standart sapmaların cinsiyetlere göre dağılımı

GGA Alt Ölçekler	Erkek (n= 83)	Kız (n=73)	P*
GGA- Duygusal sorunlar	9.0 (1.4)	7.5 (0.7)	0.09
GGA- Davranım sorunları	6.0 (1.4)	6.0 (0.0)	0.08
GGA- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	9.5 (0.7)	5.0 (0.0)	0.01*
GGA- Akran sorunları	9.0 (1.4)	5.0 (1.4)	0.00**
GGA- prososyal davranışlar	15.0 (0.0)	11.0 (1.4)	0.06

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Bağımsız örneklem için t testi ile erkek çocukların GGA- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve akran sorunları alt testlerinden kız çocuklardan anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (sırasıyla $t= - 2.8$, $p= 0.006$ ve $t= - 3.3$, $p=0.001$). Prososyal davranışlardan da erkek çocukların daha yüksek puanlar alma

eğiliminde oldukları ancak bu farkın anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür ($t = -1.9$, $p=0.06$).

4.1.4.1.2. GGA- Öğretmen Formu

Örnekleminizdeki çocukların, öğretmenleri tarafından doldurulmuş olan GGA duygusal sorunlar, davranım sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve akran sorunları alt testlerinden aldıkları puanların ortalamaları sırasıyla; 8.4 (S.D.= 2.1), 7.2 (S.D.= 2.3), 8.5 (S.D.= 2.6) ve 8.9 (S.D.= 2.3) olarak saptanmıştır. Öğretmen formunun prososyal davranış alt testinden alınan puan ortalaması ise 12.7 (S.D.= 1.8) olarak bulunmuştur.

Öğretmenlerin doldurmuş oldukları GGA testi puanlarının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 4 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4. GGA testi ve alt testlerinin ham puanları için ortalama ve standart sapmaların cinsiyetlere göre dağılımı

	Erkek (n= 83)	Kız (n=73)	P*
GGA- Ö- Duygusal sorunlar	8.5 (0.7)	7.0 (1.4)	0.08
GGA- Ö- Davranım sorunları	6.5 (2.1)	5.5 (2.1)	0.02*
GGA-Ö- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	9.0 (1.4)	6.0 (0.0)	0.00**
GGA- Ö- Akran sorunları	10.0 (0.0)	8.0 (2.8)	0.29
GGA- Ö- Prososyal davranışlar	14.5 (0.7)	10.0 (0.0)	0.01*

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Bağımsız örneklem için t testi ile erkek çocukların GGA- Öğretmen formunun davranım sorunları ($t=-2.4$ $p= 0.02$), dikkat eksikliği ve hiperaktivite ($t=-2.9$, $p=0.004$) ve prososyal davranış ($t=-2.5$, $p= 0.01$) alt testlerinden kız çocuklara göre anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.

4.1.4.2. Çocuk ve Ergenlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği ile ilgilibulgular

4.1.4.2.1. DDÖ- Ebeveyn formu

Örnekleminizde kız ve erkek çocuklar ve tüm örneklem için ÇDDÖ alt test puan ortalama ve standart sapmaları Tablo 5. içerisinde gösterilmiştir.

Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildiğinde ÇDDÖ tüm alt testleri için puanların normal dağılım göstermediği görülmüştür ($p < 0.05$).

Tablo 5. ÇDDÖ testi ve alt testlerin T puanları için ortalama ve standart sapmaların cinsiyetlere göre dağılımı

	Erkek (n= 83)	Kız (n=73)	P*
ÇDDÖ- Sosyal sorunlar	43.7 (2.1)	40.7 (2.1)	0.54
ÇDDÖ- Sosyal içe çekilme	49.2 (1.9)	42.5 (3.8)	0.19
ÇDDÖ- Somatik yakınmalar	48.0 (0.0)	42.8 (0.0)	0.63
ÇDDÖ- Anksiyete/ Depresyon	60.8 (4.2)	42.9 (7.0)	0.62
ÇDDÖ- İçe yönelim Bozuklukları	55.2 (1.5)	41.7 (5.3)	0.33
ÇDDÖ- Düşünce sorunları	44.3 (0.0)	42.6 (2.5)	0.41
ÇDDÖ- Dikkat sorunları	48.6 (8.5)	42.6 (0.0)	0.59
ÇDDÖ- Suça yönelik davranışlar	49.6 (1.5)	48.5 (9.3)	0.79
ÇDDÖ- Saldırgan davranışlar	45.3 (4.1)	44.5 (9.1)	0.42
ÇDDÖ- Dışa yönelim sorunları	46.8 (1.9)	45.9 (9.7)	0.52
ÇDDÖ- Toplam sorun puanı	49.7 (2.8)	43.2 (6.4)	0.63

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Bağımsız örneklem için t testi ile ÇDDÖ alt testlerinden alınan puanların çocukların cinsiyetine göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Erol ve Şimşek'in (Erol ve Şimşek, 2010) önerdiği şekilde içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun alt testleri T puanları 64 ve üzeri olanlar ve/ veya diğer alt testler için T puanları 70 ve üzeri olanların klinik düzeyde sorunu olabileceği kabul edildiğinde; örneklemin (n=21) % 13.5'inin dışa yönelim, % 11.0'inin içe yönelim ve (n=17) % 13.5'inin de toplam sorun puanlarının klinik düzeyde olduğu görülmüştür. Dikkat sorunları klinik olarak anlamlı düzeyde olanların oranı (n=5) % 3.2 iken, düşünce sorunları için bu oran (n=11) % 7.1'dir. Suça yönelim ve saldırganlık alt testleri için bu oranlar sırasıyla (n=12) % 7.7 ve (n=2) % 1.3 olarak saptanmıştır. Anksiyete/ depresyon, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar ve sosyal içe çekilme alt testleri için oranlar ise sırasıyla; (n=1), % 0.6, (n=5) % 3.2, (n=10) % 6.4 ve (n=11) % 7.1 olarak saptanmıştır.

Ki kare testi ile çocukların cinsiyeti ve ÇDDÖ alt testlerinden klinik olarak anlamlı puan alma arasında anlamlı bir ilişki saptanamamış ancak erkek çocukların sosyal içe çekilme testinde klinik olarak anlamlı puan almaya eğilimli oldukları görülmüştür (Ki Kare=3.9, p=0.06, Fisher düzeltmesi ile).

Mann-Whitney U testi ile ÇDDÖ alt testlerinden klinik olarak anlamlı puan alan ve almayan çocukların yaşam boyu travmatik deneyim, Suriye İç Savaşı sonrası travmatik deneyim ve yoksunluk belirteçlerinin ortancaları karşılaştırıldığında; Somatik yakınmalar alt testinde klinik olarak anlamlı puan alanların yaşam boyu ve Suriye iç savaşı ile ilgili travmatik deneyim ortancalarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla; Z=-2.1, p=0.03 ve Z=-2.4, p=0.02). Ayrıca suça yönelik davranışlar alt testinden klinik olarak anlamlı puan alan çocukların yoksunluk belirteç sayısı ortancası anlamlı ölçüde yüksektir (Z= -2.5, p=0.01). Sosyal sorunlar ve dışa yönelim sorunları alt testinden anlamlı ölçüde yüksek puan alan çocukların da yoksunluk belirteçlerinin ortancalarının anlamlı puan almayan çocuklara göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistik anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür (her ikisi için de; Z=-1.8, p=0.07).

4.1.4.3. ÇTSTÖ ile ilgili bulgular

Örnekleminizdeki çocukların kendileri için doldurmuş oldukları Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇETSTÖ) puan ortalaması 41.0 (S.D.= 9.9) olarak bulunmuştur.

Erkek ve kız çocuklar için ÇTSTÖ ölçeğinden alınan puanların ortalama ve standart sapmaları sırasıyla; 33.4 (5.9) ve 49.7 (5.3) olarak saptanmıştır. Bağımsız örnekler için t testi ile kız çocukların ÇTSTÖ'nde erkeklerden anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır ($t= 18.1$, $p=0.000$).

4.1.4.4. ÇTSTÖ, GGA ve DDÖ arası ilişkilerle ilgili analizler

ÇDDÖ alt testleri ve TSTÖ arasındaki ilişkileri değerlendirebilmek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır (Tablo 6.)

Tablo 6. ÇDDÖ testi alt testlerinin T puanları ve çocukların doldurmuş olduğu Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği puanları arası korelasyonlar

	ÇDDÖ- Dışa yönelim	ÇDDÖ İçe Yönelim	ÇDDÖ Toplam sorun	TSTÖ
ÇDDÖ- Dışa yönelim		0.83**	0.96**	- 0.1
ÇDDÖ- İçe yönelim			0.94**	- 0.1
ÇDDÖ- Toplam sorun				-0.1
TSTÖ				

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Pearson korelasyon analizleri ile GGA- Ebeveyn formu duygusal sorunlar ($r=-0.18$, $p=0.03$) ve akran sorunları ($r=-0.21$, $p=0.01$) TSTÖ puanları ile zayıf ölçüde ancak istatistik olarak anlamlı negatif korelasyon gösterdiği görülmüştür.

GGA- Öğretmen formunda ise dikkat eksikliği- hiperaktivite ($r=-0.20$, $p=0.01$) ve prososyal davranışlar ($r=-0.18$, $p=0.02$) alt testi puanlarının TSTÖ puanları ile anlamlı ve zayıf negatif korelasyon gösterdiği görülmüştür.

4.1.4.5. Suruç ilçesinde yaşayan çocukların bildirimlerine göre Suriye iç savaşı ile ilgili deneyimler

Çocukların öz bildirimlerine göre Suriye iç savaşı ile ilgili travmatik deneyimler Tablo 7.içerisinde özetlenmiştir.

Tablo 7. Çocukların Suriye İç Savaşı ile ilgili olarak bildirdikleri deneyimler

Deneyim	Oran (n, %)
Patlama/ silah sesi duyma	27 (% 17.3)
Yaşanılan evin zarar görmesi	27 (% 17.3)
Aile üyesi/ yakın kaybına tanık olma	20 (% 12.8)
Yaralanma	13 (% 8.3)

Çocukların % 23.1'i Suriyeli sığınmacı çocukların okullarında öğrenim görmesinden; % 7.7'si ise Suriyeli ailelerin Suruç ilçesinde yaşamalarından kişisel olarak etkilendiklerini belirtmiştir.

Akraba ve arkadaşlarının sığınmacılar arasında bulunduğunu belirtenlerin oranı % 27.6; sığınmacıları evlerinde misafir ettiklerini belirtenlerin oranı ise % 35.3'tür. Sığınmacıları hem misafir ettiklerini, hem de kıyafet ve yiyeceklerini paylaştıklarını belirtenlerin oranı % 3.8'dir.

Çocukların % 14.1'i mahallelerinde en az bir Suriyeli aile bulunduğunu belirtmiştir. Örneklemin % 9.0'u ise bu ailelere destek olduklarını aktarmıştır.

Çocuklar arasında Suriyeli çocuklarla birebir iletişim kuran (% 1.9) ve onlara akademik olarak destek olmaya çalışanlar (% 0.6) nadirdir.

Savaşın kendi yaşantı ve akademik başarılarını etkilediğini bildirenlerin oranı % 9.6 olarak bulunmuştur. Çocukların % 4.5'u savaşla ilgili oyunları sık olarak oynadıklarını, % 2.6'sı ise bu konudaki resimleri sık olarak çizdiklerini belirtmiştir.

Çocukların % 26.9'u sığınmacı ailelerin çadır kentlerde barındırılmasını, % 26.3'ü sınıflarında Suriyeli öğrencilerin bulunmasını, % 19.2'si ise bu çocukların ülkelerine dönmelerini istediğini belirtmiştir.

4.1.4.6. ÇTSTÖ puanlarının yordayıcıları

ÇTSTÖ puanı 25 ve üzeri olanların TSSB ile uyumlu semptomları olabileceği, 40 ve üzerindeki puanların klinik TSSB tanısı ile uyumlu olabileceği bildirilmiştir (Kılıç vd., 1999). Bu ölçütlere göre örneklemin çoğu (% 98.7) orta ve üzeri şiddette TSSB semptomları bildirmektedir. Klinik olarak TSSB tanısını alabilecek olanların oranı ise (n=75) % 48.1 olarak bulunmuştur.

Klinik olarak TSSB tanısı alabilecek çocuklarda cinsiyet ve ÇDDÖ alt testlerinin anlamlı olması ile ilişki ki kare testleri ile, GGA alt testlerinden alınan puanlar bağımsız örneklem için t testi ile, yaşam boyu ve Suriye İç Savaşı ile ilgili travmatik deneyimler ve yoksunluk belirteçlerinin sayıları ise Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçta kız cinsiyet ile klinik olarak anlamlı TSSB tanısının istatistik olarak anlamlı ilişki gösterdiği görülmüştür (ki kare= 133.0, p=0.000). ÇDDÖ alt testlerinden klinik olarak anlamlı puan alma ile klinik olarak TSSB tanısı alma olasılığı anlamlı ilişki göstermemiş ancak sosyal iç çekilme alt testinden anlamlı puan alma ile TSSB tanısının ilişki eğilimi gösterdiği görülmüştür (Ki Kare= 4.2, p=0.06, Fisher düzeltmesi). Mann-Whitney U testi ile klinik olarak TSSB tanısı alabilecek çocuklarda yaşam boyu ve Suriye iç Savaşı ile ilgili travmatik deneyimler ve yoksunluk belirteçlerinin anlamlı ölçüde artmış olmadığı görülmüştür.

Klinik olarak TSSB tanısı alabilecek düzeyde ÇTSTÖ puanları ile ebeveynler tarafından bildirilen özgün travmatik deneyimlerin ilişkisi ki kare testleri ile değerlendirilmiştir. Sonuçta, Suriye İç Savaşı nedeniyle aile bireylerinden kayıp yaşanması (Ki Kare= 7.2, p=0.01, Fisher), çocuğun eğitiminin Suriyeli sığınmacılar

nedeniyle olumsuz etkilendiğini bildirme (Ki Kare= 10.4, $p=0.02$), Suriyeli sığınmacılar nedeniyle ebeveynlerin kendilerinin olumsuz olarak etkilendiğini belirtmeleri (Ki Kare= 7.9, $p=0.05$) çocukta klinik olarak anlamlı düzeyde TSSB puanları ile anlamlı ilişki göstermiştir. Ailenin Suriyeli sığınmacılar nedeniyle yol, su, elektrik gibi alt yapı sorunları yaşadığının belirtilmesi ise klinik olarak anlamlı ÇTSTÖ puanları ile ilişki eğilimi göstermiş ancak bu ilişki anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır (Ki Kare= 3.8, $p=0.06$).

Bağımsız örneklemeler için t testi ile ÇTSTÖ'nden klinik TSSB tanısı ile uyumlu olabilecek puanlar alan çocukların GGA- Ebeveyn ve Öğretmen formlarının çoğundan anlamlı ölçüde yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (Tablo 8.) GGA- Öğretmen formu duygusal sorunlar ve akran sorunları alt testlerinde anlamlı fark saptanmazken, GGA- ebeveyn formu davranım sorunları alt testinde ise aradaki fark istatistik anlamlılığa ulaşmamıştır.

Tablo 8. ÇTSTÖ'nden klinik TSSB tanısı ile uyumlu olabilecek puanlar alan çocukların GGA- Ebeveyn ve Öğretmen formları ham puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması

GGA Alt Ölçekler	ÇTSTÖ	ÇTSTÖ	P*
(ortalama, S.D.)	anlamli	anlamsız	
	(n= 75)	(n=81)	
GGA-AB- Duygusal sorunlar	7.8 (2.0)	8.8 (2.2)	0.01
GGA-AB- Davranım sorunları	6.8 (2.2)	7.4 (2.0)	0.07
GGA-AB- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	8.3 (2.7)	9.2 (2.4)	0.02
GGA-AB- Akran sorunları	8.4 (2.5)	9.5 (2.2)	0.00
GGA-AB-Prososyal davranışlar	12.4 (2.0)	13.0(2.0)	0.04
GGA-Ö- Duygusal sorunlar	8.2 (2.1)	8.6 (2.2)	>0.05
GGA-Ö- Davranım sorunları	6.7 (2.2)	7.6 (2.4)	0.02
GGA-Ö- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	7.9 (2.6)	9.1 (2.4)	0.01
GGA-Ö- Akran sorunları	8.7 (2.4)	9.1 (2.2)	>0.05
GGA-Ö-Prososyal davranışlar	12.4 (1.9)	13.0(1.7)	0.03

* $p<0.05$, ** $p<01$

*Bağımsız örneklem için t testi, GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, AB: Ebeveyn Formu, Ö: Öğretmen Formu.

Klinik olarak TSSB tanısının yordayıcıları ilk olarak (cinsiyet, yaş, erken yaş anne kaybı, erken yaş baba kaybı, gelir düzeyi, yaşam boyu travmatik deneyim, öznel olarak Suriye iç savaşından etkilenme bildirme, patlama/ silah sesine tanıklık etme) lojistik regresyon ile Enter metodu aracılığı ile değerlendirilmiştir. Her değişken tek bir adımda (Block) analize sokularak özgün katkıları değerlendirilmiştir. Belirtilen model istatistik olarak anlamlıdır (Ki Kare= 173.7, dF=16, p=0.000). Son basamakta uyum iyiliği anlamlılık eğilimi göstermiş ancak kesim değerine ulaşmamıştır (Hosmer- Lemeshow testi, Ki Kare= 15.1, dF=8, p=0.06). Model bu basamakta klinik düzeyde anlamlı TSSB semptomu olmayanların % 97.5'ini, olanların ise % 94.7'sini ayırt edebilmiştir. Bu basamakta yordayıcılardan sadece cinsiyet anlamlıdır (OR= 2751.8, % 95 GA= 154.6-48974.0). Bu anlamlılığın son basamakta eklenen patlama/ silah sesine şahit olma ile etkileşim sonucu oluştuğu düşünülmüştür. Güven aralığının genişliği ise bu yordayıcının klinik olarak anlamlı olmadığını düşündürmüştür.

İkinci modelde ise cinsiyet, ÇDDÖ sosyal içe çekilme testinden anlamlı puan alma, GGA- AB- duygusal sorunlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve akran sorunları ve GGA- Ö- davranım sorunları yordayıcı olarak dahil edilmiştir. GGA- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt testi GGA-AB- Dikkat eksikliği hiperaktivite alt testi ile orta derecede ve anlamlı korelasyon gösterdiğinden (r=0.56, p=0.000) modele dahil edilmemiştir. Bu modelin de istatistik olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Ki Kare= 176.3, dF=6, p=0.000). Uyum iyiliği yetersizdir (Ki Kare= 1.9, dF=8, p=0.98). İkinci modelin de klinik düzeyde anlamlı TSSB semptomu olmayanların % 97.5'ini, olanların ise % 94.7'sini ayırt edebildiği ancak bu modelde yordayıcılardan cinsiyet (OR= 7097.2, % 95 GA= 170.6- 295301.2) ve GGA- ebeveyn formu duygusal sorunlar puanlarının (OR= 0.80, % 95 GA= 0.23-0.87) anlamlı olduğu görülmüştür.

Son olarak cinsiyet, yaşam boyu ve Suriye İç savaşından sonraki travmatik deneyimler ve yoksunluk belirteçleri yordayıcı olarak değerlendirilmiştir. Üçüncü model de istatistik olarak anlamlı ancak uyum iyiliği yetersizdir (sırasıyla; Ki kare= 167.8, dF=4, p=0.000 ve Ki kare= 3.3, dF=7, p=0.86). Üçüncü model de klinik

düzeyde anlamlı TSSB semptomu olmayanların % 97.5'ini, olanların ise % 94.7'sini ayırt edebildiği ancak bu modelde yordayıcılardan sadece cinsiyetin (OR= 1127.3, % 95 GA= 141.3- 8996.3) anlamlı olduğu görülmüştür.

Üç farklı lojistik regresyon modeli içerisinde uyum iyiliği ve model uyum değerleri açısından en iyisinin ilki olduğu kanaatine varılmıştır.

4.2. Yorum

Çalışmanın örneklemini oluşturan çocukların ebeveynleri Suriye kökenli sığınmacıların varlığını olumsuz olarak değerlendirmiş, bu durumun ekonomik, altyapı ve eğitim sorunlarını beraberinde getirdiklerini bildirmişlerdir. Bunun yanında travmatik olay olarak nitelendirilebilecek patlamaya tanık olma, yaralanmaya tanık olma, yakın ölümü, içinde yaşadıkları konutun zarar görmesi, aile üyelerinin kaybı ve bizzat yaralanma gibi deneyimleri olan kişilerin oranları da oldukça yüksek bulunmuştur.

Bazı ailelerin bildirimlerine göre Suriye iç savaşından önce de çocukların (savaş, patlama, kaza, deprem yakın kaybı vb.) deneyimleri olmuştur ve kendine zarar verici davranışlar gözlemlenmiştir.

Örnekleminizde erkek ve kız öğrenciler arasında Güçler ve Güçlükler Anketinin ebeveyn ve öğretmen Duygusal Sorunlar alt ölçeğinde erkek öğrencilerin aldığı toplam puanlar, kız öğrencilerin aldığı puanlardan yüksek olmasına rağmen bu farklılık anlamlı düzeyde değildir. Literatürde Duygusal Sorunlar alt ölçeğinde kız çocuklarının daha yüksek puanlar aldıklarını belirten çalışmalar mevcuttur. Matsuishi ve ark (2008: 413), Widenfelt ve ark. (2003: 286) ve Woerner (2004) yaptıkları Güçler ve Güçlükler Anketinin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında Duygusal Sorunlar alt ölçeğinde kız çocukların, erkek çocuklardan anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığını belirtmişlerdir.

Davranış Sorunları alt ölçeği bağlamında ebeveyn ve öğretmen formlarında erkek öğrenciler kız öğrencilerden yüksek puanlar almış ancak bu fark anlamlı düzeyde değildir. Ancak literatürdeki bulgular elde ettiğimiz sonuçları destekler nitelikte değildir. Keane ve Calkins (2004: 415) yaptıkları araştırmada davranış

problemlerini kız ve erkekler arasında karşılaştırdıklarında erkek çocukların akranlarına karşı kız çocuklarına oranla daha fazla düşmanca tavır sergilediklerini bulmuşlar. Bir diğer çalışmada Moss ve ark. (2006: 433) erkek ve kız çocuklarının davranış problemlerini karşılaştırmış ve erkeklerin daha fazla problemli davranışa sahip olduklarını saptamışlar. Ülkemizde, Balat ve arkadaşları (2008: 267) tarafından ebeveyn ve öğretmenlerin gözlemleri ile çocuklardaki davranış problemlerinin incelendiği araştırmada erkek çocuklarda daha fazla problemli davranış olduğunu bildirmişlerdir.

Güçler ve Güçlükler Anketinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite ile Akran Sorunları alt ölçeklerinde ebeveyn ve öğretmen bildirdiklerine göre erkeklerin aldıkları puanlar kızların aldıkları puanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Elde edilen bu bulgular, literatürdeki diğer çalışmaları desteklemektedir. Yapılan bu çalışmalarda erkek çocukların kız çocuklarına oranla daha fazla Hiperaktivite ve akran sorunları yaşadıkları bildirilmiştir (Muris ve Meesters, 2003: 5; Widenfelt vd., 2003: 286; Woerner vd., 2004).

Prososyal Davranışlar alt ölçeğinde ise ebeveyn ve öğretmen formlarında erkeklerin aldığı puanlar, kız öğrencilerin aldığı puanlardan yüksek bulunmasına rağmen bu farklılık anlamlı bulunmamıştır. Matsuishi ve ark (2008: 412) yaptıkları çalışmada kızların Duygusal Sorunlar alt ölçeğinden erkek çocuklardan anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıklarını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda, ÇDDÖ ölçeğinin bütün alt ölçeklerinde ve toplam sorun puanında erkekler kız öğrencilerden daha yüksek puanlar almasına rağmen bu farklılık anlamlı düzeyde değildir. Literatüre baktığımızda araştırmacılar sorun davranışlar ile cinsiyet arasında önemli ilişkiler olduğunu ortaya çıkartmışlar. Davranış sorunları içe yönelim ve dışa yönelim olmak üzere iki şekilde incelenebilir. İçe yönelim davranış sorunları endişe, korku, kaygı ve dikkatsizlik şeklinde ortaya çıkarken dışa yönelim davranış sorunları ise saldırganlık, muhalefet, hiperaktivite, itaatsizlik, düşmanca tavır ve agresif davranışlar olarak gözlemlenirler (Campbell, 1995: 119). Yapılan çalışmaların çoğunda erkeklerin kızlara oranla anlamlı derecede daha fazla problem davranış gösterdiğini

bildirmişlerdir (Duncan vd., 1994: 305, Eiden, 1999: 11; Lavigne vd., 1996: 206). Amerikan Psikiyatri Birliği (1994)'e göre, dışa yönelim sorunlarının kız çocuklarına oranla erkek çocuklarda daha yaygın görülür. Erkekler kızlara göre daha fazla dışa yönelim özellikle dışa yönelim sorunlarının erkeklerde kızlara oranla daha yaygın olduğunu belirtir. Erol ve ark. (1998: 14) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde erkek çocukların dışa yönelim, kızların ise içe yönelim alt testlerinde daha yüksek puanlar aldığını belirtmiştir.

Bunun yanında Erol ve Şimşek'in (2010) önerdiği şekilde içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun alt testleri T puanları 64 ve üzeri olanlar ve/ veya diğer alt testler için T puanları 70 ve üzeri olanların klinik düzeyde sorunu olabileceği kabul edildiğinde; örneklemin %13.5'inin dışa yönelim, %11.0 'inin içe yönelim ve %13.5'inin de toplam sorun puanlarının klinik düzeyde olduğu görülmüştür.

Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇETSTÖ)'den örneklemimizde kız öğrencilerin aldığı puanlar erkek öğrencilerin aldığı puanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. TSSB'nin şiddetinin ve yaygınlığının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini inceleyen araştırmalar, bu çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Erden ve ark. (1999:147) yaptıkları çalışmada erkeklerin %50'si TSSB belirtileri göstermez iken, kızların sadece %16.7'si TSSB belirtileri göstermemiştir. Buna göre kızların TSSB riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir. Ayrıca literatürde kızların erkeklere oranla daha fazla belirti gösterdiği bildirilmiştir (Green vd., 1994: 72; Shannon vd., 1994: 86)

ÇTSTÖ puanı 25 ve üzeri olanların TSSB ile uyumlu semptomları olabileceği, 40 ve üzerindeki puanların klinik TSSB tanısı ile uyumlu olabileceği bildirilmiştir (Kılıç vd., 1999: 3). Bu ölçütlere göre örneklemin çoğu (%98.7) orta ve üzeri şiddette TSSB semptomları bildirmektedir. Klinik olarak TSSB tanısını alabilecek olanların oranı ise (n=75) %48.1 olarak bulunmuştur. ÇETSTÖ ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasında bu ölçek ile belirlenen TSSB belirtilerini karşılayan kişilerin %78-%80'inin DSM-4 tanı kriterlerine göre tanı alabileceği dikkate alındığında, örneklemimizde TSSB riski taşıyan öğrencilerin oranının ciddi anlamda

yüksek olduğunu söyleyebilir. Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda örnekleme oluşturan öğrencilerin çoğunun Suruç ilçesinde yaşadıkları travmatik yaşantılardan ya da Suriye iç savaşı öncesi yaşadıkları ya da tanık oldukları olaylardan ciddi anlamda etkilendikleri sonucuna varılabilir.

Örneklekimizdeki çocukların Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeğinde aldıkları puanlar ile Travma Sonrası Tepki Ölçeğinden, GGA Öğretmen formunda dikkat eksikliği- hiperaktivite ve prososyal davranışlar alt testlerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ve zayıf düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar TSSB düzeyi arttıkça beraberinde özellikle somatik şikayetler ve anksiyete benzeri içe yönelim bozuklukları olmak üzere birçok alanda davranış problemi ortaya çıkarttığını gösteriyor. Ergenler üzerine yapılan çalışmalar anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile travma sonrası stres düzeyi arasında güçlü ilişkiler olduğunu bildirmişler (Famularo vd., 1996: 865; Ackerman vd., 1998: 766; Lipschitz vd., 1999: 388). Saigh ve ark. (2002: 466)'nın yaptıkları çalışmanın bulgularına göre özellikle içe yönelimli davranış sorunları olmak üzere davranış sorunları travmatize olmuş ergenlerde eşlik eden bozukluklardır. Bu yüzden travmanın, stres bozukluklarının yanında birçok davranış reaksiyonu geliştirdiği söylenebilir.

Bu çalışmada çocukların TSSB puanlarının yordayıcıları olabilecek etmenlerden cinsiyet, yaş, erken yaş anne kaybı, erken yaş baba kaybı, gelir düzeyi, yaşam boyu travmatik deneyim, öznel olarak Suriye iç savaşından etkilenme bildirme, patlama/ silah sesine tanıklık etme değerlendirildiğinde, bunların içinde sadece cinsiyetin anlamlı bir yordayıcı olduğu bulunmuştur. Bu alanda yapılan çalışmalar psikopatolojinin oluşması (prenatal) komplikasyonlar, nörokimyasal dengesizlik, organik bozukluklar, zeka düzeyi, sosyal yetersizlik, dikkat sorunları, okuma güçlüğü, duygusal olgunlaşma düzeyi, özgüven düzeyi, sosyo-ekonomik durum, ailede psikiyatrik geçmiş, ihmal ve istismar, aile yapısı, aile içi iletişim vb. etmenlere bağlı olabileceğini göstermiştir (Greenberg ve vd., 2001: 203). TSSB'nin yaş ile ilişkisinin incelendiği çalışmalarda yaşça küçük çocukların algısal ve bilişsel süreçlerinin tam olarak gelişmemesinden dolayı

utanma ve suçluluk duygularını yaşıca büyük çocuklar kadar gelişmez. Bu da küçük çocukların büyük çocuklara oranla daha az seviyede stres yaşamalarını sağlar.Küçük çocukların bilişsel yetersizliğinden dolayı yüksek düzeyde stres hissetme ihtimalleri daha düşüktür (Sceeringa vd., 1995: 193; Carrion vd., 2002: 170).



BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Şanlıurfa'nın Suruç ilçesinin Suriye iç savaşının yaşandığı merkezlere yakın olmasından dolayı ve özellikle savaş sesinin duyulması, Suriye'de yaralananların buralara getirilerek tedavi edilmesi, bazen atılan topların Türkiye topraklarına düşmesi Suruç halkı için travmatik yaşantı sayılabilecek kadar ağır olaylardır. Bunun yanında Suriye'den Türkiye'ye gelen sığınmacıların kamplara yerleştirilmesi ve bu kamplarda yer kalmayınca şehir merkezinde ve köylerde yaşamlarını devam ettirmeye çalışmaları, Suruç halkının ve çocukların savaşa tanıklık etmiş, etkilenmiş ve yakın akrabalarını kaybetmiş insanlarla iç içe bir yaşamı sürdürmeleri sonucunu da beraberinde getirmiştir. Suruç halkı ve çocuklarının bir kısmı Suriye iç savaşı ve bu birlikte yaşama durumun kendilerini etkilenmediğini belirtirken, bir kısmı da bu durumun kendilerini ekonomik, alt yapı ve eğitim başta olmak üzere birçok alanda olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir.

Araştırmamızın bulguları gösteriyor ki travmatik olay olarak nitelendirilebilecek patlamaya ve yaralanmaya tanık olmak, yakın ölümü, içinde yaşadıkları konutun zarar görmesi, aile üyelerinin kaybı ve bizzat yaralanma gibi deneyimleri olan kişilerin oranlarının oldukça yüksek olduğunu göstermiştir.

Örnekleimize katılan öğrencilerde Travma sonrası stres bozukluğunun beraberinde getirdiği davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıktığı görülmüştür. Bütün davranış sorunları ve duygusal sorunlar ele alındığında erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha fazla sorun gözlemlendiği ortaya çıkmıştır. Çalışmada elde ettiğimiz bulgulara göre çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunda davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve sosyal sorunlar tespit edilmiştir. Ebeveynlerin bildirdiklerine göre bu sorunlardan bazıları Suriye iç savaşından önce de mevcut

iken, bazılarının bu savaştan sonra ortaya çıktığı ya da sıklığında artma olduğu görülmüştür.

İçe yönelim ve dışa yönelim davranışlar sorunları değerlendirildiğinde örneklemimizde bulunan öğrencilerin %13.5'inin dışa yönelim, %11.0 'inin içe yönelim ve %13.5'inin de toplam sorun puanlarının klinik düzeyde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda, çalışmaya katılan öğrencilerin içinden azımsanmayacak bir sayının ciddi psikiyatrik bozukluk riski taşıdığı söylenebilir.

Öğrencilerin ÇTSTÖ ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde ise örneklemde bulunan öğrencilerinin neredeyse tamamının orta ve üzeri şiddette TSSB semptomları olduğu görülmektedir. Bu çocukların içinde klinik olarak TSSB tanısını alabilecek kişiler ise neredeyse örneklemin yarısına denk gelmektedir. Yapılan çalışmalar ÇETSTÖ ile belirlenen TSSB belirtilerini karşılayan kişilerin %78-%80'inin DSM-4 tanı kriterlerine göre tanı alabileceği dikkate alındığında, öğrencilerin önemli bir kısmının TSSB riski taşıdığı söylenebilir.

Mevcut çalışma Şanlıurfa'nın Suruç ilçesinde eğitime devam eden öğrencilerin büyük çoğunluğunun psikopatoloji riski taşıdığını ortaya koymuştur. Bu alanda daha büyük örneklemeler ile ve uzman kişilerin uygulayacağı yapılandırılmış tanı görüşmeleri ile yapılacak kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ve Suriye iç savaşından ya da daha önceki travmatik yaşantılarda etkilenip psikopatoloji geliştiren öğrencilere psiko-sosyal girişimlerde bulunulması gerektiği söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/Emotional Problems and Competencies. *Pediatrics in Review*, 21(8), 265-271. DOI:10.1542/pir.21-8-265
- Ackerman, P. T., Newton, J. E., Mcpherson, W., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774. DOI:10.1016/s0145-2134(98)00062-3
- Balat, U. G., Şimşek, Z. & Akman, B. (2008). Okul öncesi eğitim alan çocukların davranış problemlerinin anne ve öğretmen değerlendirilmeleri açısından karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34, 263-275.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W., & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(S2). DOI:10.1007/s00787-004-2004-4
- Bellis, M. D., & Dillen, T. V. (2005). Childhood Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 745-772. DOI:10.1016/j.chc.2005.05.006
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress J. Traum. Stress*, 11(4), 645-664. DOI:10.1023/a:1024485130934

Brady, K. T., & Clary, C. M. (2003). Affective and anxiety comorbidity in post-traumatic stress disorder treatment trials of sertraline. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 360-369. DOI:10.1016/s0010-440x(03)00111-1

Breslau, N. (1991). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216. DOI:10.1001/archpsyc.1991.01810270028003

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Library*. DOI:10.1002/14651858.cd003388

Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress J. Traum. Stress*, 18(5), 401-412. DOI:10.1002/jts.20048

Budur, K., Falcone, T., & Franco, K. (2006). Diagnosing and managing posttraumatic stress disorder. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73(2), 121-129. DOI: 10.3949/ccjm.73.2.121

Campbell, S. B. (1995). Behavior Problems in Preschool Children: A Review of Recent Research. *J Child Psychol & Psychiat Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(1), 113-149. DOI:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x

Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an Empirical Definition of Pediatric PTSD: The Phenomenology of PTSD Symptoms in Youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166-173. DOI:10.1097/00004583-200202000-00010

Chemtob, C., Roitblat, H., Hamada, R. S., Carlson, J. G., & Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2(3), 253-275. DOI:10.1016/0887-6185(88)90006-0

- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Arch Gen Psychiatry Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577. DOI:10.1001/archpsyc.64.5.577
- Ceri, V., Özlü-Erkilic, Z., Özer, Ü., Yalcin, M., Popow, C., & Akkaya-Kalayci, T. (2016). Psychiatric symptoms and disorders among Yazidi children and adolescents immediately after forced migration following ISIS attacks. *neuropsychiatrie*, 30(3), 145-150.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan, H. H. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-25. DOI:10.1501/kriz_0000000322
- Davidson, J., Pearlstein, T., Lonnberg, P., Brady, K. T., Rothbaum, B., Bell, J., . . . Farfel, G. (2001). Efficacy of Sertraline in Preventing Relapse of Posttraumatic Stress Disorder: Results of a 28-Week Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *American Journal of Psychiatry AJP*, 158(12), 1974-1981. DOI:10.1176/appi.ajp.158.12.1974
- Davidson, J. R. T. and March, J.S. (1997). *Traumatic Stress Disorders*. Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A. (Eds): Psychiatry. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1997
- Doruk, A. ve Aydın, H. (1993). Posttravmatic stress disorder and comorbidity. III. Congress of Balkan Military Medical committee Athens-Greece, Abstract book.
- Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. K. (1994). Economic Deprivation and Early Childhood Development. *Child Development*, 65(2), 296. DOI:10.2307/1131385
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. DOI:10.1016/s0005-7967(99)00123-0
- Eiden, R. D., Chavez, F., & Leonard, K. E. (1999). Parent–infant interactions among families with alcoholic fathers. *Develop. Psychopathol. Development and Psychopathology*, 11(4), 745-762. DOI:10.1017/s0954579499002308
- Ellenberger H (1970) The Discovery of the Unconscious, BasicBooks, New York.

- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R., & Blank, A. (1998). Comorbidity and Course of Psychiatric Disorders in a Community Sample of Former Prisoners of War. *American Journal of Psychiatry AJP*, 155(12), 1740-1745. DOI:10.1176/ajp.155.12.1740
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. DOI:10.1016/s0005-7967(99)00123-0
- Ellenberger, H. (1970) The Discovery of the Unconscious, BasicBooks, New York.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). Türkiye ruh sağlığı profili raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Erden, G., Kılıç, E. Z., Uslu, R. İ. ve Kerimoğlu, E. (1999). Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(3), 143-149.
- Erol, N., Şimşek, Z. (2010). *Okul çağı Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı*. Ankara. Mentis Yayınevi.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric Diagnoses of Maltreated Children: Preliminary Findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 863-867. DOI:10.1097/00004583-199209000-00013
- Farkas, B. (2004). Etiology and pathogenesis of PTSD in children and adolescents. In R. Silva (Ed.), *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents: Handbook* (pp. 123-140). New York: Norton.
- Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. Mash & J. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Fletcher, K. E. (1996). *Childhood posttraumatic stress disorder*. E. Mash & J. Barkley (Eds.), *Child psychopathology*. New York: Guilford.
- Fletcher, K. E. (2003). *Childhood posttraumatic stress disorder*. E. Mash & J. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed.) (pp. 330-337). New York: Guilford.

Flouri, E. (2005). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): What We Have Learned and What We Still Have Not Found Out. *Journal of Interpersonal Violence*,20(4), 373-379. DOI:10.1177/0886260504267549

Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*,20(2), 155-176. DOI:10.1016/s0005-7894(89)80067-x

Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*,20(2), 155-176. DOI:10.1016/s0005-7894(89)80067-x

Foa, Edna B., Terence M. Keane, and Matthew J. Friedman. "Guidelines for Treatment of PTSD." *Journal of Traumatic Stress J. Traum. Stress* 13.4 (2000): 539-88. Web.

Foa, E. B., Hembree, E.A., Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD*, Oxford University Press.

Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*,42(10), 1203-1211. DOI:10.1097/00004583-200310000-00011

Franklin, C. L., & Zimmerman, M. (2001). Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder: Investigating the Role of Overlapping Symptoms in Diagnostic Comorbidity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*,189(8), 548-551. DOI:10.1097/00005053-200108000-00008

Gabbay, V., Oatis, M.D., Silva, R.R., & Hirsch, G. (2004). Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. In Raul R. Silva (Ed.),*Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: Handbook* (1-17). New York: Norton.

Ginzburg, K., Koopman, C., Butler, L. D., Palesh, O., Kraemer, H. C., Classen, C. C., & Spiegel, D. (2006). Evidence for a Dissociative Subtype of Post-Traumatic Stress Disorder

Among Help-Seeking Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Trauma & Dissociation*,7(2), 7-27. DOI:10.1300/j229v07n02_02

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol & Psychiat Journal of Child Psychology and Psychiatry*,38(5), 581-586. DOI:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Goodman, R. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*,177(6), 534-539. DOI:10.14.

Goodman, R. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*,177(6), 534-539. DOI:10.1192/bjp.177.6.534192/bjp.177.6.534

Green, B. L., Grace, M. C., Vary, M. G., Kramer, T. L., Gleser, G. C., & Leonard, A. C. (1994). Children of Disaster in the Second Decade: A 17-Year Follow-up of Buffalo Creek Survivors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*,33(1), 71-79. DOI:10.1097/00004583-199401000-00011

Greenberg, L. S., & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology J. Clin. Psychol.*,57(2), 197-211. DOI:10.1002/1097-4679(200102)57:23.0.co;2-o

Güvenir, T. , Özbek, A., Baykara, B., Arkar, H., Şentürk, B. ve İncekaş, S. (2008). Güçler ve güçlükler anketi'nin (GGA) türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15 (2), 65-74.

Hashemia, F., Khoshnood, K., Desai, M. M., Falahati, F., Kasl, S., & Southwick, S. (2008). Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress in Iranian Survivors of Chemical Warfare. *Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health*,2008, 156-158. DOI:10.1016/s0084-3970(08)70740-0

Herman, J.L. (2010). Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror. Basic Books.

Hoven, C. W., Duarte, C. S., Lucas, C. P., Wu, P., Mandell, D. J., Goodwin, R. D., . . . Susser, E. (2005). Psychopathology Among New York City Public School Children 6 Months After September 11. *Arch Gen Psychiatry Archives of General Psychiatry*, 62(5), 545. DOI:10.1001/archpsyc.62.5.545

Jones, E., & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 164-175. DOI:10.1016/j.janxdis.2006.09.009

Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Epidemiology, and Treatment Outcome. *Annual Review of Clinical Psychology Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2(1), 161-197. DOI:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095305.

Keane, S. P., & Calkins, S. D. (2004). Predicting Kindergarten Peer Social Status from Toddler and Preschool Problem Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology J Abnorm Child Psychol*, 32(4), 409-423. DOI:10.1023/b:jacp.0000030294.11443.41

Kessler, R. C. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048. DOI:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. DOI:10.1001/archpsyc.62.6.593

Kessler, R., Gruber, M., Hettema, J., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine Psychol. Med.*, 38(03). DOI:10.1017/s0033291707002012

Kolk, B. A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harv Rev Psychiatry Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265. DOI:10.3109/10673229409017088

- Kowalik, S. C. (2004). *Neurobiology of PTSD in children and adolescents*. R. Silva (Ed.), *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents: Handbook*. New York: Norton.
- Kolk, B. V. (n.d.). Developmental Trauma Disorder: Towards a Rational Diagnosis of the Sequelae of Chronic Childhood Abuse and Neglect. *Psychiatric Annals*, 58(8), 1-19. DOI:10.1037/e517302011-025
- Kiliç, E. Z., Uslu, R. İ, Erden, G., & Kerimoğlu, E. (1999). Çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini sürdüren ailesel etmenler. *Kriz Dergisi*, 7(2), 1-8. DOI:10.1501/0000902
- Kiliç, E. Z. (1999). Çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini sürdüren ailesel etmenler. *Kriz Dergisi*, 1-8. DOI:10.1501/0000902.
- Labbate, L. A., Sonne, S. C., Randal, C. L., Anton, R. F., & Brady, K. T. (2004). Does comorbid anxiety or depression affect clinical outcomes in patients with post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders? *Comprehensive Psychiatry*, 45(4), 304-310. DOI:10.1016/j.comppsy.2004.03.015
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., . . . Isaacs, C. (1996). Prevalence Rates and Correlates of Psychiatric Disorders among Preschool Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(2), 204-214. DOI:10.1097/00004583-199602000-00014
- Lemos-Miller, A., & Kearney, C. A. (2006). Depression and Ethnicity as Intermediary Variables Among Dissociation, Trauma-Related Cognitions, and PTSD Symptomatology in Youths. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(8), 584-590. DOI:10.1097/01.nmd.0000230407.12687.ba
- Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Hartnick, E., Foote, B., & Southwick, S. M. (1999). Posttraumatic Stress Disorder in Hospitalized Adolescents: Psychiatric Comorbidity and Clinical Correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(4), 385-392. DOI:10.1097/00004583-199904000-00010

- Lonigan, C., Phillips, B. M., & Richey, J. A. (2003). Posttraumatic stress disorder in children: Diagnosis, assessment, and associated features. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 171-194. DOI:10.1016/s1056-4993(02)00105-0
- Marshall, R. D., Beebe, K. L., Oldham, M., & Zaninelli, R. (2001). Efficacy and Safety of Paroxetine Treatment for Chronic PTSD: A Fixed-Dose, Placebo-Controlled Study. *American Journal of Psychiatry* *AJP*, 158(12), 1982-1988. DOI:10.1176/appi.ajp.158.12.1982
- Matsuishi, T., Nagano, M., Araki, Y., Tanaka, Y., Iwasaki, M., Yamashita, Y., . . . Kakuma, T. (2008). Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of infant and school children in community samples. *Brain and Development*, 30(6), 410-415. DOI:10.1016/j.braindev.2007.12.003
- Meiser-Stedman, R. (2003). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 217-232.
- Merry, S. N., & Andrews, L. K. (1994). Psychiatric Status of Sexually Abused Children 12 Months after Disclosure of Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 939-944. DOI:10.1097/00004583-199409000-00002
- Micale, M. S. (1989). Hysteria and its Historiography: A Review of Past and Present Writings (II). *History of Science*, 27(4), 319-351. DOI:10.1177/007327538902700401
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2004). Comorbidity of PTSD and depression: Associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 231-238. DOI:10.1016/s0165-0327(03)00131-9
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Develop. Psychopathol. Development and Psychopathology*, 18(02). DOI:10.1017/s0954579406060238

Muris, P., Meesters, C., & Berg, F. V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 1-8. DOI:10.1007/s00787-003-0298-2

Nader, K. O. (2004). Assessing traumatic experiences in children and adolescents: Self-reports of DSM PTSD Criteria B-D symptoms (2nd edition). J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

Nasıroğlu, S., & Çeri, V. (2016). Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2941–2948. <http://doi.org/10.2147/NDT.S119506>

Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S., & Stein, M. B. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1-21.

O'toole, B. I., Marshall, R. P., Schureck, R. J., & Dobson, M. (1998). Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Aust NZ J Psychiatry Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 21-31. DOI:10.3109/00048679809062702

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. DOI:10.1037/0033-2909.129.1.52

Pfefferbaum, B. J., Devoe, E. R., Stuber, J., Schiff, M., Klein, T. P., & Fairbrother, G. (2005). Psychological Impact of Terrorism on Children and Families in the United States. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 9(3-4), 305-317. DOI:10.1300/j146v09n03_01

Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., . . . Fairbanks, L. A. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *The British Journal of Psychiatry*, 163(2), 239-247. DOI:10.1192/bjp.163.2.239

Roberts, R.E., Attkisson, C.C., Rosenblatt, A. (1998) Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 155(6):715-25. Review. DOI: 10.1176/ajp.155.6.715

Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*,22(2), 163-188. DOI:10.1016/s0272-7358(01)00086-1

Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress J. Traum. Stress*,11(1), 25-44. DOI:10.1023/a:1024400931106

Shannon, M. P., Lonigan, C. J., Finch, A., & Taylor, C. M. (1994). Children Exposed to Disaster: I. Epidemiology of Post-Traumatic Symptoms and Symptom Profiles. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*,33(1), 80-93. DOI:10.1097/00004583-199401000-00012

Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*,27(3), 209-218. DOI:10.1016/s0005-7916(96)00029-8

Sherman, M. L., Barnum, D. D., Buhman-Wiggs, A., & Nyberg, E. (2008). Clinical Intake of Child and Adolescent Consumers in a Rural Community Mental Health Center: Does Wait-time Predict Attendance? *Community Ment Health J Community Mental Health Journal*,45(1), 78-84. DOI:10.1007/s10597-008-9153-8

Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. *American Journal of Psychiatry AJP*,155(5), 630-637. DOI:10.1176/ajp.155.5.630

Sher, L. (2005). The concept of post-traumatic mood disorder. *Medical Hypotheses*,65(2), 205-210. DOI:10.1016/j.mehy.2005.03.014

Stallard, P. (2003). A Retrospective Analysis To Explore The Applicability Of The Ehlers And Clark (2000) Cognitive Model To Explain PTSD In Children. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy Behav. Cognit. Psychother.*,31(3), 337-345. DOI:10.1017/s1352465803003084

Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (2000). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*,38(6), 619-628. DOI:10.1016/s0005-7967(99)00098-4

Sundquist, K., Johansson, L., Demarinis, V., Johansson, S., & Sundquist, J. (2005). Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity: Symptoms in a random sample of female Bosnian refugees. *European Psychiatry*,20(2), 158-164. DOI:10.1016/j.eurpsy.2004.12.001

Terr, L. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. New York: Harper & Row.

Terr, L. C. (1994). Childhood traumas: An outline and overview. In G. Everly, Jr. & J. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 301-320) 6. *The world health report: Report of the Director-General*. (1997). Geneva: World Health Organization.

. New York: Plenum

Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O'ryan, D. (2000). Risk Factors for Long-term Psychological Effects of a Disaster Experienced in Adolescence: Predictors of Post Traumatic Stress Disorder. *J. Child Psychol. Psychiat. Journal of Child Psychology and Psychiatry*,41(8), 969-979. DOI:10.1017/s0021963099006460

Vinck, P., Pham, P. N., Stover, E., & Weinstein, H. M. (2007). Exposure to War Crimes and Implications for Peace Building in Northern Uganda. *Jama*,298(5), 543. DOI:10.1001/jama.298.5.543

Yehuda, R., Spertus, I. L., & Golier, J. A. (2001). Relationship between childhood traumatic experiences and PTSD in adults. In S. Eth (Ed.), PTSD in children and adolescents (pp. 117-158). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Zayfert, C., Becker, C. B., Unger, D. L., & Shearer, D. K. (2002). Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress J. Traum. Stress*, 15(1), 31-38. DOI:10.1023/a:1014379127240

Wilson, J. P. (1994). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress J. Traum. Stress*, 7(4), 681-698. DOI:10.1002/jts.2490070413

World Health Organisation. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO.

Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 281-289. DOI:10.1007/s00787-003-0341-3

EKLER

EK 1: ÖZGEÇMİŞ

1.Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Sinem TABUR

Doğum Yeri ve Tarihi: Nizip 25.06.1993

Çalıştığı Kurum: Suruç İMKB İlköğretim Okulu

2. Eğitimi

1998- 2004: Cumhuriyet İlköğretim Okulu

2005:2009: Özel İslim Nihat Özyurt Anadolu Lisesi

2010-2014: Yakındoğu Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Psikolojik Danışmanlık ve rehberlik Bölümü

2014-2016: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji

3. Unvanları

Psikolojik Danışman

4.Mesleki Deneyimi

Eylül 2015-Ekim 2015 Nizip çadır kent, Nizip/Gaziantep

Şubat 2015-Halen Suruç İMKB İlkokulu

5. Staj deneyimi

2015-2016 Suruç İMKB İlkokulu (1yıl)

2015-2016 Nizip Devlet Hastanesi Psikiyatri Servisi (4 ay)

EK 2: GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Değerli katılımcı,

Sizden katılmanızı istediğimiz “Şanlıurfa ili Suruç ilçesinde yaşamakta olan ilköğretim öğrencilerinde genel psikopatoloji, travmatik yaşantılar ve travma sonrası stres bozukluğu ile uyumlu yakınmaların belirlenmesi” adlı araştırma , Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan Psikolojik Danışman Sinem TABUR tarafından Prof. Dr. Bengi SEMERCİ danışmanlığında yazılacak yüksek lisans tez araştırmasıdır.

Bu araştırmada sizlerden alınacak bilgiler bilimsel açıdan oldukça değerli olacaktır.

Bu amaçla size Sosyodemografik Veri Formu, 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ) sunulacaktır. Size sunulan ölçeklere açık yüreklilikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Sizden aldığımız bu yanıtlar bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmaya katıldıktan sonra, ölçeklerin doldurulma anında kendinizi kötü hissetmeniz durumunda araştırmadan çekilmekte tamamen özgürsünüz. Araştırmada gizliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için, bu form üzerine adınızı ve diğer kişisel bilgilerinizi yazmanız gönüllük ilkesine bağlı kılınmıştır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Sinem TABUR

EK 3: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

Aşağıda yer alan soruların hangisi size uygun ise parantez içerisinde belirtiniz.

Sorulan soruların ise karşılıklarına lütfen cevapları kendinize göre yazınız. Ankette yer alan bütün soruları size göre en uygun olacak şekilde cevaplamanız gerekmektedir.

Aksi halde anket geçersiz sayılacaktır...

ÇOCUĞUN BİLGİLERİ

Adı:

Soyadı:

Doğum Tarihi: Gün/Ay/Yıl:

Cinsiyet:

Okul Adı:

Sınıf Düzeyi: 2() 3() 4() 5() 6() 7()

Kardeş Sayısı: Tek çocuk () 1() 2() 3() 4() 5 ve üzeri ()

Kaçıncı Çocuk:

Doğduğu Şehir:

Büyüdüğü Şehir:

Yaşadığınız yer: İl() İlçe() Kasaba() Köy()

EBEVEYN BİLGİLERİ

Anne :

Ölü () Sağ ()

Öz () Üvey ()

Çalışıyor () Çalışmıyor ()

Ailesi İle Büyümüş ()

Erken Yaşta Anne Baba Kaybı ()

Çocuk Esirgeme Kurulunda Büyümüş ()

Annenin Mesleği Nedir :

Anne Yaşı:

Baba Yaşı:

Baba:

Ölü () Sağ ()

Öz () Üvey ()

Çalışıyor () Çalışmıyor ()

Ailesi İle Büyümüş ()

Erken Yaşta Anne Baba Kaybı ()

Çocuk Esirgeme Kurulunda Büyümüş ()

Babanın Mesleği Nedir :

Anne eğitim düzeyi

Baba Eğitim Düzeyi

Okur - Yazar Değil

()

()

Okur – Yazar

()

()

İlkokul Mezunu

()

()

Ortaokul Mezunu

()

()

Lise Mezunu

()

()

Üniversite Mezunu

()

()

Lisansüstü / Uzmanlık Vb.

()

()

Anne-Baba:

Birlikte () () Ayrı, ise ne kadar süredir belirtiniz _____

Anne-baba akraba evliliğinden ()

Anne-baba akraba evliliğinden değil ()

Evdeki Aile Yapısı:

Çekirdek Aile (Anne Baba Çocuklar) ()

Geniş Aile (Anne Baba Çocuklar ve Aile Büyükleri) ()

Evde yaşayan toplam kişi sayısı: 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10() Diğer()

Ailenin Sosyoekonomik Düzeyi (Toplam Gelir):

() 1000 TL den az () 1000-3000 arası

() 3000-5000 arası () 5000 ve üstü

Eve giren toplam geliri belirtiniz _____

Evde Çalışan Kişi Sayısı:

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Diğer ()

Ev Hakkında Bilgi:

Apartman dairesi ()

Mustakil ev ()

Gece Kondu ()

Eviniz kaç odadan oluşmaktadır?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Çocuğun kendine ait odası var mı?

() Evet () Hayır

Ev kime ait ?

Kendinizin ()

Kira ()

Akrabanın ()

Annenizin-Babanızın ()

OLAYLARA İLİŞKİN BİLGİ FORMU

Anne- Baba

Aşağıda Suriye savaşı ve Suriyeli Mülteciler ile ilgili birtakım sorular mevcuttur. Size uygun olanları lütfen işaretleyiniz.

Suriye savaşından dolayı aile bireylerinden kayıp veya kayıplarınız var mı?

() Evet () Hayır

Suriye savaşından dolayı aile üyelerinden birinin veya bir yakınınızın ölümüne tanık oldunuz mu?

() Evet () Hayır

Suriye savaşından dolayı bir yaralanma yaşadınız mı?

() Evet () Hayır

Suriye savaşından dolayı bir yaralı birine şahit oldunuz mu?

() Evet () Hayır

Suriye savaşından dolayı herhangi bir patlamaya tanık oldunuz mu?

() Evet () Hayır

Suriye savaşından dolayı aileniz veya yakınınızdan biri kaçırıldı yada tehdit aldı mı?

() Evet () Hayır

Suriyeli mültecilerin çocuğunuzun eğitim durumuna etkisi var mıdır?

☐ Hayır

☐ Evet, ise Etkisi ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

Suriyeli mültecilerin ekonomik durumunuza etkisi var mıdır?

☐ Hayır

☐ Evet, ise Etkisi ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

Suriyeli mültecilerin Suruç'a gelmesi ile birlikte oluşan alt yapı (elektrik, su vb.) gibi problemlerle karşılaştınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Suriye savaşından dolayı eviniz zarar gördü mü?

☐ Evet ☐ Hayır

Suriye ile komşu ülke olmak sizi etkiliyor mu?

☐ Hayır

☐ Evet, ise ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

Suriyeli Mültecilerin Suruç'ta yaşaması sizi etkiliyor mu?

☐ Hayır

☐ Evet, ise ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

Olumsuz davranışta bulunan Suriyeli ile karşılaştınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet, ise ne gibi davranışlar belirtiniz _____

Çocuğunuz, geçmişte travmatik (Savaş, patlama, kaza, deprem bir yakını kaybetme vb. olaylar sonucu oluşan) bir olay yaşadı mı?

() Evet () Hayır

Çocuğunuz, daha önce veya şuan kendine zarar verici davranışta bulundu mu?

() Hayır

() Evet, ise belirtiniz _____

OLAYLARA İLİŞKİN BİLGİ FORMU

Çocuk

Patlama, silah sesi gibi bir ses duyduğun oldu mu?

() Evet () Hayır

Çevrende bir takım (savaş, patama, silah vb.) olaydan dolayı ciddi anlamda yaralanma yaşadığın veya tanık olduğun oldu mu?

() Evet () Hayır

Çevrende bir takım (savaş, patama, silah vb.) olaydan dolayı aile üyelerinin birinin veya bir yakınının ölümüne tandık oldun mu?

() Evet () Hayır

Suriyeli çocukların okulunuzda eğitim görmesi seni etkiliyor mu?

() Hayır

() Evet, ise () Olumlu () Olumsuz

Suriyeli çocukların ve anne- babalarının Suruç'ta yaşaması seni etkiliyor mu?

☐ Hayır

☐ Evet, ise ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

Suriye savaşından dolayı yaralanıp Suruç'a gelen Suriyelileri evinizde misafir ettiğiniz mi?

☐ Hayır

☐ Evet, ise bu durum seni nasıl etkiledi? ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

Suriye mültecileri evinizde misafir edip yemeğinizi ve kıyafetlerinizi paylaştınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet, ise bu durum seni nasıl etkiledi? ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

Suriye'den gelen akrabanız veya arkadaşınız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Savaş, silah, kaza vb. oyunları sıklıkla oynar mısın?

☐ Evet ☐ Hayır

Savaş, silah ve kaza gibi resimleri sıklıkla çiziyor musun?

☐ Evet ☐ Hayır

Yiyeceğini, kalemini, oyuncakını Suriyeli çocuklar ile paylaşır mısın?

☐ Evet ☐ Hayır

Suriye'de olan savaş senin okul başarını, arkadaşlarınla oyun oynamak gibi bir takım etkinliklerini etkiliyor mu?

☐ Hayır

☐ Evet, ise nasıl etkiliyor seni? ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

Suriye savaşından dolayı eviniz zarar gördü mü?

☐ Evet ☐ Hayır

Suriyeli çocuklarla iletişim kuruyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet, ise hangi dilde iletişim kuruyorsunuz yazınız

Suriyeli çocukların Ülkelerine dönmelerini ister miydin?

☐ Evet ☐ Hayır

Suriyeli çocukların ülkemizde kalıp eğitimlerine devam etmelerini ister miydin?

☐ Evet ☐ Hayır

Suriyeli çocuklara eğitim konusunda destek oluyor musun?

☐ Evet ☐ Hayır

İmkân olsaydı eğer sınıfınızda Suriyeli öğrencilerin olmasını ister miydin?

☐ Evet ☐ Hayır

Sana göre Suriyeli çocukların en büyük sıkıntıları nelerdir?

Mahallenizde yaşayan Suriyeli aile var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

**Mahallenizde yaşayan Suriyeli ailelere, aileleriniz yardımcı oluyor mu?
(yemek, giyecek, iş, para vb.)**

() Hayır

() Evet, işehangi konularda yardımcı oluyor
belirtiniz_____

**Sana göre Suriyeli çocuklar aileleri ile birlikte mahalle içinde mi, çadır
kentte mi kalmaları gerekiyor?**

() Mahallede yaşamalılar () Çadır kentte yaşamalılar

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz....😊😊😊😊😊

EK- 4 GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ



GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)**AB 4-16**

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elimizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağınık. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
Kendinden küçükler iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamarsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı öğrencinin son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Öğrencinin Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakındır.	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başındır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyorsa ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağınık. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
Kendinden küçükler iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Sınıf Öğretmeni / Rehberlik Öğretmeni / Müdür Yard. / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımlarınız için teşekkür ederiz

© Faber & Faber 1997, 2005

EK- 5 TRAVMA SONRASI STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ (ÇTSS-TÖ)

Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

Aşağıda Suriye savaşından dolayı (patlama, silah sesi, yaralanma, ölüm) bir takım sorular mevcuttur. Sorularda ‘‘Olay’’ yazan kısımları okurken aklınıza Suriye savaşını getiriniz. Size göre uygun olacak şekilde soruları işaretleyiniz lütfen...

1. Bu (olay/olanlar) senin yaşındaki çocukların çoğunu üzecek ya da rahatsız edecek türden miydi?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4: Pek çok zaman

2. (Olayı) düşündüğünde korku, edişe ya da sıkıntı hissediyor musun?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4: Pek çok zaman

3. Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani (olay)la ilgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu ya da aklına sesler geliyor mu?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4: Pek çok zaman

4.(Olayla) ilgili düşünceler istemediğin halde tekrar tekrar aklına geliyor mu?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4:Pek çok zaman

5. A) Kötü rüyalar görüyor musun?

B)(Olay) la ilgili güzel ya da kötü rüyalar görüyor musun?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4:Pek çok zaman

6. Sana böyle bir olayın yine olabileceğini düşündüren şeyler var mı? Neler?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4:Pek çok zaman

7.Arkadaşlarınla oynamak, spor yapmak ya da okuldaki etkinliklere katılmak gibi (olaydan) önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi de aynı şekilde seviyor musun?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman

☐ 2: Az bir zaman

☐ 3: Çoğu zaman

☐ 4: Pek çok zaman

8. İçin için kendini daha yalnız hissettiğin (ya da kendi kendine kalmış gibi hissettiğin) oluyor mu; sana sanki başkaları senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmış gibi geliyor mu?

☐ 0: Hiçbir zaman

☐ 1: Çok az bir zaman

☐ 2: Az bir zaman

☐ 3: Çoğu zaman

☐ 4: Pek çok zaman

9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?

☐ 0: Hiçbir zaman

☐ 1: Çok az bir zaman

☐ 2: Az bir zaman

☐ 3: Çoğu zaman

☐ 4: Pek çok zaman

10. Konuşamayacak ya da ağlayamayacak kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?

☐ 0: Hiçbir zaman

☐ 1: Çok az bir zaman

☐ 2: Az bir zaman

☐ 3: Çoğu zaman

☐ 4: Pek çok zaman

11. Eskisine göre (olaydan öncesine göre) şimdi daha kolay yerinde sıçırıyor musun, ya da daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4: Pek çok zaman

12. İyi uyuyor musun?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4: Pek çok zaman

13. (Olayla ilgili) “Keşke yapsaydım” dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun ? Ya da Keşke yapmasaydım” diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için? (Örneğin birşeyin olmasını engellemediğin, birisine yardım etmediğin, ya da başkası kadar kötü bir duruma düşmediğin için?)

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4: Pek çok zaman

14. Olanlarla ilgili düşünceler ve duygular örneğin okulda ya da evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman

☐ 2: Az bir zaman

☐ 3: Çoğu zaman

☐ 4: Pek çok zaman

15. Eskisi (Olaydan önce) kadar kolaylıkla dikkatini toplayabiliyor musun?

☐ 0: Hiçbir zaman

☐ 1: Çok az bir zaman

☐ 2: Az bir zaman

☐ 3: Çoğu zaman

☐ 4: Pek çok zaman

16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?

☐ 0: Hiçbir zaman

☐ 1: Çok az bir zaman

☐ 2: Az bir zaman

☐ 3: Çoğu zaman

☐ 4: Pek çok zaman

17. Bir şey sana (olayı) anımsattığında ya da düşünmene neden olduğunda gerginlik ya da sıkıntı hissediyor musun?

☐ 0: Hiçbir zaman

☐ 1: Çok az bir zaman

☐ 2: Az bir zaman

☐ 3: Çoğu zaman

☐ 4: Pek çok zaman

18. Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri (olaydan) beri yine yapmaya başladın mı? (Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek, ya da yatağına daha sık çiş, kaka kaçırmak?)

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4: Pek çok zaman

19.(Olay) dan beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, baş ağrısı çektiğin, ya da kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu?

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4: Pek çok zaman

20.Eskiden olsa yapamayacağın davranışları şimdi yapmaktan kendini alıkoyamadığın oluyor mu? (Örneğin, daha çok kavga etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, bir yerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında ya da caddede karşıdan karşıya geçerken daha dikkatsiz davranmak?)

- ☐ 0: Hiçbir zaman
- ☐ 1: Çok az bir zaman
- ☐ 2: Az bir zaman
- ☐ 3: Çoğu zaman
- ☐ 4: Pek çok zaman

4-11 YAŞ ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUĞUN ADI SOYADI		ANNE BABANIN İŞİ , EĞİTİMİ VE YAŞI	
CİNSİYETİ ☐ ERKEK ☐ KIZ	YAŞI:	BABANIN İŞİ : EĞİTİMİ : YAŞI :	
BUGÜNÜN TARİHİ AY... GÜN... YIL...	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ AY... GÜN... YIL...	ANNENİN İŞİ : EĞİTİMİ : YAŞI :	
SİNEFİ :		FORMU DOLDURAN: ☐ ANNE ☐ BABA ☐ DİĞER : Çocukla olan ilişkisi :	
OKULA DEVAM ETMİYOR ☐			
I. ÇOCUĞUNUZUN YAPMAKTAN EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAR MISINIZ. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi.			
☐ Hiçbiri		Yaptırma konusunda bir konuda ne kadar istisnadır?	
		Bilmiyorum Normalden az Normal Normalden fazla Bilmiyorum Normalden az Normal Normalden fazla	
a.		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
b.		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
c.		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI, UĞRAŞLARI, OYUNLARI VE AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ. Örneğin: Pul, bebek, kitap, piyano, araba, parkı söyleme gibi (Radyo dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız.)			
☐ Hiçbiri		Yaptırma konusunda bir konuda ne kadar istisnadır?	
		Bilmiyorum Normalden az Normal Normalden fazla Bilmiyorum Normalden az Normal Normalden fazla	
a.		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
b.		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
c.		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
III. ÇOCUĞUNUZUN ÜYESİ OLDUĞU KURULUŞLARI, KULÜP, TAKIM YA DA GRUPLARI SIRALAYINIZ.			
☐ Hiçbiri		Yaptırma konusunda bir konuda ne kadar istisnadır?	
		Bilmiyorum Normalden az Normal Normalden fazla	
1.		☐ ☐ ☐ ☐	
2.		☐ ☐ ☐ ☐	
3.		☐ ☐ ☐ ☐	
IV. ÇOCUĞUNUZUN EVDE YA DA EV DIŞINDA YAPTIĞI İŞLERİ SIRALAYINIZ. Örneğin: Gazete alma, çocuk baktırma, yatağı düzenleme, sofra kurma, kaideme, bakla ile gübre, bir dükkanında çalıştırma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan her türlü işleri katınız.			
☐ Hiçbiri		Yaptırma konusunda bir konuda ne kadar istisnadır?	
		Bilmiyorum Normalden az Normal Normalden fazla	
1.		☐ ☐ ☐ ☐	
2.		☐ ☐ ☐ ☐	
3.		☐ ☐ ☐ ☐	

Copyright 1991 T.M. Achenbach, U. of Vermont,
Türkiye çeviri ve uyarlaması: Nage Eril ve Melde Akpak
tasarından T.M. Achenbach'ın izniyle yapılmış ve basılmıştır
(1991).
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

Reproduced by permission, 1991 hakları:

V. 1- Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç tane yakın arkadaşı vardır? (Kardeşleri katmayınız.)	Hiç yok (.....)	1 (.....)	2 yada 3 (.....)	4 ya da daha fazla (.....)
2-Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur? (Kardeşlerini katmayınız.)	1'den az (.....)	1 ya da 2 (.....)	3 ya da daha fazla (.....)	
VI. Yaştlarına oranla çocuğunuzun :		Normal	Oldukça	
	Kötü	sayılır	iyidir	Kardeşi yoktur
a.Kardeşleriyle geçimi nasıldır?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
b.Diğer çocuklarla geçimi nasıldır?	(.....)	(.....)	(.....)	
c.Anababasına karşı davranışı nasıldır?	(.....)	(.....)	(.....)	
d.kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?	(.....)	(.....)	(.....)	
VII. 1-Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? (6 yaş ve yukarısı için) Çocuğunuz okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz				
	Başarısız	Orta	İyi	Başarılı
a.Okuma yazma, Türkçe	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
b.Hayat bilgisi,Sosyal bilgiler	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
c.Aritmetik	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
d.Fen bilgisi	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
Diğer derslerde nasıldır?Örneğin:Yabancı dil,bilgisayar (Beden eğitimi,resim ve müziği katmayınız)				
e.	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
f.	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
g.	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
2-Çocuğunuz özel eğitim yapılan bir sınıfta ya da okulda mı? (.....)Hayır (.....)Evet - Ne tür bir sınıf ya da okul ?				
3-Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı? (.....)Hayır (.....)Evet - Kaçınıcı sınıfta ve nedeni				
4-Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu? (.....)Hayır (.....)Evet -açıklayınız Bu sorunlar ne zaman başladı? Sorunlar bitti mi ? (.....)Hayır (.....)Evet -Ne zaman				
5-Çocuğunuzun fiziksel ya da zihinsel herhangi bir özrü var mı ? (.....)Hayır (.....)Evet - açıklayınız				
6-Çocuğunuzun sizi en çok üzen , kaygılandıran özellikleri nelerdir?				
7-Çocuğunuzun en beğendiğiniz özelliklerini belirtiniz:				

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son altı ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0 1 2 1.Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır	0 1 2 33.Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır
0 1 2 2.Alerjisi vardır (tanımlayınız): _____	0 1 2 34.Başkalarının ona zarar vereceğini,kötülik yapacağını düşünür
0 1 2 3.Çok tartışı	1 1 2 35.Kendini değersiz hisseder
0 1 2 4.Astımı (nefes darlığı) vardır	0 1 2 36.Çok sık bir yerlerini incitir,başı kazadan kurtulmaz
0 1 2 5.Karşı cinsten biri gibi davranır	0 1 2 37.Çok kavgacı,dövüş eder
0 1 2 6.Kakasını tuvaletin dışında yapar	0 1 2 38.Onunla alay edilir (Arkadaşları onunla çok alay eder.)
0 1 2 7.Övünür,yüksekten atar,hava yapar	0 1 2 39.Başı derde olan kişilerle dolaşır
0 1 2 8.Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz	0 1 2 40.Olmayan sesler işitir (açıklayınız): _____
0 1 2 9.Bazı düğmeceleri kafasına taker ve bunları silindiren çıkaramaz (açıklayınız): _____	0 1 2 41.Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar.)
0 1 2 10.Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir	0 1 2 42.Başkalarıyla beraber olmaksızın yalnız kalmayı tercih eder.
0 1 2 11.Yetipkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz,onlara çok bağımlıdır	0 1 2 43.Yalan söyler ve hile yapar
0 1 2 12.Yalnızlıktan yakınır	0 1 2 44.Tunaklarını yer
0 1 2 13.Kafası karışıktır,şaşkın görünür	0 1 2 45.Sinirli ve gergindir
0 1 2 14.Çok ağlar	0 1 2 46.Kas seğirmeleri,tiklileri vardır
0 1 2 15.Hayvanlara eziyet eder	0 1 2 47.Gece kabusları,korkulu rüyaları vardır
0 1 2 16.Başkalarına eziyet etmekten hoşlanır,zalimce davranır	0 1 2 48.Diğer çocuklar tarafından sevilmez
0 1 2 17.Hayale dalıp gider,kendini unuttur	0 1 2 49.Kabızlık çeker
0 1 2 18.Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur	0 1 2 50.Çok korkak ve kaygılıdır
0 1 2 19.Hep dikkat çekmek ister	0 1 2 51.Baş dönmeleri vardır
0 1 2 20.Eşyalarına zarar verir	0 1 2 52.Çok suçluluk duyar
0 1 2 21.Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir	0 1 2 53.Ağır yemek yer
0 1 2 22.Evde söz dinlemez	0 1 2 54.Ağır yorgundur
0 1 2 23.Okulda söz dinlemez	0 1 2 55.Çok kiloludur
0 1 2 24.İştahsızdır,az yemek yer	56.Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:
0 1 2 25.Diğer çocuklarla geçinemez	a.Ağrılar,sızılar
0 1 2 26.Kötü davranışlarından dolayı utanmaz,suçluluk duymaz	b.Bağışları
0 1 2 27.Genellikle kıskançtır	c.Bulantı,kusma hissi
0 1 2 28.Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer(kıym,kil gibi) (açıklayınız): _____	d.Göze ilgili şikayetler(açıklayınız): _____
0 1 2 29.Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar(açıklayınız): _____	e.Doküntüler veya başka cilt sorunları
0 1 2 30.Okula gitmekten korkar	f.Mide-karın ağrısı ve kramplar
0 1 2 31.Kötü bir şey yapmaktan ya da düşünmekten korkar	g.Kusma
0 1 2 32.Mükemmel olmasının gerektiğine inanır	h.Diğer(açıklayınız): _____

0 : Doğru değil (bildiğiniz kadarıyla)

1: Bazen ya da biraz doğru

2: Çok ya da sürekli doğru

0 1 2 57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur 0 1 2 58. Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar (açıklayınız): 0 1 2 59. Herkesin ortasında cinsel organlarıyla oynar 0 1 2 60. Cinsel organlarıyla çok fazla oynar 0 1 2 61. Okul başarısı düşüktür 0 1 2 62. Dengesiz ve sakardır 0 1 2 63. Kendinen büyük çocuklarla olmayı tercih eder 0 1 2 64. Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder 0 1 2 65. Konuşmayı reddeder 0 1 2 66. Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (tanımlayınız): 0 1 2 67. Evden kaçar 0 1 2 68. Çok boğur, çığlık atar 0 1 2 69. Sarı kılıpıdır, surlarını kendine saklar 0 1 2 70. Otmayan şeyleri görür (açıklayınız): 0 1 2 71. Sakılgan ve utançtaçır 0 1 2 72. Yangın çıkartır 0 1 2 73. Cinsel sorunları vardır (açıklayınız): 0 1 2 74. Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar 0 1 2 75. Çekingen ve ürkektr 0 1 2 76. Çocukların çoğundan daha az uyur 0 1 2 77. Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (açıklayınız): 0 1 2 78. Kakasıyla oynar ya da etrafa bulatır 0 1 2 79. Konuşma güçlüğü vardır (açıklayınız): 0 1 2 80. Boş gözlerle uzun uzun bakar 0 1 2 81. Evden çalışması vardır 0 1 2 82. Evini dışardan çalışması vardır 0 1 2 83. İhtiyacı olmayan nesneleri toplar, biriktirir (tanımlayınız): 0 1 2 84. Alışılmadık , acayip davranışları vardır (açıklayınız):	0 1 2 85. Alışılmadık, acayip düşünceleri vardır (açıklayınız): 0 1 2 86. İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir 0 1 2 87. Mizacı ya da duyguları çabuk değişir 0 1 2 88. Çok sık kııner 0 1 2 89. Şüphelidir 0 1 2 90. Kâfirâlı ve açık seçik konuşur 0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder 0 1 2 92. Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız): 0 1 2 93. Çok fazla konuşur 0 1 2 94. Başkalarıyla çok dalga geçer ve alay eder 0 1 2 95. Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir 0 1 2 96. Cinsel konuları fazlaca düşünür 0 1 2 97. İnsanları tehdit eder 0 1 2 98. Pamuk emer 0 1 2 99. Temizliğe ve titizliğe ağırlı düşkündür 0 1 2 100. Uyumada güçlüğü vardır 0 1 2 101. Okuldan kaçar, dersini ıııar 0 1 2 102. Hareketsiz ve yavaşır, enerjik değildir 0 1 2 103. Mutuz, ağır ve çökkündür 0 1 2 104. Çok yüksek sesle konuşur 0 1 2 105. Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır (açıklayınız): 0 1 2 106. Etrafındaki eyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır 0 1 2 107. Gündüz altını ıııatır 0 1 2 108. Yatağıı ıııatır 0 1 2 109. Surları, sıındır 0 1 2 110. Karşı cinsten olmayı ıııer 0 1 2 111. İıe kaparsır, başkalarıyla birlikte olmak ıııemez 0 1 2 112. Evhamlıdır 0 1 2 113. Çocuklarının yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız:
---	---

TÜM MADDELERİ LÜTFEN İŞARETLEYİNİZ

SİZİ KAYGILANDIRAN MADDELERİN ALTINI ÇİZİNİZ

*Son 6 aylık dönemde yukarıda söııı edilen özellikler çocuğın yaşamının herhangi bir döneminde görüldü mü?

(.....)Hayır (.....)Evet

*Daha önceden çocuk ruh sağlığı kliniklerine başvurdu mu?

(.....)Hayır (.....)Evet

