T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DSM-5 UCLA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEPKİ ÖLÇEĞİ (ÇTSS-TÖ-5)

TÜRKÇE VERSİYONU

GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Dr. Melek İNCE

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2024

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
KLİNİĞİ

ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DSM-5 UCLA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEPKİ ÖLÇEĞİ (ÇTSS-TÖ-5) TÜRKÇE VERSİYONU

GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Dr. Melek İNCE

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2024

TEŞEKKÜR

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aldığım uzmanlık eğitimi boyunca bana mesleki bilgi ve deneyimlerini aktaran, tez sürecimde bana her zaman destek olan danışman hocam Doç. Dr. Fatma Sibel Durak'a, bilgi ve deneyimleriyle desteklerini esirgemeyen eğitim sorumlumuz hocam Doç. Dr. Nagihan Cevher Binici ve Sevgili Başasistanımız Uzm. Dr. Binay Kayan Ocakoğlu'na,

Her an yanımda olarak desteğini esirgemeyen, her zorluğu birlikte aştığımız, akademik bilgi birikimiyle bana rehberlik edip tez çalışmamı yapmamda büyük destekleri olan sevgili eşim Doç. Dr. Buğra İnce'ye,

Asistanlık hayatımın ilk 2 yılında bilgi ve klinik tecrübelerinden faydalanma fırsatı bulduğum sevgili hocam Prof. Dr. Özalp Ekinci'ye ve Öğretim Üyesi İbrahim Adak'a,

Tez yazma sürecimde, bana her daim destek veren ve oğlumun bakımında büyük yardımları tüm Soytürk ve İnce ailesine, bu süreçte hayatıma kattığı neşe ve anlamla, her an yanımda olduğu için bana dayanma gücü veren dünyalar tatlısı oğlum Doruk İnce'ye

Erenköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum, birlikte hem öğrendiğimiz ve hem eğlendiğimiz arkadaşlarıma ve İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki çalışma arkadaşlarıma,

Bilgi ve deneyimleriyle her zaman desteklerini esirgemeyen Sevgili Dr. Melek Hande Bulut'a,

Bugünlere gelmemde hayatımın her aşamasında emekleri olan tüm öğretmenlerime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

DR. MELEK İNCE

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
SİMGELER VE KISALTMALAR iv
TABLOLAR LİSTESİ vii
ŞEKİLLER LİSTESİ viii
ÖZET ix
ABSTRACT x
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. TRAVMATİK YAŞANTI 3
2.1.1.Tanım 3
2.1.2.Sınıflama 3
2.1.3.Çocuk ve Ergenlerde Travmaya Verilen Tepkiler 5
2.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU 6
2.2.1.Tanım ve Tarihçe 6
2.2.2. Sınıflama 11
2.2.3. Epidemiyoloji 17
2.2.4.Etyoloji ve Risk Faktörleri 18
2.2.5.Klinik Görünüm 19
2.2.6.Değerlendirme 21
2.2.7.Ayırıcı Tanı ve Eştanılar 23
2.3. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ 26
2.3.1. Tanım 26
2.3.2. Güvenilirlik 26
2.3.3. Geçerlilik 27

2.3.4. Tanısal Ayırıcı Kapasite 28
3. GEREÇ VE YÖNTEM 29
3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 29
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu 30
3.2.2. Çocuk Ve Ergenler İçin Dsm-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tepki Ölçeği 31
3.2.3. DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu (NSESS) 31
3.2.4. Disosiyatif Belirtiler Şiddeti 11-17 Yaş Arası Çocuk (DBŞÖ-5): 32
3.3. ARAŞTIRMANIN UYGULANIŞI 33
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 33
4. BULGULAR 36
4.1. Sosyodemografik Özellikler 36
4.2. Güvenilirlik 38
4.3. Geçerlilik. 39
5. TARTIŞMA 43
6. SONUÇLAR 47
KAYNAKÇA 47
ÖZGEÇMİŞ 62
EKLER 64

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACE: Adverse Childhood Experiences (Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri)

AMOS : Analysis of Moment Structures (Yapısal Eşitlik Modellemesi)

AUC : Area Under Curve (Eğri Altında Kalan Alan)

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

CAPS-CA : Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (Çocuklar ve Ergenler için Klinisyen Tarafından Yönetilen TSSB Ölçeği)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)

CMIN/DF: Göreli Ki-Kare indeksi

CI: Güven aralığı

CFI : Comparative Fit Index

CPTS-RI : The Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (Çocuk Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tepki İndeksi)

CRIES : The Children's Revised Impact Scale (Revize Edilmiş Çocuk Olayın Etkisi Ölçeği)

ÇTSS-TÖ : Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

DEHB: Dikkat Ekskiliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DFA : Confirmatory Factor Analyis (Doğrulayıcı faktör Analizi)

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

DBŞÖ-5: Disosiyatif Belirtiler Şiddeti 11-17 Yaş Arası Çocuk Ölçeği

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme)

HPA: Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal Aks

GFI : Goodness of Fit Index

ICC: Absolute agreement, mixed-effects model

ICD : International Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflaması)

IFI : Incremental Fit Index

IQR, Çeyrek Değerler Aralığı

K-TSSB : Karmaşık (kompleks) travma sonrası stress bozukluğu

^{m}:Mann Whitney U testi;

MDB:Major Depresif Bozukluk

NCTSN : Amerikan Ulusal Çocuk Travmatik Stres Ağı (The National Child Traumatic Stress Network)

NFI: Normlanmış Uyum İndeksi

NSESSS: National Stressful Events Survey PTSD Short Scale (Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddeti -11-17 yaş arası çocuk-Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu)

OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk

OR : Odds Ratio

PEDS: Pediatric Emotional Distress Scale (Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder (Travma Sonrası Stres Bozukluğu)

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation – (Yaklaşık hataların karekök ortalaması)

ROC : Receiver Operating Curve

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SS : Standard Sapma

^{t}: Bağımsız örneklem T testi

TLI: Tucker-Lewis indeksi

TSSB : Travma Sonrası Stress Bozukluğu

TSSB-ÖÇE: Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

UCLA : University of California, Los Angeles (Kaliforniya Üniversitesi – Los Angeles)

x2/df : Chi-Square to Degrees of Freedom Ratio (Ki-Kare ve Serbestlik Derecesi Oranı)

m:Mann Whitney U testi

e: Exact testi

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. DSM I'den 5-TR'e Kadar Sınıflandırma Ve Kriter Değişiklikleri 9
Tablo 2. DSM-5 Kriterleri..... **ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.**
Tablo 3. Demografik Veriler 36
Tablo 4. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe İçin Cronbach Alfa Ve ICC Değerleri 39
Tablo 5: Orta Düzeyde Test-Retest Performansı Gösteren Kategorilerin Soru Performansları 39
Tablo 6. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin NSESSS Ve DBŞÖ-5 ile Korelasyonu 41
Tablo 7. Gruplara Göre ÇTSS-TÖ-5-Türkçe Skorları 41
Tablo 8. TSSB Klinik Tanı ÇTSS-TÖ-Türkçe Tanısı Çapraz Tablosu 42

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL 1. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin Faktör Yapısı 40
ŞEKİL 2. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin Ayırıcı Kapasitesi 42

ÖZET

Amaç: Travma sonrası semptomlar, klinik görüşmeler, yarı yapılandırılmış görüşmeler, klinisyen tarafından derecelendirilen veya kendi kendine derecelendirilen (öz bildirim) anketler tarafından sağlanır. Öz bildirimli anketler içselleştirilmiş tepkileri seçer ve travmanın gözlemle tanımlanamayan sonuçları hakkında daha iyi bilgiler sağlar. DSM-5 Çocuk Ve Ergenler İçin DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tepki Ölçeği TSSB tanı ve izleminde dünya çapında kullanılan bir araç olmasına rağmen, henüz Türkçeye adaptasyon, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, DSM-5'e göre uyarlanmış ÇTSS-TÖ-5'i Türkçeye adapte ederek bu versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik özelliklerini incelemek ve klinisyenlere tanı ve izlem süreçlerinde kullanabilecekleri bir araç sunmaktır.

Yöntem: Bu metodolojik çalışma, SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, 11-17 yaş arası travmatik yaşam deneyimi olan 157 ergenle yürütülmüştür. Ölçeğin güvenilirliği iç tutarlılık (Cronbach alfa) ve test-tekrar test (ICC) analizleri ile değerlendirilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile ölçeğin uyum değerleri (CFI, CMIN/DF, NFI, GFI, TLI, RMSEA) incelenmiş, yakınsak ve ıraksak geçerlilik analizleri yapılmıştır. Ölçüt bağımlı geçerlilik için ÇTSS-TÖ-5 Türkçe'nin NSESSS ve DBŞÖ-5 ölçekleri ile korelasyonları Spearman analizi ile değerlendirilmiştir. Tanısal doğruluk için ROC analizi yapılmış, duyarlılık ve özgüllük analizleri uygulanmıştır.

Bulgular: ÇTSS-TÖ-5- Türkçe Versiyonunun iç tutarlılığı C kategorisi için kabul edilebilir düzeyde, diğer tüm alt kategoriler ve tüm ölçek için optimal düzeyde bulunmuştur. DFA analizinde CMIN/DF, CFI, TLI ve RMSEA mükemmel uyumu, GFI ve NFI ise sınıra yakın iyi uyumu göstermiştir. Ölçek, tüm semptom sorularında yakınsak ve ıraksak geçerlilik sağlamıştır. NSESSS ile güçlü, DBŞÖ-5 ile orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. ROC analizinde %86.4 duyarlılık, %84.1 özgüllük ve AUC 0.909 olarak bulunmuş; TSSB tanısında duyarlılık %80.6, özgüllük %78.2 hesaplanmıştır.

Sonuç: ÇTSS-TÖ-5 Türkçe versiyonu yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerlilik göstererek psikometrik özelliklerini korumuştur. Çalışmamız, literatürdeki bulgularla

tutarlı sonuçlar ortaya koymakta ve Türk popülasyonunda 11-17 yaş grubunda TSSB'nin değerlendirilmesine yönelik klinisyenlere önemli bir ölçüm aracı sunmaktadır.

ABSTRACT

Objective: Post-traumatic symptoms can be assessed through clinical interviews, semi-structured interviews, clinician-rated or self-reported (self-assessment) questionnaires. Self-reported questionnaires capture internalized responses and provide better insight into the unobservable effects of trauma. Although the DSM-5 PTSD-RI for DSM-5 is widely used globally for PTSD diagnosis and monitoring, its adaptation, validity, and reliability studies have yet to be conducted in Turkish. This study aims to adapt the PTSD-RI for DSM-5 into Turkish, examine the validity and reliability of this version, and offer clinicians a tool for use in diagnosis and monitoring.

Method: This methodological study was conducted with 157 adolescents aged 11-17 with traumatic life experiences who applied to the Child and Adolescent Psychiatry Clinic at Dr. Behçet Uz Children's Hospital, University of Health Sciences Izmir. The scale's reliability was evaluated through internal consistency (Cronbach's alpha) and test-retest (ICC) analyses. Confirmatory factor analysis (CFA) was used to examine the scale's fit indices (CFI, CMIN/DF, NFI, GFI, TLI, RMSEA), and convergent and divergent validity analyses were performed. For criterion validity, correlations between the Turkish PTSD-RI-5 and the NSESS and DSS scales were evaluated using Spearman's analysis. A ROC analysis was conducted for diagnostic accuracy, and sensitivity and specificity analyses were applied..

Results: The internal consistency of the Turkish PTSD-RI-5 scale was found to be acceptable for category C, and optimal for all other subcategories and the entire scale. In the CFA, CMIN/DF, CFI, TLI, and RMSEA indicated excellent fit, while GFI and NFI showed good fit close to the threshold. The scale demonstrated both convergent and divergent validity across all symptom questions. Strong correlations with NSESS and moderate correlations with the DSS scale were found. In the ROC analysis, sensitivity was 86.4%, specificity was 84.1%, and AUC was 0.909; sensitivity for PTSD diagnosis was calculated at 80.6% and specificity at 78.2%.

Conclusion: The Turkish version of the PTSD-RI-5 demonstrated adequate reliability and validity, maintaining its psychometric properties. Our study presents findings consistent with literature and offers clinicians a valuable assessment tool for evaluating PTSD in the 11-17 age group within the Turkish population.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyin yaşantısı sırasında karşılaştığı, ruhsal açıdan zorlanmasına sebebiyet verebilecek, beklenmedik herhangi bir olay veya durum travma olarak adlandırılabilir (1). Çocuklar ve ergenler, dünya genelinde ölüm, ağır yaralanma veya cinsel şiddet gibi travmatik olaylara maruz kalma riskiyle sıkça karşılaşmaktadır. Her dört çocuktan biri aile içi, okul ya da toplumda şiddet, istismar, araç kazaları, ciddi tıbbi hastalıklar, terör olayları, savaş gibi önemli travmatik bir olay yaşamaktadır (2). Olumsuz çocukluk yaşantılarına maruz kalan gençlerin oranları, ebeveyn boşanması, zorbalık gibi stresli olaylar dahil edildiğinde daha da artmaktadır (3).

Travmaya maruz kalan çocukların yaklaşık %16'sında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) bildirilmektedir (4). TSSB, kişinin yaşadığı olumsuz olayların ardından ortaya çıkan travmayı tekrar yaşıyormuş gibi hissetme, travmatik olayın anı veya rüyalarda sık sık canlanması, travmayı hatırlatan durumlarda yoğun stres yaşama ve bu durumlardan kaçınma, uyku bozuklukları, odaklanma güçlüğü ve ani öfke patlamaları şeklinde görülmektedir (5).

Travma sonrası semptomlar yapılandırılmamış ve yarı-yapılandırılmış görüşmelerle sağlandığı gibi çocuk ve ergenler tarafından kendi kendine derecelendirilen (öz bildirim) ölçekler tarafından sağlanır. Öz bildirimli ölçekler içselleştirilmiş tepkileri seçer ve gözlemle tanımlanamayan travmanın semptomları hakkında daha bilgi sağlar.

Çocuk ve ergenlerde travmaya verilen tepkileri ve TSSB tanısını değerlendirmek amacıyla, dilimize uyarlanmış ve Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış çeşitli tarama ve değerlendirme araçları bulunmaktadır. Bunlar arasında Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ) (6), Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu (NSESS) (7), Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE) (8), Revize Edilmiş Çocuk Olayın Etkisi Ölçeği (CRIES 10-24 yaş) (9), Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (2-10 yaş) (10) bulunmaktadır.

ÇTSS-TÖ hem travmatik deneyimleri hem de travma sonrası belirtileri değerlendirmede kullanılan bir ölçektir. ÇTSS-TÖ, çocuklarda klinik uygulama ve araştırmalarda yaygın olarak kullanılan değerlendirme araçlarından biri olmuş, birçok dile çevrilmiş ve çeşitli ülkelerde kullanılmıştır (11). ÇTSS-TÖ Pynoos ve arkadaşları tarafından 1987'de DSM-III TSSB kriterleri doğrultusunda hazırlanmıştır ve

sonrasında DSM-IV için de gözden geçirilmiştir. 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5'te TSSB tanı kriterlerinin değişmesiyle ÇTSS-TÖ ‘nün 5. versiyonu da yapısal olarak değişmiştir (12). Ülkemizde ise ÇTSS-TÖ ilk versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erden ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (13) ve Laor ve arkadaşları tarafından 1999 Büyük Marmara depreminde kullanılmıştır (14). DSM-5 ÇTSS-TÖ ölçeği tüm dünyada klinisyenler için tanı ve hastalığın takibinde yaygın olarak kullanılan bir ölçek olmasına rağmen Türkiye’de henüz geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır (15,16).

Bu araştırmanın temel amacı, ÇTSS-TÖ’nün Türkçeye adaptasyonunu yaparak bu versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik analizini yapmaktır. Bu doğrultuda, ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması ve 11-17 yaş grubunda Travma Sonrası Stres Belirtilerini doğru bir şekilde değerlendirebilme kapasitesinin test edilmesi hedeflenmiştir. Araştırma kapsamında, ölçeğin iç tutarlılığı, test tekrar test güvenilirliği, yapı geçerliliği ve kriter geçerliliği gibi psikometrik özellikleri incelenecektir. Bu çalışma, TSSB semptomlarını Türkiye’deki 11-17 yaş grubunda doğru bir şekilde tespit edilmesine olanak sağlayarak, bu alanda yapılacak olan klinik müdahale ve tedavi süreçlerinin daha etkili bir şekilde yürütülmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Hipotez

DSM 5 ÇTSS-TÖ-5-Türkçe Versiyonu Türk popülasyonunda kullanıldığında psikometrik özelliklerini koruyan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TRAVMATİK YAŞANTI

2.1.1. Tanım

Travma, kökeni Antik Yunancada "yara" anlamına gelen bir kelimeden türemiştir. Yüzyıllardır travma terimi tıbbi anlamda "dışsal bir etkenin canlı dokuda yol açtığı yaralanma" olarak kullanılmıştır, ancak bu terim 1889 yılında Oppenheim'in demiryolu kazası mağdurlarında "travmatik nevroz" kavramını klinik olarak tanımlamasına kadar psikolojik bir boyut kazanmamıştır (2). Bugün travma, kişinin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü sarsan, yaralayan ya da inciten her türlü olayı ifade etmek için kullanılmaktadır.

Travmatik yaşantıları diğer olumsuz yaşantılardan ayıran en temel özellik; genellikle ani ve beklenmedik bir şekilde meydana gelmeleri, kişinin hayatını ya da fiziksel bütünlüğünü ciddi şekilde tehdit etmeleri ve sıradan yaşam deneyimlerinin çok dışında, olağanüstü nitelikte olmalarıdır (2).

DSM-5-TR'ye göre travmatik olay; doğrudan deneyimlenen, tanık olunan, bir aile üyesinin veya yakın bir kişinin yaşadığı öğrenilen ya da mesleki olarak aşırı düzeyde veya tekrarlayan şekilde maruz kalınan; gerçek ya da tehdit içeren, ölüm, ağır düzeyde yaralanma veya cinsel saldırı olarak tanımlanır (17). Ruh sağlığı açısından bir olayın ruhsal travma olarak nitelendirilmesi, kişinin o olayla başa çıkma kapasitesini aşıp aşmamasına ve nasıl tepki verdiğine bağlıdır. Eğer bir olay kişinin hayatını tehlikeye atan, ciddi bir yaralanma tehdidi oluşuyor ya da kişide çok yoğun bir çaresizlik, korku, dehşet gibi hisler yaratıyorsa bu olay ruhsal travma olarak kabul edilir (1).

2.1.2. Sınıflama

Travmalar, farklı şekillerde sınıflandırılabilir ve genellikle üç ana kategoriye ayrılır: İnsan eliyle oluşan travmalar, doğal afetler ve kazalar. İnsan eliyle meydana gelen travmalar arasında cinsel ve fiziksel istismar, savaşlar, kasıtlı ya da kazara yapılan zarar verici eylemler yer alır. Doğal afetler ise kasırgalar, tayfunlar, hortumlar, sel, yangın ve depremler gibi olayları içerir. Kazalar ise trafik kazaları, boğulmalar, düşmeler, elektrik çarpması gibi ev içinde ya da dışında yaşanan kazalardan oluşur (1).

Travmalar farklı bir sınıflandırmaya göre bireysel, toplumsal, tekil ve süreğen olarak da ayrılabilir. Bir yakının ölümüne, kaza geçirmesine ya da uzvunu kaybetmesine tanıklık etmek bireysel travma olarak adlandırılırken, savaş veya deprem gibi büyük toplulukları etkileyen olaylar toplumsal travmadır. Saldırıya uğramak, ciddi bir tehlike atlatmak ya da soygun gibi olaylar tekil travma şeklinde sınıflandırılır. Süreğen travma ise uzun süreli işkence, aile içi şiddet ya da istismar gibi sürekli yaşanan durumları içerir (1).

Lenore Terr, ruhsal travmaları Tip I ve Tip II olarak iki gruba ayırmıştır (18). Tip I travma, sınırlı ve tek seferlik travmatik olayları kapsar; örneğin, ciddi bir kaza, doğal afet veya bir şiddet olayı gibi ani ve beklenmedik travmatik yaşantılar bu gruba girer. Bu tür travmalar, bireyde ani ve yoğun akut stres tepkilerine neden olabilir ve eğer doğru müdahale edilmezse, zamanla TSSB gelişimine yol açabilir. Özellikle ölümle karşı karşıya kalma, sevilen bir kişinin beklenmedik ölümü, cinsel saldırıya maruz kalma ya da ağır bir doğal felaket gibi olaylar, Tip I travma kategorisinde yer alır. Bu tür travmatik deneyimler, genellikle bireyde disosiyatif belirtiler, hipervijilans, yeniden yaşantıma ve kaçınma gibi semptomlarla kendini gösterebilir.

Tip II travmalar ise daha kronik ve tekrarlayıcı özellikler taşır ve uzun süreli travmatik deneyimlerden kaynaklanır. Bu travmalar genellikle kişinin bağlanma figürleri ya da yakın ilişkileri içinde ortaya çıkar ve bireyin ruhsal yapısında ciddi hasarlar oluşturabilir. İstismar (fiziksel, cinsel ya da duygusal), savaş deneyimleri, kronik aile içi şiddet, uzun süreli işkence gibi durumlar Tip II travma kapsamına girer. Tip II travmalar, bireyde genellikle kendilik ve benlik algısının zedelenmesine neden olarak bireyde "yetersizlik", "değersizlik" gibi içsel inançların kökleşmesine yol açabilir. Sürekli tehdit altında olma hissi, bağlanma sorunları, duygusal regülasyon bozuklukları ve öz yeterlilik algısının azalmasına ve ve çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişmesine neden olabilir (18).

Araştırmalarda, istismar türlerinin ayrı ayrı veya birlikte görülebileceği belirtilse de çocuk istismarı ve ihmalinin tanımlanması ve kavramsallaştırılması konusunda geniş bir uzlaşı sağlamak zor olmuştur. Bazı araştırmacılar, çocuk istismarını ve ihmali travma kavramı çerçevesinde ele almıştır. Bu yaklaşıma göre, çocuk istismarı ve ihmal, çocuğun duygusal, fiziksel ve ruhsal gelişimini derinden etkileyen travmatik yaşantılar olarak kabul edilir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) , çocuk istismarı ve ihmalini daha geniş bir çerçeve olan Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (ACE) başlığı altında kavramsallaştırmıştır ve bu tanımlamada olumsuz

çocukluk deneyimleri istismar, ihmal, aile içi şiddet, ebeveynlerin madde kullanımı gibi birçok olayı kapsamı içine almıştır (19).

Çocuk istismarı fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal/psikolojik istismar ve ihmal gibi çeşitli türlerde ortaya çıkabilir. Bu türlerin her biri, çocuğun hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı üzerinde farklı düzeylerde hasar bırakabilir. Bu hasarın doğası, çocuğun gelişiminde uzun süreli etkiler yaratabilir ve genellikle bu etkiler yetişkinlik dönemine kadar devam eder.

Duygusal/psikolojik istismar da en az diğerleri kadar yıkıcıdır; çocuğun kendilik algısını, özgüvenini ve duygusal gelişimini derinden etkileyebilir ve bu bireylerde depresyon, anksiyete, borderline kişilik bozukluğu gibi sorunlar daha sık görülebilir. İhmal, çocuğun fiziksel bakım, duygusal destek, güvenlik gibi en temel ihtiyaçlarının karşılanmaması anlamına gelir ve bu durum çocukta gelişim sorunlarına, bağlanma bozukluklarına neden olabilir ve ciddi davranışsal problemler doğurabilir.

Travmatik olayların tanınması ulusal ve bölgesel farklılıklar gösterir. Örneğin, son yıllarda çocuk askerlerin yaşadığı travmalara dikkat çekilmektedir (20). Kadın sünneti de bazı ülkelerde yasal olarak uygulanan yaygın bir travma kaynağıdır. 2016 da dünya genelinde yaklaşık 200 milyon kız çocuğunun genital sünnet mağduru olduğu tahmin edilmektedir (21).

Karmaşık Travma (Kompleks Travma): Karmaşık travma (kompleks travma), özellikle çocukluk ya da ergenlik döneminde, uzun süreli ve tekrarlayan travmatik deneyimlere maruz kalmış bireylerde görülmektedir ve bireyin duygusal, sosyal ve ruhsal gelişiminde aksamaya neden olabilmektedir. Çocukluk döneminde fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar, ihmal, aile içi şiddet, kronik ayrımcılık, ırkçılık ya da savaş gibi çoklu travmatik yaşantılar karmaşık travmanın başlıca nedenleridir. Karmaşık travma, bireyde duygusal regülasyonda bozulma, bağlanma bozuklukları, kişilik bozuklukları, kendilik algısında çarpıklık gibi uzun vadeli psikiyatrik sonuçlar ile ilişkilidir (22).

2.1.3. Çocuk ve Ergenlerde Travmaya Verilen Tepkiler

Çoğu çocuk ve ergen travmaya kısa süreli tepki verirken, bazı bireylerde bu semptomlar; uzun süreli, klinik olarak anlamlı ve yaşamlarını ciddi şekilde etkileyen bir duruma dönüşebilir (2). Travmaya verilen tepkiler travmanın üzerinden geçen zaman dilimine göre sınıflandırılır. Akut stres tepkileri, travmanın hemen ardından, dakikalar veya saatler içinde ortaya çıkan kısa süreli tepkilerdir. Akut Stres Bozukluğu

(ASB), travmanın üç gün ile bir ay arasında süren belirtilerini tanımlar. Eğer belirtiler bir aydan uzun sürerse bu durum TSSB olarak adlandırılır.

Çocuklar ve ergenlerde travmaya maruz kaldıktan sonra sadece TSSB değil, aynı zamanda depresyon, panik bozukluğu, özgül fobiler ve dikkat sorunları gibi diğer psikiyatrik durumlar da görülebilir. Özellikle küçük çocuklarda davranış sorunları, regresyon ve travmayla doğrudan ilişkili olmayan korku ve kaygılar sıklıkla görülmektedir.

2.2.TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

2.2.1.Tanım ve Tarihçe

TSSB, olumsuz yaşam olayları sonrası kişide artmış stres yanıtı ve buna bağlı olarak gözlenen tekrarlayıcı girici düşünce ve anılar, aşırı uyarılmışlık tepkileri, kaçınma davranışları şeklinde ortaya çıkan ve kişinin gün içindeki işlevselliğini ciddi derecede etkileyen bir ruh sağlığı bozukluğudur (23).

Birçok birey, travmatik bir olay sonrasında şok, öfke, korku, anksiyete ve suçluluk gibi belirtiler gösterir (23). Bu tepkiler genellikle normaldir ve çoğu bireyde zamanla azalır (23). Ancak TSSB tanısı konulan bireylerde bu belirtiler devam eder ve hatta şiddetlenir. Bu durum bireyin normal işlevselliğine geri dönmesine engel olur (23).

Travmanın ruhsal etkileri, sadece modern psikiyatrinin değil, aynı zamanda antik kültürlerin ve toplumların da dikkatini çekmiştir. Savaşlar, doğal afetler ve kişisel kayıplar gibi travmatik olaylar, edebiyattan mitolojiye kadar birçok alanda işlenmiş ve insan deneyiminin bir parçası olarak kabul edilmiştir.

Gılgamış Destanı, insanlık tarihinin en eski yazılı eserlerinden biri olup, travmanın ruhsal etkilerine dair erken dönem örneklerini içerir. Destanda, Uruk Kralı Gılgamış'ın en yakın arkadaşı Enkidu'nun ölümü sonrasında yaşadığı derin üzüntü ve yas süreci anlatılır. Enkidu'nun kaybı, Gılgamış'ı derinden sarsar ve onu ölümsüzlüğü aramaya iter. Bu süreçte Gılgamış, yoğun korku, panik ve çaresizlik duyguları yaşar. Arkadaşının ölümüyle kendi ölümlülüğünün farkına varır ve bu durum onun kişiliğinde ve davranışlarında belirgin değişikliklere yol açar.

Amerika İç Savaşı sırasında askeri doktorlar, hastanelerde yatan askerlerde bir takım stres ve korku semptomları bildirdiler. Bir kardiyolog olan Jacob Mendez Da Costa, bu askerlerde" İrritabl Kalp Sendromu" olarak tanımladığı şiddetli göğüs ağrısı ve çarpıntı gibi birçok semptom kaydetti. Bu belirti kümesi, 1800'lerin sonuna kadar

"İrritabl Kalp", "Da Costa Sendromu" ve "Asker Kalbi" gibi çeşitli adlarla tanımlanmıştır (24). Özellikle 1. Dünya Savaşı sırasında, askerlerde titreme, tikler, yorgunluk, hafıza kaybı, uyku güçlüğü, kabuslar ve konsantrasyon eksikliği gibi çeşitli psikiyatrik semptomlar bildirilmiştir. Klinik gözlemler sonucunda, bu semptomlar bir arada değerlendirilerek "gülle şoku" (shell shock) tanımı ortaya atılmıştır (25,26).

Vietnam Savaşı sonrasında travma konusu yeniden gündeme gelmiştir ve Vietnam'dan dönen gazilerin sosyal çalışmaları ve savaştan dönen askerlerin yaşadıkları ruhsal sorunlar, travma üzerine daha fazla araştırma yapılmasına öncülük etmiştir (25,26).

Çocukluk travmasının anlaşılması, çocukluk kavramındaki değişimle birlikte daha iyi anlaşılmıştır. 19. yüzyıl öncesinde çocuklar küçük yetişkinler gibi görülüyor, küçük kardeşlerine bakmak, ağır ev işlerine katılmak veya ücretli işlerde çalışarak gelir getirmeleri isteniyordu. Çocuklar, temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek yaşa geldiklerinde hemen yetişkin dünyasına dahil ediliyor, ailelerine ekonomik katkı sağlamaları bekleniyordu ve üreme çağına ulaşır ulaşmaz evlenip kendi ailelerini kuruyorlardı (27). Çocuklar büyük ölçüde ebeveynlerinin veya bakıcılarının mülkü olarak görülüyordu. Ebeveynler, çocukları üzerinde sınırsız bir otoriteye sahipti ve bu, sert fiziksel cezaların yaygın bir şekilde kabul edilmesine neden oluyordu.

19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarında çocukluğun başlı başına bir gelişim evresi olduğu düşüncesi yaygınlaşmaya başladı. Locke, çocukları "boş bir levha" olarak tanımladı, çocukların dünyaya geldiklerinde zihinsel olarak hiçbir bilgiye sahip olmadıklarını ve yaşamları boyunca öğrendikleri, deneyimledikleri ile şekillendiği fikrini ortaya attı (28).

ABD'de Mary Ellen Wilson adlı bir çocuğun istismar edilmesi olayı, çocuk istismarı ve ihmali konusunu ilk kez geniş çapta toplumsal bir sorun olarak gündeme taşıdı. Mary Ellen'in uğradığı istismar, kamuoyunda büyük yankı uyandırdı ve çocuk istismarıyla mücadelede harekete geçilmesini sağladı. (29).

Bu dönemde ABD'de çocuk refahı alanında kurulan ilk örgütler, ilk başta Avrupa'dan gelen göçmen çocukları kurtarmayı amaçlayan dini ve hayır kurumlarıydı. Göçmen ailelerden alınan çocuklar kırsal bölgelere, özellikle Protestan ailelerin yanına yerleştirildi. Bu dönemdeki uygulamalarda ırksal ve etnik eşitsizlikler sürse de, çocukların refahı konusunda aile önemli bir kurum olarak görülmeye başlandı (29).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşları, çok sayıda çocuğun yetim kalmasına ve evsiz ya da kurumsal bakım altında, günümüzde travmatik olarak kabul edilen koşullarda yaşamasına neden olmuştu. Britanyalı psikiyatrist, psikolog ve psikanalist John Bowlby, savaş sonrası dönemin çocuklar üzerindeki etkilerinden yola çıkarak Bağlanma Teorisi'ni geliştirdi. Bowlby, Dünya Sağlık Örgütü'ne sunduğu "Anne Bakımı ve Zihinsel Sağlık" adlı raporunda, sağlıklı psikolojik gelişim için bir çocuğun annesiyle sürekli, sıcak ve duyarlı bir ilişki kurmasının oldukça önemli olduğunu vurguladı (30,31).

Bowlby gibi psikologlar ve psikiyatristler çocukluk travmasını anlamada ilerleme kaydederken, tıp uzmanları da çocuk istismarını ele almaya başladı. 1962'de Kempe'nin yayımladığı "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" makalesi, çocuk istismarı konusunda sağlık çalışanlarının çocuk koruma sisteminde rolünü vurgulayan ve farkındalığı artıran önemli bir çalışmadır.

DSM sınıflandırmalarında, travmaya bağlı tepkilerin sınıflandırılması ilk olarak DSM-I'de "Büyük Stres Reaksiyonu" tanısı ile yer almıştır (32). Bu tanı, özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki travmatik tepkileri tanımlamak amacıyla eklenmiştir. DSM-II'de travma yalnızca büyük çevresel olayla sınırlandırılmış ve travmaya verilen tepki "Geçici Uyum Bozukluğu" olarak sınıflandırılmıştır (33). Vietnam Savaşı sonrası TSSB DSM-III'de "Anksiyete Bozuklukları" altında yer almış ve travmatik olayların yalnızca toplumsal değil, bireysel düzeyde de ruhsal sağlık üzerinde büyük etkileri olabileceği vurgulanmıştır (34). DSM-III-R'de travmanın tanımı genişletilerek, olaylara "tehdit" unsuru eklenmiş ve travma, bireyin yaşamına ya da yakınlarının yaşamına yönelik tehditleri de içerecek şekilde tanımlanmıştır (35).

DSM-IV'te travma tanımı daha da genişletilerek, yalnızca yaşanan olaylarla sınırlı kalmamış, dolaylı maruz kalma ve sekonder travma kavramları da eklenmiştir. Bu tanımlama, bir başkasının yaşadığı travmatik bir olayın, kişide benzer etkiler yaratabileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca TSSB kriterleri farklı türde stresörleri içerecek şekilde güncellenmiştir. Yaşamı tehdit eden hastalıklar, cinsel istismar ve ebeveyn kaybı gibi durumlar da travma olarak tanımlanmıştır. TSSB'nin türlerine dair yeni kategoriler eklenmiş, akut, kronik ve geç başlangıçlı TSSB tanımlamaları yapılmıştır. Yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılma olmak üzere üç temel semptom kümesi tanımlanmıştır. DSM-IV'teki önemli bir diğer değişiklik, fizyolojik belirtilerin tanıya dahil edilmesi olmuştur (36). TSSB tanısı koymak için olay üzerinden en az bir ay geçmesi koşulu aranmıştır.

DSM-IV-TR'de belirtilerin süresi göz önüne alınarak bazı klinik alt tipler tanımlanmıştır. Belirtiler üç aydan kısa sürerse "akut", üç aydan daha uzun süre devam ederse "kronik" TSSB olarak adlandırılmıştır. Travmatik olay üzerinden altı ay kadar süre geçmesi üzerine belirtiler ortaya çıktıysa da "geç başlangıçlı TSSB" olarak tanımlanmıştır. Belirtilerin ilk dört hafta içinde ortaya çıkması ve en çok dört hafta sürmesi hali de "Akut Stres Bozukluğu" (ASB) olarak tanımlanmıştır. ASB tanı ölçütleri arasında TSSB'de olmayan dissosiyatif belirtiler olması gerektiği koşulu getirilmiştir (37). TSSB'nin DSM- I'den 5-TR'ye kadar Sınıflandırma ve Kriter Değişiklikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. DSM I'den 5-TR'e Kadar Sınıflandırma Ve Kriter Değişiklikleri

Başlık	Alt Başlıklar	Detaylar
DSM-I (1952)	**Büyük Stres Tepkisi**	İkinci Dünya Savaşı sonrası travmatik tepkiler "Büyük Stres Tepkisi" (Gross Stress Reaction) tanısı altında tanımlandı.
DSM-II (1968)	**Geçici Uyum Bozukluğu**	Travma, "ezici ya da yıkıcı çevresel olay" altında tanımlandı. Travma tepkileri toplumsal olaylara bağlandı, TSSB için ayrı bir kategori yoktu.
Vietnam Savaşı Sonrası (DSM-III, 1980)	**TSSB**	TSSB ilk kez "Anksiyete Bozuklukları" altında tanımlandı. Travma, bireysel yaşantılara genişletildi. TSSB tanımlaması 5 maddeyle açıklandı.
DSM-III-R (1987)	**Travma Tanımının Genişletilmesi**	Travmatik olaylara "tehdit" kavramı eklendi. Travma, "normal insan deneyiminin ötesinde, sıkıntı yaratan olaylar" olarak tanımlandı.
	Belirtilerin Süresi	Travma sonrası belirtilerin en az 6 ay sürmesi şartı, 1 aya indirildi. Bu değişiklik, akut travma etkilerinin daha erken tanınmasını sağladı.
	Yeni Kriterler	Psikojenik amnezi, kaçınma, irritabilite, öfke, geleceğin yok olduğu duygusu gibi belirtiler eklendi.
	Çocuklarda TSSB	Çocukların travmaya verdikleri tepkiler yetişkinlerden farklı şekilde tanımlanmaya başlandı, ancak henüz tam anlamıyla vurgulanmadı.
DSM-IV (1994)	**Travma Tanımı**	Travma, ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya fiziksel bütünlüğe yönelik tehdit içeren olayları kapsayacak şekilde genişletildi. Sekonder travma tanımı eklendi.

	Farklı Stresörler	Yaşamı tehdit eden hastalıklar, fiziksel olmayan saldırılar, uygunsuz cinsel deneyimler ve ebeveyn kaybı gibi durumlar travmatik olarak tanımlandı.
	Fizyolojik Semptomlar	Travmatik olayı hatırlarken fiziksel tepkiler (örneğin kalp atış hızında artış) tanıya dahil edildi.
	Semptom Kümeleri	- Yeniden yaşantılama (intrüzyon): Tekrarlayıcı düşünceler, kabuslar. - Kaçınma: Travma ile ilişkili durumlardan kaçınma. -Aşırı uyarılma: Uyku bozukluğu, tetikte olma.
	Çocuk ve Ergenler İçin TSSB	Çocukların travmatik olaylara verdikleri tepkilerin yetişkinlerden farklı olduğu kabul edildi. Dezorganize ve ajite davranışlar öne çıktı.
DSM-IV-TR (2000)	**C Kategorisi**	Kaçınma ve genel tepki düzeyinde azalma belirtileri tanımlandı.
DSM-5 (2013)	**TSSB Kategorisi**	TSSB, "Anksiyete Bozukluklarından çıkarılarak "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar" altında sınıflandırıldı.
	Kapsamlı Travma Tanımı	Travmaya doğrudan maruz kalma, olaya tanıklık etme ve bir yakının travmaya maruz kaldığını öğrenme tanıma dahil edildi.
	Medya Maruziyeti	Medya yoluyla maruz kalma, mesleki bağlam dışında (örneğin gazeteciler) travmatik olarak kabul edilmedi.
	Cinsel Travma	İlk kez cinsel travma terimi tanıma eklendi ve ayrıntılı kriterlerle açıklandı.
	Yeni Stresörler	Ceset toplama görevi gibi aşırı ve tekrarlayan travmatik olaylara maruz kalma da travma kriterlerine dahil edildi.
	Klinik Belirtiler (4 Kategori)	- Yeniden yaşantılama - Kaçınma davranışları - Biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler - Uyarılma ve tepki göstermede değişiklikler
	Alt Tipler	1. Dissosiyatif belirtiler gösteren tip: Depersonalizasyon, derealizasyon 2. Gecikmeli dışa vurum: Eşik altı belirtiler, tam tanı 6 ay sonra karşılanır.
	Çocuklar İçin Özel Düzenlemeler	6 yaş altındaki çocuklar için özel TSSB alt tipi tanımlandı; çocukların travmaya farklı tepkiler verebileceği kabul edildi.
DSM-5-TR (2022)	**Elektronik Medya Kriteri**	6 yaş altı çocuklar için "elektronik medya çocukların medya yoluyla travmaya maruz

		kalmasının da travma sayılabileceği kabul edildi.

2.2.2. Sınıflama

DSM-5'e göre travmanın bir psikiyatrik bozukluk kapsamında ele alınması için öncelikle olayın kişinin ruhsal durumu üzerinde olumsuz etkisinin bulunması gerekmektedir. DSM-IV'te belirsizlik yaratabilen travmanın "fiziksel bütünlüğe tehdit" şeklindeki tanımı (36) DSM 5'te "ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış" olma şeklinde sınırlandırılmıştır (5). Hayati tehlikesi olmayan fiziksel yaralanmalar, stresli olaylar veya psikososyal stresörler (boşanma veya iş kaybı vs.) bu tanımda travma olarak kabul edilmemiştir (5). DSM-5'te dolaylı olarak sevilen birinin maruz kaldığı travmayı öğrenme de tanıma dahil edilmiştir. Ayrıca, mesleki bağlamda travmatik olaylara sürekli maruz kalma da (örneğin, ceset toplama görevinde olanlar) bu tanım kapsamına alınmıştır.

Travmatik bir olay meydana geldikten sonra kişinin bir aydan uzun olmamak koşuluyla en az üç gün boyunca, girici/yeniden yaşantılama, olayı hatırlatan ipuçlarından kaçınma, olumsuz duygudurum, aşırı uyarılma ile ilişkili belirtileri tanı kriterlerine uygun göstermesi ASB olarak tanımlanmıştır (5). TSSB ise travma sonrasında kişinin günlük hayatındaki işlevselliğini etkileyecek düzeyde en az bir ay boyunca olumsuz ruhsal belirtileri göstermesi şeklinde tanımlanmıştır.

DSM-5 Tanı Kriterleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. DSM-5 Kriterleri

Erişkinler, Gençler ve Altı Yaşından Büyük Çocuklar İçin

A kriteri:Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma

1. Doğrudan travmatik olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Travmatik olay(ların)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürüsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).

B Kriteri: Travmatik olay(lar)dan sonra başlayan, travmatik olay(lar)a ilişkin, istençdışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

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

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, travmatik olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışa vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı travmatik olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.

3. Kişinin travmatik olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. Geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilir; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamasıdır.)

Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.
5. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C kriteri: Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, travmatik olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, travmatik olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Travmatik olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
2. Travmatik olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulan uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabalan.

D Kriteri:Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, travmatik olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, travmatik olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımıma bağlı değildir).
2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (Örneğin "Ben kötüyüm" , " Kimseye güvenilemez" , "Dünya tümüyle tehlikeli bir yer" , "Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu").
3. Travmatik olay(ların)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).
5. önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma.
6. Başkalarından kopma ya da başkalanna yabancılaşma duyguları.
7. 7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu,doyumu ya da sevgi duygularını yaşayamama

E Kriteri: Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, travmatik olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, travmatik olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
3. Her an tetikte olma.
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
5. Odaklanma güçlükleri.
6. 6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F kriteri: Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G Kriteri: Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

Varsa belirtiniz

Dissosiyatif Belirtiler Gösteren Tip

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).
2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç kararmaları, alkol esrikliği sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık

ya da vücudundan koptuğu duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç kararmaları, alkol esrikliği sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Gecikmeli dışa vurum gösteren tip: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da).

Altı Yaşından Küçük Çocuklar İçin

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

1. Doğrudan travmatik olay(lar) yaşama.
2. Özellikle birincil bakım verenler olmak üzere, başkalarının başına gelen olay(lar)a doğrudan tanıklık etme.
   Not: Doğrudan görme (tanıklık etme), elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla görmüş olmayı kapsamaz.
3. Ana babanın, ebeveynlerden birinin ya da bakım veren kişinin başına travmatik olay(lar) geldiğini öğrenme.

B. Travmatik olay(lar)dan sonra başlayan ve travmatik olay(lar)a ilişkin istemsiz olarak gelişen aşağıdaki belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Travmatik olay(lar)ın yineleyici, istemsiz, sıkıntı veren anıları.
   Not: Kendiliğinden ortaya çıkan ve istemsiz anıların sıkıntı verici gibi görünmesi gerekmez; bu anılar, oyunda yeniden canlandırılıyor gibi dışa vurulabilir.
2. İçeriği ve/veya duygulanımı travmatik olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı verici düşler.
   Not: Korkutucu içeriğin travmatik olayla ilişkisini kurmak her zaman olanaklı olmayabilir.
3. Çocuğun travmatik olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (disosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). Bu tür tepkiler, belirli bir aralıkta ortaya çıkabilir; en uç noktada ise o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmama durumu görülür.
4. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç veya dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun veya uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama ve travmatik olay(lar)ı anımsatan uyaranlara karşı belirgin fizyolojik tepkiler gösterme.

C. Travmatik olay(lar)la ilintili uyaranlardan sürekli kaçınmayı ya da olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikleri gösteren, olay(lar)dan sonra başlamış ya da kötüleşmiş olan aşağıdaki belirtilerden en az birinin varlığı:

Uyaranlardan Sürekli Kaçınma:

1. Travmatik olay(lar)ın anılarını uyandıran etkinliklerden, yerlerden veya nesnelerden kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
2. Travmatik olayların anılarını uyandıran insanlardan, konuşmalardan veya kişilerarası durumlardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

Bilişlerde Olumsuz Değişiklikler:

3. Olumsuz duygusal durumların sıklığında önemli ölçüde artış (örn. korku, suçluluk, üzüntü, utanç, şaşkınlık).
4. Önemli etkinliklere duyulan ilgide veya katılımda belirgin azalma; bu durum oyun oynamada kısıtlılık göstermeyi de kapsar.
5. Toplumsal olarak geri çekilme ve içine kapanma.
6. Sürekli bir biçimde olumlu duyguları daha az gösterme.

D. Aşağıdakilerden en az ikisinin travmatik olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde değişiklikler oluşturması:

1. İnsanlara ve nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında; aşırı huysuzluk da kapsanır).
2. Her an tetikte olma.
3. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
4. Odaklanma güçlükleri.
5. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

E. Bu bozukluğun süresi bir aydan daha uzundur.
F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya anababa, kardeşler, yaşıtlar veya diğer bakım verenlerle ilişkilerde ya da okul davranışlarında bozulmaya neden olur.
G. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Varsa belirtiniz:
Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır; ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdaki belirtilerden birini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden veya bedeninden koptuğu duygusunu yaşaması ve sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi bakması (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi hissetme, kendisinin ya da vücudunun gerçek dışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. Gerçek dışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçek dışı olduğuna dair sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünyayı gerçek dışı, düşsel, uzak veya çarpık olarak algılaması). Not: Bu alt türün kullanılabilmesi için çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç bulanıklığı, alkol etkisi altındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel nöbetler) fizyolojik etkilerine bağlanmıyor olması gerekir.
Varsa belirtiniz: ***Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az 6 ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da).***

DSM-5 ile birlikte akut ve kronik TSSB sınıflamadan çıkarılmıştır ve yapılan değişiklikle birlikte gecikmeli başlangıçlı TSSB "olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyor ise" şeklinde tanımlanmıştır (5). DSM-5 ile birlikte, TSSB "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yeniden sınıflandırılmıştır. Bu kategori, TSSB dışında Reaktif Bağlanma Bozukluğu, Tepkisel Bağlanma Bozukluğu ve Uyum Bozukluğunu da içermektedir (5). DSM-IV'teki C kategorisinde yer alan kaçınma ve genel tepki düzeyinde azalma belirtileri, DSM-5'te kaçınma (C) ve negatif bilişler/duygudurum (D) şeklinde iki ayrı kategoride incelenmektedir. DSM-5'te bir diğer önemli yenilik iki yeni alt tipin eklenmesi olmuştur. DSM-5'te çocuklarda TSSB tanısı için özel düzenlemeler yapılmıştır. Altı yaş ve altındaki çocuklar için özel bir TSSB alt tipi tanımlanmış ve bu yaş grubunda travmatik olaylara doğrudan maruz kalma ve tanıklık etme gibi unsurlar ve travmaya verilen tepkilerin farklı olabileceği kabul edilmiştir (5). DSM-5-TR'de tanım büyük ölçüde aynı kalmıştır. Tek fark, 6 yaş altı nüfus için "elektronik medya maruz kalma" dışlama kriterinin kaldırılmasıdır (17).

Travma kavramı farklı uluslararası sınıflandırma sistemlerinde farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. ICD-10 travmayı "neredeyse herkeste yaygın sıkıntıya neden olabilecek, son derece tehdit edici veya felaket niteliğinde stresli bir olay veya durum" olarak tanımlarken (38), ICD-11 ise travma kavramını daha spesifik bir şekilde ele alarak, "aşırı derecede tehdit edici veya korkutucu, neredeyse herkesi derinden etkileme olasılığı yüksek bir olay" olarak tanımlar (39). ICD-10 sınıflandırmasında, TSSB F43 tanı kodu altında, Ağır Stres Tepkileri ve Uyum Bozuklukları kategorisinde F43.1 olarak tanımlanmıştır. ICD-11, travma sonrası bozuklukları daha detaylı bir şekilde ele almıştır. DSM-5'teki dört faktörlü yapıdan farklı olarak, üç faktörlü bir yapı

korunmuştur. Ayrıca, DSM-5'te olduğu gibi dört hafta sürenin geçmesi şartı aranmamaktadır. ICD-11'de Karmaşık TSSB adı verilen yeni bir kategori eklenmiş olup, bu kategoride duygu düzenleme zorlukları ve benlik algısında ciddi bozulmalar gibi ek semptomlar da tanımlanmıştır. ICD-11'de TSSB tanısı koymak için, bireyin aşağıdaki üç ana semptomu göstermesi gereklidir:

1. Travmayı tekrar yaşama (örneğin, istemsiz hatırlamalar veya kabuslar),
2. Kaçınma (travmayı hatırlatan durumlardan kaçınma),
3. Sürekli olarak artmış uyarılmışlık (örneğin, aşırı tetikte olma veya irkilme)

2.2.3. Epidemiyoloji

Çocuklar ve ergenler arasında travmatik olaylara maruziyet oldukça yaygındır. Olumsuz çocukluk yaşantılarına maruz kalan gençlerin oranları, ebeveyn boşanması, zorbalık gibi stresli olaylar dahil edildiğinde daha da artmaktadır (40).

Ergenler üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, 17 yaşına kadar gençlerin %61,8'i en az bir kez travmatik bir olaya maruz kalmaktadır (41,42). Bununla birlikte, yaşam boyu TSSB prevalansı %4,7 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, kadınların (%7,3) erkeklerden (%2,2) önemli ölçüde daha yüksek yaşam boyu TSSB prevalansına sahip olduğu belirlenmiştir (43).

Çocuklar ve ergenler için en yaygın travmatik olaylar arasında, sevilen birinin beklenmedik ölümü (%28,2) ve insan yapımı veya doğal afetler (%14,8) yer almaktadır. Ancak, bu olaylar en düşük TSSB oranları ile ilişkilendirilmiştir. Sevilen birinin beklenmedik ölümüne tanık olan gençlerin yalnızca %10,3'ü ve afetlere maruz kalanların %6,5'i TSSB geliştirmektedir (44).

Daha az yaygın olan travmatik olaylar arasında kaçırılma (%0,6), bakım veren tarafından fiziksel istismar (%2,0), romantik partner tarafından fiziksel saldırı (%1,3), cinsel istismar (%3,8) ve cinsel saldırı (%2,5) yer almaktadır. Bu olaylara maruz kalan bireylerde TSSB oranı %25,2 ile %39,3 arasında değişmekte olup travmatik olaylar arasında en yüksek TSSB oranlarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu da daha şiddet içerikli ve bireysel travmaların, TSSB gelişme riskini ciddi oranda artırdığını göstermektedir (44). Çocuk ve ergenlerin yaklaşık %25 inin kişilerarası travmatik olaylara maruz kaldıktan sonra TSSB geliştirdiği, %10 unun ise kişilerarası olmayan travmatik olaylara maruz kalması sonrasında TSSB geliştirdiği bildirilmiştir (45).

2.2.4.Etyoloji ve Risk Faktörleri

Dinamik görüşe göre, travma kişinin çocukluk travmaları nedeniyle saplandığı psikoseksüel döneme regrese olmasına ve nevrozların tetiklenmesine yol açar. Ego, bu travmalara karşı regresyon, represyon ve dissosiyatif mekanizmalar gibi savunma mekanizmalarını devreye sokar (46).

TSSB'yi açıklamaya yönelik farklı bilişsel teoriler öne sürülmüştür. Horowitz'in Bilgi İşleme Modeline göre, TSSB'de yeni bilgi var olan şemalarla uyum sağlayamaz ve bu bilgi bellekte kalarak semptomlara yol açar (47). Janoff-Bulman TSSB'nin, bireyin dünyaya ilişkin temel varsayımlarının parçalanması sonucu ortaya çıktığını öne sürer (48,49). McCann'a göre travma, bireyin bilişsel şemalarını bozarak uyumsuz inançlar oluşturur ancak bu durumun TSSB'ye özgü olup olmadığı tam açıklanamamıştır (50). Mowrer'in iki faktörlü korku edinme teorisi, korku ve kaçınma davranışlarının klasik ve edimsel koşullanma yoluyla pekiştiğini savunur (51).

Travma anında stres hormonlarının ani yükselişi, o anda mevcut olan ipuçları ile yaşanan korku arasında güçlü bir öğrenme ilişkisi oluşturur. Travma ile ilişkili ipuçları, gelecekteki tehditleri öngörme özelliği kazanır ve birey, travmanın hatırlatıcılarıyla karşılaştığında korkuyu yeniden yaşar. İyileşme süreci genellikle travma hatırlatıcılarına tekrar tekrar maruz kalmayı ve bu durumlarda olumsuz sonuçların yaşanmamasını içerir. Bu sayede, daha önce koşullanmış ipuçlarının artık güvenliği işaret ettiği, sönme olarak adlandırılan yeni bir öğrenme gerçekleşir (52).

Travmatik olayın hemen ardından hızlı amigdala yanıtı ile noradrenalin yanıtı devreye girer. TSSB'de noradrenerjik sistemin tonik ve fazik aktivite dengesi bozulmakta, bu durumun da yeniden yaşantılamaya neden olduğu düşünülmektedir (53). Stres, hem direkt etkiyle hem de noradrenalin etkisiyle hipotalamo-hipofiz-adrenal (HPA) aksını aktive eder (54–56).

Erken dönem travmatik yaşantıların, beynin gelişimsel sürecinde nöronal ağların fonksiyonu ve anatomisi üzerinde kalıcı etkiler yarattığı düşünülmektedir. Travma yanıtının genetik ve epigenetik aracılarla etkileşime girerek nöronal devrelerin gelişimini değiştirebileceği ve nöroendokrin, bağışıklık sistemi, sirkadiyen ritimler ve duygusal işlevlerde değişikliklere yol açabileceği öne sürülmüştür (57).

Aynı travmaya maruz kalan bireyler arasında TSSB gelişip gelişmemesinde çeşitli psikolojik ve biyolojik risk faktörleri etkilidir (58). Risk grupları arasında çocuklar, kadınlar, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar, azınlık grupları, zekâ geriliği

olanlar ve bekârlar yer alır. Ayrıca ebeveyn ayrılığı, düşük eğitim düzeyi, obsesif kişilik yapıları, önceki travmalar, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, aile öyküsü ve genetik yatkınlık TSSB riskini artırır (1).

Bazı travmatik yaşantılar, Travma Sonrası Stres Bozukluğunun (TSSB) başlangıcı, şiddeti ve kalıcılığı için özellikle risklidir. Bunlar arasında, kaçırılma, bakım veren tarafından fiziksel istismar, romantik partner tarafından fiziksel saldırı, cinsel istismar ve saldırı gibi yaşantılar bulunmaktadır(43).

Cinsel (59) ve fiziksel saldırıların (60) şiddeti arttıkça, TSSB gelişme olasılığı da artar. Beklenmedik (61) ve kronik (62,63) doğadaki travmatik olaylar ve kurbanın suçluya duygusal ve fiziksel olarak yakın olması da TSSB için artan riskle ilişkilidir. Poliviktimizasyon (çoklu mağduriyet) ise travma semptomlarının şiddetini ve karmaşıklığını artıran bir diğer faktördür (44,64)

Travma sonrası olumsuz değerlendirmeler, uygun olmayan başa çıkma yöntemlerinin kullanılması ve Akut Stres Belirtileri yaşanması, TSSB için önemli risk faktörleridir. Sosyal desteğin olmaması ve devam eden psikososyal olumsuzluklara maruz kalma hastalığını gidişatını etkilemektedir (65–68).

2.2.5.Klinik Görünüm

İntrüzyon, kaçınma, biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler, uyarılma ve tepkisellik gibi klasik TSSB semptomlarının yanı sıra çocuk ve ergenlerde gelişim düzeylerindeki farklılıklar sebebiyle farklı şekillerde görülebilir. TSSB tanılı çocuklarda en sık yeniden yaşantılama görülmektedir. Ergenlik döneminde TSSB, artmış öfke sorunları, irritabilite, dürtüsel davranışlar, odaklanmada zorluk, uyku sorunları, yakın ilişkilerden kaçınma, sosyal içe çekilme, kendine zarar verici davranışlar ve cinsel açıdan riskli davranışlarda bulunma şeklinde de kendini gösterebilir (69–72).

Yeniden yaşantılama bilişsel, duygusal ve fizyolojik tepkiler olarak kendini gösterebilmektedir ve kendiliğinden ya da travma hatırlatıcılarından sonra ortaya çıkabilmektedir (73). Yeniden yaşantılama genellikle travma ile ilgili tekrarlayıcı imge, düşünce, içeriği travmatik deneyimle ilgili olabilen kabuslar, odaklanma güçlüklerini kapsamaktadır. Duygusal olarak yeniden yaşantılama ise öfke, nefret, çaresizlik, kızgınlık veya mutluluk, sevgi gibi olumlu duyguları sürekli bir biçimde yaşayamama şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte yaşadığı olayı çağrıştıran uyaranlara karşı huzursuzluk hissi ve bu sebeple gelişen fizyolojik tepkiler

görülebilir. TSSB'li çocuk ve ergenlerde yeniden yaşantılama belirtileri genellikle rüyalar, düşünceler ve hatıralar şeklinde olabilir. Çocuklar yaşadığı travmatik olayı tekrar tekrar oyunlarına konu ederek yeniden yaşantılamayı sıklıkla oyunlarında yansıtabilir. Bu dönemde kompulsif cinsel içerikli davranışlar görülebilir Kazanılmış gelişimsel becerilerde gerileme veya duraklama, ayrılık anksiyetesi, bakım verenden ayrı kalacağı zaman ajitasyon görülebilir. TSSB bazen okul dönemi çocuklarda bedensel belirtiler şeklinde ortaya çıkabilir (74,75).

Kişi yaşadığı travmatik olay ile ilişkili hatıralardan, düşüncelerden, duygulardan veya dışsal uyaranlardan uzaklaşmak için kaçınma davranışları sergileyebilir ve etkinliklere duyulan ilgide azalma görülebilmektedir. Kişi farkında olmaksızın kendisini travmatik olayların etkisinden ve yeni tehlikelerden korumayı amaçlamaktadır (76).

Çocuklar TSSB tanısı olsun ya da olmasın travmatik olay hakkında direkt olarak konuşmayı reddedebilirler. Hatta ciddi kaçınma ve duyarsızlaşma belirtileri çocuğun yeniden yaşantılama belirtilerini de maskeleyebilir ve travmadan etkilenmediği gibi bir izlenim yaratabilir. Çoğu zaman çocuk ve ergenler kaçınma davranışlarının farkında değildir. Kaçınma, klinisyenin travmatik deneyimi değerlendirmesini güçleştirmekle birlikte, TSSB tanısı açısından bir ipucu olarak değerlendirilmelidir (77).

Aşırı uyarılma belirtileri ise uyku bozukluğu, odaklanamama, hipervijilans, konsantrasyon zorlukları, irritabilite şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu sırada kişi kendisini her an tetikte hisseder, abartılı irkilme tepkileri gösterebilir, odaklanma sorunu ve uyku sorunları yaşayabilir. Özellikle okul çocuklarında somatik belirtiler ortaya çıkabilir. Uykuya dalmada güçlük, uyurgezerlik ve gece terörü gibi uyku bozuklukları ciddi ve kalıcı olabilir (69–72).

Çalışmalar çocuklarda, travma sonrasında kısmi semptomatoloji de görülebileceğini ve TSSB tanısının eşik altında kalabileceğini göstermektedir (78). Eşik altı belirti taşıyan çocuklarla TSSB tanılı çocuklar arasında işlev kaybı açısından fark olmadığı ileri sürülmektedir. Carrion ve arkadaşlarının çalışması eşik altı belirti taşıyan çocuklarda eş tanıya yol açmadığını ancak TSSB belirtileri ile ilişkili işlev kaybının mevcut olduğunu göstermiştir (79).

2.2.6.Değerlendirme

Travmaya maruz kalan çocuklarda ve ergenlerde TSSB semptomlarını kapsamlı ve yapılandırılmış bir şekilde değerlendirmek önemlidir. Ayrıca travma sonrası deneyimin uygun bir şekilde aktarılması normalleştirmeye katkı sağlayarak terapötik bir yardım sağlanabilir (80,81).

TSSB gelişimi için travmayı yaşamış olmak şart değildir. Travmaya şahitlik etmek ya da bazen birinden dinlemiş olmak da travmatik olabilir. Çocukların ve gençlerin duygularını ebeveynlerinden saklamayı denemesi, onları üzmekten korkması yaygın bir durumdur. Bu nedenle çocuk ve ergenlerle, ebeveynleri veya bakımverenleri ile ayrı ayrı görüşülmesi tavsiye edilir. Ebeveynler, çocukların nasıl başa çıktıklarına dair değerli bilgiler sunabilirler fakat çocuklar yaşadıklarını başarılı bir şekilde gizleyebildiler ise ebeveynlerden alınacak bilgiler eksik olacaktır (80,81).

Türkiye'de, yurt dışındaki çalışmalardan dilimize uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirliği yapılmış çocuk ve ergenlerde travmaya bağlı gelişen tepkileri ve TSSB'yi ölçen birçok ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeklerden sık kullanılanlardan bazıları şunlardır:

Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ):

20 maddelik olan ölçek, Pynoos ve arkadaşları tarafından 1987'de DSM-III TSSB kriterleri temel alınarak hazırlanmıştır. Ölçek, daha sonra DSM-IV kriterlerine göre yeniden gözden geçirilmiştir.

ÇTSS'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erden ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (13). Laor ve arkadaşları tarafından 1999 Marmara depreminde kullanılmıştır (14). DSM-5 ÇTSS-TÖ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Puanlaması aşağıdaki gibidir:

- 12-24: Hafif şiddette TSSB
- 25-39: Orta şiddette TSSB
- 40-59: Ağır şiddette TSSB
- 60-80: Çok ağır şiddette TSSB

DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği – Çocuk Formu (NSESSS):

DSM-5 kriterlerine göre 11-17 yaş arası çocuklar için tasarlanmış bu 9 maddelik ölçüm aracı, TSSB belirtilerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu ölçek, TSSB tanısı konmuş ya da klinik olarak ciddi TSSB belirtileri gösteren çocuk ve ergenlerin başlangıç değerlendirmesinde ve tedavi sürecinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Her bir madde, son bir hafta içinde yaşanan TSSB belirtilerinin şiddetini ölçer. Toplamda 0 ile 36 arasında puan alınabilir ve yüksek puanlar, travma sonrası stres bozukluğu şiddetinin arttığını gösterir. Her maddede, belirtileri olan bireyden son 7 gün içinde yaşadığı TSSB belirtilerini derecelendirmesi beklenir. (82). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Sapmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (7).

Revize Edilmiş Çocuk Olayın Etkisi Ölçeği (CRIES-8 ve CRIES-13):

10-24 yaş grubunda kullanılan ve öz bildirim formu olan bu ölçek, travmatik olaylar sonrası çocukların verdiği tepkileri ölçmektedir. CRIES-8, rahatsız edici düşünceler ve kaçınma alanlarını değerlendirirken, CRIES-13 formuna uyarılma kategorisi de eklenmiştir. Puanlama 0-40 (CRIES-8) ve 0-65 (CRIES-13) arasında yapılır. Kesme değerleri CRIES-8 için 17, CRIES-13 için 30 puandır ve bu değerler TSSB tanısı koymada en yüksek duyarlılığı sağlar. Maddeleri 0 (hiç değil), 1 (nadiren), 3 (bazen) ve 5 (sıklıkla) şeklinde puanlanmaktadır (82). 2021 yılında Çeri ve arkadaşları tarafından Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (9).

Çocuklarda ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Ölçeği (CPSS):

DSM-IV kriterlerine dayanan bu ölçek 8-18 yaş arası çocuklar için öz bildirim formu olarak kullanılmaktadır. Yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılma olmak üzere 3 alanı kapsamaktadır. 24 sorudan oluşmaktadır ve he madde 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır (83). Kadak ve arkadaşları tarafından (2014) Türk Popülasyonunda geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır (84).

Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu((TSSB-ÖÇE):

TSSB-ÖÇE klinisyen tarafından yöneltilen sorulara hastaların verdikleri sıklık ve şiddet ile ilgili bilgiler ışığında yine klinisyen tarafından derecelendirilen en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. DSM-IV' e dayalı olarak sorgulamak için geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir ve TSSB tanısı ve semptom şiddeti açısından TSSB değerlendirmesi için altın standart olarak kabul edilmiştir (85). TSSB belirtilerini, TSSB ile ilişkili belirtileri, işlevselliği, şiddet ve süreyi sorgulayan 36 soru başlığından oluşur. Her madde 5'li likert tipinde hazırlanmıştır. Ülkemizde, Karakaya ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada, TSSB-ÖÇE'nin ülkemizin popülasyonunda geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (8).

2.2.7.Ayırıcı Tanı ve Eştanılar

Çocuk ve ergen grubunda TSSB tanısı, diğer birçok çocukluk çağı psikiyatrik tanısıyla birçok ortak belirtiye sahiptir ve bu tanılar tarafından maskelenebilir. TSSB'nin varlığını ve potansiyel eş tanıları belirlemek, semptomların başlangıcının gelişimsel zamanlamasının dikkatlice değerlendirilmesini, problem davranışlarının deseninin incelenmesini, farklı ortamlardaki zorlukların ciddiyetini ve problem davranışlarının travma tetikleyicileri ile ilişkisini gerektirir.

DEHB de irritabilite, ajitasyon, odaklanmakta zorlanma ve uyku sorunları gibi semptomlar TSSB'nin özellikle okul çağı çocuk grubunda gözlemlenebilmektedir (86). Dikkat sorunlarının DEHB'ye atfedilebilmesi için, bu sorunların travma öncesinde belirgin olması, nispeten kronik bir yapıya sahip olması ve genellikle okul ortamında daha kötü olması gerekmektedir. Eğer dikkat sorunları travma sonrası ortaya çıktıysa ve ev ortamında ya da çocuk travma tetikleyicilerine maruz kaldığında daha kötü hale geliyorsa, bu sorunlar muhtemelen DEHB ile ilişkili değildir.

İrritabilite, birçok çocukluk çağı psikiyatrik tanısıyla ilişkilendirilen tamamen özgün olmayan bir semptomdur. TSSB'de bildirilen şiddetli irritabilite bazen mani veya KOKGB olarak yanlış değerlendirilmektedir. TSSB'de irritabilite, çocuk travma tetikleyicilerine maruz kaldığında genellikle daha kötü olur ve duygusal olarak yoğun olmayan ortamlarda daha az belirgindir. Uyku bozukluğu da çeşitli çocuk ve ergen tanılarında görülebilen bir başka belirtidir. Hem TSSB hem de mâni uyku bozuklukları ile ilişkilidir, ancak mani için azalmış uyku ihtiyacı temel bir özellikken, kabuslar ve insomnia TSSB'nin olmazsa olmazıdır.

Uyum bozukluğunda belirtilerin şiddeti TSSB'ye göre daha düşüktür. Kişide uyum bozukluğuna sebep olabilecek olaylar genellikle TSSB tanısındaki travmanın niteliksel özelliklerini karşılamaz. Bununla birlikte genellikle Uyum Bozukluğunda dissosiyatif belirtiler gözlenmez.

Majör Depresif Bozukluk (MDB) hem TSSB'ye sık eşlik eden hem de TSSB ile karışmaktadır. Biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikleri ve uyarılma ve tepki göstermedeki değişiklikleri içeren sosyal geri çekilme, duygusal küntlük, uyku sorunları MDB'de ve TSSB'de ortaktır. Her iki tanıda da kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi sıktır. Eş tanılı MDB tanısı için TSSB tanısıyla örtüşen belirtilerin ötesinde, ideal olarak MDB ile özgün olarak ilişkilendirilen en az bir belirti (iştah bozukluğu, düşük öz saygı ve intihar düşünceleri) bulunmalıdır. TSSB'nin MDB'den ayırıcı tanısında öncelikle travmatik bir olayın varlığı ve semptomların bu olaydan sonra başlaması gerekliliği dikkate alınmalıdır. TSSB'de MDB'den farklı olarak travmatik olay sıklıkla akla gelir. Ayrıca MDB'de TSSB'de gibi yeniden yaşantılama ve kaçınma davranışları gerçekleşmez (86).

Anksiyete bozuklukları da sıklıkla TSSB'deki kaçınma davranışları ile karışmaktadır TSSB'de kişi yaşadığı travmatik olayı anımsatan yerlere, durumlara bazen de içsel duygu ve düşüncelere karşı kaçınma davranışı gösterirken, Sosyal Fobide kişi sıklıkla performans göstermesi gereken ortamlardan veya sosyal ortamlardan kaçınmaktadır. Agarofobide ise kişi kapalı bir ortam veya olumsuz bir olay olduğunda kolayca dışarı çıkamayacağını düşündüğü ortamlardan kaçınmaktadır. Özgül fobide ise kişi fobik nesneden kaçınmaktadır. Bununla birlikte Panik Bozuklukta görülen somatik belirtiler çoğunlukla tetikleyici bir durum olmadan ortaya çıkarken, TSSB'de somatik belirtiler travmatik olayın hatırlanması sonrasında gelişir. Yaygın anksiyete bozukluğunda ise günlük yaşantı ile hipervijilans gözlenebilirken, TSSB 'deki hipervijilans travmatik olay ilişkilidir ve Yaygın Anksiyete Bozukluğuna göre daha şiddetlidir.

OKB'deki obsesif düşünceler bazen TSSB'deki girici ve tekrarlayıcı düşünceler ile karışabilir. TSSB'de OKB'den farklı olarak düşünce içeriği travmatik olayla bağlantılıdır ve TSSB'de kompulsiyonlar görülmez.

TSSB'de psikoz benzeri semptomlar görülebilmektedir. İstismara uğramış çocuklarda halüsinasyonlar sıklıkla travma ile ilişkilidir, failin sesini duyma veya güvenlikle ilgili illüzyonlar görülebilir. Bu halüsinasyonlar genellikle gece meydana

gelir (86,87) ve psikoterapötik müdahale ile sıklıkla çözülür (88). Travmatize olmuş çocuk ve ergenlerde halüsinasyonlar düşünce bozuklukları ve negatif semptomlar ile daha az ilişkili olmakla birlikte daha çok dürtüsel, agresif ve kendine zarar verici davranışlar, kabuslar ve trans benzeri durumlarla ilişkilidir (89,90).

2.2.8.Tedavi

TSSB tedavisinde, kişinin yaşadığı travmanın yol açtığı emosyonel tepkilerin ve belirtilerin ortadan kaldırılması ya da hafifletilmesi amaçlanır. TSSB tedavisinde öncelikli tedavi yöntemi kanıta dayalı psikoterapilerdir. Çocuklar ve ergenler için en sık kullanılan terapi yöntemi Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'dir. Travma odaklı BDT, hem çocukların/ergenlerin hem de ailelerinin travmayı anlamlandırmalarına ve daha sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmayı hedefler (91).

Ergenlerde uzun vadeli maruz bırakma terapisi, anlatı maruziyet terapisi (KIDNET), çocuk-ebeveyn psikoterapisi ve okul temelli bilişsel davranışçı müdahaleler gibi alternatif yöntemler de bazı olumlu sonuçlar vermektedir. TSSB tedavisinde umut vadeden bir diğer terapi, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) tedavisidir. Erişkinlerde EMDR'nin etkili olduğu bağımsız meta-analizlerle kanıtlanmıştır (92,93). Amerikan Psikiyatri Birliği, Dünya Sağlık Örgütü gibi kuruluşlar, EMDR'yi travmaya maruz kalan bireyler için etkili bir tedavi seçeneği olarak önermektedir (94). Son dönemlerde, çocuk ve ergenlerde TSSB'ye yönelik EMDR'nin etkinliğini araştıran çalışmalar artmış olup, iki meta-analiz EMDR'nin bu yaş grubundaki sonuçlarının yetişkinlerde elde edilen bulgularla tutarlı olduğunu ortaya koymuştur (95,96).

Çocuk ve ergenlerde TSSB'nin ilaç tedavisi sınırlı sayıda randomize kontrollü çalışma ile araştırılmıştır. Kullanılan ilaçlar arasında serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, alfa agonistler, beta blokörler, anksiyolitikler, duygudurum düzenleyicileri, monoamin oksidaz inhibitörleri ve antipsikotikler bulunmaktadır (97,98).

SSRI'ların psikoterapi ile kombine kullanımı önerilmektedir (98) BDZ'lerin TSSB'de etkinliği tartışmalıdır. Alprazolam, TSSB hastalarında kabus görme ve uyku bozuklukları gibi nokturnal semptomlar üzerinde faydalı bulunmuştur (99). Ancak, TSSB'de periferal BDZ reseptör yoğunluğunda ve reseptör afinitesinde azalma tespit edilmiştir, bu da BDZ'lerin etkinliğini tartışmaya açmaktadır (100). Ayrıca SSRI'ların BDZ veya opioidlerle birlikte kullanılması acil servis başvurusu ve hastaneye yatış

riskini artırabilmektedir (101). İmipramin, pediatrik popülasyonda akut stres belirtilerinin tedavisinde etkili bulunmuştur (99). Klonidin, cinsel veya fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda aşırı uyarılmışlık, agresyon ve uyku sorunları üzerinde etkilidir (102). Prazosin, TSSB'li ergenlerde uykusuzluk ve gece kâbusları üzerinde olumlu etki göstermiştir (103).

Risperidon ve olanzapin gibi antipsikotikler, TSSB'li çocuk ve ergenlerde kullanılmaktadır. Olanzapin, uyku sorunları olan ve kâbus gören hastalarda yararlı bulunmuştur (104,105). Propranolol aşırı uyarılmışlık, agresyon ve uyku sorunları üzerinde olumlu etkiler göstermiştir (106). Siproheptadin uyku problemleri için kullanılan bir diğer ajandır (107).

2.3. GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

2.3.1. Tanım

Psikiyatri ve psikoloji disiplinlerinde, ölçme araçları genel ve özel amaçlarla sıkça kullanılmaktadır. Ölçme, bir özelliği sayısal olarak ifade edebilme yeteneği olarak tanımlanır. Bir özellik sayısal olarak ifade edilebiliyorsa, bilimsel araştırmalarda daha iyi değerlendirilebilir ve açıklanabilir. Bu nedenle, kullanılan ölçme araçlarının doğru ve nesnel sonuçlar verebilmesi, araştırmaların bilimsel geçerliliği açısından son derece önemlidir. Ölçeğin standardize edilmiş bir nitelik taşıması hedeflenince, "güvenilirlik" ve "geçerlilik" olarak adlandırılan iki özelliğinin barındırması gerekmektedir (108).

2.3.2. Güvenilirlik

Bir ölçüm aracının aynı koşullar altında tekrarlandığında benzer sonuçlar üretme yeteneğini ifade eder. Güvenilirlik, bir ölçüm aracının tutarlılığına işaret eder; yani ölçümlerin kararlı ve öngörülebilir olması gerekir (108). Güvenilirlik katsayısı bazı yöntemlerle değerlendirilir.

Cronbach alfa analizi özellikle çok maddeli ölçeklerin güvenilirliğini değerlendirmede, sadece tek bir uygulama ile yapılabilmesi nedeniyle sıklıkla tercih edilir. Cronbach alfa analizi, bir test veya ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için geliştirilmiştir. İç tutarlılık, test maddelerinin aynı kavram ya da yapıyı ölçme derecesini ifade eder. Analiz sırasında, tek boyutluluk (unidimensionality) ve homojenlik (homogeneity) kavramları değerlendirilir. Tek boyutluluk ve homojenite arttıkça güvenilirlik artar. Eğer ölçek birden fazla yapı içeriyorsa, her yapı için ayrı alfa değerleri hesaplanmalıdır (109).

Test Yeniden Test (Test-Re-test) güvenilirliği, aynı ölçüm aracının belirli bir süre sonra aynı örneklem üzerinde uygulanmasına dayanır ve sonuçların ne kadar tutarlı olduğunu değerlendirir. İki uygulama arasındaki süre, katılımcıların testin ayrıntılarını hatırlamayacakları kadar uzun, ancak ölçülen özelliklerin değişmeyeceği kadar kısa olmalıdır. Bu süre genellikle 2 ila 4 hafta arasında önerilir (110).

2.3.3. Geçerlilik

Geçerlilik, bir ölçme aracının, ölçülmek istenen özelliği ne kadar doğru yansıttığını ve bu özelliği diğer değişkenlerden ayırt edebilme yeteneğini ifade eder (110). Geçerlilik katsayısının yüksek olması, ölçeğin amacına ne derece uygun olduğunu gösterir (110). Bir ölçme aracının geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu güvenilirlik olmasına karşın, güvenilirlik hiçbir zaman geçerliliği garantileyemez. Yüksek bir güvenilirlik katsayısı, ölçme sonuçlarının tutarlılığını gösterir, ancak ölçme aracının geçerliliğinin güvencesi değildir (111).

Yapı geçerliliği, bir test veya ölçüm aracının, ölçmeyi amaçladığı teorik yapı veya kavramı ne derece doğru ölçtüğünü gösterir (110). Yapı geçerliliğini araştırmak için kullanılan önemli yöntemlerden biri faktör analizidir (112). Ölçek maddelerine verilen yanıtların belli bir örüntüde olup olmadığı faktör analizi yöntemi ile araştırılır (113). Bu analiz, ölçek içindeki değişkenlerin birbiriyle olan ilişkilerini açığa çıkarmak için açıklayıcı faktör analizi ile yapılabilir. Eğer önceden belirlenmiş hipotezler varsa, bu hipotezlerin doğruluğu ise doğrulayıcı faktör analizi ile test edilir (114).

Yapı geçerliliğini değerlendiren bir diğer analiz yakınsak ve ıraksak geçerlilik boyutlarıdır. Bu analizde faktörleri (alt kategorileri) oluşturan maddelerin bulundukları alt kategori ve diğer alt kategorilerle ilişkileri incelenir. Yakınsak geçerlilik, maddeler ile bulundukları alt kategori arasında yüksek korelasyon olmasını, ıraksak geçerlilik ise maddeler ile bu maddeleri içermeyen diğer kategoriler arasında düşük korelasyon bulunmasını gerektirir (110).

Ölçüt geçerliliği bir ölçme aracının diğer bir ölçme aracıyla elde edilen sonuçları verme yeteneği olarak tanımlanabilir ve bir ölçme aracının, ölçmeyi amaçladığı özelliği ne kadar başarılı bir şekilde yordadığı sorusuna cevap verir (115).

Bilinen grup geçerliliği yöntemiyle yapının dayandığı kurama bağlı olarak belirli bir yapıyı taşıdığı bilinen farklı grupların test puanları karşılaştırılır. Karşıt

gruplar yöntemi adı da verilen bu yöntemde, aynı testin karşıt iki grup arasındaki farkı, yapı geçerliğinin dolaylı kanıtı olarak kabul edilir (108).

2.3.4. Tanısal Ayırıcı Kapasite

ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi, ölçeklerin klinik duyarlılığı ve özgüllüğü arasındaki dengeyi görsel olarak gösteren bir analiz yöntemidir. ROC eğrileri, bir ölçek için her olası kesme (eşik) değerine karşılık gelen duyarlılık ve özgüllük miktarını gösterir. ROC eğrisi, ölçeğin pozitif ve negatif sonuçları ile bu sonuçların klinik doğruluğunu karşılaştırılarak oluşturulur.

ROC analizi, testlerin genellikle en uygun kesme değerini seçmek için kullanılır. En iyi kesme değeri, en yüksek doğru pozitif oranı ile en düşük yanlış pozitif oranı arasında dengenin sağlandığı noktadır. Youden İndeksi, *duyarlılık + özgüllük – 1* formülünün maksimize edildiği "*en uygun"* eşik değerini seçmek için bir kriter olarak kullanılabilir (116). ROC eğrisi üzerindeki her bir nokta, farklı bir kesme değerini temsil eder. ROC eğrisi oluşturulduktan sonra eğri altındaki alan (Area Under the ROC Curve- AUROC), testin genel performansını değerlendirmek için kullanılır. AUROC değeri ne kadar yüksekse, testin ayırıcı kapasitesi o kadar yüksek kabul edilir. Bir paranın yazı-tura atılması kadar rastgele bir sonuç ROC eğrisi altındaki alan (AUROC)'ın 0.5 olduğu duruma denk gelir. Bu da ölçeğin, doğru tanı koymada rastgele bir stratejiyle eşit olduğunu gösterir. Bu nedenle ayırıcı kapasiteden bahsedebilmek için eğrisi altındaki alanın > 0.5 olması istenir (117).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması tek merkezli, kesitsel planlanmış bir metodolojik geçerlilik - güvenilirlik çalışmasıdır. Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde Ekim 2023-Ağustos 2024 tarihleri arasında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları biriminde takip edilen çocuk ve ergen hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise 11-17 yaş arasında olup en az bir travmatik yaşantısı olan çocuk ve ergenlerden çalışmaya katılmayı kabul edenler oluşturmuştur. Bu çalışma SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nda 890 protokol numarası ile değerlendirilmiş ve 14.09.2023 tarihli 2023/12-06 numaralı karar ile etik onay alınmıştır. Etik kurul onay formu EK-6'da sunulmuştur. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ergenler ve ebeveynlerinden gönüllü olduklarına dair yazılı onam alınmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmada S.B.Ü. İzmir Tıp Fakültesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı bölümüne başvuran, travmatik olay öyküsü tarifleyen 11-17 yaş aralığında olan ergenler değerlendirmeye alınmıştır.

Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması: Ölçek geçerlilik çalışmalarında soru başına elde olunması istenen azami örneklem sayısı 5 kabul edildiğinden (118), 31 soru içeren ölçek için 155 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 11-17 yaş arasında olma
- Travmatik bir olaya maruz kalma hikayesinin mevcut olması
- Anketi anlayıp tamamlayabilecek bilişsel kapasitede olmak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Çocukta veya yasal vasilerinde klinik görüşmeyi engelleyecek düzeyde bir mental yetersizlik varlığı
- Ruhsal semptomlara yol açabilecek bir genel medikal veya nörolojik bozukluk veya hastalık varlığı
- Kendilerinden doldurulması talep edilen ölçekleri doldurmalarına engel olacak seviyede yeterli olmayan Türkçe bilgisinin bulunması

Çeviri Süreci

Çocuk ve Ergenler için DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi Öz Bildirim Ölçeği (TSSB-TÖ-5) Türkçe Versiyonu geçerlilik ve güvenilirliği çalışması için ölçeği geliştiren başyazar Alan Steinberg'den mail yoluyla irtibata geçilip ölçeğin 11-17 yaş grubunda Türkçe geçerlilik/güvenilirlik çalışmasının yapılmasına dair gerekli izinler alınmıştır.

Çalışma, psikolinguistik özelliklerin incelenerek dil uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi olmak üzere toplam iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Daha önce pek çok çalışmada kullanılan metodoloji (130) kullanılarak anketin Türkçeye adaptasyonu yapılmıştır.

Orijinal İngilizce versiyon anadili Türkçe olan bilingual iki çevirmen tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Bu iki çeviri üzerinde sağlanan konsensus sonucunda tek bir çeviri oluşturulmuştur. Daha sonra bu Türkçe versiyon anadili İngilizce olan ve ölçeğin orijinal halini daha önce görmemiş bilingual iki çevirmen tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Aynı şekilde bu iki çevirmen de aralarında konsensus oluşturarak tek bir İngilizce çeviri elde etmişlerdir.

Son olarak orijinal ölçek ve iki çeviri, tüm çevirmenler ve çalışma ekibi tarafından incelenerek, alınan öneriler ve yapılan düzeltmelerden sonra ön ölçek oluşturulmuştur. Bu ön ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması kapsamı dışındaki 10 hastada denenerek (cognitive debriefing) olası kelime, terminoloji, bilgilendirme hataları ve anlaşılma zorluğu olan kısımlar düzeltilerek ve ölçeğe son hali verilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

S.B.Ü. İzmir Tıp Fakültesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağılığı bölümüne başvuran hastalardan çalışmamızın kriterlerini karşılayan olgularla yapılan ilk değerlendirmede olgular ve aileleriyle ilgili bilgileri içeren sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Bu veri formu araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

Formdan hastaya ilişkin; hastanın yaşı, cinsiyeti, okula devam etme durumu, kaçıncı sınıfa gittiği, alkol ve madde kullanım öyküsü verileri elde edilmiştir.

Formda ebeveynlere ilişkin olarak ise anne ve babanın yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu ve mesleği, psikiyatrik hastalık öyküsü, anne-babanın medeni durumu ve aile yapısı ile ilgili verilere ulaşılmıştır (EK-3). Form hasta tarafından doldurulduktan sonra travmaya ilişkin bilgiler (travma etiyolojisi, travmatik olay

sayısı, travmanın üstünden geçen süre) araştırmacı tarafından formdaki ilgili bölüme doldurulmuştur.

3.2.2. Çocuk Ve Ergenler İçin Dsm-5 Ucla Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tepki Ölçeği

20 maddelik olan ölçek, Pynoos ve arkadaşları tarafından 1987'de DSM-III TSSB kriterleri temel alınarak hazırlanmıştır. Ölçek, daha sonra DSM-IV kriterlerine göre yeniden gözden geçirilmiştir.

ÇTSS-TÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erden ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Test-Tekrar Test güvenilirliği 0,86, iç tutarlılığı ise 0,75 olarak bulunarak Türk popülasyonunda okul çağı çocuklarında geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (13). Laor ve arkadaşları tarafından 1999 Marmara depreminde maruz kalan 519 çocuğun TSSB semptomlarının öngörücü değişkenleri ÇTSS-TÖ ile incelenmiştir ve ölçeğin yüksek iç tutarlılığı (Cronbach alfası = 0,84) kanıtlanmıştır. (14).

ÇTSS-TÖ-5-Türkçe okul çağındaki çocuklarda travma maruziyetini taramak ve TSSB semptomlarını değerlendirmek için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 19 farklı travma tipine dair detaylı bir travma hikayesi bölümü içerir. Katılımcılar her bir travmatik olay için olaydaki rollerini (kurban, tanık ya da öğrenmiş/duymuş) belirtirler. Sonraki bölüm TSSB semptomları için 27 soru ve dissosiyatif tip için 4 ek sorunun bulunduğu TSSB semptom skalası bölümüdür. Katılımcı bir önceki ay içerisinde tecrübe ettiği semptom sıklığını 0 (hiç) ile 4 (çoğu zaman) arasında puanlamaktadır.

Skor aralığı 0-80'dir. Ana TSSB semptomları DSM-5 kriterlerine uygun olacak şekilde 4 sınıfta kategorize edilmiştir (Kategori B, C, D ve E). Skorlama bölümü DSM-5 kriterlerinin ve disosiyatif alt-tip kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığını değerlendirmek için kullanılır. 35 ve üzeri bir total skor TSSB tanısını ön gördürmektedir. Yüksek skorlar daha şiddetli hastalık aktivitesi ile ilişkilidir (15).

3.2.3. DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu (NSESSS)

DSM-5 kriterlerine göre 11-17 yaş arası çocuklar için tasarlanmış bu 9 maddelik ölçüm aracı, TSSB belirtilerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu ölçek, TSSB tanısı konmuş ya da klinik olarak ciddi TSSB belirtileri gösteren çocuk ve ergenlerin başlangıç değerlendirmesinde ve tedavi sürecinde kullanılmak üzere

geliştirilmiştir. Her maddede, belirtileri olan bireyden son 7 gün içinde yaşadığı TSSB belirtilerini derecelendirmesi beklenir (82). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Sapmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. İç tutarlılığı 0,909, madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,611-0,780 ($p<0,0001$) olarak bulunmuştur. Test tekrar test bağıntı katsayısı $r=0,663$ ($p<0,0001$) olarak bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizinde toplam varyansın %58,5'ini açıklayan bir faktör elde edilerek orijinal çalışmayla uyumluluk elde edilmiştir. Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ile korelasyon bakılarak yüksek derecede ($r=0,794$, $p<0,0001$) ilişkili bulunmuştur (7).

3.2.4. Disosiyatif Belirtiler Şiddeti 11-17 Yaş Arası Çocuk (DBŞÖ):

Kısa Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, 11-17 yaş arası çocuklarda Disosiyatif yaşantıların şiddetini değerlendiren 8 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Sapmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (119). Ölçek, disosiyatif bozukluk tanısı alınması üzerine veya klinik olarak anlamlı disosiyatif semptomlarının varlığında ve sonrasında klinisyen ile yapılan takip görüşmeleri öncesinde çocuk tarafından doldurulmak üzere dizayn edilmiştir. Her madde ile çocuktan son 7 gün içerisindeki disosiyatif yaşantıların şiddetini derecelendirmesi istenmektedir.

Ölçekteki her madde 5 puanlık bir skalada değerlendirilir (0=Hiç; 1=Bir ya da iki kez; 2=Neredeyse her gün; 3=Günde bir kez ve 4=Günde bir kereden fazla). Toplam puan 0 ila 32 puan arasında değişmektedir. Daha yüksek puan disosiyatif belirtilerin daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Klinisyenden klinik görüşme boyunca ölçekteki her maddenin puanını gözden geçirmesi ve her maddenin ham puanını "Klinisyen Kullanımı" için sağlanan bölümde belirtmesi istenir.

8 maddenin ham puanları toplam bir ham puan elde etmek için toplanmalıdır. Ek olarak, klinisyenden ortalama toplam puanı hesaplaması ve kullanması istenir. Ortalama toplam puan, genel puanı 5 puanlık bir ölçeğe dönüştürür ve klinisyenin bireyin disosiyatif yaşantılarının şiddetini yok (0), hafif (1), orta (2), ciddi (3) ve aşırı (4) olarak değerlendirmesini sağlar. Ortalama toplam puan, toplam ham puanın ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. DSM-5 alan çalışmalarında ortalama toplam puan güvenilir, kullanımı kolay ve klinisyenler için yararlı bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Sapmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (119).

3.3. ARAŞTIRMANIN UYGULANIŞI

Çalışmaya katılmaya uygun bulunan tüm hastalara çalışmanın amacı açıklanarak katılmayı kabul edenlerden sözlü ve yazılı rızaları alınmıştır. Sözel bilgilendirme sonrasında Çocuk Hastalarda Yapılacak Olan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Prospektif Çalışmalar) için "Ebeveyn" Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-1) okunarak yazılı beyan alınmıştır. Ergen grubundan da Çocuk Hastalarda Yapılacak Olan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Prospektif Çalışmalar) için "11-17 Yaş Çocuk" Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK- 2) okunarak yazılı beyan alınmıştır.

Çalışmaya katılan tüm hastalardan sosyodemografik verileri (EK- 3), NSESSs (EK- 4), DBŞÖ-5 (EK- 5) ve ÇTSS-TÖ-5-Türkçe Formu verileri toplanmıştır. Hastalara klinik görüşme ve ruhsal değerlendirme yapılmış ve DSM-5 tanı kriterlerine göre TSSB tanısı ve dissosiyasyon komorbiditeleri olup olmadığı belirlenmiştir.

Hastalara işlem öncesinde ÇTSS-TÖ-5-Türkçe sesli olarak okunmuş ve ölçeği nasıl dolduracakları anlatılmıştır. Anlamadıkları ölçek maddeleri veya bilmedikleri kelimeler olduğunda araştırmacı tarafından yardımcı olunmuştur.

Test tekrar test güvenilirliği için 30 hasta ölçeği ilk kez cevapladıktan 2 hafta sonra ÇTSS-TÖ-5-Türkçe Versiyonu tekrar cevaplamıştır.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analiz için SPSS 26.0 Sürümü (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılmıştır. Çalışmanın tanımlayıcı istatistikleri, normal ve normal dağılmayan sürekli veriler için sırasıyla ortalama (standart sapma) ve ortanca (IQR-çeyrek değerler aralığı) değerleri şeklinde rapor edilmiştir.

Kategorik değişkenler için frekanslar ve yüzdeler belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin TSSB tanısı alan ve almayan hastalar arasındaki farklılıkları Ki Kare Testi ile değerlendirilmiştir. Varsayımların karşılanamadığı durumlarda Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Güvenilirlik analizi için iç tutarlılık ve test tekrar test analizleri gerçekleştirildi. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin her bir kategorisinin ve total testin alfa değerleri Crohnbach analizi ile hesaplanmıştır. 0.70-.0.95 arasındaki alfa değerleri güvenilir kabul edilmiştir (109). Test tekrar test güvenilirliği için kategori total skorlarının aralıklı ölçümlerinin sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), "absolute agreement, mixed-effects model" yöntemi ile hesaplanmıştır. 0,4'ün altındaki ICC değerleri zayıf, 0.4-0.59 orta,

0.6-0.74 iyi ve 0.75 ve üstü mükemmel sonuç kabul edilmiştir (129). Test tekrar test analizinde iyi performans göstermeyen kategoriler tek tek sorularına yönelik ICC analizi ile detaylı olarak değerlendirilmiştir.

Anketin faktöriyel yapısını araştırmak amacıyla IBM® SPSS® Amos™ (Versiyon 24) programı ile doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. DFA ile ölçeğin uyumu ve geçerliliği, karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), göreli Ki-Kare indeksi (CMIN/DF), normlanmış uyum indeksi (NFI), uyum iyiliği indeksi (GFI), Tucker-Lewis indeksi (TLI) ve yaklaşık hataların karekök ortalaması (RMSEA) kullanılarak incelenmiştir. CMIN/DF için 5 veya daha düşük bir değer iyi uyum, 2'nin altındaki değerler mükemmel uyum olarak kabul edilmiştir (130). CFI, TLI, NFI ve GFI için 0.90'ı aşan değerler iyi, 0.95'i aşan değerler mükemmel uyum belirtisi olarak değerlendirilmiştir (120). RMSEA için 0.08'in altındaki değer iyi, 0.05'in altındaki değer mükemmel uyum olarak kabul edilmiştir (121).

Yapısal geçerlilik ayrıca semptom sorularının yakınsak ve ıraksak geçerlilik analizleri ile de değerlendirilmiştir. Yakınsak geçerlilik, her bir semptom sorusunun kendi alt kategorisi ile korelasyonu (Spearman'ın rho'su) 0.4'ün üzerinde olduğunda kabul edilmiştir. Iraksak geçerlilik ise, her bir semptom sorusunun kendi alt kategorisi ile korelasyonunun, diğer alt kategorilerle korelasyonundan daha büyük olduğu durumlarda kabul edilmiştir. Ölçüt geçerliliği eşzamanlı geçerlilik (uyum) analizi ile değerlendirilmiştir.

ÇTSS-TÖ-5-Türkçe total skor ile NSESSS arasındaki ve ÇTSS-TÖ-5-Türkçe disosiyasyon bölümü ile DBŞÖ-5 arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. 0.3 ile 0.5 arasındaki değerler düşük, 0.5-0.7 arasındaki değerler orta ve 0.7-0.9 arasındaki değerler güçlü korelasyon olarak kabul edilmiştir (122–124).

Bilinen grup validasyonu için TSSB tanısı alan ve almayan hastaların ÇTSS-TÖ-5-Türkçe alt kategori ve total skorlarının farklılığı bağımsız örneklem T testi ile değerlendirildi. Varsayımların karşılanamadığı durumlarda Mann Whitney U testi kullanıldı.

ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin tanısal doğruluğunu test etmek için ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi yapılmıştır. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe skorunun TSSB tanısını ayırt edici kapasitesi eğri altında kalan alan ile değerlendirilmiştir. 0,5'ten anlamlı derecede yüksek olan değerler ayırt edici kapasite olarak kabul edilmiştir. 0,7 ile 0,8 arasındaki değerler orta düzeyde, 0,8 ile 0,9 arasındaki değerler iyi düzeyde,

0,9 ile 1,0 arasındaki değerler ise çok iyi düzeyde test performansı olarak değerlendirilmiştir (117).

Ayrıca ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin kategori kriterlerini değerlendirerek yaptığı sınıflamanın tanısal performansı da duyarlılık ve özgüllük analizi ile değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya 157 hasta dahil edildi. 88 hasta TSSB tanısı alırken, 69 hasta TSSB tanısı almadı. Hastaların çoğunluğu (n=132, %84) kadındı. En sık karşılaşılan travma tipi aile dışı cinsel istismardı (n=107, %68). Hastaların çoğunluğu travmatik olayda kurban rolündeydiler (n=138, %88).

Gruplar arası farklılık sadece eğitim düzeyi ve kendine zarar verme davranışında gözlendi. Ortaokula giden çocuklarda TSSB sıklığı istatistiksel olarak anlamlı miktarda daha azdı, p=.006. Kendine zarar verme davranışı da TSSB tanılı hastalarda istatiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı, p=.001. Çalışmanın demografik verileri ve gruplar arası karşılaştırmalar Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 2. Demografik Veriler

	TTSB var (N=88)	TTSB yok (N=69)	p değeri
Cinsiyet, N (%)			
Kadın	76 (86.4)	56 (81.2)	.376 (χ^2)
Erkek	12 (13.6)	13 (18.8)	
Yaş, ortanca (IQR)	15 (2)	14 (3.5)	.061 (m)
Olaydaki yaş, ortanca (IQR)	13 (4)	12 (3.5)	.174 (m)
Travma tipi, N (%)			
Cinsel İstismar	61 (69.3)	46 (66.7)	.073 (e)
Cinsel İstismar (Aile)	6 (6.8)	2 (2.9)	
Kaza	5 (5.7)	1 (1.1)	
Hastalık	1 (1.1)	0 (0)	
Toplumsal	1 (1.1)	1 (1.1)	
Aile içi şiddet	1 (1.1)	2 (2.9)	
Fiziksel Şiddet	1 (1.1)	0 (0)	
Fiziksel Şiddet (Aile)	0 (0)	3 (4.3)	
Afet	1 (1.1)	4 (5.8)	
İhmal	1 (1.1)	0 (0)	
Psikolojik Kötü Muamele	1 (1.1)	1 (1.1)	
Bakım Vermeye Engel Durumlar	1 (1.1)	0 (0)	
Kaçırılma	1 (1.1)	0 (0)	
Terör	1 (1.1)	0 (0)	
Yas	0 (0)	5 (7.2)	
Ayrılma	3 (3.4)	2 (2.9)	
Zorbalık	1 (1.1)	2 (2.9)	
İntihara Şahit Olmak	1 (1.1)	0 (0)	
Okulda Şiddet	1 (1.1)	0 (0)	

Olaydaki rol, N (%)			
Kurban	77 (87.5)	61 (88.4)	.863 (χ^2)
Tanık	11 (12.5)	8 (11.6)	
Eğitim düzeyi, N (%)			
Okul Terki	10 (11.4)	4 (5.8)	
Ortaokul	18 (20.5)*	28 (40.6)*	.034 (e)
Lise	58 (65.9)	36 (52.2)	
Açık Lise	2 (2.3)	1 (1.4)	
Kendine Zarar Verme Davranışı, N (%)	14 (15.9)	0 (0)	.001 (χ^2)
Psikiyatri Başvuru Öyküsü, N (%)			
Var	30 (34.1)	33 (47.8)	.081 (χ^2)
Yok	58 (65.9)	36 (52.2)	
Yatış Öyküsü, N (%)			
Var	3 (3.4)	2 (2.9)	1.0 (e)
Yok	85 (96.6)	67 (97.1)	
Psikotrop İlaç Öyküsü, N (%)			
Var	41 (46.5)	27 (39.1)	.349 (χ^2)
Yok	47 (53.4)	42 (60.9)	
Madde Öyküsü, N (%)			
Var	4 (4.5)	0 (0)	.131 (e)
Yok	84 (95.5)	69 (100)	
Kronik hastalık, N (%)			
Var	8 (9.1)	7 (10.1)	.824 (χ^2)
Yok	80 (90.9)	62 (89.9)	
Kardeş Sayısı, ortanca (IQR)	2 (1)	2 (1)	.177 (m)
Kaçıncı çocuk, ortanca (IQR)	2 (1)	1 (1)	.076 (m)
Anne ya da babanın kaybı , N (%)			
Hayır	75 (89.3)	57 (87.7)	.762 (χ^2)
Evet	9 (10.7)	8 (12.3)	
Ebeveyn Medeni Durumu, N (%)			
Evli	53 (62.4)	43 (65.2)	.723 (χ^2)
Ayrı	32 (37.6)	23 (34.8)	
Annenin Çalışma Durumu, N (%)			
Çalışıyor	16 (18.2)	14 (20.3)	.944 (e)
Çalışmıyor	69 (78.4)	53 (76.8)	
Veri yok	3 (3.4)	2 (2.9)	
Babanın Çalışma Durumu, N (%)			
Çalışıyor	84 (95.5)	65 (94.2)	1.0 (e)
Çalışmıyor	4 (4.5)	4 (5.8)	
Annenin Eğitim Düzeyi, N(%)			
En fazla orta okul			.827 (χ^2)
En az lise	62 (73.8)	49 (75.4)	
	22 (26.2)	16 (24.6)	
Babanın Eğitim düzeyi, N (%)			
En fazla Ortaokul Mezuniyeti	58 (67.4)	43 (62.3)	.506 (χ^2)
En Az Lise Mezuniyeti	28 (32.6)	26 (37.7)	
Annede psikiyatrik hastalık, N (%)			
Evet	16 (18.8)	8 (12.1)	.262 (e)
Hayır	69 (81.2)	57 (86.4)	
Babada psikiyatrik hastalık , N (%)	8 (9.4)	5 (7.6)	

Evet	76 (89.4)	56 (84.8)	.155 (e)
Hayır	1 (1.2)	5 (7.6)	
Veri yok			
Aile tipi, N (%)			
Çekirdek	49 (55.7)	42 (60.9)	.880 (e)
Geniş	3 (3.4)	1 (1.4)	
Boşanmış	9 (10.2)	6 (8.7)	
Ayrılmış	5 (5.7)	3 (4.3)	
Eşlerden biri ex	2 (2.3)	3 (4.3)	
Üvey anne-Üvey baba	5 (5.7)	4 (5.8)	
Büyükanne-Büyükbaba	9 (10.2)	5 (7.2)	
Koruyucu aile	1 (1.1)	3 (4.3)	
Kurum	5 (5.7)	2 (1.3)	
İkamet, N (%)			
Şehir	74 (84.1)	55 (79.7)	.760 (e)
İlçe	10 (11.4)	10 (14.5)	
Köy	4 (4.5)	4 (5.8)	
Çalışma durumu, N (%)			
Evet	3 (1.9)	3 (4.3)	1.0 (e)
Hayır	85 (96.6)	66 (95.7)	
Sigara-alkol kullanımı, N (%)			
Evet	7 (8.0)	4 (5.8)	.756 (e)
Hayır	81 (92.0)	65 (94.2)	
*χ^2, Ki kare testi; m, Mann Whitney U testi; e, Exact testi; **, p=.006			

4.2. Güvenilirlik

Çalışmamızda ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin 11-17 yaş aralığında güvenilirliğini değerlendirmek için iç tutarlılık ve test tekrar test güvenilirliği incelenmiştir.

İç tutarlılık: Güvenilirlik analizlerinde ÇTSS-TÖ-5-Türkçe için iç tutarlılık düzeyleri C kategorisi dışında optimal düzeydeydi. C kategorisinde de diğer metriklere bakıldığında (örneğin; madde-total korelasyonu) C kategorisi güvenilirliğinin kabul edilebilir olduğu görüldü (r=.484).

Test Tekrar Test: Sınıf içi korelasyon katsayıları E kategorisi için mükemmel düzeyde iken, C, D ve total skor için iyi düzeyde, B kategorisi ve disosiyatif semptomlar için orta düzeydeydi. Güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 4' de sunulmuştur.

Tablo 3. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe İçin Cronbach Alfa ve ICC Değerleri		
Kategori	Cronbach alfa	ICC %95 CI
B	.862	.483 (.172- .710)
C	.651	.613 (.342- .792)
D	.832	.740 (.526- .866)
E	.774	.772 (.582- .883)
Disosiyatif	.801	.436 (.105- .682)
Total	.931	.707 (.479- .847)
ICC, sınıf içi korelasyon katsayısı; CI, güven aralığı		

B kategorisi sorularından B1, B4 ve B5 zayıf ICC performansı gösterirken, B2 orta ve B3 iyi derecede ICC performansı gösterdi. Disosiyatif tip alt skala sorularından A1 orta ICC performansı gösterirken, A2 zayıf ICC performansı gösterdi (Tablo 5).

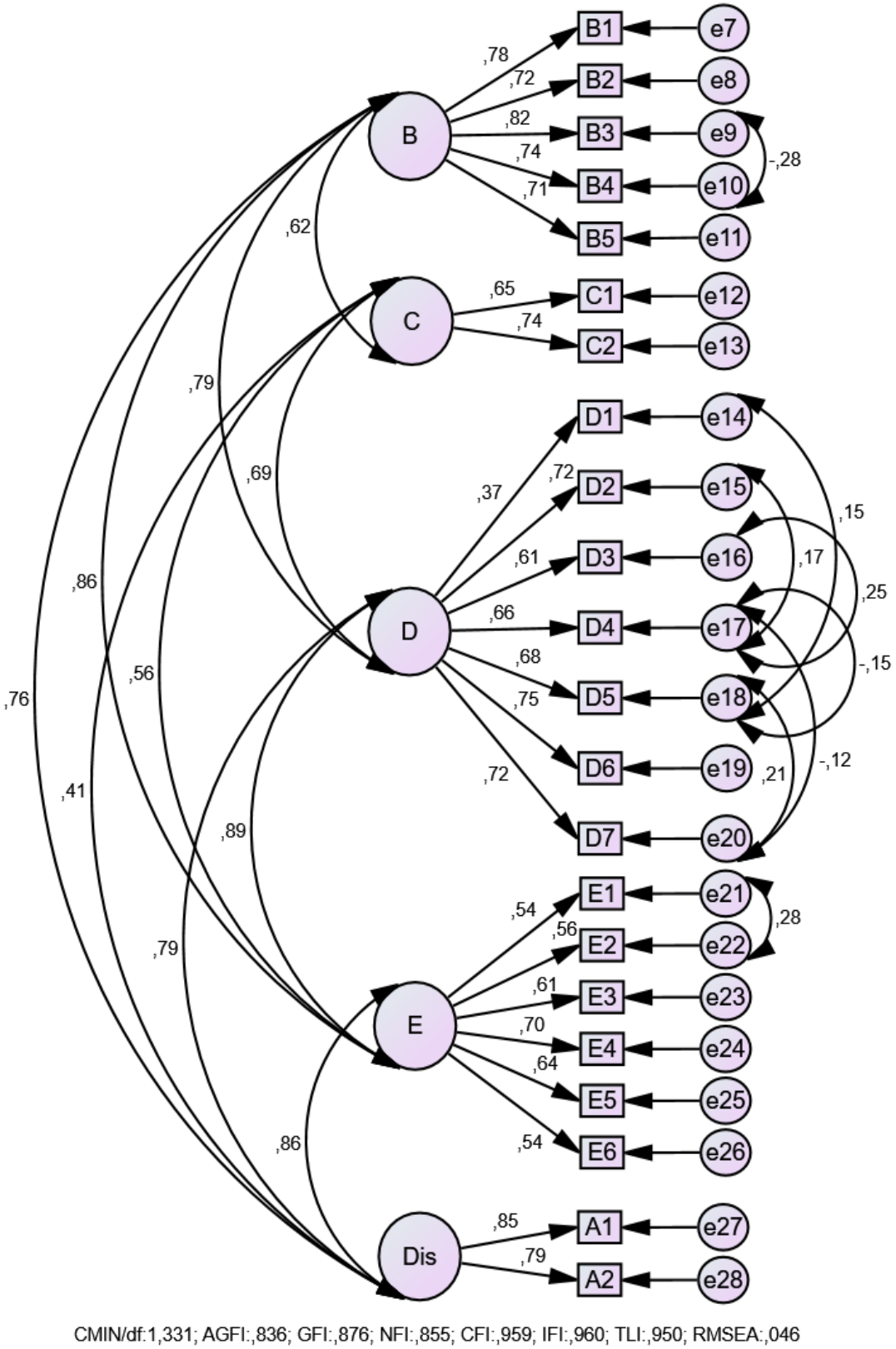
Tablo 4: Orta düzeyde test tekrar test performansı gösteren kategorilerin soru performansları							
	B1	B2	B3	B4	B5	A1	A2
ICC %95 CI	.127 (.235- .457)	.557 (.257 – 759)	.621 (.343- .798)	.360 (.013- .629)	.291 (-.072- .583)	.443 (.126- .683)	.293 (-.072- .586)
ICC, sınıf içi korelasyon katsayısı; CI, güven aralığı							

4.3. Geçerlilik

Araştırmada ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin 11-17 yaş grubunda geçerliliğini değerlendirmek için yapı geçerliliği, ölçüt bağıntılı geçerliliği ve ayırt edici geçerliliği incelenmiştir.

Yapı Geçerliliği: Ölçeğin tüm sorularını kapsayacak şekilde, 4 alt kategori ve disosiyatif kategori için toplamda 5 faktörlü model oluşturuldu. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre CMIN/DF, CFI, TLI ve RMSEA değerleri mükemmel uyumu gösterdi. GFI ve NFI ise iyi uyum sınırının altında ancak sınıra çok yakın değerler aldı (Şekil 1).

Yapısal geçerlilik ayrıca semptom sorularının yakınsak ve ıraksak geçerlilik analizleri ile de değerlendirildi. Tüm semptom soruları yakınsak (rho katsayısı = 0.534–0.894) ve ıraksak geçerliliğe sahipti.



ŞEKİL 1. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin Faktör Yapısı

Ölçüt Bağıntılı Geçerlilik: Ölçüt geçerliliği açısından ÇTSS-TÖ-5-Türkçe ile NSESSS arasında istatistiksel olarak anlamlı güçlü korelasyon saptandı, p <.01. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe disosiyasyon bölümü ile DBŞÖ-5 arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde korelasyon mevcuttu, p<0.01(Tablo 6).

Tablo 5. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin NSESSS ve DBŞÖ-5 Testleri ile Korelasyonu

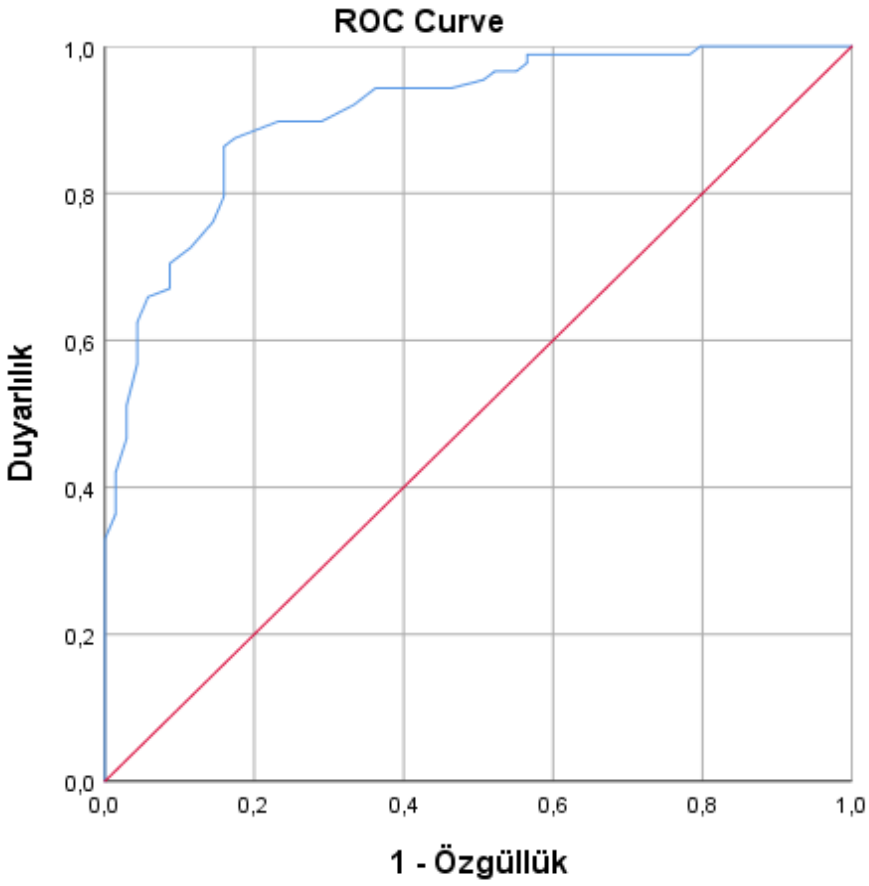
	NSESSS	DBŞÖ-5
ÇTSS-TÖ-5-Türkçe Total Skor	.750	
ÇTSS-TÖ-5-Türkçe Disosiyasyon Puanı		.547
Tüm değerler istatistiksel olarak anlamlıdır, p<0.01		

Bilinen Grup Geçerliliği: Bilinen grup validasyonu açısından TSSB tanısı alanlar almayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek ÇTSS-TÖ-5-Türkçe total skorlarına sahiptiler, 25.2 (95% CI, 20.8 – 29.6), t (115.951) = 11.393, p <0.001(Tablo 7).

Tablo 6. Gruplara Göre ÇTSS-TÖ-5-Türkçe Skorları

Skor	TTSB var (N=88)	TTSB yok (N=69)	p değeri
B kategorisi, ortanca (IQR)	15 (6)	7 (8)	<.001[m]
C kategorisi, ortanca (IQR)	6 (2)	4 (4)	<.001[m]
D kategorisi, ortanca (IQR)	22 (6)	14 (9.5)	<.001[m]
E kategorisi, ortanca (IQR)	18 (6)	9 (9)	<.001[m]
Disosiyatif kategori, ortanca (IQR)	6 (4)	2 (5)	<.001[m]
Toplam skor, ortalama (SS)	59.1 (10.8)	33.9 (15.6)	<.001[t]
IQR, çeyrek değerler aralığı; [m], Mann Whitney U testi; [t], Bağımsız örneklem T testi; SS, standart sapma			

ROC analizinde ÇTSS-TÖ-5-Türkçe total skorunun 49.5 kesme değerinde 0.864 duyarlılık ve 0.841 özgüllük ile maksimum Youden indeksine ulaştığı görüldü. Eğri altında kalan alan 0.909 (%95 CI = 0.864-0.954), p<0,001, bulundu (Şekil 2).



AUC= 0.909 (%95 CI = 0.864-0.954), p<0,001

ŞEKİL 2. ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin Ayırıcı Kapasitesi

ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin kategori kriterlerini değerlendirerek yaptığı sınıflamanın TSSB tanısını belirlemedeki duyarlılığı %80,6 ve özgüllüğü %78,2 olarak bulundu.

Pozitif prediktif değer %82,5, negatif prediktif değer ise %76,0 olarak hesaplandı. TSSB Klinik Tanı ÇTSS-TÖ-5-Türkçe tanısı çapraz tablosu Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 7. TSSB Klinik Tanı ÇTSS-TÖ-Türkçe Tanısı Çapraz Tablosu

ÇTSS KLİNİK TANI	ÇTSS-TÖ-5-TÜRKÇEYE GÖRE TSSB VARLIĞI YOK	ÇTSS-TÖ-5-TÜRKÇEYE GÖRE TSSB VARLIĞI VAR	TOPLAM
VAR	17	71	88
YOK	54	15	69
Toplam	71	86	157

5. TARTIŞMA

ÇTSS-TÖ-5 pek çok ülkede DSM-5 tanı kriterlerine göre çocuk ve ergenlerde travma maruziyetini, TSSB semptomları ve travma ile ilişkili stres ve işlevselliği ayrıntılı bir şekilde değerlendirebilen bir ölçektir. Öz bildirim ölçeği olması nedeniyle içselleştirilmiş semptomları değerlendirebilmesi, kolay ve kısa sürede uygulanabilmesi ve puan hesaplama haricinde ek eğitim gerektirmemesi nedeniyle tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bu çalışmada ÇTSS-TÖ-5 Türkçeye adapte edilmiş, ardından geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Bulgularımız, 11-17 yaş arası ergenlerde ÇTSS-TÖ-5 ölçeğinin Türkçeye adapte edildikten sonra da psikometrik özelliklerini koruduğunu göstermiştir.

Çalışmamamızın güvenilirlik analizlerinde ÇTSS-TÖ-5 için iç tutarlılık düzeyleri C kategorisi dışında optimal düzeydeydi. Bu durum hem ölçeğin geliştiricilerinin yaptığı çalışmada hem de diğer geçerlilik ve güvenirlilik çalışmalarında benzerdir (12,15). Japon geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında total C skoru alfa değeri optimal bulunsa da (0.85), örneklem yaş gruplarına bölündüğünde en düşük performans yine C kategorisinde gözlenmiştir (16).

Cronbach alfa analizinin madde sayısına oldukça bağlı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yalnızca 2 soru içeren C kategorisinin düşük skorları bu duruma bağlanabilir. Çalışmamızda analizin diğer metriklerine bakıldığında (örneğin madde-total korelasyonu) C kategorisi güvenilirliğinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür (r=.484). Bu durum testin geliştiricilerinin yaptığı çalışmada da gözlenmiştir (12).

Ancak 11 ülkeyi kapsayan çok merkezli geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında madde sayısının azlığına daha dirençli olan Spearman–Brown analizi yapılmış ve yine de katsayılar 0.38 ile 0.69 arasında değişmiştir (15). Bu durum maddeler arasındaki kovaryansların benzer olmadığını ve bu kategorinin tek boyutlu ve homojen olmayabileceğini gösterebilir. Literatürdeki bu tutarsızlıklar, ölçeğin C kategorisi için düşük bir güvenilirlik profiline sahip olabileceğini düşündürse de, bu durumun kültürler arası farklılıklardan kaynaklanabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Farklı kültürlerde maddelerin algılanış biçimleri, güvenilirlik sonuçlarındaki varyasyonları açıklayabilecek olası bir etkendir.

Çalışmamızda sınıf içi korelasyon katsayıları (ICC) analizi, E kategorisinin mükemmel düzeyde test tekrar test güvenilirliği olduğunu göstermiştir. C, D ve total skor kategorileri ise iyi düzeyde ICC değerleri sunmuştur. B kategorisinde, özellikle B1, B4 ve B5 sorularının zayıf ICC performansı sergilemiş olması bu soruların kişisel tetikleyicilere daha fazla bağlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Test tekrar test analizinde, testler arasındaki süre, kişinin tıbbi durumunun değişmeyeceği ancak önceki cevaplarını hatırlamayacağı bir süre olarak seçilir ve genellikle bu süre 2 hafta olarak belirlenir (115). B kategorisindeki düşük performanslı sorular açısından, tetikleyicilere maruz kalma veya kalmama durumunun bu süre içinde kontrol edilemeyen bir değişken olması nedeniyle, elde edilen zayıf performans soruların ölçtüğü özelliklerin bir sonucu olarak değerlendirilebileceğinden ölçeğin güvenilirliği açısından bir sorun olarak yorumlanmayabilir.

Önceki çalışmalar, doğrulayıcı faktör analizlerinde ÇTSS-TÖ-5 DSM-5 kriterlerine göre oluşturulduğunu belirterek, genellikle 4 faktörlü modellere odaklanmışlardır (12,16). Bunun nedeni olarak, DSM-5'in dört ana kategorisinin ilk 27 soruyu kapsaması ve disosiyatif semptomların eşlik eden bir tanısal özellik olarak değerlendirilmesi gösterilmiştir (12,16,23). Ancak bu yaklaşım, ölçeğin yapısal bütünlüğünü tam olarak yansıtmamaktadır. Disosiyatif semptomların farklı bir tanısal özellik taşıdığı doğru olsa da, bu 4 soru da ölçeğin bir parçası olup 27 soruyla birlikte uygulanmaktadır ve yapının bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ölçeğin DSM-5 kriterlerine göre tasarlanmış olması, 5 faktörlü yapının göz ardı edilmesi için bir gerekçe olmamalıdır; çünkü yapılan çalışmalar DSM-5 kriterlerinin değil, ölçeğin geçerliliğini test etmektedir. Literatürde ilk kez bu çalışmada 5 faktörlü bir model önerilmiş ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Diğer ülkelerdeki çalışmalarda yapılan doğrulayıcı faktör analizleri genel olarak iyi uyum gösterse de, bazı ülkelerde modelin uyumunun düşük olduğu bildirilmiştir (15). Bu çalışmanın bulguları, ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin tüm sorularını kapsayan 5 faktörlü bir modelle daha kapsamlı ve geçerli bir şekilde değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Sonuçlarımıza göre, ÇTSS-TÖ-5 Türkçe'nin, iyi model uyumu ve tüm maddelerin yakınsak ve ıraksak geçerlilik kriterlerini sağlaması nedeniyle yapısal geçerliliğini büyük ölçüde koruduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin güçlü düzeyde ölçüt geçerliliğine sahip olduğu bulunmuştur. Ölçeğin geliştiricileri ve diğer ülkelerde yapılan geçerlilik çalışmaları da benzer sonuçlar elde etmiştir (12,15). Bu durum ÇTSS-TÖ-5-Türkçe'nin literatürle uyumlu şekilde ölçüt geçerliliğini sağladığını göstermiştir (12,15). Ek olarak çalışmamızda ilk defa ÇTSS-TÖ-5 Dissosiyatif bölümünün ölçüt geçerliliği değerlendirilmiş ve orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Bu durum dissosiyatif bölümün geçerliliği için olumlu bir bulgu olarak değerlendirebilse de literatürde bulgularımızın karşılaştırabileceği veri yoktur. Bu bakımdan ÇTSS-TÖ-5 Dissosiyatif bölümünün psikometrik performansının incelendiği ileri çalışmalara gerek vardır.

Çalışmamızda ÇTSS-TÖ-5'in ayırıcı kapasitesi yüksek bulunmuştur. Testin geliştiricilerinin yaptığı çalışmada kesme değeri 35 seçilmiş ve bu değerin üstündeki bir total skorun TSSB olma ihtimalini %55-76 arasında tespit ettiği bildirilmiştir (12). Bizim çalışma popülasyonunda ise daha yüksek bir kesme değeri (49.5) ancak buna karşılık daha yüksek duyarlılık (%80,6) ve özgüllük (%78,2) değerleri saptanmıştır. Bu durumun kültürel veya demografik farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Türk kültüründe travmaya verilen tepkilerin ve duyguların dışavurumunun diğer toplumlardan farklılık gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Türk popülasyonunda yapılacak ileriki çalışmalarda, çocuk ve ergenlerin travma ile ilişkili semptomlarını bildirmesi ve bu semptomların değerlendirilmesinde Türk kültürüne özgü normların dikkate alınması gerekmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Örneklemdeki kadın hastaların çoğunlukta olması, bulguların erkeklerdeki TSSB belirtilerine genellenebilirliğini sınırlayabilir. Örneklem büyüklüğümüz yeterli olmasına rağmen, travma türleri, travmada üstlenilen roller ve hastaların yaşadıkları yerler gibi çeşitli sosyodemografik ve klinik özellikler için yeterli çeşitliliğin olmadığı söylenebilir. Bu bakımdan gelecekte, daha geniş, sosyodemografik özellikler bakımından daha dengeli ve farklı travma türlerinden oluşan örneklemlerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Ek olarak, TSSB için altın standart test olarak bilinen TSSB-ÖÇE'nin DSM-5 versiyonun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının bulunmaması, çalışmamızda bu testi kullanmayı engellemiştir. Bu durum, değerlendirmelerimizin kapsamını sınırlamaktadır.

Çalışmamızın literatüre katkı sağlayan önemli yönlerinden biri, ölçeğin yapısına uygun olarak ilk defa 5 faktör ile değerlendirilmesidir. Ayrıca, disosiyatif alt kategorinin geçerliliğinin ve test tekrar test güvenilirliğinin ilk defa değerlendirilmiş olması, bulgularımızın geçerliliğini ve güvenilirliğini artırmaktadır. Ayrıca Türkçede DSM-5 kriterlerine göre TSSB şiddetini değerlendiren ve geçerliliği kanıtlanmış NSESSS bulunsa da çocuk ve ergenlerde DSM-5 kriterlerine uygun olarak travmatik yaşantıları taramada, TSSB semptomlarını değerlendirmede ve tedavi takibinde kullanılabilecek ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamız, bu gereksinimi karşılamaya yönelik bir katkı sağlayarak, ülkemizdeki önemli bir boşluğu doldurma potansiyeline sahiptir. Bu yönler, çalışmamızın güçlü yanları arasında yer almaktadır.

6. SONUÇLAR

Sonuç olarak ÇTSS-TÖ-5 Türkçe, adaptasyonu sonrasında yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerlilik göstererek psikometrik özelliklerini korumuştur. Çalışmamız, literatürdeki bulgularla tutarlı sonuçlar ortaya koymakta ve Türk popülasyonunda 11-17 yaş grubunda TSSB'nin tanısı ve izleminde klinisyenlere hassas ve güvenilir bir ölçüm aracı sunmaktadır. Yine de ölçeğin B, C ve Dissosiyatif alt kategorilerine uygulanacak geliştirmeler ölçeğin güvenilirlik performansının artmasını sağlayabilir.

KAYNAKÇA

1. Aker AT. Ruhsal Travma ve Afet Kavramı. In: Ruhsal Travmaya Yaklaşım. 2012th ed. Kavaklıdere/ANKARA: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2012. p. 11–4.

2. Bui E, Ohye B, Palitz S, Olliac B, Raynaud J philippe, Kounou KB. Acute and Chronic Reactions To Trauma in Children and Adolescents. In: Rey M. J., Martin A., editors. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2014.; 2014. p. 29.

3. s. Gunaratnam, S., & Alisic E. Epidemiology of Trauma and Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. In: Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents. Springer International Publishing,; 2017. p. 29–47.

4. Alisic E, Zalta AK, Van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. Br J Psychiatry [Internet]. 2014 [cited 2024 Jun 28];204(5):335–40. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24785767/

5. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association, editor. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

6. Erden G, Kılıç EZ, Uslu Rİ, Kerimoğlu E. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Teoki Ölçeği: Türkçe Geçerlik, Güvenilirlik Ön Çalışması. Vol. 6, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 1999. p. 143–9.

7. Yalin Sapmaz Ş, Ergin D, Özek Erkuran H, Şen Celasin N, Öztürk M, Karaarslan D, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the DSM-5 posttraumatic stress symptom severity scale-child form. Noropsikiyatri Ars. 2017;54(3):205–8.

8. Karakaya I., Memik NC, Agaoglu B., Aker AT. Reliability and Validity of the Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 2007;14(3).

9. Çeri V, Hamidi F, Çakır B, Bilaç Ö, İz M, Ay İz FB, et al. Child Revised

Impact of Event Scale (CRIES): Validity and Reliability Study of Turkish Version. Neuropsychiatr Investig. 2021;59(1):21–6.

10. Göktepe K, İşiten HN. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeğinin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Üsküdar Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü. 2014;

11. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB, Pynoos RS. The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2004 [cited 2024 Oct 30];6(2):96–100. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15038911/

12. Kaplow JB, Rolon-Arroyo B, Layne CM, Rooney E, Oosterhoff B, Hill R, et al. Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: A Developmentally Informed Assessment Tool for Youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2020;59(1):186–94. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.019

13. Erden G, Kılıç EZ, Uslu Rİ, Kerimoğlu E. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği: Türkçe Geçerlik, Güvenilirlik Ön Çalışması. Vol. 6, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 1999. p. 143–9.

14. Laor N, Wolmer L, Kora M, Yucel D, Spirman S, Yazgan Y. Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. J Nerv Ment Dis. 2002;190(12):824–32.

15. Doric A, Stevanovic D, Stupar D, Vostanis P, Atilola O, Moreira P, et al. UCLA PTSD reaction index for DSM-5 (PTSD-RI-5): a psychometric study of adolescents sampled from communities in eleven countries. Eur J Psychotraumatol. 2019;10(1).

16. Takada S, Kameoka S, Okuyama M, Fujiwara T, Yagi J, Iwadare Y, et al. Feasibility and psychometric properties of the UCLA PTSD reaction index for DSM-5 in japanese youth: A multi-site study. Asian J Psychiatr [Internet]. 2018;33(November 2017):93–8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.011

17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR™). Pender B. V., Brendel W.R., Summers F.R., editors. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association; 2022.

18. LC T. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry [Internet]. 1991 Jan 1 [cited 2024 Oct 5];148(1):10–20. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1824611/

19. Site Index | Adverse Childhood Experiences (ACEs) | CDC [Internet]. [cited 2024 Sep 30]. Available from: https://www.cdc.gov/aces/site.html

20. Betancourt TS, Borisova I, Williams TP, Meyers-Ohki SE, Rubin-Smith JE, Annan J, et al. Research review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers - A systematic review of the literature and recommendations for future research. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2013 Jan;54(1):17–36.

21. Alien JR. Female genital mutilation. Vol. 274, Jama. 1995. 1714–1716 p.

22. Briere J SJ. Phenomenology and psychological assess- ment of complex posttraumatic states. 2005;18(5):401–12.

23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association, editor. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

24. Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. Heart [Internet]. 1987 Oct 1 [cited 2024 Jun 29];58(4):306–15. Available from: https://heart.bmj.com/content/58/4/306

25. Jones E, Fear NT, Wessely S. Shell shock and mild traumatic brain injury: A historical review. Am J Psychiatry. 2007;164(11):1641–5.

26. Macleod AD. Shell shock, Gordon Holmes and the Great War. J R Soc Med [Internet]. 2004 [cited 2024 Jul 11];97(2):86. Available from: /pmc/articles/PMC1079301/

27. Veerman P. The rights of the child and the changing image of childhood. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers; 1992.

28. Ezell MJM, Ezell MJ. John Locke's Images of Childhood: Early Eighteenth Century Response to Some Thoughts concerning Education. Eighteenth-Century Stud Berkeley, Cal [Internet]. 1983 Jan 1 [cited 2024 Oct 1];17(2):139–55. Available from: https://eurekamag.com/research/073/177/073177975.php

29. N. Parton. The natural history of child abuse: a study in social problem definition. Br J Soc Work. 1979;9(4):431–51.

30. Bowlby J. Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children [Internet]. 1952 [cited 2024 Oct 1]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/40724

31. Vicedo M. The social nature of the mother's tie to her child: John Bowlby's theory of attachment in post-war America. Br J Hist Sci [Internet]. 2011 Sep [cited 2024 Oct 1];44(162 Pt 3):401–26. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22164644/

32. American Psychiatric Association. Mental Disorders, Diagnostic and Statistical Manual. Acad Med. 1952;27(5):365.

33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Second Edition. Vol. Second Edi, American Psychiatric Association. Washington, D. C.; 1968.

34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition). American P. Robert L. Spitzer MD, editor. APA; 1980.

35. Kendell RE. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R). https://doi.org/101176/ajp145101301 [Internet]. 2006 Oct [cited 2024 Sep 30];145(10):1301–2. Available from: https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.145.10.1301

36. Fisher G. RN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. In: American Psychiatric Association [Internet]. American Psychiatric Association; 2014 [cited 2024 Sep 30]. Available from: https://psycnet.apa.org/record/1994-97698-000

37. Segal DL. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - IV - TR) . Corsini Encycl Psychol [Internet]. 2010 Jan 30 [cited 2024 Sep 30];1–3. Available from: https://www.researchgate.net/publication/230002115_Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders_DSM-IV-TR

38. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva; 1993.

39. Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: An international classification of diseases for the twenty-first century. BMC Med Inform Decis Mak [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2024 Oct 26];21(6):1–10. Available from: https://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-021-01534-6

40. S. Gunaratnam, S., & Alisic E. Epidemiology of Trauma and Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. In: Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents. Springer International Publishing,; 2017. p. 29–47.

41. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Green JG, Gruber MJ, Heeringa S, et al. Design and field procedures in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. 2009 [cited 2024 Jul 9];18(2):69–83. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19507169/

42. Kessler RC, Avenevoli S, McLaughlin KA, Green JG, Lakoma MD, Petukhova M, et al. Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). Psychol Med [Internet]. 2012 Sep [cited 2024 Jun 29];42(9):1997–2010. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22273480/

43. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2013 [cited 2024 Jul 9];52(8). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23880492/

44. D. H, Kaufman J. Posttraumatic Stress Disorder. In: Andrés Martin, MD M,

Bloch H. M., R.F. V, editors. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Fifth Edition. FIFTH EDIT. Philadelphia: Wolters Kluwer.; 2018.

45. Kolaitis G. Trauma and post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Eur J Psychotraumatol. 2017 Sep;8(sup4):4.

46. Stern R. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd ed. Am J Psychiatry. 2002;159(1):163–5.

47. Horowitz M. J. Stress Response Syndromes: Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. Hosp Community Psychiatry . 1986;37(3):241–9.

48. Janoff-Bulman R, Frieze IH. A Theoretical Perspective for Understanding Reactions to Victimization. J Soc Issues [Internet]. 1983 [cited 2024 Jul 9];39(2):1–17. Available from: https://www.researchgate.net/publication/264598593_A_Theoretical_Perspective_for_Understanding_Reactions_to_Victimization

49. Janoff-Bulman R. Psychological Inquiry. 2004 [cited 2024 Jul 9]. Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models. Available from: https://www.researchgate.net/publication/285634816_Posttraumatic_Growth_Three_Explanatory_Models/link/583f1df208ae2d217557dc6c/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19

50. McCann IL, Sakheim DK, Abrahamson DJ. Trauma and Victimization. http://dx.doi.org/101177/0011000088164002 [Internet]. 1988 Oct 1 [cited 2024 Jul 1];16(4):531–94. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011000088164002

51. Silove D. Is Posttraumatic Stress Disorder an Overlearned Survival Response? An Evolutionary-Learning Hypothesis. Psychiatry [Internet]. 1998 May [cited 2024 Jul 1];61(2):181–90. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00332747.1998.11024830

52. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2011 [cited 2024 Jul 1];13(3):263. Available from: /pmc/articles/PMC3182008/

53. Southwick SM, Bremner JD, Rasmusson A, Morgan CA, Arnsten A, Charney DS. Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry [Internet]. 1999 Nov 1 [cited 2024 Jul 1];46(9):1192–204. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10560025/

54. Weems CF, Carrion VG. The association between PTSD symptoms and salivary cortisol in youth: the role of time since the trauma. J Trauma Stress [Internet]. 2007 Oct [cited 2024 Jul 8];20(5):903–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17955527/

55. Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM, Endres D, Abraham K, Geffner ME, et al. Hypothalamic–pituitary–adrenal activity among Armenian adolescents with PTSD symptoms. J Trauma Stress [Internet]. 2003 Aug 1 [cited 2024 Jul 8];16(4):319–23. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1023/A%3A1024453632458

56. Yehuda R. Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 1997 [cited 2024 Jul 9];821:57–75. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9238194/

57. Janiri D, Piras F, Sani G. Childhood Trauma in Mental Disorders. Childhood Trauma in Mental Disorders. 2022.

58. Gandubert C, Scali J, Ancelin ML, Carrière I, Dupuy AM, Bagnolini G, et al. Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. Neurobiol Stress [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2024 Jul 2];3:61–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27981178/

59. Lynskey MT, Fergusson DM. Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. Child Abus Negl [Internet]. 1997 Dec [cited 2024 Jul 2];21(12):1177–90. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9429770/

60. Boney-McCoy S, Finkelhor D. Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. J Consult Clin Psychol [Internet]. 1995 [cited 2024 Jul 2];63(5):726–36. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7593865/

61. Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GKB, Davies A. Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. Death Stud [Internet]. 2010 [cited 2024 Jul 2];34(8):673–98. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24482845/

62. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2011 Apr 27 [cited 2024 Jul 2];7:511–35. Available from: https://www.researchgate.net/publication/49622474_Resilience_to_Loss_and_Potential_Trauma

63. McCart MR, Smith DW, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick H, Ruggiero KJ. Do urban adolescents become desensitized to community violence? Data from a national survey. Am J Orthopsychiatry [Internet]. 2007 Jul [cited 2024 Jul 2];77(3):434–42. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17696672/

64. Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1997 [cited 2024 Jul 2];36(12):1744–51. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9401336/

65. Charuvastra A, Cloitre M. Social bonds and posttraumatic stress disorder. Annu Rev Psychol [Internet]. 2008 [cited 2024 Jul 2];59:301–28. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17883334/

66. Pynoos RS, Steinberg AM, Piacentini JC. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. Biol Psychiatry [Internet]. 1999 Dec 1 [cited 2024 Jul 2];46(11):1542–54. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10599482/

67. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol. 2000;68(5):748–66.

68. Valentino K, Berkowitz S, Stover CS. Parenting behaviors and posttraumatic symptoms in relation to children's symptomatology following a traumatic event. J Trauma Stress [Internet]. 2010 [cited 2024 Jul 2];23(3):403–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20564374/

69. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. Lancet Child Adolesc Heal [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2024 Jul 3];4(8):634. Available from: /pmc/articles/PMC7292584/

70. Caldwell BA, Redeker N. Sleep and trauma: An overview. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2005 Aug [cited 2024 Jul 3];26(7):721–38. Available from: https://www.researchgate.net/publication/7633484_Sleep_and_trauma_An_overview

71. Glaser D. Child Abuse and Neglect and the Brain—A Review. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2000 Jan 1 [cited 2024 Jul 3];41(1):97–116. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1469-7610.00551

72. Finkelhor D. The Trauma of Child Sexual Abuse. http://dx.doi.org/101177/088626058700200402 [Internet]. 1987 Dec 1 [cited 2024 Jul 3];2(4):348–66. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/088626058700200402

73. Finkelhor D. The Trauma of Child Sexual Abuse. http://dx.doi.org/101177/088626058700200402. 1987 Dec;2(4):348–66.

74. Laird JJ, Klettke B, Hall K, Clancy E, Hallford D. Demographic and Psychosocial Factors Associated With Child Sexual Exploitation: A Systematic Review and Meta-analysis. Jama Netw Open [Internet]. 2020 Sep 22 [cited 2024 Jul 3];3(9). Available from: /pmc/articles/PMC7509625/

75. Mullers ES, Dowling M. Mental health consequences of child sexual abuse. Br J Nurs [Internet]. 2008 [cited 2024 Jul 3];17(22). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19057505/

76. McEwen BS. Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. Chronic Stress (Thousand Oaks, Calif) [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 1];1. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28856337/

77. Drell MJ, Siegel CH GTJ. Posttraumatic stress disorder. In: C. H. Zeanah, editor. Handbook of lnfant Mental Health. The Guilfo. NewYork.; 1993. p. 291–304.

78. Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ, Waller JL, Jackson KL, McKeown RE, et al. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1998 [cited 2024 Jul 3];37(2):147–54. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9473910/

79. Carrion VG, Weems CF, Ray R, Reiss AL. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2002 [cited 2024 Jul 3];41(2):166–73. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11837406/

80. Stover CS, Hahn H, Berkowitz S, Im JJY. Agreement of Parent and Child Reports of Trauma Exposure and Symptoms in the Peritraumatic Period. Psychol Trauma [Internet]. 2010 Sep [cited 2024 Jul 3];2(3):159. Available from: /pmc/articles/PMC3093053/

81. Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, Yule W, Dalgleish T. Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. J Abnorm Child Psychol [Internet]. 2007 Apr [cited 2024 Jul 3];35(2):191–201. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17219079/

82. Kilpatrick, D., Resnick, H., & Friedman M. National Stressful Events Survey PTSD Short Scale (NSESS-PTSD). Am Psychiatr Assoc. 2013;

83. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC, Treadwell KRH. The child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. J Clin Child Psychol [Internet]. 2001 [cited 2024 Oct 26];30(3):376–84. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11501254/

84. Kadak MT, Boysan M, Ceylan N, Çeri V. Psychometric properties of the Turkish version of the Child PTSD Symptom Scale. Compr Psychiatry [Internet]. 2014;55(6):1435–41. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.05.001

85. Nader K, Kriegler KA, Blake DD, Pynoos RS, Newman E, Weathers FW. Clinician-Administered PTSD Scale For Children and Adolescents. PsycTESTS Dataset [Internet]. 2013 Jun 10 [cited 2024 Oct 29]; Available from: https://doi.apa.org/doi/10.1037/t08962-000

86. Cohen J, Bukstein O, Walter H, Benson R, Chrisman A, Farchione T, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Apr;49(4):414–30.

87. Putnam FW, Helmers K, Trickett PK. Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. Child Abuse Negl. 1993 Jan 1;17(6):731–41.

88. Hornstein NL, Putnam FW. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1992 [cited 2024 Jul 4];31(6):1077–85. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1429408/

89. Nurcombe, B., Mitchell, W., Begtrup, R., Tramontana, M., LaBarbera, J., & Pruitt J. Dissociative hallucinosis and allied conditions. In: Psychoses and pervasive developmental disorders in childhood and adolescence [Internet]. 1996 [cited 2024 Jul 4]. p. 107–28. Available from: https://psycnet.apa.org/record/1996-97696-005

90. Kaufman J, Birmaher B, Clayton S, Retano A, Wongchaowart B. Case study: Trauma-related hallucinations. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1997;36(11):1602–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0890-8567(09)66571-0

91. N. Soylu. Çocuk ve Ergenlerde Travmaya Bilişsel Davranışçı Yaklaşım. In: Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar. 2018. p. 90–6.

92. Chen YR, Hung KW, Tsai JC, Chu H, Chung MH, Chen SR, et al. Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS One [Internet]. 2014 Aug 7 [cited 2024 Oct 4];9(8). Available from: /pmc/articles/PMC4125321/

93. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2024 Oct 4];43:128–41. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26574151/

94. Shapiro F. The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. Perm J [Internet]. 2014 [cited 2024 Oct 4];18(1):71. Available from: /pmc/articles/PMC3951033/

95. Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, Meijer AM, Stams GJ. Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. Clin Psychol Rev [Internet]. 2009 Nov [cited 2024 Oct 4];29(7):599–606. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19616353/

96. Moreno-Alcázar A, Treen D, Valiente-Gómez A, Sio-Eroles A, Pérez V, Amann BL, et al. Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Front Psychol [Internet]. 2017 Oct 10 [cited 2024 Oct 4];8(OCT). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29066991/

97. Cohena JA, Mannarino AP, Rogal S. Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. Child Abus Negl [Internet]. 2001 [cited 2024 Jul 9];25(1):123–35. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11214806/

98. Strawn JR, Keeshin BR, DelBello MP, Geracioti TD, Putnam FW. Psychopharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review. J Clin Psychiatry. 2010 Jul;71(7):932–41.

99. Thombs BD, Bresnick MG, Magyar-Russell G, Kim TJ. Early treatment of acute stress symptoms in pediatric burn patients with imipramine and fluoxetine. Pediatr Crit Care Med. 2006 Sep;7(5):498.

100. Gavish M, Laor N, Bidder M, Fisher D, Fonia O, Muller U, et al. Altered platelet peripheral-type benzodiazepine receptor in posttraumatic stress disorder. Neuropsychopharmacology [Internet]. 1996 [cited 2024 Jul 9];14(3):181–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8866701/

101. Hawkins EJ, Malte CA, Imel ZE, Saxon AJ, Kivlahan DR. Prevalence and trends of benzodiazepine use among Veterans Affairs patients with posttraumatic stress disorder, 2003-2010. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2024 Jul 9];124(1–2):154–61. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22305658/

102. Harmon RJ, Riggs PD. Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1996 [cited 2024 Jul 9];35(9):1247–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8824068/

103. Oluwabusi OO, Sedky K, Bennett DS. Prazosin treatment of nightmares and sleep disturbances associated with posttraumatic stress disorder: two adolescent cases. J Child Adolesc Psychopharmacol [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2024 Jul 9];22(5):399–402. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23083029/

104. States JH, St.Dennis CD. Chronic Sleep Disruption and the Reexperiencing Cluster of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Are Improved by Olanzapine: Brief Review of the Literature and a Case-Based Series. Prim Care Companion J Clin Psychiatry [Internet]. 2003 Apr 1 [cited 2024 Jul 9];5(2):74. Available from: /pmc/articles/PMC353040/

105. Keeshin BR, Strawn JR. Risperidone treatment of an adolescent with severe posttraumatic stress disorder. Ann Pharmacother [Internet]. 2009 Jul [cited 2024 Jul 9];43(7):1374. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19584378/

106. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. A pilot study. Am J Dis Child [Internet]. 1988 [cited 2024 Jul 9];142(11):1244–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3177336/

107. Gupta S, Popli A, Bathurst E, Hennig L, Droney T, Keller P. Efficacy of cyproheptadine for nightmares associated with posttraumatic stress disorder. Compr Psychiatry [Internet]. 1998 [cited 2024 Jul 9];39(3):160–4. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9606583/

108. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenilirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2004 Sep 1 [cited 2024 Oct 4];30(3):211–6. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/uutfd/issue/35255/391149

109. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011;2:53–5.

110. Ş. H. Güvenilirlik analizi yöntemleri. In: Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde

Güvenilirlik ve Geçerlilik. ANKARA; 2005. p. 105–71.

111. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. J Chiropr Med [Internet]. 2016;15(2):155–63. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012

112. Yaşlıoğlu MM. Factor Analysis and Validity in Social Sciences: Application of Exploratory and Confirmatory Factor Analyses. Istanbul Univ J Sch Bus [Internet]. 2017;46(Special Issue):74–85. Available from: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/iuisletme%0ASosyal

113. Johnson RA, Wichern DW. Applied Multivariate Statistical Analysis.: Pearson Prentice Hall. Pearson Prentice Hall. 2007. 773 p.

114. Doç Y, Büyüköztürk S, Üniversitesi A, Bilimleri Fakültesi E, Bölümü EB. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi [Internet]. 2002 Mar 1 [cited 2024 Oct 4];32(32):470–83. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/kuey/issue/10365/126871

115. Herguner S. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ölçütler ve Ölçekler. In: Herguner S, Özbaran B, editors. Ölçme Araçlarının Kullanımı İle İlgili Temel Kavramlar. Herguner S. 2010. p. 1–7.

116. Fluss R, Faraggi D, Reiser B. Estimation of the Youden Index and its associated cutoff point. Biometrical J. 2005;47(4):458–72.

117. Ekelund S. ROC Curves—What are They and How are They Used? Point Care J Near-Patient Test Technol [Internet]. 2012 Mar [cited 2021 Mar 3];11(1):16–21. Available from: https://journals.lww.com/00134384-201203000-00006

118. Campo-Arias A, Oviedo HC. Psychometric properties of a scale: internal consistency [Internet]. Vol. 10, Revista de Salud Publica. Universidad Nacional de Colombia; 2008 [cited 2021 May 1]. p. 831–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19360231/

119. Yalın Sapmaz Ş, Ergin D, Şen Celasin N, Özek Erkuran H, Karaarslan D, Öztekin S, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the DSM-5

Dissociative Symptoms Severity Scale–Child Form. J Trauma Dissociation [Internet]. 2017 Aug 8 [cited 2024 Oct 26];18(4):624–34. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15299732.2016.1252000

120. Baumgartner H, Homburg C. Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. Int J Res Mark. 1996 Apr 1;13(2):139–61.

121. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. https://doi.org/101080/10705519909540118 [Internet]. 2009 [cited 2021 Aug 19];6(1):1–55. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10705519909540118

122. Bland JM, Altman DG. Statistics Notes: Correlation, regression, and repeated data. BMJ [Internet]. 1994 Apr 2 [cited 2021 Mar 3];308(6933):896. Available from: https://www.bmj.com/content/308/6933/896

123. Mukaka MM. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. Malawi Med J [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 3];24(3):69–71. Available from: www.mmj.medcol.mw

124. Schober P, Schwarte LA. Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. Anesth Analg [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 Mar 3];126(5):1763–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29481436/

125. Ş. H. Guvenirlilik analizi yöntemleri. In: H. Ş, editor. Sosyal ve Davranışsal Öçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. ANKARA: Seçkin Yayıncılık; 2005. p. 105–71.

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Ad Soyad: Melek İnce

Doğum Yeri ve Tarihi:

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi ve Telefonu:

Yabancı Dili: İngilizce

Eğitimi

- 2017 İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
- 2020 Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları -Erenköy Ruh Sağlığı Hastanesi
- 2021- Halen Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları-Halen S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ünvanları

- 2017 Tıp Doktoru
- 2020 Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Asistan Hekimi

Mesleki Deneyimi

- 2017 Tatvan Devlet Hastanesi Doktor
- 2018 Batman Bölge Devlet Hastanesi Doktor
- 2020 Erenköy Ruh Sağlığı Hastanesi Asistan Doktor
- 2021- Halen Behçet Uz Çocuk Hastanesi Asistan Doktor

Bilimsel İlgi Alanları ve Etkinlikler

- 2021 Bilişsel Davranişçi Terapiler Temel Teorik Eğitimi

EKLER

EK 1

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

S.B.Ü. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ÇOCUK HASTALARDA YAPILACAK OLAN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(PROSPEKTİF ÇALIŞMALAR)

İÇİN "EBEVEYN" BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!] Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Tıbbi Adı: Çocuk ve Adölesanlar için DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi Öz Bildirim Ölçeği (PTSD-RI-5) Türkçe Versiyonu'nun geçerlilik ve güvenilirliği

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Çocuk ve Adölesanlar için DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi Öz Bildirim Ölçeği (PTSD-RI-5)'nin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesi

Araştırmanın İçeriği: Çocuk ve Adölesanlar için DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi Öz Bildirim Ölçeği (PTSD-RI-5) Türkçe

Versiyonu'nun Türkçe diline çevirisi yapılacak ve daha sonra geçerlilik ve güvenilirliği araştırılacaktır.

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan hastalarda DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi Öz Bildirim Ölçeği (PTSD-RI-5) Türkçe Versiyonu geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılmasıdır. Böylece Post Travmatik Stres Bozukluğu olan hastaların psikiyatrik özelliklerini analiz etmemize yardımcı olacak bir ölçeği Türk popülasyonunun kullanımına sunmaktır.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 10 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 155

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

Bu çalışmada gönüllülerden iki adet anketi (PTSD-RI-5 ve "Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddeti -11-17 yaş arası çocuk Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ulusal Stresli Olaylar Anketi Kısa Formu) cevaplamaları istenecektir. Ayrıca hastaların yaş ve cinsiyet gibi genel bilgileri de toplanacaktır. Hastalara herhangi bir tedavi uygulanmayacak ve elde edilen bilgiler hastaların tedavisini değiştirmeyecektir. Hastaların tedavisi sorumlu hekimleri tarafından çalışmadan bağımsız olarak düzenlenecektir.

2. ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR): Travma sonrası semptomlar, klinik görüşmeler, klinisyen tarafından derecelendirilen veya kendi kendine derecelendirilen (öz bildirim) anketler tarafından değerlendirilir. Klinik görüşme ve klinisyen tarafından derecelendirilen ölçeklerle bazen hastanın içselleştirilmiş tepkileri gözden kaçabilir. Öz bildirimli anketler içselleştirilmiş tepkileri seçer ve gözlemle tanımlanamayan travmanın sonuçları hakkında daha iyi bilgiler sağlar.

Bu bakımdan travma sonrası stres bozukluğunda öz bildirimli ölçekler önemli yer tutmaktadır. Araştırmamızda yer alırsanız sizinle benzer şekilde travma sonrası stres bozukluğu olan kişilerde gözlenebilecek yerleşmiş inanış ve düşünceleri daha kolay analiz edebileceğine inandığımız, yurtdışında etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçeği Türkçe olarak, hekimlerin ve araştırmacıların kullanımına sunacağız. Bu sayede

bireyin hastalığı hakkındaki düşünce ve duyguları, tedavinin şekillendirilmesinde hekime katkıda bulunacaktır

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR: Bu çalışmada gönüllülerden iki adet anketi cevaplamaları istenecektir. Herhangi bir risk veya rahatsızlık ile karşılaşılması beklenmemektedir

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR: Bu araştırmada uygulanan tedavi ile hastalığın belirtileri kontrol altına alınabilir ya da araştırma sonucunda elde edilen bilgilerle hastalığının tanısının konulması sağlanabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

5.ÇALIŞMA HAKKINDA YENİ BİLGİLER ELDE EDİLİRSE NE OLACAK?

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek, araştırma konusuyla ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

6.GEBELİK

…….... nin doğmamış fetüs ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gönüllünün gebe olmadığından ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğundan emin olmalısınız. Çocuk doğurma potansiyeli varsa çalışma doktoru sizinle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gönüllünün gebe kaldığından şüphelenirseniz, hemen çalışma doktoruna haber vermelisiniz. Gönüllü gebe ise, izin alınmadan araştırmadan çıkarılacaktır.

7.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Bu araştırma hastalığınızla ilgili bilgilerin toplandığı iki adet anketi içermektedir. Çocuğunuzun hastalığının tedavisi bu çalışmadan bağımsız olarak hekiminizin uygun gördüğü şekilde belirlenecektir. Bu çalışma nedeniyle çocuğunuzun tedavinizde herhangi bir değişiklik yapılmayacaktır. Bu çalışma çocuğunuzun hastalığınızın tedavisini etkilemeyecektir.

8.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Anketlere verilen cevapların sağlıklı bir şekilde analiz edilebilmesi için tüm sorulara yanıt verilmesi gerekmektedir. Çocuğunuzun cevapladığı anketlerde yüksek oranda cevaplanmamış soru bulunması çalışma dışı bırakılmasına neden olabilir.

9.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

10.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Çocuğunuzun bu araştırmada yer alması nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

11.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklar için, ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

1. Doç.Dr.Fatma Sibel Durak
2. Dr. Melek İnce

Bu çalışmada gönüllere herhangi bir müdahalede (ilaç tedavisi, psikoterapi vb) bulunulmayacaktır. Bu nedenle gönüllülerin zarar görmesi beklenmemektedir. Bu çalışmaya katıldığın için zarar görecek olursan, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirilecektir. Uygulanan işleme bağlı olarak

gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı masrafların sorumlu araştırmacı / doktor tarafından karşılanacaktır **13.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ÇALIŞMADAN ÇIKARILMA:**

a. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu konuda size ve çocuğunuza şimdi veya çalışmanın herhangi bir aşamasında baskı ve zorlayıcı davranış uygulanmayacaktır.

b. Çocuğunuzun araştırmaya katılmasını reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını reddetmeniz ya da sonradan çekilmeniz halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Bu durum şimdi ya da gelecekte çocuğunuzun gereksinim duyduğu tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmaliniz nedeniyle ya da almakta olduğunuz tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, sizin onayınızı almadan çocuğunuzu çalışma kapsamından çıkarabilir.

14.GİZLİLİK Çalışma doktorunuz çocuğunuz ile ilgili kişisel bilgileri, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak çocuğunuzun kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, çocuğunuz ile ilgili bilgileri Etik Kurullar ya da Resmi Makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak çocuğunuzun kimliği açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Melek İnce

GÖREVİ : Araştırmacı

(Katılımcı çocuğun ebeveyninin beyanı)

S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde Doç. Dr. Fatma Sibel Durak tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Çocuğumun araştırmaya katılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun çalışmaya katılmasını reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden verdiğim izni geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumun tedavisi sırasında elde edilen klinik /laboratuvar bulgularının söz konusu klinik araştırmada kullanılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Tari

h:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Araştırıcının adı-soyadı, ünvanı Tarih:

Adres:

Tel:

İmza:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK 2

S.B.Ü. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ÇOCUK HASTALARDA YAPILACAK OLAN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(PROSPEKTİF ÇALIŞMALAR)

İÇİN 11-17 YAŞ ÇOCUK" BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!] Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Tıbbi Adı: Çocuk ve Adölesanlar için DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi Öz Bildirim Ölçeği (PTSD-RI-5) Türkçe Versiyonu'nun geçerlilik ve güvenilirliği

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: Çocuk ve Adölesanlar için DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi Öz Bildirim Ölçeği (PTSD-RI-5)'nin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesi

Araştırmanın İçeriği: Çocuk ve Adölesanlar için DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi Öz Bildirim Ölçeği (PTSD-RI-5) Türkçe Versiyonu'nun Türkçe diline çevirisi yapılacak ve daha sonra geçerlilik ve güvenilirliği araştırılacaktır.

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan hastalarda DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi

Öz Bildirim Ölçeği (PTSD-RI-5) Türkçe Versiyonu'nun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılmasıdır. Böylece Post Travmatik Stres Bozukluğu olan hastaların psikiyatrik özelliklerini analiz etmemize yardımcı olacak bir ölçeği Türk popülasyonunun kullanımına sunmaktır.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 10 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 155

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

Bu çalışmada gönüllülerden iki adet anketi (PTSD-RI-5 ve "Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddeti -11-17 yaş arası çocuk Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ulusal Stresli Olaylar Anketi Kısa Formu) cevaplamaları istenecektir. Ayrıca hastaların yaş ve cinsiyet gibi genel bilgileri de toplanacaktır. Hastalara herhangi bir tedavi uygulanmayacak ve elde edilen bilgiler hastaların tedavisini değiştirmeyecektir. Hastaların tedavisi sorumlu hekimleri tarafından çalışmadan bağımsız olarak düzenlenecektir.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Travma sonrası semptomlar, klinik görüşmeler, klinisyen tarafından derecelendirilen veya kendi kendine derecelendirilen (öz bildirim) anketler tarafından değerlendirilir. Klinik görüşme ve klinisyen tarafından derecelendirilen ölçeklerle bazen hastanın içselleştirilmiş tepkileri gözden kaçabilir. Öz bildirimli anketler içselleştirilmiş tepkileri seçer ve gözlemle tanımlanamayan travmanın sonuçları hakkında daha iyi bilgiler sağlar.

Bu bakımdan travma sonrası stres bozukluğunda öz bildirimli ölçekler önemli yer tutmaktadır. Araştırmamızda yer alırsanız sizinle benzer şekilde travma sonrası stres bozukluğu olan kişilerde gözlenebilecek yerleşmiş inanış ve düşünceleri daha kolay analiz edebileceğine inandığımız, yurtdışında etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçeği Türkçe olarak, hekimlerin ve araştırmacıların kullanımına sunacağız. Bu sayede bireyin hastalığı hakkındaki düşünce ve duyguları, tedavinin şekillendirilmesinde hekime katkıda bulunacaktır

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Bu çalışmada gönüllülerden iki adet anketi cevaplamaları istenecektir. Herhangi bir risk veya rahatsızlık ile karşılaşılması beklenmemektedir

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Bu araştırmada uygulanan tedavi ile hastalığın belirtileri kontrol altına alınabilir ya da araştırma sonucunda elde edilen bilgilerle hastalığının tanısının konulması sağlanabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

5.ÇALIŞMA HAKKINDA YENİ BİLGİLER ELDE EDİLİRSE NE OLACAK?

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek, araştırma konusuyla ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

6.GEBELİK

……..... nin doğmamış fetüs ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gebe olmadığından ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğundan emin olmalısın. Çocuk doğurma potansiyelin varsa çalışma doktoru seninle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gebe kaldığından şüphelenirsen, hemen çalışma doktoruna haber vermelisin. Gebe isen, iznin alınmadan araştırmadan çıkarılacaksın.

7.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Bu araştırma hastalığınızla ilgili bilgilerin toplandığı iki adet anketi içermektedir. Hastalığınızın tedavisi bu çalışmadan bağımsız olarak hekiminizin uygun gördüğü şekilde belirlenecektir. Bu çalışma nedeniyle tedavinizde herhangi bir değişiklik yapılmayacaktır. Bu çalışma hastalığınızın tedavisini etkilemeyecektir.

8.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Anketlere verilen cevapların sağlıklı bir şekilde analiz edilebilmesi için tüm sorulara yanıt verilmesi gerekmektedir. Cevapladığınız anketlerde yüksek oranda cevaplanmamış soru bulunması çalışma dışı bırakılmanıza neden olabilir.

9.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları sana veya güvencesi altında bulunduğun resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

10.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer alman nedeniyle sana hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

11.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklar için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığında aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

1. Doç.Dr.Fatma Sibel Durak

2. Dr. Melek İnce

12.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu çalışmada gönüllere herhangi bir müdahalede (ilaç tedavisi, psikoterapi vb) bulunulmayacaktır. Bu nedenle gönüllülerin zarar görmesi beklenmemektedir. Bu çalışmaya katıldığın için zarar görecek olursan, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirilecektir. Uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı masrafların sorumlu araştırmacı / doktor tarafından karşılanacaktır.

13.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ÇALIŞMADAN ÇIKARILMA:

a. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu konuda sana şimdi veya çalışmanın herhangi bir aşamasında baskı ve zorlayıcı davranış uygulanmayacaktır.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsin. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğin anda bu çalışmadan çekilebilirsin. Bu çalışmaya katılmayı reddetmen ya da sonradan çekilmen halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceksin. Bu durum şimdi ya da gelecekte senin gereksinim duyduğu tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalin nedeniyle ya da almakta olduğun tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, onayını almadan seni çalışma kapsamından çıkarabilir.

14.GİZLİLİK Çalışma doktorun kişisel bilgilerini, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak kimlik bilgilerini gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, bilgilerini Etik Kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkın vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğin açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunun olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksinim duyduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geç.

ADI : Melek İnce

GÖREVİ : Araştırmacı

(Katılımcı çocuğun beyanı)

S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde Doç. Dr. Fatma Sibel Durak tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çalışmaya katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden verdiğim izni geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, tedavim sırasında elde edilen klinik /laboratuvar bulgularının söz konusu klinik araştırmada kullanılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

……
……
……
……..

Tarih

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Araştırıcının adı-soyadı, ünvanı Tarih:

Adres:

Tel:

İmza:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK 3

OLGU RAPOR FORMU

1) Çocuğun Bilgileri:

2) Adı ve Soyadı: _____

3) Yaşı: _____

4) Cinsiyeti:

a. Erkek

b. Kız

c. Diğer: _____

5) Doğum Tarihi: _____

6) Eğitim Düzeyi:

a. Okul Öncesi

b. İlkokul

c. Ortaokul

d. Lise

e. Diğer: _____

7) Kullandığı İlaçlar: _____

8) Sigara Kullanımı: _____

9) Alkol Kullanımı: _____

10) Madde Kullanımı: _____

11) Telefon: _____

12) Kronik Hastalıklar: _____

Anne ve Baba ile Yaşam Durumu:

- Her İki Ebeveynle Birlikte

- Sadece Annesiyle

- Sadece Babasıyla

13) Diğer Aile Üyeleri/Vasilerle (Lütfen Belirtiniz):

14) Maruz Kalınan Travma Türü: (Birden Fazla İşaretlenebilir)

a. Doğal Afet

b. Aile İçi Şiddet

c. Fiziksel İstismar

d. Cinsel İstismar

e. Zorbalık/Mobbing

- Şahit Olunan Şiddet

- Kayıp (Aile Üyesi, Yakın Arkadaş)

- Diğer: _____

Travmanın Süresi: _____

Daha Önce Psikolojik/Psikiyatrik Tedavi Alındı mı?

- Evet

- Hayır

- Eğer Evet İse, Ne Tür Tedavi? _____

Ek Bilgiler ve Notlar: _____

Aile Bilgileri

Ailenin Adı/Soyadı: _____

Ailenin Toplam Aylık Geliri: _____

Ailenin Sosyoekonomik Statüsü:

- Düşük

- Orta

- Yüksek

- Bilinmiyor/Belirtilmek İstenmiyor

Annenin En Yüksek Tamamladığı Eğitim Seviyesi:

- İlkokul

- Ortaokul

- Lise

- Üniversite

- Yüksek Lisans/Doktora

- Eğitim Yok/Bilinmiyor

Babanın En Yüksek Tamamladığı Eğitim Seviyesi:

- İlkokul

- Ortaokul

- Lise

- Üniversite

- Yüksek Lisans/Doktora

- Eğitim Yok/Bilinmiyor

Annenin Mesleği ve Çalışma Durumu:

Meslek: _____

Çalışma Durumu:

- Tam Zamanlı

- Yarı Zamanlı

- Ev Hanımı

- İşsiz

- Emekli

- Diğer: _____

Babanın Mesleği ve Çalışma Durumu:

Meslek: _____

Çalışma Durumu:

- Tam Zamanlı

- Yarı Zamanlı

- İşsiz

- Emekli

- Diğer: _____

Ev Sahipliği Durumu:

- Kendi Evinde Oturuyor

- Kirada Oturuyor

- Aile/Arkadaş Yanında Oturuyor

- Diğer: _____

Kendi Evi mi: _____

Evde Yaşayan Kişi Sayısı: _____

Ailenin Sahip Olduğu Araç Sayısı: _____

PTSD-RI-5 skorları NSESSS skorları **DÖS**

B: Ortalama Total Puan:

C:

D

E:

A1:

A2 :

EK 4

Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddeti -11-17 yaş arası çocuk
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ulusal Stresli Olaylar Anketi Kısa Formu (NSESSS)

İsim:_____ Yaş:_____ Cinsiyet: E ___ K___
Tarih: _____

Lütfen deneyimlediğiniz travmatik olayı belirtiniz**:**

_____

Travmatik olayın tarihi:

_____

Açıklamalar: İnsanlar bazen aşırı derecede stres yaratan olaylar veya deneyimlerin ardından sorunlar yaşayabilir. SON YEDİ (7) GÜN İÇERİSİNDE aşırı stres yaratan olay/deneyimin ardından olan ya da kötüleşen aşağıdaki problemlerin her birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz? **Lütfen her satırda bir kutuyu işaretleyerek (□ veya x)her maddeyi yanıtlayınız**.

							Klinisyen için
		Hiç	**Biraz**	**Kısmen**	**Oldukça fazla**	**Aşırı**	**Madde puanı**
1	"Flashbackler" yaşadınız mı, yani aniden geçmişte yaşamış olduğunuz stres yaratan bir deneyim sanki tekrar baştan oluyormuş gibi hissettiniz veya davrandınız mı?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	

	(örneğin stres yaratan deneyimle ilgili bazı kısımları görme, duyma, koklama veya fiziksel olarak hissetme ile yeniden yaşantılama gibi)						
2	Stres yaratan deneyimi hatırlatan bir şey olduğunda duygusal olarak alt üst olduğunuzu hissettiniz mi?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
3	Size bu stresli deneyimi hatırlatan düşünceler, duygular veya fiziksel durumlardan kaçınmaya çalıştınız mı?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
4	Sizin veya başka birisinin (size direkt olarak zarar vermeyen) yanlış bir şey yaptığı veya durumu önlemeye yönelik yapılması gerekli her şeyi yapmadığı için ya da sizinle ilgili bir şey yüzünden stres yaratan olayın başınıza geldiğini düşündünüz mü?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	

5	Stres yaratan bir deneyim sonrasında fazlasıyla olumsuz bir duygusal duruma girdiniz mi? (örn., yoğun öfke, kızgınlık, suçluluk, utanç veya dehşet yaşama)	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
6	Bu stresli yaşam olayı öncesinde yapmaktan zevk aldığınız aktivitelere olan ilginizi kaybettiniz mi?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
7	"Aşırı tetikte", savunma halinde veya sürekli tehlikeleri gözetler halde oldunuz mu?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
8	Beklenmedik ve ani bir gürültü duyduğunuzda sıçradığınız veya kolaylıkla ürktüğünüz oldu mu?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
9	Diğer insanlara bağıracak, kavgalara karışacak veya bir şeyleri yok etme düzeyine gelecek kadar aşırı sinirli veya kızgın oldunuz mu?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
		Toplam/kısmi ham puan:					
		Eşit Dağıtılmış Toplam Ham Puan (eğer 1-2 madde yanıtlanmamışsa):					

		Ortalama Toplam puan:	

Klinisyenler İçin Yönergeler

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ulusal Stresli Olaylar Anketi Kısa Formu (NSESSS) aşırı derecede stresli bir olay yada deneyimin ardından 11-17 yaş arası çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu şiddetini değerlendiren 9 maddeli bir ölçektir. Ölçek travma sonrası stres bozukluğu bozukluğu tanısı alınması üzerine (veya klinik olarak anlamlı travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varlığında) ve sonrasında da klinisyen ile yapılan takip görüşmeleri öncesinde çocuk tarafından doldurulmak üzere dizayn edilmiştir. Her madde ile çocuktan **son 7 gün içerisinde** olan travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin şiddetini derecelendirmesi istenmektedir.

Puanlama ve Yorumlama

Ölçekteki her madde 5 puanlı bir skalada değrlendirilir (0=Hiç; 1=Biraz; 2=Kısmen; 3=Oldukça fazla, ve 4=Aşırı). Toplam puan 0 ila 36 puan arasında değişmektedir. Daha yüksek puan travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Klinisyenden klinik görüşme boyunca ölçekteki her maddenin puanını gözden geçirmesi ve her maddenin ham puanını "Klinisyen Kullanımı" için sağlanan bölümde belirtmesi istenir. 9 maddenin ham puanları toplam bir ham puan elde etmek için toplanmalıdır. Ek olarak klinisyenden **ortalama toplam puanı** hesaplaması ve kullanması istenir. **Ortalama toplam puan** genel puanı 5-puanlık bir ölçeğe dönüştürür ve klinisyenin bireyin sosyal anksiyete bozukluğu şiddetini yok(0), hafif(1), orta(2), ciddi(3) ve aşırı(4) olarak değerlendirmesini sağlar. DSM-5 alan çalışmalarında ortalama toplam puan güvenilir, kullanımı kolay ve klinisyenler için yararlı bulunmuştur. **Ortalama toplam puan** toplam ham puanın ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır (örn. 9)

Not: Eğer 3 veya daha fazla madde cevaplanmadan bırakılmış ise ölçekteki toplam puan hesaplanmamalıdır. Bu nedenle çocuklar ölçekteki bütün maddeleri tamamlaması için teşvik edilmelidir. Eğer 1 veya 2 madde cevapsız bırakılmış ise sizden eşit dağıtılmış bir puan hesaplamanız istenir. Eşit dağıtılmış puan ölçekteki tüm cevaplanmış maddelerin puanlarının kısmi bir ham puan elde etmek için toplanması ile hesaplanır. Daha sonra kısmi ham puan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Şiddet Ölçeğindeki toplam madde sayısı (örn. 9) ile çarpılır ve elde edilen değer

cevaplanmışmadde sayısına bölünür (örn. 8 veya 9). Kısmi ham puanı toplam ham puana eşit olarak dağıtmak için formül aşağıdaki gibidir:

$$\frac{\text{(Ham toplam x 9)}}{\text{Cevaplanmış madde sayısı}}$$

Eğer sonuç küsurlu ise en yakın tam sayıya yuvarlanır.

Kullanım sıklığı

Çocuğun travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin şiddetinde zaman içerisinde meydana gelen değişimleri izlemek için ölçek belirtilerin kararlılığına ve tedavi durumuna bağlı olarak, klinik açıdan gerekli görülen düzenli aralıklar ile doldurtulabilir. Belirli bir alandaki süreğen yüksek puanlar, çocuk için daha ileri değerlendirme, tedavi ve izlem gerektirebilecek kadar önemli ve sorunlu alanları gösterebilir. Klinik yargınız kararlarınızda yol gösterici olmalıdır.

EK 5

Disosiyatif Belirtiler Şiddeti – 11-17 Yaş Arası Çocuk
Kısa Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği - Modifiye edilmiş

Çocuğun ismi: ..... Yaş: ..... Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın

Tarih: .....

Açıklamalar:

Aşağıdaki her durum için, geçtiğimiz YEDİ (7) gün içinde bu durumların sizin başınıza ne kadar sıklıkla geldiğini gösterecek şekilde her soruyu en iyi yanıtlayan kutuyu işaretleyiniz. (✓ veya x)

	Hiç	**Bir ya da İki Kez**	**Neredeyse Her Gün**	**Günde Bir Kez**	**Günde Bir Kereden Fazla**	**Klinisyen İçin Madde Puanı**
1	Kendimi boşluğa bakarken ve hiçbir şey düşünmezken bulurum	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2	İnsanlar, nesneler veya etrafımdaki dünya bana tuhaf veya gerçek dışı görünür	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3	Yaptığımı hatırlamadığım şeyleri aslında yapmış olduğumu fark ederim	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

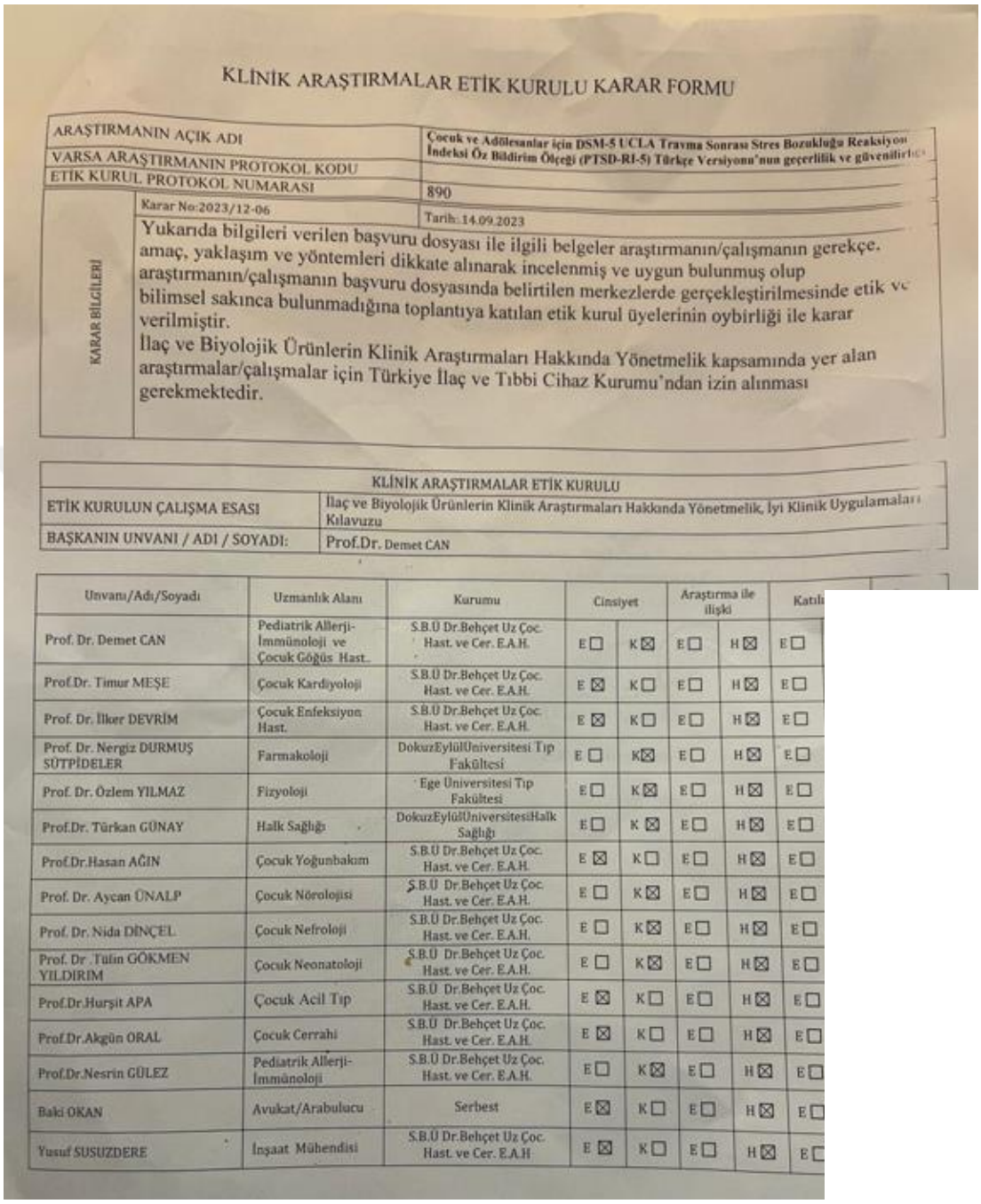
	Hiç	Bir ya da İki Kez	Neredeyse Her Gün	Günde Bir Kez	Günde Bir Kereden Fazla	Klinisyen İçin Madde Puanı
4	Yalnızken, kendi kendime sesli konuşurum	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5	İnsanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünecek şekilde dünyaya bir sis perdesinin arkasından baktığımı hissederim	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6	Acıyı göz ardı edebilirim	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7	Neredeyse sanki iki farklı insanmışım gibi bir durumdan diğerine çok farklı davranırım	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8	Benim için genellikle zor olabilecek şeyleri çok kolaylıkla yapabilirim	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Toplam ve parsiyel ham puan:

Eşit dağıtılmış ham puan (eğer 1-2 madde cevapsız bırakılmışsa):

Ortalama toplam puan:

EK 6



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk ve Adölesanlar için DSM-5 UCLA Travma Sonrası Stres Bozukluğu Reaksiyon İndeksi Öz Bildirim Ölçeği (PTSD-RI-5) Türkçe Versiyonu'nun geçerlilik ve güvenilirliği
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	890
KARAR BİLGİLERİ — Karar No:2023/12-06	Tarih: 14.09.2023

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe. amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Demet CAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılı
Prof. Dr. Demet CAN	Pediatrik Allerji-İmmünoloji ve Çocuk Göğüs Hast.	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐
Prof.Dr. Timur MEŞE	Çocuk Kardiyoloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐
Prof. Dr. İlker DEVRİM	Çocuk Enfeksiyon Hast.	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐
Prof. Dr. Nergiz DURMUŞ SÜTPİDELER	Farmakoloji	DokuzEylülÜniversitesi Tıp Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐
Prof. Dr. Özlem YILMAZ	Fizyoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐
Prof.Dr. Türkan GÜNAY	Halk Sağlığı	DokuzEylülÜniversitesiHalk Sağlığı	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐
Prof.Dr.Hasan AĞIN	Çocuk Yoğunbakım	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐
Prof. Dr. Aycan ÜNALP	Çocuk Nörolojisi	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐
Prof. Dr. Nida DİNÇEL	Çocuk Nefroloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐
Prof. Dr .Tülin GÖKMEN YILDIRIM	Çocuk Neonatoloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐
Prof.Dr.Hurşit APA	Çocuk Acil Tıp	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐
Prof.Dr.Akgün ORAL	Çocuk Cerrahi	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐
Prof.Dr.Nesrin GÜLEZ	Pediatrik Allerji-İmmünoloji	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H.	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐
Baki OKAN	Avukat/Arabulucu	Serbest	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐
Yusuf SUSUZDERE	İnşaat Mühendisi	S.B.Ü Dr.Behçet Uz Çoc. Hast. ve Cer. E.A.H	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐