

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



**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN TEKRARLAYAN TOPLUMSAL
TRAVMALAR SONRASINDA DEPRESYON, KAYGI DÜZEYLERİ VE
İŞLEVSELLİĞİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ufuk KANTARCI

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

HAZİRAN 2021

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



**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN TEKRARLAYAN TOPLUMSAL
TRAVMALAR SONRASINDA DEPRESYON, KAYGI DÜZEYLERİ VE
İŞLEVSELLİĞİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Ufuk KANTARCI
181287010**

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN

HAZİRAN 2021



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi

Enstitümüz Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 181287010 numaralı öğrencisi **Ufuk KANTARCI**'nın “Üniversite Öğrencilerinin Tekrarlayan Toplumsal Travmalar Sonrasında Depresyon, Kaygı Düzeyleri ve İşlevselliğinin İncelenmesi” adlı tez çalışması, 23.06.2021 tarihinde yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından **oy birliği** ile Yüksek Lisans tezi olarak **kabul** edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

1) Tez Danışmanı: Fatma Sibel MERCAN

2) Jüri Üyesi: Yeşim CAN

3) Jüri Üyesi : Zeynep MAÇKALI

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Üniversite Öğrencilerinin Tekrarlayan Toplumsal Travmalar Sonrasında Depresyon, Kaygı Düzeyleri ve İşlevselliğinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (23/06/2021)

Ufuk KANTARCI

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın konusunun seçimi de dâhil olmak üzere, tezin başından sonuna kadar bana yol gösteren ve destekleyen, lisansüstü eğitim sürecim boyunca tecrübelerinden çokça yararlandığım, iyi bir psikolog olma yolunda bana pek çok şey öğreten değerli tez danışmanım ve hocam Prof. Dr. Fatma Sibel Mercan'a öğrettiği her şey için teşekkür ederim.

Tez jürisinde bulunmayı kabul eden değerli hocam Doç. Dr. Fatma Yeşim Can'a ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Maçkalı'ya yorum ve önerileri için teşekkür ederim.

Araştırma sürecimin her aşamasında bana destek olan, bu çalışmada çok fazla emeği geçen, özellikle istatistiksel verilerin analizi konusunda yardımına koşan sevgili arkadaşım ve meslektaşım Hülya İzgiş'e, yardımları için değerli arkadaşım ve meslektaşım İlkay Kılıçarslan'a, çalışmanın yayılmasında ve veri toplamamda bana yardımcı olan Roxsan Mandel ve Evin Mercan'a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca koşulsuz bir şekilde arkamda olan, beni her zaman sonuna kadar destekleyen ve özellikle eğitim yaşamımda beni hep cesaretlendiren ilk öğretmenlerim; annem Şenay Kantarcı, babam Necdet Kantarcı ve sevgili kız kardeşim Gizem Kantarcı'ya yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Haziran 2021

Ufuk KANTARCI

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri.....	2
1.2 Araştırmanın Önemi	2
1.3 Sınırlılıklar ve Varsayımlar	3
2. TRAVMA	4
2.1 Kümülatif Travma	9
2.1.1 Hayatta kalma travması	10
2.1.2 Aile-bağlanma travması.....	11
2.1.3 Kişisel kimlik travması	12
2.1.4 Kolektif travma	13
2.2 Depresyon.....	15
2.3 Anksiyete	18
2.4 İşlevsellik.....	21
3. YÖNTEM.....	24
3.1 Araştırmanın Örneklemi	24
3.2 Veri Toplama Araçları.....	24
3.2.1 Demografik bilgi formu	24
3.2.2 Beck depresyon ölçeği	24
3.2.3 Beck anksiyete ölçeği	25
3.2.4 Dünya Sağlık Örgütü yetiyitimi değerlendirme çizelgesi (WHODAS 2.0)	
.....	25
3.2.5 Kümülatif travma ölçeği-kısa formu	26
3.3 Verilerin Toplanması.....	26
3.4 Verilerin Analizi	26
4. BULGULAR	28
4.1 Katılımcıların Genel Yapısına İlişkin Frekans Dağılımı.....	28
4.2 Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar	29
4.3 Ölçek Puanları ile Cinsiyet Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular	32
4.4 Kümülatif Travma, Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	33

4.5 Kümülatif Travmanın, Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi Düzeylerini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizleri	33
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
KAYNAKLAR	46
EKLER.....	58
ÖZGEÇMİŞ.....	82

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Akt	: Aktaran
APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
BBSK	: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu
DSM	: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
ICD	: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması)
ICF	: International Classification of Functioning, Disability and Health (İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırması)
KTÖ-K	: Kümülatif Travma Ölçeği- Kısa Form
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluğu
Ort.	: Ortalama
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHODAS	: World Health Organization Disability Assessment Schedule (Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi)

TABLO LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	28
Tablo 4.2: Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımı	29
Tablo 4.3: Travmatik Olayların Sıklığı ve Yüzdeleri (Oluşum)	30
Tablo 4.4: Kümülatif Travma Alt Boyut Olaylarının Sıklığı ve Yüzdeleri (Oluşum)	31
Tablo 4.5: Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre İncelenmesi	32
Tablo 4.6: Kümülatif Travma, Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analizi.....	33
Tablo 4.7: Kümülatif Travmaların Depresyon Düzeyini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	33
Tablo 4.8: Kümülatif Travmaların Anksiyete Düzeyini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	34
Tablo 4.9: Kümülatif Travmaların Yetiyitimi Düzeyini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	34

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-5)	6
Şekil 2.2: Kümülatif Travma Türleri	14
Şekil 2.3: Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri (DSM-5)	15

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN TEKRARLAYAN TOPLUMSAL TRAVMALAR SONRASINDA DEPRESYON, KAYGI DÜZEYLERİ VE İŞLEVSELLİĞİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmanın genel amacı; üniversite öğrencilerinin tekrarlayan toplumsal travmatik yaşam olayları sonrasında depresyon, kaygı düzeyleri ve işlevselliğin incelenmesidir. Araştırma, eğitimlerine çevrimiçi olarak devam etmekten olan, toplamda 597 üniversite öğrencisi (ön lisans, lisans, yüksek lisans) ile gerçekleşmiştir. Araştırmada, veri toplama araçları olarak “Demografik Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Ölçeği”, “Beck Anksiyete Ölçeği”, “Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi-Kısa Formu (WHODAS 2.0)” ve “Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Formu” kullanılmıştır. Araştırmada, bağımsız örneklemelerin analizi için *t* test, korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre; üniversite öğrencilerinin en çok yaşadıkları travmanın doğal afet deneyimi olduğu ve en az yaşadıkları travmanın ise işkence görme veya hapse atılmış olma olduğu bulunmuştur. Araştırmada, kız öğrencilerin depresyon ve anksiyete düzeyinin erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yetiyitimi düzeyinin ise cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Araştırmada, erkeklerin hayatta kalma travması yaşama sıklığının, kız öğrencilerin yaşama sıklığından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Aile-bağlanma travmasında ise; kız öğrencilerin aile-bağlanma travması yaşama sıklığının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Kişisel kimlik travması ve kolektif kimlik travması yaşanma sıklığının cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Hayatta kalma travmasının, kişisel kimlik travmasının ve aile-bağlanma travmasının, depresyonu pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Kişisel kimlik travması ve aile bağlanma travması, anksiyete puanlarını pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Hayatta kalma travması, kişisel kimlik travması ve aile-bağlanma travması, yetiyitimi puanlarını pozitif yönde yordadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Kümülatif Travma, Depresyon, Anksiyete, İşlevsellik*

INVESTIGATION OF DEPRESSION, ANXIETY LEVELS AND FUNCTIONALITY OF UNIVERSITY STUDENTS AFTER RECURRENT SOCIAL TRAUMA

ABSTRACT

The general purpose of this research is; It is the investigation of depression, anxiety levels and functionality of university students after recurrent social traumatic life events. The research was conducted with a total of 597 university students (associate degree, bachelor's degree, master's degree) who were continuing their education online. In the study, "Demographic Information Form", "Beck Depression Scale", "Beck Anxiety Scale", "World Health Organization Disability Assessment Chart (WHODAS 2.0)" and "Cumulative Trauma Scale-Short Form" were used as data collection tools. In the research, for the analysis of independent samples t test, correlation analysis and multiple regression analysis were performed. In the conclusion of the research; It was found that the most common trauma experienced by university students was the natural disaster experience and the least trauma they experienced was torture or imprisonment. In the study, it was found that the depression and anxiety levels of female students were significantly higher than the male students. It was found that the level of functionality did not differ according to gender. In the study, it was found that the frequency of experiencing survival trauma in male students was significantly higher than the frequency of female students. In family-attachment trauma; It has been determined that female students experience frequency is significantly higher than the male students. It was found that the frequency of experiencing personal identity trauma and collective identity trauma does not differ according to gender. It was found that survival trauma, personal identity trauma, and family-attachment trauma positively predict depression. Personal identity trauma and family attachment trauma were found to positively predict anxiety scores. It was found that survival trauma, personal identity trauma and family-attachment trauma positively predicted functionality scores.

Keywords: *Cumulative Trauma, Depression, Anxiety, Functionality*

1. GİRİŞ

Kişiler yaşamları boyunca pek çok travmatik deneyim yaşayabilmektedir. Dünya genelinde yaşayan kişilerle yapılan çalışmada, kişilerin hayatları boyunca %70'inin travmatik yaşantıyla en az bir kere karşılaştığı saptanmıştır (Benjet ve diğerleri, 2016).

Travma; herhangi bir olaya bağlı olarak tehdit yaratan etkenler ile kişinin başa çıkma durumu arasında tutarsızlık yaratan; kişinin çaresiz hissettiği ve sonucundan kendini ve dış dünyayı algılamasında değişiklik yaratan deneyimler olarak tanımlanmaktadır (Fischer ve Riedesser, 1999). Kümülatif travma ise kişilerin hayatları boyunca birçok defa ortaya çıkabilen belirli olumsuz olayın veya farklı travmatik yaşantıların toplamalarını ifade eden ve çok sayıda mağdur olma deneyiminin yarattığı etkilerin birikim olarak açıklanmaktadır (Follet ve diğerleri, 1996).

Travma, kişinin fiziksel veya psikolojik iyi olma hali üzerinde kalıcı olarak etki eden olay/olaylar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kişinin işlevselliğini ve iyilik halinde bozulmalara neden olmaktadır (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). 1988 yılında, Ermenistan'da meydana gelen depremde, sağ kurtulan 1785 kişi ile yapılan bir çalışmada, depremden 2 yıl sonra TSSB'nin kümülatif oranının %50 olduğu belirtilmiştir (Başoğlu, Şalcıoğlu & Livanou, 2002). Marmara Depremi'nden sonraki 3 yılda travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığı %19.2 olarak gösterilmektedir (Önder ve diğerleri 2006).

Alan yazılarına bakıldığında; birden fazla defa travmaya maruz kalmanın yüksek düzeyde depresyona yol açabildiği bilinmektedir. Yaşanan travma sayısı arttıkça, hem kişideki psikopatoloji riski artmakta hem de depresyon semptomlarının görülme sıklığı ile zihinsel ve fiziksel sağlıkta zayıflamaya bağlı olarak hayat kalitesinde bozulmalar olduğu bildirilmektedir (Suliman ve diğerleri, 2009; Agorastos ve diğerleri, 2014). DSM-5'e göre depresyon, *“bireylerin hayata dair istek ve motivasyonlarının azaldığı, üzüntülü hissettiği, geleceğe dair karamsar düşündüğü, geçmişe yönelik pişmanlık duyduğu, suçlu hissettiği, hayatının bazı zamanlarında*

ölüme dair düşüncelerin olduğu, uyku ve yeme düzeninde değişmelerin olduğu ve cinsel isteğinde değişmelerin görüldüğü bir rahatsızlık” olarak ele alınmaktadır.

Lehrner ve Yehuda (2018), kümülatif travmalar ile anksiyetenin pozitif yönde bir ilişki içinde olduğunu belirtmektedir. İnsanlar, anksiyeteyi, kişinin başına sanki kötü bir şey gelecekmış veya kötü bir olay yaşayacakmış gibi hissetmesi ve buna bağlı olarak endişe yaşaması olarak tanımlamaktadır (Öztürk, 2016). Uzun süre yüksek seviyede strese maruz kalmak, fiziksel sağlığı etkilemekte ve kişinin günlük işleyişinde önemli bozulmalara sebep olmaktadır (Boals, Riggs & Kraha, 2013). Travmatik yaşam olaylarına sıkça şahit olan acil yardım ekipleri, kurtarma uzmanları, askerler, polisler gibi birimler, travmaya dolaylı olarak maruz kalmış olmalarına rağmen yaşanan travmalardan etkilenmekte ve zaman içerisinde işlevselliklerinde bozulma olduğu görülmektedir (Özkul ve Var, 2018).

1.1 Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmanın genel amacı; üniversite öğrencilerinin tekrarlayan toplumsal travmatik yaşam olayları sonrasında depresyon, kaygı düzeyleri ve işlevselliğin incelenmesidir. Araştırmanın hipotezleri;

1. Üniversite öğrencilerinin tekrarlayan toplumsal travma yaşama sıklığı, depresyon düzeylerini pozitif yönde yordamaktadır.
2. Üniversite öğrencilerinin tekrarlayan toplumsal travma yaşama sıklığı, anksiyete düzeylerini pozitif yönde yordamaktadır.
3. Üniversite öğrencilerinin tekrarlayan toplumsal travma yaşama sıklığı, işlevsellik düzeylerini negatif yönde yordamaktadır.

Araştırmanın alt sorusu ise;

1. Üniversite öğrencilerinin cinsiyetlerine göre depresyon, anksiyete, işlevsellik düzeyleri ve tekrarlayan toplumsal travmaları yaşama sıklığı anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

1.2 Araştırmanın Önemi

Yurt içi ve yurt dışı literatür incelendiğinde, kümülatif travmalar ile ilgili çalışma sayısının oldukça az ve sınırlı olduğu görülmüştür. Özellikle yurt içi yayınlarda

kümülatif travmaların neredeyse hiç denecek kadar az çalışılmış olması dikkat çekmektedir. Bu çalışma, literatürde az sayıda yayın bulunan kümülatif travmalar konusunun çalışılması açısından oldukça kıymetlidir. Bu çalışma; hem yurt içi yayınlara katkı sağlaması hem de gelecek araştırmalar için yol gösterici olması bakımından önem taşımaktadır.

1.3 Sınırlılıklar ve Varsayımlar

Araştırmadaki sınırlılıkları ve varsayımları şunlar olabilir:

- Araştırmada kullanılacak ölçekler çevrim içi olarak sunulacaktır.
- Üniversite öğrencisi olmayan katılımcılar örneklem grubundan çıkarılacaktır.
- Araştırma, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi-Kısa Formu (WHODAS 2.0) ve Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Formu için verilen bilgiler ile sınırlı olacaktır.
- Demografik Bilgi Formu'nda verilen bilgilerin doğru olduğu varsayılacaktır.

2. TRAVMA

Travma kavramı çok eskilere dayanmaktadır ve kökeninin eski Yunan kaynaklarına kadar gittiği, ayrıca “sakatlanma” veya “yara” anlamında kullanıldığı görülmektedir (Ford ve diğerleri 2015). Travma, genel olarak ani şekilde ortaya çıkan, kişinin yaşamına yönelik tehdit oluşturan, kişiyi güçsüz hissettiren, sıkça kalıcı ve rahatsızlık yaratan anılara, aşırı derece uyarılmalara ve hissiz hissetmesine neden olan yaşantılar olarak ele alınmaktadır (Basham, 2012).

APA (1994) travma kavramını, kişinin ağır şekilde yaralanma, ölme veya ölüm tehdidi alma ve beden bütünlüğünü bozmaya dair tehlike oluşturacak durumlara tanık olması veya bu durumlarla bizzat karşılaşması olarak tanımlamaktadır. Kişi bu durumlar nedeniyle korku duyduğu, çaresiz hissettiği ve dehşete kapıldığı görülmektedir. Fischer ve Riedesser (1999) ise travmayı, herhangi bir olaya bağlı olarak tehdit yaratan etkenler ile kişinin başa çıkma durumu arasında tutarsızlık yaratan; kişinin çaresiz hissettiği ve sonucundan kendini ve dış dünyayı algılamasında değişiklik yaratan deneyimler olarak tanımlamaktadır.

Travma, kişinin fiziksel veya psikolojik iyi olma hali üstünde kalıcı olarak etki eden olay/olaylar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kişinin işlevselliğini ve iyilik halinde bozulmalara neden olmaktadır (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Kişi travmatik olaya doğrudan maruz kalıyorsa birincil travma; travmatik olaya tanık oluyorsa ikincil travma kapsamında değerlendirilmektedir (Figley, 1995). Travmatik olaya tanıklık eden veya olay hakkında bilgi edinen kişilerin, travmatik olaya maruz kalan kişilere benzer şekilde etkilenebildikleri görülmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Doğal afetler, şiddet olayları, araç kazaları, kişinin evinin yanması, fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalma, işkence görme, savaş vb. olaylar travmatik olaylar kapsamında değerlendirilmektedir (Briere ve Scott, 2006). Terr (1991) tarafından travmatik olaylar birincil, ikincil ve üçüncül tip olarak üzere üçe ayrılmaktadır. Birincil tip travmatik olaylar; araç kazaları, cinsel istismar, doğal afet vb. tek seferde meydana gelen ve belirli bir yıkıcı olaylar olarak ele alınmaktadır. Travmatik bir olay

olmasına rağmen, kişinin olay karşısındaki verebileceği tepki, koruyucu etkenlerin olmasına göre azaltılmaktadır veya düşük düzeye indirilmektedir. İkincil tip travmatik olaylar; sürekli ve tekrarlayan şekilde görülen, kişiyi kurban psikolojisine sokan, güçsüz hissettiren, kişinin hayatına dair tehdit yaratan olaylar olarak ele alınmaktadır. Aile içi şiddet bu olaylara örnek verilebilmektedir. Birincil tip travmatik olaylardan en büyük farklı sürekli ve tekrar eden olaylar olmasıdır. Üçüncül tip travmatik olaylar ise genel olarak kişinin şiddetli şekilde acı veya ağrı hissetmesine neden olan işkenceler olarak ele alınmaktadır.

Dünya genelinde yaşayan kişilerle yapılan çalışmada, kişilerin hayatları boyunca %70'inin travmatik yaşantıyla en az bir kere karşılaştığı saptanmıştır (Benjet ve diğerleri, 2016). ABD'de yaşayan kişiler ile yapılan çalışmada, katılımcıların yaşamları boyunca travmatik bir olay ile karşılaşma durumlarının %89.6 olduğunu saptanmıştır (Breslau ve Kessler, 2001). Ülkemizde yapılan çalışmada, kişilerin yaşamları süresince travmatik yaşantı ile en az bir kere karşılaşma oranı %58.6 olarak bulunmuştur (Karancı ve diğerleri, 2012).

Ülkemiz içinde yaşadığımız coğrafya, hayat şartları, sıklıkla doğal veya insan kaynaklı afetlere maruz kalma durumu sebebiyle travmatik olayların yaşanma riskinin yüksek olduğu bir yer olarak düşünülmektedir (Şavur ve Tomas, 2010). Türkiye'de yaşanan en büyük felaketlerden biri olarak geçen 1999 Marmara Depremi (Devlet Planlama Teşkilatı, 1999) sonrasında yapılan araştırmalarda, depreme bağlı olarak birçok ruhsal sorunların ortaya çıktığı ve yıllarca sürdüğü görülmektedir (Aker, 2006). Türkiye'de gerçekleşen bombalı eylemlerin kişi ve toplum üzerindeki etkisini inceleyen çalışmada ise, kız öğrencilerde, erkek öğrencilere göre daha fazla travma sonra stres bozukluğu görüldüğü bulunmuştur. Aynı zamanda tekrardan tecrübe etme, kaçınma ve uyarılma belirtilerinin de kız öğrencilerde yoğun olarak görüldüğü saptanmıştır (Demirli, 2011). Yapılan bir çalışmada, Diyarbakır'da gerçekleşen arabalı bomba saldırısını gören veya sesini duyan tanık katılımcıların olay yaşandıktan 1 ay sonrasında %12.5, 3 ay sonrası %9.6 oranında Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı aldıklarını belirtmiştir (Eşsizoglu ve diğerleri, 2009). DSM-5, travmatik olayları doğrudan yaşamayan fakat dolaylı olarak maruz kalan, travma ile yakından çalışan meslek gruplarının, travmatik olaylardan direkt etkilendiklerini ve TSSB geliştirme eğiliminde olan riskli grupta olduklarını söylemektedir.

<p>A. Aşağıdakilerden biri (veya daha fazlası) yoluyla doğrudan ölüm veya ölüm tehdidi oluşturacak durumlar, ağır yaralanma veya cinsel saldırıya uğramış olma:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Travmatik durum(lar)a doğrudan maruz kalmak.2. Başka kişilerin yaşadıkları olay(lar)a doğrudan tanıklık etmek.3. Yakın bir aile üyesinin veya yakın bir arkadaşın doğrudan veya dolaylı olarak ölüm tehdidi yaşaması, şiddete maruz kalması veya kaza geçirmesi gibi travmatik bir durum yaşadığını öğrenmek.4. Yaşanan travmatik olay(lar)ın hoş olmayan detaylarına tekrarlayıcı veya aşırı bir şekilde maruz kalma (örneğin olay sonrasındaki ceset kalıntılarını toplayan ilk yardım ekipleri, tekrarlayan bir şekilde çocuk istismar durumlarına tanık olan polis memurları vs.)
<p>B. Travmatik olay(lar) yaşandıktan sonra oluşmaya başlayan, travmatik olay(lar) ile ilgili istem dışı olan aşağıdaki semptomlardan birinin (veya daha doğunun) varlığı:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Travmatik olayın tekrarlayıcı, istemsiz ve iradedışı, üzüntü verici anılar.2. Travmatik olay(lar) ile ilişkili tekrarlayan ve sıkıntı veren rüyalar görmek.3. Bireyin, travmatik olay(lar) tekrar yaşanmış gibi hissettiği veya davrandığı disosiyatif tepkiler (geçmişe dönüler gibi).4. Travmatik olay(lar)ı sembolize eden veya hatırlatan iç veya dış uyaranlara maruz kalındığında yoğun veya uzun süreli sıkıntı yaşama.5. Travmatik olay(lar)ı sembolize eden veya hatırlatan iç veya dış uyaranlara maruz kalındığında fizyolojik tepkiler verme.
<p>C. Aşağıdakilerden birinin ya da ikisinin de olmasıyla, travmatik olay(lar) yaşandıktan sonra başlayan, travmatik olay(lar)la ilgili uyarlardan sürekli kaçınma:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Travmatik olay(lar) ile ilgili veya yakından ilişkili sıkıntı verici anılar, düşünceler veya duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak kalmaya çalışma2. Travmatik olay(lar) ile ilgili veya yakından ilişkili sıkıntı verici anıları, düşünceleri veya duyguları tekrar harekete geçiren dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, faaliyetler, eşyalar, durumlar) uzak durma veya bunlardan kaçınma çabaları

Şekil 2.1: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-5)

<p>D. Aşağıdakilerden ikisi (veya daha fazlasının) olmasıyla, belirli bazı travmatik olay(lar)ın yaşanmasının ardından ortaya çıkan veya kötüleşen, travmatik olay(lar)la ilişkili biliş ve ruh halindeki olumsuz değişiklikler olması:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir bölümünü hatılayamama (özellikle disosiyatif amneziye bağlıdır; kafa travması, alkol veya uyuşturucu gibi faktörlerle ilgili değildir).2. Kişinin kendisi, başkaları ya da dünyaya ilişkin olarak sürekli ve abartılı olumsuz inançlar veya beklentiler (“ben kötüyüm”, “kimseye güven olmaz”, “dünya tehlikeli bir yer” gibi).3. Travmatik olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarına ilişkin olarak, kişinin kendisini veya diğerlerini suçlamasına yol açan, ısrarlı çarpık bilişler.4. Kalıcı olumsuz duygusal durum (korku, dehşet, öfke, suçluluk, utanç gibi).5. Diğerlerinden kopma veya yabancılaşma duyguları.6. Sürekli bir şekilde olumlu duyguları yaşayamama (mutluluk, tatmin veya sevgi duygularını yaşayamama gibi)
<p>E. Aşağıdakilerden ikisi (veya daha fazlasının) olmasıyla, belirli bazı travmatik olay(lar)ın yaşanmasının ardından ortaya çıkan veya kötüleşen, travmatik olay(lar)la ilişkili uyarılma ve tepkisellikte belirgin değişiklikler:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kişiler veya nesnelere yönelik, sözlü veya fiziksel saldırganlıkla dışa vurulan sinirli davranışlar ve öfke patmaları (kışkırtıcı bir durum olmadan veya çok az bir kışkırtma durumu olduğunda).2. Pervasız veya kendine zarar verici davranışlar.3. Her zaman tetikte olma.4. Aşırı irkilme tepkisi gösterme.5. Konsantrasyonda zorlanma.6. Uyku bozukluğu (uykuya dalma veya uyanmada zorlanma, huzursuz hissetme, yeterli uykuyu alamama)
<p>F. Bozukluğun süresi (B, C, D, E tanı kriterleri) bir aydan daha uzundur.</p>
<p>G. Bozukluk, klinik anlamada ciddi bir soruna neden olur; sosyal, mesleki veya başka önemli alanlarda işlevsellikte bozulma yaratır.</p>
<p>H. Bu bozukluk, herhangi bir maddenin (ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.</p>

Şekil 2.1: (Devamı) Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-5)

Yaşanılan travmatik olayların kişileri olumsuz etkilediği ve depresyon, anksiyete, somatizasyon, TSSB vb. birçok ruhsal problemlere neden olduğu bilinmektedir (Kılıç, 2003). Kilpatrick ve diğerleri (2017), yaptıkları çalışmada kişilerin travmatik olay sonucunda duygularını düzenlemede zorluk yaşadığına dikkat çekmektedir. Travmatik olayların yarattığı etkinin kişiler arasında değişiklik gösterdiği, bazı kişilerde travmatik yaşantının daha uzun süreli etki gösterdiği görülmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Travmatik olaylar kişileri çaresiz, kırılğan hissetmesine ve bir gün ölebileceğini fark etmesine sebep olmaktadır, bu nedenle hayatlarını öncesi ve sonrası olarak ikiye ayırdığını ve kişisel, çevresel birçok durumun değişmesinde rol oynamaktadır. Böylelikle kişilerin varoluşlarını derinden etkileyerek kişilerin hayatlarını sorgulamaya ittiği görülmektedir (Dürü, 2006). Aynı zamanda travmatik olaylar, kişilerin çeşitli psikolojik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Sungur ve Kaya, 2001). Breslau (2001), kişilerin maruz kaldığı travmatik olaylar sonucunda yeti yitimi ve işlevsellik kaybı yaşadıklarını ifade etmiştir.

APA (2000)'ya göre travmadan sonraki ilk bir aylık sürede ortaya çıkan kişinin zorlanması ve uyum sorunları yaşaması "Akut Stres Bozukluğu" olarak adlandırılmaktadır. Kişinin gösterdiği semptomlar 30 günden daha uzun zamanda görülmeye devam ediyor ise "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" tanısı düşünülmektedir. Kişinin gösterdiği semptomlar üç aydan daha fazla görülmeye devam ediyorsa ise o zaman "Süreğen (Kronik) TSSB" olarak denilmektedir. Ancak bazı travmatik olayların etkilerinin altı aydan sonra ortaya çıktığı görülmektedir. Böyle durumlarda ise "Geç Başlangıçlı TSSB" olarak adlandırılmaktadır.

Genellikle travmanın insan üzerindeki olumsuz etkisi göz önüne alınsa da bazı çalışmalar travmatik olayların, kişilere olumlu katkılarının olduğunu ifade etmektedir. Tedeschi ve Moore (2016), travmatik olaylar, kişinin bu olaylar ile çıkabilmesine, stresini yönetebilmesine ve kişinin gücünü geliştirmesine olanak sağladığını belirtmektedir. Schaefer ve Moos (1992) ise kişi, saldırıya uğradığı veya ölüm tehditi yaşadığı zorlayıcı olaylar ile baş edebildiğinde kendine olan güveninin arttığını vurgulamaktadır.

2.1 Kümülatif Travma

Travmatik yaşantı tek seferde yaşanıp bitmiyorsa; savaş veya terör saldırıları gibi devamlılık gösteriyorsa, kişi için yarattığı etkilerin sadece TSSB tanı ölçütleri çerçevesinde incelemenin eksik olacağını belirten birden fazla çalışma bilinmektedir. TSSB çerçevesiyle travmatik yaşantı ele alındığında, geçmişte yaşanan ve sona eren bir olayın, kişi üzerinde bugünkü zamanda olan etkisinin değerlendirildiği görülmektedir. Ancak olay geçmişte yaşanıp sona ermiyorsa, bugünde hala devam ediyorsa travmatik yaşantı kavramı tam olarak bu durumu kapsamamaktadır (Gürsoy, 2020).

Travmatik saldırıların sürekli olması halinde kişilerin yaşayabileceği psikolojik etkileri belirleyen yalnızca doğrudan ya da dolaylı maruz kalma olmayacağına; kişileri daha iyi anlayabilmek adına travmatik yaşantıya maruz kalma yönünden farklı olarak bakılmasının gerekliliğini belirtilmiştir (Bleich, Gelkopf ve Solomon, 2003). Straker (1987), şunda olan ve gelecekte olmaya devam eden tehlike yaratan olayların kişiler için yarattığı sonuçlara yönelik “Devam Eden Travmatik Stres Sendromu” ifadesini kullandığı görülmektedir. Pat-Horenczyk ve diğerleri (2007)’nin savaş gibi uzun süreli devam eden ve kişilerin uzunca süre maruz kaldığı terör saldırılarının, kişiye olan etkilerini “Yinelenen Terörizm/Şiddet” kavramı altında incelediği görülmektedir.

Kişilerin hayatları boyunca birçok defa ortaya çıkabilen belirli olumsuz olayın veya farklı travmatik yaşantıların toplamlarını ifade eden, çok sayıda mağdur olma deneyiminin yarattığı etkilerin birikimini tanımlamak adına ise Kümülatif Travma kullanılmaktadır (Follet ve diğerleri, 1996). Travmatik olarak görülmeyen ancak kişi için stres yaratan ve günlük hayatını zorlaştırıcı etkileri olan terör saldırılarına benzer şekilde tekrarlayıcı nitelik gösteren yaşam olaylarının, kişi için travmaya benzeyen bir deneyim oluşturduğunu ve birikimli etki sonrasında kişilerde TSSB benzeri belirtilerin görüldüğü ifade edilmektedir. Bu yaşantılar Kümülatif Travma Bozukluğu olarak ifade edilmektedir (Kira, 2001).

Özellikle savaşın, göçün, sürgünün ve ayrımcılığın olduğu toplumlarda kümülatif travmanın yaygın olarak görülmektedir (Veronese ve diğerleri, 2017). İnsanın kontrolüyle ortaya çıkan terörizm gibi travmatik olayların veya geniş çevrelere etki

eden şiddet eylemlerinin meydana getirdiği korku ve güvensizlik hissi toplum için önemli ruhsal problemlere neden olmaktadır (Rubonis ve Bickman, 1991).

Alan yazılarında kümülatif travmanın birden fazla türünün olduğu görülmektedir. Bu türler; hayatta kalma travması, aile-bağlanma travması, kişisel kimlik travması ve kolektif travma olarak sıralanmaktadır (Eltan, 2019).

2.1.1 Hayatta kalma travması

Hayatta kalma travması (survival trauma), kişinin kendi hayatına ya da başka insanların hayatlarına, doğrudan veya dolaylı yoldan tehdit oluşturacak durumlar olarak tarif edilmektedir. Savaşa katılmak, savaşa tanıklık etmek, silahlı çatışmaya maruz kalmak, intihar etmek veya girişimde bulunmak, cinayet veya öldürülmekle tehdit edilmek, şiddete maruz kalmak, trafik kazası, doğal afetler veya insan eliyle oluşturulmuş afetler yaşamak hayatta kalma travmaları içinde yer almaktadır (Eltan, 2019). Bazı travma türleri aynı anda birçok başka travma türünü de etkilemektedir. Ensest travması bağlanma ve özerklik (otonomi) yapılarını, soykırım travması kolektif kimliği, dayanışma ve hayatta kalma sistemlerini bozabilmektedir. Hayatta kalma travması, yaşamı tehdit edecek durumlar yaşandığında kişinin tüm olanaklarını, yaşanabilecek en kötü durumlara karşı tepki vermeye hazırlayabilmektedir. Yaşamı tehdit eden durumlar kişinin inançlarını, özdeğerini, hayat ve dünya hakkındaki görüşlerini ve değer yargılarını parçalayabilmektedir (Kira, 2001).

Bir terör eylemine bağlı olarak bombalama eylemine maruz kalanların ilk birkaç ayda TSSB sıklıklarının %10 dolaylarında olduğu tespit edilmiştir ve bu bozukluğun kadınlarda daha sık olduğu, savaşa maruz kalan ve savaştan kaçan kişilerde ise bu oranın yaklaşık %50'ye kadar çıktığı görülmektedir. Doğrudan savaşa ve teröre maruz kalanlarda fiziksel yaralanma olması, buna tanık olmaları veya yakınlarının böyle bir durum yaşamaları, akut ve kronik olarak ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Terör olayları ile ilgili görüntüler görmenin bile ruhsal zedelenmeye yol açtığı görülmektedir. ABD'de İkiz Kuleler'e yapılan saldırının birkaç ay sonrasında yapılan bir araştırmada, binadan atlayan insanların görüntülerine, televizyonda yayınlarında tekrarlayıcı bir şekilde maruz kalan insanların TSSB (%17.4) ve depresyon (%14.7) tanıları, maruz kalmayanlara (sırasıyla %6.2 ve %5.3) göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Şar, 2017).

1988 yılında, Ermenistan'da meydana gelen depremde, sağ kurtulan 1785 kişi ile yapılan bir kohort çalışmada, depremden 2 yıl sonra TSSB'nin kümülatif oranının %50 olduğu belirtilmiştir. Deprem sonrasındaki psikolojik sorunlar yaralanma ya da yaralanma tehdidine maruz kalma, depremin merkezine yakınlık, yaşamda aksama, mali kayıp, duygusal problemler, sosyal ilişkilerde bozulma, devlet desteğinin olmayışı ve düşük eğitim düzeyi gibi konularla ilişkilendirilmektedir (Başoğlu, Şalcıoğlu & Livanou, 2002). Depremden sonra verilen psikolojik tepkilere bakıldığında; bilinç bulanıklığı, dehşet, hüznün, suçluluk, sinir gibi bilişsel ve duygusal reaksiyonlar olduğu görülmektedir (Nakajima, 2012).

2.1.2 Aile-bağlanma travması

Çocukluk dönemindeki en temel ihtiyaçlardan biri ebeveyn veya bakım veren tarafından sağlanan güvenlik ve sıcaklık duygularıdır. *Bağlanma*; bebek ile bebeği rahatlatmak, desteklemek, beslemek ve korumaktan sorumlu olan belli sayıdaki bakım veren (anne, baba vs.) arasındaki yakınlığı geliştirmeye ve korumaya yardımcı olan duygusal bir bağ şeklinde tarif edilmektedir (Thompson, 2002).

Tipik yetiştirme koşulları altında insan yavruları bakıcılarına karşı bağımlık geliştirmektedir. Bunu sağlayan şey çocukların edindikleri tecrübelerle bakıcılarının güvenilir ve ulaşılabilir olduğunu öğrenmeleridir. Bağlanma kalitesindeki farklılıklar, çocuktaki gelişim için önemli çıkarımlar yapmayı sağlamaktadır. Çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmaması, sağlıklı yetiştirme koşullarının sağlanamaması ve çocukların ve birincil bakım verenlerinin kişilerarası travmaya maruz kalmaları halinde birincil bakım veren ve çocuk arasındaki bağın gelişimi bozacak ve bu durum bağlanma sürecinde travma yaşanmasına neden olacaktır. Kişilerarası travma ve birincil bağlanma bozukluğunun birleşimi, çocukların duygu düzenleme, özerklik ve psikososyal gelişimleri için oldukça önemli olan topluma uyumlu davranış becerilerinin kazanılacağı etkinlik ve ilişkilerin edinilmesini etkilediği gösterilmektedir. Bakım veren tarafından terk edilmek, ebeveynlerin ölümü, çocuğun fiziksel veya duygusal ihtiyaçlarının ihlali bağlanma travması yaratabilecek durumlar olarak gösterilmektedir. Düzensiz bağlanma ilişkileri gibi olumsuz bağlanma deneyimleri yaşayan veya tepkisel bağlanma bozukluğunda olduğu gibi eksik bağlanma deneyimleri olan çocuklar, eşzamanlı ve gelecekteki psikopatoloji için en büyük risk olarak görülmektedir. Bağlanma travmalarına dayanan literatür,

bakıcılardan uzun süreli veya kısa süreli ayrılıklar, çocuğu ihmal etme ve istismar etme şeklindeki bağlanma travmalarının yetişkinlikte güvensiz bağlanma stillerine yol açtığını ve TSSB belirtilerine yol açabileceğini göstermiştir (Breidenstine ve diğerleri, 2011; Spinazzola, Van der Kolk & Ford, 2018; Eltan, 2019).

2.1.3 Kişisel kimlik travması

Kimlik; kişilerin hayatlarına yön verebilmeleri ve amaç duygusu edinmeleri için benimsedikleri, dünya hakkındaki rolleri, hedefleri, değerleri ve inançlarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Travmatik yaşantılar, kişilerin bu rollere, hedeflere, değerlere ve inançlara olan bağlılıklarını sorgulamalarına neden olabilmektedir (Berman, Montgomery & Ratner, 2020).

Özerklik veya kimlik travması, bireyin veya grubun davranışsal ve duygusal bağımsızlığını veya kimlik duygusunu paramparça edebilir ve yetersizlik, eksiklik, yabancılaşma ve benlik ve kader üzerinde kontrol kaybına yol açabilmektedir. Bu tür travmaların örnekleri cinsel ve fiziksel taciz, aile içi şiddet, tecavüz, kölelik, savaş esirleri, işkence ve soykırımdır. Erken çocuklukta bu tür travmalar, sağlıklı bir özerklik ve kimlik oluşumunun gelişimini bozabilmektedir. Yetişkinlerde kendini kaybetme ve çaresizlik duygularına neden olabilmektedir (Kira, 2001). Travmalarla ilgili literatüre bakıldığında, kişilerarası ve aile içi travmanın kaza, fiziksel yaralanma veya hastalıkla ilişkili ruhsal travmadan daha zarar verici olabileceğini göstermektedir (Blum, 2007).

Kişisel kimlik travmaları genellikle işleyen bellek üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Spesifik olarak, cinsel istismar, algısal akıl yürütme ve işleyen bellek üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Cinsel istismar, çocuklarda duygusal olarak en çok zarar veren travmalardan biri olarak bulunmuştur (Kira, 2012). Araştırmacılar, çocukluğunda cinsel istismara uğramış, yetişkin iken, eşleri/partnerleri tarafından cinsel tacize veya fiziksel şiddete maruz kalmış kadınlarda TSSB olduğunu belgelemektedir (Follette ve diğerleri, 1996). Gold ve diğerleri, (1994), hem çocukluğunda hem de yetişkinliğinde cinsel istismara uğramış kadınların, Travma Semptom Kontrol Listesi (TSC) puanlarının, yalnızca çocukluğunda ya da yalnızca yetişkinliğinde cinsel istismara uğrayan kadınlara göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir ve bu çalışmanın bulguları cinsel travmanın kümülatif bir etki yarattığına işaret etmektedir.

2.1.4 Kolektif travma

Nesiller arası aktarılan travmaların etkilerini açıklayan *kolektif kuşaklar arası travma aktarımı*, tarihsel travma ve sosyal-yapısal travma olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tarihsel travmada kişiler, renklerinden, etnik kökenlerinde veya dini inanışlarından dolayı, tarihsel olarak travmatik olaylara (kölelik, soykırım vb.) maruz kalmaktadır. Bu olayların etkileri travmaya maruz kalanların soyundan gelenlerde de görülebilmektedir çünkü tarihsel travmalar, yeni karşılaşılan travmalarla etkin bir şekilde baş edememeye yol açabilecek travma etkilerinin birikmesine yol açabilmektedir (Eltan, 2019). Çoğu baskı ve ayrımcılık, tarihsel travma türleridir. Tarihsel travma kolektif ve sürekli ve nesiller boyunca devam eden fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler mirasıyla hedef nüfusu doğal olarak öngörülen rotasından saptıran büyüklüğe sahiptir (Kira ve diğerleri, 2020).

Kültürel kimlik; etnik köken, ırk, köken ülke, dil, kültürleşme, cinsiyet, yaş, cinsel yönelim, dini veya manevi inançlar, sosyoekonomik sınıf ve eğitimi içermektedir (Groen ve diğerleri, 2018). Kültürel travma; bir kolektivitenin üyelerinin, grup bilinçlerinde silinmez izler bırakan, anılarını sonsuza dek etkileyen ve gelecekteki kimliklerini temel ve geri alınamaz şekillerde değiştiren korkunç bir olaya maruz kaldıklarını hissettiklerinde ortaya çıkmaktadır (Alexander ve diğerleri, 2004). Birden fazla defa ayrımcılığa maruz kalan etnik grupların başta depresyon olmak üzere, zihinsel sağlık sorunları riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Kira ve diğerleri, 2020).

Travmanın kuşaklar arası aktarımı azınlık gruplarını etkilemektedir. Kuşaklar arası travma kuramları, kölelik, soykırım ve sürekli ayrımcılık ve sosyal yapısal şiddet gibi bir topluluğun maruz kaldığı travmaların nesiller boyunca aktarılabilecek uzun süreli etkilere sahip olduğunu öne sürmektedir (Kira ve diğerleri, 2020).

<p>1. Hayatta Kalma Travmaları:</p> <p>(Doğal nedenler ile meydana gelen)</p>	<p>Doğal sebeplerle meydana gelen olaylara maruz kalan kişilerin bedensel olarak zarar görebilecekleri travmaları barındırmaktadır. Bu tip travmalar (deprem, sel, fırtına, su baskını, çığ vb. doğal afetler) tamamen doğal sebeplerle meydana gelirler ve bu travmaları doğrudan tecrübe etmek veya tanık olmak da hayatta kalma travması yaşamaya neden olabilir.</p>
<p>2. Hayatta Kalma Travmaları:</p> <p>(İnsan kaynaklı meydana gelenler)</p>	<p>İnsan kaynaklı sebeplerle oluşan olaylarda kişilerin bedensel olarak yaralanabilecekleri veya zarar görebilecekleri travmaları kapsamaktadır. Bu travmalar doğal sebeplerden dolayı değil, insan tarafından meydana gelen travmatik yaşantılardır ve bu olayları doğrudan yaşamak veya tanık olmak hayatta kalma travması yaşamaya neden olabilir.</p>
<p>3. Kişisel Kimlik Travmaları:</p>	<p>Kişisel kimlik travmaları, kişinin sağlıklı bir şekilde özerklik ve kimlik geliştirmesini engelleyebilen, işleyen bellek üzerinde olumsuz etkileri olan travmaları barındırmakta ve kişinin bağımsızlık, güvende olma ve ait hissetme gibi duygularına zarar verebilmektedir. Bu travmatik yaşantılar bireyin hedeflerine, inançlarına ve değerlerine olan bağlılıklarını tahrip edebilir.</p>
<p>4. Toplumsal Kimlik Travmaları:</p>	<p>Toplumsal kimlik travmaları, kişilerin ya da grupların dinlerine, dillerine, renklerine veya etnik kökenlerine diğer kişiler ya da gruplar tarafından yapılan baskılar, ayrımlar veya adaletsizlik şeklindeki tutumları kapsamaktadır. Toplumsal kimlik travmaları tekrarlayıcı bir şekilde devam edebilmektedir ve bu travmaya maruz kalan kişilerin soyundan gelenlere de aktarılabilmektedir.</p>
<p>Aile-Bağlanma Travmaları:</p>	<p>Aile-Bağlanma travmaları, kişinin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde bakım verenleri ile yaşamış olduğu zorlayıcı ve travmatik deneyimleri kapsamaktadır. Çocuğun, bakım verenleri tarafından ihmal edilmesi, temel ihtiyaçları olan beslenme, korunma, rahatlık gibi ihtiyaçlarının giderilmemesi veya kesintiye uğraması bu travmanın ortaya çıkmasına neden olabilir.</p>

Şekil 2.2: Kümülatif Travma Türleri

2.2 Depresyon

Bugün depresyon olarak adlandırdığımız durum, bir dizi eski yazar tarafından “melankoli” sınıflandırması altında tanımlanmış ve melankolinin ilk klinik tanımı, M.Ö. 4. yüzyılda Hipokrat tarafından yapılmıştır (Beck ve Alford, 2009). M.S. 2. yy’da yaşamış bir doktor olan Aretaeus ise melankolik hastayı şöyle tanımlamıştır: “Üzgün, dehşet içinde ve uykusuzdurlar. Sıkıntıları ve yenilenmeyi sağlayan uykularını kaybetmeleri nedeniyle zayıflarlar. Daha sonraları ise binlerce şeyden nefret eder ve ölümü arzularlar”.

DSM-5’e göre Major Depresif Bozukluk tanı kriterleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

<p>A. Aşağıdaki maddelerden 5 tanesi (ya da daha fazlası) 14 gün süre ile sürekli bulunması ve eskisine göre işlevsellikte değişiklik yaratması (1. veya 2. semptomlardan en az biri bulunmalıdır)</p> <ol style="list-style-type: none">1) Hemen hemen her gün depresif duygudurum içinde olma, kendini üzgün, umutsuz hissetme veya diğer kişiler tarafından bu gözlemin yapılması2) Neredeyse her gün, hemen hemen tüm faaliyetlerde belirgin bir ilgi ve istek azalması3) İştahta azalma veya artma4) Uyku azalması veya artması5) Psikomotor ajitasyon ve yavaşlama6) Yorgunluk ve enerji kaybı7) Suçluluk ve değersizlik hissetme8) Düşünme becerisinde veya konsantrasyonda azalma, kararsızlık9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihara meyillilik
<p>B. Kişinin sosyal, mesleki yaşamında ve diğer alanlarda işlev kaybı vardır.</p>
<p>C. Semptomlar madde kullanımı veya başka bir tıbbi duruma bağlı değildir.</p>
<p>D. Herhangi başka bir ruhsal hastalıkla izah edilemez.</p>
<p>E. Manik veya hipomanik nöbet olmaz.</p>

Şekil 2.3: Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri (DSM-5)

Depresyon, bireylerin hayata dair istek ve motivasyonlarının azaldığı, üzüntülü hissettiği, geleceğe dair karamsar düşündüğü, geçmişe yönelik pişmanlık duyduğu, suçlu hissettiği, hayatının bazı zamanlarında ölüme dair düşüncelerin olduğu, uyku

ve yeme düzeninde değişmelerin olduğu ve cinsel isteğinde değişmelerin görüldüğü bir rahatsızlık olarak ele almaktadır. Ayrıca depresyonun kişiler üzerindeki etkisinin olumsuz olduğunu, kişilerin dış dünyaya karşı ilgilerinin azaldığını, kendilerine yönelik ayıplama, kınama veya aşığılama gibi kendilik değeri ile ilgili azalmaların olduğu bilinmektedir. (Çevik ve Volkan 1993; American Psychiatric Association, 2013).

Depresyon, fiziksel ve davranışsal belirtiler ile ortaya çıkan, kişilerin duygularında ve düşüncelerin değişiklikler meydana getiren bir hastalık olarak ele alınmaktadır ve kişilerin öz saygılarının düşmesine neden olan depresyonun, kişilerin yaşına göre farklı belirtiler gösterebileceğini de vurgulanmaktadır (Köroğlu 2006, 2012).

Depresyon döneminde en çok karşılaşılan belirtileri; çökkün ve bunaltılı duygudurum (üzüntü, elem), isteksizlik, durgunluk, ilgide azalma, daha önce keyif alınan şeylerden zevk alamama, aktivite azalması, enerji azalması, çabuk yorulma, ajitasyon, dikkat dağımlıklığı, yetersizlik-değersizlik-suçluluk düşünceleri, uykuda azalma veya artma, kilo ve iştahta değişim, ölüm ve intihar düşünceleri olarak sıralanmaktadır. Depresyon, uzun süreli veya tekrarlayıcı şekilde görülebildiğinden, kişinin işteki, okuldaki işlevselliğini veya günlük hayatla başa çıkma becerisini ciddi derecede bozabildiğinden, yetiyitimine yol açabildiğinden ve en şiddetli halinde intihara sebep olabileceğinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmesi vurgulanmaktadır (Köknel, 1989; Öztürk, 2016; World Health Organization, 2017). Depresyonun hayat boyu görölme sıklığının %1.5 ile %19 arası olduğu düşünölmektedir (Howland, 2013). Türkiye’de ise bu yaygınlık oranı %8-20 olarak bulunmuştur (Doğan ve diğerleri, 1995). Depresyon, hayatları boyunca erkeklerin %5-12’si kadarını, kadınların ise %10-25 kadarını etkilemektedir (Klose ve Jacobi, 2004).

Toplumdaki en yaygın psikiyatrik durumlardan birisi depresyondur ve dünya çapında, 300 milyondan fazla (dünya nüfusunun %4.4’ü) insanın depresyondan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir (Kesler ve diğerleri, 1994; Cimilli, 2001; World Health Organization, 2017). Depresyonun, yineleme oranı yüksek, süregenleşme ve özkıyım riski olan psikolojik bir bozukluk olarak bilinmektedir. Yaygın görölmesi ve neden olduğu olumsuzluklardan dolayı toplumsal olarak sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Keller ve diğer, 1984). Depresif bozuklukların çeşitli türleri vardır ve bunlar; “Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu”,

“Major Depresif Bozukluk”, “Distimik Bozukluk”, “Preenstrüel Disfori Bozukluğu”, “Madde/İlacı bağılı Depresif Bozuklu”, “Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk”, “Diğer Belirtilmiş Depresif Bozukluk”, “Belirsiz Depresif Bozukluk” olarak sıralanmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). Çeşitler içinde en yaygın olanları ise ‘major depresyon bozukluğu ve distimik bozukluk olduğu belirtilmektedir (US Department of Health and Human Services, 2011; World Health Organization, 2017).

Miller ve Seligman (1976), öğrenilmiş çaresizlik modelinde; çocukluğundan beri çaresizlik hissini yaşamış ve bunu kontrol altına almayı başaramamış kişilerin, yaşayacakları olumsuz bir durumda "zaten bunu da başaramayacağım" düşüncesiyle kendilerini bırakmaları sonucu depresyona girdiklerini belirtmektedir. Psikanalitik kuram depresyonu, geleceğe karşı karamsar duygular ve özsaygının yitimi ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Özsaygının kaybı, kişinin geleceğe karşı umutla bakabilmesini olumsuz etkilemektedir. Freud (1993), yas ile melankoliyi kıyaslamış ve melankolide gerçek bir sevgi nesnesi kaybı olmayabileceğini ve yastan farklı olduğunu belirtmektedir. Depresyonda ise gerçek veya bilinçdışı sevgi nesnesi kaybı olmaktadır. Kişinin sevdiği birinin ondan ayrılması, sevilme, beni kimse sevmiyor, işe yaramazın tekiyim, yetersizim biçiminde içe yansıtılmaktadır ve bu durum kişinin özsaygısını düşmesine neden olmaktadır. Kişi sevgi kaybını değersizlik, kötümserlik şekline dönüşmekte ve bu duyguların kendi içine yönelmesi intihara neden olabilmektedir.

Depresyonun meydana gelmesine ve artmasına neden olan en önemli faktörün kişinin hayatında stresin eksik olmaması olduğu ve stres yaratan bir durumun depresyona neden olduğu gibi çoğu zaman depresyonu tetikleyen bir role sahip olduğunu ifade edilmektedir (Kabakçı, 2001). Depresyon her yaştan ve her kesimden insanı etkileyebilmektedir ve depresyona girme riski; yoksulluk, işsizlik, sevilen birisinin ölümü veya ilişkilerin bozulması, fiziksel hastalık ve alkol/madde kullanımı gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır (World Health Organization, 2017). Sosyal çevre, olumsuz ebeveyn tutumları, madde kullanımı, cinsiyetler arası eşitsizliğe bağlı karşılanabilecek sorunlar gibi pek çok sebebin depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Ünal ve diğerleri, 2002). Kişinin ailesinden birinde depresyon hikayesi varsa kişinin depresyon yaşama ihtimalinin arttığı bilinmektedir. Depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarının, depresyonu olmayan ebeveynlerin

çocuklarına kıyasla üç ya da dört kat daha fazla depresyon riskine sahip olduğu görülmektedir (Köroğlu, 2006; Thapar ve diğerleri, 2012).

Aker (2006), 1999 yılında Marmara’da yaşanan depremle ilgili depremzedelerle yaptığı araştırmada Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Major Depresyon’un en sık karşılaşılan bozukluklar olduğunu, depremzedelerde depresyon yaygınlığının 11%-42% arasında, diğer taraftan sağlık ve kurtarma çalışanları gibi riskli grupların depresyon prevalansını 1%-4.5% olarak göstermektedir. 1994’ten 2014’e kadar, 30 farklı ülkeden 1 milyon katılımcının verilerini birleştirerek toplumdaki yetişkinler arasındaki depresyon yaygınlığının güncel bir tahminini sağlamayı amaçlayan bir meta-analiz çalışmasında, depresyonun toplam yaygınlığının %12.9, bir yıllık yaygınlığının %7.2 ve yaşam boyu yaygınlığının %10.8 olduğu gösterilmektedir (Lim ve diğerleri, 2018).

2.3 Anksiyete

Anksiyete (Bunaltı), Yunanca’da anlamı gerginlik, daralma anlamlarına gelen "*angh*" sözcüğünden türemiştir (Rachman, 2004). Anksiyete; bariz ve sürekli korku veya düşük seviyedeki devamlı korku anlamlarına gelmektedir (Bannister, 1985). İngilizce’ye "*dread, anxiety*" şeklinde dönüştürülmüştür. Türkçe’de ise bunalmak, bunaltı, daralma, sıkıntı şeklinde bir karşılığı olduğu görülmektedir. Anksiyeteyi karşılması adına genellikle "*kaygı*" kelimesi tercih edilmektedir fakat bu sözcük anksiyeteyi doğru şekilde karşılayamamaktadır. Kaygı, genelde nesnesi belli olan bir durum veya kişi için meraklanmak, endişelenmek anlamına gelen duygu olarak ele alınmaktadır. Öte yandan anksiyeteyi karşılması açısından "bunaltı" sözcüğü çok daha doğru bir kullanım olduğu belirtilmektedir. (Öztürk, 2016). DSM 5’te anksiyete bozuklukları başlığı altında birden fazla anksiyete bozukluğunun tanımlandığı görülmektedir. DSM 5’e göre anksiyete bozuklukları; "Yaygın Anksiyete Bozukluğu", "Seçici Mutizm", "Özgül Fobi", "Toplumsal Kaygı Bozukluğu", "Panik Bozukluğu", "Agorofobi", "Ayrılma Kaygısı Bozukluğu", "Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu", "Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu", "Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu", "Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu" şeklinde sıralanmaktadır.

DSM 4'te “*Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)*”, “*Akut Stres Bozukluğu*” ve “*Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)*” anksiyete bozuklukları içinde yer alırken DSM 5'te OKB başlığı Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığına; TSSB ile Akut Stres Bozukluğu ise Travma ve Stresör ile İlişkili Bozukluklar başlığına taşındığı görülmektedir.

Anksiyete ile korku duygusunun benzerlik gösterdiği fakat aralarında fark olduğu belirtilmektedir. Kişi korktuğu zaman korkusu genellikle somut bir uyarana yönelmektedir. Bir toplantıyı kaçırmaktan, sınava geç kalmaktan, faturaları ödeyememekten veya biri tarafından reddedilmekten kişilerin korkabildiği görülmektedir. Anksiyete de ise kişi, kendisini endişelendiren uyarının ne olduğunu belirlemede zorlanmaktadır. Korkunun kaynağı genel olarak dıştan kaynaklanırken anksiyetenin kaynağının daha çok içsel olduğu belirtilmektedir (Bourne, 2011).

Öztürk (2016), anksiyeteyi, kişinin başına sanki kötü bir şey gelecekmiş veya kötü bir olay yaşayacakmış gibi hissetmesi ve buna bağlı olarak endişe yaşaması olarak tanımlamaktadır. Kişilerin günlük hayatındaki işlevselliğini olumsuz etkileyen, ilişkilerinde bozulmalara neden olan, titreme, kalp çarpıntısı, ağızda kuruluk gibi fiziksel bir takım belirtilerin olduğu anksiyeteler, patolojik anksiyete olarak tanımlanmaktadır (Rosen ve Schulkin, 1998).

Anksiyete dair farklı yaklaş farklı şekillerde yaklaştıkları görülmektedir. Psikanalitik kuram, anksiyetenin içsel çatışma ve bilinçdışı güdülerin belirlediğine vurgulamaktadır (Atkinson ve diğerleri, 2002).

Bilişsel yaklaşım, anksiyeteye dair düşünce, algı ve yorumlama tarzları üzerine odaklanmaktadır (Beck ve Weishaar, 2011). Varoluşçu yaklaşım, kişinin normal şekilde kaygı hissetmesinin değişim veya gelişim için motivasyon sağladığını ancak anksiyete bozukluğunun kişinin işlevselliğini olumsuz etkilediğini belirtmektedir (Corey, 2008).

Cattell ve Scheier (1958, 1961)'in yaptıkları faktör analizi çalışmaları sonucunda belirlenen durumluk kaygı (state anxiety) ve sürekli kaygı (trait anxiety) kavramları daha sonra Spielberger (1971) tarafından tanımlanmışlardır. Buna göre durumluk kaygı; kişinin kimi durumları tehdit edici şekilde algılaması ve durumdan dolayı gerginlik ve korku duyguları ile ortaya çıkan geçici duygusal tepkiler olarak ifade edilmektedir. Sürekli kaygı, kişinin anksiyete yaşamaya olan eğilimi olarak

tanımlanmaktadır. Yani kişideki durumluk kaygının artması ve devamlılık göstermesi durumu olarak ifade edilmektedir.

Barutçugil (2003) kaygının üç kaynaktan beslendiğini ifade etmektedir ve kaynakları; kişinin kendisi ile durumu, arkadaşları veya yakın çevresi ile ilgili durumu ve uzak çevresi ile durumu olarak sıralamaktadır. Kişinin kendisiyle ilgili durumu, kararlılık düzeyi ve davranışlarının ortaya çıkardığı durumlar ile şekillenmektedir ve kişinin kendisi ile ilgili olduğu için başa çıkılacak en kolay kaygı olduğunu belirtmektedir. Kişi arkadaşları veya yakın çevresi ile ilgili durumlardan oluşan kaygıyla ise kolay şekilde başa çıkamadığını vurgulamaktadır. Uzak çevrenin yarattığı durumların ise kişinin kontrolünde olmadığı için kişi bu tarz durumlarla karşılaştığında, geçmesini beklediği veya durum hakkında bilgi sahibi olma yoluna gidebileceğini belirtmektedir. Bacanlı (1999), Türkiye’de yaşayan kişiler için kaygı yaratan durumların büyük bir bölümünün ülke ve ülke içi sorunlar oluşturduğunu ve kaygının kaynağının toplum ve kültür dinamiklerine göre değişebileceğini vurgulamaktadır.

Anksiyete, kimi kişilerde yavaşça gelişip uzun süreli devamlılık gösteren olaylardan sonra; kimi kişilerde hayatının gidişatını kontrol edemediklerini düşündüklerinde; kimi kişilerde geçmişte olan ve onun için stres yaratan durumların gelecekte de karşısına çıkacağına dair düşünceleri olduğunda; kimilerinde ise genetik yatkınlıktan dolayı ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda anksiyete nedenlerini tek bir olaya veya duruma indirgemenin doğru olmayacağı belirtilmektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2000).

Genel anksiyete bozukluğuna eşlik ettiği görülen ruhsal hastalıkların oranı %91.3 olarak bulunmuştur. En yüksek oranda eşlik eden bozukluğun depresyon olduğu görülmüştür. Diğer yaygın görülen bozukluklar ise sosyal anksiyete bozukluğu, alkol/madde bağımlılığı, fobiler, panik bozukluk, TTSB, obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olarak bildirilmiştir. Bu hastaların yarısında (%50) kişilik bozukluğu da görülmektedir. Sindirim, kalp damar, solunum ve endokrin rahatsızlıkları da genel anksiyete bozukluklarıyla beraber görülebilmektedir (Fisher, 2007; Hoge, Ivkovic & Fricchione, 2012; Öztürk, 2016).

Dold ve diğerleri (2017) tarafından 2011-2016 yılları arasında, toplamda 1346 Major Depresif Bozukluk (MDB) hastası ile yürütülen çalışmada, MDB’ye eşanlı

anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemek üzere 8 farklı Avrupa ülkesinden 10 akademisyen yer almıştır. Çalışmaya göre MDB tanısı almış hastaların %21.2'sinde eşanlı anksiyete bozuklukları, %10.8 yaygın anksiyete bozukluğu, %8.3 panik bozukluğu, %8.1 agorafobi ve %3.3 sosyal fobi olduğu bulgulanmıştır. Kişide anksiyete bozukluğunun olması, bir veya daha fazla ek anksiyete bozukluğuna sahip olma olasılığını büyük oranda arttırmaktadır. Aslında saf anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı komorbid anksiyetelerin görülme sıklığından daha azdır (Clark ve Beck, 2011). Brown ve diğerleri (2001) yaptıkları geniş klinik çalışmalarda başka bir anksiyete bozukluğu komorbiditesinin özgül fobi için %27'den TSSB için %62'ye kadar değiştiğini göstermişlerdir.

2.4 İşlevsellik

İnsanların gündelik yaşamlarında, barınma, kişisel bakım, verimli olma ve sosyal ilişkiler yürütebilme gibi yerine getirmeleri beklenen görevleri vardır (Harvey ve Bellack, 2009). İşlevsellik; kişinin hayatında yapmaktan sorumlu olduğu işleri ve planlarını aksatmadan ve verimli bir şekilde sürdürebilmesidir. Diğer insanlarla sosyalleşebilmek, romantik ilişki kurabilmek, bağımsız olabilmek, mesleğini yapmayı sürdürebilmek ve çalışmak ve eğlenceli aktivitelere katılmak gibi birçok alanı kapsayan bir kavramdır (Barrera ve diğerleri, 2013). Yetiyitimi ise bedensel veya ruhsal açıdan bozulma veya zarar görme gibi durumların neden olduğu işlev kayıpları, sınırlılıkları ya da yapısal bozukluklar şeklinde tarif edilen geniş çaplı bir terimdir (World Health Organization, 2001).

ICF (Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması) ve ICD-10 (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, onuncu baskı) birbirleri için bütünleyici yapıdadırlar ve beraber kullanılması desteklenmektedir. Çünkü Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflamış olduğu sağlığa ilişkin koşulların (hastalık, yaralanma, bozukluk vb.) temeli ICD-10'dan gelmektedir. ICF ise işlevselliğin ve yetiyitiminin sınıflandırılmasını kapsamaktadır. ICD-10 hastalıklar veya bozukluklara teşhis koymayı sağlarken ICF bu durumların işlevselliğe olan etkileriyle ilgili bilgi vermektedir (World Health Organization, 2001a).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF), sağlığın ve sağlığa ilişkin olan durumların belirlenmesi ve standardize edilmesi için bazı tanımlamalarda

bulunmuşlardır. Bu tanımlar iki başlık altında sınıflandırılmıştır: Vücut işlevleri ve yapıları, Etkinlikler ve Katılım Sınıflandırma. Dünya Sağlık Örgütü (2004)'ne göre işlevsellik, bütün beden fonksiyonlarını, faaliyetlerini ve kişinin dahil oluşunu içeren bir kavramdır. Yetiyitimi ise fonksiyon veya yapısal bozuklukları, faaliyetlerde ve katılımıda kısıtlılığı içermektedir. Verbrugge (1990) yetiyitimi kavramını kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda yaşadığı bir yetersizlik olarak tanımlamaktadır.

Yetiyitimi ve işlevselliği daha iyi açıklamak için “medikal model” ve “sosyal model” olmak üzere iki ayrı yapı oluşturulmuştur. Medikal modele göre yetiyitimi kişisel bir sorundur ve herhangi bir yaralanma, hastalık veya farklı bir sağlık durumunda ilgili uzman tarafından tedavi gerektiren bir durumdur. Bu model ile hedeflenen; yetiyitimi ile mücadele, kişinin bozulmuş olan davranışının değişerek tekrar uyumlu hale gelmesidir. Diğer taraftan sosyal model, yetiyitiminin sosyal hayat ile ilişkili olduğunu, kişinin kendisini topluma dahil etme konusunda sorun yaşaması ile ilgili olduğunu vurgular. Sosyal yetiyitimi ele alırken kişinin sosyal hayatı, mesleki alanı, kişilerarası ilişkileri, evlilik veya ebeveynlik durumları gibi rolleri ve sergiledikleri davranışların yerine getirilirken ortaya çıkabilecek kısıtlanmalar değerlendirilmektedir (Wiersma ve diğerleri, 1990). Yetiyitimi, kişinin kendisinden kaynaklanan bir problem değil, içinde yaşadığımız toplumsal yapının oluşturduğu kompleks düzenden kaynaklanır. Bundan dolayı yetiyitimi olan bireylerin sosyal hayatın her alanına dahil edilmeleri için yapılması gereken her türlü eylem toplumun sorumluluğundadır. Dolayısıyla yetiyitimi toplumsal bir sorun olduğu ve insan hakları ile de ilişkili olduğundan dolayı politik bir durumdur (Dünya Sağlık Örgütü, 2004).

Yapılan bazı çalışmalarda, anksiyete ve depresyonun beraber görüldüğü hastaların, sadece anksiyetesi olan hastalara kıyasla daha düşük zihinsel sağlık seviyesine sahip olduklarını ve panik bozukluğun eşlik ettiği depresyon hastalarında, eşlik etmeyen depresyon hastalarına göre daha zayıf görevsel ve sosyal işlevselliğe sahip oldukları bulunmuştur (Sherbourne ve diğerleri, 1996). Harrow ve diğerleri (1990), uzun süre gözlemledikleri, akut mani ve tek uçlu depresyon (bipolar I) sebebiyle hastaneye yatırılan 100 hastanın sonuçlarını paylaştılar. Bu hastalar düzenli olarak 2 yıl boyunca ve atak dönemlerinden sonra 4.5 yıl boyunca iki durumda takip edildiler. 2 yıl takip edilen hasta grubunun sadece %27 ve 4.5 yıl takip edilen grubun yalnızca %41'i iyi denilebilecek genel işlevsellik gösteriyordu. Geleneksel şekilde tedavi

gören hastaların çoğu gözetim altındayken iyileşme gösterebilirler de %60'a yakın bir alt grubun bir veya birden çok alanda hala zayıf işlevselliğe sahip olduğu görülmüştür.

Coryell ve diğerleri (1993), mani ve majör depresyonla ilişkili psikososyal bozulmanın, işlevsellik ile ilgili bütün alanlara etki ettiğini, klinik olarak düzenli iyileşme gösteren hastalarda bile yıllarca sürdüğü sonucuna ulaşmışlardır. Öztürk (2002), travmatik yaşantının kişilerde ruhsal semptomların ortaya çıkması veya artmasında etkili olduğunu ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek birçok alanda kişinin işlevselliğini etkilediğini belirtmektedir. Travmatik bir olaya maruz kalan kişilerle yapılan bir çalışmada, travmatik yaşantının etkilerinin hayatları boyunca %10-20 arasında kişinin işlevselliğinin etkilediğini saptamıştır (Yılmaz, 1999).

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama işlemi ve verilerin analizlerine dair bilgiler yer almaktadır.

3.1 Araştırmanın Örnekleme

Araştırma, eğitimlerine çevrimiçi olarak devam etmekten olan toplamda 597 üniversite öğrencisi (ön lisans, lisans, yüksek lisans) ile gerçekleşmiştir. Üniversite öğrencisi olmayan veya üniversite öğrencisi olsa dahi eğitime çevrimiçi olarak devam etmeyen kişiler çalışmadan çıkartılmıştır. Araştırmanın örnekleme kartopu yöntemiyle ulaşılmıştır.

3.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmada, kişilerin depresyon seviyelerini ölçmek için “Beck Depresyon Ölçeği”, kaygı düzeylerini ölçmek için “Beck Anksiyete Ölçeği”, işlevsellik düzeylerini ölçmek için “Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi-Kısa Formu (WHODAS 2.0)”, kümülatif travma sıklığını ölçmek için “Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Formu” ve katılımcıların yaş, cinsiyet, yaşadıkları şehir gibi demografik bilgilerini almak için araştırmacı tarafından hazırlanan olan “Demografik Bilgi Formu” kullanılmıştır.

3.2.1 Demografik bilgi formu

Araştırmada kullanılan olan Demografik Bilgi Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, eğitimini çevrimiçi olarak sürdürüp sürdürmediği, çalışma durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı gibi bilgileri elde etmek için sorulan sorulardan oluşmaktadır.

3.2.2 Beck depresyon ölçeği

Beck (1961) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Depresyonda görülen bedensel,

duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. Yirmi bir belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir, alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Hisli (1989)'nin üniversite öğrencilerine uyguladığı ölçek sonuçlarına göre ölçeğin güvenilirliği .74, psikiyatri grubu üzerindeki araştırmada ise MMPI depresyon skalası ile korelasyonu .63 bulunmuştur.

3.2.3 Beck anksiyete ölçeği

Beck ve diğerleri (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy (1993) tarafından yapılmıştır. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Ulusoy ve diğerleri (1998), tarafından Beck anksiyete envanterinin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve çalışmada ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0.57 olarak bulunmuştur. (Kaplan, 2011).

3.2.4 Dünya Sağlık Örgütü yetiyitimi değerlendirme çizelgesi (WHODAS 2.0)

WHODAS 2.0, herhangi bir hastalığa, duruma veya yaşa özgü olmayan, klinik değerlendirme ve araştırmalarda işlevselliğin çok yönlü olarak değerlendirilmesi için geliştirilen çok boyutlu bir ölçektir. WHODAS 2.0; altı yaşam alanında 36 maddeyi içerir: Yanıtlayan kişinin belirli bir işlev sırasında zorluk yaşadığı günlerin (son 30 günde) sayısı ve zorluk düzeyi sorulmaktadır. Alt boyutlar: 1) Anlama ve iletişim kurma, 2) Hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, 3) Kendine bakım, 4) İnsan ilişkileri, 5) Yaşam faaliyetleri, ev sorumlulukları, iş ve okul, 6) Toplumsal yaşama katılım olarak tanımlanmıştır.

WHODAS-II'nin geçerlilik ve güvenilirliği ilk kez Uluğ ve diğerleri (2001) tarafından yapılmıştır. WHODAS-II'nin boyutlarının iç tutarlılık katsayısı cronbach'ın alfa değerleri sırasıyla 0.88, 0.66, 0.76, 0.88, 0.94, 0.85, ölçeğin toplamı için 0.94'tür (Uluğ ve diğerleri, 2001). Daha sonra ölçeğin geçerliliği Aslan Kunt ve Dereboy (2018) yapmıştır. WHODAS-II'nin kısa formu olarak nitelenebilecek tarama sorularının iç tutarlılığı ve DAS toplam puanı ile korelasyonu yüksek bulunmuştur (Aslan Kunt ve Dereboy 2018).

3.2.5 Kümülatif travma ölçeği-kısa formu

Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form (KTÖ-K), Kira ve diğerleri (2008) tarafından, travma taksonomisi ve Gelişim Temelli Travma Çerçevesi göz önünde bulundurularak geliştirilmiştir. Ölçek, 35 maddeden oluşmakta ve Likert tipi ölçekle değerlendirilmektedir. Olay yaşandıysa, kaç kez meydana geldiğine verilen yanıt kümülatif travmaların sıklığını hesaplamak için kullanılmaktadır. Travma gerçekleşmediyse 0 olarak, bir kez ise 1, iki kez ise 2, üç kez ise 3 ve üç kezden fazla ise 4 olarak kodlanmaktadır. Oluşma parametresi için, kişiler olayı frekans ölçeğinde yaşamış olup olmadıklarını değerlendirmektedirler. Daha sonra, olay yaşandıysa, kişi olayın kaç kez gerçekleştiğini sıklık parametresinde derecelendirmektedir. Yaş parametresinde, kişiye olay ilk yaşandığında kaç yaş olduğu sorulurken; değerlendirme parametresinde kişiden bu deneyimden 7’li Likert tipi skala üzerinden ne kadar etkilendiğini (olumsuz veya olumlu olarak) ifade etmesi istenmektedir.

KTÖK’nun geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir (Kira ve diğerleri, 2008; Kira, Fawzi & Fawzi, 2013). Ölçeğin Türkçe versiyonunda, KTÖ-K Negatif puanı açısından Cronbach’ın alfa katsayısı erkekler için .75, kadınlar için .74 ve tüm örneklem için .74 olarak hesaplanmıştır (Eltan, 2019).

3.3 Verilerin Toplanması

Veri toplamada kullanılacak ölçekler, çevrimiçi olarak ulaşılabilecek şekilde bir “Google Forms” sayfası oluşturularak toplanmıştır. Çalışmaya katılacak kişilerin bilgilerinin gizlilik ilkesine bağlı kalınarak toplandığı ve verilen bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağına yönelik bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur ve çalışmaya gönüllü olarak katılan kişilerin verileri kullanılarak çalışma yürütülmüştür. Araştırmacı ölçeklere ve araştırmaya dair gerekli açıklamaları aynı Google Forms sayfası içinde yapmıştır.

3.4 Verilerin Analizi

Toplanan verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı) programının 22. Sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Temel değişkenlerin cinsiyet açısından farklılaşma düzeyini belirlemek için bağımsız *t* testi yapılmıştır. Temel değişkenin birbiriyle ilişkisine bakmak için ise korelasyon analizi

yapılmıştır. Kümülatif travmanın alt boyutlarının depresyon, anksiyete ve işlevsellik üzerindeki etkisini anlamak adına çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir ($p < .05$).

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcılardan elde edilen verilerin analizleri sunulmaktadır.

4.1 Katılımcıların Genel Yapısına İlişkin Frekans Dağılımı

Katılımcıların sosyo demografik değişkenlerine göre frekans ve yüzdelik değerleri aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	387	64.8
	Erkek	210	35.2
Medeni Durum	Bekar	537	89.9
	Sözlü/Nişanlı	12	2
	Evli	45	7.5
	Ayrı/Dul	3	0.6
Gelir Düzeyi	Çok Düşük	328	54.9
	Düşük	69	11.6
	Orta	93	15.6
	Yüksek	83	13.9
	Çok Yüksek	24	4
Kiminle Yaşıyor	Tek	47	7.9
	Aile İle	446	74.7
	Ev Arkadaşı	62	10.4
	Partner/Eş	42	7

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere; katılımcılar cinsiyetlerini 387’si (%64.8) kadın, 210’u (%35.2) erkek olarak belirtmiştir. Medeni durumlarını, 537’si (%89.9) bekar, 12’si (%2) sözlü/nişanlı, 45’i (%7.5) ve 3’ü (%0.6) ayrı/dul olarak belirtmiştir. Gelir düzeylerini 328’i (%54.9) çok düşük, 69’u (%11.6) düşük, 93’ü (%15.6) orta, 83’ü (%13.9) yüksek ve 24’ü (%4) çok yüksek olarak belirtmiştir. Kiminle yaşadıklarını 47’si (%7.9) tek, 446’sı (%74.7) aile, 62’si (%10.4) ev arkadaşı ve 42’si (%7)partner/eş olarak belirtmiştir.

4.2 Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar

Tablo 4.2: Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Min-Max	Ort±SS	
1. Beck Depresyon Ölçeği	0-55	12.04±10.25	
2. Beck Anksiyete Ölçeği	0-49	10.78±8.00	
3. Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi	12-51	22.16±8.90	
	n	%	
	< 17 puan	422	70.7
	> 17 puan	175	29.3
Beck Depresyon Ölçeği	Minimal düzeyde depresif belirtiler	292	48.9
	Hafif düzeyde depresif belirtiler	130	21.8
	Orta düzeyde depresif belirtiler	140	23.4
	Şiddetli düzeyde depresif belirtiler	35	5.9
		< 16 puan	450
	> 16 puan	147	24.6
Beck Anksiyete Ölçeği	Anksiyete yok	281	47.1
	Hafif düzeyde anksiyete belirtileri	169	28.3
	Orta düzeyde anksiyete belirtileri	91	15.2
	Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri	56	9.4

Beck depresyon ölçeği 0 ile 55 puan arasında değişmekte olup ortalama puan 12.40±10.25'tir. Beck depresyon puanlarını 17 cut off noktasına göre değerlendirdiğimizde % 70.7'si 17'nin altında bulunurken %29.3'ü 17 puan ve üzerinde çıkmıştır. Daha detaylı bir sınıflandırma yaparsak; 0-9 puan alan % 48.9 katılımcı minimal düzeyde depresif belirtileri olan; 10-16 puan arasında alan % 21.8 katılımcı hafif düzeyde depresif belirtileri olan; 17-29 puan arasında alan % 23.4 katılımcı orta düzeyde depresif belirtileri olan ve 30 ve üzerinde puan alan % 5.9 öğrenci ise şiddetli depresif belirtileri olanlardır. Beck anksiyete puanları ise 0 ile 49 arasında değişmekte olup ortalama 10.78±8.00 puan almaktadır. Beck anksiyete puanlarını 16 cut off noktasına göre değerlendirdiğimizde % 75.4'ü 16'nin altında

bulunurken % 24.6'sı 16 puan ve üzerinde çıkmıştır. Daha detaylı bir sınıflandırma yaparsak; anksiyete görülmeyen %47.1 katılımcı, 8- 15 puan arasında alan % 28.3 katılımcı hafif düzeyde anksiyete belirtileri olan, 16-25 puan arasında alan % 15.2 katılımcı orta düzeyde anksiyete belirtileri olan ve 26 puan ve üzerinde puan alan % 9.4 katılımcı ise şiddetli anksiyete belirtileri olanlardır. Yetiyitimi puanları ise 12-51 arasında değişmekte olup ortalama 22.16±8.90 puan almaktadır.

Tablo 4.3: Travmatik Olayların Sıklığı ve Yüzdeleri (Oluşum)

Travmatik Olay	n	%
1. Doğal Afet Deneyimi	442	74
2. Kaza Deneyimi	168	28.1
3. Savaş, terörist saldırı deneyimi	30	5
4. Yakın bir arkadaşın veya aile üyesinin ani ölümü	349	58.5
5. Yakın birinin başına gelen yaşamı tehdit eden olay	164	27.5
6. Hayati tehlike arz eden bir hastalık yaşamak	53	8.9
7. Bir silahla tecrübe edilmiş soygun	16	2.7
8. Bir tanıdığa şiddetli saldırıya tanık olmak	72	12.1
9. Öldürülmekle tehdit edilmek	70	11.7
10. Bir bakıcı tarafından fiziksel olarak istismar edilmek	45	7.5
11. Kendi aile içi şiddete tanık olmak	93	15.6
12. Kendinden daha yaşlı biri tarafından cinsel temasa geçilmek	27	4.5
13. Cinsel tacize veya tecavüze uğramak	33	5.5
14. İşkence görmek veya hapse atılmak	4	0.7
15. Anne tarafından terk edilmek	24	4
16. Baba tarafından terk edilmek	48	8
17. Irk nedeniyle ayrımcılığa uğramak	106	17.8
18. Ebeveyn boşanması	67	11.2
19. Kendi ırk tarihinde baskı veya soykırım yaşamak	101	16.9
20. Zorluklar nedeniyle sinir krizi geçirmek	282	47.2
21. Ebeveynlerinden veya kardeşlerinden birinin savaşa katılması	15	2.5
22. Okul başarısızlıkları	239	40
23. Zorunlu göç etmek	39	6.5
24. Daha güçlü biri tarafından fiziksel saldırıya uğramak	136	22.8
25. Ebeveynlerin cinsel temasa geçmesi	7	1.2

Tablo 4.3: (Devamı) Travmatik Olayların Sıklığı ve Yüzdeleri (Oluşum)

Travmatik Olay	n	%
26. Toplum veya kurumlar tarafından cinsiyet nedeniyle ayrımcılık yapılması	89	14.9
27. İlişkide hatalar yapmak	197	33
28. Eş veya evlat kaybı yaşamak	9	1.5
29. İşten kovulmak	52	8.7
30. Yeniden evlenmek	7	1.2
31. Kötü koşullarda yaşamak	130	21.8
32. Aile üyeleri tarafından cinsiyet nedeniyle ayrımcılığa uğramak	70	11.7
33. Birine zarar vermek	64	10.7
34. Şiddet içeren mahallede yaşamak	59	9.9
35. Zor doğum hikayesi	84	14.1

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, katılımcıların çoğunun yaşadığı travmatik olayın doğal afet deneyimi (%74) olduğunu belirlenmiştir. Buna karşılık, işkence görme veya hapse atılma (%0.7) tüm örneklem tarafından en az yaşanmış olay olarak rapor edilmiştir.

Tablo 4.4: Kümülatif Travma Alt Boyut Olaylarının Sıklığı ve Yüzdeleri (Oluşum)

Kümülatif Travmatik Olay	n	%
1. Hayatta Kalma Travması	514	86.1
2. Kişisel Kimlik Travması	437	73.2
3. Kolektif Kimlik Travması	248	41.5
4. Aile-Bağlanma Travması	413	69.2

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, katılımcıların çoğunun yaşadığı travmatik olayın hayatta kalma travmaları (%86.1) olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık, kolektif kimlik travması (%41.5) tüm örneklem tarafından en az yaşanmış olay olarak rapor edilmiştir.

4.3 Ölçek Puanları ile Cinsiyet Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

Tablo 4.5: Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre İncelenmesi

	Cinsiyet	N	Ort.	SS	t	p
1. Depresyon	Kadın	387	12,84	10,26	2.619	.009
	Erkek	210	10,55	10,09		
2. Anksiyete	Kadın	387	11,62	9,86	2.752	.006
	Erkek	210	9,24	10,53		
3. Yetiyitimi	Kadın	387	22,53	8,76	1.395	.16
	Erkek	210	21,47	9,13		
4. Hayatta Kalma Travması	Kadın	387	3,39	3,22	-	.02
	Erkek	210	4,20	4,86	2.457	
5. Kişisel Kimlik Travması	Kadın	387	4,59	4,99	-	.27
	Erkek	210	5,09	5,77	1.101	
6. Kolektif Kimlik Travması	Kadın	387	1,99	3,43	-	.07
	Erkek	210	2,58	4,00	1.808	
7. Aile-Bağlanma Travması	Kadın	387	2,54	2,71	2.405	.01
	Erkek	210	1,97	2,84		

Erkek ve kadın katılımcıların depresyon, anksiyete, yetiyitimi düzeyleri, hayatta kalma travma, kişisel kimlik travması, kolektif kimlik travması ve aile-bağlanma travması sıklığı ortalamaları arasındaki farklılığın saptanması amacıyla bağımsız t testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda kadınların depresyon düzeylerinin (Ort=12.84, SS=10.26) erkeklerin depresyon düzeylerinden (Ort=10.55, SS=10.09) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadınların anksiyete düzeylerinin (Ort=11.62, SS=9.86) erkeklerin anksiyete düzeylerinden (Ort=9.24, SS=10.53) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yetiyitimi düzeyinin cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>.05$).

Erkeklerin hayatta kalma travması yaşama sıklığı (Ort=4.20, SS=4.86), kadınların yaşama sıklığından (Ort=3.39, SS=3.22) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Kişisel kimlik travması ve kolektif kimlik travması yaşanma sıklığının cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>.05$). Kadınların aile-bağlanma

travması sıklığı yaşama sıklığının (Ort=2.54, SS=2.71) erkeklere göre (Ort=1.97, SS=2.84) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

4.4 Kümülatif Travma, Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.6: Kümülatif Travma, Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analizi

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Depresyon	1						
2. Anksiyete	.701**	1					
3. Yetiyitimi	.663**	.616**	1				
4. Hayatta Kalma Travması	.194**	.230**	.119**	1			
5. Kişisel Kimlik Travması	.480**	.404**	.413**	.478**	1		
6. Kolektif Kimlik Travması	.275**	.142**	.230**	.351**	.460**	1	
7. Aile-Bağlanma Travması	.299**	.274**	.275**	.511**	.488**	.259**	1

**p<0,01: İstatiksel olarak anlamlı; Korelasyon Analizi

4.5 Kümülatif Travmanın, Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi Düzeylerini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizleri

Tablo 4.7: Kümülatif Travmaların Depresyon Düzeyini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişken	B	Standart Hata	β	t	p
	Sabit	7,488	,548		13,663	,000
	Hayatta Kalma T.	,268	,116	,102	2,301	,02
Depresyon	Kişisel Kimlik T.	,842	,089	,434	9,487	,000
	Kolektif Kimlik T.	,225	,114	,080	1,970	,06
	Aile-Bağlanma T.	,438	,162	,118	2,697	,007
$R = .496$ $R^2 = .246$ $R^2_{adj} = .241$, $F(4, 592) = 48.254$ $p < .05$						

Kümülatif travma puanlarıyla oluşturulan modelde; Depresyon puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir ($F(4, 592) = 48.254$, $p < .05$). Bu modelde;

Depresyon puanlarındaki varyansın yaklaşık %24'ü açıklanmaktadır ($R^2 = .246$). Regresyon katsayılarına bakıldığında hayatta kalma travması ($\beta = .102, p < .05$), kişisel kimlik travması ($\beta = .434, p < .05$) ve aile-bağlanma travması ($\beta = .118, p < .05$) puanlarının pozitif yönde depresyon puanlarını yordadığı saptanmıştır.

Tablo 4.8: Kümülatif Travmaların Anksiyete Düzeyini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişken	B	Standart Hata	β	t	p
	Sabit	6,684	,568		11,764	,000
	Hayatta Kalma T.	,065	,121	,025	,537	,59
Anksiyete	Kişisel Kimlik T.	,723	,092	,376	7,863	,000
	Kolektif Kimlik T.	,178	,119	,064	1,502	,13
	Aile-Bağlanma T.	,344	,168	,094	2,045	,04
$R = .418 \quad R^2 = .174 \quad R^2_{adj} = .169, F(4, 592) = 31.266 \quad p < .05$						

Kümülatif travma puanlarıyla oluşturulan modelde; Anksiyete puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir ($F(4, 592) = 31.266, p < .05$). Bu modelde; Anksiyete puanlarındaki varyansın yaklaşık %17'si açıklanmaktadır ($R^2 = .174$). Regresyon katsayılarına bakıldığında kişisel kimlik travması ($\beta = .376, p < .05$) ve aile-bağlanma travması ($\beta = .094, p < .05$) puanlarının pozitif yönde anksiyete puanlarını yordadığı saptanmıştır.

Tablo 4.9: Kümülatif Travmaların Yetiyitimi Düzeyini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişken	B	Standart Hata	β	t	p
	Sabit	18,935	,491		38,588	,000
	Hayatta Kalma T.	,386	,104	,169	3,705	,000
Yetiyitimi	Kişisel Kimlik T.	,649	,079	,385	8,173	,000
	Kolektif Kimlik T.	,175	,102	,072	1,711	,08
	Aile-Bağlanma T.	,495	,145	,154	3,407	,001
$R = .445 \quad R^2 = .198 \quad R^2_{adj} = .193, F(4, 592) = 36.524 \quad p < .05$						

Kümülatif travma puanlarıyla oluşturulan modelde; Yetiyitimi puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir ($F(4, 592) = 36.524, p < .05$). Bu modelde; Yetiyitimi

puanlarındaki varyansın yaklaşık %19'u açıklanmaktadır ($R^2 = .198$). Regresyon katsayılarına bakıldığında hayatta kalma travması ($\beta = .169, p < .05$), kişisel kimlik travması ($\beta = .385, p < .05$) ve aile-bağlanma travması ($\beta = .154, p < .05$) puanlarının pozitif yönde yetiyitimi puanlarını yordadığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Araştırma, üniversite öğrencilerinin kümülatif travma yaşama sıklığının, depresyon, anksiyete ve işlevsellik ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda yapılan analizlerin sonuçları, diğer çalışmalarla birlikte aşağıda ele alınmıştır.

2019 yılının sonlarında, Çin'de Covid-19 çıkmasıyla beraber insanlar, salgının yayılmasını önlemek amacıyla evlerinde karantinaya alınmışlardır. Bu çalışmanın verileri, üniversite öğrencilerinin çevrimiçi eğitime geçtikleri karantina döneminde toplanmıştır. Bu salgın, ölümcül etkileri olması dolayısıyla hayatta kalma travması olarak sınıflandırılabilir bir afet olarak değerlendirilmektedir. Doğal afetler ve insan kaynaklı travmalar gibi stresli olayların ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olabileceği ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresyon gibi durumlarla sonuçlanabileceği iyi bilinmektedir ve Covid-19 ile ilgili yapılan araştırmalarda, bu salgının psikolojik etkilerinin oldukça ciddi olabileceği, karantinaya alınan üniversite öğrencilerinin korku düzeylerinde artış ve uyku sürelerinde bozulmalar olduğu görülmüştür (Tang ve diğerleri, 2020). Pek çok çalışma, afetler sonrasında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, uykusuzluk, kaygı, madde kullanımı ve aile içi şiddet gibi sorunlar bildirmişlerdir (Krug ve diğerleri, 1998; Brown ve diğerleri, 2017). Yapılan bazı araştırmalarda kadınların, pandemi sırasında depresyon, anksiyete, TSSB ve stres dahil olmak üzere çeşitli zihinsel bozuklukların semptomlarını geliştirmeye daha savunmasız olma eğiliminde oldukları bildirilmektedir (Xiong ve diğerleri, 2020). Araştırmamızın sonuçlarına baktığımızda ise üniversite öğrencilerinin en çok yaşadığı kümülatif travmanın hayatta kalma travması ve en çok yaşadıkları travmatik olayın ise doğal afet deneyimi olması, Covid-19 salgınının araştırmamızın verileri üzerinde çok büyük bir etki yaratmış olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonucuna göre; üniversite öğrencilerinin en çok yaşadıkları kümülatif travmanın doğal afet deneyimi olduğu ve en az yaşadıkları kümülatif travmanın ise işkence görme veya hapse atılmış olma olduğu bulunmuştur. Türkiye, coğrafi yapısı

itibari ile özellikle deprem olmak üzere sel, heyelan, ıg düşmesi, su baskını gibi pek çok doğal afetin sıklıkla yaşandığı bir ülkedir. 1990 yılından itibaren bakıldığında, doğal afetler sebebiyle hayatını kaybeden kişi sayısının 19.964, yaralı satısının 55.802, evsiz kalan insan sayısının 1.078.200 ve bu olaylardan etkilenen kişi sayısının 19.494.300 kişi olarak bildirilmiştir (Ergünay, 2007). Son 70 yıla bakıldığında ise, doğal afetlerden 100.000 kişinin yaşamını yitirdiği, 600.000 hasarlı konut olduğu gösterilmektedir. 17 Ağustos 1999'da yaşanan Marmara Depremi'nde 15.226 insanın öldüğü, 23.938 insanın yaralandığı kayıtlara geçirilmiştir (Genç, 2007; Altun, 2018). Marmara Depremi'nden sonraki 3 yılda TSSB yaygınlığı %19.2 olarak gösterilmektedir (nder ve diğerleri, 2006). 2011'de meydana gelen Van depreminde, bölgedeki öğrencilerin yaşanan felaketten kötü şekilde etkilediği ve akademik başarılarında düşüş yaşandığı tespit edilmiştir. Depremde ğrencilerin %51.4' yaralanmış veya aile üyelerini/arkadaşlarını kaybetmiş ve bu öğrencilerde TSSB olduğu grlmştir. TSSB geliştiren öğrencilerde yaşanan en şiddetli belirtiler; geriye dönüş (%42), sınırlilikte artık ve öfkelenme (%32.7), kişinin ders çalışmasının ve işinin etkilenmesi (%28), en çok yaşanan orta şiddetli belirtiler; travmayı tekrar tekrar düşünme (%31.3), olayın bir kısmını hatırlayamama (%30.2) ve en çok yaşanan hafif belirtiler ise; kabuslar görme (%29.4), konsantre olmada zorlanma (%29.3) ve suçlu hissetme (29.8) olarak llmştir (Sönmez, Nazik & Pehlivan, 2017). Kızmaz (2004) tarafından, cezaevinde olan 960 suçlu ile yapılan bir araştırmada, hükümlü olan kişilerin yalnızca 15 (%1.6)'inin niversite/yüksekokul mezunu olduğu gösterilmiştir. Suç ile ilgili araştırmalar, suların çok büyük bir kısmının eğitim seviyesi düşük insanlar eliyle gerçekleştiğini göstermektedir. Araştırmacılar, suç davranışı olan çocukların okulla bağının zayıf olduğu ve topluma uyumlu sosyal becerilerinin gelişmediğini düşünmektedir. Eğitimden yoksun olmanın, çocukların başarılarını, ilerleyişlerini, sosyal uyum becerilerini ve ruh sağlıklarını kötü şekilde etkileyeceği ve okul gibi eğitim kurumlarına uzak olan çocukların suç işleme eğilimlerinin artabileceği belirtilmiştir (Korkmaz ve Erden, 2010). Araştırmalar göz önüne alındığında, niversite gibi yüksek eğitim kurumlarındaki öğrencilerin suça eğilim oranının düşük olması nedeniyle hapse girme ihtimalleri de oldukça azdır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara bakıldığında, niversite ğrencilerinin en az yaşadığı travmanın işkence görme veya hapse atılma olması ile literatürün uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda üniversite öğrencilerinin en çok yaşadığı kümülatif travmanın hayatta kalma travması olduğu, en az yaşanan kümülatif travmaların ise kolektif kimlik travması olduğu saptanmıştır. Karancı ve diğerleri (2009) farklı illerden 1253 kişiden veri toplanarak yapılan travmaya ilişkin bir çalışmada, en yaygın deneyimlenen travmatik olayların doğal afet deneyimleri, kişiye yakın birinin ani ölümü, hayatı tehdit eden kazalar ve yangın/patlama olayları olduğunu bildirmişlerdir. Doğal afet deneyimi, yaygınlığı en fazla olan travmatik olay olmasına rağmen, yakın birinin kaybının en çok etkileyen travma deneyimi olduğu bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 937 üniversite öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, doğal afetler, ağır kazalar, ciddi yaralanma veya ölüme tanık olmak en yaygın yaşanan travmatik durumlar olarak bulunmuştur (Bernat ve diğerleri, 1998). Bu tür, insan hayatını tehdit edici travmalar yaşayan kişilerde, travma sonrası stres bozukluğu geliştirme riskinin oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Goenjian ve diğerleri, 2000; Galea ve diğerleri, 2002; Mills, Edmondson & Park, 2007). TSSB, travmadan birkaç ay sonra çıkabileceği gibi yıllar sonra da çıkabilmektedir (Tran, 1993; Murphy ve diğerleri, 2003; Thabet, El-Buhaisi & Vostanis, 2014). En yaygın yaşanan travma türlerine bakıldığında hayatta kalma travmasının en çok deneyimlenen travma türü olduğu görülmektedir ve bu da çalışmamızın sonuçları ile tutarlıdır. Bunlar gibi sebeplerden dolayı, hayatta kalma travmasının sık yaşandığı toplumlarda risk grupları tespit edilip önleyici çalışmalar yapılabilir.

Araştırmada, kız öğrencilerin depresyon düzeyinin erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda, araştırma bulgumuza benzer şekilde kadınların depresyon düzeyinin erkeklere göre daha yüksek bulan çalışmalara rastlanmaktadır. Van de Velde ve diğerleri (2010) tarafından, yirmi üç Avrupa ülkesinden yapılan bir çalışmada, kadınların tüm ülkelerde erkeklerden daha yüksek düzeyde depresyon bildirdiklerini göstermiştir. Yaşları 14-24 arasında olan 555 lise ve 311 üniversite olmak üzere toplam 866 öğrenci ile gerçekleştirilen, ruminasyon düzeyinin cinsiyet ve yaş ile ilişkisini araştıran bir çalışmada, kız öğrencilerin ruminasyon puanlarının erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir ve 13 yaşından sonra kadınların ruminasyon yatkınlığı erkeklere nazaran fazla olduğu için kadınların depresyona meyillerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Bugay & Erdur-Baker, 2014).Yapılan araştırmalar, kadınlarda major depresif bozukluk oranının, erkeklere göre 2 kat fazla olduğunu göstermektedir. Bu

farkın sebeplerine bakıldığında; kadınlara özgü biyolojik, hormonal ve psikososyal faktörler, kalıtsal özellikler, şiddet görme, girişkenliklerinin kısıtlanması, baskı görme, çekingen ve bağımlı olmayı aşılama, toplum baskısı ve kadından beklenen görevler (ev işleri, bebek bakımı ve yetiştirme vs.) eğitim ve gelirden geri planda bırakılma ve adaletsizlik gibi nedenler sıralanmaktadır (Rubinow, Schmidt & Roca, 1998; Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Bu bağlamda araştırmamızda kız öğrencilerin, erkek öğrencilere göre depresyon düzeylerinin yüksek olmasının nedeninin; kadınların tüm dünyada ve özellikle Orta Doğu gibi geleneksel toplumlarda yaşadığı baskı ve eşitsizlik olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada, kız öğrencilerin anksiyete düzeylerinin erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda, araştırma bulgumuza benzer şekilde kadınların anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek bulan çalışmalara rastlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 20.013 (11.463 kadın, 8550 erkek) yetişkin katılımcının verileri ile yapılan bir araştırmada, kadınların anksiyete bozukluk oranının erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Erkeklerin %22'si yaşam boyu anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılarken, kadınların üçte biri bu kriterleri karşılamaktadır (McLean ve diğerleri, 2011). Gao ve diğerleri (2020), Çin'deki 15 farklı üniversiteden 1892 lisans öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, kız öğrencilerin, özellikle ilk iki yılda, erkeklere göre önemli ölçüde, daha yüksek seviyede anksiyete yaşadıklarını göstermektedir. Dört yıl içinde, kız öğrencilerin kaygı ölçeğinin ortalama puanları 3.34-3.86 arasında değişiklik gösterirken, bu oranlar erkek öğrenciler için 3.35-3.60 olarak ölçülmüştür. Pensilvanya Üniversitesi'nde 398 (159 kadın, 239 erkek) Psikoloji lisans öğrencisinin katılımı ile çevrimiçi yapılan çalışmada, kadınlar, kendi hayatları üzerindeki kontrol becerisini ve amaca yönelik hareket kabiliyetini daha düşük, anksiyete düzeylerini daha yüksek bildirmişlerdir. Adnan Menderes Üniversitesi'nde, 700 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların 152'sinde yaşam boyu sosyal fobi olduğu, yaşam boyu sosyal fobisi olan katılımcıların ise 100'ünün (65.8) kadın, 52'sinin (%34.2) erkek olduğu gösterilmiştir (Gültekin & Dereboy, 2011). Eskişehir ilinde, birinci basamak sağlık kuruluşunda (BBSK), 18-64 yaş arasındaki kişilerin katıldığı 1475 kişilik bir çalışmada, bütün anksiyete bozuklukları yaygınlığı kadınlarda daha yüksek görülmüştür ve anksiyete bozuklukları için kadın cinsiyetinde olmanın bir risk faktörü olduğu söylenmektedir

(Keskin ve diğeri, 2013). Anksiyetede cinsiyet farklılıklarının, erkekler ve kadınlar için farklı cinsiyet rollerinin ve öğrenme deneyimlerinin toplumsal olarak pekiştirilmesi ile ilintili olduğu düşünülmektedir. Geçmişteki bulgular, erkekler girişimci oldukları için ödüllendirilirken kız çocuklarının cezalandırıldığı, kız çocuklarının daha fazla kontrol edildiği, aynı becerilere sahip olsalar bile erkek çocukların kızlardan daha iyi performans göstermeleri gerektiği ve ebeveynlerin, kız çocuklarda çekingenlik gibi farklı duyguları hoşgördüklerini göstermektedir (Zatla & Chambless, 2012). Bizim araştırmamızda kadınlarda daha fazla anksiyete bozukluğu görülme bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, yetiyitimi düzeyinin cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Literatüre baktığımızda, yetiyitimi düzeyinin cinsiyete göre farklılaştığını bulan çalışmalara rastlanmaktadır. Xu ve diğeri (2012), 43.093 kişi ile yaptıkları çalışmada, kadınlarda daha fazla sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ve psikososyal işlevsellikte düşme görmüşlerdir. Robb ve diğeri (1998), ayakta tedavi gören ötimik bipolar hastalarının, iyi oluş algıları ve işlevselliklerini incelediklerinde, bipolar bozukluğu olan kadınların acı çekme ve fiziksel sağlıkta genel bir bozulma olduğunu bildirmişlerdir. Araştırma bulgumuza benzer şekilde yetiyitimi düzeyinin cinsiyete göre farklılaşmadığını bulan çalışmaların da olduğu görülmektedir. Uzun kaybı yaşayan kişilerde psikolojik işlevselliğin incelendiği bir araştırmada kadınların psikolojik işlevsellik puanları erkeklere göre biraz daha düşük olmasına rağmen puanlar, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç vermemektedir (Hirsh ve diğeri, 2010). Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS-II) Türkçe uyarlamasında elde edilen bulgulara göre cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir (Uluğ ve diğeri, 2001). Literatürde farklı sonuçların olduğu görülmektedir ve bu durumun nedeni çalışılan örneklem grubunun özellikleriyle ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, erkeklerin hayatta kalma travması yaşama sıklığının, kız öğrencilerin yaşama sıklığından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmalar, erkek sürücülerin, kadın sürücülere göre daha hızlı araç kullandıklarını göstermektedir. Literatüre bakıldığında, erkek sürücülerin genellikle daha çok ihlal edici davranışlar sergiledikleri, dolayısıyla ağır/ölümcül trafik kazası yaşama riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Erkeklerin ölümlü kaza oranlarının (1000'de 32.2), kadınlara (1000'de 6.1) göre beş kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Zhang, Yau & Chen,

2013). Polis, itfaiye gibi meslek grupları, yaşamları boyunca en az bir defa ciddi bir strese maruz kalmaktadır. Güvenlik birimleri; silahlı çatışma, şiddet, provoke edici sataşma, ağır trafik kazası kurbanlarına yardım sağlama ve cesede temas gibi pek çok travma yaşamaktadır. 359 (260 erkek, 99 kadın) aktif polis memurunun analiz edildiği bir çalışmada, kadınların hizmet sürelerinin daha kısa olduğu (kadınlarda 13.1 yıl, erkeklerde 14.5 yıl) kadınların daha çok devriye polisi oldukları (%74.1 kadınlar, %81.6 erkekler), daha çok gündüz vardiyasında çalıştıkları (%67 kadınlar, %26.7 erkekler), buna karşılık erkek memurların büyük bir kısmının askerlik deneyimi yaşadıkları (%26.1 erkekler, %11.2 kadınlar), daha ağır iş yüküne sahip oldukları (%68.5 erkekler, %50.5 kadınlar) ve kadın memurlardan daha çok travmaya maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (%50 erkekler, %40 kadınlar). Çalışma bulgularına göre erkek polis memurları (%60.1) kadın polis memurlarına (%46.4) oranla daha çok travmatik deneyim yaşamaktadır (Hartley ve diğerleri, 2013). Erkeklerin kadınlara göre daha fazla hayatta kalma travması deneyimleme nedenlerinin; toplumların erkeklere olan bakış açısıyla ilgili olabileceği ve erkeklerin güçlü olarak nitelendirilmesinin, risk alma davranışları üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Aile-bağlanma travmasında ise; kız öğrencilerin yaşama sıklığının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Kişisel kimlik travması ve kolektif kimlik travması yaşanma sıklığının cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Dünya genelinde 48 anket ile veri toplanan bir araştırmada, kadınların %10'la %69'unun, eşlerinden en az bir dönem fiziksel istismara uğramış oldukları gösterilmektedir. Japonya merkezli bir araştırmanın sonucunda, kadın katılımcıların %57'sinin, fiziksel, psikolojik ve cinsel saldırıya uğradıkları bildirilmiştir. Türkiye'nin %22'sinde kadına karşı şiddet görülmektedir ve evli kadınların %75'i eşlerinden şiddet gördüklerini bildirmektedir. Türkiye'de, kent ve kırsal kesimden 4287 aile ile yapılan araştırmada, ailelerin %34'ünde fiziksel şiddet, %53'ünden çoğunda sözlü şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Page ve İnce, 2008). Avrupa'dan ve dünyanın farklı yerlerinde toplanan anket verilerinin analizleri, çocuklara yönelik istismar vakalarında %52 kız çocuklarının, %48 erkek çocuklarının istismara uğradıkları bulunmuştur. Kız çocuklarında cinsel istismar sayısının erkek çocukların üç katı olduğunu ve çocukların cinsel istismar oranının %9.6 yaygınlığında olduğunu (kız çocuklarda %13.4, erkek çocuklarda %5.7)

göstermektedir (Tirali, Yener & Soydan, 2014; Sethi ve diğerleri, 2013). Yapılan araştırmaların da gösterdiği gibi kadınlar, erkeklere kıyasla daha çok aile içi şiddete, cinsel ve fiziksel istismara maruz kalmaktadır; dolayısıyla kız öğrencilerin aile-bağlanma travması yaşama sıklığının erkeklere göre daha yüksek olması şaşırtıcı bir sonuç değildir ve bu veriler de çalışmamızdaki sonuçlarla tutarlılık göstermektedir.

Bu araştırmada, üniversite öğrencilerinin kümülatif travma puanlarının depresyonu anlamlı şekilde yordadığı saptanmıştır. Hayatta kalma travmasının, kişisel kimlik travmasının ve aile-bağlanma travmasının, depresyonu pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, birden fazla defa travmaya maruz kalmanın yüksek düzeyde depresyona yol açabildiği bilinmektedir. Yaşanan travma sayısı arttıkça, hem kişideki psikopatoloji riski artmakta hem de depresyon semptomlarının görülme sıklığı ile zihinsel ve fiziksel sağlıkta zayıflamaya bağlı olarak hayat kalitesinde bozulmalar olduğu bildirilmektedir (Suliman ve diğerleri, 2009; Agorastos ve diğerleri, 2014). Doğal afetler, silahlı çatışma, trafik kazası vb. hayatta kalma travmaları yaşamaları veya tanık olmaları, kişinin hayatını tehdit eden, fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne zarar veren oldukça stresli yaşam olaylardır. Bireylerin ölüme yakın deneyimler yaşamaları, kişide umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, hayata karışı inançlarını sorgulama, uyku kalitesinde bozulma ve uyku süresinde azalma, iştah kaybı, iyilik halinde bozulma ve ruh sağlığı riskinin artması gibi pek çok depresif belirti görülmesine neden olmaktadır. Hayatta kalma travmaları genellikle TSSB ile ilişkilendirilmektedir. TSSB’da en sık görülen eştanının depresyon olduğu bilinmektedir (Goenjian ve diğerleri, 2000; Kira, 2001; Karakaya ve diğerleri, 2006; Aker ve diğerleri, 2008; Şar, 2017; Tang ve diğerleri, 2020). Araştırmalar göz önüne alındığında, hayatta kalma travmasının depresyonu pozitif yönde yordaması şaşırtıcı görünmemektedir. Benzer şekilde, kişisel kimlik travmasının ve aile-bağlanma travma yaşanma sıklığının artması, depresyonu arttırması sonucunu da şaşırtıcı olmamakla birlikte literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda, erken dönemde sorun yaşayan bireylerin, depresyona karşı daha savunmasız olduğu ve çocukluk çağı travmaları gibi stresli yaşam olaylarının depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Depresif belirtiler en çok çocuklukta kötü muameleye maruz kalma ile ilişkilendirilmektedir ve yetişkinlikte majör depresif bozukluk ile önemli bir bağlantısı vardır (Suliman ve diğerleri, 2009; Bolduc ve diğerleri, 2018). Kişisel kimlik travmaları ise; bireyin

veya grubun davranışsal ve duygusal bağımsızlığını veya kimlik duygusunu paramparça edebilir ve yetersizlik, eksiklik, yabancılaşma ve benlik ve kader üzerinde kontrol kaybına yol açabilmektedir (Kira, 2001). Doğal olarak kişilerin depresyon düzeyinin yükselmesi beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda, üniversite öğrencilerinin kümülatif travma puanlarının anksiyeteyi anlamlı şekilde yordadığı saptanmıştır. Kişisel kimlik travması ve aile bağlanma travması, anksiyete puanlarını pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Hayatta kalma travmasının ise anksiyeteyi yordamamasının nedeni ise, hayatta kalma travmasının ülkemizde sıklıkla yaşanıyor olmasından dolayı, öğrencilerin bu travmalarla başa çıkma becerilerinin geliştiği veya duyarsızlaşmış olabilecekleri düşünülmektedir. Kümülatif travmaların anksiyete ile pozitif yönde bir ilişki içinde olduğu bilinmektedir (Williams ve diğerleri, 2007; Boals, Riggs & Kraha, 2013; Agorastos ve diğerleri, 2014; Lehrner ve Yehuda, 2018). Yaşanan travmalar üzerinden vakit geçtikçe, yaşanan olay daha detaylı olarak anımsanmaya başlamaktadır. Bu durum ise kişinin travma ile başa çıkmaya başladığı dönemi anksiyete belirtileri ile sekteye uğratabilmektedir (Zara, 2011). Cinsel istismara uğramış çocukların, anksiyete bozukluğu geliştirme riskleri, istismara uğramamış çocukların 2 katıdır (Becker-Weidman, 2006). Çocukluk çağında ebeveynleri tarafından şiddete maruz kalan, istismar edilen veya ihtiyaçları karşılanmayan çocuklar, güvensiz bağlanma türü olan endişeli bağlanma ile yetişkin hayatlarında terk edilme korkusu yaşamakta ve kendileri de sözel ve fiziksel şiddete yönelmektedir (Page ve İnce, 2008). Çocukluk çağı travmaları, kişinin duygu düzenleme kapasitesine zarar vermektedir. Birden çok kötü muameleye maruz kalmak, duygu düzenlemesine daha çok olumsuz etkilemektedir. Kişinin duygu düzenleme kapasitesi ile anksiyete gibi içselleştirici davranış sorunları arasında ilişki olduğu bilinmektedir (Choi ve Oh, 2014). Literatüre bakıldığında, kümülatif travmanın anksiyeteyi yordadığı görülmektedir ve bu da araştırmamızın bulguları ile uyumludur.

Çalışmamızda, üniversite öğrencilerinin kümülatif travma puanlarının yetiyitimi puanını anlamlı şekilde yordadığı saptanmıştır. Hayatta kalma travması, kişisel kimlik travması ve aile-bağlanma travması, yetiyitimi puanlarını pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Uzun süre yüksek seviyede strese maruz kalmak, fiziksel sağlığı etkilemekte ve kişinin günlük işleyişinde önemli bozulmalara sebep olmaktadır (Boals, Riggs & Kraha, 2013). Travmatik yaşam olaylarına sıkça şahit

olan acil yardım ekipleri, kurtarma uzmanları, askerler, polisler gibi birimler, travmaya dolaylı olarak maruz kalmış olmalarına rağmen yaşanan travmalardan etkilenmekte ve zaman içerisinde işlevselliklerinde bozulma olduğu görülmektedir (Özkul ve Var, 2018). Bireyin kişilerarası şiddete maruz kalma sıklığının artması, bireyin psikolojik işlevselliğini ciddi derece olumsuz etkilemektedir (Folletteve diğerleri,1996). Çocukluk çağında tekrarlayıcı bir şekilde cinsel istismara uğramış olan bireylerin, yetişkinlik hayatlarında madde bağımlılığı ve rastgele cinsel ilişki gibi riskli davranışlarda bulunma riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir. HIV enfeksiyonu taşıyan birçok bireyin, çocukluk çağında taciz veya ihmal edilme gibi travmatik deneyimler yaşadığı, bu travmaları yetişkinlik hayatlarında tekrarlayıcı bir şekilde devam ettiği (rastgele cinsel ilişki veya madde kullanımı) ve bu kişilerin birçok psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu gösterilmiştir. Travmalarla ilişkili zihinsel ve fiziksel bozukluklar, enfekte olan kişilerin yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini kötü şekilde etkilemektedir (Sedat, 2012). Bu bağlamda, hayatta kalma travması, kişisel kimlik travması ve aile-bağlanma travması yaşanma sıklığının artmasının, öğrencilerin işlevselliklerini olumsuz etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada, üniversite öğrencilerinde Tekrarlayan travmatik deneyimlerin depresyon ve anksiyeteyi artırdığını, bununla bağlantılı olarak daireselliklerinde düşme olduğu görülmektedir.

Türkiye'nin jeopolitik yapısı nedeniyle tekrarlayan travmaların sıklığı dikkati çekmektedir. Doğal afetler, göç, salgınlar, ekonomik sorunlar gibi çeşitli durumlar, kısıtlı olanaklarla hayatını sürdüren üniversite gençliğinde daha fazla olumsuz etkiye bulunmaktadır. Bu alanda daha detaylı araştırmaların yapılması bu grubun travmatik deneyimlerden daha az etkilenmesine yol açacaktır. Kümülatif travmanın etkilerine karşı yapılacak müdahale programlarında araştırmanın bulgularının faydalı olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda özellikle Türkiye'de kümülatif travma ile ilgili çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu dikkat çekmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda kümülatif travma kavramını diğer değişkenlerle (psikolojik dayanıklılık, iyi olma hali vs.) incelenmesi tavsiye edilmektedir.

Araştırmamızın verileri, Türkiye genelinde yaşayan üniversite öğrencilerinden, Covid-19 pandemisinde karantina sürecinde toplanmıştır. Araştırmamızın katılımcılarına ilişkin Covid-19 pandemisinden önce depresyon, anksiyete ve işlevsellik düzeyleri ile ilgili veri bulunmadığından dolayı Covid-19 pandemisinin araştırmamızın sonuçları üzerindeki gerçek etkisini ölçmemiz mümkün olmamıştır. Ayrıca pandemi sırasında, karantina dönemindeki bazı kısıtlamalar ve önlemler, insanların alışık oldukları gündelik yaşam rutinlerinin değişmesine neden olmuştur. Bu sebeple özellikle yetiyitimi ölçeğindeki (WHODAS-II kısa formu) bazı soruların (yeni işler öğrenme, sağlık sorunlarından duygusal olarak etkilenme vs.) değerlendirilmesini etkilediği düşünülmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, sonuçları etkileyebilecek faktörlere dikkat edilmesi ve yetiyitimi ölçmek için WHODAS-II (kısa formu) ölçeğinden daha farklı bir ölçek kullanılmasının daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir. Katılımcı sayısının artırılması ve genel popülasyonla çalışılması araştırmanın bulgularının genellenebilirliğini arttıracaktır.

KAYNAKLAR

- Agorastos, A., Pittman, J. O., Angkaw, A. C., Nievergelt, C. M., Hansen, C. J., Aversa, L. H. & Marine Resiliency Study Team.** (2014). The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *Journal of psychiatric research*, 58, 46-54. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.07.014.
- Aker, A. T.** (2006). 1999 Marmara depremleri: Epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 204-212.
- Aker, A. T., Sorgun, E., Mestçioğlu, Ö., Karakaya, I., Kalender, D., Acar, G., & Acicbe, Ö.** (2008). İstanbul'daki bombalama eylemlerinin erişkin ve ergenlerdeki travmatik stres etkileri. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(61), 63-71.
- Alexander, J. C., Eyerman, R., Giesen, B., Smelser, N. J., & Sztompka, P.** (2004). *Cultural trauma and collective identity*. Univ of California Press.
- Alisinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ.** (2003). Çocukların kaygı düzeyleri ile annelerinin kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Eğitim ve Bilim Dergisi*, 28 (128), 65-71.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N.** (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 320-330.
- Altun, F.** (2018). Afetlerin ekonomik ve sosyal etkileri: Türkiye örneği üzerinden bir değerlendirme. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 2(1), 1-15.
- American Psychiatric Association** (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association**, (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (2013). Ruhsal bozuklukların tanısıl ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Armenian, H. K., Morikawa, M., Melkonian, A. K., Hovanesian, A. P., Haroutunian, N., Saigh, P. A., ... & Akiskal, H. S.** (2000). Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(1), 58-64.
- Aslan Kunt, D. ve Dereboy, F.** (2018). Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 29(4): 248-257.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. ve Nolen-Hoeksema, S.** (2002). Psikolojiye giriş (Y. Alogan, Çev.). Arkadaş Yayınları: Ankara.
- Bacanlı, H.** (1999). “Kaygının Kaynakları”, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 17, 79-89.
- Bannister, D.** (1985). The free-floating concept of anxiety. In E. Karas (Ed.), *Current issues in clinical psychology* (Volume 2, pp. 227-238). New York: Plenum Press.
- Barlow, David H.** (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barrera, Á., Vázquez, G., Tannenhaus, L., Lolich, M., & Herbst, L.** (2013). Theory of mind and functionality in bipolar patients with symptomatic remission. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6(2), 67-74.
- Barutçugil, İ.** (2003). “Organizasyonlarda Duyguların Yönetimi”, İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Basham, K.** (2012). Family and couples trauma and treatment. In C. R. Figley (Ed.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* (pp. 257-261). London: Sage Publications, Inc.
- Başoğlu, M., Şalcioğlu, E., & Livanou, M.** (2002). Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(4), 269-276.
- Beck, A. T. ve Weishaar, M. E.** (2011). Cognitive therapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 342-382, 9th ed.). Belmont: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Beck, A. T., & Alford, B. A.** (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., T.** (1961). An Inventory For Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Becker-Weidman, A.** (2006). Treatment for children with trauma-attachment disorders: Dyadic developmental psychotherapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(2), 147-171.

- Benjet C., Bromet E., Karam E. G., Kessler R. C., McLaughlin K. A., Ruscio A. M., Koenen K. C.** (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343.
- Berman, S. L., Montgomery, M. J., & Ratner, K.** (2020). Trauma and identity: A reciprocal relationship?. *J Adolesc.* 79:275-278. doi: 10.1016/j.adolescence.2020.01.018.
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S., & Arias, I.** (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of traumatic stress*, 11(4), 645-664.
- Bleich, A., Gelkopf, M. ve Solomon, Z.** (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Jama*, 290(5), 612-620.
- Blum, H. P.** (2007). Holocaust trauma reconstructed: Individual, familial, and social trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 63.
- Boals, A., Riggs, S. A., & Kraha, A.** (2013). Coping with stressful or traumatic events: What aspects of trauma reactions are associated with health outcomes?. *Stress and Health*, 29(2), 156-163.
- Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M. È., Hébert, M., & Godbout, N.** (2018). Childhood cumulative trauma and depressive symptoms in adulthood: The role of mindfulness and dissociation. *Mindfulness*, 9(5), 1594-1603.
- Bourne, E. J.** (2011). *The anxiety and phobia workbook*. New Harbinger Publications.
- Breaslau, N.** (2001). Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 62 (17), 55-59.
- Breidenstine, A. S., Bailey, L. O., Zeanah, C. H., & Larrieu, J. A.** (2011). Attachment and trauma in early childhood: A review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(4), 274-290.
- Briere, J. ve Scott, C.** (2006). *Principles of Trauma Therapy: A guide to symptoms, evaluations, and treatment* New York: Sage Publications.
- Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L.** (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychological medicine*, 47(11), 1893-1905.
- Bugay, A.,& Erdur-Baker, Ö.** (2014). Ruminasyon düzeyinin toplumsal cinsiyet ve yaşa göre incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(36), 191-199.
- Cattell, R. B.,& Scheier, I. H.** (1958). The nature of anxiety: A review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4(3), 351-388E.
- Cattell, R. B.,& Scheier, I. H.** (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety.

- Choi, J. Y.,& Oh, K. J.** (2014). Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: Mediating effects of emotion regulation. *Child abuse & neglect*, 38(2), 296-303.
- Cimilli C.,**(2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Duygu durumu bozuklukları- 4. Çizgi Tıpyayınevi, Ankara; 157-68.
- Clark, D. A.,& Beck, A. T.** (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Corey, G.** (2008). Psikolojik danışma ve psikoterapi kuram ve uygulamaları (T. Ergene, Çev.). Mentis Yayıncılık: Ankara.
- Coryell, W., Scheftner, W. ve Keller, M.** (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 150:720–727.
- Çelik, F. H.,& Hocaoğlu, Ç.** (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çevik, A. ve Volkan, V.,D.** (1993). Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. Depresyon Monografları Serisi 2: 109-22.
- Demirli, A.** (2011). Terörizm, psikososyal etkileri ve müdahale modelleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(35), 66-76.
- Devlet Planlama Teşkilatı Başbakanlık Basın Raporu** (1999). World Wide Web: www.basbakanlik.gov.tr/deprem/dptdepremraporu.doc.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H,Akyüz G,** (1995). Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası.
- Dold, M., Bartova, L., Souery, D., Mendlewicz, J., Serretti, A., Porcelli, S., ... & Kasper, S.** (2017). Clinical characteristics and treatment outcomes of patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorders- results from a European multicenter study. *Journal of psychiatric research*, 91, 1-13.
- Dünya Sağlık Örgütü.** (2004). İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması. Çev. *Elif Kabakçı, Ahmet Göğüş. Bilge Matbaacılık, Ankara.*
- Dürü, Ç.** (2006). Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Eltan, S.** (2019). Psychometric properties of the cumulative trauma scale: evaluation of the validity and reliability in a Turkish sample. (Master's thesis).Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Ergünay, O.** (2007). Türkiye'nin afet profili. *TMMOB afet sempozyumu bildiriler kitabı*, 5-7.
- Eşsizoglu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., Önal, S., Yıldırım, E., Aker, T.** (2009). Bir Terörist Saldırısı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2):118-26.
- Figley, C.** (1995). Compassion fatigue. New York: Brunner/Mazel.

- Fisher, P. L.** (2007). Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 171-175.
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., ve Naugle, A. E.** (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 25–35. doi:10.1007/BF02116831.
- Ford, J. D., Grasso, D. J., Elhai, J. D., & Courtois. C. A.** (2015). Posttraumatic Stress Disorder Scientific and Professional Dimensions (2. Baskı). Oxford: Academic Press.
- Freud, S.** (1936). Inhibitions, symptoms and anxiety. *The Psychoanalytic Quarterly*, 5(1), 1-28.
- Freud, S.** (1993). Yas ve melankoli. Çevirenler: R. Uslu ve OE Berksun. *Kriz Dergisi*, 1(2), 98-103.
- Gao, W., Ping, S., & Liu, X.** (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: a longitudinal study from China. *Journal of affective disorders*, 263, 292-300.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D.** (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England journal of medicine*, 346(13), 982-987.
- Genç, F. N.** (2007). Türkiye’de doğal afetler ve doğal afetlerde risk yönetimi. *Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 9(5), 201-226.
- Gençtan, E.** (2013). Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. Ankara: Metis Yayınları.
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S.** (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-916.
- Gold, S. R., Milan, L. D., Mayall, A., & Johnson, A. E.** (1994). A cross-validation study of the Trauma Symptom Checklist: The role of mediating variables. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(1), 12-26.
- Groen, S. P., Richters, A., Laban, C. J., & Devillé, W. L.** (2018). Cultural identity among Afghan and Iraqi traumatized refugees: Towards a conceptual framework for mental health care professionals. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42(1), 69-91.
- Gültekin, B. K.,& Dereboy, İ. F.** (2011). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3).
- Harrow, M., Goldberg, J.F., Grossman, L.S.** (1990). Outcome in manic disorders: a naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 47:665–671.
- Hartley, T. A., Sarkisian, K., Violanti, J. M., Andrew, M. E., & Burchfiel, C. M.** (2013). PTSD symptoms among police officers: associations with frequency, recency, and types of traumatic events. *International journal of emergency mental health*, 15(4), 241.

- Harvey, P. D., & Bellack, A. S.** (2009). Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: is functional remission a viable concept?. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 300-306.
- Hirschberger, G.** (2018). Collective trauma and the social construction of meaning. *Frontiers in psychology*, 9, 1441.
- Hirsh, A. T., Dillworth, T. M., Ehde, D. M., & Jensen, M. P.** (2010). Sex differences in pain and psychological functioning in persons with limb loss. *The Journal of Pain*, 11(1), 79-86.
- Hisli, N.** (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma, *Türk Psikoloji Dergisi*, 6, 118-261.
- Hisli, N.** (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliği, *Psikoloji Dergisi*, Cilt: 23, 3-13.
- Hoge, E. A., Ivkovic, A., & Fricchione, G. L.** (2012). Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment. *Bmj*, 345, e7500.
- Howland, R. H.** (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522.
- Kabakçı, E.** (2001). Üniversite Öğrencilerinde Sosyotrapik/Otonomik Kişilik Özellikleri, Yaşam Olayları ve Depresif Belirtiler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 273-282.
- Kaplan, A.** (2011). Erişkinlerde lateralizasyon, psikolojik durum, antropometrik ölçümler, egzersiz kapasitesi ve vücut kütle indeksi ilişkilerinin araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karakaya, I., Agaoglu, B., Coskun, A., Sismanlar, S. G., Memik, N. C., & Yildizoc, O.** (2006). Post-traumatic Stress Reaction Symptoms among Turkish Students: Assessments One and Six Months after a Terrorist Attack in Istanbul. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 16(2).
- Karancı, A. N., Işıklı, S., Aker, A. T., Gül, E. İ., Erkan, B. B., Özkal, H., & Güzel, H. Y.** (2012). Personality, posttraumatic stress and trauma type: factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), doi: 10.3402/ejpt.v3i0.17303.
- Karancı, N. A., Aker, T. A., & Işıklı, S.** (2009). Yetişkinlerde travmatik olay yaşama yaygınlığı, travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim'in değerlendirilmesi.
- Kelleci, M.** (1998). Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Keller, M. B., Klerman, G. L., Lavori, P. W., Coryell, W., Endicott, J., & Taylor, J.** (1984). Long-term outcome of episodes of major depression: clinical and public health significance. *Jama*, 252(6), 788-792.
- Keskini, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç.** (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4).

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S.** (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kılıç, C.** (2003). Ruhsal travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri: Bir gözden geçirme. Aker ve ME Önder. Psikolojik travma ve sonuçları, 51-65.
- Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., & Şimşek, Z.** (1998). Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, N Erol, C Kılıç, M Ulusoy, M Keçeci, Z Şimşek (ed), Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Şti*, 77-93.
- Kızmaz, Z.** (2004). Öğrenim Düzeyi ve Suç: Suç-Okul İlişkisi Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma. *Firat University Journal of Social Science*, Cilt: 14, Sayı: 2, 291-319,
- Kilpatrick, D. G., Badour, C. L., & Resnick, H. S.** (2017). Trauma and posttraumatic stress disorder prevalence and sociodemographic characteristics. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge (p. 63–85)*. American Psychological Association.
- Kira, I.** (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73-86.
- Kira, I. A., Shuwiekh, H. A., Alhuwailah, A., Ashby, J. S., Sous Fahmy Sous, M., Baali, S. B. A., ... & Jamil, H. J.** (2020). The effects of COVID-19 and collective identity trauma (intersectional discrimination) on social status and well-being. *Traumatology*.
- Kira, I., Fawzi, M., & Fawzi, M.** (2012). The dynamics of cumulative trauma and trauma types in adults patients with psychiatric disorders: Two cross-cultural studies. *Traumatology*, 19, 179–195. doi:10.1177/1534765612459892.
- Kira, I., Lewandowsk, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B., & Mohanesh, J.** (2008). Measuring cumulative trauma dose, types and profiles using a development-based taxonomy of trauma. *Traumatology*, 14(2), 62–87.
- Kira, I., Lewandowski, L., Somers, C. L., Yoon, J. S., & Chiodo, L.** (2012). The effects of trauma types, cumulative trauma, and PTSD on IQ in two highly traumatized adolescent groups. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 128.
- Klose, M., & Jacobi, F.** (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. *Archives of women's mental health*, 7(2), 133-148.
- Korkmaz, M. N., & Erden, G.** (2010). Çocukları suç davranışına yönelten olası risk faktörleri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13(25), 76-87.

- Köknel, Ö.** (1989). Türkiye’de depresyon epidemiyolojisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Özel Sayısı*, 1-5.
- Köroğlu, E.** (2006). Depresyon Nedir? Nasıl Başedilir? "5. Baskı". Ankara: HYB Yayınları.
- Köroğlu, E.** (2012). Kaygılarımız Korkularımız "6. Baskı". Ankara: HYB Yayınları.
- Krug, E. G., Kresnow, M. J., Peddicord, J. P., Dahlberg, L. L., Powell, K. E., Crosby, A. E., & Anest, J. L.** (1998). Suicide after natural disasters. *New England Journal of Medicine*, 338(6), 373-378.
- Lehrner, A., & Yehuda, R.** (2018). Cultural trauma and epigenetic inheritance. *Development and psychopathology*, 30(5), 1763-1777.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C.** (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 1-10.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G.** (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035.
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J.** (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136-142.
- Miller, W. R., & Seligman, M. E.** (1976). Learned helplessness, depression and the perception of reinforcement. *Behaviour Research and Therapy*, 14(1), 7-17.
- Mills, M. A., Edmondson, D., & Park, C. L.** (2007). Trauma and stress response among Hurricane Katrina evacuees. *American journal of public health*, 97(Supplement_1), S116-S123.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Chung, I. J., & Beaton, R. D.** (2003). The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *Journal of traumatic stress*, 16(1), 17-25.
- Nakajima, Ş.** (2012). Deprem ve sonrası psikolojisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28(Ek sayı 2), 150-155.
- Olchanski, N., McInnis Myers, M., Halseth, M., Cyr, P.L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H.** (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522.
- Önder, E., Tural, Ü., Aker, T., Kılıç, C., & Erdoğan, S.** (2006). Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 868-874.
- Özkul, M., & Var, E. Ç.** (2018). İkincil travmatik stres ve sosyal destek ilişkisinin değerlendirilmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 49-62.
- Öztürk, O.** (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

- Page, A. Z., & İnce, M.** (2008). Aile içi şiddet konusunda bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(22), 81-94.
- Pat- Horenczyk, R., Peled, O., Daie, A., Abramovitz, R., Brom, D. ve Chemtob, C. M.** (2007). Adolescent exposure to recurrent terrorism in Israel: Posttraumatic distress and functional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 76-85.
- Rachman, S.** (2004). *Anxiety* (2nd ed.). New York: Taylor & Francis Inc.
- Robb, J. C., Young, L. T., Cooke, R. G., & Joffe, R. T.** (1998). Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey (SF-20) subscale scores. *Journal of Affective Disorders*, 49(3), 189-193.
- Rosen, J. B., & Schulkin, J.** (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological review*, 105(2), 325.
- Rubinow, D. R., Schmidt, P. J., & Roca, C. A.** (1998). Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biological psychiatry*, 44(9), 839-850.
- Rubonis, A. V. ve Bickman, L.** (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. *Psychol Bull*, 109, 384-99.
- Schaefer, J. A., ve Moos, R. H.** (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Eds.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 149-170). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Seedat, S.** (2012). Interventions to improve psychological functioning and health outcomes of HIV-infected individuals with a history of trauma or PTSD. *Current HIV/AIDS Reports*, 9(4), 344-350.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G.** (2013). *European report on preventing child maltreatment*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Sherbourne, C. D., Wells, K. B., Meredith, L. S., Jackson, C. A., & Camp, P.** (1996). Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Archives of General Psychiatry*, 53(10), 889-895.
- Sönmez, M. O., Nazik, F., & Pehlivan, E.** (2017). Van Depremi Sonrası Üniversite Öğrencilerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Prevelansı. *www.guvenplus.com.tr*, 1.
- Spielberger, C.D.** (1971). *Theory and research on anxiety*. *Anxiety and Behavior* (third ed.) Edit. C.D. Spielberger. New York: Academic Press Inc. 3-20.
- Spinazzola, J., Van der Kolk, B., & Ford, J. D.** (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of traumatic stress*, 31(5), 631-642.
- Straker, G.** (1987). The continuous traumatic stress syndrome: The single therapeutic interview. *Psychology in society*, 8(1), 48-79.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration** (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville, MD, eport No.: HHS Publication No. (SMA) 14-4884.
- Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S.** (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 50(2), 121-127.
- Sungur, M. ve Kaya, B.** (2001). The onset and longitudinal course of a man made post traumatic morbidity: survivors of the Sivas Disaster. *IJPCP*, 5, 195-202.
- Şar, V.** (2017). Savaş ve terör yaşantılarında travma sonrası stres. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33, 114-120.
- Şavur, E.,& Tomas, S. A.** (2010). Terör olayları sonrasında psikososyal destek hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 18(1), 45-58.
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., ... & Xu, J.** (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of affective disorders*, 274, 1-7.
- Tedeschi, R. G. ve Moore, B. A.** (2016). The posttraumatic growth workbook: Coming through trauma wiser, stronger, and more resilient. New Harbinger Publications.
- Tedeschi, R. G.,& Calhoun, L. G.** (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence of north carolina charlotte circumstances, *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Terr, L. C.** (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10-20.
- Tirali, R., Yener, O. Ğ. U. Z., & Soydan, S.** (2014). Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Oral Bulguları. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 24(3), 154-157.
- Thabet, A., El-Buhaisi, O., & Vostanis, P.** (2014). Trauma, PTSD, Anxiety, and coping strategies among Palestinians adolescents exposed to War on Gaza. *The Arab Journal of Psychiatry*, 25(1), 71-82.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K.** (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067.
- Thompson, R.A.** (2002). Attachment theory and research. In *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd Ed. (Ed M Lewis):164-172. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins.
- Tran, T. V.** (1993). Psychological traumas and depression in a sample of Vietnamese people in the United States. *Health & social work*, 18(3), 184-194.
- Türkçapar, H.** (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.

- Uluğ, B., Ertuğrul, A., Göğüş, A., & Kabakçı, E.** (2001). Yetiyitimi değerlendirme çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 12(2), 121-30.
- US Department of Health and Human Services.** (2011). National Institute of Mental Health. Depression.
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E. ve Kırılı, S.** (2002) Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8-25.
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K.** (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social science & medicine*, 71(2), 305-313.
- Verbrugge L. M.** (1990). Disability. *Rheum Dis Clinics North America*. 16:741-61.
- Veronese, G., Pepe, A., Massaiu, I., De Mol, A., ve Robbins, I.** (2017). Posttraumatic growth is related to subjective well-being of aid workers exposed to cumulative trauma in Palestine. *Transcultural Psychiatry*, 54(3), 332–356.
- Wiersma, D, deJong, A, Kraaijkamp, H.J.M.** (1990). GSDS-II: The Groningen Social Disabilities Schedule, 2. Version. University of Groningen, Department of Social Psychiatry, Groningen.
- Williams, S. L., Williams, D. R., Stein, D. J., Seedat, S., Jackson, P. B., & Moomal, H.** (2007). Multiple traumatic events and psychological distress: the South Africa stress and health study. *Journal of traumatic stress*, 20(5), 845-855.
- World Health Organization.** (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.
- World Health Organization.** (2001a). IFC: International Classification of Functioning, Disability and Health.
- World Health Organization.** (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S.** (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*.
- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Princisvalle, K., Liebowitz, M. R., Wang, S., & Blanco, C.** (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 12-19.
- Yazgan-İnanç, B. ve Yerlikaya, E.** (2011). Kişilik kuramları. Ankara: PegemAkademi.
- Yılmaz, B.,** (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Türk Psiko*
- Zalta, A. K., & Chambless, D. L.** (2012). Understanding gender differences in anxiety: The mediating effects of instrumentality and mastery. *Psychology of Women Quarterly*, 36(4), 488-499.

- Zara, A.** (2011). Krizler ve travmalar. *Yaşadıkça psikolojik sorunlar ve başa çıkma yolları içinde*, 91-119.
- Zhang, G., Yau, K. K., & Chen, G.** (2013). Risk factors associated with traffic violations and accident severity in China. *Accident Analysis & Prevention*, 59, 18-25.

EKLER

Ek - 1: Etik Kurul Kararı



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ - Yönetim Kurulu
Tarih: 21/09/2020 16:44
Sayı: E-20188822-050.01.04-2020 67771.372



Sayı : 71457743-050.01.04 —III
Konu : Etik Kurul Kararı Hk. (Araştırmacı
Ufuk KANTARCI)

16 Eylül 2020

Sayın Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN

Üniversitemizin 16.09.2020 tarihli ve 2020/05 sayılı Etik Kurul toplantısında; "Üniversite Öğrencilerinin Tekrarlayan Toplumsal Travmalar Sonrasında Depresyon, Kaygı Düzeyleri ve İşlevselliğinin İncelenmesi" adlı başvurunuz görüşüldü. Yapılan görüşme sonunda: "Üniversite Öğrencilerinin Tekrarlayan Toplumsal Travmalar Sonrasında Depresyon, Kaygı Düzeyleri ve İşlevselliğinin İncelenmesi" adlı başvurunuzun etik olarak uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Berin ERGİN
Etik Kurul Başkanı

Ek 2. Demografik Form

• Yaşınız:
• Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Diğer
• Bulduğunuzülke:
• Bulduğunuzil:
• Eğitimdurumunuz: <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksekokul <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Mezun
• Okuduğunuzbölüm: _____
• Şu an Üniversite/yüksek Lisans eğitimi görmekte misiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
• Eğitiminizi çevrimiçi olarak sürdürüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
• Medenidurumunuz: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Nişanlı/Sözlü <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Dul
• Çalışıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Çalışıyorum <input type="checkbox"/> Şuan çalışmıyorum <input type="checkbox"/> İşten çıkartıldım <input type="checkbox"/> Emekliyim <input type="checkbox"/> Hiç çalışmadım
• Mesleğiniz: _____

• Gelirdüzeğiniz:		
<input type="checkbox"/> Asgari ücretten az 3000TL	<input type="checkbox"/> Asgari ücret(2324TL)	<input type="checkbox"/> 2324 TL - 3000TL
<input type="checkbox"/> 3000 TL -5000TL TLüzeri	<input type="checkbox"/> 5000 TL -10.000TL	<input type="checkbox"/> 10.000
• Kiminle yaşıyorsunuz:		
<input type="checkbox"/> Tek	<input type="checkbox"/> Ailele	<input type="checkbox"/> Ev arkadaşları
<input type="checkbox"/> Kardeş/Kardeşler	<input type="checkbox"/> Partner/Eş	
• Daha önce tedavi gerektiren ruhsal bir hastalık geçirdinizmi?		
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet(Açıklayın): _____	

Ek - 3: Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DÂHİL GEÇTİĞİMİZ BİR HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numaranın üzerine (X) işareti koyunuz. Eğer bir grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (X) koyarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. (0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzgün hissediyorum.
(2) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (0) Gelecekte umutsuz değilim.
(1) Gelecek konusunda umutsuzum.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. (0) Kendimi başarısız görmüyorum.
(1) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
- (2) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarım olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(1) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(3) Beni doyuran hiçbir şey yok. Herşey çok can sıkıcı.
5. (0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(1) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. (0) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.

(1) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.

(2) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.

(3) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7. (0) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.

(1) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.

(2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

8. (0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.

(1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.

(2) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.

(3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.

(2) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.

(3) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürdüm.

10. (0) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.

(1) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.

(2) Şimdilerde her an ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

11. (0) Eskisine göre daha sinirli veya tedirginsayılmam.

(1) Her zamankinden biraz dahafazla tedirginim

(2) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.

(3) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

12. (0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.

(1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.

(2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.

(3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. (0) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.

(1) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.

(2) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiç karar veremiyorum.

14. (0) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.

(1) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.

(2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.

(3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.

(2) Ne iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.

(3) Hiç çalışmıyorum.

16. (0) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.

(1) Şimdilerde eskisi kadarkolay ve rahat uyuyamıyorum.

(2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.

(3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. (0) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.

(1) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.

(2) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.

(3) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

18. (0) İştahım eskisinden farklı değil.

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.

(2) Şimdilerde iştahım epey kötü.

(3) Artık hiç iştahım yok.

19. (0) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

(1) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.

(2) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.

(3) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20. (0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

(1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.

(2) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

(3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka şeyleri düşünemiyorum.

21. (0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok

(1) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

(2) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

(3) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek – 4: Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzeyde Beni Pek Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlanabildim	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak/Ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengeyi kaybetme korkusu				
9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12	Ellerde titreme				
13	Titreklik				
14	Kontrolü kaybetme korkusu				

15	Nefes almada güçlük				
16	Ölüm korkusu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				
		Toplam BECK-A skoru:			

Ek – 5: Yetiyitimi Değerlendirme izelgesinin (WHO-DAS-II)

Tarama Soruları:

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz? (s4 ve s5 dıŐındaki maddeler için ortak soru kökü)

	hiç	hafif	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
S1. Uzun süre ayakta durma (30 dakika kadar)	1	2	3	4	5
S2. Evle ilgili sorumlulukları yerine getirme	1	2	3	4	5
S3. Yeni işler öğrenme (yeni bir yol vb.)	1	2	3	4	5
S4. Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilmekte (toplantılar, eğlenceler, dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla karŐılaŐtınız?	1	2	3	4	5
S5. Sağlık sorunlarınızdan duygusal olarak ne kadar etkilendiniz?	1	2	3	4	5
S6. On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme	1	2	3	4	5
S7. Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme	1	2	3	4	5
S8. Banyo yapma	1	2	3	4	5

S9. Giyinme	1	2	3	4	5
S10. Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
S11. Bir arkadaşlığı sürdürme	1	2	3	4	5
S12. Her gün yapmak zorunda olduğunuz işleri yürütme	1	2	3	4	5

Ek – 6: Kümülatif Travma Ölçeği – Kısa Formu

Yönerge: Birçok kişi hayatında farklı olaylar ve durumlar yaşamıştır. Aşağıdaki sorularda size belirli olaylarla ilgili sorular sorulmaktadır. Lütfen her olay için, eğer sizin yaşamınızda olduysa kaç kere olduğunu ve size olumlu veya olumsuz ne kadar etkilediğini verilen 1’den 7’ye kadar olan ölçekte uygun yeri işaretleyerek belirtiniz.

1. Hayatımda deprem, kasırga veya sel gibi doğal afetlere şahit oldum ya da bizzat yaşadım.						
Hiçbirc zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none">• Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____• Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nası etkiledi?						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
2. Yaşamımı tehdit eden bir kaza yaşadım, örn. trafik kazası.						
Hiçbirc zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none">• Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____• Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nası etkiledi?						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

<p>3. Savaşa veya çatışmaya katıldım veya maruz kaldım,veya teröre maruz kaldım.</p> <p>Hiçbirzaman() Birkez() İkikez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>4. Ebeveynlerimin, yakın bir arkadaşımın veya sevdiğim birinin ani ölümünü yaşadım.</p> <p>Hiçbirzaman() Birkez() İkikez() Üçkez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>5. Ebeveynlerimin, yakın bir arkadaşımın veya sevdiğim birinin ani ölümünü yaşadım.</p> <p>Hiçbirzaman() Birkez() İkikez() Üçkez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

<p>6. Yaşamımı tehdit eden bir hastalık ya da kalıcı hasar bırakan bir olay yaşadım. (örneğin kanser, felç, ciddi kronik hastalık veya ciddi yaralanma).</p> <p>Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>7. Silahlı bir soygun yaşadım (soygun ya da saldırı).</p> <p>Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>8. Birtanıdığımı ya da bir yabancıyı şiddetle birtanıdığımı ya da bir yabancıyı şiddetle birtanıdığımı ya da bir yabancıyı şiddetle birtanıdığımı yaşadım (örneğin: silahla vurulma, terör saldırısında yaralanma veya hayatımı kaybetme, bıçaklanma, şiddetle dövülme).</p> <p>Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

9. Öldürülmek veya ciddi olarak zarara uğratılmakla tehdit edildim.						
Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
10. Bana bakım veren biri, örneğin ebeveynim tarafından fiziksel tacize uğradım, yaralanmama sebep olacak derecede itildim veya dövüldüm.						
Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
11. Bana bakım veren birinin ya da ebeveynimin, bakım veren başka birine ya da diğer ebeveynime vurduğunu, canımı acıttığını ya da ölümlle tehdit ettiğini iduydum veya gördüm.						
Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

12. Benden yaşça büyük biri tarafından cinsel ilişkiyeyönlendirildim.						
Hiçbirc zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
13. Bir veya birden fazla kişi tarafından tecavüze veya cinsel tacize uğradım veya istenmeyen cinsel ilişkiye maruz kaldım.						
Hiçbirc zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
14. Hapse girdim ve/veya işkence gördüm.						
Hiçbirc zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

<p>15. Ben küçükken annem beni terk etti veya birbirimizden ayrıkaldık.</p> <p>Hiçbirzaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>16. Ben küçükken babam beni terk etti veya birbirimizden ayrıkaldık.</p> <p>Hiçbirzaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>17. Etnik kimliğim, ırkım, kültürüm, dinim veya ulusal kökenimden dolayı başkalarının olumsuz tutumları, kalıp yargıları veya davranışları ile aşağılandım, tehdit edildim veya ayrımcılığa uğradım.</p> <p>Hiçbirzaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

18. Ebeveynlerim boşandı veya ayrıldı.						
Hiçbir zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta düzeyde olumlu	Biraz olumsuz	Orta düzeyde olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
19. Irkının tarihçesinde baskı görme, ayrımcılığa uğrama veya soykırım tehdit edilme bulunmaktadır.						
Hiçbir zaman() Biraz () Kısmen () Orta düzeyde () Çok fazla ()						
<ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta düzeyde olumlu	Biraz olumsuz	Orta düzeyde olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
20. Görünürde küçük ama tekrarlayan veya hiç kesilmeyen sorunlar veya kronik stres yüzünden sinir krizi geçirdim veya geçirmek üzere gibi hissettim (örneğin kontrolümü kaybedecekmiş gibi).						
Hiçbir zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()						
<ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta düzeyde olumlu	Biraz olumsuz	Orta düzeyde olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

<p>21. Ebeveynlerimden veya kardeşlerimden en az biri savaşa veya çatışmaya katıldı veya işkence gördü.</p> <p>Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu Orta derecede olumsuz	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>22. Okulda sıklıkla başarısızlıklar yaşadım.</p> <p>Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu Orta derecede olumsuz	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>23. Köy, şehir veya ülkemdeki yakın çevremden uzaklaştırıldım ve yer değiştirmeye zorlandım.</p> <p>Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Orta derecede olumlu Orta derecede olumsuz	Biraz olumsuz	Orta derecede olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

<p>24. Daha güçlü kişi veya kişiler tarafından fiziksel saldırıya uğradım, dövüldüm ve yaralandım.</p> <p>Hiçbirc zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>25. Bana bakım veren biri/ebeveyn tarafından cinsel ilişkide bulunmaya yönlendirildim.</p> <p>Hiçbirc zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>26. Toplumsal cinsiyetimden (kız/kadın veya oğlan/adam) dolayı toplumda; başkalarının olumsuz tutumları, kalıp yargıları veya davranışları sebebiyle ya da kurumlar tarafından (aile üyeleri dışında) aşağılandım, haklarım reddedildi, ayrımcılığa uğradım.</p> <p>Hiçbirc zaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	ne olumlu ne olumsuz	Biraz olumsuz	ok olumsuz	on derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>27. İlişkilerimde ciddi reddedilme veya başarısızlıkyaşadım.</p> <p>Hiçbirc zaman() Birkez() İkikez() Üçkez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	ne olumlu ne olumsuz	Biraz olumsuz	ok olumsuz	on derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>28. Eş veya evlat kaybıyaşadım.</p> <p>Hiçbirc zaman() Birkez() İkikez() Üçkez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						
Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	ne olumlu ne olumsuz	Biraz olumsuz	ok olumsuz	on derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7
<p>29. İşime son verildi, işten atıldım veya iş yaşamımda başarısızlığa uğradım.</p> <p>Hiçbirc zaman() Birkez() İkikez() Üçkez() Pek Çok kez()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____ • Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi? 						

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	ne olumlu ne olumsuz	İraz olumsuz	ok olumsuz	on derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

30. Tekrarevlendim.

Hiçbir zaman () Birkez () İki kez () Üç kez () Pek Çok kez ()

- Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	ne olumlu ne olumsuz	İraz olumsuz	ok olumsuz	on derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

31. Düşük gelirli ve birçok zorluk yaşayan bir ailenin üyesi oldum.

Hiçbir zaman yoksul değildi () Biraz yoksuldu () Gerçekten yoksuldu () Çok yoksuldu () Son derece yoksuldu ()

- Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	ne olumlu ne olumsuz	İraz olumsuz	ok olumsuz	on derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

32. Toplumsal cinsiyetinden: erkek veya kız olmamdan dolayı bazı aile üyelerim (örn., ebeveynler, kardeşler) tarafından aşağılandım, tehdit edildim veya ayrımcılığa uğradım.

Hiçbir zaman () Birkez () İki kez () Üç kez () Pek Çok kez ()

- Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

33. Başka bir kişiye zarar vermek zorundakaldım.

Hiçbirzaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

- Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

34. Şiddet ve yasa dışı olayların sık olduğu bir mahallede yaşadım.

Hiçbirzaman() Birkez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

- Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

35. Doğumumun zor bir doğum olduğu söylendi.

Hiç zor değil() Biraz zor() Zor() Çok zor()

Aşırı zor (yaşamımı tehdit eden)()

- Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıletkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad : Ufuk KANTARCI

EĞİTİM DURUMU:

Lisans : Girne Amerikan Üniversitesi, Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji
(2013-2018)

Yüksek Lisans : İstanbul Gedik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik
Psikoloji Yüksek Lisans Programı (2019- 2021)

MESLEKİ EĞİTİM VE DENEYİM:

- 2017 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde zorunlu stajımı tamamlamıştır. 2018 yılında aynı hastanede gönüllü staj yapmaya devam etmiştir.
- Yüksek lisans eğitiminde Psikodinamik Yönelimli Terapi eğitimi almıştır.
- 2020 yılında yüksek lisans eğitimi sırasında Şişli Belediyesi Sosyal Destek Hizmetler Müdürlüğü'nde zorunlu stajını tamamlamıştır.
- Weschler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS), Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), Psikopedagojik Açından Çocuk Resim Analizi ve Çocuk Resim Testleri, Masal Terapisi ve Oyun Terapisi eğitimleri bulunmaktadır.