



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TRAVMATİK YAŞANTILARIN BENLİK SAYGISI
ÜZERİNE ETKİSİ**

BUŞRA BAHAR ATAÖĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF.DR. AHMET ATAÖĞLU

DÜZCE 2019



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TRAVMATİK YAŞANTILARIN BENLİK SAYGISI
ÜZERİNE ETKİSİ**

BUŞRA BAHAR ATAÖĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF.DR. AHMET ATAÖĞLU

DÜZCE 2019

KABUL VE ONAY

KLİNİK PSİKOLOJİ Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan
"TRAVMATİK YAŞANTININ BENLİK SAYGISI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ"
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 20.03.2018

TEZ SINAV JÜRİSİ

Başkan

Prof. Dr. **Adnan ÖZÇETİN**
Dünya Barış ve Demokrasi Enstitüsü
Psikolojik Araştırmalar Bölümü
Dış No: E-1001

Üye

Prof. Dr. **Adnan ÖZÇETİN**
Dünya Barış ve Demokrasi Enstitüsü
Psikolojik Araştırmalar Bölümü
Dış No: E-1001

Üye

Prof. Dr. **Adnan ÖZÇETİN**
Dünya Barış ve Demokrasi Enstitüsü
Psikolojik Araştırmalar Bölümü
Dış No: E-1001

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun **14 / 06 / 19** tarih ve **139** sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. **Adnan ÖZÇETİN**
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

19.Mart.2019

Buşra Bahar Ataoğlu

TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans eğitimim sürecinde ve Tezimin hazırlanmasında bana her zaman destek olan, değerli bilgi ve tecrübelerini, hoşgörüsünü benden esirgemeyen, hocalarım PROF. DR. AHMET ATAÖĞLU, PROF. DR. ADNAN ÖZÇETİN, YRD. DOÇ. DR. CELALETİN İÇMELİ, PROF. DR. HANDAN ANKARALI'ya,

Psikiyatri Anabilim Dalı Asistanları, Hemşireleri, poliklinik sekreterimiz BURCU DURNA'ya,

Attığım her adımda yanımda olan, bütün sıkıntılarımı paylaşan fedakar Aileme

Sonsuz teşekkürlerimle...

Buşra Bahar Ataoğlu

Travmatik Yaşantıların Benlik Saygısı Üzerine Etkisi

ÖZET

Amaç: Psikiyatrik hasta grubu ile psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı kontrol grubunun yaşadıkları travma şiddetini karşılaştırarak, travmanın benlik saygısı üzerine olan etkisini ve benlik saygısının psikiyatrik semptomlarla ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran psikotik hastalığı olmayan, depresyon, anksiyete bozuklukları, somatoform bozuklukları, obsesif kompulsif bozuklukları, posttravmatik stres sendromu olan 100 hasta ile 100 sağlıklı kontrol grubu alındı. Çalışmaya alınanların sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Travma algısının şiddeti 1-10 arasında numaralandırılan Görsel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Yaşanılan travmayı tespit etmek için Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ), bilişsel durumu belirlemek için Travma Sonrası Bilişsel Ölçek (TSBE), benlik saygısı için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), ve psikolojik semptomları belirlemek için ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90R) ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Hasta grubunun eğitim seviyesi, ailelerinin eğitim seviyesi kontrol grubundan düşük, VAS yüksek bulundu. RBSÖ'de; benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki düşük, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, psikolojik izolasyon yüksek saptandı. Hasta grubunda TYÖ, TSBE değerleri yüksek görüldü. SCL-90R'deki tüm semptomlar hasta grubunda daha fazla bulundu.

Sonuç: Hasta grubunda kontrol grubuna göre travma puanları yüksek benlik saygısı ise düşük bulunmuştur. Hem Travmanın kendisi hem de benlik saygısının düşüklüğü psikiyatrik belirtilerin hasta grubunda daha fazla olmasına sebep olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Travma, benlik saygısı, psikiyatrik semptomlar

The effect of traumatic experiences on self-esteem

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate the relationship between trauma and self-esteem and the effect of self-esteem to the psychiatric symptom.

Patients and methods: The study included 100 patients with depression, OKB, PTSD, anksiyete disorders, somatoform disorders, (patients with psychotic disorders didn't include) and 100 volunteers (comparison group) without a psychiatric disorders and these patient and control group were compared. Socio-demographic characters of the patients and controls were recorded.

In the two groups persons' trauma severity was measured with the visual analogue scale which is scored on a 10 point ranging from 1 to 10.

Traumatic experiences checklist (TEC), rosenberg self-esteem scale (RSE), symptom Checklist-90 Revised (SCL-90R), post-traumatic cognitif scale (PTCI) were applied to all participants.

Results: We have found that the patients' visual analog scale (VAS) scores was hight than the controls. In the patient group compared to the control group self esteem, continuity of self-concept, relation with family, participate in discussion, low relation with the father were found low and sensitivity to criticism, depressive mood, dreaming, to fear with interpersonal relationship, somatic semptoms, psychic isolation were found high on the Rosenberg Self Esteem (RSE) scale.

In the patient group traumatic experiences checklist (TEC) and post-traumatic cognitions inventory (PTCI) scores were higer than the control group. In the symptom Checklist-90 Revised(SCL-90R) the number of the symptoms was higher in the patient group than control group.

Discussion: As a result, we have found the higher trauma scores in the patient group than the control group. These higher trauma scores which has been found showed correlation with the low self-esteem scores and the higher psychiatric symptom.

Keywords: Trauma, self-esteem, psychiatric symptoms

KISALTMALAR

VAS: Görsel Anolog Skala

TEC: Travmatik Yaşantılar Ölçeği

TSBÖ: Travma Sonrası Bilişsel Ölçek

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

SCL-90R: Belirti tarama listesi

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ASB: Akut Stres Bozukluğu

DSM; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

EKLER DİZİNİ

EK 1. Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Formu

EK 2. Sosyodemografik Özellikler Formu

EK 3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği



İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Travma.....	2
2.1.1.Tarihçe.....	2
2.1.2.Travma Tanımı.....	6
2.1.3.Psikolojik Travma.....	6
2.1.4.Bir Olayın Travma Yaratıp Yaratmaması Belirleyici Özellikleri.....	7
2.1.5. Psikolojik Bozukluklara Yol Açan Travma Nedenleri	8
2.1.6. Travmanın Kişiy Etkisi.....	9
2.2. Benlik Saygısı.....	11
2.3. Travmanın Meydana Getirdiği Psikiyatrik Semptomlar.....	14
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1.Katılımcılar.....	20
3.2.Kullanılan Ölçekler.....	20
3.3İstatistik Değerlendirme.....	21
4.BULGULAR.....	22
5.TARTIŞMA.....	35
6.SONUÇLAR.....	40
7.KAYNAKLAR.....	41
8.EKLER.....	49

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Travma; kişinin fiziksel veya psikolojik olarak yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden veya bozan her türlü olaydır (1). Psikolojik travma; kişinin yaşamında değişiklik yapan, yeniden uyum gerektiren, psikolojisini tehdit eden, duygusal ve düşünsel olarak başatmakta zorlandığı olaylar, deneyimler veya durumlardır. Travmatik olaylar yaygın yaşanır ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (2).

Psikolojik travmaya verilen cevaplar çok farklı olabilir. Bunu da belirleyen travmanın tipi, şiddeti, yaşama biçimi, kişi için ne anlam ifade ettiği, daha önce benzer veya farklı travmalarla karşılaşp karşılaşmadığı gibi toplumsal, biyolojik ve kişilik özellikleri gibi birçok etkene bağlıdır.

Travma kişinin, kendisini başkalarını ve dış dünyayı algılamasını yargılamasını etkileyerek kişinin bilişsel sürecini değiştirebilir (3). Biliş, kişinin başkalarını ve olayları algılama, değerlendirme, yargılama biçimidir. Her insan kendi algılama, değerlendirme ve yargılama alışkanlıklarına göre olaylardan sonuç çıkarır. Kişi olaylardan olumsuz sonuç çıkarırsa bu durum benlik saygısında yıkıcı etki yapabilir ve çeşitli psikolojik sorunlara yol açabilir (4,5).

Benlik kişinin kendini algılama biçimidir. Kişinin kendini algılaması yaşadıklarıyla şekillenir. Normal, artmış veya azalmış benlik saygısı kişinin geçmiş deneyimleriyle ve yaşantılarıyla ilişkilidir. Olumsuz bilişsel süreç yaşayan insanlar genellikle düşük benlik saygısına, olumlu bilişsel süreç yaşayanlar ise yeterli veya yüksek benlik saygısına sahiptir (6).

Bu nedenle çalışmamızda; psikiyatrik hasta grubu ile sağlıklı, kontrol grubunun yaşamış olduğu travma şiddetlerini karşılaştırarak, travmanın benlik saygısı üzerine etkisini ve benlik saygısının psikiyatrik belirtilerle olan ilişkisini araştırmak istedik.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Travma

2.1.1. Tarihçe

Travma, Yunancada yaralanma demektir. Uzun zaman travma kavramı, vücudun herhangi bir yerinin hasarına neden olan fiziksel travma anlamı dışında kullanımı sınırlı olmuştur (7). Orta çağda İbni Sina psikolojik travmadan bahsederken batıda 19. yüzyıldaki psikoanalitik literatür haricinde 19. Yüzyıl ve 20. Yüzyıl ilk yarısına kadar psikolojik travma kavramı pek kullanılmamıştır.

İbn-i Sina; dönemin Gürcan Hükümdarı tarafından Şehzade Mecdü'd-Devle'nin tedavisi için çağrılır. Şehzade o günlerde garip bir hastalığa yakalanmış saray hekimleri tanı koyamadığı için günden güne erimeye başlamıştı. İbn-i Sina hastayı gördükten sonra “bana komşu şehirleri iyi bilen bir adam getiriniz” demiş. Gelen adamdan komşu şehirlerin adlarını saymasını istemiş ve hastanın nabzını dinlemeye başlamış. Şehzadenin nabızı bir şehir adının söylenmesi ile değişmiş. Sonunda İbn-i Sina şehrin mahallesi, sokağına kadar şehzadenin aşık olduğu kızın yerini bulmuş. Böylece şehzadenin ümitsizce aşık olmasına bağlı yaşadığı psikolojik travmaya tanı koymuş ve tedavi etmiştir (8). İbni Sina hariç, 18. Yüzyıl ve öncesinde travmanın psikolojik etkisi olabileceği akla gelmemiş ve travma sonrası psikolojik belirtiler yaşayan kişilerin mental bir rahatsızlığı olduğu düşünülmüştür. O dönemde psikolojik rahatsızlıklar yaşayan kişinin ya kişiliğinde bir problem veya organik bir hastalığı olduğu düşünülmüştür ve her iki durumda da sorunun nedeni kişinin kendisi olduğuna inanılmıştır (9). Mental açıdan sağlıklı bireylerde ise ciddi oranda kaygı verici durumlar ile karşılaşıldığında, birey bir süre zorluk yaşasa da tamamen iyi olacağı varsayılmıştır.

Fransa, Prusya Savaşı'na (1870) kadar hayattaki stresli olayların, kalıcı psikiyatrik problemlere neden olmadığı kabul edilirken, bu savaşın bitmesiyle savaştan dönen askerlerin psikolojik problemler göstermesi psikiyatristlerin dikkatini çekmiştir (10). Travmanın organik hasarları dışında ruhsal sorunlar yaratabileceği düşüncesi ilk olarak bu savaştan sonra görülmüş ve askerlerdeki sorunlar açıklanmaya çalışılmıştır. Savaştan önce sağlıklı olan askerlerin savaştan döndükten sonra tepkilerinin azaldığı, cephedeki olayları tekrar tekrar yaşadığı, savaş öncesi sevdikleri ile savaş sonrasında

ilgilenmedikleri gözlenmiştir. Psikiyatristler bu hastalara ilk defa ‘travmatik nevroz’ tanısı önermişlerdir (11).

Travmanın psikolojik etkileri ile ilgili ilk araştırmaları Fransız Nörolog Jean Martin Charcot histeri üzerinde yapmış (10). Bu psikolojik travmanın psikiyatride ele alınışında önemli bir adım olmuş ancak ileri gidememiştir.

On dokuzuncu Yüzyıl’da travmanın psikolojik etkileri dikkat çekmeye başlamıştır. Amerikan iç savaşı sırasında savaşan askerlerde fiziksel ve zihinsel tükenmişlik ‘asker kalbi’ olarak tanımlanmış fakat bir süre sonra yeniden unutulmuştur (12). Psikolojik travmanın yeniden dikkat çekmesi Birinci Dünya Savaşı ile olmuştur. Bu savaşta “bomba şoku” gibi kullanılan terminolojiler travmanın kişiler üzerinde psikolojik etkilerinin olduğunu belirtse de travma yaşatan yaşam olayları üzerine dikkat çekilmemiştir (7). Savaşın bitmesinden birkaç yıl sonra psikolojik travmaya ilgi yeniden azalmıştır.

İkinci Dünya Savaşı’nın başlamasıyla psikolojik travmaya yeniden ilgi artmıştır. Savaşta zor durumlar yaşayanların psikolojik travma geçirebileceği ve şiddetin derecesi ile psikiyatrik bozukluklar olabileceği ilk kez kabul edilmiştir. Yine uzun süreli psikolojik etkiler geniş kapsamlı ele alınmamıştır. Ancak Vietnam Savaşı’ndan sonra travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) ana hatları belirlenmiştir.

Yirminci Yüzyıl’ın hemen tamamında psikolojik travma bozuklukları ile ilgili birikim savaş gazileri ile yapılan çalışmaları içerirken, 1970’li yıllarda ev içi şiddet ve cinsel şiddet gibi travmalar ele alınmaya başlanmıştır (13). Böylece Freud’un fantezi olarak düşündüğü ve önem vermediği cinsel şiddetin varlığı gösterilmiştir (14).

Travma kavramının psikiyatri literatürüne girişi ve gelişimi önemlidir. Özellikle savaş sonrası gelişen ve anlamı değişen travmayı Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM’lerle takip edebiliriz (15).

DSM-I; Amerika Birleşik Devleti’nde 2. Dünya Savaşından sonra o dönemin sosyopolitik ortamında ortaya çıkmış bir dokümandır. İlk kez 1952 yılında Amerikan Ordusu’nda Bülten-203 olarak yayınlanan bildiri, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından sivil halkta da uygulanabilecek versiyon olarak, Bültende fazla bir değişiklik yapılmaksızın yayınlandığı için içeriği dönemin askeri görüşünden etkilenmiştir. DSM-I’de travma tanımı şöyle yapılmıştır; ‘kişi; deprem, patlama, yangın gibi ciddi bir

fiziksel yetersizliğe veya çok yüksek emosyonel strese bağlı bir olaya maruz kalmalıdır' (16). DSM-I'de travma tanımı net değildir. Burada savaş ve sivil felaketin belirtilmesi ile yalnızca büyük ölçekli olaylar travma olarak görülmüştür. Kişilerarası şiddet, cinsel saldırı gibi bireysel travma olaylarından bahsedilmemiştir. Böyle büyük bir travmadan etkilenen kişinin normal bir kişi olamayacağı, travmanın etkisinin kalıcı olmadığı, görülen belirtilerin psikozdan nevroza kadar farklılık gösterse de bu durumun bir süre sonra geçmesi gerektiği vurgulanmıştır. Geçmediği takdirde bu tanının geçici bir tanı olduğu başka bir tanıyla değiştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca travma sonrası olan bu sorunların, psikolojik temelli, organik nedeni bulunamayan hastalıkların alt grubu olduğu ifade edilmiştir. Görülen bu tablo, duruma bağlı ve geçici 'kişilik bozukluğu' olarak tanımlanmıştır (16).

DSM-II; 1966 yılında yayınlandığında 2. Dünya Savaşı'nın üzerinden uzun süre geçmiş fakat Vietnam Savaşı'nın (1961-1975) kişiler üzerindeki etkileri tam olarak görülmemişti. Travmatik olaylar ve travmaya bağlı sorunlar düşüncesi DSM-I'den daha da gerideydi (15). Çünkü 2. Dünya Savaşı sona ermiş ve toplumları ilgilendirecek kadar önemli olaylar olmadığı için travma geçici uyum sorunlarına neden olan bir durum olarak belirtilmiştir. DSM-II'de travma kavramı kullanılmadan travma tanımı yapılmıştır. Travma tanımı; 'altta yatan bir psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerde çok fazla ve baskın bir çevresel olaya maruz kalmasından sonra ortaya çıkan belirtilerdir'. Bu sorunlar stresli olay geçtikten sonra kaybolur, eğer devam ederse tanı değiştirilmelidir (17). Yine travmadaki olaylar büyük ölçekli toplumsal olaylarla sınırlandırılmıştır ve kişiye özgü travma kavramından bahsedilmemiştir.

DSM-III; 1980 yılında yayınlanmıştır. Bu dönemde batı toplumunda psikolojik zorluğa neden olan özgür irade, bireysel sorumluluk gibi kavramlar sorgulanmaya başladığından travma DSM-III de ilk defa yaşanan zorluklarla ilişkilendirilmiştir. DSM-III'de travma tanımı şöyledir; 'hemen herkes de belirgin düzeyde sıkıntı yaratacak bariz bir olay ' (18). TSSB'nin tanı kriterlerinin ortaya konulmasıyla kişinin yakınmalarından daha çok travma tanı merkezli olmuştur (19). Böylece psikiyatrik belirtiler dış olaylara bağlanmıştır. Artık sıradan bireyler olaylar karşısında güçlü olmak zorunda değildir. Ancak burada tanımın ayrıntılı belirtilmemesi tartışmalara neden olmuştur. Bu nedenle 1987 yılında yayınlanan DSM-III-R ile kavram örneklerle revize edilmiştir (20). DSM-III-R'deki bulunan travmanın tanımı şöyledir; 'sağlıklı insan deneyiminin ötesinde herkes tarafından kaygı, endişe ve korku oluşturan olaydır' Örnek; bireyin kendi

sağlığına, yakınlarına veya bulunduğu çevreye, evine tehdit oluşturacak bir olayın başına gelmesi veya buna tanık olması verilebilir. Ancak DSM-III-R’de tanımı netleştirmek için olaya maruz kalma şekilleri belirtildiği için yaşamda karşılaşılmayan olaylar travmayı sınırlamıştır.

DSM-IV (2008) ve DSM-IV-R 2010 yılında yayınlanmıştır. Travmanın tanımı şöyledir; bireyin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, yaralanmayla karşılaşması veya başkalarının bu tehdit unsurlarıyla karşılaşmasına şahit olması buna bağlı olarak kişinin korku ve çaresizlik yaşaması (21,22).

Bu DSM’de kişinin verdiği öznel tepki belirtilerek, travmada kişiye özgü tepkilerin önemi vurgulanmıştır. DSM-III’de tanımlanan kavramlar dışlanmıştır. Sekonder travma kabul edilmiş ve meşru hale gelmiştir. Artık bir olayı öğrenmek, haberini almak, görmek gibi dolaylı yollarda kişinin travmaya maruz kalma nedenidir.

DSM-V 2013 yılında yayınlanmıştır, travma tanımı şöyledir; ölüm, ağır yaralanmayla karşılaşma veya cinsel saldırıya uğramış olma gibi durumlara doğrudan maruz kalma, başkalarının başına gelen olaylara tanık olma, bir aile yakının veya yakın bir arkadaşının başına gelen travmatik olayları öğrenme, travmatik olayların sevimsiz ayrıntılarıyla tekrarlayıcı bir biçimde veya aşırı düzeyde karşı karşıya kalma (23).

DSM-V’de travmaya maruz kalma yolları ayrı kriterlerle belirlenmiş, ilk defa tanımda cinsel saldırıya yer verilmiştir. Kullanılan cinsel saldırı gibi somut kavramlar ile travmatik olay tanımı, doğrudan deneyimlere vurgu yapılarak maruz kalma şekli ile netleştirilmiştir. Olaya işitme ve öğrenme yoluyla maruz kalma şeklinde öğrenme kullanılarak, maruz kalmada tartışmalı sekonder yollar sınırlandırılmıştır. Elektronik medya ile maruz kalma dışlanmış, mesleki travmaya maruz kalma ise alınmıştır.

2.1.2. Tanım

Travma; kişinin fiziksel veya psikolojik olarak yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden veya bozan her türlü olaya denir. Travma sırasında yaşamımıza, vücudumuza, inançlarımıza, sevdiklerimize yönelik bir tehdit vardır. Travma; beklenmedik olarak gelişen fiziksel ve psikolojik örselenmeye yol açan, şiddetine göre de kişinin uyumunu bozup, psikolojik ve ruhsal sorunlara neden olan olaylardır (1).

2.1.3. Psikolojik Travma

Psikolojik travma; kişinin yaşamında değişiklik yapan, yeniden uyum gerektiren, psikolojik dengesini bozan ve baş etmekte zorlandığı deneyimler veya durumlardır (2).

Travma subjektif ve kişisel bir deneyimdir. Bir olayın kişide travmatik etki yaratıp yaratmaması tamamen kişinin olayı algılayış biçimine, olayın hayatını, duygularını ve düşüncelerini ne kadar olumsuz etkileyeceğine bağlıdır.

Herhangi bir olay kişinin hayatını olumsuz yönde etkileyip çalışma sosyal hayatını bozuyorsa o olay travma olarak değerlendirilir. Kişiler olayları farklı değerlendirebilir. Aynı olumsuz olayları yaşamış bireylerin bazıları için bu deneyimler travma oluştururken, bazıları için oluşturmaz. Erken çocukluk döneminde anne kaybı ile ileri yaşlarda anne kaybı aynı psikolojik travma etkisi yaratmaz. Böyle bir kayıp çocuğu ağır biçimde etkileyebilecek kadar akut psikolojik travmaya neden olabileceği gibi yaşamının ileriki yıllarında da kendisini gösteren, derin izler bırakan kronik bir travmaya neden olabilir. Bu nedenle travmanın özelliğinden daha çok travmanın kişi için ne anlam ifade ettiği önemlidir.

2.1.4. Bir olayın travma yaratıp yaratmaması şu özelliklere göre belirlenir:

- 1-Travmanın özelliği,
- 2-Kişi için ne anlam ifade ettiği,
- 3-Yaş,
- 4-Yaşantısı,
- 5-Cinsiyet,
- 6-Kalıtsal özellikler,
- 7-Aile yapısı,
- 8-Sosyal destek kaynakları,
- 9-Stresle başa çıkma yöntemleri,
- 10-Farkındalığı,
- 11-Önceki travma deneyimlerine bağlıdır.

Travmatik olaylar yaygın yaşanır ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan araştırmalarda psikiyatrik rahatsızlığı olan gruplarda travmatik yaşantı olayı %81 (24), psikiyatrik rahatsızlığı olmayanlarda ise %39 (25) oranında bulunmuştur.

Travmanın yarattığı etkilere en fazla maruz kalma riski olanlar; travmadan doğrudan zarar görenler, tanık olanlar, kıl payı kurtulanlardır. Yani kişi bu tür olayları doğrudan yaşayabilir, tanık olabilir, olayı yaşayan kişilere yardımcı olabilir veya travmatik olaylar sevdiği bir kişinin başına gelmiş olabilir. Ayrıca belli bir olayın kişide travmatik etkisinin olup olmayacağı olayın doğası kadar kişinin olay sırasında kendisini koruma ve destekleme düzeyine de bağlıdır. Kontrol kaybı ve güçsüzlük travmadan daha fazla etkilenilmesine neden olurken, psikolojik ve gündelik kendini destekleme becerileri travmanın etkilerini aza indirilebilir.

Travmalar insanlar tarafından veya doğal yolla oluşabilir. Kişisel ve toplumsal olarak yaşanılabileceği gibi bir kere veya tekrar tekrar yaşanabilir.

2.1.5. Psikolojik bozukluklara yol açan travma nedenleri (26):

I-Kişisel travmatik olaylar;

1-Aile içi veya aile dışı şiddet olayları,

2-İlgisizlik ve sevgisizlik

3-Aile içi istismarlar

4-Ani ölümler, ayrılıklar, boşanmalar, terk edilmeler

5-Şiddete maruz kalmak veya tanık olmak

6- yaralanmaya veya sakatlığa yol açan taşıt ve ev kazaları,

7-Ani hastalıklar, ameliyatlara, hayatı tehdit edebilen veya özürlü bırakabilen hastalıklara yakalanmak ya da yakalanan birini tanımak,

8-İşkence, tutsaklık, zorla kaçırılma,

9-Yıldırma, eziyet,

10-Ölü bir vücudu veya vücut parçasını görmek,

11-Gasp edilme, mal kaybı,

12-İş kaybı, uzun süren işsizlik, başarısızlık, kıyaslanma, dışlanma, aşağılanma,

13-Tecavüz,

14-Bireyin içinde bulunduğu sosyal konum ve ilişkilerinde olan ani, tehdit edici kayıplar.

II-Toplumsal psikolojik sorunlar yaratan travma nedenleri;

1-Deprem, sel, yangın gibi doğal afetler,

2-Savaşlar, patlamalar, terör olayları,

3-Bulaşıcı hastalıklar,

4-Ekonomik krizler,

2.1.6. Travmanın Kişiy Etkisi

Stres organizmanın dengesini bozabilecek bir uyarandır. Normal şartlarda sağlıklı bir bireyde travmanın neden olduğu stres kişinin psikolojik, sosyal uyumunu bozmayabilir ve bunu da stresle baş ederek gerçekleştirebilir. Bu süreçte stresin meydana getirdiği fiziksel ve psikolojik semptomlar çözülerek kaybolur (27,28). Fakat bu durumda bile travmanın hafızadaki etkisi öğrenilmiş olarak kalmaya devam edebilir.

Ancak aynı ve benzer travmalarla tekrar karşılaşmak hafızadaki travma ile ilgili bilgilerin canlanmasıyla kişiyi travmaya karşı daha duyarlı hale getirir. Bu durum benzer travmalardan kişinin daha çok kaçınmasına yol açar veya psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilir (29).

Travma biyolojik ve psikolojik kalıcı etkilere yol açar ve travma sonuçları çok ileriye uzanır. Bu sonuçlar; kişinin hayati durumunu tehdit eder, ölümcül olabilir, sağlığına büyük ölçüde zarar verebilir, hayatı boyunca yansımalar yapar ve kişinin tüm yaşantısını etkileyebilir.

Hayatları boyunca psikolojik açıdan dengeli olan kişiler de dahil olmak üzere tüm kişiler travma sonrası tamamen zor durumda kalabilir, ruhsal ve duygusal bütünlükleri hasar görebilir. Kişilerin kendileriyle ve dünyayla ilişkili algıları değişime uğrayabilir.

Daha önce kendine güvenen ve güçlü olan bir kişinin travmatik deneyimden sonra güven duygusu zedelenabilir, kendisini kalıcı olarak güçsüzleşmiş ve incinmiş

hissedebilir. Öz güvenini yitirmiş kendilik algısı bozulmuş olabilir. Onuru, ait olma bilinci saldırıya uğrayabilir. Çaresizlik, yalnızlık ve her an zarar görebileceği tehlikeli bir dünya hissi duyabilir. Kişi için dünya artık güvenli ve emin bir yer olmayıp aksine hayatı tehdit eden bir yer haline gelebilir (30).

Travmanın etkileri; yaşanan travma kişinin düşünce, duygu, davranış ve fiziki alanlarında etki ve değişikliklere yol açar.

1-Duygusal alanda tepkiler; korku, keder, kaygı, suçluluk, umutsuzluk, karamsarlık, duygusal küntlük, sinirlilik, çaresizlik, kendisi gibi hissetmeme, geçmiş travma ve kayıpların alevlenmesidir.

2-Düşünsel alanda tepkiler; inanamama, unutkanlık, intihar düşünceleri, herkesin kötü olduğu düşüncesi, sık beliren görüntüler, tekrar tekrar olayı yaşama, düşünce ve dikkat dağınıklığı, çarpık ve genellemeye dayalı durumlardır.

3-Fiziksel alanda tepkiler; kalp, göğü karın, boyun, ve baş bölgelerinde ağrı, yanma, bulantı, kusma, yorgunluk, güçsüzlük, iştahsızlık uykusuzluk gibi belirtiler görülebilir.

4-Davranışsal alanda tepkiler; yalnız kalma isteği, kendine bakımında bozulma, alkol, madde kullanımı, öfke, çabuk sinirlenme, saldırganlık, anlamsız uğraşlar gibi davranışlar görülebilir.

Kişi travma ile ilk karşılaştığında; sessiz, durgun, şaşkın, donakalmış, huzursuz olabilir veya saldırgan, bağırma çağırma gibi ajitasyon gösterebilir. Kişiyle konuşmak, ilişki kurmak çok güç olabilir. Kendisini yatıştırmak isteyenlerin farkında değil gibidir. Bu durum kısa zamanda ortaya çıkan disosiyatif belirtilerin yoğunluğuna bağlıdır. Bu belirtiler kısa sürede yatışsa bile toplumdan çekilme daha uzun sürebilir.

Travma ilk yaşandığında çoğunlukla bilinç bulanıklığına benzer bir şaşkınlık olur. Dikkat dağınıklığı, uyarınları algılamada zorluk, zaman, yer ve kişilere karşı yönelme bozukluğu dikkati çeker. Travmatik olaya ve olayın çevresinde olup bitenlere karşı tam veya kısmi hafıza kaybı (disosiyatif amnezi) olabilir. Çoğu kişide ağır anksiyete ve panik vardır. Buna bağlı otonom sinir sisteminin sempatik aktivitesi uyarılır ve kortikosteroidler iki dakika içinde on kat artar. Buna bağlı kişinin kalp atımı hızlanır, hızlı soluk alıp verir, terler, göz bebekleri büyür, yüzü kızarır, vücudu, kol ve bacakları titrer, ağzı kurur. Korku, anksiyete ve sempatik sinir sistemi uyarılmasına bağlı

kamçılanma belirtileri görülür. Hasta sürekli bir uyarılış içinde olduğundan sık sık irkilme tepkileri olabilir ve uyku bozukluğu meydana gelebilir.

Bazı kişilerde ağır öfke tepkileri görülebilir. Birçok kişide ağır anksiyete ve öfkeden kısa bir süre sonra veya hemen başlangıcında duygusal tepkilerde donukluk, duygu yitimi, kendini çok ötede, uzaklarda ve hiç bir şey hissetmiyormuş, dışarıdan gözlüyormuş gibi algılama, kendine yabancılaşma olabilir. Kimi hastalarda çevrenin değişik algılanması sonucu derealizasyon görülebilir.

Kişinin anksiyete durumuna, öfke ve sinirliliğine göre düşünce akışı çok yavaşlamış ya da çok hızlanmış olabilir. Aşırı korku ve anksiyete içinde sinirli, tedirgin ajite olabilir veya donup kalabilir. Daha seyrek olarak çevreye saldırabilir, bağırıp çağırabilir. Fakat başlangıçta hareket artması olsa bile kısa sürede durgunlaşır, çökkün bir görünüm ortaya çıkar. Stres hormonunun salgılanmasıyla birlikte ortaya çıkan bu tepkiler yaşamımızı tehdit eden durumlarda, bizi tehdit kaynağıyla savaşmaya veya uzaklaşma ve kaçmaya hazır hale getirerek bu durumla başa çıkmamızda yardımcı olur.

Tehdit sırasında organizma için yararlı olan kortizon ve adrenalin fazla miktarda salgılandığı için, stres kaynağı ortadan kalktıktan sonra bile bir süre daha yüksek seviyede kalır ve en ufak bir uyarı ile karşılaştığında beden daha önce tehdit durumunda verdiği stres tepkilerinin benzerlerini oluşturabilir. Yaşanılan travmatik olayı hatırlatan herhangi bir şeyle karşılaşıncı (o gün giyilen giysiler, o anda yanında bulunan kişiler, olayın geçtiği mekan vb) sanki olay yeniden yaşanıyor gibi hissedilebilir. Bu şekilde hissetmek çok rahatsız edici ve korkutucu olabilir. Bu nedenle olayla ilgili yerlere gitmekten, olayla ilişkili olan kişilerle karşılaşmaktan, olay hakkında konuşmaktan kaçınabilir. Kişi kendini sürekli tedirgin ve huzursuz hissedebilir, en ufak bir seste bile irkilebilir.

2.2. Benlik Saygısı

Benlik, tüm insanların gelişimsel süreçleri içerisinde ebeveynleri ve diğer insanlarla etkileşim ve deneyimlerinin bir sonucu olarak geliştirdiği örgütlenmiş bir düşünce duygu ve davranış ağıdır (31). Benlik saygısı ise bireyin kendi yeteneklerini, duygularını tanıması, kendini sevmesi ve kendine güven duyması olarak tanımlanabilir (32).

Birey, çevresiyle ve diğer insanlarla etkileşime girdikçe benliğinin farkına varır, olumlu veya olumsuz değerlendirmelerle kendisine amaç ve düşünce oluşturur. Yani benlik, bireyin yaşantılarıyla öğrendiği ve gördüğü özelliklerinin algısal bir şemasıdır (33). Kişilerin, kendileri ile ilgili olumlu düşüncelere sahip olması çevrelerine ve kendilerine daha güvenli olmalarını sağlar. Olumlu benlik algısı bireylerin yaşamlarından doyum alması ve yüksek benlik saygısı oluşabilmesi demektir.

Sağlıklı bir benliğe ve yüksek benlik saygısına sahip kişiler karşılaştıkları zorlayıcı, sıkıntılı olaylardan daha az etkilenebilmekte, daha yapıcı çözümler üretebilmekte ve sağlıklı bir şekilde baş edebilmektedirler (34). Böylece psikolojik sorunlar yaşama olasılığı azalmaktadır. Benlik saygısı düşük olanlarda ise kişiler çeşitli psikolojik sorunlar ve psikiyatrik hastalıkları yaşama olasılıkları artmaktadır.

Kişilerin, sağlıklı kişilikler oluşturmada benlik saygısı düzeyinin önemli bir etkisi olduğu saptanmış ve yüksek benlik saygısına sahip kişilerin ahlaki, zihinsel, duygusal ve sosyal açıdan olumlu gelişmeler gösterdikleri bulunmuştur. Düşük benlik saygısı olan kişilerdeki özellikler ise kendilerini değersiz ve yetersiz görmeleri, olaylarla baş edemeyecekleri düşüncelere sahip olmaları (35) ve başka insanlara güven duymamalarıdır (36).

Yapılan bazı çalışmalarda benlik ve benlik saygısındaki artışın paralel olarak kişinin psikolojik sağlığının artmasını sağladığı gösterilmiştir (37,38). Başka bir çalışmada ise benlik saygısının yüksek olması psikopatolojik semptomlarda azalmaya sebep olduğu ortaya konulmuştur (39).

Benlikle ilgili ilk olarak literatürde gördüğümüz William James'in 1890 tarihinde yazdığı ve 1950'de tekrar basılmış olan "The Principles of Psychology" Kitabıdır. James eserinde "maddesel benlik", "sosyal benlik", "ruhsal benlik" ve "saf ego" olmak üzere dört benlik olduğunu belirtmiştir. Ayrıca benlik türlerini, "bilen ben" ve "bilinen ben" olarak da sınıflamıştır. Bu sınıflandırmaya göre maddesel, sosyal ve ruhsal benlik türleri bilen bene, saf ego bilinen bene karşılık gelmektedir. James'in söz ettiği sosyal benlik, diğerleri tarafından nasıl algılandığımızla ilgili benliktir. Bazı grupların içinde olmak, statü kazanmak, ünlü, onurlu olmak gibi davranışlar sosyal benliğimizle ilişkilendirmiştir. Diğer kişiler tarafından nasıl algılandığımız bizim açımızdan önemli olduğu için, farklı sosyal ortamlarda farklı sosyal kimliklerimiz olduğundan ve içinde bulunduğumuz yerlere ya da koşullara göre farklı rollere büründüğümüzden söz

etmiştir. James'in ruhsal benlikle kastettiği ise tutumlar, istekler, kişisel özellikler gibi kişinin bilişsel ve psikolojik durumudur. Saf ego ile kastettiği ise kişiye süreklilik duygusu veren, benliğin deneysel olarak incelenemeyen ve "kendi kendini düşünen" kısmıdır (40,41).

Marcus ve Nurius da olası benlikler üzerinde durmuşlardır. Bu benliklerin olmak istediklerimiz ve istemediklerimize göre şekillendiğini, geçmiş tecrübeler ve gelecek hedefleriyle birlikte içinde bulunulan zamandaki benliği anlamamızı sağladıklarını belirtmişlerdir. Olası benlikler kavramına benzer şekilde, literatürde gerçek benlik, ideal benlik gibi kavramlardan da bahsedildiği görülmektedir (42).

Higgins'in benlik tanımı üç boyutludur ve gerçek benlik, ideal benlik ve olması gereken benliktir. Gerçek benlik; sahip olunan, ideal benlik; istenilen, olması gereken benlik ise kişinin kendisinde olması gerektiğini düşündüğü özelliklerdir. Kişinin kendi benliği ve olmasını hayal ettiği benlik arasındaki farkın kişide düş kırıklığı, umutsuzluk, yetersizlik gibi duygulara yol açabileceğini, kişinin kendi benliği ile olması gereken benliği arasındaki farkın ise endişe, kaygı, korku gibi duygulara neden olabileceğini ifade etmiştir (43).

Freud benlik için ego terimini kullanmıştır. Zihinsel süreçleri açıklarken bilinç dışının önemine vurgu yapmıştır. Zihinsel süreçleri, bilinç dışının üzerindeki bir adaya, bir buz kitlesinin tepesine benzetmiştir. 1920'li yıllardan sonra Freud zihni açıklamak için üç unsurlu bir model önermiştir: "id", "ego" ve "süper ego". Zihnin, istek ve ihtiyaçların hemen karşılanmasını isteyen ilkel kısmı id'dir. Zamanla, sosyalleştikçe, id'in ihtiyaçlarını görmezden gelmeye, çevreyle uyumlu hale getirmeye çalışılır, ancak id hiçbir zaman tamamen yok olmamakta; taleplerini rüyalar, nevrotik belirtiler, dil sürçmeleri gibi durumlarla belirtmektedir. Ego ise zihnin akılcı kısmıdır ve kişinin dış çevreyle uyumunu sağlamaktadır. İdin isteklerinin karşılanıp karşılanmayacağına ya da hangi koşullarda bunların gerçekleşebileceğine karar vermektedir. Süper ego ise, egonun id üzerindeki kontrolüne benzer şekilde ego üzerinde kontrol sağlamaya çalışmaktadır. Freud'a göre, hayatın ilk döneminde insan narsistik bir eğilimdedir. Büyüdükçe, ego gelişmekte ve kişi ben merkezlikten uzaklaşarak, diğer insanlara ayak uydurmaya başlamaktadır. Süper ego ise egonun gelişimiyle birlikte gelişir ve amacı egoyu kontrol etmektir. Süper egonun amacı egoyu sosyal olarak en kabul edilebilir şekilde kararlar vermeye yöneltmektir. Süper ego, mükemmeliyetçidir (44).

Carl Rogers'ın kişilik kuramının ana ögesi benliktir. Kişinin benliği kendisi ile ilgili olarak oluşturduğu düşünce ve değerlendirme ve değerlerden oluşur. Kısacası bu ben kimim neleri yapabilirim neleri yapamam gibi sorulara verilen cevapları oluşturur. Benlik kavramı kişinin hem dünyayı hem de kendisini algılamasını etkiler. Rogers benliği gerçek benlik ve ideal benlik olarak değerlendirmiş, gerçek benlik kişinin kendini nasıl algıladığını gösterirken ideal benlik kişinin olmak istediği benlik olarak gösterilmiştir. İdeal benlik ile gerçek benlik arasındaki uyumsuzluklar kişiyi mutsuzluk, umutsuzluk gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklara neden olabileceğini belirtmiştir. Bireyin benliği ile ideal benlik arasındaki fark bize, bireyin benlik saygısı hakkında bilgi verir eğer bu fark fazla ise benlik saygısı düşük bu fark az ise benlik saygısı yüksektir (45,46).

Erikson kişinin ruhsal açıdan sağlıklı olabilmesi 'temel güven duygusuyla yakından ilişkili olduğunu belirtmiştir. Temel güven duygusu; insanın dünyaya gelmesiyle oluşmaya başlayan yaşanan deneyimler ve bunlardan çıkarılan sonuçlardır. Güven, kişinin kendisine ve diğer insanlara olan güven duygusunu ifade eder. Güven duygusu çocukta meydana gelecek kimliğin temelini oluşturur. Bu da daha sonraki yıllarda, iyiyim duygusu, kendi olma duygusu, güvenen ve güvenilen biri olma duygusu ile birleşir. Güvenin yaşam boyunca eksikliği içe kapanık, çökkün durumların sık görüldüğü kişiliklerin oluşmasında etkilidir. Çocuklar ergenlikle beraber özgüvenlerini değerlendirmeye ve şekillendirmeye başlar. Birey doğduğu andan itibaren çevresiyle yaptığı etkileşimler sonucu kendisi ve diğerleri hakkında olumlu ve olumsuz bir görüşe sahip olur ve bu görüşleri kişilerarası ilişkilerini de belirler (47).

Young ve ark. benliği bir şema olarak ifade etmişler ve bireylerin bir gerçeği veya yaşantıyı açıklamasını sağlayan algılamalarını ve tepkilerini belirleyen bireyin yaşamının içine girmiş istikrar gösteren bir şema olarak tanımlamışlardır (48).

Benlik saygısının bozulmasında travmanın rolü olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda travmayla benlik saygısı arasında olumsuz ilişki olduğu gösterilmiştir (49). Travma bilişsel süreci etkiler, bilişin etkilenmesi sonucu kişinin kendisiyle ilgili değerlendirmesi değişmeye başlar düşünce yapısındaki farklılıklar ve meydana gelen bozulmalar kişinin kendilik algısını etkiler ve benlik saygısı bozulur. Kişi kendisini değersiz, yetersiz faydasız, işe yaramaz yaşadıklarını hak ettiği gibi bir düşünce süreci yaşar.

2.3. Travmanın neden olduğu psikiyatrik semptomlar

Travma sonucu görülen psikiyatrik hastalıklar, yaşanan travmatik olayların yaygınlığına oranla daha az görülür. Her stres tepkisini hastalık olarak adlandırmamak gerekir. Bunlar çoğunlukla hastalığa ulaşmayan stres tepkileridir.

Travmaya verilen cevaplar tek bir bozukluk olmayıp çok sayıda durumlar içerir. Çünkü tek bir olayla karşılaştıktan sonra o travmaya verilen cevap ile tekrarlayan çoğu kez insan eliyle oluşturulan tecavüz, işkence, çocukluk çağı istismarı gibi olaylara verilen cevaplar farklı tablolar ortaya çıkarabilmektedir. Travma ile karşılaşan kişi; travmanın özelliğı, kişi için ne anlam ifade ettiğıne bağılı olarak çeşitli tepkiler verir. Sonuçta bir kısmı doğrudan yaşanan bir kısmı ise travma ile dolaylı olarak ilişkilendirilen birçok psikiyatrik semptomların oluşmasına neden olabilir.

Travmanın neden olduğu stres birkaç gün içerisinde ortaya çıkar ve çoğunlukla bir ay içerisinde kaybolur. Travmatik olaylara karşı gelişen bir aydan kısa süren tepkilere akut stres bozukluğu (ASB) denir. Daha hafif olduklarında ise uyum bozukluğu olarak tanımlanır. Eğer Stres uzun sürerse, strese bağılı çeşitli psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilir. Travma sonrası en sık görülen hastalıkların başında TSSB gelmektedir.

TSSB, kişinin tehdit edici bir durumla karşılaşması veya böyle bir durumu öğrenmesi sonucu kişide sıkıntı yaratacak derecede olayın veya durumun yeniden yaşanmasına yol açarak, bilişsel, duygusal ve davranışlarla karakterize bir bozukluktur (50).

ASB, TSSB'den stres etkeninin genelde daha hafif olmasıyla ve TSSB'nin temel belirtilerinden olan yeniden yaşama belirtilerinin olmamasıyla ayrılmaktadır. Baskın özellik kısa veya uzamış depresif reaksiyon, diğer duygu ve davranış bozukluklarıdır (51). TSSB gelişimi için risk grupları arasında yalnızca travmaya doğrudan maruz kalan kişiler değil, travmaya maruz kalan bireylerle çeşitli şekillerde ilişki kuran bireyler de yer alır (52).

Travma sonucunda ASB ve TSSB oluşurken ayrıca çeşitli psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalıkların ortaya çıkmasını da kolaylaştırır. Bunlar kişilik bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları, diğer duygu durum bozuklukları, yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, konversiyon, ağrı bozuklukları, uyku bozuklukları, cinsel fonksiyon bozuklukları, psikotik bozukluklardır (53). Ancak bu hastalıkların yaşanan travmadan önce de var olabileceğı, psikolojik travmanın bu

hastalıklara ait belirtileri ortaya çıkarabileceği veya travmanın bu hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırmış olabileceği unutulmamalıdır.

Travmatik stres ve fiziksel hastalıklar arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Kronik ağrı, fibromiyalji, irritabl kolon sendromu bu tür hastalıklardandır. Travmatik stres; kalp krizi, erken doğum riski, mensturasyon bozukluklarına yol açabilir. Kronik pelvik ağrı ile başvuran kadınların, çocukluk ve erişkin dönemlerinde travmaya maruz kalma oranı yüksek bulunmuştur (54). Ayrıca bazı hastalıkların kendilerinin de psikolojik travma oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Risk faktörlerinin bilinmesi, öncelik verilecek kişi veya toplulukların saptanması ve engellenebilecek etkenler varsa önlem alınması ve verilecek psikososyal hizmetler açısından önemlidir.

Risk faktörleri:

1-Travma; travmaya neden olan olayın şiddeti, yaşamı tehdit etmesi, fiziksel yaralanma, kaybın fazla olması, travmanın kronikleşmesi, travmanın insanlar tarafından yapılması, sekonder stresler, travma sırasında yaşanan belirtilerin niteliği ve şiddeti,

2-Kişisel özellikler; kadın, bekar, dul, boşanmış, çocuk, yaşlı olma, sosyoekonomik düzeyin, eğitim düzeyinin düşük olması, kişisel veya ailesel psikiyatrik hastalık öyküsünün olması, dayanıklılıkta yetersizlik, bazı kişilik özellikleri (içe dönük, dışsal kontrol odağının yüksek olması), öfke, suçluluk gibi psikolojik etkenler, fonksiyonel olmayan başa çıkma çabaları,

3-Çevresel nedenler; tıbbi, psikolojik, sosyal yardımlara ulaşma yetersizliği, sosyal kaynakların ve desteğin azlığı, yaşadığı ülkenin gelişme durumu, göçmen mülteci olma durumudur.

Travmatik stresin şiddetini arttıran etkenler; kişi için öznel anlamı olması, travmayla karşılaşma süresinin uzaması, travmayla karşılaşmanın ani olması, katastrofik olması, insan tarafından oluşturulması, ölüm tehdidi içermesi, fiziksel yaralanmayla birlikte olması, insanlık dışı bir olay olması, kişide suçluluk duygusu yaratması, kişiye köşeye sıkıştırılmış hissi oluşturmaları.

Travmaya bağlı hastalıkların seyrine ilişkin özelliklerin bilinmesi önemlidir. Travma sonrası bozukluklar uzun sürebilir, yeti yitimine yol açabilir. Travmadan sonra zamanla

azalabilir, insan eliyle bilerek ve kasıtlı yapılan travmalara bağı olanlar daha uzun sürebilir.

Travma sırasında verilen tepkinin yoğunluğu, hastalığın uzun sürmesi, belirtilerin niteliği ve şiddeti, eşlik eden diğer psikiyatrik, fiziksel hastalıklar, travma öncesi var olan stres bozukluğu, travma öncesi olan psikolojik olumsuzluklar, sosyal destek eksikliği, kayıplar, travma öncesinde ve sonrasında yaşanan travmatik olaylar ve diğer yaşam olayları hastalığın kronikleşmesini kolaylaştırabilir.

Travmatik olaydan etkilenen kişi, tekrar tekrar rahatsız edici bir şekilde travmatik olayı yaşar. Bu yaşama düşünceler, algılar, düşler şeklinde olabileceği gibi bilinç bozukluğu olmaksızın travmatik olayın yeniden ve canlı olarak yaşanmasıdır. Bu yaşantılar hemen her zaman geçmişteki travmayla doğrudan veya dolaylı, tümüyle veya bir parçayla ilişkilidir. Bu belirtiler içerikleri ile doğrudan, yaşanan travmayı işaret eder. Yaşanılan travmatik olayla ilişkili imge veya düşünceler de olayı hatırlatabilir. Belirtiler zamansız ve birden ortaya çıkabilir. Rahatsız edici, sıkıntı verici ve zorlayıcıdır. Travma ile ilgili bazı anılar için bellek çok güçlenmiştir, fakat olayın önemli bazı yönlerini hatırlayamayabilir.

Başka olaylara karşı ilgi ve dikkat azalmıştır. Hasta unutkanlıktan yakınabilir. En tipik belirti olayın sık sık hatırlanması ve her hatırlanışta yeni baştan yaşanıyor gibi algılanmasıdır. Olayla ilgili görüntüler, düşünceler, algılar yineleyici niteliktedir. Olayın yineleyici biçimde yaşanması rüyalarda da olur. Kişi travmatik olayı rüyalarında aynı biçimde sık sık görür, korkuyla uyanır. Algılama ileri derecede artmıştır; hafif uyarılar şiddetli algılanır; irkilme tepkisi doğurur. Dikkatin belli bir konuda tutulması güçleşir. Çok ağır durumlarda şaşkınlık, zihin karışıklığı, yönelim ve bellek bozuklukları olabilir. Kişi travmanın belli bölümlerini ya da tamamını hatırlamakta ciddi güçlük çeker, dış dünya algısında ya da yaşantısında garip ya da gerçek dışı olacak şekilde değişiklik görünebilir. Kişi kendisini sanki kendisi değilmiş veya dışarıdan kendisini gözleyen bir kişi olarak algılamaya başlar (55).

Travma sonrası en sık görülen belirtilerden birisi de depresif duygu durumu ve depresyondur. Depresyon psikiyatrik bozuklukların hemen hepsinde görülebildiği gibi travmalardan sonra da sık görülebilir.

Travma sonrası uyum bozuklukları yaygın olarak görülebilmektedir. Uyum bozuklukları stresli olaya karşı oluşan duygusal tepkiyi gösterir. Dışarıdan kaynaklanan

stresli durum genellikle maddi sorunları, tıbbi bir hastalığı veya ilişkilerle ilgili sorunları kapsar. Meydana gelen belirtiler; anksiyete, depresif duygu durumu, davranış bozukluğu, akut stres bozukluğu, TSSB özellikleri taşır.

Travma sonrası anksiyete gelişen bozuklukların içindedir. Korku ve endişe duygularını içine alan anksiyete bozukluğu, bireyin iç çatışmasının bir ürünüdür. Hem travmaya tepki olarak travma sonrası stres yaşanması açısından bir risk faktörüdür, hem de travmaya maruz kalmayı takip edebilecek bir sendromdur.

Anksiyete; tehlike beklentisiyle oluşan huzursuzluk ya da kişilerin anlayamadıkları üzüntü ve sıkıntı verici içsel bir huzursuzluk, bazen panik derecesinde endişe ve korku durumu gibi belirtilerden oluşan sendromdur.

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan bir bunalım duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Travmatize bireylerde spesifik olmayan anksiyete, genellikle tehdit edici olayların etkisini yansıtır ve her kapsamlı travma terapisinde ele alınmalıdır (56).

Travma sonrası panik bozukluk da gelişen bozuklukların içindedir. Panik bozukluk, kişinin yaşadığı bir korku halidir. Korkunun içeriği bana bir şey olur mu düşüncesi ile ilişkilidir. Bu düşünceye kalp çarpıntısı, nefes darlığı, baş dönmesi, ateş basması gibi otonom sinir sistemi belirtileri eşlik eder (57).

Travma sonrası stres bozukluğu ve panik bozukluk sıklıkla birlikte görülebilebilir. TSSB' de yaşanan travmayla ilişkili düşünceler korku yaratır yaşanan bu korku otonom sinir sistemini uyarır ortaya çıkan somatik belirtiler hasta tarafından korkuyla değerlendirildiğinde panik ataklar ortaya çıkar (58).

Psikosomatik bozukluklar da travma sonrası görülebilmektedir. Psikosomatik hastalıklarda görülen fiziksel rahatsızlıklar organik kaynaklı olmayıp psikolojik kaynaklıdır. Psikosomatik tepkiler, psikolojik faktörlerin ciddi bir şekilde fiziksel ya da bedensel belirtileridir. Psikosomatik rahatsızlıkları olanlar dış görünüm ve davranışlarında hasta izlenimi vermeyebilir. Bu kişiler kendi içlerinde yoğun bir sıkıntı yaşamakta, gerçek yaşamda baş etme güçlüğü çekmekte ve zorlanmaktadır. Esas problem duygusal yaşantıdan kaynaklanmaktadır. Travmaya bağlı olanlar ise somatik

belirti bozukluğu ile işlevsel nörolojik belirti bozukluğudur. Ayrıca psikosomatik kökenli “hastalık hastalığı” ve “ağrı bozukluğu” da bu sınıfa dâhildir (59).

Somatik belirti bozukluğu olan kişiler çok çeşitli fiziksel belirtiler veya ortak somatik odak belirtilerle ilişkili aşırı düşüncelerin, hislerin veya davranışların olduğu, bir veya iki belirti gösterir. Somatizasyon travmatik diğer olayların yanı sıra, çocukluktaki kötü muamele, özellikle de cinsel istismar geçmişı ile bağlantılı olabilmektedir (60).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Katılımcılar:

Çalışmaya Ekim 2017- Ekim 2018 tarihleri arasında verilen ölçekleri uygun bir şekilde anlayıp cevaplayabilecek, gönüllülük esasına uygun olarak seçilen, yaşları 19-65 yaş arasında olan 200 kişi alınmıştır.

Hasta grubu, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran hastalardan klinik görüşme ile DSM-V tanı kriterlerine göre depresyon, anksiyete bozuklukları, somatoform bozuklukları, obsesif kompulsif bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı alan ve travmatik geçmişi olan 100 hasta ile sağlıklı 100 kişilik kontrol grubu alınmıştır.

Her iki gruptaki katılımcılara araştırmacı tarafından görüşme sırasında doldurulan sosyo-demografik form ve katılımcıların kendi dolduracağı Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBE) ve SCL-90 (Psikolojik Belirti Tarama Listesi) uygulanmıştır.

Sosyo-demografik formun içeriğinde katılımcıların; yaş, cinsiyet, meslek, kardeş sayısı, eğitim yılı, medeni hali, anne ve babanın eğitim yılı, yaşadığı yer, bireyin aylık gelir algısı, sigara-alkol-madde kullanımı, travma sonrası ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına gidip gitmediği sorgulanmıştır. Ayrıca aynı Formda bireyin travma algı şiddeti 1-10 arasında numaralandırılmış olan görsel analog skala (VAS) ile değerlendirilmiştir.

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan çalışma için onay alınmıştır.

3.2 Kullanılan Ölçekler:

SCL90-R; psikiyatrik belirti tarama aracıdır. Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmalarını içeren 90 maddesi ile 9 ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır (61).

RBSÖ; katılımcıların kendilerine verdikleri değeri ve saygıyı ölçmek için uygulanmaktadır. Ölçek 63 madde içeren 12 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler benlik saygısını, kendilik kavramının sürekliliğini, insanlara güven duymayı, eleştiriye duyarlılığı, depresif duygulanımı, hayalperestliği, psikosomatik belirtileri, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetmeyi, tartışmalara katılabilme derecesini, anne-baba ilgisini,

babayla ilişkiyi, psişik izolasyonu ölçmektedir. Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (62).

TYÖ; katılımcıların yaşadıkları travmaları saptayıp ne kadar etkilendiklerini öğrenmek için yapılmaktadır. Kişilerin başından geçmiş olabilecek bazı travmatik olaylar sıralanmaktadır. Yirmi dokuz çeşit travma yaşantısı sorulmaktadır. Sorularda üç esas vardır. Birincisi olayın yaşanıp yaşanmadığı, ikincisi olay sırasında kaç yaşında olduğu, üçüncü olarak da olayın psikolojik açıdan kişiyi ne kadar etkilediği üzerinde durulmaktadır (63).

Travmatik olayın veya olayların şiddet seviyesini belirlemek için 1-10 arasında puanlama ile belirlenecek bir VAS hazırlanmıştır. Katılımcılara yaşadıkları travmatik olay veya olayların kendilerini ne derece etkilediklerini ve hissettikleri seviyeyi seçmeleri istenmiştir. Bir en düşük hissedilen şiddet, 10 ise en yüksek hissedilen şiddet olarak işaretlenmiştir.

TSBÖ; travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkmasında ve sürmesinde etken olduğu düşünülen, travmayla ilişkili bilişleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Kişi, Ölçekteki 36 madde ile kendini değerlendirmektedir, 7'li likert ölçek üzerinde katılımcının her bir maddeye ne oranda katıldığını belirtmesi istenmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 36 ile 252 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar travmatik yaşantıya ilişkin hatalı bilişlerin yoğunluğunu göstermektedir (64,65).

3.3 İstatistik Değerlendirme:

Çalışmada elde edilen verilere ait tanımlayıcı değerler ortalama, standart sapma, sayı ve % frekanslar olarak hesaplandı ve tablolar halinde verilmiştir. Kategorik yapıdaki sosyodemografik özelliklerin kategorilerinin gruplarla ilişkisi Pearson ki-kare analizi ile, sayısal tipteki sosyodemografik özellikler bakımından grupların karşılaştırılmasında ise independentsamples t-test kullanılmıştır. Ölçek puanları bakımından hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında independentsamples t-test kullanılmıştır. Her bir grupta sayısal tipteki sosyodemografik özellikler ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. İstatistik anlamlılık düzeyi $P < 0.05$ alındı ve hesaplamalarda SPSS (ver. 18) programı kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Hasta ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırma sonuçları Tablo1’de verilmiştir.

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırma Sonuçları

		Hasta Grubu		Kontrol Grubu		P
		N	%	N	%	
CİNSİYET	Kadın	54	54,0	60	60,0	0.391
	Erkek	46	46,0	40	40,0	
MEDENİ DURUM	Bekar	27	27,0	35	35,0	0.162
	Dul	10	10,0	4	4,0	
	Evli	63	63,0	61	61,0	
YAŞADIĞI YER	Kentsel	72	72,0	82	82,0	0.093
	Kırsal	28	28,0	18	18,0	
TRAVMA SONRASI PSİKIYATRİK DESTEK	Evet	76	76,0	4	4,0	0.001
	Hayır	24	24,0	96	96,0	
MADDE	Yok	96	96,0	99	99,0	0.174
	Var	4	4,0	1	1,0	
SİGARA	Yok	50	50,0	65	65,0	0.032
	Var	50	50,0	35	35,0	
ALKOL	Yok	79	79,0	89	89,0	0.054
	Var	21	21,0	11	11,0	
AYLIK ORTALAMA GELİR	İyi	18	18,0	23	23,0	0.324
	Orta	68	68,0	69	69,0	
	Kötü	14	14,0	8	8,0	

Grupların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde hasta grubunda travma sonrası psikiyatrik destek oranının ve sigara kullanım oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun dışında tabloda yer alan özellikler bakımından hasta ve kontrol grubu benzer bulunmuştur.

Sayısal tipteki sosyo-demografik özellikler bakımından hasta ve kontrol gruplarının ortalamalarının karşılaştırılma sonuçları Tablo 2’de verilmiştir. Kontrol grubunun eğitim yılı ile anne ve babalarının eğitim yılı hasta grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Travma algısının şiddeti ise hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek görülmüştür. Yaş ve kardeş sayısı bakımından gruplar arasında anlamlı farka rastlanmamıştır.

Tablo 2. Sayısal Tipteki Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Hasta ve Kontrol Gruplarının Ortalamalarının Karşılaştırılma Sonuçları

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	P
YAŞ	Hasta	100	36,55	10,889	0.237
	Kontrol	100	34,79	10,090	
KARDEŞ SAYISI	Hasta	100	3,81	1,824	0.083
	Kontrol	100	3,34	1,991	
EĞİTİM YILI	Hasta	100	10,16	4,184	0.001
	Kontrol	100	12,64	4,373	
ANNE EĞİTİM YILI	Hasta	100	3,66	3,438	0.008
	Kontrol	100	5,12	4,198	
BABA EĞİTİM YILI	Hasta	100	5,51	4,347	0.047
	Kontrol	100	6,78	4,651	
TRAVMA ALGISININ ŞİDDETİ	Hasta	100	8,20	1,848	0.001
	Kontrol	55	3,56	2,044	

Tablo 3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarına Ait Puanlar

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	P
Benlik Saygısı	Hasta	100	1,1	0,69	0.001
	Kontrol	100	1,85	1,1	
Kendilik Kavramının Sürekliliği	Hasta	100	3,11	0,9	0.027
	Kontrol	97	3,43	1,08	
İnsanlara Güven Duyma	Hasta	100	2	0,89	0.115
	Kontrol	97	1,8	0,85	
Eleştiriye Duyarlılık	Hasta	100	1,75	0,59	0.001
	Kontrol	96	1,29	0,74	
Depresif Duygulanım	Hasta	97	3,6	1,47	0.001
	Kontrol	95	1,88	1,32	
Hayalperestlik	Hasta	100	2,39	1,9	0.001
	Kontrol	96	1,47	1,58	
Psikosomatik Belirtiler	Hasta	99	6,57	2,87	0.001
	Kontrol	95	2,56	2,49	
Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Hasta	100	1,94	1,19	0.001
	Kontrol	96	1,1	1,11	
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Hasta	100	0,7	0,77	0.572
	Kontrol	97	0,76	0,79	
Ana-Baba İlgisi	Hasta	97	2,14	1,72	0.001
	Kontrol	96	3,12	2,13	
Babayla İlişki	Hasta	97	1,37	1,56	0.145
	Kontrol	96	1,07	1,25	
Psişik İzolasyon	Hasta	100	1,07	0,79	0.001
	Kontrol	97	0,6	0,73	

RBSÖ'nün genel ve alt boyutlarına ait puanlar açısından hasta ve kontrol gruplarının ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 3'de gösterilmiştir. RBSÖ'nün alt boyutlarından; 'İnsanlara Güven Duyma', 'Tartışmalara Katılabilme Derecesi' ve 'Babayla İlişki' alt boyutlarında hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmazken diğer 9 alt boyut puanı hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Hasta grubunda benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, anne-baba ilgisi kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlılıkta düşük, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, psişik izalosyan kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlılıkta yüksek bulunmuştur.

RBSÖ'ye ait 12 alt boyut puanlara göre düşük, orta ve yüksek gibi gruplara ayrıldı ve bu grupların hasta ve kontrollerindeki dağılımı incelendi. Bu alt kategorilerin hasta ve kontrol gruplarındaki dağılımları Tablo 4'de verilmiştir.

Benlik saygısı; kontrol grubunda yüksek, hasta grubunda ise orta düzeyde daha fazla görülmüştür.

Eleştiriye çok duyarlı olanlar hasta grubunda daha yüksek oranda bulunmuştur.

Orta ve yüksek düzeyde depresif duygulanım hasta grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptanmıştır.

Orta ve yüksek düzeyde hayalperestlik hasta grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek oranda görülmüştür.

Kontrol grubunda psikosomatik belirtiler az, hasta grubunda ise psikosomatik belirtiler yüksek düzeyde bulunmuştur.

Kontrol grubunda kişilerarası ilişkilerde tehdit hissedilmediği, hasta grubunda ise yüksek düzeyde tehdit hissedildiği saptanmıştır.

Kontrol grubunda anne-baba ilgisi çok, hasta grubunda ise anne-baba ilgisi az görülmüştür.

Hasta grubunda babayla ilişki az ve orta düzeyde bulunmuştur.

Kontrol grubunda psişik izolasyon oranı az, hasta grubunda ise daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Hasta ve Kontrol Gruplarının Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine ait 12 alt Boyut puanlarının Düşük, Orta ve Yüksek Gruplara Ayrılmasına göre Dağılımı

		Hasta		Kontrol		P
		N	%	N	%	
Benlik Saygısı	Yüksek	27	27,0 ^a	56	56,0 ^b	0.001
	Orta	70	70,0 ^a	44	44,0 ^b	
	Düşük	3	3	0	0	
Kendilik Kavramının Sürekliliği	Fazla	15	15	23	23,7	0.121
	Az	85	85	74	76,3	
İnsanlara Güven Duyma	İnsanlara Olan Güvenleri Çok	30	30	39	40,2	0.230
	İnsanlara Olan Güvenleri Orta	67	67	57	58,8	
	İnsanlara Olan Güvenleri Az	3	3	1	1	
Eleştiriye Duyarlılık	Eleştiriye Az Duyarlı	26	26,3 ^a	52	54,2 ^b	0.001
	Eleştiriye Çok Duyarlı	73	73,7 ^a	44	45,8 ^b	
Depresif Duygulanım	Depresif Duygulanımın Yok	2	2,1 ^a	15	15,8 ^b	0.001
	Depresif Duygulanımın Az	18	18,6 ^a	51	53,7 ^b	
	Depresif Duygulanımın Orta	49	50,5 ^a	28	29,5 ^b	
	Depresif Duygulanımın Yüksek	28	28,9 ^a	1	1,1 ^b	
Hayalperestlik	Hayalperestlik Az	40	44,9 ^a	65	70,7 ^b	0.002
	Hayalperestlik Orta	25	28,1 ^a	14	15,2 ^b	
	Hayalperestlik Yüksek	24	27,0 ^a	13	14,1 ^b	

		Hasta Grubu		Kontrol Grubu		P
		N	%	N	%	
Psikosomatik Belirtiler	Az Düzeyde Psikosomatik Belirti	10	31,3 ^a	55	69,6 ^b	0.001
	Orta Düzeyde Psikosomatik Belirti	11	34,4	19	24,1	
	Yüksek Düzeyde Psikosomatik Belirti	11	34,4 ^a	5	6,3 ^b	
Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Tehdit Hissedilmediği	17	17,0 ^a	41	42,7 ^b	0.001
	Az Tehdit Hissedildiği	14	14	17	17,7	
	Orta Tehdit Hissedildiği	32	32	25	26	
	Yüksek Düzeyde Tehdit Hissedildiği	37	37,0 ^a	13	13,5 ^b	
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Tartışmalara Katılma Derecesi Az	49	49	44	45,4	0.851
	Tartışmalara Katılma Derecesi Orta	32	32	32	33	
	Tartışmalara Katılma Derecesi Yüksek	19	19	21	21,6	
Ana–Baba İlgisi	Ana–Baba İlgisi Çok	43	44,3 ^a	69	71,9 ^b	0.001
	Ana–Baba İlgisi Orta	30	30,9	18	18,8	
	Ana–Baba İlgisi Az	24	24,7 ^a	9	9,4 ^a	
Babayla İlişki	Babayla İlişki Az	78	80,4 ^a	89	92,7 ^b	0.013
	Babayla İlişki Orta	15	15,5 ^a	3	3,1 ^b	
	Babayla İlişki Fazla	4	4,1	4	4,2	
Psişik İzolasyon	Psişik İzolasyon Yok	28	28,0 ^a	53	54,6 ^b	0.001
	Psişik İzolasyon Az	37	37	30	30,9	
	Psişik İzolasyon Çok	35	35,0 ^a	14	14,4 ^b	

TSBE'nin alt boyutları ve ortalama puanı hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlılıkta yüksek saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Travma Sonrası Bilişler Ölçeğinin Kontrol ve Hasta Grubu ile Karşılaştırılması

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	P
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişler	Hasta	98	3,86	1,49	0.001
	Kontrol	98	1,95	0,81	
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişler	Hasta	100	4,13	1,81	0.001
	Kontrol	100	2,56	1,43	
Kendini Suçlama	Hasta	99	3,63	1,45	0.001
	Kontrol	100	1,87	0,77	
Ortalama Puan	Hasta	98	3,89	1,48	0.001
	Kontrol	98	2,05	0,82	

SCL90-R'de bulunan somatizasyon, anksiyete, obsesyon, depresyon, kişilerarası duyarlılık, psikotik, paranoid, öfke ve ortalama değerleri hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Ruhsal Belirtiler Tarama Listesinin Kontrol ve Hasta Grubu ile Karşılaştırılması

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	P
Somatizasyon	Hasta	100	1,94	1,02	0.001
	Kontrol	100	0,48	0,59	
Anksiyete	Hasta	100	1,92	1,14	0.001
	Kontrol	100	0,38	0,54	
Obsesyon	Hasta	100	2,11	0,95	0.001
	Kontrol	100	0,62	0,64	
Depresyon	Hasta	100	2,13	1,12	0.001
	Kontrol	100	0,53	0,67	
Kişilerarası Duyarlılık	Hasta	99	2,05	1,13	0.001
	Kontrol	100	0,51	0,68	
Psikotik	Hasta	100	1,56	1,09	0.001
	Kontrol	100	0,25	0,44	
Paranoid	Hasta	100	1,81	1,08	0.001
	Kontrol	99	0,42	0,59	
Öfke	Hasta	100	1,85	1,21	0.001
	Kontrol	100	0,39	0,61	
Fobik	Hasta	100	1,42	1,13	0.001
	Kontrol	100	0,3	0,53	
Ek	Hasta	100	1,85	1,06	0.001
	Kontrol	100	0,45	0,63	
Ortalama SCL90R	Hasta	99	1,85	0,98	0.001
	Kontrol	99	0,43	0,53	

Benzer şekilde SCL90-R Ölçeğine ait ortalama puanda; ruhsal belirtileri normal, yüksek ve çok yüksek olarak kategorize edilmiştir. SCL90-R Ölçeğine ait bu alt kategorilerin hasta ve kontrol gruplarındaki dağılımları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Kontrol grubunda ruhsal belirtileri normal olanların oranı fazla, hasta grubunda ise bu belirtiler yüksek ve çok yüksek oranda saptanmıştır.

Tablo 7. SCL90-R Ölçeğine Ait Alt Kategorilerin Normal, Yüksek, Çok Yüksek Gruplara Ayrılmasına Göre Hasta ve Kontrol Gruplarındaki Dağılımları

		Hasta Grubu		Kontrol Grubu		P
		N	%	N	%	
SCL90R Puan Grup	Normal	35	35,4 ^a	94	94,9 ^b	0.001
	Yüksek	37	37,4 ^a	4	4,0 ^b	
	Çok Yüksek	27	27,3 ^a	1	1,0 ^b	

TYÖ puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamda yüksek saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Travmatik Yaşantılar Ölçeğinin Kontrol ve Hasta Grubu ile Karşılaştırılması

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	P
TYO Toplam Puan	Hasta	100	6,5	4,46	0.001
	Kontrol	100	1,78	1,96	

Tablo 9’da hasta ve kontrol gruplarının ayrı ayrı sosyodemografik özellikleri ile çalışmada kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişkiler yer almıştır. Tabloda mavi ile işaretlenen ilişkiler istatistik olarak anlamlı bulunmuştur. Örneğin kontrol grubunda travma algısının şiddeti kardeş sayısı ile pozitif ilişkili yani kardeş sayısı arttıkça travma algısının şiddeti de artmıştır. Eğitim yılı, baba eğitim yılı ve anne eğitim yılı ile negatif ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar eğitim yılındaki artışın travma algısının şiddetini azalttığını göstermiştir. Bunun dışında yaş ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. Ancak hasta grubunda travma algısının şiddeti ile bu özellikler ilişki göstermemiştir. Diğer ilişkiler de benzer şekilde yorumlanacaktır.

Tablo 9. Hasta ve kontrol gruplarının ayrı ayrı sosyodemografik özellikleri ile çalışmada kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişkiler

	Hasta					Kontrol				
	Yaş	SI	EĞİTİM_YILI	_YILI	M_YILI	Yaş	SI	EĞİTİM_YILI	_YILI	M_YILI
Travma Algısının Şiddeti	,068	,080	-,111	,022	-,048	,202	,365	-,283	-,268	-,266
	,503	,427	,270	,825	,635	,140	,006	,036	,048	,049
	100	100	100	100	100	55	55	55	55	55
Benlik Saygısı	-,083	-,181	,159	,140	,156	,107	,009	-,098	-,111	-,079
	,412	,071	,115	,166	,121	,288	,926	,332	,272	,437
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Kendilik Kavramının Sürekliliği	-,058	,128	,020	,086	,018	-,041	-,336	-,058	,035	,100
	,568	,203	,841	,396	,859	,693	,001	,576	,735	,330
	100	100	100	100	100	97	97	97	97	97
İnsanlara Güven Duyma	,046	,162	-,022	-,039	-,083	-,020	,071	-,033	-,054	-,041
	,650	,107	,830	,698	,413	,846	,492	,750	,600	,687
	100	100	100	100	100	97	97	97	97	97
Eleştiriye Duyarlılık	,059	-,072	,029	,066	-,082	,103	-,019	-,173	-,139	-,130
	,559	,474	,778	,516	,418	,316	,856	,093	,178	,205
	100	100	100	100	100	96	96	96	96	96
Depresif Duygulanım	-,013	-,023	-,062	-,081	-,116	-,073	,034	-,163	-,239	-,131
	,898	,822	,547	,431	,257	,483	,743	,115	,020	,206
	97	97	97	97	97	95	95	95	95	95
Hayalperestlik	-,240	-,145	,249	,007	,010	,131	-,121	-,070	,004	,031
	,016	,150	,012	,941	,924	,202	,239	,499	,968	,767

	100	100	100	100	100	96	96	96	96	96
Psikosomatik Belirtiler	-,022	-,050	-,057	-,017	-,112	,004	-,059	-,346	-,370	-,312
	,831	,621	,576	,868	,271	,970	,571	,001	,001	,002
	99	99	99	99	99	95	95	95	95	95
Kişilerarası İlişkilerde	,123	,102	,097	,088	,020	-,016	,018	-,274	-,075	-,073
Tehdit Hissetme	,223	,313	,335	,383	,846	,880	,865	,007	,470	,482
	100	100	100	100	100	96	96	96	96	96
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	-,202	-,148	,006	,082	,026	,213	-,099	-,005	,012	,063
	,043	,140	,956	,416	,798	,036	,334	,958	,909	,542
	100	100	100	100	100	97	97	97	97	97
Anne–Baba İlgisi	-,107	-,066	,026	,171	,087	,067	,280	-,222	-,099	-,134
	,297	,523	,797	,095	,396	,518	,006	,030	,337	,193
	97	97	97	97	97	96	96	96	96	96
Babayla İlişki	,016	-,026	-,119	-,062	-,119	,118	-,150	-,048	-,037	-,066
	,873	,804	,244	,546	,244	,251	,144	,640	,721	,526
	97	97	97	97	97	96	96	96	96	96
Psişik İzolasyon	-,155	-,095	,103	-,098	-,110	-,112	-,071	-,097	-,125	-,135
	,123	,346	,308	,331	,278	,276	,488	,343	,221	,186
	100	100	100	100	100	97	97	97	97	97
Kişinin Kendisiyle İlgili	-,115	,029	,038	-,070	-,133	-,157	,078	-,012	-,094	,050
Olumsuz Bilişler	,257	,776	,712	,493	,190	,124	,446	,905	,358	,625
	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
Ortalama TSBE Puanı	-,114	,021	,039	-,084	-,137	-,180	,130	,079	-,065	,083
	,265	,840	,701	,409	,179	,075	,201	,438	,525	,416
	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
Somatizasyon	-,125	-,084	,032	,100	,009	,011	-,055	-,014	-,200	-,109
	,217	,407	,755	,323	,926	,912	,588	,889	,049	,280

	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Anksiyete	-,192	-,181	,068	,099	-,003	-,034	,003	,107	-,052	,011
	,056	,071	,499	,327	,973	,739	,977	,288	,610	,913
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Obsesyon	-,339	-,164	,216	,166	,046	-,062	-,038	,079	-,041	,038
	,001	,103	,031	,098	,647	,542	,704	,432	,688	,707
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Depresyon	-,245	-,186	,111	,055	-,027	-,035	-,027	,102	-,082	,012
	,014	,063	,270	,588	,788	,727	,787	,312	,417	,907
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Kişilerarası Duyarlılık	-,222	-,208	,140	,097	,038	-,093	,039	,118	-,115	-,027
	,028	,039	,166	,339	,709	,357	,698	,244	,256	,786
	99	99	99	99	99	100	100	100	100	100
Psikotik	-,264	-,239	,135	,170	,041	-,052	,091	,061	-,116	-,017
	,008	,017	,180	,091	,685	,609	,368	,544	,252	,868
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Paranoid	-,261	-,168	,103	,030	,013	-,131	-,008	,104	-,066	,011
	,009	,095	,309	,766	,895	,197	,938	,306	,515	,913
	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99
Öfke	-,266	-,306	,064	-,019	-,025	-,058	,039	,028	-,124	-,041
	,008	,002	,524	,852	,802	,569	,698	,783	,221	,686
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fobik	-,180	-,150	,135	,152	,059	-,054	,020	,092	,002	,084
	,073	,136	,180	,132	,561	,595	,843	,361	,987	,408
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ek	-,235	-,174	,065	,010	-,055	-,004	,078	,094	-,157	-,074
	,019	,083	,521	,923	,588	,965	,438	,351	,119	,466

	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ortalama SCL90 R	-,255	-,225	,132	,108	,021	-,058	,003	,078	-,122	-,038
	,011	,025	,192	,286	,836	,569	,973	,440	,228	,710
	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
TYO Toplam Puan	-,007	-,028	-,047	-,007	-,072	,063	,172	-,062	-,080	-,041
	,941	,785	,645	,943	,475	,534	,087	,538	,432	,686
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100



5.TARTIŞMA

Travmayı olağan dışı yapan en önemli özelliği, kişinin; gündelik yaşamını, işlevselliğini ve uyumunu ciddi anlamda etkilemesidir. Bu nedenle travma genellikle subjektif ve kişisel bir deneyimdir.

Travmanın tipi önemli olmakla birlikte, yaşam boyu travmatik olaya erkeklerin daha fazla maruz kalmasına karşın, travma sonrası görülen psikiyatrik bozukluklar kadınlarda daha fazla görülmektedir (66). Biz de çalışmamızda hasta grubunda kadın cinsiyet oranını daha fazla bulduk. Bu durum kadınların sıkıntılarını, bedensel yakınmalarla ifade etmelerine bağlanabilir. Bu ifade tarzı, kadınların tarihsel süreç içerisinde öğrendiği ve hemen hemen her kültürde görülebilen davranış biçimidir. (67)

Sigara kullanımının; kontrol grubuna göre hasta grubundaki bireylerde daha fazla görülmesi, sigaranın stresle baş etme yolu olarak öğrenilmesi olabilir. Ayrıca sigara beyinde mono amino oksidaz enzimini baskılayarak norepinefrin gibi nörotransmitterlerin salınımının artmasına neden olmakta buda strese karşı savunma mekanizması olarak kullanılabilir (68,69).

Hasta grubunda bulunan kişilerin ve anne-babalarının eğitim seviyelerinin düşük bulunması; anne ve babaların stresle başa çıkma yollarını öğrenme ve bilmede yetersiz olabilmelerine, çocuklarına stresle baş etmenin yollarını aktarmada ve model olmada yetersizlik yaşamalarına bağlanabilir. Eğitim düzeyi, travma sonrası oluşan stres tepkilerini ve benlik saygısını etkileyebilmektedir. Eğitim seviyesi düşük olanların daha fazla travmatik stres tepkisi gösterdikleri bulunmuştur (70). Öte yandan eğitim ve deneyimin tekrarlayan travmatik olayların etkini de azalttığı gösterilmiştir (71). Kaya ve ark. ilk öğretim 8. sınıf öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerine ‘Benlik Saygısı Geliştirme Programının’ etkilerini incelemişler. Programın düşük benlik saygısına sahip öğrencilerin benlik saygısını artırmada etkili olduğunu bulmuşlardır (72).

Travmanın oluşturduğu stres; depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik belirtilere yol açabilmektedir (73). Bu nedenle bu hastalar daha fazla psikiyatrik destek almaktadır. Bu da bize bireylerin psikiyatrik belirtiler göstermeden önce koruyucu sağlık hizmeti olarak topluma, travma ile baş etme yöntemlerinin eğitiminin aldırılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Travma algısı şiddeti; kişilik özelliklerine, travma ile baş etme yöntemlerine, daha önceki travmatik yaşantılara ve deneyimlere, travmayı yorumlama biçiminin farklı olmasına, yaşanmış olan travmalar sebebiyle daha sonra yaşanan her türlü stres verici olaya çok daha duyarlı olabilmeye, yaşanan olayı diğerlerine göre daha şiddetli hissedebilmeye, yaşına, cinsiyetine, medeni haline, sosyal desteğe, kişinin ve ailenin eğitim düzeyine bağlı olabilir. (74-77)

Çalışmamızda hasta grubundaki bireylerde travma algısı şiddetinin yüksek bulunması ve bunun travmatik yaşantılar ölçeği ile paralellik göstermesi, bu kişilerin daha önceki yaşadıkları travmalara bağlı olarak sonraki travmalara karşı daha duyarlı olduklarını göstermektedir. Yaşanan travmaların bir sonraki travmalara karşı kişiyi daha duyarlı yapmasının nedeni; öğrenilmiş korkunun oluşturduğu biyolojik değişikliklere bağlı olmasına ayrıca bu korkunun kişiyi korumak amacıyla beyinde bulunan anı merkezlerinde sürekli canlı tutulmasıyla ilişkili olabilir.

Güçray, çocuk yuvasında ve ailelerinin yanında kalan çocukları karşılaştırdığı çalışmada, yuvada kalan çocukların benlik saygısının olumsuz etkilendiğini bulmuştur (78). Benlik saygısı düşük olan kişilerde de çeşitli psikolojik sorunlar ve psikiyatrik hastalıklar sıklıkla görülmektedir (77).

Çalışmamızda benlik saygısını, travmatik hasta grubunda kontrol grubuna göre düşük bulduk. Travmatik kişiler kendilerini değersiz görebilir, stresle baş edemez, olaylardan çok çabuk etkilenebilirler. Anksiyete düzeyleri yüksek, her şeye karşı isteksiz, saldırgan davranışlara yatkın, diğer insanlara bağımlı, sıkılgan, pasif ve içi kapanık olabilirler. Bulgularımızda travmanın kişinin kendisine olan güvenini ve kendini algılama biçimini olumsuz bir şekilde etkilediğini bize göstermiştir.

Benlik saygısı düşük olanlarda, ‘kendilik kavramının sürekliliğini düşük’ bulduk. Travma kişide süreklilik gösteren benlik oluşumunu bozabilir. Kişi benlik bütünlüğü oluşturmada birbiri ile ilişkili bütüncül bir benlik süreci yaşayamaz. Yaşanan travmatik geçmişler kişide sürekliliği olan bir kendilik algısı ve farkındalık oluşmasını bozabildiğinden bu insanların duyguları düşünce ve davranışları değişken, tutarsız ve dengesiz olabilir. Travmatik olaylar yaşamdaki öncelikleri sorgulamakta bu durum benliğin tekrardan tanınımının yapılması için kişiyi yönlendirebilmektedir (79,80).

Travma geçiren kişiler genellikle ‘artık aynı insan olmadıklarını’, hatta kimi zaman böyle süreçlerin ardından kendilerine farklı bir isim verdiklerini bile ifade etmektedirler (81). Böylece benlik anlamında bireylerin geçmişleri, bugünleri ve gelecekleri arasında bir kopukluk yaşanmaktadır (82).

Travmatik grubun eleştiriye duyarlı olması, benlik saygısının düşüklüğüne bağlıdır. Travma benlik saygısını düşürmekte, benlik saygısının düşüklüğü de eleştiriye duyarlılığı arttırmaktadır. Benlik algılamaları yetersiz olan kişiler, kendileri hakkında dışarıdan gelen değerlendirmelere karşı çok daha duyarlı olabilmekte ve olumsuz değerlendirmelerden çok fazla etkilenebilmektedir (83).

Yapılan bir çalışmada yüksek benlik saygısının psikopatolojik semptomlarda azalmaya neden olduğu bulunmuştur (84). Travma geçiren hasta grubunda hem travmanın doğrudan etkisi hem de travmanın benlik saygısını düşürmesi, bu kişilerde olumsuz bilişsel düşünce kalıpları oluşturabilmekte ve buna bağlı depresif duygulanımlar daha fazla görülebilmektedir.

Hayalperestlik ve psişik izolasyonun yüksek olması; bu kişilerin çekingen, içe dönük olmalarına, güvensizlik ve yetersizlik düşünceleri nedeni ile gerçekleştirmek istedikleri birçok sosyal olaylardan geri kalmalarına, kendilerini gösterme, ortaya koyma güçlerini azaltmaya neden olabilmektedir. Bu durum fantezilerle yetersizlik duygularını doyurmaya çalışmalarına sebep olur. Benlik saygısının düşük olması nedeniyle de kurdukları hayaller kendilerinin önemlilik ve değerlilikleri ile ilgili düşünceler içermektedir. Bu durum aynı zamanda bir savunma mekanizmasıdır.

Travmanın benlik saygısı üzerindeki yıkıcı etkisi, kişinin sosyal ve psikolojik baş etme gücünü olumsuz etkilediğinden zorluklar karşısında bir savunma mekanizması olarak psikosomatik yakınmalar ve belirtiler kullanmalarına yol açabilmektedir.

Kişilerarası ilişkilerde yüksek tehdit algısını, hasta grubunda yüksek bulduk. Yaşanılan travma, öğrenilmiş korku koşullanmasını ortaya çıkarabilmektedir. Ayrıca travmanın neden olduğu düşük benlik saygısı kişide yetersizlik, güçsüzlük, çaresizlik düşünceleri uyandırabilmekte bu da her uyarının bir tehdit olarak algılamasına neden olabilmektedir.

Anne-baba ilgisizliği ve ilişkilerin yetersizliği, kişilerde çocukluklarından itibaren başlayan korunmama, değer verilmeme, sevilmememe gibi düşünceleri yaşattığından, kendilerini değersiz görmelerine yol açarak benlik saygılarını bozabilmektedir.

Anne-baba tarafından kabul görme, onay, sevgi, birinin varlığında olmanın gurunun yaşanması çocuğun benlik saygısını arttırmaktadır (85).

Kişilerin, kendileri ile ilgili olumlu düşüncelere sahip olması çevrelerine ve kendilerine daha güvenli olmalarını sağlar. Olumlu benlik algısı bireylerin yaşamlarından doyum alması ve yüksek benlik saygısı oluşabilmesi demektir. Benlik ve benlik saygısındaki artışın kişinin psikolojik sağlığının artmasını sağladığı gösterilmiştir (86,87). Böylece kişilerin psikolojik sorunlar yaşama olasılığı azalmaktadır.

Travmanın bilişsel süreci bozmasına bağlı olarak hasta grubunda bilişsel süreci düşük bulduk. Travma bilişsel süreci etkileyerek olumsuz düşünce kalıpları oluşturabilmektedir. Olumsuz düşünceler; kendini algılama, olayları algılama ve başkalarını algılamayla ilişkilidir. Bu olumsuz düşünceler; olayların üstesinden gelebilme, sorunları çözebilme, kendini ortaya koyabilme, insanlarla sağlıklı ilişki kurabilmeyi etkilemekte bu da benlik saygısını bozabilmektedir. Bu durum kişinin karamsar, her olaya olumsuz bakan ve her olaydan da olumsuz beklenti içerisinde olan düşünceler yaratmasına neden olarak bir kısır döngü oluşturabilmektedir. Böylece yaşanan travma; bilişsel süreci bozarak benlik saygısını etkileyebilmekte bu da çeşitli psikiyatrik semptomlara yol açabilmektedir.

Travmanın bilişsel süreci etkilemesiyle kişinin kendini değerlendirme süreci değişebilmektedir. Düşünce yapısındaki farklılıklar ve oluşan bozulmalar sonucu kişinin kendilik algısı etkilenecek, kendini değerlendirmesi bozulabilir. Kişi kendisini değersiz, yetersiz, faydasız, işe yaramaz, yaşadıklarını hak ettiği gibi bir düşünce süreci yaşamaya başladıkça, benlik saygısını yitirmeye başlar bunun sonucu olarak da çeşitli davranış, uyum bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilir. Biz de psikiyatrik semptomları travmatik hasta grubunda yüksek bulduk.

Saunders ve ark. çocukluk çağında cinsel travmaya uğrayanlarda; travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, cinsel işlev bozukluklarını normal popülasyondan daha yüksek olduğunu saptamışlardır (88).

Jacopson ve ark. psikiyatri hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların %57'sinin geçmişinde cinsel ve fiziksel travmaya maruz kaldıklarını bulmuşlardır (89).

Sabuncuoğlu ve ark. Marmara Depreminin neden olduğu travmanın ergenlerdeki etkisini araştırdıkları çalışmalarında ergenlerde depresyon, anksiyete bozukluklarının olduğunu göstermişlerdir (90).

Kişinin çevre ile ilgili olumsuz ve karamsar düşünceleri, aynı zamanda kişinin kendini algılamasını da olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Kişide yetersiz kendilik algısı, benlik saygısında azalma ve diğer sorunları ortaya çıkarabilmektedir. Tüm psikiyatrik semptomların, travmatik grupta yüksek olması aynı zamanda bu hastalarda benlik saygısının düşük olması ile ilişkili olarak başta depresyon olmak üzere psikosomatik, anksiyete gibi semptomları ortaya çıkardığını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak; çalışmamızda hasta grubunda kontrol grubuna göre daha fazla travma yaşanması ve bu grupta benlik saygısının düşüklüğü, travmanın benlik saygısını azalttığını desteklenmektedir. Kişinin yaşadığı travma sonucu bilişsel süreç etkilenmekte ve benlik saygısı bozulabilmektedir. Travmanın kendisi ve bozulan benlik saygısı ise çeşitli psikiyatrik semptomlara yol açabilmektedir.

6.SONUÇLAR

Psikiyatrik hasta grubu ile psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı kontrol grubunun yaşadıkları travma şiddetini karşılaştırarak, travmanın benlik saygısı üzerine olan etkisini ve benlik saygısının psikiyatrik semptomlarla ilişkisini araştırdığımız çalışmamızda; hasta grubunun kontrol grubuna göre sigara içmeleri, travma sonrası psikiyatrik destek, travma algısının şiddeti daha fazla, anne baba ve kendilerinin eğitim süreleri düşüktü.

Travmatik yaşantılar ölçeği hasta grubunda yüksekti. Hasta grubunda benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, anne baba ilgisi, tartışmalara katılabilme derecesi, baba ile ilişki düşük bulundu. Depresif duygu durumu, eleştiriye duyarlılık, somatik belirtiler, hayalperestlik, psişik izolasyon, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme yüksekti.

Hasta grubunda travma sonrası bilişsel ölçeği (kişinin kendiyle ve dünyayla ilgili olumsuz bilişler ve kendini suçlama) yüksekti.

Ruhsal belirtiler tarama listesindeki tüm psikiyatrik semptomlar hasta grubunda yüksekti

Çalışmamızda hasta grubunda kontrol grubuna göre daha fazla travma yaşanması ve bu grupta benlik saygısının düşüklüğü, travmanın benlik saygısını azalttığını desteklenmektedir. Kişinin yaşadığı travma sonucu bilişsel süreç etkilenmekte ve benlik saygısı bozulabilmektedir. Travmanın kendisi ve bozulan benlik saygısı ise çeşitli psikiyatrik semptomlara yol açabilmektedir.

7.KAYNAKLAR

- 1-Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı (Körođlu E. Çeviri editörü). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995 (orijinal çalışma basım tarihi 1994).
- 2-Türksoy N. psikolojik travma ve tanım sorunları, Aker T, Önder ME, editör. Psikolojik travma ve sonuçları. İstanbul 5US;2003. s. 9-21
- 3- Yıldırım G, Tosun A. Travma sonrası stres bozukluğuunda bilişsel süreçler. International Journal Of Human Sciences 2012; 2: 14-29.
- 4- Cerit C, Coşkun B. Depresyon, distimi ve iyileşmiş depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubunda bilişsel çarpıtmaların karşılaştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2012; 13:250-255
- 5-Türkbay T, Özcan C, Doruk A, Uzun Ö. Consequences of identity confusion on adolescents' psychiatric symptoms and self-esteem. Psychiatry in Türkiye, 2005, 7(3), 92-97
- 6- Hay I. Enhancing the Learning Difficulties Through an Understanding of the Interactions Between Students' Effort Self-Perception, Achievement and Teacher Actions. Australian Journal of Remedial Education. 1995, Vol: 27. 22-25
- 7-Jones E. A Paradigms shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. Journal of Anxiety Disorders, 2007, 21:164-175.
- 8- Sahar J Carl-Magnus S. The Importance of the Pulse as Presented in Al-Qanun'it Tibbby Ibn Sina (Avicenna): A review, 2003,11;221-5.
- 9-Micale M. Hysteria and Its Historiography: A Review of Past and Present Writings, 1989, 223-47.
- 10- Veith I. Four Thousand Years of Hysteria,1977, 7-93.
- 11-Norman M. These Good Men: Friendships Forged From War, New York, 1989, 139-141.
- 12-Ramsay R. Invited review: post-traumatic stress disorder; a new clinical entity. Journal of Psychosomatic Research, 1990, 34(4), 355-65.

- 13-Avina C. O'Donohue W. Sexual Harassment and PTSD: is sexual harrassment diagnosable trauma Journal of Traumatic Stress, 2002, 15; 69-75.
- 14-Sarachild K. Feminist Revolution, New York: Random House, 1984, 143-147.
- 15-Wilson J. The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV, Journal of Traumatic Stress, 1994, Vol. 7, No. 4: 681-698.
- 16-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-I. Washington, DC. 1952, (1. edition).
- 17-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-II. Washington, DC. 1966, (2. edition).
- 18-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. Washington, DC. 1980, (3. edition).
- 19-Turnbull GA. Reviw of Post-Traumatic Stres disorder. Part 1: historical development and classification, Injuryvol. 1998, 29, No: 2; 87-91.
- 20-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic almanual of mental disorders, DSM-III. Washington, DC. 1987, (3. editionrevised).
- 21-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. Washington, DC. 1994, (4. edition).
- 22-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. Washington, DC. 2000, (4. Edition revised).
- 23- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5.edition). (DSM-5).Washington, DC. American Psychiatric Association, 2013.
- 24-Davidson J, and Smith R. Traumatic experiences in psychiatric out patients. J Traum. Stress. 1990, 3:459-475.
- 25-Breslau N, Davis GC, Andreski P, and Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stres disorder in an urban population of young adults. Arch. Gen. Psychiatry, 1991, 48:216-221.

- 26-Werner EE. High-risc children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopsychiatry. 1989, 59, 72-81.
- 27-Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress 1996;9:455-71.
- 28- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and emprical evidence. Psychological Inquiry 2004;15:1-18.
- 29-Shakespeare-Finch, JE, Smith SG, Gow KM, et al. The Prevalence of Post-Traumatic Growth in Emergency Ambulance Personnel. Traumatology 2003;9:58-71
- 30- Kılıç C. Ruhsal Travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri, Aker T,Önder ME, editör. Psikolojik travma sonuçları. İstanbul:5US;2003.s. 51-65)
- 31-Arnold E, Boogs KU. Interpersonel relationships. 3rd Edition Phladelphia: W.B. Saunders Company; 1999.
- 32- Güralp A. Farklı anne baba tutumlarının okul öncesi eğitim çağındaki çocukların özgüven duygusunun gelişimine etkisi (Aksaray ili örneği) Yüksek lisans tezi Konya 2004.
- 33-Rogers CR. Client-Centered therapy. Boston: Houghton Mifflin Company; 1951.
- 34-Josephs RA, Bosson JK, Jacobs CG. Self-EsteemMaintenanceProcesses: WhyLow Self-Esteem May Be ResistantToChage. Pers SocPsycholBil, 2003, 29: 920-933.
- 35-Wylie. The Self-consept. Nebraska: Lincoln Üniversity of Nebraska Press, 1961
- 36-Froom, E. Man For Himself. New York: Renhard. 1974.
- 37-Yuang X. Correlation between self-esteemandmental health of secondary normal school students. Chinese Journal of Clinical Psychology, 2000, 8: 102-103.
- 38-Fan F, Fu J. Self-concept and mental health of collegestudens. Chinese Mental Health Journal 2001; 15: 16-11.
- 39-Garaigordobil M, Perez JI, Mozaz M. Self-concept, self-esteemand psychopatological symptoms. Psicotheme 2008; 20 (1): 114-123.

- 40-James W. The Principles of psychology. Vol 1. Reprint Edition, Dover Publications,1950 (Kitabın orijinali 1890 yılında MacMillan and Co, London tarafından basılmıştır).
- 41-Kinch JW. A formalized theory of the self concept. American Journal of Sociology, 1963, 68, 481-486.
- 42-Markus H & Nurius P. Possible selves. American Psychologist, 1986, 41(9), 954-969.
- 43-Higgins ET. Self-discrepancy: A theory relating self and affect. Psychological Review, 1987, Vol 94(3), pp. 319-340.
- 44-Rennison, N. The Pocket Essential Freud & Psychoanalysis. Pocket Essentials, Sosyal Bilimler Dergisi Sayı: 2001,48-89, Great Britain.
- 45-Rogers C. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In (ed.) S. Koch, Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context. New York: McGraw Hill,1959.
- 46-Rogers CR. On Becoming a person: A psychotherapists view of psychotherapy. Houghton Mifflin, 1961.
- 47-Arslan E. Bağlanma stilleri açısından ergenlerde Erikson'un Psikososyal Gelişim Dönemleri ve Ego, Kimlik süreçlerinin incelenmesi, Doktora Tezi, Konya-2008)
- 48-Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schma therapy: a practioners guide. New York: the guilford pres, 2003.
- 49-Romans SE, Martin J, Mullen PE. Womens self-esteem: a community study of women who report and do not report childhood sexual abuse. Brit J Psychiat 1996, 169:696-704.
- 50-İzci F, Ünveren G. Travma sonrası stres bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi ve göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme. JCBPR. 2017, 6(1):31-38.
- 51- World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems (10th revision). Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1992.

- 52- Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RI, Kukla RA. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 1992, 5:365-376.
- 53-Özen Y. Travma sonrası ortaya çıkan psikolojik bozukluklar üzerine bir değerlendirme. *TJSS*, 2018, 2(4):136-159.
- 54-Şar V. Travmatik stres ve bedensel hastalıklar. Şar V. Editör. stres ve bedensel hastalıklar: Günümüzde psikosomatik Tıp. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. P.1-15.
- 55-Fisher PL. Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry* 2007, 6: 171-175.
- 56-Briere JA, Scott C. Travma Terapisinin İlkeleri. Bilgi Üniversitesi Yayınları. İstanbul, 2016.
- 57-Falsetti, SA, Resnick, H.S, Resick PA, Kilpatrick D. The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of post-traumatic stress disorder. *Behavioral Therapist*. 1993, V:16, Pp:161–162.
- 58-Leskin GA, Sheikh JL.). Lifetime trauma history and panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Anxiety Disorders*. 2002, V:16, 599-603.
- 59-Bayraktar S. Psikolojik Travma. Ankara. Nobel Tıp yayınları, 2012.
- 60-Ginzburg K, Solomon Z. Trajectories of stress reactions and somatization symptoms among war veterans: A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*. 2011, V:41, Pp:353-362.
- 61- Dağ İ. Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991, 2:(1) 5-12.
- 62-Çuhadaroglu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,1986.
- 63-Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical psychology and psychotherapy clin. Psychol. Psychother.* 2002,9,200-210.

- 64- Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 1999, 11, 303-314.
- 65-Foa EB, Jaycox LH. Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy: clinical practice. ed. Spiegel, D. 1999, 45, 23-61. American Psychiatric Association. Washington DC.
- 66-Breslau N. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *J Gen Specif Med* 2002;5:34-40.
- 67- Bal U, Çakmak S, Oğuz Ş. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013; 22 (4):441-459.
- 68- Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction; acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res*. 2000;2:19-37
- 69- McKinney EF, Walton RT, Yudkin P, Fuller A, Haldar NA, Mant D et al. Association between polymorphisms in dopamine metabolic enzymes and tobacco consumption in smokers. *Pharmacogenetics* 2000; 10: 483-491.
- 70- Green B, Grace M, Glesser G. Identifying survivors at risk: Long term impairment following The Beverly Hills Supper Club Fire. *J Consult Clin Psychol* 1985, 53: 572-678.
- 71-Dougall AI, Herberman HB, Delahanty DL. Similarity of prior trauma exposure as a determinant of chronic stress responding to an airline disaster *J Consult Psychol* 2000, 68:29-95.
- 72-Kaya A, Saçkes M. (2004) benlik saygısı geliştirme programının ilköğretim 8. Sınıf öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerine etkisi *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik dergisi* 3:21, 49-56.
- 73-Can İÖ, Uyaniker Z, Ulaş H, Karabağ G, Cimilli C, Salaçin C Travma Madurlarında Ruhsal Travma Bulguları. *Arc Neuropsychiatry* 2013;50: 230-36.
- 74- Mason JW, Giller EL, Kosten TR et al. Urinary free cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(3): 145-149.

- 75- Sungur MZ. İkincil Travma ve Sosyal Destek. Klinik Psikiyatri 1999;2: 105-108.
- 76- Kılıçoğlu A. Stres ve Beyindeki Etkileri: Bir Gözden Geçirme. New Symposium Journal 2007;45(3): 134-140.
- 77-Colin A. Ross, "Borderline personality disorder and dissociation." Journal of Trauma & Dissociation 8.1, 2007: 71-80.
- 78-Güçray SS. Çocuk Yuvasında Ve Ailesinin Yanında Kalan 9-10-11 Yaş Çocuklarının Özsaygı Gelişimini Etkileyen Bazı Faktörler. ISSN 1993;3: 58-66.
- 79-Walsh F. Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. Family process, 2007, 46 (2): 207-227.
- 80-Wattanasuwan K. The self and symbolic consumption. Journal of American Academy of Business, 2005,6 (1): 179-184.
- 81-Brison S J. Outliving oneself: Trauma, memory, and personal identity. CL Mui, JS Murphy (Ed.) Gender Struggles: Practical Approaches to Contemporary Feminism: İn: 2002, 137-165. USA: Rowman & Littlefield Publishers.
- 82-Noble CH, Walker BA. Exploring the relationships among liminal transitions, symbolic consumption, and the extended self. Psychology & Marketing, 1997, 14 (1): 29-47.
- 83- Yöyen E. Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2017, 25:6, 2185-2198.
- 84-Garaigordobil M, Perez JI, Mozaz M. Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. Psicotheme 2008; 20 (1): 114-123.
- 85-Özkan İ. Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler. Düşünen Adam; 1994, 7(3):4-9.
- 86-Yuang X. Correlation between self-esteem and mental health of secondary normal school students. Chinese J Clin Psychology 2000; 8: 102-103.
- 87-Fan F, Fu J. Self-concept and mental health of college students. Chinese Mental Health J 2001;15: 6-11.
- 88- Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. J Interpers Violence 1992; 7:189-204.

89- Jacopson A, Richardson B. Assault experiences of 100psychiatric inpatients: Evidence of the need for routineinquiry. Am J Psychiatry 1987; 144:908-913.

90-Sabuncuoğlu O, Çevikaslan A, Berkem M. Marmara Depreminden Etkilenen iki Ayrı Bölgede Ergenlerde Depresyon, Kaygı ve Davranış bozukluğu. Klinik Psikiyatri Dergisi 2003;6:189-197.



8.EKLER

EK 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Formu

2012-12-14

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Tıvratik Yaşantıların Benlik Saygısı Üzerine Etkisi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konanıp-Düzce	
	TELEFON	0380 542 14 16	
	FAKS	0380 542 13 02	
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr	

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Ahmet ATAÖĞLÜ			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans Öğrencisi Buğra Bulut ATAÖĞLÜ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi - Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD			
	VARSA İDARE SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vs. gibi kaynaklardan destek alınması için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
FAZ 3		☐			
FAZ 4		☐			
Gözetimsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ne belirtiniz *****					
	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ	Belge Adı	Tarih	Versiyon Numarası	DİR
--------------------	-----------	-------	-------------------	-----

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Gülbün SEZEN

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, başvurusu per akimliği her sayfaya imza atmalıdır.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Travmatik Yaşantıların Benlik Saygısı Üzerine Etkisi						
VARSA, ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
ARAŞTIRMA	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNCELÜ OLUR FORMU						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ÖLÜL RAPOR FORMU						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BAĞIR BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	SİGORTA	☐						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐						
	BİYODİJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐						
	İLAN	☐						
	YERLİK BELİRLER	☐						
	SONUÇ RAPORU	☐						
KARAR BELGELERİ	Karar No:2019/120	Tarih: 11.05.2017						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya ilişkin ilgili belgeler araştırmanın/pilgusuna gereğiyle, amaç, yöntemi ve yararlarını dikkate alınarak incelendiği ve uygun bululara sahip araştırmanın/pilgusuna başvuru dosyasında belirtilen maddelerde gösterildiği şekilde etik ve bilimsel olarak bilimsel değeri taşıdığına ilişkin etik kurul üye tarafından etik görüşüyle de karar verilmektedir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Hayat ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kanunu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlık Alanı	Kararı	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza		
Prof. Dr. Hüseyin YÖCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyotarama	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Seydi ANKARALI	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç.Dr.İlgin GÜLEÇ BALRAV	Çocuk Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç.Dr. Mahmut Ali KAYIKCI	Onkoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Yrd.Doç. Dr. Hüseyin ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Yrd.Doç. Dr. Nuri Çelik COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Yrd.Doç. Dr. Ayşe KARACA	Hematolojik Hastalılar	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Ünvanlı Dr. Abdullah BELADA	KBB	Düzce Devlet Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Ünvanlı Dr. Sevil ERİŞEN KARACA	Çocuk Hastalıkları	Düzce Devlet Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Karar VAROL	Sivil Üye	Varoluş Düzce Çekirdek Üstünlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Sevil SÜLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			

* Katılım: E: Evet, H: Hayır

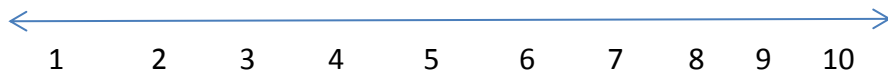
Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, toplantının her aşamasında her üyeye iştirak etmelidir.

EK 2.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK FORMU

- VERİ KOD NUMARASI
- DSM-V TANISI:
- CİNSİYETİ: KADIN ERKEK
- YAŞI:
- KARDEŞ SAYISI:
- EĞİTİM YILI:
- MEDENİ HALİ: EVLİ BEKAR DUL
- MESLEK:
- ANNE BABANIN EĞİTİM YILI:
- YAŞADIĞI YER: KENTSEL KIRSAL
- Aylık gelirin kişiye göre algısı: İYİ ORTA KÖTÜ
- SİGARA: var/yok ALKOL : var/yok MADDE: var/yok
- Travma sonrası psikiyatrik uzmana başvurusu : evet / hayır
- Travma algısının şiddeti 1-10 arasında analog skala üzerinde gösterilecek



EK 3.

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

D – 2

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır ?

a.ÇOK DEĞİŞİR b.ZAMAN ZAMAN DEĞİŞİR c.ÇOK AZ DEĞİŞİR d.HİÇ DEĞİŞMEZ

12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu farkettiğiniz olur mu ?

a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur c. Evet, nadiren olur d. Hayır, hiç olmaz

13. Kendim hakkındaki görüşlerimin **çok çabuk** değiştiğini farkettim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

14. Kendim hakkında bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç birşeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 3

16.Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

18. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz ?

a. İnsanların çoğuna güvenilebilir.

b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilemez.

20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler ?

a. Başkalarına yardım etmeye

b. Kendi çıkarlarını düşünmeye

D – 4

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır ?

- a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığımız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz ?

- a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olmam

D – 5

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur ?

- a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz ?

- a. Çok neşeli bir ruh hali içinde b. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu ?

- a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman

D – 6

30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

31. Bana hayalperest denilebilir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız ?

a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 7

34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz oldu mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

41. Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 8

44. Ulusal veya uluslar arası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz ?

a. Çok incinirim ve rahatsız olurum. b. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.
c. Beni pek fazla etkilemez.

45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 9

47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız ?

a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur ?

a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş bildiririm
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

D – 10

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken **anneniz** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde **babanız** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

52. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

53. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

54. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler ?

a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

D – 11

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi ?

a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim

e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz ?

- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşit oranda d. Annemle biraz daha fazla
e. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

61. Anne ve babanız anlaşılmadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz ?

- a. Çok daha fazla olarak babamdan yana b. Biraz fazla olarak babamdan yana
c. Eşit oranda her ikisinden yana d. Biraz fazla olarak annemden yana
e. Çok daha fazla olarak annemden yana

D – 12

62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir ?

- a. Evet b. Hayır

63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz ?

- a. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir.
b. Çoğu gerçekten beni tanımaz.

ÖZ GEÇMİŞ

1992 yılında Düzce’de doğdum. İlk, orta ve lise eğitimimi Düzce’de tamamladım. 2011-2016 yılları arasında Ufuk Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü’nde üniversite eğitimimi tamamladım. Yüksek lisans eğitimime 2016 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bölümünde başladım. 2019 yılında yüksek lisansımı tamamladım.



Buşra Bahar Ataoğlu