

Ergenlerde Arkadaş Ölümü Sonrası Travma Belirtileri ve İlişkili Etmenler

Traumatic Symptoms and Related Factors in Adolescents after a Friend's Death

Ayşe Burcu Ayaz¹, Sebla Gökçe İmren², Muhammed Ayaz¹

¹Uz.Dr., Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği, Adapazarı, ²Uz.Dr., Erenköy Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda, sınıfta elektrik çarpması nedeniyle hayatını kaybeden bir öğrencinin arkadaşlarında görülen travma belirtilerinin ve ilişkili etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ergenlerin değerlendirilmesinde Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocuk ve Gençlerde Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Olumsuz Yaşam Olayları Listesi kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya 15-19 yaş arası (ort. 16.92) 219 ergen katıldı. 219 ergenin %32.7'sinin hafif, %18.8'inin orta, %7.9'unun ağır ve %3'ünün çok ağır travma sonrası stres bozukluğu belirtisi gösterdiği, %10.9'unun olası travma sonrası stress bozukluğu ve %9.3'ünün olası depresyon tanısı aldığı saptandı. Çocuk ve Gençlerde Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği'ne göre aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşantılama belirtilerinin sıklık ve şiddetinin yüksek olduğu gözlemlendi. Ergenlerin 2.49 ± 2.74 (min-max: 0-17) olumsuz yaşam olayı yaşadığı, Olumsuz Yaşam Olayları Listesi ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği toplam puanının travma belirtilerinin şiddetini yordadığı belirlendi. **Sonuç:** Kazalar, ergenler üzerinde travmatik etkiye sahiptir. Çalışmamızda, kaza sonrası ortaya çıkan travma belirtilerinin ergenlerin yaşadığı olumsuz olaylarla ve depresif belirti şiddetiyle ilişkili olduğu saptandı. Travmaya uğrayan ergenlerde yaşam olayları üzerine odaklanılması ve depresif belirtiler değerlendirilmesi travma belirtilerinin gelişimini önlemede katkı sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: Kazalar, ergen, stres bozuklukları, post-travmatik, depresyon.

(*Klinik Psikiyatri 2012; 15: 199-207*)

SUMMARY

Objectives: In our study, it was aimed to evaluate the traumatic symptoms and related factors that are seen in the friends of a student who lost his life by an electric shock accident in the class. **Method:** A detailed form for sociodemographic characteristics, Child Posttraumatic Stress Reaction Index, Childhood Depression Inventory, and Adverse Life Events List were used for assessment of adolescents. **Results:** 219 adolescents between 15-19 years (mean 16.92 ± 0.74) were participated in our study. Of the 219 adolescents we found that 32.7% had mild, 18.8% had moderate, 7.9% had severe, and 3% had very severe symptoms of post traumatic stress disorder, and that 10.9% had probable post traumatic stress disorder, and 9.3% had probable depression diagnoses. The frequency and severity of re-experiencing and hyperarousal symptoms were considerably high on Child Post-traumatic Stress Reaction Index. Adolescents had 2.49 ± 2.74 (min-max: 0-17) adverse life events and the severity of traumatic symptoms were predicted by Adverse Life Events List and Childhood Depression Inventory total scores. **Conclusion:** Accidents have traumatic effects on adolescents. In our study, it's determined that traumatic symptoms which were seen after the accident were related to the adverse events experienced by adolescents, and the severity of depressive symptoms of the adolescents. Focusing on adverse life events and assessment of depressive symptoms in traumatized young people can prevent the development of traumatic symptoms.

Key Words: Accidents, adolescent, stress disorders, post-traumatic, depression.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü kazaları; önceden planlanmamış ve beklenmeyen, ancak yaralanma ya da ölüm ile sonuçlanabilecek olaylar olarak tanımlanmaktadır (Backett 1965). Dünyada her yıl 2.5 milyon kişinin kaza sonucunda ortaya çıkan yaralanmalar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (Bertan ve ark. 1995). Kazalar, Türkiye'de ve dünyada ergenlik döneminde meydana gelen en sık ölüm nedenidir (Bertan ve ark. 1995, Özcebe ve ark. 2001). Türkiye'de ergen ölümlerinin incelendiği otopsiye dayalı bir çalışmada, 15-17 yaş arası ölümlerin %93.05'ini hastalık dışı nedenler oluşturmaktadır (Asırdizer ve ark. 1994). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan benzer bir çalışmada 11-18 yaşlarında travmatik ölüm oranı %80'ler civarında bulunmuştur (Vane ve ark. 1990).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, okul çağı çocuklarında geçirilen kazaların çoğunlukla dikkatsizlik nedeniyle gerçekleştiği ve sınıfta meydana geldiği gösterilmiştir (Eraslan 2007). Okul çağı çocuklarının ve ergenlerin zamanlarının büyük bölümünü sınıf ortamında geçirmeleri ve bu gelişim döneminde meraklı ve dürtüsel olmaları nedeniyle kazaların büyük kısmının okullarda yaşanması beklenen bir özelliktir. Bu kazalara ve kazalar nedeniyle gerçekleşen ölümlere tanık olan ergenlerdeki ruhsal belirtileri inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalarda incelemeler sıklıkla kazanın istatistiksel ve niceliksel özellikleri üzerine odaklanmaktadır (Asırdizer ve ark. 1994, Eraslan 2007). Yazında çocuklarda ve ergenlerde tanık olunan kaza sonrası çevresindeki bireylerde gelişen ruhsal belirtilere yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Kazaların meydana geldiği ortamda travmatik etki yaratabileceği ve olay sonrasında olaya ya da olayın etkilerine tanık olan ve aynı çevrede yaşamaya devam eden kişilerin travmatik belirtiler geliştirebileceğinden yola çıkılarak çalışmamız planlanmıştır. Bu nedenle çalışmamızda bir öğrencinin sınıfta arkadaşlarının yanında kaza sonucu elektrik çarpması nedeniyle hayatını kaybetmesi sonrasında aynı okulda okuyan akranlarında ortaya çıkan travma belirtilerinin ve ilişkili etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Gereçler

Sosyodemografik Bilgi Formu: Çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edildi. Bu formda gencin yaşı, hayatını kaybeden gence olan duygusal yakınlığı, olaya tanık olma durumları, anne-babanın yaş ve eğitim durumları, ailenin ekonomik düzeyi, evde yaşayan kişi sayısı, gencin ve aile bireylerinin psikiyatrik başvuru öyküsü sorgulandı.

Çocuk ve Ergenler için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ): TSSB belirtilerinin şiddetini araştırmak için Pynoos ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiştir. ÇTSS-TÖ çeşitli travmatik yaşantılar sonrasında çocuk ve ergenlerde ortaya çıkan stres tepkilerini değerlendirmek için geliştirilmiş 20 maddelik likert tipi yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçeğin toplam puanı 7. ve 12. maddeler tersine puanlanacak şekilde tüm maddelerin puanları toplanarak elde edilmektedir. Toplam puanın 12-24 arasında olması hafif, 25-39 arası orta düzeyde, 40-59 arası ağır ve 60 puanın üstü çok ağır TSSB belirtilerine işaret etmektedir. 40 ve üzerindeki puanların klinik TSSB tanısı ile korele olduğu gösterilmiştir (Pynoos ve ark. 1993). Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Erden ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda bu ölçek ergenlerde kaza sonrası ortaya çıkan travma belirtilerini taramak amacıyla kullanıldı.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Bu çalışmada ergenlerin depresyon düzeyleri Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ile değerlendirildi (Kovacs 1981). ÇDÖ, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Örneğin; 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim. 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim. 3. Kendimi her zaman üzgün hissederim. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Kesim puanı 19 olarak önerilir (Kovacs 1985, Öy 1991). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması

Öy (1991) tarafından yapılmış ve patoloji kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır.

Olumsuz Yaşam Olayları Listesi (OYOL): Gencin içinde bulunduğu aile sisteminin, arkadaş ilişkilerinin, okul yaşantısının ve geçmiş yaşam olaylarının travma ile ilişkili olduğu düşünülmesi nedeniyle çalışmamızda daha önce bir uzmanlık tez çalışmasında kullanılmak üzere geliştirilen Olumsuz Yaşam Olayları Listesi uygulanmıştır (Akn 2010). Listenin geliştirilmesinde De Wilde ve ark.'nın (1992) çocuk ve ergenlerde intihar davranışına özgü bazı olumsuz yaşam olayları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmadan yararlanılmıştır. Listede gencin kendisine, okul ve arkadaş çevresine ve ailesine ait 29 tane olumsuz yaşam olayı yer almaktadır. Listeyi dolduran ergenden her olumsuz yaşam olayını varsa "evet", yoksa "hayır" şeklinde yanıtlaması istenmiştir. Çalışmada "evet" olarak yanıtlanan olumsuz yaşam olaylarının toplam sayısı verilmiştir. Aile içi sorun yaşayan ergenlerin belirlenmesinde OYOL içerisindeki; ailenin taşınması, ailede ruhsal/duygusal sorun öyküsü, ailede ciddi hastalık/yaralanmanın olması, ailede alkol/madde sorunu öyküsü, ailede suçlu davranış öyküsü, aileden birinin tutuklanması, aileden birinin ateşli silah, kesici alet vb. taşınması, kız/erkek kardeşin evi terk etmesi, ebeveynlerin eskisinden daha fazla tartışması, ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması, ebeveynlerin tekrar birleşmesi, anne ya da baba ölümü, aile yakınlarından birinin ölümü, üvey anne ya da babanın olması, anne ya da babanın iş kaybı, ailede maddi zorluk yaşanması maddelerinden herhangi birinin bulunması ölçüt olarak alınmıştır.

Yöntem

Kesitsel yöntemle yapılan çalışmanın evrenini Sakarya ili Adapazarı Merkez ilçesinde eğitim veren bir endüstri meslek lisesinin 11. sınıf öğrencileri oluşturdu. Akut TSSB belirtilerinin değerlendirilmesi amacıyla olaydan 3 ay sonra 11. sınıfa giden öğrencilerin tümüne (n=290) çalışma ile ilgili bilgi verilerek, onam belgesi kendisi ve ailesi tarafından imzalanan 219 (4 kız, 215 erkek) lise öğrencisi çalışmaya alındı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen öğrencilerin çalışmayı kabul etmeme nedenleri sorgulanmadı. Çalışmaya alınan öğrencilere okullarında gruplar halinde sınıf dışı

ortamlarda formlar verilerek eksiksiz doldurmaları istendi. Bu çalışma için Sakarya İl Milli Eğitim Müdürlüğü ile işbirliği yapıldı.

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizinde Windows için SPSS 15.0 paket programı kullanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak "p" değerinin 0.05'in altında olması kabul edildi. Tanımlayıcı istatistik olarak grup ortalamaları ve grup içi yüzde oranları kullanıldı. Gruplar arası sayısal değişkenlerin ortalaması Student-t testi kullanılarak değerlendirildi. ÇTSS-ÇÖ ölçeğine ait bazı değerlendirmeler Pearson Korelasyon Analizi yöntemi ile yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya 15-19 yaş arası (ort. 16.92 ± 0.74) 219 ergen katıldı. Çalışmaya katılan ergenlerin anneleri 42.39 ± 4.29 (min-max:31-55) ve babaları 46.78 ± 5.04 (min-max: 34-63) yaşında idi. Ergenlerin evlerinde ortalama 4.68 ± 1.20 (min-max: 2-10) kişi yaşamaktaydı. Gençlerin yaşadığı travmatik olaylar incelendiğinde; on üç gencin (%5.9) anne babasının ayrı ya da boşanmış olduğu, 7 gencin (%3.2) anne ya da babasını kaybettiği ve 7 gencin (%3.2) üvey anne ya da baba ile birlikte yaşadığı öğrenildi. Bir gencin (%0.5) daha önce suç/şiddet ya da tecavüz mağduru olduğu, 7 gencin (%3.2) ailesinde ruhsal/duygusal sorun öyküsü bulunduğu, 13 gencin (%5.9) ailesinde ciddi hastalık/yaralanmanın olduğu, hiçbir gencin ailesinde alkol/madde bağımlılığı olmadığı, 6 gencin (2.7) ailesinden en az bir kişinin tutuklandığı saptandı. Ergenlerin demografik verileri, hayatını kaybeden gence olan yakınlıkları, olaya tanık olma durumları, kendilerinin olay öncesine ait psikiyatri başvuru öyküsü ve aile bireylerinin psikiyatri başvuru öyküsü Tablo 1'de gösterilmiştir.

Ergenlerin %6.8'i (n=15) olay öncesinde psikiyatri başvurusu yapmıştı. Bu ergenlerde görülen birincil tanılarının Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (n=7), Yıkıcı Davranış Bozukluğu (n=3), Anksiyete Bozukluğu (n=3), Majör Depresyon (n=1) ve Hafif Düzey Zeka Geriliği (n=1) olduğu öğrenildi. 14 gencin olay sonrası psikiyatri takibinin bulunmadığı, daha önce Anksiyete Bozukluğu nedeniyle tedavi alan bir gencin olay sonrasında

Tablo 1. Ergenlerin sosyodemografik verileri ve psikiyatri başvuru öyküsü

	%	(n)
Hayatını kaybeden gence yakınlığı		
Tanımiyorum	%61.6	(135)
Çok az tanıyorum	%21.0	(46)
Yakından tanıyorum	%12.8	(28)
En yakın arkadaşlarımdan biri	%4.6	(10)
Kazaya tanık olma	%2.7	(6)
Annenin eğitimi		
Okur-yazar değil	%3.2	(7)
İlkokul	%76.1	(166)
Ortaokul	%13.3	(29)
Lise	%6.4	(14)
Üniversite	%0.9	(2)
Babanın eğitimi		
Okur-yazar değil	%1.4	(3)
İlkokul	%50.2	(110)
Ortaokul	%21.0	(46)
Lise	%23.3	(51)
Üniversite	%4.1	(9)
Gelir durumu		
0-500	%11.9	(26)
500-1000	%40.6	(89)
1000-1500	%28.8	(63)
1500-2000	%12.8	(28)
2000-üstü	%5.9	(13)
Ailede psikiyatri başvurusu	%3.2	(7)
Ergende olay öncesinde psikiyatri başvurusu	%6.8	(15)

kaygı belirtilerinin artması nedeniyle tekrar psikiyatri başvurusu yaptığı belirlendi.

Ergenlerin ÇTSS-ÇÖ puan ortalamaları 21.23 ± 14.98 (min-max:0-72) olarak saptandı. Bu ölçüğe göre 66 ergen (%32.7) hafif, 38 ergen (%18.8) orta, 16 ergen (%7.9) ağır ve 6 ergen (%3) çok ağır TSSB belirtisi gösterirken, 76 ergen (%37.6) belirtisiz olarak saptandı. ÇTSS-ÇÖ'de 40

puan ve üstü alan ergenler, tüm örneklemin %10.9'unu (n=22) oluşturdu. En sık bildirilen belirtilerin konsantrasyon güçlüğü, uyku bozukluğu ve travma ile ilgili korkular olduğu gözlemlendi. Deneklerin belirti dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Ergenlerin ÇDÖ puan ortalamalarının 9.54 ± 6.82 (min-max:0-32) olduğu ve 19 gencin (%9.3) ÇDÖ'de 19 ve üzeri puan aldığı belirlendi.

Çalışmaya katılan ergenler daha önce ortalama 2.49 ± 2.74 (min-max: 0-17) olumsuz yaşam olayı yaşamıştı. En sık maruz kalınan olumsuz olayları ve ergenlerde görülme sıklığı Tablo 3'te sıralanmıştır.

Olumsuz yaşam olayları listesinden aile içi sorun yaşama durumuna göre ergenlerin ÇTSS-ÇÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde ailede sorun yaşayan ergenlerin (25.66 ± 16.20) yaşamayanlara kıyasla (18.44 ± 13.48) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları belirlendi ($p=0.023$, $t=-3.540$). Ailede sorun yaşayan ergenlerin ÇDÖ puan ortalamaları (10.27 ± 5.60) yaşamayanlara kıyasla (9.09 ± 7.48) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p=0.032$, $t=-1.205$).

Ergenlerde ÇTSS-ÇÖ toplam puanının, OYOL toplam puanı ($r=0.329$, $p=0.000$) ve ÇDÖ toplam puanı ($r=0.328$, $p=0.000$) ile anlamlı düzeyde korelasyon gösterdiği belirlendi. ÇTSS-ÇÖ toplam puanının yaş ($r=0.044$, $p=0.520$), hayatını kaybeden gence yakınlık düzeyi ($r=0.127$, $p=0.060$), annenin eğitim düzeyi ($r=0.043$, $p=0.524$), babanın eğitim düzeyi ($r=-0.013$, $p=0.849$), ailenin gelir düzeyi ($r=-0.083$, $p=0.222$) ve ailede yaşayan kişi sayısı ($r=-0.021$, $p=0.760$) ile ilişkili olmadığı saptandı. Olay öncesinde psikiyatri başvurusu olan ergenlerin ÇTSS-ÇÖ toplam puan ortalaması (30.53 ± 17.89) olay öncesinde psikiyatri başvurusu olmayanlara (20.54 ± 14.56) oranla anlamlı düzeyde daha yüksekti ($t=2.524$, $p=0.012$). Ailesinde psikiyatri başvurusu olan ergenlerin ÇTSS-ÇÖ toplam puan ortalamalarının (38.71 ± 13.19) ailesinde psikiyatri başvurusu olmayanlara (20.65 ± 14.71) oranla daha yüksek olduğu belirlendi ($t=3.206$, $p=0.002$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda elektrik çarpması sonucu bir gencin

Tablo 2. Çocuk ve ergenler için travma sonrası stres bozukluğu ölçeği kriterleri

ÇTSS-ÇÖ maddesi	Yok	Çok az/Biraz	Sıkça/Her zaman
Travmatik yaşantının varlığı (A1)	%35.6	%39.7	%24.7
Korkular (A2)	%33.8	%39.3	%26.9
Yineleyen görüntüler (B1)	%54.3	%29.7	%16.0
Yineleyen düşünceler (B1)	%53.0	%29.7	%17.3
Kabuslar (B2)	%58.9	%29.6	%11.4
Olayın yineleyeceği korkusu (B3)	%53.0	%25.6	%21.4
Anhedoni (C4)	%38.8	%37.0	%24.2
Yabancılaşma duyguları	%47.9	%30.1	%21.9
Duygusal kaçınma	%59.4	%29.7	%11.0
Duygulanımda kısıtlılık	%58.0	%30.1	%11.9
Hipervijilans (D4)	%62.1	%27.8	%10.1
Uyku bozukluğu (D1)	%37.0	%30.6	%32.4
Suçluluk	%59.8	%20.1	%20.0
Hafıza güçlükleri (D3)	%65.8	%24.6	%9.6
Konsantrasyon güçlüğü (D3)	%25.6	%25.6	%48.9
Sosyal çekilme (C2)	%55.7	%20.1	%24.2
Hatırlatıcılardan rahatsız olma (B4)	%47.9	%36.0	%16.0
Geleceği kalmadığı duygusu	%71.7	%16.4	%11.9
Fizyolojik tepkiler (B5)	%75.3	%15.5	%9.2
Öfke patlaması (D2)	%68.0	%18.7	%13.3

A-D: Maddeler DSM-IV kriterleridir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Amerikan Psikiyatri Birliği 1995).

hayatını kaybetmesi sonrasında aynı okula devam eden ergenlerde travma belirtilerinin şiddetini ve ilişkili etmenleri değerlendirdik.

Travmatik belirtiler, birisinin kaza geçirdiği haline ya da yaralanmasına tanık olduğunda, ceset ya da ceset parçası görüldüğünde veya bunlar bir başkası tarafından görülüp anlatıldığında, yakın arkadaşının ölümü ya da kazaya uğradığı öğrenildiğinde ortaya çıkabilir (Özgen 1999). Yapılan bir çalışmada 16 yaşına kadar ergenlerin %68.2'sinin travmaya maruz kaldığı ve %13.4'ünün travmatik belirtiler gösterdiği saptanmıştır (Curle ve Williams 1996). Travmatik olaylar sonrasında en sık duygudurum bozukluklarının ve TSSB'nin geliştiği bildirilmektedir (Breslau ve David 2003). Doğal afetler sonrası yapılan çalışmalarda, çocuk

ve ergenlerde TSSB ve MDB'nin sıklıkla görülen ruhsal hastalıklar olduğu saptanmıştır (Ak ve ark. 2011, Karakaya ve ark. 2004, Yörbik ve ark. 2002). Şiddet içeren olaylar sonrası çevredeki bireylerin olaydan etkilenme sıklığını araştıran çalışmalarda ise TSSB ve MDB gelişme sıklığı farklılık göstermektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada üniversiteli bir gencin iki arkadaşını öldürmesinden sonra okuldaki ergenlerin %48.6'sında olası MDB geliştiği saptanmıştır (Gündoğar ve ark. 2008). ABD'de ve Finlandiya'da yapılan benzer çalışmalarda ise okulda arkadaşlarının vurularak öldürülmesinden 1 ay sonra ergenlerin %38'inde ve 4 ay sonra %19.2'sinde TSSB ortaya çıktığı saptanmıştır (Pynoos ve ark. 1987, Soumalainen 2011). Yaptığımız çalışmada, TSSB ve MDB sıklığı daha önceki çalışmalardan düşük bulunmuştur. Bu çalış-

Tablo 3. En sık maruz kalınan olumsuz yaşam olayları ve görülme sıklığı

Olumsuz yaşam olayları	%	(n)
Okul değişikliği	%34.2	(74)
Okul devamsızlığı	%26	(56)
Okul başarısızlığı/sınıf tekrarı	%20.5	(44)
Yakın bir arkadaşının ölümü	%19.6	(42)
Ailede maddi zorluk yaşanması	%16.9	(37)
Kız/erkek arkadaşıyla tartışma	%14.6	(31)
Aile yakınlarından birinin ölümü	%14.6	(31)
Ailenin taşınması	%12.8	(28)
Kız/erkek arkadaşından ayrılma	%11.9	(26)
Ciddi hastalık ya da yaralanma geçirme	%8.2	(18)
Suça/kazaya tanık olma	%8.2	(18)
Anne ya da babanın iş kaybı	%7.3	(17)
Ciddi bir kaza geçirme	%6.8	(15)
Polis müdahalesi gerektiren suça karışma	%6.4	(14)

malarda kullanılan ölçeklerin farklı olması, olaylara doğrudan maruz kalan kişi sayısının çalışmamızdakinden fazla olması, çalışmamızda TSSB ve MDB sıklığının diğer çalışmalardan düşük bulunmasını açıklayabilir. Travmatik olay, insan tarafından yapılmış ise TSSB'nin gelişme riskinin, şiddetinin ve süresinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Özgen ve Aydın 1999). Ek olarak, doğal afetler gibi çok sayıda insanın etkilendiği ve medyada daha sık yer alan olaylarda TSSB'nin sık görülmesi beklenen bir bulgudur. Kazalar, insanlar tarafından doğrudan oluşturulmaması nedeniyle doğal afetlerle benzerlik göstermektedir. Buna rağmen, doğal afetlerden farklı biçimde kazaların daha az sayıda kişiyi etkilemesi ve önlem alınabilir olması kişilerin olaydan daha az etkilenmelerine neden olabilir ve çalışmamızda görülen oranların düşük olmasını açıklayabilir. Ayrıca çalışmamızda form verilen ergenlerden %24'ü çalışmamıza katılmayı reddetmiştir. Bu ergenler olaydan etkilenmeleri ve kaçınma davranışı sergilemeleri nedeniyle çalışmaya katılmayı reddetmiş olabilirler.

Bu durum göz önüne alındığında çalışmamızda TSSB belirtilerinin şiddetinin diğer çalışmalardan düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmaya alınan ergenlerin TSSB belirtilerinden en sık travma ile ilgili korkular ve artmış uyarılmışlık alanlarında sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Yazın gözden geçirildiğinde travma sonrası artmış uyarılmışlık belirtilerinin (uyku bozukluğu, konsantrasyonda azalma, iritabilite, irkilme) daha yaygın görüldüğü dikkati çekmektedir (Karakaya ve ark. 2004). 2 yıllık bir izlem çalışmasında travmatik olay sonrası 1. ayda en sık artmış uyarılmışlık belirtileri görülmekteyken, 6. aydan itibaren artmış uyarılmışlık belirtilerine travmatik olayın tekrar yaşantılanmasının eşlik ettiği bildirilmektedir (Southwick ve ark. 1995). Bu nedenle, kaza sonrası yapılacak takip çalışmalarında da TSSB belirtilerinin zaman içerisindeki değişimleri takip edilmelidir.

Travmaya maruz kalmış kişilerde TSSB belirtilerinin gelişmesi ve kronikleşmesinde çeşitli etkenler sorumlu tutulmaktadır. Bireysel faktörler arasında yaş, cinsiyet, geçirilmiş psikiyatrik bozukluk, genetik yatkınlık ve sosyal destek yer almaktadır. Bu etmenler, travma karşısında belirtilerin gelişmesinde rol oynamakla birlikte, daha çok travma şiddetinin hafif olduğu durumlarda önem kazanmaktadır (Özgen ve Aydın 1999). Çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde yaş arttıkça TSSB riskinin arttığı buna rağmen ergenlerin orta yaşlılara kıyasla travmadan daha fazla etkilendikleri bildirilmektedir (Suomalainen ve ark. 2011, Solomon 1988). Bu bulgular ergenlerin travmadan en fazla etkilenen yaş grubu olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamıza katılan ergenlerin yaş aralığının 15-19 olması nedeniyle çalışmamızda yaş etmeni de değerlendirmeye alındı ve travma belirtileri ile yaş etmeni arasında bir ilişki olmadığı belirlendi. Bu durum yaş aralığının dar olmasıyla ilişkili olabileceği gibi travmanın şiddetinin hafif olması ile ilgili olabilir. Cinsiyetin TSSB'ye etkisi üzerine olan görüşler, gelişimsel dönemden bağımsız olarak kız cinsiyetin TSSB'nin gelişimine yatkınlık sağladığı yönündedir (Karakaya ve ark. 2004, Suomalainen ve ark. 2011). Çalışmamıza katılan kız öğrenci sayısının çok düşük olması nedeniyle travma belirtilerine cinsiyetin etkisi incelenemedi.

MDB ve anksiyete bozukluğu başta olmak üzere

kendisi ya da ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin TSSB'ye daha yatkın oldukları, anksiyete ya da depresyon geçirmiş olan bireylerin de travmadan sonra bu belirtileri yeniden göstermeye eğilimli oldukları ve TSSB tanısı alan bireylerde MDB gelişiminin daha sık görüldüğü ileri sürülmektedir (Cohen ve ark. 1998, Chowdhury ve Pancha 2011, Solomon 1988). Bu bilgilerden yola çıkılarak ergenlerin aile öyküsü değerlendirildiğinde, ailede psikiyatri başvurusu bulunan ergenlerin ailede psikiyatri başvurusu bulunmayanlara oranla daha yoğun TSSB belirtisi yaşadığı belirlendi. Ayrıca, olay öncesinde psikiyatri başvurusunda bulunan ergenlerin travma belirtisi şiddetlerinin psikiyatri başvurusu olmayan ergenlerden yüksek olduğu, olaydan önce psikiyatri başvurusu bulunan bir ergenin şikayetlerinde artış olması nedeniyle olay sonrasında tekrar psikiyatri başvurusu yaptığı ve çalışmaya katılan ergenlerin depresif belirtiler puanlarının travmadan etkilenme düzeyi ile ilişki olduğu gösterildi. Bu durum yazındaki bilgilerle uyumludur (Chowdhury ve Pancha 2011, Solomon 1988). Elimizdeki bulgularla, ergenlerde görülen depresif belirtilerin TSSB'nin bir parçası mı yoksa kendi başına MDB belirtileri mi olduğu belirlenememiştir. Bu zorluk ÇTSS-ÇÖ ölçeğinden kaynaklanabileceği gibi tanısız değerlendirilmede TSSB ve MDB'nin üst üste binme durumu nedeniyle de ortaya çıkabilir.

Travmatik bir olaydan sonra TSSB belirtilerinin gelişiminde travmaya maruziyet şekli, travmaya uğrayan kişiye yakınlık derecesi, travma şiddeti ve süresi gibi travma ile ilişkili etmenlerin de rol oynadığı gösterilmiştir (Kılıç ve ark. 2008, Thienkrua ve ark. 2006). Ayrıca aile ve akran ilişkilerindeki sorunların ergenlerde TSSB gelişiminde risk oluşturduğu bildirilmektedir (Chowdhury ve Pancha 2011). Çalışmamızda, aile yakınlarından ya da anne-babadan birinin ölümü, anne ya da babanın iş kaybı, ailede ciddi hastalık ya da yaralanma olması, ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması, ailede ruhsal/duygusal sorun öyküsü bulunması ya da ailesinden en az bir kişinin tutuklanması gibi aile içi sorunları bulunan ergenlerin bulunmayanlara kıyasla daha fazla travma ve depresif belirtiler sergiledikleri belirlendi. Bu durum, aile içi sorunların travmaya uğrayan ergenlerde travma belirtileri ve depresif belirtiler açısından risk oluşturacağı

şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızda ergenlerin sosyoekonomik düzeylerini belirlemek amacıyla anne-baba eğitim düzeyleri, ailenin gelir durumu ve evdeki kişi sayısı gibi etmenler incelenmiş fakat travma belirtilerinin bu etmenler ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bu alanda yapılacak çalışmalarda ailenin yaşam koşulları ile ilgili daha ayrıntılı değerlendirmeler kullanılabilir.

Yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel ya da cinsel şiddete uğrama, hayatı tehdit eden hastalık ya da kazalar, şiddete tanıklık etme ya da travmatik kayıp gibi olumsuz olayları yaşayan bireylerin travmatik olaylardan etkilenmeye daha yatkın oldukları bildirilmiştir (Green ve ark. 2000). Çalışmamıza katılan ergenler en sık okul ve arkadaş ilişkileri ile ilgili olumsuz yaşam olayı bildirmelerine rağmen hayati tehlike ya da şiddet davranışı içeren olaylarla karşılaşan ergenler de mevcuttur ve bulgularımız olumsuz olayların sayısının travma belirtileri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yazında olumsuz yaşam olaylarının sayısı ve travma belirtileri arasında ilişkiyi doğrudan araştıran çalışma sayısı azdır (Macdonald ve ark. 2010). Çalışmamızda ergenlerin yaşadıkları olumsuz olayların varlığı yerine sayısının değerlendirmeye alınmış olması yaşanan olumsuz olayların travma üzerinde kümülatif etkisi olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Kısıtlılıklar

Kazanın meydana geldiği okulun meslek lisesi olması ve eğitim alan ergenlerin çoğunluğunu erkek öğrencilerin oluşturması nedeniyle çalışmamıza katılan kız öğrencilerin sayısı düşüktür. Bu nedenle çalışmamızda yazında önemle vurgulanan cinsiyetin TSSB belirtilerine olan etkisi değerlendirilememiştir. Ayrıca, yaş aralığının dar olması, sadece özbildirim formları kullanılması ve olaya tanık olan ergenlerin sayısının düşük olması çalışmanın sonuçlarını sınırlamaktadır. Çalışmamızda form verilen ergenlerin %24'ünün çalışmaya katılmayı reddetmesi üzerinde özellikle düşünülmesi gereken bir noktadır. Katılmayı reddeden ergenlerin sayısının fazla olması kaçınma davranışı olarak açıklanabileceği gibi bu durum form doldurma süresinin uzun olmasından dolayı ergenlerin isteksiz davranmalarından da kaynaklanabilir. Ergenlerin çalışmaya katılmayı reddetme nedenlerinin sorgulanmaması çalışmamızın bir

kısıtlılığdır. Diğer taraftan etik uygulamalarda çalışmaya katılım için gönüllü bilgilendirilmiş onam gerekmektedir ve katılmama gerekçesinin sorgulanması etik ilkelere uygun olmayabilir.

Öneriler

Çalışmamızda kaza nedeniyle hayatını kaybeden bir gencin arkadaşlarında TSSB belirtileri ve risk etmenleri tartışılmıştır. Bu alanda yapılan az sayıdaki çalışmadan biri olması nedeniyle çalışmamızın sonuçları yazına katkı sağlayabilir. Bu çalışmada travma belirtilerinin olumsuz yaşam olayları ve depresif belirtilerle ilişkili bulunması bu alanda yapılan çalışmaların sonuçlarıyla da uyumludur

(Chowdhury ve Pancha 2011, Macdonald ve ark. 2010, Solomon 1988). Travmaya uğrayan ergenlerde yaşam olayları üzerine odaklanılması, bireysel psikoterapilerde başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, olaylarla ilgili olumlu alternatif düşüncelerin ortaya çıkarılması, depresif belirtilerin değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi travma belirtilerinin gelişimini önlemede katkı sağlayabilir.

Yazışma adresi: Dr. Ayşe Burcu Ayaz, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği, Adapazarı, drburcu2000@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Ak M, Bozkurt A, Karlıdere T ve ark. (2011) Çubuk hortumu sonrası çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu: Bir yıllık takip çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 12: 62-67.
- Akın E (2010) 12-18 yaşlardaki ergenlerde intihar girişimleri: kliniğe başvuran bir grupta psikiyatrik tanı, sosyodemografik ve psikososyal özelliklerin değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi.*
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1995) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. 4. baskı (DSM-IV), (Çev. E Köroğlu), Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Asirdizer M, Canturk G, Sari H ve ark. (1994) Puberte, erken adolesan ve geç adolesan dönemi ölümlerinin analizi. 1. Ulusal Adli Tıp Kongresi Tam Metin Kitabı, İstanbul, s.1-12,
- Backett M (1965) *Domestic Accidents; World Health Organization, Public Health papers*, Ceneva, s.26.
- Bertan M, Çakır B, Güler, Ç (1995) *Halk Sağlığı Yönünden Kazalar, Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ankara.
- Breslau N, Davis GC, Schultz LR (2003) Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 60:289-94.
- Chowdhury U, Pancha (2011) A Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Community Pract*, 84:33-35.
- Cohen A, Bernet W, Dunner JE (1998) Practice parameters for the assesment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(Suppl 10): 4-26.
- Curle CE, Williams C (1996) Post-traumatic stress reactions in children: gender differences in the incidence of trauma reactions at two years and examination of factors influencing adjustment. *Br J Clin Psychol*, 35: 297-309.
- De Wilde EJ, Kienhorst IC, Diekstra RF (1992) The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry*, 149: 45-51.
- Eraşlan R (2007) *Bir İlköğretim Okulu İkinci Kademe Öğrencilerinde Okul Kazası Görülme Sıklığının İncelenmesi*. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Erden G, Kılıç EZ, Uslu Rİ ve ark. (1999) Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6:143-149.
- Green BL, Goodman LA, Krupnick JL ve ark. (2000) Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *J Trauma Stress*, 13: 271-286.
- Gündoğar D, Akarsu Ö, Baydar ÇL (2008) Yaşanan Bir Cinayet Olayı Sonrasında Üniversite Öğrencilerinde Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 16:1-10.
- Karakaya I, Ağaoglu B, Coşkun A ve ark. (2004) Marmara depreminden üç buçuk yıl sonra ergenlerde TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri. *Türk Psikiyatri Derg*, 15: 257-263.
- Kılıç EZ, Kılıç C, Yılmaz S (2008) Is anxiety sensitivity a predictor of PTSD in children and adolescents? *J Psychosom Res*, 65:81-86.
- Kovacs M (1981) Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatr*, 46: 305- 315.
- Kovacs M (1985) *The Children's Depression Inventory (CDI)*. *Psychopharmacol Bulletin*, 21:995-998.
- Macdonald A, Kmett Danielson C, Resnick HS ve ark. (2010) PTSD and comorbid disorders in a representative sample of adolescents: The risk associated with multiple exposures to potentially traumatic events. *Child Abuse Negl*, 34:773-783.
- Öy B (1991) Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 2:132-136.
- Özcebe M, Aslan D, Aslan B (2001) Sincan İmam Hatip Lisesi 1. Sınıf Öğrencilerinde Kazaların Görülme Sıklığı. *Çocuk Forum Dergisi*, 4:13-19.
- Özgen F, Aydın H (1999) Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1: 34-41.
- Pynoos RS, Frederick C, Nader K ve ark. (1987) Life threat and

posttraumatic stress in school-age children. Arch Gen Psychiatry, 44:1057-1063.

Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M ve ark. (1993) Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. Br J Psychiatry, 163: 239-247.

Solomon Z (1988) The effect of combat-related posttraumatic stress disorder on the family. Psychiatry Research, 51: 323-329.

Southwick SM, Morgan III CA, Darnell A ve ark. (1995) Trauma-related symptoms in veterans of operation desert storm: A 2-year follow-up. Am J Psychiatry, 152: 1150-1155.

Suomalainen L, Haravuori H, Berg N ve ark. (2011) A con-

rolled follow-up study of adolescents exposed to a school shooting psychological consequences after four months. Eur Psychiatry, 26: 490-497.

Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkraband ML ve ark. (2006) Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. JAMA, 296: 549-559.

Vane D, Shedd FG, Grosfeld JL ve ark. (1990) J Pediatr Surg, 25:955-960.

Yorbik Ö, Dikkatli S, Söhmen T (2002) Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri, 3:35-40.