

**İzmir'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Gelişim, Yaygınlığı ve
Yordayıcılarının Model Çerçevesinde Test Edilmesi**

Proje No: 112K617

Prof. Dr. A. Nuray KARANCI
Ervin GÜL

OCAK 2014
ANKARA

ÖNSÖZ

Travmatik olaylar olarak ele alabileceğimiz doğal afetler, kazalar, savaşlar, fiziksel şiddet içeren saldırı, cinsel şiddet veya taciz, ölümcül ya da kronik hastalıklar bireyin yaşamsal bütünlüğüne gelebilecek en önemli tehditlerdir. Travmatik olaylar bireylerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), kaygı bozuklukları, depresyon gibi ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Yapılan birçok araştırma sonucunda TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1 ile %9 arasında değiştiği, bu oranların travmatik olayın türüne bağlı olarak farklılık gösterebileceği bulunmuştur. Bunun yanında, araştırmalar TSSB'nin sosyo-demografik özellikler, kişilik özellikleri, olay sırasında bireyin verdiği tepkiler, olayın şiddeti ve nasıl algılandığı ve travmatik olay sonrası bireyin düşünce süreçleri, baş etme yöntemleri ve aldığı destek gibi değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Travmatik olayların bireylerde TSSB, ruhsal sorun ve hastalıklara yol açtığını gösteren araştırma bulgularının yanısıra son yıllarda, travmanın sadece olumsuz etkileri olmadığı, Travma Sonrası Gelişim (TSG) olarak adlandırılan, bireylerin kendileri, ilişkileri ve yaşamı anlamlandırmada yaşadıkları gelişimi de değerlendirmek gerektiği öne sürülmüştür.

Olumlu gelişmelere karşın, travmanın bu derece yoğun yaşandığı topraklarda henüz yeterince bilgi üretilmemektedir. Ruhsal travmalar ve etkilerine karşın elimizde yeterince yaygınlık çalışmaları yoktur. TÜBİTAK, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Grubu tarafından desteklenen (112K617) bu projenin temel amacı çeşitli travmatik yaşam olaylarının yaygınlığını incelemek, bu olayların yarattığı psikolojik sıkıntıları ve olumlu dönüşümleri değerlendirmenin yanı sıra olay sonrası başa çıkma, ruminasyon, ve algılanan sosyal desteğin bu sonuçlara etkisinin araştırılmasıdır. Projeden elde edilen verilerin ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ve travma konusunda verilecek eğitim programlarına destek olacağı düşünülmektedir.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	iv
Özet	v
Abstract	vi
1. GİRİŞ	1
1.1 Travmatik olaylar	1
1.2 Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)	2
1.3 Travma Sonrası Gelişim (TSG)	3
1.4 Travmatik Olaylarla İlişkili Değişkenlerin Sonuçlara Olan Etkisi	5
1.4.1 Travma öncesi etkenler: Sosyo-demografik değişkenler, Kişilik özellikleri	5
1.4.2 Travmatik olaya ilişkin faktörler: Travmatik olay türü, zamanı, belirti şiddeti:	7
1.4.3 Travmatik Olay Sonrası Etkenler: Başa çıkma, Ruminasyon, Sosyal destek	9
1.5 Çalışmanın Amacı ve Kapsamı	12
2. YÖNTEM	15
2.1 Örneklem	15
2.2 Veri Toplama Araçları	16
2.2.1 Demografik Veri Formu	16
2.2.2 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale-PDS)	16
2.2.3 Olaya İlişkin Ruminasyon Envanteri (Event-Related Rumination Inventory-ERRI)	18
2.2.4 Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ)	19
2.2.5 Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği	20
2.2.6 Başetme Yolları Ölçeği- Türk formu (WCI-T, belirtilen travmatik olaya yönelik)	21
2.2.7 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)	24
2.3 İşlem	24
2.4 Veri Analizi	27
3. BULGULAR	28
3.1 Veri Temizleme ve Analizi	28
3.2 Betimleyici İstatistikler	28
3.3 Tüm Örneklem için Korelasyon Analizi	30
3.4 Travmatik Yaşam Olayları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yaygınlığı	34
3.4.1 Travmatik Yaşam Olayları (TO)	34
3.4.2 En Fazla Etkileyen Travmatik Olay (ETO) Yaygınlığı	35
3.4.3 Ruhsal Travmatik Yaşam Olayları Yaygınlığı	36
3.4.4 Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Yaygınlığı	37
3.4.5 Travmatik Olay Türlerine Göre ETO, RTO ve TSSB Oranları	38
3.4.5.1 Sosyo demografik özelliklerin olası TSSB'ye olan etkisi	40
3.4.6 Dört Ana Travmatik Olay Türüne Göre Karşılaştırmalar	41

3.4.6.1 Travmatik Olay Türlerinin Travma Sonrası Stres Alt Belirtilerine Göre Karşılaştırılması	41
3.4.6.2 Travmatik Olay Türlerinin Travma Sonrası Gelişim'in alt boyutlarına göre karşılaştırılması	43
3.4.7 Travma Sonrası Stres Belirti Şiddetinin Yordanması	44
3.4.8 Travma Sonrası Gelişim'in Yordanması	46
3.9 Model Testi	49
3.9.1 Belirti şiddeti ve TSG arasındaki ilişki	56
4. TARTIŞMA	58
4.1 Travmatik Yaşam Olayları ve Ruhsal Travmatik Olayların yaygınlığının saptanması	60
4.2 Travma Sonrası Stres Belirti Şiddeti ile ilgili Faktörler	61
4.3 Travma Sonrası Gelişim ile ilgili Faktörler	63
4.4 Model testi	67
4.5 Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıklar	73
4.6 Öneriler	75
KAYNAKÇA	77
EKLER	91
EK 1: Sosyodemografik Veri Formu	91
EK 2: Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği- PDS	92
EK 3: Olaya İlişkin Ruminasyon Envanteri- ERRI	96
EK 4: Travma Sonrası Gelişim Envanteri- PTGI	97
EK 5: Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği- BPTI	98
EK 6: Başetme Yolları Ölçeği- WCI-T	99
EK 7: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği- MSPSS	101
EK 8: Kish Tablosu	102
EK 9: Gönüllü Katılım Formu	103
EK 10: Katılım Sonrası Bilgi Formu	104

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1. Örneklemin Demografik Özellikleri (N = 740)	15
Tablo 2. Varimax döndürme yöntemi ile Başetme Yolları Ölçeği-Türk formunun (WCI-T) Faktör Yükleri	22
Tablo 3. İzmir'in örneklemdaki ilçelere göre dağılımı	25
Tablo 4. Betimleyici istatistikler	29
Tablo 6. Tüm örneklem ve illere göre travmatik yaşam olaylarının sıklık ve yüzdeleri.....	34
Tablo 7. Kişiyi en fazla etkileyen (ETO) olayların sıklık ve yüzdeleri	35
Tablo 8. Ruhsal Travmatik Olay (A) ölçütünü karşılayanlar için yaşanan tüm travmatik yaşam olaylarının sıklık ve yüzdeleri.....	36
Tablo 9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı ölçütünü karşılayanlar için yaşanan tüm travmatik yaşam olaylarının sıklık ve yüzdeleri	38
Tablo 10. TO türlerine göre ETO, RTO ve TSSB oranları	39
Tablo 11. Lojistik Regresyon olası TSSB ihtimalini Yordaması	41
Tablo 12. Travma sonrası stres belirtilerinin olay türlerine göre ortalamalarının karşılaştırmalı sonuçları	42
Tablo 13. Travma sonrası gelişimin alt boyutlarının olay türlerine göre ortalamalarının karşılaştırmalı sonuçları.....	43
Tablo 14. Travma Sonrası Stres Belirti Şiddeti ile modelde her basamakta kullanılan değişkenler	44
Tablo 15. Travma Sonrası Stres Belirti Şiddeti puanı için yapılan regresyon analizi sonuçları	45
Tablo 16. Travma Sonrası Gelişim ile modelde her basamakta kullanılan değişkenler	47
Tablo 17. Travma Sonrası Gelişim'e ilişkin değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	48
Tablo 13. Modelde yer alan değişkenler	49
Tablo 14. Modeldeki örtük ve gözlenen değişkenler	50
Tablo 15. Belirti şiddeti ile ilişkili Dolaylı Etkiler	55
Tablo 16. TSG ile ilişkili Dolaylı Etkiler.....	55
Tablo 17. Açıklanan varyanslar	55
Tablo 18. Açıklanan varyanslar	57
Şekil 1. Travmatik olaylara uyumu etkileyen faktörler (Parkinson, 2000)	3
Şekil 2. Travma Sonrası Gelişim (TSG) (Tedeschi & Calhoun, 2004).....	4
Şekil 3. Yaşam Krizleri ve Bireysel Gelişim Modeli (Schaefer ve Moos, 1992;1998).....	4
Şekil 4. Test edilecek değişkenler	13
Şekil 5. Yapısal Model	52
Şekil 6. Belirti Şiddeti ile TSG arasındaki ilişkiyi içeren Yapısal Model.....	56

Özet

Her insanın yaşamı boyunca travmatik olaylarla karşılaşma olasılığı vardır. Bu olaylar (afetler, fiziksel-cinsel şiddet, hastalıklar vb), bireyin baş etme becerilerini zorlayan, yoğun duyguların ve düşüncelerin yer aldığı karmaşık bir döneme yol açar. Travmatik olaylar sonrası ortaya çıkabilen travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşam boyu yaygınlığının %1 ile %9 arasında değiştiği bulunmuştur. Son yıllarda, travmatik yaşantıların sadece olumsuz etkileri olmadığı, travma yaşantısı ile başa çıkmanın bireylerde olumlu değişimlere de yol açabileceği ve travma sonrası gelişim (TSG) olarak adlandırılan, bireylerin kendileri, ilişkileri ve yaşamı anlamlandırmada yaşadıkları gelişimi de değerlendirmek gerektiği öne sürülmüştür.

Bu çalışmanın amacı, temsili örnekleme kapsamlı bir model çerçevesinde, yaşanan travmatik olay türlerinin yaygınlığını, olası TSSB'yi, travma sonrası stres (TSS) belirti şiddetini, TSG'yi ve yordayıcılarını incelemektir. Bu amaçla, travma sonrası etkenlerden 3 ana faktör olarak baş etme becerileri, sosyal destek algısı, olaya-ilişkin ruminasyonun etkileri araştırılmıştır.

İzmir ilinde TÜİK'ten temin edilen örneklem, toplam 740 yetişkinden (%64.3 kadın, %35.7 erkek) oluşmaktadır. Bulgular, travmatik olay (TO) yaşayan katılımcıların oranının %67.3, olası TSSB yaygınlığının ise %10.8 olduğunu göstermiştir. Sosyo-demografik değişkenlerin etkisi kontrol edildikten sonra son basamakta, genç yaş, kadın olmak, düşük gelir, yüksek duygusal tutarsızlık, yakın zamanda yaşanan olay, belirtilerin uzun sürmesi, yüksek engellenme düzeyi, kasıt/saldırı içeren şiddet olay türleri, ayrıca travma sonrası faktörlerden, intrusif/otomatik ve istemli ruminasyonun, kadenci başa çıkma yolunun TSS belirti şiddetini yordadığı bulunmuştur. Ayrıca, son basamakta, genç olma, düşük eğitim düzeyi, sorumluluk, belirtilerin uzun sürmesi, yaralanma/sarsıcı olayların, istemli ruminasyon, problem çözme odaklı ve destek arayıcı başa çıkma yolları, ile arkadaş ve önemli diğer kişiden algılanan sosyal desteğin TSG'yi yordadığı bulunmuştur. Model testi sonuçları değerlendirildiğinde ise kişilik özelliklerinden TSS belirti şiddeti ve TSG'ye kadar doğrudan ve dolaylı etkilerin olduğu gözlenmiş, özellikle başa çıkma ve olaya-ilişkin ruminasyonun aracı rolleri ortaya çıkmıştır. Çalışma bulguları travma literatürü çerçevesinde tartışılmış ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin planlaması ilgili öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: travmatik olaylar, yaygınlık, travma sonrası stres bozukluğu, travma sonrası gelişim, baş etme yolları, sosyal destek, olaya-ilişkin ruminasyon, kişilik özellikleri

Abstract

Almost every individual in lifetime has the possibility of experiencing traumatic events (disasters, physical-sexual assault, illness etc.) which highly impede individuals' adaptive coping mechanisms and lead to a complex period where intense emotions and thoughts take place. Many studies indicated the prevalence of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) which is one of psychiatric consequences of traumatic events (TEs), as ranging from 1% to 9%. In recent years, attention to positive changes/transformations following TEs has gained interest. Post Traumatic Growth (PTG) is the concept that taps these transformations about self, interpersonal-relationships, and meaning-making about life.

The aim of the present study, is to examine the types of TEs, probable PTSD and PTG levels in a representative sample of adults from İzmir. Among the posttraumatic factors, 3 main variables; coping strategies, perceived social support, and event-related rumination were analyzed as predictors of posttraumatic stress (PTS) symptom severity and PTG.

The sample consisted of 740 adults (%64.3 females, %35.7 males), 67.3% of them reported experiencing at least one TE, and a lifetime prevalence of a probable-PTSD was found as 10.8%. After controlling the effects of sociodemographic variables, in the final step, being young, female, low income, neuroticism, intentional/assaultive violence events, high impairment of functioning, longer symptom-duration, recent trauma, intrusive and deliberate rumination, fatalistic coping were associated with symptom severity. In the final step, being young, low education, conscientiousness, longer symptom-duration, injury/shocking events, deliberate rumination, problem-solving coping, seeking-support coping, perceived social support from friend-significant other predicted higher PTG. The results of Model-Testing, indicated direct-indirect effects through personality to symptom severity and PTG, where the paths showed the mediator roles of rumination and coping. The results were used to discuss theoretical models of PTSD and PTG, provided information that can aid in the delineation of risk-groups following TEs, and contributed to mental health services.

Keywords: Traumatic life events, prevalence, posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, ways of coping, social support, event-related rumination, personality traits

1. GİRİŞ

Her insanın yaşamı boyunca olumsuz/travmatik olaylarla karşılaşma olasılığı vardır. Travmatik olaylar olarak ele alabileceğimiz doğal afetler, kazalar, savaşlar, fiziksel şiddet içeren saldırı, cinsel şiddet veya taciz, ölümcül ya da kronik hastalıklar ve benzeri olaylar, bireyin baş etme becerilerini zorlayan, yoğun duyguların ve düşüncelerin yer aldığı, bireyin beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyen karmaşık bir döneme yol açar. Yaşamı yoğun bir şekilde etkileyen bu olaylara adaptasyon/uyum becerisi kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Bazıları kişisel ve çevresel kaynaklarını kullanarak bu olaylarla başa çıkabilirken, bazıları ise bu sorunlarla başa çıkmada sıkıntılar yaşayabilir. Bu sıkıntıların bir psikopatolojiye neden olduğu ise pek çok çalışmada gösterilmiştir. Bu tür olayların ardından, kişi kendini çaresiz, korku dolu ve sürekli tehlikede ve gergin hissedebilir. Anksiyete ve suçluluk veya öfke duyguları ise yoğun olarak hissedilen duygulardandır. Bu kişilerin sosyal ve iş yaşamları çeşitli derecelerde zarar görebilir. Önceden kestirilemeyen, kontrol edilemeyen, ani, beklenmedik zamanlarda olan bu olaylar bireyleri, aileleri ve toplumları etkileyebilir ve biyopsikososyal işleyişlerini tehdit edebilir. Hapse girme, saldırıya uğrama, işkenceye maruz kalma, bir yakını kaybetme, doğal afetler gibi nedenlerle bireyin güven duygusu sarsılabilir, kendini engellenmiş hissedebilir.

Travmatik olaylar olarak ele alabileceğimiz bu olaylarla ilgili genel nüfustan temsili örneklerle yürütülen çalışmalar, tüm dünyada bu tür olayların yaşam boyu yaygınlığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Travmatik olaylar sonrası ortaya çıkabilen ve oldukça çok sayıda araştırmaya konu olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile ilgili pek çok çalışma yürütülmüştür, ancak Türkiye’de travmatik olaylar, TSSB ve travma sonrası gelişim (TSG), kuramsal modeller ile ilgili nispeten az çalışma yapılmıştır. Çoğu çalışma depremlerin sonuçlarına odaklanmış, genel nüfustan alınan örneklerde farklı travmatik olay türleri yaygın olarak çalışılmamıştır. Bu kapsamda, bu çalışma bireylerin sosyo-demografik özellikleri, kişiliği, başa çıkma stratejileri, sosyal destek algısı, travmatik olaya-ilişkin ruminasyonlarını, TSS belirtisi şiddetine ve TSG’ye etkilerini olası yordayıcılar olarak değerlendirip kuramsal modellere dayanarak bir model test ederek inceleyecektir.

1.1 Travmatik olaylar

Travmatik olaylar bireyin bütünlüğüne gelebilecek en önemli tehditlerden biridir. Buna bağlı olarak travmatik yaşam olayıyla ortaya çıkan sorunlar da büyüktür. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ise hayatın bütün alanlarında engellenmeye yol açabilecek önemli ruhsal bir rahatsızlıktır. Travmatik yaşantılar potansiyel olarak bireylerin yaşamları boyunca karşılaşabilecekleri olaylardır. Ancak, bir psikiyatri sınıflandırma sistemi olan “Ruhsal ve

Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve İstatistik Elkitabı'nın dördüncü baskısı olan DSM-IV-TR'te (2001), bir olayın travmatik olarak kabul edilmesi için Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) için belirttiği "travmatik olay" kriterlerine uyması gerektiği ileri sürülmektedir. Bu kriterler: (1) kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, ya da kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne tehdit edici bir olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olması ve (2) kişinin bu olaya aşırı korku, çaresizlik, ya da dehşetle tepki vermiş olmasıdır. Farklı bir çok ülkede genel nüfustan alınan temsili örneklerle yürütülen çalışmalar, travmatik olayların yaşam boyu yaygınlığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Frans vd., 2005; Norris vd., 2003). Frans vd. (2005) İsveç'te yürüttükleri çalışmada yaşam boyu en az bir travmatik yaşantısı olanların %80.8 olduğunu bulmuşlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise yaygınlık %55 ile %90 arası olarak bulunmuştur (Breslau vd., 1998). Yeni Zellanda'da hayatları boyunca en az bir travmatik olaya maruz kalan yetişkinlerin oranı %61 (Flett vd., 2004), Meksika'da ise bu oran %76 (Norris vd., 2003) olarak bulunmuştur. İsviçre'de ise yaşam boyu travmatik olayların yaygınlığının %28 olduğu saptanmış ve bu oranın diğer ülkelere nazaran düşük olduğu belirtilmiştir (Hepp vd., 2006). Bosna Hersek'te savaş yaşantıları dahil edilmediği zaman bile travmatik olay yaşama riskinin %60.2 olduğu bulunmuştur (Rosner, Powell, & Butollo, 2003). Batıdaki çalışmaların sonuçlarına benzer olarak, genç Japon kadınlarla yapılan bir çalışmada yaşam boyu en az bir travmatik olaya maruz kalma oranı %80.3 olarak bulunmuş, doğal afetler dışındaki travmatik olaylar söz konusu olduğunda bile yaygınlığın %53.1 oranında olduğu görülmüştür (Mizuta vd., 2005). İsrail'i üniversite öğrencilerinin %67'sinin (Amir ve Sol, 1999), diğer bir çalışmada da üniversite öğrencilerinin yaklaşık %67'sinin (Bernat vd., 1998) hayatları boyunca en az bir travmatik olay yaşadıkları bulunmuştur. Güney Afrika'da yapılan bir araştırmada yaşam boyu travmatik olaya maruz kalma riski %75 olarak bulunmuş ve toplumun %56'ya yakını, birden fazla travmatik olay yaşadıklarını belirtmiştir (Williams vd., 2007). Yukarıda özetlenen çalışmalar dünyanın değişik ülkelerinde yaşayan yetişkinlerin travmatik yaşam olaylarını oldukça yaygın olarak yaşadığı görüşünü desteklemektedir.

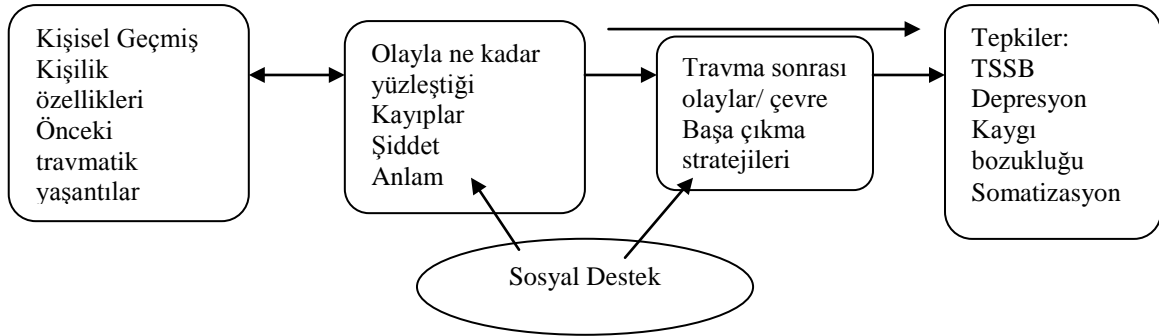
1.2 Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), pek çok kişi için travmatik olabilecek şiddette bir yaşantı ardından ortaya çıkan, intruzif (girici) düşünceler, sıkıntılı rüyalar, yeniden yaşantılamalar, kaçınma davranışları, artmış ve süreklilik gösteren uyarılmışlık hali gibi belirtilerle kendini gösteren, toplumsal izolasyon gibi davranış değişiklikleri görülebilen ve kişide belirgin işlevsellik kaybına yol açan bir kaygı bozukluğudur (Özgüler vd., 2004). Travmatik bir olay yaşayan herkes tanı alacak bir ruhsal hastalık geliştiremeyebilir, ancak

birçok mağdur ciddi duygusal tepkiler ve psikolojik belirtiler gösterebilmektedir. Perkonigg vd. (2000) yaşam boyu hastalıkların hemen hemen hepsinin travmatik olaylarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Williams vd. (2007), çoklu travmatik yaşam öyküsü bulunan kişilerin, travmatik yaşam öyküsü olmayanlara kıyasla beş kat daha fazla stres belirtileri gösterdiklerini rapor etmişlerdir.

Travmatik yaşantılar sonrası en sıklıkla ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk olan TSSB'nin yaygınlığı konusunda yapılan çalışmalarda çok farklı oranlar ortaya çıkmıştır. TSSB'nin yaşam boyu yaygınlık oranları temsili genel popülasyon çalışmalarında %5.6 (Frans vd., 2005), %6.8 (Kessler vd., 2005), %8.3 (Breslau vd., 1998) ve %11.2 (Norris vd., 2003) olarak bulunmuştur. Meksika'da yapılan bir çalışmada, herhangi bir travmatik olaya maruz kalanların %15'i TSSB kriterlerini karşılarken (Norris vd., 2003), bu oran İsrail'li üniversite öğrencilerinde %6 (Amir ve Sol, 1999), ABD'de üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada ise %12 (Bernat vd., 1998) olarak bulunmuştur.

Travma sonrası kronikleşmeyi, TSSB gibi psikiyatrik bozuklukların gelişimini ve iyileşmeyi etkileyen etkenler Parkinson (2000) tarafından aşağıdaki şekilde gösterildiği gibi üç grup faktör altında incelenmiştir: 1) travma öncesi etkenler olarak kişisel geçmiş, kişilik, önceki yaşanan travmalar, 2) travmatik olaya ilişkin ve olay sırasındaki etkenler olarak olayla ne kadar yüzleşildiği, kayıplar, şiddet, olayın anlamı, 3) travma sonrası etkenler olarak da sosyal çevre-destek, baş etme stratejileridir.



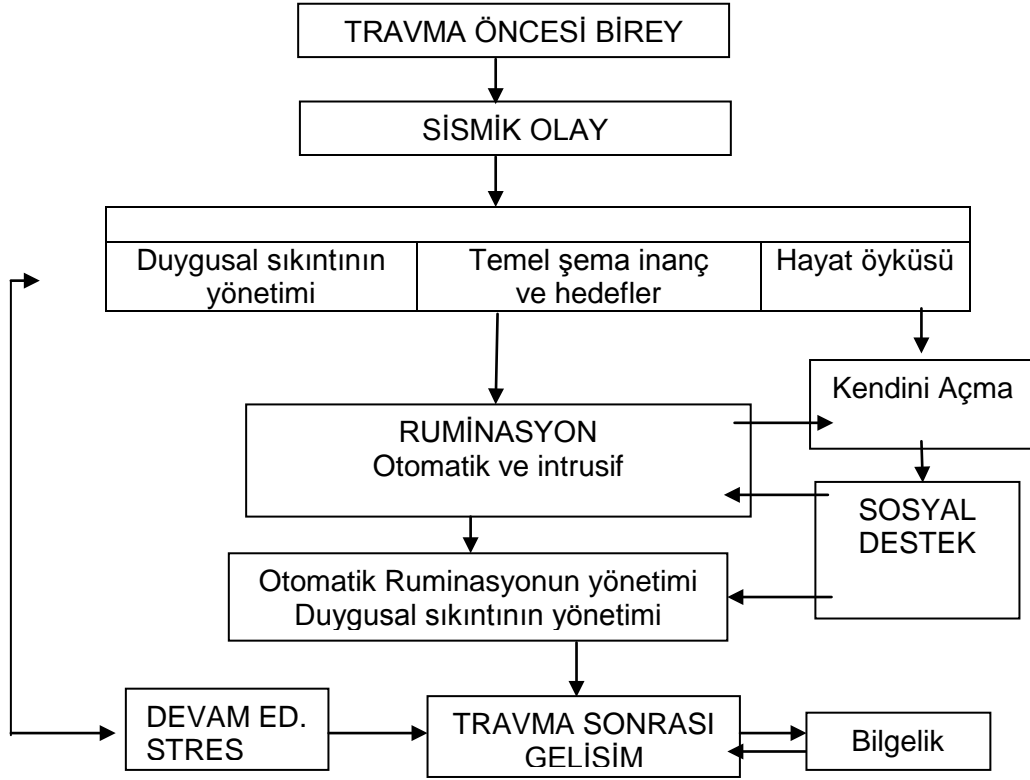
Şekil 1. Travmatik olaylara uyumu etkileyen faktörler (Parkinson, 2000)

1.3 Travma Sonrası Gelişim (TSG)

Travmatik bir olay insanı olumsuz etkilemenin (TSSB) yanı sıra olumlu (TSG) sonuçları da olabileceğine dair bulgular literatürde yer almaktadır. TSG, önemli yaşam olayları veya travmatik olaylar sonucu kişinin başa çıkma çabaları sonunda deneyimlenen olumlu psikolojik değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1999; Tedeschi ve Calhoun, 1996). Bu değişikliklerin 5 farklı alanda yaşandığı savunulmaktadır. Bu olumlu yönde değişim alanlarının travmatik yaşantılar sonrası yeni olanakların algılanması,

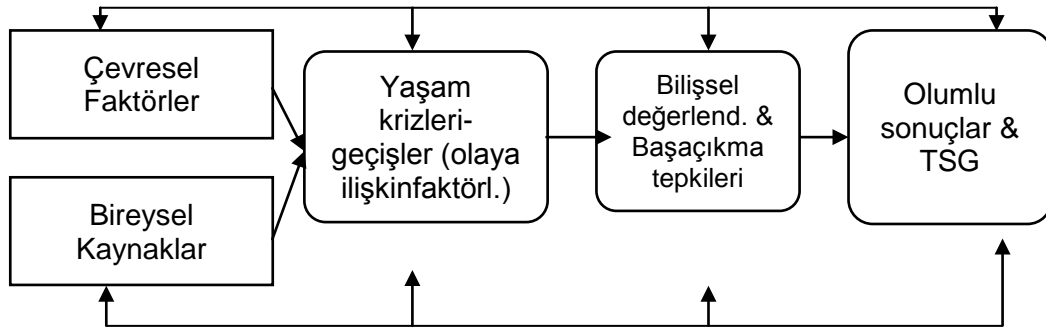
kişilerarası ilişkiler, bireysel güçlülük, manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlama olduğu bulunmuştur (Taku vd., 2008).

Tedeschi ve Calhoun (2004), travma sonrası gelişim modelinde (bkz. Şekil 2) gösterildiği gibi travma öncesi etmenler, travmatik yaşam olayı (sismik bir olay) ve yaşantısı ile ilgili özellikler, yarattığı stres ve travmatik olayın işlemlenmesi (ruminasyon) gibi bir süreç sonucu ortaya çıkan bir sonuç olarak açıklanmıştır.



Şekil 2. Travma Sonrası Gelişim (TSG) (Tedeschi & Calhoun, 2004)

Ayrıca Schaefer ve Moos'un (1992) modeli'nde (Şekil 3) de önemli yaşam olayları-krizleri veya geçiş dönemlerinden sonra kişilerin olumlu dönüşümler yaşayabileceği vurgulanmıştır.



Şekil 3. Yaşam Krizleri ve Bireysel Gelişim Modeli (Schaefer ve Moos, 1992;1998)

Ruhsal travmatik olayın şiddeti ve TSSB ile, travma sonrası gelişim arasında olumlu bir ilişki bulunduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (Tedeschi & Calhoun, 1996; Morrill vd., 2008; Feder vd., 2008). Travma sonrası büyümenin daha fazla psikolojik stres ile ilişkili olduğu İsrail'de yaşayan ergenlerle yapılan bir çalışmada da ortaya konmuştur (Levine vd., 2008). Bu çalışmalar, şiddetli bir travmanın, bireyin anlam arayışı ve yaşama amaçlarını gözden geçirmesine sebep olabildiğini ve olumlu dönüşümlere yol açabildiğini göstermektedir. Bir başka deyişle bireyler, aynı anda hem travma sonrası stres belirtilerini hem gelişimi yaşayabilmektedir.

Travma sonrası gelişmeyi, ruh sağlığını koruyucu bir boyut olarak değerlendiren Morrill vd. (2008), travma sonrası gelişimi düşük olan bireylerde, TSSB ile depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğunu saptamıştır. Travma sonrası gelişim, TSSB'si olan bireylerde dahi, yaşam kalitesi ve depresif belirtiler açısından koruyucu bir rol oynamaktadır.

Tedeschi, Park ve Calhoun (1998), travma olayları sonrası klinikçilerin genelde olumsuz belirtilere odaklandığını öne sürmüştür, ve olumsuzun yanısıra olumlu dönüşüm/ gelişimlerin olabileceğini belirtmişlerdir. Klinikçilerin travma sonrası psikolojik yardımda olumluyu da dinlemeleri ve olumlu gelişime de odaklanmaları konusunda terapistleri uyarılmışlardır.

Özetle, travma sonrası gelişim, travmatik olay yaşamış bireyler için koruyucu olabilecek ve travmatik bir olay karşısında bile olumlu dönüşümler olabildiğine işaret eden bir kavramdır. Travma sonrası gelişimin/dönüşümün araştırılması, tanınması ve psikososyal müdahalelerde göz önünde bulundurulması, travma ile baş etme becerilerinin geliştirilmesinde mağdurlar ve klinisyenlere yol gösterecektir.

1.4 Travmatik Olaylarla İlişkili Değişkenlerin Sonuçlara Olan Etkisi

Bu bölümde travmatik olaylara ilişkin değişkenler 3 başlık altında incelenecektir: Travma öncesi etkenler, Travmatik olaya ilişkin faktörler, Travmatik olay sonrası etkenler

1.4.1 Travma öncesi etkenler: Sosyo-demografik değişkenler, Kişilik özellikleri

Travmatik olayların, toplumların farklı kesimlerindeki yaygınlığı incelenmiştir. Bu anlamda, yaş, cinsiyet gibi sosyo-demografik değişkenler; sosyo-ekonomik statü, psikiyatrik öykü, ve kişilik özellikleri gibi psikolojik değişkenler, bir diğer deyişle travmatik olaylarla karşılaşmada bireysel farklılıklar yaratabilecek olası faktörler ele alınmıştır.

Çeşitli kültürlerde yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha fazla sayıda travmatik olaylarla karşılaştıkları saptanmıştır (Williams vd., 2007). Travmatik olaylarla yaşam boyu karşılaşma oranları erkekler için %61 ve %83 arasında değişirken, aynı oranlar kadınlar için %51 ve %74 arasındadır (Breslau vd., 1997).

Yaşanılan travmatik olayların türlerinin de, cinsiyetler arası farklılaşma gösterdiği bulunmuştur. Kadınlarda en yaygın olarak yaşanan travmatik olay, çocuk ve yetişkinlik döneminde cinsel saldırıya maruz kalma ve eş şiddeti olarak bulunurken, erkeklerin en yaygın olarak maruz kaldıkları travmatik olayların motorlu taşıt kazaları ve dövüş/çatışma (Flett vd., 2004) ve bunları takiben travmatik yas, başkalarının öldürülmesine ya da yaralanmasına şahit olmak, yaşamı tehdit eden kaza, fiziksel saldırı, silah içeren fiziksel saldırılar, silahsız fiziksel saldırılar, işkence-terör, ve diğer yoğun stres içeren olaylar olduğu bulunmuştur (Norris vd., 2003; Bernat vd., 1998; Williams vd., 2007).

Ayrıca travmatik yaşantıların, gençlerde yaşlılardan daha yaygın olarak yaşandığı bulunmuştur (Frans vd., 2005). Travmatik olaya maruz kalma risk etmenlerinden diğerleri ise; çocukluk çağı sorunları, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, kişilik özellikleri (nevrotizm ve dışa dönüklük), yaşanan travmatik deneyimler, major depresyon öyküsü, şehirde yaşıyor olmak ve düşük eğitim seviyesi olarak özetlenebilir. Şiddete maruz kalma risk etmenleri ise, azınlık olmak, düşük sosyal sınıf, erkek cinsiyet, geç ergenlik/ erken yetişkinlik döneminde olma olarak özetlenebilir. Bu grupların, yaşamları boyunca travmatik bir olay yaşama riskleri daha yüksektir (Lee ve Young, 2001).

Evli olmak, düşük eğitim seviyesi ve genç olmanın TSG ile ilgili pozitif ilişkili olduğuna dair bir fikir birliğine ulaşılmış gibi görünse de (Bellizzi & Blank, 2006), pek çok başka çalışma da çelişkili sonuçlar bulmuştur. Örneğin, iyileşen kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada yaşlı olmanın TSG ile pozitif ilişkili olduğu görülmüştür (Bellizzi, 2004; Sharon vd., 2004). Ancak, bu sonucun daha çok olay türüne bağlı olduğu düşünülmüştür. Erkek, genç olmak, düşük eğitim ve gelir düzeyi daha çok travmatik olayla karşılaşmak için risk faktörleri olarak bulunmuştur (Frans, vd., 2005). Türkiye’de yetişkin toplum örnekleminde yapılan çalışmada, travmaya maruz kalmak ve TSSB’ye yol açan risk faktörleri olarak kadın olmak, düşük eğitim ve gelir düzeyi, orta yaşta olmak bulunmuştur. Bulgular, travmatik olaya maruz kalma ile ilgili olarak cinsiyetler arası anlamlı bir fark olmadığını gösterse de, kadınlar daha çok olası TSSB tanısı almıştır (Karancı vd., 2009). Genç olmak, düşük eğitim ve gelir düzeyi, evli olmak ise TSG ile ilişkili bulunmuştur. Başka çalışmalar ise kadın ve yaşlı olmanın, düşük eğitim ve gelir düzeyininin, geçmiş psikiyatrik bozukluğun varlığının, kişinin travma yaşanırken verdiği tepkinin, başetme stratejilerinin TSSB ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Norris, vd., 2003; Sümer vd., 2005; Perkoning vd., 2000; Ullman & Siegel, 1994; Denson vd., 2007; Breslau vd., 1991).

Yapılan çalışmalar sonucunda kişilik özelliklerinin travmatik olaya verilen tepkiyi şekillendirmede önemli bir yeri olduğu düşünülmüştür (Morris vd., 2005; Tedeschi & Calhoun, 1996). Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası olumsuz etkilerle tutarlı bir şekilde ilişkili bulunan kişilik özelliği duygusal tutarsızlık/ nörotizm’dir (Karancı vd., 2009; Evers vd.,

2001; Tedeschi & Calhoun, 1996; Val & Linley 2006). Duygusal tutarsızlık tek başına veya içe dönüklük ile birlikte travma sonrası stres şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Evers vd., 2001; Val & Linley, 2006; Cox vd., 2004; Emmelkamp, 2006). Ayrıca iyimserlik, dışadönüklük, gelişime açıklık gibi kişilik özelliklerinin, gelişime daha çok yol açan kişisel farklılıklar olduğu bulunmuştur (Affleck & Tennen, 1996; Curbow vd., 1993; Val & Linley, 2006; Tedeschi & Calhoun, 1996). Bu bulgulara zıt olarak, Zoellner vd. (2008) dışadönüklük ve açıklık ile TSG arasında anlamlı bir korelasyon bulmamıştır. Emmelkamp (2006) ise farklı bir görüşle, birçok çalışmanın geriye dönük olarak travmatik olay sonrasında yapıldığı ve kişiliğin travmatik olayın kendisinden de etkilenmiş olabileceğini iddia etmiştir.

Türkiye'deki sonuçlar ise uyumluluğun, açıklığın, sorumluluğun TSG ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Dışadönüklük bir koruyucu faktör, duygusal tutarsızlık ve uyumluluk ise belirti şiddetine neden olabilen faktörler olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bu araştırma sonuçları kişilik özellikleri ile TSG arasındaki ilişkiyi incelerken travma sonrası stres (TSS) şiddetinin rolünü de araştırmıştır. Örneğin, dışadönüklüğün, yüksek TSS şiddeti yaşarlarda, daha çok TSG'ye yol açtığı bulunmuştur. Duygusal tutarsızlığı az olanların ise daha şiddetli TSS yaşayanlarda daha çok TSG'ye yol açtığı görülmüştür. Bu gibi kişilik özelliklerine sahip kişilerin kullandıkları baş etme mekanizmaları ve kognitif süreçlerinin de sonuca olan etkilerinin araştırılması gerekliliği ortaya çıkmıştır (Karancı vd., 2012). Örneğin, daha dışadönük kişilerin daha çok sosyal destek arayıcı, problem-odaklı baş etme yöntemlerini kullandıkları ve kognitif yeniden yapılanma ile ilgilendikleri, sorumluluk/dürüstlük kişilik özelliğine sahip kişilerin ise yine problem-odaklı baş etme yöntemlerini kullandıkları ve kognitif yeniden yapılanma ile ilgilendikleri bulunmuştur. Ayrıca, bu çalışma duygusal tutarsızlığın travma sonrası gelişim için önemli/gerekli olan bilişsel işlemlemeyi engellediği ve bu kişilerin kaçınma odaklı baş etme stratejisini kullandıklarını göstermiştir (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Başka çalışmalar ise uyumlu kişilerin alınan ve algılanan sosyal desteklerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Bowling, Beehr & Swader, 2005; Tong vd., 2004).

1.4.2 Travmatik olaya ilişkin faktörler: Travmatik olay türü, zamanı, belirti şiddeti:

Daha önceki bulgular, yaşanan travmatik olayın türüne göre sonuçların farklılık gösterdiğini işaret etmiştir. Flett ve diğerlerinin (2004) Yeni Zelanda'da yetişkinlerle yürüttüğü bir çalışmada en yaygın travmatik olayın yakın bir arkadaşın ya da bir akrabanın beklenmedik ölümü olduğu bulunmuştur. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada ise doğal afetler, ciddi kazalar ve başkalarının yaralanmasına ya da ölümüne şahit olmak en yaygın olarak rapor edilen travmatik olaylar olarak bulunmuştur (Bernat vd., 1998). Williams vd. (2007) Güney Afrika örneğinde, en sık görülen travmatik olayları yakın bir

kişinin kaybı (%43), travmatik bir olaya tanık olma (%28), suç mağduru olmak (%25), eş şiddetine maruz kalmak (%24) olarak belirtmiştir. Bu çalışmalar travmatik yaşam olaylarının farklı ülkelerde yaygınlık olarak oldukça yüksek olduğunu ancak en sıklıkla yaşanan travmatik olay tipinin ülkelere göre değişebileceğine işaret etmektedir. Türkiye’de yapılan araştırmada kazalar, doğal afetler ve beklenmedik sevilen birinin ölümünün en yaygın olarak yaşandığı rapor edilmiştir. Ölüm veya kronik bir hastalık yaşamının ise TSSB için en yüksek risk faktörü olduğu görülmüştür (Karancı vd., 2009).

Yapılan çalışmalarda TSSB yaşama sıklığının tecavüzdən sonra %55, çocukluk çağı istismarından sonra %35, kanser sonrası %19, saldırı sonrası %17, ciddi kazalardan sonra %7 olarak bulunmuştur (Kessler vd., 1995; Maercker vd., 2004; Kangas, Henry, Bryant, 2002; Mehnert & Koch, 2007). İnsan eliyle/kasti yapılan olayların (işkence, taciz, şiddet gibi) daha çok TSSB ile ilişkili olduğu bulunurken, daha doğal ve çoğunlukla yaygın olarak yaşanan/kabul gören olaylar doğal afetler (e.g., Cieslak vd., 2009; Karancı & Acarturk, 2005, Karancı vd., 2012), kazalar (e.g., Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010; Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010) ve sevilen birinin kaybı (Davis, Michael, & Vernberg, 2007; Taku vd., 2008; Karancı vd., 2012) daha çok TSG ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar, travma sonrası gelişimin travmatik olayların tümüyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Herhangi bir travmatik olayı takiben ergenlerde en sıklıkla görülen gelişme alanı hayatın kıymetini daha çok anlamak olarak bulunmuştur. Genelde, hamilelik ve annelik travma sonrası gelişmenin en çok yaşandığı olay olarak bulunmuş, bunun dışında sevilen bir kişinin ölümü ya da fiziksel tehdidin de travma sonrası gelişmeyle sonuçlandığı, kişilerarası sorunların ise travma sonrası gelişmenin en az rastlandığı olaylar olduğu gösterilmiştir (Ickovics vd., 2006).

Zamanın etkisi ile ilgili olarak Mayou, Ehlers, & Bryant (2002) tarafından yapılan çalışmada, motorlu taşıt kazasından üç yıl sonra, katılımcıların %11’inin hala TSSB belirtilerini yaşadığı bulunmuştur. Bir yıl içerisinde tanı alan kişilerin yaklaşık yarısının 3 yılda düzeldikleri görülmüştür. Yaşanılan travmatik olay türünün ve olaydan sonra geçen sürenin TSG’e olan etkilerini incelemek gerektiği pek çok araştırmacı tarafından dile getirilmiştir (Calhoun & Tedeschi, 1998; Polatinsky & Esprey, 2000).

Travmatik olay zamanı ile travma sonrası gelişim düzeyinin saptandığı zaman arasındaki süre arttıkça TSG düzeyinin de artacağı düşünülmüştür. Ancak, Cohen, Cimboric, Armeli, & Hettler (1998) çalışmasında travmatik olay sonrasında geçen zaman ile TSG arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Dolayısıyla, travma sonrası gelişimin azalmadığı-sabit kaldığı sonucuna varılmıştır. Türkiye’de yapılan çalışmada, yüksek düzeyde etkilenme ve yaşanan travmatik olay sayısı, yüksek TSS şiddetiyle ilişkili bulunmuştur (Karancı et al., 2009). Ayrıca Wild ve Paivio (2003), son 5 yılda daha çok sayıda travmatik olay yaşamının,

daha yakın zamanda yaşamının ve travmatik olay sırasında daha yüksek düzeylerde sıkıntı yaşamının daha fazla TSG'ye yol açtığını bulmuştur. Travmatik olay sırasında yaşanan stres düzeyi ve şiddeti bu olay sonrasındaki sonuçları belirleyen önemli bir faktör olduğuna dair pek çok çalışma yapılmıştır. Karancı ve diğerlerinin (2012) çalışmasında da görüldüğü üzere travma sonrası stres şiddeti, kişilik özellikleri ile TSG arasında moderatör olarak rol almıştır.

Tedeschi ve Calhoun (2004) modeli yaşanan olayın şiddetini sismik bir olaya benzetmiştir. Tıpkı depremlerin binaları beklenmedik zamanlarda sarsması gibi, bu olay da yeterince şiddetli ise kişileri de o kadar sarsacağını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, gerçek gelişimin görülebilmesi için bu sarsıcı sıkıntı şiddetinin gerekli olduğu savunulmuştur. Ancak bu sıkıntı düzeyinin yönetilebilir bir düzeyde olması TSG'yi sağlaması açısından önemlidir. Bu durumda kişinin, TSG'ye yol açabilecek travmatik olay ile ilgili gerekli bilişsel yapılanmayı işlemleyebileceğini ve sürdürebileceğini belirtmişlerdir. Gelişim, kişinin kendini değerlendirmesi ve kendine yaklaşımını değiştirdiği gibi, başkalarını ve dünyaya bakışını da değiştirmesini kapsar. Bunu Sumalla, Ochoa, & Blanco (2009), kişinin kimliğinde ve diğerleri ile ilişkilerinde değişime yol açan 'hayat boyu öğrenme süreci' olarak kavramsallaştırmıştır.

1.4.3 Travmatik Olay Sonrası Etkenler: Başa çıkma, Ruminasyon, Sosyal destek

Travmatik olay sonrası temel gereksinimler ve bunların nasıl karşılandığı, fiziksel ve ruhsal kaynakların kaybı, kaza sonrası kalıcı sağlık ve finansal problemler, olay sonrası stresli yaşam olayları, bireyin başa çıkma yöntemleri, sosyal destek düzeyi ve ikincil travmatizasyonların varlığı; TSSB gelişimini ve sürmesini etkileyen faktörlerden bazılarıdır (Mayou vd., 2002).

Olaydan çok insanların travmatik olayla baş etme yollarının, travma sonrası sonuçların olumlu ya da olumsuz olmasını belirlediği konusunda pek çok araştırmacı fikir birliğine varmıştır (Aldwin ve Levenson, 2004). Başa çıkma stratejileri farklı kategorilendirilmesine rağmen, genel olarak problem-odaklı, duygu-odaklı başa çıkma ve kaçınma olarak incelenmiştir. Aldwin, Sutton, & Lachman (1996) baş etme stratejilerini travmatik olay ile travma sonrası stres belirtileri ve gelişim arasında aracı değişken olarak incelemiştir. Yapılan çalışmalarda, problem-odaklı baş etme yolunu tercih edenlerin olumlu sonuçlarla ilişkili; kaçınma ve duygu-odaklı baş etmenin ise olumlu sonuçlarla negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (Aldwin, vd., 1996; Moos & Schaefer, 1993; Mason vd., 2006). Travma Sonrası Gelişim üzerine yapılan araştırmalar; kişilik özelliklerinin, bilişsel değerlendirme ve başa çıkma çabalarının bir arada etkileşimlerinin önemini vurgulamıştır (Armeli, Gunthert, & Cohen, 2001; Linley & Joseph, 2004a; O'Leary & Ickovics, 1995; Park, 1998; Schaefer & Moos, 1992; Tedeschi & Calhoun, 1995; Waysman, Schwarzwald, & Solomon, 2001). Bazı çalışmalarda ise sosyal destek ile TSG arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur (Cadell,

Regehr, & Hemsworth, 2003; Weiss, 2004a). Sosyal destek türlerine bakıldığında ise sadece arkadaşlardan alınan sosyal desteğin TSG ile anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (Lev-Wiesel, & Amir, 2003). Tedeschi ve Calhoun'un (1998) modelinde travma yaşayan kişinin, deneyimlerini paylaşım işlemleyebileceği önemli bulunduğu birine ihtiyaç duyabildiğini ve bu kişinin de travma mağdurunu olumsuz duygularından kurtulması ve paylaşması için destekleyebileceğini, bunun da gelişime neden olabileceğini savunmuştur.

Sheikh (2004) de, benzer şekilde travma yaşayanlarda sosyal desteğin varlığının bilişsel işlemlemeyi arttırdığını savunmuştur. Buna karşın, Wortman (2004) sosyal kontaktların her zaman destekleyici ve cesaretlendirici olmadığını hatta gelişimi ketleyici bile olabileceğine işaret etmiştir. Bazı insanların bu sıkıntıları dinlemekten rahatsız olabileceğini ve bu paylaşımlara engel olabileceklerini belirtmiştir. İyileşmiş meme kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada (Cordova, 1999; Cordova vd., 2001), travma ile ilgili konuların paylaşımına veya tartışılmasına izin verilmediği durumlarda, bilişsel işlemlemenin de ketlendiği, dolayısıyla pozitif dönüşüm olanaklarını da azalttığı görülmüştür. Ayrıca, literatürde de sosyal desteğin TSG ile anlamlı düzeyde ilişkili olmadığına dair farklı sonuçlar bulan araştırmalar vardır (Cryder vd., 2006; Sheikh, 2004; Widows vd., 2005). Diğer taraftan, sosyal destek ile TSS belirtileri arasındaki ilişkiye bakıldığında güncel literatürde, TSS belirtilerinin zamanla sosyal desteğin erozyona uğramasına neden olduğu iddia edilmektedir (King vd., 2006; Laffaye vd., 2008). Dolayısıyla, TSSB belirtilerinin alınan sosyal desteğin miktarı ve kalitesini etkilediği savunulmuştur. Ancak, eğer sosyal destek tutarlı ve sabit ise, bu faktör TSG'ye yol açabilen önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir (Heindrich & Ryff, 1993). Sosyal destek ve problem odaklı başa çıkma mekanizması, TSSB için koruyucu faktörlerden olduğu (Haden vd., 2007; Clapp ve Beck, 2009) ve Türkiye'de yapılan bir çalışmada da TSG'nin, sosyal destek ve problem odaklı başa çıkma mekanizmalarıyla pozitif ilişkili olduğunu saptamıştır (Karancı ve Erkam, 2007). Algılanan sosyal destek azlığı, TSSB'yi yordamaktadır (Johansen vd., 2007). Bu açıdan sosyal desteğin travma etkilerini azaltıcı ve koruyucu bir görev üstlendiği çeşitli çalışmalarda görülmüştür (Bonanno vd., 2007). Andrews, Brewin ve Rose (2003), fiziksel saldırıya maruz kalan kadınlarda, olumsuz sosyal desteğin TSSB ile ilişkili bulunduğunu belirtmiştir. Clapp ve Beck'in (2009), motorlu araç kazası geçiren kişilerle yaptıkları çalışma, sosyal destek ile TSSB arasındaki ilişkinin, stresle başa çıkmada sosyal destek sistemlerinin kullanılabilirliğine ilişkin beklenti ve tutumlar (network orientation) üzerinden dolayı bir ilişki taşıdığına işaret etmektedir.

Ruminasyon, kişinin yaşadığı travmatik olay ve sıkıntısı ile ilgili belirtilere, olası meydana gelme sebeplerine ve sonuçlarına tekrar tekrar odaklanması, düşünmesi olarak tanımlanabilir (Nolen-Hoeksema, Wisco, Lyubomirsky, 2008). Genellikle ruminasyon sağlıksız olduğu ve depresyonla ilişkili olduğu düşünülür, ancak kişinin uygun ortamlarda

duyguları hakkında düşünmesi ve konuşması faydalı olabilir. Örneğin, Pennebaker'a (1989) göre sağlıklı kendini-açma yaşanan sıkıntıyı ve ruminasyonu azaltabilir, bu da kişinin yaşadığı problemlerin kaynağı hakkında daha çok içgörüyü ve anlayışa sahip olmasını sağlayabilir. Dolayısıyla, kişi destekleyici ilişkilerin olduğu sosyal ortamlarda duygularını paylaşırsa, gelişim yaşama eğilimindedir.

Tam tersine, kişi tekrarlayıcı şekilde uzun uzun düşünürse ve bir ilerleme olmadan aynı problem üzerine çok düşünürse, çözümü için bilişsel işleme yapamaz ise depresyon yaşama eğilimindedir (Rose, 2002) ve TSSB'nin belirtilerini de sürdürmeye yol açan bir faktör olduğu düşünülmektedir (Ehring, Frank, & Ehlers, 2008; Ehlers & Clark, 2000). Ruminasyonun, TSSB'yi sürdüren faktör olmasının altında yatan mekanizma araştırıldığında ise, ruminasyonun hem travmanın intrusif/girici anıları ile baş etme stratejisi olduğu hem de bu intrusif anıları tetiklediği öne sürülmüştür (Michael vd., 2007).

Ruminasyonun TSSB şiddeti ile ilişkili olduğu düşünülen özelliklerin, ruminasyona devam etme saplantısı, üretken olmayan düşüncelerin ortaya çıkması, 'neden' ve 'ya..olsaydı-nasıl olurdu' tarzı sorular, ruminasyon öncesi ve sonrası yaşanan olumsuz duygular, olduğu savunulmuştur. Dolayısıyla, her ruminasyon tarzının aynı düzeyde uyumsuz olduğu düşünülmemektedir (Michael, vd., 2007). Tedeschi ve Calhoun (2004), 'isteyerek-bilinçli' olarak anlam çıkarabilmek için travmatik olay hakkında düşünmeye bilişsel işleme veya ruminasyon demektedir. Cann vd. (2011) ruminasyonu 'tekrarlayıcı düşünce, bilgileri birleştirerek üzerine derin düşünmek' olarak tanımlamış, ve ruminasyonun her zaman olumsuz sonuçlarla bitmediğini vurgulamışlardır. İntusif/ istem dışı düşünceler daha çok TSSB'ye yol açtığı ve istemli/bilinçli ruminasyondan farklı olduğu savunulmaktadır (Cann vd., 2011; Tedeschi ve Calhoun, 2004). İstemli ruminasyon, 'Bu benim geleceğim için ne anlama geliyor? Bu dünyaya bakışımı nasıl etkiledi?' gibi sorular sormasına ve bireyin travmatik yaşantısını yönetmesine ve anlamasına (Tedeschi & Calhoun, 1995) yardım eder. Tedeschi ve Calhoun'un (2004) kompleks modelinde kişilik özellikleri, baş etme, kendini-açma, sosyal desteğin yanı sıra bu bilişsel işleme anahtar bir role sahiptir. Bu model, kişinin yaşadığı sarsıcı olayın acı taraflarıyla mücadele ederken travma sonrası gelişime yol açan bilişsel süreçlerin aktive olacağını savunmuştur.

Travmatik olaya ilişkin ruminasyon 2 basamağa ayrılmıştır. İlki 'otomatik', istemsiz olarak kişinin aklına gelen ve olayın hemen ardından, beklenmedik zamanlarda gelen ruminasyon türüdür. İkincisi ise, daha bilinçli, 'istemli' başlatılıp sürdürülen, çabanın ve zamanın gerekli olduğu ruminasyondur. Bu istemli ruminasyonun, yaşanan olayı işlemlemeye yarayan ve anlam arayışını destekleyen, dolayısıyla TSG'ye yol açan ruminasyon türü olduğu iddia edilmiştir. Diğer taraftan, bazı çalışmalar bilişsel işlemenin ve anlam arayışının TSG için gereksiz olduğuna (hatta iyi gelmesinden ziyade daha kötü

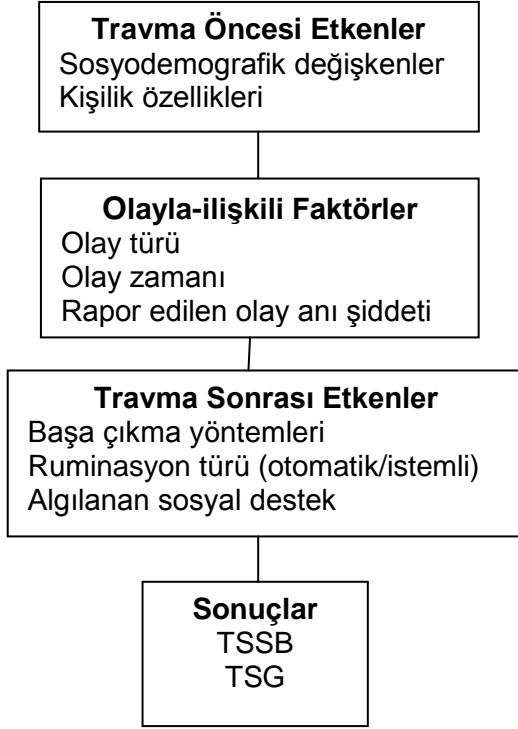
sonuçlar doğurduğuna) dair sonuçlar bulmuştur (Bonanno & Kaltman, 1999; Wortman & Silver, 2001; Davis, Wortman, Lehman, & Silver, 2000).

Sevilen yakın birini kaybetmiş Japon üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, istemli ruminasyonun kaybın bir kaç hafta sonrasında TSG'yi, intrusif ruminasyonun ise ruhsal üzüntüyü yordadığı bulunmuştur (Taku, vd., 2008). Bir başka araştırmada da bazı intrusif dūřünme tarzlarının bilişsel işlemlmeyi destekleyici olurken bazılarının da zarar verici olduğu tespit edilmiştir (Siegle, Moore, & Thase, 2004). Bu dūřünme tarzı hatta TSSB'nin bir belirtisi olan yeniden yaşama–deneyimlemeye yol açtığı ve stres şiddetini arttırdığı saptanmıştır. Ancak stres şiddeti de TSG'ye yol açtığı görölmüştür (Helgeson, Reynolds, Tomich, 2006; Linley & Joseph, 2004) görölüyor ki intrusif dūřüncelerin sonuçları her zaman olumsuz olmamakta ve olumlu olduğu için de elimine edilmeye çalışılmamalıdır (Stockton, Hunt, Joseph, 2011).

1.5 Çalışmanın Amacı ve Kapsamı

Bu alışmada İzmir'de yaşayan yetişkinlerin yaşam boyu karşılaştıkları tüm travmatik olaylar ve bu olaylardan onları en çok etkileyen olayla ilgili bilgi toplanmıştır. En çok etkilenilen olayın DSM-IV-TR travmatik olay (A) (DSM-IV-TR; Amerikan Psikiyatri Birliği Tanı Ölçütleri, 2001, Sayfa 200) kriterini karşılayıp karşılamadığı değerlendirilmiş ve bu kritere uyan olayın rapor eden katılımcılarda olası Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun (TSSB) yaygınlığı araştırılmıştır. Ayrıca, TSS belirtisi şiddeti ve Travma sonrası gelişim (TSG) düzeyleri ve bunlarla ilişkili olabilecek sosyo-demografik, olayla ilgili özellikler, kişilik özellikleri, başetme yolları, ruminasyon türü, algılanan sosyal destek incelenmiştir. Aynı örneklem grubundan hem travma sonrası stres hem de travma sonrası gelişim ile ilgili bilgi toplandığı için travmanın olumsuz ve olumlu sonuçlarını yordayan değişkenler incelenebilmiştir.

Bu faktörlere bir bütün olarak bakıp değerlendirebilmek için bir model önerilmiştir. Bu model, Parkinson (2000) modelinin ana hatlarını alarak, Schaefer ve Moos'un (1992) modeli ve Tedeschi ve Calhoun'un (2004) modelindeki faktörlerin de bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur. Test edilecek olan model aşağıdaki gibidir:



Şekil 4. Test edilecek değişkenler

Bu projenin amaçları şöyle sıralanabilir:

1. Yetişkinlerin yaşam boyu yaşadıkları travmatik olayların türleri, yaygınlığı ve bu olay türlerine göre risk grupları ile ilgili bilgi toplamak,
2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun yaygınlığı ve hangi olay türleri ile ilişkili olduğunu değerlendirmek,
3. Travma Sonrası Gelişim düzeyleri ve alt alanlarını incelemek, TSG ile travmatik olay türleri arasındaki ilişkiyi incelemek,
4. Cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, medeni durum gibi değişkenlerle TSSB ve TSG ilişkilerini incelemek,
5. Sosyodemografik özelliklerin etkisi çıkarıldıktan sonra bireyin kişiliği, stres şiddeti, algılanan sosyal destek, baş etme becerileri ve olaya-ilişkin ruminasyon türünün TSSB ve TSG üzerine etkilerini araştırmak,
6. Travma sonrası stres şiddeti ile Travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiyi incelemek,
7. Travmatik Olaya-İlişkin Ruminasyon ölçeğinin Türk popülasyonundaki psikometrik özelliklerini değerlendirmektir.

Özetle, bu çalışmanın iki temel amacı vardır. Birincisi, İzmir'de yaşanan travmatik olayların çeşitliliğini, olası TSSB ve yaygınlığını araştırmak, ikincisi ise TSSB belirti şiddeti ve TSG'nin yordayıcılarını daha kapsamlı bir model çerçevesinde araştırmaktır. Erzincan, Kocaeli ve Ankara'dan sonra İzmir'de yapılan bu çalışma ile en nihayetinde erişilmek istenen

hedef, Türkiye'nin Ruhsal Travma Haritasının çıkarılması için gereken verileri toplamaktır. Ayrıca, literatürdeki son gelişmeleri takip ederek gerekli değerlendirme ölçütlerinin etkilerini araştırmaktır. Bu çalışma kapsamındaki hipotezler ise şu şekilde sıralanabilir:

1. Kişilik özellikleri ile TSG arasındaki ilişkide baş etme yöntemlerinin ve ruminasyonun etkileşimli rolleri olacaktır.
2. Kişilik, TSS şiddetinin yüksekliği ve olaya ilişkin istemli ruminasyonun fazla olması TSG'ye yol açacaktır.
3. Baş etme yollarından kaçınma yönteminin kullanılması, kişilik özelliklerinden dışadönüklük ve nörotisizmin yüksek olması, TSS belirtilerini yordayacaktır.
4. Problem çözme ve aktif sosyal destek arayışı baş etme yolunun kullanılması ve kişilik özelliklerinden gelişime açıklık ve sorumluluğun yüksek olması TSG'yi yordayacaktır.
5. Algılanan yüksek sosyal destek düzeyleri ve olaya ilişkin istemli ruminasyon etkileşimi TSS belirtilerini azaltacak ve TSG düzeylerini arttıracaktır.
6. TSSB belirtilerinden yeniden yaşama belirtileri yüksek olanların, ruminasyon tipleri ile etkileşimleri TSG ile ilişkili olacaktır.

Travma sonrası stres bozukluğu, yaşanan olumsuz olayların ardından ortaya çıkabilen ve hayatın pek çok alanında işlevselliği bozan ve engellenmelere yol açan, kronikleşme tehlikesi olan en ciddi psikopatolojilerden biridir. TSSB ve travma sonrasında gelişebilecek diğer psikolojik sorunların önüne geçmek için müdahalenin erken yapılması önemlidir. Türkiye'de travmayla ilgili çalışmaların büyük bir bölümü, belirli travmatik olaylar sonrası kliniklere başvuranlarda ya da nispeten küçük örneklerde yürütülmüş ve daha çok psikopatolojiye odaklanmış çalışmalardır. Ancak, farklı olay türlerinin aynı örneklerde hem olumsuz hem de olumlu gelişimin sonuçlarının ve altında yatan mekanizmaların incelendiği geniş kapsamlı çalışmalar bulunmamaktadır. Bu çalışmada genel olarak yaşanan travmatik olaylar yer almış, bunların içinden kişiyi en çok etkileyen olay seçtirilmiş, bu olayın yarattığı etkileri incelemeye yönelik ölçekler ev ortamında uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçları hem travma sonrası stres ve gelişim ilişkisini farklı travmatik olaylar açısından değerlendirerek kuramsal modellere katkı sağlamış, hem de riskli grupların belirlenmesine ve ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olmuştur. Kuramsal modeller çerçevesinde pek çok faktörün bir arada etkileşimli sonuçlarına bakılmış olması travma sonrası yaşanan olumlu değişimler için sağlık personeline tedavi planlarını yönlendirmeleri açısından ışık tutmuştur.

2. YÖNTEM

2.1 Örneklem

İzmir’de yaşayan toplam 740 yetişkin araştırmaya katılmıştır. Bu katılımcıların, 476’sı kadın (%64.3), 264’ü erkek (%35.7), yaş ortalaması ise 43.2 (Ss=15.2) ve yaş aralığı 18-85’tir. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler Tablo 1’de gösterilmektedir. Katılımcılardan 508’i (%68.6) evli, 251’i (%33.9) ilkokul, 199’u (%26.9) lise, ve 128’i (%17.3) üniversite mezunudur. Örneklem 242 (%32.7) çalışan, 498 (%67.3) çalışmayan kişilerden oluşmaktadır. 476 kadın katılımcıdan 230’u (%47.1) ev hanımıdır. Katılımcıların 416’sı (%56.2) eve giren aylık gelir düzeylerini orta-düzey olarak rapor etmişlerdir. 109 katılımcı (%14.7) sağlık sigortasına sahip olmadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, 104 katılımcı (%14.1) son iki yıl içerisinde yaşadıkları ruhsal rahatsızlık olduğunu, ve 83’ü (%11.2) tedavi gördüğünü, 49’u (%6.6) ise halen tedaviye devam ettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 1. Örneklem Demografik Özellikleri (N = 740)

Değişkenler	Sıklık (%)	Ortalama (SS)
Yaş		43.19 (15.17)
Eğitim yılı		8.83 (4.24)
Cinsiyet		
Kadın	476 (64.3)	
Erkek	264 (35.7)	
Medeni Durum		
Bekar	138 (18.6)	
Nişanlı	6 (0.8)	
Evli	508 (68.6)	
Dul	61 (8.2)	
Boşanmış	20 (2.7)	
Çalışma Durumu		
Çalışan	242 (32.7)	
Çalışmayan	498 (67.3)	
Çalışmıyor ise, nedeni		
Ev hanımı	230 (31.1)	
Emekli	131 (17.7)	
İşsiz	31 (4.2)	
Öğrenci	45 (6.1)	
Gelir Sahibi	3 (0.4)	
Engelli/Hasta	16 (2.2)	
Diğer	32 (4.3)	
Çalışıyor ise, konumu		
Maaşlı	138 (18.6)	
Yevmiyeli	14 (1.9)	
İşveren	36 (4.9)	
Kendi Hesabına	38 (5.1)	
Ücretsiz Aile İşçisi	2 (0.3)	

Sağlık Sigortası

Var	630 (85.1)
Yok	109 (14.7)

Aylık Gelir Düzeyi*

Çok düşük	68 (9.2)
Düşük	209 (28.2)
Orta	416 (56.2)
Ortanın Üstü	40 (5.4)
Yüksek	6 (8)

Ruhsal Rahatsızlık

Yok	633 (85.5)
Var	104 (14.1)

Var ise, Tedavi Türü

Psikolojik Tedavi	9 (1.2)
İlaç Tedavisi	74 (10)
Tedavi almıyor	5 (0.7)

Tedavi Devam

Evet	49 (6.6)
Hayır	35 (4.7)

*Gelir düzeyleri katılımcıların anket sorusuna verdikleri cevaba göre belirtilmektedir.

2.2 Veri Toplama Araçları

Veriler, standardize öz-değerlendirme araçları aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma kitapçığı sosyodemografik veri formu dışında Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, Olaya ilişkin Ruminasyon Envanteri, Travma Sonrası Gelişim Envanteri, Temel Kişilik Özellikleri Envanteri, Başa çıkma Yolları Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni içermektedir.

2.2.1 Demografik Veri Formu

Bu form, katılımcılarının demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi), çalışma durumlarını (çalışmama nedeni, işteki konumu, sahip olduğu sağlık sigortası), daha önce tedavi gerektiren ruhsal rahatsızlıklarının olup olmadığını (varsa tedavi türü ve devam eden tedavi) belirlemek amacıyla Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır (Ek 1'e bakınız).

2.2.2 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale-PDS)

Elli maddeden oluşan ve kendini değerlendirme (self-report) biçiminde olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (PDS) travma sonrası stres bozukluğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Foa, Cashman, Jaycox, ve Perry, 1997). Ölçeğin yapısı ve içeriği DSM-IV tanı ölçütleri esas alınarak belirlenmiştir. Ölçek yardımıyla bireylerin yaşadıkları travmatik olayların türleri, onları en rahatsız eden travmatik olay, olası TSSB tanısı alabilecek kişiler ve yaşadıkları belirtilerin cinsleri ve şiddetini değerlendirmek mümkün olabilmektedir (Foa vd.,

1997). On-onbeş dakika arasında değişen bir zaman içinde 18-65 yaş grubundaki kişilere uygulanabilmektedir.

Ölçeğin orijinali dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, kişinin yaşadığı travmatik olayın türünü (doğal afet, kaza, hastalık, savaş, cinsel/fiziksel saldırı gibi) belirlemeyi amaçlamaktadır. İkinci bölümde, eğer birden fazla travmatik olay işaretlenmişse, kişiyi en fazla etkileyen yaşantı belirlenmektedir. Bu bölümde ayrıca travmatik olayın şiddetini belirlemeye yönelik, evet-hayır şeklinde yanıtlanan 6 soru bulunmaktadır. Travmatik olayın şiddetini belirlemeye yönelik altı soru mevcut çalışma kapsamında da olayın şiddetini belirlemede kullanılmakta ve "Olay Şiddeti Alt Ölçeği" olarak isimlendirilmektedir. Kişinin daha fazla soruya "evet" yanıtını vermesi, olayın şiddetinin de fazla olduğunu göstermektedir. TSSB tanısı için altı sorudan en az iki tanesine, fiziksel yara veya hayati tehlike ile ilgili dört sorudan en az birine ve verilen korku/çaresizlik gibi tepkileri değerlendiren iki sorudan en az birine evet yanıtının verilmesi gerekmektedir.

Ölçeğin üçüncü bölümünde ise, onyedili maddeden oluşan ve travma sonrası belirtileri değerlendiren bir alt ölçek bulunmaktadır. Bu çalışma kapsamında bu onyedili madde "Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği" olarak isimlendirilmekte ve travma belirtilerinin düzeyini (şiddetini) ölçmek için kullanılmaktadır. Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği, 0-3 arasında puanlanan bir ölçektir. Maddeler, DSM-IV (APA, 1994) Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı ölçütleri esas alınarak hazırlanmıştır. Alt ölçeğin puan aralığı 0-51'dir. Yüksek puan, kişinin olaydan olumsuz etkilendiğini ve travma sonrası stres belirtileri gösterdiğini işaret etmektedir. Stres belirti puanı 10 ve altında ise hafif; 11-20 arasında orta, 21-35 arasında orta-ciddi ve 35 üzerinde ise ciddi olarak tanımlanır. Toplam belirti endeksinin yanı sıra bu ölçek "yeniden yaşama/girici (intrusive) düşünceler", "kaçınma/duygusal küntlük" ve "aşırı uyarılmışlık" boyutlarında da bilgi sunmaktadır. TSSB tanısı için "yeniden yaşama/girici düşünceler" için bulunan beş maddeden en az biri, "kaçınma/duygusal küntlük" için bulunan yedi maddeden en az üçü ve beş "aşırı uyarılmışlık" maddesinden en az ikisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Bu bölümde ayrıca travma sonrası stres belirtilerinin akut, kronik ya da geç başlangıçlı olup olmadığını belirlemek için kullanılan iki madde yer almaktadır. Bu belirtileri 1 aydan daha fazla süredir yaşıyorsa, TSSB tanısı almaktadır; belirtileri 3 aydan daha kısa süredir yaşıyorsa, akut; 3 aydan daha fazla süredir yaşıyorsa, kronik TSSB tanısı almaktadır. Buna ek olarak, bu belirtilerin başlangıcı travmatik olaydan en az 6 ay sonra başlıyorsa, geç başlangıçlı TSSB tanısı almaktadır.

Ölçeğin dördüncü ve son bölümünde, travmatik olayın kişinin yaşamının değişik alanlarında engel yaratıp yaratmadığını değerlendirmeyi amaçlayan, evet-hayır şeklinde yanıtlanan dokuz soru bulunmaktadır. Bu dokuz soru, mevcut çalışma kapsamında, olayın kişinin gündelik işlevselliği üzerindeki etkisini saptamak için kullanılmakta ve "Olay Etkisi Alt

Ölçeği” olarak isimlendirilmektedir. Kişinin daha çok “evet” demesi, olaydan yaşamının çeşitli alanlarında olumsuz etkilendiğini göstermektedir. TSSB tanısı için en az iki maddenin işaretlenmesi gereklidir.

Ölçeğin travma belirtilerinin düzeyini ve şiddetini ölçmeyi amaçlayan 17 ölçek maddesinin (Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği) orijinal formunun yüksek iç tutarlılığa ($\alpha = .92$) sahip olduğu belirtilmekte ve bu maddeler için elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısının .83 olduğu rapor edilmektedir (Foa vd., 1997). Ölçeğin başka bir ölçütle (yapılandırılmış klinik ve tanı görüşmesi, SCID) TSSB tanısı verilmiş kişileri %82 düzeyinde ayırt edebildiği (duyarlılık-sensitivity); TSSB tanısı almamış kişileri ise %76 düzeyinde ayırt edebildiği (özgüllük-specificity) belirtilmekte ve ölçüt kriteri olarak kullanılan kimi ölçeklerle kabul edilebilir düzeyde ilişki katsayılarına sahip olduğu rapor edilmektedir (Foa vd., 1997).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Işıklı (2006) tarafından yürütülmüştür. Ölçek güvenilirliği için belirti düzeyini ölçmeyi amaçlayan toplam 17 maddenin (Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği) iç tutarlığına bakılmıştır. Tüm maddeler için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısının $\alpha = .93$ olduğu; madde-toplam test korelasyon katsayılarının da .39 ile .82 arasında değiştiği bulunmuştur.

2009 yılında Ankara, Erzincan, Kocaeli'nde (Karancı vd., 2009) toplum örnekleminde (N=1253) yapılan çalışma sonuçlarına göre 17 maddelik TSS belirti şiddeti .90 iç tutarlık katsayısına sahip olmakla birlikte, 3 faktör toplam varyansın %52'sini açıklamıştır. Ayrıca bu faktörler için hesaplanan iç tutarlık katsayıları şöyledir: yeniden yaşama ($\alpha = .82$), kaçınma ($\alpha = .77$), ve aşırı irkilme ($\alpha = .78$).

Bu çalışmada ise, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği yaşanan travmatik olay türleri ve olaya bağlı yaşanan psikolojik sıkıntılarının derecesi, travma sonrası belirti şiddetini (TSS belirti şiddeti) arttırıcı/ azaltıcı etkileri ve olası TSSB tanısı alabilecek bireylerin yaygınlığını değerlendirebilmek amacıyla kullanılmıştır (Bakınız Ek 2). Üç faktör, bu örnekleme varyansın %55.8'ini açıklamıştır. 17 maddeden oluşan TSS belirti şiddetinin iç tutarlılığı .91 olarak bulunmuş, yeniden yaşama, kaçınma, irkilme belirtilerinden oluşan 3 faktörün ise sırasıyla .82, .79, .86 Cronbach alfa değerlerine sahip olduğu görülmüştür.

2.2.3 Olaya İlişkin Ruminasyon Envanteri (Event-Related Rumination Inventory-ERRI)

Travma sonrası bilişsel işlemlemeyi kapsayan 2 ruminasyon biçimini (intrusif/otomatik ve istemli) değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş, 20 maddelik bir ölçektir (Cann vd., 2011). İki bölümden oluşan ölçekte, katılımcılardan travmatik olayın hemen sonrasında birkaç haftada olabilen otomatik düşünceleri derecelendirmeleri ve istemli olarak travmatik olayı düşünmeye ayırdıkları zamanı değerlendirmeleri istenir. Dört seçenekli bir ölçektir; 0 ('hiç bir zaman') - 3 ('sık sık'). Otomatik/intrusif ruminasyonla ilgili bölüm 'Olayla ilgili görüntü ve

düşüncelerin aklıma gelmesine engel olamadım', 'Kendimi otomatik olarak ne olduğu ile ilgili düşünürken buluyorum', istemli ruminasyon bölümü ise 'Yaşadığım bu olayda bir anlam bulabilir miyim diye düşündüm', 'Bu olayla ilgili duygularımı ele alabilmek için kendimi zorladım' gibi maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık (intrusif $\alpha = .94$ and istemli $\alpha = .88$) katsayıları oldukça güçlü bulunmuştur (Cann et al., 2011) ve iki faktör varyansın %57'sini açıklamıştır. Ayrıca, bu ölçeğin ikinci bölümü (istemli ruminasyon) yakın zamanda bir çalışmada kullanılmış ve Cronbach katsayısı .93 olarak bulunmuştur (Bosson, Kelley & Jones, 2012). Bu ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve geçerlilik güvenirlik çalışması Calisir vd. tarafından (devam etmekte) yapılmıştır. Bu çalışma sonuçları, iki-faktörlü yapının toplam varyansın %58'ini açıkladığını göstermiştir. İlk faktör 'İntrusif' ruminasyon 10 maddeden oluşmakta varyansın %47'sini açıklamaktayken, ikinci faktör 'İstemli' ruminasyon 10 maddeden oluşmakta varyansın %11'ini açıklamıştır.

İzmir'de toplum örnekleminde yürütülen bu çalışmada ise, iki faktör yapısı yüksek iç tutarlılık katsayılarına sahip olduğu söylenebilir; intrusif ruminasyon .93, istemli ruminasyon ise .87. Bu çalışmada ERRI, özellikle bu iki tür ruminasyonun travma sonrası sonuçlara olan olası etkilerini araştırmak için kullanılmıştır (ERRI için bakınız Ek 3).

2.2.4 Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ)

Yirmi bir maddeden oluşan bu ölçek (TSGÖ) travmatik yaşantılar sonrası bireylerde görülebilecek olumlu gelişim/ dönüşümleri değerlendirmek üzere Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilmiştir. Travmatik olaylar sonrası görülebilecek bu değişimler, yeni olanakların algılanması, kişilerarası ilişkiler, bireysel güçlülük, manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlama olmak üzere beş alandan oluşmaktadır. Her madde altılı bir ölçekte değerlendirilmektedir (0 = olaya bağlı olarak bu değişikliği hiç yaşamadım; 5 = olaya bağlı olarak bu değişimi büyük ölçüde yaşadım). Her bir faktör için hesaplanan güvenirlik (Cronbach Alfa) katsayıları şöyledir: yeni olanakların algılanması ($\alpha = .84$), kişilerarası ilişkiler ($\alpha = .85$), bireysel güçlülük ($\alpha = .72$), manevi değişim ($\alpha = .85$), ve yaşamın kıymetini anlama ($\alpha = .67$).

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Kılıç (2005) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ancak, bu çeviride orijinal ölçekte kullanılan altılı değerlendirme yerine, beşli bir ölçek kullanılmış ve cevap seçenekleri orijinalden farklı olarak çevrilmiştir. Bu nedenle ölçek Dirik (2006) tarafından Kılıç (2005) çevirisi de göz önünde tutularak tekrar Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çalışmada cevaplama ölçeği orijinalde olduğu gibi altılı bir ölçek olarak sunulmuştur. Dirik (2006) uyguladığı faktör analizinde ölçekten, kişilerarası ilişkilerde değişim, yaşam felsefesinde değişim ve bireysel güçlülük algısı olmak üzere üç faktörün elde edildiğini, bu

faktörlerin iç tutarlılık katsayılarının sırasıyla, .86, .87 ve .88 olduğunu belirtmiştir. Tüm ölçek için ise iç tutarlılık katsayısının oldukça yüksek olduğu rapor edilmiştir (.94).

Bu çalışmada, Dirik (2006) tarafından uyarlanan Travma Sonrası Gelişim Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin bu örneklemede geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi tekniği ile veriler analiz edilmiştir. Yirmi bir madde üzerinde varimax döndürme yöntemi kullanılarak yapılan faktör analizi sonucunda, orijinal ölçekte olduğu gibi 5 alt boyut elde edilmiştir. Beş maddeden oluşan birinci faktör “yeni olanakların algılanması” alt boyutu toplam varyansın %39.44’ünü, 4 maddeden oluşan ikinci faktör “manevi değişim” alt boyutu toplam varyansın %4.99’ünü, 5 maddeden oluşan üçüncü faktör “kişiler arası ilişkiler” alt boyutu toplam varyansın %3.65’ini, 4 maddeden oluşan dördüncü faktör “bireysel güçlülük” alt boyutu toplam varyansın %2.38’ini, 3 maddeden oluşan beşinci faktör ise “yaşamın kıymetini anlama” alt boyutu toplam varyansın %2.09’unu açıklamaktadırlar. Ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık katsayıları yeni olanakların algılanması, manevi değişim, kişiler arası ilişkiler, bireysel güçlülük ve yaşamın kıymetini anlama faktörleri için sırasıyla .81, .76, .79, .79, ve .83 olarak bulunmuştur. Tüm ölçek için ise iç tutarlılık katsayısı .93 olarak bulunmuştur.

Karanci ve diğerlerinin (2009) toplum örnekleminde yürütükleri çalışmada, beş faktör yapısı elde edilmiştir. Tüm ölçek maddelerinin Cronbach alfa değeri .93, beş faktörün iç tutarlılık katsayıları ise yeni olanakların algılanması, kişilerarası ilişkiler, yaşamın kıymetini anlama, bireysel güçlülük, manevi değişim faktörleri için sırasıyla .80, .83, .81, .72, .65 bulunmuştur.

Bu ölçek bu çalışmada travma sonrası oluşabilecek olumlu dönüşümleri değerlendirebilmek ve olumlu sonuçlara katkı sağlayan faktörleri araştırabilmek için kullanılmıştır. Travma sonrası gelişim (TSG) toplam puanı (Ort. = 2.81, SS = 1.23, Min = 0, Max = 5, Ranj = 5) 21 maddeye verilen yanıtların toplanıp madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Yüksek ortalama puanı, travmatik yaşantı sonrasında gelişimin daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada, Dirik’in (2006) çevirisi ve toplum örnekleminde elde edilen 5-faktör yapısının (Karanci vd., 2009) kullanılmasıyla iç tutarlılık katsayıları yeni olanakların algılanması alt boyutu için .80, kişilerarası ilişkiler alt boyutu için .77, yaşamın kıymetini anlama alt boyutu için .81, bireysel güçlülük alt boyutu için .72, manevi değişim alt boyutu için .76 bulunmuştur. Yirmi bir maddeden oluşan tüm ölçek içinse Cronbach alfa .91 bulunmuştur (PTGI için Ek 4’e bakınız).

2.2.5 Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği

Ölçek Türk Kültürü’nde değişik kişiliklerin tanımlanmasında sıklıkla kullanılan sıfatların belirlenmesi amacıyla Gençöz ve Öncül (2012) tarafından geliştirilmiştir. 45 maddeden oluşan ölçek, 6 alt ölçek içermektedir. Her bir alt ölçek için hesaplanan güvenilirlik

(Cronbach Alfa) katsayıları şöyledir: Dışadönüklük ($\alpha = .89$), sorumluluk ($\alpha = .85$), geçimlilik/uyumluluk ($\alpha = .85$), duygusal tutarsızlık ($\alpha = .83$), gelişime açıklık/akıl ($\alpha = .80$) ve olumsuz değerlik ($\alpha = .71$). Söz konusu bu altı faktör için hesaplanan iç-tutarlık katsayıları oldukça kuvvetlidir, bu değerler .89 ile .71 arasında değişmektedir.

Söz konusu ölçek bu araştırmada, kişilik özelliklerinin olası travma sonrası stres belirti şiddetini ve travma sonrası gelişimi azaltıcı veya çoğaltıcı etkisini incelemek amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca kişilik ile başetme stratejileri, ruminasyon tipi ve sosyal destek parametrelerinin birlikte TSS belirti şiddetine ve TSG'ye olan etkileri değerlendirilmiştir.

Karancı vd. (2009) ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarını geçimlilik, sorumluluk, dışadönüklük, duygusal tutarsızlık, olumsuz değerlik ve gelişime açıklık faktörleri için sırasıyla .83, .78, .78, .76, .59 ve .67 olarak bulmuştur.

Bu çalışmada ise, BPTI kişilik özelliklerinin travma sonrası işlemlere ve sonuçlara olan etkilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Altı faktörün Cronbach alfa değerleri geçimlilik, sorumluluk, dışadönüklük, duygusal tutarsızlık, olumsuz değerlik, gelişime açıklık için sırasıyla .81, .77, .79, .79, .69, .61 bulunmuştur. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .76 olarak hesaplanmıştır (BPTI için bakınız Ek 5).

2.2.6 Başetme Yolları Ölçeği- Türk formu (WCI-T, belirtilen travmatik olaya yönelik)

Folkman ve Lazarus (1985) tarafından çeşitli baş etme stillerini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek 74 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekte 4'lü Likert tipi değerlendirme kullanılmıştır (0= hiç uygun değil, 3: çok uygun). Orjinal ölçek problem odaklı ve duygu odaklı baş etme olmak üzere 2 alt alandan oluşmaktadır. Türkçe'ye adaptasyonu Siva (1991) tarafından yapılmıştır ve iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur. Karancı, Alkan, Akşit, Sucuoğlu, Balta (1999) Dinar Depreminin ardından bu ölçeği uygulamışlardır. Bu uygulamada pilot çalışma sonuçlarına göre birkaç düzenleme yapılarak 42 maddelik form kullanılmış, 5 faktöre ayrılmıştır.

Bu ölçeğin Türkçe formunda (WCI-T) kadercilikle ilgili maddeler eklenmiştir; "*Yardım etmesi için Allah'a dua ettim*", "*Bunun kaderim olduğunu ve değişmeyeceğini düşündüm*" gibi. Ayrıca, değerlendirme 4'lü ölçeklendirmeden 3'lüye geçilerek 1= 'hiç bir zaman', 2= 'bazen', 3='her zaman' olarak düzenlenmiştir.

Daha sonra, bu WCI-T farklı populasyonlarda kullanılmış, farklı faktör yapılarıyla sonuçlandırıldığı görülmüştür (Kesimci, 2003; Karancı & Erkam, 2007). Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği, Açıklayıcı Faktör Analizi tekniği ile (Karancı, Aker, Isıklı, 2011) varimax döndürme yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Faktör analizi sonuçları toplam varyansın %45.88'ini açıklayan 5 faktörlü çözümün uygun olduğunu göstermiştir. Birinci faktör (8 madde) "kaderci yaklaşım", ikinci faktör (14 madde) "problem çözme/iyimser yaklaşım", üçüncü faktör (6

madde) “çaresizlik/öz suçlama”, dördüncü faktör (6 madde) “aktif/sosyal destek”, beşinci faktör ise (4 madde) “kaçınma” olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları kaderci yaklaşım, problem çözme/iyimser yaklaşım, çaresizlik/öz suçlama, aktif/sosyal destek ve kaçınma faktörleri için sırasıyla .88, .84, .76, .69, ve .56 olarak bulunmuştur.

Bu ölçek, bu çalışmada 42 maddelik Türk formu (WCI-T), kişilerin yaşadıkları travmatik olayların ardından kullandıkları baş etme yollarını belirlemek, TSS belirti şiddeti ve TSG'ye etkilerini araştırmak amacıyla kullanılmıştır. Toplum örneklemindeki (N =118) 5-faktör yapısı (Karancı vd., 2011), bu örnekleme Cronbach alfa değerleri sırasıyla kadercilik için .87, problem çözme için .78, çaresizlik için .68, destek arayıcı için .51, kaçınma için .33 bulunmuştur. Ancak, bu çalışmadaki Cronbach alfa değerlerinin düşük olması ve geçmiş çalışmadaki örneklemin daha küçük olması nedeniyle, dört-faktör çözümümüyle Faktör analizi yapılmıştır. Varimax döndürme yöntemi kullanılarak elde edilen 4 faktör çözümü ve faktör yükleri Tablo 2'de gösterilmektedir. Çoğu madde bir faktöre yüklenirken, madde 32 (*Mücadele etmekten vazgeçerim*), problem çözme odaklı baş etme yolu faktörüne negatif yüklenmiştir. Bu nedenle, bu madde bir sonraki yüklenen faktör olan çaresizlik faktörü altında değerlendirilmiştir. Dört-faktör çözümü, 'kaderci' ($\alpha = .86$), 'destek arayıcı' ($\alpha = .72$), 'problem çözme' ($\alpha = .77$), ve 'çaresizlik' ($\alpha = .75$) varyansın %36.75'ini açıklamıştır. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .86 olarak bulunmuştur (WCI-T için bakınız Ek 6).

Tablo 2. Varimax döndürme yöntemi ile Baş etme Yolları Ölçeği-Türk formunun (WCI-T) Faktör Yükleri

	Faktör			
	1	2	3	4
<i>Kaderci</i>				
Madde37	.79	-.07	.23	.09
Madde34	.72	-.12	.27	.08
Madde15	.71	.16	.15	-.06
Madde24	.69	-.20	.21	.06
Madde14	.69	.19	.08	.05
Madde10	.68	-.04	.20	.11
Madde20	.65	-.05	.15	.16
Madde30	.59	.16	.14	-.02
Madde16	.55	.03	-.01	.31
Madde29	.34	.14	.02	.09
Madde9	.31	.12	.10	.25

Problem Çözme

Madde19	.09	.59	-.06	.23
Madde22	.06	.56	-.24	.23
Madde25	-.03	.55	.03	.24
Madde18	.07	.54	.13	-.06
Madde27	-.03	.50	.15	.34
Madde39	.02	.48	-.01	.35
Madde23	.20	.46	-.02	.29
Madde8	.10	.46	-.12	.34
Madde21	.04	.44	.29	-.01
Madde41	-.05	.44	-.10	-.05
Madde31	.02	.42	-.01	.35
Madde42	.08	.37	-.08	.34

Çaresizlik

Madde12	.12	-.04	.61	-.08
Madde35	.20	-.19	.60	.11
Madde36	.24	-.05	.58	.03
Madde26	.05	-.02	.57	.06
Madde17	.16	.01	.54	-.21
Madde40	.06	-.05	.48	.08
Madde33	.02	-.04	.48	.07
Madde13	.19	.24	.47	-.03
Madde2	.26	.02	.47	.15
Madde4	.18	.30	.46	-.09
Madde32	.13	-.38	.27	-.08

Destek Arayıcı

Madde6	.12	.09	-.02	.71
Madde5	.08	.05	-.02	.61
Madde7	.08	.18	-.05	.57
Madde38	.19	.28	.07	.49
Madde28	.05	.38	.05	.45
Madde1	-.01	.00	.29	.44
Madde3	.25	.22	.03	.42
Madde11	.11	.33	.07	.39

Cronbach Alfa	.86	.77	.75	.72
Açıklanan Varyans (%)	16.58	11.57	5.03	3.58
Toplam Açıklanan Varyans (%)		36.75		

2.2.7 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Zimet, Dahlen, Zimet, ve Forley tarafından (1988) geliştirilen ölçek, 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek kişinin arkadaşlarından, ailesinden ve yaşamındaki diğer önemli kişilerden aldığı sosyal desteğin algı düzeyini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .79 ile .98 arasında değiştiği, test-tekrar test güvenilirliğinin ise .72 ile .85 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyonu Eker ve Arkar (1995), daha sonra Eker, Arkar ve Yıldız (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .80 ile .95 arasında değişmektedir. Her madde 7'li ölçekte değerlendirilmektedir (1=kesinlikle hayır, 7=kesinlikle evet). Ölçek orijinalindeki gibi 3 faktörden oluşmaktadır: arkadaşlardan algılanan sosyal destek (4 madde), aileden algılanan sosyal destek (4 madde), ve yaşamdaki diğer önemli kişilerden algılanan sosyal destek (4 madde). Cronbach alfa değerleri .83 ile .91 arasında değişmiştir.

Bu araştırmada, bu ölçek travma sonrasında kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini incelemek, TSS belirti şiddeti ve TSG'ye etkilerini araştırmak amacıyla kullanılmıştır. On iki maddeye verilen yanıtların toplanıp madde sayısına bölünmesiyle ortalama toplam puan (Ort. = 5.46, Ss= 1.42, Min= 1, Max= 7, Ranj = 6) oluşturulmuştur. İç tutarlılık değerlerine bakıldığında, bu örnekleme Cronbach alfa değerleri algılanan sosyal destek sırasıyla arkadaştan .90, aileden .90, önemli diğer kişiden .89 olarak bulunmuştur. On iki maddenin tüm ölçek için Cronbach alfa değeri ise .90 olarak bulunmuştur (MSPSS için bakınız Ek 7).

2.3 İşlem

Travmatik yaşantı yaygınlığı, olası TSSB ve TSG düzeyleri, 2009 yılında yapılan proje çerçevesinde (Karancı vd., 2012) Ankara, Kocaeli, Erzincan olmak üzere üç ilde değerlendirilmiştir. Ancak, İzmir konumu itibarıyla diğer üç ile nazaran daha batı tarafta yer alan, Ege Denizi'ne kıyısı olan ve Türkiye'nin üçüncü büyük ili olması nedeniyle tercih edilmiştir. İl nüfusu merkez, köy ve kasabalar dahil olmak üzere 4,005,459, sadece merkez ilçe nüfusu ise 3,661,930'dur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2012). Birinci dereceden deprem bölgesinde ve fay hattı üzerinde olması sebebiyle pek çok deprem geçirmiş olmasına rağmen İzmir, tüm Türkiye'den göç alan bir ildir. Bu tercihte iklim koşullarının (ılıman) etkili olduğu düşünülmektedir.

Nüfusun %49.9'u erkek, %50'si kadın, yaş medyan değeri erkekler için 33.4, kadınlar için 34.8'dir. Okuma-yazma oranı, kentleşme, endüstride çalışan sayısı vb. istatistiklere göre İzmir'in, Türkiye ortalaması üzerinde olduğu bildirilmektedir. 2012'deki verilere göre, 15 yaş ve üzerinde okuma-yazma bilmeyenlerin oranı Türkiye için %5.1 iken, İzmir'de bu oranın %2.4 olduğu rapor edilmiştir.

Öncelikle İzmir'den temsili tesadüfi örneklem için Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) başvurulmuştur. Araştırma amaçlarından biri travmatik yaşam olayları yaygınlığını tespit etmek olduğundan, örneklem büyüklüğü de TÜİK tarafından hesaplanmıştır. Türkiye'deki genel travma yaygınlığının ortalama %60, hata payının ise 0.05 olarak baz alınması bildirildikten sonra örneklem büyüklüğü 740 olarak hesaplanmıştır. TÜİK, anket uygulanan 740 haneyi, 2007 yılında tamamlanan Adrese Dayalı Kayıt Sistemine (ADNKS) altlık oluşturan Ulusal Adres Veri Tabanı'nı kullanarak tespit etmiştir.

İzmir ili, son belediye düzenlemelerinin ardından Aliağa'dan Selçuk'a olmak üzere geniş bir bölgeye yayılan 30 ayrı ilçeden oluşmaktadır. İzmir Büyükşehir Belediyesi, ilk olarak dokuz daha sonra 11 ayrı belediyeden oluşmaktaydı: Balçova, Bayraklı, Bornova, Buca, Çiğli, Gaziemir, Güzelbahçe, Karabağlar, Karşıyaka, Konak ve Narlıdere. Bu çalışmanın yürütüleceği ilçeler olarak, nüfusun çoğunlukta olduğu eski yerleşim merkezi ve komşu ilçelerinden oluşan bu 11 ilçe (Tablo 3) seçilmiştir. Bu ilçelerden temsili olabilecek nüfusun yoğunlukta olduğu ilçeler özellikle Karabağlar, Buca, Bornova, Konak, Karşıyaka ve Bayraklı olduğu görülmektedir (TÜİK, 2012).

Tablo 3. İzmir'in örneklemdeki ilçelere göre dağılımı

	İlçe	Örneklem
1.	Balçova	20
2.	Bayraklı	80
3.	Bornova	110
4.	Buca	100
5.	Çiğli	50
6.	Gaziemir	30
7.	Güzelbahçe	10
8.	Karabağlar	120
9.	Karşıyaka	90
10.	Konak	110
11.	Narlıdere	20
	Toplam	740

Öncelikle, araştırmanın veri toplama uygulamalarını gerçekleştirmek amacıyla İzmir Valiliği'ne izin için başvurulmuş ve gerekli izin yazılarının alınmasının ardından, verilerin toplanmasından sorumlu olan anketörleri belirleyebilmek amacıyla, üniversitelerin ilgili fakültelerine ilanlar asılmıştır. Bu ilanları görerek başvuruda bulunan öğrencilerle birebir görüşmeler yapıp seçim yapıldıktan sonra, anket uygulama ve travmatik yaşam olayları-sonuçları ile ilgili kapsamlı (2 gün) eğitimler verilmiştir. Araştırılan değişken olan travma yaşantılarının doğası gereği uygulama sırasında karşılaşılabilecek güçlükler, özellikle travmatik olayın hatırlanmasının katılımcı üzerinde yaratabileceği çeşitli etkiler açıklanmıştır.

Anketörlere anketi doldururken katılımcılardan rahatsız olduklarını ifade edenler olduğu takdirde, öncelikle uygulamaya ara verileceğini, tamamen bırakılabileceğini vurgulayarak, kişinin başvurabileceği/profesyonel destek alabileceği (araştırma ekibine onay veren) bir ruh sağlığı kurumu ve uzmanına yönlendirilebileceği bilgileri de verilmiştir. Eğitimler sırasında üzerinde önemle durulan bir diğer nokta ise anket kitapçığının arka sayfasında yer alan Kish Tablosu'nun (bkz. Ek 8) kullanımudur. Anketörlere bu tabloyu kullanarak gittikleri hanede onsekiz yaş üstü kişilerden görüşme yapacakları kişiyi nasıl belirleyecekleri uygulamalı olarak anlatılmıştır. Kish (1965) tarafından geliştirilen bu tablo gidilen hanede yaşayan, 18 yaş ve üstü bireylerden hangisiyle görüşme yapılacağını seçkisiz olarak belirleyebilmek amacıyla kullanılmıştır. Bu sayede, örneklemden genel popülasyona temsil edici bir yaklaşım sağlanmaktadır. Kish Tablosu kullanılırken, öncelikle evde ikamet eden (en az 6 ay yaşamış olanlar ve üzeri) 18 yaş üzeri yetişkin hane halkı en yaşlı erkekten en genç erkeğe ve en yaşlı kadından en genç kadına göre sıralanmıştır. Daha sonra sıralanan kişilere numara verilmiş, 18 yaş üzeri yetişkin hane halkı toplam sayısı ve uygulanan anketin anket numarasının son rakamı Kish tablosundan bakılarak kesişme noktasındaki sayı dikkate alınarak hane halkı sıralamasındaki kaçınıcı bireye anket uygulanacağı belirlenmiştir. Tespit edilen kişi o sırada evde ise ve kabul ettiği takdirde gönüllü katılım formu (bakınız Ek 9) okutulup imzalatıldıktan sonra kendisine anket uygulanmıştır. Kullanılan Kish Tablosu'na göre görüşme yapmak üzere tespit edilen kişi o sırada evde değil ise veya çalışmaya katılmayı kabul etmediyse görüşme sonlandırılmıştır. Bu çalışmada, ilk gidilen adreste katılımcının kabul etme oranı %61.4'tür, red eden veya ulaşılamayan 286 kişi (%38.7) yerine TÜİK tarafından sağlanan iki yedek adresteki kişilere gidilmiştir. Sonuç olarak, tüm katılımcılar araştırmaya gönüllü olarak katılmışlardır.

Seçilen anketörlerden bir ekip başı ve bir anketör olmak üzere ikili ekiplerle toplam 12 kişilik anketör ekibi oluşturulmuştur. Uygulama sırasında, ekip başı gidilen adreste kapıyı açan kişiye valilik izninin bir örneği ile araştırmanın amacını açıklayan ve proje yürütücüsü tarafından imzalanmış olan bir yazı sunarak, kimliklerinin gizli kalacağı ve gönüllülüğün esas alındığını belirtmiştir. Görüşmeler yaklaşık 30-45 dakikalık süre içerisinde tamamlanmıştır.

Veriler İzmir ilinde Haziran-Temmuz 2013'te toplanmıştır. Her katılımcıya, tüm uygulama bittikten sonra çalışma hakkında daha detaylı bilgilerin yer aldığı (projenin beklenen bitiş zamanı, beklenen sonuçları, iletişim bilgileri) 'Katılım sonrası bilgi formu' (bakınız Ek 10) verilmiş, teşekkür edilerek süreç tamamlanmıştır.

2.4 Veri Analizi

İstatistiksel analizler SPSS 17 ve LISREL 8.80 programları kullanılarak yürütülmüştür. Analizler öncesinde veri girişinin doğruluğu, kayıp değerler, uç değerler incelenmiştir. Analizlerde, temel değişkenlerin ortalama değerleri kullanılmıştır. Korelasyon analizlerine, çalışmada kullanılan tüm değişkenler arası ilişkileri görmek için bakılmıştır.

Olay türlerinin ve cinsiyet farklılıklarının etkilerini görebilmek açısından katılımcıların yanıtları, en fazla rahatsız eden olay (ETO), ruhsal olarak travmatik (Kriter A'yı karşılayan) olay (RTO), olası TSSB kriterlerine uyanlara göre karşılaştırılmıştır. Farklı olay türleri ve cinsiyet farklarını karşılaştırabilmek için Ki-kare analizleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamında hayat boyu yaşanan hiç bir travmatik olay belirtmeyen 242 katılımcı ileri analizlerden çıkarılmıştır. Sosyodemografik değişkenlerin olası TSSB ile ilişkisini değerlendirebilmek için Lojistik regresyon analizi yürütülmüştür. Daha sonra 13 olay türü dört grup olay türü altında toplanmıştır; (1) kasıt/saldırı içeren şiddet, (2) yaralanma/şok edici olay, (3) beklenmedik/ani ölüm, (4) diğer olaylar. Bu dört olay grubunun üç travma sonrası stres belirtisi; yeniden yaşam, kaçınma, irkilme açısından farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirebilmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) yürütülmüştür. Ayrıca, bu dört olay grubunun travma sonrası gelişim beş alt boyutunda; yeni olanaklar, manevi değişim, kişilerarası ilişkiler, bireysel güçlülük, yaşamın kıymetini anlama'da farklılaşıp farklılaşmadıklarını görebilmek amacıyla MANOVA uygulanmıştır.

Daha sonra, TSS belirti şiddeti ve TSG'yi yordayan değişkenleri araştırabilmek için iki ayrı hiyerarşik çoklu regresyon analizi yürütülmüştür. Her iki regresyon modelinde sosyodemografik faktörlerin, kişilik özelliklerinin, olayla ilişkili faktörlerin, ve travma sonrası değişkenlerin yordayıcı etkilerini görebilmek için dört basamak kullanılmıştır.

Son olarak, bu çalışmada önerilen modelin test edilebilmesi ve travma sonrası belirti şiddeti ve/veya travma sonrası gelişim gibi farklı sonuçlara yol açan değişkenler arası doğrudan veya dolaylı ilişkilerin incelenebilmesi için yapısal eşitlik modeli (YEM) kullanılmıştır. Benzer şekilde, iki sonuç değişkeni (TSS belirti şiddeti ve TSG) arasındaki ilişkiyi anlayabilmek için başka bir model test edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1 Veri Temizleme ve Analizi

Araştırma örneklemini toplam 740 kişiden elde edilen veriler SPSS 17.0 programı aracılığıyla bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Veri girişinin, kayıp değerlerin ve normal dağılıma uygunluğunun kontrol edilip değerlendirilmesinin ardından veri analizine geçilmiştir. Aşırı kayıklığı (skewness ve kurtosis) azaltmak amacıyla beş değişken geçimlilik, sorumluluk, olumsuz değerlik, aileden algılanan sosyal destek, önemli diğer kişiden algılanan sosyal destek, karşılıklı (reciprocal) transform edilmiştir.

Veri girişinden sonra analizlerde kullanılmak üzere bazı yeni değişkenler yaratılmıştır. Örneğin, eğitim durumu ile ilgili madde 'toplam alınan eğitim süresi' olarak hesaplanmış ve alınan eğitim yılı olarak çevrilerek kullanılmıştır. Medeni durum ile ilgili olan madde (evli olma veya birlikte yaşama, ve evli olmama olarak dikotomik değişken olarak düzenlenerek analizlere dâhil edilmiştir. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nde yer alan 13 travmatik olay türü (1. kasıt/saldırı içeren şiddet, 2. yaralanma/şok edici olaylar, 3. sevilen/yakın birinin beklenmedik ölümü, 4. diğer olay türleri) bazı analizler için dört grup altında toplanmıştır. Regresyon analizinde kontrol değişkeni olarak kullanılmak üzere üç olay grubu, dördüncü olay grubuna (sevilen/yakın birinin beklenmedik ölümü) karşı değerlendirilmiştir. Bir diğer değişken olan 'olay ani şiddeti' Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nin 17-22. ve 'engellenme düzeyi' (işlevselliğin bozulma düzeyi) değişken ise 42-50. maddeleri toplanarak hesaplanmıştır. Sonuç değişkenlerinden biri olarak kullanılan 'belirti şiddeti' ise Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nin 23-39. maddelerinin toplanmasıyla hesaplanmıştır. Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği'ndeki 8 maddenin puanları (6, 7, 24, 32, 38, 39, 21, 22) ters çevirilerek kullanılmıştır.

3.2 Betimleyici İstatistikler

Bu çalışmadaki temel değişkenlerin betimleyici istatistik sonuçları (ortalama ve standart sapma vb.) Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Betimleyici istatistikler

Değişkenler	Ortalama	SS	Min.	Max.
Kişilik Özellikleri				
Dışadönüklük	3.91	0.81	1	5
Geçimlilik	4.63	0.46	2	5
Sorumluluk	4.29	0.65	1	5
Duygusal Tutarsızlık	2.82	0.88	1	5
Gelişime Açıklık	4.00	0.68	1	5
Olumsuz Değerlik	0.98	0.36	1	4
Olayla ilişkili Faktörler				
Toplam yaşantı sayısı	2.05	1.23	1	8
Olay-şiddeti (rapor edilen)	2.30	1.53	0	3
Olay zamanı	5.02	1.34	1	6
Belirtilerin süresi*	1.74	0.44	1	2
Engellenme Düzeyi	2.44	2.71	0	9
Algılanan Sosyal Destek				
Arkadaş	4.91	1.96	1	7
Aile	5.78	1.71	1	7
Önemli diğer kişi	5.69	1.79	1	7
Toplam destek algısı	5.46	1.42	1	7
Olaya ilişkin Ruminasyon				
İntrusif/otomatik Ruminasyon	1.70	0.94	0	3
İstemli Ruminasyon	1.47	0.84	0	3
Başa çıkma Yolları				
Kaderci	2.37	0.49	1	3
Destek Arayıcı	2.62	0.35	1	3
Problem Çözme	2.61	0.32	1	3
Çaresizlik	1.91	0.41	1	3
TSS Belirtileri				
Yeniden Yaşama	1.02	0.88	0	3
Kaçınma	0.75	0.74	0	3
İrkilme	0.99	0.98	0	3
TSS belirti şiddeti	0.90	0.75	0	3
TSG				
Yeni Olanakların Algılanması	2.45	1.52	0	5
Manevi Değişim	3.03	1.60	0	5
Kişiler Arası İlişkiler	2.33	1.50	0	5
Bireysel Güçlülük	3.40	1.42	0	5
Yaşamın Kıymetini Anlama	3.12	1.72	0	5
Toplam TSG	2.81	1.23	0	5

*Belirti süresi: 1 = üç aydan daha az, 2 = üç aydan daha fazla

3.3 Tüm Örneklem için Korelasyon Analizi

Analizlerde ele alınabilecek temel değişkenler arasındaki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları Tablo 40'ta sunulmuştur. Tablodan da görüldüğü gibi, genel olarak değişkenler arasında birbirleri ile olan ilişki katsayılarının 0.90'dan düşük olması analizler için çoklu doğrusallık sorununun olmadığını göstermektedir.

Temel sonuç değişkenlerinden TSS belirti şiddeti ile toplam yaşantı sayısı ($r = .20, p < .01$), belirtilerin süresi ($r = .38, p < .01$), rapor edilen olay-şiddeti ($r = .33, p < .01$), engellenme düzeyi ($r = .65, p < .01$), intrusif ruminasyon ($r = .55, p < .01$), istemli ruminasyon ($r = .47, p < .01$), duygusal tutarsızlık ($r = .38, p < .01$), geçimlilik ($r = .09, p < .05$), kaderci başa çıkma ($r = .26, p < .01$), çaresizlik baş etme yolu ($r = .46, p < .01$), ve TSG toplam puanı ($r = .13, p < .01$) pozitif yönde korelasyonları anlamlı düzeydedir. TSS belirti şiddeti ile olay zamanı ($r = -.24, p < .01$), dışadönüklük ($r = -.24, p < .01$), ve toplam algılanan sosyal destek ($r = -.17, p < .01$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bir diğer sonuç değişkeni olan TSG ile diğer sonuç değişkeni TSS belirti şiddeti ($r = .13, p < .01$) arasında pozitif yönlü korelasyon anlamlıdır. Ayrıca TSG ile belirti süresi ($r = .13, p < .01$), dışadönüklük ($r = .09, p < .01$), geçimlilik ($r = .28, p < .01$), sorumluluk ($r = .31, p < .01$), gelişime açıklık ($r = .28, p < .01$), algılanan toplam sosyal destek ($r = .30, p < .01$), intrusif ruminasyon ($r = .14, p < .001$), istemli ruminasyon ($r = .35, p < .01$), kaderci başa çıkma ($r = .22, p < .01$), destek arayıcı başa çıkma ($r = .36, p < .01$), problem çözme odaklı başa çıkma ($r = .41, p < .01$), çaresizlik yoluyla baş etme ($r = .17, p < .01$) arasında korelasyon pozitif yönlü ve anlamlıdır.

Ruminasyonla ilişkili değişkenler açısından bakıldığında; intrusif ruminasyon ile toplam yaşantı sayısı ($r = .12, p < .01$), rapor edilen olay-şiddeti ($r = .16, p < .01$), belirti süresi ($r = .20, p < .01$), engellenme düzeyi ($r = .41, p < .01$), istemli ruminasyon ($r = .56, p < .01$), duygusal tutarsızlık ($r = .26, p < .01$), olumsuz değerlik ($r = .09, p < .05$), kaderci başa çıkma ($r = .12, p < .01$), çaresizlik ($r = .36, p < .01$) pozitif yönde ilişkiyleken olay zamanı ($r = .14, p < .01$), dışadönüklük ($r = -.19, p < .01$), gelişime açıklık ($r = -.10, p < .05$) ile negatif yönde ilişki görülmüştür. Diğer taraftan istemli ruminasyon, toplam yaşantı sayısı ($r = .15, p < .01$), olay şiddeti ($r = .23, p < .01$), belirti süresi ($r = .20, p < .01$), engellenme düzeyi ($r = .38, p < .01$), geçimlilik ($r = .13, p < .01$), duygusal tutarsızlık ($r = .21, p < .01$), kaderci başa çıkma ($r = .09, p < .05$), destek arayıcı baş etme ($r = .14, p < .01$), problem çözme odaklı baş etme ($r = .17, p < .01$), ve çaresizlik yoluyla baş etme ($r = .28, p < .01$) ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Algılanan sosyal destek ve başa çıkma yolları dikkate alındığında, toplam sosyal destek algısının (arkadaştan, aileden, önemli diğer kişiden) problem çözme odaklı baş etme ($r = .19, p < .01$), ve destek arayıcı başa çıkma ($r = .34, p < .01$) yollarıyla pozitif korelasyonlu olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. Değişkenler arası korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Yaş																
2 Cinsiyet	.100**															
3 Medeni durum	-.173**	.011														
4 Eğitim (yıl)	-.184**	.197**	.185**													
5 İş durumu	.152**	-.407**	-.006	-.248**												
6 Ruhsal Rahatsızlık	.082*	-.107**	.003	-.069	.083*											
7 Gelir düzeyi	-.151**	.080*	.095*	.345**	-.208**	-.131**										
8 Yaşantı sayısı	.084	.150**	-.036	.034	-.093*	.133**	-.073									
9 Olay zamanı	.136**	.045	-.092*	-.014	.028	.042	-.002	.058								
10 Olay şiddeti	-.023	-.070	-.015	-.027	-.016	.158**	-.080	.153**	.004							
11 Semptom süresi	.074	-.123**	.011	-.162**	.132**	.134**	-.143**	.105*	.127**	.115*						
12 Engellenme düzeyi	-.050	-.083	.059	-.081	.040	.258**	-.185**	.107*	-.211**	.235**	.236**					
13 Yeniden Yaşama	-.029	-.248**	.032	-.198**	.099*	.214**	-.242**	.163**	-.259**	.288**	.326**	.520**				
14 Kaçınma	-.085	-.191**	.058	-.180**	.089*	.218**	-.224**	.192**	-.193**	.266**	.329**	.584**	.649**			
15 İrkilme	-.080	-.159**	.042	-.185**	.112*	.281**	-.257**	.163**	-.185**	.315**	.348**	.600**	.668**	.659**		
16 TSSsemptomşiddeti	-.076	-.225**	.051	-.213**	.114*	.271**	-.274**	.197**	-.239**	.329**	.381**	.649**	.866**	.885**	.884**	
17 İntusif Rum.	-.037	-.215**	.042	-.145**	.163**	.162**	-.224**	.123**	-.135**	.158**	.201**	.406**	.530**	.472**	.441**	.545**
18 İstemli Ruminasyon	.000	-.105*	.061	-.065	.055	.247**	-.128**	.154**	-.088	.225**	.197**	.382**	.454**	.401**	.388**	.469**
19 Yeni Olanaklar	-.061	-.066	-.014	-.039	-.073	.048	-.033	.027	.045	.085	.092*	.036	.118**	.149**	.054	.122**
20 Manevi Değişim	-.038	-.096*	-.056	-.220**	.012	.055	-.079	-.060	.032	.063	.123**	.055	.162**	.175**	.126**	.176**
21 Kişiler Arası İlişk.	-.007	-.071	-.033	-.097*	-.030	.003	-.046	-.062	-.064	.089*	.092*	-.003	.080	.076	.077	.088*
22 Bireysel Güçlülük	-.001	-.138**	.007	-.131**	-.021	.028	-.091*	-.013	.065	.027	.161**	.009	.098*	.136**	.064	.114*
23 Yaşamın Kıymeti.	-.099*	-.056	-.088*	-.102*	-.008	-.062	-.034	-.044	.049	.064	.039	-.120**	-.013	.000	-.027	-.015
24 Toplam TSG	-.050	-.105*	-.043	-.143**	-.034	.022	-.069	-.037	.027	.085	.127**	.001	.117**	.139**	.078	.127**
25 Dışadönüklük	.065	.010	-.023	.169**	-.083*	.001	.112**	-.021	.037	-.101*	-.087	-.189**	-.142**	-.255**	-.226**	-.240**
26 Geçimlilik	.217**	-.117**	-.106**	-.210**	.057	.039	-.129**	-.054	-.032	.022	.092*	-.004	.112*	.036	.094*	.090*
27 Sorumluluk	.302**	-.136**	-.247**	-.189**	.051	.026	-.118**	-.043	.065	.089*	.075	-.041	.082	-.019	.007	.023

* p < .05, ** p < .01

Tablo 5. Devamı

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
28 Duygusal Tutarsızlık	-.081*	-.090*	.026	-.089*	.058	.159**	-.070	.092*	-.102*	.209**	.110*	.317**	.302**	.290**	.412**	.381**
29 Gelişime Açıklık	.160**	.175**	-.065	-.034	-.102**	-.041	-.010	.020	.070	.021	.020	-.013	-.038	-.057	-.049	-.056
30 Olumsuz Değerlik	-.112**	.120**	.075*	.029	-.023	.040	.012	.043	-.130**	-.015	.024	.087	.053	.075	.101*	.088
31 Kaderci	.210**	-.158**	-.166**	-.493**	.196**	.058	-.213**	-.050	-.060	.074	.143**	.094*	.224**	.254**	.203**	.259**
32 Destek Arayıcı	.211**	-.061	-.133**	-.177**	.019	-.025	-.095**	-.020	.057	-.008	.041	-.039	.034	.036	.010	.030
33 Problem Çözme	.114**	.028	-.108**	-.020	-.059	-.047	-.035	-.023	-.007	.008	-.036	-.124**	-.019	-.055	-.080	-.060
34 Çaresizlik	-.047	-.166**	-.025	-.288**	.184**	.175**	-.228**	.042	-.176**	.199**	.153**	.317**	.388**	.424**	.400**	.461**
35 Arkadaş	-.075*	-.052	.041	.156**	-.001	-.040	.107**	-.147**	-.069	-.088*	-.104*	-.187**	-.099*	-.111*	-.121**	-.126**
36 Aile	.062	-.074*	-.181**	.030	.045	-.096**	.086*	-.099*	-.066	-.119**	-.064	-.212**	-.097*	-.102*	-.162**	-.137**
37 Önemli diğer kişi	.007	-.072	-.203**	.052	.014	-.085*	.025	-.096*	-.005	-.013	-.066	-.186**	-.105*	-.125**	-.142**	-.142**
38 Toplam destek algısı	-.007	-.083*	-.139**	.105**	.023	-.092*	.094*	-.146**	-.060	-.094*	-.100*	-.248**	-.128**	-.144**	-.180**	-.172**

* $p < .05$, ** $p < .01$

	33	34	35	36	37
34 Çaresizlik	.025				
35 Arkadaş	.272**	-.027			
36 Aile	.246**	-.069	.295**		
37 Önemli diğer kişi	.267**	-.038	.382**	.588**	
38 Toplam destek algısı	.335**	-.056	.737**	.782**	.830**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tablo 5. Devamı

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
18 İstemli Ruminasyon	.564**															
19 Yeni Olanaklar	.155**	.370**														
20 Manevi Değişim	.130**	.301**	.578**													
21 Kişiler Arası İlişk.	.128**	.229**	.487**	.631**												
22 Bireysel Güçlülük	.121**	.309**	.637**	.545**	.557**											
23 Yaşamın Kıymeti.	.005	.139**	.514**	.475**	.469**	.543**										
24 Toplam TSG	.143**	.346**	.822**	.815**	.805**	.812**	.723**									
25 Dışadönüklük	-.189**	-.075	.111*	.013	.062	.093*	.084	.091*								
26 Geçimlilik	.037	.126**	.182**	.267**	.215**	.270**	.210**	.283**	.227**							
27 Sorumluluk	-.001	.076	.239**	.278**	.224**	.282**	.218**	.310**	.191**	.451**						
28 Duygusal Tutarsızlık	.255**	.209**	-.004	.021	-.028	-.050	-.025	-.020	-.255**	-.053	-.086*					
29 Gelişime Açıklık	-.103*	.038	.269**	.162**	.165**	.292**	.220**	.275**	.398**	.358**	.361**	-.098**				
30 Olumsuz Değerlik	.093*	.061	.011	-.023	.009	-.020	-.045	-.013	-.173**	-.281**	-.295**	.219**	-.125**			
31 Kaderci	.117**	.092*	.043	.331**	.212**	.182**	.111*	.218**	-.115**	.280**	.214**	.035	.045	-.018		
32 Destek Arayıcı	.032	.141**	.291**	.318**	.265**	.324**	.245**	.361**	.073*	.313**	.414**	-.244**	.269**	-.096**	.316**	
33 Problem Çözme	-.066	.171**	.378**	.300**	.298**	.384**	.290**	.414**	.280**	.327**	.343**	-.143**	.404**	-.084*	.174**	.573**
34 Çaresizlik	.362**	.280**	.068	.240**	.203**	.081	.079	.172**	-.313**	.110**	-.013	.320**	-.138**	.080*	.467**	.124**
35 Arkadaş	-.041	.021	.134**	.143**	.318**	.212**	.151**	.244**	.121**	.070	-.033	-.127**	.035	.016	-.022	.117**
36 Aile	-.057	-.034	.095*	.133**	.246**	.132**	.175**	.196**	.118**	.114**	.143**	-.128**	.052	-.045	.102**	.183**
37 Önemli diğer kişi	-.034	-.034	.171**	.196**	.262**	.212**	.217**	.265**	.163**	.139**	.149**	-.069	.105**	-.014	.040	.160**
38 Toplam destek algısı	-.056	-.019	.171**	.201**	.353**	.238**	.230**	.300**	.171**	.136**	.104**	-.139**	.081*	-.017	.047	.194**

* $p < .05$, ** $p < .01$

3.4 Travmatik Yaşam Olayları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yaygınlığı

Bu çalışmanın amacı, hem travmatik olay yaşama ve olası TSSB tanısı alma yaygınlığını değerlendirmek, hem de travma sonrası belirti şiddeti ve travma sonrası gelişim ile ilgili olabilecek faktörleri test edebilmektir. Bu doğrultuda, travmatik olayların yaygınlığı üç açıdan incelenmiştir. Bu nedenle, bu çalışmada DSM-IV, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanı ölçütlerinden A ölçütünü karşılayan kişilerin yaşadıkları travmatik olaylar “Ruhsal Travmatik Olay” (RTO), yaşandığı belirtilen ancak DSM-IV, A ölçütünü karşılamayan olaylar sadece “Travmatik Olay” (TO) ve en çok etkileyen olay olarak seçilen olay ise “En Çok Etkileyen Travmatik Olay” (ETO) olarak tanımlanmıştır.

3.4.1 Travmatik Yaşam Olayları (TO)

Betimleyici analiz bulgularına göre, tüm örnekleme 498 kişi (%67.3) hayatı boyunca en az bir travmatik olay (TO) yaşadığını bildirmiştir. Bir TO yaşantısı bildiren katılımcıların 476 kadın katılımcıdan 325'i (%68.3) kadın ve 264 erkek katılımcıdan 173'ü (%65.5) erkektir. TO yaşama yaygınlığında, erkek ve kadın örneklemlerinde gözlenen fark anlamlı değildir, $\chi^2(1, N = 740) = 0.46, p = .496$. Travmatik yaşam olayı türlerine göre gözlenen sıklık ve yüzdeler Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Tüm örneklem ve illere göre travmatik yaşam olaylarının sıklık ve yüzdeleri

Travmatik Olay (TO) Türü	N = 498	Sıklık (%)		
		Toplam N=740	Kadın N=325	Erkek N = 173
1. Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı	118(23.7)	(15.9)	77 (23.7)	41 (23.7)
2. Doğal afet	72 (14.5)	(9.7)	41 (12.6)	31 (17.9)
3. Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	60 (12)	(8.1)	38 (11.7)	22 (12.7)
4. Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	36 (7.2)	(4.9)	8 (2.5)	28 (16.2)
5. Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	9 (1.8)	(1.2)	8 (2.5)	1 (0.6)
6. Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalmak	12 (2.4)	(1.6)	11 (3.4)	1 (0.6)
7. Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	40 (8.0)	(5.4)	7 (2.2)	33 (19.1)
8. 18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	11(2.2)	(1.5)	7 (2.2)	4 (2.3)
9. Hapsedilme	28 (5.6)	(3.8)	9 (2.8)	19 (11)
10. İşkenceye maruz kalma	21(4.2)	(2.8)	8 (2.5)	13 (7.5)
11. Hayatı tehdit eden bir hastalık	151(30.3)	(20.4)	102 (31.4)	49 (28.3)
12. Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	364(73.1)	(49.2)	245 (75.4)	119 (68.8)
13. Bunların dışında bir travmatik olay	101(20.3)	(13.6)	63 (19.4)	38 (22.0)

Tablo 6'da görüldüğü gibi, tüm örneklem için en sık yaşanan TO sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü (%73). Bu olay türünü sırasıyla hayatı tehdit eden bir hastalık (%30.3), ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (%23.7) takip etmektedir.

Tanımadığı biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak, erkek ve kadın örneklemde farklılaşmıştır ve gözlenen fark anlamlıdır, $\chi^2 (1, n = 498) = 29.69, p < .001$, Cramer's V = .25. Ayrıca, askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma, hapsedilme ve işkenceye maruz kalma olay türlerinde, kadın ve erkek örneklemde görünen farklar anlamlıdır, sırasıyla, $\chi^2 (1, n = 498) = 41.50, p < .001$, Cramer's V = .30, $\chi^2 (1, n = 498) = 12.85, p < .001$, Cramer's V = .17, $\chi^2 (1, n = 498) = 5.94, p < .05$, Cramer's V = .12.

3.4.2 En Fazla Etkileyen Travmatik Olay (ETO) Yaygınlığı

Hayat boyu yaşanan ve Tablo 5'de verilen bu TO'lar içinden katılımcıların seçtiği, kendilerini en fazla etkileyen travmatik olayların (ETO) sıklık ve yüzdeleri Tablo 7'de sunulmaktadır.

Tablo 7. Kişiyi en fazla etkileyen (ETO) olayların sıklık ve yüzdeleri

En fazla etkileyen (ETO) olaylar	N = 498	Sıklık (%)		
		Toplam N=740	Kadın N =325	Erkek N = 173
1.Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı	42(8.4)	(5.7)	26 (8.0)	16 (9.2)
2.Doğal afet	10 (2)	(1.4)	3 (0.9)	7 (4.0)
3.Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	21 (4.2)	(2.8)	17 (5.2)	4 (2.3)
4.Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	3 (0.6)	(0.4)	0 (0)	3 (1.7)
5.Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	5 (1.0)	(0.7)	4 (1.2)	1 (0.6)
6.Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalmak	2 (0.4)	(0.3)	2 (0.6)	0 (0)
7.Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	11 (2.2)	(1.5)	4 (1.2)	7 (4.0)
8.18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	2 (0.4)	(0.3)	2 (0.6)	0 (0)
9.Hapsedilme	11 (2.2)	(1.5)	3 (0.9)	8 (4.6)
10.İşkenceye maruz kalma	5 (1)	(0.7)	0 (0)	5 (2.9)
11.Hayatı tehdit eden bir hastalık	59 (11.8)	(8.0)	41 (12.6)	18 (10.4)
12.Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	257 (51.6)	(34.7)	181 (55.7)	76 (43.9)
13.Bunların dışında bir travmatik olay	70 (14.1)	(9.5)	42 (12.9)	28 (16.2)

Hayat boyu en az bir travmatik olay (TO) yaşadığını bildiren 498 kişi işaretledikleri TO'lardan kendilerini en fazla etkileyen bir olayı (ETO) seçmişlerdir. Kadın örneklem içerisinde ETO yaşama yaygınlığı %68.3 iken, bu oran erkek örneklem içerisinde %65.5'tir. ETO yaşama yaygınlığında erkek ve kadın örneklemeleri arasında gözlenen fark anlamlı değildir, $\chi^2 (1, N = 740) = 0.46, p = .496$. Tablo 6'da görüldüğü gibi yaşam boyu karşılaşılan TO'lardan kişiyi en fazla etkileyeni sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümüdür (%51.6). Bunu sırasıyla diğer olaylar (%14.1) ve hayatı tehdit eden bir hastalık (11.8), ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (%8.4) takip etmektedir. Bu olaylardan sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü olay türünde, kadın ve erkek örneklemde görülen farklılık anlamlıdır, $\chi^2 (1, n = 498) = 5.79, p < .05, \text{Cramer's } V = .11$.

3.4.3 Ruhsal Travmatik Yaşam Olayları Yaygınlığı

Kendilerini en fazla etkileyen bir yaşantı işaretleyen 498 katılımcının 233'si (%46.8'i; tüm örneklemde %31.5) DSM-IV'te belirtilen Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı ölçütlerinden A'yı (yani kendi ya da başkasının yaralanma, hayatın tehlikede olduğu gibi bir olay yaşamak ve buna yoğun korku, dehşet, çaresizlik gibi duygusal tepkiler vermek) karşılamaktadır. Bu bulgu en çok etkilenen olay rapor edenlerden %53.2'sinin bildirdikleri olayın DSM-IV kriterlerine göre ruhsal travmatik olay kriterlerini karşılamadığını göstermektedir.

Tüm örneklem için RTO yaşama yaygınlığı %31.5'tir. DSM-IV, A ölçütünü karşılayan bu kişilerin 77'si erkek (%32.8) ve 156'sı (%29.2) kadındır. Kadın örneklem içerisinde RTO yaşama yaygınlığı %48, erkekler için ise %44.5'tir. RTO yaşama yaygınlığı açısından kadınlar ile erkekler arasında gözlenen fark anlamlı değildir, $\chi^2 (1, N = 498) = 0.42, p = .516$. Bu kişilerin bildirdikleri travmatik yaşam olaylarının sıklık ve yüzdeleri Tablo 8'de sunulmaktadır.

Tablo 8. Ruhsal Travmatik Olay (A) ölçütünü karşılayanlar için yaşanan tüm travmatik yaşam olaylarının sıklık ve yüzdeleri

Ruhsal Travmatik Olay (RTO)	N=233	Sıklık (%)	
		Kadın N=156	Erkek N=77
1.Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı	33(14.2)	20(12.8)	13(16.9)
2.Doğal afet	6 (2.6)	2 (1.3)	4 (5.2)
3.Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	18 (7.7)	15 (9.6)	3 (3.9)
4.Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	3 (1.3)	0	3 (3.9)
5.Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	2 (0.9)	2 (1.3)	0

6. Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalmak	2 (0.9)	2 (1.3)	0
7. Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	7 (3)	3 (1.9)	4 (5.2)
8. 18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	2(0.9)	2 (1.3)	0
9. Hapsedilme	8 (3.4)	1 (0.6)	7 (9.1)
10. İşkenceye maruz kalma	4 (1.7)	0	4 (5.2)
11. Hayatı tehdit eden bir hastalık	37 (15.9)	28 (17.9)	9 (11.7)
12. Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	87 (37.3)	65 (41.7)	22 (28.6)
13. Bunların dışında bir travmatik olay	24 (10.3)	16 (10.3)	8 (10.4)

Tablo 8'de görüldüğü gibi RTO yaşayan (A ölçütünü karşılayan) katılımcıların %37.3'ü (erkekler için %28.6 ve kadınlar için %41.7) TO olarak sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü olayını bildirmiştir. Olayların RTO niteliğinin olup olmaması açısından farklılıklar istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Ciddi bir kaza, Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak, ve Hayatı tehdit eden bir hastalık olaylarının daha fazla RTO olma yönündeki fark anlamlıdır. Ayrıca, beklenmedik ölüm ve diğer olayların daha az RTO olma yönündeki fark anlamlıdır.

3.4.4 Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Yaygınlığı

DSM-IV ölçütlerine göre RTO yaşayan, yani A ölçütünü karşılayan 233 kişiden 80'i (%34.3'ü ve tüm örneklemin (N=740) %10.8'i) tanı sisteminde belirtilen B, C, D, E ve F ölçütlerini karşılamaktadır. Yani tüm örnekleme 80 katılımcı DSM-IV tanı ölçütlerine göre olası Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı almaktadır.

Tanı alan kişilerin yaşadıkları travmatik olay türleri Tablo 9'da gösterilmektedir. Bu kişilerin 55'i (tüm örnekleme %7.4) kadın, 25'i (tüm örnekleme %3.4) erkektir. Kadın örneklem içerisinde TSSB yaygınlığı %16.9, erkek örneklem içerisinde ise %14.5'tir. Analiz sonuçlarına göre, olası TSSB tanısı alma açısından kadınlar ile erkekler arasında gözlenen fark anlamlı değildir, $\chi^2 (1, n = 233) = 0.08, p = .783$.

Tablo 9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı ölçütünü karşılayanlar için yaşanan tüm travmatik yaşam olaylarının sıklık ve yüzdeleri

Ruhsal Travmatik Olay (RTO)	N=80	Sıklık (%)	
		Kadın N=55	Erkek N=25
1.Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı	7 (8.8)	2 (3.6)	5 (20)
2.Doğal afet	0	0	0
3.Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	9 (11.3)	8 (14.5)	1 (4)
4.Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	1 (1.3)	0	1(4)
5.Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	2 (2.5)	2(3.6)	0
6.Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalmak	0	0	0
7.Askerî bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	1 (1.3)	1 (1.8)	0
8.18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	2 (2.5)	2 (3.6)	0
9.Hapsedilme	5 (6.3)	1 (1.8)	4 (16)
10.İşkenceye maruz kalma	2 (2.5)	0	2 (8)
11.Hayatı tehdit eden bir hastalık	12 (15)	9 (16.4)	3 (12)
12.Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	26 (32.5)	21(38.2)	5 (20)
13.Bunların dışında bir travmatik olay	13 (16.3)	9 (16.4)	4 (16)

Bu olaylardan sadece beklenmedik ölüm olayının, olası TSSB'ye yol açıp açmama açısından farklılığın istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur, $\chi^2 (1, n = 233) = 13.04$, $p < .001$.

3.4.5 Travmatik Olay Türlerine Göre ETO, RTO ve TSSB Oranları

En çok etkileyen olay (ETO) bildiren katılımcıların, bildirdikleri olayın RTO olma olasılığı (A ölçütünü karşılama) ve RTO yaşayan bu katılımcıların TSSB tanısı alma oranlarının olay türleri açısından farklılık gösterip göstermediği Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10. TO türlerine göre ETO, RTO ve TSSB oranları

	ETO	ETO'lardan RTO	RTO'larda n TSSB
	N=969	kriterine uyan	tanısı alan
	Sıklık (%)	Sıklık (%)	Sıklık(%)
1.Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı	42(35.6)	33 (78.6)	7(21.2)
2.Doğal afet	10 (13.9)	6 (60)	0 (0)
3.Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	21 (35)	18 (85.7)	9(50)
4.Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	3 (8.3)	3 (100)	1(33.3)
5.Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	5 (55.6)	2 (40)	2(100)
6.Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalmak	2 (16.7)	2 (100)	0(0)
7.Askerî bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	11 (27.5)	7 (63.6)	1(14.3)
8.18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	2 (18.2)	2(100)	2(100)
9.Hapsedilme	11 (39.3)	8 (72.7)	5(62.5)
10.İşkenceye maruz kalma	5 (23.8)	4 (80)	2(50)
11.Hayatı tehdit eden bir hastalık	59 (39.1)	37 (62.7)	12(32.4)
12.Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	257 (70.6)	87 (33.9)	26(29.9)
13.Bunların dışında bir travmatik olay	70 (69.3)	24 (34.3)	13(54.2)

Örneğin, en sıklıkla rahatsız eden olay (ETO) sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü (70.6%), bunların dışında bir olay (69.3%), ve Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (55.6%) iken, bunların içinde RTO kriterini karşılayan olaylar sırasıyla, Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak (100%), Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalmak (100%), 18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (100%), Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmaktır (85.7%). RTO kriterini karşılayan iki katılımcının arasından, Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma olayında, iki katılımcının ikisinin de cevaplarının (%100) olası TSSB tanısı aldığını göstermektedir. Aynı şekilde, 18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas olayında da iki katılımcının (100%) cevapları olası TSSB tanısını işaret etmektedir. Hapsedilme olayında ise 8 katılımcıların cevapları RTO kriterini karşılarken bunlar arasından 5 katılımcının (62.5%) olası TSSB kriterini karşıladığı

görülmektedir. Bu bulgular ETO'ların bir kısmının daha fazla RTO kriterlerini karşıladığını ve daha da önemli olarak bazılarının olası TSSB ile daha fazla ilişkili olduğunu göstermektedir.

3.4.5.1 Sosyo demografik özelliklerin olası TSSB'ye olan etkisi

Katılımcıların, travmatik olay türü dışındaki, özelliklerinin olası TSSB'deki rollerini değerlendirebilmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Modelde yedi bağımsız değişken; cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim durumu, medeni durumu, yaşantı sayısı, ruhsal rahatsızlık, kullanılmıştır. Bu modelin tüm yordayıcı değişkenlerle istatistiki olarak anlamlı, $\chi^2(7, n = 225) = 39.06, p < .001$, bulunması, modelin katılımcıların belirttikleri özelliklerin olası TSSB'ye yol açıp açmamasını ayırt edebildiğini göstermektedir. Olası TSSB'deki varyansın %15.9'u (Cox ve Snell R kare) ve %21.9'u (Nagelkerke R kare) modeldeki değişkenler tarafından açıklanmış, olguların %70.2'si doğru olarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 11'de gösterildiği gibi, dört değişkenin (yaş, eğitim düzeyi, gelir, ruhsal rahatsızlık) modele istatistiki olarak anlamlı katkısı olduğu bulunmuştur. Olası TSSB'yi en güçlü yordayıcı özelliği olan değişkenin ruhsal rahatsızlık (Olasılık Oranı (odds ratio) = 4.33) olduğu görülmüştür. Bu bulgu modeldeki diğer tüm faktörler kontrol edildiğinde, ruhsal rahatsızlığın olmasının, ruhsal rahatsızlığı olmamasına kıyasla 4 kattan daha fazla olası TSSB'ye yol açtığını göstermektedir. Gelir düzeyinin olasılık oranının (odds ratio = .39) 1'den düşük olması (negatif ilişki) katılımcıların gelir düzeyindeki bir puanlık artışın (örneğin, orta düzeyden ortanın bir üstü orta-yüksek gelir düzeyine çıktıkça), diğer faktörler kontrol edildiğinde, .39 kez daha az olası TSSB'ye yol açacağını göstermektedir. Bir başka olası TSSB'yi yordayıcı değişken yaş'tır (.97). Olasılık oranı 1'den düşük olduğu için (negatif ilişki) katılımcıların yaşındaki bir puanlık artış (örneğin bir yaş büyük olması) diğer faktörler kontrol edildiğinde, .97 kez daha az olası TSSB'ye yol açmaktadır. Son olarak, eğitim düzeyi ile ilgili olarak (.92), olasılık oranı 1'den düşük olduğu için (negatif ilişki) katılımcıların eğitim durumundaki bir derecelik artış (örneğin, 4 yıllık eğitim düzeyi yerine 5 yıllık eğitim düzeyi) diğer faktörler kontrol edildiğinde, .92 kez daha az olası TSSB'ye yol açmaktadır.

Regresyon analizi sonucuna göre, ruhsal rahatsızlık, düşük gelir düzeyi, genç yaş, düşük eğitim düzeyi olası TSSB ihtimalini yükseltmektedir.

Tablo 11. Lojistik Regresyon olası TSSB ihtimalini Yordaması

	B	S.H.	Wald	sd	p	Olasılık	EXP(B) için 95% C.I.	
						Oranı	Alt	Üst
Yaş	-.03	.01	4.92	1	.03	.97	.95	1.00
Cinsiyet	.14	.34	.17	1	.68	1.15	.59	2.22
Eğitim durumu (yıllara göre)	-.08	.04	3.85	1	.05	.92	.85	1.00
Medeni Durum	-.24	.35	.47	1	.49	.79	.40	1.56
Ruhsal Rahatsızlık	1.47	.37	15.82	1	.00	4.33	2.10	8.93
Gelir düzeyi	-.95	.32	8.80	1	.00	.39	.21	.72
Toplam yaşantı sayısı	.15	.33	.20	1	.65	1.16	.61	2.20
Sabit	1.33	.76	3.09	1	.08	3.78		

3.4.6 Dört Ana Travmatik Olay Türüne Göre Karşılaştırmalar

Araştırmada kullanılan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Foa vd.,1997), kapsamındaki toplam 13 travmatik olay türü araştırmacılar tarafından dört (Breslau vd., 2004) ana grup altında toplanmıştır.

“Kasıt/saldırı içeren şiddet” (Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak; Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak; Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma; Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalmak; Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma; 18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas, Hapsedilme; İşkenceye maruz kalma), “Yaralanma/şok edici olaylar”(Hayatı tehdit eden bir hastalık; Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı), “Beklenmedik Ölüm” (Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü), “Diğer olaylar” (PDS’in 13. Maddesini içerir; katılımcı listede olan travmatik olaylar dışında bir olay belirtir; boşanma, iflas, dolandırılma, işsizlik gibi) olmak üzere dört ana boyut altında toplanan olaylar, travma sonrası stres (TSS) belirtileri (3 belirti) ve travma sonrası gelişim (TSG) beş alt boyutu açısından karşılaştırılmıştır.

3.4.6.1 Travmatik Olay Türlerinin Travma Sonrası Stres Alt Belirtilerine Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların belirttikleri ve kendilerini en çok rahatsız eden olay türlerine göre Travma Sonrası Stres Belirti Şiddeti ve alt belirtileri açısından farklılıklarını değerlendirebilmek amacıyla tek yönlü çoklu varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Dört düzeyi olan olay türü (kasıt/saldırı içeren şiddet, yaralanma/şok edici olaylar, ölüm, diğer olaylar) bağımsız değişken; Travma Sonrası Yeniden Yaşama, Kaçınma ve İrkieme belirti

puan ortalamaları bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Wilks' lambda kriterinin kullanılması ile Travma Sonrası Stres Belirtileri puan ortalamalarının olay türlerine göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur, Çoklu $F(9, 1195) = 4.50, p < .001$, kısmi $\eta^2 = .03$, Wilks' $\Lambda = .92$.

Travma Sonrası Stres Belirtileri 3 ayrı belirti olarak değerlendirildiğinde üç bağımlı değişken de, Bonferroni eşitsizliği metodu kullanılarak bulunan 0.017 (.05/3) alfa düzeyinde, dört olay türü açısından istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılık göstermiştir. Travma sonrası stres belirtilerinin olay türlerine göre ortalamalarının karşılaştırmalı sonuçları Tablo 12'de yer almaktadır.

Tablo 12. Travma sonrası stres belirtilerinin olay türlerine göre ortalamalarının karşılaştırmalı sonuçları

	Kasıt/Saldırı içeren Şiddet	Yaralanma/ Şok	Ölüm	Diğer
Yeniden Yaşama	1.28	0.90	0.96	1.23
Kaçınma	0.99 _a	0.64 _b	0.64 _b	1.11 _a
İrkilme	1.45 _a	0.90 _b	0.85 _b	1.23 _{ab}

Farklı harfler 0.017 düzeyinde anlamlı farklılığı göstermektedir

İlk olarak, Travma Sonrası 'Yeniden Yaşama' Belirti puan ortalamaları açısından, $F(3, 493) = 4.22, p < .01$, kısmi $\eta^2 = .027$, dört olay türü arasında anlamlı olarak farklılık olduğu gözlenmiştir. Ancak, ayrı ANOVA sonuçları Bonferroni düzeltmesi dikkate alınıp olay türlerine göre puan ortalamalarına bakıldığında, kasıt/saldırı içeren şiddet, yaralanma/şok edici olay, ölüm ve diğer olay grupları birbirlerinden istatistiki olarak anlamlı düzeyde travma sonrası 'yeniden yaşama' stres belirtileri açısından farklılaşmadıkları bulunmuştur.

İkinci olarak, Travma Sonrası 'Kaçınma' Belirtilerinin, $F(3, 493) = 10.20, p < .001$, kısmi $\eta^2 = .058$, dört olay türü arasında anlamlı olarak farklılık göstermekte olduğu bulunmuştur. Olay türlerinin puan ortalamalarına bakıldığında, kaçınma belirtilerinin diğer grup (Ort.=1.11) ile kasıt/saldırı içeren şiddet grup (Ort.=0.99) olayları yaşayanlar arasında ve yaralanma/şok edici olay grubu (Ort.=0.64) ile ölüm olayları yaşayanlarda (Ort.=0.64) anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür. Kasıt/saldırı içeren şiddet ve diğer grup olayları yaşayanların, yaralanma/şok edici olaylar ile ölüm olayları yaşayanlara kıyasla daha fazla kaçınma belirtileri yaşadığı görülmüştür.

Son olarak, Travma Sonrası 'İrkilme' Belirtilerinin, $F(3, 493) = 8.30, p < 0.01$, kısmi $\eta^2 = .048$, dört olay türü arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur. Olay türlerine göre puan ortalamalarına bakıldığında, irkilme belirtilerinin Kasıt/saldırı içeren şiddet olayları yaşayanlarda (Ort.=1.45), yaralanma/şok edici olay grubu

(Ort.= 0.90) ve Ölüm olayları (Ort.= 0.85) yaşanlara kıyasla daha fazla travma sonrası irkilme belirtileri görüldüğü bulunmuştur.

3.4.6.2 Travmatik Olay Türlerinin Travma Sonrası Gelişim'in alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Katılımcıların belirttikleri olay türlerine göre Travma Sonrası Gelişim'in 5 alt boyut puan ortalamaları (Yeni Olanakların Algılanması, Manevi Değişim, Kişiler Arası İlişkiler, Bireysel Güçlülük, Yaşamın Kıymetini Anlama) açısından farklılıklarını değerlendirebilmek amacıyla tek yönlü çoklu varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Bağımsız değişken olarak atanan olay türü dört düzeylidir: kasıt/saldırı içeren şiddet, yaralanma/şok edici olaylar, ölüm, diğer olaylar. Yeni Olanakların Algılanması, Manevi Değişim, Kişiler Arası İlişkiler, Bireysel Güçlülük, Yaşamın Kıymetini Anlama puan ortalamaları ise bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Wilks' lambda kriterinin kullanılması ile Travma Sonrası Gelişim alt boyutlarının olay türüne göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur, Çoklu $F(9, 1197) = 4.84, p < .001$, kısmi $\eta^2 = .029$, Wilks' $\Lambda = .92$.

Travma Sonrası Gelişim 5 ayrı boyut olarak değerlendirildiğinde sadece 'yaşamın kıymetini anlama' boyutu Bonferroni eşitsizliği metodu kullanılarak bulunan 0.01 (.05/5) alfa düzeyinde, dört olay türünde anlamlı olarak farklılık göstermiştir. Travma sonrası gelişime ilişkin alt boyutun olay türlerine göre ortalamalarının karşılaştırmalı sonuçları Tablo 13'da yer almaktadır.

Tablo 13. Travma sonrası gelişimin alt boyutlarının olay türlerine göre ortalamalarının karşılaştırmalı sonuçları

	Kasıt/Saldırı içeren Şiddet	Yaralanma/Şok	Ölüm	Diğer
Yeni Olanakların Algılanması	2.39	2.64	2.33	2.65
Manevi Değişim	2.62	3.16	3.16	2.66
Kişiler Arası İlişkiler	2.04	2.52	2.43	1.91
Bireysel Güçlülük	3.20	3.73	3.31	3.35
Yaşamın Kıymetini Anlama	2.62 _b	3.60 _a	3.17 _{ab}	2.60 _b

Farklı harfler 0.01 düzeyinde anlamlı farklılığı göstermektedir

Travma Sonrası Gelişim'in 'yaşamın kıymetini anlama' boyutunun, $F(3, 494) = 7.09, p < .001$, kısmi $\eta^2 = .041$, dört olay türünde anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur. Olay türlerine göre puan ortalamalarına bakıldığında, yaşamın kıymetini anlama boyutunun yaralanma/şok edici olay (Ort.= 3.60) yaşayanlarda, kasıt/saldırı içeren şiddet olay grubu (Ort.= 2.62) ve diğer grup olayları (Ort.= 2.60) yaşayanlara kıyasla istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha fazla yaşandığı bulunmuştur.

3.4.7 Travma Sonrası Stres Belirti Şiddetinin Yordanması

Travma sonrası stres (TSS) belirti şiddeti'nin yordayıcılarını incelemek amacıyla hiyerarşik çoklu regresyon analizi yürütülmüştür. Birinci basamakta sosyodemografik bilgileri içeren kontrol değişkenleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durum, daha önce geçirilmiş psikolojik hastalık); ikinci basamakta kişilik özellikleri (dışadönüklük, geçimlilik, sorumluluk, duygusal tutarsızlık, gelişime açıklık, olumsuz değerlik); üçüncü basamakta travmatik olayla ilgili değişkenler (olayın türü, olayı yaşama zamanı, belirtilerin süresi, engellenme düzeyi), son basamakta ise olay sonrası değişkenler (aileden-arkadaştan-önemli diğer birinden algılanan sosyal destek, intrusif/otomatik ruminasyon, istemli ruminasyon, problem çözme baş etme yolu, sosyal destek arayıcı baş etme yolu, çaresizlik baş etme yolu, kaderci başa çıkma yolu) analize dâhil edilmiştir. Olay türü dikkate alındığında, en yaygın olay grubu beklenmedik ölüm olayı olması nedeniyle karşılaştırmalar bu gruba yapılmış (dummy) ve 3 grup olay kullanılmıştır. Her basamakta girilen değişkenler Tablo 14'te sıralanmıştır.

Tablo 14. Travma Sonrası Stres Belirti Şiddeti ile modelde her basamakta kullanılan değişkenler

Bağımlı Değişken	Travma Sonrası Stres Belirti Şiddeti
Basamaklar	Bağımsız Değişkenler
1. Basamak	Kontrol Değişkenleri Yaş Cinsiyet* Eğitim (yıllara göre) Gelir Medeni durum** Ruhsal hastalık***
2. Basamak	Kişilik Özellikleri Dışadönüklük Geçimlilik Sorumluluk Duygusal Tutarsızlık Gelişime Açıklık Olumsuz Değerlik
3. Basamak	Travmatik Olay ile ilgili Değişkenler Kasıt/saldırı içeren şiddet'e karşı ölüm Yaralanma/şok edici olaya karşı ölüm Diğer olay grubuna karşı ölüm Belirtilerin süresi Olayı yaşama zamanı Engellenme düzeyi

4. Basamak

Travma sonrası değişkenler

Aileden alınan sosyal destek
Arkadaştan alınan sosyal destek
Diğerlerinden alınan sosyal destek
İntrusif/istemsiz Ruminasyon
İstemli Ruminasyon
Problem-odaklı başetme
Destek arayıcı başetme
Kaderci başetme
Çaresizlik başetme

Not: *Cinsiyet (Kadın: 0, Erkek: 1)
**Medeni Durum (Evlili: 0, Evli değil: 1)
***Ruhsal Hastalık (Hayır: 0, Evet: 1)

Bu model ile yapılan ilk regresyon analizinde bağımlı değişken 'travma sonrası stres belirti şiddeti', bağımsız değişkenler ise 'kişilik özellikleri', 'travmatik olay ile ilgili değişkenler', 'travmatik olay sonrası değişkenler'dir. Birinci adımda, kontrol değişkeni olarak atanan demografik değişkenlerin katkısı çıkarıldıktan sonra ikinci adımda kişilik özellikleri, üçüncü adımda olayla ilgili değişkenler, son basamakta ise travma sonrası değişkenler analize sokulmuştur. İlk basamakta enter metodu kullanılmış ve sosyodemografik değişkenlerin istatistiki etkisinin kontrol edilmesinin ardından bu değişkenlerin travma sonrası stres belirti şiddetini yordama düzeylerini belirlemek amacıyla diğer üç basamak 'stepwise' method kullanılarak Hiyerarşik Regresyon Analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçları Tablo 15'de özetlenmiştir.

Tablo 15. Travma Sonrası Stres Belirti Şiddeti puanı için yapılan regresyon analizi sonuçları

TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİ ŞİDDETİ		Model R ²	β (set içi)	t (set içi)	t (son basamak)
Adım	Değişkenler				
1.	Kontrol Değişkenleri	.19			
	Yaş		-.12	-2.88**	-2.56*
	Cinsiyet		-.15	-3.56***	-2.47*
	Medeni durum		.05	1.24	.05
	Eğitim		-.10	-2.08*	.59
	Gelir		-.23	-4.99***	-3.12**
	Ruhsal hastalık		.22	5.22***	1.32
2.	Kişilik Özellikleri	.30			
	Duygusal Tutarsızlık		.27	6.49***	3.69***
	Dışadönüklük		-.14	-3.26**	-1.58
3.	Travmatik Olayla İlgili Değişkenler	.58			
	Kasıt/saldırı içeren şiddet'e karşı ölüm		.07	2.39*	3.03**
	Olayı yaşama zamanı		-.14	-4.38***	-3.81
	Belirtilerin süresi		.25	7.66***	7.05***
	Engellenme düzeyi		.44	12.58***	10.50***

4. Travma sonrası Değişkenler	.64			
Intrusif/istemli Ruminasyon	.19	5.13***	5.13***	
Kaderci Başetme	.14	4.30**	4.30**	
İstemli Ruminasyon	.10	2.80**	2.80**	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tablo 15'ten de görüleceği gibi 4. adımdan sonra tüm değişkenler bir arada travma sonrası stres belirti şiddeti toplam puanını %64 düzeyinde (düzeltilmiş $R^2 = .63$) açıklayabilmektedir, $R^2 = .64$, $F(15, 465) = 56.09$, $p < .001$.

Analiz sonucunda, tüm değişkenlerin girildiği son basamakta kontrol değişkenlerinden, yaşın (genç olma) ($\beta = -.08$, $t = -2.56$, $p < .05$), cinsiyetin (kadın olma) ($\beta = -.07$, $t = -2.47$, $p < .05$), düşük gelir durumunun ($\beta = -.10$, $t = -3.12$, $p < .01$) travma sonrası stres belirti şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür.

Kişilik özelliklerinden, son basamakta sadece yüksek duygusal tutarsızlığın ($\beta = .11$, $t = 3.69$, $p < .001$) anlamlı düzeyde travma sonrası stres belirti şiddetini yordadığı görülmüştür. Ayrıca, basamak içinde, düşük dışadönüklüğün (içe dönüklük) ($\beta = -.07$, $t = -2.21$, $p < .05$) ise, intrusif/otomatik ruminasyonun analize girene kadar, anlamlı düzeyde travma sonrası stres belirti şiddetini yordadığı görülmüştür.

Olayla ilgili özelliklerden, engellenme düzeyinin ($\beta = .35$, $t = 10.49$, $p < .001$) yüksek olması, belirtilerin devam etmesinin ($\beta = .21$, $t = 7.05$, $p < .001$), kasıt/saldırı içeren şiddet olay grubunun beklenmedik ölüm olayına nazaran ($\beta = .09$, $t = 3.03$, $p < .01$), anlamlı düzeyde daha fazla olması travma sonrası stres belirti şiddetini yordadığı bulunmuştur. Bunun yanı sıra, olay zamanının yakın olması ($\beta = -.11$, $t = -3.81$, $p < .001$), belirti şiddetini arttırdığı görülmüştür.

Son olarak, travma sonrası değişkenlerden intrusif/otomatik ruminasyon ($\beta = .19$, $t = 5.13$, $p < .001$), istemli ruminasyon ($\beta = .10$, $t = 2.80$, $p < .01$) ve kaderci başetme yolunun ($\beta = .14$, $t = 4.30$, $p < .001$) yüksek olması daha fazla travma sonrası stres belirti şiddetini yordadığı bulunmuştur.

3.4.8 Travma Sonrası Gelişim'in Yordanması

TSG'nin yordayıcılarını incelemek amacıyla hiyerarşik çoklu regresyon analizi yürütülmüştür. Dört basamakta girilen değişkenlerin listesi Tablo 16'da görülmektedir. Sosyodemografik özelliklerin olası etkisini kontrol edebilmek amacıyla ilk basamakta 'enter' methoduyla girilmiştir. Kişilik özellikleri, olaya ilişkin faktörler ve travma sonrası değişkenlerden oluşan diğer üç basamakta 'stepwise' yöntemi tercih edilmiştir.

Tablo 16. Travma Sonrası Gelişim ile modelde her basamakta kullanılan değişkenler

Bağımlı Değişken Travma Sonrası Gelişim	
Basamaklar	Bağımsız Değişkenler
1. Basamak	Kontrol Değişkenleri Yaş Cinsiyet* Eğitim (yıllara göre) Gelir Medeni durum** Ruhsal hastalık***
2. Basamak	Kişilik Özellikleri Dışadönüklük Geçimlilik Sorumluluk Duygusal Tutarsızlık Gelişime Açıklık Olumsuz Değerlik
3. Basamak	Travmatik Olay ile ilgili Değişkenler Kasıt/saldırı içeren şiddet'e karşı ölüm Yaralanma/şok edici olaya karşı ölüm Diğer olay grubuna karşı ölüm Belirtilerin süresi Olayı yaşama zamanı Engellenme düzeyi
4. Basamak	Travma sonrası değişkenler Aileden alınan sosyal destek Arkadaştan alınan sosyal destek Diğerlerinden alınan sosyal destek İntrusif/istemsiz Ruminasyon İstemli Ruminasyon Problem-odaklı başetme Destek arayıcı başetme Kadercı başetme Çaresizlik başetme

Not: *Cinsiyet (Kadın: 0, Erkek: 1)
**Medeni Durum (Evli: 0, Evli değil: 1)
***Ruhsal Hastalık (Hayır: 0, Evet: 1)

Bu model ile yapılan ikinci regresyon analizinde bağımlı değişken 'travma sonrası gelişim', bağımsız değişkenler ise 'kişilik özellikleri', 'travmatik olay ile ilgili değişkenler', 'travmatik olay sonrası değişkenler'dir. Birinci adımda, kontrol değişkeni olarak atanan demografik değişkenlerin katkısı çıkarıldıktan sonra ikinci adımda kişilik özellikleri, üçüncü

adımda ise olayla ilgili değişkenler analize sokulmuştur. İlk basamakta sosyodemografik değişkenlerin istatistiki etkisinin kontrol edilmesinin ardından bu değişkenlerin travma sonrası gelişimi yordama düzeylerini belirlemek amacıyla Hiyerarşik Regresyon Analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçları Tablo 17’de özetlenmiştir.

Tablo 17. Travma Sonrası Gelişim’e ilişkin değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

TRAVMA SONRASI GELİŞİM		Model R²	β (set içi)	t (set içi)	t (son basama k)
Adım	Değişkenler				
1.	Kontrol Değişkenleri	.03			
	Yaş		-.08	-1.62	-4.02***
	Cinsiyet		-.07	-1.52	.38
	Medeni durum		-.04	-.84	.28
	Eğitim		-.13	-2.45*	-2.42*
	Gelir		-.03	-.52	-.10
	Ruhsal hastalık		-.00	-.08	-1.02
2.	Kişilik Özellikleri	.16			
	Sorumluluk		.18	3.45**	2.24*
	Gelişime Açıklık		.17	3.55***	1.87
	Geçimlilik		.14	2.72**	.60
3.	Travmatik Olayla İlgili Değişkenler	.18			
	Yaralanma/şok olay grubuna karşı ölüm		.11	2.51*	3.02**
	Belirti süresi		.09	2.11*	2.12*
4.	Travma sonrası Değişkenler	.38			
	İstemli Ruminasyon		.28	7.09***	7.09***
	Problem-odaklı başetme		.15	2.90**	2.90**
	Arkadaştan algılanan sosyal destek		.13	3.07**	3.07**
	Diğerinden algılanan sosyal destek		.13	3.18**	3.18**
	Destek arayıcı başetme		.14	2.78**	2.78**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Yukarıdaki tablodan da görüleceği gibi 4. adımdan sonra tüm değişkenler bir arada travma sonrası gelişim puanını %38 düzeyinde açıklayabilmektedir, $R^2 = .38$ (düzeltilmiş $R^2 = .36$), $F(16, 464) = 17.90$, $p < .001$.

Analiz sonuçlarına göre, kontrol değişkenlerinden yaşın (genç olma) ($\beta = -.16$, $t = -4.02$, $p < .001$), ve eğitim durumunun (düşük) ($\beta = -.10$, $t = -2.42$, $p < .05$) anlamlı düzeyde travma sonrası gelişimi yordadığı görülmüştür.

İkinci adımda girilen kişilik özelliklerinden geçimlilik, gelişime açıklık ve sorumluluk değişkenlerinin travma sonrası gelişimi yordadığı görülmüştür. Ancak, son adımda tüm değişkenler analizde iken sadece sorumluluk kişilik özelliğinin ($\beta = .10$, $t = 2.24$, $p < .05$) TSG’yi yordadığı görülmüştür. Gelişime açıklık ($\beta = .16$, $t = 3.58$, $p < .001$) ve geçimlilik ($\beta =$

.12, $t = 2.37$, $p < .05$) kişilik özelliklerinin ise problem-odaklı baş etme yönteminin analize girmesiyle TSG'deki varyansı açıklayıcı etkisinin anlamsızlaştığı gözlenmiştir.

Olaya ilişkin faktörlerden, yaralanma/şok edici olay türleri beklenmedik ölüm olay grubuna karşı ($\beta = .11$, $t = 3.02$, $p < .01$), ve belirti süresi ($\beta = .08$, $t = 2.12$, $p < .05$) TSG ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

Son olarak, Travma sonrası etkenlerden, istemli ruminasyon ($\beta = .28$, $t = 7.09$, $p < .001$), problem-odaklı baş etme yolları ($\beta = .15$, $t = 2.90$, $p < .01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($\beta = .13$, $t = 3.07$, $p < .01$), diğerlerinden algılanan sosyal destek ($\beta = .13$, $t = 3.18$, $p < .01$), ve sosyal destek arayıcı baş etme yolları ($\beta = .14$, $t = 2.78$, $p < .01$), travma sonrası gelişim ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunan değişkenlerdendir.

3.9 Model Testi

Bu çalışmada önerilen model, LISREL 8.8 kullanılarak Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile test edilmiştir. Analizler öncesinde, veri gözden geçirilmiş (N = 740), ileri analizlere sadece yaşam boyu en az bir rahatsız edici olay işaretleyen katılımcılar (n = 498) dahil edilmiştir. İlgili kovaryans matrisi SPSS data dosyasından alınarak analizlere sokulmuştur.

Önerilen model, TSS şiddeti ve TSG'nin yordayıcılarını değerlendirebilmek ve TSS şiddeti ve TSG arasındaki ilişkiyi anlayabilmek üzerine kurulmuştur. Bu modelde yer alan temel değişkenler şu şekilde sıralanabilir; Kişilik özellikleri, Olaya ilişkin faktörler, Algılanan sosyal destek, Olaya ilişkin ruminasyon, Baş etme yolları, Travma Sonrası Belirti (TSS) Şiddeti, Travma Sonrası Gelişim (TSG). Bu değişkenler Tablo 18'de özetlenmiştir.

Tablo 18. Modelde yer alan değişkenler

Travma Öncesi	
Kişilik	Duygusal tutarsızlık, Geçimlilik, Sorumluluk, Gelişime açıklık, Dışadönüklük, Olumsuz değerlik (BPTI ile ölçülmüştür)
Travma sırasında	
Raporlanan olay şiddeti	Olay sırasındaki olay-şiddeti (PDS'nin 17, 18, 19, 20, 21, 22 maddeleri ile ölçülmüştür)
Travma Sonrası	
Algılanan Sosyal Destek	Aileden, Arkadaştan, Önemli Diğer kişilerden algılanan sosyal destek (MSPSS ile ölçülmüştür)
Olaya ilişkin Ruminasyon	İntrusif/istemli Ruminasyon, İstemli Ruminasyon (ERRI ile ölçülmüştür)
Baş etme yolları	Kaderciler, Çaresizlik, Problem çözme, Destek arayıcı (T-WCI ile ölçülmüştür)
Sonuç	
TSS Şiddeti	Yeniden yaşama, Kaçınma, İrkilme (TSSB'nin 3 belirtisi PDS'nin 23. - 39. Maddeleri ile ölçülmüştür)
Travma Sonrası Gelişim	Yeni olanaklar, Manevi değişim, Kişilerarası ilişkiler, Bireysel güçlülük, Yaşamın kıymetini anlama (PGTI ile ölçülmüştür)

Modelde, temel değişkenlerin indikatörlerine (gözlenen değişkenlerine) ayrı örtük değişkenler olarak yer verilmiştir. Bunun nedeni, indikatörlerin ilişkilere olan özgün katkılarını istatistiki anlamda değerlendirebilmek ve literatürde var olan araştırma sonuçlarını değerlendirebilmektir. Toplam on örtük değişken ve indikatörleri Tablo 19’da özetlenmiştir. Duygusal tutarsızlık, yapılan çalışmalarda defalarca TSS belirti şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuş, ayrıca intrusif/otomatik ruminasyon ve uygunsuz baş etme yolları ile ilişkilerini değerlendirebilmek için ayrı bir örtük değişken olarak yapılandırılmış olup Nevrotizm olarak adlandırılmıştır. Bu nedenle, nevrozizm örtük değişkeni, Temel Kişilik Özellikleri Envanterinin Duygusal Tutarsızlık faktöründe yer alan 9 maddesi ile ölçülmüştür. Diğer Kişilik Özellikleri olarak adlandırılan diğer özellikler ise Geçimlilik, Sorumluluk, Gelişime açıklık, Dışadönüklük, Olumsuz değerlik (negatif yüklü olarak) bu örtük değişkenin indikatörleri arasında yer almaktadır. Olay-sırasındaki faktörler olarak, sadece rapor edilen olay şiddeti indikatör olarak modelde yer almaktadır. Algılanan sosyal destek örtük değişkeni ise, 3 kaynaktan (aile, arkadaş, diğer önemli kişilerden) algılanan sosyal destek olmak üzere üç indikatörden oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda iki ruminasyon türünün farklı sonuçlara neden olabileceği gösterildiği için, iki ayrı örtük değişken; intrusif/otomatik ruminasyon ve istemli ruminasyon olarak modelde yer almıştır. Bu iki örtük değişkenin 10’ar ölçek maddeleri gözlenen değişkenler olarak analize girmiştir. Benzer şekilde, baş etme yolları Aktif başa çıkma ve Duygu-odaklı başa çıkma olarak iki ayrı örtük değişkende yapılandırılmıştır. Destek arayıcı başa çıkma ve problem-çözme odaklı başa çıkma Aktif başa çıkma örtük değişkeninin iki gözlenen değişkeni, iken çaresizlik ve kaderci başa çıkma gözlenen değişkenleri Duygu-odaklı başa çıkma örtük değişkenini ölçmekte kullanılmıştır. Sonuç değişkenleri ise Belirti Şiddeti ve TSG (Travma sonrası gelişim) olarak isimlendirilmiştir. Modelde, travma sonrası stres belirtileri yeniden yaşama, kaçınma ve irkilme puanları Belirti Şiddeti’nin üç ayrı gözlenen değişkenleri olurken, yeni olanaklar, manevi değişim, kişilerarası ilişkiler, bireysel güçlülük, yaşamın kıymetini anlama puanları da TSG’nin beş gözlenen değişkeni olarak yer almıştır.

Tablo 19. Modeldeki örtük ve gözlenen değişkenler

Örtük değişkenler	Gözlenen değişkenler
Nevrotizm	Kişilik envanterinin 9 maddelik Duygusal Tutarsızlık faktörü
Diğer Kişilik	Geçimlilik, Sorumluluk, Gelişime açıklık, Dışadönüklük, Olumsuz değerlik*
Rapor edilen Şiddet	Olay sırasındaki rapor edilen olay-şiddeti (PDS’nin 17. – 22. maddeleri ile ölçülmüştür)
Algılanan Sosyal Destek	Aileden, Arkadaştan, Önemli Diğer kişilerden algılanan sosyal destek

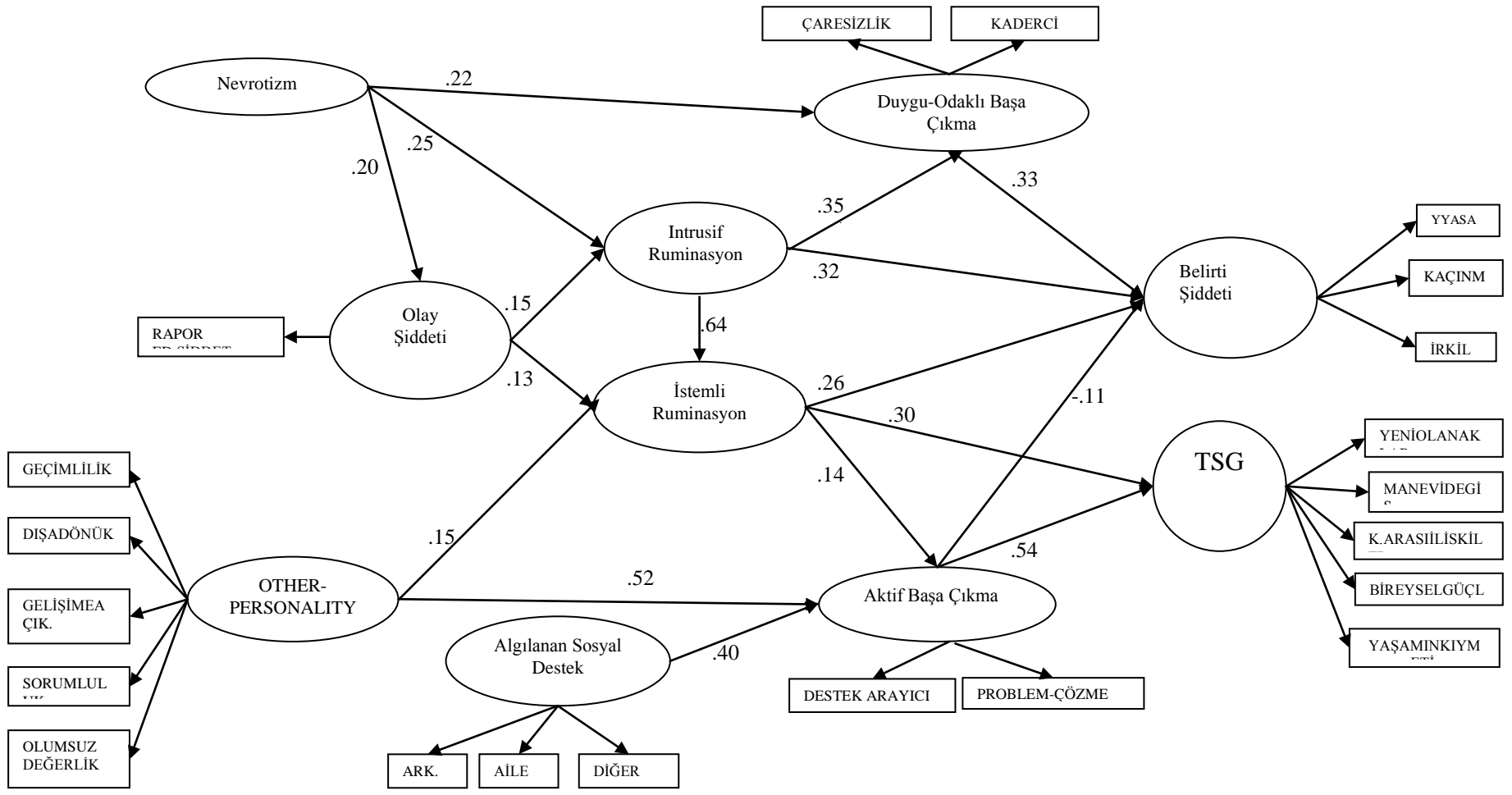
İntrusif/otomatik Ruminasyon	10 maddelik İntrusif/istemli Ruminasyon faktörü
İstemli Ruminasyon	10 maddelik İstemli Ruminasyon faktörü
Aktif Başa Çıkma	Problem çözme odaklı baş etme, Destek arayıcı baş etme
Duygu-Odaklı Başa Çıkma	Kaderci baş etme, Çaresizlik
Belirti Şiddeti	Yeniden yaşama, Kaçınma, İrkilme
TSG	Yeni olanaklar, Manevi değişim, Kişilerarası ilişkiler, Bireysel güçlülük, Yaşamın kıymetini anlama

*Olumsuz değerlik, Diğer-Kişilik özellikleri örtük değişkenine transformasyondan önce negatif yüklenmiştir.

Bu çalışmanın hipotezleri, yapısal eşitlik modeli (YEM) oluşturularak kapsamlı bir model çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bu nedenle, uyum endeksleri olarak Ki-Kare ve serbestlik derecesi (Ki-Kare/Sd) oranının 1 ile 5 arasında, RMSEA 0.0 ve 0.08 arasında, NNFI ve CFI değerlerinin ise 0.90'dan yüksek olması beklenmiştir.

Diğer-kişilik örtük değişkeni ile rapor edilen olay şiddeti değişkeni arasındaki doğrudan (direkt) etkinin, olay şiddeti ile algılanan sosyal destek arasındaki doğrudan ilişkinin, ve belirti şiddeti ile TSG arasındaki ilişkinin istatistiki olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla, bu üç yol (path) ileri analizler için modelden çıkarılmıştır. Birbirleriyle ilişkili olduğu düşünülen ve düzeltme endekslerinde önerilen ilişkiler dikkate alınmış ve örtük değişkenler içindeki gözlenen değerlerin hata varyansları birbiriyle bağlanmıştır. Bunlar arasında sadece bir gözlenen değişken örtük değişkenler arasında bir başka gözlenen değişkenin hataları ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, bu ilişkilendirme kaderci baş etme yolu ile destek arayıcı baş etme yolu arasında gerçekleşmiştir. Bu düzenleme örtük değişkenler arasında yapılan tek değişikliklerdir.

Bu çalışmadan elde edilen veri ile model test edildiğinde, modelin verilere iyi uyum sağladığı istatistiki olarak görülmektedir; χ^2 (1131, N = 498) = 2476.92, $p < .001$, ($\chi^2/ sd = 2.19$); RMSEA = .049 (C.I. 0.046-0.052), NNFI = .96, CFI = .96. Sonuç olarak, elde edilen yapısal model Şekil 5'te resmedilmiştir. Elips şekiller örtük değişkenleri, dikdörtgenler ise gözlenen değişkenleri temsil etmektedir. Örtük değişkenleri birleştiren bir çizginin olmaması arada istatistiki olarak doğrudan bir ilişkinin olmadığı anlamına gelmektedir.



Şekil 5. Yapısal Model

Gözlenen değişkenlerin örtük değişkenler üzerindeki standardize regresyon katsayıları (yükleri) .30 ile .95 (Medyan değeri .69) arasında değişmektedir. Görsel açıdan daha anlaşılabilir olması ve rahat takip edilebilirliği sağlamak için gözlenen değişkenlerin hata varyansları, ve örtük değişkenlerden Nevrotizm, İntusif Ruminasyon ve İstemli Ruminasyon'un gözlenen değişkenleri (ölçek maddeleri) yapısal modelin şekline dahil edilmemiştir. Örtük değişkenler arasında en güçlü ilişki Aktif başa çıkma ile TSG (.54) arasındayken en zayıf ilişki Aktif başa çıkma ile Belirti Şiddeti (-.11) arasında gözlenmiştir.

Doğrudan Etkiler

Şekil 5'te görüldüğü gibi, nevrozizm üç doğrudan etkiye sahiptir. Yüksek nevrozizmin rapor edilen olay şiddetini ($t = 3.50, p < .01$), İntusif ruminasyonu ($t = 4.08, p < .01$), ve Duygu-odaklı başa çıkma yollarını ($t = 3.76, p < .01$) arttırdığı görülürken, Diğer-kişilik özelliklerinin anlamlı düzeyde İstemli ruminasyonu ($t = 3.33, p < .01$), ve Aktif başa çıkma yollarını ($t = 7.60, p < .01$) arttırdığı bulunmuştur.

Olay şiddetiyle ilgili olarak, rapor edilen olay şiddetinin iki anlamlı doğrudan etkiye sahip olduğu gözlenmiştir. Bu sonuca göre, rapor edilen olay şiddetinin artması anlamlı düzeyde İntusif ruminasyonu ($t = 3.12, p < .01$), ve İstemli ruminasyonu ($t = 3.17, p < .01$) arttırdığı görülmüştür.

Ruminasyon açısından bakıldığında, istemli ruminasyonun kullanılması anlamlı düzeyde TSG düzeyini ($t = 6.22, p < .01$) arttırdığı, hem istemli ruminasyonun ($t = 4.11, p < .01$) hem de intrusif ruminasyonun ($t = 4.99, p < .01$) kullanılmasının ise Belirti şiddetini arttırdığı görülmüştür. Bunlara ek olarak, Başa çıkma yolları ile Ruminasyon arasındaki doğrudan etkilere bakıldığında, intrusif ruminasyonun daha çok Duygu-odaklı başa çıkma ($t = 7.17, p < .01$), İstemli ruminasyonun ise daha çok Aktif başa çıkma ($t = 2.96, p < .01$) ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Algılanan sosyal destek ile Aktif başa çıkma yolları arasındaki anlamlı doğrudan ilişki değerlendirildiğinde, algılanan sosyal desteğin yüksek olması Aktif başa çıkma yollarına başvurmayı arttırdığına işaret etmektedir ($t = 4.95, p < .01$).

Aktif başa çıkma yolları ile TSG ($t = 9.82, p < .01$) arasında gözlenen ilişki pozitif yönde istatistiki olarak anlamlıyken, Aktif başa çıkma yolları ile Belirti Şiddeti ($t = -2.43, p < .05$) arasındaki direkt etki negatif yönde anlamlı olduğu görülmüştür. Bu yollar (paths) Aktif başa çıkma yollarının kullanılmasının TSG'yi artırırken, Belirti şiddetini düşüreceğini göstermektedir. Diğer bir yandan, Duygu-odaklı başa çıkma ile Belirti şiddeti arasındaki direkt ilişki ise Duygu-odaklı başa çıkmanın belirti şiddetini arttıcağını göstermektedir ($t = 4.87, p < .01$).

Dolaylı Etkiler

Bu çalışmada, ara değişkenlerin anlamlılığı dolaylı etkilerin test edilmesiyle değerlendirilmiştir (Sobel, 1988; Alıntı Tabachnick & Fidell, 2007). Ara değişkenlerin bu şekilde değerlendirildiği yöntemin, aracılık (mediation) test yaklaşımından daha güçlü olduğu savunulmuştur (Baron & Kenny, 1986; MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West, & Sheets, 2002; Alıntı Tabachnick & Fidell, 2007).

Nevrotizm'in Belirti şiddeti'ne, olay-şiddeti, intrusif ruminasyon, istemli ruminasyon ve duygu-odaklı başa çıkma üzerinden, dolaylı etkileri .24 ($t = 4.82, p < .01$) olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları, nevrozmin daha fazla duygu-odaklı başa çıkma yolunu kullanmaya neden olduğunu ve bunun da belirti şiddetini arttırdığını göstermektedir. Bir başka yol ise, yüksek nevrozizm düzeyinin rapor edilen olay-şiddetini arttırdığını, bunun da ruminasyonu (intrusif ve/veya istemli ruminasyonu) arttırdığını, ve dolayısıyla daha yüksek belirti şiddeti yaşanmasına sebep olduğunu göstermektedir.

Ancak, ilginç bir şekilde bulgular nevrozizm'in olumlu sonuçlara (TSG'ye) da istemli ruminasyon üzerinden varılabileceğini göstermektedir. Nevrotizm'in TSG'ye dolaylı etkisinin .08 olduğu ($t = 3.93, p < .01$), bunun da nevrozmin travma sonrası gelişime yüksek olay-şiddeti ve/veya intrusif ruminasyon üzerinden daha fazla istemli ruminasyon aracılığıyla ulaşabileceği modelde görülmektedir. Bir diğer ilginç sonuç gösteriyor ki, istemli ruminasyonun Aktif başa çıkma üzerinden TSG'ye dolaylı etkisi istatistiki olarak anlamlıyken .07 ($t = 2.85, p < .01$), istemli ruminasyonun Aktif başa çıkma üzerinden belirti şiddetine dolaylı etkisi istatistiki olarak anlamlı değildir -.01 ($t = -1.86, p = ns$). Bulgular, İntrusif ruminasyonun belirti şiddeti üzerindeki toplam etkisinin .59 ($t = 12.10, p < .01$), Aktif başa çıkmanın TSG üzerindeki toplam etkisinin ise .54 ($t = 9.82, p < .01$) olduğunu göstermektedir.

Bunların dışında, İntrusif ruminasyon duygu-odaklı başa çıkma aracılığıyla belirti şiddetini arttırırken, İstemli ruminasyon Aktif başa çıkma aracılığıyla TSG düzeylerini arttırmaktadır.

Diğer kişilik özelliklerinin (dışadönüklük, gelişime açıklık vb.) TSG üzerindeki dolaylı etkisi (.34) İstemli ruminasyon ve/veya Aktif başa çıkma aracılığıyla istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($t = 7.08, p < .05$). Bu kişilik yapısının, istemli ruminasyon aracılığıyla veya istemli ruminasyon ve Aktif başa çıkma yolları aracılığıyla daha fazla TSG gösterdiği görülmektedir. Ancak, Diğer-kişilik özelliklerinin Belirti şiddeti üzerindeki dolaylı etkisinin istemli ruminasyon ve/veya Aktif başa çıkma aracılığıyla, istatistiki olarak anlamlı olmadığını göstermektedir -.02 ($t = -0.67, p = ns$).

Algılanan sosyal desteğin TSG üzerindeki dolaylı etkisinin (.22) Aktif başa çıkma aracılığıyla anlamlı ($t = 4.57, p < .01$) olduğu bulunmuştur. Ayrıca bulgular, algılanan sosyal desteğin Belirti şiddeti üzerindeki dolaylı etkisinin (-.04) Aktif başa çıkma aracılığıyla ($t = -$

2.20, $p < .05$) anlamlı olduğunu göstermektedir. Özetle, yüksek sosyal destek algısı Aktif başa çıkma yollarının kullanılmasını arttırarak, Travma sonrası gelişim düzeylerini arttırır ve belirti şiddetini azaltır.

Belirti şiddeti üzerindeki dolaylı etkiler Tablo 20'den, TSG üzerindeki dolaylı etkiler ise Tablo 21'den takip edilebilir.

Tablo 20. Belirti şiddeti ile ilişkili Dolaylı Etkiler

1.	Nevrotizm	Duygu-odaklı başa çıkma		
2.	Nevrotizm	İntrusif Ruminasyon		
3.	Nevrotizm	İntrusif Ruminasyon	Duygu-odaklı başa çıkma	
4.	Nevrotizm	Olay şiddeti	İntrusif Ruminasyon	
5.	Nevrotizm	Olay şiddeti	İntrusif Ruminasyon	Duygu-odaklı başa çıkma
6.	Nevrotizm	Olay şiddeti	İstemli Ruminasyon	
7.	Nevrotizm	Olay şiddeti	İntrusif Ruminasyon	İstemli Ruminasyon
8.	Algılanan destek	Aktif başa çıkma		

Tablo 21. TSG ile ilişkili Dolaylı Etkiler

1.	Diğer Kişilik	Aktif başa çıkma		
2.	Diğer Kişilik	İstemli Ruminasyon		
3.	Diğer Kişilik	İstemli Ruminasyon	Aktif başa çıkma	
4.	Nevrotizm	Olay şiddeti	İstemli Ruminasyon	
5.	Nevrotizm	Olay şiddeti	İstemli Ruminasyon	Aktif başa çıkma
6.	Nevrotizm	İntrusif Ruminasyon	İstemli Ruminasyon	
7.	Nevrotizm	İntrusif Ruminasyon	İstemli Ruminasyon	Aktif başa çıkma
8.	Algılanan destek	Aktif başa çıkma		

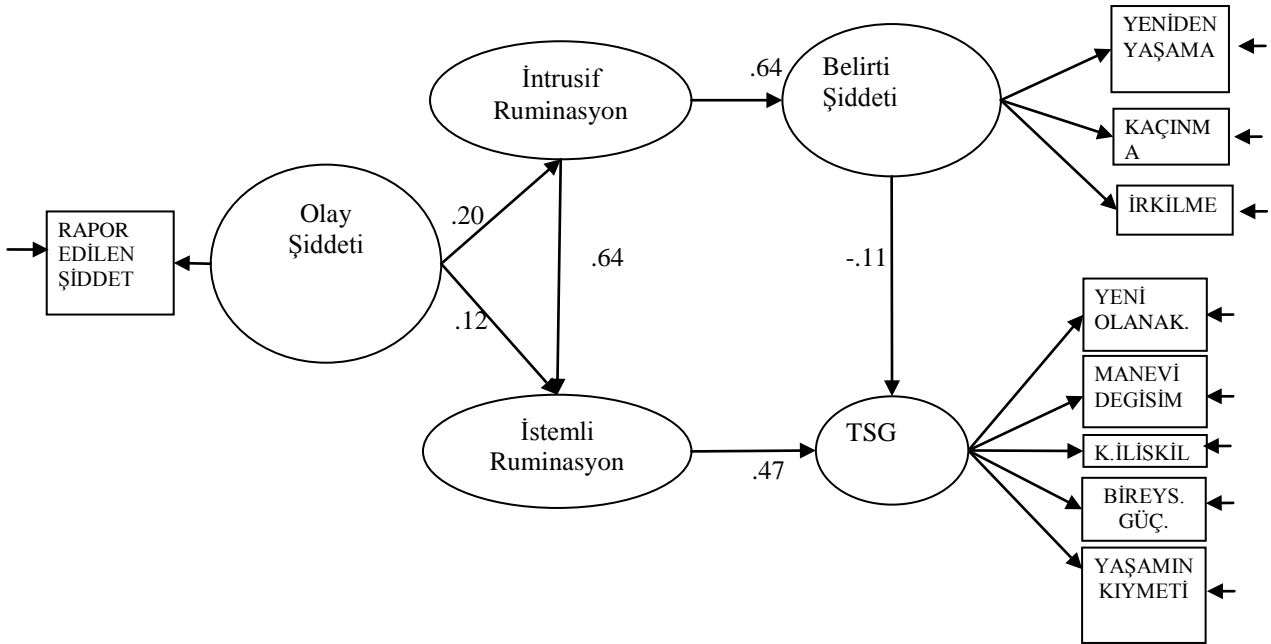
Sonuç olarak, Belirti şiddeti'ndeki varyansın %52'si ve TSG'deki varyansın %45'i model tarafından açıklanmıştır. Modeldeki içsel (endogenous) ve sonuç (outcome) değişkenlerdeki açıklanan varyanslar Tablo 22'de özetlenmiştir.

Tablo 22. Açıklanan varyanslar

Modeldeki değişkenler	R^2
Belirti şiddeti	0.52
TSG	0.45
İntrusif Ruminasyon	0.10
İstemli Ruminasyon	0.47
Aktif Başa çıkma yolları	0.63
Duygu-odaklı başa çıkma	0.21

3.9.1 Belirti şiddeti ve TSG arasındaki ilişki

Test edilen kapsamlı modelde, Belirti şiddeti ve TSG arasında pozitif yönde anlamlı doğrudan bir etkinin olmadığı sonucu çıkmıştır. Ancak, Belirti şiddeti ve TSG arasındaki ilişkiyi test edebilmek için daha basit bir model oluşturulmuştur. Bu model, beş örtük değişkenden oluşmaktadır. Bu değişkenler (olay şiddeti, intrusif ruminasyon, istemli ruminasyon, belirti şiddeti ve TSG) ve yapısal model Şekil 6'da gösterilmiştir. Bu model istatistiki olarak anlamlı Ki-kare değeri ile veriye iyi fit etmiş olduğu görülmektedir, χ^2 (355, N = 498) = 717.51, $p < .001$, ($\chi^2/sd = 2.02$); RMSEA = .045 (C.I. 0.041-0.050), NNFI = .98, CFI = .98.



Şekil 6. Belirti Şiddeti ile TSG arasındaki ilişkiyi içeren Yapısal Model

Gözlenen değişkenlerin örtük değişkenler üzerindeki standardize regresyon katsayıları (yükleri) .44 ile .83 (Medyan değeri .71) arasında değişmektedir. Görsel açıdan daha anlaşılabilir olması ve rahat takip edilebilirliği sağlamak için gözlenen değişkenlerin hata varyansları ve örtük değişkenlerden İntusif Ruminasyon ve İstemli Ruminasyon'un gözlenen değişkenleri (ölçek maddeleri) yapısal modelin şekline dahil edilmemiştir. Örtük değişkenler arasında en güçlü ilişki İntusif ruminasyon ve Belirti Şiddeti (.64) arasında görülürken, en zayıf ilişki belirti şiddeti ve TSG (-.11) arasında görülmüştür.

Doğrudan Etkiler

Şekil 6'da görüldüğü gibi, bu çalışmadaki diğer bulgularla tutarlı olarak, olay-şiddeti hem intrusif ($t = 4.31, p < .01$) hem de istemli ruminasyonu ($t = 4.99, p < .01$) istatistiki olarak anlamlı düzeyde etkilemiştir. Intrusif ruminasyon iki direkt etkiye sahiptir; intrusif ruminasyonun fazla olması anlamlı düzeyde daha fazla belirti şiddeti ($t = 13.11, p < .01$), ile ilişkili olduğu ve daha çok istemli ruminasyona ($t = 11.47, p < .01$) yol açabileceği görülmektedir. İstemli ruminasyonun ise, travma sonrası gelişim üzerindeki direkt etkisinin anlamlı olması, istemli ruminasyonun TSG düzeylerini ($t = 7.48, p < .01$) arttıracasına işaret etmektedir. Bunların dışında, belirti şiddeti ile TSG arasında pozitif bir ilişki olduğu varsayılmış olsa da, bulgular anlamlı ancak negatif yönde ($t = -2.05, p < .05$) bir ilişkinin var olduğunu göstermektedir. Zayıf bir ilişki olmasına rağmen, bu doğrudan ilişki gösteriyor ki belirti şiddeti azaldıkça TSG düzeyleri artmaktadır.

Dolaylı Etkiler

İntrusif ruminasyon, istemli ruminasyon ve belirti şiddeti aracılığıyla Olay-şiddetinin TSG üzerindeki dolaylı etkisinin (.10) istatistiki olarak anlamlı ($t = 4.22, p < .01$) olduğu bulunmuştur. Ayrıca, olay şiddetinin belirti şiddeti üzerindeki dolaylı etkisinin de (.13) anlamlı ($t = 4.16, p < .01$) olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla, olay şiddetinin artması, hem intrusif hem istemli ruminasyonu artırır. Eğer yüksek olay şiddeti intrusif ruminasyon aracılığıyla belirti şiddetini arttırsa, bu da travma sonrası gelişim düzeylerini azaltabilir. Ancak, yüksek olay-şiddeti sonrasında eğer intrusif ruminasyon istemli ruminasyona katkı sağlarsa, bu da travma sonrası gelişim düzeylerinde artışa neden olabilir. İntusif ruminasyonun TSG üzerindeki dolaylı etkisinin (.23), belirti şiddeti ve istemli ruminasyon aracılığıyla ($t = 5.53, p < .01$) anlamlı olduğu bulunmuştur. Kısaca, intrusif ruminasyon travma sonrası gelişim düzeylerini istemli ruminasyon aracılığıyla artırırken, intrusif ruminasyon belirti şiddetini artırması nedeniyle travma sonrası gelişim düzeylerini azaltmaktadır.

Sonuç olarak, Belirti şiddeti üzerindeki %41'lik varyans ve TSG üzerindeki %19'luk varyans model tarafından açıklanmıştır. Modeldeki içsel (endogenous) ve sonuç (outcome) değişkenlerdeki açıklanan varyanslar Tablo 23'te özetlenmiştir.

Tablo 23. Açıklanan varyanslar

Modeldeki değişkenler	R²
Belirti şiddeti	0.41
TSG	0.19
İntrusif Ruminasyon	0.46
İstemli Ruminasyon	0.40

4. TARTIŞMA

Türkiye’de tarih içerisinde pek çok deprem, ciddi kaza, şiddet, göç, savaşlar, büyük ve küçük çaplı afetler ve travmatik olaylar yaşanmış olmasına rağmen (Aker vd., 2004), bu konuda yürütülen bilimsel çalışmaların görece az olduğu görülmektedir. Özellikle Marmara Bölgesi’nde meydana gelen 17 Ağustos ve 12 Kasım 1999 depremlerin ardından afetler ve etkileriyle ilgili çalışmalarda önemli bir artış yaşanmıştır. Bu çalışmaların öncesinde ise kadınlara yönelik şiddet, işkence, çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşam olayları ve göçler konusunda az sayıda da olsa çalışmalar yapılmıştır (Aker, Önen ve Karakılıç, 2007). Yine de Türkiye’de ruh sağlığı alanında önemli bir duyarlılık ortaya çıkmış ve ruhsal travma konusunda eğitim, araştırma, tedavi ve destek hizmetleri alanında önemli adımlar atılmıştır. Genel artışa nazaran, ruhsal travmalar ve etkilerine karşın elimizde yeterince yaygınlık çalışmaları yoktur. Bu eksiklik, ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasını güçleştirmektedir. Ruhsal travma konusundaki yaygınlık çalışmaları daha çok depremler ile ilgili yapılmıştır. Göç, trafik kazaları, kadına yönelik şiddet gibi travmatik olaylarla ilgili elimizde çeşitli bilgiler olmakla birlikte etkilenmenin yaygınlığı ve ruh sağlığı sorunlarının seyri gibi konularda çıkarımlar yapmak güçtür. Belirli travmatik olaylara yönelik çalışmalar dışında, genel olarak toplumda temsili örneklemelerde farklı türde travmatik olayların yaygınlığını ve etkilerini gösteren çalışmalar azdır. Bu çalışmalardan ilki, 2009 yılında Karancı vd. (2012) tarafından üç ilde (Ankara, Kocaeli ve Erzincan) yetişkin örneklemde farklı travmatik olaylar, yaygınlık oranları ve bunların travma tepkileri ile ilişkileri hakkında bilgi toplanmak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma ise, travmatik olayların yaygınlık ve etkilerinin başka bir bölgede, daha kapsamlı bir model çerçevesinde değerlendirilmesini amaçlamıştır.

Genel olarak, travmatik yaşam olayları tehlikeli, baş edilemez ve beklenmedik bir zamanda ortaya çıkan, kişinin kendisini güçsüz ve çaresiz hissettiren yaşantılardır (Figley, 1985). Ayrıca, kişinin bu olayları işlemlenmesini sekteye uğratan ve sağlıklı baş etme becerilerini de zedeleyen yaşantılardır. Bu tür travmatik yaşantılar, bireyde yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duygularının yanı sıra kaçınma davranışlarını da ortaya çıkarır. Travmatik yaşantı sırasında birey, insanın tehlike karşısında gösterdiği en temel üç tepkiyi vermektedir: kaçma, savaşıma ya da donup kalma.

Travmatik yaşantılar tek bir bireyi etkileyebileceği gibi tüm toplumu da etkileyebilir. Toplumsal düzeyde ortaya çıkan travmatik yaşam olayları yani afetler hem travmatik yaşantılardır hem de toplumsal kaynakları işlemez hale getiren, hem bireyin hem de toplumun başa çıkma yetilerini tehdit eden durumlardır (Ursano, Fullerton ve Mccaughey, 1994). Felaketler, doğal veya insan kaynaklı olabilir. Deprem, sel, çığ düşmesi ve kasırga gibi doğa kökenli olaylar, her ne kadar insan yapımı çevre ve ihmaller sonucunda da ortaya

çıkabilseler, doğal afetler olarak ele alınmaktadır. Buna karşın, savaş, işkence, fiziksel ve cinsel saldırı/istismar, bombalama, yerinden edilme, motorlu araç kazaları gibi durumlar ise insan kaynaklı felaketlerdir. İnsanın travmatik durumlara gösterdiği tepkiler travmanın doğasına bağlı olarak değişmektedir. Bu tür yaşantıların etkisi sadece birkaç dakika sürebileceği gibi, saatler ya da günlerce sürebilmektedir. Travmatik bir durumun yarattığı yıkım bu olayın çocukluk döneminde yaşanmasına, insan kaynaklı olmasına ve uzun süre devam etmesine bağlı olarak çok şiddetli olmakta; olumsuz etkileri yaşam boyu devam edebilmektedir (Brewin, Andrews ve Valentine, 2000; Ozer vd., 2003). Travmatik yaşantılar birey ve toplum üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal açılardan olumsuz etkiler yaratabilmektedir.

Özetle, travmatik yaşantılar, kişinin gerçek bir ölüm, ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisinin ya da bir başkasının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir olay yaşaması; böyle bir olaya tanık olması ya da bir yakının beklenmedik ölümünü, şiddete maruz kaldığını öğrenmesi gibi yaşantılardır (DSM-IV-TR, 2001). Bu tür yaşantılar bireyin başa çıkma becerilerini aşan ve kontrol kaybetme, ölme gibi korkularla baş başa bırakan psikolojik travmalara yol açar; bireye, duygusal, zihinsel ve fiziksel yük bindirir. Durumun travmatik olmasını belirleyen en önemli etkenlerden biri kişinin maruz kaldığı duruma ilişkin öznel yaşantıdır.

Ruhsal Travma tanımı yıllar içinde çeşitli değişiklikler yaşamış olmakla birlikte, son yıllarda nesnel ve öznel yönlerine yapılan vurgu ile tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda durumun nesnel özellikleri, yani örseleyici olumsuz yaşam olayının yaşanması, tanık olunması ve öğrenilmesi travmatik olay (TO) veya potansiyel travmatik olay olarak ele alınmaktadır. Nesnel ve öznel özelliklerin bir arada yaşanması, yani TO'ya karşı korku, dehşet ve çaresizlik gibi tepkilerin gelişmesi, durumuna da Ruhsal Travmatik Olay (RTO) denmektedir. RTO, DSM-IV tanı kriterlerinde A ölçütünün karşılanması olarak tanımlanabilir. Bu ölçüt, (1) kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, ya da kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne tehdit edici bir olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olması ve (2) kişinin bu olaya aşırı korku, çaresizlik, ya da dehşetle tepki vermiş olmasıdır (DSM-IV-TR; 2001).

Bu araştırmanın üç temel amacı vardır;

I. Ruhsal Travmatik Olayların yaygınlığının saptanması,

- i. Farklı travmatik olayların (TO) özelliklerini ve yaygınlığını,
- ii. TO'lar arasında kişiyi en fazla etkileyen travmatik olay (ETO) özelliklerini ve yaygınlığını,
- iii. ETO'lar arasında ruhsal travmatik olay ölçütlerine uyanların (RTO) özellik ve yaygınlığının değerlendirilmesidir.

II. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun (TSSB) yaygınlığı ve travma sonrası stres (TSS) belirti şiddetini yordayan değişkenlerin değerlendirilmesi ve bir model çerçevesinde test edilmesi

III. Ruhsal travmalar sonrası yaşanabilecek travma sonrası gelişim (TSG) düzeyleri ve bunları yordayan değişkenlerin incelenmesi ve bir model çerçevesinde test edilmesidir.

Çalışmada ayrıca ruhsal travmanın olumsuz ve olumlu etkilerini şekillendirmede kişilik özelliklerinin etkisi de incelenmiştir. Çalışma bulguları, ülke genelini temsili bir niteliği olmasa bile, Türkiye'de yaşanan en yaygın travmatik yaşantılar, bu yaşantıların en olumsuzları, ruhsal travmatik olaylar ve bu olayların travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkileri konusunda önemli bilgiler sağlamıştır. Ayrıca, travma sonrası stres belirtilerinin ve travma sonrası gelişim ile ilişkili olan olay ve kişilik özellikleri hakkında değerlendirme yapılabilmektedir. Bu özellikleri nedeniyle, bu araştırma sadece yaygınlıkla ilişkili verileri içermemekte, travma ve kültürel özelliklerimize ilişkin de önemli bilgiler sağlamaktadır. Tüm bu özellikleri nedeniyle çalışmamızın Türkiye'de bir ilk çalışma olması önemlidir.

4.1 Travmatik Yaşam Olayları ve Ruhsal Travmatik Olayların yaygınlığının saptanması

Bu çalışmanın sonuçları, ömür boyu en az bir travmatik olay yaşama oranının %67.3 olduğunu, dolayısıyla daha önceki literatür bulgularının aralığında olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada, ömür boyu ruhsal travmatik olay (RTO) yaşama yaygınlık oranının (DSM-IV-TR Kriter A koşuluna uygun olarak) %31.5, buna karşılık olası TSSB yaygınlığının ise %10.8 olduğu bulunmuştur. Olası TSSB yaygınlık oranı kadınlarda (%16.9), erkeklere (%14.5) göre biraz daha yüksek olmasına rağmen, bu farkın istatistiki olarak anlamsız olduğu saptanmıştır.

Tek tek olay türleri bazında yapılan karşılaştırmalarda, tanımadığı biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak, askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma, hapsedilme ve işkenceye maruz kalma olay türlerinde erkek ve kadın örnekleme farklılaşmıştır. Dolayısıyla, yaşam boyu kişilerin karşılaştığı olay türleri kadınlar ve erkekler için farklılaşmaktadır. Bu olaylardan en fazla etkileyen (ETO) olay olup olmaması açısından kadın ve erkek örnekleme farklılaşmamıştır. Ancak, beklenmedik bir ölüm olayının ETO olması, erkek ve kadın örnekleme istatistiki olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. Bunlara ek olarak, ruhsal travmatik olay (RTO) niteliğindeki olaylar açısından da, erkek ve kadın katılımcılar arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Ancak önemli bir nokta, olaylar arasında RTO niteliğinde olup olmama açısından istatistiki olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Örneğin, Ciddi bir kaza, Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak, ve Hayatı tehdit eden bir hastalık olaylarının daha fazla RTO olma yönündeki farkları anlamlıdır. Ayrıca, beklenmedik ölüm ve diğer olayların daha az

RTO olma yönündeki fark anlamlıdır. Bu bulgular, yaralanma/şok edici ve kasıt/saldırı içeren şiddet grubu olayların daha sıklıkla ruhsal olarak travmatik yaşanmasına yol açarken, ölüm ve diğer tür olayların (örneğin boşanma, iflas vb) daha az sıklıkla RTO niteliği olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan da, bu olaylardan sadece beklenmedik ölüm olayının, olası TSSB'ye yol açıp açmama açısından istatistiki olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Dolayısıyla, bu çalışmada beklenmedik ölüm olayının, olası TSSB'ye daha az oranda yol açmakta olduğu görülmüştür.

Olayların yaygınlık oranları ve cinsiyet farklılıkları ile ilgili sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde, bazı tür olayların daha az bildirildiği bu nedenle istatistiki açıdan anlamlı farkların gözlenmediği düşünülmüştür. Örneğin, kasıt/saldırı içeren şiddet olay türlerinin böyle bir araştırma kapsamında anketörlere rapor edilmesinde güçlükler yaşanmış olabileceği düşünülmektedir. Katılımcı, ilk ve son kez karşılaştığı araştırmacıya, gizlilik prensipleri detaylı bir şekilde ifade edilmiş olmasına rağmen, yaşadığı olayları paylaşmak konusunda zorluk çekmiş veya paylaşmak istememiş olabilir. Bunun bir nedeni, araştırma yönteminin doğası gereği güven ilişkisinin kurulmasının zor olabileceği olabilir. Örneğin bazı soruların aile üyeleri veya tanıdıklarının da dahil olduğu bilgileri içermesi, güven ilişkisi kurulmadan, bu tür olayların rapor edilmesini zorlaştırmış ve eksik bildirimine yol açmış olabilir. Bu nedenle, bu tür olayların eksik bildirim, cinsiyet gruplarının her biri için doğru sonuçlara ulaşmayı engellemiş olabilir.

Regresyon analizi sonuçları düşük gelir düzeyi, genç yaş, düşük eğitim düzeyi, ruhsal rahatsızlığın olması, olası TSSB'yi arttığını ortaya koymuştur. Kadın ve erkek arasında, olası TSSB açısından da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak, kadın ve erkek arasında tanı anlamında bir fark olmaması, bu durumun travma sonrası stres belirti düzeyleri açısından farklılar yaratabileceğini düşündürmüştür. Dolayısıyla, TSS belirti şiddeti skorlarında cinsiyete dayalı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Ayrıca, cinsiyete bağlı farklılıkların görülmemesinin bir başka nedeni de, olayın işlenme veya kullanılan başa çıkma stratejilerindeki farklılıklar olabilir. Buna ek olarak, bazı olay türlerinin cinsiyete bağlı olarak ifade edilme zorluğu sebebi ile, cinsiyete bağlı olarak eksik bildirim, dolayısıyla sonuçların karşılaştırılması ve analiz yapılmasına engel durumlar oluşturduğu söylenebilir.

4.2 Travma Sonrası Stres Belirti Şiddeti ile ilgili Faktörler

Olası TSSB'yi etkileyen olay türleri ve sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesinin ardından, travma sonrası kişilerde görülen stres belirtilerinin şiddetini etkileyen faktörler incelenmiştir.

Belirti şiddeti, Travma sonrası stres bozukluğu'nun (TSSB) üç belirtisinin toplam ortalama puanı olarak hesaplanmıştır. Travmatik yaşantılar sonrasında yaşanan bu üç belirti

yeniden yaşama, kaçınma, irkilme olarak adlandırılmıştır. Bu çalışmada, TSS belirti şiddetine ilişkin faktörler araştırılmış ve bu bölümde sonuçlar tartışılacaktır.

Bu çalışmada, kişilik faktörleri arasında, duygusal tutarsızlığın yüksek belirti şiddetiyle en fazla ilişki gösteren kişilik özelliği olduğu saptanmıştır. İntusif ruminasyon, analize girene kadar dışadönüklük, belirti şiddeti ile negatif ilişkili olduğu görülmüştür. Bu da, belirti şiddetindeki varyansı açıklamada, içe dönüklük ve intrusif ruminasyonun etkisi olduğu, ancak tüm değişkenler bir aradayken intrusif ruminasyonun daha önemli katkısı olduğunu göstermektedir. Kişiliğin, ruminasyon üzerinden, belirti şiddetine dolaylı etkisine ilişkin sonuçlar, daha sonra model testiyle ilgili bulguların tartışıldığı bölümde ele alınacaktır. Bu bulgu literatür bulguları ile uyum göstermiştir; tek başına duygusal tutarsızlık ya da içedönüklük ile birlikte duygusal tutarsızlığın, TSSB ve TSS belirti şiddeti ile ilişkili (Ai vd., 2005; Evers vd., 2001; Val & Linley, 2006; Emmelkamp, 2006) olduğu bulunmuştur. Yüksek nevrotizm yapısı olan kişilerin (dışadönüklük ve sorumluluk özelliklerine nazaran) travmatik olay sırasında yüksek şiddet algısı nedeniyle daha fazla etkilendiği (Löckenhoff vd., 2009) belirtilmiştir. Duygusal tutarsızlıkla algılanan olay şiddeti arasındaki bu ilişki, modelin test sonuçlarının sunulduğu bölümde ele alınacaktır.

Olaya ilişkin faktörler (olay türü, olay zamanı, belirtilerin süresi, toplam engellenme düzeyi) yaygın çalışılmış değişkenlerdendir. Regresyon analizinde girilen bütün değişkenler belirti şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Artan engellenme düzeyi (sosyal-evlilik-akademik-çalışma hayatı, eşi, arkadaşları, iş arkadaşları ile ilişkiler) ve belirtilerin uzun sürmesi yüksek belirti şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Bir varsayıma göre, stres belirtilerinin devam etmesi, kişinin işlevselliğinin bozulmasına (Mulder, Fergusson & Honwood, 2013) ve şiddet algısının da korunmasına sebebiyet vermektedir. Bu nedenle kişinin belirti şiddeti de artmaktadır. Travmatik olay üzerinden geçen zaman, farklı sonuçları belirleyen bir başka faktördür. Bu çalışmada, travma üzerinden geçen süre ile belirti şiddeti arasında negatif ilişki bulunmuş, bu da geçen süre ile birlikte belirti şiddetinin azaldığını ortaya koymuştur. Literatürde, zamanın belirti şiddetine olan etkisi hakkında net sonuçlar yoktur. Boylamsal araştırma sonuçlarına göre, tecavüz (Foa & Rothbaum, 1989) ve şiddet suçları (Rothbaum vd., 1992) sonrasında, TSSB belirtilerinde gerileme bulunmuştur. Mevcut çalışma, beklenmedik ölüme kıyasla kasıt/saldırı içeren şiddet grubu olayların belirti şiddeti ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan, mevcut çalışmanın boylamsal bir çalışma olmaması sebebiyle, değişik türde olayların ardından zamanın etkileri hakkında açık bir sonuç elde edilememiştir. Mevcut araştırma, geçen zaman yerine bireysel kaynaklar ve travma sonrası işleme gibi süreçlere odaklanmıştır. Ancak, Tedeschi ve Calhoun (2004) tarafından belirtilen, unutulmaması gereken önemli bir nokta da, zamanın etkili bir şekilde başa çıkmak ve olayı anlamlandırmak için gerekli olduğudur. Kasıt/saldırı içeren şiddet grubunda yer alan olayların

belirti şiddetini arttırma sebeplerinden biri, olayın doğası gereği, adaptif başa çıkma stratejilerinin kullanılma ve anlam bulma açısından yaşanan zorlukların da olaya eşlik ediyor olmasıdır. Aynı şekilde, bu tür olaylar sonrasında, olayı ve anıları ruminasyon yaparak, bastırarak veya kaçınarak olumsuz bir şekilde yorumlama da belirtilerin sürdürülmesine neden olabilmektedir (Mayou vd., 2002). Bu aşamada, olayın kendisinden ziyade, intrusif anılar ile ilgili bireyin kaynakları ve kapasitesi önem kazanmaktadır. Olay geçmiş, tehlike veya tehdit artık ortadan kalkmış olmasına rağmen, zihinsel süreçler bireyi zorlamaya devam edebilir (Freddy vd., 1992). Bu çalışmadan elde edilen bulgular, intrusif ruminasyon, istemli ruminasyon ve kadercilik başatmanın de belirti şiddetini etkileyen önemli paydaşlar olduğunu ortaya koymuştur. Bu da her iki tür ruminasyonun (intrusif ve istemli) belirti şiddetini artırabildiğini göstermiştir.

Başatma stratejileri açısından değerlendirildiğinde, duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden biri olan kadercilik, belirti şiddeti ile daha fazla ilişkili bulunmuştur. Yaşanan sıkıntıya anlam verme sürecinde özellikle de kadercil toplumlarda yaşayan bazı insanların, dine ya da spiritüel yaşama sığındığı (Splevins, Cohen, Bowley, ve Joseph, 2010) belirtilmiştir. Bu nedenle, bazı bireyin dini başa çıkma aracılığıyla, sorunu çözme yaklaşımları yerine kabullenme ile olaya yaklaştığı (Pargament, 1997) iddia edilmiştir. Dini başa çıkmanın hem negatif hem pozitif yönde iki taraflı ele alınabileceği varsayılmıştır. Bir tarafta, olumlu dini başa çıkmada, Tanrı ile sadakat ve güven sorgulanmayan bir ilişki kurularak, sorunlar Tanrının yardımı ile bağışlama, kabul etme ve kendi haline bırakma ile çözülmektedir. Öte yandan, olumsuz dini başa çıkmada Tanrı ile güvensiz bir ilişki söz konusudur ve stresli olaylar Tanrının bir cezası olarak yorumlanır. Bu çalışmanın bulguları, negatif dini başa çıkma ile daha fazla ilgili olduğu varsayılabilir. Ancak travma sonrası değerlendirmeler ve kadercilik-dini yolla başa çıkma üzerine daha derinlemesine görüşmeler yapıp nitel analizlerle bu sonuca varmak doğru olabilir. Negatif dini başa çıkmada adaletsizlik düşünceleri, Tanrı'ya öfke duyguları ile travmatik olaylara ilişkin anlam bulmakta zorluklar yaşanabilir (Pargament vd., 1998), ve buna bağlı olarak da belirti şiddetinin arttığı söylenebilir.

4.3 Travma Sonrası Gelişim ile ilgili Faktörler

Travmatik yaşantılar sonrasında bireylerin travma öncesi durumlarından daha da iyi bir seviyeye gelmeleri olarak tanımlanan Travma Sonrası Gelişim (TSG), bu çalışmada araştırılan bir diğer sonuç değişkenidir. Travma sonrası gelişim'in beş alt boyuttan oluştuğu belirtilmiştir; yeni olanakların algılanması, manevi değişim, kişilerarası ilişkiler, bireysel güçlülük, yaşamın kıymetini anlama. Bu kavram, son yıllarda artan ilgiyle araştırılmıştır. Ancak bu çalışma travma sonrası yaşanan olumsuz sonuçlarla aynı anda olumlu sonuçları

da değerlendirmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada, TSG'ye ilişkin faktörlerin ele alınmasından sonra belirti şiddeti ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişki de değerlendirilmiştir.

Sosyodemografik faktörler arasında, genç yaş ve düşük eğitim düzeyi ile daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. Genç yaş ve TSG arasındaki bu bulgu, önceki araştırma sonuçlarında (Sawyer vd., 2010; Karanci vd., 2009; Merecz vd., 2012) desteklenmiştir. Açıklamalar çoğunlukla, travma sonrasında gençlerin yaşlılara göre daha kolay adapte olabileceği olasılığına yoğunlaşmıştır. Bu da temel inançların yaşlı insanlarda kolay değişmezken, genç insanlarda kırılabilir ve potansiyel olarak değişebilir olmasından kaynaklanabilmektedir (Calhoun, Cann, Tedeschi, McMillan ve 1998). Benzer şekilde, zaman içinde sağlanan gelişim, kişinin kendisi, başkaları ve dünya hakkındaki temel varsayımlarının sorgulanmasına, dolayısıyla kimlik dönüşümüne yol açar (Janoff-Bulman, 1992). Genç insanlarda bu dönüşümün gerçekleşmesi daha fazla zamana sahip olduklarına bağlı olabilir. Başka bir açıklama da, yaşlı insanların genel olarak daha uzlaşmacı, vicdani ve duygusal olarak daha istikrarlı olması sebebiyle olumlu değişikliklerin daha az belirgin olabileceğidir (Roberts & Mroczek, 2008). Bu çalışma bulguları, genç yaşın, yüksek belirti şiddeti ile de ilişkili olduğunu bulmuştur. Dolayısıyla, sadece genç yaşta olmaktan ziyade, kişinin başa çıkma becerileri, zihinsel süreçleri, kaynakları (sosyal destek, kişilik) gibi diğer faktörlerle de bir arada değerlendirildiğinde sonuçları değiştirebilmektedir.

Travma öncesi faktörler arasında yer alan kişilik, travma literatüründe yaygın olarak incelenmiştir. Bu çalışmada, sorumluluk kişilik özelliği, TSG ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Ancak, gelişime açıklık ve geçimlilik kişilik özellikleri de, TSG ile ilişkili bulunmuştur. Ancak problem çözme baş etme yolu regresyon analizine girdiğinde, bu değişkenlerin birarada TSG'yi açıkladıkları varyans etkisini kaybetti. Bu nedenle, problem çözme baş etme tekniği ve bu iki kişilik özelliği arasında TSG varyansını açıklama konusunda birbirine benzer özellikler gösterdiği söylenebilir. Bu durum ayrıca, kişilik özellikler ve TSG arasında başa çıkma yollarının aracılık rolünü inceleme gerekliliğini vurgulamıştır (Karanci vd., 2012). Bazı çalışmalar sorumluluk kişilik yapısının, hedefe ulaşmak için daha disiplinli ve istekli olma (Costa & McCrae, 1992), problemden kaçınmak yerine doğrudan üzerine gitme (Connor-Smith & Flachsbart, 2007) gibi özellikleri sebebiyle TSG ile ilişkili olduğunu (Tedeschi & Calhoun, 1996; Shakespeare-Finch, 2005; Karanci vd., 2012), savunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları da sorumluluk ve TSG arasındaki ilişkiye yönelik bu görüşlerini desteklemiştir. Regresyon analizi sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde, gelişime açıklık ve geçimlilik özelliklerinin, problem çözme baş etme yolu regresyon analizine girene kadar TSG ile pozitif ilişkili olması, bu kişilik özelliklerinin travmatik olaylar sonrası gelişimi açıklayan ortak özelliklere sahip olduğu sonucuna varılabilir. Aktif başa çıkma

yollarının (problem çözme ve destek arama) kişilik özellikleri ve TSG arasındaki olası aracılık rolü, model testi üzerinde dolaylı etkiler aracılığıyla incelenmiştir. Bu yüzden, sonuçlar model test bölümünde tartışılacaktır.

Bir çok çalışma çeşitli olay türleri sonrasında TSG ve pozitif değişimler meydana geldiğini ortaya koymuştur. Bazı araştırmacılar, olay tipine bağlı bir ayrıma giderek, ölüm ve afet gibi 'doğal olarak' ortaya çıkan olaylar sonrasında yaşanan gelişimin, 'insan kaynaklı' şiddet ve saldırı olayları sonrasında yaşanan gelişimden daha fazla olduğunu ortaya koydular (Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010; Ickovics ark., 2006). Bu çalışmada da, olay türü açısından yaralanma/sarsıcı olay grubu (beklenmedik ölüm olay grubuna kıyasla) ve belirtilerin süresi, gelişime daha fazla etki eden iki değişken olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla bulgular, hayatı tehdit eden hastalık, doğal afet gibi nispeten daha doğal gerçekleşen olaylar sonrasında gelişimin, beklenmedik ölüm olayı sonrası gelişimden daha yüksek olduğu görüşünü desteklemiştir. Ancak, bazı çalışmalar olay tipi ve gelişim arasında hiçbir ilişki bulamamıştır (Aldwin, vd., 1996; Park, vd., 1996) ve olay tipinden bağımsız olarak olayla mücadele sonucunda TSG'nin arttığı savunulmuştur (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Bir yandan, yaygın olarak yaşanan ve kabul edilen yaralanma/şok edici olaylar sonrasında, bireyin pozitif dini baş etme yöntemi ile sorumluluğu dışa aktarma ve tanrıya yüklemesi sonucu TSG görülebilmektedir. Diğer taraftan, (yukarıda tartışıldığı gibi) ani ölüm gibi olaylar, negatif dini başa çıkma ile ilgili suçluluk duyguları, pişmanlık (örneğin, 'Onunla daha fazla zaman geçirmiş olmalıydım') ve çoğunlukla da 'sevdiklerini/yakınlarını birbirinden ayıran' adaletsizlik için Tanrı'ya öfke gibi temaları beraberinde getirecektir. Dolayısıyla, bu tür konularda daha derinlemesine nitel analiz yapabilmek için daha çok veri sağlamak gereklidir. Bu çalışmadaki diğer bir bulgu, belirtilerin süresi ve gelişim arasındaki ilişkiyi göstermiştir. Belirtilerin süresinin uzamasının, bireylerde deneyimi anlamak, adapte olmak ve bilişsel süreçlerle olaydan anlam çıkarabilmek için durumu tekrar değerlendirmeye yol açtığı savunulmuştur.

Evers vd. (2001) tarafından da önerilen bu tekrar değerlendirmeler içerisinde; (1) stresörün olumsuz tarafına odaklanan düşünceler ve çaresizlik ya da umutsuzluk hissetme (2) kabul etme ve onlarla birlikte yaşamayı öğrenme yoluyla olayların olumsuz anlamını ya da etkilerini azaltan düşünceler (3) yaşanan olaya pozitif anlamlar yüklemeye odaklı düşünceler. Uzun süren belirtilerin, hem belirti şiddeti hem de TSG ile ilişkili olması, birbirinden farklı bu yeniden değerlendirmelerin içeriği ile ilgili olabilir; yani bilişsel süreçler bu olumlu veya olumsuz sonuçlardan sorumlu olabilir.

Dolayısıyla, travma sonrası süreçlerin TSG üzerindeki etkilerinin anlaşılması önemli bir araştırma alanı olmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, travma sonrası istemli ruminasyon, problem çözme başa çıkma yöntemi ve destek arayışının TSG ile pozitif yönde ilişkili

olduğunu göstermiştir. İstemli ruminasyon, olayın duygusal etkisini azaltarak, kişinin travmatik olayı yönetmesine (Tedeschi ve Calhoun, 1995; 2004), baş etme yolları bulmasına ve kişisel kaynaklarının yeterli olduğuna ikna olmasına yardımcı olmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 2006). İstemli ruminasyon, son derece zorlu yaşam olayları ile baş etme ya da yönetme konusunda gönüllü ve içsel bir süreç olduğundan (Calhoun ve Tedeschi, 2006), bu sürecin bireyin adaptif başa çıkma stratejilerini kullanma ve olaydan fayda sağlamasına yol açması önemlidir (Affleck ve Tennen, 1996; Taku, ve ark, 2008.). Bu gerçekleştirilebilir ise gelişim de sağlanacaktır (Cann vd., 2011).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, başa çıkmanın iki adaptif yolu, yani problem çözme ve destek arama başa çıkma yöntemleri gelişim ile yüksek ilişkili bulunmuştur. Her iki baş etme yolu da çözüm için aktif arayış içerir. Problem odaklı başa çıkma doğrudan sorunu çözmek ya da bir durumu değiştirmeye çalışmak için bilinçli çabaları içerirken (Billings ve Moos, 1981; Folkman ve Lazarus, 1985; Moos ve Schaefer, 1993), destek arayışı baş etme yöntemi daha çok stresli durumlarda tavsiye alma, eşlik edecek birisini arama, ya da duyguların ifadesi yaklaşımlarını içerir (Carver ve ark, 1989; Litman 2006).

Park (2004), pozitif baş etme yollarının kişiye anlamlandırma, mücadelenin kolaylaştırılması ve pozitif sonuçların farkında olunmasına yardımcı olarak gelişimi sağlayacağını önermiştir. Bu bulguların ışığında, mevcut çalışmanın da bahse konu iki baş etme yöntemini TSG ile ilişkili olduğunu gösteriyor olması şaşırtıcı değildir.

Son olarak, olumsuz bir olay sonrasında algılanan sosyal destek, TSG için önemli faktörlerden biri olarak gösterilmiştir. Her birey sosyal ağın bir parçasıdır ve sosyal destek, ihtiyaç duyulduğunda bireyler arasındaki anlayış ve sevgi dolu ilişkileri sağlayan etkileşimler olarak değerlendirilebilir (Kaniasty, 2005). Bu çalışmada ölçülen bir boyut olarak, algılanan sosyal destek, bu ağın (aile, arkadaş, önemli diğer kişiler) gerekli durumlarda destekleyiciliği hakkında bireyin algısı olarak ifade edilebilir. Sosyal destek, travmadan kurtulmak için kullanılan baş etme yönteminin yapılandırılmasını etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkar (O'Brien & DeLongis, 1997) ve aktif destek, durumun daha kolay yönetilmesi ile ilgili çabaları etkileyebilir. Ayrıca, sosyal desteğin, olayı kontrol edilebilirlik algısını ve kendine güveni geliştirerek, olayı daha olumlu değerlendirmek ve aktif başa çıkma stratejilerinin seçimini kuvvetlendirmeye yardımcı olacağı savunulmaktadır (Schaefer ve Moos, 1998). Sosyal destek ağları, duyguları ifade, endişelerini tartışma, olumsuz inançlarla mücadele fırsatı yaratarak, kaçınma başa çıkma stratejilerinin tercih edilmesini azaltır ve aktif başa çıkma tercihini artırır (Folkman ve Lazarus, 1990; Flannery, 1990).

Ancak, travmatik bir olaya maruz kalmanın bireyin biliş ve algılarını deforme edebileceği, dolayısıyla başkalarının ve onlarla olan ilişkilerin daha az destekleyici gibi algılanmasına yol açabileceğini akılda tutmak önemlidir (Stroud, 1999). Bu çalışmanın

sonuçlarına göre, arkadaş ve diğer önemli kişilerden algılanan sosyal destek anlamlı derecede TSG ile ilişkili bulunmuştur. İlginçtir ki, aileden algılanan destek TSG'e yol açan önemli bir faktör olarak görülmemiştir. Bu aile ve diğer önemli kişiler arasındaki ayrımın tam yapılamaması nedeniyle olabilir. Özellikle birey evli ise, aile kavramı karmaşık olabilir; kimileri aile kavramını 'baba, anne, kız kardeş, erkek kardeş' olarak düşünürken, kimisi de 'eş, çocuk' olarak algılamaktadır. Başka bir öneri de, travmatik olaylar sonrasında, insanların ailelerine açıklamayı tercih etmemesi ve kendini rahat hissetmemesini, ya ailelerin onlara yardımcı olamayacağına inanmaları, ya da onları üzgün veya sıkıntılı hale getirmek istememeleri, belki de aile desteğini en son başvurulacak garanti olarak görmeleri ile açıklamaktadır.

4.4 Model testi

Bu çalışmanın bulguları, olaya ilişkin ruminasyonların, belirti şiddeti ve gelişim ile ilgili destek algısının dolaylı etkilerini incelemek için daha fazla analiz yapılması gerektiğini göstermiştir. Dolayısıyla, bu sonuçlar dahilinde, altta yatan yollar (paths) kapsamlı bir model aracılığıyla test edilmiştir. Aynı anda her iki durum/sonuç (negatif ve pozitif) için izlenen yollar arasında karşılaştırmalar yaparak, ilgili değişkenlerin sonuçlarını, yani belirti şiddeti ve travma sonrası gelişimi açıklayan Model, bu bölümde birlikte ele alınacaktır.

Model sekiz gizil/örtük değişken, yani nevrozizm, diğer-kişilik, olaya ilişkin şiddet, algılanan sosyal destek, intrusif ruminasyon, istemli ruminasyon, aktif başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve iki sonuç değişkeninden, yani Travma Sonrası Stres (TSS) Belirti Şiddeti, Travma Sonrası Gelişim (TSG), oluşmuştur.

Üzerinde yaygın çalışmalar yapılan ve çoğunlukla travma sonrası stres belirtileri ile ilişkili olduğu bulunan nevrozizm kişilik özelliği, duygusal dengesizlik, davranış tutarsızlığı, gelişmiş fizyolojik uyarılma ile karakterize edilmiştir (McCrae & John, 1992) ve bu da çoğunlukla uyumsuz bilişsel süreçler (örneğin hüsnükuruntuyla gibi) ile uygunsuz başa çıkma stratejileri ile ilişkilendirilmiştir (Connor-Smith & Flachsbar, 2007).

Mevcut çalışmada, nevrozizmin üç direkt/doğrudan etkisi ortaya çıkmıştır ve buna göre yüksek düzey nevrozizm, olayın daha şiddetli algılanmasına sebep olup, daha fazla intrusif ruminasyona ve duygu odaklı başa çıkma yoluna sebep olacağı görülmüştür. Bu ilişkiler daha önceki literatür sonuçlarını destekler niteliktedir.

Önceki çalışmalarda nevrozizmin (dışadönüklük ve sorumluluk kişilik yapısından ziyade) bireylerin olayı daha travmatik algılamalarına sebep olduğu görülmüştür (Merecz vd., 2012; Löckenhoff vd., 2009). Bir açıklama, nevrozizm özelliği olanlarda, artan tehlike ve çaresizlik duygularının olumsuz yorumlanıyor olmasıdır. Bu kişiler, duygularını düzenlemede zorluk çekebilir, tehditleri genelleştirme/abartma eğiliminde olabilirler. Bu bağlı olarak, nevrozizmin algılanan olay şiddetini arttıracacağı beklenmeyen bir bulgu değildir.

Ruminasyon, 'Neden?', 'Neden ben?', 'Öyle olmasa/olsa...ne olurdu?' gibi soyut sorular tekrar tekrar sorulduğunda duruma uyumsuzluk artar. Bu takıntıya-benzer sorgulama kişinin olayın negatif sonuçlarına odaklanmasına neden olur, dolayısıyla somut çözümler üretmesini engeller (Watkins, 2008). Bu tip ruminasyonun (intrusif) travmatik olayla ilgili negatif duyguları arttırdığı ve problem çözme süreçlerini engellediği, böylece işlevselliğin bozulmasına ve daha fazla sıkıntıya yol açtığı gösterilmiştir. (Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991). İntusif ruminasyon esnasında, birey kendini otomatik olarak olayı düşünürken bulur, bu da olayla ilgili konuları tekrar tekrar yaşama (TSSB bozukluğu) olasılığını artırır. Bu nedenle, nevrozizm ve ruminasyon, ile nevrozizm ve uyumsuz başa çıkma, arasındaki pozitif ilişki çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Seegerstrom vd., 2003). Stresli bir olayın kendisi ya da olayın travmatik olarak algılanması bireylerin temel becerilerini bozabilir. Birey travma sonucunda artan kontrol edilemezlik algısı ve çaresizlik duyguları ile kendini bunalmış hisseder, buna bağlı olarak bireyin başa çıkma yetenekleri bozulabilir. Dolayısıyla, nevrozizm, olay sonrası kaçınma, kendini suçlama ve geri çekilmeyi içeren duygu odaklı (çaresizlik ve kaderci) başa çıkma stratejileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak, stresi yönetme yeteneği azalmış olduğundan, nevrozizm kişilik yapısının belirti şiddetini artırıcı etkisi olduğu görülmektedir (Costa & McCrae, 1992).

Ehlers ve Clark (2000) ruminasyonun TSSB'yi üç şekilde etkilediğini, yani (1) bireyin travma ile ilgili konuları işlemesini engeller (2) travma ve sonuçları ile ilgili olumsuz yorumları artırır, (3) uyarılma benzeri belirtileri aktive edebilir (gerginlik, umutsuzluk) ve intrusif anıları tetikler, varsayımlarında bulunmuştur. Ruminasyonun bu negatif etkileri işlenmemiş bırakıldığında, başarılı problem çözme yolları engellemekte, böylece stres belirtileri korunmaktadır (Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1993). Ayrıca, bazı insanlar kendine zarar vereceğine inandığı için, aktif olarak olay hakkında düşünmekten kaçınmakta ve negatif duyguları baskılamaktadır. Ancak, birey travmatik olay hakkında düşünce, duygu ve ruminasyondan kaçınır, baskılar ya da düşünmemeye çalışırsa, bu durum bireyin olay hakkında daha fazla düşünür bulunduğu süreçlerle sonuçlanır (Gold ve Wegner, 1995). Ancak, intrusif ruminasyonun, kişinin olay hakkında araştırma yapıp bir anlam bulmasına yardımcı olduğu ve istemli ruminasyona yol açacağı iddia edilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Cann vd., 2011). İntusif ruminasyonun istemli ruminasyon üzerindeki etkisi, bu çalışmada da desteklenmiştir. Her ne kadar, Tedeschi ve Calhoun (2004), bilişsel işlemenin gelişimi teşvik etmesi için çaba ve zaman gerekli olduğunu ifade etmişlerse de, zamanla ruminasyon tiplerinin nasıl değiştiği bu çalışmada test edilememiştir. Bu da intrusif ruminasyonun istemli ruminasyon aracılığıyla yüksek belirti şiddetine yol açmasının bir nedeni olabilir. İstemli ruminasyon "Deneyimimden bir anlam çıkarabilir miyim?", "Bu benim geleceğim için ne anlama geliyor?" ve "Bu benim dünyaya bakışımı nasıl etkiler?" gibi sorular içerdiği için,

adaptif yanıtlar bulabilmek için zamana ihtiyaç olabilir. Bu çalışmada da istemli ruminasyonun travmatik olayların olumlu taraflarını görmeyi kolaylaştırması ile ilgili çalışılmış ve kanıtları sunulmuştur (Vishnevsky, ve diğerleri, 2010.; Chan, Ho, Tedeschi ve Leung, 2011). Kişilik ve ruminasyon açısından, bazı araştırmacılar, önemli bir yaşam olayının, bireyin kişiliğinden bağımsız olarak hem intrusif hem de istemli düşünmeyi aktive edebileceğini ifade etmişlerdir (Taku, Cann, Tedeschi, ve Calhoun, 2009). Bu çalışmanın bulguları, travmatik bir olayın intrusif ve istemli ruminasyon tiplerini aktive ettiğini, nevrozizmin intrusif ruminasyon tiplerini tetiklerken, diğer kişilik özelliklerinin istemli ruminasyonu artırdığını göstermiştir.

Bazı çalışmalar her ne kadar nevrozizmin (dışadönüklük ve sorumluluğa kıyasla) bir olayın daha travmatik olarak algılanmasına yol açtığını belirtse de (Löckenhoff vd., 2009), kişilerin bu olaylarla başa çıkmak için gerekli kaynaklara sahip olabileceklerini bunun da TSG olasılığını arttıracığını göstermiştir (Merecz vd., 2012). Bir başka çalışma (Charlton ve Thompson, 1996) ise nevrozizmin, hem duygu-odaklı hem de beklenmedik şekilde problem odaklı başa çıkma ile daha ilgili olduğunu bildirmiştir. Mevcut çalışmada bu öneriyi test edilebilmiş ve sonuçlar, istemli ruminasyon ve/veya aktif başa çıkma yolları aracılığıyla, nevrozizmin TSG üzerinde önemli bir dolaylı etkisi olduğunu teyit etmiştir. Bu bulguyla, bu ilişkiyi anlamada önemli bir katkı sağlandığı düşünülmüştür.

Öte yandan, diğer kişilik özelliklerinin (dışadönüklük, gelişime açıklık, sorumluluk vb.) istemli ruminasyon ve/veya aktif başa çıkma aracılığıyla belirti şiddeti üzerine dolaylı etkisi anlamlı bulunmamıştır. Diğer kişilik özelliklerine sahip olanlar için, istemli ruminasyon belirti şiddetinin artışına yol açmamakta, aksine TSG seviyelerinde bir artışa yol açmaktadır. Diğer bir deyişle, diğer kişilik özelliklerine sahip olanlarda (yüksek dışa dönüklük, gelişime açıklık, geçimlilik, sorumluluk ya da daha düşük olumsuz değerlik olanlar) istemli ruminasyonun olumlu bir etkisi vardır. Ancak, diğer kişilik özelliklerinin, hatta aktif başa çıkma stratejileri (problem-odaklı başa çıkma, destek-arayıcı başa çıkma gibi) aracılığıyla da, travma sonrası stres belirtilerinin şiddet seviyelerini azaltmak için yeterli güce sahip olmadıkları, fakat aktif başa çıkma yollarının gelişimi yüksek düzeyde teşvik ettiği gösterilmiştir.

Bunun ötesinde, mevcut çalışmanın sonuçları, travma sonrasında algılanan sosyal desteğin aktif başa çıkma teşvik ettiğini, bunun da TSG düzeyini artırdığını göstermiştir. Önceki literatür bulguları travmatik olaylar sonrasında sosyal desteğin hem değerlendirmeleri hem de baş etme becerilerini etkilediğini göstermiştir (Parkinson, 2000). Özellikle, kolektivist kültürlerde, bireyler travma sonrasında çevrelerinden (aile üyeleri, arkadaşlar, komşular) yararlanma fırsatına sahiptirler, bu da olaya ilişkin düşünce süreçleri ve duyguları paylaşabilir ve olayı işlenebilir hale getirmektedir. Belirli olay türleri sonrasında, bireyin güvende ve sabit olma, güvenlik, empati ve saygı ihtiyaçlarının karşılanması daha büyük önem taşır hale gelmektedir (Price, 2007). Dolayısıyla, travma sonrası bireyler böyle bir destek aradığında,

özellikle bu ihtiyaçların karşılanması gerekmektedir. Bu nedenle, algılanan sosyal destek ve destek-arayıcı başa çıkma yolu arasındaki eşleşmenin (destek talebi, öneri istemesi, yanında olma talebi) negatif sonuçları azaltırken pozitif değişikliklerin artmasında önemli olduğu görüşüne varılabilir (Carver ve ark, 1989; Litman, 2006). Ancak bir nokta da akılda tutulmalıdır, travmatik bir olaya maruz kalan bireyler, kendi ilişkilerini daha az destekleyici gibi algılamaya başlayabilir (Stroud, 1999).

Bir başka bulgu da, dışa dönüklük gibi diğer-kişilik faktörlerinin daha aktif başa çıkma yolları ile ilişkili olduğu (McCrae ve Costa, 1986) ve TSG'yi teşvik ettiğidir. Bu bulgu, daha önceki araştırmalarda (Aldwin vd., 1996) bulunan, başa çıkma stratejilerinin, travma ile olumlu ve olumsuz sonuçları arasındaki ilişkiye aracılık ettiği sonucunun doğrulanması niteliğindedir. Başa çıkma stratejilerinin aynı zamanda kontrol edilebilirlik değerlendirmeleri ile ilişkili olduğu, bu durumda eğer olay istemli ruminasyon ile kontrol edilebilir ya da değiştirilebilir değerlendiriliyorsa, problem odaklı başa çıkmaya eğilim olacağı bulunmuştur. Bu da, artan kontrol edilebilirliği, daha az sıkıntıyı/rahatsızlığı, daha fazla umut duygusunu ve TSG'yi arttırmaktadır (Janoff-Bulman, 1979). Stresli yaşam olayları karşısında 'birincil değerlendirme' ve 'ikincil değerlendirme' olmak üzere iki aşama olduğunu belirten, bilişsel değerlendirme kuramı (Lazarus ve Folkman, 1984), bu açıklamaya uygun kabul edilmektedir.

Birincil değerlendirme aşamasında, durum hakkında zararlı, tehdit edici ya da zorlayıcı olduğuna dair ilk izlenim oluşması, bu çalışmada rapor edilen olaya ilişkin şiddet algısına benzer olduğu görünmektedir. Bu değerlendirme, stresörün doğası, aşinalık derecesi, zamanlaması, ortamı ve sonrasında olası etkileri hakkındaki düşünceleri (başka bir deyişle, olay-ilişkili faktörler) gibi durumsal özelliklerden etkilenmektedir. Buna ek olarak değerlendirme, bireyin değerleri, motivasyonları, rolleri, kişilik özellikleri, dini inancı (travma öncesindeki faktörler) gibi psikososyal özelliklerinden de etkilenmektedir.

İkincil değerlendirmeler ise, olayla başa çıkmak için bireyin mevcut kaynaklarından etkilenmektedir. Bu değerlendirmeler, bireylerin bilişsel işlemlerini (sorumluluk atıfları ve kontrol edilebilirlik, dolayısıyla ruminasyon), dolayısıyla stres kaynağı ile başetme yollarını belirlemesini sağlamaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Stres kaynağı ile başa çıkma kararı verilirken, birey hem de psikolojik (problem çözme becerileri, anlamlandırma kapasitesi) hem de sosyal (sosyal destek) kaynakları kullanır. Eğer bireyler olayın etkilerini azaltmak için kaynakların yeterli olduğu değerlendirmesini yaparsa, adaptif başa çıkma yolları kullanmaktadır. Durumu ve kaynakları yetersiz değerlendirenler ve potansiyel değişim konusunda umutsuz olanlarda (Billings ve Moos, 1981; Folkman ve Lazarus, 1985; Moos ve Schaefer, 1993) ise, duygu odaklı başa çıkmaya yönelmektedirler. Bulgular, duygusal başa çıkmanın daha kötü sonuçlara yol açtığını göstermektedir (Brantley vd., 2002). Yolları net olmasa da (Huijts vd., 2012), önceki bulgular travmatik olayların, bireyin stres ile başa çıkma

yeteneğini azaltabildiğini ve uyumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanımında bir artışa neden olabileceğini belirtmektedir (Emmelkamp vd., 2002). Bu çalışmanın sonucu, olayın daha şiddetli algılanmasının ve daha fazla intrusif ruminasyonun, duygu-odaklı başa çıkma'ya yol açtığı yolunu göstermesi açısından önemlidir. Bu çalışmada, duygu-odaklı başa çıkma stratejilerinden biri dini ya da kaderci başa çıkmadır, yani bireyler duygusal stratejileri ile başa çıkma yolunu tercih ederek, olumsuz durumları Tanrı gibi manevi temalara yansıtmaktadırlar. Travmatik olayların ardından, bireyler cevaplandırılmamış ve kolay cevapları olmayan bir dizi soru ile karşı karşıya kalır. Bu sorular, hayatın anlamı, kaybın anlamı, iyi-kötü, ve varoluşsal adalet gibi ahlaki konuları içeren, insan varoluşu ile ilgili konuları içerir. Sık sık 'Bu neden benim başıma geldi?', 'Ben buna neden olacak bir şey mi yaptın?', 'Bu Tanrı tarafından bir ceza mı?', 'Hayat yaşamaya değer mi?' 'Neden daha fazla yaşayayım, hiçbir amacım yok?' gibi sorulara cevaplar aranır. Bu çalışmanın sonuçları ağırlıklı olarak Müslüman örneklemeden alınmış olup, birey istemli ruminasyon aracılığıyla cevapları bulmayı başarabilirse, bu durum bireyin travma sonrası gelişim düzeylerini arttırabileceğini ortaya koymuştur. Ancak, bu çalışmanın bir başka bulgusu da, istemli ruminasyonun belirti şiddetini de arttırabileceğidir. Bunun, istemli ruminasyon sonrası, bireyin travmatik materyal ile sağlıklı baş etmeyi başaramadığı (örneğin, aktif başa çıkma yollarını kullanamadığı) durumda geçerli olabileceği varsayılmaktadır. Her ne kadar istemli ruminasyon bireyin olayı işlemlerini ve bazı faydalar bulmasına rehberlik etmesini kolaylaştırırsa da, birey bu aşamada "takılıp kalabilir" (Michael & Snyder, 2005). Bu nedenle, istemli ruminasyonun intrusif ruminasyon ile bir arada olması durumunda, gelişimden ziyade sıkıntıya yol açacağı düşünülmüştür. Dolayısıyla, bu çalışmadaki bulgu, bireyin yarar sağlama ya da anlam bulma çabaları ile boğulmuş, ve ileriye doğru hareket edemez olduğu, bu girişimlerin de belirtilerin şiddetini arttırdığı ve adaptif işlemeye engel olduğu anlamına gelebilir. Diğer bir deyişle, eğer birey olayı 'bitmemiş bir iş' (Beike & Wirth-Beaumont, 2005) gibi algılsa, devamında anlam aramak için yapılan girişimler uyumsuz başa çıkma şeklinde sonuçlanabilir. Tedeschi ve Calhoun'a (1995, 2004) göre, bireyler önceden var olan şemalarla mevcut durumun farklılığı ile başa çıkmak için olayları tekrar tekrar işleyebilir. Eğer ruminasyon mevcut travma ile önceden var olan inançların entegrasyonunu kolaylaştırılmazsa, o zaman çaresizlik duygularını arttıracak ve kaçınma ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanımına yol açacaktır (Horowitz, 1986). Bu çalışmanın sonuçlarına göre, bilişsel işleme sonrasında bireyin olumlu sonuçlara ulaşmak için adaptif başa çıkma stratejileri aracılığıyla bazı somut davranışlar göstermesi gerektiği sonucuna varmak çok yanlış olmayacaktır (Hobfoll vd., 2007). Ayrıca, gelecekteki niteliksel çalışmalarda istemli ruminasyonun içeriğinin incelenmesi önemli ve ilginç olacaktır.

Analizler sonucunda tüm anlamlı ilişkilerin bir sonucu olarak, hem belirti şiddeti (%52) hem de TSG (%45) üzerindeki varyansın yarısı model ile açıklanmıştır. Ayrıca, istemli ruminasyon üzerindeki varyansın %47'si ve aktif başa çıkma üzerindeki varyansın %63'ü model ile açıklanmıştır. Bu sonuçlar, bu modelin bu örnekteki belirti şiddeti ve TSG'nin üzerindeki varyansın yarısını açıklamak için yeterli olduğunu açığa çıkarmıştır.

Travma sonrası stres ve Travma sonrası Gelişim arasındaki mekanizmanın anlaşılması amacıyla bu ilişki araştırmacılar tarafından aktif olarak araştırılmıştır (Helgeson vd., 2006). Ancak, TSSB ve TSG arasındaki ilişki hakkında ortak bir görüş sağlanamamıştır. Daha sıklıkla belirtilen, yalnızca olayın travmatik bir olay olarak nitelendiriliyor olması durumunda, daha yüksek seviyede TSG yaşanacağıdır. Diğer bir deyişle, olayın nesnel şiddetinden ziyade, öznel şiddet algısının (yani travmatik olarak algılama) ve kişilik özelliklerinin, TSG'ye katkıda bulunduğu iddia edilmiştir (Merecz ve ark, 2012). Bu görüş, bazı tehlikeli olayların bile fırsata yol açacağını ya da fırsat yaratacağını savunmaktadır. Olumsuz yaşam deneyimlerinin, hayatın bozulan dengesini yeniden sağlamak için bazı bireysel çabaların artmasına (Cadell vd., 2003), dolayısıyla yaşamda ilerleme, değişim ve gelişimin bir öncüsü olabileceğini savunmaktadırlar. Tedeschi ve Calhoun (2004) ise, kendi modellerinde travma sonrası gelişimi 'keder çalışması'nın bir süreci ve sonucu olarak görür. Travmatik olaylar sonrasında, kaybı ve duyguları kabul edebilmek ve olay işlemek ve böylece TSG için belli bir sürenin gerekli olduğuna işaret etmişlerdir. Ancak, gelişim sağlanabilmesi için, stres belirtileri veya rahatsızlık şiddetinin azaltılması yerine orta seviyede muhafaza edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, yönetilebilir düzeyde sıkıntı, TSG'ye katkıda bulunmaktadır. Bu modelde, özellikle istemli ruminasyonun, travmatik olay ve şema yıkımının sebep olduğu duygusal sıkıntıyı azaltmak yoluyla, TSG üzerinde motive edici bir role sahip olduğu iddia edilmektedir.

Mevcut çalışmada, bu ilişki yapısal eşitlik modeli (YEM) aracılığı ile basit bir modelde ele alınmıştır. Belirti şiddeti ve TSG arasında pozitif bir ilişki öne sürülmüşse de, modelde negatif bir ilişki gözlenmiştir. Sonuçlar, belirti şiddeti azaldıkça, daha yüksek seviyede TSG sağlandığını ortaya koymuştur. Ancak bu sonuç, araştırma çalışmasının zamanlaması, yani travmanın ardından geçen zaman ile ilgili olabilir. Bir açıklama da, travmatik olaydan hemen sonra, insanların TSSB belirtileri ve TSG sergileyebileceğidir. Zaman içinde bu birliktelik travma sonrası stres belirti şiddetinin azalması ile değişebilir. Bu çalışmada regresyon analizi sonuçları geçen zamanla travma sonrası belirti şiddetinin azaldığını göstermiştir. Ancak, TSG ve belirti şiddeti arasındaki ilişkinin zaman içindeki değişimleri üzerinde odaklanmış boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

4.5 Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıklar

TSSB yaygınlığı ile ilgili dünya çapında birçok çalışma yapılmıştır. Ancak farklı travmatik olayların yaygınlığı ve olası TSSB ile ilişkilerine yönelik çalışmalar Türkiye'de görece daha az sayıda bulunmaktadır. Önceki çalışmalar çoğunlukla belirli popülasyondaki sonuçlar (örneğin deprem, kanser, kazalardan kurtulanlar) veya olayların belirli türleri (örneğin hastalık, ölüm) üzerine yoğunlaşmış, ancak farklı türde bir dizi travmatik olayın olumsuz ve olumlu sonuçları üzerine aynı örneklem içinde yapılmış çalışmalar pek yaygın değildir.

Karanci vd., (2009) Türkiye'de, 3 ilden toplum örnekleminde yetişkin katılımcıların yaşadığı travmatik olaylar ve olası TSSB yaygınlık oranları ile TSG düzeylerini incelemişlerdir. Ayrıca katılımcıların sosyodemografik değişkenleri ve kişilik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, vb) olası TSSB ve TSG'nin yordayıcıları analiz edilmiştir. Mevcut çalışmada ise, Türkiye'nin farklı bir ilinde yaşanan travmatik olaylar ile olası TSSB'nin yaygınlık oranlarına, TSS belirti şiddeti ve TSG'nin yordayıcılarına odaklanılmış olup, aynı zamanda bilişsel işleme değişkenlerinin (ruminasyon) ve başa çıkma stratejilerinin de dahil edilmesiyle zenginleştirilmiştir.

Çalışma, temsili bir toplum örnekleminde gerçekleştirilmiş, böylece sadece belirli bir olaya maruz kalmış yetişkin katılımcılarından değil heterojen bir grup örnekleminde uygulanmıştır. Çeşitli olay türleri listesi arasından seçim yaparak ya da listede olmayan olay türünün katılımcılar tarafından ek bildirim ile, farklı travmatik olaylar ve bu olayların olası TSSB ile ilişkilerinin yaygınlık oranları, klinik olmayan bir örnekleminde uygulanmasına imkan tanımıştır.

Bu çalışmada, TSS belirti şiddeti ve TSG üzerinde, bireye özgü psikolojik faktörlerle birlikte travmayla ilişkili faktörlerin de etkisini inceleme fırsatı bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda da önceki araştırma sonuçlarında olduğu gibi (Aldwin, 1996), travmatik olayın yanı sıra, bireyin olayı işleme tarzının nihai sonuçları etkilediği yönünde fikir birliğine ulaşılmıştır. Bu nedenle, bu çalışmada sosyodemografik özellikler, kişilik, algılanan sosyal destek, başa çıkma stratejileri, olay ile ilgili ruminasyon potansiyel faktörleri ile birlikte, olay türlerinin travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası gelişim seviyeleri üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Çalışmanın güçlü bir başka yönü de, geniş bir perspektifte değişkenler arasındaki çeşitli doğrudan ve dolaylı ilişkiler ile ilgili değerlendirmeler sunuyor olmasıdır. Bu amaca yönelik olarak, değişkenler, literatürdeki modellerin ışığında önerilen kapsamlı bir model çerçevesinde test edilmiştir. Değişkenlerin ayrı ayrı/tek başına ve birarada katkıları aynı zamanda incelenmiştir. Değişkenler, travma öncesi, travma sırasındaki ve travma sonrası faktörler üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla potansiyel bir sırayla

gruplandırılmıştır. Ayrıca, bu çalışmada, travma sonrası stres belirti şiddeti ve travma sonrası gelişime ilişkin iki farklı sonucun yanı sıra, aralarındaki ilişki de aynı örneklem içinde incelenmiştir.

Son olarak, sonuçlar çeşitli travmatik olayları takiben risk gruplarının tanımlanması ve travmatik yaşantılar sonrası yaşanan süreçlerin altında yatan mekanizmaların daha net anlaşılmasına yardımcı önemli bilgiler ortaya koymuştur. Özellikle, olaya ilişkin ruminasyonun ve başa çıkma yollarının iki farklı sonuca (TSS belirti şiddeti ve TSG) aracılık eden rollerinin incelenmesinin değerli bir katkı sağladığı düşünülmüştür. Bunlara ek olarak, travma sonrası gelişim ile ilgili mekanizmaların açıklanmasıyla ruh sağlığı profesyonelleri için değerli bilgiler sunulmuştur. Ayrıca, pozitif ve/veya negatif sonuçlara giden iki grubun kişilik özelliklerine bağlı oluşan yolların ilgiye değer öneme sahip olduğu değerlendirilmiştir.

Bu çalışma, sınırlılıkları açısından değerlendirildiğinde öncelikle veri toplama metodolojisiyle ilgili unsurlardan bahsedilebilir. Veriler, hane ziyaretleri şeklinde, yüz yüze ve tek seferlik uygulama yoluyla öz-değerlendirme araçları kullanarak toplandığından, travmatik bilgilerin paylaşımında ve katılımcıların kendini açmalarında zorluk yaşandığı söylenebilir. Bu nedenle, bazı olay tipleri (örn. cinsel/cinsel olmayan saldırı, şiddet) ile ilgili katılımcıların sınırlı paylaşımı dolayısıyla eksik bildirim olabilir. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı da Kish yönteminin kullanılması ile ilgilidir. Bu yöntem, hane halkı bazında seçkisiz örnekleme sağlarken, bu çalışmada kadın örneklemin daha fazla olması ve kadın popülasyonu daha temsil etmesi şeklinde sonuçlanmıştır.

İkinci olarak, kesitsel araştırma tasarımı sebebiyle, bulgular hakkında katı nedensel yorumlar yapılabilmesini engellemiştir. Ancak, kapsamlı bir model çerçevesinde incelenen yollar (paths), belli bir ölçüde nedensellik ilişkileri varsayılmasına olanak sağlamıştır.

Ayrıca, araştırma aracı katılımcılar tarafından çok uzun sürdüğü için eleştirilmiş, buna bağlı olarak bazı yanıtların geçerliliği etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Son olarak, travmatik olaylar hakkında geriye dönük veriler toplandığı için, özellikle, olay ile ilgili ruminasyon envanterinde katılımcılar söz konusu travmatik olaydan hemen sonraki dönemleri hatırlamakta zorluk yaşamışlardır. Bu özellikle istemli ruminasyon için kritik olabilir çünkü olay hakkında istemli ruminasyon yapmak için zamana ihtiyaç vardır ve envanter bireylerin ne zaman ve nasıl istemli ruminasyon yapmaya başladığını gösterecek bir bilgi sağlamamaktadır. Aynı şekilde, katılımcıların travmatik olayların çeşitleri arasında seçim yaptığı travma sonrası tanı ölçeğine (PDS) göre, bireylerin olaya 'şahit' olduğu, olayı başkasından 'öğrendiği' veya doğrudan 'deneyimlediği'ne yönelik ayrımlar yapılamamaktadır. Bu özellikle DSM 5'te önerilen ve vurgulanan bir ayrımdır ancak bu çalışmada bu kriterler incelenememiştir.

4.6 Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları, klinik uygulamalar için önemli bilgiler sunmaktadır. Travma sonrası stres belirti şiddeti ve TSG altında yatan mekanizmalar daha anlaşılır hale geldikçe klinisyenler ruh sağlığı hizmetlerini şekillendirirken travmatik olayın ardından bireylerde TSG'yi teşvik edecek yöntemler uygulamaları mümkün olabilir. Bu çalışma bulgularıyla kişiliğin, bilişsel işleme ve başa çıkma stratejilerinin rolü araştırılmış, travma sonrası gelişim sağlamaya imkan tanıyan yollar sunularak, bireye yaklaşım ve bireylerin tedavisinde rehberlik sağlamıştır.

Kişilik özellikleri açısından, bu çalışma ruminasyon ve başa çıkma stratejileri aracılığıyla, nevrotizmden travma sonrası gelişime kadar olan süreçteki yolu sunmaktadır. Bu, nevrotizm kişilik yapısı olan bireylerde sağlıklı travma sonrası süreçlerle gelişim sağlama için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Olayla-ilişkili faktörlerle ilgili bulgular ise, son dönemde yaşanan olayların ve belirtilerin uzun sürmesinin yüksek düzeyde belirti şiddetine yol açtığını, travma sonrası gelişime ise sadece uzun süreli belirtilerin yol açtığını göstermektedir. Aynı zamanda basit model de, azalan belirti şiddetinin TSG'yi arttırdığına işaret etmektedir. Dolayısıyla, travma sonrası gelişimi teşvik etmek için, belirtilerin süresine odaklanmak yerine, daha çok bireyi adaptif travma işleme yolları ile donatarak belirti şiddetini azaltmak, ruh sağlığı profesyonellerinin hedefi olmalıdır. Ayrıca, klinisyenin tedavi planlaması yaparken, olayın türüne dikkat etmesi gerekmektedir. Örneğin, yaralanma/sarsıcı olay grubunun daha çok TSG eğilimini (özellikle yaşamın değerini anlama), diğer taraftan da kasıt/saldırı içeren şiddet olay grubunun belirti şiddetini arttırdığı bilgisi, tedavi hedeflerindeki öncelikleri belirlemek açısından önemlidir.

Travma sonrası faktörler açısından TSG, travma ile ilişkili ruhsal sorunların tedavisine yeni bir bileşen eklemekte, bu da hastaların olayı anlama mücadelesindeki çabalarını ve birey üzerindeki etkisini anlamak için harcanan çabaların, belirti olarak değil, gelişimi sağlayan çabalar olarak algılaması anlamına gelmektedir (Zoellner & Maercker, 2006). Ruh sağlığı hizmetlerinde, ruminatif süreçleri teşvik etmek, aktif başa çıkma mekanizmalarını iyileştirmek ve sosyal destek (varsa) farkındalığını sağlamak, travma sonrası gelişim'in kolaylaştırıcı değişkenleri olarak ele alınmalıdır. Ayrıca, bu çalışmanın sonuçları algılanan sosyal destek ve TSG'in aktif başa çıkma üzerinden birbirlerine bağlı olduğunu göstermiştir. Tedavide klinisyen aynı zamanda bireylerin çevrelerindeki desteği de objektif olarak değerlendirmelerini teşvik etmelidir.

Bir öneri, travma öncesindeki faktörleri, travma sırasında ve travma sonrası işleme ve TSG'yi teşvik eden adaptif tedavi stratejilerinin olası etkilerini gösteren bir tedavi kılavuzu hazırlanması olacaktır. Klinisyenler adaptif bilişsel stratejileri ve aktif başa çıkma yollarını kullanmaları için hastalarını teşvik etmelidir. Bu nedenle, intrusif ruminasyonun istemli

ruminasyonlara dönüşümüne yol açacak bilişlere aracılık ve rehberlik etmek ve aktif başa çıkma yollarıyla olaya yaklaşmayı teşvik etmek tedavinin önemli bir parçası olmalıdır.

Klinisyen, bireyde umut ve gelişimi teşvik etmek için rehberlik sağlarken, bireyin olay ile ilgili kendi mücadele etme yollarını bulması için imkan tanımalıdır. Gelecekteki araştırmalar için bir başka öneri, travmatik olayların doğasını, bu olayların anlamını; istemli ruminasyon, başa çıkma ve travma sonrası gelişimi kolaylaştıran adaptif yolları, anlamak için derinlemesine nitel veri analizi uygulamaktır.

Daha ileri çalışmalar, bu çalışmada ele alınmamış travma sonrası stres belirti şiddeti ve/veya travma sonrası gelişim üzerinde etkisi olabilecek diğer risk ya da katkı faktörlerini (kontrol algısı, umutsuzluk, öz suçlama, çaresizlik, gibi) belirlemeyi sağlayabilir.

Bu çalışmada, temsili bir örneklem kullanılmış olmasına rağmen, bulgular genel nüfus açısından dikkatle ele alınmalıdır. Bu nedenle, bu çalışmada elde edilen bulgular gelecekte farklı örneklemelerde çoğaltılmalıdır. Bu anlamda, modelin klinik örnekler ya da belirli olay türleri ile ilgili sonuçların doğrulanması değerli olacaktır. Ayrıca, gelecekteki araştırmalar daha yakın travmatik olaylar sonrasındaki ilişkileri inceleyebilir, retrospektif çalışmaların doğasında olan kısıtlılıkları aşabilmelidir. Son olarak, takip çalışmalarının (boylamsal çalışmalar) gerekliliği özellikle TSG için gereken zamanın değerlendirilmesi açısından değerli katkılar sağlayacaktır.

Tüm çalışma bir arada değerlendirildiğinde, travmatik yaşam olayları ve etkileri ile ilgili değerli bilgiler sağlanmış, travma sonrası sunulacak psikososyal müdahale programları için önemli katkılar sağlanmıştır. Hem uygulama hem de eğitim amaçlı içerik sağlanmış, gelecekte yapılacak çalışmaları teşvik edici, zenginleştirici bulgular edinilmiştir.

KAYNAKÇA

Affleck, G., & Tennen, H. 1996. "Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional Underpinnings", *Journal of Personality*, 64, 900–922.

Ai, A. L. & Park, C. L. 2005. Possibilities of the positive following violence and trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 242–250. Aldwin, C.M. & Levenson, M.R. 2004. "Posttraumatic Growth: A Developmental Perspective", *Psychological Inquiry*, 15(1), 19-22.

Aker, A., Önen, P., & Karakılıç, H. 2007. Psychological trauma: Research and practice in Turkey. *International Journal of Mental Health*, 36(3), 38-57.

Aker, A. T., Sorgun, E., Aksoy, A., & Bay, A. 2004. Türkiye'de ruhsal travmanın 30 yılı. *Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği Yayınları*.

Aldwin, C. M., Sutton, K. & Lachman, M. 1996. "The development of coping resources in adulthood", *Journal of Personality*, 64, 91–113.

Aldwin, C.M. & Levenson, M.R. 2004. Posttraumatic Growth: A Developmental Perspective. *Psychological Inquiry*, 15(1), 19-22.

Amir, M., Sol, O. 1999. "Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: the effect of multiple traumatic events and physical injury", *Journal of Traumatic Stress*, 12, 139-154.

Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. 2003. "Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime", *Journal of Traumatic Stress*, 16, 421-427.

Armeli, S., Gunthert, K.C., Cohen, L.H. 2001. "Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 366–395.

Beike, D., & Wirth-Beaumont, E. 2005. Psychological closure as a memory phenomenon. *Memory*, 13, 574–593.

Bellizzi, K.M. 2004. "Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors", *International Journal of Aging and Human Development*, 58, 267–287.

Bellizzi, K.M., & Blank, T.O. 2006. "Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors", *Health Psychology*, 25, 47–56.

Bernat, J.A., Ronfeldt, H.M., Calhoun, K.S., Arias, I. 1998. "Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of post-traumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students", *Journal of Traumatic Stress*, 11, 645-664.

- Billings, A.G., & Moos, R.H. 1981. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157
- Bonanno, G.A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. 2007. "What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671-682.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. 1999. "Toward an integrative perspective on bereavement", *Psychological Bulletin*, 125, 760–786.
- Bosson, J.V., Kelley, M.L., Jones, G. 2012. "Deliberate Cognitive Processing Mediates the Relationship between Religious Coping and Posttraumatic Growth", *Journal of Loss and Trauma*, 17 (5), 439-451.
- Bowling, N.A., Beehr, T.A., & Swader, W.M. 2005. "Giving and receiving social support: The roles of personality and reciprocity", *Journal of Vocational Behavior*, 67, 476-489.
- Brantley, P.J., O'Hea, E.L., Jones, G.N., & Mehan, D. 2002. The influence of income level and ethnicity on coping strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 39-45.
- Breslau, N., Davis G.C., Andreski P. ve Peterson, E. 1991. "Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults", *Archives of Geneneral Psychiatry*, 48, 216-222.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andrski, P., Peterson, E.L., & Schultz, L.R. 1997. Sex differences in post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 1044-1048.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., Andreski, P. 1998. "Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of Trauma", *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. 2003. "Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model", *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279-287.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. 1998. Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *Journal of Social Psychology*, 138, 789–791.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. 1998. "Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research", *Journal of Social Issues*, 54 (2), 357-371.
- Calhoun, H. E., Tedeschi, R. G. 1999. "Facilitating post-traumatic growth: A clinical guide", Mahwah, NJ: Erlbaum.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. 2006. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 3–23). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Calisir, M., Tuzun, Z., Piri, S., Cann, A., Tedeschi, R., Calhoun, L. (yapım aşamasında). “Event-Related Rumination Inventory Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”.

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. 2011. “Assessing posttraumatic cognitive processes: The Event Related Rumination Inventory”, *Anxiety, Stress, and Coping*, 24, 137–156.

Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. 1989. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Cieslak, R., Benight, B., Schmidt, N., Luszczynska, A., Curtin, E., Clark, A. R., & Kissinger, P. 2009. “Predicting posttraumatic growth among Hurricane Katrina survivors living with HIV: the role of self-efficacy, social support, and PTSD symptoms”, *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(4), 449-463.

Chan M.W.C., Ho, S.M.Y., Tedeschi, R.G, & Leung, C.W.L. 2010. Positive Psychology Laboratory, Department of Psychology, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China, DOI: 10.1002/pon.1761

Charlton, P.F., & Thompson, J.A. 1996. Ways of coping with psychological distress after trauma. *The British journal of clinical psychology/the British Psychological Society*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529889>.

Clapp, J.D., & Beck, J.G. 2009. “Understanding the relationship between PTSD and social support: The role of negative network orientation”, *Behavior Research and Therapy*, 47(3), 237-244.

Cohen, L.H., Cimboric, K., Armeli, S.R., Hettler, T.R. 1998. “Quantitative assessment of thriving”, *Journal of Social Issues*, 54, 323-335.

Conor-Smith, J.K., & Flachsbart, C. 2007. “Relations between personality and coping: A meta-analysis”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.

Cordova, M.J. 1999. “Cognitive processing and the positive and negative psychosocial sequelae of breast cancer”. Unpublished doctoral dissertation. University of Kentucky. Lexington. Cited in Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.

Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., & Andrykowski, M.A. 2001. “Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study”, *Health Psychology*, 20, 176-185.

Costa, P.T., & McCrae, R.R. 1992. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5–13.

Cox, B.J., MacPherson, P.S.R., Enns, M.W., & McWilliams, L.A. 2004. "Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample", *Behavior Research and Therapy*, 42, 105-114.

Cryder, C.H., Kilmer, R.P., Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. 2006. "An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster", *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 65-69.

Curbow, B., Legro, M.W., Baker, F., Wingard, J. R., & Somerfield, M.R. 1993. "Loss and recovery themes of long-term survivors of bone marrow transplants". *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 1–20.

Davis, C.G. W., Michael, J.A., & Vernberg, N. 2007. "Profiles of posttraumatic growth following an unjust loss", *Death Studies*, 31, 693-712.

Davis, C.G., Wortman, C.B., Lehman, D.R., & Silver, R.C. 2000. "Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct?", *Death Studies*, 24, 497-540.

Denson, T.F., Marshall, G.N., Schell, T.L., Jaycox, L.H. 2007. "Predictors of posttraumatic distress 1 year after exposure to community violence: the importance of acute symptom severity", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 75(5), 683-692.

Dirik, G. 2006. "Post-traumatic growth and psychological distress among rheumatoid arthritis patients: an evaluation within the conservation of resources theory", (Doctorial Dissertation), Middle East Technical University.

DSM-IV-TR, *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı*. 2001. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara , Pp: 288.

Ehlers, A., & Clark, D. M. 2000. "A cognitive model of posttraumatic stress disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.

Ehring, T., Frank, S., & Ehlers, A. 2008. "The Role of Rumination and Reduced Concreteness in the Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma", *Cognitive Thereapy Research*, 32, 488-506.

Eker, D., & Arkar, H. 1995. "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", *Türk Psikoloji Dergisi*, 34, 45–55.

Eker, D., Arkar, H., & Yıldız, H. 2000. "Generality of support sources and psychometric properties of a scale of perceived social support in Turkey", *Social Psychology and Psychiatry Epidemiology*, 35(5), 228-233.

- Emmelkamp, P.M.G. 2006. "Posttraumatic Stress Disorder: Assessment and Follow-up", *Novel Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, 309-319.
- Emmelkamp, J., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., & Schagen, S. 2002. The relation between coping, social support and psychological and somatic symptoms among torture survivors in Nepal. *Psychological Medicine*, 32, 1465–1470. doi:10.1017/S0033291702006499.
- Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., Van Lankveld, W., Jongen, P.J.H., Jacobs, J.W.G., & Bijlsma, J.W.J. 2001. "Beyond unfavourable thinking: The illness cognition questionnaire for chronic diseases", *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 69, 1026–1036.
- Feder, A., Southwick, S. M., Goetz, R. R., Wang, Y., Alonso, A., Smith, B. W., et al. 2008. Posttraumatic growth in former Vietnam prisoners of war. *Psychiatry*, 71, 359-370.
- Flannery, R. B. 1990. Social support and psychological trauma: A methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 593–611
- Flett, R. A., Kazantzis, N., Long, N. R., MacDonald, C., Millar, M. 2004. "Gender and ethnicity differences in the prevalence of traumatic events: evidence from a New Zealand community sample", *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 20(3), 149-157.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. 1997. "The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale", *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa E.B., & Kozak, M.J. 1986. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa E.B., & Rothbaum, B.O. 1989. Behavioral psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 1, 219-226.
- Foa, E.B., Steketee, G., & Rothbaum, B.O., 1989. Behavioral / cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. 1985. "If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination", *Journal of Personal and Social Psychology*, 48, 150–170.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. 1990. Coping and emotion. In N.L. Stein, B. Leventhal, & T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 313–332). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Frans, Ö., Rimmö, P.A., Aberg, P., & Fredrikson, M. 2005. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299.

Freedy, J.R., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S. & Tidwell, R.P. 1994. The psychological adjustment of recent crime victims in the criminal justice system. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 450–468.

Gençöz, T. & Öncül, Ö. 2012. "Examination of Personality Characteristics in a Turkish Sample: Development of Basic Personality Traits Inventory", *The Journal of General Psychology*, 139 (3), 194-216.

Gold, D.B., Wegner, D.M. 1995. Origins of ruminative thought: trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *J. Appl. Soc. Psychol.* 25,1245–61.

Haden, S. C., Scarpa, A., Jones, R. T., & Ollendick, T. H. 2007. "Posttraumatic stress disorder symptoms and injury: The moderating role of perceived social support and coping for young adults", *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1187-1198.

Heindrich, S. M., & Ryff, C. D. 1993. "Physical and mental health in later life: The self-system as a mediator", *Psychology and Aging*, 8, 327-338.

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. 2006. "A metaanalytic review of benefit finding and growth", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.

Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J., & Schnyder, U. 2006. "Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD: the Zurich cohort study". *European Archive of Psychiatry and Neuroscience*, 256, 151-158.

Hobfoll, S. E, Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 345-366.

Hobfoll, S. E, Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. 2007. Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 345-366.

Horowitz, M. J. 1986. *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Jason Aronson.

Huijts, I., Kleijn, W. C., van Emmerik, A. P., Noordhof, A., & Smith, A. J. M. 2012. Dealing with man-made trauma: the relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *Journal of traumatic stress*, 25(1), 71–8. doi:10.1002/jts.21665.

Ickovics, J. R., Meade, C. S., Kershaw, T. S., Milan, S., Lewis, J. B., & Ethier, K. A. 2006. Urban teens: Trauma, posttraumatic growth, and emotional distress among female adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 841–50. doi:10.1037/0022-006X.74.5.841.

Işikli, S. 2006. “Travma Sonrası Stres Belirtileri Olan Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Ayrışma Düzeyi ve Çalışma Belleği Uzamı Arasındaki İlişki”, (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Janoff-Bulman, R. 1979. Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798–1809.

Janoff-Bulman, R. 1992. Our fundamental assumptions. *Shattered Assumptions*. New York: The Free Press.

Johansen, V.A., Wahl, A.K., Eilertsen, D.E., & Weisaeth, L. 2007. “Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured stress of non-domestic violence: A longitudinal study”, *Social Psychiatry Epidemiology*, 42(3), 583-593.

Kangas, M., Henry, J., & Bryant, R. 2002. “Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review”, *Clinical Psychology Review*, 22, 499-524.

Kaniasty, K. 2005. Social Support & Traumatic Stress. *The National Center for PTSD, Ptsd research Quarterly*, 16(2).

Karanci, A.N., & Acarturk, C. 2005. “Post-traumatic growth among Marmara Earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers”, *Traumatology*, 11(4), 307–323.

Karanci, A. N, Aker, A. T., Işikli, S. 2009. “Yetişkinlerde Travmatik Olay Yaşama Yaygınlığı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Gelişim’in Değerlendirilmesi”, Tübitak 107K323 numaralı 1001 Projesi Yayınlanmamış Sonuç Raporu.

Karanci, A. N, Aker, A. T., Işikli, S., İzmit-Gül, E., Başbuğ Erkan, B. B., Özkol, H. and Yavuz Güzel, H. 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, 1-14.

Karanci, A.N., Aker, A.T., Işikli, S. 2011. “Travmatik Yaşantısı Olan Yetişkinlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Gelişim: Boylamsal Bir Çalışma”, Tübitak 109K592 numaralı Hızlı Destek Projesi Yayınlanmamış Sonuç Raporu.

Karanci, A. N, Aker, A. T., Işikli, S., Başbuğ, B. B., Önen, P., İzmit-Gül, E. ve Yavuz, H. 2009. “Traumatic event characteristics, personality and sociodemographic variables as predictors of post traumatic stress severity in a sample of Turkish adults”, *Sözel Bildiri*, 11th European Conference on Traumatic Stress, Oslo-Norway.

Karanci, A.N., Alkan, N., Aksit, B., Sucuoglu, H., & Balta, E. 1999. "Sex differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinar (Turkey) earthquake", *North American Journal of Psychology*, 1 (2), 189-204.

Karanci, A. N., & Erkam, A. 2007. "Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients", *Stress and Health*, 23, 315-322.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. 2005. "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. 1995. "Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.

Kiliç, C. 2005. "Post-traumatic growth and its predictors", Paper presented at The IV. International Psychological Trauma Meeting, İstanbul, Turkey.

King, D. W., Taft, C., King, L. A., Hammond, C., & Stone, E. R. 2006. "Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: a longitudinal investigation", *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 2980–2992.

Kirmayer, L.J., Lemelson, R. & Barad, M., 2007. *Understanding trauma*. New York: Cambridge University Press.

Laffaye, C., Cavella, S., Drescher, K., & Rosen, C. 2008. "Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD", *Journal of Traumatic Stress*, 21, 394–401.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lee, D., & Young, K.I. 2001 Post-traumatic stress disorder: diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International Review of Psychiatry*, 13, 150–158.

Lev-Wiesel, R., & Amir, M. 2003. "Posttraumatic growth among holocaust child survivors", *Journal of Trauma and Loss*, 8, 229-237.

Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., & Solomon, S. 2008. Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationships with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 492-496.

Linley, P.A., & Joseph, S. 2004a. "Positive change following trauma and adversity: A review", *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.

- Litman, J.A. 2006. The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 41, 273–284. doi:10.1016/j.paid.2005.11.032
- Löckenhoff, C.E, Terracciano, A., Patriciu, N.S., Eaton, W.W. & Costa, P.T., Jr. 2009. Self-reported extremely adverse life events and longitudinal changes in five-factor model personality traits in an urban sample. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 53-59.
- Maercker, A., Michael, T.; Fehm, L., Becker, E. & Margraf, J. 2004. “Age of Traumatization as a Post-traumatic Stress Disorder or Major Depression in Young Women”, *British Journal of Psychiatry*, 184, 482-487.
- Mason, S., Turpin, G., Woods, D., Wardrope, J. & Rowlands, A. 2006. “Risk factors for psychological distress following injury”, *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 217-230.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Bryant, B. 2002. “Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study”, *Behavior Research and Therapy*, 40(6), 665-675.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. Jr., 1986. Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 385-405.
- McCrae, R. R., & John, O.P. 1992. An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175–215.
- Mehnert, A., Koch U. 2007. “Prevalence of acute and posttraumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study”, *Psycho-Oncology*, 16, 181–188.
- Merecz, D., Waszkowska, M., & Wezyk, A. 2012. Psychological consequences of trauma in MVA perpetrators – Relationship between post-traumatic growth, PTSD symptoms and individual characteristics. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 15(5), 565–574. doi:10.1016/j.trf.2012.05.008
- Michael, T., Halligan, S.L., Clark, D.M., & Ehlers, A. 2007. “Rumination in Posttraumatic Stress disorder”, *Depression and Anxiety*, 24, 307-317.
- Michael, S. T. & Snyder, C. R. 2005. Getting unstuck: The roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death Studies*, 29, 435–458.
- Mizuta, I., Ikuno, T. Shimai, S., Hirotsune, H., Ogasawara, A., Honaga, E., & Inoue, Y. 2005. “The prevalence of traumatic events in young Japanese women”, *Journal of Traumatic Stress*, 18, 33-37.

- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. 1993. "Coping resources and processes: Current concepts and measures", In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed.) (pp. 234–257). New York: Free Press.
- Morrill, E.F., Brewer, N.T., O'Neill, S.C., Lillie, S.E., Dees, C., Carey, L., & Rimer, B.K. 2008. The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17, 948-953.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., & Newbery, J. 2005. "Multidimensional nature of post-traumatic growth in Australian population", *Journal of Traumatic Stress*, 18, 575-585.
- Mulder, R., Fergusson, D., & Horwood, J. 2013. Post-traumatic stress disorder symptoms form a traumatic and non-traumatic stress response dimension. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 47(6), 569–77. doi:10.1177/0004867413484367.
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. 2010. "Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors", *BioPsychoSocial Medicine*, 4(7).
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. 1991. A prospective study of depression and post traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115– 121.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. 1993. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561–570. doi: 10.1080/02699939308409206.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco B. E., Lyubomirsky, S. 2008. "Rethinking rumination", *Perspectives on Psychological Science*, 3 (5), 400-424.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Backer, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. J. G. 2003. "Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico", *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 646-656.
- O'Brien, T.B. & DeLongis, A. 1997. Coping with chronic stress: An interpersonal perspective. In: Gottlieb, BH., editor. *Coping with chronic stress*. New York: Plenum Publishing Corporation; p. 161-190.
- O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. 1995. "Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health", *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121–142.
- Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. P. R. 2005. The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*. doi: 10.1016/j.psyneuen. 2005.04.009

- Özgüler, N. E., Maner, F., Çobanoğlu, S., Aker, A. T., & Karamustafaloğlu, O. 2004. "Yaşlılarda travma sonrası Stres bozukluğunda eş tanı", *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Düşünen Adam Dergisi*.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. 1998. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710–724.
- Pargament, K.I. 1997. *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Park, C.L. 1998. "Stress-related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes", *Journal of Social Issues*, 54, 267–277.
- Park, C.L. 2004. The notion of stress-related growth: Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15, 69-76.
- Park, C.L., Cohen, L.H., & Murch, R.L. 1996. Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71–105.
- Parkinson, F. 2000. *Post-Trauma Stress*. Fisher Books: U.S.A.
- Pennebaker, J.W. 1989. "Confession, inhibition, and disease", In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 22. pp. 211-244). San Diego, CA: Academic Press.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H-U. 2000. "Traumatic events and post-traumatic stress disorder in community: prevalence, risk factors, and comorbidity", *Acta Psychiatrica*, 101, 46-59.
- Polatinsky, S., & Esprey, Y. 2000. "An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child", *Journal of Traumatic Stress*, 13, 709–718.
- Price, J. 2007. Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 343-353.
- Roberts, B.W., & Mroczek, D. 2008. Personality trait change in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 31–35.
- Rose, A. J. 2002. "Co-rumination in the friendships of girls and boys", *Child Development*, 73, 1830–1843.
- Rosner, R., Powell, S., Butollo, W. 2003. "Post-traumatic stress disorder three years after the siege of Sarajevo", *Journal of Clinical Psychology*, 59, 41-55.

Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. 1992. A prospective examination of post- traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-476.

Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A.P. 2010. Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: a meta analysis, *Clinical Psychology Review*, 30, 436-447.

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. 1992. "Life crises and personal growth". In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research and application*, Westport, CT: Praeger (pp. 149–170).

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. 1998. The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99–125). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Segerstrom, S.C., Stanton, A.L., Alden, L.E., & Shortridge, B.E. 2003. A multidimensional structure for repetitive thought: What's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 909-921.

Shakespeare-Finch, J. 2005. Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 11(4), 325-334.

Shakespeare-Finch, J., & Armstrong, D. 2010. "Trauma type and post-trauma outcomes: Differences between survivors of motor vehicle accidents, sexual assault and bereavement", *Journal of Loss and Trauma*, 15, 59 – 82.

Shakespeare-Finch, J. E., Smith, S. G., & Obst, P. 2002. Trauma, coping and family functioning in emergency service workers. *Work and Stress*, 16(3), 275-282.

Sharon, M., Jamie, O., Gary, W., Lori, G., Kevin, F., & Generosa, G. 2004. "Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner and Couple Perspectives", *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.

Sheikh, A.I. 2004. "Posttraumatic growth in the context of heart disease", *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 265-274.

Siegle, G.J., Moore, P., & Thase, M.E. 2004. "Rumination: One construct, many features in healthy individuals, depressed individuals, and individuals with lupus", *Cognitive Therapy & Research*, 28, 645-668.

Siva, A.N. 1991. "İnfertilite'de stresle başetme, öğrenilmiş güçlülük ve depresyonun incelenmesi", Unpublished PhD thesis. Hacettepe University, Ankara, Turkey.

Splevins, K., Cohen, K., Bowley, J., & Joseph, S. 2010. Theories of Posttraumatic Growth: Cross-Cultural Perspectives. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 259–277. doi:10.1080/15325020903382111

Stroud, D. 1999. Familial support as perceived by adult victims of childhood sexualabuse. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*.;11(2):159–175.

Stockton, H., Hunt, N. & Joseph, S. 2011. “Cognitive Processing, Rumination, and Post traumatic Growth”, *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 85-92.

Sumalla, E.C., Ochoa, C. & Blanco, I. 2009. “Posttraumatic growth in cancer: Reality or Illusion?”, *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33.

Sümer, N., Karancı, A.N., Berument, S.K., & Güneş, H. 2005. “Personal resources, coping-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey”, *Journal of Traumatic Stress*, 18, 331-342.

Taku, K., Calhoun, L.G., Cann, A., & Tedeschi, R.G. 2008. “The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth in Japanese university students”, *Death Studies*, 32, 428-444.

Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. 2009. Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(2), 129–36. doi:10.1080/10615800802317841

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. 1995. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. 1995. “Tasks and cognitive processing in coping with trauma”, In R. G. Tedeschi & L.G. Calhoun (Eds.), *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*, Thousand Oaks: SAGE Publications, (pp. 59–76).

Tedeschi, G.R. & Calhoun, L.G. 1996. “The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma”, *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L. 2004. “Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence”, *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.

Tedeschi, R.G., Park, C.L., & Calhoun, L.G. 1998. “Posttraumatic Growth: Conceptual Issues”, In R. Tedeschi & L. Calhoun (Eds.). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*, Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, (pp. 1-22).

Tong, E.M.W., Bishop, G.D., Diong, S.M., Enkelmann, H.C., Why, Y.P., Ang, J., et al. 2004. “Social support and personality among male police officers in Singapore”, *Personality and Individual Differences*, 36, 109-123.

Ullman, S. E., & Siegel, J. M. 1994. “Predictors of exposure to traumatic events and post-traumatic stress sequel”, *Journal of Community Psychology*, 22, 328-338.

- Watkins, E.R. 2008. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163–206.
- Waysman, M., Schwarzwald, J., & Solomon, Z. 2001. "Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma", *Journal of Traumatic Stress*, 14, 531–548.
- Weiss, T. 2004a. "Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors", *Psycho-Oncology*, 13, 260-268.
- Widows, M.R., Jacobsen, P.B., Booth-Jones, M., & Fields, K.K. 2005. "Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer", *Health Psychology*, 24, 266–273.
- Wild, N.D. & Paivio, S.D. 2003. "Psychological adjustment, coping, and emotional regulation as predictors of posttraumatic growth", *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 8(4), 97-122.
- Williams, S., 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, 845-855.
- Wortman, C.B. 2004. "Post-traumatic growth: Progress and problems", *Psychological Inquiry*, 15, 81–90.
- Wortman, C.B., & Silver, R.C. 2001. "The myths of coping with loss revisited", In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, 324 Applications to Health Promotion and Effective Treatment coping, and care* Washington, DC: American Psychological Association, (pp. 405–430).
- Val, E.B. and Linley, P.A. 2006. "Posttraumatic Growth, Positive Changes, And Negative Changes In Madrid Residents Following The March 11, 2004, Madrid Train Bombings", *Journal Of Loss And Trauma*, 11, 409–424.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. 2010. Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 110–120.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. 1988. "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support", *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.
- Zoellner, T., & Maercker, A. 2006. Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653.
- Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., Maercker, A. 2008. "Posttraumatic growth in accident survivors: openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides", *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 245-263.

EKLER

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

ODTÜ PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ Yetişkinlerde Olumsuz Yaşam Olayları ve Etkileri Araştırması

Küme no: _____	Hane no: _____	Anket no: _____
İl : İzmir	İlçe : _____	Mahalle: _____
Cadde/Sokak : _____	Apartman No / Daire No: ____/____	
Görüşenin Adı Soyadı : _____		
Sonuç/Durum: 01 Dolduruldu		
02 Görüşme yarıda kaldı Nedeni: _____		
03 Görüşmeyi reddetti Nedeni: _____		
04 Randevu alındı _____		
05 Ziyaret limiti doldu Tarihler: _____, _____, _____		
06 Diğer(Açıklayınız) _____		

DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaş/Doğum tarihi
2. Cinsiyet K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
3. Medeni Durumunuz? Bekar <input type="checkbox"/> Nişanlı/Sözlü <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Birlikte Yaşıyor <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> _____
4. Eğitim durumunuz nedir? (Son aldığınız diplomaya göre belirtiniz) Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksekokul <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>
5. Halen para veya mal karşılığı bir işte çalışıyor musunuz? Çalışıyorum <input type="checkbox"/> Çalışmıyorum <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> _____ 5a. Çalışmıyor iseniz, çalışmama nedeniniz nedir? Ev hanımı <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> İş bulamama <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Gelir sahibi <input type="checkbox"/> Engelli, hasta <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz): _____ 5b. Ne kadar zamandır çalışmıyorsunuz? (Ay olarak belirtiniz) _____ ay 5c. Çalışıyor iseniz, çalıştığınız işteki konumunuz nedir? Maaşlı <input type="checkbox"/> Yevmiyeli <input type="checkbox"/> İşveren <input type="checkbox"/> Kendi hesabına <input type="checkbox"/> Ücretsiz aile işçisi <input type="checkbox"/>
6. Bir sağlık sigortanız var mı? Varsa hangi kuruma bağlı sigortalısınız? Sigortası yok <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> BAĞ-KUR <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> Özel sigorta <input type="checkbox"/> Kurum sigortası <input type="checkbox"/> Yeşil kart <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz): _____
7. Hanenize giren geliri değerlendirdiğinizde aylık toplam geliriniz sizce ne düzeydedir? Çok düşük <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Ortanın üstü <input type="checkbox"/> Yüksek <input type="checkbox"/>
8. Son iki yılda tedavi gerektiren ruhsal bir rahatsızlık geçirdiniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> 8a. Evet ise, bu rahatsızlık nedeniyle nasıl bir tedavi gördünüz? Psikolojik tedavi <input type="checkbox"/> İlaç tedavisi <input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz): _____ 8b. Halen bu ruhsal sorun nedeniyle tedavi görüyor musunuz? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

EK 2: Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği- PDS

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı olumsuz/ travmatik yaşam olaylarının toplumda ne sıklıkla yaşandığını ve bunların olası psikolojik etkilerini araştırmaktır. Travmatik yaşam olayları yaşayan kişiler için geliştirilebilecek destek programlarının oluşturulmasında sizin vereceğiniz bilgiler çok değerli olacaktır. Bu yüzden lütfen cevaplarınızı durumunuzu yansıtacak şekilde titizlikle ve samimiyetle vermeye özen gösteriniz.

*Araştırmaya katılanların kişisel bilgileri ve verdikleri cevaplar kesinlikle gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel araştırma amaçlı kullanılacaktır. Bu yüzden anket formuna isminizi yazmanıza gerek yoktur. Lütfen anketi doldurmadan önce gönüllü katılım formunu okuyup imzalayınız. Lütfen, her soru grubundan önce verilen açıklamaları dikkatlice okuyunuz ve bu açıklamalar temelinde işaretlemelerinizi yapınız. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz. Doktora öğrencisi
Uzm.Psk. Ervin Gül*

TSSTÖ / 1. Bölüm

Birçok kişi, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay yaşamış ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, *kendi başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz* olayları yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz. *Birden fazla olay işaretleyebilirsiniz.*

(1)	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)	<input type="checkbox"/>
(2)	Doğal afet (örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem)	<input type="checkbox"/>
(3)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel saldırıya maruz kalmak (örneğin, dövülme, saldırıya uğrayıp soyulma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	<input type="checkbox"/>
(4)	Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak (örneğin, kapkaç, gasp, saldırıya uğrayıp soyulma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	<input type="checkbox"/>
(5)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, fiziksel temas içeren taciz, tecavüze teşebbüs ya da tecavüz)	<input type="checkbox"/>
(6)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalmak (örneğin, fiziksel temas içeren taciz, tecavüze teşebbüs ya da tecavüz)	<input type="checkbox"/>
(7)	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	<input type="checkbox"/>
(8)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas)	<input type="checkbox"/>
(9)	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma)	<input type="checkbox"/>
(10)	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(11)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
(12)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
(13)	Bunların dışında bir travmatik olay	<input type="checkbox"/>
(14)	13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı kısaca anlatınız: _____ _____	

YUKARIDAKİ OLAYLARDAN HERHANGİ BİRİNİ İŞARETLEDİYSENİZ, SORULARI YANITLAMAYA DEVAM EDİN.
HİÇBİR MADDEYİ İŞARETLEMEDİYSENİZ, "TKÖÖ" BAŞLIKLİ ÖLÇEĞE GEÇEREK DEVAM EDİNİZ.

2. Bölüm

(15) 1. Bölümde **birden fazla** olay işaretlediyseniz, aşağıda bu olaylardan **size en çok acı veren veya sizi en fazla rahatsız eden** olayın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1.Bölümde **sadece bir** olayı işaretlediyseniz, aşağıda da aynı olayı tekrar işaretleyiniz.

(a)	Kaza (araba ya da iş kazası gibi)	<input type="checkbox"/>
(b)	Doğal afet	<input type="checkbox"/>
(c)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından fiziksel saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(d)	Tanımadığınız biri tarafından fiziksel bir saldırıya maruz kalmak	<input type="checkbox"/>
(e)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(f)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(g)	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	<input type="checkbox"/>
(h)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	<input type="checkbox"/>
(i)	Hapsedilme	<input type="checkbox"/>
(j)	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(k)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
(l)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
(m)	Bunların dışında bir olay	<input type="checkbox"/>
(n)	Aşağıda boş bırakılan yerde <u>yukarıda işaretlemiş olduğunuz</u> travmatik olayı kısaca anlatınız. _____	

Bu olay sizi nasıl etkiledi?

Lütfen bundan sonraki tüm sorulara, yukarıda işaretleyip **ANLATTIĞINIZ OLAYI** düşünerek cevap veriniz.

(16) Bu travmatik olay **ne kadar zaman önce** meydana geldi? (**YALNIZCA BİR TANESİNİ** işaretleyiniz)

(a)	1 aydan daha az	<input type="checkbox"/>
(b)	1-3 ay arası	<input type="checkbox"/>
(c)	3-6 ay arası	<input type="checkbox"/>
(d)	6 ay – 3 yıl arası	<input type="checkbox"/>
(e)	3-5 yıl arası	<input type="checkbox"/>
(f)	5 yıldan daha fazla	<input type="checkbox"/>

Aşağıdaki sorularda, **Evet** için 'E' harfini **Hayır** için 'H' harfini daire içine alınız.

Bu travmatik olay sırasında:

(17)	Fiziksel bir yara aldınız mı?	E	H
(18)	Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?	E	H
(19)	Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H

(20)	Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(21)	Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	E	H
(22)	Büyük bir korku veya dehşet duygusu yaşadınız mı?	E	H

3. Bölüm

Aşağıda travmatik bir olayın ardından insanların yaşayabileceği bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyunuz ve *GEÇTİĞİMİZ AY İÇİNDE* bu sorunun *sizi ne sıklıkta* rahatsız ettiğini en iyi gösteren sayıyı (0, 1, 2 ya da 3) daire içine alınız. (Aşağıda belirtilen olayla ilgili her sıkıntıyı 15. maddede işaretlediğiniz ve anlattığınız travmatik olay açısından değerlendiriniz).

Örneğin, söz ettiğiniz olay geçtiğimiz ay içinde aşağıda verilen sıkıntılar açısından sizi yalnızca bir kez rahatsız ettiyse, 0'ı; haftada bir kez rahatsız ettiyse, 1'i işaretleyin.

- 0 Hiç ya da yalnızca bir kez
- 1 Haftada 1 ya da daha az/kısa bir süre
- 2 Haftada 2 – 4 kez / yarım gün
- 3 Haftada 5 ya da daha fazla / neredeyse bütün gün

(23)	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da hayallerin gelmesi	0	1	2	3
(24)	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	0	1	2	3
(25)	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3
(26)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3
(27)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	0	1	2	3
(28)	Bu travmatik olayı düşünmemeye, olay hakkında konuşmamaya ya da olayın yarattığı duyguları hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
(29)	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
(30)	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
(31)	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3
(32)	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
(33)	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk, taşlaşmış gibi hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	0	1	2	3
(34)	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	0	1	2	3
(35)	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
(36)	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
(37)	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	0	1	2	3

(38)	Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma, vb.)	0	1	2	3
(39)	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde, ani ve yüksek sesler duyduğunuzda)	0	1	2	3
(40)	Yukarıda belirttiğiniz sorunları kaç aydır yaşıyorsunuz? (YALNIZCA BİR TANESİNİ işaretleyiniz) Bir aydan daha az <input type="checkbox"/> 3 ay arası <input type="checkbox"/> aydan daha fazla <input type="checkbox"/>				
(41)	Bu sorunlar söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladı? (BİR TANESİNİ işaretleyiniz) 6 aydan daha az <input type="checkbox"/> 6 ay ya da daha fazla <input type="checkbox"/>				

4. Bölüm

Yukarıda (3.Bölüm’de) işaretlediğiniz sorunların **GEÇTİĞİMİZ AY SÜRESİNCE** aşağıda belirtilen alanlarda sizi engelleyip engellemediğini, **Evet** için ‘E’ harfini, **Hayır** için ‘H’ harfini daire içine alarak belirtiniz.

(42)	İş hayatı	E	H
(43)	Evin günlük işleri	E	H
(44)	Arkadaşlarınızla ilişkiler	E	H
(45)	Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler	E	H
(46)	Okulla ilgili işler	E	H
(47)	Ailenizle ilişkiler	E	H
(48)	Cinsel yaşam	E	H
(49)	Genel anlamda hayattan memnuniyet	E	H
(50)	Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi	E	H

EK 3: Olaya İlişkin Ruminasyon Envanteri- ERRI

OIRE

Belirttiğimize benzer bir yaşantıdan sonra, her zaman olmasa da, bazen insanlar, bu deneyim hakkında **düşünmeye çalışmamalarına rağmen kendilerini onunla ilgili düşünceler içinde bulurlar.** Aşağıda yer alan maddeleri olayın hemen ardındaki haftalarda ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

0- Hiç olmadı

1- Nadiren

2- Bazen

3- Sıklıkla

1. İstemediğim hâlde olayı düşündüm.	0	1	2	3
2. Olayla ilgili düşünceler aklıma geldi ve onlar hakkında düşünmeden duramadım.	0	1	2	3
3. Olayla ilgili düşünceler dikkatimi dağıttı ya da beni konsantre olmaktan alıkoydu.	0	1	2	3
4. Olayla ilgili görüntü ya da düşüncelerin zihnime girmesine engel olamadım.	0	1	2	3
5. Olaya ait düşünceler, anılar ya da görüntüler istemesem de aklıma geldi.	0	1	2	3
6. Olayla ilgili düşünceler deneyimimi yeniden yaşamama neden oldu.	0	1	2	3
7. Olayı hatırlatan şeyler, yaşadığım deneyimimle ilgili düşünceleri geri getirdi.	0	1	2	3
8. Kendimi otomatik olarak ne olmuş olduğu ile ilgili düşünürken buldum.	0	1	2	3
9. Diğer şeyler beni, yaşadığım deneyimle ilgili düşünmeye yönlendirip durdu.	0	1	2	3
10. Olayla ilgili düşünmemeye çalıştım ama düşünceleri aklımdan çıkaramadım.	0	1	2	3

Belirttiğimize benzer bir yaşantıdan sonra, her zaman olmasa da, bazen insanlar, **özellikle ve kasıtlı olarak bu deneyim hakkında düşünerek vakit geçirirler.** Aşağıda yer alan maddeler için, olayın hemen ardındaki haftalarda eğer olduysa ne sıklıkla, belirtilen konular ile ilgili olarak düşünmek için özellikle vakit geçirdiğinizi belirtiniz.

1. Yaşadığım deneyimden anlam bulup bulamayacağımla ilgili düşündüm.	0	1	2	3
2. Yaşamımdaki değişikliklerin deneyimimle uğraşmaktan kaynaklanıp kaynaklanmadığını düşündüm.	0	1	2	3
3. Kendimi, yaşadığım deneyimle ilgili duygularım hakkında düşünmeye zorladım.	0	1	2	3
4. Yaşadığım deneyimin sonucunda birşey öğrenip öğrenmediğimle ilgili düşündüm.	0	1	2	3
5. Bu deneyimin dünya ile ilgili inançlarımı değiştirip değiştirmediği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
6. Bu deneyimin geleceğim için ne anlama gelebileceği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
7. Diğerleri ile olan ilişkilerimin, yaşadığım deneyimin ardından değişip değişmediği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
8. Kendimi olayla ilgili duygularımla baş etmeye zorladım.	0	1	2	3
9. Olayın beni nasıl etkilemiş olduğu hakkında özellikle düşündüm.	0	1	2	3
10. Olay hakkında düşündüm ve ne olduğunu anlamaya çalıştım.	0	1	2	3

EK 4: Travma Sonrası Gelişim Envanteri- PTGI

TSGÖ

Aşağıda yer alan her cümleyi dikkatle okuyunuz. Belirtmiş olduğunuz travmatik olayın sonrasında, yaşamınızın bu olaya bağlı olarak ne derece değiştiğini aşağıdaki ölçekte uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz.

- 0 = Travmadan dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım
1 = Travmadan dolayı bu değişikliği çok az yaşadım
2 = Travmadan dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım
3 = Travmadan dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım
4 = Travmadan dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım
5 = Travmadan dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım

(1)	Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
(2)	Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
(3)	Yeni ilgi alanları geliştirdim.	0	1	2	3	4	5
(4)	Kendime güvenim arttı.	0	1	2	3	4	5
(5)	Manevi konuları daha iyi anladım.	0	1	2	3	4	5
(6)	Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
(7)	Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
(8)	Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
(9)	Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
(10)	Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
(11)	Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
(12)	Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
(13)	Yaşadığım her günün değerini anladım.	0	1	2	3	4	5
(14)	Yaşadığım olaydan (travma) sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	0	1	2	3	4	5
(15)	Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.	0	1	2	3	4	5
(16)	İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
(17)	Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
(18)	Dini inancım daha da güçlendi.	0	1	2	3	4	5
(19)	Düşündüğümden daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
(20)	İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
(21)	Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5

EK 5: Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği- BPTI

TKÖÖ

Aşağıda size uyan ya da uymayan pek çok kişilik özelliği bulunmaktadır. Bu özelliklerden her birinin sizin için **ne kadar uygun** olduğunu ilgili rakamı daire içine alarak belirtiniz.

Örneğin; Kendimi biri olarak görüyorum.

Verilen özelliğin size ne kadar uyduğunu daire içine alınız;

1: Hiç uygun değil 2: Uygun değil 3: Kararsızım 4: Uygun 5: Çok uygun

		Hiç uygun değil	Uygun değil	Kararsızım	Uygun	Çok uygun
(1)	Aceleci	1	2	3	4	5
(2)	Yapmacık	1	2	3	4	5
(3)	Duyarlı	1	2	3	4	5
(4)	Konuşkan	1	2	3	4	5
(5)	Kendine güvenen	1	2	3	4	5
(6)	Soğuk	1	2	3	4	5
(7)	Utangaç	1	2	3	4	5
(8)	Paylaşımçı	1	2	3	4	5
(9)	Geniş-rahat	1	2	3	4	5
(10)	Cesur	1	2	3	4	5
(11)	Agresif	1	2	3	4	5
(12)	Çalışkan	1	2	3	4	5
(13)	İçten pazarlıklı	1	2	3	4	5
(14)	Girişken	1	2	3	4	5
(15)	İyi niyetli	1	2	3	4	5
(16)	İçten	1	2	3	4	5
(17)	Kendinden emin	1	2	3	4	5
(18)	Huysuz	1	2	3	4	5
(19)	Yardımsaver	1	2	3	4	5
(20)	Kabiliyetli	1	2	3	4	5
(21)	Üşengeç	1	2	3	4	5
(22)	Sorumsuz	1	2	3	4	5
(23)	Sevecen	1	2	3	4	5
(24)	Pasif	1	2	3	4	5
(25)	Disiplinli	1	2	3	4	5
(26)	Açgözlü	1	2	3	4	5
(27)	Sinirli	1	2	3	4	5

		Hiç uygun değil	Uygun değil	Kararsızım	Uygun	Çok uygun
(28)	Canayakın	1	2	3	4	5
(29)	Kızgın	1	2	3	4	5
(30)	Sabit fikirli	1	2	3	4	5
(31)	Görgüsüz	1	2	3	4	5
(32)	Durgun	1	2	3	4	5
(33)	Kaygılı	1	2	3	4	5
(34)	Terbiyesiz	1	2	3	4	5
(35)	Sabırsız	1	2	3	4	5
(36)	Yaratıcı	1	2	3	4	5
(37)	Kaprisli	1	2	3	4	5
(38)	İçine kapanık	1	2	3	4	5
(39)	Çekingen	1	2	3	4	5
(40)	Alıngan	1	2	3	4	5
(41)	Hoşgörülü	1	2	3	4	5
(42)	Düzenli	1	2	3	4	5
(43)	Titiz	1	2	3	4	5
(44)	Tedbirli	1	2	3	4	5
(45)	Azimli	1	2	3	4	5

EK 6: Başetme Yolları Ölçeği- WCI-T

BYÖ

Aşağıda insanların sıkıntılarını gidermek için kullanabilecekleri bazı yollar belirtilmektedir. Cümlelerin her birini dikkatlice okuduktan sonra, *kendi sıkıntılarınızı düşünerek*, bu yolları hiç kullanmıyorsanız hiçbir zaman, kimi zaman kullanıyorsanız bazen, çok sık kullanıyorsanız her zaman seçeneğini belirtiniz.

		Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
(1)	Aklımı kurcalayan şeylerden kurtulmak için değişik işlerle uğraşırım	1	2	3
(2)	Bir mucize olmasını beklerim	1	2	3
(3)	İyimser olmaya çalışırım	1	2	3
(4)	Çevremdeki insanlardan sorunları çözmemde bana yardımcı olmalarını beklerim	1	2	3
(5)	Bazı şeyleri büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım	1	2	3
(6)	Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım	1	2	3
(7)	Durumun değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	1	2	3
(8)	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissederim	1	2	3
(9)	Olanları unutmaya çalışırım	1	2	3
(10)	Başa gelen çekilir diye düşünürüm	1	2	3
(11)	Durumun ciddiyetini anlamaya çalışırım	1	2	3
(12)	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	1	2	3
(13)	Duygularımı paylaştığım kişilerin bana hak vermesini isterim	1	2	3
(14)	'Her işte bir hayır var' diye düşünürüm	1	2	3
(15)	Dua ederek Allah'tan yardım dilerim	1	2	3
(16)	Elimde olanlarla yetinmeye çalışırım	1	2	3
(17)	Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam	1	2	3
(18)	Sıkıntılarımı içimde tutmaktansa paylaşmayı tercih ederim	1	2	3
(19)	Mutlaka bir çözüm yolu bulabileceğime inanıp bu yolda uğraşırım	1	2	3
(20)	'İş olacağına varır' diye düşünürüm	1	2	3
(21)	Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımdan fikrini alırım	1	2	3
(22)	Kendimde her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum	1	2	3
(23)	Olanlardan olumlu bir şeyler çıkarmaya çalışırım	1	2	3
(24)	Bunun alın yazım olduğunu ve değişmeyeceğini düşünürüm	1	2	3
(25)	Sorunlarıma farklı çözüm yolları ararım	1	2	3
(26)	'Olanları keşke değiştirebilseydim' diye düşünürüm	1	2	3
(27)	Hayatla ilgili yeni bir bakış açısı geliştirmeye çalışırım	1	2	3
(28)	Sorunlarımı adım adım çözmeye çalışırım	1	2	3
(29)	Her şeyin istediğim gibi olamayacağını düşünürüm	1	2	3
(30)	Dertlerimden kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka veririm	1	2	3
(31)	Ne yapacağımı planlayıp ona göre davranırım	1	2	3
(32)	Mücadele etmekten vazgeçerim	1	2	3

(33)	Sıkıntılarımın kendimden kaynaklandığını düşünürüm	1	2	3
(34)	Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim	1	2	3
(35)	'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm	1	2	3
(36)	'Benim suçum ne' diye düşünürüm	1	2	3
(37)	'Allah'ın takdiri buymuş deyip' kendimi teselli etmeye çalışırım	1	2	3
(38)	Temkinli olmaya ve yanlış yapmamaya çalışırım	1	2	3
(39)	Çözüm için kendim bir şeyler yapmak isterim	1	2	3
(40)	Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm	1	2	3
(41)	Hakkımı savunmaya çalışırım	1	2	3
(42)	Bir kişi olarak olgunlaştığımı ve iyi yönde geliştiğimi hissedirim	1	2	3

EK 7: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği- MSPSS
ÇBASDÖ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin, *yaşadığınız travma sonrasında* sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

		Kesinlikle hayır				Kesinlikle evet		
(1)	İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
(2)	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
(3)	Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
(4)	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.	1	2	3	4	5	6	7
(5)	Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
(6)	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
(7)	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
(8)	Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
(9)	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
(10)	Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
(11)	Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
(12)	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Telefon:

EK 8: Kish Tablosu

KISH METHOD

AŞAĞIDAKİ TABLOYU KULLANARAK ANKETİ KİME UYGULAYACAĞINIZI BELİRLEYİNİZ.

BİREYSEL GÖRÜŞME UYGUNLUK KOŞULLARI:

- Bu evde yaşayan
- 18 yaş ve üstü

kişileri önce en yaşlı erkekten en genç erkeğe, sonra en yaşlı kadından en genç kadına kadar, bu bilgiyi veren kişiye yakınlık derecesine (eşi, oğlu, ev arkadaşı, kiracısı, bebek bakıcısı gibi) göre aşağıdaki tablo üzerinde sıralayınız. Tablo 2'yi kullanarak görüşme için seçtiğiniz kişiyi Tablo 1'de daire içine alarak işaretleyiniz.

Tablo 1. Hanede Yaşayan Kişilerin Listesi

Sıra No	ERKEK	Yaş	Sıra No	KADIN	Yaş

Görüşülecek kişiyi hanede yaşayan kişi sayısına ve uygulayacağınız anketin numarasının sonundaki rakama göre belirleyiniz ve Tablo 1'de de bu kişiyi daire içine alarak işaretleyiniz.

Tablo 2. Bireysel Görüşme Yapılacak Kişinin Seçimi

Hanedeki Kişi Sayısı	Anket No. Sonundaki Rakam									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	Görüşme Bitti									
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
3	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3
7	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2
9	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8
10 ve üstü	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8

EK 9: Gönüllü Katılım Formu

Gönüllü Katılım Formu

Bu çalışma, Orta Doğu Teknik Üniversitesi öğretim üyesi Prof. Dr. A. Nuray Karancı danışmanlığında Doktora Öğrencisi Ervin Gül tarafından yürütülen bir çalışmadır.

Çalışmanın amacı, insanların başlarına gelen olumsuz yaşam olayları ve bu olaylar sonrasında yaşanabilecek psikolojik etkiler hakkında bilgi toplamaktır. Ayrıca, olayla birlikte bireylerin hayatlarında yaşanan değişimler ve olay sonrası süreçlerin etkileri de incelenecektir. Bu kapsamda bireylerin yaşayabileceği olumsuz olaylar sonrasında yaşanabilen ruhsal sıkıntılar, olayın günlük hayata olan etkileri, kişinin bu olay sonrasında kullandığı baş etme yöntemleri, kişiliği, sosyal destekleri, bu olaya ilişkin düşünce süreçleri ve olay sonrasında yaşanabilen olumlu gelişmelerle ilgili sorular sorulacaktır.

Sizin vereceğiniz bilgiler, olumsuz/travmatik olaylar sonrasında bireylere uygulanabilecek psikolojik destek programları geliştirebilmek için çok değerli katkılar sağlayacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınızı gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek sonuçlar bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Anket sorularını cevaplarken herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplamaı bırakabilirsiniz. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye, anketi tamamlamadığınızı söylemek yeterli olacaktır. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır.

Bu çalışmaya katıldığınız için ve katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Psikoloji Bölümü Doktora Öğrencisi Ervin Gül ile iletişim kurabilirsiniz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip anketi iade edebileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin, kimliğim belirtilmeden bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum. (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

Tarih

İmza

----/----/----

EK 10: Katılım Sonrası Bilgi Formu

KATILIM SONRASI BİLGİ FORMU

Bu çalışma daha önce de belirtildiği gibi ODTÜ Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. A. Nuray Karancı danışmanlığında Doktora öğrencisi Ervin Gül tarafından İzmir’de yürütülen bir çalışmadır. Bu çalışmada temel olarak, travmatik/ olumsuz yaşam olayları, olay türleri ve yaygınlıkları, bireylerin özelliklerinin, olayla ilgili özelliklerin ve olay sonrası algılanan sosyal desteğin, baş etme yöntemlerinin ve olaya ilişkin düşünce süreçlerinin etkileri ve sonuçları incelenecektir.

Daha önce yapılan çalışmalar, çeşitli olumsuz olayların yaygın olarak yaşandığı ve bu olayların etkilerinin de pek çok farklı faktöre göre değiştiğini göstermiştir. Bu faktörlerden olay öncesinde bu olaya maruz kalan kişinin kişiliği, yaşanan olayla ilgili olarak olay türünün, olayı yaşama zamanının, ve olay sonrasında algılanan sosyal desteğin, kullanılan baş etme yöntemlerinin ve olaya ilişkin düşünce süreçlerinin etkileri gösterilmiştir. Bu bulgular temelinde, bu çalışmada bu faktörlerin yansımaları ve doğurduğu olumlu (travma sonrası gelişim) ya da olumsuz sonuçlar (travma sonrası stres bozukluğu) araştırılacaktır. Tüm veriler birlikte değerlendirildiğinde kuramsal bir model çerçevesinde test edilecektir.

Bu çalışmadan alınacak ilk verilerin Kasım 2013 sonunda elde edilmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bilgiler sadece bilimsel araştırma ve yazılarda kullanılacaktır. Çalışmanın sonuçlarını öğrenmek ya da bu araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için ODTÜ Psikoloji Doktora öğrencisi Uzm. Psk. Ervin Gül’e başvurabilirsiniz. Bu araştırmaya katıldığınız için tekrar çok teşekkür ederiz.

TÜBİTAK
PROJE ÖZET BİLGİ FORMU

Proje Yürütücüsü:	Prof. Dr. AYŞE NURAY KARANCI
Proje No:	112K617
Proje Başlığı:	İzmir'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Gelişim, Yaygınlığı Ve Yordayıcılarının Model Çerçevesinde Test Edilmesi
Proje Türü:	Hızlı Destek
Proje Süresi:	12
Araştırmacılar:	
Danışmanlar:	
Projenin Yürütüldüğü Kuruluş ve Adresi:	ORTA DOĞU TEKNİK Ü. FEN-EDEBİYAT F. PSİKOLOJİ B.
Projenin Başlangıç ve Bitiş Tarihleri:	01/02/2013 - 01/02/2014
Onaylanan Bütçe:	20572.0
Harcanan Bütçe:	20055.6
Öz:	<p>Her insanın yaşamı boyunca travmatik olaylarla karşılaşma olasılığı vardır. Bu olaylar (afetler, fiziksel-cinsel şiddet, hastalıklar vb), bireyin baş etme becerilerini zorlayan, yoğun duyguların ve düşüncelerin yer aldığı karmaşık bir döneme yol açar. Travmatik olaylar sonrası ortaya çıkabilen travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşam boyu yaygınlığının %1 ile %9 arasında değiştiği bulunmuştur. Son yıllarda, travmatik yaşantıların sadece olumsuz etkileri olmadığı, travma yaşantısı ile başa çıkmanın bireylerde olumlu değişimlere de yol açabileceği ve travma sonrası gelişim (TSG) olarak adlandırılan, bireylerin kendileri, ilişkileri ve yaşamı anlamlandırma yaşadıkları gelişimi de değerlendirmek gerektiği öne sürülmüştür.</p> <p>Bu çalışmanın amacı, temsili örnekleme kapsamlı bir model çerçevesinde, yaşanan travmatik olay türlerinin yaygınlığını, olası TSSB'yi, travma sonrası stres (TSS) belirti şiddetini, TSG'yi ve yordayıcılarını incelemektir. Bu amaçla, travma sonrası etkenlerden 3 ana faktör olarak baş etme becerileri, sosyal destek algısı, olaya-ilişkin ruminasyonun etkileri araştırılmıştır.</p> <p>İzmir ilinde TÜİK'ten temin edilen örneklem, toplam 740 yetişkinden (%64.3 kadın, %35.7 erkek) oluşmaktadır. Bulgular, travmatik olay (TO) yaşayan katılımcıların oranının %67.3, olası TSSB yaygınlığının ise %10.8 olduğunu göstermiştir. Sosyo-demografik değişkenlerin etkisi kontrol edildikten sonra son basamakta, genç yaş, kadın olmak, düşük gelir, yüksek duygusal tutarsızlık, yakın zamanda yaşanan olay, belirtilerin uzun sürmesi, yüksek engellenme düzeyi, kasıt/saldırı içeren şiddet olay türleri, ayrıca travma sonrası faktörlerden, intrusif/otomatik ve istemli ruminasyonun, kadereci başa çıkma yolunun TSS belirti şiddetini yordadığı bulunmuştur. Ayrıca, son basamakta, genç olma, düşük eğitim düzeyi, sorumluluk, belirtilerin uzun sürmesi, yaralanma/sarsıcı olayların, istemli ruminasyon, problem çözme odaklı ve destek arayıcı başa çıkma yolları, ile arkadaş ve önemli diğer kişiden algılanan sosyal desteğin TSG'yi yordadığı bulunmuştur. Model testi sonuçları değerlendirildiğinde ise kişilik özelliklerinden TSS belirti şiddeti ve TSG'ye kadar doğrudan ve dolaylı etkilerin olduğu gözlenmiş, özellikle başa çıkma ve olaya-ilişkin ruminasyonun aracı rolleri ortaya çıkmıştır. Çalışma bulguları travma literatürü çerçevesinde tartışılmış ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin planlaması ilgili öneriler sunulmuştur.</p>
Anahtar Kelimeler:	yaygınlık, travma sonrası stres bozukluğu, travma sonrası gelişim, baş etme, ruminasyon, kişilik
Fikri Ürün Bildirim Formu Sunuldu Mu?:	Hayır