

T.C.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**SURİYE VE IRAK'TAN GELEN SAVAŞ MAĞDURU ÇOCUK VE GENÇ
MÜLTECİLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DÜZEYİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

HÜSEYİN BİNAY

GAZİANTEP-2016

T.C.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**SURİYE VE IRAK'TAN GELEN SAVŞA MAĞDURU ÇOCUK VE GENÇ
MÜLTECİLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DÜZEYİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

HÜSEYİN BİNAY

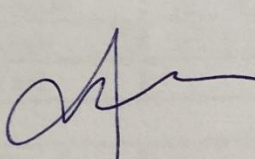
TEZ DANIŞMANI

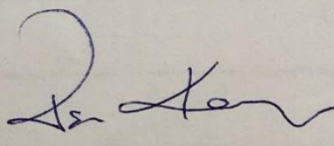
DOÇ. DR. ŞAZİYE SENEM BAŞGÜL

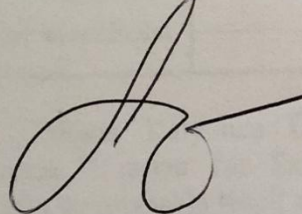
GAZİANTEP-2016

KABUL VE ONAY

Hüseyin BİNAY tarafından hazırlanan "... Suriye ve Irak'tan Gelen
Savaş Mağdurları Çocuk ve Genç Mültecilerde Trauma Sorunu
Stres Bozukluğu Açısından ..." başlıklı bu çalışma
... 18.08.2016 ... tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz
tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

 Prof. Dr. Muzahit Uğur
(Başkan)

 Prof. Dr. İzzet Korkmaz
(Üye)

 Doç. Dr. Seren Başoğlu
(Üye)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. / /

Doç. Dr. Mazlum ÇELİK
Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ Suriye ve Irak’tan gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğunu belirtir ve onurumla doğrularım. 18/08/2016

Hüseyin BİNAY

ÖNSÖZ

Günümüz dünyasında ve özellikle son yıllarda mültecilik çok ciddi derecede artan bir problem halini almış ve mültecilerin topraklarını terk etme nedenleri arasında savaşlar birinci sırada yerini almıştır. Son yıllara baktığımızda Suriye ve Irak'tan çıkan savaşlardan dolayı çok büyük bir göç dalgasıyla insanlar evlerini terk etmek zorunda kalmış ve mülteci konumuna düşmüşlerdir. Ülkemiz Türkiye başta olmak üzere Ortadoğu ülkelerine ve Avrupa'ya büyük bir mülteci akını başlamış ve beraberinde birçok psikososyal problemleri beraberinde getirmiştir. Travma Sonrası Stres bozukluğu, savaş ortamında kalan ve sonucunda ülkelerini terk etmek zorunda kalan mültecilerle yapılan çalışmalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu gösterilmiştir. Ülkemiz savaş koşullarından dolayı topraklarını terk etmek zorunda kalan mültecilerin beraberinde getirdiği birçok probleminden etkilemiştir. Bu çalışma ile savaş koşullarından dolayı topraklarını terk etmek zorunda kalan mültecilerin savaş sonrası travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri çeşitli değişkenlerle anlatılmaya çalışılmıştır.

Tez çalışma sürecim boyunca engin bilgisini esirgemeyen, her aşamada bana cesaret aşılayan değerli tez danışmanı hocam Sayın Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL'e çok teşekkür eder, çalışmamızın alanımıza yararlı olmasını dilerim.

Bu çalışmayı sonuçlandırmamda görüşleri ile katkıda bulunan değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Murat ŞAHİN'e ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Enes IŞIKGÖZ'e çok teşekkür ederim.

Yaptığım araştırmamda Hayata Destek Derneği(SupporttoLife)'ne ve çalışanları Ömer COŞKUN, Ahmet YILDIZ, Pervin EVİZ, Fatma ABLAY, Delal ÖZDEMİR, Memet SONAR ve Ekrem EKSİN'e Diyarbakır kampındaki yardım ve konsültasyonları için çok teşekkür ederim. Ayrıca Batman'daki kampta bana destek olan meslektaşlarım Coşkun ALGAN ve İdris ÇAKICI'ya ve çalışmanın planlanması aşamasında verdiği desteklerden ötürü Sayın Prof. Dr. Işık KARAKAYA'ya çok teşekkür ederim. Çeviri noktasında yardımlarını esirgemeyen kuzenim Eyüp DİLBER'e teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca maddi-manevi desteklerini eksik etmeyen ve bu çalışmamı yapmakta oldukça destek olan aileme emekleri için minnettarım.

Gaziantep, 2016

Hüseyin BİNAY

ÖZET

Bu çalışmada Türkiye'ye sığınan Diyarbakır il sınırları içerisinde yer alan çadır kentte bulunan Iraklı mültecilerde ve Batman ili Beşiri ilçesi sınırları içerisinde yer alan çadır kentte bulunan Iraklı mülteciler ile Batman merkezde kalıp kampta kalmayan Suriyeli mültecilerde TSSB düzeyini saptamayı gidişatını değerlendirmeyi, çeşitli sosyodemografik değişkenler ve bazı olaylara ilişkin bilgi değişkenleri ile ilişkisini, savaş sonrasında meydana gelen ruhsal mağduriyetin düzeyini tespit etmek, savaşın yarattığı etkileri anlayabilmek ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabilmek gibi olgular araştırılmıştır.

Araştırmanın çalışma grubu Diyarbakır il sınırları içerisindeki mülteci kampı ve Batman il sınırları içerisinde kalan 202 mülteciye oluşmuştur. Çalışmada mültecilerin TSSB olup olmadığını varsa da şiddetinin ne düzeyde olduğunu 36 maddelik bir ölçek kullanılmıştır. Ölçek kişilerin yeniden yaşama belirtilerinin belirlendiği birinci bölüm, kaçınma ve küntleşme belirtilerinin belirlendiği ikinci bölüm, Artmış uyarılmışlık belirtilerinin belirlendiği üçüncü bölüm, bozukluğun süresibelirlendiği dördüncü bölüm, Önemli derecede sıkıntı veya işlevsellikte bozulmanın belirlendiği beşinci bölüm, TSSB tanısının belirlendiği altıncı bölüm ve İlişkili özelliklerin belirlendiği altıncı bölümden oluşmuştur.

123 Erkek ve 79 kadından oluşan araştırmamızın bulgularını özetlemek gerekir ise; çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son 1 ay) TSSB sıklığı %57,9, Hayat Boyu TSSB sıklığı ise % 58,9 olarak tespit edilmiştir. Mültecilerde yaş ilerledikçe, ailede ve arkadaşlarda kayıp oldukça, cinsel istismara maruz kaldıkça, patlamaya tanıklık ettikçe, şiddet gördükçe TSSB tanısı alma ihtimalinin arttığı görülmüştür.

Çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son 1 ay)TSSB ŞimdikiŞiddet Puanı ortalaması 78,07, TSSB Hayat Boyu Şiddet Puanı ortalaması 81,28 olarak tespit edildi. CAPS Ölçeği şiddet puanlarının skalasının 0-136 puan arasında olduğunu göz önüne alırsak eğer, hem TSSB ŞimdikiŞiddet Puanı ortalamasının hem de TSSB Hayat Boyu Şiddet Puanı ortalamasının yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Katılımcıların savaş kaybı, ölüme tanıklık, rehine kalma durumu, şiddete Maruzluk, yaralanma ve kaza geçirme, patlamaya tanıklık ile cinsel istismara uğrama değişkenleri ile hem TSSB Tanısı Şimdiki puanları arasında hem de TSSB hayat boyu puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<.05$). Katılımcıların maruz

kaldıkları bu durumlarla TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde, birinci sırada “cinsel istismara maruz kalmak ya da tanık olmak” değişkeninin TSSB riskini artırdığı ve sonra sırasıyla ikinci sırada “savaşta aile bireylerinizden kayıp ya da kayıplar olma” değişkeni, üçüncü sırada “aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşınızın ölümüne tanıklık etme” değişkeni, dördüncü sırada “savaş esnasında işkenceye, şiddete maruz kaldınız ya da tanık olma” değişkeni, beşinci sırada “ciddi anlamda yaralanma ya da kaza yaşadınız veya tanık olma” değişkeni ve “görsel ya da işitsel herhangi bir patlamaya tanıklık etme” değişkeninin son sırada TSSB riskini arttırdığı tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: TSSB, savaş, mülteci, travma, çocuk, genç

ABSTRACT

This study aimed to identify the PTSD level and its progress in the Iraqi and Syrian refugees who took refuge in Turkey and lived in three different areas. Iraqi refugees lived in a camp located in the city of Diyarbakır and a camp located in a district of Batman called Beşiri. Syrian refugees did not live in a camp but lived in the city center of Batman. The study also aimed to investigate the relationship between TSSB and various socio-demographic variables and information variables regarding certain events; to identify the level of post-war psychological suffer, the effects caused by the war and necessary precautions that must be taken.

A total of 202 refugees from the three areas participated in the study: Iraqi refugees from Diyarbakır camp and Batman camp; and Syrian refugees from the city center of Batman. A 36-item scale was employed to find out if the refugees had PTSD and the level of violence if they had it. The scale consisted of 7 sections. The first section identifies the signs of the individuals' reliving, the second section identifies the signs of avoidance and blunting, the third section identifies the signs of hyper-arousal, the fourth section identifies the duration of the disorder, the fifth section identifies serious problems and functional disorder, the sixth section identifies the PTSD diagnose and the seventh section identifies the related characteristics.

The findings of the research obtained from 123 male and 79 female participants indicated that the current PTSD frequency of Iraqi and Syrian refugees was %57,9 over the last month and life-long PTSD frequency was %58,9. It was found out the possibility of the PTSD diagnosis in the refugees increased as they grew up, lost a member of their family and a friend, were sexually abused, witnessed explosions and were subjected to violence.

It was found out that the average of the current violence PTSD points of Iraqi and Syrian refugees who took part in the study was 78,07 over the last month and the average of the life-long violence PTSD points was 81,28. Considering the violence points of the CAPS scale between 0 and 136, it can be said that both the average of the current violence PTSD points and the average of the life-long violence PTSD points the average of the life-long violence TSSB points was high.

A significant correlation at medium level towards a positive way ($p < .05$) was found between the current points of PTSD diagnose and the life-long PTSD points, and variables

such as participants' witnessing war casualties, explosions and death, being taken as a hostage, being exposed to violence and sexual abuse, being injured or having an accident.

When the level and direction of the relationship between the situations that the participants experienced and the current and life-long PTSD diagnoses, the variable of "witnessing or being subjected to sexual abuse" came first in increasing the risk of having PTSD, the variable of "losing a member or members of family" was ranked as the second, the variable of "witnessing the death of a family member or a close friend came the third, the variable of "witnessing or being subjected to torture or violence during the war" was in the fourth place, the variable of "having an accident or being seriously injured came the fifth and the variable of "witnessing visually or aurally an explosion" was ranked as the final.

Key words: PTSD, war, refugee, trauma, child, young

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
TEZ ETİK VE BİLDİRİMSAYFASI	I
ÖNSÖZ	II
ÖZET	III
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu	1
1.1.1. Problem Cümlesi	3
1.1.2. Alt Problemler	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	5

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı	6
2.2. Travma Sonrası Yaygın Psikiyatrik Bozukluklar	8
2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tarihçesi	10
2.4. Epidemiyoloji	12
2.5. Etiyoloji	16
2.5.1. TSSB'nin Risk Etmenleri	17
2.5.2. Biyolojik Faktörler	19
2.5.3. Nörendokrin Etmenler	20
2.5.4. Nöro-Görüntüleme Çalışmaları	21
2.5.5. Nörokimyasal Etmenler	22
2.5.6. Nörotransmitter Sistemleri	22

2.5.7. Nöranatomik Etmenler	24
2.5.8. Travma ve Nöranatomik-Nörofizyolojik İlişki	25
2.5.9. Genetik Etmenler	25
2.5.10. Psikolojik Etmenler	26
2.6. Kliniksel Açıdan TSSB	29
2.6.1. Karmaşa Evresi	29
2.6.2. Rahatlama ve Şaşkınlık Evresi	29
2.6.3. Kaçınma Evresi	29
2.6.4. Yeniden Değerlendirme Evresi	29
2.6.5. Uyum Evresi	30
2.6.6. Travmatik Olayın Tekrar Tekrar yaşanmasıyla ilgili Belirtiler	30
2.6.7. Kaçınma Belirtileri	30
2.6.8. Artmış Uyarılmışlık Belirtileri	31
2.7. Belirti ve Bulgular	32
2.7.1. Genel Görünüm ve Davranış	32
2.7.2. Konuşma ve İlişki Kurma	32
2.7.3. Duygulanım	32
2.7.4. Bilişsel Yetiler	32
2.7.5. Düşünce Süreci ve İçeriği	33
2.7.6. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler	33
2.8. Demografik Etmenler	33
2.8.1. Cinsiyet	33
2.8.2. Yaş	34
2.8.3. Medeni Durum	34
2.8.4. Etnik Köken-İrk	35
2.8.5. Travmatik Yaşantı Geçirmiş Olup-Olmamak	36
2.9. TSSB'nin Özellikleri	37
2.9.1. Travmanın Şiddeti	37
2.9.2. Travma Esnasında Duyulan Öznel Sıkıntı	38
2.10. Baş Edebilme Stratejileri	38
2.11. Tanı	40
2.12. Ayırıcı Tanı	46
2.13. Komorbidite	47

2.14. Prognoz	48
2.15. Sağaltım	49
2.15.1. TSSB'nin İlaçla Sağaltımı	49
2.15.2. TSSB'de Psikoterapi	49
2.15.3. EMDR	50
2.15.4 TSSB'de Grup Terapisi	50
2.16. TSSB ve Savaş	50
2.17. Mülteciler ve Mültecilerin Psikolojisi	51
2.18. Irak ve Suriye'de Savaş ve Göç	54

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 57

YÖNTEM 57

3.1. Araştırma Modeli	57
3.2. Evren ve Örneklem	57
3.3. Veri Toplama Araçları	58
3.3.1. Çalışmada Kullanılacak Ölçek ve Formlar	58
3.3.1.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	58
3.3.1.2 Olaylara İlişkin Bilgi Formu	59
3.3.1.3 CAPS ölçeği	59
3.3.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	61
3.4. Verilerin Analizi ve Yorumlanması	62

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

4.1. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile Sorulara Verdikleri Cevapların Frekans ve Yüzde Dağılımlarına Yönelik Bulgular ve Yorum	63
4.2. TSSB Tanısı ile Şiddet Puanlarının Betimsel Açından İstatistikî Sonuçlar ve Yorum	65
4.3. TSSB Tanısı Puanlarının Yaş Değişkenine Yönelik Bulgular ve Yorum	66
4.4.TSSB Tanısı Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Yönelik Bulgular ve Yorum	67
4.5. TSSB Tanısı Puanlarının Kamp Değişkenine Yönelik Bulgular ve Yorum	68
4.6. TSSB Tanısı ile Savaş Kaybı, Ölüm Tanıklık, Rehine Durumu, Şiddete Maruzluk, Yaralanma-Kaza, Patlamaya Tanıklık ve Cinsel İstismar Değişkenleri Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizine Yönelik Bulgular ve Yorum	69

BEŞİNCİ BÖLÜM	71
SONUÇ VE ÖNERİLER	71
5.1. Sonuçlar	71
5.1.1 Amaç-Neden-Sonuç İlişkisi	71
5.1.2. Ana Bulgular	72
5.1.3. Savaş ve İç Çatışma Öncesi Değişkenler	76
5.1.4. Savaş Sonrası Değişkenler	76
5.1.5. Mülteci Kamplarındaki Değişkenler	77
5.1.6. Epidemiyolojik Araştırmalarla/Literatürle Karşılaştırma	79
5.2. Öneriler	82
KAYNAKÇA	86
EKLER	113
Ek 1. Sosyodemografik Form	113
Ek 2. Olaya İlişkin Bilgiler Soru Formu	115
Ek 3. CAPS Ölçeği	116

TABLÖLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1: TSSB'nin Risk Etmenleri	18
Tablo 2: Ocak 2016 itibariyle UNHCR Türkiye istatistikleri	53
Tablo 3: 31.01.2016 İtibariyle Kayıtlı Mülteci Yaş, Cinsiyet ve Geldikleri Ülkelere Göre Dağılımı	53
Tablo 4: 31.01.2016 İtibariyle Kayıtlı Sığınmacıların Yaş, Cinsiyet ve Geldikleri Ülkelere Göre Dağılımı	54
Tablo 5: Katılımcıların CAPS Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Dağılımının Normalliğini Denetlemek Amacı İle Yapılan Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi Sonuçları	62
Tablo 6: Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile Sorulara Verdikleri Cevapların Frekans ve Yüzde Dağılımları	63
Tablo 7: Katılımcıların TSSB Tanısı ile Şiddet Puanlarının Betimsel İstatistik Sonuçları	65
Tablo 8: TSSB Tanısı Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları	66
Tablo 9: TSSB Tanısı Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları	67
Tablo 10: TSSB Tanısı Puanlarının Kamp Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları	68
Tablo 11: TSSB Tanısı ile Savaş Kaybı, Ölüm Tanıklık, Rehine Durumu, Şiddete Maruzluk, Yaralanma-Kaza, Patlamaya Tanıklık ve Cinsel İstismar Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları	69

KISALTMALAR LİSTESİ

KISALTMALAR

ASB	: Akut Stres Bozukluğu
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BMMYK	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
CRH	: Kortikotropin Salgılayıcı Hormon
CAPS	: Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale
DA	: Dopamin
DSM III	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition III
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition IV
DSM V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition V
EMDR	: Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
HPA	: Hipotalamus- Hipofiz-Adrenal Aksı
HPT	: Hipotalamus- Hipofiz- Tiroid Aksı
İFRC	: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
İŞİD	: Irak Şam İslam Devleti
İN VİVO	: Gerçek Yaşamda
Mg	: Miligram
NE	: Norepinefrin
NVVRs	: The National Vietnam Veterans Readjustment Study
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
PTSD	: Post-Traumatic Stress Disorder

SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TSA	: Trisiklik Antidepresanlar
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
UNHCR	: United Nations High Commissioner for Refugees



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), fiziksel ve ruhsal bütünlüğü tehdit eden ağır travmatik bir olay yaşayan veya buna benzer bir travmatik yaşantıya tanıklık eden kişilerde görülebilir ve bu kişilerin tepkileri arasında dehşete düşme, aşırı korku ve ya çaresizlik vardır. Travmatik olaylar; savaş, bombalama, saldırı, işkence, tecavüz, yangın, doğal afetler (sel, heyelan, deprem, tsunami, kasırga vb.), çeşitli kazalar (trafik kazaları, iş kazaları) şeklinde gerçekleşebilmektedir. TSSB’de travmatik olayı yeniden yaşam, aşırı uyarılmışlık belirtileri ile kaçınma ve küntlük belirtileri ana belirti kümesini oluşturmaktadır (Özgen, 1999). Travma sonrası stres bozukluğu felaketler sonrasında yaşanan en yaygın ve en güçlü psikopatolojik gelişme olmaktadır (Galea ve ark., 2005). TSSB travmatik olaylar ve felaketlerden sonra en sık çalışılan ve yüksek ihtimal en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (Gerritsen ve ark., 2006).

Terör saldırıları sonrası Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile ilgili çalışmalara çoğunlukla risk faktörüne odaklanmaktadır. Bir çok çalışmaya göre kadın olmak, yaşça daha genç olmak, daha önce psikiyatrik tedavi öyküsüne ve geçmişte travma öyküsüne sahip olmak risk faktörleri arasındadır (Boscarino ve ark., 2003, Frank ve ark., 2004, Verger ve ark. 2004, Solomon ve ark., 2005, Gabriel ve ark., 2007, Bonanno ve ark., 2007, Eşsizoglu ve ark., 2009).

Mülteci vatandaşı olduğu ülkeden başka bir ülkede bulunan ve ırkı, dini ve tabiiyeti nedeniyle veya belirli bir sosyal grubun ya da siyasi görüşün bir parçası olduğu için kötü muamele göreceği hakkında ciddi korkuları olan bu nedenle de kendi ülkesine dönmeyen ya da dönmek istemeyen kimseleri karşılayan bir kavramdır (Korkut, 2010). Savaş, sivil çatışmalar, etnik çatışmalar, baskıcı ve otoriter rejimler, çevresel sorunlar ve doğal afetler mülteciliğin oluşmasına neden olan temel sebeplerdir (Türkoğlu, 2011). Mültecilik kavramı yeni ortaya çıkan bir kavram değildir. Roma imparatorluğu dönemi savaştan kaçarak mülteci konumuna düşen ve başka ülkelerde koruma altına alınan örneklerle doludur (Triebe, 2002). Mülteci sorunu I. Dünya Savaşı ile gündeme gelmiş, II. Dünya Savaşı ile var olan sorun giderek daha da büyümüş ve Soğuk Savaş yılları sırasında en tepe noktaya ulaşmıştır (Odman, 1995). 21. Yüzyılın ilk çeyreğinde ve özellikle son yıllarda mültecilik dünyanın en önemli

problemlerinden biri haline gelmiştir. Günümüz dünyasında da mültecilik dünya genelinde artan bir problem haline gelmiş ve mültecilerin topraklarını terk etme nedenleri arasında savaşlar birinci sırada yer almaktadır (UNHCR, 2016). Savaşlar nedeni ile evlerini terk etmek zorunda kalan mülteciler çok sayıda travma yaşamış olarak kabul edilirler (Ai ve ark., 2002). Savaş yaşayan mültecilerle yapılan çalışmalar sonucunda varılan sonuçlara baktığımızda en sık rastlanan psikiyatrik bozuklukların TSSB ve depresyon olduğu gösterilmiştir (Basoglu ve ark., 2005).

Mültecilerin ruh sağlığını araştıran epidemiyolojik araştırmaların çoğu TSSB tanısı üzerine odaklanmıştır (Nickerson ve ark., 2011). Dünya genelinde yapılan araştırmalarda TSSB görülme sıklığı %3-80 geniş aralıklarda bildirilmiştir (Hauff ve Vaglum, 1994). Kosovalı mültecilerde yapılan iki çalışmadan birinde %65 (Turner ve ark., 2003), diğesinde %60,5 (Ai ve ark., 2002), Bosnalı mülteciler ile yapılan çalışmada TSSB oranı %26,3 (Mollica ve ark., 1999), savaş ortamında bulunmuş Bosnalı kadınlarla yapılan diğ bir çalışmada %71 (Dahl ve ark., 1998) olarak tespit edilmiştir. İsveç'te buluna Iraklı Kürt mülteciler ile yapılan çalışmalarda TSSB oranı% 37 olarak tespit edilmiştir (Sondergaard ve ark., 2001).

Suriye iç savaşının başladığı kabul edilen tarih olan 15 Mart 2011'den bu yana on binlerce sivil şiddet ve yaşam problemleri nedenlerinden dolayı komşu ülkelere sığınmaya devam etmektedir. Türkiye, Ermenistan, Ürdün, Lübnan, Irak ve Kürdistan Bölgesel Yönetimi sığınılan ülkelerin başında gelmektedir (UNHCR,2016). Türkiye, özellikle Suriyeli mülteciler için önemli bir konumda yer almaktadır.

Türkiye'nin mülteci politikasındaki sınırlayıcılığının nedeni büyük tarihsel göçlere ev sahipliği yapmış olmasıdır. Osmanlı İmparatorluğu'nun yıkılmasıyla milyonlarca insan Anadolu'ya göç etmişti. Balkanlar'daki Türk göçleri, Kuzey Irak'taki olayların ardından yarım milyon Iraklı sığınmacı ve İran'dan 79 Devriminin ardından gelen yüz binlerce mülteci belli başlı örnekleri oluşturur (Korkut, 2010).

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK, United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR)'ne göre 2013 yılında Türkiye'deki mülteci sayısının 500.000'den fazla olması beklenmektedir (UNHCR, 2016). Ülkemiz Türkiye başta olmak üzere Ortadoğu ülkelerine ve Avrupa'ya büyük bir mülteci akını başlamış ve beraberinde birçok psikososyal problemleri beraberinde getirmiştir. Bu çalışmada Türkiye'ye sığınan Diyarbakır il sınırları içerisinde yer alan çadır kentte bulunan Iraklı mültecilerde ve Batman il

sınırları içerisinde yer alan çadır kentte buluna Iraklı ve kent merkezinde olup kampta kalmayan Suriyeli mültecilerde TSSB düzeyini saptamayı gidişatını değerlendirmeyi, çeşitli sosyodemografik değişkenler ve bazı olaylara ilişkin bilgi değişkenleri ile ilişkisini, savaş sonrasında meydana gelen ruhsal mağduriyetin düzeyini tespit etmek, savaşın yarattığı etkileri anlayabilmek ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabilmek gibi olguları araştırmayı amaçladık.

Günümüz dünyasında ve özellikle son yıllarda mültecilik çok ciddi derecede artan bir problem halini almış ve mültecilerin topraklarını terk etme nedenleri arasında savaşlar birinci sırada yerini almıştır. Son yıllara baktığımızda Suriye ve Irak'tan çıkan savaşlardan dolayı çok büyük bir göç dalgasıyla insanlar evlerini terk etmek zorunda kalmış ve mülteci konumuna düşmüşlerdir. Ülkemiz Türkiye başta olmak üzere Ortadoğu ülkelerine ve Avrupa'ya büyük bir mülteci akını başlamış ve beraberinde birçok psikososyal problemleri beraberinde getirmiştir. Travma Sonrası Stres bozukluğu, savaş ortamında kalan ve sonucunda ülkelerini terk etmek zorunda kalan mültecilerle yapılan çalışmalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu gösterilmiştir. Ülkemize sığına mültecilerin yaşadıkları travmanın düzeyini çeşitli değişkenlerle belirlemek bizi bu çalışmaya itmiştir.

1.1.1. Problem Cümlesi

Suriye ve Irak'tan gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi nedir?

1.1.2. Alt Problemler

1. Araştırmaya alınan katılımcılarda saptanan şimdiki (son 1 ay) ortalama TSSB tanısı düzeyi kaçtır?
2. Araştırmaya alınan katılımcılarda saptanan hayat boyu ortalama TSSB tanısı düzeyi kaçtır?
3. Araştırmaya alınan katılımcılarda saptanan şimdiki(son 1 ay) ortalama TSSB şiddet puanı düzeyi kaçtır?
4. Araştırmaya alınan katılımcılarda saptanan hayat boyu ortalama TSSB şiddet puanı düzeyi kaçtır?
5. Araştırmaya alınan katılımcılarda TSSB tanısında yaş açısından anlamlı bir fark var mıdır?

6. Araştırmaya alınan katılımcılarda TSSB tanısında cinsiyet açısından anlamlı bir fark var mıdır?
7. Diyarbakır kampında kalan mülteciler ile Batman kampında kalan mülteciler arasında TSSB düzeyi açısından anlamlı bir fark var mıdır?
8. Savaşta aile bireylerinden birinin kaybı TSSB riskini arttırıyor mu?
9. Savaş esnasında aile üyelerinden birinin ya da yakın arkadaşının ölümüne tanık olmak TSSB riskini arttırıyor mu?
10. Aile üyelerinden birinin ya da yakın arkadaşının rehin alınması TSSB riskini arttırıyor mu?
11. Savaş esnasında işkenceye, şiddete maruz kalmak ya da tanık olmak TSSB riskini arttırıyor mu?
12. Ciddi anlamda kaza ya da yaralanma yaşamak ve ya tanık olmak TSSB riskini arttırıyor mu?
13. Görsel ya da işitsel herhangi bir patlamaya tanıklık etmek TSSB riskini arttırıyor mu?
14. Savaş esnasında cinsel istismara maruz kalmak ya da tanık olmak TSSB riskini arttırıyor mu?

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, Türkiye'ye sığınan Diyarbakır il sınırları içerisinde yer alan Fidanlık çadır kentte bulunan Iraklı mültecilerde ve Batman il sınırları içerisinde yer alan Uğurca çadır kentte buluna Iraklı ve Suriyeli mültecilerde TSSB düzeyini saptamayı gidişatını değerlendirmeyi, çeşitli sosyodemografik değişkenler ve bazı olaylara ilişkin bilgi değişkenleri ile ilişkisini, savaş sonrasında meydana gelen ruhsal mağduriyetin düzeyini tespit etmek, savaşın yarattığı etkileri anlayabilmek ve kişilerdeki TSSB düzeyini belirlemeyi amaçladık.

1.3. Araştırmanın Önemi

Ülkemiz Türkiye başta olmak üzere Ortadoğu ülkelerine ve Avrupa'ya son yıllarda yaşanan savaşlardan dolayı büyük bir mülteci akını başlamış ve beraberinde birçok psikososyal problemleri beraberinde getirmiştir. Savaşın insanlar üzerinde ne denli büyük bir

yıkıma neden olduğunu bilimsel olarak tespit ederek bunu gözler önüne serip, yapılacak müdahale çalışmalarına bilimsel veri sağlamak açısından oldukça önem arz etmektedir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada kullanılacak olan ölçeklerin hastalar tarafından samimi ve doğru bir şekilde cevaplandıracakları varsayılacaktır.

Örnekleme evreni temsil edici nitelikte olduğu varsayılacaktır.

Veri toplama araçlarının ölçülmek istenen konuyu doğru ölçebilecek nitelikte olduğu varsayılmaktadır.

Görüşmeler Klinik görüşmeler şeklinde gerçekleştiği için kişilerin söylemleri olduğu gibi kabul edilmiştir.

Katılımcıların konuştukları dil Kürtçe olup klinisyenin soru sorarken nitel yorumlaması referans alınmıştır.

Batman il sınırları içinde araştırmaya dâhil olan katılımcılar (kampta olanlar ve olmayanlar) Batman örnekleminde olduğu varsayıp değerlendirilmişlerdir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Suriye ve Irak'tan gelip Diyarbakır ve Batman mülteci kamplarına yerleşen kişilerle yapılan görüşmelerle sınırlıdır.

Bu araştırma Suriye ve Irak'tan Diyarbakır ve Batman mülteci kamplarına yerleşen mültecilerden toplam 202 çocuk ve genç yaş grubundaki kişilerle sınırlıdır.

Gerçekleştirilen Klinik görüşmeler çokta sağlıklı olmayan bir ortamda çadırlarda gerçekleştirilmiştir.

Araştırma 2016 Ocak-Şubat aylarında gerçekleştirilmekle sınırlandırılmıştır.

Araştırma CAPS-Klinisyen Tarafından Doldurulan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale) ölçeğinin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı

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

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), DSM-5'te Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu olarakta geçmektedir. DSM-V'te tanı ölçütleri, erişkinler, gençler ve altı yaşından büyük çocuklara uygulanır. Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklar için ona karşı gelen tanı ölçütlerine ayrıca bakılmaktadır (Köroğlu., 2014).

TSSB Tanı kısmında ayrıntılı açıklanmıştır.TSSB tanısı için belirtilerin en az bir ay sürmesi ve bu bozukluğun klinik açıdan önemli sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ve diğer alanlardaki işlevselliğin bozulmasına neden olması gerekir. TSSB'de belirtilerin süresi 1-3 ay arasında ise “akut” , 3 aydan daha uzun ise “kronik” olarak nitelenir. Klinik açıdan önemli bir özellikte travmatik yaşantıdan 6 aydan uzun bir süre sonra ortaya çıkan tiplerdir. Bunlara “gecikmeli başlangıçlı” adı verilmektedir (akt. Bilgic, 2011).

Ruhsal travma kavramı bireyin ruhsal bütünlüğünü değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan olaylar için kullanılmaktadır. Psikanalitik tanımlamada travma; benliğin (egonun) üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta içten ya da dışta gelen uyaranlar kümesi ile karşı karşıya kalmasıdır (Öztürk, 2008). ICD 10'a (WHO 1990) göre ise olağanüstü ya da hayatı tehdit edici bir olaya maruz kalınması nedeniyle yoğun sıkıntı hissedilmesi şeklinde tanımlanmıştır(akt. Koryürek, 2011).

Psikolojik Travma; kişinin güçsüzlüğü ile karşı karşıya kalma durumudur. Travmatik olay denetleme, ilişki kurma ve anlamlandırma duyumlarını veren olağan baş etme sistemlerini felce uğratar. Travmayı olağan dışı kılan, diğer yaşantı olaylarında uyumu sağlayan baş etme yolları işe yaramaz kılacak kadar şiddetli oluşudur. Travmatik yaşantıyı

olağan olumsuz yaşantılardan ayıran, kişinin yaşamına ya da beden bütünlüğüne yönelik bir tehdit, şiddet ya da ölüm tehlikeleriyle karşı karşıya kalmasıdır (Türksoy, 2001).

Travma üç ana başlık altında sınıflanabilir (DSM-5 TR, 2014):

1. İnsan eliyle bilerek oluşturulan doğrudan ya da dolaylı örseleyici olay(lar) yaşama (savaşı, işkence, terör eylemleri, tecavüz, cezaevi ve gözaltı uygulamaları vb),
2. İnsan eliyle istemsiz, kaza sonucu oluşan (trafik kazaları, iş kazaları, gemi, uçak, tren kazaları, yangınlar vs.),
3. Doğal afetler ve felaketler (deprem, sel, heyelan, tsunami, çığ, orman yangınları vs)

İnsan eliyle bilerek oluşturula travmalara maruz kalma biçimlerini de şu şekilde sıralayabilmek mümkündür (Şahin, 1995):

1. Siyasi nedenlerle işkence ya da kötü muamele görenler (gözaltına alınanlar, mahkûmlar, bazı siyasi gruplar ve örgütlerin üyeleri vs.).
2. Siyasi olmayan nedenlerle işkence ya da kötü muamele görenler (sokak çocukları, adli tutuklular, çocuk ıslah evindeki çocuklar, sivil halk vs.).
3. Savaş travmasına maruz kalanlar (savaş tutsakları, toplama kamplarında kalanlar savaş nedeniyle göç eden mülteciler, savaş ve savaş hali uygulamalarına maruz kalan sivil halk, devlet görevlileri ve askerler vs.),
4. Aile içi şiddete maruz kalanlar,
5. Cinsel saldırı, taciz ve tecavüze uğrayanlar.

Travmanın tanımlanmasında yalnızca özgül bir tanımının dışında, travmanın zaman içinde süregelen bir nitelik kazanıp kazanmaması, bir başka deyişle tek veya birden çok travma içermesi, sonradan gelişecek bozukluklar için belirleyici bir diğer faktördür. Tek travma içermesi, sonrasında gelişecek bozukluklar için belirleyici bir diğer faktördür. Tek travma tanımı beklenmedik, kısa süreli, bir kez ortaya çıkan türdeki durumlar olan motorlu taşıt kazaları, doğal afetler gibi durumları tanımlarken, çok olaylı travma kronik durumlar olan çocukluk çağı istismarı veya süregelen savaşlar gibi durumları tanımlar (Handwerger, 2009).

2.2 Travma Sonrası Yaygın Psikiyatrik Bozukluklar

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

Travmaya bağlı olarak kişiler bireysel, toplumsal ve biyolojik etkenler, travmanın tipi, şiddeti, yaşanma biçimi ve diğer birçok etkene bağlı olarak çok çeşitli tepkiler vermekte ve bunların sonucunda da bir kısım doğrudan maruz kalınan travmatik deneyim ile ilişkilendirilen bir kısmı ise travma ile dolaylı olarak ilişkilendirilen pek çok ruhsal bozukluk gelişmektedir. Bunlar:

1. Travma ile spesifik ve doğrudan bağlantısı kurulan bozukluk ve durumlar

- Akut Stres Tepkisi (ICD-10’a göre tanımlanmıştır)
- Akut Stres Bozukluğu
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Uyum Bozukluğu

2. Travma öyküsünün olmadığı ya da gösterilmediği koşullarda ortaya çıkabilen bozukluklar

- Dissosiyatif Bozukluk
- Anksiyete Bozuklukları

- Depresif Bozukluklar
- Yeme Bozuklukları
- Borderline Kişilik Bozukluğu

3. Komorbid Durumlar

- Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları
- Depresyon
- Anksiyete Bozuklukları olarak ele alınması önerilmektedir (Çervatoğlu, 2001).

Travma sonrasında hem toplum taramalarında hem tedavi için kliniğe başvuranlarda hem de Vietnam Savaşı'na katılan Amerikalı askerlerde TSSB dışında majör depresyon, TSSB dışı anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı gibi ruhsal bozuklukların da yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir(Breslau ve ark., 1991; Kessler ve ark., 1995).

Savaş travmasına maruz kalan ve bu nedenle evlerinden ayrılmak zorunda kalan Sri Lankalılarla (n=1409) yapılan bir çalışmada depresyon yaygınlığı %22,2, Anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ise %32.6 bulunmuştur (Husain ve ark, 2011). 20 yıl süren sivil savaş sonrası Sudanlılarla (n=12429) yapılan çalışmada depresyon yaygınlığı %50 bulunmuştur. (Roberts ve ark, 2009). Şalcıoğlu ve ark., (2003) 17 Ağustos depreminden 20 ay sonra depremzedelerle %18 oranında depresyon olduğunu saptamışlardır. Depresyon 4 yıl sonra benzer bir örnekleme yapılan çalışmada ise depresyon yaygınlığı %11,4 bulunmuştur (Kılıç ve ark., 2006). Irak ve Afganistan'da savaşa katılan askerlerle yapılan iki çalışmada alkol kötüye kullanımı oranı sırasıyla %16 ve %20 bulunmuştur (Sundin ve ark., 2011, Iversen ve ark., 2009).

Travmatik yaşantılardan sonra anksiyolitik bozukluklar, depresyon ve alkol-madde kullanımı yaygınlığı artmış olsa da bu artışlar TSSB ile komorbiditeye bağlı olabilir. Travmatik olaylara maruz kalmanın, TSSB dışında başka ruhsal bozuklukların riskini artırıp arttırmadığını test etmek için, travmaya maruz kaldığı halde TSSB gelişmeyen kişilerdeki oranların incelenmesi gerekiyor. Bu konu ile ilgili çalışmaların sonuçları, travmaya maruz kalma sonrası TSSB gelişen kişilerde depresyon riskinin belirgin şekilde arttığını göstermiştir. Ancak depresyon için risk artışı travmaya maruz kalma sonrası TSSB gelişmeyen grupta daha az araştırılmıştır (Breslau ve ark., 1997, Breslau ve ark., 2000).

Doğal afetlerin ardından TSSB gelişen hastalarda depresyon riskinin arttığını belirten birçok çalışmada da bu eksiklik vardır (Galea ve ark., 2002, North ve ark., 1999). Travma sonrası TSSB gelişen ve gelişmeyen kişileri karşılaştıran çalışmalarda, TSSB gelişmeyen grupta depresyon riskinin normal topluma oranla artmadığı bulunmuştur. Örneğin Dünya Ticaret Merkezi'ne yapılan saldırılar sonrası New York şehrinde yapılan taramada TSSB gelişen kişilerde depresyon yaygınlığı %49, TSSB gelişmeyenlerde ise sadece %6,5 bulunmuştur (Galea ve ark., 2002). Bu son oran genel toplumda görülen depresyon oranlarından (yaşam boyu %14,6 ve son 12 ay: %5,5 (Bromet ve ark., 2011) çok farklı değildir.

Travmanın TSSB tanısı olan grupta TSSB dışı diğer bozuklukların da riskini arttırdığı görüşü, TSSB'nin o bozukluğa neden olduğu ya da ikinci bozukluğa paylaşılan önceki başka etmenlerin neden olduğu şeklinde açıklanabilir. Breslau ve ark. (2000) TSSB ile depresyon arasındaki ilişkiyi paylaşılan yatkınlık ile açıklamıştır. Bu açıklama, kişide veya ailede depresyon öyküsü olmasının travmaya maruz kalma sonrası TSSB riski artışı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarla desteklenmektedir (Breslau ve ark., 2000, Connor ve Davidson, 1997).

Madde kullanım bozukluklarının travmaya maruz kalma ve TSSB ile ilişkisini araştıran çalışmalarda travmaya maruz kalma sonrası TSSB gelişen kişilerde nikotin bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı riskinin normal topluma göre arttığı belirtilmiştir (Breslau ve ark., 2003). Travma mağdurlarında nikotin ve alkol bağımlılığının arttığını bildiren çalışmalar TSSB gelişmeyen grupla karşılaştırılmaması nedeniyle eleştirilmiştir (Breslau ve ark., 2003). Zira travma sonrası madde ve alkol kullanım bozuklukları yaygınlığı asıl olarak TSSB'nin varlığına ikincil olabilir (Breslau ve ark., 1998).

2.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tarihçesi:

Savaş ile ilgili travma sonrası stres belirtileri çok önceleri fark edilmiş ve savaşla ilişkilendirilmiştir. 17. Yüzyıl İsviçre ve İspanyol kaynaklarında yabancı topraklara gönderilen ve geri dönme olasılığı az olan bazı askerlerin derin bir ümitsizlik sergiledikleri belirtilmiş, bu duruma “nostalji” adı verilmiştir (Rosen, 1975). O dönemdeki tedavi yaklaşımlarında ise savaş ortamından ayrılma umudunun beslenmesi ve hastaları eğlendirecek kişilerin bulunması yöntemleri kullanılmıştır. Bu yaklaşımlarla birçok olguda iyileşme sağlanmış; iyileşenlerden bir kısmının evlerine gönderilmesiyle diğer hastalar üzerinde iyileşme umudu arttırılmaya çalışılmıştır (Jones, 2006). 18. Yüzyılda nostalji olgularının

İngiliz ve Fransız askerlerinde de gözlemlendiği bilinmektedir. Bu durum 19. Yüzyılın başından itibaren görevdeki birlikler için bir tehlike olarak görülmeye başlanmış ve bir “melankoli” biçimi olarak sınıflandırılmıştır (Jones, 2006). Bir askeri cerrah olan Calhoun, nostaljideki temel nedenin savaşla ilgili gerçekçi olmayan beklentiler ve düşük motivasyonlu askerlerin orduya alınması olduğunu öne sürmüştür. Calhoun, tedavi yaklaşımı olarak ordudaki katı izin sisteminin yumuşatılmasını ve kısıtlamaların azaltılmasını önermiştir (Jones, 2006).

Travmatik olayları ruh sağlığına etkileri çok eski çağlardan beri bilinmektedir ve toplumun çeşitli kesimleri tarafından bu gözlemler aktarıla gelmiştir. Shakespeare’in ünlü oyununda Lady Macbeth karakterinin Duncan’ın ölümünü aklından çıkartmaması ve travmayla ilişkili tepkilerin canlı anlatım, yine Pushkin’in Boros Godonov karakterinin Zarevch’in öldürülüşü ile ilgili anılarla sürekli uğraşması bu gözlemlere örnek olarak verilebilir (Baysak, 2010).

Ancak, yaşamı tehdit eden travmatik stresörlerin psikolojik uyuma olan etkilerini anlamamızdaki en büyük ilerleme savaş zamanındaki askerlerin tepkileri olmuştur. Askerlerde isimlerini, bulundukları yeri bilemedikleri ya da amnezi ve depersonalizasyon gibi dissosiyatif belirtilerin olduğu tablolar gözlenmiştir (Doğan, 2001).

Travma sonrası Stres Bozukluğu’nun ilk tanımlanması 19. Yüzyılda yaşanan travmatik olaya yanıt olarak daha çok savaş sonrası, savaş bağlı olarak geliştiği düşünülen belirtilerin askerlerde görülmesi ile olmuştur. Jacob DaCosta 1871’de “İrritabel Kalp Üzerine” isimli yazısında; Amerika iç savaşlarında savaşan askerlerde çarpıntı, anksiyete, nefes darlığı ve alırı uyarılmışlık belirtileriyle giden “Savaş Stres Reaksiyonu”nu tanımlamış ve sonrasında bu duruma “Asker Kalbi” ya da “DaCosta Sendromu” denmiştir (Javidi ve Yadollahie, 2012). Prof. Octave Laurent 1914 yılında Türk-Bulgar savaşı sonrasında “Commotio Cerebrospinale” terimi ile savaş stres reaksiyonuna benzer bir tabloyu tanımlamıştır (Gersons ve Carlier, 1992). I. Dünya savaşı sonrası bazı askerlerde; şiddetli titreme, sabit bakan gözler, mavi soğuk ekstremiteler, açıklanamayan körlük, felç gibi belirtiler gözlenmiş ve bu durum “Şarapnel Şoku” (Shell Shock) olarak adlandırılmıştır (Coleman, 2006). TSSB II. Dünya Savaşından sonraki yıllarda, literatürde yer almaya başlamıştır. Savaş Nevrozu denilen bu tablolarda süreklilik gösteren fizyolojik hiperaktivitenin en belirgin semptom olduğu fikri ise Abraham Kardiner (1941) tarafından ileri sürülmüştür. II. Dünya Savaşı, Hiroşima ve Nagazaki’de atom bombası sonrasında hayatta kalanlarda benzer belirtiler gözlenmiş ve “Savaş Nevrozu veya Operasyonel Yorgunluk” (Combat Neurosis of operational Fatigue)

olarak adlandırılmıştır (El-Sarraj ve ark., 2008). 1900'lü yıllarda bu belirtiler Amerikalı psikoanalistler tarafından "Savaş Nevrozu" olarak tanımlanmıştır (Buther ve ark., 2007). Bu bilgilerin ışığında, travma sonrasında yaşanan belirtiler 1952'de "Tahammül Edilemez Stres Reaksiyonları" (Gross Stress Reaction) olarak DSM-I'de tanımlanmış, 1968 yılında DSM-II'de ise travmaya karşı gelişen tepkiler erişkin yaşamda uyum bozukluğu olarak tanımlanarak "Geçici Ruhsal Bozukluk" (Transients Situational Disturbance) olarak adlandırılmıştır (Gersons ve Carlier, 1992).

TSSB esas olarak Vietnam savaşı sonrası kullanılmaya başlayan bir tanı olup ilk kez 1980'de DSM-III'te yer almıştır. DSM-III'te yer alan "gösterilebilen bir stres yaratıcı etkenin, hemen herkeste önemli derecede sıkıntı belirtilerine yol açması" ölçütü, geliştirilerek "olağan insan yaşamı dışında kalan ve hemen herkes için önemli sıkıntı kaynağı olabilecek bir olay yaşanması" ölçütüne DSM-III-R'de dönüştürülmüştür. DSM IV'te ise bu ölçütün sınırları daha da belirginleştirilerek yukarıda belirtilen son şeklini almıştır. DSM-II'te TSSB tanısı konulabilmesi için belirtilerin en az altı ay süreyle devam etmesi koşulu varken, bu süre DSM-III'te bir aya indirilmiştir. DSM-IV'te de süre aynı kalmış ve akut, kronik ve geç başlangıçlı tipleri tanımlanmıştır (Bromet ve ark., 1998). DSM-5'te gecikmeli dışavurum gösteren tanımı ifade edilmiştir. Buna göre; olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da) bu gecikmeli dışavurum gösteren tiptir (Köroğlu, 2014).

2.4 Epidemiyoloji

Her bireyin genetik özellikleri, fiziksel yapısı, psikolojik geçmişi ve o durum için motivasyonu belirli stresörlerle baş etme düzenekleri farklıdır. Bu nedenle TSSB yaygınlığı farklılık göstermektedir. TSSB, daha çok genç erişkin, bekâr, boşanmış, dul, ekonomik yönden zayıf ya da sosyal yönden izole kişilerde görülmektedir. Risk altındaki kişilerde (savaş, çatışma, cinayet ya da doğal afet yaşama gibi) olduğu travmaların, doğal felaketlerden daha fazla TSSB oluşturduğu bilinmektedir (Özgen ve Aydın, 1999).

TSSB' nin prevelansına yönelik yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edilmektedir. Birçok genel toplum araştırmasında TSSB' nin yaşam boyu prevelansının %1-14 arasında değiştiği bulunmuştur (Kessler ve ark., 1995). Bu oran erkeklerde %5 ile %6, kadınlarda %10 ile %14 arasında değişmektedir (Şalcıoğlu, 2001). Genel toplum çalışmalarında TSSB'nin yaygınlığı %1.3-9.2 oranındadır (Kessler ve ark., 1995, Perkonig ve ark., 2000, Breslau ve ark., 1991). Travma deneyimlerin şiddeti, travma öncesi, sırası ve

sonrası ile ilgili bir çok etken, bireyin travmatik olay karşısındaki öznel duyarlılığı ve var olan başa çıkma becerileri bu oranları etkilemektedir(Baysak, 2010).

Travmatik olayın tanımı, ölçeklerin duyarlılığı ve örneklem gibi yöntemsel farklılıklar nedeniyle de bu oran çeşitli çalışmalarda değişkenlik göstermektedir(Şalcıoğlu, 2001). Yapılan bazı çalışmalarda en şiddetli travmalardan sonra bile travmaya maruz kalanların ancak %50'sinden fazlasında TSSB ortaya çıktığı belirtilmiştir(Wolf ve Mosnaim, 1990). Breslau ve ark. TSSB'nin yaşam boyu prevelansının travma mağdurları arasında %24 olduğunu bildirmişlerdir(Breslau ve ark., 1991). Green tarafından yapılan geniş literatür taramasında travmatik bir olaya maruz kalan bir toplumda TSSB oranının %25-30 arasında değiştiği saptanmıştır(Green, 1994). TSSB yaygınlığı yoğun olarak Vietnam gazilerinde çalışılmıştır. Vietnam savaşına katılan askerlerde yaşam boyu TSSB tanısı %15-31, şimdiki TSSB %2-39 arasında değişmektedir (Helzer ve ark., 1987, Card, 1987, Snow ve ark., 1988).

Her bireyin genetik özellikleri, fiziksel yapısı, psikolojik geçmişi ve o durum için motivasyonu belirli stresörlerle baş etme düzenekleri farklıdır. Bu nedenle TSSB yaygınlığı farklılık göstermektedir. TSSB, daha çok genç erişkin, bekar, boşanmış, dul, ekonomik yönden zayıf ya da sosyal yönden izole kişilerde görülmektedir. Risk altındaki kişilerde (savaş, çatışma, cinayet ya da doğal afet yaşama gibi) olduğu travmaların, doğal felaketlerden daha fazla TSSB oluşturduğu bilinmektedir(Özgen ve Aydın, 1999).

Travmatik deneyimler oldukça yaygındır (Norris, 1992). İnsanların hayatları boyunca travmatik bir olaya maruz kalması neredeyse kaçınılmazdır. 2012 Dünya afet raporuna göre 2002-2011 yılları arasında 6,925 afet (doğal afetler, taşıma kazaları, iş kazaları, çeşitli kazalar) yaşandığı ve bu afetlerde etkilenen insan sayısının 2.684.329.000 olduğu belirtilmiştir (IFRC,2012). Erkeklerin %60,7'si, kadınların %51,2'sinin hayatları boyunca en az bir travmatik olay yaşadıkları rapor edilmiştir (Kessler ve ar., 1995, Breslau ve ark., 1998). Erkekler yangın, kaza, fiziksel saldırı, kaçırılma, tehdit ve savaş gibi travmalara daha sık maruz kalırken, kadınlar cinsel travmalara ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ile daha sık karşılaşmaktadırlar(Breslau ve ark., 1998). TSSB görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha sıktır (Tolin ve Foa, 2006) ve TSSB'nin kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık geliştiği bildirilmiştir(Breslau ve ark., 1999). Pinatubo Dağı volkanik patlamasından 6 yıl sonra yapılan bir çalışmada, TSSB'nin %27,6 ile en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır(Howard ve ark., 1999).

Araştırmalarında gösterdiği gibi risk altındaki gruplarda yaşam boyu TSSB yaygınlığı toplumdakinden daha yüksektir. Savaş travması üzerinde yapılan en büyük çalışma olan NVVRS' DE (The National Vietnam Veterans Readjustment Study), Vietnam Savaşı'na katılan Amerikalı erkek askerlerde yaşam boyu TSSB oranı %30,9, araştırma anındaki TSSB oranı ise %15,2 bulunmuştur (Kulka ve ark, 1990). NVVRS verilerini tekrar gözden geçirerek yapılan çalışmada Vietnam Savaşı'na katılan askerlerle yapılan diğer çalışmalarda da görece yüksek TSSB oranları bulunmuştur. Irak'ta 2. Körfez Savaşı'na katılan Amerikalı askerlerde ülkelerine döndükten hemen sonra TSSB yaygınlığı %12 (Hoge ve ark., 2004), döndükten bir yıl sonra ise %16 bulunmuştur (Hoge ve Castro, 2006). Irak ya da Afganistan'da savaşa katılan askerler birleştirilerek yapılan çalışmada TSSB oranı %14 bulunmuştur (Tanielian ve Jaycox, 2008).

Fiziksel taciz ile alakalı gerçekleştirilen araştırmalarda Travma sonrası stres bozukluğu sıklığı çoğu zaman yüksektir (%20-30 dolaylarında). Çeşitli taciz travmalarına maruz kalmış bir grup ile %20 ve %34, işkenceye maruz kalmış politik eylemcilerde %18, işkenceye maruz kalmış mültecilerde ise %14 TSSB oranları olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde deprem mağdurları ile gerçekleştirilen çalışmalarda TSSB sıklığı %23 ile %40 arasında bulunmuştur (Başoğlu ve ark., 202, Şalcıoğlu ve ark., 2003, Başoğlu ve ark., 2004).

TSSB'yi değerlendirmek için yapılan epidemiyolojik çalışmalar sel, heyelan, kasırga, tsunami veya hortumları içeren birçok doğal afetin ardında da yapılmıştır. St. Helens Dağı Volkanik Patlamasından sonra bu faciaya maruz kalan kişilerle gerçekleştirilen çalışmalarda hayat boyu TSSB yaygınlığı %3.6 olarak tespit edilirken, bu oran kontrol grubunda %2.6 olarak saptanmıştır(Shore ve ark., 1986). Mc Farlane'in, Avustralya orman yangınından sonra 315 itfaiyeci ile yaptığı çalışmada 4,11,29. Aylarda TSSB oranları sırasıyla %32, %27 ve %30 olarak bulunmuştur (McFarlane, 1989). Marmara depreminde 1150 kişi ile yapılan bir çalışmada TSSB oranı %42 bulunmuştur(Basoglu ve ark., 2001). Güney Çin'de 1998'de meydana gelen depremin ardından 2 köyde gerçekleştirilen araştırmada %24 oranında TSSB bulunmuştur(Wang ve ark., 2000). 1985 Meksika Depremleri sonrası %32 ve %36, 1988 Ermenistan Depremi sonrası %67, Avustralya Deprem sonrası %18 olarak saptanmıştır(Goenjian ve ark.,1994, Carr ve ark., 1995). TSSB oranları fırtınalarda %21 ile %59, sel facialarında %14,5 olarak bulunmuştur (Madakasira ve O'Brien, 1987, Steinglass ve Gerrity, 1990). Politik yaşamları sebebiyle işkenceye maruz kalmış mağdurlar arasında hayat boyu ve şimdiki TSSB oranı Türkiye'de %33 ve %11(Başoğlu ve ark., 1994), Almanya'da %60 ve %31(Maercker ve Schützwohl, 1997) olarak saptanmıştır.

Travmatik yaşantıların taciz, tecavüze uğrama, trafik kazası, ölüme tanık olma, savaş alanında bulunma, fiziksel bir saldırıya uğrama ve diğer felaketler olarak 10 ayrı şekilde ayrıldığı bir araştırmada, en yüksek TSSB sıklığı %14 ile cinsel saldırıya maruz kalan bireylerde tespit edilmiş, bunu %13 ile fiziksel saldırıya maruz kalalar, %12 ile trafik kazası geçirenler izlemiştir(Norris, 1992). Hayat boyu en yüksek TSSB oranı %57.1 ile tamamlanmamış tecavüz ardından görülmüştür. Tecavüze uğramış, mağdurların %80'inde TSSB gelişmiştir(Resnick ve ark., 1993).

TSSB sıklığı uluslardan uluslara belirgin farklılıklar gösterir. Toplum temelli çalışmaların TSSB yaygınlığını ve risk faktörlerini bulmak açısından önemli olduğu ve klinik toplumdan alınan bilgilere dayanan çalışmaların normal toplumu temsil edemeyeceği düşünülmektedir(Davidson ve March, 1997). Toplum temelli yapılan çalışmalarda Çin'de %0,3, Yeni Zelanda'da %6.1, Amerika'da %6.8'lik TSSB oranları bildirilmiştir (Gabbay ve ark., 2004, Kessler ve ark., 2005). Risk altındaki gruplara (Vietnam, cinsel saldırıya uğrayanlar, deprem mağdurları, silahlı saldırıya uğrayanlar) gerçekleştirilen çalışmalarda TSSB sıklığının %14 ile %75 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Davidson ve Fairbank, 1993). Yapılan bazı araştırmalarda TSSB'nin sadece afet kurbanlarını etkilemediği ayrıyeten de kurtarma ekiplerinin de etkilendiği belirtilmiş ve afet kurbanlarında %30-40, kurtarma ekiplerinde %10-20 arasında TSSB oranları saptanmıştır (Schlenger ve ark., 2002, Havenaar ve ark., 1997). Diğer bir çalışmada polis, itfaiye ve acil servis çalışanlarında TSSB oranının %6-32 arasında olduğu bildirilmiştir (McFarlane ve ark.,2009). New York'ta ki 11 Eylül terör saldırısından sonra ölüm tehlikesi yaşayanlarda, işini, iş arkadaşlarını veya arkadaşlarını kaybedenlerde TSSB gelişme oranının normal topluma göre daha fazla olduğu bildirilmiştir(Hull ve ark., 2002,Norris ve ark., 2009). Savaş insanların bildiği en şiddetli stresörlerden birisidir. Vietnam savaşı bitmesinin ardından 15 yıl sonra Vietnam gazileri ile yapılan bir çalışmada TSSB oranı %15 olarak bulunmuştur(Kulka ve ark., 1990). Körfez savaşı gazileri ile yapılan bir başka çalışmada TSSB oranı %12.1 olarak bulunmuştur(Kang ve ark., 2003).

Ülkemizde yapılan araştırmaları ele aldığımızda; birincisi, Çocuk ve Ergenler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE)'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik değerlendirilmesinin amaçlandığı çalışmada 8-15 yaş arası travmatik yaralanma yaşayan 50 çocuk ve gence Çocuk ve Ergenler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE)'ye göre 34 olgu (%68)

şimdiki TSSB tanısı alırken, 9 olgu (%18) geçirilmiş TSSB tanısı almıştır (Karakaya ve ark., 2007).

İkincisi Marmara depreminden sonra İzmit'te yapılan toplumu kapsayan çalışmada hayat boyu %14.6, araştırmanın yapıldığı dönemde %11.7, TSSB oranları bildirilmiştir(Tural ve ark., 2004). üçüncüsü Adana-Ceyhan depreminden sonra 105 kişinin katıldığı çalışmada depremde bir ay sonraki TSSB oranı %42, bir yıl sonraki TSSB oranı %23 olarak saptanmıştır(Altındag ve ark., 2005). dördüncüsü 17 Ağustos depreminden sonra 1-3 ay arasında %30.2, 6-10 ay arasında %16.9 ve 18-20 ay arasında %10.6 TSSB sıklığı tespit edilmiştir(Karamustafalıoğlu ve ark., 2006).

TSSB yaygınlığı ile ilgili araştırmalarda TSSB oranlarının büyük değişkenlik göstermesinin birçok nedene bağlı olabilir. Araştırmalar arasında belirgin yöntemsel farklılıklar olduğu bilinmektedir. Bazıları araştırmaya katılan katılımcının kendi doldurduğu ölçekler, bazıları da yapılandırılmış psikiyatrik görüşme kullanmıştır. Bazıları da genel psikopatolojiyi sorgulayan anketler verip travmatik stres belirtilerini tahmin ederek sonuca varmışlardır. İncelenen travma türü de araştırmalar arasında çok farklılık göstermiştir. Bazılarında sadece tek travma, diğerlerinde birçok travma değerlendirilmiştir. Bütün travma tiplerinin bir listeyle araştırmaya katılanlara sorulduğu ve random seçilen bir travmanın etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda olmuştur. Bu tür farklılıklar sıklık oranlarında ki değişkenliği açıklayabilir. Yaygınlık araştırmalarının büyük çoğunluğundaki ortak sorun tanıyı değerlendirmek için yapılandırılmış psikiyatrik görüşme kullanılmamış olması ve örneklemelerin küçük olmasıdır(Kılıç, 2004).

2.5 Etiyoloji

Travmatik yaşam olaylarının ardından kimlerde TSSB gelişeceği net olarak bir çıkarımda bulunabilmek oldukça güçtür fakat TSSB oluşumunu ve devam etmesini sağlayan nedenleri araştıran pek çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalar neticesinde TSSB etiyojisini ve patofizyolojisi; TSSB için risk faktörleri, genetik faktörler, biyolojik faktörler, psikolojik faktörler olarak sınıflandırabilmek mümkündür.

TSSB'nin ortaya çıkmasında üç nedenin önemi bildirilmektedir. Bunlar; travmanın niteliği ve şiddeti, travmayla karşı karşıya gelen kişinin özellikleri ardından travma sonrasında yaşanan çevrenin özellikleridir. Bunlara ek olarak etnik-kültürel nedenlerde bireyin TSSB geliştirme ihtimalini de ve tedaviye cevabında önemli rol oynayabilmektedir (Sungur ve ark.,

1995). TSSB'nin etiyolojisinde belirgin bir travmanın esas rol oynamasına karşın, hastalığın var olmasında birden çok nedenin yer aldığı düşünülüyor. Aynı travmatik olayı yaşayan tüm kişilerde TSSB ortaya çıkmamaktadır. Buna benzer bir şekilde, sıradan gibi görünen ya da birçok insan için felaket olarak tanımlanmayan olaylar, söz konusu olayın birey için subjektif bir anlamının olması nedeniyle TSSB'ye neden olabilmektedir. Stresör kaynağı, bozukluğun ortaya çıkması için gerekli olsa da yeterli olmamaktadır. Travmatik olayın kişi için subjektif bir anlam teşkil etmesi gerekmektedir. Farklı etik-kültürel, psikolojik, fiziksel, ailevi ve sosyal etmenler bozukluğun patogeneğinde yer ediniyor(Foa, 1997, Çervatoğlu, 2000).

DSM 5'e göre örselenme sonrası gerginlik (travma sonrası stres) bozukluğunun ortaya çıkmasına etki edecek travmalar örseleyiciyaşantılar geçirme, çatışmaya katılma, saldırıya uğrama, taciz ya da tecavüze uğrama, işkence, savaşta esir düşme, toplama kamplarında bulunma, doğal ya da insanların neden olduğu felaketlerle karşılaşma, ciddi trafik kazaları, yaşamı tehdit edici bir hastalık tanısı alma gibi olağan dışı travmatik yaşantılardır. Altı yaşındaki ve altı yaşının altındaki çocukları İçin örselenme sonrası gerginlik bozukluğu; gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde, ölümle, ağır yaralanma karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğrama, örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin istençdışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı, Örseleyici olay(lar)la ilintili uyarılardan 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, aşağıdaki bir(ya da birden çok) belirti bulunmalıdır (Köroğlu, 2014).

2.5.1 TSSB'nin Risk Etkenleri

Travma sonrası stres bozukluğunun risk etmenlerini değerlendiren kapsamlı ve sistematik iki derleme mevcuttur (Brewin ve ark., 2000, Ozer ve ark., 2003). Bu araştırmalarda 14 etmen TSSB ile zayıfta olsa pozitif anlamda ilişkilendirilmiştir. Bu etmenler aşağıdaki Tablo-1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. TSSB'nin Risk Etmenleri

Travma Öncesi Risk Etmenleri • Cinsiyet (kadın cinsiyet daha riskli) • Kişilik özellikleri (Dış kontrol odağı iç kontrol odağından daha güçlü olanlar daha riskli) • Düşük sosyoekonomik düzey • Düşük eğitim düzeyi • Irk (azınlık statüsünde olanlar daha riskli) • Geçmiş yaşantısında travmatik olaya maruz kalmak • Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması
Peritratmatik Risk Etmenleri • Travmanın şiddet • Algılanan hayati tehlike • Peritratmatik emisyon • Peritratmatik dissosiasyon
Travma Sonrası Risk Etmenleri • Sosyal desteğin düşük olması • Travma sonrası yaşam stresörleri

Kişinin travmaya yatkınlığı olduğunu gösteren faktörler, stresör kaynağının algılanan şiddetini etkileyerek travma karşısında verilen ruhsal refleksin etkisini arttırmaktadır. Ağır stresörlerde, kişisel faktörler önemini kaybederken, hafif stresörlerde önem kazanmaktadır. Bunlar; erken çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantılar, Borderline, paranoid, antisosyal ya da bağımlı kişilik özellikleri gösterme, içe kapanıklık, nevrotiklik etmenleri, sosyal desteklerin az oluşu, psikiyatrik bir hastalık geliştirmeye yönelik genetik-yapısal bir yatkınlık taşıma, son zamanlarda stresli yaşam değişimlerinin var olması, psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, geçmiş yaşantısında alkol veya madde kötüye kullanımının olması, 10 yaşına gelmeden önce anne-babanı ayrılması, çok genç ve yaşlı olma, hipnoz edilebilme özelliği gibi değişkenlerdir (Baysak ve ark., 2010, Barash, 1990, Sungur 1999).

Brewin, Andrews ve Valentine'in (2000) 77 makaleyi inceledikleri meta analiz araştırmalarında, Travma sonrası stres bozukluğunu 14 faktörün etkilediği sonucuna varmışlardır. Bu etmenler; cinsiyet(kadın olmak), düşük eğitim düzeyi, düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük zekâ düzeyi, azınlık statüsü, psikolojik bozukluk tarihçesi, çocuklukta istismar, daha önce yaşanan travmatik yaşantı öyküsü ve olayın şiddeti, travmatik yaşantı sonrasında sosyal destekten yoksun olmak ve travmatik yaşantı sonrasında genel anlamda stres düzeyi.

Travmatik yaşantının ardından ortaya çıkan olumsuz yaşantılar travma sonrası stres belirtilerinin dirençli olmasına etki etmektedirler. Bunlar artçı şoklar gibi travmanın tekrarlanması, aileden ayrılma, yeni bir yere taşınma, barınma sorunları, işsizlik ve daha önce sunulan hizmetlerin kaybı gibi sorunlardır ve psikiyatrik morbiditeyi arttırmaları (Barash,1990, Sungur,1999). Felaket sonrasındaki günlerde insanların başlarına gelen sorumlu tutulmaları ya da kendi kendilerini sorumlu tutmaları nedenlerinden dolayı retravmatizasyonun ortaya çıktığı belirtilmektedir. Travma sonrasında yaşanan çevrenin destekleyici olup olmaması, bireyin yardım ağı ve destek kaynakları ve kişni bu destek kaynaklarından yararlanabilmesinin kolaylığı veya zorluğu travmanın etkisinin çabuk atlatılıp atlatılamayacağını, TSSB'nin kronikleşip kronikleşmemesini belirleyen önemli faktörlerdir. Retravmatizasyon oluşması genellikle sosyal desteğin az olduğunu göstermektedir (Barash,1990).

2.5.2 Biyolojik Faktörler

Birçok psikofizyolojik ve nörokimyasal sistemin travma sonrası stres bozukluğunun var olmasında etkili olduğu düşünölmektedir. Bu sistemlerdeki değişikliklerin travma öncesinde görölmediği ve travmanın kendisini kısa ve uzun vadeli fonksiyonel ve yapısal değişikliklere neden olduğu varsayılmaktadır. Stres yanıtı ile ilgili iki ana biyolojik sistem olan hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen ve sempatik sinir sisteminin travma sonrası stres bozukluğu olgularında disregölasyona uğradığı bilinmektedir (Yehuda, 2011). Ketekolaminler ve kortizon gibi stres hormonlarının fonksiyonlarında TSSB vakalarında bozulma olduğu ya da beklenen değerden sapmalar gösterdiği bulunmuştur(akt. Koryürek, 2011).

Stres, hipotalamusta CRH, hipofizde ACTH ve adrenal bezde de kortizol salgılanmasına yol açmaktadır. Aynı zamanda negatif geri bildirim ile hipokampus, Hipotalamus ve hipofizde hormon salgılaması ve düzenlenmesi reorganize olmaktadır.

İmmün, metabolik ve nöral savunmalardaki akut savunma yanıtı, stres kısa sürede ortadan kalkmadığında organizma ciddi bozukluklara neden olmaktadır(Özgen ve Aydın, 1999).

TSSB olgularındaki kortizol düzeylerinin normal kontrol grubu ve travmaya maruz kalma ardından TSSB ortaya çıkmayanlardan daha az olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak bu düşük kortizol düzeylerinin cinsiyet, o anki depresyon, travma tipi, travma sırasındaki yaş, belirtilerin devam ettiği süre ve hastaneye yatış veya ayaktan tedavi görme ile ilgili ilişkili olmadığı vurgulanmıştır (Yehuda, 1998). TSSB’de kortizol düzeylerinin düşük olmasına ek olarak, kortizol düzeyleri TSSB belirtilerinin şiddeti ile ilişkilidir (Goenjian ve ark., 1996).

TSSB oluşma nedenlerinde nörobiyolojik etmenlerle ilgili araştırmalara giderek sıklıkla artış göstermektedir. TSSB var olan kişilerde nörobiyolojik etmenler olarak nöroendokrin, nörokimyasal ve nöroanatomik etmenler üzerine eğilinmiştir (Sağaltıcı, 2013).

2.5.3 Nöroendokrin Etmenler

Travma sonrası stres bozukluğu ortaya çıkan askerlerde travmatik olayın hatırlatılması sonrası sempatik aktivite artışı olduğu, kalp hızı, kan basıncı, elektromiyografi aktivitesi ve terleme düzeyi araştırılarak gösterilmiştir. Kalp hızı artışı ve 24 saatlik idrar katekolamin artışı sempatik tonusu artışı göstermektedir (Shalev, 1999). Travmaya maruz kalma ardında kalp hızını inceleyen bir başka çalışmada travma sonrası kalp hızında artış saptanmamıştır (Blanchard ve ark., 2002). Travma sonrası stres bozukluğu olgularında noradrenerjik fonksiyonlardaki bozulmalarla ilgili kanıtlar bir alfa2 antagonist olan yohimbinin psikofizyolojik aktivitesinin arttığını bulan çalışmalarla gösterilmiştir. TSSB olan hastalara yohimbin verildiğinde TSSB belirtileri artmaktadır (Southwick ve ark., 1993, Rauch,1998).

A-Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aksı (HPA):

Strese cevapta esas rolü HPA rol alır ve bundan dolayı TSSB hastalarında bu sisteme daha fazla eğilinmiştir. HPA aktivitesi aslında beyinde birçok bölge tarafından düzenlenmektedir. Bunlar amigdala ve hipokampus gibi limbik sisteme ait yapılar ve prefrontal kortekstir. Hipokampus HPA aktivitesinin negatif geri bildirim mekanizması yolu ile inhibisyonu veya aktivasyonunda en büyük pay sahibi olur. Stres yapıcı bir etmen, Hipotalamus periventriküler nükleus (PVN) nöronlarından, Kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve vazopresin (AVP) üretimini ve salımını başlatır. Bu salgıların hipofiz ön lobu kortikotrop hücrelerini etkilemesinin ardından kortikotrop hücrelerinden genel dolaşıma adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımı başlar. ACTH sürrenal kortekse etki ederek

glukokortikoidlerin sentezini ve salımını arttırır. Glukokortikoid seviyesi yükseldiği zaman ise Hipotalamus, hipokampus, hipokampustaki ve hipofizdeki kortikosteroid reseptörler yoluyla CRH ekspresyonunu baskılar. Bu negatif geribildirim HPA ekseninin aktivitesinin durmasında büyük önem taşır (Arborelius ve ark., 1999, Nestler ve ark., 2002).

TSSB tanısı alan savaş gazileri ile yapılan bir çalışmada idrar ve kan kortizol seviyeleri düşük saptanmış ve bu şaşırtıcı bulgu için TSSB tanısı almış soykırımdan hayatta kalmışlarda, mültecilerde ve istismara uğramışlarda araştırmalar yenilenmiş ve çelişkili bulgular bulunmuştur (Yehuda, 2006). Bu tutarsız bulguların nedeninin travmanın şiddeti, zamanı ve hastaların; belirti ve bulguları, Komorbid durumları kişilik yapısı ve genetiğe bağlı olabileceği söylenmiştir (Meewisse ve ark., 2007). TSSB hastalarında yapılan düşük deksametazon supresyon testi çalışmaları ise TSSB hastalarındaki hipokortizolizmin nedeni artmış geri besleme inhibisyonuna bağlanmış ve bu bulgu TSSB hastalarında Glukokortikoid reseptörlerindeki sayı, bağlama kapasitesi ve fonksiyon artışı bulguları ile desteklenmiştir (Yehuda, 2006). Bu ve benzeri çalışmalar göz önüne alındığında travmaya maruz kalındığı zamanda düşük kortizol seviyesinin TSSB gelişmesinde belirleyici rol alabileceği öne sürülmüştür (De Quervain ve Margraf, 2008).

B-Hipotalamus-Hipofiz-Tiroid Aksı (HPT):

Travma sonrasında bazen tiroid hormon anormallikleri olduğu görülmüş ve bu nedenle HPT aksının stresle ilgili sendromlarda rol alabileceği düşünülmüştür. TSSB tanısı alan Vietnam gazileri ile yapılan bir araştırmada tiroksin (T4) ve triiyodotironin (T3) hormonları yüksek olarak bulunmuş (Prang, 1999) ancak II. Dünya Savaşı gazileri ile yapılan diğer bir araştırmada T3 yüksek, T4 normal olarak saptanmıştır (Wang ve ark., 1999).

2.5.4 Nöro-Görüntüleme Çalışmaları

Bu konu ile ilgili gerçekleştirilen az sayıda olan araştırmalarda saptanan en sık bulgu TSSB tanısı alanların normal kontrol ve travmaya maruz kalmasının ardından TSSB ortaya çıkmaya grupla karşılaştırıldığında hipokampus hacminin daha küçük olduğudur (Ruach, 1998). Travmaya maruz kalmasının ardından TSSB gelişen vakalarda hipokampus hacminde küçülme bulmayan çalışmalarda mevcuttur (Bonne ve ark., 2001). Vietnam'da savaşa katılan askerlerle savaşa katılmayan tek yumurta ikizlerinin MRG(magnetik rezonans görüntüleme) kullanılarak karşılaştırıldığı bir araştırmada, TSSB ortaya çıkan askerlerin hipokampus hacminin normalden küçük olduğunu ve TSSB şiddeti yükseldikçe hacmin daha da

küçüldüğünü saptamışlardır. İlginç olarak Vietnam’da savaşa katılmayan ve TSSB tanısı olmayan ikizin de hipokampusünün normalden küçük olduğu saptanmıştır. Bu veri, TSSB için kalıtsal bir yatkınlığın söz konusu olabileceğinin sinyallerini vermektedir (Gilbertson ve ark., 2002).

2.5.5 Nörokimyasal Etmenler

Nörokimyasal Etmenler; ketokolamin regülasyonunda anormallikler, serotonin, aminoasit, peptit ve opiyat reseptörlerinin regülasyonu ve geri alımındaki anormallikler olarak gösterilebilir.

Dopamin (DA) ve Norepinefrin (NE), tirozin aminoasidinden sentezlenen ketokolaminler olarak varsayılır. Travma sonrasında idrarda DA ve DA meta bolitlerinin arttığı rapor edilmiştir (Pavcovich ve Valentino, 1997). TSSB hastalarında yüksek kan basıncı, artmış kalp hızı, artmış elektromiyografik aktivite ve artmış ter bezi aktivitesi belirlenmiş ve elde edilen buğular NE’ye bağlanmıştır. Bu varsayım TSSB tanısı almış savaş gazileri, istismara uğramış kadınlar ve çocuklarda artmış idrar NE ve NE metaboliti saptanarak desteklenmiştir (Vermettenve Bremner, 2002, Strawn ve Geraciotti, 2008).

2.5.6 Nörotransmitter Sistemleri

A. Nöradrenarjik Sistem

Nöradrenalin (NA) organizmanın tehlikelerle baş edebilmesi adına temel nörotransmitter olarak kabul edilmektedir. Nöradrenalinin en fazla ponsdaki Locus Ceruleus (LC)’ta yer aldığı bulunmuştur. Bu çekirdek “travma merkezi” olarak ad verilmektedir. Korku ve alarm yanıtlarına köprü görevi yürütür (Van der Kolk ve ark., 1985). LC’un tahrip edilmesi hayvanlarda aldırılmaz bir biçimde cesaretle tehlikeli davranışlar gerçekleştirmesine neden olmaktadır(Abercrombie ve Jacobs, 1987).

TSSB’de en çok araştırılan sistem olan noradrenerjik sistem anksiyete, korku, uyanıklık ve seçici dikkate etki etmektedir. Ek olarak bellek ve öğrenmede önemli bir rol üstlenmektedir. Travma ile ilk kez karşı karşıya kalındığında noradrenalin sentez ve salınımında artış olur, ancak tekrarlayan stres sırasında sentezin Hipotalamus, hipokampus, amigdala, LC ve korteks gibi bölgelerde tüketilen nöradrenalini karşılayamadığı düşünülmektedir(Simpson ve ark., 1988).

B. Dopaminerjik Sistem

Stres meydana getiren bir olay medial prefrontal kortekste Dopaminerjik sistemi harekete geçirir. Prefrontal kortekste ve nükleus akkumbenste Dopamin metabolitlerinde artış görülür(Van der Kolk ve ark., 1985, Abercrombie ve Jacobs, 1987). Bellek ile ilişkili olan prefrontal korteksin stres sonrası harekete geçmesinin nedeni ile TSSB’de görülen bellek bozukluklarının Dopaminerjik sistem ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir(Deutch ve ark., 1990).

C. Seratonerjik Sistem

Seratonerjik sistemin noradrenerjik sistem ile yakın ilişkisi neden ile TSSB patogeneğinde rol aldığı varsayılmaktadır. Hastaların büyük kısmının Serotonin geri alımını engelleyen ilaçlarından (SSGI) yarar görmesi bu görüşü destekler niteliktedir(Bayar, 2000). Serotonin düzeyinde azalmanın agresyonu yükselttiği, Serotonin öncülü veya agonisti ajanların da agresyonu düşürdüğü saptanmıştır(Coccaro ve ark., 1989).

Serotonin, triptofan aminoasidinden sentezlenen bir nörotransmitterdir. Travma sonrası strese yanıtta CRH ve NE ile koordineli bir şekilde etki ettiği düşünülmektedir(Ressler ve Nemeroff, 1989, Arborelius ve ark., 1999). TSSB tanısı alan kişilerde ki dürtüsellik, düşmanca tutum, sinirlilik-saldırganlık, depresyon ve intihar davranışları Serotonin ile ilişkilendirilmiş ve TSSB tanısı alan kişilerde kullanılan selektif Serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) terapötik etki göstermesi ile Serotonin direkt olmasa da TSSB’de rol aldığı desteklenmiştir(Bonne ve ark., 2005). Ayrıca bir alfa2-adrenerjik reseptör antagonisti olan yohimbin ve Seratonerjik bir ajan olan m-klorofenilpiperazin uygulamaları ile Vietnam gazilerinde TSSB belirtileri uyarılabılmıştır(Southwick ve ark., 1993, Krystal ve ark., 1989).

D. GABA ve Glutamat

Y-amino butirik asit (GABA) beyindeki temel inhibitör aminoasittir. GABA’nın anksiyolitik etki gösterdiği bilinmekte ve TSSB tanısı alan kişilerde bu etkinin nispeten anormallikler gösterdiği ancak bu konuda kesin ifadeler kullanmak için henüz erken olduğu düşünülmektedir. Glutamat ise beyinde eksitator olarak görev alan bir aminoasittir. TSSB hastalarındaki derealizasyon ve dissosiyasyon belirtileri glutamatın N-metil D-aspartat (NMDA) reseptörleri ile ilişki kurulmuştur(Vermetten ve Bremner, 2002).

Alkol ve benzodiazepinlerin TSSB tanısı almış kişilerdeki belirtilerde rahatlama sağlama GABA ile ilgili olana araştırmaların artmasına neden olmuştur. GABA ile yakın ilişkili olan Glutamat sistemi de yine TSSB ile ilişkilidir. Aşırı stres sonucu GABA sisteminde down regülasyon ve Glutamat sisteminin etkinliğinin artmasının travmatik anıların belleğe yerleşmesinden sorumlu olduğu ve bunu da izleyen dönemdeki “yeniden yaşantılama-flashbackler” ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür(Hageman ve ark., 2001). Kontrol edilemeyen bir strese maruz kalan hayvanlarda benzodiazepin reseptörüne bağlanma miktarı %30 azalmaktadır(Drugan ve ark., 1989). TSSB’si olan hastalarda medial prefrontal korteksteki benzodiazepin reseptörlerinde azalma veya afinite azalması gözlenmiştir(Bremner ve ark., 2000).

E. Opioid Sistemi

Kontrol edilemeyen stres endojen opioid sisteminde bazı değişikliklere neden olmaktadır(Van der kolk ve ark., 1985). Kontrol edilemeyen stres ile karşı karşıya kalan hayvanlarda stresin tetiklediği analjezinin ortaya çıktığı saptanmıştır(Coid ve ark., 1993). Önceden gelişmiş duyarlılık söz konusuysa, kontrol edilebilen streslerde analjezi oluşturabilmektedir. Naloksan gibi opiyat reseptör blokerlerinin stresin oluşturduğu analjeziyi önlemeleri etkinin opiyat sistemi aracılığıyla olduğunu göstermiştir(Pitman ve ark., 1990). Van Der Kolk ve ark. Endojen opiyat salınımının travmaya eşlik eden dissosiasyon ve psişik uyuşmada da rol oynadığını ileri sürmektedirler(Van der kolk ve ark., 1985). Opiyatlar LC nöronlarının ateşlenme hızı düşürmekte, böylece uyarılmayı azaltmaktadır(Coid ve ark., 1993). Opiyat yoksunluğu belirtileri (anksiyete, irritabilite, öfke patlamaları, uykusuzluk, uyarılabilirlik, duygusal labilite vb.) TSSB belirtilerine benzemektedir. Bu iki durum biyolojik olarak aynı nedenselliğe sahip kabul edilebilir(Akdemir ve Önder, 2000).

Savaşın ardından TSSB ortaya çıkan ve ortaya çıkmayan askerler üzerinde yapılan bir araştırmada, yalnız TSSB gelişen deneklerde savaş filmi izlerken analjezi ortaya çıktığı ve bu analjezinin bir opiyat reseptör blokeri olan naloksan ile engellenebildiği saptanmıştır(Pitman ve ark., 1990).

2.5.7 Nöranatomik Etmenler

TSSB tanısı almış kişilerde hipokampus hacminde ve aktivitesinde azalma olduğu ve bununda strese karşı yanıtta bozulmaya sebep olduğu öne sürülmüştür (Bremner ve ark.,

1997, Stein ve ark., 1997). TSSB hastalarındaki hipervijilans ve aşırı irkilme tepkileri amigdalaadaki aktivite artışına bağlanmıştır (Hendler ve ark., 2003, Rauch ve ark., 2000).

TSSB hastalarında prefrontal korteks hacminin azaldığı ve bunun yürütücü işlevlerde bozulmaya sebep olduğu iddia edilmiştir (Rauch ve ark., 2003).

2.5.8 Travma ve Nöranatomik-Nörofizyolojik ilişki

Travma sonrası stres bozukluğundaki nöral devreler, duyuşsal uyarıların ana giriş kapısı olan talamus, kısa dönem bellek ve olaya ait korku ile ilişkili olan hipokampus, koşullu korku yanıtı ile bağlantılı olan amigdala, posterior singulat, görsel ve motor korteks, anterior singulat, orbitofrontal ve daha ilkel subkortikal yanıtları inhibe ettiğine inanılan subkallozal giristan oluşan medial prefrontal korteks arasındaki karmaşık etkileşimleri kapsamaktadır (Nemeroff ve ark., 2006).

Sonuç olarak; TSSB’de şimdiye dek yapılan görüntüleme çalışmaları hipokampus, medial prefrontal korteks, periyetal korteks ve anterior singulat gibi belli beyin bölgelerine işaret etmekte ve bildirilen bu anatomik bölgelerdeki anormallikler, TSSB’de ortaya çıkan belli başlı semptomlarla yakından ilişkili görünmektedir (Semple ve ark.,1996, Phan ve ark., 2006).

2.5.9 Genetik Etmenler

Genetik etmenlerin TSSB’nin var olmasında etkisi var ise TSSB öyküsü olan bireylerde travmatik olay ardından TSSB ortaya çıkma olasılığı, ailesinde TSSB öyküsü olmayan ve benzer travmatik yaşantıyı geçiren kişilerden yüksek olması gerekmektedir. Bu varsayım intihardan hayatta kalan bireylerde gerçekleştirilen bir araştırmada ailesinde TSSB öyküsü mevcut olan bireylerde ki TSSB yaygınlığının, ailesinde TSSB öyküsü olmayan bireylerden daha yüksek bulunması ile pekiştirilmiştir (Yehuda ve ark., 1995). Ayrıca Kamboçyalı mültecilerle gerçekleştirilen başka bir araştırmada da benzer bulgular saptanmıştır (Sack ve ark., 1995). Tek ve çift yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalarda TSSB belirtilerinde ki farklılıklar ile genetik özellikler arasında pozitif korelasyon saptanmıştır(Koenen ve ark., 2008). Gerçekleştirilen ikiz araştırmaları ve diğer çalışmalara bize genetiğin TSSB etiyolojisinde etki ettiği düşünülmektedir ancak bu araştırmalar bize hangi genlerin ve hangi gen bozukluklarının etki ettiği belirtilmemektedir. Bu nedenle moleküler genetik çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Yehuda ve ark. (2001) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada Nazi soykırımından kurtulan ve TSSB tanısı olan 135 kişinin yetişkin çocuklarında, TSSB tanısı olmayanların yetişkin çocuklarına oranla TSSB'nin daha sık olduğu saptanmıştır. Vietnam'da görev yapan askerlerden 3000'den fazla ikiz çifti üzerinde yapılan bir araştırmada çatışmaya katılma değişkeni kontrol edildikten sonra TSSB belirtilerinin en önemli yordayıcısının genetik etmenler olduğu saptanmıştır (True ve ark, 1993, Xian ve ark., 2000). Pitman ve ark. (2006) 130 tek yumurta ikiz çifti ile (ikizlerden biri Vietnam'da savaşa katılmış diğerinin katılmamış olması koşuluyla) yaptıkları araştırmada, Vietnam'da savaşa katılan ve TSSN ortaya çıkan Amerikan askerlerinde ani ve yüksek sese yanıt olarak kalp atımı hızında oluşan artış savaşa katılmayan ikiz çiftinde görülmemiştir. Savaşa katılıp da TSSB gelişmeyen askerlerle onların hiç savaşa katılmamış ikiz çiftlerin ani ve yüksek sese yanıt olarak kap atım hızı oranları arasında da fark olmadığı tespit edilmiştir.

Aile çalışmalarının bir kısıtlılığı, travmaya uğramamış kişilerde TSSB'nin belirlenememesi ve dolayısı ile cevap olarak TSSB geliştirip geliştiremeyeceklerinin bilinmemesidir. Aile araştırmalarının bir diğer önemli kısıtlılığı ise aile bireylerinin hem genetik hem çevresel etmenlerinin benzer olması nedeni ile gen ve evre etkilerinin ayrımının yapılması zorluğudur (Skelton ve ark., 2011).

2.5.10 Psikolojik Etmenler

A. Psikodinamik Açıdan TSSB

Travma sonrası stres bozukluğunun psikoanalitik açısı, travmatik yaşam olaylarının kişinin i dünyasında bitirilmemiş içsel çatışmayı aktive ettiği hipotezi üzerine kuruludur. Sigmund Freud, ağır travmaların bütün savunma sistemlerini alt ederek ağır, yıkıcı, elem verici olarak yaşandığını, bastırma savunma mekanizmasının güçsüz geldiğini, egonun bu yıkımla mücadele edemediğini ifade etmektedir. Sigmund Freud'a göre, egonun fazla yüklenmesine sebep olan travmayla ilk karşı karşıya kalan koruyucu sistemin zorlanması neticesinde, kişinin doğal uyum kapasitesi hüsrana uğrar ve birey, tekrar saplantıya benzer savuma sistemlerine geriler. Rahatsızlık verici yaşantı ya da yaşantıların rüyada ya da dissosiyatif dönemlerle tekrar tekrar yinelenmesinde, yaşantıyı pasif olarak yaşamanın çaresizliğinden sıyrılıp, travmatik yaşantıyı aktive edici olarak tekrar egoya uyumlu şekle getirme gayreti bulunmaktadır(Kaptanoğlu, 1991).

Bölünme, bu bütünleşmeyi gerçekleştiremeyen egonun savunma sistemi olup diğer yandan elemiden uzaklaşmaya çalışırken başka bir yönde değişik biçim ve yoğunlukta tekrar

yaşantı geçirilmektedir. Başa çıkılamayan çatışmalar neticesinde çekilme/kaçınma oluşmakta kişi izole, çaresizlik yaşamak zorunda kalmaktadır. Egonun gelecek yaşantıları tahayyülde, önceden yaşanma ve böylelikle geleceğe hazır durma becerisi, onun dış dünyadan gelebilecek uyarıları ekarte etmesini ve sisteme oturtmasını kolay hale getirmektedir. Aniden oluşan yaşantılar, hazırlanma ihtimali bulunmuş yaşantılardan daha ağır şiddette yaşanmaktadır(Özgen ve Aydın, 1999).

B. Bilişsel ve Bilgi İşleme Açısından TSSB

Travma sonrası stres bozukluğunun bilişsel modelini var eden Ehlers ve Clark ortaya attıkları fikirlere baktığımızda kronik TSSB'nin oluşması, bireylerin travma ardından meydana gelen semptomları analiz etme şekilleriyle, yaşantıya ait hafızadaki travmatik yaşantıların doğası ve bu travmatik yaşantıların diğer kendi yaşantısındaki hafızada var olan diğer yaşantılarla bağlantının nasıl olduğu ile alakalı gözükmektedir. Travma sonrasında acizyet geçiren bireyler, travmatik olayı belirli bir dönem içerisinde yaşanmasına karşın bireyin geleceğine tümevarımsal olarak kötü etkide bulunacak bir olay olarak düşünmektedir. Travmatik yaşantı bireyler tarafından “yaşanmış/geride kalmış” olarak düşünülmediğinde bu travmatik yaşantı “her an tehlike olacak bir durum” olarak düşünölmeye devam edecek duruma gelir, genel anlamda “dünya tehlike arz eden bir yerdir” gibi dışsal ya da “ben başa çıkamıyorum, gelecekte de baş edemeyeceği” gibi içsel olarak ifade edilir (Ehlers ve Clark, 2000).

Bilgi işleme teorileri TSSB'yi travmatik yaşantının işlenmesindeki bir gerçekleşmeyen duruma işaret eder(Foa ve Kozak, 1986, Chembot ve ark.,1988). Bu teorilere baktığımızda; uyarılarla alakalı bilgi, sözel, davranışsal, fiziksel tepkiler ve bunların anlamları bireyin hafızasında “korku” olguları olarak yer ederler. Bu olguların yok olabilmesi adına sağaltımda onların önce harekete geçirilmesi ardından da yanlış olmayan bilgi verilerek bulundurdıkları bilginin düzeltilmesi gerekiyor (Bilgiç, 2011).

Bilişsel teori, bireyin geleceğine, dünyasına ve kendine yönelik sahip olduğu temel hipotezlerin ciddi anlamda etkilenmesini merkeze alır. Bu teoriye baktığımızda; bireylerin temel hipotezlerinin merkezinde; dünyanın iyi ve güvenilir bir yer, dünyadaki yaşantıların anlamlı, bireyin kendisini değerli biri olarak görmesi yatar. Bu hipotezler bireyin dokunulmazlık inancına neden olur. Travmatik yaşantı bu dokunulmazlık düşüncesini alt üst eder, bireyi tehlike ve ölüm tehlikesi ile karşı karşıya getirir (Foa ve ark.). Bu beklemedik karşı karşıya kalma durumu kimi insanlarda travmaya dönük anlamlı ve kabul görür bir açıklama bulamama ya da dış çevrenin güven teşkil eden, adaletli ve sistemli bir yer olduğu

düşüncelerine dönük hipotezlerin alt olması sonuçlarını meydana getirir(Lifton ve Olson, 1976). Bunların neticesinde travmatik yaşantıya maruz kalmış kişi travmanın ardından stres sorunları ile karşı karşıya kalmaya, kendini güvensiz ve biçare algılamaya, dünyayı güvenilir olmayan bir biçimde düşünmeye başlar (Resick ve Schnicke, 1992, Başoğlu ve ark., 1996).

Kimi diğer teoriler travmatik yaşantının bilişsel işlevler üzerine etki ettiği değişikliklerden çok bireyin o anda kendinde bulunduğu işlevlerinin belirleyici rol oynadığı görüşünü iddia eder. Bunu söyleyen bilim insanları travmatik bir yaşantının ruhi problemlere neden olup olmayacağını yaşantının algılanmasıyla ilişkili olduğu fikrini savunmuşlardır(Lazarus, 1984, Wong ve ark., 1981). Bu hipoteze göre travma yaşantının şiddetiyle mücadele edebilecek mücadele sistemlerinin olmadığı düşüncesinden gelir. Benzer şekilde yükleme teorileri travmatik yaşantı olduğunda kişilerin bunu anlamlandırmak, yordamak v kontrol edebilmek için çevrelerine ve yaşadıkları yaşantılara dönük atıflarda bulunduğunu ve bireyin gerçekleştirdiği atfın niteliği onun yaşantıya nasıl tepki vereceğini belirlediğini fikrini iddia savunur (Wong ve ark., 1981, Abramson ve ark., 1978, Mikulincer ve Solomon, 1988).

C. Davranışçılar Açısından TSSB

Travmayla karşı karşıya kalan kişide öncelikle bir kaos meydana gelir. Bu aniden karşı karşıya kalınan olay ileri ki evrelerde farklılık arz eder. Travmadan önceki geçirilmiş deneyimler kullanılarak deyim yerindeyse travma önceden yaşanmış gibi algılanır. Bu, ciddi anlamda üst seviyede öğrenilmiş bir davranıştır. Fakat bu davranış yeni karşı karşıya kalınan olaya uygun olmadığından uygun bir yanıt olmaz ve verilen yanıtlar kompleks hale gelir. Kaosun artması da bunaltıyı güçlendirir(Özgen ve Aydın, 1999).

Davranışçı teorilere; TSSB’de iki etkenli bir öğrenme döneminden bahsederler. Birinci dönemde, bir travmaya (koşulsuz uyarı) maruz kalan birey, travmanın merkezinde yaşanan yaşantı, görüntü ve düşüncelerden ya da travmanın yakınında (koşullu uyarı) oluşan durumlardan üzüntü duyacağını öğrenir. Dolaylı öğrenme ise ikinci etkeni meydana getirir. Hem koşullu hem de koşulsuz uyarılardan kaçınma, kaygıda azalamaya neden olmak için devamlılık kazanır. Sonuç olarak çok fazla uyarana genelleştirilebilir ve bunlar uyarılmışlık durumlarının oluşmasına sebep olur (Bandura, 1977).

2.6 Kliniksel Açıdan TSSB

Travmatik yaşantıya maruz kalan birçok insanda travmaya maruz kalmasının hemen ardından travmaya bağlı stres etkileri belirginleşmeye başlamaktadır. Travmatik yaşantının ardından sonraki ilk bir ay içinde iki ile dört gün süren dissosiyatif belirtiler, yaşantı ile ilgili istemsiz hatırlamalar, kaçınma ve tetikte olma hali belirtilerinin bireyi sosyal ve mesleki işlevselliğin bozacak seviyede olmasıyla akut stres bozukluğu (ASB) tanısı konulur. Belirtiler bir aydan fazla sürer ise kronik TSSB, bir ay ile üç ay arasında sürer ise akut TSSB, üç ay ya da daha uzun sürer ise kronik TSSB, belirtilerin başlangıcı stresli olayın 6 ay ya da daha sonrasında başlamış ise geç başlangıçlı TSSB tanısı konulur. ASB gerçekleşen bireylerin büyük kısmında daha sonra TSSB ortaya çıkabileceği gibi TSSB gelişen çok sayıda kişide daha önceden ASB tanısı konulmayabilir (akt. Koryürek, 2011).

TSSB belirtileri, travmatik yaşantı öncesinde gerçekleşen, travma esnasında ve ardından beliren çok sayıda etmen tarafından belirlenmektedir (Kaptanoğlu, 2001). Travmatik yaşantıya maruz kalan kişi yaşadığı travmatik yaşantıyı özümseyip, anlamlandırması süreci TSSB'nin klinik görünümü netleştirir. Bu sürece kabataslak olarak şu 5 evrede ilerler: (Bilgiç, 2011).

2.6.1 Karmaşa Evresi: Bu evre “şok” evresi olarak da tanımlanır. Travmatik yaşantıya maruz kalan kişi kontrolünü elinden geçirir, travmatik yaşantı üzerinde kontrol sağlayabilmek adına bilinçli bir gayret bu evrede gerçekleştiremez. Travmatik yaşantıya maruz kalan kişi yaşantıyla alakalı sübjektif algısına bağlı olarak güvende olduğu hissi oluşuncaya kadar ya da travmatik yaşantının “ilk vuruş etkisi” yok olana dek devam etmektedir.

2.6.2 Rahatlama ve Şaşkınlık Evresi: Travmatik yaşantının “vuruş etkisi” yok olduktan sonra geçici bir süreyle rahatlama meydana gelir. Sonrasında şaşkınlık evresinde mağdurda “ne oldu?, neden oldu?, ve bu yaşantının sonuçları neler olabilir?” sorularıyla bir sorgulama dönemi başlar.

2.6.3 Kaçınma Evresi: Bu evrede Travmatik yaşantıya maruz kalan kişi travmayı anımsatan herhangi bir uyarandan kendini izole etmeye gayret eder. Bundan dolayı sosyal çevrelerden uzak durur ve i dünyasına kapanır. Uzak durma, korku, agresyonu ve huzursuzluğu kalıcı olmayacak şekilde hafifleten bir baş etme yoludur.

2.6.4 Yeniden Değerlendirme Evresi: Travma ile tekrar yüzleşme evresidir. Travmatik yaşantıya maruz kalan kişi travmatik süreci zihninde yeniden gözden geçirmeye başlar.

Gerçekleştirmeye çalıştığı, kendiliğın en az tahrip edecek şekilde travmatik yaşantının hikâyesini tekrar yazmaktır. Tekrarlayarak, anlatarak, bu haliyle kabul edilmesi çok zor olan travmatik gerçekliğı, kendilik imgesini yerleştirmeye çalışır. Bu evre oldukça uzun sürebilir, hatta atlatılamayabilinir.

2.6.5 Uyum Evresi: Travmatik yaşantıya maruz kalan kişi bu son evreye ulaşabilmesi için yaşantıyı, yaşantı esnasındaki davranışlarını ve izleyen süreçte yaşananları özümsemesi gerekir. Uyum evresine ulaşmada bireyin travma öncesi bir takım özellikleri yanında, stresle baş etme gücü, travmatik olayın şiddeti, görülen zararın miktarı, yaşantı ardından yeterli sosyal, ruhsal, tıbbi destek görüp görmeme gibi etkenler belirleyici aktörler olur (Figley, 1985).

Bu evrelerle ilgi olarak TSSB belirtileri, klinikte üç ana grupta ele alınır(Kaptanoğlu, 2001).

2.6.6 Travmatik Olayın Tekrar Tekrar Yaşanmasıyla İlgili Belirtiler: İsteğın dışında tekrarlayan düşünceler, duygular veya fiziksel belirtiler şeklinde travmatik olayın yeniden anımsanmasıdır. Travmatik olayı anımsatan herhangi bir uyararla karşı karşıya gelen birey, yaşantı tekrar yaşanmış gibi hisse kapılır ve davranır. Tekrar yaşantısı, genellikle travmatik olay ile alakalı canlı görsel imgeler ve o esnada gerçekleşen bedensel tepkilerin yaşanması şeklindedir(Kline ve Rausch, 1985).

2.6.7 Kaçınma Belirtileri: Kaçınma, dış dünya ile ilişkideki yordanamaz tepki şekilleri, agresyonu, duygusal sınırlılıklar nedeni ile hem savunma, hem de dış dünyaya katılamamanın getirdiğı bir uzaklaşma, çekilme şeklide kendini gösterir (Özgen ve Aydın, 1999). Birey travmatik olayı hatırlatan her türlü etkinlikten uzak durur. Kişi travmayı çağrıştıran duygular, düşünceler ve ortamlardan bilinçli olarak uzak durmaya çalışmakta ve bu halden dolayı yakınmaktadır. Travma neticesinde sevdiklerini kaybedenlerin, yeniden sevmeye, bağlanma korkusu taşıdıkları için, insanlardan uzak durmaya, yakın ilişkiler kurmamaya çalıştıkları söylenir. Sevgi, bağlanma gibi duygular travmatik olayı tekrar canlandırabileceğı, bununda kaçınma davranışlarına neden olabileceğı söylenmektedir. Beliren kaçınma tepkileri nedeni ile TSSB olgularında çevreye yabancılaşma ve iç dünyasına yönelmenin dışında, çevrede olup bitenlere kısmen kayıtsız kalma meydana gelebilmektedir. Duygusal tepkileri azalmış ya da kısıtlanmış olan bu kişilerde sevgi, yakınlık, paylaşım, cinsellik gibi duyguların eskisi gibi yaşanmadığı bir “duygusal anestezi” ‘den söz edilmektedir(McFarlane, 2002).

2.6.8 Artmış Uyarılmışlık Belirtileri: Bu belirti grubunda uyku bozuklukları dikkat çekmektedir. Sıklıkla uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede bozukluk biçiminde görülür. Kişi uykusunu kâbusların böldüğünden yakınıdır. TSSB tanısı alan hastalarda uyku sırasında şiddetli kol, bacak ve vücut hareketleri olabilir. Bunların dışında uyara tepki verme eşiğinin azalması, öfke patlamaları, yoğunlaşma güçlüğü, irkilme tepkileri belirginleşmeye başlar. Travmatik yaşantı her an tekrar yaşanacak duygusu aşırı tedirginlik ve tetikte olma hissi, kendini diken üstünde hissetme TSSB tanısı alan hastalarda en sık görülen aşırı uyarılma belirtileridir. Ses, ışık, dokunma gibi uyaranlara karşı irkilme tepkisi verme, çarpıntı, solunum sıkıntısı, yerinde durmama gibi sempatik hiperaktivasyona bağlı belirtiler de bu belirti kümesine eklenebilir(Lanius ve ark., 2010).

Laboratuvar bulguları da klinik belirtileri desteklemektedir. Bunlar arasında taşikardi, yüksek deri direnci ve EMG tonusu, idrarda 3-metoksi 4-hidroksi fenil glikol (MHPG) fazlalığı, platelet alfa2 adrenerjik reseptör sayısı, lenfosit basal siklik adenosin monofosfat ve adenilat siklaz seviyesinin düşüklüğü sayılabilir (Pitman ve ark. 1987, Madison ve Nicoll 1982). Buna benzer sonuçlara, yaşanan travmaya benzer uyarıların verildiği deneysel ortamlarda ve adrenerjik stimülasyonla da ulaşılmaktadır (Blanchard ve ark. 1993). Bu paralellik, adrenerjik sistem ile TSSB ve artmış uyarılmışlık arasındaki ilişkiyi gösteriyor(akt. Özgen ve Aydın, 2001).

TSSB’de ikiyillik izleme araştırmasında: Birinci ayda; irkilme(%27), irritabilite (%18), uyku bozukluğu (%16), altıncı ayda irritabilite (%40), travmatik yaşantının tekrar tekrar yaşanması (%31), irkilme (%27), uyu bozukluğu (%21), konsantrasyonda azalma (%21), 2.yılda ise; travmatik yaşantının tekrar tekrar yaşanması (%31), irkilme (%26), uyku bozukluğu (%26), irritabilite (%24) olarak saptanmıştır. TSSB tanısı almış kişilerde, artmış uyarılmışlık belirtilerinin (irritabilite, irkilme, uyku bozukluğu, konsantrasyonda azalmanın) daha sık olduğu dikkat çekmektedir (Southwick ve ark. 1995).

Özetlenen araştırmalarında gösterdiği gibi TSSB’nin belirtileri oldukça inatçıdır ve kronikleşir. Kronikleşmeyi yordayan en önemli belirtinin kaçınma belirtisi olduğu, yeni travmatik olaylara maruz kalmanın daha kötü seyirle ilişkili olduğu ve kişilerin yeni bir travmatik olaya maruz kalmasını engellemeye dönük çabaların ise TSSB’nin kronikleşmesini azalttığı söylenmiştir (Perkonig ve ark., 2005). Kronikleşme riski travma çeşidine göre de değişebilir. Fiziksel saldırı ve şiddet mağdurları ile savaşta çatışmaya katılanlarda TSSB’nin kronikleşmesi daha fazla oranda görülmektedir(Davidson ve ark., 1991, North ve ark., 2004).

2.7 Belirtiler ve Bulgular

2.7.1 Genel Görünüm ve Davranış:

Hasta aşırı telaş, korku içindedir, normalde aldırış edilmeyecek uyaranlara karşı aşırı derece duyarlıdır ve en küçük uyarana irkilme tepkisi verir. Yerinde duramayacak kadar huzursuzluk belirtileri, ellerde kaba titremeler görülebilir.

2.7.2 Konuşma ve İlişki Kurma:

Belirgin bir bozukluk yoktur, fakat aşırı telaş ve duyarlılık nedeni ile uyarıcı durumlardan kaçınmak isteyebilir. Bazı hastalarda, ilişkilerde duygu azalması, ilgisizlik ortaya çıkabilir. Hasta olayları anlatmak istemeyebilir, suskun kalabilir.

2.7.3 Duygulanım:

Duygulanımda bunaltı egemendir. Örseleyici ola anımsandıkça, düşlerde sık sık yaşandıkça hastanın sıkıntısı artar. Çok huzursuz ve tedirgin olur Bunaltı çok uzun sürerse bazen çökkünlük gelişebilir. Bu hastalıklarda sıklıkla insan ilişkilerinde ilgi azalması ve duygusal uyuşukluk vardır. Çevreye ilgisizlik, tepkisizlik, haz alamama, çabuk sinirlenme, öfke patlamaları görülebilir.

2.7.4 Bilişsel Yetiler:

Örseleyici olay ile ilgili bazı anılar için bellek çok güçlenmiştir, fakat olayın önemli bazı yönlerini hatırlayamaz. Başka olaylara karşı ilgi, dikkat azalmıştır. Hasta unutkanlıktan yakınabilir. En tipik belirti olan olayın sık sık anımsanmaması ve her anımsanısta yeni baştan yaşanıyor gibi algılanmasıdır (geri dönüşler, flashback). Olayla ilgili görüntüler, düşünceler, algılar yineleyici niteliktedir. Olayın yineleyici biçimde yaşanması düşlerde de olur. Kişi örseleyici olayı düşlerinde aynı biçimde sık sık görür, korkuyla uyanır.

Algılama ileri derecede artmıştır; hafif uyaranlar şiddetli algılanır, irkilme tepkisi doğurur; yanılsama ve varsanılar olabilir. Dikkati belli bir konuda tutulması güç olur. Yönelimde bozukluk yoktur. Çok ağır durumlarda şaşkınlık, zihin karışıklığı, yönelim ve bellek bozuklukları olabilir. Bunlar arasında amnezi, derealizasyon, depersonalizasyon türünden dissosiyatif belirtiler görülebilir.

2.7.5 Düşünce Süreci ve İçeriği:

Düşünce sürecinde genellikle belirgin bozukluk yoktur. Düşünce içeriğinde olayın yineleyici olarak anımsanması ve yaşanması hastayı çok tedirgin eder. Hasta olayı unutmak, düşünmemek ister, bunun için çabalar, fakat örseleyici olay bütün sahnesiyle, ayrıntılarla yineleyici biçimde düşüncede yaşanır. Olayı anımsatan ya da simgeleyen uyaranlarla belirtiler daha şiddetlenir. Olaydan sağ kurtulduğu için kendini suçlayabilir. Bunun yanı sıra, bazen çevreyi suçlama, hipokondriyak uğraşlar, gelecek kaygıları bulunabilir.

2.7.6 Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler:

Korku ve bunalıya ilişkin bütün bedensel ve fizyolojik belirtiler var. Organizma sürekli bir uyarılış içinde irkilmeye hazır durumdadır. Ayrıca örseleyici olay düşlerde sık sık yinelandığından uyku çok bozulur. Hatta bu geri görmemek için hasta bilinçli olarak uykusunu önlemeye çalışabilir.

2.8 Demografik Etmenler

2.8.1 Cinsiyet

Travma sonrası stres bozukluğu kadınlarda erkeklere nazaran daha yaygın görüldüğü saptanan pek çok araştırma bulunmaktadır (Frans ve ark., 2005, Tolin ve Foa, 2006, Breslau ve Anthony, 2007, Kessler ve ark., 1995). Kessler ve ark. (1995) ile Breslau ve ark. (1998) yapıkları büyük ölçekli 2 ayrı epidemiyolojik araştırmalarda kadınlarda erkeklerden daha çok TSSB riski var olduğu saptanmıştır.

Savaştan sonra gerçekleşen travmalardan kaynaklı faktörlerin cinsiyet açısından farkını araştıran araştırmaların büyük kısmında da, TSSB olma ihtimalinin erkeklere nazaran kadınlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Al ve ark., 2002, Ekblad ve ark., 2004, Mollica ve ark., 1987, Eytan ve ark., 2004, Gavrilovic ve ark., 2002, Scholte ve ark., 2004, Potts, 1994). Mollica ve ark. (1987) ile Ekblad ve ark. (2002) araştırmalarına katılan kadınların TSSB için daha yüksek potansiyel teşkil etmelerinin tecavüz, eşlerinin ve çocuklarının savaştan dolayı ölmeleri ve bekâr ya da dul kalmalarının var ettiği ruhsal çöküntü nedeniyle gerçekleşebileceğini ifade etmişlerdir. Bu araştırmaların çoğunda araştırmaya katılanların kendi cevaplarına dayalı ölçekler kullanılmıştır. Eytan ve ark. (2004) Kosovalı Arnavutların savaşın ardından belirtilerinin belirleyicilerini araştırdığı 996 kişilik büyük katılımlı bir araştırmada yapılandırılmış psikiyatrik görüşme de yapmış ve TSSB'nin kadınlarda daha çok

olduğunu saptamıştır. TSSB’de kadın/erkek oranı hususunda farklı neticeler bulan araştırmalar da vardır. Örneğin çatışmaların yoğun olduğu Diyarbakır’da yapılan 708 katılımlı bir araştırmada ise, TSSB yaygınlığı cinsiyet bakımından farkı tespit edilmemiş ve erkeklerin kadınlara göre daha .ok askeri çatışma ile ilişkili travmatik yaşantıyla karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır (Yasan ve ark.,2009). Gazze’de 585 kişiye yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılan araştırmada TSSB oranları erkeklerde %22.6, kadınlarda %13.5 olarak tespit edilmiştir (De Jong ve ark., 2001).

TSSB belirtilerini araştıran araştırmalarda kadınların travmatik yaşantılar karşısında daha cılız olabilecekleri tespit edilmiştir (Bryant ve Harney, 2003; Overback ve ark., 2001, Resick, 2001). Brewin v ark., (2000), çok sayıda araştırmada cinsiyetle ilgili veriler kadınların tehdit altında olduğunu gösterse de bazı araştırmalarda bu farkın olmadığı bildirilmektedir. Kadınların daha fazla tehdit altında olmaları kadınların yaşadıkları problemleri daha fazla dile dökmeleri ve daha sık çocukluk çağı travmasına uğramalarından kaynaklı ardından yaşadıkları yaşantılardan daha fazla etkilenmeleri şeklinde iki şekilde ifade edilmektedir.

2.8.2 Yaş

Brewin, Andrews ve Valentine (2000) meta analiz araştırmalarında daha küçük yaşta olmanın TSSB bakımından bir risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir. Buna rağmen araştırmacılar, bu doğrultudaki verilerin araştırmaya katılan katılımcı özelliklerinden etkilenmiş olabileceğini söylemişlerdir.

Kimi araştırmalarsa, bu bulgulardan farklılık göstererek, yaşın küçük olmasının travma ardından büyüme ile alakalı olabileceğini gösteriyor (Widows ve ark., 2005; Davis ve ark. 1998).Bu durum, TSSB, yaş, travma sonrası büyüme ilişkilerinin kompleks bir sistem gösterebileceğini işaret etmektedir (Perkonigg ve ark., 2000; Bramsen ve ark., 2000).

2.8.3 Medeni Durum

Sosyal desteğin; eş, aile üyeleri, ark vs. oluşturduğu pozitif etkinin psikiyatrik hastalığı olanlarda sorunu ve özkıym ihtimalini azalttığı bilinmektedir (Kawachi ve Berkman, 2001, Kessler ve ar., 1985, Chioqueta ve Stiles, 2007, Kaplan ve ark., 2007, Thoresen ve ark., 2006). Medeni durum ile TSSB’nin ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Savaşa giden askeri personelden boşanmış olanlarda evli olan ya da hiç evlenmemiş olanlara oranla TSSB daha yaygındır (Booth-Kewley ve ark., 2010). Bu veriler öncesinde askerler (Smith ve ark.,2008) ve siviller (Simon, 2002, Araya ve ark., 2007, Jamil ve ark., 2010) ile gerçekleştirilen

araştırmaların neticesiyle benzerlik teşkil etmektedir. Savaşa katılan askerlerle gerçekleştirilen araştırmalarda evli olmanın kendine zarar verme yönünden koruyucu etkisinin olduğunu gösterilmiştir.

TSSB'nin oluşu sosyal desteğin koruyucu yönünü zayıflatabildiği (Jakupcak ve ark., 2010, Kessler, 2000), diğer yandan eşler arasındaki problemleri ve ayrılma yüzdelerini yükselttiği bilinmektedir. Medeni durumun TSSB'ye etki edebilmesi bu konu hakkında tutarsız neticeleri açıklayabilir (Riggs ve ark., 1998, Zatzick ve ark., 1997, Kessler, 2000).

2.8.4 Etnik Köken-İrk

Etnik köken ve ırk ile TSSB ilişkisini araştıran araştırmalara çok azdır ve yapılan çalışmaların büyük kısmı da ABD'de gerçekleştirilmiştir. ABD'de gerçekleştirilen TSSB sıklığı ile alakalı iki araştırmada etnik köken-ırk farklılıkları ile alakalı tutarsız veriler saptanmıştır. Breslau ve ark., (2006) siyah, İspanyol ve beyazlar arasında TSSB sıklığı yönünden anlamlı düzeyde bir fark tespit edilemezken, Himle ve ark., (2009) Siyahlarda Beyazlardan hayat boyu TSSB sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Azınlık bir etnik kökene ait olmak daha fazla TSSB tehlikesiyle bağlantılıdır (Cardozo ve ark., 2004, North ve ark., 1999, Brewin ve ark., 2000). 2005 senesinde Londra'daki bombalama eyleminin ardından beyaz olmamak ya da Müslüman olmak TSSB yönünden güçlü bir tehdit edici etmen olmuştur. (Rubin ev ark., 2005). İsrail'de gerçekleştirilen araştırmalarda ise çatışmalar sürerken İsrail'de Arap azınlığa ait olmanın TSSB için önemli tehdit edici bir etmen olduğu bildirilmiştir. Örneğin Musallam ve ark. (2005) Yahudilerle karşılaştırıldığında İsrail'de hayatlarını devam ettiren Arap öğrencilerde daha yüksek stresörler tespit edildiğini, Hobfoll ve ark. (2006) ise şehirde hayatlarını devam eden büyük bir katılımlı çalışmada TSSB belirtilerinin Yahudilere göre Araplarda daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Azınlıkta kalan toplulukların TSSB için güçlü tehdit altında olmalarının sebebi; azınlık grupların güçlü travmalarla karşı karşıya kalmaları (Beals ve ark., 2002), riskli bölgelerde yaşaması, yüksek oranda ölüm, sakatlık ve yaralanma yüzdeleri (Hobfoll ve ark., 2006) ve felaketler sonrası daha az oranda sağlık tedavisinden yararlanabilmeleri ile açıklanabilir (Ford ve ark., 2006).

Etnik grupların TSSB'yi belirlemediği çalışma verileri de saptanmıştır. İsrail-Hizbullah savaşı ardından gerçekleştirilen 1200 katılımcının katıldığı bir araştırmada İsraili

sivil Yahudi ve Araplar arasında TSSB yönünden herhangi bir fark tespit edilememiştir (Hall ve ark., 2010). Benzer şekilde savaş ardından İsraili ve Arap ergenlerle gerçekleştirilen çalışmalarda da benzer veriler tespit edilmiştir (Hamama-Raz ve ark., 2008).

2.8.5 Travmatik Yaşantı Geçirmiş Olup-Olmamak

İnsanların %50 ile %75 arasında hayatları süresince en az bir kez travmatik bir yaşantıyla karşı karşıya kaldıkları bildirilmiştir (Davidson ve Foa, 1991, Breslau ve Kessler, 2001). Ayrıca bir travmatik yaşantıyla karşı karşıya kalma öyküsü var olanların da çoğunlukla birden fazla travmatik yaşantıyla karşı karşıya kaldıkları tespit edilmiştir (Breslau ve ark., 2004b). Geçmişte travmatik bir yaşantıyla karşı karşıya gelmenin bireyi daha sonraki travmatik yaşantıyla karşı karşıya kalma ardından TSSB olmaya duyarlı hale geldiği kabul edilir (Perkonig ve ark., 2000, Brewin ve ark., 2000). Savaş travmasına uğrayan sivillerde de önceki travmaya maruz kalma TSSB tehdidi ile bağlantılı bulunmuş ve bu sivillerde aileden birinin zarar göreceğine dair kaygının gözle görünür derecede yükseldiği bildirilmiştir (Nickerson ve ark., 2010). Önceki travmayla karşı karşıya gelme savaşa katılan askerlerde yükselmiş TSSB tehdidi ile bağlantılandırılmıştır (Smith ve ark., 2008, Iversen ve ark., 2008). Bu veriler, daha sonraki strese neden olan yaşantılara karşı bir “duyarlılaşma” olduğu yönünde tarif edilmiştir (Post ve Weiss, 1998). Önceki travma öyküsünün sonraki travmatik yaşantıyla karşılaştırıldığında TSSB tehdidini yükselttiğini kanıtlar nitelikteki çoğunlukla retrospektif ve kesitsel araştırmalardan bulunmuştur. Travmatik yaşantılarla alakalı retrospektif bilgi toplama hatırlama ile alakalı objektif olmamaya sebep olabilir ve bu zayıflık nedensel çıkarımların geçerliğini etkileyebilir. Psikiyatrik rahatsızlığı var olan insanlarda hoş olmayan yaşantılarını hatırlamaya daha eğilimli, psikiyatrik herhangi bir rahatsızlığı bulunmayanlarda ise unutmaya ve yaşanan benzer kötü yaşantılara nedensel anlamlar yüklemeye daha az eğilimli olabilirler (Kessler , 1997, Brewin ve ark., 1993, Schraedley ve ark., 2002).

Az sayıdaki araştırma önceki travma yaşantısı ile travmayla karşı karşıya kalma sonrası TSSB tehdidi arasında bağlantı olmadığı tespit edilmiştir (Perrin ve ark., 1996, O’Toole ve ark., 1998).

2.9 TSSB'nin Özellikleri

2.9.1 Travmanın Şiddeti:

Travmanın şiddetini nasıl tarif edileceği tartışmaya açıktır. Travmanın şekli, travmanın şiddeti üzerinde oldukça etkili bir role sahiptir. Kimi travma tiplerinin daha sık travmatik stres meydana getirdiği daha kötü klinik tablo ile bağlantılı olduğu kabul edilmektedir. Gerçekleştirilen kimi araştırmalarda tecavüze uğramanın diğer travma tiplerine göre daha fazla TSSB oranları ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (Resnick ve ark., 1992, Breslau ve ark., 1998). Sivillerle gerçekleştirilen bazı araştırmalarda travma şiddeti daha fazla travma tipi ve sayısı ile ölçülmüştür. Ülkemizde depremzedelerle yapılan çalışmalarda travma oranı, travma esnasında duyulan korkunun seviyesi ve deprem merkez üssüne olan yakınlığın travmanın şiddetini tanımlayıcı etmenler olduğu bildirilmiştir (Başoğlu ve ark. 2001; Kılıç ve ark 2003).

Savaş travması ve işkenceye uğramanın da yüksek TSSB düzeyleri ile alakalı olduğunu söyleyen pek çok araştırma vardır (Johnson ve Thompson, 2008, Kashdan ve ark., 2009, Başoğlu ve ark.,1994). Savaşlar pek çok ayrı tipte travmatik yaşantıyla alakalı olabilmektedir. Özellikle hangi olayların psikiyatrik hastalıkların oranını yükselttiği ile veriler sınırlıdır. Gerçekleştirilen araştırmalarda Nazi toplama kamplarında hapsedilme (Dahl ve ark., 1998, Hinton ve ark., 1998, Scholte ve ark., 2004), işkenceye maruz kalma (Başoğlu ve ark., 2005, Dahl ve ark., 1998, de jong ve ark., 2001, Jaranson ve ark., 2004, Scholte ve ark., 2004, Silove ve ark., 2002, Steel ve ark., 2009), kaçırılma (Scholte ve ark., 2004), sevdiğini birini kaybetme (Blair, 2000) gibi travmatik yaşantıların diğer savaş travmalarına göre daha yüksek seviyede TSSB ve depresyona sebep olduğu bildirilmiştir. 2009 yılında gerçekleştirilen meta-analizde, savaştan etkilenen sivillerde hem TSSB hem de depresyon tehdidi ile en güçlü bağlantının işkenceye maruz kalmak olduğu bildirilmiştir (Steel ve ark., 2009).

Savaş esnasında bir silahlı saldırı ardından fiziksel bir yaralanma gerçekleşen kişinin işlevselliği için var olan potansiyeli azalırken, yalnızca yaşantıya şahitlik eden fakat herhangi bir fiziksel yaralanması olmayanın işlevsellikli olabilmesi için daha fazla kaynağın olacağı iddia edilmektedir. Kadınlar için küçük yaşta cinsel taciz TSSB tehdidi için çok güçlü bir öngörüdür (McCutcheon ve ark., 2010). Travmatik olayın sayısı da TSSB riskini etkiler (Hedtke ve ark., 2008, Perkonig ve ark., 2000). Irak'ta savaşan askerlerde savaşa katılma kontrol edilmesine rağmen "öldürme ya da ölümden sorumlu olmanın" TSSB için önemli bir öngörü olduğu bildirilmiştir(Maguen ve ark., 2010).

Savaş travmasına uğrayan İsraililerle gerçekleştirilen bazı araştırmalarda TSSB ile travma şiddeti arasında bağlantı kurulamamış fakat travmanın şiddetinin belirlenmesi için travmanın tipinin önemli bir husus olduğu bildirilmiştir (Bleich ve ark., 2006, Shalev ve ark., 2006, Neria ve ark., 2010).

2.9.2 Travma Esnasında Duyulan Öznel Sıkıntı

DSM-5Örselenme sonrası gerginlik bozukluğu tanısı için öznel sıkıntı A kriterinde, travmayla karşı karşıya kalan kişinin duyduğu öznel sıkıntının tipi ve yoğunluğu tanımlanmıştır. Aşağıdaki yollardan biriyle ya da birden çoğuyla, gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanma karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğramış olma; doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama, başkalarının başına gelen olay(lar), doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme), bir aile ya da yakın arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme, aile bireylerinin ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olması, örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn: insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden karşılaşan polis memurları).Özetle travma esnasında kişinin olayı doğrudan yaşantılaması gerekmemektedir (Köroğlu, 2014).

Türkiye’de depremzedelerle yapılan çalışmalarda öznel sıkıntının, TSSB için en önemli öngörü olduğu, deprem sırasında hissedilen korku ne kadar fazla ise TSSB belirtilerinin de o kadar şiddetli olduğunu ortaya koymuştur (Başoğlu ve ark., 2002, Şalcıoğlu ve ark., 2003, Kılıç ve Ulusoy, 2003).

Bireyin travmatik yaşantıyı daha önceden öngörememe ve kontrolü elinden kaçırma hissi TSSB tehdidini yükseltir (Başoğlu ve ark., 2005, Başoğlu ve ark., 2007). Travmatik olayın önceden yordanamaması daha yüksek korku duyulmasına sebep olabilir; buna eşlik olarak travmatik yaşantıyla ilgili eğitim ve hazırlık yapma kontrolü elinden kaçırma riskini azaltarak travma anında duyulan anksiyetenin ve gerçekleşebilecek psikolojik etmenlerin azalmasına neden olabilir (Başoğlu ve ark., 2007).

2.10 Baş Edebilme Stratejileri

Stresin niteliği, bireyin stresi ele alış biçimin ne şekilde olduğu ve baş edebilme stratejileri ve bireyin kişisel kaynakları işleve geçirme yeteneği, stresle baş edebilme becerisini belirleyen etmenler arasında en önemlileridir. Ek olarak, başka bazı durumsal değişkenler bireyi stresin etkilerini azaltabilmesini gerçekleştirebilmektedir. Yaşantının

öncede öngörülebildiği, sosyal desteğin varlığı ve kalitesi, duygusal paylaşım, bilgi paylaşımı, sosyal karşılaştırma olanaklarının var olması gibi değişkenler bu çerçevededir. Travmayla, hatta ağır travmalarla, karşılaşan kişilerin bir çoğunda TSSB'nin belirmesi, buna dönük diğer kimi kişilerin travma sayılamayacak yaşantılarının sonrasında TSSB belirtileri ortaya çıkarmasını bu tarz etmenlerle açıklayabiliriz. Bundan dolayıdır ki; başa çıkma stratejilerinin önemi alenidir (Buck, 1991; Erol ve ark., 1999).

Beri taraftan travmatik olay karşısında bireyin baş edebilme becerileri güçsüz gelebilir ve birey kendisini çaresiz hissedebilir (Önder ve Tural, 2004). Başa çıkmayı, bireyin o an ki kaynaklarıyla üstesinden gelemeyeceği ya da üstesinden gelmekte güçlük çektiği içsel ve dışsal beklentileri karşılamakta kullandığı bilişsel ve davranışsal gayretleri tarif eder (Lazarus, 1993).

Stresle baş edebilme stratejilerinin ne türlü kategorilendirileceği hususunda pek çok farklı fikir ayrılığı bulunmaktadır. En çok fikir birliği gerçekleştirilen yaklaşıma göre baş edebilme stratejileri, duygu odaklı (Pasif) ve problem odaklı (aktif) teknikler ve kaçınan şeklinde üç ana sınıf içerisinde araştırılır. Problem odaklı baş edebilme stratejilerini kullanan bireyler, doğrudan stres yaratan durumu anlamaya ve değiştirmeye çalışırlar. Yani, burada stresör oluşturan olayın yok edilmesine, olayın etkisinin en aza indirilmesine ya da stresör kaynağıyla bireyin bağlantısının dönüştürülmesine dönük gayretler söz konusudur. Bu, bilişsel tekrar yapılandırma süreçleri içinde, stresör etmeninin fark edilmesi, aktif şekilde yorumlanması, olayı değiştirecek seçeneğin seçilmesi ve sorunu çözme doğrultusunda, aktif bir şekilde harekete geçilmesi gibi bilişsel ve davranışsal becerileri barındırır. Duygu odaklı baş edebilme stratejilerini kullanan bireyler ise başa edebilmede stresli durumu veya sorunu direkt değiştirmeye yönelmeksizin, stresli duruma yeni manalar yüklemeyi ve olaya dair duyguların düzenlenmesini, düşürülmesini veya yok edilmesini amaçlamaktadır. Kaçınan biçimde ise birey yine sorun ya da durumu değiştirmeye çalışmaz; fakat ikinci tarzdaki farklı olarak burada baş edebilme sorun hakkında düşünmeye sevk etmeyi blokelemeyi, bunun için başka uğraşlarla kafa yormayı barındıran yöntemleri dener. Bu üç baş edebilme stratejilerinden son ikisi uyum bozucu (maladaptif) tarzlar olarak isimlendirilirlerken, ilki, sorun odaklı aktif baş edebilme daha iyi bir tarz olarak görülür (Folkman ve ark., 1986; Lazars, 1985; Staiger ve ark., 2009). Araştırmada kullanılan stresörle baş edebilme stratejileri ölçeği Türkçe 'ye Şahin ve Durak tarafından uyarlanmıştır ve bu araştırmacıların saptadığı boyutlar da bu kategorilendirilmeyle uyumludur. Şahin ve Durak sorun ve duygu odaklı şeklinde iki sınıflandırmayı ele alan iki baş edebilme stratejisi kendi içlerinde ayrılmıştır.

Böylelikle sorun odaklı (aktif) baş edebilme stratejisi, “kendine güvenli”, “iyimser”, “sosyal desteğe başvurma olarak, duygu odaklı (pasif) yaklaşımlar ise “çaresiz” ve “boyun eğici” olarak beş etmene ayrılmıştır (Şahin ve Durak, 1995).

2.11 Tanı

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) kişinin bütünlüğünü risk altına alan , korku duygusunu ortaya çıkaran ve bir şey yapamayacak konuma getiren, ister kendiliğinden isterse kendisi dışında gelişen baş etme seviyesinin üstünde yaşanan travma sonucunda gerçekleşen ve kronikleşmeyi yordayan ruhsal bir patolojidir. Travma neticesinde ortaya çıkan tekrar yaşama, kaçınma, irkilme ve mesleki uyarılmışlık belirtileri ana ruhsal belirtileri kapsar. Bu belirtiler bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya neden olur (APA, 2000).

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM 5 sınıflamasında (Koröğlu, 2014) Travma sonrası Stres bozukluğu tanı kriterlerinde bazı değişiklikler olmuştur:

DSM 5’te Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nun A ve B tanı kriterleri değiştirilmiştir. DSM-4-TR’deki A2 tanı ölçütü tümünden silinmiş ve 6 yaşından önceki çocuklar için özel tanı ölçütleri oluşturulmuştur (Çöpür, 2015).

Genel olarak bu değişiklikler de tanı güvenilirliğini arttırmaya yöneliktir. Aynı zamanda yapılan değişikliklerle çocuklar üzerinde daha iyi bir belirleme yapılmış bir durumdadır. Özellikle 6 yaşından küçük çocuklar için oluşturulmuş olan yeni tanı ölçütlerinin tanı güvenilirliğini ve geçerliliğini arttıracakı düşünülmektedir (Çöpür, 2015).

DSM 5 tanı kriterlerine baktığımızda:

Örselenme Sonrası Gerginlik (Travma Sonrası Stres)Bozukluğu

Not: Aşağıdaki tanı ölçütleri, erişkinler, gençler ve altı yaşından büyük çocuklara uygulanır. Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklar için aşağıda ona karşı gelen tanı ölçütlerine bakın.

A. Aşağıdaki yollardan biriyle ya da birden çoğuyla, gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanma karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar), doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).

3. Bir aile ya da yakın arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme, aile bireylerinin ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.

4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn: insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden karşılaşan polis memurları).

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

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

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

Not: 6 yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışı 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 görebilirler.

3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı dissosiasyon tepkileri(örn. Geriye 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 olayları simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.

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

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirti, 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 bunlarda uzak durma çabaları.

2. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlarda 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 olmasıdır.

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 güvenilmez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).

3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, 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 katılımı 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 ikisinin ya da daha çoğunun olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilintili, uyarılma ve teki 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 kışkırtma karşısında).

2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar verme davranışlarında 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 uzundur.

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme Belirtileri(dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sorası 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 süreçlerden 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 azalmanın 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 alttütün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. Bilinç karalamaları, alkol esrikliği sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Kompleks parsiyel katılımlar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaylardan sonra en az 6 ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa süre içinde başlasa da).

Altı Yaşındaki ve Altı Yaşının Altındaki Çocukları İçin Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu

A. Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklarda aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde, ölümle, ağır yaralanma karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğrama:

1. Doğrudan Örseleyici olaylar yaşama.
2. Özellikle birincil bakım verenler olmak üzere, başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan doğruya görme (buna tanıklık etme).
3. Ana babasından birinin ya da bakım veren kişinin başına Örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme.

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

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

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

2. İçeriği ve/ya da duygulanım Örseleyici olay(lar)a 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 dönüşler). (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 canlandırma yapabilirler.

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

5. Örseleyici olayları anımsatıcılara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkileri gösterme.

C. Ökseleyici olay(lar)la ilintili uyararlardan sürekli bir kaçınmayı ya da ökseleyici olay(lar)a ilintili bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değışiklikler olduğunu gösteren, olay(lar)dan sonra başlamış ya da kötüleşmiş, aşağıdaki bir(ya da birden çok) belirti bulunmalıdır:

Uyararlardan Sürekli Kaçınma:

1. Ökseleyici olay(lar)ın anılarını uyandıran etkinlikler, yerler ya da nesnel anımsatıcılardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
2. Ökseleyici 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, utanç, şaşkınlık).
4. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da karılımda belirgin azalma, bu durum, oyun oynamada bir kısıtlılık göstermeyi da kapsar.
5. Toplumsal olarak geri çekilme, içe kapanma.
6. Sürekli bir biçimde, olumlu duyguları daha az gösterme.

A. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğı) ile belirli, Ökseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, ökseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde değışiklikler 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) (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).

B. Bu bozukluğun süresi bir aydan uzundur.

C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da ana-babasıyla, kardeşleriyle, yaşlılarıyla ya da diğer bakım verenlerle ilişkilerinde ya da okulda davranışlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. İlaç 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 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, 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 (Köroğlu, 2014).

2.12 Ayırıcı Tanı

Travma sonrası stres bozukluğunun göstermiş olduğu kimi semptomlar diğer kimi ruhsal bozuklukların semptomları ile paralellik göstermektedir. Bu açıdan semptomların benzerliği söz konusu olduğu için ayırıcı tanının yapılması travma sonrası stres bozukluğu cephesinden oldukça önem arz etmektedir.

Eskiden “travmatik nevroz” olarak bilinen örselenme sonrası zorlanma bozukluğu tanısı için kişinin olağan dışı ağırlıkta örseleyici bir olay yaşamış olması gerekmektedir. İşten atılma, boşanma, hastaneye yatma gibi örseleyici olaylardan sonra ortaya çıkan ruhsal belirtiler “uyum bozukluğu” başlığı altında ele alınır.

Bütün hastalarda organik beyin bozukluğunun (beyin zedelenmesi) olup olmadığı iyice incelenmelidir. Akut belirtiler yatıştıktan, yineleyici düş ve düşünceler durduktan sonra hastalarda uzun süre yaygın bunaltı ve çökkünlük belirtileri bulunabilir. Bunların örselenme-sonrası-zorlanma bozukluğunun kalıntısı olup olmadığını ayırt etmek geçirilmiş örselenme öyküsü ile sağlanır. Olağan dışı örseleyici bir olaydan sonra ortaya çıkan ruhsal belirtiler başka bir ruhsal bozukluğa (kısa psikotik bozukluk, konversiyon bozukluğu gibi) uyabilir. Bu tanılar tek başına ya da TSSB belirtileri var ise birlikte konulabilir.

“Akut Stres Bozukluğu” belirtileri örseleyici olaydan sonraki ilk bir ayda başlayıp geçer. Başta akut stres bozukluğu tanısı konulan bir kişide belirtiler uzarsa tanı TSSB olarak değiştirilebilir. TSSB’nin bir başka bunaltı bozukluğu ya da ruhsal hastalık ile birlikte görülme olasılığı %81 olarak bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin., 2014).

TSSB belirtileri ile gelen hastada “temaruz” olabileceği de akılda bulundurulmalıdır. Bu durumdan kuşkulanırsa ikincil kazançlara dikkat edilmesi gerekir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

2.13 Komorbidite

Hem klinik anlamda hem de yapılan sıklık araştırmalarında travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan bireylerin çok büyük bir kısmında travma sonrası stres bozukluğuna ek olarak bir başka ruhsal bozukluğun bulunduğunu tespit etmişleridir. Travma sonrası stres bozukluğu genellikle duygudurum bozuklukları, Madde kötüye kullanımı/Bağımlılığı, Dissosiyatif bozukluklar, Kişilik Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar, Yeme Bozuklukları, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Psikotik Bozukluklar ile beraber eşlik edebilmektedir (Brady ve ark., 2000, Davidson ve Connor, 1999).

Kessler ve arkadaşlarının araştırmasında, ruhsal bozukluklar %27.9 ile %51.9 bandında travma sonrası stres bozukluğuyla beraber görülmüştür. Erkeklerde diğer ruhsal hastalıklara nazaran daha fazla görülen psikiyatrik bozukluk, Alkol kötüye kullanımı/Bağımlılığıdır. Alkol kötüye kullanımı/Bağımlılığını Depresyon, Davranım Bozukluğu ve Madde Kötüye Kullanımı takip etmektedir. Bunu Basit Fobi, Sosyal Fobi ve Alkol Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı takip etmektedir. TSSB vakalarında Madde Kötüye Kullanımı%73, Depresyon %26, Antisosyal Kişilik Bozukluğu %31, Distimi %21 ve OKB %10 oranında saptanmıştır (Kessler ve ark., 1995).

Kimi araştırmacılar, TSSB ile Borderline Kişilik Bozukluğu arasında da bir Komorbidite olduğunu iddia etmişlerdir, ciddi anlamda bu ikisi arasında Borderline Kişilik Bozukluğunun çok ağır ve kronik bir TSSB olduğunu iddia eden araştırmacılar dahi vardır. Anksiyete ve Depresif semptomların eşlik etmesinin Kronik TSSB için önemli bir yordayıcı olduğu ifade edilmiştir(12). TSSB'ye eşlik eden diğer ruhsal bozukluklar travmanın türü, biçimi, şiddeti ve sosyokültürel yapısı gibi dinamiklerden etkilendiğinden dolayı bu araştırmalarda birbirinden farklı oranlar tespit edildiği belirtilmektedir (Baysak, 2010).

2.14 Prognoz

Travma sonrası stres bozukluğunun gidişatına dair kesin tanılar belirlemek oldukça zor olsa bile travma sonrası stres bozukluğu prognozu ile alakalı kısmi araştırmalar bulunmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğunun travmanın ardında belirmesi bir ay gibi kısa bir zaman diliminde ortaya çıkabildiği gibi kimi zaman otuz yıl kadar uzun bir zaman diliminden sonra da ortaya çıkabilmekte, belirtilmektedir. Semptomlar zaman içerisinde değişiklikler görülebilmektedir. TSSB ortaya çıkan bireylerde travmatik yaşantının ardından altıncı ayda %74'nn, onikinci ayda %60'ının TSSB tanı kriterlerine uyduğu saptanmıştır. TSSB tanısı alan bireylerde iyileşme süresi yaklaşık olarak 24.9 ay iken altmış ayın bitiminde bireylerin 3'tel'inde hala TSSB tanısı alıp tedavi olan kişilerin iyileşme süreci otuz altı ay, tedavi almayanlarda iyileşme süresi altmış ay olarak saptanmış ve TSSB tanısı almış bireylerin 3'tel'inde iyileşme saptanmamıştır (Kessler ve ark., 1995).

Travma sonrası stres bozukluğu vakalarının %46'sının kronik gidişatlı olduğu tespit edilmiştir (Davidson ve Foa, 1991). 1988 Ermenistan depremi ardından gerçekleştirilen bir gözlem araştırmasında, depremin üç yıl ardından Travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının şiddetinde herhangi bir düşme olmadığı saptanmıştır (Goenjian ve ark., 2000). 1972'de Amerika Birleşik Devletleri'nde olan bir baraj yıkılmasından kaynaklanan sel baskınında etkilenen kişilerin önemli bir bölümünde facianın on dört yıl ardından bile TSSB başta olmak üzere birçok ruhsal bozuklukların hala var olduğu tespit edilmiştir (Green ve ark., 1992).

TSSB'nin kalıcı hale gelmesine sebep olan risk etmenleri; ailede psikopat davranış öyküsü, anksiyete bozukluğu tanısı, kadın cinsiyet, ek tıbbi hastalıklılar olarak söylenebilir (Breslau ve Davis, 1992). İstenilen gidişat kriterleri arasında; semptomların hızlı bir şekilde belirmesi, semptomların kısa süreli olması (altı aydan kısa), iyi hastalık öncesi işlevsellik, kuvvetli sosyal destek ve diğer ruhsal, tıbbi ya da madde kullanımı ile bağlantılı

bozuklukların olmaması olarak söylenebilir (Pine, 2000). Travma sonrası stres bozukluğu, daha çok kalıcı gidişatlı ve yeti yitimine sebep ola ruhsal bozukluk olup tanı ve tedavisi güçlü bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

2.15 Sağaltım

Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu sağaltımında ilaç uygulaması ve psikoterapinin birlikte kullanılması önerilmektedir. Belirtilerin çok şiddetli olmadığı durumlarda öncelikle psikoterapi, daha şiddetli durumlarda ilaç ve psikoterapinin birlikte uygulanmasında fayda görülmektedir (akt. Öztürk ve Uluşahin, 2014).

2.15.1 TSSB'nin İlaçla Sağaltımı

İlaç sağaltımının amaçları şu şekilde sıralanmaktadır:

- Uykuyu düzenlemek
- Zorlayıcı düşünceler, ger dönüşler ve kâbusları azaltmak
- Kaçınma davranışını gidermek
- Aşırı uyarılmayı azaltmak
- Depresyonu düzeltmek
- Kendine zarar verme davranışını azaltmak

Örselenme sonrası gerginlik bozukluğu sağaltımında en çok kullanılan ilaçlar şunlardır:

- Seçici Serotonin geri alım önleyicileri (SSGÖ)
- Başka Antidepresanlar (mirtazapin, venlafaksin, trazodon)
- Antiepileptikler (valproik asit, karbamazepin)

2.15.2 TSSB'de Psikoterapi

Hastayı rahatlatacak, gevşetecek, korku ve endişelerini azaltacak psiko-terapötik yaklaşım zorunludur. Örselenme sonrası zorlanma bozukluğunda en uygun ruhsal sağaltım “bilişsel davranışçı psikoterapidir.” En çok kullanılan ve en yararlı olan yaklaşım üstüne giderek alıştırma (exposure) yöntemidir. Hasta örseleyici olayla çağrışım yapan herhangi bir yer, eşya ya da kişiyle karşılaştığında belirgin tedirginlik yaşandığından bu gibi durumlardan kaçınmayı tercih eder. Alıştırma sağaltımında ya zihinde ya da gerçek yaşamda (in vivo) giderek artan biçimde karşılaşılarak bu durumlarda bir duyarsızlaşma sağlanmaya çalışılır. Bunun yanı sıra bilişsel olarak travmanın anlamı, önemi, organizmadaki etkileri açıklandıktan

sonra bu tür bir yaşantının üzerinden gelmesi için hastanın yeni bakış açıları geliştirmesine çalışılır. Ağır örselenme ile karşılaşmış kişilerin anılarını dinlemek, olayı ayrıntılarına dek anlattırmak, boşalmayı sağlamak da kuşkusuz bu sağaltımın önemli bir yanıdır. Bunu yaparken hastada gevşeme ve bunalıntıyı azaltma yöntemleride uygulanabilir. Uygun seçilmiş hastalarda iyi eğitim görmüş kişilerce hipnozla rahatlama yolları hastaya öğretilir (akt. Öztürk ve Uluşahin, 2014).

2.15.3 EMDR

EMDR yani göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme; Psikodinamik, bilişsel, davranışçı ve danışan odaklı kuramlar gibi en çok bilinen ve uygulanan farklı tarzların unsurlarını bir potada eritebilen bir yöntemdir (Shapiro, 2001). Birçok araştırma, EMDR'ın TSSB'de etkili olduğunu kanıtlamıştır (Petty ve ark., 2001, Scheck ve ark., 1998). TSSB'nin sağaltımında, Travma odaklı BDT ve EMDR'ın diğer tüm terapi tekniklerinden daha iyi olduğu saptanmıştır (Bisson ve Andrew, 2007).

2.15.4 TSSB'de Grup Tedavisi

Grup tedavisi, travmadan etkilenen insanlar için travmatik materyali güven, bütünlük ve empati içinde diğer travmadan etkilenenlerle paylaşabileceği istenilen bir sağaltım edici ortamdır. Grup üyeleri, travmalarını anlayabilmeyi ve analiz edebilmeyi başarabildikleri zaman çoğu zaman kendilerine olan güvenleri artar. Grup üyeleri travmayla ilişkili utanç, öfke, suçluluk, korku, şüphecilik ve kendini kınama duygularını tartışıp paylaştıkça kendilerini geçmişten çok bugüne odaklanmaya hazırlarlar. Bir kişi kendi hikayesini anlatırken üzüntü, anksiyete ve suçluluk gibi travmayla alakalı duygularını dolaylı olmayacak şekilde karşı karşıya gelirken, travma yaşayan diğer bireylerde kendi semptomları, anıları ve hayatın başka problemleri ile baş edebilmeyi öğrenme fırsatı yakalayabilirler (Tükel ve Alkın, 2006).

2.16 TSSB ve Savaş

Vietnam savaşı ile beraber günümüz dünyasında örselenme sonrası zorlanma bozukluğuna olan alaka yükselmiş ve TSSB ilk defa 1980 senesinde DSM-III'te kendine yer bulmuştur. Çağımızda TSSB taraması ve tanısı için kullanmakta olduğumuz ölçme envanterlerinin pek çoğu savaş travmasını analiz etmek için derlenmiştir. Vietnam Savaşı'nın ardından askerlerle gerçekleştirilen bir çalışmada NVVRS sonuçları, savaş travması

yaşayanların%15'inin TSSB tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir. Bu verilen savaş yaşamış olan üç milyondan fazla askeri kökenli insanın yaklaşık olarak 500.000'inde çalışmanın gerçekleştirildiği zamanda TSSB bulunduğuna işaret etmektedir. Kore savaşında yer alan 5352 Koreli askerin katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada savaşta elli sene sonra TSSB seviyesinin %17 olduğunun tespit edilmesi, savaşın neden olduğu problemlerin ciddiyeti ve kalıcılığı hakkında görüş ifade etmektedir (İkin ve ark., 2010).

Günümüzde gerçekleşmekte var olan savaşlar milyonlarca insanın yaşamını etkilemektedir. Savaş esnasında insanın en temel haklarının güvence altına alınması güçleşir, toplumda ve kişide kimi alanlarda problemler meydana gelir. Onlarca psikolojik hastalığın belirmesi veya etkilenmesi, toplumda ve kişilerde şiddet ve saldırganlık davranışında artış, temel insani ilkelerin kaybedilmesi, bireyin şahsına ve bağlantılı olduğu çevreye depersonalize olması, büyümekte olan nesillerin kişilik gelişiminde negatif ve kronik etkileri bu değişikliklerden bazılarıdır. Savaş sonrası beliren psikolojik bozuklarında ilkinde var olan TSSB, savaşın ortaya koyduğu yaraların en uzun zamanlı olanlarında sadece bir tanesidir. Savaş ardından TSSB'nin sıklığı savaş sona erdikten seneler sonrada normal çevreye göre yüksek olabilir (Başoğlu ve ark., 2005).

2.17 Mülteciler ve Mültecilerin Psikolojisi

1951 Cenevre Sözleşmesinde yer alan tanıma göre mülteci; 1951 yılından evvel Avrupa'da ortaya çıkan olaylardan dolayı ırkı, dini, dili, milliyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyet ve siyasi düşüncelerinden dolayı zulüm göreceği konusunda haklı bir korku taşıyan, bu korkuları yüzünden ülkesinden kaçmak zorunda kalan ve korkusundan dolayı ülkesine geri dönemeyip başka bir ülkeye sığınan kişidir. Daha sonra gerçekleştirilen uluslararası görüşmeler neticesinde savaş, iç savaş, yaygın şiddet gibi olaylar nedeniyle canlarını kurtarmak içi ülkelerini terk etmek zorunda kalan kişilerde mülteci tanımı kapsamına alınmıştır. Mültecilik dünya genelinde giderek artan bir problem haline gelmiştir. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) verilerine göre dünya genelindeki mülteci sayısının 2012 yılı sonunda 45.2 milyona ulaştığı ve mültecilerin ülkelerini terk etme nedenleri arasında savaşların ilk sırada olduğu görülmektedir (UNHCR, 2013).

Savaştan kısa bir süre önce çıkan mülteciler birçok sayıda travma yaşamış olarak kabul edilmektedir (Ai ve ark., 2002) ve ciddi travmatik yaşantılar, ölüm ve ağır yaralanma deneyimleri mültecilere sık görülmektedir (Davis ve Davis, 2006). ABD'de hayatını devam

ettiren Kosovalı mültecilerle gerçekleştirilen bir araştırmada, mültecilerin yaşamış oldukları travmatik olayları yaygınlıklarına göre şu şekilde sıraya koymuşlardır; yaşadıkları yerden kurtarılma, mülteci kampında yaşama, ilaç yetersizliği, beslenme yetersizliği, eşyaların çalınması, barınak problemleri, giyim yetersizliği, sevdiği kişilerden ayrı kalma, zorunlu yürüyüşler, yalnız başına bir hücreye hapsedilme, malvarlıklarını kaybetmeleri, toplama kampında bulunma, ailenin dövülmesi, sağlığının bozulması, aileden birinin ölmesi, şiddete tanıklık etme, kaçırılma, sevdiği birinin kaybolması, aileden birinin ölmesi, şiddete tanıklık etme, dövülme, fiziksel yaralanma, ölüme tanıklık etme, cinsel eylemler (Bisson ve Andrew, 2007). Bu travmatik yaşantılara ayrıca mültecilerin sosyoekonomik dezavantajlara, yoksulluğa, aile yapısında ve işlevinde değişikliklere, sosyal desteğin kaybolmasına, eğitime ulaşmakta zorluğa, oldukça kalabalık ortamlarda yaşamak zorunda kalma, düşmanca tutum ve ırkçılığa maruz kalma, kültürel farklılığın getirdiği zorluklar ve izolasyonu da barındıran bağlamsal stresörlere maruz kaldığı farz edilmektedir (Porter ve Haslam, 2005, Miller ve Rasmussen, 2010).

21. Yüzyıla kadar milyonlarca kişinin savaştan etkilenmesine karşın savaştan etkilenmiş topluluklarla gerçekleştirilen sistematik ve uzun zamanlı araştırma sayısı oldukça azdır. Modern savaşlar askerlerden daha çok sivil toplulukları etkilese de elimizdeki savaş ile ilgili ruh sağlığı bilgileri daha çok savaş gazilerine dönüktür (Lee ve ark., 1995, Shlosberg ve Strous, 2005). Bununla beraber batı toplumlarında gerçekleştirilen araştırmalar savaş meydanında kalmış topluluklarla değil daha fazla kendilerine sığınmış mültecilerle gerçekleştirilmiştir (Steel ve ark., 2002, Chung, 1993).

Ocak 2016 itibariyle UNHCR Türkiye istatistikleri aşağıdaki tablolarda ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Ocak 2016 itibariyle UNHCR Türkiye İstatistikleri*

Tablo2. 31.01.2016 İtibariyle Kayıtlı Mülteci ve Sığınmacıların Yaş, Cinsiyet ve Geldikleri Ülkelere Göre Dağılımı

	0-4		5-11		12-17		18-59		60+		Toplam
ÜLKE	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K+E
AFGANİSTAN	3436	3736	5908	6888	3844	6015	17663	47342	511	689	96032
İRAN	522	569	932	1057	608	863	7252	12455	169	170	24597
IRAK	6141	6541	9954	11008	6191	7443	27888	40819	2066	1882	119933
SOMALİ	98	128	234	233	230	245	1351	1372	44	46	3981
DİĞERLERİ	252	237	322	380	192	217	2653	4948	97	111	9409
TOPLAM K/E	1044	1121	17350	19566	11065	1478	56807	106936	2887	289	
GENEL TOPLAM	21660		36916		25848		163743		5785		253952

Tablo 3. 31.01.2016 İtibariyle Kayıtlı Mülteci Yaş, Cinsiyet ve Geldikleri Ülkelere Göre Dağılımı

	0-4		5-11		12-17		18-59		60+		Toplam
ÜLKE											
AFGANİSTAN	101	124	250	271	273	382	957	1128	37	63	3586
İRAN	115	116	245	275	172	213	1859	2408	65	61	5529
IRAK	1058	1144	1999	2223	1257	1545	6171	7886	524	472	24279
SOMALİ	75	93	161	172	150	199	798	673	23	26	2370
DİĞERLERİ	105	106	131	172	96	94	641	751	60	55	2211
TOPLAM K/E	1454	1583	2786	3113	1948	2433	10426	12846	709	677	
GENEL TOPLAM	3037		5899		4381		23272		1386		37975

Tablo 4. 31.01.2016 İtibariyle Kayıtlı Sığınmacıların Yaş, Cinsiyet ve Geldikleri Ülkelere Göre Dağılımı

	0-4		5-11		12-17		18-59		60+		Toplam
ÜLKE											
AFGANİSTAN	3335	3612	5658	6617	3571	5633	16706	46214	474	626	94446
İRAN	407	453	687	782	436	650	5393	10047	104	109	19068
IRAK	5083	5397	7955	8758	4934	5898	21717	32933	1542	1410	95654
SOMALİ	23	35	73	61	80	46	553	699	21	20	1611
DİĞERLERİ	147	131	191	208	96	123	2012	4197	37	56	1611
TOPLAM K/E	8995	9628	14564	16453	9117	12350	46381	94090	2178	2221	
GENEL TOPLAM	18623		31017		21467		140471		4399		215977

Suriyeliler, Türk Hükümetinin tanıdığı geçici koruma hakkıyla Türkiye’de ikamet ettikleri için sayıları genel istatistiklere yansıtılmamıştır (UNHCR, 2016).

2.18 Irak’ta ve Suriye’de Savaş ve Göç

Araştırmama aldığım kişiler Irak’ın Sincar(Şengal) kentinden ve Suriye’nin Kobani(Ayn el-Arap) kentinden gelen kişilerin katılımı gerçekleşmiştir.

Iraklılar özellikle 1979 senesinde Saddam Hüseyin ve Baas rejiminin başa geçmesininardındandevamlı savaşa beraber yaşamak zorunda kalmışlardır. 1980-1988 arası Irak-İranSavaşı, 1991’de Irak’ın Kuveyt’i işgali sonrasında Birleşmiş Milletlerin desteği ileABD’nin müdahalesi (“Körfez Savaşı” veya “Çöl Fırtınası Harekatı”) ve 1991-2003 yılları arasıBirleşmiş Milletlerin aldığı kararla uygulanan ekonomik ve askeri ambargo nedeniyle büyük yıkıma uğrayan Irak halkı Mart-2003’te başlayan ve ölüm oranlarına bakıldığında 21.Yüzyılın en büyük uluslararası savaşı olan ve günümüze kadar devam eden 2. KörfezSavaşına maruz kalmıştır (Burnham ve ark., 2006). Iraklılar Saddam Hüseyinrejiminin sona ermesinde sonra kendilerini yeni sistemin belirsizliği içindebulmuşlardır (Shoeb ve ark., 2007).

2014 senesinde IŞİD hem Irak’ta hem de Suriye’de birçok şehirde saldırılar gerçekleştirmiştir. Bu şehirlerden ikisi Irak’taki Sincar(Şengal) kenti ile Suriye’deki

Kobani(Ayn el-Arap) kentidir. IŞİD Sincar(Şengal)’a saldırı gerçekleştirdiğinde ve şehri ele geçirdiğinde orada yaşayan insanların hayatı derinden etkilenmiştir. IŞİD yüzlerce Yezidiyi öldürmüş, Yezidi kadınları da cariye olarak esir almıştır. IŞİD’den kaçıp kurtulabilen Yezidiler ise Sincar(Şengal) yakınındaki dağlarda yanlarına neredeyse hiçbir şey almadan kalmak zorunda kalmışlardır. Burada günler boyu açlık ve susuzlukla mücadele etmişlerdir. Yezidiler bu zor şartlar altında bölgeyi terk etmeye çalışmışlardır. Bütün bu zorlukların sonucunda şanslı olanlar Türkiye’ye ya da Irak’ta nispeten daha güvenli bölgelere gitmiş, buralarda ya yakınlarının yanına ya da çadırlara yerleşmişlerdir. Suriyeli Kürtler de Yezidiler gibi IŞİD saldırıları yüzünden evlerini, şehirlerini terk etmek zorunda kalmış, can güvenlikleri için bir kısmı Kuzey Irak’a bir kısmı da Türkiye’ye sığınmıştır(Gökler, 2014).

IŞİD, Kuzey Irak bölgesel yönetimi güvenlik güçleri ile iki gün süren çatışmaların sonrasında 3 Ağustos 2014 tarihinde Musul’un 60 kilometre kuzeybatısında bulunan Sincar ilçesini ele geçirmiştir. Yaşanan bu çatışmalar ve IŞİD tehdidinden dolayı bölgede yaşayan Yezidiler, bölgeye Telafer’den kaçıp sığınmacı olarak gelen Türkmenler, Kuzey Irak bölgesel yönetimi güvenlik güçleri ve diğer gruplar Sincar’ı terk etmek zorunda kalmış ve bölgeyi terk edenlerin sayısı yaklaşık 200,000 kişiyi geçmiştir(Aljazeera,2014).

IŞİD tehdidi yüzünden Sincar’dan kaçan Yezidilerin bir kısmı ise Türkiye’ye göç etmiştir. Yaklaşık 80 Yezidi Mardin’in Midyat ilçesine bağlı Güven köyüne sığınmıştır. Şu an için sayıları çok daha fazla. Türkiye’ye göç eden Yezidilerin bir kısmı da Şırnak, Batman ve Mardin’deki Yezidi köylerine yerleşmişlerdir. 24 Ağustos 2014 günü 500 Yezidi Şırnak’ın Uludere ilçesine bağlı Şenoba beldesine gelmiş ve buradaki okullara yerleştirilmiştir. 400 Yezidi 26 Ağustos 2014 tarihinde Ortasu Köyünden Türkiye’ye giriş yapmış, buradan araçlarla alınarak Silopi, Şırnak, Batman (Beşiri’ye), Midyat ve Cizre’ye gönderilmişlerdir. Mardin’e sığınan Yezidi sayısı 3 Eylül 2014 tarihinde 6,000’ni bulmuştur. Batman’a geldikleri ilk günlerde misafirhanelerde ve halk evlerinde kalan 2,000 Yezidi Batman’ın Beşiri ilçesindeki Uğurca köyünde kurulan çadır kente yerleştirilmişlerdir. 350 kişiden oluşan 60 Yezidi aile Cizre’ye, 3,000 Yezidi de Şanlıurfa’da bir kampa sığınmıştır. Diyarbakır’a ise 178 kişiden oluşan 29 aile göç etmiştir(Gökler, 2014).

7 Eylül 2014 tarihinde ise çoğunluğunu kadın, çocuk ve bebeklerin oluşturduğu 1,300 Yezidi Şırnak’ın Uludere ilçesi üzerinden Türkiye’ye gelmiştir. Başbakan Yardımcısı Numan Kurtulmuş Suruç ilçesinde yapmış olduğu açıklamasında Türkiye sınırları içerisinde 30,000 Yezidinin ağırlandığını dile getirmiştir(Gökler, 2014). 2015 ve 2016 yıllarında da çok büyük göç dalgası olmuş ve birçok şehirdeki kamplara yerleşmişlerdir.

IŞİD'in Kobani'yi kuşatmaya yönelik yapmış olduğu saldırılar 17 Eylül 2014 tarihinde Fırat nehri üzerindeki köprüyü ele geçirmesi ile başlamıştır. IŞİD teröristleri 18 Eylül'de ağır silahlarla bölgede karşı saldırıya geçmiş, aynı gün 21 Kürt köyünü ele geçirmiş ve böylece Kobani'yi çevrelemiştir. Bu saldırıdan ardından 39 Kürt köyü de IŞİD kontrolüne girmiştir. Kobani'nin çevresinde IŞİD'in başlatmış olduğu bu saldırılar ve yaşanan insani krizden dolayı bölgeden kaçan çok sayıda Suriyeli Kürt Türkiye'ye sığınmıştır. İlk etapta yaklaşık 5,000 Suriyeli Kürt Şanlıurfa'nın Suruç ilçesine bağlı Dikmetaş köyünden Türkiye'ye giriş yapmıştır. Başbakan Yardımcısı Numan Kurtulmuş 20 Eylül 2014 tarihinde yapmış olduğu basın açıklamasında; Türkiye'ye 8 ayrı giriş noktasından 45,000 Suriyeli Kürdün giriş yaptığını, bu kişilerin tamamının kontrollü bir şekilde ülke içine alındığını dile getirmiştir. Kurtulmuş ayrıca, Türkiye'ye gelen Suriyeli Kürtlerin bir kısmının kendi akrabalarının yanında ikamet ettiğini bir kısmına da bölgedeki okullarda, devlet tesislerinde ve çadırlarda barınma olanaklarının sağlandığını ifade etmiştir(AA, 2014).

21 Eylül 2014'te IŞİD teröristleri Kobani'ye 15 km'ye kadar yaklaşmış ve 64 köyü ele geçirmiştir. Başbakan Yardımcısı Numan Kurtulmuş; Kobani'de olayların başladığı günden 22 Eylül tarihine kadar Türkiye'ye giriş yapan Suriyeli Kürtlerin sayısının 130,000'ni aştığını söylemiştir. IŞİD milisleri 24 Eylül'de Kobani şehrinin güneyine 8 km uzaklığa kadar gelmiştir. Bu ilerleme sayesinde hem şehrin güneyinde hem de şehrin kuzeyindeki birçok köyü ele geçirmiştir. 25 Eylül tarihinde IŞİD güçleri şehre 2 km'ye kadar yaklaşmış ve böylece Kobani'nin yüzde 75'i IŞİD'in kontrolü altına girmiştir. ABD ve koalisyon güçleri IŞİD'in bölgede artan etkinliğini kırmak ve ilerlemesini durdurmak için 27 Eylül 2014 tarihinden itibaren Kobani ve çevresindeki IŞİD hedeflerine hava saldırıları düzenlemeye başlamıştır(Gökler, 2014).

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (BMMYK) verilerine göre büyük kısmını kadın ve çocukların oluşturduğu 1,600 Suriyeli Kürt, Irak Kürt Bölgesel Yönetimindeki Gawilan Mülteci kampına sığınmıştır. Bazı Suriyeli Kürt aileler Suriye'nin kuzeydoğu bölgesine, Kamışlı yakınlarına göç etmişlerdir. Yaklaşık 1,750 kişi Haseki bölgesindeki kasabalarda bulunan akrabalarına ya da tanıdıklarının yanına sığınmışlardır. 7 Kasım 2014 tarihi itibarıyla ise Türkiye'ye 192,043 Suriyeli Kürt sığınmıştır(BMMYK,2014).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma betimsel nitelikte ilişkisel tarama modelinde desenlenmiştir. Araştırmanın çalışma grubunu Diyarbakır ve Batman il sınırları içerisinde kalan mülteci kamplarındaki Suriye ve Iraklı mülteciler ile Batman il sınırları içerisinde kalıp mülteci kampında kalmayan Suriyeli, yaşları 7-25 arasında olan 123 erkek ve 79 kadın olmak üzere toplam 202 mülteci oluşturmaktadır.

Araştırmayı için gerekli izinleri alabilmek ve araştırmaya başlayabilmek için üniversitemiz etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılacak mültecilere ulaşabilmek için Diyarbakır'daki mülteci kampı için Diyarbakır Büyükşehir Belediye'sinden, Batman mülteci kampı için Batman Beşiri Belediye'sinden resmi izinler alınmıştır.

Mültecilerle, bulundukları kamplardaki çadırlarda ve kamp yönetimin gösterdiği yönetim odalarında klinik görüşmeler zor şartlar altında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmamız konu itibari ile klinik görüşmeler gerektiren bir çalışmadır. Bu yüzden araştırmaya katılan mültecilere Klinisyen Tarafında uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmanın çalışma grubu Diyarbakır il sınırları içerisindeki mülteci kampı ve Batman il sınırları içerisinde kalan kamp ve merkezde yaşayan 123 Erkek ve 79 kadın toplamda 202 Suriye ve Iraklı mülteciden oluşmuştur.

Diyarbakır il sınırları içerisinde kalan Irak'ın Sincar(Şengal) bölgesinden gelen mültecilerin kaldığı mülteci kampında sürekli olarak gelen mülteciler ve giden mülteciler olması nedeniyle kampta kaç kişinin kaldığını net belirlemek zor olmakla beraber, çalışmayı yaptığımız zaman diliminde kampta bulunan kişi sayısı 1460 kişiden oluşmaktaydı.

Benzer şekilde Batman il sınırları içerisinde olan mülteci kampında da gelen ve giden mülteciler olduğundan dolayı sayıyı belirlemek zordu, ancak çalışmayı yaptığımız zaman diliminde kampta bulunan kişi sayısı 245 kişiden oluşmaktaydı. Araştırmaya aldığımız

Batman merkezde kalan Suriyeli mültecilerin sayısı bilinmemekle beraber, binleri bulduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmada mültecilerin TSSB olup olmadığını varsa da şiddetinin ne düzeyde olduğunu 36 maddelik bir ölçek kullanılmıştır. Ölçek kişilerin yeniden yaşama belirtilerinin belirlendiği birinci bölüm, kaçınma ve küntleşme belirtilerinin belirlendiği ikinci bölüm, Artmış uyarılmışlık belirtilerinin belirlendiği üçüncü bölüm, bozukluğun süresibelirlendiği dördüncü bölüm, Önemli derecede sıkıntı veya işlevsellikte bozulmanın belirlendiği beşinci bölüm, TSSB tanınsin belirlendiği altıncı bölüm ve İlişkili özelliklerin belirlendiği altıncı bölümden oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Mültecilerle yaptığımız çalışmada gerekli verilere ulaşabilmek için araştırmaya katılan kişilerin kişisel bilgilerine ulaşabilmek adına önce “Sosyodemografik Bilgi Formu”, sonrasında olayın başladığı günden bu zaman dilimine kadar yaşanan süreçlerle ilgili “Olaylara İlişkin Bilgi Formu” ve son aşamada “CAPS-Klinisyen Tarafından Doldurulan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği” klinisyen tarafından mültecilere sorularak dolduruldu.

3.3.1. Çalışmada Kullanılan Ölçek ve Formlar

- a. Sosyodemografik Bilgi Formu
- b. Olaylara İlişkin Bilgi Formu
- c. CAPS-Klinisyen Tarafından Doldurulan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale)

3.3.1.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik bilgi formunda araştırmaya katılacak olan mültecilerin kişisel bilgilerine ulaşabilmek ve elde ettiğimiz bilgiler doğrultusunda; ortaya çıkan bulguları sınıflamak amacıyla toplamda beş soru sorulmuştur. Bunlar sırasıyla; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ülke ve bulundukları kampın hangisi olduğu sorularından oluşmaktadır.

Mültecilerden aldığımız yanıtlar bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Ayrıca elde edilen yanıtlardan hiçbir şekilde travma geçirmiş bireyler ile ilgili yargılayıcı çıkarımlar yapılmayacaktır.

3.3.1.2 Olaylara İlişkin Bilgi Formu

Olaylara ilişkin bilgi formu ile olayların başladığı ilk günden bu yana yaşanan olaylar hakkında bilgi sahibi olmak için hazırlanmış bir formdur.

Toplamda yedi sorudan oluşan form sırasıyla; savaşta aile bireylerinizden kayıp ya da kayıplarınız var mı? Aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşınızın ölümüne tanık oldunuz mu? Aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşınız kaçırıldı ya da rehin alındı mı? Savaş esnasında işkenceye, şiddete maruz kaldınız ya da tanık oldunuz mu? Ciddi anlamdayaralanmaya da kazayaşadınızveyatanıkoldunuz mu? Görselya da işitsel herhangi bir patlamaya tanıklık ettiniz mi? Savaş esnasında cinsel istismara maruz kaldınız ya da tanık oldunuz mu? Sorularından oluşmaktadır.

3.3.1.3 Çocuk ve Ergenler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE) (Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, CAPS-CA):

TSSB-ÖÇE, çocuk ve gençlerde şimdi ve yaşam boyu TSSB değerlendirmek için DSM-III ve DSM-III-R tanı ölçütlerine göre geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Daha sonra DSM-IV'e göre yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçekte toplam 36 soru başlığı bulunmaktadır. 17'si TSSB belirtilerini değerlendirirken, sekiz tanesi suçluluk, utanç, dissosiasyon, bağlanma davranışında değişiklik, travma ile ilişkili korkular gibi TSSB ile ilişkili diğer belirtileri sorgulamaktadır. Bunların dışında ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirme ya da altı ay öncesine göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirmesi ile ilgili sorular da yer almaktadır. Ölçek standart sorulardan oluşmaktadır ve ek sorgulama soruları da bulunmaktadır. TSSB-ÖÇE-1, gerek son bir ay, gerekse yaşam boyu için TSSB'yi değerlendiren bir tanı aracıdır. TSSB-ÖÇE-2 ise, TSSB belirtilerini sadece son bir hafta için değerlendirip bu belirtilerin kısa aralıklarla incelenmesine olanak vermektedir. Görüşmeci kendisine verilen bilginin güvenilirliğini de ölçek içinde değerlendirebilmektedir. Her madde beşli likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Çocuklar için beşli sembolik cevap anahtarları da bulunmaktadır. Bu özellik, hastalığın belirti şiddetinin ve belirti sıklığının daha iyi derecelendirilebilmesini sağlar. Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddeti ile ilgili bir fikir verip belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0 ile 136 arasında değişir. Niceliksel değerlendirme dışında, TSSB-ÖÇE niteliksel bir değerlendirmeye de olanak sağlar, şimdiki ve yaşam boyu

TSSB tanısını koydurur. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olduğu durumlarda, yani o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanı en az 3 ise belirti “var” kabul edilir. En az bir tekrar yaşantılama belirtisi, üç kaçınma ya da küntleşme belirtisi ve 2 tanede uyarılmışlık hali belirtisinin varlığıyla TSSB tanısı konabilmektedir(Karakaya ve ark., 2007).

CAPS Şimdi ve yaşam boyu TSSB değerlendirmek için DSM-III ve DSM-III-R tanı ölçütlerine göre geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Daha sonra DSM-IV’e göre yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçekte toplam 36 soru başlığı bulunmaktadır. On yedisi TSSB belirtilerini değerlendirirken, sekiz tanesi suçluluk, utanç, dissosiasyon, bağlanmadavranışında değişiklik, travma ile ilişkili korkular gibi TSSB ile ilişkili diğer belirtileri sorgulamaktadır.

Bunların dışında ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirme ya da altı ay öncesine göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirmesi ile ilgili sorular da yer almaktadır. Ölçek standart sorulardan oluşmaktadır ve ek sorgulama soruları da bulunmaktadır.

TSSB-Ö-1, gerek son bir ay, gerekse yaşam boyu için TSSB’yi değerlendiren bir tanı aracıdır. TSSB-Ö-2 ise, TSSB belirtilerini sadece son bir hafta için değerlendirip bu belirtilerin kısa aralıklarla incelenmesine olanak vermektedir. Görüşmeci kendisine verilen bilginin güvenilirliğini de ölçek içinde değerlendirebilmektedir. Her madde beşli likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Bu özellik, hastalığın belirti şiddetinin ve belirti sıklığının daha iyi derecelendirilebilmesini sağlar. (0-4 arası) Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddeti ile ilgili bir fikir verip belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanması ile elde edilir.

Toplam puan 0 ile 136 arasında değişir. Niceliksel değerlendirme dışında, TSSB-ÖÇE niteliksel bir değerlendirmeye de olanak sağlar, şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurur. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olduğu durumlarda, yani o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanı en az 3 ise belirti “var” kabul edilir. En az bir tekrar yaşantılama belirtisi, üç kaçınma ya da küntleşme belirtisi ve 2 tanede uyarılmışlık hali belirtisinin varlığıyla TSSB tanısı konabilmektedir.

Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması: Karakaya ve ark., (2007) tarafından 2007 yılında *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*’nde yayınlanan “Çocuk Ve Gençler İçin Klinisyen

Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE) Geçerlik Güvenirlik Çalışması” ile CAPS ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Çocuk ve Ergenler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE)’ye göre 34 olgu (%68) şimdiki TSSB tanısı alırken, 9 olgu (%18) geçirilmiş TSSB tanısı almıştır. Ölçeğin i. Tutarlılığı .83 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin toplam puanı ile korelasyonları .59 ile .92 arasında değişmiştir. Görüşmeciler arası güvenilirlik kappa değerleri ise .63 olarak hesaplanmıştır. İki görüşmeci arasındaki uyum orta derecede bulunmuştur. TSSB-ÖÇE’nin Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşmesi Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) Travma Sonrası Stres Bozukluğu Eki ile korelasyonu .78 ve Çocuk ve Gençler için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ) ile korelasyonu .72’dir.

TSSB-ÖÇE’nin çocuk ve gençlerde TSSB’yi değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir görüşme ölçeği olduğunu düşündürmüştür.

3.3.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Katılımcılara klinisyen tarafından araştırma hakkında bilgi verildikten sonra sırasıyla Sosyodemografik Bilgi Formu, Olaylara İlişkin Bilgi Formu ve CAPS ölçeğindeki sorular araştırmacı tarafından mültecilere sorularak klinisyen tarafından doldurulmuştur.

Araştırmaya katılan mültecilerin tümünün ana dili Kürtçe’dir ve hiçbiri Türkçe dilini bilmemektedir. Mültecilerin geldikleri ülkenin resmi dili Arapçadır. Mülteciler, Kürtçe ve Arapça dillerini bilmektedirler. CAPS ölçeğinin Kürtçe ya da Arapça formu bulunmamaktadır. Kürtçe araştırmada kullanılan ölçek ve formları Türkçe dilinden, her iki dili de çok iyi bilen araştırmacı tarafından Kürtçe diline çevirerek katılımcıların verdikleri bilgiler ve yanıtlar doğrultusunda ölçek ve formlar doldurulmuştur. Araştırmaya katılan kişilere “Sosyodemografik Bilgi Formu” sonrasında olayın başladığı günden bu zaman dilimine kadar yaşanan süreçlerle ilgili “Olaylara İlişkin Bilgi Formu” ve “CAPS-Klinisyen Tarafından Doldurulan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği” araştırmacı tarafından çalışmaya katılan mültecilere sorularak doldurulmuştur.

Bu çalışmaya, Türkiye’nin Diyarbakır ve Batman il sınırları içerisinde bulunan ve iki çadır kentte yaşayan ve Batman il sınırları içerisinde kalıp mülteci kampında kalmayan Suriyeli mültecilere amaçlı örneklem yöntemi ile seçilen 202 Suriye ve Iraklı çocuk ve genç mülteci alınmıştır. Çalışmaya alınan bütün mülteci çocuk ve gençlerle; DSM-V-TR tanı

kriterleri doğrultusunda, araştırmacı tarafından 30-45 dakika süren klinik görüşme gerçekleştirilmiştir.

Görüşmeler sırasında araştırmaya katılan katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Olaylara İlişkin Bilgiler Formu ve Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği(Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale) CAPS uygulanmıştır. Klinik görüşme ve ölçeklerin uygulanması sonucunda katılımcılar, şimdi (Son 1 ay) ve mültecilik süreleri boyunca (Hayat Boyu) TSSB açısından değerlendirilmişlerdir.

3.4. Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22,0 paket programı ile çözümlenmiştir. Öncelikle verilere normallik testi uygulanmış, test sonucunda verilerin normal dağılımdan farklı dağıldıkları saptanmıştır (Tablo 5). Verilerin analizinde betimsel istatistik teknikleri yanı sıra gruplar arası verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitnet-U testi kullanılmış, değişkenlere göre veriler arasında ki ilişkinin tespitinde ise korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Bulguların yorumlanmasında anlamlılık düzeyi için $p < .05$ değeri baz alınmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların CAPS Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Dağılımın Normallliğini Denetlemek Amacı İle Yapılan Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi Sonuçları

<i>Değerler</i>		<i>Şimdiki TSSB Şiddet Puanı</i>	<i>Hayat Boyu TSSB Şiddet Puanı</i>
N		202	202
Normal Parametreler	Ort.	78,07	81,28
	S.S.	20,80	21,73
Kolmogorov-Smirnov	Z	,079	,120
p		.00	.00

Araştırma kapsamında mültecilerin CAPS ölçeğine vermiş oldukları cevaplar doğrultusunda elde edilen şimdiki şiddet puanları ile hayat boyu şiddet puanları normal dağılım göstermemektedir ($z=.07$; $p < .05$). Bu nedenle verilerin analizinde parametrik olmayan testler tercih edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

Tablo 6. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile Sorulara Verdikleri Cevapların Frekans ve Yüzde Dağılımları (1. Bölüm)

<i>Cinsiyet</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Erkek	123	60,9
Kadın	79	39,1
<i>Yaş</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
7-18	175	86,6
19-25	27	13,4
<i>Kaldıkları Kamp</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Diyarbakır	124	61,4
Batman	78	38,6
<i>Savaş Kaybı</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	117	57,9
Hayır	85	42,1
<i>Ölüme Tanıklık</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	110	54,5
Hayır	92	45,5
<i>Rehine Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	131	64,9
Hayır	71	35,1

Tablo 6' ya göre; katılımcıların % 60,9' u (123 kişi) erkek, %39,1'i (79 kişi) kadındır. Yaşa göre katılımcıların % 86,6' sı (175 kişi) 7-18 yaş aralığında, % 13,4'ü (27 kişi) 9-25 yaş aralığındadır. Katılımcıların % 61,4' ü (124 kişi) Diyarbakır mülteci kampında, % 38,6' sı (78 kişi) ise Batman mülteci kampında ikamet etmektedir. Katılımcıların % 57,9'u (117 kişi) savaş kayıplarının olduğunu belirtirken, % 42,1'i (85 kişi) herhangi bir savaş kaybının olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 54,5'u (110 kişi) ölüme tanıklık ettiklerini, % 45,5' u ise tanıklık etmediklerini, % 64,9' u (131 kişi) rehin kalma durumu yaşadıklarını, % 35,1' i (71 kişi) ise rehin kalma durumu yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile Sorulara Verdikleri Cevapların Frekans ve Yüzde Dağılımları (2. Bölüm)

<i>Şiddete Maruz Kalma</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	139	68,8
Hayır	63	31,2
<i>Yaralanma Kaza Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	133	65,8
Hayır	69	34,2
<i>Patlamaya Tanıklık</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	190	94,1
Hayır	12	5,9
<i>Cinsel İstismar</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	74	36,6
Hayır	128	63,4
<i>Tıbbi Tanısı Şimdiki</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Var	117	57,9
Yok	85	42,1
<i>Tıbbi Tanısı Hayat Boyu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Var	119	58,9
Yok	83	41,1
Toplam	202	100

Yine tablo 6' ya göre; katılımcıların % 68,8'i (139 kişi) şiddete maruz kalırken, % 31,2'sinin (63 kişi) şiddete maruz kalmadıklarını, % 65,8'inin (133 kişi) kaza ve yaralanma durumu yaşadıklarını, % 34,2'sinin ise (69 kişi) kaza ve yaralanma durumu yaşamadıklarını, katılımcıların hemen hemen hepsinin (% 94,1) patlamaya tanık ettiklerini belirtmişlerdir. Cinsel istismar yönünden katılımcıların % 36,6'sı (74 kişi) bu yönde bir istismar yaşadıklarını, % 63,4' ü (128 kişi) ise cinsel istismar yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılardan şimdiki tıbbi tanısı olanların oranı % 57,9 (117 kişi) iken, hayat boyu tıbbi tanısı olanların oranı ise % 58,9 (119 kişi)' dur. Şimdiki ve hayat boyu tıbbi tanısı olanların oranı hemen hemen bir birine eşit olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların TSSB Tanısı ile Şiddet Puanlarının Betimsel İstatistik Sonuçları

<i>Puanlar</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma</i>
<i>TSSB Tanısı Şimdiki Puanı</i>	202	1,42	0,50
<i>TSSB Tanısı Hayat Boyu Puanı</i>	202	1,41	0,49
<i>Şiddet Puanı Şimdiki</i>	202	78,07	20,80
<i>Şiddet Puanı Hayat Boyu</i>	202	81,28	21,73

Tablo 7’ye göre katılımcıların “TSSB Tanısı Şimdiki Puanlarının” ortalaması $1,42\pm0,50$, “TSSB Tanısı Hayat Boyu Puanlarının” ortalaması $1,41\pm0,49$ olarak gerçekleşmiştir. Katılımcıların TSSB Tanısında şimdiki ve hayat boyu puan ortalama düzeyleri birbirine yakın olarak gerçekleşmiştir. Yine katılımcıların “Şiddet Şimdiki Puanlarının” ortalaması $78,07\pm20,80$, “Şiddet Hayat Boyu Puanlarının” ortalaması ise $81,28\pm21,73$ olarak gerçekleşmiştir. Katılımcıların Şiddet Hayat Boyu Puanlarının düzeyi Şiddet Puanı Şimdiki Puan düzeylerine göre daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 8. TSSB Tanısı Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları

<i>Puan</i>	<i>Yaş</i>	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>TSSB Tanısı Şimdiki</i>	7-18	175	105,75	18506,00	1619,00 0	-3,075	.00*
	19-25	27	73,96	1997,00			
	Toplam	202					
<i>TSSB Tanısı Hayat Boyu</i>	7-18	175	105,59	18479,00	1646,00 0	-2,974	.00*
	19-25	27	74,96	2024,00			
	Toplam	202					

*p<.05

Katılımcıların hem şimdiki ($U_{(\text{Şimdiki})}=1619,000$; $z=-3,075$; $p<.05$), hem de hayat boyu ($U_{(\text{Hayat Boyu})}=1646,000$; $z=-2,974$; $p<.05$) TSSB tanısında 7-18 yaş grubunda olanların lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 9. TSSB Tanısı Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları

<i>Puan</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>TSSB Tanısı Şimdiki</i>	Erkek	123	104,98	12913,00	4430,00 0	-1,236	.21
	Kadın	79	96,08	7590,00			
	Toplam	202					
<i>TSSB Tanısı Hayat Boyu</i>	Erkek	123	104,34	12834,00	4509,00 0	-1,012	.31
	Kadın	79	97,08	7669,00			
	Toplam	202		12913,00			

Katılımcıların hem şimdiki ($U_{(\text{Şimdiki})}=4430,000$; $z=-1,236$; $p>.05$), hem de hayat boyu ($U_{(\text{Hayat Boyu})}=4509,000$; $z=-1,012$; $p>.05$) TSSB tanısında cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 10. TSSB Tanısı Puanlarının Kamp Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları

<i>Puan</i>	<i>Kamp</i>	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>TSSB Tanısı Şimdiki</i>	Diyarbakır	124	102,98	12770,00	4652,00 0	-0,532	.59
	Batman	78	99,14	7733,00			
	Toplam	202					
<i>TSSB Tanısı Hayat Boyu</i>	Diyarbakır	124	102,35	12692,00	4730,00 0	-0,308	.75
	Batman	78	100,14	7811,00			
	Toplam	202					

Katılımcıların hem şimdiki ($U_{(\text{Şimdiki})}=4652,000$; $z=-0,532$; $p>05$), hem de hayat boyu ($U_{(\text{Hayat Boyu})}=4730,000$; $z=-0,308$; $p>.05$) TSSB tanısında ikamet ettikleri kamp değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 11. TSSB Tanısı ile Savaş Kaybı, Ölüme Tanıklık, Rehine Durumu, Şiddete Maruzluk, Yaralanma-Kaza, Patlamaya Tanıklık ve Cinsel İstismar Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları

<i>Değişken</i>		<i>TSSB Tanısı Şimdiki</i>	<i>TSSB Tanısı Hayat Boyu</i>
<i>Savaş Kaybı</i>	r	0,37	0,34
	p	.00*	.00*
	N	202	202
<i>Ölüme Tanıklık</i>	r	0,34	0,34
	p	.00*	.00*
	N	202	202
<i>Rehine Durumu</i>	r	0,23	0,20
	p	.00*	.00*
	N	202	202
<i>Şiddete Maruzluk</i>	r	0,31	0,30
	p	.00*	.00*
	N	202	202
<i>Yaralanma Kaza</i>	r	0,27	0,26
	p	.00*	.00*
	N	202	202
<i>Patlamaya Tanıklık</i>	r	0,21	0,21
	p	.00*	.00*
	N	202	202
<i>Cinsel İstismar</i>	r	0,41	0,42
	p	.00*	.00*
	N	202	202

*p<.05

Tablo 11' e göre katılımcıların savaş kaybı, ölüme tanıklık, rehine kalma durumu, şiddete Maruzluk, yaralanma ve kaza geçirme, patlamaya tanıklık ile cinsel istismara uğrama değişkenleri ile hem TSSB Tanısı Şimdiki puanları arasında hem de TSSB hayat boyu puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<.05). Katılımcıların maruz kaldıkları bu durumlarla TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıkları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde, birinci sırada cinsel istismar değişkeninin TSSB

riskini artırdığı [$r_{(\text{Şimdi})}=0,41$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=0,42$; $p<.05$], patlamaya tanıklığın ise en son sırada TSSB riskini arttırdığı [$r_{(\text{Şimdi})}=0,21$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=0,21$; $p<.05$)] söylenebilir.

Savaş kaybının ikinci sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde arttırdığı [$r_{(\text{Şimdi})}=0,37$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=0,34$; $p<.05$)], ölümle tanıklığın üçüncü sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde arttırdığı [$r_{(\text{Şimdi})}=0,34$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=0,34$; $p<.05$)], şiddete maruz kalmanın dördüncü sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde arttırdığı [$r_{(\text{Şimdi})}=0,31$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=0,30$; $p<.05$)], yaralanma ve kaza geçirmenin ise beşinci sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde arttırdığı [$r_{(\text{Şimdi})}=0,27$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=0,26$; $p<.05$)] söylenebilir.



BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

5.1.1 Amaç-Neden-Sonuç İlişkisi

Travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçlarını bilimsel açıdan kolay elde edilmemektedir. Çalışmamız zor şartlarda yürütülmüştür. Mültecilerin ülkelerinden karşı karşıya kaldıkları savaş koşulları, yaş, cinsiyet, bulundukları kampın koşulları, geldikleri ülke, savaş esnasında aileden birinin ya da arkadaşın kaybı, aileden birinin ya da arkadaş ölümüne tanıklık, aileden birinin ya da arkadaşın rehine durumu, şiddete maruzluk, yaralanma-kaza, patlamaya tanıklık ve cinsel istismar ile ilgili elde ettiğimiz veriler TSSB riskini ile ilgili sonuçları doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemiştir.

Bu çalışmada Türkiye'ye sığınan Diyarbakır il sınırları içerisinde yer alan çadır kentte bulunan Iraklı mültecilerde ve Batman il sınırları içerisinde yer alan çadır kentte buluna Iraklı mülteciler ile kampta kalmayan Suriyeli mültecilerde TSSB düzeyini saptamayı, çeşitli sosyodemografik değişkenler ve bazı olaylara ilişkin bilgi değişkenleri ile TSSB ilişkisini, savaş sonrasında meydana gelen ruhsal mağduriyetin düzeyini tespit ve savaşın yarattığı etkileri anlayabilmeyi amaçlamıştık. Çalışmamızın amaçlarına ulaştığımızı söyleyebiliriz.

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK, United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR)'ne göre 2013 yılında Türkiye'deki mülteci sayısının 500.000'den fazla olması beklenmektedir (UNHCR, 2016). Ülkemiz Türkiye başta olmak üzere Ortadoğu ülkelerine ve Avrupa'ya büyük bir mülteci akını başlamış ve beraberinde birçok psikososyal problemleri beraberinde getirmiştir. Bu çalışmada Türkiye'ye sığınan Diyarbakır il sınırları içerisinde yer alan çadır kentte bulunan Iraklı mültecilerde ve Batman il sınırları içerisinde yer alan çadır kentte ve il merkezinde bulunan Iraklı ve Suriyeli mültecilerde TSSB düzeyini saptamayı gidişatını değerlendirmeyi, çeşitli sosyodemografik değişkenler ve bazı olaylara ilişkin bilgi değişkenleri ile ilişkisini, savaş sonrasında meydana gelen ruhsal mağduriyetin düzeyini tespit etmek, savaşın yarattığı etkileri anlayabilmek ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabilmek gibi olguları araştırıp, sonuçlarını literatüre kazandırdık.

Günümüz dünyasında ve özellikle son yıllarda mültecilik çok ciddi derecede artan bir problem halini almış ve mültecilerin topraklarını terk etme nedenleri arasında savaşlar birinci sırada yerini almıştır. Son yıllara baktığımızda Suriye ve Irak'tan çıkan savaşlardan dolayı çok büyük bir göç dalgasıyla insanlar evlerini terk etmek zorunda kalmış ve mülteci konumuna düşmüşlerdir. Ülkemiz Türkiye başta olmak üzere Ortadoğu ülkelerine ve Avrupa'ya büyük bir mülteci akını başlamış ve beraberinde birçok psikososyal problemleri beraberinde getirmiştir. Ülkemize sığına mültecilerin yaşadıkları travmanın düzeyini çeşitli değişkenlerle belirlemek bizi bu çalışmaya itmiştir. Travma Sonrası Stres bozukluğu, savaş ortamında kalan ve sonucunda ülkelerini terk etmek zorunda kalan mültecilerle yapılan çalışmalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu gösterilmiştir.

5.1.2. Ana Bulgular

Çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son bir ay) TSSB sıklığı %57,9, Hayat Boyu TSSB sıklığı ise % 58,9 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kişiler yaklaşık bir yılı aşkın süredir kampta yaşamlarını sürdürmektedirler. Yaptığımız klinik görüşme ve uygulanan ölçek sonrasında elde ettiğimiz bulgularda gösteriyor ki; savaşa maruz kalan kişilerin olayı başladığı zaman diliminden araştırmanın yapıldığı zaman dilimi arasında TSSB sıklığı arasında neredeyse bir fark tespit edilemedi. Bu da gösteriyor ki TSSB yaşayan bireylerin bunu hala yaşadıklarına yordayabilir. Ayrıca kamplardaki koşullarda TSSB şimdiki sıklığını arttırdığını söyleyebiliriz.

Çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son bir ay) TSSB Şimdiki Şiddet Puanı ortalaması 78,07, TSSB Hayat Boyu Şiddet Puanı ortalaması 81,28 olarak tespit edildi. CAPS Ölçeği şiddet puanlarının skalasının 0-136 puan arasında olduğunu göz önüne alırsak eğer, hem TSSB Şimdiki Şiddet Puanı ortalamasının hem de TSSB Hayat Boyu Şiddet Puanı ortalamasının yüksek olduğunu söyleyebiliriz. TSSB Şimdiki Şiddet Puanı ortalamasının ve TSSB Hayat Boyu Şiddet Puanı ortalamaları hemen hemen aynı skala içerisinde seyrettiği tespit edilmiştir. Bu da hala araştırmaya katılan bireylerin TSSB belirtilerini yaşıtıldıklarını göstermektedir. Ayrıca; TSSB Şimdiki ve Hayat Boyu Şiddet Puanlarının yüksek olmasına karşın ölçekte TSSB tanı kriterlerini karşılamadığı için TSSB tanısı almayan kişilerin bu tanıya almamalarına karşın ağır travmatik yaşantıya maruz kaldıkları gerçeğini gözler önüne sermiştir.

Katılımcıların hem şimdiki TSSB tanısında 7-18 yaş grubunda olanların lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Deneklerin çok büyük kısmı (175) 7-18

yaş arası çocuklardan oluşmuştur. 19-25 yaş arası deneklerin (27) TSSB oranı 7-18 yaş arası olan deneklerin TSSB tanısı oranından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan klinik görüşmelerde 7-18 yaş arasından olan çocuk deneklerin kendilerini çok fazla açmadıkları ve 19-25 yaş aralığında olan deneklere göre daha dirençli olduğu tespit edilmiştir. Çocuk yaş skalasında olan deneklerin çoğunun(somut işlem dönemini geçmiş çocuklar) tüm olan bitenleri soyut olarak düşünmekten çok somut olarak düşündükleri tespit edilmiştir. 7-18 yaş grubundaki çocukların oyunlara, aktivitelere, etkinliklere, çalışmalara daha sık katıldıkları ve kendilerini soyutlamadıkları tespit edilmiştir. 19-25 yaş grubundaki gençler için aynı şeyleri söylemek pek mümkün görünmemektedir. Çocukların yaşananlardan çok fazla etkilenmemelerinin altında yatan nedenlerden bir diğeri ise sosyal desteğin ve aktivitelerin çok oluşu olarak değerlendirebiliriz. 7-18 yaş grubundaki çocukların TSSB sıklığının düşük çıkmasının, kendilerini yeteri kadar açamadıkları ve direnç göstermelerinden dolayı olduğu düşünülmüştür. Bu konuda daha geniş örneklemli çalışmalar planlanabilir.

Katılımcıların hem şimdiki TSSB hemde Hayat boyu TSSBtanısındacinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yaptığımız araştırmada erkek cinsiyet(123) ve kadın cinsiyet(79) TSSB sıklığı arasında anlamlı olabilecek bir fark tespit edilememiştir. Deneklerin cinsiyet dağılımlarına baktığımız zaman erkek denek oranı %61,5 kadın denek oranı %39,5'le birbirine yakın olması daha gerçekçi sonuçlar doğurduğunu söyleyebiliriz. Deneklerin yaş skalasının 7-25 yaş aralığında oluşu ve deneklerin çok büyük kısmının, yani %87,5 'nin 7-18 yaş skalası çocuk kategorisinde oluşu, kadın-erkek cinsiyet özelliklerinin çok dominant olarak belirginleşmemesinden kaynakladığını ifade edebiliriz. Savaş sonrası süreçte kadın ve erkek çocuklarının sürekli beraber olmaları, ortak aktivitelerde bulunmaları ve okula gitmeleri nedeniyle aradaki farkın kapanmasına neden olmuş olabilir.

Katılımcıların savaş kaybı, ölüme tanıklık, rehine kalma durumu, şiddete Maruzluk, yaralanma ve kaza geçirme, patlamaya tanıklık ile cinsel istismara uğrama değişkenleri ile hem TSSB Tanısı Şimdiki puanları arasında hem de TSSB hayat boyu puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların maruz kaldıkları bu durumlarla TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde, birinci sırada cinsel istismar değişkeninin TSSB riskini artırdığı, patlamaya tanıklığın ise en son sırada TSSB riskini arttırdığı söylenebilir.

Savaş kaybının ikinci sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde arttırdığı, ölümle tanıklığın üçüncü sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde arttırdığı, şiddete maruz kalmanın dördüncü sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde arttırdığı, yaralanma ve

kaza geçirmenin ise beşinci sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde arttırdığı söylenebilir.

Araştırmamızın değişkenlerine baktığımızda; deneklerin maruz kaldıkları bu durumlarla TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde TSSB riskini en çok artıran değişkenin “cinsel istismara maruz kalmak ya da tanık olmak” değişkeni olduğunu tespit ettik. Ki tespit yapılan literatür araştırmaları ile örtüşüp paralellik göstermektedir. Cinsel istismara maruz kalma ya da buna tanık olanların oranı %36,6(74) hayır diyenlerin oranı ise %63,4(128). Cinsel istismar başlı başına çok ağır bir travmatik yaşantı ve bunun etkisi çok uzun yıllar hatta ömür boyu sürdüğü yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir. Bu realiteden hareketle, araştırmamızda çıkan sonuçla; cinsel istismara maruz kalmanın ya da buna tanık olmanın TSSB riskini arttırdığı tespiti literatürde benzerlik gösterdiği sonucuna ulaşabiliriz. Araştırma grubunda yer alan katılımcıların yaş grubu küçük olduğundan dolayı yapılan klinik görüşmelerde bu soru karşısında başta direnç gösterecekler de klinisyen ile kurulan güven ilişkisi ve klinisyenin terapötik becerileri sayesinde var olan dirençler kırılmış ve bu sorunun yanıtlanması sağlanmıştır.

TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde TSSB riskini en çok artıran ikinci sıradaki değişkenin “savaşta aile bireylerinizden kayıp ya da kayıplar olma” değişkeni olduğunu tespit ettik. Savaşta aile bireylerinizden kayıp ya da kayıplar değişkenine evet diyenlerin oranı %57,9(117) hayır cevabı verenlerin oranı ise %42,1(85)’dir. Literatürde de buna benzer sonuçlar bulunmaktadır. Savaş sonrası travmatik yaşantılarda bireylerin en çok etkilendikleri olayların başında aile üyelerinin kaybı gelmektedir. Özellikle çocuklarını kaybeden anne ve babaların travmatik yaşantıları çok daha ağır seyretmektedir. Ebeveynlerini kaybeden çocuklarda TSSB görülme sıklığı ebeveynlerini kaybetmeyen çocuklara göre çok daha yüksek olduğu yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir. Araştırma grubunda yer alan katılımcıların çocuk ve gençlerden oluştuğu için kayıplar anne-baba ve kardeşler oluşturmuştur. Anne-babasının kaybeden çocuk ve gençlerde özellikle çocuklarda TSSB oranının daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.

TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde TSSB riskini en çok artıran üçüncü sıradaki değişkenin “aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşının ölümüne tanıklık etme” değişkeni olduğunu tespit ettik. Aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşının ölümüne tanıklık etme değişkenine evet cevabı verenlerin oranı %54,5(110) hayır cevabı verenlerin oranı %44,5(92)’tir. 7-25 yaş grubu için aileden birinin ya da yakın bir arkadaşının ölümüne tanıklık

etmek çok ağır travmatik bir yaşantı. Yaptığımız klinik görüşmelerde aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşının ölümüne tanıklık edenlerin bunu ifade ettiklerinde çok zorlandıklarını, olayı anımsatan herhangi bir şey hatırladıklarında fizyolojik tepkisellik gösterdiklerini, psikolojik olarak zorlandıklarını ve elde olmayan sıkıntı verici anılar hatırladıkları tespit edilmiştir. Bu gözlemlerden hareketle aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşının ölümüne tanıklık etmenin TSSB riskini arttırdığını sonuçların bunu destekler nitelikte olduğunu tespit ettik.

TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde TSSB riskini en çok artıran dördüncü sıradaki değişkenin “savaş esnasında işkenceye, şiddet maruz kaldığınız ya da tanık olma” değişkenidir. Savaş esnasında işkenceye, şiddet maruz kaldığınız ya da tanık olma değişkenine evet cevabı verenlerin oranı %68,8(139) hayır cevabı verenlerin oranı %31,2(63) olduğu tespit edilmiştir. Savaş esnasında savaş esnasında işkenceye, şiddet maruz kaldığınız ya da tanıklık etmek TSSB riskini arttırdığı yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir. Cinsel istismar, aile üyelerinden birinin kaybı ya da ölüme anıklık etme değişkenleri kadar olmasa da bu değişkenin TSSB riskini arttırdığını tespit ettik. Katılımcıların yaş grubunun yetişkinlerden oluşmaması bu değişkenin TSSB riskini daha arttırdığı sonucuna varılmıştır.

TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde TSSB riskini en çok artıran beşinci sıradaki değişkenin “ciddi anlamdayaralanmaya da kazaya şadınız veya tanık olma” değişkeni olduğunu tespit ettik. Ciddi anlamdayaralanmaya da kazaya şadınız veya tanık olma değişkenine evet cevabı verenlerin oranı %65,8(133) hayır cevabı verenlerin oranı ise %34,2(69)’dir. Bu değişkenin araştırmamızda TSSB riskini artırma sıralamasında beşinci Sırada yer almasının nedeni katılımcıların çok büyük bir kısmının direkt olarak ciddi anlamdayaralanmaya da kaza yaşamadıkları daha çok buna tanıklık ettikleri gerçekliğidir. Literatürde ciddi anlamdayaralanmaya da kaza yaşayan kişilerin özellikle de vücudunda kalıcı hasar bırakan bir yaralanma ya da kazan yaşayan kişilerde TSSB oranının çok yüksek olduğu tespit edilmiştir.

TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde TSSB riskini en çok artıran altıncı sıradaki değişkenin “görsel ya da işitsel herhangi bir patlamaya tanıklık etme” değişkeni olduğu tespit edilmiştir. Görsel ya da işitsel herhangi bir patlamaya tanıklık etme değişkenine evet cevabı verenlerin oranı %94,1(190) hayır cevabı verenlerin oranı ise %5,9(12) olduğu tespit edilmiştir. Görsel ya da işitsel herhangi bir patlamaya tanıklık etme değişkeninin TSSB riskini artırma sıralamasında 6.

Sırada yer almasının en büyük nedeni tanıklık edilen patlamaların daha çok işitsel patlamalar olduğu gerçeğidir. Literatürde görsel patlamalara tanıklık eden kişilerin işitsel patlamalara tanıklık edenlere göre TSSB riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5.1.3. Savaş ve İç Çatışma Öncesi Değişkenler

Yaptığımız klinik görüşmelerde katılımcılarda ruhsal hastalık öyküsü literatürde belirtilen oranlardan çok daha düşüktür. Bunun nedenlerinden bir tanesi katılımcıların yaş skalasının 7-25 yaş aralığında olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Ruhsal hastalık öyküleri ile travma sonrası stres bozukluğu arasında korelatik bir ilişki tespit edilememiştir. Literatüre baktığımız zaman ruhsal hastalık öyküsü ile TSSB arasında pozitif yönlü korelatik bir ilişki tespit edilmişken bizim çalışmamızda böyle bir ilişki tespit edilememiştir. Bu durum katılımcıların çocuk ve gençlerden oluşması ile açıklanabilir.

5.1.4. Savaş Sonrası Değişkenler

Ayrıca; Mülteciler savaş koşulları ve değişkenleri dışında, ülkemize sığınırken yaşamış oldukları ağır ve travmatik yolculuğun TSSB oranlarını arttırdığı yapılan klinik görüşmelerde tespit edilmiştir. Mültecilerin birçoğu savaş ortamından kaçarken yaptıkları yolculuk esnasında açlık, susuzluk, ölümcül hastalıklar sonucunda kendi aile üyelerinden ve arkadaşlarından kayıplar verdiklerini bunu unutamamalarının mümkün olmadığını ifade etmişlerdir.

Çalışmamıza, Suriye'denve Irak'tan savaş koşullarından dolayı bulundukları ülkelerden kaçıp ülkemiz Diyarbakır ve Batman illerine sığınan mültecileri kapsamıştır. 2014 senesinde IŞİD hem Irak'ta hem de Suriye'de birçok şehirde saldırılar gerçekleştirmiştir. Bu şehirlerden ikisi Irak'taki Sincar(Şengal) kenti ile Suriye'deki Kobani(Ayn el-Arap) kentidir. Araştırmamız Irak'taki Sincar(Şengal) kentinden gelen mülteciler ve Suriye'deki Kobani(Ayn el-Arap) kentinden gelen mülteciler oluşturmuştur. Mültecilerle yaptığımız klinik görüşmelerde: IŞİD Sincar(Şengal)'a saldırı gerçekleştirdiğinde ve şehri ele geçirdiğinde orada yaşayan insanların hayatı derinden etkilendiğini ifade etmişlerdir. IŞİD yüzlerce Ezidi'yi öldürmüş, Ezidi kadınları da cariyeler olarak esir almıştır. IŞİD'den kaçıp kurtulabilen Ezidiler ise Sincar(Şengal) yakınındaki dağlarda yanlarına neredeyse hiçbir şey almadan kalmak zorunda kalmışlardır. Burada günler boyu açlık ve susuzlukla mücadele etmişlerdir. Yezidiler bu zor şartlar altında bölgeyi terk etmeye çalışmışlardır. Bütün bu zorlukların sonucunda şanslı olanlar Türkiye'ye ya da Irak'ta nispeten daha güvenli bölgelere gitmiş,

buralarda ya yakınlarının yanına ya da çadırlara yerleşmişlerdir. Suriyeli Kürt'ler de Ezidi'ler gibi IŞİD saldırıları yüzünden evlerini, şehirlerini terk etmek zorunda kalmış, can güvenlikleri için bir kısmı Kuzey Irak'a bir kısmı da Türkiye'ye sığınmıştır(Gökler, 2014).

Gerçekleştirdiğimiz klinik görüşmelerde çok ağır olumsuz yaşam olayları ile karşılaştıklarını ifade eden katılımcılar; bunu atlatabilmelerinin kendileri için neredeyse imkânsız olduğunu ifade etmişlerdir. Olumsuz yaşam olaylarının TSSB riskini ne denli arttırabildiğini burada açıkça görebilmekteyiz.

5.1.5. Mülteci Kamplarındaki Değişkenler

Diyarbakır'daki mülteci kampında klinik görüşmelerimizi gerçekleştirdiğimiz zaman dilimi içersinde merkeze bağlı Sur ilçesinde çatışma ve bomba seslerinin sürekli olarak kamptan yoğun ve şiddetli olarak duyulması mültecilerdeTSSB riskini daha arttırmış ve aşağıda belirtilen belirtilerin artmasına neden olmuştur.

A. Yeniden yaşama Belirtilerinde:

- Elde olmayan sıkıntı verici anıları artmasına
- Sıkıntı verici rüya görme oranlarının arttığına
- Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında psikolojik zorlanmanın arttığına
- Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında fizyolojik tepkiselliğin arttığına
- Olay tekrarlanıyormuş gibi davranma ve ya hissetme

B. Kaçınma ve Küntleşme Belirtilerinde:

- Bir geleceğinin kalmadığı duygularının arttığına
- Kısıtlı duygulanım yaşadıklarına
- Kopukluk ve yabancılaşmanın arttığına

C. Artmış Uyarılmışlık Belirtilerinde:

- Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlüğü arttığına
- İrritabilite ve öfke patlamalarının sıklaştığına

- Yoğunlaşmada güçlük yaşadıklarına
- Artmış tetikte olma hallerinin olduğuna
- Abartılı irkilme yanıtı verdiklerine

Yaptığımız klinik görüşmelerde ve uyguladığımız CAPS ölçeği sonuçlarında da, bu belirtilerin arttığını kanıtlar şekilde tespit ettik.

Batman'daki mülteci kampında klinik görüşmelerimizi gerçekleştirdiğimiz sürede kampta kalan mültecilerin büyük bir kısmının kamptan ayrılarak başka yerlere gitmesi diğer mültecilerde TSSB riskini daha arttırmış ve aşağıda belirtilen belirtilerin artmasına neden olmuştur.

A. Yeniden yaşama Belirti'lerinde:

- Elde olmayan sıkıntı verici anıları artmasına
- Sıkıntı verici rüya görme oranlarının arttığına
- Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında psikolojik zorlanmanın arttığına

B. Kaçınma ve Küntleşme Belirti'lerinde:

- Bir geleceğinin kalmadığı duygularının çok fazla arttığına
- Kısıtlı duygulanım yaşadıklarına
- Kopukluk ve yabancılaşmanın arttığına

C. Artmış Uyarılmışlık Belirti'lerinde:

- Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlüğü arttığına
- İrritabilite ve öfke patlamalarının sıklaştığına
- Yoğunlaşmada güçlük yaşadıklarına

Yaptığımız klinik görüşmelerde ve uyguladığımız CAPS ölçeği sonuçlarında da bu belirtilerin arttığını kanıtlar şekilde tespit ettik.

5.1.6. Epidemiyolojik Araştırmalarla/Literatürle Karşılaştırma

Mültecilik insanoğlunun var olduğu günden bu yana var olan bir gerçekliktir. Günümüz savaşlarıyla var olmuş bir oldu değildir. Tarih başladığından bu yana topraklarında var olan iç çatışmalardan, savaşlardan, afetlerden, doğal felaketlerden kaçarak başka topraklara gitmek zorunda kalıp mülteci konumuna düşen yüz binlerce insan örnekleriyle doludur.

Günümüz dünyasında da mültecilik dünya genelinde artan bir problem haline gelmiş ve mültecilerin topraklarını terk etme nedenleri arasında savaşlar birinci sırada yer almaktadır (UNHCR, 2016). Savaşlar nedeni ile evlerini terk etmek zorunda kalan mülteciler çok sayıda travma yaşamış olarak kabul edilirler (Ai ve ark., 2002). Savaş yaşayan mültecilerle yapılan çalışmalar sonucunda varılan sonuçlara baktığımızda en sık rastlanan psikiyatrik bozuklukların TSSB ve depresyon olduğu gösterilmiştir (Basoglu ve ark., 2005).

Mültecilerin ruh sağlığını araştıran epidemiyolojik araştırmaların çoğu TSSB tanısı üzerine odaklanmıştır (Nickerson ve ark., 2011). Dünya genelinde yapılan araştırmalarda TSSB görülme sıklığı %3-80 geniş aralıklarda bildirilmiştir (Hauff ve Vaglum, 1994). Kosovalı mültecilerde yapılan iki çalışmadan birinde %65 (Turner ve ark., 2003), diğerinde %60,5 (Ai ve ark., 2002), Bosnalı mülteciler ile yapılan çalışmada TSSB oranı %26,3 (Mollica ve ark., 1999), savaş ortamında bulunmuş Bosnalı kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada %71 (Dahl ve ark., 1998) olarak tespit edilmiştir. İsveç'te bulunan Iraklı Kürt mülteciler ile yapılan çalışmalarda TSSB oranı% 37 olarak tespit edilmiştir (Sondergaard ve ark., 2001). Bizim yaptığımız araştırma var olan epidemiyolojik araştırmalardan farklı olarak hem şimdiki(son bir ay) hem hayat boyu hem de şimdi ki ve hayat boyu şiddet puanları araştırılmıştır. Yaptığımız bu araştırmanın sonucunda; çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son bir ay) TSSB sıklığı %57,9, Hayat Boyu TSSB sıklığı ise % 58,9 olarak tespit edilmiştir.Çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son bir ay)TSSB ŞimdikiŞiddet Puanı ortalaması 78,07, TSSB Hayat Boyu Şiddet Puanı ortalaması 81,28 olarak tespit edilmiştir. Yapılan epidemiyolojik araştırmalarla kıyasladığımızda genel anlamda TSSB oranlarının hem şimdiki (son bir ay) hem de hayat boyu oranlarının literatür çalışmalarında ortaya çıkan oranlardan daha yüksek çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.

TSSB' nin prevelansına yönelik yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edilmektedir. Birçok genel toplum araştırmasında TSSB' nin yaşam boyu prevelansının %1-

14 arsında değiştiği bulunmuştur(Kessler ve ark., 1995). Bu oran erkeklerde %5 ile %6, kadınlarda %10 ile %14 arasında değişmektedir(şalcıoğlu, 2001). Genel toplum çalışmalarında TSSB'nin yaygınlığı %1.3-9.2 oranındadır(Kessler ve ark., 1995, Perkonigg ve ark., 2000, Breslau ve ark., 1991). Travma deneyimlerin şiddeti, travma öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bir çok etken, bireyin travmatik olay karşısındaki öznel duyarlılığı ve var olan başa çıkma becerileri bu oranları etkilemektedir(Baysak, 2010). Araştırmamızın yaşam boyu prevelansının ne skalada olacağı konusunda bir öngörüde bulunmak zor olmakla beraber bunun izlerinin kalacağını öngörmekteyiz.

Travmatik deneyimler oldukça yaygındır (Norris, 1992). İnsanların hayatları boyunca travmatik bir olaya maruz kalması neredeyse kaçınılmazdır. 2012 Dünya afet raporuna göre 2002-2011 yılları arasında 6,925 afet (doğal afetler, taşıma kazaları, iş kazaları, çeşitli kazalar) yaşandığı ve bu afetlerde etkilenen insan sayısının 2.684.329.000 olduğu belirtilmiştir (İFRC,2012). Erkeklerin %60,7'si, kadınların %51,2'sinin hayatları boyunca en az bir travmatik olay yaşadıkları rapor edilmiştir (Kessler ve ar., 1995, Breslau ve ark., 1998). Erkekler yangın, kaza, fiziksel saldırı, kaçırılma, tehdit ve savaş gibi travmalara daha sık maruz kalırken, kadınlar cinsel travmalara ve çocukluk ağı kötüye kullanımı ile daha sık karşılaşmaktadırlar(Breslau ve ark., 1998). TSSB görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha sıktır (Tolin ve Foa, 2006) ve TSSB'nin kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık geliştiği bildirilmiştir(Breslau ve ark., 1999). Pinatubo Dağı volkanik patlamasından 6 yıl sonra yapılan bir çalışmada, TSSB'nin %27,6 ile en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır(Howard ve ark., 1999). Yapılan literatür araştırmalarının aksine yaptığımız araştırmada TSSB riskinin cinsiyet açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi. Diğer yandan literatürü destekler nitelikte savaşlardan sonra en sık görülen psikiyatrik bozukluğun TSSB olduğu tespit edilmiştir.

Deneklerin kendilerini değerlendirdikleri ölçekler kullanılarak gerçekleştirilen araştırmalarda tespit edilen TSSB oranının beklenenden daha fazla olduğu varsayılmaktadır(Turner ve ark., 2003). Bizim çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son bir ay) TSSB sıklığı %57,9, Hayat Boyu TSSB sıklığı ise % 58,9 olarak tespit edilmiştir.çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son bir ay)TSSB şimdikişiddet Puanı ortalaması 78,07, TSSB Hayat Boyu şiddet Puanı ortalaması 81,28 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların kendilerini değerlendirdikleri ölçek tekniğini kullanmanın sağlıklı sonuçlar doğurmayacağı kanaatini taşıyoruz. Çünkü değerlendirme yapılırken klinisyenin gözlemi, nitel yorumu, etnik-kültürel yapısı, sosyolojik,

psikolojik, fiziksel, ailevi, sosyal, metabolik ve kişisel özellikler dikkate alınması gerektiğini düşünüyoruz. Katılımcılarla klinik görüşme yaparken nitel yorumlama tekniğini kullanarak birçok faktörü göz önünde bulundurduk.

Travmatik yaşantıların taciz, tecavüze uğrama, trafik kazası, ölüme tanık olma, savaş alanında bulunma, fiziksel bir saldırıya uğrama ve diğer felaketler olarak on ayrı şekilde ayrıldığı bir araştırmada, en yüksek TSSB sıklığı %14 ile cinsel saldırıya maruz kalan bireylerde tespit edilmiş, bunu %13 ile fiziksel saldırıya maruz kalalar, %12 ile trafik kazası geçirenler izlemiştir(Norris, 1992). Hayat boyu en yüksek TSSB oranı %57.1 ile tamamlanmamış tecavüz ardından görülmüştür. Tecavüze uğramış, mağdurların %80'inde TSSB gelişmiştir(Resnick ve ark., 1993). Fiziksel taciz ile alakalı gerçekleştirilen araştırmalarda Travma sonrası stres bozukluğu sıklığı çoğu zaman yüksektir (%20-30 dolaylarında). Çeşitli taciz travmalarına maruz kalmış bir grup ile %20 ve %34, işkenceye maruz kalmış politik eylemcilerde %18, işkenceye maruz kalmış mültecilerde ise %14 TSSB oranları olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde deprem mağdurları ile gerçekleştirilen çalışmalarda TSSB sıklığı %23 ile %40 arasında bulunmuştur (Başoğlu ve ark., 202, Şalcıoğlu ve ark., 2003, Başoğlu ve ark., 2004). Yaptığımız araştırma literatürü destekler nitelikte sonuçlar tespit edilmiştir. Araştırmamızın değişkenlerine baktığımızda; deneklerin maruz kaldıkları bu durumlarla TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıkları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde TSSB riskini en çok artıran değişkenin “cinsel istismara maruz kalmak ya da tanık olmak” değişkeni olduğunu tespit ettik. Ki tespit yapılan literatür araştırmaları ile örtüşüp paralellik göstermektedir.Cinsel istismara maruz kalma ya da buna tanık olanların oranı %36,6(74) hayır diyenlerin oranı ise %63,4(128). Cinsel istismar, taciz, tecavüz başlı başına çok ağır bir travmayken bunun savaş ortamında olması TSSB riskinin artmasını oldukça tetiklemiş olduğu tespitine ulaştık.

Araştırmalarında gösterdiği gibi risk altındaki gruplarda yaşam boyu TSSB yaygınlığı toplumdakinden daha yüksektir. Ki araştırma yaptığımız kişilerin geldikleri ülke koşulları ve şu an ki yaşam koşulları itibari ile ağır risk altında bir kitle ve yaşam boyu TSSB görülme olasılığı çok yüksek olacağını öngörüyoruz. Savaş travması üzerinde yapılan en büyük çalışma olan NVVRS' de (The National Vietnam Veterans Readjustment Study), Vietnam Savaşı'na katılan Amerikalı erkek askerlerde yaşam boyu TSSB oranı %30,9, araştırma anındaki TSSB oranı ise %15,2 bulunmuştur (Kulka ve ark, 1990). NVVRS verilerini tekrar gözden geçirerek yapılan çalışmada Vietnam Savaşına katılan askerlerle yapılan diğer çalışmalarda da görece yüksek TSSB oranları bulunmuştur. Irak'ta ikinci Körfez Savaşı'na

katılan Amerikalı askerlerde ülkelerine döndükten hemen sonra TSSB yaygınlığı %12 (Hoge ve ark., 2004), döndükten bir yıl sonra ise %16 bulunmuştur (Hoge ve Castro, 2006). Irak ya da Afganistan'da savaşa katılan askerler birleştirilerek yapılan çalışmada TSSB oranı %14 bulunmuştur (Taniellan ve Jaycox, 2008).

TSSB yaygınlığı ile ilgili araştırmalarda TSSB oranlarının büyük değişkenlik göstermesinin birçok nedene bağlı olabilir. Araştırmalar arasında belirgin yöntemsel farklılıklar olduğu bilinmektedir. Bazıları araştırmaya katılan katılımcının kendi doldurduğu ölçekler, bazıları da yapılandırılmış psikiyatrik görüşme kullanmıştır. Bazıları da genel psikopatolojiyi sorgulayan anketler verip travmatik stres belirtilerini tahmin ederek sonuca varmışlardır. İncelenen travma türü de araştırmalar arasında çok farklılık göstermiştir. Bazılarında sadece tek travma, diğerlerinde birçok travma değerlendirilmiştir. Bütün travma tiplerinin bir listeyle araştırmaya katılanlara sorulduğu ve random seçilen bir travmanın etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda olmuştur. Bu tür farklılıklar sıklık oranlarında ki değişkenliği açıklayabilir. Yaygınlık araştırmalarının büyük çoğunluğundaki ortak sorun tanıyı değerlendirmek için yapılandırılmış psikiyatrik görüşme kullanılmamış olması ve örneklemelerin küçük olmasıdır(Kılıç, 2004). Bu açıdan bizim yaptığımız çalışma literatüre katkı sunacağı kanaatini taşıyoruz çünkü; yaygınlık araştırmalarının büyük çoğunluğundaki ortak sorun tanıyı değerlendirmek için yapılandırılmış psikiyatrik görüşme kullanılmamış olması ve örneklemelerin küçük olması iken bizim yaptığımız çalışmada yapılandırılmış klinik psikiyatrik görüşme tekniği kullanılmış olup örneklem geniş tutulmaya çalışılmıştır(202). TSSB ile ilgili yapılan araştırmalarda en sağlıklı yöntemin klinik psikiyatrik görüşme tekniği olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca örneklem geniş tutulmaya çalışılması çıkacak sonuçların nesnellliğini ve skalasını arttıracığından daha sağlıklı sonuçlar ortaya çıkacaktır. Klinik psikiyatrik görüşme tekniği kullanılarak klinisyenin gözlemi, nitel yorumu, etnik-kültürel yapısı, sosyolojik, psikolojik, fiziksel, ailevi, sosyal, metabolik ve kişisel özellikler dikkate alınırsa TSSB araştırmalarında çok daha gerçekçi sonuçlar elde etmiş olacağız. Katılımcılarla klinik görüşme yaparken nitel yorumlama tekniğini kullanarak birçok faktörü göz önünde bulundurduk.

5.2. Öneriler

1. TSSB ile ilgili yapılan çalışmalarda deneklerin kendilerini değerlendirdikleri ölçekler kullanılarak gerçekleştirilen araştırmalarda tespit edilen TSSB oranının beklenenden daha fazla olduğu varsayılmaktadır(Turner ve ark., 2003). Bizim çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli

ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son 1 ay) TSSB sıklığı %57,9, Hayat Boyu TSSB sıklığı ise % 58,9 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların kendilerini değerlendirdikleri ölçek tekniğini kullanmanın sağlıklı sonuçlar doğurmayacağı kanaatini taşıyoruz. Çünkü değerlendirme yapılırken klinisyenin gözlemi, nitel yorumu, etnik-kültürel yapısı, sosyolojik, psikolojik, fiziksel, ailevi, sosyal, metabolik ve kişisel özellikler dikkate alınması gerektiğini düşünüyoruz. Katılımcılarla klinik görüşme yaparken nitel yorumlama tekniğini kullanarak birçok faktörü göz önünde bulundurduk. Bu açıdan yaptığımız araştırmamızın bu konudaki eksikliği giderdiğini düşünüyoruz. Bundan sonraki yapılacak TSSB çalışmalarında yapılandırılmış klinik görüşmelerinin yapılmasının çok daha doğru sonuçlar doğuracağını düşünüyoruz.

2. Bu araştırmanın sonuçları savaştan uzakta ve güvenli bir ortamda(Ülkemizde) kamplarda ve şehirlerde hayatlarını sürdürmelerine rağmen savaş travmasına maruz kalmış Iraklı ve Suriyeli çocuk ve genç sivilde TSSB başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun yaygın olduğunu göstermektedir. Bu bulgular savaş travmasının sivilde üzerinde uzun yıllar devam eden ve bulunduğu yeri değiştirmekle de düzelmeyen etkileri olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle Irak'ta ve Suriye'de savaşın yol açtığı psikiyatrik bozuklukların tanınması, değerlendirilmesi ve sağaltımı için var olan imkânların en iyi şekilde kullanılması gerekmektedir.

3. Örneklemimizde birden çok sosyokültürel ve inanç kesiminden çocuk ve genç bulunmaktadır. Araştırmamız hiç kimsenin savaş travmasından muaf olmadığını göstermektedir. Savaşın yol açtığı korkunç tahribatın etkisiyle psikolojik açıdan yaralanmış bireylerin topluma maliyetinin çok büyük olacağı öngörülebilmektedir. Ruhsal bozukluklar bir kez ortaya çıktıktan sonra sağaltımının güçlüğü ve maliyeti düşünüldüğünde, ortaya çıkmasını ve nüksetmesini engellemek amacıyla çaba sarf etmek çok daha pragmatik olacaktır. Bu nedenlerden ötürü her hekim, psikolojik danışman, psikolog, klinik psikolog ve psikiyatristlerin hem ahlaki ve etik nedenlerle hem de toplumun ruh sağlığını korumak için savaşlara karşı çıkmalı ve ellerinden geleni yapmalıdırlar.

4. Çalışmamızda Diyarbakır ve Batman'daki mülteci kamplarında ve Batman merkezde kalan 202 çocuk ve genç mülteci çocuk çalışmaya dahil olmuştur. Halen Irak ve Suriye'de aynı yaş grubundaki çocuk ve gençlerin savaşta ne derece etkilendiklerini bilmiyoruz. Çocuk ve gençlerin Irak'ta ve Suriye'de ailelerinin ruhsal durumları hakkında çok az ve kısıtlı bilgimiz bulunmaktadır. Irak ve Suriye'de daha çok çalışmanın yapılması TSSB'nin boyutları daha gerçek anlamda gözler önüne serecektir.

5. Savaşa maruz kalan toplumlarda çalışma yürütmenin birçok zorluğu bulunmaktadır (sağlıklı iletişim kurma, güvenlik, ulaşım, politik, sağlıklı bilgi almama, dil ve kültürel sorunlar v.). Bunlarda savaşa maruz kalmış insanların psikolojik durumlarının bilimsel kamuoyuna gerektiği gibi yansıtılmasının önüne geçmektedir. Bu nedenlerden ötürü bilimsel araştırmalar yapılırken tüm bu değişkenlerin göz önünde bulundurulup değerlendirilmesi bunlara göre yapılması gerekmektedir.

6. Literatürü incelediğimiz zaman TSSB ile ilgili yapılan çalışmaların hep askerlerle ilgili olduğu ve savaştan sadece askeri personel etkileniyormuş gibi bir izlenim yaratılmaktadır. Bu doğru olmayan bir algı. Bu durum sivillerle çalışmanın güçlüklerinden hem de devletlerin askerler üzerinde yapıla çalışmalara kaynak ayırmasından kaynaklanmaktadır. Bu araştırmamızın bu konudaki eksikliği giderdiğini düşünüyoruz. Savaş travmasına uğrayan sivillerle ilgili çalışmalara daha çok ağırlık verilmesi gerektiğini ve devletlerin bu tarz çalışmalara kaynak ayrılması gerektiğini düşünüyoruz.

7. Araştırma yaptığımız koşullar yapılandırılmış klinik psikiyatrik görüşmeler için sağlıklı değildir. Sağlıklı yapılandırılmış klinik psikiyatrik görüşmelerin yapılabilmesi için araştırma yapan kişilere bu ortamların sağlanması gerektiğini düşünüyoruz.

8. Kullandığımız CAPS ölçeğinin Türkçe dilinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmasına rağmen Kürtçe ve Arapça dillerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmamıştır. Katılımcıların ana dillerinin Kürtçe ve geldikleri topraklarda kullandıkları resmi devlet dilinin Arapça olduğunu göz önünden bulundurursak bundan sonra direkt olarak bu bölgede araştırma yapacak olan ve Türkçe bilmeyip Klinisyen Tarafından Kullanılan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS)'in Kürtçe ve Arapça dillerine çevrilip geçerlik-güvenirlik çalışmalarının yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Ölçek ve formların farklı dillere çevrilmesi daha sağlıklı sonuçlar elde etmekte yol gösterici olacaktır.

9. Türkiye’de birçok mülteci kampı ve kamp dışında yaşayan binlerce mülteci olmasına rağmen sadece iki kamp ve Batman merkezde yaşayan mülteci çocuk ve gençlerle sınırlandırılması tüm Suriye ve Iraklı mültecilerle genelleyememe problemini ortaya çıkarmıştır. Bunun önüne geçebilmek adına daha çok kamp ve şehirlerde yaşayan kişilerle araştırma yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

10. Araştırma CAPS-Klinisyen Tarafından Doldurulan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale) ölçeğinin ölçtüğü

özellikler ile sınırlıdır. Tek bir ölçeğin kullanılması bilimsel verilerin doğruluk payını düşürmektedir. Bu bağlamda araştırmalarda birden fazla ölçek kullanılarak daha sağlıklı sonuçlar elde edilebilir.

11. Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların ana dillerinin Kürtçe oluşu ve Türkçe dilini bilmemeleri en önemli kısıtlılıklarımızdan biri olmuştur. Araştırmacının Türkçe ve Kürtçe dillerini biliyor oluşu çalışmamızı kolaylaştırmıştır. Araştırmalar yapılırken araştırmacının araştırmayaca katılacak kişilerin dillerini bilmesi araştırma verilerini daha sağlıklı kılacaktır. Çünkü; sonuçlar değerlendirilirken sadece nicel verilere göre değerlendirmek araştırmacıları yanılsı sürükleyecektir. Araştırmacının katılımcıların konuştukları dili biliyor oluşu nitel olarak değerlendirme konusunda büyük avantaj sağlamış olacaktır. Bizim araştırmamızda araştırmacının katılımcıların konuştukları dili oluyor oluşu verileri değerlendirme konusunda hem nicelik hem de nitelik olarak büyük avantaj sağlayarak literatüre kazandırılmıştır.

KAYNAKÇA

Abercrombie ED, Jacobs BL. Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus coeruleus of freely moving cats. II. Adaptation to chronically presented stressful stimuli. J Neurosci.1987;7(9):2844-8.

Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. J Abnorm Psychol.1978;87(1):49-74.

Akdemir A, Önder M.E: Travmanın Biyolojisi. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi.2000;8(1):5-8.

Ai A. L, Peterson C, Uebelhor D. War-Related Trauma and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Adult Kosovar Refugees. Journal of Traumatic Stress. 2002;15:57–160

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

Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten Çev. E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1995.

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

Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IVTR). (Çev. Ed. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği;2007

Altindag A, Ozen S, Sir A One-year follow-up study of posttraumatic stress Disorder among earthquake survivors in Turkey. Comprehensive Psychiatry. 2005;46:328-333.

Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. The role of corticotropinreleasing factor in depression and anxiety disorders. *J Endocrinol.* 1999;160:1-12.

Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. The role of corticotropinreleasing factor in depression and anxiety disorders. *J Endocrinol.* 1999;160:1-12.

Arel Üniversitesi. (2015). *DSM-4-TR ile DSM-5 arasındaki önemli farklılıklar*. <http://www.psikopatoloji.info/?p=9>

A1, A. L., Peterson, C. & Uebelhor, D. 2002. War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *J Trauma Stress*, 15, 157-60.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.*1977;84(2):191-215.

Basoglu M, Livanou M, Crnobaric C, Franciskovic T, Suljic E, Duric D, et al. Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *The Journal of the American Medical Association.* 2005;294:580-90.

Başoğlu M, Ozmen E, Sahin D, Paker M, Taşdemir O, Ceyhanli A, Incesu C Sarimurat N. Appraisal of self, social environment, and state authority as a possible mediator of posttraumatic stress disorder in tortured political activists. *J Abnorm Psychol.*1996;105(2):232-6.

Başoğlu, M., Kılıç, C., Şalcıoğlu, E. & Livanou, M. 2004. Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *J Trauma Stress*, 17, 133-41

Bayar R. Posttravmatik stres bozukluğunun etyopatogenezinde organik faktörler farmakolojik tedavi. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri;2000:100-102

Baysak E. Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve İlişkili Etkenler. Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,2010.

Bilgic, S. (2011). Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması (Yayınlanmış uzmanlık tezi). Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Brady K, Pearlstein T, Asnis GM, Baker D, Rothbaum B, Sikes CR, Farfel GM. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic Stress disorder: a randomized controlled trial. JAMA. 2000;283(14):1837-1844.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. & Peterson, E. 1991. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 216-22.

Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L. & Schultz, L. 1997. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 81-7.

Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L. & Schultz, L. R. 2000. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biol Psychiatry*, 48, 902-9.

Breslau, N., Davis, G. C. & Schultz, L. R. 2003. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 289-94.

Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry* 1999;156:902- 7.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:626-32.

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

Bromet, E., Andrea, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Viana, M. C., Williams, D. R. & Kessler, R. C. 2011. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*, 9, 90.

Buther JN, Mineka S, Hooley J. Abnormal Psychology 13th ed, Pearson/Allyn and Bacon, 2007.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:748-766.

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

Bromet E, Sonnega A, Kessler RC: Risk factors for DSM-III R posttraumatic Stress disorder: findings from the national comorbidity survey. *Am J Epidemiol* 147:353- 361, 1998.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Galovski, T. & Veazey, C. 2002. Emergency room vital signs and PTSD in a treatment seeking sample of motor vehicle accident survivors. *J Trauma Stress*, 15, 199-204.

Bonne, O., Brandes, D., Gilboa, A., Gomeri, J. M., Shenton, M. E., Pitman, R. K. & Shalev, A. Y. 2001. Longitudinal MRI study of hippocampal volume in trauma survivors with PTSD. *Am J Psychiatry*, 158, 1248-51.

Bonne O, Bain E, Neumeister A. No change in serotonin type 1A receptor binding in patients with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:383-385.

Burnham, G., Lafta, R., Doocy, S. & Roberts, L. 2006. Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet*, 368, 1421-8.

Bremner JD, Innis RB, Southwick SM, Staib L, Zoghbi S, Charney DS. Decreased benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2000;157(7):1120-1126.

Breslau, N. & Anthony, J. C. 2007. Gender differences in the sensitivity to stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *J Abnorm Psychol*, 116, 607-11.

Breslau, N., Peterson, E. L. & Schultz, L. R. 2008. A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry*, 65, 431-7.

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

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

Booth-Kewley, S., Larson, G. E., Highfill-Mcroy, R. M., Garland, C. F. & Gaskin, T. A. 2010. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *J Trauma Stress*, 23, 69-77.

Rubin, G. J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Simpson, J. & Wessely, S. 2005. Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *BMJ*, 331, 606.

Bleich, A., Gelkopf, M., Melamed, Y. & Solomon, Z. 2006. Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: a survey of an Israeli National representative sample. *BMC Med*, 4, 21.

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

Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of posttraumatic stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, 2007 18;(3):CD003388.

R. Tükel, T. Alkın, *Anksiyete Bozuklukları*, ed. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2006:385–447.

Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of posttraumatic stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, 200718;(3):CD003388.

Bremner JD, Randall P, Scott TM. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:973-981.

Carlson EB, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148:1548–51.

Connor, K. M. & Davidson, J. R. 1997. Familial risk factors in posttraumatic Stress disorder. *Ann N Y Acad Sci*, 821, 35-51.

Coleman P. *Flashback: Posttraumatic Stress Disorder, Suicide, and the Lessons of War*. Boston: Beacon Press, 2006.

Card JJ. Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*.1987;43:6-17.

Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, Hazell PL, Kenardy JA, Carter GL. Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychol Med*.1995;25(3):539-555.

Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Maurer G, Cochrane K, Cooper TB, Mohs RC, Davis KL. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(7):587-599.

Coid J, Allolio B, Rees LH. Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*. 1993;2:545-546.

Chemtob C, Roitblat HL, Hamada RS, Carlson JG, Twentyman CT. A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1988;2:253-275.

Chioqeeta, A. P. & Stiles, T. C. 2007. The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis*, 28, 67-73.

Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Crawford, C. A., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L. & Aderson, M. 2004. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*, 292, 575-84.

Chung RC, Kagawa-Singer M. Predictors of psychological distress among Southeast Asian refugees. *Soc Sci Med*. 1993;36(5):631-639.

Çervatoğlu PG. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2000;8(1):5-8.

Çervatoğlu PG. Travma Çalışmalarındaki Metodolojik, Kavramsal Sorunlar ve Sınırlar. *Psikolojik Travma Yazıları* (4). 5US Yayınları;2001.

Dahl S, Mutapcic A, Schei B. Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced Bosnian women in a war zone. *Journal of Traumatic Stress*. 1998;11:137-145.

Davidson JRT, Fairbank JA. The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In: Davidson JRT, Foa EB: *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1993:147-172.

Doğan S. Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,2001.

Davidson JRT, March JS. Traumatic Stress Disorders. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA: Psychiatry. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1997:1085-1099.

De Quervain DJ, Margraf J. Glucocorticoids for the treatment of posttraumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach. Eur J Pharmacol. 2008;583:365-371.

Deutch AY, Clark WA, Roth RH. Prefrontal cortical dopamine depletion enhances the responsiveness of mesolimbic dopamine neurons to stress. Brain Res.1990;521(1-2):311-315.

Drugan RC, Morrow AL, Weizman R, Weizman A, Deutsch SI, Crawley JN, Paul SM. Stress-induced behavioral depression in the rat is associated with a decrease in GABA receptor-mediated chloride ion flux and brain benzodiazepine receptor occupancy. Brain Res.1989;487(1):45-51.

Delbende C, Mocaer E, Rettori M, Kamoum A, Vaudry H. Effect of the antidepressant tianeptine on the activity of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. European Journal of Psychiatry.1993;8(2):495-545.

Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. Psychol Bull.2004;130(3):355-391.

Davidson, J. R., Hughes S, D., Blazer D. G. & George, L. K. 1991. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med*, 21, 713-21.

De jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., Van de put, W. & Somasundaram, D. 2001. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*, 286, 555-62.

Davidson JRT, Connor KM. Management of posttraumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. J Clin Psychiatry. 1999;60(18):33-38.

Davis M, R, Davis H. PTSD symptom changes in refugees: TORTURE. 2006;16;1.

Ekblad, S., Prochazka, H. & Roth, G. 2002. Psychological impact of torture: a 3-month follow-up of mass-evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 30-6.

El-Sarraj E, Diab T, Thabet AA. Post-traumatic stress disorder. In: Laeth Sari Nasir LS, Abdul-Haq AK, eds. *Caring for arab patients: A Biopsychosocial Approach*, Radcliffe Publishing, 2008: 185-97.

Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000;38:319-345.

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

Eytan, A., Gex-Fabry, M., Toscani, L., Deroo, L., Loutan, L. & Bovier, P. A. 2004. Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *J NervMent Dis*, 192, 664-71.

Foa EB. Trauma and women: course, predictors, and treatment. *J Clin Psychiatry*.1997;58(9):25-28.

Foa EB, Kozak MJ, Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*.1986;99:20-35.

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

Figley CR. *Trauma and Its Wake. The Study and Treatment of PTSD*. New York: Brunnel/Mazel;1985.

Frans, O., Rimmo, P. A., Aberg, L. & Fredrikson, M. 2005. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*, 111, 291-9.

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

Gerritsen A, Bramsen I, Deville W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:18.

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

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. & Vlahov, D. 2002. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*, 346, 982-7.

Gersons BPR, Carlier IVE: Post-traumatic stress disorders: the history of recent concepts, *The British Journal of Psychiatry*. 1992;161:742-748.

Green BL. Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*.1994;7:341-362.

Gökler, F. Y. (2014). Sincar ve Kobani’ye yapılan saldırılar sonucunda yaşanan göçler ve Türkiye’nin insani yardımları: Orsam bölgesel gelişmeler değerlendirmesi 1(18), 1-16. 19 Haziran 2016, ORSAM.

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

Gabbay V, Oatis MD, Silva RR, Hirsch GS. Posttraumatic stress disorders in children and adolescents: Handbook Silva. US New York, NY, WW Norton & Co, 2004.

Goenjian, A. K., Yehuda, R., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Tashjian, M., Yang, R. K., Najarian, L. M. & Fairbanks, L. A. 1996. Basal cortisol, dexamethasone suppression of cortisol, and MHPG in adolescents after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*, 153, 929-34.

Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski I, A., Kasai, K., Lasko, N. B., ORR, S. P. & Pitman, R. K. 2002. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci*, 5, 1242-7.

Gavrilović, J., Lecić-tosevski, D., Knezević, G. & Priebe, S. 2002. Predictors of posttraumatic stress in civilians 1 year after air attacks: a study of Yugoslavian students. *J Nerv Ment Dis*, 190, 257-62.

Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry*. 2000;157(6):911-916.

Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic posttraumatic stress Disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:760-6.

<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/opendocPDFViewer.html?docid=51bacb0f9&query=global%20trends%202013> (erişim tarihi:02.11.2013)

Hauff E, Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: a prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *Journal of Mental Nervous and Mental Disease*. 1994;182:85–90.

http://tr.wikipedia.org/wiki/Suriye_%C4%B0%C3%A7_Sava%C5%9F%C4%B1 (erişim tarihi: 03.11.2013)

<http://www.unhcr.org.tr/home.php?content=508> (erişim tarihi: 03.11.2013)

Handwerker K. Differential patterns of HPA activity and reactivity in adult posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(3):184-205.

Husain, F., Anderson, M., Lopes Cardozo O, B., Becknell, K., Blanton, C., Araki, D. & Vithana, E. K. 2011. Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar Jaffna District, Sri Lanka. *JAMA*, 306, 522-31.

Herman JL. Trauma and Recovery. New York: Basic Books;1992.

Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic Stress Disorder in the general population: findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine*.1987;317:1630-1634.

Howard WT, Loberiza FR, Pfohl BM, Thorne PS, Magpantay RL, Woolson RF. Initial results, reliability, and validity of a mental health survey of Mount Pinatubo Disaster victims. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:661-672.

Hoge, C. W. & Castro, C. A. 2006. Post-traumatic stress disorder in UK and US forces deployed to Iraq. *Lancet*, 368, 837; author reply 837.

Havenaar JM, Rumyantzeva GM, van den Brink W. Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *Am J Psychiatry* 1997;154:1605-7.

Hull AM, Alexander DA, Klein S. Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: long-term follow-up study. *Br J Psychiatry*. 2002;181:433-8.

Hageman I, Andersen HS, Jorgensen MB. Posttraumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand*.2001;104(6):411-422.

Habib KE, Gold PW, Chrousos GP. Neuroendocrinology of stress. *Endocrinol Metab Clin North Am*.2001;30(3):695-728.

Himle, J. A., Baser, R. E., Taylor, R. J., Campbell, R. D. & Jackson, J. S. 2009. Anxiety disorders among African Americans, blacks of Caribbean descent, and non-Hispanic whites in the United States. *J Anxiety Disord*, 23, 578-90.

Hall, B. J., Hobfoll, S. E., Canetti, D., Johhson, R. J., Palmieri, P. A. & Galea, S. 2010. Exploring the association between posttraumatic growth and PTSD: a national study of Jews and Arabs following the 2006 Israeli-Hezbollah war. *JNerv Ment Dis*, 198, 180-6.

Hamama-Raz, Y., Solomon, Z., Cohen, A. & Laufer, A. 2008. PTSD symptoms, forgiveness, and revenge among Israeli Palestinian and Jewish adolescents. *JTrauma Stress*, 21, 521-9.

Hinton, L., Jenkins, C. N., Mcphee, S., Wong, C., Lai, K. Q., Le, A., DU, N. & Fordham, D. 1998. A survey of depressive symptoms among Vietnamese-American men in three locales: prevalence and correlates. *J Nerv Ment Dis*, 186, 677-83.

<http://www.unhcr.org.tr/home.php?content=508> (erişim tarihi: 03.11.2013)

Hendler T, Rotshtein P, Yeshurun Y. Sensing the invisible: differential sensitivity of visual cortex and amygdala to traumatic context. *Neuroimage*. 2003;19:587-600.

Huether G, Doering S, Rüger U, Rüther E, Schüssler G. The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Res*. 1999;87:83-95.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, World Disasters Report, 2012 (www.ifrc.org)

“45 bin Suriyeli Kürt Türkiye topraklarına girdi” Anadolu Ajansı, 20 Eylül 2014, <http://www.aa.com.tr/tr/tag/392160--45-bin-suriyeli-kurt-turkiye-topraklarina-girdi>

“İŞİD’den Kaçış – İnteraktif”, Al Jazeera Türk, 15 Eylül 2014, <http://www.aljazeera.com.tr/interaktif/isidden-kacis>

Ikin, J. F., Creamer, M. C., Sim, M. R. & McKenzie, D. P. 2010. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors, and impairment. *J Affect Disord*, 125, 279-86.

Jones, E. 2006. Historical approaches to post-combat disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 361, 533-42.

Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2012;3:2-9.

Johnson, H. & Thompson A. 2008. The development and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. *Clin Psychol Rev*, 28, 36-47.

Kaplan, M. S., Huguet, N., Mcfarland, B. H. & Newsom, J. T. 2007. Suicide among male veterans: a prospective population-based study. *J EpidemiolCommunity Health*, 61, 619-24.

Karakaya I., Memik N.Ç., Ağaoğlu B., Aker T., Şişmanlar Ş., Öç Ö.Y., Coşkun A., (2007) Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği Geçerlik Güvenirlilik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 14:125-132

Korkut, R. (2010). Türkiye’de sığınmacılar ve mülteciler (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Niğde Üniversitesi, Niğde.

Koryürek, M.M. (2011). Iraklı sivillerde savaş travmasına bağlı ruhsal sorunların yordayıcıları (Yayınlanmış uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Kılıç, C., Aydın, I., Askıntuna, N., Ozcurumez, G., Kurt, G., Eren, E., Lale, T., Ozel, S. & Zileli, L. 2006. Predictors of psychological distress in survivors of the 1999 earthquakes in Turkey: effects of relocation after the disaster. *ActaPsychiatr Scand*, 114, 194-202.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatik Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*.1995;52:1048-1060.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-27.

Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA. Trauma and the Vietnam War generation: report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York, NY, Brunner/Mazel, 1990.

Kang HK, Natelson BH, Mahan CM. Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *Am J Epidemiol*. 2003;157:141-8.

Karamustafalioglu OK, Zohar J, Güveli M. Natural course of posttraumatic Stress disorder: a 20-month prospective study of Turkish earthquake survivors. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:882-889.

Krystal JH, Kosten TR, Perry BD. Neurobiological aspects of PTSD: Review of clinical and preclinical studies. *Behav Ther*. 1989;20:177-198.

Koob GF. Corticotropin-releasing factor, norepinephrine and stress. *Biol Psychiatry*. 1999;46:1167-1180.

Koenen KC, Fu QJ, Ertel K, Lyons MJ, Eisen SA, True WR, Goldberg J, Tsuang MT. Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress Disorder in men. *Journal of Affective Disorders*. 2008;105(13):109–115.

Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri* (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Kaptanoğlu C. İşkencenin ruhsal etkileri. *Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, 1991.

Kline NA, Rausch JL. Olfactory precipitants of flashbacks in posttraumatic stress disorder: case reports. *J Clin Psychiatry*. 1985;46(9):383-384.

Kawachi, I. & Berkman, L. F. 2001. Social ties and mental health. *J Urban Health*, 78, 458-67.

Lifton RJ, Olson E, The human meaning of total disaster: The Buffalo Creek experience. *Psychiatry*.1976;39:1-17.

Lazarus RS. On the primacy of cognition. *American Psychologist*,1984;39:124-129.

Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*. 2010;167(6):640-647.

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

Lee KA, Vaillant GE, Torrey WC, Elder GH. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *Am J Psychiatry*. 1995;152 (4):516-522.

Mollica RF, McInnes K, Sarajlic N, Lavelle J, Sarajlic I, Massagli MP. Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *The Journal of the American Medical Association*. 1999;282:433–439.

McFarlane AC. The etiology of posttraumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br. J Psychiatry*.1989;154:221-228.

Madakasira S, O'Brien KF. Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis*.1987;175(5):286-290.

Maercker A, Schützwohl M. Long-term effects of political imprisonment: a group comparison study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1997;32(8):435-442.

McFarlane AC, Williamson P, Barton CA. The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. *J Public Health Policy*. 2009;30:311-27.

Meewisse ML, Reitsma JB, de Vries GJ, Gersons BP, Olff M. Cortisol and posttraumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007;191:387-392.

Mikulincer M, Solomon Z. Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol.* 1988;97(3):308-13.

McFarlane A. Phenomenology of posttraumatic stress disorder. In: Stein, Dan J. Hollander, Eric, editors. *The American Psychiatric publishing textbook of anxiety disorders.* 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Pub.;2002.p.359-371.

Mollica, R. F., Wyshak, G. & Lavelle, J. 1987. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry*, 144, 1567-72.

Musallam, N., Ginzburg, K., Lev-Shalem, L. & Solomon, Z. 2005. The psychological effects of Intifada Al Aqsa: acute stress disorder and distress in Palestinian-Israeli students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 42, 96-105.

Mccutcheon, V. V., Sartor, C. E., Pommer, N. E., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Madden, P. A. & Heath, A. C. 2010. Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women. *J Trauma Stress*, 23, 811-4.

Maguen, S., Lucenko, B. A., Reger, M. A., Gahm, G. A., Litz, B. T., Seal, K. H., Knight, S. J. & Marmar, C. R. 2010. The impact of reported direct and indirect killing on mental health symptoms in Iraq war veterans. *J TraumaStress*, 23, 86-90.

Mcnally, R. J. 2009. Can we fix PTSD in DSM-V *Depress Anxiety*, 26, 597-600.

Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med.* 2010;70:7-16

Nickerson A, Bryant RA, Silove D, Steel ZA. critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review.* 2011;31(3):399–417.

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

Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*.1992;60(3):409-418.

Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. *Neuron*. 2002;34:13-25.

Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, SteinMB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res*.2006;40:1-21.

Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:409–18.

North, C. S., Pfefferbaum, B., Tivis, L., Kawasaki, A., Reddy, C. & Spitznagel, E. L. 2004. The course of posttraumatic stress disorder in a follow-up study of survivors of the Oklahoma City bombing. *Ann Clin Psychiatry*, 16, 209-15.

Nickerson, A., Bryant, R. A., Steel, Z., Silove, D. & Brooks, R. 2010. The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. *J Psychiatr Res*, 44, 229-35.

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. *Psychol Bull*, 129, 52-73.

O'toole, B. I., Marshall, R. P., Schureck, R. J. & Dobson, M. 1998b. Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry*, 32, 21-31.

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

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress Disorder and symptoms in adults: a metaanalysis. *Psychol Bull*. 2003;129:52–73.

Odman MT. Mülteci Hukuku, AÜSBF İnsan Hakları Merkezi Yayınları, Ankara. 1995

Ocak (2016) itibariyle UNHCR Türkiye istatistikleri (t.b). UNHCR Türkiye istatistikleri. [http://www.unhcr.org/turkey/uploads/root/tr\(42\).pdf](http://www.unhcr.org/turkey/uploads/root/tr(42).pdf) Erişim: 20 Haziran 2016.

Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Klinik Psikiyatri. 1999;1:34-41.

Öztürk, O., Ulusahin, A. 2008. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara.*

Öztürk, M.O. ve Uluşahin A. (2014) Sağaltım. Ruh sağlığı ve bozuklukları I (12.Baskı) içinde (I, 505-507 Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri

Öztürk, M.O. ve Uluşahin A. (2014) Ruh sağlığı ve bozuklukları I (12.Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

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

Prang AJ. Thyroid axis sustaining hypothesis of posttraumatic stress disorder. Psychosom Med. 1999;61:139-140.

Pavcovich LA, Valentino RJ. Regulation of a putative neurotransmitter effect of corticotropin-releasing factor: effects of adrenalectomy. J Neurosci. 1997;17:401-408.

Pitman RK, van der Kolk BA, Orr SP, Greenberg MS. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. A pilot study. Arch Gen Psychiatry.1990;47(6):541-544.

Phan KL, Britton JC, Taylor SF, Fig LM, Liberzon I. Corticolimbic blood flow during nontraumatic emotional processing in posttraumatic Stress disorder. Arch Gen Psychiatry.2006;63:184-192.

Pitman, R. K., Gilbertson, M. W., Gurvits, T. V., May, F. S., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Shenton, M. E., Yehuda, R. & Orr, S. P. 2006. Clarifying the origin of biological abnormalities in PTSD through the study of identical twins discordant for combat exposure. *Ann N Y Acad Sci*, 1071, 242-54.

Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., Maercker, A. & Wittchen, H. U. 2005. Longitudinal course of posttraumatic stress Disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry*, 162, 1320-7.

Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. 2000. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 46-59.

Post, R. M. & Weiss, S. R. 1998. Sensitization and kindling phenomena in mood, anxiety, and obsessive-compulsive disorders: the role of serotonergic mechanisms in illness progression. *Biol Psychiatry*, 44, 193-206.

Perrin, S., Van Hasselt, V. B., Basilio, I. & Hersen, M. 1996. Assessing the effects of violence on women in battering relationships with the Keane MMPIPTSD Scale. *J Trauma Stress*, 9, 805-16.

Pine DS. Anxiety disorders: Clinical features. In: Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition, Volume 1. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins. 2000:1476-1490.

Petty F, Brannan S, Casada. Olanzapine treatment for post-traumatic Stress disorder: an open-label study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2001;16:331–337.

Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*. 2005;294:602-12.

Robert, B., Damundu, E. Y., Lomoro, O. & Sondorp P, E. 2009. Post-conflict mental health needs: a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan. *BMC Psychiatry*, 9, 7.

Rosen, G. 1975. Nostalgia: a 'forgotten' psychological disorder. *Psychol Med*, 5, 340-54.

Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*.1993;61(6):984-999.

Rauch S. L., S. L. M., Pitman R.K. 1998. Evaluating the effects of psychological trauma using neuroimaging techniques. In: Psychological Trauma. In: (ED), Y. R. (ed.). Washington, DC, American Psychiatric Press.

Ressler K, Nemeroff CB. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2000;12:2-19.

Rauch SL, Whalen PJ, Shin LM. Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry*. 2000;47:769-776.

Rauch SL, Shin LM, Segal E. Selectively reduced regional cortical volumes in posttraumatic stress disorder. *Neuroreport*. 2003;14:913-916.

Resnick HS, Yehuda R, Pitman RK, Foy DW. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *Am J Psychiatry*.1995;152(11):1675-1677.

Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.1992;60:748-756.

Sondergaard HP, Ekblad S, Theorell T. Self-reported life event patterns and their relation to health among recently resettled Iraqi and Kurdish refugees in Sweden. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001;189 838–845.

Sundin, J., Forbes, H., Fear, N. T., Dankerer, C. & Wessely, S. 2011. The impact of the conflicts of Iraq and Afghanistan: a UK perspective. *Int Rev Psychiatry*, 23, 153-9.

Snow RB, Stellman JM, Stellman SD. Posttraumatic Stress Disorder among American Legionnaires in relation to combat experience in Vietnam: associated and contributory factors. *Environmental Research*.1988;47:175-192.

Shore JH, Tatum E, Vollmer WM. Psychiatric reactions to disaster: The Mount Saint Helen's experience. *Am J Psychiatry*.1986;143:590-595.

Steinglass P, Gerrity E. Natural Disasters and Posttraumatic stress disorder: Short-term versus long term recovery in two disaster affected communities. *Journal of Applied Social Psychology*.1990;20:1746-1765.

Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *The Journal of the American Medical Association*. 2002;288:581-8.

Sungur ZM, Sürmeli A, Özçubukçuoğlu A. Güneydoğu'da görev yapan askeri popülasyonda görülen travma sonrası stres bozukluğu üzerine bir çalışma.Nöropsikiyatri Arşivi.1995;32(3):117-122.

Sağaltıcı, E. (2013). Suriyeli mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu taraması (Yayınlanmış uzmanlık tezi). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

Shalev, A. Y. 1999. Psychophysiological expression of risk factors for PTSD. In: Risk factors for Posttraumatic stress disorder. In: (ED), Y. R. (ed.). Washington, DC, American Psychiatric Press.

Southwick, S. M., Krystal, J. H., Morgan, C. A., Johnson, D., Nagy, L. M., Nocolau, A., Heninger, G. R. & Charney, D. S. 1993. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 266-74.

Strawn JR, Geraciotti TD. Noradrenergic dysfunction and the psychopharmacology of posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25:260-271.

Simpson PE, Weiss JM. Responsiveness of locus coeruleus neurons to excitatory stimulation is uniquely regulated by 2-receptors. *Psychopharmacol Bull.* 1988;24:349-354.

Southwick SM, Krystal JH, Morgan CA. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:266-274.

Sapolsky RM, Romero LM, Munck AU. How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocr Rev.* 2000;21(1):55-89.

Semple WE, Goyer PF, McCormick R, Compton-Toth B, Morris E, Donovan B. Attention and regional cerebral blood flow in posttraumatic stress Disorder patients with substance abuse histories. *Psychiatry Res.* 1996;67:17-28.

Sack WH, Clarke GN, Seeley J. Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1995;34(9):1160–1166.

Skelton, K., Ressler, K. J., Norrholm, S. D., Jovanovic T. & Bradley-Davino, B. 2011. PTSD and gene variants: New pathways and new thinking. *Neuropharmacology*.

Smith, T. C., Ryan, M. A., Wingard, D. L., Slymen, D. J., Sallis, J. F. & Krittsilverstein, D. 2008. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *BMJ*, 336, 366-71.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. & Van Ommeren, M. 2009. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302, 537-49.

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

Shapiro F Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. 2. Baskı, New York: Guilford Press. 2001.

Scheck MM, Schaeffer JA, Gillette C. Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *J Traumatic Stress.* 1998;11:25-44.

Shlosberg A, Strous RD. Long-term follow-up (32 years) of PTSD in Israeli Yom Kippur War veterans. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(10):693-696.

Shoeb, M., Weinstein, H. & Mollica, R. 2007. The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture,

Steel Z, Silove D, Phan T, Bauman A. The long-term impact of trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia. *Lancet.* 2002;360 (9339):156-162.

Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med.* 1997;27:951-959.

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

Şahin D. Türkiye’de insan eliyle yapılan travmalara bağlı psikiyatrik bozuklukların boyutu. *Kriz Dergisi.* 1995;3(1-2):26-30.

Şalcıoğlu, E., Başoğlu, M. & Livanou, M. 2003. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J NervMent Dis*, 191, 154-60.

Şalcıoğlu E. : Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Amprik Bulgular. Psikolojik Travma Yazıları . 5US Yayınları;2001.

Türkoğlu O. Mülteciler ve Ulusal/Uluslararası Güvenlik. *Uludağ Journal of Economy and Society*. 2011. 2;101-118.

Triebe E. Mental health of refugees and asylum-seekers *Advances in Psychiatric Treatment* 2002;8:240–248.

Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182:444–448.

Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. *Psikolojik Travma Yazıları* (1). 5US Yayınları; 2000.

Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull* 2006;132:959-92.

Tural U, Aker T, Önder E. Posttraumatic stress disorder and comorbid depression after Marmara Earthquake; An epidemiological study. *Annual Meeting of Disaster Psychiatry Outreach, Miami Sözel Bildiri, ABD*. 2004.

True, W. R., Rice, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., Goldberg, J., Lyons, M. J. & Nowak, J. 1993. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 257-64.

Vermetten E, Bremner JD. Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. 2002;16:14-38.

Van der Kolk BA, Greenberg MS, Body H. Inescapable shock, neurotransmitters, an addiction to trauma: toward a psychobiology of posttraumatic stress. *Biological Psychiatry*. 1985;20:314-25.

Wong PTP, Weiner B. When people ask “why” questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1981;40:650-663.

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

Wang X, Gao L, Shifuku N, Zhang H, Zhao C, Shen Y. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in North China. *Am J Psychiatry*.2000;157:1260-1266.

Wang S, Mason, J. Elevations of serum T3 levels and their association with symptoms in WWII veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: replication of findings in Vietnam combat veterans. *Psychosom Med*. 1999;61:131-138.

Xian, H., Chantarujlkapong, S. I., Scherrer, J. F., Eisen, S. A., Lyons, M. J., Goldberg, J., Tsuang, M. & True, W. R. 2000. Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs. *Drug Alcohol Depend*, 61, 95-102.

Yehuda, R. 2011. Disease markers: molecular biology of PTSD. *Dis Markers*, 30, 61-5.

Yehuda, R. 1998. *Neuroendocrinology of trauma and PTSD In: Psychological Trauma*, Washington, DC, American Psychiatric Press.

Yehuda R. Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1071:137-166.

Yehuda R, Giller EL, Southwick SM, Lowy MT, Mason JW. Hypothalamic-pituitary- adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*.1991;30(10):1031-1048.

Yehuda R, Southwick SM, Krystal JH. Enhanced suppression of cortisol following dexamethasone administration in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*.1993;150(1):83-86.

Yehuda R, Halligan SL, Bierer LM. Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*. 2001;35(5):261–270.

Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., Stewart, A., Schlenger, W. E. & Wells, K. B. 1997. Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *Am J Psychiatry*, 154, 1690-5.



EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Form

Değerli katılımcı,

Sizden katılmanızı istediğimiz Suriye ve Irak'tan gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi (Diyarbakır Fidanlık ve Batman Uğurca kampları örneklem) adlı araştırma , Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji bölümünde Yüksek lisans öğrencisi olan Psikolojik Danışman Hüseyin BİNAY tarafından, Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez araştırmasıdır.

Bu araştırmada, Suriye ve Irak'tan gelen savaş mağduru mültecilerin yaşadıkları travmatik olayların kendilerini ne derece etkilediği ortaya çıkarmak hedeflenmiştir. Sizlerden alınacak bu bilgiler bilimsel açıdan oldukça değerli olacaktır.

Bu amaçla size bazı sorular sorulacaktır. Bu sorulara açık yüreklilikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Sizden aldığımız bu yanıtlar bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Ayrıca elde edilen yanıtlardan hiçbir şekilde travma geçirmiş bireyler ile ilgili yargılayıcı çıkarımlar yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmaya katıldıktan sonra anketin herhangi bir anında kendinizi kötü hissetmeniz durumunda araştırmadan çekilmekte tamamen özgürsünüz. Araştırmada gizliliği ve güvenilirliği sağlamak için, bu form üzerine adınızı ve diğer kişisel bilgilerinizi yazmanız gönüllük esasına bağlı kılınmıştır.

Hazırlayan
Hüseyin BİNAY

Ek 1. Sosyodemografik Form

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz?

Erkek ()

Kadın ()

3. Eğitim düzeyiniz?

İlkokul ()

Ortaokul ()

Lise ()

Lisans ()

Lisansüstü ()

4. Ülkeniz?

Suriye ()

Irak ()

5. Bulunduğunuz kamp?

Diyarbakır ()

Batman ()

Ek 2. Olaylara İlişkin Bilgiler Soru Formu

OLAYLARA İLİŞKİN BİLGİLER SORU FORMU

1. Savaşta aile bireylerinizden kayıp ya da kayıplarınız var mı?

Evet ()

Hayır ()

2. Aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşınızın ölümüne tanık oldunuz mu?

Evet ()

Hayır ()

3. Aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşınız kaçırıldı ya da rehin alındı mı?

Evet ()

Hayır ()

4. Savaş esnasında işkenceye, şiddete maruz kaldınız ya da tanık oldunuz mu?

Evet ()

Hayır ()

5. Ciddi anlamda yaralanma ya da kaza yaşadınız veya tanık oldunuz mu??

Evet ()

Hayır ()

6. Görselya da işitsel herhangi bir patlamaya tanıklık ettiniz mi?

Evet ()

Hayır ()

7. Savaş esnasında cinsel istismara maruz kaldınız ya da tanık oldunuz mu?

Evet ()

Hayır ()

Ek 3. CAPS Ölçeği

KLİNİSYEN TARAFINDAN UYGULANAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (CAPS)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

A. Travmatik Olay:

B. Yeniden yaşama belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
1. Elde olmayan sıkıntı verici anılar						
2. Sıkıntı verici rüyalar						
3. Olay tekrarlanıyormuş gibi davranma veya hissetme						
4. Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında psikolojik zorlanma						
5. Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında fizyolojik tepkisellik						
B alttoplamı						
B kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 1)						

C. Kaçınma ve küntleşme belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
6. Düşünce, duygu veya konuşmalardan kaçınma						
7. Etkinlikler, yerler veya insanlardan kaçınma						
8. Travmanın önemli bölümlerini hatırlayamama						
9. Etkinliklere ilgi veya katılımda azalma						
10. Kopukluk veya yabancılaşma						
11. Kısıtlı duygulanım						
12. Bir geleceği kalmadığı duygusu						
C alttoplamı						
C kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 3)						

D. Artmış uyarılmışlık belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
13. Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük						
14. İrritabilite veya öfke patlamaları						
15. Yoğunlaşmada güçlük						
16. Artmış tetikte olma hali						
17. Abartılı irkilme yanıtı						
D alttoplamı						
D kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 2)						

E. Bozukluğun süresi	ŞİMDİKİ		HAYATBOYU	
19. Bozukluğun süresi en az bir ay	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET

F. Önemli derecede sıkıntı veya işlevsellikte bozulma			HAYATBOYU	
20. Öznel sıkıntı				
21. Sosyal işlevsellikte bozulma				
22. Mesleki işlevsellikte bozulma				
EN AZ BİRİSİ ≥ 2 ?	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET

TSSB TANISI	ŞİMDİKİ		HAYATBOYU	
TSSB MEVCUT – TÜM KRİTERLER KARŞILANIYOR MU?	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET
18. Geç başlangıçlı (≥ 6 ay sonra)	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET
19. Akut (<3 ay) veya kronik (≥ 3 ay)	akut	kronik	akut	kronik

	ŞİMDİKİ	HAYATBOYU
23. Genel geçerlilik		
24. Genel şiddet		
25. Genel düzelme		

D. İlişkili özellikler	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
26. Yapılan veya yapılmayan şeyler hakkında suçluluk						
27. Hayatta kalmaktan / kurtulmaktan suçluluk duyma						
28. Çevrenin farkında olma durumunda azalma						
29. Derealizasyon						
30. Depersonalizasyon						