

T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ÇOCUKLUK DÖNEMİ TRAVMALARININ YETİŞKİNLİK DÖNEMİ  
TUTUM VE DAVRANIŞLARINI BELİRLEMeye İLİŞKİN ÖLÇEK  
GELİŞTİRME ÇALIŞMASI: ÇOK BOYUTLU TRAVMA ÖLÇEĞİ (ÇBTÖ)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MURAT NURİ AĞIRMAN

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Programı

Eylül, 2021



**T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI: ÇOK BOYUTLU TRAVMA  
ÖLÇEĞİ (ÇBTÖ)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MURAT NURİ AĞIRMAN**

**(Y1912.480034)**

**Psikoloji Anabilim Dalı**

**Klinik Psikoloji Programı**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Kahraman GÜLER**

**Eylül, 2021**



# ONAYFORMU





## ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans olarak sunduğum “Çok Boyutlu Travma Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (09/09/2021)

Murat Nuri AĞIRMAN





## ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez çalışmamda her adımda bana yol gösteren, desteğini ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Dr. Kahraman Güler'e teşekkürü borç bilirim.

Yaşamım boyunca ve eğitim hayatım süresince bu günlere gelmemi sağlayan, her an yanımda olduklarını bildiğim ve asla desteğini esirgemeyen annem GÜLFER AĞIRMAN'a ve babam MUSTAFA AĞIRMAN'a çok teşekkür ederim.

#ToTheNewBeginnings

Eylül 2021

Murat Nuri AĞIRMAN



# ÇOK BOYUTLU TRAVMA ÖLÇEĞİ (ÇBTÖ) : BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

## ÖZET

İnsanoğlunun tarih boyunca şiddet ve saldırganlık eğilimi travma kavramını da bir o kadar eski ve günümüzde hala süregelen bir konu haline getirmiştir. Özellikle psikoloji ve psikiyatri alanı başta olmak üzere bir çok alanda büyük önem taşıyan travma kavramı literatürde de en çok işlenen konulardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde stres verici ve olumsuz yaşam olayları düşünüldüğünde bu tür durumlar her yaş grubunu etkilese de çocuk ve ergenler risk grubu olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda ilgili alanlarda kullanılan ve uzmanların bu alandaki işleyişini kolaylaştırmak amacıyla geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı çocukluk çağı ve yetişkinlik dönemi travmalarını tek bir ölçek altında inceleyen ve aynı zamanda kişilerin yaşadığı travma sonrası belirtileri saptamak amacıyla kullanılmak üzere geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracını literatüre sunmaktır. Metodolojik yöntem ile gerçekleştirilen bu çalışmada Türkiye örnekleminde yer alan ve farklı sosyo-demografik özelliklere sahip 1054 kişiye ulaşılmıştır. Madde havuzu oluşturmak amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Taslak Hali), PTSD Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve DSM-5 güncel travma belirtilerinden faydalanılmıştır. Taslak hali 171 madde olan Çok Boyutlu Travma Ölçeği kapsam geçerliliği çalışmaları sonucunda 8 madde elenmiş elde edilen 163 madde yapılan Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) sonucu ile gerekli madde çıkarımları yapılmış ve 57 maddeye düşürülmüştür. Nihai formda kalan maddelere Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmış, alt boyutlara dair korelasyon değerleri bulunmuş ve normallik değerlerine bakılmasının ardından Kruskal-Wallis ve Mann Whitney-U testleri uygulanmış, son olarak ROC Analizi ve Angoff Yöntemi uygulanarak alt boyutlar için kesme puanı belirlenmiştir.

Sonuç itibariyle, Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde (ÇBTÖ) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) olmak üzere iki alt ölçek belirlenmiştir. ÇÇTÖ'de duygusal ihmal/istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar, ikincil travmalar ve diğer travmalar olmak üzere altı alt boyuttan oluşan 31 madde; TSBÖ'de ise kaçınma, yinleme, aşırı tepki, bilişsel bozulma, işlevsel bozulma ve çözülme belirtileri şeklinde altı alt boyuttan oluşan 26 madde toplamda Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde iki ölçek, on iki alt boyut ve 57 madde yer almaktadır. Ölçekteki puan artışı o alandaki travmanın ya da semptomun varlığı hakkında pozitif bildirim vermektedir. Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nin (ÇBTÖ) geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak alana katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Travma, Çocukluk Çağı Travmaları, Travma Belirtileri, Ölçek Geliştirme

# **MULTIDIMENSIONAL TRAUMA SCALE (MTS): A SCALE DEVELOPMENT STUDY**

## **ABSTRACT**

The tendency of human beings to violence and aggression throughout history has made the concept of trauma an ongoing issue, as it was in the past. The concept of trauma, which is of great importance in many fields, especially in the field of psychology and psychiatry, appears as the most discussed subject in the literature. Today, when stressful and negative life events are considered, children and adolescents are considered as a risk group, although these kind of situations affect all age groups. In this context, valid and reliable measurement tools are needed in order to facilitate the operation of experts in this field.

The main purpose of this study is to present a valid and reliable measurement tool to the literature, which examines childhood and adult traumas under a single scale and is also used to determine the post-traumatic symptoms experienced by individuals. In this study, which was carried out with a methodological method, 1054 people with different socio-demographic characteristics and included in the sample of Turkey were reached. In order to create an item pool, Childhood Trauma Questionnaire ,Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire-Civil Version, Cognitive Emotion Regulation Scale, The Styles of Coping with Stress Scale and DSM-5 current trauma symptoms were used. The 163 items obtained after the content validity studies were reduced to 57 items as a result of the analysis. In the final form, Exploratory Factor Analysis (EFA), Confirmatory Factor Analysis (CFA) was applied, correlation values for the sub-dimensions were found, after considering the normality values, Kruskal-Wallis and Mann Whitney-U tests were applied. Finally, ROC Analysis and Angoff Method were applied in order to determined the cut-off score of sub-dimensions.

As a result, there are two sub-scales in the Multidimensional Trauma Scale (MTS), which are named as Childhood Trauma Scale (CTS) and Post-Traumatic Symptoms Scale (PTSS). Emotional neglect/abuse, physical neglect, physical abuse,

sexual abuse, secondary traumas and other traumas are the sub-dimensions of CTS; on the other hand, there are six sub-dimensions of PTSS which are named as avoidance, recurrence, hyper-arousal, cognitive deterioration, functional deterioration and dissociation symptoms. Thus, there are two main scales and twelve sub-dimensions in the Multidimensional Trauma Scale. Increasing the score in the scale gives a positive report about the presence of trauma or symptom in that area. In this context, It is thought that the Multidimensional Trauma Scale (MTS) can contribute to the field as a valid and reliable scale.

**Keywords:** Trauma, Childhood Trauma, Trauma Symptoms, Scale Development



# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

ONUR SÖZÜ .....	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vii
İÇİNDEKİLER .....	ix
KISALTMALAR .....	xv
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xvii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xix
<b>I. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
A. Araştırmanın Amacı.....	1
B. Araştırmanın Önemi .....	1
C. Problem cümlesi .....	1
D. Sayıtlar.....	2
E. Sınırlılıklar.....	2
<b>II. KURAMSAL ÇERÇEVE.....</b>	<b>3</b>
A. Travma Kavramı.....	3
B. Travmanın Tarihsel Süreci .....	4
C. Travma Türleri.....	6
D. Çocukluk Çağı Travmaları .....	7
1. Çocukluk Çağı TSSB Belirtileri .....	7
E. Travmatik Olay Kavramı.....	12

1. Travmatik Olay Yaygınlık Oranları .....	13
F. Stres Kavramı .....	15
1. Stres Belirtileri .....	16
G. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) .....	16
1. TSSB Tanı Kriterleri .....	18
2. Travma Sonrası Stres Tepkileri.....	19
3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Klinik Özellikleri .....	20
a. Kaçınma .....	21
b. Aşırı Uyarılma .....	21
c. Yineleme.....	21
4. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlık Oranları .....	22
5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etyolojisi .....	24
a. Biyolojik Yaklaşım.....	25
b. Psikolojik Yaklaşım.....	28
6. TSSB tedavisi.....	32
a. Psikoterapi Tedavisi.....	32
b. İlaç tedavisi .....	32
H. İkincil Travmatik Stres .....	33
1. İkincil Travmatik Stresin Ortaya Çıkmasındaki Faktörler.....	33
<b>III. YÖNTEM.....</b>	<b>37</b>
A. Madde oluşturma süreci.....	37
B. Araştırma Modeli.....	38
C. Araştırma grubu .....	38
D. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	38
E. Veri toplama aracı.....	40
1. Demografik Bilgi Formu.....	40



2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (CTQ).....	40
3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi - Sivil Versiyon.....	41
4. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ).....	42
5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	43
6. Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ - Taslak Hali).....	43
F. Veri analizi.....	44
<b>IV. BULGULAR.....</b>	<b>47</b>
A. ÇBTÖ Kapsam Geçerliliği Çalışmalarına İlişkin Bulgular .....	47
B. ÇBTÖ Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları.....	48
C. ÇBTÖ Alt Boyutların Güvenilirlik Sonuçları .....	49
D. ÇBTÖ Toplam Varyans Sonuçları.....	50
E. ÇBTÖ Faktör Çıkarma Prosedürü .....	51
F. ÇBTÖ Faktör Yük Değerleri .....	52
G. ÇBTÖ Alt Boyutlarına Dair Tanımlayıcı İstatistikler .....	54
H. ÇBTÖ Alt Boyutlarının Normallik Testi Sonuçları .....	58
İ. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösteren Kruskal –Wallis Testi Sonuçları .....	59
1. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösteren Post-Hoc Testi Sonuçları.....	60
J. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Yaşa Değişkenine Göre Farklılık Gösteren Kruskal –Wallis Testi Sonuçları .....	62
1. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılık Gösteren Post-Hoc Testi Sonuçları.....	63
K. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Maddi Memnuniyete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları .....	64
L. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Çocuklukta Yaşanılan Şiddete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	65

M. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Yakın Zamanda Yaşanılan Travmaya Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları .....	66
N. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları .....	67
O. ÇBTÖ Faktör Yapısı Model Uyumu Analiz Sonuçları .....	68
P. ÇBTÖ Alt Boyutlarının Referans Ölçeklere İlişkin Korelasyon Testi Sonuçları. ....	69
Q. ÇBTÖ’de Bulunan ÇÇTÖ ve TSBÖ Alt Boyutları Korelasyon Değerleri.....	70
R. ÇBTÖ’de Bulunan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Alt Boyutları Korelasyon Değerleri .....	71
S. ÇBTÖ’de Bulunan Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) Alt Boyutları Korelasyon Değerleri .....	72
T. ROC Analizi ve ROC Eğrisi .....	73
U. ÇBTÖ Bulunan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Alt Boyutlarının Kesme Değerleri, ROC Eğrisi Grafikleri ve Angoff Değeri Sonuçları.....	73
1. ÇÇTÖ- Cinsel İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi Grafiği .....	74
2. ÇÇTÖ- Fiziksel İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi Grafiği .....	75
3. ÇÇTÖ- Duygusal İhmal/İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi Grafiği.....	75
4. ÇÇTÖ- Fiziksel İhmal Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi Grafiği .....	76
5. ÇÇTÖ’de Kesme Puanı Belirlemede Angoff Yöntemi.....	77
6. ÇÇTÖ- İkincil Travmalar ve Diğer Travmalar Alt Boyutlarının Angoff Yöntemi ile Belirlenen Kesme Noktası Değerleri Bulguları.....	77
V. ÇBTÖ’de Bulunan TSBÖ Alt Boyutlarının Kesme Değerleri, ROC Eğrisi Grafikleri ve Angoff Değeri Sonuçları.....	78

1. ÇBTÖ’de Bulunan TSBÖ- Kaçınma Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi .....	79
2. TSBÖ- Aşırı Tepki Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi..	79
3. TSBÖ- Yineleme Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi ....	80
4. TSBÖ- Bilişsel Bozulma, İşlevsel Bozulma ve Çözülme Belirtileri Alt Boyutları Angoff Yöntemi ile Kesme Noktası Değerleri Bulguları .....	80
<b>V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>83</b>
A. ÇBTÖ Madde Oluşturma Sürecinin Yorumlanması .....	83
B. ÇBTÖ Güvenilirliğine İlişkin Tartışma.....	84
C. ÇBTÖ Geçerliliğine İlişkin Tartışma .....	85
1. Kapsam Geçerliliği Sürecinin Tartışılması.....	86
2. Yapı Geçerliliği Sürecinin Tartışılması .....	87
D. ÇBTÖ Maddelerin Faktör Analizine Uygunluğunu Değerlendirmeye İlişkin Tartışma.....	87
E. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA).....	88
1. ÇBTÖ Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına İlişkin Tartışma .....	89
F. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) .....	90
1. ÇBTÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına İlişkin Tartışma .....	90
G. Çalışmaya Alınan Örneklemin Uygunluğuna İlişkin Tartışma .....	91
H. Demografik Özelliklere Göre Alt Boyutların Tartışılması.....	92
İ. ÇBTÖ’de Yer Alan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ)’nin Birbiri ile Karşılaştırmasına Dair Tartışma	94
J. ÇBTÖ’de Yer alan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) Alt Boyutlarına İlişkin Tartışma.....	95
K. ÇBTÖ Tüm Alt Boyutları Kesme Puanı Değerlerinin Tartışılması .....	96
L. Sonuç .....	96
M. Öneriler .....	98

<b>VI. KAYNAKÇA .....</b>	<b>101</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>121</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>153</b>



## KISALTMALAR

<b>AFA</b>	: Açımlayıcı Faktör Analizi
<b>APA</b>	: American Psychological Association
<b>BDDÖ</b>	: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği
<b>BDGT</b>	: Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi
<b>ÇBTÖ</b>	: Çok Boyutlu Travma Ölçeği
<b>ÇÇTÖ</b>	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HPA</b>	: Hipotalamus- Hipofiz-Adrenal Eksen
<b>MTS</b>	: Multidimensional Trauma Scale
<b>SBTÖ</b>	: Stresle Başa Çıkma Ölçeği
<b>TBA</b>	: Temel Bileşenler Analizi
<b>TSBÖ</b>	: Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>YEM</b>	: Yapısal Eşitlik Modeli



## ÇİZELGE LİSTESİ

### Sayfa

Çizelge 1.	DSM Sürümlerine Göre Travma Tanımları.....	13
Çizelge 2.	Örneklemin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	39
Çizelge 3.	Lawshe Tekniği Sonrası Elenen Maddeler .....	48
Çizelge 4.	KMO and Bartlett's Geçerlilik Sonuçları.....	49
Çizelge 5.	ÇBTÖ Güvenilirlik Sonuçları .....	49
Çizelge 6.	Alt Boyutların Güvenilirlik Değerleri.....	50
Çizelge 7.	Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde (ÇBTÖ) Yer Alan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) Açıklanan Toplam Varyans Değerleri .....	50
Çizelge 8.	ÇBTÖ İçin Rotasyon Sonrası Oluşan Faktör Yük Tablosu.....	52
Çizelge 9.	TSBÖ için Rotasyon Sonrası Oluşan Faktör Yük Tablosu.....	54
Çizelge 10.	ÇBTÖ Alt Boyutları Tanımlayıcı İstatistikleri .....	58
Çizelge 11.	ÇBTÖ Normallik Testi Sonuçları .....	59
Çizelge 12.	Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösteren Kruskal –Wallis Testi Sonuçları .....	59
Çizelge 13.	Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösteren Post-HocTest Sonuçları.....	61
Çizelge 14.	Yaşa Göre Farklılık Gösteren Kruskal –Wallis Testi Sonuçları.....	63
Çizelge 15.	Yaşa Göre Farklılık Gösteren Post-Hoc Test Sonuçları .....	64
Çizelge 16.	Maddi Memnuniyete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları .....	65
Çizelge 17.	Çocuklukta Yaşanılan Şiddete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları .....	66

Çizelge 18. Yakın Zamanda Yaşanılan Travmaya Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	67
Çizelge 19. Cinsiyete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları..	68
Çizelge 20. DFA Uyum Ölçütleri Tablosu .....	68
Çizelge 21. ÇBTÖ’de Yer Alan Ölçekler Uyum Değerleri .....	69
Çizelge 22. Referans Ölçek Alt Boyutları ile ÇBTÖ Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri .....	70
Çizelge 23. Çok Boyutlu Travma Ölçeği’nde yer Alan ÇÇTÖ ve TSBÖ Tüm Alt Boyutlar Korelasyon Değerleri .....	71
Çizelge 24. ÇBTÖ’de Bulunan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlar Korelasyon Değerleri .....	72
Çizelge 25. ÇBTÖ’de Bulunan Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği Alt Boyutlar Korelasyon Değerleri .....	72
Çizelge 26. ÇÇTÖ- İkincil Travmalar ve Diğer Travmalar Alt Boyutları İçin Uzman Puanlamaları .....	78
Çizelge 27. TSBÖ- Bilişsel Bozulma, İşlevsel Bozulma ve Çözülme Belirtileri Alt Boyutları İçin Uzman Puanlamaları.....	81



## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. ÇÇTÖ Faktör Grafiği .....	52
Şekil 2. TSBÖ Faktör Grafiği.....	52
Şekil 3. ÇÇTÖ-Cinsel İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası için Roc Eğrisi .....	74
Şekil 4. ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası için Roc Eğrisi.....	75
Şekil 5. ÇÇTÖ-Duygusal İhmal/İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası için Roc Eğrisi .....	76
Şekil 6. ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal Alt Boyutu Kesme Noktası için Roc Eğrisi .....	76
Şekil 7. TSBÖ-Kaçınma Alt Boyutu Kesme Noktası İçin ROC Eğrisi .....	79
Şekil 8. TSBÖ-Aşırı Tepki Alt Boyutu Kesme Noktası İçin ROC Eğrisi .....	80
Şekil 9. TSBÖ-Yineleme Alt Boyutu Kesme Noktası İçin ROC Eğrisi .....	80



# I. GİRİŞ

## A. Araştırmanın Amacı

Literatür incelendiğinde çocukluk çağı travmalarını inceleyen çalışmaların her geçen gün arttığı buna rağmen hem sosyal hem de klinik alanda uygulanabilecek koruyucu, önleyici ve tedavi edici faktörlerin üzerinde durulması gerektiği açıktır.

Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, kişilerin çocukluk dönemi ve yetişkinlik dönemi travmalarını belirleyen ve bu kişilerin yetişkinlik dönemindeki travma sonrası semptomlarını belirlemeye yardımcı olan Çok Boyutlu Travma Ölçeği geliştirmek ve bu yeni ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapmaktır. Çocukluğunda ya da yetişkinliğinde travmatik bir olay yaşamış kişilerin yaşadığı kaçınma, yeniden yaşantılama, işlevsel bozulma, bilişsel bozulma, aşırı tepki ve çözümlenme belirtilerini belirlemek; DSM-5 travma kavramı göz önünde bulundurularak travmaya neden olabilecek olguları saptamaktır.

## B. Araştırmanın Önemi

Bu çalışma travma geçirmiş kişilerin tespit edilmesi, psikolojik olarak sağlıklı bireylerin yetiştirilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve gerekli psikolojik desteğin sağlanması açısından önem taşımaktadır. Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ), travma geçirmiş bireylerin tutumlarını belirlemeyi ve ruh sağlığı alanında çalışanlara fayda sağlamayı amaçlamaktadır. DSM-V ile uyumlu ve danışan tarafından öz bildirim olarak doldurulabilen Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nin bu alanda çalışanlar için faydalı olacağı düşünülmektedir.

## C. Problem cümlesi

Travma ve travmatik olaylar hem insanlık tarihinde önemini korumuş hem de literatürde geniş yer tutmuştur. Travma kavramı, kişinin ruhsal ve fiziksel bütünlüğünü önemli ölçüde etkileyebilir ve kişi üzerinde önemli olumsuz etkiler

yaratabilir. Travmatik olaydan sonra kişi sadece zihinsel ve fiziksel olarak değil, aynı zamanda mağdurun günlük hayatı da tamamen değişebilir ve eski durumuna dönmesi uzun zaman alabilir. Bu nedenle travma kavramı kişi için çok hassastır. Bu noktadan hareketle, insanlık için böylesine hassas bir konunun ele alınması ve travma geçirmiş bireylerin tespiti için geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Literatürde bu konuda çok sayıda ölçek bulunmasına rağmen, modern travma tanımını tam olarak karşılayan ve travma geçiren kişinin öz bildirim olarak doldurduğu bir ölçeğin eksikliği dikkat çekicidir. Buradan hareketle bu çalışma alandaki bu boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Bu süreçte bu çalışma şu sorulara cevap bulmaya çalışmaktadır:

- Çok Boyutlu Travma leği uygun bir güvenilirlik ve geçerlilik düzeyi sağlıyor mu?
- Bu yeni ölçekte hangi alt boyutlar bulunabilir?

#### **D. Sayıtlar**

Katılımcılara verilen ve veri toplamak amacıyla kullanılan ‘ocukluk ağı Travmaları leği’, ‘PTSD-Sivil Versiyonu’, ‘Bilişsel Duygu Düzenleme leği’, ‘Stresle Başa ıkma Tarzları leği’, ‘ok Boyutlu Travma leği (Taslak Hali)’ ve Kişisel Bilgi Formuna gerçek durumlarını yansıtan ve samimi yanıtlar verdikleri sayıtlar arasında yer almaktadır.

#### **E. Sınırlılıklar**

Bu alışma Eylül 2020 ve Mart 2021 tarihleri arasında Türkiye’nin çeşitli şehirlerinden yaşayan travma yaşamış ve yaşamamış bireylerden toplanan verilerle sınırlandırılmıştır.

## II. KURAMSAL ÇERÇEVE

Giriş kısmında travma kavramı ve travmanın geçmişi hakkında bilgi verilecektir. Ardından travma tanımı, travma türleri, çocukluk çağı travmaları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanı ve belirtileri, TSSB yaygınlık oranları, stres kavramı ve belirtileri, incelenecektir. Son olarak ise TSSB etiyojisi, klinik özellikleri, tedavisi ve ikincil travmalar kavramı aşamalı olarak irdelenecektir.

### A. Travma Kavramı

Yunanca ve Farsça kökenli "tere" kelimesinden türeyen "travma" kelimesinin geçmişi M.Ö. 1500 yıllarına kadar uzanmaktadır. 'Açık delik' ve 'deliksiz durumdan delikli duruma geçiş' anlamına gelen travma sözcüğü metaforlarla ifade edilmekte olup beden ve ruh bütünlüğü açısından değişim olarak tanımlanmaktadır. Geçmişten günümüze bu kavram, başta psikoloji ve psikiyatri olmak üzere birçok disiplinde yaygın olarak ele alınmıştır. DSM'nin 5. baskısına göre travma kavramı, 'ciddi ölüm veya ölüm tehdidi, yaralanma ve/veya cinsel şiddete maruz kalma' olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Ayrıca trafik kazası, ciddi hastalık, ölüm, boşanma, doğal afet gibi olumsuz stres yaratan olaylar da travma kavramında yer alır.

Fischer ve Riedesser'e göre (1999) travma, olaydaki tehdit edici faktörler ile baş etme tekniklerinin yetersizliği arasındaki uyumsuzluktur. Travmatik durumlar günlük yaşamda davranışsal, psikolojik ve duygusal anlamda kişide olumsuz sorunlara yol açabilir ve bu tür durumlarda kişi geleceğe dair umudunu yitirebilir, çaresizlik hissedebilir. Bu açıdan bakıldığında her insan farklı kişilik özelliklerine sahip olduğundan travmatik olaylara karşı psikolojik, duygusal ve davranışsal tepkilerin de birbirinden farklı olabileceği açıktır. Bazı insanlar açıkça Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) semptomları geliştirebilirken, bazı kişilerde tanı kriterlerinin dışında kalan dirençli tepkiler gösterebilir veya hiçbir semptom geliştiremeyebilir. Bu nedenle travmanın etkisi; bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim

düzeyi, kişilik özellikleri, gelişim süreci, travmanın doğası, şiddeti, sosyal destek düzeyi ve olayın kişi tarafından nasıl yorumlandığı gibi pek çok faktörle ilişkilendirilebilir (Yehuda, McFarlane & Shalev, 1999).

## **B. Travmanın Tarihsel Süreci**

İnsanlığın başlangıcından bu yana insanoğlunun şiddet ve saldırganlığa yatkınlığı, travma kavramını insanlık tarihi kadar eski bir hale getirmiş bu nedenle stresli ve olumsuz yaşam olayları geçmişte ve günümüzde hayatın bir parçası olmuştur (Kokurcan ve Özsan, 2012).

Bu stresli ve olumsuz yaşam olaylarının insanlar üzerindeki etkileri ve sonuçları literatürde büyük önem taşımaktadır. 18. yüzyıl ve öncesinde travmanın psikolojik etkileri klinisyenler tarafından dikkate alınmamış ve travma geçiren bireylerin ruhsal bir bozukluğu olduğu düşünülmüştür. Başka bir deyişle, travma sonrası psikolojik sorunların bireyin kişiliğiyle ilgili olduğu ya da biyolojik kökenli bir hastalığın neden olduğu düşünülmekteydi (Micale, 1989). Yani sorunun kaynağı travmatik olay yerine kişinin kendisi olarak görülmüştür. Ancak kişi ruhsal açıdan sağlıklıysa, stresli ve olumsuz bir yaşam olayı meydana geldiğinde, bir süre zorluk çekse bile kişinin tamamen iyileşeceği varsayılırdı (Kokurcan ve Özsan, 2012).

Wilson'a göre (1994), nörolog Jean-Martin Charcot tarafından başlatılan histeri çalışmaları, psikolojik travma çalışmasının günümüze kadar gelen ilk kaynağı olarak kabul edilebilir. Charcot'tan önce, Avrupa'da hakim görüş, histerik hastaların bilinçli olarak semptomlar gösterdiği, bu semptomlara doğüstü bir gücün neden olduğu veya bu semptomların sinir sisteminin kalıtsal zayıflığından kaynaklandığı yönündeydi. Bu inanç 19. yüzyılın sonuna kadar geçerliliğini korumuştur. Bu inana göre histerinin sadece kadınlarda görüldüğü ve doğüstü güçlerin histerik kişide büyü, şeytan ya da ele geçirme gibi belirtilere neden olduğu ve mistik bir olay olduğu düşünülmekteydi. Charlot'un histerik kadınların semptomlarını doğüstü güçlere bağlamamak ve semptomların nedenlerini açıklamaya çalışmak fikri psikiyatri alanında bir mihenk taşıydı. Charcot'un histeri semptomlarının nedenlerini açıklamaya çalıştığı bu hastalar tecavüz, şiddet ve işkence sonucu Salpetriere'ye sığınan genç kadınlardır. Charcot histerik hastaların semptomlarına yoğun ilgi göstermesine rağmen hastanın ruhsal

durumunu dikkate almadı. Bu durum travma kavramı hakkında derinlemesine bilgi edinilmesini engellemiştir (aktaran Marneffe, 1991). O günlerde uzmanlar uyurgezerlik, psikosomatik şikayetler, dissosiyatif belirtiler gibi bir takım semptomlar keşfetmişler ve bu belirtileri gösteren kişiler histeri tanısı çerçevesinde değerlendirilmeye başlanmıştır. Ancak Freud ve Breuer devrim niteliğinde bir iddia ortaya atmışlar ve bu semptomların nörolojik kökenden ziyade kişinin yaşadığı travmatik olayların neden olduğu fikrini öne sürmüşlerdir. Böylece; travma kavramının temeli hazırlanmaya başlanmıştır. Breuer ve Freud, histeri hastalığının geçmişte hastanın yaşadığı olumsuz ve stresli olaylarla ilişkili olabileceğini öngörmüşler ve bu travmatik olayı kelimelere dökerek mevcut semptomların azaldığını fark etmişlerdir. Başka bir deyişle, hastanın travmatik anıları ve duyguları hakkında konuşmanın, histeri semptomlarının yoğunluğunu azaltmak için yararlı bir yöntem olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu noktadan hareketle birçok histeri hastasının semptomlarının azalması, araştırmacıları bunu bir tedavi yöntemi olarak görmeye yöneltmiştir (aktaran Horowitz, 1986).

Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra travma ve etkileri yeniden literatürde yer almaya başlamıştır. Savaştan sonra ortaya çıkan psikolojik belirtiler, fiziksel travma ile ilişkilendirilmiş ve psikiyatride buna 'bomba şokları' adı verilmiştir. Savaşlar sırasında tıbbi olarak açıklanamayan bir takım belirti ve bulguların ortaya çıkması belirleyici olmuştur. Spesifik bir tanı grubu olarak sınıflandırmakta güçlük çekilen bu bozukluklara bir süre 'savaş sendromu' veya 'savaş stresi reaksiyonları' denilmiştir. Savaş sonrasında da semptomların devam etmesi ve tedaviye direnç göstermesi nedeniyle 'Savaş Sonrası Bozukluklar' başlığı altında değerlendirilmiştir. Ancak psikolojik travmaya maruz kalmayan askerlerde de bu semptomların bulunması bu ifadenin yetersizliğini ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle Amerikalı psikiyatrist ve psikanaliz Abram Kardiner, 1941 yılında bu alandaki eksikliği gidermek amacıyla "The Traumatic Neuroses of War" adlı eserini yayınlamış ve travmatik semptomun günümüzdeki çizgilerini belirtmiştir (Özdemir, Çelik, Özmenler ve Özşahin, 2010).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında travma kavramına ilgi artmış ve savaşta travmatik sahnelere maruz kalan askerlerin zihinsel şok yaşayabileceği belirtilmiştir. Tedavi planı olarak "konuşma terapisi" ve "ilaç tedavisi" uygulanmış ve travmatik belirtilere eşlik eden öfke, üzüntü ve kaygı gibi

duygular için katarsis yöntemi benimsenmiştir. Ayrıca aile içi veya cinsel şiddete maruz kalmış kadınların travmaya bağlı semptomlar geliştirebileceği öne sürülmüştür. Ayrıca travma kavramı ilk kez savaş dışında bir olayın da travmaya neden olabileceği düşünülerek alandaki uzmanlar tarafından yeniden ele alınmıştır (Grinker ve Spiegel, 1945).

Vietnam Savaşı sırasında savaşa katılan askerlerin savaş karşıtı çalışmaları literatürde travma kavramının ilk temellerinin atılmasına neden olmuştur. Hem gazi derneklerinin hem de kadın sağcılarının şiddetin etkilerine ilişkin sosyal çalışmaları, psikiyatristlerin travma kavramını yeniden değerlendirmesini sağlamıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar değerlendirilerek travmanın psikiyatrik bozukluğa yol açtığı bilimsel olarak kabul edilmiştir. Sonuç olarak, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ilk kez travma sendromunu bir psikiyatrik tanı olarak kabul etmiş ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) 1980 yılında resmi ruhsal bozukluklar kitabına (DSM-III) dahil edilmiştir (Turnbull, 1998; Gerson, 1992).

### **C. Travma Türleri**

Travmatik yaşantılar, insan kaynaklı ve doğal olarak meydana gelen travmalar olarak iki gruba ayrılmaktadır (APA, 2000). İnsan kaynaklı travmalar da kasıtlı veya kazara olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Kasıtlı travmalara örnek olarak savaş, terör, işkence, taciz, tecavüz, soykırım ve şiddet gibi olaylar verilebilirken, kaza olarak meydana gelen travmalar yangın, trafik kazaları, nükleer kazalar, iş kazaları olarak örneklendirilebilir. Doğal olarak meydana gelen travmalara bakıldığında, bunlar depresyon, tsunami ve sel gibi ani ve kontrolü zor yaşam olaylarıdır (APA, 2000).

Hem insan kaynaklı hem de doğal olarak meydana gelen travmalar düşünüldüğünde, bıraktıkları etki açısından birbirlerinden farklıdırlar. Ailede bir kişinin bir hastalık sonucu ölümü dini açıdan kader olarak yorumlanırken, bu tür olayların etkileri daha az kalıcı olabilmektedir. Ancak kasıtlı olayların neden olduğu travmalara bakıldığında öfke ve nefretin yaygınlığı kabullenme ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (SAMHSA, 2014).



## **D. Çocukluk Çağı Travmaları**

Erken dönem travmatik yaşantıların yetişkinlikteki tutum ve davranışlar üzerindeki etkileri düşünüldüğünde bu konu kendine literatürde geniş bir yer bulmaktadır. Travmatik yaşantılar her yaş grubunu derinden etkilese de çocuklar ve ergenler riskli gruplar dahilinde görülmektedir. Çocukluk çağında yaşanan travmalar da yetişkinlik dönemi travmaları kadar kişiyi derinden etkiler ve istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Çocukluk çağı travmaları, çocuğun cinsel istismarını, fiziksel, duygusal ihmal ve istismarını içerebileceği gibi bu tür olaylara tanık olmak da travmaya yol açabilmektedir. Bu erken yaşlarda yaşanan travmaların ileride ciddi patolojiler geliştirmede yordayıcı etkisi olduğu bilinmektedir (Yöyen, 2017). Odhayani ve Watson'a göre (2013), çocuğun sağlığını, kişiliğini, bilişsel, zihinsel ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyen davranışlara ebeveynler, birincil bakım verenler veya yabancılar tarafından maruz kalınması çocuk ihmal ve istismarı olarak tanımlanmaktadır. Bu tutum ve davranışlar çocuğun gelişimini her alanda etkiler ve yetişkinlik döneminde kalıcı izler bırakabilir.

### **1. Çocukluk Çağı TSSB Belirtileri**

Öztan, Aydın, Ergoğlu ve Stuvland (2001)'in ortak yürüttüğü çalışmaya göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tepkileri çocukların gelişim dönemlerine göre değişebilmektedir. Farklı yaşlarda ve farklı gelişim aşamalarındaki çocuklar birbirlerinden farklı tepkiler verebilirler. Buradan hareketle; aşağıda farklı gelişim dönemlerindeki TSSB belirtileri verilmiştir.

#### ***Bebeklik döneminde ve 3 yaşındaki çocuklarda TSSB belirtileri;***

- Kolay kafa karışıklığı ve endişeli görünme
- Yatak ıslatma, iletişim sorunları gibi gerileme (regresyon) davranışları
- Ebeveyne aşırı bağımlı olmak
- Uyku problemleri ve korkulu rüyalar
- Öfke sorunları
- Travma içerikli oyunlar oynamak

#### ***Okul öncesi çocuklarda (4-6 yaş) TSSB belirtileri***

- Altını ıslatma, parmak emme
- Ani tepki gösterme
- Uyku sorunları
- Sık sık endişeli hissetmek
- Tekrarlayan travma içerikli oyunlar
- Sık sık olumsuz düşünceler içinde olmak
- Genel bir mutsuzluk ve umutsuzluk hali

#### ***Okul çağındaki çocuklarda (7-12 yaş) TSSB belirtileri***

- Bebeksi davranışlar sergilemek (regresyon)
- Okulda başarısızlık
- Şiddet içeren oyunlar oynamak
- Uyku sorunları ve ayrılık kaygısı gösterme

#### ***Ergenlerde TSSB belirtileri***

- Kendilerine ve dünyaya karşı olumsuz düşüncelere sahip olmak
- Sık sık endişeli olmak
- Suçluluk ve çaresizlik duygularına sahip olmak
- Travmatik etkiyi ifade eden risk alma davranışları sergileme (cinsel içerikli eylemler, alkol ve madde kullanımı, düşük okul başarısı gibi)
- Günlük aktivitelere ilgi kaybı, iştah ve uyku sorunları
- Ebeveynlerle sık sık tartışmalar

Çocukluk çağı travması, çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan fiziksel, cinsel ve duygusal istismarın genel adıdır. Fiziksel istismar; tokat atma, dövme, yaralama veya herhangi bir şekilde fiziksel zarar verme gibi durumları içerir. Duygusal istismar ise lakap takmak, aşağılanmak, alaya alınmak, reddedilmek, ilgi ve sevgisizlik gibi duygu ve davranışları kapsarken cinsel istismar ise cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun bir yetişkin tarafından zorla veya kandırılarak kullanılması olarak tanımlanabilir (Yöyen, 2017).

Çocukluk döneminde cinsel istismara uğramış kadınların daha sonraki dönemlerde kendilerine fiziksel olarak zarar verme eğiliminde oldukları ve bu istismarın aileden biri tarafından gerçekleştirilmesi durumunda yetişkinlikte cinsel sorunlar olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bunlara ek olarak mağdurda olumsuz benlik algısı, suçluluk duygusu, utanç duygusu, ihanete uğrama düşüncesi gibi düşünce içerikleri oluşabilir. Ayrıca bu duyguların etkisi ile riskli davranışlar, kendine veya çevreye zarar verme davranışları sergileyebilirler (Shapiro (1987). Bu yüzden çocuklukta istismara uğramak sosyal ve davranışsal sorunların kaynağı olarak gösterilmekte ve yaşanan bu istismarın üstesinden gelmek yetişkinlik döneminde kişinin tutum, davranış, zihinsel ve sosyal gelişimine önemli bir yön vermektedir (Zara, 2004).

Cinsel istismara maruz kalan çocuklar, uyku sorunları, konsantrasyon güçlüğü, öfke sorunları, tekrarlayıcı ve rahatsız edici düşünceler, travmatik olay anını yeniden yaşama, travmatik olayı simgeleyen oyunlar oynama, olayı hatırlatan nesnelere, yerlere ve insanlara karşı yüksek düzeyde korku ya da kaygı hissetme gibi davranışlar sergileyebilirler. Ayrıca bu çocuklar ilerleyen dönemlerde cinsel kimlik ve cinsel işlev sorunları yaşayabilir ya da erken dönemde aşırı cinsel eylemlerde bulunarak cinsel içerikli oyunlar oynayabilirler (Can, Topbaş, Ökten ve Kızıl, 2004). Ayrıca istismara uğrayan çocuklar; çocukluk ve yetişkinlik döneminde kişilerarası ilişkiler kurma, ilişkiyi sürdürme, güven sorunları yaşama, aşırı beklentilere girme, aşırı yakınlığa ihtiyaç duyma ve aşırı kontrol davranışları sergileme gibi sorunlar yaşayabilir (aktaran Taner ve Gökler 2004). Bu sorunların yanı sıra çocukluk döneminde tecavüz ve istismara maruz kalan bireylerde depresyon, kaygı, madde kötüye kullanımı, dürtüsel tutumlar, kompulsif sorunlar, ilişki sorunları, uyku sorunları, fiziksel kendine zarar verme davranışları ve intihar davranışlarının da gözlemlenebileceği belirtilmiştir. Ayrıca borderline kişilik bozukluğunun çocukluk çağı ihmal ve istismarı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (aktaran Siyez 2003, Kutchinsky 1991).

Eker ve Yılmaz (2016) tarafından yapılan betimsel analize göre çocukluk çağı travması yaşayan bireylerin risk alma davranışları benlik saygısı açısından incelendiğinde bu bireylerde en sık görülen riskli davranışlar sigara - alkol kötüye kullanımı ve fiziksel kavgalar olduğu, en az görülen davranışlar ise alkollü araç kullanma ve cinsel tacizdir. Ayrıca korelasyon analizi dikkate alındığında,

bireylerin yetişkinlik dönemindeki risk alma davranışları ile benlik saygısı arasında negatif bir ilişki bulunurken, risk alma davranışları ile erken travmatik deneyimler arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Gençlerde risk alma davranışı olasılığını artıran bir diğer faktör ise çocuklukta cinsel istismar yaşamış olmak olarak belirlenmiştir. Bununla ilgili başka bir çalışmada geçmişte fiziksel istismara maruz kalmış kişiler, daha sonraki dönemlerde alkol, sigara ve yasa dışı uyuşturucu madde kullanma gibi davranışlarda bulunabilecekleri belirtilmiştir. Ayrıca geçmişte aile içi fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalan bireylerin daha sonraki dönemlerde daha saldırgan davranışlar sergileyebilecekleri tespit edilmiştir (Ayan, 2007).

Nitekim erken dönemlerde istismara maruz kalmayan çocukların, daha sonraki dönemlerde istismara uğrayan çocuklara göre duygu düzenlemede daha az zorlandıkları bildirilmiştir. İstismar öyküsü olan çocukların içinde buldukları duruma daha az uygun duygulanımlar sergiledikleri, daha az duygusal öz farkındalığa sahip oldukları ve daha fazla duygusal dengesizlik yaşadıkları ayrıca daha az empati becerisine sahip oldukları belirtilmiştir. Bunun nedeni olarak çocukluk çağı travmalarının amigdala aktivitesini bozduğu ve duygu düzenleme becerilerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Shipman, Schneider, Fitzgerald, Sims, Swisher ve Edwards 2007). Bunlara ek olarak çocukluk çağı travmalarının da kimlik gelişiminde yordayıcı etkileri olduğu saptanmıştır. Başka bir deyişle, çocuklukta çok fazla olumsuz deneyim yaşamamanın kimlik gelişim sürecinin tamamlanmasını olumsuz etkilediği bulunmuştur (Erikson, 1968). Ayrıca kişinin anlatmadığı, sır olarak sakladığı paylaşılmayan çocukluk çağı travmalarının daha sonraki dönemlerde kişinin egosuna karşı suçluluk ve öfkeye neden olabileceği ve bu durumun intihar girişimi ve fiziksel kendine zarar verme davranışlarının artmasına neden olabileceği saptanmıştır (Turner, Dixon-Gordon, Austin, Rodriguez, Rosenthal ve Chapman 2015). Bu bağlamda çocukluk çağı travmatik yaşantıları olan yetişkin bireylerin, travmatik yaşantıları olmayan bireylere göre daha fazla kendini suçlama ve öfkeye sahip oldukları düşünülmektedir (Evren, Durkaya, Evren, Dalbudak ve Çetin 2012).

Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones ve Gordon (2003)'e göre çocukluk döneminde cinsel ve fiziksel istismara maruz kalan kişilerin %35-57'si yetişkinlikte depresyon, yeme bozukluğu, psikotik bozukluklar ve travma sonrası

stres bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklar geliştirdiği bulunmuştur. Ayrıca çocuklukta ihmal ve istismarın, yetişkinlikte yaşanan travmatik bir olaydan daha güçlü bir travma sonrası stres bozukluğu yordayıcısı olduğu bildirilmiştir (Davies-Netzley, Hurlburt ve Hough 1996). Bir başka araştırmaya göre ise duygu düzenleme stratejilerinin psikopatolojiyi (depresyon ve anksiyete) öngördüğü saptanmış ve duygu düzenleme stratejilerinin kültürler arası farklılıklarına dikkat çekilmiştir (Potthoff, Garnefski, Miklósi, Ubbiali, Domínguez-Sánchez, Martins ve Kraaij, 2016). Majör Depresif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve madde kullanımı gibi ruhsal bozuklukların ortaya çıkması, istismarcı ve istismara uğrayan kişiyle olan ilişkinin doğası, olaylar ortaya çıktıktan sonraki sosyal destek algısının birbiri ile ilişkili olduğu bulunmuş ve tüm bu etkenlerin iyileşme sürecinde yordayıcı etkisi saptanmıştır. Ek olarak, travmatik deneyimlerin derin nörobiyolojik hasara neden olabileceği belirtilmiştir. Psikiyatri hastaları göz önüne alındığında, geçmişinde çocukluk çağı travması bildirenlerin oranının klinik olmayan gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir araştırmaya göre, çocukluk döneminde fiziksel ve cinsel istismara maruz kalan katılımcıların %80'inin en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı belirtilmektedir (Berliner ve Elliott, 2002). Widom'a göre erken dönemde yaşanan travmalar yetişkinlikte depresyon riskini yaklaşık %50 oranında artırmaktadır (aktaran Paolucci, Genuis ve Violato, 2001). Duygusal ihmalin özellikle depresif bozukluk, distimi ve sosyal fobi ile ilişkili olabileceği ayrıca duygusal ihmal ve cinsel istismar öyküsü olan bireylerin yaşamları boyunca birçok kez duygudurum bozukluğu geliştirme olasılıklarının yüksek olduğu da bulunmuştur (Spinhoven, Elzinga, Hovens, Roelofs, Zitman, van Oppen ve Penninx, 2010)

Maneviyat ve cinsel istismarı inceleyen araştırmalarda araştırmacılar, cinsel istismara uğrayan kişilerin önemli ölçüde daha fazla manevi hasara ve düşük manevi istikrara sahip olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada istismar, daha aktif ruhsal aktivite ile ilişkilendirilmiştir. Maneviyatın anlam arama boyutu düşünüldüğünde, travmatik yaşantıları anlamlandırma sürecini kolaylaştırabildiği ve iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyebildiği bildirilirken; manevi yönü yeterince gelişmemiş kişilerde travmatik olaya anlam yüklemenin daha zor olabileceği belirtilmiştir (Shull, 1999). Bu nedenle, çalışmada belirtildiği gibi

çocukluk çağı travması sonucunda yaşanan güçlüklerin affetme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda affetmenin çocukluk çağı travmalarının bıraktığı tahribatı gidermede önemli bir adım olacağını beklemek yanlış olmaz. Maneviyat kavramı ve affetme davranışı ele alındığında, kendini daha manevi olarak tanımlayanların, kendilerini fazla manevi olarak tanımlamayanlara göre affetmeye daha fazla önem verdikleri görülmektedir (Macaskill, 2012). Araştırmalarda elde edilen bir diğer bulgu, çocukluk döneminde travmatik olaylara maruz kalan kişilerin kendilerini, diğer insanları ve olayı affetmekte zorlandıklarını göstermektedir. Aynı zamanda maneviyat düzeylerinin de daha düşük olduğu bulunmuştur (Güloğlu, Kararımak ve Emiral, 2016).

Bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının ve olumsuz deneyimlerin yetişkinlik ve çocukluk dönemindeki tutum ve davranışları hakkında belirleyici olduğu ve bireylerin günlük yaşamındaki zihinsel ve psikolojik dengeyi önemli ölçüde yordadığı çalışmalarla desteklenmiştir.

#### **E. Travmatik Olay Kavramı**

Travmatik olay kavramı düşünüldüğünde; insan müdahalesi ile veya doğal olarak meydana gelen, kişiyi duygusal, davranışsal ve fiziksel olarak etkileyen, baş edilmesi zor ve yaşam koşullarını zorlaştıran olay veya durumlardır. Yaygın travmatik olaylar ölüm, savaş, ciddi hastalıklar, afetler, kayıp, kazalar, tecavüz ve her türlü rahatsız edici ve ezici olaylardır. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, beşinci baskıya (DSM-5) göre, gerçek ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet içeren herhangi bir olaya maruz kalma olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013).

İlk kez 1952 yılında yayınlanan DSM-I'de içeriğine bakıldığında savaş sonrası dönem olması nedeniyle askeri yaklaşımlar ağır basmaktadır. Bu nedenle travmatik olayın savaş sırasında meydana gelip gelmediği önemli bir noktaydı. Ayrıca savaş sırasında bireyin bir patlama ya da ciddi bir afet yaşamış olması gerekmektedir. DSM-I'deki travma tanımı yüzeyseldir, özellikle savaş ve sivil afetlere vurgu yapar. Ayrıca cinsel saldırı ve kişilerarası şiddetten bahsedilmemektedir (APA, 1952). DSM-II'de ayrı bir travma tanı kategorisi olmadığı için travmatik olay kavramı tanımlanmamıştır (APA, 1968). DSM-III'de travma kavramı ilk kez tanımlandıktan sonra travmatik olay; bireye yük oluşturan

ve normal bir insanın yaşayabileceği olguların dışında kalan olaylar olarak tanımlanmıştır. Bunlara ek olarak DSM-IV'te travmatik olayın tanımında eksiklik olduğu düşünülmüş ve iki ölçüt olarak ifade edilmiştir. 1) Kişi, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma, fiziksel bütünlüğüne yönelik bir tehdit yaşamış veya bu tür bir olaya tanık olmalıdır. 2) Kişide yoğun bir korku hakim olmalıdır ve bu olaylar karşısında çaresiz veya korkmuş hissetmelidirler (APA, 1980). DSM-IV'e bakıldığında hemen hemen herkeste belirgin bir sıkıntı belirtileri uyandıracak fark edilebilir bir stresin varlığı yerine bireyin olaya karşı verdiği öznel tepkiler üzerinde durulmuştur. DSM V'de travmatik olay kavramı daha fazla detaylandırılmıştır ve dolaylı olarak travmatik olaya maruz kalmak da travma olarak tanımlanmaktadır. (örneğin, televizyonda üzücü bir olayı izlemek veya telefonda duymak) (APA, 2013).

Çizelge 1. DSM Sürümlerine Göre Travma Tanımları

DSM	Travma Tanımları
DSM – I	'Ciddi bir fiziksel tehdide veya çok yüksek düzeyde duygusal strese neden olan bir olay'
DSM – II	"Ezici bir çevre olayı"
DSM – III	Hemen hemen herkes için önemli bir sıkıntıya neden olan bir olay'
DSM – IV	'Ölüm veya ölüm tehdidi içeren, ciddi yaralanma, kendinin veya başka bir kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir olay
DSM - V	"Gerçek veya ürkütücü ölüm/ciddi yaralanma veya cinsel saldırıya uğrama ya da karşılaşma"

## 1. Travmatik Olay Yaygınlık Oranları

Genel nüfus çalışmaları incelendiğinde, gelişmiş ülkelerdeki insanların büyük bir bölümünün yaşamları boyunca en az bir travmatik olay yaşadığını göstermiş ve %28 ile %90 arasında değişen oranlar bulmuştur. Yaygın travmatik olaylar, sevilen birinin ölümü, kazalar veya saldırıdır. Düşük gelirli ülkeler hakkında çok daha fazla kanıt olmamasına rağmen, ölümlerle sonuçlanan kazalar ve yaralanmalar yüksek gelirli ülkelere göre daha fazladır (Benjet, Bromet, Karam, Kessler, McLaughlin, Ruscio ve Alonso, 2016).

1999 yılında 179 katılımcının 129'u (erkeklerin %33,3'ü ve kadınların %36,1'i) DSM-IV ölçütü dikkate alınarak travma tanısı almıştır. Ayrıca, 91'i (%71,1) bir, 23'ü (%18) iki ve 14'ü (%10,9) üç veya daha fazla travmatik olay yaşamıştır. Ayrıca, yaşanan travmatik olayların yaşam boyu yaygınlığı yaşla ilişkili olduğu bulunmuştur. 16 ile 22 yaş arasındaki katılımcılar ABD'de daha düşük yaygınlık oranı bildirirken; 14 ile 24 yaş arasındaki Alman katılımcılarda yaygınlık oranlarını %21.4 olarak bildirilmiş ve tüm yetişkinlerde daha yüksek oranlar görülmüştür (Hepp, Gamma, Milos, Eich ve Gross, 2005).

Hollanda örneğine bakıldığında (N=6457), travmatik olayların yaşam boyu yaygınlığı %71,1 olarak bulunmuş olup kadınların travmatik olay yaşama ortalamaları erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirtilmiştir (OR=1,32). En yaygın travmatik olaylar çocuk veya eş kaybı (%26,4), boşanma (%8,6), sevilen birinin hastalığıdır (%7,1). Ayrıca kadınların erkeklere göre yaklaşık beş kat daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmiştir (Knipscheer, Sleijpen, Frank, de Graaf, Kleber, Have, ve Dückers, 2020).

Boals, Riggs ve Kraha (2012) tarafından yürütülen ve Avrupa Amerikalı, Afrika Amerikalı, İspanyol ve Diğer ırkları (N=711) içeren bir çalışmada, insanların yüzde 63'ü en az bir travmatik olayla karşılaşmıştır. Yaygın görülen olaylar ölüm, yaralanma ve ciddi kazalar olarak bildirilmiştir.

Türkiye'de Marmara Depremi'nin de etkisiyle travmatik olaylarla ilgili çalışmalar giderek önem kazanmıştır. Karancı ve meslektaşları tarafından yürütülen bir araştırmada, Ankara, Kocaeli, Erzincan'dan toplanan bulgular, toplam katılımcıların yüzde 84,2'sinin travmatik bir olay yaşadığını göstermiştir (Karancı Işıklı, Aker, Gül, Erkan, Özkol ve Güzel, 2012)

Ayrıca, Orta Doğu Teknik Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi'nden Türk üniversite öğrencilerini (N=258) içeren bir başka çalışmada, en sık bildirilen travmatik olay, bir travmaya tanık olmak ve diğer sık bildirilen travmatik olaylar ise sevilen birinin ölümü ve bir doğal afet yaşanmasıdır ( Arıkan ve Karancı, 2012).

Tüm çalışmalar dikkate alındığında; travmatik olaylar mağdur üzerinde olumsuz bir etki yaratabilmektedir. Travmatik bir olayla karşılaşan kişilerden bazıları olumsuz anlamda etkilenmeden yaşamlarına devam edebilseler de;



bazıları travma sonrası yaşama uyum sağlamakta zorlanmakta ve travmatik stres tepkileri gösterebilirler. Bu nedenle travmatik bir olaya verilen tepki kişiseldir. Sonuç olarak, kişinin daha önce travmatik yaşantıları çok az veya hiç yoksa, savunma mekanizması güçlüyse, esnek bir kişilik yapısına sahipse veya yaşadıklarından bir anlam çıkartıyorsa psikolojik sağlığı olumsuz etkilenmeyebilir.

## **F. Stres Kavramı**

Latince'deki "estrica" kelimesinden türetilen stres kavramı 17. yüzyılda bu kavram afet anlamında kullanılırken, 19. yüzyılda bu kavramın anlamı kişinin bela ve musibetlerin etkisiyle yozlaşmasına karşı bir direnç olarak kullanılmaya başlanmıştır (Baltaş ve Baltaş, 1989). Cüceloğlu (1992) ise stresi, bireyin fiziksel ve sosyal çevresinden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle fiziksel ve psikolojik sınırların ötesinde yaptığı çaba olarak tanımlamıştır. Ayrıca stres terimi, bireyin belirli koşullar altında uyum sağlamasını veya değişmesini gerektiren bir tepki biçimi olarak ifade edilmektedir. Bazı stresli yaşam koşullarının başlangıcında sevilen birinin ölümü, bir çocuğun doğumu, göç, saldırı ve kişiyi endişeye sevk eden günlük olaylar bu noktada önemlidir. Birçok farklı stresli durumla karşılaşan kişi, bunların etkisiyle değişime uğrar ve değişen duruma uyum sağlamaya çalışır. İnsanları değiştiren veya uyuma zorlayan bu durumlara 'stresör' denir. Organizmanın bu iç veya dış uyaranlara verdiği tepkiye ise stres denir. Ayrıca stres, bütünlüğü korumak ve orijinal durumuna dönmek için çaba sarf etme durumunu ifade eder. Stres, maddi ve manevi tehditlere uyum sağlama girişimidir (Uğur, 2005).

Çeşitli tanımlar incelendiğinde stresin çoğunlukla olumsuz ve zararlı anlamda ele alındığı görülmektedir. Kişiyi sıkıntıya sokan, uyumunu bozan stres, üstesinden geldiği takdirde kişiyi ileriye, mutluluğa ve başarıya götürebilir. Bu bilgilere dayanarak bazı araştırmacılar stresin aslında çok da kötü bir durum olmadığını, stresten kaçınmanın mümkün olduğunu hatta stresin motivasyon, değişim ve gelişim için gerekli olduğunu belirtmişlerdir (Levi, 1965). Örneğin terfi almak, evlenmek veya ünlü olmak gibi arzu edilen durumlarda stres yaşanabilir. Olumlu stres olarak nitelendirilen bu olaylar kişiyi motive edip ve cesaretlendirirken; ölüm, işsizlik gibi durumlarda ortaya çıkan olumsuz stres

psikolojik ve fiziksel zararlara neden olabilir. Olumlu ve motive edici yapısı ile kişi stresin olumsuz yönleri ortadan kaldıracaktır (Altıntaş, 2003).

## **1. Stres Belirtileri**

İnsanlar strese bağlı olarak çeşitli belirtiler gösterirler. Bireysel stres belirtilerini fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtiler olarak gruplandırmak mümkündür. Fiziksel belirtilerde stres üç dönemlik bir süreç olarak karşımıza çıkar. İlk aşamaya "alarm yanıtı" denir. Şok dönemi olarak bilinen bu aşamada, vücut tehlikeyi tanır ve dövüş ya da kaç tepkisi verir. Bu dönemde otonom sinir sistemi çok aktiftir, bezler çok çalışır ve vücuda pompalanan adrenalin artar. İkinci aşama direniş dönemidir. Organizma stresli ortama adapte olmuş gibi görünürken, yorulmakta ve direncini kaybetmektedir. Üçüncü evre olan tükenme döneminde ise vücut artık strese dayanamaz, hastalıklar ortaya çıkar ve hatta bu durum ölümlerle sonuçlanabilir. Tükenme aşamasının belirtileri; kronik baş ağrıları ve yorgunluk hissi, uyku ve uyanma güçlüğü, aşırı yeme, kas ağrısı, kabus görme, hazımsızlık, aşırı alkol kullanımı, bitkinlik, baş dönmesi, mide bulantısı olarak sıralanabilir (Cüceloğlu, 1992).

Davranışsal belirtilerde stres, kişinin davranışında önemli farklılıklar yaratabilir. Bu farklılıklar arasında uykusuzluk ya da sürekli uyuma isteği, iştahsızlık ya da aşırı yeme, konuşma güçlüğü, alkol kötüye kullanımı ve sigara kullanımı gibi davranışlar sayılabilir.

Psikolojik belirtilerde stres çeşitli psikolojik belirtilere neden olabilir. Bu belirtilerden en önemlilerini gerginlik, uyumsuzluk, sürekli kaygı, yetersizlik duygusu, telaş ve hayal kırıklığı olarak sıralamak mümkündür (Sökmen, 2005).

## **G. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)**

Travmatik süreç kişinin çaresizlik ve güçsüzlükle baş başa kaldığı andır ve bu sürecin kişinin yorumlamasını, ilişkilerini ve savunma mekanizmalarını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle insanlar bir travma yaşadığında bireyler ve toplumlar üzerinde kısa veya uzun vadeli psikolojik etkiler görülebilir. Travma sonrası semptomların gelişmesi kesinlikle psikolojik bir zayıflık veya eksiklik belirtisi değildir. Travmanın mağdur için anlamı, bireyin geçmiş

deneyimleri, inançları, algıları, beklentileri, stres tolerans düzeyi, değerleri ile ilgilidir (Van der Kolk ve McFarlane, 1996).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olağan insan deneyiminin dışında ve hemen herkes için stres kaynağı olan bir olayın yaşanması olarak tanımlanmaktadır ve duygusal, zihinsel, davranışsal, sosyal bozuklukları içeren bir psikiyatrik durumdur. İlk olarak DSM-III'de "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" adı altında anksiyete bozuklukları arasında yer almıştır. DSM-III-R ile daha önce DSM-III'de tanımlanan beş kritere 6 ek semptom eklenmiştir ve durumun en az 30 gün sürmesi gerekmektedir (Bolu, Erdem ve Öznur, 2014). DSM-IV'te travmatik olayın tanımında bazı değişiklikler yapılmış ve yaşamı tehdit eden hastalık, fiziksel olmayan saldırılar, uygunsuz cinsel deneyimler gibi stres yaratan olaylara da yer verilmiştir. Bunlara ek olarak DSM-IV ile semptomların süresi dikkate alınarak tanımlamalar yapılmıştır. 2 ile 30 gün arasında süren belirtiler için; akut stres bozukluğu, belirtilerin 3 aydan kısa sürmesi akut, 3 aydan fazla sürmesinin ise kronik olarak tanımlanmıştır (Battal ve Özmenler, 1997). DSM-IV-TR'deki TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) tanı ölçütleri çerçevesinde, travmatik olaydan sonra klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ve sosyal, mesleki veya işlevsellik açısından bozulmaya neden olan bir psikiyatrik hastalık ve aşırı uyarılma, yeniden deneyimleme, kaçınma, dış dünyaya ilgide azalma, tepkilerde yavaşlama ve yabancılaşma gibi spesifik semptomlarla birlikte 1 aydan fazla sürer (APA, 2001). DSM-V'de TSSB belirtileri dört gruba ayrılır: travmatik olayları yeniden yaşama; travmatik olayı hatırlatan durumlardan, nesnelere ve insanlardan kaçınma; travma sonrası diğer duygudurumda ve bilişsel değişiklikler; artan aşırı uyarılma ve aşırı tepki gösterme belirtileri. Ayrıca TSSB'de semptomların süresinin 1 aydan uzun ve 3 aydan kısa sürmesi Akut Stres Bozukluğu olarak tanımlanmakta ve ağırlı ve şiddetli etkiler, beklenmeyen özellikler, çaresizlik ve çevresel destek eksikliği TSSB'nin ortak özellikleri olarak belirtilmektedir (Kimerling Ouimette, Prins, Nisco, Lawler, Cronkite ve Moos, 2006).

DSM-V, DSM-IV ile karşılaştırıldığında, DSM'nin güncel versiyonu travmaya neyin sebep olduğu konusunda daha nettir. Ayrıca cinsel saldırının söz konusu olması eklenmiş ve mağdurun travmatik olaya yoğun korku ve çaresizlik gibi tepkileri bu tepkilerin TSSB'yi öngörmede avantaj sağlamaması nedeniyle

silinmiştir. Ayrıca DSM-V, TSSB'ye eşlik eden davranışsal semptomları daha fazla dikkate almakta ve yeniden deneyimleme, kaçınma, olumsuz bilişler ile ruh hali ve uyarılma olarak dört farklı tanı kümesi önermektedir (North, Surís, Smith ve King, 2016).

## 1. TSSB Tanı Kriterleri

Psikiyatri ve klinik psikoloji açısından büyük önem taşıyan DSM-V'ye göre TSSB tanı ölçütleri şu şekilde sıralanmaktadır:

*Kriter A:* Aşağıdakilerden bir veya daha fazlasına maruz kalma. Gerçek ölüme maruz kalma veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel saldırı, doğrudan travmatik bir olay yaşamış olma, başkalarının travmatik deneyimlerine tanık olma, bu olayların bir arkadaş veya akrabanın başına geldiğini öğrenme, tekrarlayan veya aşırı derecede rahatsız edici maruz kalma, travmatik olayların ayrıntılarını yineleyici şekilde hatırlama. TSSB tanısı koymak için Kriter A'daki beş semptomdan en az birinin olması gerekir.

*Kriter B:* Travmatik olayla ilişkili tekrarlayıcı, istemsiz ve sıkıntılı travma anıları, tekrarlayıcı ve sıkıntılı rüyalar, kişinin travmatik olayları tekrar yaşadığı hissine kapılması veya geçmişe dönüş veya kabuslar gibi çözülme tepkileri; travmatik olayları simgeleyen ve çağrıştıran uyaranlarla karşılaştığında duygusal veya fiziksel tepki gösterme.

*Kriter C:* Düşünceler, duygular, anılar gibi içsel travmaya bağlı uyaranlardan ve kişi, yer, nesne gibi dış uyaranlardan kaçınmaya ilişkin kaçınma belirtilerinden en az 1'i.

*Kriter D:* Travmatik olayların önemli bir bölümünü hatırlayamama aşağıdaki bilişlerden ve duygudurumda olumsuz değişikliklerden en az ikisinin görülmesi. Kendisi, başkaları ve dünya hakkında aşırı ve tekrarlayan olumsuz inançlar ve beklentiler, olumsuz duygu durum, önemli faaliyetlerden soyutlanmış hissetme veya katılımında azalma ve olumlu duyguları yaşamakta zorluk çekme nedeniyle kendini veya başkalarını aşırı suçlama.

*Kriter E:* Aşağıdaki travmaya bağlı uyarılma ve tepkisellikten en az ikisi. Saldırganlık, sinirlilik ve aşırı uyarılma duygularını, odaklanma ve uyuma

güçlüğü, abartılı irkilme tepkileri ve riskli ya da kendine zarar verme davranışları sergileme.

*Kriter F:* Semptomlar en az 1 ay sürer.

*Kriter G:* Semptomlar sosyal veya mesleki alanlarda bozulmaya yol açmalıdır.

*Kriter H:* Belirtiler madde kullanımı, başka hastalıklar veya ilaç kullanımından kaynaklanmaz (APA, 2013).

## **2. Travma Sonrası Stres Tepkileri**

İnsanlar içgüdüsel olarak travmatik olayla ilgili deneyimleri kendi bilişsel şemalarıyla birleştirme eğilimindedir. Bu, kişinin yaşadığı travmatik olayın bir tür özümsemesidir. Travmatik olaydan sonra kişinin yaşadığı şok durumunu bu olayı özümseme süreci takip eder. Kişi geçmişinden günümüze kadar repertuarında var olan şemasının dışında kalan her olayı kendinden uzak tutmak için savunmacı bir davranış sergiler. Sonuç olarak, kişi künt duygular gösterebilir ve duygularını tam olarak ifade edemez hale gelebilir. Bu asimilasyon sırasında travmatik deneyimle ilgili olaylar zihinde yeniden yaşanır ve kabuslar, istenmeyen olumsuz düşünceler şeklinde yeniden uyanır. Bu sürece kişinin savunma mekanizmaları eklendiğinde kişi travmatik olayı şemalarıyla bütünleştirmeye çalışır. Bu süreçte kişi bazı ısrarlı düşünceler yaşar ve duygusal olarak küntleşir. Böylece kişi travmatik stres tepkileri gösterir (Dürü, 2006).

Travma sonrası stres bozukluğu tanısında ilk kriter travmatik bir olay yaşamış olmaktır. TSSB belirtileri DSM-V'de dört ana kümeye ayrılır:

### **1. Travmatik olayı yeniden yaşıyor gibi hissetmek**

- Kendiliğinden gelen travmanın anıları
- Tekrarlayan rüyalar ve kabuslar
- Geçmişe dönüş halusinozu (Flashback)
- Travmatik olayı hatırlatan uyaranlara çarpıntı, terleme, baş dönmesi, baş ağrısı gibi fizyolojik tepkiler gösterme

**2. Travmatik olaya eşlik eden uyaranlardan kaçınma ve tepki düzeyini azaltma**

- Travmatik deneyimle ilgili düşünce ve duygulardan kaçınmak
- Travmatik yaşantıyı hatırlatan kişi, yer, durum, etkinlik ve zaman gibi uyaranlardan kaçınma

### 3. Aşırı uyarılma belirtileri

- Uyku problemleri
- Sürekli tetikte olma durumu
- Kolayca irkilmek
- Çabuk sinirlenmek veya öfke patlamaları yaşamak
- Konsantrasyon sorunları

### 4. Biliş ve Duygulardaki Olumsuz Değişiklikler:

- Kendini ve başkalarını suçlama
- Günlük aktivitelere ilgi eksikliği
- Travmatik olayın önemli ayrıntılarını hatırlayamama

Ancak, bu semptomların travmatik bir deneyimden sonra ortaya çıkması TSSB tanısı için yeterli değildir. Bu semptomların bir aydan fazla sürmesi ve günlük yaşam işlevselliğinde bozulmaya neden olması gerekmektedir.

### 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Klinik Özellikleri

TSSB'nin klinik özellikleri, anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile bazı benzerlikler gösterebilir. Travma anı, travma öncesi ve sonrası, travmanın kişi için anlamı, kişinin yaşadığı yerin sosyokültürel, ekonomik ve coğrafi açıdan özellikleri, mağdurun cinsiyeti, travma geçmişi, psikiyatrik öykü, baş etme mekanizmaları gibi birçok faktöre bağlı olarak TSSB belirtileri değişiklik gösterebilir. TSSB'nin temel özellikleri gerçek veya ölüm tehdidi ya da ciddi yaralanmayı içeren travmatik ve stresli bir olay yaşama; olayı yeniden yaşantılama, flashbackler, rüyalar, psikolojik ve fiziksel açıdan sıkıntı hissetme, artan sinirlilik, kaçınma tepkileri, aşırı uyarılma / aşırı uyanıklık olarak sıralanabilir (Vieweg, 2006). Bu süreçte klinikte TSSB belirtileri üç ana grupta incelenir.

### **a. Kaçınma**

Kaçınma tepkisi travmatik olayı hatırlatan düşünceler, duygular, insanlar, yerler ve etkinliklerden kaçınma gibi durumları içerir. Olay kişi için o kadar acı vericidir ki kişi olayı hatırlatacak her şeyden kaçınarak olayı unutmaya çalışır. Bu durum günlük yaşam aktivitelerine ilgi duymamasına, kendini diğer insanlardan soyutlamasına, kopukluk hissetmesine, benlik, gelecek ve dünya hakkında olumsuz beklentilere sahip olmasına neden olabilir. Kaçınma öngörülemeyen tepki kalıpları, gerginlik, duygusal sınırlamalar ve dış dünyadan geri çekilme ile kendini gösterir (Yehuda, 2002).

### **b. Aşırı Uyarılma**

Kaçınma tepkileri gibi anılar, görüntüler, sesler, kokular da travmatik bir olaydan sonra ortaya çıkar ve güçlü bir fizyolojik temele sahiptir. Travmatik olaylar kişi için bir şok etkisi niteliğindedir ve yüksek düzeyde fizyolojik uyarılmaya neden olabilir. Bunlar; kalp hızında artış, terleme, sinirlilik, öfke, irkilme tepkileri, dürtüsellik, odaklanma ve uyku sorunları olarak sıralanabilir. Travma sonrası olayı hatırlatan herhangi bir uyararla karşılaşıldığında kişi travmatik olay anını tekrar hissedebilir ve vücut otomatik olarak aşırı fizyolojik uyarılmaya geçer. Ayrıca travmatik olayın tekrar yaşanacağı hissi, aşırı kaygı ve tetikte olma hissi TSSB tanılı bireylerde en sık görülen belirtilerdir (Schnurr ve Jankowsk, 1999). Bu bağlamda, TSSB ile genel anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu gibi diğer anksiyete bozuklukları arasında önemli bir örtüşme vardır (Vieweg, 2006).

### **c. Yineleme**

Temel olarak travmatik olayın istemsiz olarak yinelenen düşünceler, duygular veya bedensel belirtiler şeklinde anımsanmasıdır. Bu düşünceler veya görüntüler travma sırasında yaşananlarla ilgili akla gelen anılardan oluşur. Flashbackler yeniden deneyimlemenin en trajik biçimidir. Genelde olayın en acı verici ve sıkıntılı kısmı akla gelir ve kişi travmatik olayı tekrar yaşıyormuş gibi hisseder. Ayrıca dissosiyatif geri dönüş deneyimleri şeklinde de olabilir. Dissosiyatif dönüşler, travmatik olayın herhangi bir bilinç kaybı olmaksızın yeniden yaşanmasıdır ve bu deneyimler travmatik olayla oldukça ilişkilidir (Özgen ve Aydın, 1999).

#### 4. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlık Oranları

TSSB'nin yaygınlığını gösteren çalışmalar genellikle travmanın niteliğine ve örneklemin kültürel özellikleri, kişilik özellikleri gibi demografik özelliklere bağlıdır (Hinton, Lewis ve Fernandez, 2011). Avrupa'da yaşam boyu TSSB olasılığı %9 olarak bildirilmektedir. Gençlerin yetişkinlerden daha yüksek oranda belirti gösterme eğiliminde olduğu ve erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre nispeten daha düşük olduğu saptanmıştır. Kurbanların yarısının iyileşme süresinin birkaç ayı bulduğu belirtilirken; yıllarca TSSB belirtileri gösteren kişiler de mevcuttur (Morrison, 2014). Breslau ve meslektaşlarına göre, bu farklılığın temel sebeplerine bakıldığında TSSB'nin gelişiminde sosyal farklılıklar dikkat çekmektedir. Farklı toplumların travma öyküleri, travmanın şiddeti, travma öncesi ve sonrası, travma anı, sosyal destek örüntüsü, kişinin travmaya duyarlılığı, kültürel yapısı gibi pek çok faktör TSSB'nin gelişmesinde anahtar rol oynamaktadır. Buna ek olarak insan müdahalesi ile yaşanan travmatik olaylarda TSSB geliştirme oranı daha yüksek olduğu bulunmuştur (Breslau, Davis, Andreski, Peterson, ve Schultz, 1997). Örneğin; tecavüz, savaşlar, terör saldırıları veya patlamalar; depresyon, sel veya yangın gibi doğal afetlerden daha etkili risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Ayrıca savaş, cinayet, terör saldırısı yaşayan riskli gruplarda TSSB görülme oranının %58'e ulaştığı tespit edilmiştir. Bu görüşe göre, travmanın ciddiyetinin TSSB'nin oluşumunda önemli faktörlerden biri olduğu açıktır. Ayrıca travmanın şiddeti kadar travmanın türü de büyük önem taşımaktadır. İnsanların yaklaşık yüzde 80-100'ü hayatları boyunca en az bir travma yaşadığını bildirilirken; kadınlarda cinsel saldırılarda, erkeklerde ise kazalarda TSSB geliştirme yüzdesi sırasıyla 10,4 - 19 olarak bulunmuştur (Özgen ve Aydın, 1999).

Breslau ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada tecavüze uğrayan kadınlarda travma oranı (%80) olarak saptanmıştır. Fiziksel saldırı oranı (%22,6), ağır yaralanma ve ciddi kazalara (%11,6) göre daha yüksektir. Ayrıca birinin öldürülmesine veya ağır şekilde yaralanmasına tanık olanların (%23,6) ve hayati tehlike maruz kalanların (%24) TSSB geliştirdiği bulunmuştur. Bu nedenle, tecavüz dışında travmaya maruz kalanların yaklaşık yüzde 75'inde TSSB gelişmediği saptanmıştır. Bu noktadan hareketle travma yaşayan 394 katılımcının %67,3'ü bir travmatik olay; % 23,3 iki travmatik olay ve % 9,4 üç travmatik olay



deneyimlemiştir. Ayrıca travma yaşayan 394 katılımcıdan 93'ünde DSM-III'e göre TSSB tanısı alırken ve yaşam boyu yaygınlığı %9,2 olarak belirtilmiştir. Kadınlarda prevalans oranları %11,3, erkeklerde ise %6 bulunmuştur. Bu fark kadınların erkeklere göre daha fazla TSSB geliştirme eğiliminde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Breslau, Davis, Andreski, Peterson, 1991). Özellikle duygusal tepkilerden, genel-olumsuz duygulardan ve sezgilerden sorumlu olan beynin sağ bölgesi stresli tepkiler ve duygusal aktivitede önemli rol oynar. Ayrıca TSSB'nin amigdala aktivasyonu ile ilişkili olduğu, bu nedenle kadın ve erkek arasındaki TSSB gelişimindeki farklılıklar düşünüldüğünde bu noktada biyolojik farklılıklar dikkat çekmektedir. Tehdit edici uyarınlara karşı karşıya kaldıklarında kadınların beyinlerinin erkeklerden farklı tepki verdiği bulunmuştur. Özellikle deneysel çalışmalar dikkate alındığında kadınların korkulu uyarınlara erkeklerden daha fazla sağ amigdala ve ventromedial prefrontal korteks aktiviteleri sergiledikleri ortaya çıkmıştır (Olf, 2017).

Amerika'da 11 Eylül saldırılarının ardından yapılan araştırmalar, TSSB teşhisi konan kişilerin oranının arttığını göstermiştir. 11 Eylül saldırılarına maruz kalan yetişkinlerin %16'sının TSSB tanısı aldığı ve %8'inin ciddi psikolojik rahatsızlıkları olduğu belirtilmiştir. Yine aynı araştırmada yaşamları boyunca en az bir travma yaşayanların oranı %91,9 (N=31,650) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %78'i bu travmatik olayı TV veya radyo gibi kanallardan dolaylı olarak deneyimlediği belirtilmiştir. 11 Eylül'e dolaylı maruz kalmanın yanı sıra iki olay daha yaygın görülen travmalar olarak dikkat çekmektedir. Sevilen kişinin beklenmedik ölümü %41,6, sevilen kişinin yaşadığı ciddi yaralanma, hastalık ve ağır kaza %46.5 olarak bildirilmiştir. Yine bu çalışmalarda kadınlarda TSSB gelişme oranları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Breslau, Bohnert ve Koenen, 2010; Kalkanlı, 2019).

Helzer, Robins ve McEvoy (1987) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise yaşam boyu TSSB yaygınlığı erkeklerde %0,5, kadınlarda %1-3 arasında bulunmuştur. Bu araştırmaya göre erkeklerde TSSB'ye neden olan savaşla ilgili deneyimler önemli rol oynarken, kadınlarda fiziksel saldırıya maruz kalma ön plandadır. Vietnam Savaşı'na katılanlarda yaşam boyu TSSB prevalansı %30 bulunmuştur. Yukarıda da belirtildiği gibi yaygınlık oranları etki düzeyine göre farklılık gösterebilmektedir. Ayrıca, deprem yaşantılarının uzun süreli yoğun

sıkıntı geçme durumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Karancı ve Rüstemli, 1995). Carr ve arkadaşlarına göre depremlerde TSSB oranları %3 ile %87 arasında değişmektedir. Bu farklılığın nedeni metodolojik yaklaşım farklılıkları ile açıklanmaktadır (Carr, Lewin, Webster, Hazell, Kenardy ve Carter, 1995). Ülkemizde Marmara depremi'nden sonra yaklaşık %63 oranında TSSB vakaları görülmüştür. Deprem sonrası semptomlar genellikle olaydan sonraki ilk üç ay içinde başlarken, bu semptomlar bazen aylar veya yıllar sonra da ortaya çıkabilmektedir. Vakaların yaklaşık yarısı ilk üç ay içinde iyileştiği bildirilirken; erken müdahale edilmeyen ağır vakalarda semptomlar kronikleşme eğilimi göstermektedir (Çorapçioğlu ve zkrkğuil, 1999). Örneğin Karancı ve Rüstemli (1995) alışmanın ikinci yılında TSSB prevalansının %15,6, beşinci yılda ise %17,9 olduğunu bulmuşlardır. Beşinci yıldaki artışın Marmara depremi'nin etkisiyle olabileceği düşünülmektedir.

Türkiye'de 2008 Diyarbakır patlaması sonrası TSSB araştırması dikkate alındığında, birinci ay sonunda TSSB oranının %12,5, nc ay sonunda bu oranın %9,6 olduğu bulunmuştur. TSSB yaşayanlarda TSSB yaşamayanlara göre sırasıyla oranlar şu şekildedir: patlamaya tanık olma (%37,0, %16,9), l veya ağır yaralı ile karşılaşma (%81,5, %55,0), patlama sonucu fiziksel yaralanma (%29,6, %5,3), patlamada sevilen birinin ölümü (%18,5, %6,9) ve yaralanma (%37,0, %15,9). Patlamadan sonraki 3. ayın sonunda; değerlendirilen 146 kişiden 14'ne (%9,6) olası TSSB teşhisi konmuştur. TSSB yaşayan ve yaşamayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB geliştirenlerin psikiyatrik hastalık öykülerinin göreli olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu (%42,9, %6,1) bulunmuştur (Eşsizoglu, Yaşan, Bülbül, nal, Yıldırım ve Aker, 2009).

Tüm araştırmalara bakıldığında TSSB yaygınlığını etkileyen birçok faktör olduğu için kesin bir yaygınlık oranı söylemek mümkün görülmemektedir.

## **5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etyolojisi**

TSSB etiyolojiye atfedilen ruhsal bozukluklardan biridir. Kısaca travmatik olaylar; umutsuzluk, çaresizlik, kişinin fiziksel ve zihinsel bütünlüğünü tehdit etme duygusuna yol açar ve travmanın doğası, şiddeti, mağdurun kişilik zellikleri TSSB'nin gelişiminde ne çıkan faktörler olduğu belirtilmektedir. TSSB travmadan türetilmiş olsa da mağdurların az kısmı TSSB geliştirir. Aynı

şekilde çoğu insan için sıradan varsayılabilecek olaylar da mağdurun olaya yüklediği anlam nedeniyle TSSB'ye yol açabilmektedir (Özgen ve Aydın, 1999). Bu bağlamda incelendiğinde TSSB hem psikolojik hem de biyolojik olarak ele alınmaktadır (Pitman, Rasmusson, Koenen, Shin, Orr, Gilbertson, Milad ve Liberzon, 2012). Psikopatolojinin de bu noktada etken bir faktör olduğu ve mağdurun bireysel kapasitesi travmatik olayların olumsuz sonuçlarını yaşamaya daha yatkın hale getirebilmektedir. Bunlara ek olarak aile, toplum veya çocuk istismarı gibi çevresel faktörlerin de TSSB geliştirme eğilimi üzerinde yordayıcı etkisi vardır (Blum-Kulka, 1990). Franzke, Wabnitz ve Catani'ye göre (2015), çocukluk çağı travması ve ihmal öyküsü olan 87 kadın hastadan oluşan araştırmalarının sonuçlarına bakıldığında, çocukluk döneminde travma yaşayıp yetişkinlik döneminde kendine zarar verme davranışı gösteren ancak intihar düşüncesi olmayan grubun ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Buna ek olarak deney grubunun disosiyasyon, depresyon ve TSSB belirtileri puanları göreceli olarak kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Başka bir deyişle, çeşitli kültürel, psikolojik, patolojik, ailesel ve çevresel faktörlerin TSSB'nin patogeneğinde öngörücü etkisi vardır denilebilir. TSSB'ye neden olan kişisel faktörler arasında düşük sosyoekonomik durum, bekar, dul veya boşanmış olmak, cinsel taciz öyküsü, çocuklukta yıkıcı deneyimler, yetersiz sosyal destek, yüksek içe dönük kişilik özelliği ve nevrozizm, suçluluk duygusu, kişinin olaya yüklediği anlam, savunma mekanizmalarının yetersiz olması, borderline, paranoid, antisosyal ve bağımlı kişilik gibi psikiyatrik kişilik özelliklerine sahip olunması, madde ve alkol kullanımı, mağdur veya ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olması, travma öncesi stresli yaşam öyküsünün TSSB'nin ortaya çıkmasında etkili olabileceği ön görülmektedir. Bu nedenle, TSSB'nin gelişimini açıklamak için çeşitli yaklaşımlar önerilmiştir. Bunlardan biri genetik ve nörofizyolojik açıklamaları içeren biyolojik yaklaşımdır. Ayrıca TSSB'nin psikolojik kökeni olduğu iddia edilen yaklaşımlar arasında psikodinamik, davranışsal ve bilişsel modeller de yer almaktadır (Pitman, Shin ve Rauch, 2001).

## **a. Biyolojik Yaklaşım**

### **i. Stres etkeni**

TSSB'nin etiyojisine biyolojik açıdan bakıldığında nörolojik yapılarıdaki değişiklikler dikkat çekmektedir. Beynin uyarılara uygun yanıt verebilmesi için talamus, bazal ganglionlar, limbik sistem ve beyincik gibi önemli sistemlerin düzenli çalışması gerekir. Bu açıdan TSSB'nin temel bloğu olan stres, beyinde yıkıcı bir faktör olarak görev yapar. Başka bir deyişle, stres homeostazın yani vücut içi dengenin bozulmasına neden olur. Stres tepkisinin vücuttaki iki ana biyolojik sistemde, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen ve sempatik sinir sisteminde bozulmaya neden olduğu bilinmektedir. Bu stres yanıtı, sinapslar yoluyla adrenal medulladan adrenal salgılamasını tetikleyerek sinir sisteminde etkileşimleri başlatır ve glukokortikoid miktarında artış meydana gelir. Travmatik olaylar sonucunda stres yanıtı, evrimsel hayatta kalma içgüdüleri tarafından tetiklenen otonom sinir sistemi sayesinde vücutta reaksiyon oluşturarak kalp hızı, solunum ve kan basıncı artışı gibi biyolojik reaksiyonlara neden olur. Bu bağlamda stres yanıtı, vücuttaki tüm biyolojik sistemleri bozarak bedenler arası dengenin iyileşmesini engelleyebilir ve psikopatolojik bozukluğa yol açabilir (Breslau ve Davis, 1987).

## **ii. Nöroendokrin Faktörler**

- Hipotalamus- Hipofiz-Adrenal Eksen (HPA)

Strese maruz kalındığında beyin hipotalamus bölgesi olan HPA eksenini aktive eder ve vücuttaki hormonal değişiklikler sonucunda kortizol hormonunun salgılanmasını başlar. Stresli bir olayla karşılaşıldığında, hipotalamus periventriküler çekirdek (PVN) nöronları, kortikotropin hormonu (CRH) ve vazopressin (AVP) salgılamasını tetikler. Bu salgılar, adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılamasını başlatarak glukokortikoid sentezinin artmasına neden olur. Bu hormon kana karışır ve adrenal bezler aracılığıyla adrenal ve kortizol hormonları üretmeye başlar. Bunun sonucunda kalp hızı artar ve vücut fizyolojik tepkiler vermeye başlar. Kronik streste, HPA eksenini zamanla sürekli uyarıya yanıt veremez hale gelir. Bu durum kortizol salgısının azalması olarak açıklanmaktadır. Çalışmalar TSSB tanılı hastaların ACTH yanıtının ve kortizol düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir (Yehuda, Giller, Southwick, Lowy, & Mason, 1991).

Yapılan boylamsal çalışmalarda kortizol düzeyi ölçülen TSSB hastaları ilk ölçümde düşük çıkarken, daha sonraki yıllarda aynı çalışmanın tekrarlanması

sonucunda aynı bulguların elde edilememesi hastaların genetik yapısı ve travmanın doğası arasındaki farklılıkla ilişkilendirilmiştir (Meewisse, Reitsma, De Vries, Gersons ve Olf, 2007)

### **iii. Nörotransmitter Sistemi**

- Noradrenerjik Sistem (NA)

NA organizmadaki tehlikelerle başa çıkmak için temel nörotransmitterdir. NA'nın serebellumda iki yarım küre arasında impuls iletimini sağlayan ve pons'da bulunan LC' de salgılandığı saptanmıştır. Bu nedenle LC literatürde "travma merkezi" olarak adlandırılır ve korku ve alarm tepkilerine aracılık eder. Aşırı stres sırasında hipotalamus, hipokampus, amigdala, LC ve korteks gibi alanlarda tüketilen NA eksikliği dikkat çekmekte ve öğrenilmiş çaresizliğe yol açmaktadır (Van der Kolk, 1985; Abercrombie ve Jacobs 1987). TSSB hastalarında noradrenerjik aktivitenin arttığı görülmüş ve bozulmuş tonik ve fazik aktivite sonucu geriye dönüşleri ve uygunsuz düşünceleri tetikleyebileceği öne sürülmüştür (Rasmusson, Hauger ve Morgan, 2000).

- Dopaminerjik Sistem

Stresin dopaminerjik sistemi aktive ettiği ve prefrontal korteks ve nükleus akumbenslerindeki dopamin seviyesindeki artışın TSSB'deki hafıza bozuklukları ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (Bremmer, 1995).

- Serotonerjik Sistem

Triptofandan sentezlenen serotonin uyku, saldırganlık, dürtüsellik ve motor fonksiyonun düzenlenmesi ile ilişkili nörotransmitterdir. TSSB patofizyolojisinde serotoninin travma sonrası strese yanıt olarak 5-HT, CRF ve NA ile koordineli çalıştığı ve 5-HT sisteminin dürtüsellik, saldırganlık, depresyon ve intihar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Nutt, 2000).

- Opioid Sistem

Opiatlar, uyarılmayı azaltarak LC nöronlarının hızını azaltır. Opioid sisteminin stres tarafından tetiklenen analjezi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada, PTSD kriterlerini karşılayan Vietnam gazilerinde bir savaş filmi izlerken, bir opiat reseptör blokleri olan nalokson ile analjezinin önlenileceği saptanmıştır. Ayrıca Opiat sistemi TSSB'li kişilerin sosyal kaçınmalarında da

etkili olabileceği ve TSSB hastalarının opioidlerin geri çekilmesini önlemek için travma arama davranışı sergiledikleri ileri sürülmektedir. Bu bağlamda anksiyete, sinirlilik, öfke, uykusuzluk gibi yoksunlukların belirtilerinin TSSB belirtileriyle benzerliği bu iki bozukluk arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (Liberzon, 2007).

- GABA-Benzodiazepin ve Glutamat Reseptör Sistemi

Gama-aminobütirik asit (GABA), merkezi sinir sistemindeki temel inhibitör nörotransmittere verilen isimdir ve anksiyolitik etkisi sayesinde strese karşı psikolojik tepkileri düzenler. Glutamat nörotransmitterleri uyarır ve duygusal anıların depolanmasında rol oynar. Yapılan çalışmalar stres kaynağı sonucunda GABA ve glutamat nörotransmitterlerinin etkinliğinin arttığı ve TSSB'nin ana semptomlarından olan 'geriye dönüşler' üzerinde yordayıcı etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Böylece hipokampusta nöron kaybına yol açtığı bildirilmiştir. TSSB hastalarına N-asetilaspartat (NAA) olarak adlandırılan nöral yoğunluk ölçümü yapıldığında NAA düzeylerinde azalma gözlenmiştir (Bremner, Davis ve Southwick, 1993).

- Nöropeptid Y (NPY)

Genellikle merkezi ve periferik sinir sisteminde bulunur. Beslenme, merkezi otonomik fonksiyonlar, öğrenme ve stres tepkileri gibi birçok nöroendokrin fonksiyonun düzenlenmesinde rol aldığı bilinmektedir. NPY'nin stres ile ilişkisi henüz yeterince bilinmemekle birlikte stresin davranışsal etkileri ve NPY'nin rolü incelendiğinde; hayatta kalma eğitimi alan askerlerin NPY düzeylerinin yüksek olduğu ve yoğun stres altında daha cesur davranışlar sergiledikleri görülmüştür (Eaton, Sallee ve Sah, 2007). Eğitim bittikten sonra bu askerlerde NPY düzeyi önemli ölçüde azaldığı ve disosiasyon belirtileri görüldüğü saptanmıştır. Bunun, TSSB tanısı konan hastaların stresle baş etmedeki zorlukla yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (Morgan, Rasmusson, Winters, Hauger, Morgan, Hazlett ve Southwick 2003).

## **b. Psikolojik Yaklaşım**

### **i. Psikodinamik Yaklaşım**

Psikodinamik model TSSB'nin çözülmemiş iç çatışmalardan kaynaklandığını öne sürer. Travmatik anılar, mevcut bilişsel şema ile bütünleşene

kadar aktif bellekte rahatsız edici düşünceler olarak kalır. Bütünleşme bitene kadar kaçınma davranışları görülebilmektedir (Blackburn, O'Connell ve Richman, 1984). Ayrıca TSSB'nin kişinin travmatik yaşantısının bilişsel şemasıyla uyumsuz olması sonucu ortaya çıktığı, çünkü travmatik yaşantının benimsenmesi şemadaki büyük değişikliklerle mümkün olduğu, dolayısıyla tam uyumun uzun zaman aldığı belirtilmektedir. Ayrıca aktif hafıza, travmatik deneyimleri tekrarlama eğilimindedir ve bu noktada engelleyici düzenleyici sistem devreye girer. Eğer bu sistem travmatik anıları engelleyecek kadar güçlü değilse kabuslar ya da geçmişe dönüşler gibi yeniden deneyimleme belirtileri ortaya çıkar (Horowitz, 1986). Psikodinamik bakış açısına göre ise, bu durum başa çıkma sürecinin bir parçası olarak görülmektedir (Kudler, 2007). Bu yüzden Freud ağır travmaları şöyle tanımlar; normal ego işlevinin bozulması, organizmanın kararlı yapısının bozulması, ego-savunma ve başa çıkma stratejisindeki yetersizlik yaşaması ve bir bireyin travma ile karşılaştığında aşırı kaygı sonucu uyum yeteneğini kaybetmesi şeklinde ifade etmektedir. Bu nedenle travmatik yaşantılar ve stresörler ego mekanizmasını zorlayarak TSSB olasılığını artırabileceği söylenmektedir (aktaran Wilson, 1994). Travmatik olayın geçmiş yaşamla bütünleşmesi gerçekleştiğinde baş etme tamamlanmış olur. Ego bütünleşmeyi gerçekleştirmezse, bölünme, başa çıkma mekanizması sonucunda tüm anılar onarım şeklinde yeniden yaşanır ve geçmiş travmatik olayı hatırlatan yeni bir travma ile kendini gösterir. Benliğe uygun olmayan çatışmalar karşısında birey yalnızlık, kaçınma ve çaresizlik yaşar (Peebles, 1989).

## **ii. Bilişsel/Bilgi İşleme Modelleri**

Psikoloji literatüründe bilişsel teorinin zeminini hazırlayan TSSB tedavisi için bilişsel-davranışçı modeller de geliştirilmiştir. Şiddetli stresli olaylarda kişinin bilgi işlem süreci bozulur ve travmatik olayın neden olduğu stres durumuna uyum sağlamak zor bir hal almaktadır. Bilişsel şema ile bütünleşmeyen travmatik yaşantılar kolayca tetiklenir ve günlük yaşamda etkisini gösterir. Kişide korku, endişe ve stres duygusu yaratan travmatik anılar, duygu ve düşünce faktörlerini harekete geçirerek bilişsel bozukluklara neden olur. Travmatik olaydan sonra insanların bu olayları analiz etme biçimleri, yükledikleri anlamlar ve travmanın geçmişteki diğer deneyimlerle ilişkilendirilmesi TSSB'nin gelişimi üzerinde yordayıcı etkiye sahiptir (Woods ve Wineman 2004).

Foa ve Kozak (1986), Lang'ın korku yapısı teorisini TSSB'ye uyarlamışlardır. Bu yapının diğer bilgi yapılarından duygusal yoğunluğunun yüksek olması ve korkulu uyaranlara sahip olması açısından farklı olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu patolojik korkunun, aşırı tepki vermeye uyum sağlayamama ve korkulu uyaranlara dönüşmesinden kaynaklandığını öne sürmüşlerdir. TSSB'yi geliştiren korku faktörlerinin sayısı oldukça fazladır, bu nedenle sesler, kokular ve nesnelere gibi uyarıcılar; öfke, üzüntü, kaygı gibi duygusal faktörler TSSB'yi aktive edebileceği belirtilmiştir.

Bilişsel bilgi işleme modeli, travmatik olaydan sonra ortaya çıkan yeni bilişlerin ve duyguların beyinde bilişsel değişikliklere neden olduğunu iddia eder. Başka bir deyişle, aşırı stresli durumlar bilgi işlem sisteminde aksamalara neden olur. Sonuç olarak yorumlanamayan deneyimler anında uyarılır ve günlük hayatta etkisini gösterir. Bu nedenle stres ve üzüntü duygusuna yol açan deneyimler zihinden kolayca uzaklaştırılmaz. Ayrıca düşünce bastırma, TSSB semptomlarının artmasına neden olan uyumsuz bir stratejinin örneklerinden biridir. Kişi travmatik anıları zihninden atmakta güçlük çektiğinde istenmeyen anıların sıklığının artmasına yol açması kaçınılmazdır. Bir diğer önemli nokta ise TSSB'nin bazı semptomlarını yönlendirmek için kullanılan örüntü davranışlarının diğer semptomların artmasına neden olabileceğidir. Örneğin, TSSB belirtilerinden olan kabusları çok geç yatarak veya erken kalkarak önlemeye çalışmak, konsantrasyon eksikliği, sinirlilik durumu ve yabancılaşmaya neden olabilir (Jones, 1990). Ayrıca uyumsuz stratejiler dikkate alındığında, kişi aktif olarak travmatik olayı düşünmemeye çalışır. TSSB teşhisi konan insanlar, zihinlerini her zaman başka şeylerle meşgul etme eğilimindedir ve olaya duygusal olmayan bir yaklaşım sergilerler. Travmatik olayı düşünmemeye çalışmak örseleyici olayı detaylandırmayı ve olayı yaşantılarla ilişkilendirmeyi engeller. Bazı insanlar travmayı düşündüklerinde ne olacağına dair bir varsayımda bulunabilirler ve *'travmayı bir daha düşünürsem delireceğim'* gibi varsayımlarda bulunabilirler. Bu açıdan travmayı düşünmek travmatik olaya ilişkin değerlendirmeleri değiştirebilir. Aksi takdirde travma ile ilgili hatırlamalardan kaçınmak TSSB belirtilerinin devam etmesine neden olabilir (Ellis, 1994). Travmatik olay ve sonuçları hakkında ruminasyon, uyumsuz bilişsel işlemenin diğer bir örneğidir. Hangi ruminasyon mekanizmasının TSSB'yi desteklediğine



dair net bir kanıt olmamasına rağmen, travmanın olumsuz değerlendirmelerini güçlendirdiği düşünülmektedir. Bu görüşe göre ruminasyonlar sorunlu değerlendirmelerden türetilirken bellekteki eksiklikler, semptomların kalıcı olarak yeniden yaşanmasının nedeni olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, yeniden deneyimleme ruminasyona neden olabilir veya ruminasyon içsel ipuçlarını tetikleyebilir. (Ehlers ve Clark, 2000). Bu nedenle travmatik anılarla ilgili bazı bilişsel çarpıtmalar görülebilir ve bunlar TSSB belirtilerinin sürmesine neden olur. Bunu önlemek için travmanın etkileriyle baş etmeyi öğrenmek ve sosyal destek çok önemli bir rol oynamaktadır (Foa, Riggs, Dancu ve Rothbaum, 1993).

### **iii. Davranışsal Perspektif**

Davranışsal bakış açısı, mağdurun ne ve nasıl yaptığı sorusunu inceler. Bu yaklaşımda TSSB, insanlarla veya çevreyle etkileşimler sırasında uyumsuz davranış olarak kendini gösteren bir tür tepkisel bozukluktur. Kaygı, tehlike ve tehdit hissi, benlik ve diğer insanlarla ilgili endişeler klasik korku koşullandırması ile ifade edilebilir. Travma sonrası duygusal tepkiler (korku, stres) veya ayrışma semptomları, travmatik (koşulsuz) uyarandan otomatik olarak uyarılır. Koşullu uyarandan adlandırılan travmatik deneyimlerin hatırlatıcıları; geçmişe dönüşler, ayrışmalar ve kaçınma davranışları gibi koşullu duygusal tepkileri açığa çıkarır (Friedman, Resick, Bryant ve Brewin 2011). TSSB hastaları geçmiş, şimdiki ve gelecekteki tehdit senaryolarını şimdiki zamanda yeniden yaşadıkları için çözemezler (van der Kolk, 2004).

TSSB davranışsal açıdan incelendiğinde, kişide travma yaşadığında öncelikle bilişsel kaos yaşanır. Bu durum zamanla değişir ve kişi önceki yaşantısını göz önünde bulundurarak travmayı daha önce yaşamış gibi algılar ve kişi yeni duruma önceki durum ile benzer tepkiler verir. Bu açıdan bakıldığında, bu öğrenilmiş bir durumdur. Kişinin yeni duruma karşı doğru tepkiyi bulamaması kaygı düzeyinin artmasına neden olur (Özgen ve Aydın, 1999). Bu nedenle adaptif olmayan öğrenme davranışları sonucunda TSSB belirtileri güçlenebilir ve hastaların yanlış tutum ve inançları TSSB belirtilerinin gelişmesine yol açabilir (Jakovljević, Brajković, Jakšić, Lončar, Aukst-Margetić ve Lasić 2012).

## **6. TSSB tedavisi**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun (TSSB) tedavi oranlarına bakıldığında bu konuda yüksek bir başarı oranı bulunmaktadır. TSSB'li birçok kişi profesyonel bir yardım alarak günlük hayatlarına dönmeyi başarmış ve aktif olarak yaşamlarına devam edebilmiştir. Bu bağlamda TSSB tedavisinde hem ilaç tedavilerinin hem de psikoterapinin etkili olduğu belirtilmiştir.

### **a. Psikoterapi Tedavisi**

Travma odaklı bilişsel davranışçı terapi ve EMDR yönteminin TSSB tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır. TSSB tanısı almış bireylerde her iki yaklaşım da kullanılabilir. BDT ile semptomların devam etmesine neden olan akılcı olmayan düşüncelerin daha akılcı düşüncelerle değiştirilmesi amaçlanmaktadır (Foa, 2000). Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin (BDGT) TSSB tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Sütçü ve Tokgünaydın'a (2016) göre TSSB tanılı bireylerde bilişsel davranışçı grup terapilerinin tedavide etkili olduğu ve TSSB'ye eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi belirtilerde azalma olduğu bulunmuştur. Bunlara ek olarak EMDR (göz hareketi duyarsızlaştırma ve yeniden işleme) bir diğer tedavi yöntemidir ve esas olarak bilgiyi yeniden işleyerek kişiyi rahatsız eden görüntü, düşünce ve duyguları ortadan kaldırmayı amaçlar. Travma geçirmiş bir kişide adaptif olarak depolanamayan bilgiler, zorlayıcı düşünceler, geçmişi yeniden yaşama ve kabuslar görme yoluyla TSSB'ye yol açar. Bilgi işleme sürecinde işlevsel olmayan düşünce yapıları işlevsel yapılara dönüşür ve kişiye uyarlanabilir bir çözüm sunar. Böylece daha yüksek düzeyde uyarılma, hastada daha yüksek düzeyde iyileşmeye yol açar (Ehlers ve ark., 2005).

### **b. İlaç tedavisi**

TSSB için bir başka etkili tedavi ilaç tedavisidir. İlaç tedavisinin temel amacı, travmanın yoğun korku, öfke, derealizasyon ve aşırı uyarılma gibi normal tepkilerini azaltmaktır. İlaç tedavisine karar verildikten sonra hasta ile konuşularak işbirliği yapılmalıdır. TSSB'de ilaç tedavisinin temel amaçları;

- TSSB semptomlarının şiddetini ve sıklığını azaltmak
- Uyarınları travma ile ilişkilendirme eğilimini azaltmak

- Aşırı uyarılma hissini azaltmak
- Depresif ruh halini ve duygusal körelmeyi azaltmak
- Psikotik ve dissosiyatif semptomların azaltılması

Ayrıca klinisyenler tarafından önerilen ilaçlar arasında serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), trisiklik antidepresanlar (TAD), alfa ve beta adrenerjik blokerler, anksiyolitikler, antipsikotikler ve antikonvülzanlar bulunur (Gökalp, 2000). TSSB'de yaşa bağlı nörobiyolojik farklılıklar nedeniyle yetişkinlerde kullanılan psikofarmakolojik müdahaleler çocuklara ve ergenlere doğrudan uygulanamamaktadır. Bu noktada öncelikle birey, aile ve grup şeklinde davranışsal ve bilişsel psikoterapilerin yapılması önerilmektedir (Tanır ve Kılıç, 2016).

## **H. İkincil Travmatik Stres**

TSSB tanı kriterleri ilk defa tanımlandığında kişinin doğrudan ölüm ya da yaralanma riski ile karşı karşıya kalmasına ek olarak bireyin bu tür örseleyici olaylara tanıklık etmesi de bu tür belirtilerin gelişebileceği tanımlanmıştır. Buradan hareketle, travmatik olaylar mağduru etkileyebildiği kadar mağdurun ailesini, çevresindeki bireyleri ya da bu olaya tanık olanları da etkileyebilmektedir (McCann ve Pearlman 1990). Figley (1995), birincil ve ikincil travmatik stres belirtilerinin birbiri ile benzerlik gösterdiğini belirtmektedir. Bu ortak belirtiler; travmatik olay ile ilgili bazı kısımları hatırlama, yineleme, duygusal küntlük, travmatik olay ile ilgili rüyalar görme, aşırı uyarılmışlık hissi, kolay irkilme ve öfke olarak sıralanabilir (Köroğlu, 2015). Yaşanılan örseleyici olayın ardından kişinin yakınları, ilk yardımı gerçekleştiren sağlık çalışanları, psikolojik destek sağlayan ruh sağlığı çalışanları, gönüllüler, olayı takip eden bireyler ve olaya şahit olan kişilerin ikincil travmatik stres için risk faktörü oluşturdukları söylenebilir (Yılmaz, 2007).

### **1. İkincil Travmatik Stresin Ortaya Çıkmasındaki Faktörler**

İkincil travmatik stresin ortaya çıkmasındaki etmenlere bakıldığında; mağdurun yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, mesleki tecrübesi (travmatik

durumlarda müdahalede bulunan profesyonellerde), travmaya maruz kalma süresi gibi faktörler kilit rol oynamaktadır (Al-Naser ve Everly, 1999).

İlk olarak bireysel etmenlere bakıldığında, bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, geçmiş yaşantısında travmatik bir olay yaşamış ya da yaşamamış olması, sosyal desteğin varlığı ve düzeyi, aile yaşantısı gibi etmenler önemli rol oynamaktadır (Yeşil, Aker ve Sezgin, 2009). Yaş faktörü ele alındığında, literatürde karşıt görüşler bulunsa da ileri yaşta olmanın ikincil travmatik stresle başa çıkmada etkili olduğu saptanmıştır (Creamer ve Liddle, 2005). Cinsiyet faktörüne göre ise, kadınların erkeklere göre ikinci travmatik strese daha çok yatkın oldukları görülse de cinsiyete göre ikincil travmanın farklılaşmadığı sonuçları da mevcuttur (Haksal 2007; Kahil, 2016). Eğitim düzeyinin ve sosyal destek faktörlerinde de literatürde net bulguların bulunmadığı dikkatleri çekmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde ikincil travmatik stres semptomlarının daha az görüldüğü araştırmalar mevcutken diğer yandan da eğitim seviyesi ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir farklılık görülmediği çalışmalar da mevcuttur (Kintzle, Yarvis ve Bride, 2013; Yılmaz ve Hisli Şahin 2007). Sosyal destek algısında da benzer sonuçlar dikkatleri çekmektedir. Sosyal desteğin yaşanan travmanın ardından uyumu sağlama hususunda aracı rol oynadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin varlığının ikincil travmatik stres belirtilerinin ortaya çıkmasında önleyici rol oynadığı bulunmuştur (Özkul ve Var, 2018). Fakat Hyman'a (2004) göre ise, sosyal desteğin varlığı ile ikincil travmatik stres belirtilerinin ortaya çıkmasında herhangi bir anlamlı farklılık elde edilememiştir.

Meslek gruplarının ikincil travma ile ilişkisini ele alan çalışmalar da literatürde oldukça yaygındır ve sağlık elemanları, arama-kurtarma çalışanları, polisler, adli çalışanlar risk faktörü olarak gösterilmektedir (Bryant ve Harvey, 1996). Türkiye'de 2010 yılında yapılan bir çalışmaya göre, Marmara depremi sonrası sağlık çalışanlarının %10-%29 arasında değişen oranla ikincil travmatik stres semptomları saptanmıştır (Çakmak, Er, Öz ve Aker, 2010). Kahil'e (2016) göre, mesleki alanda 1-5 yıl arasında mesleki tecrübeye sahip çalışanların, 11-15 yıl arasında tecrübeye sahip çalışanlara göre daha düşük düzeyde ikinci travmatik stres belirtileri gösterdikleri bulunmuştur. Ek olarak, ruh sağlığı alanında çalışan ve bu alanda en önemli meslek gruplarının başında gelen psikolog ve

psikiyatristlerin diğer mesleki gruplara gore daha düşük düzeyde ikincil travmatik stres yaşadıkları belirtilmiş ve bunun en onemli nedeninin bu meslek gruplarının stresle başa çıkma mekanizmalarının etkinliği ve travmatik olaylara daha yetkin şekilde yaklaşmaları ile ilişkilendirilmiştir (Yanbolloğu, 2019).





### III. YÖNTEM

Bu bölümde sırasıyla madde oluşturma süreci, araştırma modeli, araştırma grubu, örneklemin demografik değişkenlere göre dağılımı, veri toplama araçları, veri toplama süreci ve veri analiz yöntemleri hakkında bilgiler yer almaktadır.

#### A. Madde oluşturma süreci

Madde oluşturma süreci literatür taraması, madde havuzu oluşturma ve faktör analizi için olası maddelerin belirlenmesi olmak üzere üç ana aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada travma kavramı, çocukluk çağı travma özellikleri, DSM-5'e dayalı travma belirtileri ve travma ile ilgili çalışmalarda kullanılan travma ölçeklerinin özellikleri incelenmiştir. Araştırmalarda olası çocukluk çağı travma yaşantıları türleri, mevcut travma belirtileri ve bu amaca hizmet edecek ölçekler incelenmiştir. Bu aşamada diğer travma ölçeklerinden farklı olarak önemli olan nokta kişinin yaşayabileceği tüm travma türlerini tek bir ölçek altında toplamaktır. Bu düşünceden hareketle literatürde yer alan çocukluk çağı travma türleri de dahil olmak üzere çeşitli travmaların olabileceği düşünülmüş ve daha güncel travma çalışmalarını içerecek şekilde literatür taraması yapılmıştır.

İkinci bölümde, yukarıda belirtilen gerekli incelemelerin ardından olası tüm travma türleri, travma belirtileri belirlenmiş ve bu amaca uygun ölçek maddeleri belirlenmiştir. Daha sonra Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ) referans ölçeği ve kişiler için travma sayılabilecek muhtemel durumlar belirlenerek Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde (ÇBTÖ) bulunan ilk ölçek olan Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ) 91 madde ve 5 alt boyuttan oluşturulmuştur. Bu alt boyutlar cinsel travma, fiziksel travma, duygusal travma, aşağılanma, diğer travmalar olarak belirlenmiştir. Aynı şekilde Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nde (TSBÖ) ise 72 madde 7 alt boyut (yineleme, kaçınma, alırı tepki, bilişsel bozulma, işlevsel bozulma, duygusal bozulma, çözülme belirtileri) elde edilmiştir. Bu boyutlara uygun maddeler 'PTSD Soru Listesi - Sivil Versiyon' referans ölçeği, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve DSM-5

travma belirtileri temel alınarak hazırlanmıştır. Bu sürecin sonunda 171 maddeden oluşan madde havuzu oluşturulmuştur. Ardından Lawshe Tekniği ile uzman görüşüne başvurularak 8 madde çıkarılmış ve 163 madde ile analiz aşamasına geçilmiştir.

## **B. Araştırma Modeli**

Çalışma türü açısından metodolojik bir çalışmadır. Metodolojik çalışma, kişideki belirli özellikleri doğru ölçmede ölçeğin ne kadar geçerli olduğunu ve bu metotları kullanan araştırmacıların gözlem ve ölçümden kaynaklanan hataların düzeyini belirleyen araştırma yöntemleridir (Alkan, Demir ve Gökmen, 2018).

## **C. Araştırma grubu**

Araştırmanın örneklemini, yaşamının bir döneminde önemli düzeyde strese neden olan, psikolojik ya da fiziksel iyilik halini etkileyen travmatik ya da stresli bir olay yaşamış ve herhangi bir travmatik olay yaşamamış 1054 kişi oluşturmaktadır. Türkiye'nin farklı şehirlerinde yaşayan katılımcılar aynı zamanda farklı sosyoekonomik düzeylere ve eğitim seviyelerine de sahiptir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup, araştırmaya katılmayı reddeden bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

## **D. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı**

Bulgular incelendiğinde, katılımcıların %20'si kadın, %80'i erkektir. Araştırmaya katılanların çoğu 17-25 yaş aralığı oranı (%53,6), 26-30 yaş aralığı oranı (%31,1), 30-35 yaş aralığı oranı (%6,6), 36-40 yaş aralığı oranı (%5,3) ve 40 yaş ve üzeri katılımcıların oranı (%3,3). Örneklemin çoğunluğu %81,5 ile bekar katılımcılardan oluşurken, 1054 katılımcının %64,1'i üniversite mezunu olup, işsiz olan katılımcıların oranı %57,8'dir. Ayrıca, katılımcıların % 31,4'ü çocuklukta şiddete maruz kaldığını, yüzde 34,4'ü ise yakın zamanda travmatik bir olay yaşadığını bildirmiştir. Katılımcıların daha detaylı demografik bilgileri çizelge 2'de sunulmuştur.



Çizelge 2. Örneklemin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		N	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Yaş	17-25	565	53,6	53,6
	26-30	328	31,1	84,7
	30-35	70	6,6	91,4
	36-40	56	5,3	96,7
	40 ve üzeri	35	3,3	100,0
	Toplam	1054	100,0	
Cinsiyet	Kadın	843	80,0	80,0
	Erkek	211	20,0	100,0
	Toplam	1054	100,0	
Medeni Durum	Evli	181	17,2	17,2
	Bekar	859	81,5	98,7
	Boşanmış	12	1,1	99,8
	Ayrı Yaşıyor	2	,2	100,0
	Toplam	1054	100,0	
Eğitim Düzeyi	İlkokul	23	2,2	2,2
	Ortaokul	27	2,6	4,7
	Lise	180	17,1	21,8
	Üniversite	676	64,1	86,0
	YüksekLisans/	148	14,0	100,0
	Doktora	1054	100,0	
	Toplam	1054	100,0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	609	57,8	60,6
	Çalışmıyor	445	42,2	100,0
	Toplam	1054	100,0	
Maddi Memnuniyet	Hayır	639	60,6	60,6
	Evet	415	39,4	100,0
	Toplam	1054	100,0	
Kronik Rahatsızlık Varlığı	Hayır	821	77,9	77,9
	Evet	233	22,1	100,0
	Toplam	1054	100,0	
Çocuklukta Şiddet Görme	Hayır	723	68,6	68,6
	Evet	331	31,4	100,0
	Toplam	1054	100,0	
Son Dönemlerde Travmatik Olay Yaşamış Olma	Hayır	712	67,6	67,6
	Evet	342	32,4	100,0
	Toplam	1054	100,0	
Travma Sonrası Alkol/Madde Kullanımı	Hayır	223	21,2	21,2
	Evet	831	78,8	100,0
	Toplam	1054	100,0	

## **E. Veri toplama aracı**

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak demografik bilgi formu verildikten sonra, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, TSSB soru listesi (sivil versiyonu), Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve geliştirmekte olan Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) adı altında toplanan taslak ölçek halindeki maddeler kullanılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında, travma belirtileri dikkate alınarak ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, TSSB Soru Listesi (sivil versiyonu), BDDÖ ve SBTÖ kullanılarak madde havuzu en uygun formatta oluşturulmuştur. Bu madde havuzu "Çok Boyutlu Travma Ölçeği" (ÇBTÖ) adı altında toplanmıştır. Lawshe Tekniği kullanılarak bu maddeler alanında uzman on iki kişiyle tartışılmış ve kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Sonrasında 8 madde elenmiştir. Araştırmanın verileri, ankete katılmayı kabul eden, sosyal medya ve e-posta yoluyla dağıtılan yetişkinlerden toplanmıştır. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür ve veri toplama işlemi altı ayda tamamlanmıştır.

### **1. Demografik Bilgi Formu**

Araştırmanın amaçları doğrultusunda değişkenler hakkında bilgi edinmek için araştırmacılar tarafından hazırlanan 12 sorudan oluşmaktadır. Demografik Bilgi Formu, katılımcıların araştırmaya katılmaya gönüllü olup olmadıkları, yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim durumları, çalışma durumları, maddi gelirleri, belirli bir hastalığı olup olmadığı, çocukluk veya ergenlik döneminde şiddete maruz kalma durumu ve son zamanlarda herhangi travmatik bir olay geçirip geçirmedi ve bu olaydan sonra alkol/madde kullanımı gibi tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır.

### **2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (CTQ)**

Bernstein, Fink, Handelsman, Foote, Lovejoy, Wenzel ve Ruggiero (1994) tarafından yetişkin öncesi travmatik yaşantıların değerlendirilmesinde kullanılan ölçek ilk olarak 70 madde olarak tasarlanmış ardından 1995 yılında 53 maddeye düşürülmüş ve daha sonra 28 maddeyle son halini almıştır. 2012 yılında Şar, Öztürk ve İkikardeş tarafından Türkçeye uyarlanmış olup cronbach alfa değeri (N=123) .93 olarak bulunmuş ve literatürde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

olarak yerini almıştır. Gutmann yarım test katsayısı .97 olarak bulunmuştur. Cevaplar ; (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) ara sıra, (4) sık sık, (5) çok sık ve 5'li olarak tasarlanmıştır. Ayrıca ölçek fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Duygusal istismar alt boyutu 3,8,14,18,25; fiziksel istismar alt boyutu 9,11,12,15,17; cinsel istismar alt boyutu 20,21,23,24,27; duygusal ihmal alt boyutu 5,7,13,19,28 ölçek maddeleri ile, fiziksel ihmal alt boyutu ise 1,2,4,6,26 maddeleri ile değerlendirilmektedir. Ölçekte yer alan 2,5,7,13,19,26,28 numaralı maddelerden elde edilen puanlar ters kodlanmıştır. Alt boyutların puan aralığı 5-25 puan arasında iken, ölçekteki toplam puan aralığı 25-125 puan arasında değişmektedir. Alt puanlar için korelasyon katsayıları: duygusal istismar ( $r = 0.90$   $p = 0.001$ ), duygusal ihmal ( $r = 0.85$   $p < 0.001$ ), fiziksel istismar ( $r = 0.90$   $p < 0.001$ ), cinsel istismar ( $r = 0.73$   $p < 0.001$ ), fiziksel ihmal ( $r = 0.77$   $p < 0.001$ ), minimizasyon katsayısı ( $r = 0.71$   $p < 0.001$ ) (Bernstein, Fink, Handelsman, Foote, Lovejoy, Wenzel ve Ruggiero 1994; Şar ve diğerleri, 2012).

### **3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi - Sivil Versiyon**

1993 yılında Weathers ve arkadaşları tarafından DSM-III-R kriterleri dikkate alınarak geliştirilmiştir. Daha sonra ölçeğin DSM-IV kriterlerine göre revize edilmiştir. Ölçeğin orijinal formunun güvenirlik çalışmalarında cronbach's alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayıları .94 ile .97 arasında farklılık gösterirken, kesme noktası .78 ile .82 arasında değişmektedir. Ölçeğin özgünlüğü .83 ile .86 arasında bildirilmiştir (Weathers, Litz, Herman, Huska ve Keane 1993; Blanchard, Jones, Buckley ve Forneris 1996).

Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocabaşoğlu, Çorapçioğlu Özdemir, Yargıç ve Geyran (2005) tarafından yapılmıştır ve elde edilen iç tutarlılık katsayısı .92, toplam korelasyon katsayıları .37 ile .73 arasında değişmektedir. Ölçeğin alt boyutları ile klinisyen tarafından uygulanan TSSB-5 ölçeği (CAPS) ve alt boyutları arasındaki korelasyona bakıldığında, toplam puan ( $r = .65$ ,  $p < 0.001$ ), yeniden deneyimleme ( $r = .61$ ,  $p < 0.001$ ) ve aşırı uyarılma ( $r = .56$ ,  $p < 0.001$ ). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi-Sivil Versiyon, bireyin öz değerlendirme şeklinde doldurduğu ve TSSB belirtilerinin düzeyini gösteren bir ölçektir. Ayrıca TSSB'nin üç ana belirtisi olan kaçınma, aşırı

uyarılma ve yeniden yaşama alt boyutlarını içeren 17 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin ilk 7'si kaçınma belirtileri ile ilgilidir; 5 madde aşırı uyarılmışlık belirtileri ile, son olarak 5 madde ise belirtileri yeniden yaşama ile ilgilidir. Ölçek 1-5 puan arasında değişen beşli Likert tipi bir ölçek olup (1) hiç, (2) çok az, (3) orta, (4) oldukça fazla, (5) aşırı olarak değerlendirilmektedir. Öleekten alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 85'tir. Öleekte ters kodlanacak madde bulunmamaktadır. Travma sonrası stres puanları, katılımcıların öleeege verdikleri puanların eklenmesiyle elde edilmektedir. Öleekten alınan alt öleek puanlarının yüksek olması, bireyin ilgili belirtiyeye sahip olduğunu gösterir (Kocabaşoğlu, Çorapçioğlu Özdemir, Yargıç ve Geyran 2005).

#### **4. Bilişsel Duygu Düzenleme Öleeei (BDDÖ)**

Bireylerin stresli durumlar karşısında önce bilişsel tepkiler geliştirdiği, ardından duygusal tepkiler gösterdiği belirtilmektedir (Lazarus, 1999). Bu bağlamda insan hayatında kişilerarası iletişimde duygu düzenlemenin önemi büyüktür. Bilişsel Duygu Düzenleme Öleeei, bireylerin stresli durumlar karşısında kullandıkları bilişsel duygu düzenleme yöntemlerini ölmek amacıyla Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2002) tarafından geliştirilmiştir. Öleek 36 madde ve 9 alt boyuttan oluşmakta ve 5'li Likert şeklindedir. Öleek; kendini suçlama (1, 10, 19, 28), başkalarını suçlama (9, 18, 27, 36), planlamaya yeniden odaklanma (5, 14, 23, 32), ruminasyon (3, 12, 21, 30), felaketleştirme (8, 17, 26, 35), olumlu yeniden odaklanma (4, 13, 22, 31), olumlu yeniden değerlendirme (6, 15, 24, 33), perspektife koyma (madde 7, 16, 25, 34) ve son olarak kabul alt boyutlarından oluşmaktadır (madde 2, 11, 20, 29).

Öleeein orijinal formunun güvenilirlik analizleri incelendiğinde Cronbach's Alpha değerinin 67 ile .81 arasında olduğu görülmüştür (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2002). Öleeein Türkçe versiyonunda iç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek için cronbach's alpha değerleri hesaplanmış ve  $\alpha = .78$  olarak ifade edilmiştir. Ek olarak; bir testin yarıya bölünmüş güvenilirlik testi, o testin her iki yarısından elde edilen puanlar arasındaki korelasyonu gösterir. Bu kapsamda alt boyutlar için iç tutarlılık katsayıları ve yarı yarıya güvenilirlik katsayıları dikkate alındığında; kendini suçlama alt boyutu için  $\alpha = .56$ , S= 549; kabul alt boyutu için  $\alpha = .56$ , S = 475; ruminasyon alt boyutu için  $\alpha = .62$ , S = 589; planlamaya

yeniden odaklanma alt boyutu,  $\alpha = .68$ ,  $S = 657$ ; olumlu yeniden değerlendirme alt boyutu için  $\alpha = .66$ ,  $S = 604$ ; perspektife alma alt boyutu  $\alpha = .51$ ,  $S = 493$ ; ; felaket yaratan alt boyut için  $\alpha = .71$ ,  $S = 722$ ; Diğer suçlama alt boyutu için  $\alpha = .72$ ,  $S = 686$  olarak bulunmuştur (Onat ve Otrar, 2010).

## 5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında stresli olaylarla baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla “Başa Çıkma Yolları Envanteri” olarak yayınlanan ölçek 66 maddeden oluşmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1980). Türkçe versiyonu ise 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından revize edilerek 30 maddeye düşürülmüştür. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmakta ve alt ölçekler birbirinden ayrı olarak değerlendirilip puanlanabilmektedir. Bu alt ölçekler; iyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12 ve 18. maddeler), kendine güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddeler), çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25) ,27 ve 28), boyun eğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddeler) ve son olarak sosyal destek arama (1, 9, 29 ve 30. maddeler). Ölçekte yer alan 1. ve 9. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin cevapları bana hiç uymuyor (%0); bana uymuyor (%30); benim için uygun (%70); Bana çok uygun (%100) şeklindedir ve 4'lü likert formatındadır. Ölçme aracından alınabilecek toplam puan minimum 30, maksimum 120 puandır. Alt boyutların puanları iyimser alt ölçek için 5-20 puan arasında; kendine güvenen için 7-28 puan; 8-32 puan arası çaresiz yaklaşım için; 6-24 puan arası boyuneğici için; ve son olarak 4-16 puan arası sosyal destek arayanlar için. Ölçeğin alt boyutlarının psikometrik özellikleri incelendiğinde; İyimserlik  $\alpha = .68$  -  $.49$  arasındadır; kendine güvenen  $\alpha = .62$  -  $.80$ , çaresiz  $\alpha = .64$  -  $.73$ , boyun eğici  $\alpha = .47$  -  $.72$  ve son olarak sosyal destek arama  $\alpha = .47$  -  $.45$  arasında bulunmuştur. Alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar, stresli olaylarda o alt boyuttaki yaklaşımların daha sık kullanıldığını göstermektedir (Şahin ve Durak, 1995).

## 6. Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ - Taslak Hali)

Taslak olarak hazırlanan Çok Boyutlu Travma Ölçeği 171 madde olarak hazırlanmış fakat uzman görüşleri sonrasında Lawshe methodu kullanılarak 163 maddeye düşürülmüştür. Ölçek 12 alt boyuttan oluşmaktadır. İlk bölüm olan Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği'nde (ÇÇTÖ) çocukluk ve yetişkinlik çağı

muhtemel travmalarını içeren 91 madde ve 5 alt boyut (cinsel travma, fiziksel travma, duygusal travma, aşağılanma, diğer travmalar) bulunmaktadır. Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nde (TSBÖ) ise travma sonrasında meydana gelebilecek muhtemel belirtilerin yer aldığı 72 madde 7 alt boyut (yineleme, kaçınma, alırı tepki, bilişsel bozulma, işlevsel bozulma, duygusal bozulma, çözölme belirtileri) bulunmaktadır. Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) öz bildirim şeklinde düzenlenmiş olup 5'li likert tipinde hazırlanmıştır. Likert düzeni; 1-*Kesinlikle Katılmıyorum*, 2-*Katılmıyorum*, 3-*Kararsızım*, 4-*Katılıyorum*, 5-*Kesinlikle Katılıyorum* şeklinde sunulmaktadır. Gerekli analizler yapıldıktan sonra ölçek son halini almıştır.

## **F. Veri analizi**

Ölçeğin psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla şu adımlar izlenmiştir: Ölçeğin amacının belirlenmesi, ölçülecek yapıyı temsil eden göstergelerin belirlenmesi, madde havuzunun oluşturulması ve maddelerin gözden geçirilmesi, ölçeğin sunulmasıyla gerekli düzenlemelerin yapılması, uzman görüşü, ölçeğin geniş bir örneklem üzerinde uygulanması, istatistiksel analizlerin yapılması ve uygun olmayan maddelerin ölçekten çıkarılması ve son olarak ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının uygulanması.

Bu çalışma, ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla iki aşamalı olarak planlanmıştır. İlk aşamada toplanan veriler dikkate alınarak Çok Boyutlu Travma Ölçeğinin amaca uygun olup olmadığını belirlemek için ölçeğin geçerlik bulguları incelenmiş ve Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmıştır. İkinci aşamada, testten elde edilen sonuçlar doğrultusunda daha önce belirlenen faktör yapısını doğrulamak için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde, elde edilen verilerin açımlayıcı faktör analizine uygun olup olmadığı KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Bartlett testleri uygulanarak tartışılmıştır. Bartlett testi sonucunda değişkenler arasındaki ilişki korelasyon kapsamında incelenmiş ve anlamlılığı (.05 ve üzeri kabul edilebilir) incelenmiştir. Daha sonra faktör sayıları ve bu faktörlere ait maddeler belirlenmiştir. Son olarak Açımlayıcı Faktör Analizi bölümünde mutlak faktör sayısına ulaşabilmek amacıyla gerekli madde elemeleri yapılmıştır. Bu çalışmada eğik döndürme methodlarından olan direkt oblimin döndürme methodu kullanılmıştır. Daha sonra

doğrulatoryıcı faktör analizi kısmına geçilerek elde edilen verilerin varsayılan teorik yapıya ne kadar uygun olduğu test edilmiştir. Son olarak ROC analizi ve Angoff metodu uygulanarak ölçeklerin kesme puanları bulunmuştur.







## IV. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı dikkate alınarak elde edilen verilerin güvenilirlik ve geçerlik analizi sonuçlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Ardından ÇBTÖ'nün açılımlayıcı faktör analizi (AFA), doğrulayıcı faktör analizi (DFA) bulguları, korelasyon analizi sonuçları ve kesme puanı analizleri ele alınmıştır.

### A. ÇBTÖ Kapsam Geçerliliği Çalışmalarına İlişkin Bulgular

Kapsam geçerliliği çalışmalarına bakıldığında, Lawshe methodu göz önünde bulundurularak her uzmandan maddeleri 'Gerekli', 'Gerekli fakat yeterli değil' ve 'gereksiz' olarak işaretlemeleri istenmiştir. Uzmanların geri bildirimleri göz önünde bulundurularak gerekli elemeler yapılmıştır. Bu noktada kendi alanlarında uzman iki Türkçe öğretmeni ve on klinik psikolog toplamda 12 uzman ile birlikte maddeler tartışılmış ve geri bildirimleri alınarak maddeler düzenlenmiştir. Bu işlem sonunda 8 madde elenerek 163 maddeden oluşan bir madde havuzu elde edilmiştir.

Lawshe tekniğinde her madde uzmanlara tarafından değerlendirilir ve uzman sayısına göre kapsam geçerliliği oranı (KGO) değeri bulunur. 12 uzmanlı bir değerlendirmede en düşük KGO değeri 0,56 olması gerektiği vurgulanmıştır (Lawshe, 1975; Ayre ve Scally, 2014). Bu çalışmada ÇBTÖ'de uzman görüşleri değerlendirildikten sonra .56 değerinden düşük olan 8 madde elenmiştir. Her madde için KGO oranı: Maddeye 'Gerekli' olarak cevap verenlerin sayısı toplam uzman sayısının yarısına bölündükten sonra 1 çıkartılarak elde edilir. Bu noktada elenen 8 maddenin KGO değerleri aşağıda verilmiştir (Çizelge 3)

Çizelge 3. Lawshe Tekniği Sonrası Elenen Maddeler

Elenen Maddeler	Gerekli Cevabı Sayısı	Uzman Sayısı /2	KGO Değeri
1. Her anlamda yalnız bir insandım	7	12/2	.16
2. Olaydan sonra alkol-sigara gibi maddeler kullanmadım.	9	12/2	.50
3. Ailem tarafından zorla evlendirildim	8	12/2	.33
4. Çocukluğumda hep birileri tarafından dışlandım	7	12/2	.16
5. Travmatik olaydan sonra uyuyamamaya başladım	5	12/2	-.16
6. Zihnim hep travmatik olay ile meşguldür.	9	12/2	.50
7. Olaydan sonra kendimi kolay kolay toparlayamadım.	8	12/2	.33
8. Travmatik olaydan sonra günlük yaşantımda herhangi bir değişim olmadı.	9	12/2	.50

Toplam madde sayısı 163'e düştükten sonra ölçek, dil ve anlatım açısından incelenmesi için bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanına gönderilmiştir. Uzmanın önerileri alınarak ölçek üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmış ve Türkçe dil bilgisi açısından uygunluğu sağlanmıştır.

163 madde üzerinden gerçekleştirilen faktör analizi sonrasında ölçeğin nihai formunda 57 maddelik Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) oluşturulmuştur. Aşağıda ölçeğin son halinin bulguları yer almaktadır.

## B. ÇBTÖ Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları

Seçer'e (2015) göre, AFA analizi sonuçları dikkate alındığında KMO değerinin, örneklem büyüklüğünün bir korelasyon matrisi elde edecek kadar büyük olduğunu ve değerinin en az 0.80 olması gerektiğini belirtmiştir.

KMO-Bartlett testi ile ilgili bulgular çizelge 4'de verilmiştir. Buradan hareketle, Seçer (2015) tarafından belirtilen kriterlere bakıldığında KMO değerinin ÇBTÖ için .90; TSBÖ için .95 olarak bulunduğu ve buna göre maddeler arasındaki ilişkinin gücünün oldukça iyi olduğu görülmektedir. Verilerin faktörlenebilirliğini incelemek için kullanılan Bartlett testi de .01'in altında olması nedeniyle anlamlıdır. Bu durumda verilerin faktör analizine uygun olduğu ifade edilebilir (Bartlett, 1950).

Çizelge 4. KMO and Bartlett's Geçerlilik Sonuçları

	Çocukluk Çağı Travmaları Travmaları Ölçeği	Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği
Kaiser-Meyer- Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	,908	,954
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. 17847,799	15716,495
	df 465	325
	Sig. 0,000	0,000

Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇÖÖ) altında yer alan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nin (TSBÖ) güvenilirlik sonuçlarına bakıldığında, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ÇÇTÖ için .87, TSBÖ için .94 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak bu, ÇBTÖ'nin ölçeğinin yüksek düzeyde iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğunu göstermektedir. (Çizelge 5)

Çizelge 5. ÇBTÖ Güvenilirlik Sonuçları

	ÇÇTÖ	TSBÖ
Cronbach's Alpha	,875	,947
Madde Sayısı	31	26

### C. . ÇBTÖ Alt Boyutların Güvenilirlik Sonuçları

ÇBTÖ tüm alt boyutlarının güvenilirlik değerlerine bakıldığında ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutu hariç tüm alt boyutlar güvenilirlik kriterlerini sağladığı görülmektedir. Böylece sadece ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutunun düşük güvenilirlik gösterdiği saptanmıştır (Çizelge 6).

Çizelge 6. Alt Boyutların Güvenilirlik Değerleri

Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha Değeri	Madde Sayısı
<i>Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği</i>		
Duygusal İhmal/İstismar	,919	10
Fiziksel İstismar	,887	6
Fiziksel İhmal	,801	4
Cinsel İstismar	,895	4
İkincil Travmalar	,650	3
Diğer Travmalar	,500	4
<i>Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği</i>		
Kaçınma	,775	3
Aşırı Tepki	,875	5
Yineleme	,848	4
Bilişsel Bozulma	,872	6
İşlevsel Bozulama	,816	5
Çözülme Belirtileri	,763	3

#### D. ÇBTÖ Toplam Varyans Sonuçları

ÇBTÖ'de yer alan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nde (ÇÇTÖ) toplam faktörler varyansın % 62,588'ini açıklarken; diğer ölçek olan Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nde (TSBÖ) ise toplam faktörler varyansın %67,193'ünü açıklamıştır. Alt boyutlara dair detaylı sonuçlar çizelge 7'da gösterilmiştir.

Çizelge 7. Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde (ÇBTÖ) Yer Alan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) Açıklanan Toplam Varyans Değerleri

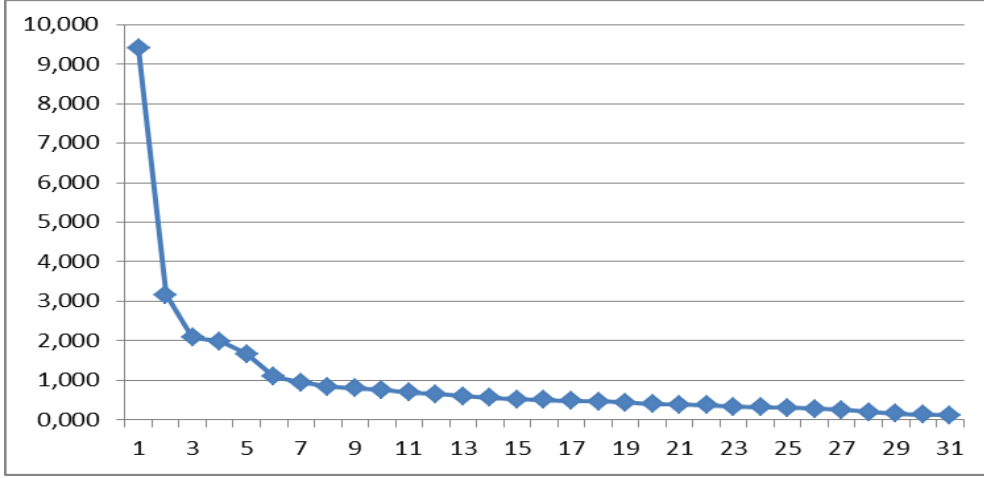
Alt Boyutlar	% Variance	
	ÇÇTÖ	TSBÖ
Duygusal İhmal/İstismar	30,323	
Cinsel İstismar	10,201	
Fiziksel İstismar	6,704	
Fiziksel İhmal	6,412	
İkincil Travma	5,405	
Diğer Travmalar	3,542	
Kaçınma		44,095

Çizelge 7 (devamı) Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde (ÇBTÖ) Yer Alan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) Açıklanan Toplam Varyans Değerleri

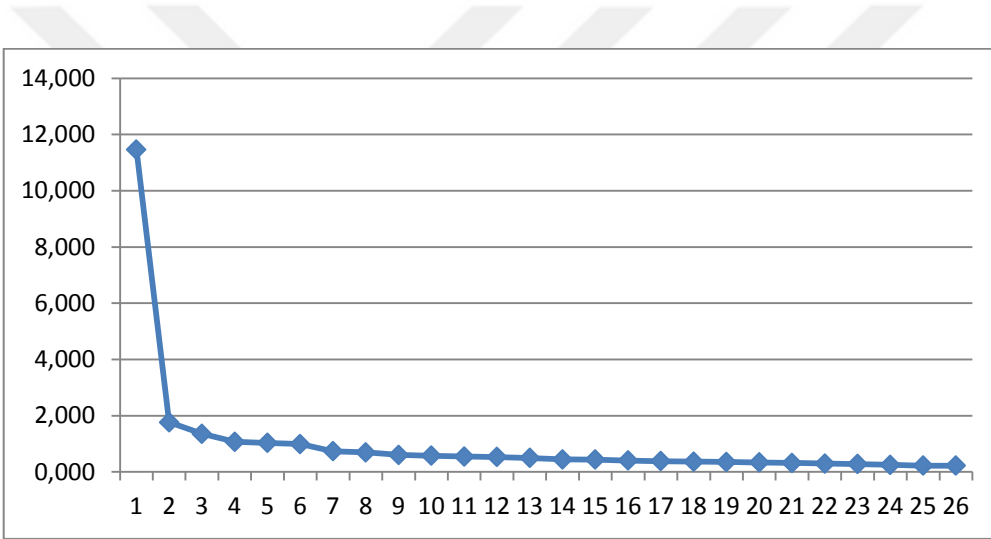
Alt Boyutlar	% Variance	
	ÇÇTÖ	TSBÖ
Yineleme		6,790
Aşırı Tepki		5,209
Bilişsel Bozulma		4,131
İşlevsel Bozulma		3,715
Çözülme Belirtileri		3,252
Toplam	62,588	67,193

### E. ÇBTÖ Faktör Çıkarma Prosedürü

Bu çalışmada ise, Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde bulunan iki alt ölçeklerden biri olan Çocukluk Dönemi Travmalar Ölçeği ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nde bulunan benzer anlamları taşıyan maddeler kabul edilebilir faktör yapısına ulaşmak amacıyla faktör yükleri göz önünde bulundurularak çıkarılmıştır. Bu aşamada faktör yükü düşük olan ve benzer anlamları ifade eden 106 madde çıkarılmıştır. Son aşamada kalan 57 madde ile saçılım grafiği (scree-plot) baz alınarak her iki ölçek de 6 faktöre zorlanmıştır. Grafiğe bakıldığında özdeğerin (eigenvalue) bir ya da birin üzerinde olması faktör yapısının kararlılığını göstermektedir. Şekil 1'de Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde bulunan Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ) saçılım grafiğine bakıldığında Y eksenini özdeğerinin X eksenine doğru kırılımı 6. faktörden sonra başladığı görülmektedir. Bu noktada 6. faktörden sonraki faktörlerin varyansa yaptıkları katkı ilk altı faktöre göre daha az olacağı düşüncesinden yola çıkılarak ÇÇTÖ'nün 6 faktörlü olmasına karar verilmiştir. Şekil 2'e bakıldığında Travma Sonrası Belirtiler Ölçeğinde ise yine benzer koşul göz önünde bulundurulmuş olup faktördeki semptomların birbiri ile ilişkisi ve dikey eksenindeki 1 değerinin üzerinde kalan faktör sayısından yola çıkarak bu ölçeğin 6 faktörlü bir yapı olacağına karar verilmiştir. Böylece analiz sonuçları ile ÇÇTÖ'de 6 faktör ve TSBÖ'de 6 faktör olmak üzere Çok Boyutlu Travma Ölçeğinde toplamda 12 faktörlü bir yapı önerilmiştir. Her faktöre kapsadığı maddeler göz önünde bulundurularak uygun isim atamaları yapılmıştır.



Şekil 1. ÇÇTÖ Faktör Grafiği



Şekil 2. TSBÖ Faktör Grafiği

## F. ÇBTÖ Faktör Yük Değerleri

Çalışmadaki çok faktörlü yapı göz önünde bulundurularak mevcut verilerden en uygun sonucu almak ve faktörlerin örüntüsünü daha anlaşılır görmek amacıyla eğik döndürme metotlarından direkt oblimin tekniği kullanılmıştır. Bu işlem sonucunda Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) başlığı altında bulunan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'ndeki (TSBÖ) 57 maddenin faktörlere göre dağılımı çizelge 8 ve 9'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde maddelerin hangi boyutlarda toplandığı açıkça görülmektedir.

Çizelge 8. ÇBTÖ İçin Rotasyon Sonrası Oluşan Faktör Yük Tablosu

---

ÇBTÖ - Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Madde Numarası	1. Faktör	2.Faktör	3.Faktör	4. Faktör	5. Faktör	6. Faktör
duygusal59	,837					
duygusal64	,837					
duygusal60	,797					
duygusal65	,772					
duygusal31	,722					
duygusal57	,699					
duygusal34	,666					
duygusal77	,584					
duygusal39	,503					
duygusal76	,496					
cinsel12		,920				
cinsel14		,911				
cinsel11		,839				
cinsel13		,825				
fiziksel22			-,928			
fiziksel23			-,865			
fiziksel21			-,848			
fiziksel19			-,744			
fiziksel24			-,717			
fiziksel20			-,603			
duygusal41				,833		
diğer85				,775		
duygusal50				,663		
duygusal69					-,837	
duygusal68					-,787	
duygusal67					-,767	
duygusal74					-,527	
diğer89						,691
diğer90						,685
duygusal37						,521
diğer86						,445

---

Çizelge 9. TSBÖ için Rotasyon Sonrası Oluşan Faktör Yük Tablosu

ÇBTÖ – Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği						
Maddü Numarası	1. Faktör	2.Faktör	3.Faktör	4.Faktör	5.Faktör	6. Faktör
bilişsel129	,781					
bilişsel128	,768					
bilişsel131	,691					
bilişsel125	,600					
bilişsel123	,576					
çözülme159	,387					
kaçınma101		,942				
kaçınma102		,914				
kaçınma105		,484				
yineleme96			-,841			
yineleme93			-,765			
yineleme95			-,755			
yineleme97			-,669			
aşırıtepki110				-,850		
aşırıtepki111				-,820		
bilişsel126				-,499		
aşırıtepki109				-,420		
aşırıtepki113				-,399		
işlevsel145					,800	
işlevsel146					,616	
işlevsel138					,425	
işlevsel136					,417	
bilişsel122					,354	
çözülme156						,885
çözülme157						,656
bilişsel124						,457

### G. ÇBTÖ Alt Boyutlarına Dair Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 10 incelendiğinde faktörlerin isimleri, standart sapmaları, varyansları ve ortalama puanları açık bir şekilde gösterilmektedir. ÇBTÖ’de toplamda 57 madde bulunmaktadır. Bunlardan 31 tanesi Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nde (ÇÇTÖ) yer alırken; 26 tanesi ise Travma Sonrası Semptomlar Ölçeği’nde (TSBÖ) yer almaktadır. Çok Boyutlu Travma Ölçeği’nde 5’li likert olarak hazırlanmıştır. Katılımcıların ÇBTÖ’den alabilecekleri en düşük puan 57, en yüksek puan ise 285 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan düşük puanlar ilgili travmanın ya da semptomun varlığı hakkında bilgi vermektedir.



Çalışmada katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması 24,4397 olarak hesaplanmıştır.

Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde (ÇBTÖ) bulunan Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinde (ÇÇTÖ) birinci faktör 'Duygusal İhmal/İstismar' olarak isimlendirilmiştir. Bu boyuttan alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Beşli likert olarak ölçekte yer almaktadır. Bu faktörün maddeleri; 'Ailemde kimse bana değerli biri olduğumu hissettirmezdi', 'Eğer bir şansım olsaydı ailemde bir şeylerin farklı olmasını dilerdim', 'Ailemde problemlerimi dile getirebileceğim kimse yoktu.', 'Aile içinde her birey birbirine soğuk ve mesafeli davranırdı.', 'Beni dinleyen ve anlayan kimse yoktu.', 'Ebeveynim tarafından sık sık duygu sömürsüne maruz kalırdım.', 'Anne/Babamın beni sevmediğini hissedirdim.', 'Kendi başımın çaresine bakmak zorunda kalırdım.', 'Ebeveynlerim bana hakaret içeren sözcükler kullanırdı.', 'Ebeveynlerim bana nefret söylemlerinde bulunurdu.'

İkinci faktör olarak adlandırılan alt boyut ise "Fiziksel İstismar"dır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 6 puan, en yüksek puan 30'dur. 5'li likert olarak yer almaktadır. Bu alt boyuttaki maddeler; 'O kadar çok şiddet gördüm ki kendimi korumak zorunda olduğum zamanlar olurdu', 'Ebeveynim tarafından tıbbi müdahale gerektirecek kadar fiziksel/psikolojik şiddete maruz kaldım.', 'Aile içi şiddetten dolayı vücudumda morlular ya da şişlikler meydana gelirdi.', 'Ebeveynim tarafından sert bir cisim kullanılarak fiziksel cezaya ya da işkenceye maruz kalırdım (sopa, kemer vb.)', 'Ailemdeki diğer fertlerin şiddete maruz kaldığını gördüm.', 'Bir hata yaptığımda ebeveynlerim tarafından şiddetli derecede cezalandırılırdım.'

Üçüncü faktöre verilen isim ise "Fiziksel İhmal"dir. Bu faktör için en düşük puan 4 puan, en yüksek puan ise 20'dir. 5'li likert şeklinde hazırlanmıştır. Bu ölçeğin maddeleri; 'Çevredeki kötülüklerden koruyan-kollayan bir ailem yoktu.', 'Aç yattığım zamanlar oldu.', 'Özensiz (kirli,yırtık ya da eski) kıyafetler giymek zorunda kalırdım.', 'Ailemde güvenliğim, bakımım ve beslenmem ile ilgilenen kimse yoktu.'

Cinsel İstismar (Cinsel İstismar) ölçeğin dördüncü faktörüdür. Bu faktör için en düşük puan 4 puan, en yüksek puan 20'dir. Ayrıca bu faktör, katılımcının

görev ve performansı dikkate alınarak ters kodlama olarak tasarlanmıştır. Bu alt boyutun maddeleri; ‘Ailem tarafından hiçbir zaman cinsel tacize maruz kalmadım.’, ‘Ailem tarafından hiçbir zaman tecavüze uğramadım.’, ‘Yaşlıtlarım veya yabancı biri tarafından tecavüze uğramadım.’, ‘Yaşlıtlarım veya yabancı biri tarafından cinsel tacize maruz kalmadım.’

Beşinci faktör “İkincil Travma” olarak adlandırılmıştır. Bu faktörden alınabilecek en düşük puan 3; en yüksek puan ise 15’dir. Bu faktörün maddeleri; ‘Çocukluğumda ya da gençliğimde ailemden birini kaybettim.’, ‘Ailemden ölümcül bir hastalığa yakalanan oldu.’, ‘Başkalarının başına gelen travmatik bir olayı gördüm ya da olaya tanıklık ettim.’

ÇBTÖ’de Çocukluk Travma Ölçeği’ndeki son faktör 'Diğer Travmalar'dır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 4; en yüksek puan ise 20’dir. Bu alt boyuttaki maddeler; ‘Dinim, dilim ya da ırkımdan dolayı aşağılanırdım.’, ‘Gündelik yaşamımı etkileyecek düzeyde doğal afet, kaza, silahlı saldırı, zorla alıkoyma patlama, yangın vb gibi bir olay yaşadım.’, ‘Ciddi bir hastalık geçirdiğim zamanlar oldu.’, ‘Hiç bitmesini istemediğim bir ilişkimin bitmesi sonucu zor zamanlar geçirdim.’

ÇBTÖ’deki diğer boyutu olan Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği’ne (TSBÖ) bakıldığında; bu bölümde DSM-V baz alınarak hazırlanan TSSB belirtilerini içeren altı alt boyut bulunmaktadır. Bu boyutun ilk faktörü “Kaçınma” olarak adlandırılmıştır. Bu alt boyut için en düşük puan 3 puan, en yüksek puan 15 puandır. Bu alt boyutun maddeleri, ‘Travmatik olaydan sonra olayı hatırlamak müzik, film vb. gibi aktivitelerden kaçınırım.’, ‘Olayları simgeleyen, çağrıştıran dışsal uyaranlardan kaçınırım (*insanlar, yerler, nesnelere, durumlar ya da olayın yaşantığı yerden geçmeme, olayın her yıl dönümünde tek kalamama, olayda bulunan insanlarla iletişim kurmama, olayla ilgili resim, fotoğraf vb. gibi nesnelere uzak durma gibi.*’, ‘Travmatik olayı simgeleyen, çağrıştıran içsel uyaranlardan (*düşünce, duygu, anı*) gibi durumlardan kaçınırım (*olayı düşünmekten kaçınma, olayı detaylı olarak düşünmeme gibi.*’

İkinci faktör ‘Aşırı Tepki’dir. Bu faktörde belirlenen en düşük puan 5 puan, en yüksek puan 25 puandır. Bu ölçekteki maddeler; ‘Travmatik olayı hatırladığımda fizyolojik belirtiler gösteririm. (Aşırı terleme, kalp çarpıntısı,

nefes darlığı vs).’, ‘Artık her an tetikteyim. En ufak sestem bile kolayca irkiliyorum.’, ‘Olaydan sonra nedensiz ani korkular yaşamaya başladım.’, ‘Travmatik olaydan sonra sık sık öfke patlamaları yaşadım.’, ‘Travmatik olayı simgeleyen veya çağrıştıran uyaranlarla karşılaşınca yoğun ve uzun süreli ruhsal sıkıntılar yaşadım.’

Üçüncü faktör 'Yineleme'dir. En düşük puan 4 puan, en yüksek puan 20 puandır. Bu faktörde yer alan maddeler; ‘Her sene travmatik olayın yaşandığı günlerde yoğun sıkıntı hissedirim.’, ‘Beni rahatsız eden olayı sık sık hatırlarım.’, ‘Travmatik olayı sık sık yaşıyormuş gibi hissedirim.’, ‘Travmatik olayla ilgili sık sık ve tekrarlayıcı rüyalar görürüm.’

ÇBTÖ’de bulunan Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nin dördüncü faktörü “Bilişsel Bozulma”dır. Bu alt boyutta alınabilecek en düşük puan 6 puandır; en yüksek puan 30’dur. Bu alt boyutun maddeleri; ‘Dünya’nın güvenli bir yer olduğunu düşünmüyorum.’, ‘İnsanlara güven duyma konusunda zorluk çekmeye başladım.’, ‘Yalnız biri olduğumu düşünüyorum.’, ‘Kendimi güvende hissetmediğim zamanlar oluyor.’, ‘Artık o olaydan sonra olumlu duyguları kolay kolay hissedememeye başladım (aşk, sevgi, mutluluk gibi).’, ‘Travmatik olaydan sonra tanıdıklarımla iletişimimde azalma ve onlara yabancılaşma yaşadım.’

'İşlevsellikte Bozulma' ölçeğinin beşinci faktörüdür. 5 puan alınabilecek en düşük puan ve 25 puan alınabilecek en yüksek puandır. Bu alt boyutun maddeleri; ‘Olaydan sonra eskisi kadar yemek yiyemiyorum.’, ‘Olay sonrası işleri bitirme konusunda zorluk çeker oldum.’, ‘Travmatik olaydan sonra çevremdeki yakın insanlarla samimi iletişim kuramıyorum.’, ‘İşe /okula gitmek benim için çok zor geliyor.’, ‘Travmatik olaydan sonra artık eskisi kadar önemli aktivitelere katılmıyorum/daha az katılıyorum.’

Son faktör ise “Çözülme Belirtileri”dir. En düşük puan 3 puan, en yüksek puan 15 puandır. Bu ölçeğin maddeleri; ‘Kendimi kontrol edemeyeceğimi ve kötü bir şey yapacağımı düşünüyorum.’, ‘Bazen kendimi tanıyamıyorum.’, ‘Zaman zaman çevremdekilerin gerçek dışı olduğunu düşünürüm.’

Çizelge 10. ÇBTÖ Alt Boyutları Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	Ort.	Min	Max	Std. Sapma	Varyans
<i>ÇÇTÖ</i>						
Duygusal İhmal/İstismar	1054	1,9048	10	50	,96565	,932
Fiziksel İstismar	1054	1,4037	6	30	,78509	,616
Fiziksel İhmal	1054	1,2113	4	20	,54508	,297
Cinsel İstismar	1054	4,0244	4	20	1,41805	2,011
İkincil Travma	1054	1,9681	3	15	1,15293	1,329
Diğer travmalar	1054	1,7040	4	20	,73373	,538
<i>TSBÖ</i>						
Kaçınma	1054	2,3814	3	15	1,18323	1,400
Aşırı Tepki	1054	1,8930	5	25	1,01720	1,035
Yineleme	1054	2,1494	4	20	1,06584	1,136
Bilişsel Bozulma	1054	2,3267	6	30	1,14675	1,315
İşlevsel Bozulma	1054	1,7797	5	25	,91848	,844
Çözülme Belirtileri	1054	1,6932	3	15	,97599	,953
<b>Toplam</b>	<b>1054</b>	<b>24,4397</b>	<b>57</b>	<b>285</b>	<b>11,90802</b>	<b>12,406</b>

## H. ÇBTÖ Alt Boyutlarının Normallik Testi Sonuçları

İlk olarak verilerin dağılımı incelenmiştir. Bunun için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak dağılım belirlenmiştir. Çizelge 11’de gösterilen verilerin anlamlılık değerlerine bakıldığında; verilerin normal dağıldığını söyleyebilmek için p değerinin 0,05 değerinden büyük olması gerekmektedir. P değerinin 0,05 değerinden küçük olması verilerin normal dağılım göstermediğini ifade etmektedir (Bircan, Karagöz ve Kasapoğlu, 2003).

Bu araştırmada elde edilen veriler normal dağılım göstermemektedir. Bu yüzden parametrik olmayan test yöntemlerinden ‘Kruskal Wallis’ testi ve ‘Mann Whitney U’ yöntemi kullanılmıştır.

Çizelge 11. ÇBTÖ Normallik Testi Sonuçları

Shapiro-Wilk Alt Boyut	İstatistik	df	Sig
Duygusal ihmal/istismar	,850	1054	,000
Fiziksel İstismar	,585	1054	,000
Fiziksel İhmal	,452	1054	,000
Cinsel İstismar	,697	1054	,000
İkincil Travma	,810	1054	,000
Diğer Travmalar	,854	1054	,000
Kaçınma	,914	1054	,000
Aşırı Tepki	,832	1054	,000
Yineleme	,896	1054	,000
Bilişsel Bozulma	,915	1054	,000
İşlevsel Bozulma	,820	1054	,000
Çözülme Belirtileri	,743	1054	,000

#### İ. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösteren Kruskal –Wallis Testi Sonuçları

Çizelge 12'e göre katılımcıların eğitim düzeylerinin ÇBTÖ alt boyutlarına göre anlamlılık düzeylerine bakıldığında; ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal/istismar, ÇÇTÖ-cinsel istismar, TSBÖ-aşırı tepki, TSBÖ-yineleme, TSBÖ-bilişsel bozulma, TSBÖ-işlevsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < .05$ ). Tabloya göre bireylerin eğitim düzeyleri ile ÇÇTÖ-ikincil travma, ÇÇTÖ-diğer travmalar ve TSBÖ-kaçınma alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p > .05$ ).

Çizelge 12. Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösteren Kruskal –Wallis Testi Sonuçları

Alt Boyut	p-değeri
Duygusal İhmal/istismar	,002
Fiziksel İstismar	,000
Fiziksel İhmal	,000
Cinsel İstismar	,000
Aşırı Tepki	,001
Yineleme	,026
Bilişsel Bozulma	,001
İşlevsel Bozulma	,000
Çözülme Belirtileri	,000

## 1. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösteren Post-Hoc Testi Sonuçları

İleri istatistikî yöntemlere bakıldığında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nde Duygusal İhmal/İstismar alt boyutunda, master/phd – ortaokul ( $p<,05$ ), üniversite-ortaokul ( $p<,04$ ) eğitim düzeyleri arasında ve ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyutunda, yüksek lisans/phd-lise ( $p<,043$ ) master/phd-ortaokul ( $p<,00$ ), üniversite- ortaokul ( $p<,00$ ) ve lise – ortaokul ( $p<,021$ ) eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Ayrıca, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyutunda, master/phd-ortaokul ( $p<,00$ ), üniversite – ortaokul ( $p<,01$ ), ÇÇTÖ-cinsel istismar altboyutunda, ortaokul – lise ( $p<,007$ ), ortaokul – üniversite ( $p<,00$ ), ortaokul – master/phd ( $p<,00$ ), ilkokul – üniversite ( $p<,006$ ), ilkokul – master ( $p<,005$ ) eğitim düzeyleri arasında istatistikî düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Çizelge 13).

Travma Sonrası Semptomlar Ölçeği'nde ise; TSBÖ-aşırı uyarılma alt boyutunda, üniversite – lise ( $p<,016$ ), üniversite – ortaokul ( $p<,015$ ), master/phd – ortaokul ( $p<,046$ ) eğitim düzeyleri arasında; TSBÖ-yineleme alt boyutunda master/phd – lise ( $p<,012$ ), üniversite – lise ( $p<,017$ ) eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ek olarak, TSBÖ-bilişsel bozulma alt boyutunda, master/phd – lise ( $p<,007$ ), master/phd – ortaokul ( $p<,024$ ), üniversite – lise ( $p<,023$ ) eğitim düzeyleri arasında, TSBÖ-işlevsellikte bozulma alt boyutunda, ilkokul – ortaokul ( $p<,043$ ), master/phd- lise ( $p<,020$ ), master/phd – ortaokul ( $p<,001$ ), üniversite – lise ( $p<,006$ ), üniversite – ortaokul ( $p<,002$ ) eğitim düzeyleri arasında, son olarak TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutunda ilkokul-lise ( $p<,010$ ), ilkokul-ortaokul ( $p<,027$ ), master/phd – lise ( $p<,00$ ), master/phd – ortaokul ( $p<,028$ ), üniversite – lise ( $p<,00$ ) eğitim gruplarında anlamlı bir farklılık görülmektedir (Çizelge 13).

Çizelge 13. Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösteren Post-HocTest Sonuçları

Alt Boyut Düzeyi	Eğitim	İstatistik	Std. Hata	p
Duygusal İh/ist.	Y.L./doktora-ortaokul	219,540	63,370	,005
	Üniversite-ortaokul	211,403	59,429	,004
Fiziksel İstismar	Y.L./doktora-lise	85,468	29,935	,043
	Y.L./doktora-ortaokul	256,784	56,457	,000
	Üniversite-ortaokul	229,075	52,946	,000
	Lise-ortaokul	171,316	55,678	,021
Fiziksel İhmal	Yükseklisans/doktora-ortaokul	193,937	46,763	,000
	Üniversite-ortaokul	175,425	43,855	,001
Cinsel İstismar	Ortaokul-lise	-195,581	57,827	,007
	Ortaokul-üniversite	-238,642	54,991	,000
	Ortaokul-Y.L./doktora	-252,525	58,637	,000
	İlkokul-üniversite	-204,280	59,637	,006
	İlkokul-Y.L./doktora	-218,162	62,801	,005
Aşırı Tepki	Üniversite-lise	78,9190	25,060	,016
	Üniversite-ortaokul	185,765	58,639	,015
	Y.L./doktora-ortaokul	177,040	62,527	,046
Yineleme	Y.L./doktora-lise	84,3710	33,550	,012
	Üniversite-lise	60,8030	25,360	,017

Çizelge 13 (devamı) Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösteren Post-HocTest Sonuçları

Alt Boyut Düzeyi	Eğitim	İstatistik	Std. Hata	p
Bilişsel Bozulma	Y.L./doktora-lise	114,158	33,645	,007
	Y.L./doktora-ortaokul	192,910	63,453	,024
	Üniversite-lise	77,4840	25,432	,023
İşlevsellikte Bozulma	İlkokul-ortaokul	-241,279	84,442	,043
	Y.L./doktora- lise	102,035	33,021	,020
	Y.L./doktora-ortaokul	236,908	62,277	,001
	Üniversite-lise	85,880	24,960	,006
	Üniversite-ortaokul	220,753	58,404	,002
Çözülme Belirtileri	İlkokul-lise	-208,229	63,424	,010
	İlkokul-ortaokul	-243,661	81,272	,027
	Y.L./doktora-lise	144,593	31,781	,000
	Y.L./doktora-ortaokul	179,425	59,939	,028
	Üniversite-lise	117,364	24,023	,000

#### J. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Yaşa Değişkenine Göre Farklılık Gösteren Kruskal –Wallis Testi Sonuçları

Çizelge 14'e bakıldığında bireylerin yaş aralıklarının ÇBTÖ alt boyutlarına göre anlamlılık düzeylerine göre; ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-diğer travmalar, TSBÖ-kaçınma, TSBÖ-aşırı tepki, TSBÖ-yineleme, TSBÖ-bilişsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutları değerleri arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir ( $p<,05$ ).



ÇÇTÖ-Duygusal ihmal/istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-ikincil travmalar ve TSBÖ-işlevsel bozulma alt boyutlarında istatistiki anlamda bir farklılık saptanmamıştır ( $p>,05$ ).

Çizelge 14. Yaşa Göre Farklılık Gösteren Kruskal –Wallis Testi Sonuçları

ÇBTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	p-değeri
Cinsel İstismar	,000
Diğer Travmalar	,008
ÇBTÖ- Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği	
Kaçınma	,002
Aşırı Tepki	,008
Yineleme	,037
Bilişsel Bozulma	,004
Çözülme Belirtileri	,000

### 1. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılık Gösteren Post-Hoc Testi Sonuçları

Çizelge 15'e göre, ÇÇTÖ'de bulunan cinsel istismar alt boyutunda 36-40 yaş aralığındaki katılımcılar; 17-25 yaş ve 26-30 yaş aralığındaki; ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutunda, 40 yaş ve üstü katılımcılar ile 17-25 yaş aralığındaki ( $p<,004$ ), ve 26-30 yaş aralığındaki ( $p<,010$ ) katılımcılar istatistiki olarak anlamlı düzeyde bir farklılık göstermiştir.

Yine çizelge 15'e göre; TSBÖ-kaçınma alt boyutunda 40 yaş ve üstü katılımcılar ile 26-30 yaş aralığındaki ( $p<,018$ ); katılımcılar anlamlı bir farklılık göstermiştir. Yine TSBÖ-aşırı tepki alt boyutunda, 40 yaş ve üstü katılımcılar ile 26-30 yaş aralığındaki ( $p<,005$ ) katılımcılarla anlamlı düzeyde bir farklılık görülmüştür. 17-25 yaş aralığındaki ( $p<,004$ ) ve 36-40 yaş aralığındaki ( $p<,035$ ); yineleme alt boyutunda 4 istatistiki farklılık göstermiştir. TSBÖ-bilişsel bozulma alt boyutunda 40 yaş ve üstü katılımcılar ile 17-25 yaş aralığındaki ( $p<,003$ ), 31-35 yaş aralığındaki ( $p<,012$ ), 26-30 yaş aralığındaki ( $p<,001$ ) katılımcılarla ve son olarak TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutunda 40 yaş ve üstü katılımcılar ile 26-30 yaş arasındaki ( $p<,001$ ) ve 17-25 yaş arasındaki ( $p<,000$ ) katılımcılar istatistiki düzeyde anlamlı bir farklılık göstermiştir.

Çizelge 15. Yaşa Göre Farklılık Gösteren Post-Hoc Test Sonuçları

Alt Boyut	Yaş Aralığı	İstatistik	Std. Hata	p
Cinsel İstismar	36-40/17-25	164,106	39,255	,000
	36-40/26-30	164,571	40,514	,000
Diğer Travmalar	40veüstü/26-30	175,180	53,080	,010
	40veüstü/17-25	184,292	51,995	,004
Kaçınma	40veüstü/26-30	167,757	53,662	,018
Aşırı Tepki	40veüstü/26-30	184,931	53,130	,005
	40veüstü/17-25	185,571	52,045	,004
	40veüstü/36-40	187,839	64,380	,035
Yineleme	40veüstü/17-25	151,134	52,668	,041
Bilişsel Bozulma	40veüstü/17-25	192,481	52,816	,003
	40veüstü/31-35	203,450	62,771	,012
	40veüstü/26-30	207,053	53,918	,001
Çözülme Belirtileri	40veüstü/26-30	195,731	50,931	,001
	40veüstü/17-25	209,129	49,891	,000

#### K. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Maddi Memnuniyete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları

ÇBTÖ’de yer alan birinci ölçek olan ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal ihmal/istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve diğer travmalar puanları ile

maddi memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir (p<05).

Yine aynı şekilde ÇBTÖ'de yer alan ikinci ölçek olan TSBÖ alt boyutlarından kaçınma, aşırı tepki, yineleme, bilişsel bozulma, işlevsel bozulma ve çözülme belirtileri puanları ile maddi memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir (p<05). (Çizelge 16)

Böylece, maddi açıdan memnun olmayan bireyler yukarıda verilen tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya sahip olduğu açıkça görülmektedir.

Çizelge 16. Maddi Memnuniyete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları

ÇBTÖ- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	P-değeri	Evet N	Maddi Memnuniyet		
			Ort.	Hayır N	Ort.
Duygusal İhmal/istismar	,000	415	456,49	639	573,62
Fiziksel İstismar	,000	415	480,36	639	558,11
Fiziksel İhmal	,010	415	505,42	639	541,84
Diğer Travmalar	,003	415	493,71	639	549,44
ÇBTÖ- Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği					
Kaçınma	,025	415	501,70	639	544,26
Aşırı tepki	,001	415	490,83	639	551,31
Yineleme	,004	415	494,43	639	548,98
Bilişsel Bozulma	,000	415	468,66	639	565,71
İşlevsel Bozulma	,000	415	483,97	639	555,77
Çözülme Belirtileri	,002	415	493,08	639	549,86

#### L. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Çocuklukta Yaşanılan Şiddete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Çocukluk döneminde yaşanan şiddet ile ÇÇTÖ- duygusal ihmal/istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-diğer travmalar; TSBÖ-kaçınma, TSBÖ-aşırı tepki, TSBÖ-yineleme, TSBÖ-bilişsel bozulma, TSBÖ-işlevsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutları arasında istatistiki düzeyde anlamlı bir farklılaşma görülmüştür.

Buradan yola çıkarak, çocukluk döneminde şiddete maruz kalan bireyler yukarıda verilen tüm alt boyutlarda en yüksek ortalama puanına sahip olmuştur. Detaylı değerlere çizelge 17'den ulaşılabilir.

Çizelge 17. Çocuklukta Yaşanılan Şiddete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları

ÇBTÖ- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	p-değeri	Çocuklukta Şiddet Yaşama			
		Evet N	Mean	Hayır N	Mean
Duygusal İhmal/İstismar	,000	331	727,16	723	436,09
Fiziksel İstismar	,000	331	753,54	723	424,02
Fiziksel İhmal	,000	331	620,37	723	484,98
Cinsel İstismar	,000	331	565,08	723	445,42
Diğer Travmalar	,012	331	601,54	723	493,60
<b>ÇBTÖ-Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği</b>					
Kaçınma	,001	331	561,81	723	511,79
Aşırı Tepki	,000	331	634,87	723	478,34
Yineleme	,026	331	615,90	723	487,03
Bilişsel Bozulma	,001	331	662,87	723	465,62
İşlevsel Bozulma	,000	331	637,47	723	477,16
Çözülme Belirtileri	,000	331	631,50	723	479,89

#### M. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Yakın Zamanda Yaşanılan Travmaya Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Çizelge 18'e bakıldığında bireylerin yakın zamanda yaşadığı travma ile ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar, ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-diğer travmalar, ÇÇTÖ-ikincil travmalar ve TSBÖ-kaçınma, TSBÖ-aşırı tepki, TSBÖ-yineleme, TSBÖ-bilişsel bozulma, TSBÖ-işlevsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri ile aralarında anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Bu noktada, yakın zamanda travma yaşayan bireyler çizelge 18'deki tüm alt boyutlarda en yüksek ortalama puanına sahiptir.

Çizelge 18. Yakın Zamanda Yaşanılan Travmaya Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları

ÇBTÖ- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	p değeri	Yakın Zamanlarda Travmatik Olay Yaşama			
		Evet N	Mean	Hayır N	Mean
Duygusal İhmal/İstismar	,000	342	630,93	712	477,82
Fiziksel İstismar	,000	342	594,89	712	495,13
Fiziksel İhmal	,000	342	569,61	712	507,27
Cinsel İstismar	,000	342	553,65	712	473,06
Diğer Travmalar	,000	342	626,35	712	480,02
İkincil Travmalar	,000	342	584,18	712	500,27
<b>ÇBTÖ-Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği</b>					
Kaçınma	,001	342	573,48	712	505,42
Aşırı Uyarılma	,000	342	645,74	712	470,71
Yineleme	,000	342	630,25	712	478,15
Bilişsel Bozulma	,000	342	637,54	712	474,64
İşlevsel Bozulma	,000	342	638,66	712	474,11
Çözülme Belirtileri	,000	342	633,82	712	476,43

#### N. ÇBTÖ Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Çizelge 19'a göre, bireylerin cinsiyetleri ile ÇÇTÖ - fiziksel ihmal ve TSBÖ - kaçınma, TSBÖ-yineleme, TSBÖ-aşırı tepki, TSBÖ-bilişsel bozulma ve TSBÖ-işlevsel bozulma arasında anlamlı düzeyde farklılaşma saptanmıştır. ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal alt boyutunda alt yüksek ortalama puanını erkekler alırken, diğer alt boyutlarda en yüksek ortalama puanı kadınlar almıştır.

Çizelge 19. Cinsiyete Göre Farklılık Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları

ÇBTÖ- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	p-değeri	Cinsiyet			
		Erkek N	Mean	Kadın N	Mean
Fiziksel İhmal	,013	211	561,73	843	518,93
ÇBTÖ-Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği					
Kaçınma	,000	211	442,31	843	548,82
Aşırı Tepki	,000	211	442,37	843	553,81
Yineleme	,000	211	418,89	843	554,68
Bilişsel Bozulma	,000	211	458,66	843	544,73
İşlevsel Bozulma	,007	211	478,27	843	539,82

#### O. ÇBTÖ Faktör Yapısı Model Uyumu Analiz Sonuçları

Çalışmanın son aşamasında Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nin (ÇBTÖ) iki alt ölçeği, 12 alt boyutu ve 57 maddesi ile son halini alarak Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. Bu analizden elde edilen veriler doğrultusunda DFA uyum indekslerini göz önünde bulundurarak faktörlerin geçerlilik durumları incelenir ve elde edilen modelin veriyi ne kadar iyi açıkladığı bu indekslere bakılarak belirlenir (Çizelge 20).

Çizelge 20. DFA Uyum Ölçütleri Tablosu

Uyum Değerleri	Uyum Aralıkları
CMIN	$CMIN < 5$
GFI	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$
NFI	$0.90 \leq CFI \leq 0.97$
CFI	$0.90 \leq CFI \leq 0.97$
RMSEA	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$

Bu çalışmanın doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonuçlarına bakıldığında, Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) adı altında bulunan iki ölçek olan Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nin toplamda 12

faktörlü ve 57 maddeli yapısını doğrulamıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen değerler detaylı şekilde çizelge 21’de gösterilmiştir.

Çizelge 21. ÇBTÖ’de Yer Alan Ölçekler Uyum Değerleri

	<i>cmin</i>	<i>gfi</i>	<i>nfi</i>	<i>cfi</i>	<i>rmsea</i>
ÇÇTÖ	4,060	0,929	0,933	0,948	0,054
TSBÖ	3,380	0,927	0,932	0,951	0,048

Bu sonuçlardan yola çıkarak, tüm değerlerin kabul edilebilir değer aralıkları içinde yer aldığı gözlemlenmiştir. Kısaca ÇBTÖ’de AFA sonucu elde edilen son faktör yapısının YEM’de DFA ile de doğrulanarak kabul edilebilir uyum gösterdiği bulunmuştur.

#### **P. ÇBTÖ Alt Boyutlarının Referans Ölçeklere İlişkin Korelasyon Testi Sonuçları**

Korelasyon; iki değişken arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını ve eğer varsa bu ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemeye yarayan istatistiksel bir metottür. Korelasyon katsayısına bakarak ilişkinin gücünü kolayca bulunabilir. Korelasyon -1 ve 1 arasında değer almaktadır. Korelasyon değeri artı ve eksi yönde olabilir. Artı değer değişkenlerin artış ve azalışlarının aynı yönde olduğunu gösterirken, eksi değer değişkenler arasında zıt yönde bir ilişki olduğunu gösterir. Veri seti normal dağılım gösterdiğinde Pearson, normal dağılım göstermediğinde ise Spearman korelasyon yöntemi kullanılmaktadır (Schober, 2018).

Çizelge 22’de referans ölçekler ile geliştirilen ölçekler arasındaki korelasyon değerleri detaylı olarak verilmiştir

Çizelge 22. Referans Ölçek Alt Boyutları ile ÇBTÖ Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ		
<i>Referans Ölçek</i>	<i>Geliştirilen Ölçek (ÇBTÖ)</i>	<i>Korelasyon Katsayısı</i>
Duygusal ihmal/ İstismar	Duygusal ihmal/İstismar	.641 <sup>**</sup>
Fiziksel İstismar	Fiziksel İstismar	.520 <sup>**</sup>
Fiziksel İhmal	Fiziksel İhmal	.374 <sup>**</sup>
Cinsel İstismar	Cinsel İstismar	.318 <sup>**</sup>
TRAVMA SONRASI BELİRTİLER ÖLÇEĞİ		
Kaçınma	Kaçınma	.444 <sup>**</sup>
Aşırı Tepki	Aşırı Tepki	.602 <sup>**</sup>
Yineleme	Yineleme	.558 <sup>**</sup>
Bilişsel Bozulma	Bilişsel Bozulma	.521 <sup>**</sup>
İşlevsel Bozulma	İşlevsel Bozulma	.422 <sup>**</sup>

Geliştirilen ölçeğin alt boyutları ile referans ölçeklerin alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İlgili ölçekler arasındaki korelasyon değerleri .32 ile .64 arasında olduğu saptanmıştır. En yüksek korelasyon değeri ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar alt boyutunda bulunurken, en düşük değer ise ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyutunda bulunmuştur. Bu noktada geliştirilen ölçek ile referans ölçeklerin birbiriyle uyumlu olduğu ve bu iki ölçeğin alt boyutları açısından benzer olduğu söylenebilir.

#### **Q. ÇBTÖ’de Bulunan ÇÇTÖ ve TSBÖ Alt Boyutları Korelasyon Değerleri**

Çok Boyutlu Travma Ölçeği’nin alt boyutları arasındaki korelasyon değerlerine bakıldığında, ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar alt boyutu ile TSBÖ-



bilişsel bozulma alt boyutu arasında ( $r=.57$ ,  $p<.01$ ); TSBÖ-aşırı tepki alt boyutu arasında ( $r=.52$ ,  $p<.01$ ), TSBÖ-işlevsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutları arasında ( $r=.49$ ,  $p<.01$ ) düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar alt boyutunun en yüksek korelasyon değerine sahip olduğu TSBÖ alt boyutu bilişsel bozulma olarak bulunmuştur ( $r=.38$ ,  $p<.01$ ). ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutunun en yüksek korelasyon değerine sahip olduğu TSBÖ alt boyutu aşırı tepki ( $r=.42$ ) ve TSBÖ-bilişsel bozulma ( $r=.41$ ) olarak bulunmuştur. Detaylı istatistiki sonuçlara çizelge 23'ten ulaşılabilir.

Çizelge 23. Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde yer Alan ÇÇTÖ ve TSBÖ Tüm Alt Boyutlar Korelasyon Değerleri

	Duygusal ihmal/istismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Cinsel İstismar	İkincil Travmalar	Diğer Travmalar
Kaçınma	,321**	,178**	,120**	,093**	,116**	,277**
Aşırı tepki	,527**	,348**	,320**	-,078*	,193**	,420**
Yineleme	,442**	,296**	,223**	,002	,196**	,342**
Bilişsel Bozulma	,578**	,381**	,320**	-,048	,187**	,417**
İşlevsel Bozulma	,494**	,340**	,321**	-,070*	,197**	,351**
Çözülme Belirtileri	,497**	,336**	,327**	-,113**	,199**	,384**

#### R. ÇBTÖ'de Bulunan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Alt Boyutları Korelasyon Değerleri

Çizelge 24'e bakıldığında Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde (ÇBTÖ) ÇÇTÖ alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında; ÇÇTÖ-fiziksel istismar ile ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar alt boyutları arasında ( $r=.57$ ,  $p<.01$ ), ÇÇTÖ-fiziksel ihmal ile duygusal ihmal/istismar alt boyutları arasında ( $r=.50$ ,  $p<.01$ ) pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bir başka deyişle katılımcıların ÇÇTÖ-duygusal ihmal / istismar alt boyutu puanları arttıkça ÇÇTÖ-fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-fiziksel ihmal puanlarının da arttığı gözlemlenmiştir. Bir diğer bulguda ise

ÇÇTÖ-ikincil travmalar alt boyutu ile ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyutu ( $r=.02$ ,  $p<01$ ) ve ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutu ile ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyutu ( $r=.001$ ,  $p<01$ ) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

### S. ÇBTÖ’de Bulunan Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) Alt Boyutları Korelasyon Değerleri

Çizelge 25’te görüldüğü üzere, Çok boyutlu Travma Ölçeği’nde (ÇBTÖ) yer alan Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği’nin alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında TSBÖ-bilişsel bozulma ve TSBÖ-işlevsel bozulma alt boyutları arasında ( $r=.71$ ,  $p<01$ ), TSBÖ-aşırı tepki ile TSBÖ-bilişsel bozulma arasında ( $r=.72$ ,  $p<01$ ), TSBÖ-aşırı tepki ile TSBÖ-işlevsel bozulma arasında ( $r=.71$ ,  $p<01$ ), TSBÖ-bilişsel bozulma ile TSBÖ-çözülme belirtileri arasında ( $r=.67$ ,  $p<01$ ) pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu noktadan yola çıkıldığında, bireylerde bilişsel bozulma puanları arttıkça işlevsel bozulma puanları da artmakta buna ek olarak aşırı tepki puanları arttıkça bilişsel ve işlevsel bozulma puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.

Çizelge 24. ÇBTÖ’de Bulunan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlar Korelasyon Değerleri

		Duygusal ihmal - istismar	Fiziksel istismar	Fiziksel ihmal	Cinsel istismar	İkincil Travmalar	Diğer Travmalar
Spearman's rho	Duygusal ihmal/istismar	1000	,573**	,506**	,122**	,144**	,398**
	Fiziksel istismar		1000	,415**	,143**	,089**	,264**
	Fiziksel ihmal			1000	,145**	,112**	,238**
	Cinsel istismar				1000	,027	,001
	İkincil Travmalar					1000	,247**
	Diğer travmalar						1000

Çizelge 25. ÇBTÖ’de Bulunan Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği Alt Boyutlar Korelasyon Değerleri

		Kaçınma	Aşırı Tepki	Yineleme	Bilişsel Bozulma	İşlevsel Bozulma	Çözülme Belirtileri
Spearman's rho	Kaçınma	1,000	,559**	,469**	,459**	,409**	,360**

Aşırı Tepki	1,000	,659**	,717**	,710**	,646**
Yineleme Bilişsel Bozulma		1,000	,606**	,568**	,518**
İşlevsel Bozulma			1,000	,721**	,672**
Çözülme Belirtileri				1,000	,632**
					1,000

## T. ROC Analizi ve ROC Eğrisi

Bir tanı testinde özgüllük ve duyarlılık değerlerini belirlemede ve bir değişkenin ayırt edici noktasını değerlendirmek amacıyla kullanılan istatistiki bir yöntemdir. Özellikle klinik alandaki çalışmalarda kullanılan envanterin eşik değerini saptamada sık kullanılan bir metottur (Kanık ve Erdem, 2003).

ROC Eğrisi ise, kullanılan testler arasında tanı amacıyla kullanılan testlerin doğruluğunun tanımlanması ve güvenilir bir kıyaslama yapmaya imkan sağlayan bir yöntemdir. Duyarlılık ve eksi bir (-1) seçicilik faktörleri ile gösterilen grafiklerdir. Duyarlılık, gerçekten tanılı yani hastalığı alan bir kişinin test yapıldığında sonucunun pozitif olma olasılığını gösterirken; seçicilik, gerçekten tanılı bir hastanın test yapıldığında negatif sonuç alma olasılığını gösterir. Grafığe bakıldığında eğri ne kadar yukarıda yani duyarlılık bölgesine ve sola düşük ise testin doğru tanıyı verme ihtimali o kadar iyidir (Kanık ve Erdem, 2003).

## U. ÇBTÖ Bulunan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Alt Boyutlarının Kesme Değerleri, ROC Eğrisi Grafikleri ve Angoff Değeri Sonuçları

Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nde bulunan ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar alt boyutlarını oluşturmada kullanılan Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği'nin alt boyutlarının kesme puanları baz alınarak ROC analizi yapılması uygun görülmüştür.

ÇÇTÖ'de bulunan diğer iki alt boyut olan ÇÇTÖ-diğer travmalar ve ÇÇTÖ-ikincil travmalar alt boyutları referans ölçek kullanılarak oluşturulmadığı

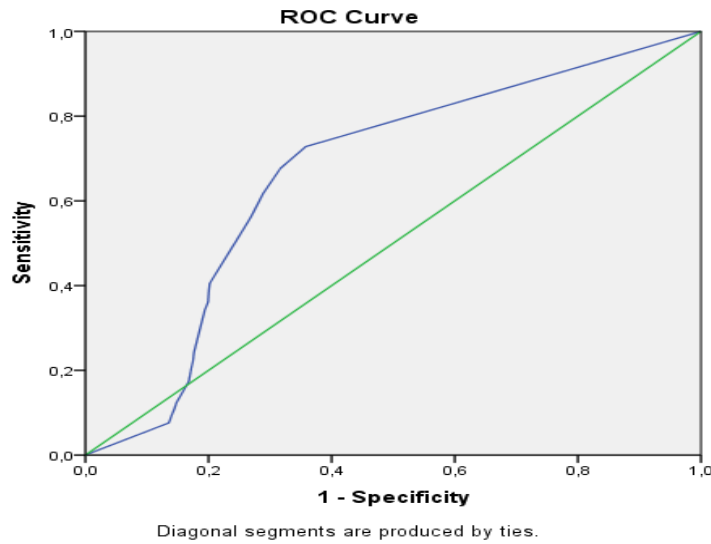
için bu alt boyutların kesme puanlarını belirleme işleminde Angoff Yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmada alt boyutların kesme noktaları belirlenmiş olup detaylı bilgiler her alt boyut için tablolarda gösterilmiştir.

### 1. ÇÇTÖ- Cinsel İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi Grafiği

Şar ve arkadaşlarının geliştirdiği Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği'nde cinsel istismar alt boyutunun 5 puanı aşması kesim noktası olarak belirlenmiştir (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

Bu çalışmada Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nde bulunan ve ters kodlama yapılan ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyutu için de kesim puanı 19 puan ve altı cinsel istismar varlığı için pozitif bildirim olarak değerlendirilmektedir. Kesim noktası 19 olarak alındığında en iyi duyarlılık değeri .728; özgüllük değeri ise .642 olarak saptanmıştır. Kısaca, katılımcılardan herhangi bir cinsel istismar maddesinin varlığına en düşük düzeyde de olsa evet cevap vermesi pozitif bildirim olarak ele alınmaktadır (Şekil 3).

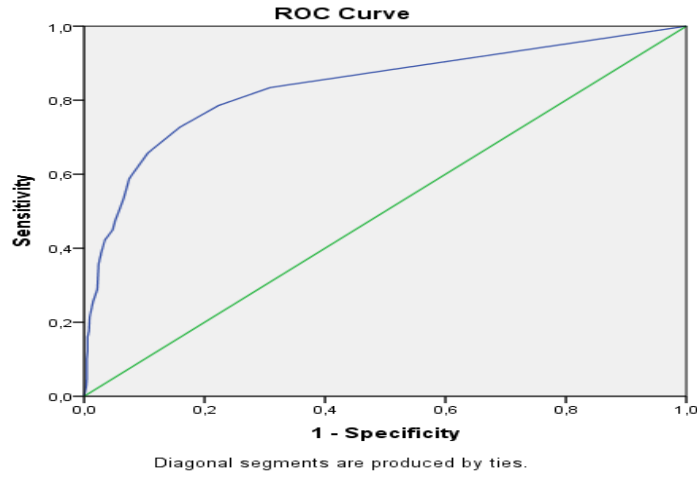


Şekil 3. ÇÇTÖ-Cinsel İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası için Roc Eğrisi

## 2. ÇÇTÖ- Fiziksel İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi Grafiği

Şar ve arkadaşlarının geliştirdiği Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nde fiziksel istismar alt boyutu için 5 puanın aşılması kesim noktası olarak saptanmıştır (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

Bu çalışmada ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyutu kesim puanı için en iyi değer 8 puan ve üzeri olarak belirlenmiştir. Bu değer alındığında duyarlılık değeri .78, özgüllük değeri ise .76 olarak bulunmuştur (Şekil 4).

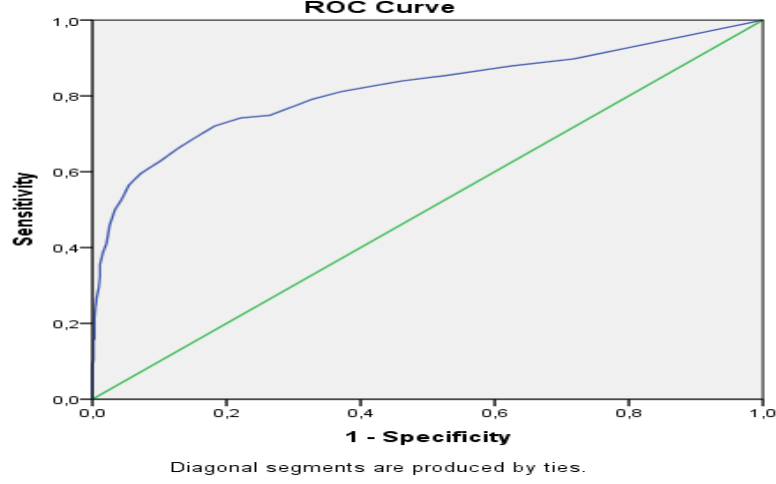


Şekil 4. ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası için Roc Eğrisi

## 3. ÇÇTÖ- Duygusal İhmal/İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi Grafiği

Şar ve arkadaşları tarafından geliştirilen referans ölçek olarak baz alınan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nde duygusal ihmal ve istismar alt boyutları için kesim noktası toplamda 19 puanın aşılması olarak belirlenmiştir (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

Bu çalışmada ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar alt boyutu için kesim puanı 18 puan ve üzeri olarak saptanmıştır. Bu değer baz alındığında duyarlılık değeri ,74; özgüllük değeri ise .78 olarak bulunmuştur (Şekil 5).

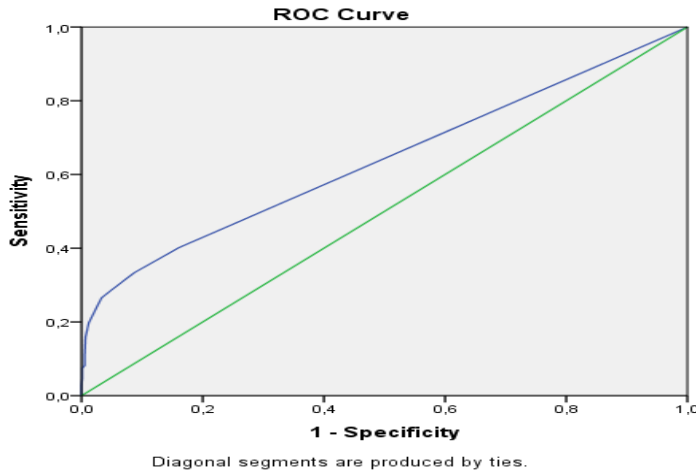


Şekil 5. ÇÇTÖ-Duygusal İhmal/İstismar Alt Boyutu Kesme Noktası için Roc Eğrisi

#### 4. ÇÇTÖ- Fiziksel İhmal Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi Grafiği

Referans ölçekte fiziksel ihmal alt boyutunun pozitif bildirim olarak kabul edilmesi için bu alt boyuttan 7 puanın aşılması beklenmektedir.

Bu çalışmada ise 5 puan ve üstü fiziksel ihmalin var olduğuna dair pozitif bildirim olarak kabul edilmektedir. Kesme noktası 5 puan alındığı takdirde duyarlılık değeri .40; özgüllük değeri ise .84 olarak bulunmuştur (Şekil 6).



Şekil 6. ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal Alt Boyutu Kesme Noktası için Roc Eğrisi

## 5. ÇÇTÖ'de Kesme Puanı Belirlemede Angoff Yöntemi

Angoff tarafından 1971 yılında geliştirilen bu yönteme göre ilgili alanda uzman kişiler tarafından her madde o alana ait belirlenmek istenen kriterin uygunluğunu belirlemek amacıyla puanlanır. Her madde için verilen puanlamaların ortalamaları alınarak ortalama puan elde edilir. Bu noktada elde edilen puan kesme puanı olarak belirlenir (Carlson, Tomkowiak, Stilp ve Curt; 2009).

Bu çalışmada ÇÇTÖ-İkincil Travmalar, ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutları ile TSBÖ-bilişsel bozulma, TSBÖ-işlevsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutları için alanında uzman 10 kişi tarafından 0 ile 100 arasındaki değerler verilerek yüzdelik olarak derecelendirilmiştir. Ardından uzmanların maddeler için verdiği tüm tahmini değerler toplanmış ve ortalaması alınmıştır. Elde edilen nihai ortalama o alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan ile çarpılıp yüzdelik dilimi bulunmuştur.

Kısaca; Angoff Kesme Puanı = Genel Ortalama X Alt Boyut Max. Puan / 100

## 6. ÇÇTÖ- İkincil Travmalar ve Diğer Travmalar Alt Boyutlarının Angoff Yöntemi ile Belirlenen Kesme Noktası Değerleri Bulguları

ÇÇTÖ-ikincil travmalar ve ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutları maddelerine bakıldığında, bu alt boyut maddeleri DSM-5 kriterleri kapsamında travmaya neden olabilecek örselleyici olaylar düşünülerek hazırlanmıştır.

Bu iki alt boyut için kesme puanı değerleri belirleme kriterleri Angoff Yöntemi ile belirlenmiştir. Aşağıda ÇÇTÖ-ikincil travmalar alt boyutu ve ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutu için çizelge 26'e bakılarak uzmanların tarafından verilen puanlara, toplam madde ortalamalarına ve nihai kesme puanlarına ulaşılabilir. Böylece, ÇÇTÖ-ikincil travmalar için kesme puanı 10 puan ve üzeri olarak; ÇÇTÖ-diğer travmalar için kesme puanı 13 puan ve üzeri olarak saptanmıştır.

Çizelge 26. ÇÇTÖ- İkincil Travmalar ve Diğer Travmalar Alt Boyutları İçin Uzman Puanlamaları

Uzman	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Ort.
<b>İkincil Travmalar</b>											
1. madde	80	70	65	80	40	80	65	80	70	80	<b>71</b>
2. madde	70	70	70	75	70	65	70	70	70	60	<b>69</b>
3. madde	60	60	70	70	80	60	60	70	90	70	<b>69</b>
Genel ORT.											69.15/100= <b>10,4</b>
<b>Diğer Travmalar</b>											
1. madde	70	80	65	80	85	60	70	60	70	70	<b>71</b>
2. madde	70	65	70	80	70	70	80	70	75	70	<b>72</b>
3. madde	70	60	70	65	60	70	75	65	80	60	<b>67</b>
4. madde	60	70	55	60	60	60	65	60	65	50	<b>60</b>
Genel ORT.											67.20/100= <b>13,4</b>

#### V. ÇBTÖ’de Bulunan TSBÖ Alt Boyutlarının Kesme Değerleri, ROC Eğrisi Grafikleri ve Angoff Değeri Sonuçları

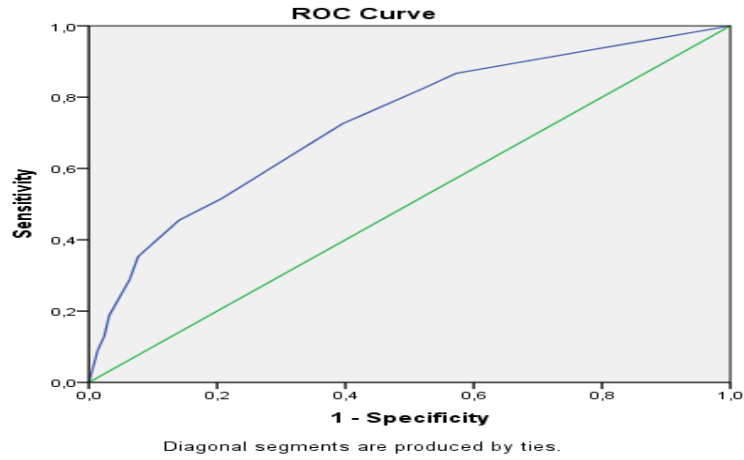
Çok Boyutlu Travma Ölçeği’nde bulunan TSBÖ’de yer alan ilk üç alt boyut olan TSBÖ-kaçınma, TSBÖ-yineleme ve TSBÖ-aşırı tepki alt boyutlarını oluşturmada kullanılan PTSD Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği’nin alt boyutlarının kesme puanları baz alınarak ROC analizi yapılması uygun görülmüştür. TSBÖ’de bulunan diğer dört alt boyut olan TSBÖ-bilişsel bozulma, TSBÖ-işlevsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutları referans ölçek kullanılarak oluşturulmadığı için bu alt boyutların kesme puanlarını belirleme işleminde Angoff Yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada alt boyutların kesme noktaları belirlenmiş olup detaylı bilgiler her alt boyut için tablolarda gösterilmiştir.



## 1. ÇBTÖ’de Bulunan TSBÖ- Kaçınma Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi

Referans ölçek olarak değerlendirmeye alınan ve kaçınma, yineleme, aşırı tepki olmak üzere üç alt boyuttan oluşan Post Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu ölçeğinde toplam ölçek kesme puanı 23 olarak belirtilmiştir.

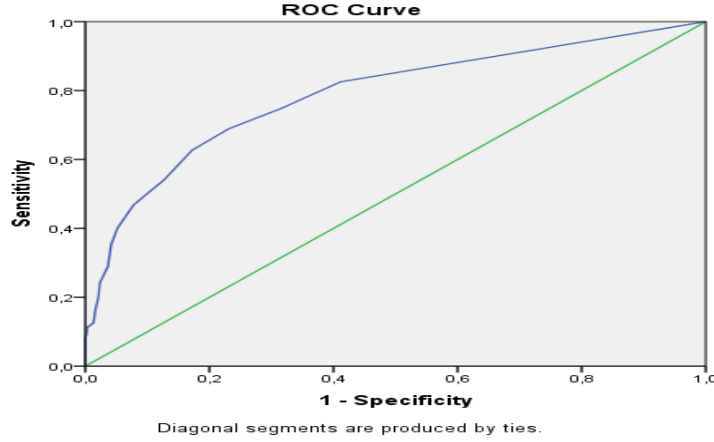
Bu çalışmada da TSBÖ-kaçınma alt boyutu için analiz sonucunda en iyi özgüllük ve duyarlılık değerleri göz önünde bulunduğunda kesme puanı 6 puan ve üzeri olarak belirlenmiştir. Ayrıca, duyarlılık değeri .72 olarak; özgüllük değeri ise .60 olarak bulunmuştur (Şekil 7).



Şekil 7. TSBÖ-Kaçınma Alt Boyutu Kesme Noktası İçin ROC Eğrisi

## 2. TSBÖ- Aşırı Tepki Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi

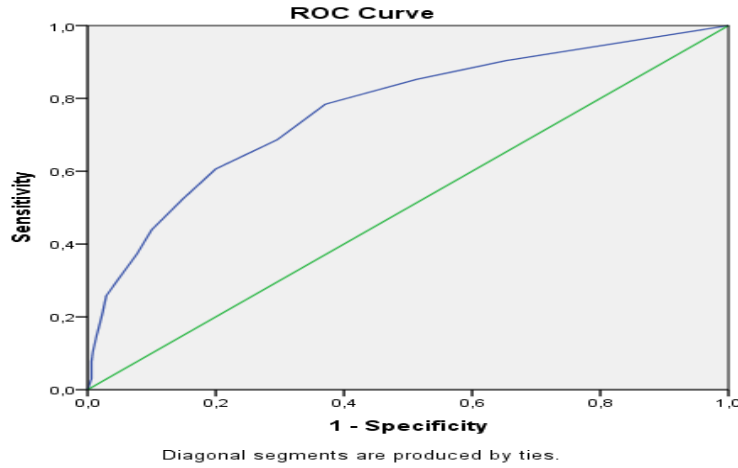
Bu çalışmada TSBÖ-aşırı tepki alt boyutu kesme puanı için de PTSD-Soru Listesi Sivil Versiyonu ölçeğinden yararlanılmıştır. Bu alt boyut için ROC analizi sonucu kesme puanı 8 ve üzeri olarak belirlenirken, duyarlılık değeri .69; özgüllük değeri ise .77 olarak bulunmuştur (Şekil 8).



Şekil 8. TSBÖ-Aşırı Tepki Alt Boyutu Kesme Noktası İçin ROC Eğrisi

### 3. TSBÖ- Yineleme Alt Boyutu Kesme Noktası Değerleri ve ROC Eğrisi

TSBÖ-yineleme alt boyutu için PTSD Soru Listesi Sivil Versiyonu aracılığıyla analiz sonucunda belirlenen kesme puanı 7 ve üzeri olarak belirlenmiştir. Bu alt boyut için duyarlılık değeri .78; özgüllük değeri ise .63 olarak bulunmuştur (Şekil 9).



Şekil 9. TSBÖ-Yineleme Alt Boyutu Kesme Noktası İçin ROC Eğrisi

### 4. TSBÖ- Bilişsel Bozulma, İşlevsel Bozulma ve Çözülme Belirtileri Alt Boyutları Angoff Yöntemi ile Kesme Noktası Değerleri Bulguları

TSBÖ-bilişsel bozulma ve TSBÖ-işlevsel bozulma alt boyutlarının maddelerine bakıldığında bu alt boyutlardaki maddeler referans ölçekler olan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) ve DSM-5 güncel travma semptomları düşünülerek hazırlanmıştır. Kullanılan bu referans ölçeklerde herhangi bir kesme puanı belirtilmemiştir.

Buradan hareketle TSBÖ-ikincil travmalar ve TSBÖ-diğer travmalar alt boyutlarında olduğu Angoff Yöntemi kullanılmıştır. Uzmanlardan maddelerin uygunluğunun puanlanması istenmiş ve nihai kesme değerlerine ulaşılmıştır. Çizelge 27'ye bakılarak uzmanların değerlendirmelerine ve ortalama sonuçlarına ulaşılabilir. Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak; TSBÖ-bilişsel bozulma için kesme puanı 19 puan ve üzeri olarak, TSBÖ-işlevsel bozulma için kesme puanı 16 puan ve üzeri olarak ve TSBÖ-çözülme belirtileri için 7 puan ve üzeri olarak saptanmıştır.

Çizelge 27. TSBÖ- Bilişsel Bozulma, İşlevsel Bozulma ve Çözülme Belirtileri Alt Boyutları İçin Uzman Puanlamaları

Uzman Sırası	1	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Ort.
<b><i>Bilişsel Bozulma</i></b>											
1.Madde	70	70	60	60	60	60	65	70	65	60	<b>64</b>
2.Madde	60	75	70	60	60	60	65	70	60	75	<b>65</b>
3.Madde	70	70	60	60	65	70	70	70	75	65	<b>67</b>
4.Madde	60	60	70	60	70	70	65	60	70	70	<b>65</b>
5.Madde	60	70	60	65	75	70	60	60	55	70	<b>64</b>
6.Madde	70	65	70	60	65	70	70	60	70	75	<b>67</b>
Genel ORT.										65.30/100=	<b>19</b>

***İşlevsel***

***Bozulma***

1. Madde	70	70	80	65	70	60	60	60	70	70	<b>68</b>
2. Madde	60	60	60	70	80	65	70	65	70	75	<b>67</b>
3. Madde	75	60	75	65	70	60	70	60	65	60	<b>66</b>
4. Madde	60	75	65	60	60	60	60	60	65	60	<b>63</b>
5. Madde	70	65	70	60	65	70	60	70	60	65	<b>65</b>
Genel ORT.										65.25/100=	<b>16</b>

***Çözülme Belirtileri***

1.Madde	50	55	45	50	50	50	40	50	50	50	49
2.Madde	60	55	50	55	50	55	60	50	50	45	53
3.Madde	50	60	55	55	45	60	50	60	55	50	54

Genel ORT. 52.15/100=**7,8**



## V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde sonuçlar kısmında elde edilen veriler doğrultusunda Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) ve onun alt boyutlarına ait sonuçların yorumlamasına yer verilecektir.

Daha önce bahsedildiği üzere ÇBTÖ, APA'nın 2013 yılında yayımladığı DSM-5 travma tanısını ele alan ve bunu değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Buradan hareketle araştırmanın temel amacı çocuk döneminde travma yaşayan bireylerin, yetişkinlik dönemindeki tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik bir ölçüm aracı geliştirmek ve bu alanda çalışan profesyoneller için güncel bir ölçüm aracı sunmaktır. Bu noktadan hareketle, geliştirilen bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını içeren sonuçlar ayrı ayrı incelenmiştir.

### A. ÇBTÖ Madde Oluşturma Sürecinin Yorumlanması

Madde oluşturma süreci literatür taraması, madde havuzu oluşturma ve faktör analizi için olası maddelerin belirlenmesi olmak üzere üç ana aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada travma, çocukluk çağı travma özellikleri, DSM-V'ye dayalı travma belirtileri ve travma ile ilgili çalışmalarda kullanılan travma ölçeklerinin özellikleri incelenmiştir. Araştırmalarda olası çocukluk çağı travma yaşantıları türleri, mevcut travma belirtileri ve bu amaca hizmet edecek ölçekler belirlenmiştir.

Gerekli incelemelerin ardından literatürde hâlihazırda bulunan Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (CTQ), PTSD-Kontrol Listesi-Sivil Versiyonu, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği referans ölçekleri ışığında ÇBTÖ'de önceden belirlenen alt boyutlara uygun maddeler oluşturulmuştur.

Ardından Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) taslak formu adı altında bulunan ilk ölçek olan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nde (ÇÇTÖ) cinsel travma, fiziksel travma, duygusal travma, aşağılanma ve diğer travmalar olmak

üzere 5 farklı alt boyut tanımlanmıştır. Aynı şekilde Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) bölümünde de 7 boyut belirlenmiştir. Bunlar; yineleme, kaçınma, aşırı tepki verme, bilişsel bozulma, işlevsel bozulma, duygusal bozulma ve çözülme belirtileri. Bu boyutlara uygun maddeler 'Travma Sonrası Stres Bozukluğu – Sivil Versiyon Ölçeği' referans ölçeği ve DSM-5 travma belirtileri temel alınarak hazırlanmıştır.

Bu sürecin sonunda elde edilen, Çok Boyutlu Travma Ölçeği (Taslak Hali) adı altında 12 alt boyuttan ve 171 maddeden oluşan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği olmak üzere iki taslak ölçek daha elde edilmiştir. Bu aşamanın ardından alandaki uzmanların görüşleri göz önünde bulundurularak Lawshe Tekniği ile madde sayısı 163'e düşürülmüştür.

Ardından faktör analizi sonuçları doğrultusunda benzer anlamlara gelen faktör yükleri düşük olan maddeler elenmiş ve ölçeğin nihai formunda 57 madde kalmıştır. Ek olarak, AFA sonuçları ele alındığında ÇÇTÖ nihai formunda alt boyut sayısı 6 olarak belirlendi ve alt boyut isimleri; cinsel istismar, duygusal ihmal/istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, diğer travmalar ve ikincil travmalar olarak belirlendi. Aynı şekilde TSBÖ alt boyut sayısı 6 olarak belirlendi ve alt boyut isimleri; kaçınma, yineleme, aşırı tepki, bilişsel bozulma, işlevsel bozulma ve çözülme belirtileri olarak adlandırıldı. Detaylı sonuçlar aşağıdaki bölümlerde anlatılacaktır.

## **B. ÇBTÖ Güvenilirliğine İlişkin Tartışma**

Cronbach's alpha değeri ölçeğin iç tutarlılık değerinin güvenilirliğini belirlemede kullanılan en sık yöntemlerden biridir ve ölçek maddelerinin birbiri ile tutarlılığını belirler (Tavakol ve Dennick, 2011).

Bu çalışmada ÇBTÖ iç tutarlılık katsayısına bakıldığında, ÇÇTÖ için cronbach's alpha değeri .875; TSBÖ için cronbach's alpha değeri .947 olarak saptanmıştır ve ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Literatürde cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları .70 ve üzerinde olan ölçeklerin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görüşü kabul görmektedir (Tavakol ve Dennick, 2011).

Alt boyutların güvenilirlik katsayıları göz önünde bulundurulduğunda, diğer travmalar alt boyutunun düşük güvenilirlikte olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi, bu alt boyutun düşük madde sayısına sahip olması ve bu alt boyuttaki maddelerin ortak bir travmayı belirlemek yerine spesifik travma çeşitlerini belirlemek olması ile ilişkilendirilebilir. Bu yüzden katılımcıların bu tarz travmalara genellikle ‘Hiç katılmıyorum’ cevabı vermesi güvenilirliği zayıflattığı düşünülmektedir.

### C. ÇBTÖ Geçerliliğine İlişkin Tartışma

Ölçek geliştirme çalışmalarına bakıldığında, ilk göz önünde bulundurulması gereken en önemli faktör geliştirilen ölçeğin ölçmek istenen kavramı geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçmesidir. Ölçek geliştirme hakkında uygulanması gereken adımlar literatürde açıkça belirtilmiştir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bu adımlar başlıca; literatür araştırması, konu ile ilgili madde havuzunun oluşturulması, maddelerin alanındaki uzmanlar ile tartışılması, veri toplama aşaması, geçerlilik-güvenilirlik çalışmalarının yapılması ve son olarak doğrulama çalışmalarının yapılması gibi adımları içermektedir.

Geçerlilik, bir ölçekteki en önemli kavramlardan biridir. Bir ölçekte amaç ölçülmek istenen değişkeni başka bir özellikte karıştırmadan doğru bir şekilde ölçebilmektir. Bir başka deyişle, geliştirilen ölçek geçerli ise bu ölçüm aracı ölçmesi gereken özellikleri tam ve doğru bir şekilde ölçebilir demektir. Bu noktada dikkat edilmesi gereken husus, ölçeğin güvenilirlik kriterlerini de sağlamış olmasıdır. Geçerli bir test güvenilir değildir fakat güvenilir bir test geçerli olmayabilir (Tekin, 1977; Özdamar, 2002). Geçerlilik çalışmalarında örneklem büyüklüğü dikkate alındıktan sonraki adım, verilerin madde analizine uygunluğunu belirlemek için maddeler arasındaki ilişki gücünün değerlendirilmesidir. Bunun için iki istatistiksel yöntem vardır. Birincisi, örnekleme maddeler arasındaki ilişkinin gücünü belirleyen Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO), diğeri ise değişkenler arasındaki normalliği inceleyen Bartlett Testidir (Hadi, Abdullah ve Sentosa, 2016). KMO 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. 1'e ne kadar yakınsa örnek faktör analizi için o kadar uygundur. Yüksek bir KMO değeri, ölçekteki her bir değişkenin diğer değişkenler tarafından iyi düzeyde tahmin edilebileceği anlamına gelir. KMO ölçütü .90 üzerinde olduğunda mükemmel, .80-.90 arasında olduğunda iyi, .70-.80 arasında

olduğunda orta, .60-.70 arasında olduğunda zayıf-vasat, .50-.60 arasında olduğunda kötü ve .50'nin altında olduğunda veri setinin geçerlilik kriterlerini sağlamadığı söylenebilir (Kaiser, 1974). Kabul edilebilir minimum KMO değeri 0,50'den büyük olmalıdır. .50'den büyük değilse faktör analizine devam edilmesi uygun görülmemektedir. Ek olarak, Bartlett'in küresellik testinin yüksek düzey anlamlılığı ( $p<001$ ) olarak ele alınmıştır (Kaya, 2013).

Bu çalışmada ÇBTÖ'de yer alan ilk ölçek olan ÇÇTÖ için KMO değeri .908, ikinci ölçek olan TSBÖ için KMO değeri .954 olarak saptanmıştır. Bartlett Küresellik Testi sonuçlarında ise her iki ölçek için  $p < 0,01$  kriterine uygun olduğu görülmüştür. Bu testler sonucunda ÇBTÖ'nün geçerli bir yapısı olduğunu desteklemektedir.

### **1. Kapsam Geçerliliği Sürecinin Tartışılması**

Bu araştırmada kapsam geçerliliği çalışmalarında, DSM-V travma tanımına ve referans ölçeklere uygun hazırlanan madde havuzunda uzmanlardan maddelerin uygunluğunu değerlendirmesi istenmiştir. Kapsam geçerliliği sağlama amacıyla bu taslaktaki 171 madde on psikolog ve iki türkçe öğretmenin görüşü alınarak Lawshe tekniğinden yararlanılmıştır. Uzman sayısına uygun olarak .56 ve altında KGO değerine sahip olan 8 madde elenmiştir ve ÇBTÖ 163 maddeye düşürülerek son bir taslak madde havuzu elde edilmiştir. Bu noktada taslak ölçeğin madde sayısı, esas ölçekten hedeflenen madde sayısının 2-3 katı olacak şekilde oluşturulmuştur (Şeker ve Gençdoğan, 2006). Toplam madde sayısı 163'e düştükten sonra ölçek, dil ve anlatım açısından incelenmesi için üniversitede öğretim üyesi olan bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanına gönderilmiştir. Uzmanın önerileri alınarak ölçek üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmış ve Türkçe dil bilgisi açısından uygunluğu sağlanmıştır.

Özetle, Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nin (ÇBTÖ) madde geliştirme aşamaları ve bu aşamalarda kullanılan yöntemlerin kapsam geçerliliği ölçütlerini karşıladığı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada geliştirilen Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nin madde geliştirme sürecinin dil uygunluğunu değerlendirme ve maddelerin ölçmek istenilen amaca yönelik uygunluğunun derinlemesine tartışılması gibi kriterlerin yerine düşünülmektedir.



## 2. Yapı Geçerliliği Sürecinin Tartışılması

Yapı Geçerliliği ölçek maddelerinin ölçülmesi beklenen faktörler ile yüksek ilişki içinde olmasıdır. Bir başka deyişle direkt olarak ölçülemeyen bir değişkeni ölçen testin ölçme derecesidir (Aytaç ve Öngen, 2012). Bu method elde edilen model üzerinden yola çıkarak gizil bir faktör oluşturmayı amaçlamaktadır.

Bir ölçeğin yapı geçerliliği test edilirken bir yapı diğerlerinden bağımsız bir şekilde ele alınamaz. Elde edilen yapı ile o yapının göstergeleri arasındaki ilişkiler, değişkenler ve diğer yapılar arasındaki ilişkilerin niteliği de belirlenir. Yapısal eşitlik Modeli (YEM) çok sayıda gözlenen ve örtük değişkenler arasındaki ilişkilerin modellenmesi sürecini ele alan ve karmaşık yapıdaki bir araştırma modelini tek işlemde ve sistematik şekilde ele alan bir istatistikî yöntemdir. Araştırılan model için yeni düzenlemeler yapmayı ve aracılık etkilerini ele almayı kolaylaştıran bir yöntemdir. Ölçüm hatalarını da inceliyor olması nedeniyle çok sayıda modelin geliştirilmesi çalışmalarında ve birçok teorinin test edilmesinde kullanılan bir metottur. YEM'deki en önemli nokta araştırılan modelin oldukça sağlam bir zemine sahip olmasıdır (Dursun ve Kocagöz, 2010). YEM'in ana özelliği bir teoriye dayalı olmasıdır ve gizil değişkenler arasında bir nedensellik faktörünün var olduğunu kabul etmesidir. Mevcut verilerin modeli destekleyip desteklemediğini saptamak için yapısal eşitlik modelinde en sık kullanılan yöntem iki aşamalı yöntemdir. Birinci aşamada ölçme modeli test edilir ve ölçümlerin ilgili yapıları doğru ölçüp ölçmediği saptanırken ikinci aşamada yapısal modeller incelenir (Tüfekçi ve Tüfekçi, 2006; Anderson ve Gerbing, 1988; Yılmaz, 2004b).

Bu çalışmada ÇBTÖ'nün yapı geçerliliğinin belirlemek için açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri ele alınmıştır. Sonuç olarak ÇBTÖ'de açımlayıcı faktör analizi sonrasında elde edilen yapı doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmıştır. Bu iki analiz sonuçları ayrı ayrı tartışılmıştır.

### D. ÇBTÖ Maddelerin Faktör Analizine Uygunluğunu Değerlendirmeye İlişkin Tartışma

Verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için öncelikle örneklem büyüklüğü dikkate alınmalıdır. Bu noktada araştırmada az sayıda

örneklem kullanılması, araştırmanın geçerlik ve güvenilirliğinde düşük katsayılar elde edilmesi gibi sonuçlar ortaya çıkarabilir. Bu nedenle örneklemin uygun büyüklükte ve kalitede olması, çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliği açısından oldukça önemlidir (MacCallum, Widaman, Zhang ve Hong, 1999). Child'a (2006) göre faktör analizi tekniğinin kullanılabilmesi için örneklem büyüklüğü madde sayısının en az beş katı olmalıdır. Faktör analizi, çok sayıdaki değişkenleri birkaç sayıya indirgemek için temel olarak istatistiksel bir tekniktir. Faktör analizinin temel amacı, birbiriyle ilişkili birçok değişkeni kullanarak tanımlanabilir, ilişkisiz ve yorumlanması daha kolay yeni faktörleri bulmaktır (Büyüköztürk, 2002).

Bu çalışmada Child'ın örneklem büyüklüğüne ilişkin görüşüne dayalı olarak 1054 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir.

### **E. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)**

Faktör analizi sürecinde AFA yöntemi bir ölçeğin faktör sayısını belirlemek açısından büyük önem taşımaktadır. Birbiri ile ilişkili çok sayıda veri setini daha az sayıda temel bileşen oluşturularak eldeki veriyi en iyi şekilde tanımlayan bir dönüşüm tekniğidir. Ve bu analiz sonucunda oluşturulan bileşenler birbirinden ayrı ve bağımsızdır. Ana amaç daima en doğru sayıda faktör ile en yüksek açıklayıcılık yüzdesine sahip boyutlara ulaşmak ve maddeleri birbiri arasında uygun faktörlere dağıtmaktır. AFA'da birçok faktör çıkarma metodu olmasına rağmen bunlardan en sık kullanılan method temel bileşenler analizidir (TBA). TBA'nın amacı maksimum sayıda faktör elde etmektir (Fabrigar, MacCallum, Wegener ve Strahan, 1999; Hogarty, Hines, Kromrey, Ferron ve Mumford, 2005).

AFA'da faktör sayısına karar vermede kullanılan birçok ölçüt vardır. Bunlardan en başta gelen ölçüt özdeğer (eigenvalue) ölçütüdür. Özdeğeri 1 ve 1 den büyük faktörler anlamlı olarak kabul edilir. Ama araştırmacı analiz sonucuna göre bu eşik değeri artırabilir. Diğer yöntem ise scree-plot ölçütüdür. Bu kavram ise eigen değerinin grafik olarak gösterimi olarak tanımlanabilir. Kırılma noktaları baz alınarak yorumlama yapılır. Dikey ekseninde 1'in üzerinde kalan değerler faktör olarak ele alınır (Büyüköztürk, 2002). Diğer bir yöntem ise faktörlerin daha yorumlanabilir hale getirilmesini amaçlayan faktör döndürme yöntemidir. Döndürme sonrasında maddenin ait olduğu faktördeki yükü atarken diğer faktörde azalabilir ve böylelikle madde kendisini en iyi tanımlayan faktörde

yerini alır. Bunun iki ana esası vardır. Birincisi dik (verimax) ve ikincisi eğik (oblmin). Dik döndürmede faktör eksenleri aynı açıyla döndürülürken, eğik döndürmede ise eksenler döndürülerek farklı açılar sağlanmaya çalışılır. İkisi arasındaki istatistiksel olarak temel fark faktörlerin birbiri ile olan ilişkisidir. Eğik döndürmede bu koşul göz önüne alınmaktayken, dikey döndürmede bu koşul göz ardı edilir (Saraçlı, 2011). Açımlayıcı Faktör Analizinde en önemli noktalardan biri de açıklanan varyans yüzdesidir. Bu yöntem geliştirilen ölçekte açımlayıcı faktör analizi ile ölçülmek istenen değişkeni ne kadar açıkladığını ortaya koyar. Bir başka deyişle, değişkenin yüzden kaç oranında açıklandığını ortaya koyar. Açıklanan ortak varyans değerininin yüksek olması mevcut yapının iyi ölçüldüğünün göstergesidir. Bu noktada toplam varyansın yüzde 30 ve üzerinde olması beklenmektedir (Büyüköztürk, 2014).

### **1. ÇBTÖ Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına İlişkin Tartışma**

Ölçekte yer alan alt boyutları ortaya çıkarmak amacıyla faktör analizine ihtiyaç duyulmuştur. Ölçekteki bir maddenin bir faktörü iyi ölçtüğünü söyleyebilmek için bu faktör yükü değerinin en az .30 olması gerekmektedir. Ayrıca, .30 ve .60 arası faktör yüküne sahip olan değerler yapıyı orta düzeyde ölçerken; .60 ve üzere faktör yüküne sahip maddelerin yapıyı yüksek derecede ölçtüğü söylenebilir (Klein, 1994). Bu çalışmada faktör yükü 0,35'ten küçük olan maddeler çıkarılmıştır. Buna ek olarak aynı alt boyutlara toplanan ve benzer anlamlar taşıyan maddeler faktör yükleri göz önünde bulundurularak elenmiştir. Yapılan bu analiz sonucunda, Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ) için kendi içinde benzer davranışı ölçen 6 alt boyut ve 31 madde elde edilmiştir. Aynı şekilde Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) için ise 6 boyut ve 26 madde oluşturulmuştur. ÇÇTÖ için faktör yüklerinin .44 ve .92 arasında yük değerlerine sahip olduğu; TSBÖ için ise .95 ve .35 arasında değer aldığı saptanmıştır.

Yapılan açımlayıcı faktör analizi işlemi sonrasında iki alt boyut altında yer alan maddeler incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda, ÇÇTÖ'nde 1. faktöre duygusal ihmal/istismar maddeleri, 2. faktöre cinsel istismar, 3. faktöre fiziksel istismar, 4. ikincil travma, 5. faktöre fiziksel ihmal ve 6. Faktöre ise diğer travmalar isimleri verilmiştir. TSBÖ'nde ise 1. faktöre bilişsel bozulma, 2.

faktöre kaçınma, 3. faktöre yineleme, 4. faktöre aşırı tepki, 5. faktöre işlevsellikte bozulma, 6. faktöre ise bilişsel bozulma adı verilmiştir.

Bu çalışmada Çok Boyutlu Travma Ölçeği'nin (ÇBTÖ) toplam açıklanan varyans analizi yapılmış ve ÇÇTÖ için 62,58; TSBÖ için 67,19 olarak saptanmıştır. Böylece toplam varyansın kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilir.

## **F. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)**

Doğrulayıcı Faktör Analizi ölçek geliştirme çalışmalarında elde edilen modeli doğrulamak amacıyla sık uygulanan bir analiz yöntemidir. DFA'nın elde edilen madde ve faktörlerin doğrulanması için sıklıkla kullanılan bir istatistiksel yöntemdir (Çapık, 2014). Bu alanda incelenen değerler, CMIN, GFI, NFI, CFI ve RMSEA değerleridir. CMIN değeri ki kareyi örneklem büyüklüğüne daha az duyarlı hale getirmeyi amaçlar. Kabul edilebilir değeri 5'ten küçük olmalıdır. (Nevitt ve Hancock, 1998). GFI değeri, 0-1 değeri arasında değişkenlik gösterip, .90 ve üzeri iyi bir yapı olduğunu göstermektedir. Bu değer modeldeki değişkenler arasındaki kovaryans miktarı hakkında bilgi verir (Ayyıldız ve Cengiz, 2006). NFI değeri, mevcut yapının sıfır hipotezi ile olan uygunluğunu ele alır. 0-1 arasında değer alır. 0,90 ve üzeri değer kabul edilebilir olarak nitelendirilir ve 1'e yaklaşması uyumun arttığını gösterir (Bosscher ve Smit, 1998). CFI değeri, değişkenler arası ilişkiyi yoksayarak kurulan yapının sıfır hipotezinden farkını verir. Son olarak RMSEA değeri ise modelin popülasyona yaklaşık uyumunun bir ölçüsüdür. 0-1 arasında değer alır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk 2010).

### **1. ÇBTÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına İlişkin Tartışma**

Bu çalışmada; yapı geçerliliği aşamasında Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) iki boyutlu, 12 alt boyutlu ve 57 maddelik yapısını doğrulamak amacıyla DFA'ya başvurulmuştur. Bu yöneme başvurulmasının temel sebebi YEM ile yürütülen DFA'nın yapı geçerliliğini gösteren sonuçları ortaya koymada açıklayıcı faktör analizine göre daha etkili olduğu belirtilmiştir (Orçan, 2018). Doğrulayıcı faktör analizi 57 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir. İlk yapılan analizde model uyum indeks değerlerine bakılmıştır. ÇÇTÖ için  $\chi^2/df$  değerinin

4.060; TSBÖ için  $x^2/df$  değerinin 3.380 olduğu görülmüştür ve model uyum değerinin kabul edilebilir sınırlar içinde bulunduğu söylenebilir. Diğer uyum değerleri olan  $gfi$ ,  $nfi$ ,  $cfi$  ve  $rmsea$  değerleri ise her iki ölçek için de kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu saptanmıştır.

### **G. Çalışmaya Alınan Örneklemin Uygunluğuna İlişkin Tartışma**

Araştırmaya alınan örneklem grubunun sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürdeki örneklem ile ilgili araştırmalara bakıldığında genellikle kadın ve erkek sayısının birbirine yakın sayılarda olması beklense de araştırmada sağlıklı sonuçlara ulaşmak amacıyla kadın katılımcılara daha fazla yer verilmiştir. Travma ile ilgili literatüre bakıldığında, kadınların erkeklere göre daha fazla TSSB tanısı aldığı çeşitli araştırmalarda mevcuttur (Hapke, Schumann, Rumpf, Jouhn and Meyer, 2006). Buna örnek olarak, Thobaben'in (1999) İngiltere'de cinsiyetler arasındaki farklılıkları ele alan bir araştırmasına göre, travma tanısı alan erkek ve kadınların oranına bakıldığında kadınların erkeklere göre iki kat daha fazla TSSB tanısı aldığı görülmüştür. Bu bağlamda ele alındığında, araştırmanın netliği ve daha doğru verilere ulaşmak amacıyla kadın katılımcılara daha fazla yer verilmiştir. Fakat, kadın ve erkek sayılarının eşit olması durumunda bir farklılık gözlemip gözlemlenemeyeceği konusundaki çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Diğer bir ölçüt olan yaş dağılımına bakıldığında, örneklemin çoğunluğunu 17-25 yaş arası ve 26-30 yaş arası katılımcılar oluşturmaktadır. Bu noktada örneklem grubunun avantajlı bir yapıya sahip olduğu görülmektedir çünkü çocukluk döneminde yaşanan travmaların yetişkinlik dönemindeki bireylerin tutum ve davranışları ele alındığı bu çalışmada, bu tutum ve davranışları erken yetişkinlik dönemindeki bireylerin daha iyi gözlemleyebilmesi çalışmanın güvenilir ilerlemesi açısından büyük önem taşımaktadır. Katılımcıların yüzde 31,4'ü çocukluk döneminde şiddet gördüğünü bildirmiştir. Buradan hareketle, farklı çeşitlerde ve değişik düzeylerde travma geçmişi olan bu katılımcıların yer alması daha nitelikli sonuçlar elde etmede kritik bir rol oynamıştır.

## H. Demografik Özelliklere Göre Alt Boyutların Tartışılması

Demografik özellikle göz önünde bulundurulduğunda, bireyin eğitim seviyesi travmayı anlamlandırma ve travma sonrası ortaya çıkan belirtilerde belirleciyi bir rol oynamaktadır. Bu noktada eğitim seviyesi düşük olan bireylerin daha çok travmatik stres belirtisi göstermeye yatkın oldukları bulunmuştur (Green, Grace ve Gleser, 1985).

Buradan hareketle, bu araştırmada ÇÇTÖ-Duygusal İhmal/İstismar, ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar, ÇÇTÖ- Fiziksel İhmal, ÇÇTÖ-Cinsel İstismar, TSBÖ-Aşırı Tepki, TSBÖ-Yineleme, TSBÖ-Bilişsel Bozulma, TSBÖ-İşlevsel Bozulma ve TSBÖ-Çözülme Belirtileri alt boyutlarının eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. En yüksek farklılık gösteren grubun ortaokul düzeyinde olan katılımcılar olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça bu alt boyutlardaki yükselmenin düştüğü gözlemlenmiştir. Buradan elde edilen sonuç dikkate alındığında literatür ile elde edilen sonuçların benzerlik gösterdiği savunulabilir.

Yaş değişkenine bakıldığında, ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-diğer travmalar, TSBÖ-kaçınma, TSBÖ-aşırı tepki, TSBÖ-yineleme, TSBÖ-bilişsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre, sadece ÇÇTÖ- cinsel istismar alt boyutunda 36-40 yaş ile 17-25 yaş ve 26-30 yaş arasında farklılık gözlemlenmiştir. Ek olarak, 40 yaş ve üstü gruplar; TSBÖ-diğer travmalar, TSBÖ- kaçınma, TSBÖ-yineleme, TSBÖ-aşırı tepki, TSBÖ-bilişsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri alt boyutlarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Literatür incelendiğinde ise, cinsel istimara uğramada en fazla 8-12 yaşları arasında ergenlik öncesi dönemde artış gösterdiği saptanmıştır (Carey, Walker, Rossouw, Sedaat ve Stein, 2008). Bireyin yaşının TSSB geliştirmesinde ilişkili çünkü bireyin olayı anlamlandırmasında ve yaşa uygun geliştirilen savunma mekanizmalarının bu noktada etkili olduğu fakat hangi TSSB belirtilerini gösterdiği hakkında herhangi bir ilişkisi olmadığı belirtilmiştir (Dürü, 2006).

Maddi memnuniyetsizlik ile ölçek alt boyutlarına bakıldığında; ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-diğer travmalar, TSBÖ-kaçınma, TSBÖ-aşırı tepki, TSBÖ-yineleme, TSBÖ-bilişsel bozulma, TSBÖ-işlevsel bozulma ve TSBÖ-çözülme belirtileri alt

boyutlarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Maddi olarak memnun olmayan bireylerin bu alt boyutlarda maddi olarak memnun olan bireylere göre daha yüksek ortalama puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Buradan hareketle, elde edilen sonuçlar literatür ile örtüşür düzeydedir. Yapılan araştırmalarda, maddi memnuniyetsizlik duygusal ihmal ve istismarda, cinsel istismarda, fiziksel ihmal ve istismarda risk faktörü olarak bulunmuştur (Dinleyici ve Dağlı, 2016; Çelik ve Hocoğlu, 2018). Ek olarak travma belirtilerine bakıldığında, çoğu araştırmada travma belirtileri ile maddi imkanlar ilişkili bulunmuştur (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman ve Serpell 2012). Travmatik olaylara maruz kalan düşük ekonomik gelire sahip bireylerin desteğe ulaşma ve yardım alma konusunda zorluk çektikleri bildirilmiştir. TSSB tanısı alan bireylerle yapılan diğer bir çalışmada ise, düşük maddi gelir TSSB için risk faktörü olarak bulunmuştur (Bilgiç, 2004).

Bu çalışmada diğer bir demografik özellik olan çocuklukta yaşanan şiddet ile travma çeşitleri ve travma belirtileri incelendiğinde; çocukluk döneminde şiddet gören katılımcıların ÇÇTÖ-fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar alt boyutlarında en yüksek ortalamaları aldığı gözlemlenmiştir. Travma semptomlarına bakıldığında ise, en yüksek ortalamalar TSBÖ-aşırı tepki ve TSBÖ-yineleme alt boyutlarında bulunmuştur. Literatüre bakıldığında benzer sonuçlar elde edilmektedir. DSÖ'nün 2014 yılındaki araştırmasında çocukluk döneminde fiziksel istismar gören yetişkinlerin oranı %22,6, duygusal istismara görenlerin oranı ise 36,3 olarak belirtilmiştir (WHO, 2014). Türkiye'de yürütülen bir çalışmaya göre ise, 7-18 yaş grubundaki çocukların fiziksel istismar oranı %43, duygusal istismar oranı ise %51 olarak bulunmuştur (UNICEF, 2010).

Bu araştırmada yakın zamanda travma yaşayan bireylerin ÇBTÖ-Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nde (TSBÖ) tüm alt boyutlarda yüksek ortalamalar elde edilmiştir. En yüksek ortalamaya sahip alt boyut TSBÖ-aşırı tepki iken, en düşük ortalamaya sahip alt boyut TSBÖ-kaçınmadır.

Cinsiyet değişkeni ele alındığında ise, kadın katılımcıların Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nde (TSBÖ) TSBÖ-kaçınma, TSBÖ-aşırı tepki, TSBÖ-yineleme, TSBÖ-bilişsel bozulma ve TSBÖ-işlevsel bozulma alt boyutlarında erkek katılımcılardan daha yüksek ortalamalar aldığı bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde bu sonuç ile ilgili araştırmaların fazlalığı dikkat çekicidir. Yapılan

araştırmalarda, kadınların TSSB'ye yatkınlığı erkeklere oranla yatkınlığı iki kat daha fazla yatkın olduğu bulunmuştur (Hapke, Schumann, Rumpf, Jouhn ve Meyer, 2006). İngilterede yapılan bir çalışmada ise erkeklerde TSSB kriteri görülme oranı %5 iken bu oran kadınlarda %10 olarak bulunmuştur (Hein, Cohen ve Campbell, 2005).

## **İ. BT'de Yer Alan ocukluk ağı Travmaları leği (T) ve Travma Sonrası Belirtiler leği (TSB)'nin Birbiri ile Karşılaştırmasına Dair**

### **Tartışma**

Bu çalışmada T-duygusal ihmal/istismar alt boyutu ile TSB-kaçınma, TSB-ařırđ tepki, TSB-yineleme, TSB-bilişsel bozulma, TSB-işlevsel bozulma ve TSB-zlme belirtileri arasında orta düzeyde ilişki saptanmıştır. T-fiziksel istismar ve T-fiziksel ihmal alt boyutlarında ise TSB-ařırđ tepki, TSB-bilişsel bozulma, TSB-işlevsel bozulma, TSB-zlme belirtileri ve TSB-yineleme belirtileri arasında orta düzeyde ilişki bulunmuştur. T-cinsel istismar alt boyutuna bakıldığında, TSB-kaçınma, TSB-ařırđ tepki, TSB-işlevsel bozulma ve TSB-zlme belirtileri arasında zayıf düzeyde negatif yönde ilişki bulunmuştur. T-ikincil travmalar alt boyutunda ise TSB'de bulunan tüm belirtilerle aralarında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Son olarak, T-diğer travmalar alt boyutunda TSB-ařırđ tepki ve TSB-bilişsel bozulma başta olmak üzere yineleme, TSB-işlevsel bozulma, TSB-kaçınma ve TSB-zlme belirtilerinde orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki elde edilmiştir.

Literatüre göz atıldığında, travma eşitleri ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiyi direkt olarak ele alan çalışmanın eksikliği dikkat çekmektedir. Fakat alandaki çalışmalara göre; çocukluk döneminde duygusal ihmal ve istismara; fiziksel ihmal ve istismara; cinsel istismara maruz kalan bireylerin ilerleyen dönemlerde ciddi anlamda psikolojik, sosyal ve davranışsal olarak zorluk çektikleri bildirilmektedir. Bu bağlamda bu bireylerin ilerleyen dönemlerde saldırgan ve şiddete meyilli davranışlar gösterme, depresyon, yüksek düzeyde kaygđ, korku, öfke problemleri ve istismar davranışları sergiledikleri bildirilmiştir (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Buna ek olarak, aileleri tarafından ihmal ve istismara kalan bireylerin TSSB belirtilerinden bazılarını gösterdikleri



bulunmuştur (Polat, 2007). Cinsel istismara maruz kalan kişiler ele alındığında, uzun vadede psikopatojiye meyillilik konusunda risk grubunda oldukları bulunmuştur. Geçmiş yaşantısında cinsel istismar bildiren bireyler depresyon, anksiyete, çözülme belirtileri, cinsel kimlik ya da davranış problemleri ve fiziksel yakınmalar görülebilmektedir (Dokgöz ve Kar, 2017).

#### **J. ÇBTÖ’de Yer alan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) Alt Boyutlarına İlişkin Tartışma**

Çok Boyutlu Travma Ölçeği’nde (ÇÇTÖ) bulunan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon değerlerine bakıldığında; ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyutu ile ÇÇTÖ-ikincil travmalar ve ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutu dışında tüm alt boyutlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak, tüm alt boyutların ölçümde birbirine eşlik edebileceği fakat; ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyutunun sadece ÇÇTÖ-ikincil travmalar ve ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutuna eşlik etme olasının düşük düzeyde olabileceği kanısına varılabilir. Cinsel istismarın; ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-duygusal ihmal/istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal ile arasında ilişki bulunup, ÇÇTÖ-ikincil travmalar ve ÇÇTÖ-diğer travmalar alt boyutunda ilişki bulunamamasının sebebi; cinsel istismarın; bireyleri fiziksel ihmal ve istismara aynı zamanda duygusal ihmal/istismara açık hale getirebileceği düşünülerek birbiri arasında bulunan ilişkinin bu sebepten dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği’nde (TSBÖ) ise, tüm alt boyutlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bundan dolayı tüm alt boyutların ölçümde birbirine eşlik edebileceği söylenebilir. Bunun sebebi, travma belirtilerinde tüm belirtilerin birbiri ile ilişkili olmasının sebebi, TSSB tanıli bireylerde TSSB semptomlarının birbirine eşlik ettiği açıktır bundan dolayı da bu alt boyutların Çok Boyutlu Travma Ölçeği’nde birbiri ile ilişkili olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

## **K. ÇBTÖ Tüm Alt Boyutları Kesme Puanı Değerlerinin Tartışılması**

Yeni geliştirilen ölçek olan Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) kesim noktalarını belirlemek amacıyla referans olarak alınan Çocukluk Dönemi Travmaları Ölçeği'nde (CTQ) kesme noktaları; cinsel istismar için 5 puan üzeri, fiziksel istismar için 5 puan üzeri, fiziksel ihmal için 7 puan üzeri, duygusal istismar için 7 puan üzeri ve duygusal ihmal için ise 12 puan sınırının aşılması pozitif bildirim olarak belirtilmiştir.

Bu çalışmada ise ROC analizi uygulanan alt boyutlar olan ÇÇTÖ-cinsel istismar için 19 puan ve altı (ters kodlama), ÇÇTÖ-fiziksel istismar için 8 puan ve üzeri, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal için 5 puan ve üzeri, ÇÇTÖ-duygusal İhmal/istismar için ise 18 puan ve üzeri olarak saptanmıştır. Referans ölçekleri bulunmayan ÇÇTÖ-ikincil travmalar ve ÇÇTÖ-diğer travmalar için Angoff Yöntemi uygulanmış ve kesme puanları ÇÇTÖ-ikincil travmalar için 10 puan ve üzeri olarak; ÇÇTÖ-diğer travmalar için ise 13 puan ve üzeri olarak bulunmuştur.

Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği'nde ise (TSBÖ) ROC analizi sonuçlarına göre; TSBÖ-kaçınma için 6 puan ve üzeri, TSBÖ-aşırı tepki için 8 puan ve üzeri, TSBÖ-yineleme için 7 puan ve üzeri olarak bulunmuştur. Angoff Yöntemi ile referans ölçekleri olmayan TSBÖ-bilişsel bozulma için 19 puan ve üzeri, TSBÖ-işlevsellikte bozulma için 16 puan ve üzeri, son olarak TSBÖ-çözülme belirtileri için ise 7 puan ve üzeri kesim noktası olarak belirlenmiştir.

Yapılan analizlerde kesim değeri belirlemek için en iyi duyarlılık ve özgüllük değerleri temel alınmıştır. Yukarıda belirtilen kesme puanlarının 1 puan alt değeri ya da üst değeri baz alındığında en iyi duyarlılık ve özgüllük kriterlerinin sağlanmadığı görülmüştür. Sadece ÇÇTÖ-cinsel İstismar alt boyutunda ters kodlanmaktadır ve 19 puan ve altındaki değerler cinsel travmanın varlığı hakkında pozitif bildirim olarak değerlendirilmektedir.

## **L. Sonuç**

Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) öz bildirim şeklinde doldurulabilen bir ölçektir. Bireylerin çocukluk dönemi ve yetişkinlik dönemi travmalarını belirlemek ve travma sonrası semptomları belirlemek amacıyla literatüre kazandırılması amaçlanmıştır.

Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) başlığı altında, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği (TSBÖ) isimleri altında iki adet ölçek bulunmaktadır. Toplamda 12 alt boyut 57 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum şeklinde 5’li likert tipinde hazırlanmış olup; cinsel istismar alt boyutu hariç tüm maddeler düz kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 57-285 arasındadır.

Çok Boyutlu Travma Ölçeği’nde ilk adımda kapsam geçerliliği sonuçları ele alınmış olup alanında uzman kişilerin değerlendirmeleri göz önünde bulundurularak kapsam geçerliliği kıstaslarını sağladığı düşünülmektedir. Sonrasında açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri uygulanarak yapı geçerliliği sağlanmıştır. Söz konusu bu ölçeğin bu doğrultuda gerekli standartları sağladığı düşünülmekte olup geçerli ve güvenilir bir ölçek ortaya çıkarılmıştır. Bu bağlamda;

- Tüm faktör yükleri 0.30 üzeri bulunmuştur.
- ÇÇTÖ ve TSBÖ cronbach’s alpha değerleri sırasıyla .875 ve .947 olarak bulunmuştur.
- ÇÇTÖ ve TSBÖ geçerlilik değerleri sırasıyla .908 ve .954 olarak bulunmuştur.
- ÇÇTÖ ve TSBÖ uyum indekslerini karşıladığı saptanmıştır.

ÇÇTÖ, duygusal ihmal/istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, ikincil travma ve diğer travmalar olmak üzere 6 alt boyut 31 maddeden oluşmaktadır.

TSBÖ, kaçınma, yineleme, aşırı tepki, bilişsel bozulma, işlevsel bozulma ve çözülme belirtileri olmak üzere 6 alt boyut 26 maddeden oluşmaktadır.

Sonuç olarak tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda Türkiye örnekleme uygun geçerli ve güvenilir bir ölçek olan ‘Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ)’ geliştirilmiştir.

## M. Öneriler

- Bu ölçek 18-40 yaş arası bireylere ve okuma yazma bilen bireylere uygulanmıştır. Bu noktada farklı sosyo-demografik özelliklere sahip örnekleme geçerlilik ve güvenilirlik bulguları elde edilmeden uygulanmaması önerilmektedir.
- Ölçekte ÇÇTÖ'de yer alan cinsel travma, duygusal ihmal/istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve TSBÖ'de yer alan kaçınma, yineleme, aşırı tepki alt boyutları referans ölçekler kullanılarak ROC analizi uygulanmış ve kesme puanları belirlenmiştir. ÇÇTÖ'de yer alan ikincil travmalar ve diğer travmalar; TSBÖ'de yer alan bilişsel bozulma, işlevsel bozulma ve çözülme belirtileri alt boyutları kesme puanları referans ölçek kullanılmadığından Angoff Yöntemi ile belirlenmiştir. Bu noktada ilerleyen çalışmalarda Angoff Yöntemi uygulanan alt boyutlarda daha fazla uzmana danışılarak daha hassas bir kesme puanı elde edilmesi önerilmektedir.
- Alanda çalışan uzmanlar 'Çok Boyutlu Travma Ölçeği'ni (ÇBTÖ) kullanarak travma yaşayan bireyleri belirleyebilir ve bu bireylere erken müdahalede bulunulabilir. Yine aynı şekilde 'Çok Boyutlu Travma Ölçeği' öz bildirim şeklinde hazırlandığı için örseleyici olay yaşayan bireyler bu ölçek sayesinde farkındalık geliştirerek alandaki profesyonellerden yardım almak için motivasyon kaynağı geliştirebilir.
- Kişilerin nasıl travmatize olduklarını ve hangi travma türlerinin hangi semptomlara sebep olabileceği hakkında daha net sonuçlara ulaşabilmek amacıyla nitel yöntemler kullanılarak çalışmalar yapılabilir.
- Çok Boyutlu Travma Ölçeği (ÇBTÖ) geçerli ve güvenilir bir yapıya sahiptir. Fakat işlenen konunun hassasiyeti açısından ölçeğin nihai formunun sadece travmatize olmuş bireylere tekrar uygulanarak geçerlilik ve güvenilirlik değerlerinin tekrar gözden geçirilmesi önerilmektedir.
- Çalışmada kadın katılımcıların sayısı erkek katılımcılara göre daha fazladır. Bu noktada yaklaşık sayıda kadın-erkek katılımcı içeren

benzer çalışmaların yapılması önerilmekte ve sonuçların karşılaştırılması gerekmektedir.





## VI. KAYNAKÇA

### KİTAPLAR

ALTINTAŞ, E. (2003). **Stres Yönetimi**, 1.Basım, İstanbul: Alfa Yayınları.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1952). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-I**. Washington, DC. (1. edition)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1968). **DSM-II - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (Second Ed.). American Psychiatric Association

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (3rd ed.). Washington, DC: Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4th ed.). Washington, DC: Author.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2001). **Publication Manual of the American Psychological Association** (5th ed.). Washington, DC: Author

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

BALTAŞ, Z. (1989). **Stres ve Başa Çıkma Yolları**, İstanbul: Remzi Kitabevi, Basım.

BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2014). **Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum**. Ankara: Pegem Akademi

CHILD, D. (2006). **The Essentials of Factor Analysis**. Continuum, London. 3. Edition

CÜCELOĞLU, D. (1992). **İnsan ve Davranışı; Psikolojinin Temel Kavramları**. (4. Baskı), Remzi Kitabevi, İstanbul

- FİSCHER, G. and RİEDESSER P (1999). **Lehrbuch der Psychotraumatologie**  
**Textbook of Psychotraumatology**. München: Ernst Reinhardt Verlag
- HOROWITZ, M. J. (1993). Stress-response Syndromes. **International Handbook**  
**of Traumatic Stress Syndromes**, 49-60.
- MORRISON, J. (2014). **DSM-5 made easy**: The clinician's guide to diagnosis.  
Guilford Publications
- NEVITT, J. and HANCOCK, G.R. (1998). **Relative Performance of Rescaling and**  
**Resampling Approaches to Model Chi Square and Parameter**  
**Standard Error Estimation in Structural Equation Modeling**.  
Presented at American Educational Research Association Annual  
Meeting 1998.
- NUNNALLY, J. C. (1978). **Psychometric theory**: New York : McGraw-Hill,  
c1978. 2d.
- ÖZDAMAR, K. (2002). **Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1**. 4. Baskı.  
Eskişehir: Kaan Kitapevi, 2002
- POLAT, O. (2007). **Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı-tanımları I**. Ankara: Seçkin  
Yayınevi.
- SEÇER, İ. (2015). **Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci: SPSS ve LISREL**  
uygulamaları. Ankara: Anı Yayıncılık.
- ŞEKER, H. ve GENÇDOĞAN, B. ( 2006). **Psikolojide ve Eğitimde Ölçme Aracı**  
**Geliştirme**. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.
- TEKİN, H. (1977). **Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme**. Ankara: Mars Matbaası.
- VAN DER KOLK, B. A. (2004). **Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder**.  
**Textbook of Biological Psychiatry**, ss. 319-344
- VAN DER KOLK, B. A. and MCFARLANE, A. C. (Eds.). (1996). **Traumatic**  
**Stress: The Effects Of Overwhelming Experience On Mind, Body**  
**And Society**. Guilford Press.



## MAKALELER

- AL-NASER, F. ve EVERLY, G.S. (1999). Prevalance of Posttraumatic Stres Disorder Among Kuwaiti Fire Fighters. **International Journal of Emergency Mental Healt and Human Resilience**, 1(2), ss. 99-101.
- ANDERSON, James C. and DAVID W. GERBING; (1988), “**Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach**”, *Psychological Bulletin*, 103, ss. 411-423
- ARIKAN, G. ve KARANCI, N. (2012). Attachment and coping as facilitators of posttraumatic growth in Turkish university students experiencing traumatic events. **Journal of Trauma & Dissociation**, 13(2), ss. 209-225.
- AYAN, S. (2007). Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 8(3), ss. 206-214.
- AYRE, C. ve SCALLY A. J. (2014). Critical values for Lawshe’s content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47 (1), ss. 79–86.
- AYTAÇ, M. ve Öngen, B. (2012). Doğrulamalı faktör analizi ile yeni çevresel paradigma ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi. **İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya**, 5(1), ss. 14-22
- AYYILDIZ, C. (2006). Pazarlama Modellerinin Testinde Kullanılabilecek Yapısal Eşitlik Modeli (Yem) Üzerine Kavramsal Bir İnceleme . **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** , 11 (2), ss. 63-84.
- BARTLETT, M.S. (1950). Tests of significance in factor analysis. **British J. Psych.** (Statistical Section) 3, ss. 77–85.
- BATTAL, S. ve ÖZMENLER, N. (1997). Postravmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. **Psikiyatri Dergisi**, ss.6-28
- BENJET, C., BROMET, E., KARAM, E. G., KESSLER, R. C., MCLAUGHLIN, K. A., RUSCİO, A. M. and ALONSO, J. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the **World Mental**

**Health Survey Consortium. Psychological medicine**, 46(2), ss. 327-343.

BERNSTEIN, D. P., FINK, L., HANDELSMAN, L., FOOTE, J., LOVEJOY, M., WENZEL, K. and RUGGIERO, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. **The American journal of psychiatry**, ss. 11-23

BLACKBURN, A.B., O'CONNELL, W. E. and RICHMAN, B. W. (1984). Post-traumatic Stress disorder, the Vietnam veteran, and Adlerian natural high therapy. **Individual psychology**, 40(3), s. 317.

BLANCHARD, E. B., JONES A. J., BUCKLEY, T. C. ve FORNERIS, C. A. (1996). Psychometric Properties of the PTSD Checklist (PCL). **Behaviour Research and Therapy**, 34, ss. 669-673.

BLUM-KULKA, S. (1990). You don't touch lettuce with your fingers: Parental Politeness in Family Discourse. **Journal of pragmatics**, 14(2), ss. 259-288.

BOALS, A., RIGGS, S. A. and KRAHA, A. (2013). Coping with Stressful or Traumatic Events: What Aspects of Trauma Reactions Are Associated With Health Outcomes?. **Stress and Health**, 29(2), ss. 156-163.

BOLU, A., ERDEM, M., & ÖZNUR, T. (2014). TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU. **Anatolian Journal of Clinical Investigation**, 8(2). s.5

BOSSCHER, R. J. and SMIT, J. H. (1998). Confirmatory Factor Analysis of The General Self-Efficacy Scale. **Behaviour Research and Therapy**, 36(3), ss. 339-343.

BREMMER JD, DAVIS M. and SOUTHWICK SM. (1993). Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder. **Review of Psychiatry**, (12) ss. 83-237

BREMNER, J.D. RANDALL, P. and SCOTT, TM. (1995). MRI-based Measurement Of Measurement of Hippocampal Volume In Patients with Combatrelated Posttraumatic Stress Disorder. **Am J Psychiatry**, 152 (suppl.7): ss. 973-981

BRESLAU, N., DAVIS, G. C., ANDRESKI, P. and PETERSON, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban

population of young adults. **Archives of General Psychiatry**, 48(3), ss. 216-222.

BRESLAU, N., DAVIS, G. C., ANDRESKI, P., PETERSON, E. L. and SCHULTZ, L. R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. **Archives of General Psychiatry**, 54(11),ss. 1044-1048.

BRESLAU, N., BOHNERT, K. M. and KOENEN, K. C. (2010). The 9/11 terrorist attack and posttraumatic stress disorder revisited. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 198(8), ss. 539-543.

BRESLAU, N. and DAVIS G.C. (1987). Posttraumatic Stress Disorder: The Etiologic Specificity of Wartime Stressors. **Am J Psychiatry**. 144(5): ss.578-83.

BRYANT, R. A. and HARVEY, A.G. (1996). Posttraumatic Stress Reactions in Volunteer Firefighters. **Journal of traumatic stress**. 9(1): ss. 51-62

BÜYÜKÖZTÜRK, Y. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. **Dergi Park**. 32 (32), ss. 470-483.

CAN, G., TOPBAS, M., ÖKTEN, A. ve KIZIL, M. (2004). Child Abuse As A Result of Enuresis. **Pediatrics international**, 46(1),ss. 64-66.

CAREY, P. D., WALKER, J. L., ROSSOUW, W., SEEDAT, S. and STEİN, D. J. (2008). Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 17(2), ss. 93–98.

CARLSON, J., TOMKOWIAK, J. and STILP, C. (2009). Using the Angoff Method to Set Defensible Cut off Scores for Standardized Patient Performance Evaluations in PA Education. **The Journal of Physician Assistant Education**: Volume 20 - Issue 1 - p ss. 15-23

CARR, V. J., LEWIN, T. J., WEBSTER, R. A., HAZELL, P. L., KENARDY, J. A., and CARTER, G.L. (1995). Psychosocial Sequelae of the 1989 Newcastle Earthquake: I. Community Disaster Experiences and Psychological Morbidity 6 months Post-Disaster. **Psychological Medicine**, 25(3), ss. 539-555.

- CREAMER, T. L. and BECKY J. L. (2005). "Secondary Traumatic Stress Among Disaster Mental Health Workers Responding to the September 11 Attacks". **Journal of Traumatic Stress**, C. 18, S. 1, ss. 89-95
- ÇAKMAK, H., ER, R. A., ÖZ, Y. C. ve AKER, A. T. (2010). Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afetlere Hazırlık Durumlarının Saptanması. **Journal of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumlari Dergisi**. 9(2): ss. 83-88.
- ÇAPIK, C. (2014). "Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı" **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**. 17/3,196-205
- ÇELİK, F. ve HOCAOĞLU, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. Retrieved from Roth S, Friedman JD: editors. **Childhood Trauma Remembered**. ISTSS; ss. 5-14
- ÇOKLUK, Ö., ŞEKERCİOĞLU, G. ve BÜYÜKÖZTÜRK Ş. (2010). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: **Pegem.Net**. ss..275-85
- ÇORAPÇIOĞLU ÖZKÜRKÇÜGİL, A. (1999). Bir Mediko-Sosyal Merkeze Genel Sağlık Sorunları İle Başvuran Öğrencilerden Psikiyatrik Tanı Alanlarda Bazı Sosyodemografik Özellikler. **Türk Psikiyatri Dergisi**. Ss. 11-17
- DAVIES-NETZLEY, S., HURLBURT, M. S. and HOUGH, R. L. (1996). Childhood Abuse As A Precursor To Homelessness For Homeless Women With Severe Mental Illness. **Violence and Victims**. 11(2), ss. 129-142.
- DE MARNEFFE, D. (1991). Looking and Listening: The Construction of Clinical Knowledge in Charcot and Freud. Signs: **Journal of Women in Culture and Society**, 17(1),ss. 71-111.
- DİNLEYİCİ, M. ve DAĞLI, F. (2016). Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin rolü. **Osmangazi Tıp Dergisi/Osmangazi Journal of Medicine**, Mayıs/May, 2016;38 (2), ss. 18-27.
- DOKGÖZ, H. ve KAR, H. (2017). Çocukta Cinsel İstismar. **Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi Özel Dergisi**, 3(3), ss. 169-174.

- DURŞUN, Y. ve KOCAGÖZ, E. (2010). Yapısal Eşitlik Modellemesi ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz. **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Sayı: 35, Ocak-Temmuz 2010 ss.1-17.
- EATON, K., SALLEE, F. R., and SAH, R. (2007). Relevance of Neuropeptide Y (NPY) in Psychiatry. **Current Topics in Medicinal Chemistry**, 7(17), ss. 1645-1659.
- EHLERS, A. and CLARK, D. M. (2000). A Cognitive Model Of Posttraumatic Stress Disorder. **Behaviour Research and Therapy**, 38(4), ss. 319-345.
- EHLERS, A., CLARK, D.M., HACKMANN, A., MCMANUS, F. and FENNELL, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. **Behaviour Research and Therapy**, 43, ss. 413-431.
- EKER, İ. ve YILMAZ, B. (2016). Risk alma davranışı: Çocukluk Çağı Travmaları ve Benlik Saygısı Temelinde Bir Değerlendirme. **Klinik Psikiyatri Dergisi**. 19(1), ss. 27-36.
- ELLIS, A. (1994). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Rational Emotive Behavioral Theory. **Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy**
- ERIKSON, E. (1968). Identity: Youth, and crisis. New York: Norton. Behavioral Science, **Journal of the Society for General Systems Research**, Volume14, Issue 2.
- EŞSİZOĞLU, A., YAŞAN, A., BÜLBÜL, İ., ÖNAL, S., YİLDİRİM, E. A. ve AKER, T. (2009). Bir Terörist Saldırı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. **Türk Psikiyatri Dergisi**, s. 20 (2).
- EVREN, C., DURKAYA, M., EVREN, B., DALBUDAK, E., and CETİN, R. (2012). Relationship of Relapse With İmpulsivity, Novelty Seeking and Craving in Male Alcohol-Dependent Inpatients. **Drug and Alcohol Review**, 31(1), ss. 81-90.

- FABRIGAR, L. R., WEGENER, D. T., MACCALLUM, R. C. and STRAHAN, E. J. (1999). Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research. **Psychological Methods**, 4(3), ss. 272-299.
- FIGLEY, C.R. (1995). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. **J Clin Psychol Journal**, 58: ss. 1433-1441.
- FOA, E. B., CASHMAN, L., JAYCOX, L. and PERRY, K. (1997). The Validation of A Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. **Psychological Assessment**, 9(4), ss. 445-451
- FOA, E. B., RIGGS, D. S., DANCU, C. V. and ROTHBAUM, B. O. (1993). Reliability and Validity of a Brief instrument for Assessing Post-traumatic Stress Disorder. **Journal of Traumatic Stress**, 6(4), ss. 459-473.
- FOA, E.B. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 61: ss.43-51
- FOA, E.B. and KOZAK, M.J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. **PsycholBull**, 99(1): ss. 20-35.
- FOLKMAN, S. and LAZARUS, R. S. (1980). An Analysis of Coping in A Middle-Aged Community Sample. **Journal of Health and Social Behavior**, ss. 219-239.
- FRANZKE, I., WABNITZ, P. and CATANI, C. (2015). Dissociation As A Mediator of The Relationship Between Childhood Trauma and Nonsuicidal Self-Injury In Females: A Path Analytic Approach. **Journal of Trauma & Dissociation**, 16(3), ss. 286-302.
- FRIEDMAN, M. J., RESICK, P. A., BRYANT, R. A. and BREWIN, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. **Depression and Anxiety**, 28(9), ss. 750-769.
- GARNEFSKI, N., KRAAIJ, V., and SPINHOVEN, P. (2002). Manual Fortheuse of The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Personality and Individual Differences, **The Scientific Research Acedemic Publisher**, 31(9), ss. 19-39

- GERSON, B. (1992). Post-traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept **British Journal of Psychiatry** 161; ss. 742-748.
- GOODMAN-BROWN, T. B., EDELSTEIN, R. S., GOODMAN, G. S., JONES, D. P., and GORDON, D. S. (2003). Why children tell: A Model of Children's Disclosure of Sexual Abuse. **Child Abuse & Neglect**, 27(5),ss. 525-540.
- GÖKALP, P. G. (2000). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda İlaç Tedavisi. **Klinik Psikiyatri Dergisi Ek 3: Deprem ve Travma**, ss. 21-28
- GREEN, B.L., GRACE, M.C. and GLESER, G.C. (1985). Identifying Survivors At Risk: Long-Term Impairment Following The Beverly Hills Supper Club Fire. **J Consult Clin Psychol.** ;53(5):672- s.8
- GÜLOĞLU, B. KARAIRMAK, O. and EMİRAL, E. (2016). The Role of Spirituality and Forgiveness in Childhood Trauma. **Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry** 17(4): ss. 309–316
- HADİ, N. U., ABDULLAH, N. and SENTOSA, I. (2016). An Easy Approach to Exploratory Factor Analysis: Marketing Perspective. **Journal of Educational and Social Research**, 6(1), ss. 215
- HAPKE, U., SCHUMANN, A., RUMPF, HJ., JOHN, U. and MEYER, C. (2006) Post-Traumatic Stress Disorder: The Role of Trauma, Pre-Existing Psychiatric Disorders, and Gender. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.** 2006 Aug;256(5): ss. 299-306.
- HEIN D., COHEN L. and CAMPBELL A. (2005) Is Traumatic Stress a Vulnerability Factor For Women With Substance Use Disorder?, **National Library of Medicine**, Clinical Psychology Review, 25: ss. 813-823
- HELZER, J. E., ROBINS, L. N. and MCEVOY, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. **New England Journal of Medicine**, 317(26), ss. 1630-1634.
- HEPP, U., GAMMA, A., MİLOS, G., EICH, D., AJDACIC–GROSS, V., RÖSSLER, W., ANGST, J. and SCHNYDER, U. (2006). Prevalence of

- exposure to potentially traumatic events and PTSD. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, 256(3), ss. 151-158.
- HINTON, D. E. and LEWIS-FERNÁNDEZ, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. **National Library of Medicine**, *Depression and Anxiety*, 28(9), ss. 783-801.
- HOCH-ESPADA, A., RYAN, E. and DEBLINGER, E. (2006) Child Sexual Abuse. In: Fisher J.E., O'Donohue W.T. (eds) *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*. **Springer**, Boston, MA .
- HOGARTY, K. Y., HINES, C. V., KROMREY, J. D., FERRON, J. M. and MUMFORD, K. R. (2005). The Quality of Factor Solutions in Exploratory Factor Analysis: The Influence of Sample Size, Communality and Overdetermination. *Educational and Psychological Measurement*, **Sage Journals**, 65, ss. 202-226.
- HYMAN, O. (2004). Perceived Social Support and Secondary Traumatic Stress Symptoms in Emergency Responders. **Journal of Trauma Stres**, 17(2):ss. 149-156
- JAKOVLJEVIĆ, M., BRAJKOVIĆ, L., JAKŠIĆ, N., LONČAR, M., AUKST-MARGETIĆ, B. and LASIĆ, D. (2012). Posttraumatic Stress Disorders (PTSD) From Different Perspectives: A Transdisciplinary integrative **Approach**. **Psychiatria Danubina**, 24(3.), ss. 246-255.
- JONES, J. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. **Science Direct Journal**, *Clinical Psychology Review*, 10(3), ss. 299–328.
- KAISER, H. F. (1974). An Index of Factorial Simplicity. **Psychometrika**, 39(1), ss. 31-36.
- KALKANLI, Z. G. (2019). Terör, 11 Eylül'ün Psikolojik Etkileri ve İyileştirici Terapiler. **Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, (9), ss. 275-305
- KANIK, E.A. ve Erden S. (2003). Tanı Testlerinin değerlendirilmesinde ROC (Receive Operating Characteristics) Eğrisinin Kullanımı, **Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 3: ss. 260-264



- KAPLAN, S.J., PELCOVITZ, D. and LABRUNA, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect. **American Academy of Child Adolescent Psychiatry**, 38, ss. 1214-1222.
- KARAKOÇ, FY. ve DÖNMEZ, L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. TED. **Dergi Park**, 40: ss. 39-49
- KARANCI, A. N. ve RÜSTEMLI, A. (1995). Psychological consequences of the 1992 Erzincan (Turkey) earthquake. Disasters, **National Library of Medicine**, 19(1), ss. 8-18
- KARANCI, A. N., IŞIKLI, S., AKER, A. T., GUL, E.I., ERKAN, B.B., ÖZKOL,H., and GÜZEL,H.Y. (2012). Personality, Posttraumatic Stress and Trauma Type: Factors Contributing to Posttraumatic Growth and Its Domains in A Turkish Community Sample. **National Library of Medicine**, 3:ss. 17-30.
- KAYA, M. F. (2013). Sürdürülebilir kalkınmaya yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması. **Marmara Coğrafya Dergisi** Sayı: 28, Temmuz - 2013, ss. 175-193 İstanbul Issn:1303-2429 E-Issn 2147-7825
- KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M. and NELSON, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in **the National Comorbidity Survey**. Archives of general psychiatry, 52(12), ss. 1048-1060.
- KILIÇ, S. (2016). Cronbachs Alpha Reliability Coefficient. **Journal of Mood Disorders**. 6. 1. 10.5455/jmood.20160307122823.
- KIMERLING, R., OUIMETTE, P., PRINS, A., NISCO, P., LAWLER, C., CRONKİTE, R. and MOOS, R. H. (2006). Brief report: Utility of a Short Screening Scale for DSM-IV PTSD in Primary Care. **Journal of General Internal Medicine**, 21(1),ss. 65-67.
- KINTZLE, S., YARVIS, J.S. and BRIDE, B.E. (2013). Secondary Traumatic Stress in Military Primary and Mental Health Care Providers. **Military Medicine**, 178(12), ss. 1310- 1315.
- KLIN, P. (1994). An easy guide to factor analysis. New York: Routledge. Scientific Research: **An Academic Publisher**, 45(2) ss. 24-45

- KNIPSCHEER, J., SLEIJPEN, M., FRANK, L., DE GRAAF, R., KLEBER, R., HAVE, M. and DÜCKERS, M. (2020). Prevalence of Potentially Traumatic Events, Other Life Events And Subsequent Reactions Indicative For Posttraumatic Stress Disorder in The Netherlands: A General Population Study Based On The Trauma Screening Questionnaire. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 17(5), ss.17-25.
- KOCABAŞOĞLU, N., ÇORAPÇIOĞLU ÖZDEMİR, A., YARGIÇ, İ. ve GEYRAN, P. T. (2005). PTSD Checklist-CivilianVersion. In PCL-C) Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği. **Yeni Symposium**, Vol. 43, ss. 126-134.
- KOKURCAN, A. ve ÖZSAN, H. H. (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. **Kriz Dergisi** , 20 (1) , ss.19-24.
- KUTCHINSKY, B. (1991). Pornography and rape: Theory and practice?: Evidence from crime data in four countries where pornography is easily available. **International Journal of Law and Psychiatry**, 14(1-2), ss. 47-64.
- LANS, W. and VOORDT, VAN DER, T. (2002). Descriptive Research. Ways to Study Architectural, Urban and Technical Design. **DUP Science Delft**, ss. 53–60.
- LAWSHE, C. H. (1975). A Quantitative Approach to Content Validity. **Personnel psychology**, 28(4), ss. 563-575.
- LAZARUS, R. S. (1999). Stressandemotion: A Newsynthesis. New York: **Springer Publishing Company**. 32(7), s. 27
- LEVI L. (1965). The Urinary Output of Adrenaline and Noradrenaline During Pleasant and Unpleasant Emotionalstates. **Psychosom**. 27: ss.80-85.
- LIBERZON, I., TAYLOR, S. F., PHAN, K. L., BRITTON, J. C., FIG, L. M., BUELLER, J. A. and ZUBIETA, J. K. (2007). Altered Central M-Opioid Receptor Binding After Psychological Trauma. **Biological psychiatry**, 61(9), ss. 1030-1038.
- MACASKILL, A. (2012). Differentiating Dispositional Self-Forgiveness From Other-Forgiveness: Associations With Mental Health and Life

- Satisfaction. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 31(1), ss. 28–50.
- MACCALLUM, R. C., WIDAMAN, K. F., ZHANG, S. and HONG, S. (1999). Sample Size in Factor Analysis. **Psychological methods**, 4(1), s. 84.
- MCFARLANE, A. C., ATCHISON, M. and YEHUDA, R. (1997). The Acute Stress Response Following Motor Vehicle Accidents And Its Relation to PTSD. **Annals of The New York Academy of Sciences**, 821(1), ss. 437-441.
- MEEWISSE, M. L., REITSMA, J. B., DE VRIES, G. J., GERSONS, B. P. and OLFF, M. (2007). Cortisol And Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. **The British Journal of Psychiatry**, 191(5), ss. 387-392.
- MICALE, M. S. (1989). Hysteria and its Historiography: a Review of Past and Present Writings (I). **History of Science**, 27(3), ss. 223-261.
- MORGAN, C. A., RASMUSSEN, A. M., WINTERS, B., HAUGER, R. L., MORGAN, J., HAZLETT, G. and SOUTHWICK, S. (2003). Trauma Exposure Rather Than Posttraumatic Stress Disorder is Associated with Reduced Baseline Plasma Neuropeptide-Y Levels. **Biological psychiatry**, 54(10), ss. 1087-1091.
- NORTH, C. S., SURIS, A. M., SMITH, R. P. and KING, R. V. (2016). The Evolution of PTSD Criteria Across Editions of DSM. **Behavioral Sciences**, 28, 3, 28(3), ss. 197-208
- NUTT, D., (2000). The Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. **J Clin Psychiatry Journal**, 61(suppl. 5): ss. 24-29.
- ODHAYANI, A., WATSON, W. J. and WATSON, L. (2013). Behavioural Consequences of Child Abuse. **Canadian family physician**, 59(8), ss. 831-836.
- OLFF, M. (2017). Sex and Gender Differences in Post-Traumatic Stress Disorder: An Update. **European Journal of Psychotraumatology**, 8(sup4), 1351204.

- ONAT, O. ve OTRAR, M. (2010). Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. **Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi**, (31), ss. 123-143.
- ORÇAN, F. (2018). Exploratory And Confirmatory Factor Analysis: Which One to Use First. **Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology**, 9(4), ss. 413-421.
- ÖZDEMİR, B., ÇELİK, C., ÖZMENLER, K. N. ve ÖZŞAHİN, A. (2010). Savaş Stres Reaksiyonlarının Tarihsel Gelişim Süreci. **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 9(1). S.17
- ÖZGEN, F. ve AYDIN, H. (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. **Klinik Psikiyatri Dergisi**, (1) ss.34-41.
- ÖZKUL, M. ve VAR, E. (2018). İkincil Travmatik Stres ve Sosyal Destek İlişkisinin Değerlendirilmesi. **Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi**, 1(2), 2018, ss. 49-62
- PAOLUCCI, E. O., GENUIS, M. L. and VIOLATO, C. (2001). A Meta-Analysis of The Published Research on The Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), ss. 17– 36.
- PEEBLES, M. J. (1989). Posttraumatic stress disorder. **Bulletin of the Menninger Clinic**, 53(3), ss. 274-286.
- PITMAN, R. K., RASMUSSEN, A. M., KOENEN, K. C., SHIN, L. M., ORR, S. P., GILBERTSON, M. W., MILAD, H. and LIBERZON, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *nature Reviews of neuroscience Journal*, 13(11), ss. 769-787.
- PITMAN, R. K., SHIN, L. M. and RAUCH, S. L. (2001). Investigating The Pathogenesis Of Posttraumatic Stress Disorder With Neuroimaging. **The Journal Of Clinical Psychiatry**.
- POTTHOFF, S., GARNEFSKI, N., MIKLÓSI, M., UBBIALI, A., DOMINGUEZ-SÁNCHEZ, F. J., MARTINS, E. C. and KRAAIJ, V. (2016). Cognitive Emotion Regulation and Psychopathology Across Cultures: A Comparison Between Six European Countries. **Personality and Individual Differences**, 98, ss. 218-224.

- RASMUSSEN, AM., HAUGER, RL. and MORGAN, CA. (2000). Role of Norepinephrine in Pathophysiology and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. **Biological Psychiatry**, 15;47(suppl. 6): ss. 526-539.
- SAMHSA (2014). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS PublicationNo. (SMA) 13 4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, ss. 33-59.
- SARAÇLI, S. (2011). Faktör Analizinde Yer Alan Döndürme Metotlarının Karşılaştırmalı İncelenmesi Üzerine Bir Uygulama. **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 2011;1(3): ss. 22-26
- SCHNURR, P. P. and JANKOWSKI, M. K. (1999, October). Physical Health And Post-Traumatic Stress Disorder: Review And Synthesis. **Clinical Neuropsychiatry Journal** , Vol. 4, No. 4, ss. 295-304.
- SCHÖBER, P, MMEDSTAT, B.; CHRISTA, S.ve LOTHAR A. (2018). MBA Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation, **Anesthesia & Analgesia**: Volume 126 - Issue 5 – ss. 1763-1768.
- SHAPIRO, S. P. (1987). The Social Control of Impersonal Trust. **American Journal of Sociology**, 93(3), ss. 623-658.
- SHIPMAN, K. L., SCHNEIDER, R., FITZGERALD, M. M., SIMS, C., SWISHER, L. and EDWARDS, A. (2007). Maternal Emotion Socialization in Maltreating and Non-Maltreating Families: Implications For Children's Emotion Regulation. **Social Development**, 16(2), ss. 268-285
- SHULL JR (1999) Emotional and Psychological Child Abuse: Notes on Discourse, History, and Change. **Stanford Law Review** 51:1665 s.701
- SÖKMEN, A. (2005). “Konaklama İşletmeleri Yöneticilerin Stres Nedenlerinin Belirlenmesinde Cinsiyet Faktörü: Adana’da Ampirik Bir Araştırma”, Ekonomik ve **Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Güz Sayısı.
- SPINHOVEN, P., ELZİNGA, B. M., HOVENS, J. G., ROELOFS, K., ZİTMAN, F. G., VAN OPPEN, P. and PENNİNX, B. W. (2010). The specificity of

childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. **Journal of affective disorders**, 126(1-2), ss. 103-112.

ŞAHİN, N.H. ve DURAK, A. (1995). Üniversite Öğrencileri İçin Bir Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği. **Türk Psikoloji Dergisi**, 10(34): ss. 56-73.

ŞALCIOĞLU, E., BAŞOĞLU, M., and LIVANOU, M. (2007). Post-Traumatic Stress Disorder and Comorbid Depression Among Survivors of the 1999 Earthquake in Turkey. **Disasters**, 31(2), ss.115-129.

ŞAR, V., ÖZTÜRK, P. E., ve İKİKARDEŞ, E. (2012). Çocukluk Çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. **Journal of Medical Sciences**, 32(4), ss. 1054-1063.

TANER, Y. ve GÖKLER, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. **Acta Medica**, 35(2), ss. 82-86.

TANIR, Y. ve GÜNAY KILIÇ, B. (2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları. **Türkiye Klinikleri** 2016; 2:59- s. 63.

TAVAKOL, M., and DENNICK, R. (2011). Making Sense of Cronbach's Alpha. **International Journal of Medical Education**, 2, s. 53.

THOBABEN, M. (1999). Clients' Reaction to Community Violence: Post Traumatic Stress Disorder, **Home Care Provider**. 4(5): ss. 182-183

TOKGÜNAYDİN, S. ve SÜTÇÜ, S. T. (2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisinde Bilissel Davranisci Grup Terapisinin Etkililigi: Sistemik Bir Gözden Geçirme/Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. **Psikiyatride Guncel Yaklasimler/Current Approaches to Psychiatry**, 8(S1), s. 95+.

TRICKEY, D., SIDDAWAY, A.P., MEISER-STEDMAN, R., SERPELL L. and FIELD, A.P. (2012). A Meta-Analysis of Risk Factors For Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. **Clin Psychol Rev**. 2012;32(2): ss. 38-122

- TURNBULL, G. (1998). A Review Of Posttraumatic Stres Disorder. Part 1: Historical Development and Classification, **Injury**, Vol. 29, No.2; ss. 87-91
- TURNER, B. J., DİXON-GORDON, K. L., AUSTİN, S. B., RODRİGUEZ, M. A., ROSENTHAL, M. Z. and CHAPMAN, A. L. (2015). Non-Suicidal Self-Injury With and Without Borderline Personality Disorder: Differences in Self-Injury and Diagnostic Comorbidity. **Psychiatry Research**, 230(1), ss. 28-35.
- TÜFEKÇİ, N. ve TÜFEKÇİ, Ö.K. (2006), “Bankacılık Sektöründe Farklı Olma Üstünlüğünün ve Müsteri Sadakatinin Yarattığı Değer: Isparta İlinde bir Uygulama”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2(4), ss. 170-183
- UĞUR, M. (2005). Stres Kavramı ve Psikiyatrik Hastalıklar. /. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. **Sempozyum Dergisi**, 47, ss.13-33
- VAN DER KOLK, B.A. GREENBERG, M.S. and BODY, H. (1985) .Inescable Shock, Neurotransmitters, An Addiction to Trauma: Toward A Psychobiology of Posttraumatic Stress. **Biological Psychiatry**, 20: ss.314-325
- VIEWEG, W. and VICTOR, R. (2006). "Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology and Treatment." **The American Journal of Medicine** 119.5: ss. 383-390.
- WEATHERS, F. W.,LITZ, B. T., HERMAN, D. S., HUSKA, J. A. and KEANE, T. M. (1993).The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. **9th Annual Conference of the ISTSS**, San Antonio, TX.
- WILSON, J. (1994). The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV, **Journal of Traumatic Stress**, Vol. 7, No. 4: ss. 681-698.

- WOODS, SJ. and WINEMAN, NM. (2004). Trauma, Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters, and Physical Health Symptoms in Postabused Women. **Archives of Psychiatric Nursing** ;18(1): ss. 26-34.
- YANBOLLUOĞLU, Ö. (2019). “İkincil Travmatik Stresin Meslek Elemanları Üzerindeki Etkileri: Bir Derleme Çalışması”. **Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 20, S. 36, ss. 141-164.
- YEHUDA, R. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. **New England Journal of Medicine**, 346(2), ss. 108-114.
- YEHUDA, R., GILLER, E. L., SOUTHWICK, S. M., LOWY, M. T. and MASON, J. W. (1991). Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Dysfunction in Posttraumatic Stress Disorder. **Biological psychiatry**, 30(10), ss. 1031-1048.
- YEHUDA, R., MCFARLANE, A. C. and SHALEV, A. Y. (1998). Predicting The Development of Posttraumatic Stress Disorder From The Acute Response to A Traumatic Event. **Biological psychiatry**, 44(12), ss. 1305–1313.
- YEŞİL, A., AKER, T. ve SEZGİN U. (2009). “Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalara Bakım Veren Ekipte Ruhsal Belirtiler”. **Düşünen Adam**, ss. 9-22.
- YILMAZ, B. ve ŞAHİN, N.H. (2007). Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme. **Türk Psikoloji Dergisi**, 22(59), ss. 119- 137.
- YILMAZ, V. (2004), “Consumer Behaviour of Shopping Center Choice”, **Social Behavior and Personality**, 32(8), ss. 783-790.
- YÖYEN, E. G. (2017). Childhood trauma and self-respect. **International Journal of Social Sciences and Education Research**, ss. 54-76
- YURDUGÜL, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. **XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi**, 1: ss. 771-774
- ZARA, A. (2004). Cinsel İstismara Bağlı Travma: Psikolojik Tedavi Süreci ve İlkeleri. **Türk Psikoloji Yazıları**, 7(14), ss. 15-22



## ANSİKLOPEDİLER

HAMMOND, K. W., SCURFIELD, R. M. and RISSE, S. C. (1993). Post-Traumatic stress disorder. In D. L. Dunner (Ed.), **Current Psychiatric Therapy** (pp. 288-295). Philadelphia, W.B. Saunders Company.

## ELEKTRONİK KAYNAKLAR

BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2012). Örnekleme Yöntemleri

<http://w3.balikesir.edu.tr/~msackes/wp>

[/wp/content/uploads/2012/03/BAYFinal-Konulari.pdf](http://w3.balikesir.edu.tr/~msackes/wp/content/uploads/2012/03/BAYFinal-Konulari.pdf) (Erişim Tarihi: 12.11.2020.)

ÖZTAN, N., AYDIN, G., ERGOĞLU, Ç. ve STUVLAND, R. (2001). MEB-UNICEF

[http://mebk12.meb.gov.tr/meb\\_iys\\_dosyalar/07/03/353097/dosyalar/2017\\_01/18105931\\_15083209\\_psikoeitimmelkitab.pdf](http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/07/03/353097/dosyalar/2017_01/18105931_15083209_psikoeitimmelkitab.pdf) Psikososyal Okul

Projesi, Türkiye. (Erişim Tarihi: 05.07. 2020.)

UNICEF. (2011). *UNICEF Annual Report 2010*. Unicef. [https://issuu.com/unicef-tacro/docs/unicef\\_annual\\_report\\_2010\\_en\\_052711](https://issuu.com/unicef-tacro/docs/unicef_annual_report_2010_en_052711) (Erişim Tarihi: 08.10.2020.)

WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2014). Global Status Report on Violence

Prevention. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/) (Erişim Tarihi : 01.09.2018.)

## TEZLER

BİLGİÇ, S. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu ile Uyum Bozukluğunun Klinik Açından Karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2011, Eskişehir.

DÜRÜ, Ç. (2006). Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi

HAKSAL, P. (2007) Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyi, Sosyal Destek Algısı ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından İncelenmesi (Doktora tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

KAHİL, A. (2016). Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Ankara, Ufuk Üniversitesi.

SİYEZ, D. M. (2003). Duygusal istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin benlik algıları ile depresyon ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması (Doctoral dissertation, DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü).

## **DİĞER KAYNAKLAR**

GRINKER, R. R. and SPIEGEL, J. P. (1943). War Neuroses in North Africa, The Tunisian campaign (January–May 1943). New York: Josiah Macy, Jr. Foundation, Air Surgeon, Army Air Forces.

## **EKLER**

**Ek 1: Çok Boyutlu Travma Ölçeği (Taslak Hali)**

**Ek 2: Çok Boyutlu Travma Ölçeği Son Hali**

**Ek 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)**

**Ek 4: PTSD Kontrol Listesi – Sivil Versiyon**

**Ek 5: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)**

**Ek 6: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)**

**Ek 7: Etik Kurul Onay Formu**



**Ek 1:****ÇOK BOYUTLU TRAVMA ÖLÇEĞİ – Taslak Hali**

Aşağıda olumsuz bir olaydan sonra birçok insanın yaşadığı bir takım sorunlar sıralanmıştır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun. Sonra ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan seçerek üzerine ( x ) işareti koyun

<b><u>Cocukluğumda ya da gençliğimde;</u></b>	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Zaman Zaman</b>	<b>Sık Sık</b>	<b>Çok Sık</b>
<b>Cinsel Travma;</b>	1	2	3	4	5
1. Cinsel anlamda şantaja maruz kaldım ya da tehdit edildim.					
2. Aile içinde cinsel içerik ve görüntülere maruz bırakıldım					
3. Aile dışından biri benimle cinsel temas kurmak istedi.					
4. Yaşıtlım olan biriyle kendi isteğimle cinsel temas kurdum.					
5. Yaşıtlım tarafından cinsel anlamda tacize uğradım.					
6. Yaşıtlım tarafından cinsel anlamda tecavüze uğradım.					
7. Ailemden bir kişi tarafından cinsel tacize uğradım.					
8. Ailemden bir kişi tarafından tecavüze uğradım.					
9. Aile içinde cinsel içerikli görüntülere maruz bırakıldım					
10. Aile dışında bir kişi tarafından cinsel taciz ya da tecavüze maruz kaldım					
11. Ailem tarafından hiçbir zaman cinsel tacize maruz kalmadım.					
12. Ailem tarafından hiçbir zaman tecavüze uğramadım.					
13. Yaşıtlarım veya yabancı biri tarafından cinsel tacize maruz kalmadım.					
14. Yaşıtlarım veya yabancı biri tarafından tecavüze uğramadım.					

	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Zaman Zaman</b>	<b>Sık Sık</b>	<b>Çok Sık</b>
	1	2	3	4	5

<b><u>Fiziksel Travma;</u></b>					
15 Fiziksel şiddete maruz kaldım.					
16 Arkadaşlarım ya da yaşlıtlarım tarafından şiddete maruz kaldım.					
17 Fiziksel şiddet o kadar yoğundu ki tanıdıklarım bunları fark edebilirdi					
18 Maruz kaldığım fiziksel şiddet kimse tarafından fark edilmezdi.					
19. Ebeveynim tarafından sert bir cisim kullanılarak fiziksel cezaya ya da işkenceye maruz kalırdım (sopa, kemer vb.)					
20. Ebeveynim tarafından tıbbi müdahale gerektirecek kadar fiziksel/psikolojik şiddete maruz kaldım					
21. Aile içi şiddetten dolayı vücudumda morlular ya da şişlikler meydana gelirdi					
22. O kadar çok şiddet gördüm ki kendimi korumak zorunda olduğum zamanlar olurdu					
23. Bir hata yaptığımda ebeveynlerim tarafından şiddetli derecede cezalandırılırdım					
24. Ailemdeki diğer fertlerin şiddete maruz kaldığını gördüm					
25. Fiziksel şiddete maruz kalmadım.					
26. Ailem tarafından fiziksel şiddete maruz kalmadım.					
27. Yaşlıtlarım veya yabancı biri tarafından fiziksel şiddete maruz kalmadım.					
<b><u>Duygusal Travmalar;</u></b>					
28. Genelde kendi sorunlarımı kendim çözmek zorunda kalırdım.					
29. Çocukluk ve gençlik dönemim hakkında hiç iyi anım yok.					
30. Duygusal olarak çoğunlukla yalnız hissederdim.					
31. Beni dinleyen ve anlayan kimse yoktu.					
32. Bana lakap takan olurdu.					
33. Kendimi aileme hiç ait hissetmedim.					
34. Anne/Babamın beni sevmediğini					

hissederdim.					
35. Kendimi güvende hissetmezdim.					
36. Sık sık çaresiz hissettiğim zamanlar olurdu.					
37. Dinim, dilim ya da ırkımdan dolayı aşağılanırdım.					
38. Yaşımın gerektirdiğinden fazla sorumluluk alırdım.					
39. Kendi başımın çaresine bakmak zorunda kalırdım.					
40. Annem ya da babam birbirini aldattı.					
41. Çocukluğum ya da gençliğimde ailemden ya da yakın arkadaşlarımdan birini kaybettim.					
42. Kendimi daima güvende hissederdim.					
43. Beni daima anlayan değerleri hissetiren birileri vardı.					
44. Ailem yada arkadaşlarım tarafından sevildiğimi hissederdim.					
45. Çocukluğumda yada gençliğimde sevdiğim birini kaybetmedim.					
46. Çocukluğumda yada gençliğimde ailem yada arkadaşlarım ölümcül bir hastalık yaşamadı.					
47. Çocuk yada gençliğimi düşündüğümde çoğunlukla iyi anılar aklıma gelir.					
48. Çocukluğum ya da gençliğimde ailemden bir üyeyi kaybettim.					
49. Çocukluğum ya da gençliğimde yakın arkadaşımı kaybettim.					
50. Ailemden ölümcül bir hastalığa yakalanan oldu.					
51. Yakın arkadaşlarımdan ölümcül bir hastalığa yakalanan oldu.					
52. Ailemde ciddi psikolojik hastalığı olan biri vardı.					
53. Ailem beni erkek ya da kız olarak beklediği için ayrımcılığa maruz kaldım.					
54. Ciddi bir kaza yaşadım.					
55. Ailem ile ciddi bir kaza yaşadım.					
56. Arkadaşlarımla ciddi bir kaza yaşadım.					
57. Ebeveynim tarafından sık sık duygu sömürsüne maruz kalırdım					

58. Ailemde kimse bana değerli biri olduğumu hissettirmezdi					
59. . Yaptığım her şeyi eleştiren bir aileye sahiptim					
60. Ailemde problemlerimi dile getirebileceğim kimse yoktu					
61. Ailemde en az bir kişi madde kullanır ya da kendini kaybedecek kadar sarhoş gelirdi					
62. Ailemde duygusal anlamda yakın hissettiğim biri yoktu					
63. Çocukluk ya da gençliğimi düşündüğümde çoğunlukla kötü anılar aklıma gelir					
64. Eğer bir şansım olsaydı ailemde bir şeylerin farklı olmasını dilerdim					
65. Aile içinde her birey birbirine soğuk ve mesafeli davranırdı					
66. Ailem bana ilgi göstermediği için sık sık abimin/ablamin ya da başkalarının eskilerini kullanmak zorunda kaldım					
67. Özensiz (kirli,yırtık ya da eski) kıyafetler giymek zorunda kalırdım					
68. Aç yattığım zamanlar oldu					
69. Ailemde güvenliğim, bakımım ve beslenmem ile ilgilenen kimse yoktu					
70. Şiddet o kadar yoğundu ki çocuk bakım evlerinde, dışarıda, arkadaşımda ya da arkadaşımda kaldığım günler oldu					
71. Okula gitmemi/eğitimimi destekleyen bir aileye sahip değildim					
72. Ailem ayrıldığı için üvey anne/baba tarafından şiddet gördüm					
73. Üvey annem/babam tarafından sıklıkla dışlanırdım					
74. Çevredeki kötülüklerden koruyan-kollayan bir ailem yoktu					
75. Zor zamanımda bana elini uzatabilecek kimse yoktu.					
<b><u>Aşağılanma:</u></b>					
76. Ebeveynlerim bana nefret söylemlerinde bulunurdu					
77. Ebeveynlerim bana hakaret içeren sözcükler kullanırdı					
78. Ailem nadiren de olsa dünyaya gelmiş olmam konusundaki pişmanlıklarını dile					



getirirdi					
79. Ebeveynlerim sık sık şahsıma sözel olarak incitici/güven kırıcı lakaplar kullanırdı (Saf,salak vb.)					
80. Geçmiş dönemlerimde etnik kimliğimden ya da ırkımdan dolayı dışlanmaya maruz kaldım					
81. Çocukluğum yada gençliğimde ailem tarafından takdir edilirdim.					
	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
	1	2	3	4	5
82. Çocukluğum yada geçliğimde arkadaşlarım tarafından takdir edilirdim.					
<b><u>Diğer Travmalar;</u></b>					
83. 18 yaşından önce evliliğe maruz bırakıldım.					
84. Doğal afet (Deprem, yangın, sel vb) ya da savaş sonucu her anlamda işlevselliğimin bozulduğu günler yaşadım					
85. Geçmiş yaşantılarımda günlük yaşamımı etkileyecek kadar sevdiğim birini kaybettim					
86. Hiç bitmesini istemediğim bir ilişkimin bitmesi sonucu zor zamanlar geçirdim.					
87. Başkalarının başına gelen travmatik bir olayı gördüm ya da tanıklık ettim					
88. Çok sevdiğim birinin travmatik bir olayına maruz kalma sonucu korku, çaresizlik ya da dehşete düşme gibi duygular hissettim ( kaba güçle ya da kaza sonucu ölüm)					
89. Gündelik yaşamımı etkileyecek düzeyde kaza, silahlı saldırı, zorla alıkoyma patlama, yangın vb gibi bir olay yaşadım					
90. Ciddi bir hastalık geçirdiğim zamanlar oldu					
91. Çocukluğum yada gençliğimde beni etkileyecek derecede travmatik bir olay yaşadım.					

Aşağıda bir travmatik olaydan sonra yaşanabilecek muhtemel belirtiler sıralanmıştır. Lütfen aşağıdaki ifadeleri **SU ANKI DURUMUNUZU GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURARAK** doldurunuz ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan seçerek üzerine ( x ) işareti koyunuz.

<b>Su an;</b>	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Zaman Zaman</b>	<b>Sık Sık</b>	<b>Çok Sık</b>
	1	2	3	4	5
<b><u>Yineleme</u></b>					
92. Örseleyici bir olayın moral bozucu ayrıntılarını yineleyici biçimde hatırlarım					
93. Travmatik olayla ilgili sık sık ve tekrarlayıcı rüyalar görürüm					
94. Travmatik olayla ilgili çoğunlukla yeniden yaşıyormuş hissine kapılırım ya da davranırım					
95. Beni rahatsız eden olayı sık sık hatırlarım					
96. Travmatik olayı sık sık yaşıyormuş gibi hissedirim.					
97. Her sene travmatik olayın yaşandığı günlerde yoğun sıkıntı hissedirim.					
98. Travmatik olayı tekrar yaşıyormuş gibi hissetmem.					
99. Olayla ilgili ayrıntıları hatırlamak beni rahatsız etmez.					
100. Olayla ilgili rüya görmek beni rahatsız etmez.					
<b><u>Kaçınma;</u></b>					
101. Travmatik olayı simgeleyen, çağrıştıran içsel uyarılardan ( <i>düşünce, duygu, anı</i> ) gibi durumlardan kaçınırım ( <i>olayı düşünmekten kaçınma, olayı detaylı olarak düşünmeme gibi</i> )					
102. Olayları simgeleyen, çağrıştıran dışsal uyarılardan kaçınırım ( <i>insanlar, yerler, nesnelere, durumlar ya da olayın yaşantığı yerden geçmeme, olayın her yıl dönümünde tek kalamama, olayda bulunan insanlarla iletişim kurmama, olayla ilgili resim, fotoğraf vb. gibi nesnelere uzak durma gibi</i> )					
	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık

	1	2	3	4	5
103 Olaydan sonra otobüs tren vb. gibi umumi araçlardan ve kapalı alanlardan uzak durdum					
104. Arkadaşlarımla/ yakınlarımla kafe-bar gibi sosyal ortamlara gitmekten çekinirim					
105 Travmatik olaydan sonra olayı hatırlacak müzik, film vb. gibi aktivitelerden kaçınırım.					
106 Travmatik olaylardan sonra sosyal medyayı daha kullanmaya başladım.					
107 Travmatik olaylı ilgili duygu,düşünce,anılar beni rahatsız etmez.					
<b><u>Aşırı tepki:</u></b>					
<b>108.</b> Yaşadığım travmatik olay sonucu kendim, başkaları ve çevre ile ilgili sürekli ve abartılı olumsuz inanış ve beklentiler içine girdim					
<b>109.</b> Travmatik olayı simgeleyen veya çağrıştıran uyaranlarla karşılaşınca yoğun ve uzun süreli ruhsal sıkıntılar yaşarım					
<b>110.</b> Artık her an tetikteyim. En ufak sestem bile kolayca irkiliyorum					
<b>111.</b> Olaydan sonra nedensiz ani korkular yaşamaya başladım					
112. Travmatik olaydan sonra günlük yaşantımda tahammül seviyem azaldı.					
113. Travmatik olaydan sonra sık sık öfke patlamaları yaşarım.					
114. Travmatik olaydan sonra kendime zarar verme davranışında bulundum.					
115. Travmatik yaşantıdan günlük yaşantımdaki olaylara tepkim değişmedi.					
116. Travmatik olaydan sonra uyku bozukluğu yada, odaklanma sorunu yaşamadım.					
117. Travmatik olaydan sonra abartılı irkilme gösteren davranışlar yaşamadım.					
118. Travmatik olaydan sonra kendine zarar verme davranışlarında bulunmadım.					

119. Travmatik olaydan sonra öfke patlamaları yaşamadım.					
<b><u>Bilişsel Bozulma:</u></b>					
120. Yaşadığım travmatik olayın bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çekiyorum					
121. Yaşadığım travmatik olayın her detayını en ince ayrıntısına kadar hatırlıyorum					
122. Travmatik olaydan sonra artık eskisi kadar önemli aktivitelere katılmıyorum/daha az katılıyorum					
123. Artık o olaydan sonra olumlu duyguları kolay kolay hissedememeye başladım (aşk, sevgi, mutluluk gibi)					
124. Zaman zaman çevremdekilerin gerçek dışı olduğunu düşünürüm					
125. Kendimi güvende hissetmediğim zamanlar oluyor					
126. Travmatik olayı hatırladığımda fizyolojik belirtiler gösteririm. (Aşırı terleme, kalp çarpıntısı, nefes darlığı vs)					
127. Olaydan sonra sandığım kadar güçlü biri olmadığımı düşünmeye başladım.					
128. İnsanlara güven duyma konusunda zorluk çekmeye başladım					
139. Dünya'nın güvenli bir yer olduğunu düşünmüyorum					
130. Yetişkinliğimde travma temalı oyunlar oynarım					
131. Yalnız biri olduğumu düşünüyorum					
132. Dünyanın hala güvenli bir yer olduğunu düşünüyorum.					
133. Yalnız biri olduğumu düşünmüyorum.					
134. Olaydan sonra sandığımdan daha güçlü biri olduğumu farkettim.					
135. Travmatik olaydan aşk,sevgi,mutluluk gibi olayları tekrar yaşamakta zorlanmadım.					

<b><u>İşlevsellikte Bozulma;</u></b>					
136.	İşe /okula gitmek benim için çok zor geliyor				
137.	Travmatik olayın ardından işe gidememeye başladım				
138.	Travmatik olaydan sonra çevremdeki yakın insanlarla samimi iletişim kuramıyorum				
139.	Sosyal ortam, hobiler, spor gibi etkinliklerden zevk almamaya başladım				
140.	Travmatik olaydan sonra odaklanmada güçlük çektiğim oldu				
141.	Travmatik olaydan sonra etrafa ya da kendime zarar verme gibi davranışlarda bulundum				
142.	Kendimi kaybedecek kadar alkol-madde kullandığım oluyor				
143.	Travmatik olaydan sonra uyuyamama/aşırı uyuma gibi sorunlar yaşadım				
144.	Travmatik olaydan sonra alkol-sigara gibi maddeler kullanmaya başladım/ daha fazla kullanmaya başladım				
145.	Olaydan sonra eskisi kadar yemek yiyemiyorum .				
146.	Olay sonrası İşleri bitirme konusunda zorluk çeker oldum				
147.	Travmatik olaydan sonra günlük yaşantımda bir değişiklik olmadı.				
<b><u>Duygusal Bozulma;</u></b>					
148.	Duygularımı açığa vurmakta zorlanıyorum (Ağlayamama, sevememe, eğlenememe vb)				
149.	Gelecekle ilgili beklentilerimde azalma oldu/umutsuzluk yaşadım				
150.	Gelecek beni yeteri kadar heyecanlandırmıyor				
151.	Gelecek hakkında umutluyum.				
152.	Travmatik olay sonrası kendimi ve çevreyi suçlamama yol açan çarpık düşünceler gösterdiğim oldu				
153.	Süreklilik gösteren öfke, korku, dehşet ve utanç gibi duygular hissettiğim oldu				

154.	Olaydan sonra ani duygu patlamaları yaşadım (durduk yere ağlama, gülme vb gibi)					
155.	Artık daha kötü biri olduğumu düşünüyorum					
<b>Cözülme Belirtileri:</b>						
156.	Kendimi kontrol edemeyeceğimi ve kötü bir şey yapacağımı düşünüyorum					
157.	Bazen kendimi tanıyamıyorum					
158.	Zaman zaman çevremdekilerin gerçek dışı olduğunu düşünürüm					
159.	Travmatik olaydan sonra tanıdıklarımla iletişimimde azalma ve onlara yabancılaşma yaşadım					
160.	Zaman zaman aklımı kaçıracığım gibi oluyor					
161.	Zaman zaman kendimi dışardan izliyormuş gibi hissedirim.					
162.	Kendimi kontrol edebilmekte güçlük çekmedim.					
163.	Travmatik olaydan sonra tanıdıklarımla iletişimimde azalma ve onlara yabancılaşma yaşamadım.					



## EK 2

### ÇOK BOYUTLU TRAVMA ÖLÇEĞİ (ÇBTÖ)

**Açıklama:** Aşağıdaki ölçeklerde bir dizi sorular bulunmaktadır. Bu sorular sizin travmalarınızla ve travma sonrası belirtilerinizle ilgilidir.

**İlk ölçek olan ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARİ ÖLÇEĞİ'nde 1. sorudan 24. soruya kadar SADECE ÇOCUKLUK DÖNEMİNİZİ göz önünde bulundurarak cevaplayınız. 25. sorudan 31. soruya kadar ise HEM ÇOCUKLUK HEM DE YETİŞKİNLİK DÖNEMİNİZİ göz önünde bulundurarak cevaplayınız.**

**İkinci ölçek olan TRAVMA SONRASI BELİRTİLER ÖLÇEĞİ'nde ise yaşadığınız travmadan sonraki durumunuzu göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen HER BİR İFADEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, yandaki cevap bölümünde size uygun olan kutuya işaretleme yapınız. Lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.**

**1 den 5'e kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan şıkkı seçerek her sorudan sonra yer alan boşluğa işaretleyiniz.**

#### **Derecelendirme:**

- 1- Kesinlikle Katılmıyorum
- 2- Katılmıyorum
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Kesinlikle Katılıyorum

### ÇOK BOYUTLU TRAVMA ÖLÇEĞİ

#### Çocukluk Çağı Travmaları

Ölçeği

Çocukluk Dönemlerimde;	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1- Ailemde kimse bana değerli biri olduğumu hissettirmezdi	1	2	3	4	5
2- Eğer bir şansım olsaydı ailemde bir şeylerin farklı olmasını dilerdim	1	2	3	4	5
3- Ailemde problemlerimi dile getirebileceğim kimse yoktu	1	2	3	4	5
4- Aile içinde her birey birbirine soğuk					



ve mesafeli davranırdı	1	2	3	4	5
5- Beni dinleyen ve anlayan kimse yoktu.	1	2	3	4	5
6- Ebeveynim tarafından sık sık duygu sömürüsüne maruz kalırdım	1	2	3	4	5
7- Anne/Babamın beni sevmediğini hissedirdim.	1	2	3	4	5
8- Kendi başımın çaresine bakmak zorunda kalırdım	1	2	3	4	5
9- Ebeveynlerim bana hakaret içeren sözcükler kullanırdı	1	2	3	4	5
10- Ebeveynlerim bana nefret söylemlerinde bulunurdu	1	2	3	4	5
11- Ailem tarafından hiçbir zaman cinsel tacize maruz kalmadım.	1	2	3	4	5
12- Ailem tarafından hiçbir zaman tecavüze uğramadım.	1	2	3	4	5
13- Yaşıtlarım veya yabancı biri tarafından tecavüze uğramadım.	1	2	3	4	5
14- Yaşıtlarım veya yabancı biri tarafından cinsel tacize maruz kalmadım.	1	2	3	4	5

<b>Çocukluğumda ya da gençliğimde;</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
<b>15-</b> O kadar çok şiddet gördüm ki kendimi korumak zorunda olduğum zamanlar olurdu	1	2	3	4	5
<b>16-</b> Ebeveynim tarafından tıbbi müdahale gerektirecek kadar fiziksel/psikolojik şiddete maruz kaldım	1	2	3	4	5
<b>17-</b> Aile içi şiddetten dolayı vücudumda morlular ya da şişlikler meydana gelirdi	1	2	3	4	5
<b>18-</b> Ebeveynim tarafından sert bir cisim kullanılarak fiziksel cezaya ya da işkenceye maruz kalırdım (sopa, kemer vb.)	1	2	3	4	5
<b>19-</b> Ailemdeki diğer fertlerin şiddete maruz kaldığını gördüm	1	2	3	4	5
<b>20-</b> Bir hata yaptığımda ebeveynlerim tarafından şiddetli derecede cezalandırılırdım	1	2	3	4	5
<b>21-</b> Çevredeki kötülüklerden koruyan-kollayan bir ailem yoktu	1	2	3	4	5
<b>22-</b> Aç yattığım zamanlar oldu	1	2	3	4	5
<b>23-</b> Özensiz (kirli,yırtık ya da eski) kıyafetler giymek zorunda kalırdım	1	2	3	4	5
<b>24-</b> Ailemde güvenliğim, bakımım ve beslenmem ile ilgilenen kimse yoktu	1	2	3	4	5
<b>Çocukluk / Yetişkinlik Dönemimde;</b>					
<b>25-</b> Ailemden ya da yakın arkadaşlarımdan birini kaybettim	1	2	3	4	5
<b>26-</b> Ailemden ya da yakın arkadaşlarımdan ölümcül bir hastalığa yakalanan oldu.	1	2	3	4	5
<b>27-</b> Başkalarının başına gelen travmatik bir olayı gördüm ya da tanıklık ettim	1	2	3	4	5

28- Dinim, dilim ya da ırkımdan dolayı aşağılanırdım	1	2	3	4	5
29- Gündelik yaşamımı etkileyecek düzeyde doğal afet, kaza, silahlı saldırı, zorla alıkoyma patlama, yangın vb gibi bir olay yaşadım	1	2	3	4	5
30- Ciddi bir hastalık geçirdiğim zamanlar oldu	1	2	3	4	5
31- Hiç bitmesini istemediğim bir ilişkimin bitmesi sonucu zor zamanlar geçirdim.	1	2	3	4	5

### ÇOK BOYUTLU TRAVMA ÖLÇEĞİ

#### Travma Sonrası Belirtiler Ölçeği

Travmatik olaydan sonra;	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1- Travmatik olaydan sonra olayı hatırlatacak müzik, film vb. gibi aktivitelerden kaçınıyorum.	1	2	3	4	5
2- Olayları simgeleyen, çağrıştıran dışsal uyaranlardan kaçınıyorum ( <b>insanlar, yerler, nesnelere, durumlar ya da olayın yaşantığı yerden geçmeme, olayın her yıl dönümünde tek kalamama, olayda bulunan insanlarla iletişim kurmama, olayla ilgili resim, fotoğraf vb. gibi nesnelere uzak durma gibi</b> )	1	2	3	4	5

<b>3-</b> Travmatik olayı simgeleyen, çağrıştıran içsel uyaranlardan ( <i>düşünce, duygu, anı</i> ) gibi durumlardan kaçınırım ( <i>olayı düşünmekten kaçınma, olayı detaylı olarak düşünmeme gibi</i> )	1	2	3	4	5
<b>4-</b> Her sene travmatik olayın yaşandığı günlerde yoğun sıkıntı hissedirim.	1	2	3	4	5
<b>5-</b> Beni rahatsız eden olayı sık sık hatırlarım	1	2	3	4	5
<b>6-</b> Travmatik olayı sık sık yaşıyormuş gibi hissedirim.	1	2	3	4	5
<b>7-</b> Travmatik olayla ilgili sık sık ve tekrarlayıcı rüyalar görürüm	1	2	3	4	5
<b>8-</b> Travmatik olayı hatırladığımda fizyolojik belirtiler gösteririm. (Aşırı terleme, kalp çarpıntısı, nefes darlığı vs)	1	2	3	4	5
<b>9-</b> Artık her an tetikteyim. En ufak sestem bile kolayca irkiliyorum	1	2	3	4	5
<b>10-</b> Olaydan sonra nedensiz ani korkular yaşamaya başladım	1	2	3	4	5
<b>11-</b> Travmatik olaydan sonra sık sık öfke patlamaları yaşarım.	1	2	3	4	5

<b>12-</b> Travmatik olayı simgeleyen veya çağrıştıran uyaranlarla karşılaşınca yoğun ve uzun süreli ruhsal sıkıntılar yaşadım.	1	2	3	4	5
<b>13-</b> Dünya'nın güvenli bir yer olduğunu düşünmüyorum	1	2	3	4	5
<b>14-</b> İnsanlara güven duyma konusunda zorluk çekmeye başladım	1	2	3	4	5
<b>15-</b> Yalnız biri olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
<b>Travmatik Olaydan Sonra;</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
<b>16-</b> Kendimi güvende hissetmediğim zamanlar oluyor	1	2	3	4	5
<b>17-</b> Artık o olaydan sonra olumlu duyguları kolay kolay hissedememeye başladım (aşk, sevgi, mutluluk gibi)	1	2	3	4	5
<b>18-</b> Travmatik olaydan sonra tanıdıklarımla iletişimimde azalma ve onlara yabancılaşma yaşadım	1	2	3	4	5
<b>19-</b> Olaydan sonra eskisi kadar yemek yiyemiyorum	1	2	3	4	5
<b>20-</b> Olay sonrası işleri bitirme konusunda zorluk çeker oldum	1	2	3	4	5
<b>21-</b> Travmatik					

olaydan sonra çevremdeki yakın insanlarla samimi iletişim kuramıyorum	1	2	3	4	5
<b>22-</b> İşe /okula gitmek benim için çok zor geliyor	1	2	3	4	5
<b>23-</b> Travmatik olaydan sonra artık eskisi kadar önemli aktivitelere katılmıyorum/daha az katılıyorum	1	2	3	4	5
<b>24-</b> Kendimi kontrol edemeyeceğimi ve kötü bir şey yapacağımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
<b>25-</b> Bazen kendimi tanıyamıyorum	1	2	3	4	5
<b>26-</b> Zaman zaman çevremdekilerin gerçek dışı olduğunu düşünürüm	1	2	3	4	5



### EK 3

#### ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ

*Bu sorular çocukluğunuzda ve gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uygun rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.*

#### Çocukluğum ya da ilk gençliğimde ...

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
1.Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2.Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen biri olduğumu biliyordum.	1	2	3	4	5
3.Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4.Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5.Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardır.	1	2	3	4	5
6.Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7.Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8.Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9.Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10.Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11.Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13.Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14.Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16.Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5



17.Bana o kadar kötü vuruyorlar ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19.Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecektir birisi vardı.	1	2	3	4	5
27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

#### EK 4

### POST-TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU SORU LİSTESİ – SİVİL VERSİYONU

Aşağıda stres veren olayların ardından bazı insanlarda ortaya çıkabilen yakınma ve sorunlar bulunmaktadır. Lütfen dikkatli biçimde okuyun ve son bir ay içinde bu sorunun sizi ne derece rahatsız ettiğini belirtmek üzere uygun seçeneği işaretleyin.

1. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsızlık verecek şekilde tekrarlayarak zihninizde canlanan anılar, düşünceler ya da görüntüler oldu mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

2. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsızlık verecek şekilde tekrarlayan rüyalarınız oldu mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

3. Aniden geçmişte yaşadığımız olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlayarak sanki yeniden yaşıyormuş hissine kapıldığınız ve davrandığınız oluyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

4. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişiler ve de duygular sizde mutsuzluk, üzüntü ve altüst olma duygusu yaşıyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

5. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişi vb. benzeşen uyaranla karşılaştığınızda kalp çarpıntısı, terleme, nefes darlığı, titreme, uyuşma, ağrı vb. bedensel tepkileriniz ortaya çıkar mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

6. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olay hakkında konuşmaktan, düşünmekten kaçınır; olayı hatırlatan duygulardan uzak duru musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

7. Size geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlattığı için bazı kişilerden , ortamlardan ve eylemlerden kaçınır ve uzak duru musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

8. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayın bazı bölümlerini hatırlamakta zorlanır mısınız? Olaylar arasında bağlantıları kurmada zorlandığınız boşluklar var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

9. Eskiden hoşlanarak yapmakta olduğunuz etkinliklere olan ilginizi kaybettiniz mi?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

10. Kendinizi diğer insanlardan uzak ve ayrı hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

11. Kendinizi duygusal açıdan donuklaşmış, yakınlarına ve olaylara karşı sevinme, üzülmeye ve ağlama

duygularınız uyuşmuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

12. Geleceği planlamanın anlamsız ve boş olduğunu hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

13. Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğü var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

14.Kendinizin gergin, tahammülsüz, sinirli ve çabuk öfkelenen biri olduğunı hissediyor musunuz?

1.Hiç 2.Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

15.Dikkatinizi toparlamada ve sürdürmede bir güçlüğünüz oldu mu?

1.Hiç 2.Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

16.Kendinizi aşırı derecede gergin, her an olumsuz bir şey olacağı hissi ile tetikte ve diken üstünde hissediyor musunuz?

1.Hiç 2.Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

17.Çevreden gelen uyarılara abartılı tepkiler gösterdiğiniz, kolaylıkla irkildiğiniz ve sıçradığınız oluyor mu?

1.Hiç 2.Çok az 3. Orta derecede



**EK 5****Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği**

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

<b>ir sıkıntım olduğunda.....</b>	<b>%0</b>	<b>%30</b>	<b>%70</b>	<b>%100</b>
1- Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2- İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3- Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	( )	( )	( )	( )
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15- Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )

<b>16-</b> Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
<b>17-</b> Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
<b>18-</b> Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
<b>19-</b> Her şeyin istediğim olamayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
<b>20-</b> Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
<b>21-</b> Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )
<b>22-</b> Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
<b>23-</b> Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
<b>24-</b> Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	( )	( )	( )	( )
<b>25-</b> “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
<b>26-</b> Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	( )	( )	( )	( )
<b>27-</b> “Benim suçum ne” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
<b>28-</b> “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
<b>29-</b> Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
<b>30-</b> Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	( )	( )	( )	( )

## EK 6

### BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ OLAYLARLA NASIL BAŞA ÇIKARSINIZ?

Herkes zaman zaman tatlı acı olaylarla karşılaşmakta ve kendine özgü tepkiler vermektedir. Aşağıdaki sorular, olumsuz durumlarla karşılaştığınızda genelde neler düşündüğünüzü belirlemeyi amaçlamaktadır.

1. Genelde kendimi suçlu hissederim. 1 2 3 4 5
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm. 1 2 3 4 5
3. Yaşadıklarım hakkında neler hissettiğimi sık sık düşünürüm. 1 2 3 4 5
4. Yaşadıklarımı düşünmekten ziyade daha iyi şeyler düşünmeyi tercih ederim. 1 2 3 4 5
5. Elimden gelenin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm. 1 2 3 4 5
6. İçinde bulunduğum durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm. 1 2 3 4 5
7. Her şey daha da kötü olabilirdi diye düşünürüm. 1 2 3 4 5
8. Yaşadıklarımın, diğerlerinin yaşadıklarından çok daha kötü olduğunu düşünürüm. 1 2 3 4 5
9. Olaylarda diğerlerinin suçlu olduğunu düşünürüm. 1 2 3 4 5
10. Olaylardan sorumlu olan kişinin ben olduğumu düşünürüm. 1 2 3 4 5
11. Durumu (olanları) kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm. 1 2 3 4 5
12. Yaşadıklarım hakkında ne düşündüğüme ve ne hissettiğime takılıyım. 1 2 3 4 5
13. Yaşadığım olumlu olaylarla ilgili yapacak bir şeyimin olmadığını düşünürüm. 1 2 3 4  
5
14. Durumla en iyi şekilde nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm. 1 2 3 4  
5
15. Olaylardan sonra daha güçlü bir kişi haline geldiğimi düşünürüm. 1 2 3 4  
5
16. Diğerlerinin daha kötü olaylarla karşılaştıklarını düşünürüm. 1 2 3 4  
5
17. Sürekli olarak, yaşadıklarımın ne denli kötü şeyler olduğunu düşünürüm. 1 2 3 4 5
18. Olanlardan diğerlerinin sorumlu olduğunu hissederim. 1 2 3 4  
5
19. Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm. 1 2 3 4  
5
20. Olayla ilgili olarak birşeyleri değiştiremeyeceğimi düşünürüm. 1 2 3 4  
5
21. Yaşadıklarımın dolaylı hissettiklerimin sebebini anlamaya çalışırım. 1 2 3 4 5
22. Olanlardan ziyade iyi şeyler düşünmeyi yeğlerim. 1 2 3 4  
5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm. 1 2 3 4  
5
24. Kötü olayların iyi yönlerinin de olduğunu düşünürüm. 1 2 3 4  
5
25. Son yaşadığımın, diğer yaşadıklarım kadar kötü olmadığını düşünürüm. 1 2 3 4  
5
26. Başıma gelenlerin, bir kişinin başına gelebilecek en kötü şeyler olduğunu düşünürüm. 1 2 3 4  
5
27. Bu sorunda, diğerlerinin yaptıkları hataları düşünürüm. 1 2 3 4  
5

28. Asıl sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm. 1 2 3 4  
5
29. Olumsuz durumlarla yaşamayı öğrenmek zorunda olduğumu düşünürüm. 1 2 3 4  
5
30. Olayın bende uyandırdığı hisleri derinlemesine irdelerim. 1 2 3 4  
5
31. Yaşadığım güzel olayları düşünürüm. 1 2 3 4  
5
32. Yapabileceğim en iyi planın ne olduğunu düşünürüm. 1 2 3 4  
5
33. Sorunun olumlu yanlarını bulmaya çalışırım. 1 2 3 4  
5
34. Hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu düşünürüm. 1 2 3 4  
5
35. Devamlı olarak, sorunun ne denli kötü olduğunu düşünürüm. 1 2 3 4  
5
36. Sebebin, temelde diğerlerinden kaynaklandığını düşünürüm. 1 2 3 4  
5





## Ek 7 Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.05.2021-12671



T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-88083623-020-12671  
Konu : Etik Onayı Hk.

26.05.2021

Sayın Murat Nuri AĞIRMAN

Makale çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 04.05.2021 tarihli ve 2021/05 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Alper FIDAN  
Müdür Yardımcısı

**Bu belge, gönderi elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Bölge Doğrulama Kodu : 9543MEEF3D Pın Kodu : 91752 Bölge Takip Adresi : <https://www.merkeze.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys/>  
Adres : Beşiktaş Mah. İstinye Cad. No:38 Söğütözü, 34395 Kızılkaynaközü / İSTANBUL İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
Telefon : 444 1 428 Ücretli / Yaslı İletim Ücretli  
Web : <http://www.aydin.edu.tr/> Tel No : 31062  
Kapı Adresi : [isa.yardimci@iaa.kat3.kap.tr](mailto:isa.yardimci@iaa.kat3.kap.tr)





## ÖZGEÇMİŞ

**Ad-Soyad:** Murat Nuri Ağırman

### ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans:** 2019, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji
- **Yüksek Lisans:** 2021, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji

### STAJLAR:

- **2017-** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (Stajyer Psikolog)

### MESLEKİ DENEYİM:

- **Mavi Dünya Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi** (Ağustos 2019-Aralık, 2019)
- **Kalpten Özel eğitim ve Rehabilitasyon Merkez** (Aralık 2019-Kasım 2020)
- **Psikoliva Psikolojik Danışmanlık Merkezi**
- **MİZMER Psikolojik Danışmanlık Merkezi** (Nisan 2021- Şu an )

### AKADEMİK ÇALIŞMALAR:

- **Yetişkin** Bireylerde Psikolojik Belirtiler, Yaşam Doyumu ve Bilişsel Esneklik Değişkenleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi (**Çukurova 7TH International Scientific Researches Conference Makale Sunumu**)
- **Çok Boyutlu Travma Ölçeği Ölçek Geliştirme Çalışması (Yüksek Lisans Tezi – Murat Nuri Ağırman, Dr. Kahraman Güler)**

