

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
TRAVMA VE AFET ÇALIŞMALARI UYGULAMALI RUH SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DEPREM YAŞAMIŞ BİREYLERDE EMDR FLASH TEKNİĞİ
UYGULAMASININ TRAVMATİK STRES, DEPRESYON, KAYGI
BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ VE DUYGUSAL İŞLEMLENİNİN
ROLÜ: RANDOMİZE KONTROLLÜ PİLOT ÇALIŞMA

Ayşe BAYKARA

121507006

Doç. Dr. Ersin UYGUN

İSTANBUL

2024

Deprem Yaşanmış Bireylerde EMDR Flash Tekniğı Uygulamasının Travmatik Stres, Depresyon, Kaygı Belirtileri Üzerine Etkisi ve Duygusal İşlemlenin Rolü: Randomize Kontrollü Pilot Çalışma

The Effect of EMDR Flash Technique Application on Traumatic Stress, Depression, Anxiety Symptoms in Individuals with Earthquake Experience and the Role of Emotional Processing: A Randomized Controlled Pilot Study

Ayşe BAYKARA

121507006

Tez Danışmanı: Doç Dr. Ersin Uygun (İmza).....

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Tamer Aker (İmza).....

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Nermin Gündüz (İmza).....

Haliç Üniversitesi

Tezin Onaylandığı Tarih: 24.06.2024

Toplam Sayfa Sayısı: 105

Anahtar Kelimeler

1) Deprem

2) Travma

3) EMDR

4) Flash Teknik

5) Duygusal İşleme

Keywords

1) Earthquake

2) Trauma

3) EMDR

4) Flash Technique

5) Emotional Processing

ÖNSÖZ

Tez öncesi nasıl bir çalışma yürüteceğimize dair yönlendirmeleri olmasa adım atmaktan çok korkacağım bu çalışmada sonuna kadar beni motive eden, desteğini ve anlayışını esirgemeyen, yolumu her kaybettiğimde bilgi ve tecrübelerini yoluma ışık gibi tutan, yorulup bırakmak istediğim her noktada “sen yaparsın Ayşecim” diyen, travma alanında yaptığı çalışmaları ve bu alana katkılarını örnek aldığım sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Ersin Uygun’a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez sürecim boyunca beni destekleyen çalışma arkadaşlarım Ayşe Sena Özen ve Sevgi Tarhan’a, dostluklarını hiçbir zaman esirgemeyen Emine Durukan Uçar, Sevgi Koç ve Ahmet Serdar Üçel’e, sahada çalışırken elini hep omzumda hissettiğim Nejla Özdemir’e ve tez yazım süresince benzer zorlukları yaşadığımızı bilerek birbirimizi motive etme çabamız dolayısıyla sınıf arkadaşım Furkan Geçen’e çok teşekkür ederim.

Hayatımda iyi ki benim annem dediğim, kendisi okutulmadığı için çocuklarının her ne olursa olsun okumasını isteyen ve bunun için çabalayan, tez sürecime dair detayları anlamasa bile her gün neler olup bittiğini soran ve yılmadan desteklemeye çalışan canım annem Akide Baykara’ya, evimizin miniği ve benim en iyi arkadaşım canım kardeşim Leyla Baykara’ya, koşulsuz sevgi ve kabul sunan ikinci ailem olan Ayşe ve Hakan Sezgin ailesine varlıkları için minnettarım.

Son olarak çalışmaya katılarak bu araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan Hataylı depremzedelere gösterdikleri misafirperverlik ve katkılarından ötürü en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR.....	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
GİRİŞ	1
1. DEPREM TRAVMASINDA RUH SAĞLIĞI VE EMDR FLASH TEKNİK	3
1.1. TRAVMA VE AFET.....	3
1.2. TRAVMA VE İLİŞKİLİ RUHSAL BOZUKLUKLAR	5
1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	5
1.2.2. Akut Stres Bozukluğu	6
1.2.3. Travmatik Yas.....	7
1.2.4. Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu	7
1.2.5. Majör Depresyon.....	8
1.2.6. Kaygı Bozukluğu	9
1.3. TRAVMAYA YÖNELİK MÜDAHALELER.....	10
1.3.1. Bilişsel İşleme Terapisi.....	10
1.3.2. Travma (Kontrol) Odaklı Bilişsel Terapi	11
1.3.3. Uzamış Maruz Bırakma Terapisi.....	11
1.3.4. EMDR Terapisi.....	12
1.4. EMDR'NİN GELİŞİMİ.....	13
1.4.1. Adaptif Bilgi İşleme.....	14
1.4.2. Flash Teknik.....	18
1.5. DUYGUSAL İŞLEMLEME.....	23

1.5.1. Duygusal Deneyim.....	24
1.5.2. Duygusal İfade.....	24
1.5.3. İşlemlenmemiş Duygusal Deneyim	25
1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI	25
2. GEREÇ VE YÖNTEM	23
2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	23
2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	23
2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	23
2.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	24
2.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5).....	24
2.3.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 21) Kısa Formu	24
2.3.4. Duygusal İşleme Ölçeği	25
2.4. ARAŞTIRMANIN TASARIMI.....	25
2.5. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ	26
3. BULGULAR.....	27
4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
4.1. TARTIŞMA.....	57
4.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	65
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
KAYNAKÇA.....	66
EKLER.....	76
EK 1 – Bilgilendirilmiş Onam Formu	76
EK 2 – Demografik Bilgi Formu.....	77
EK 3 – Duygusal İşleme Ölçeği (DİÖ)	79
EK 4 – DSM- 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)	84

EK 5 – Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21)..... 86

EK 6 – Etik Kurul Değerlendirme Sonucu 88



KISALTMALAR

%	Yüzde
ASB	Akut Stres Bozukluğu
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DASS-21	Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği
DID	Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FMRI	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
FT	Flash Teknik
ICD	International Classification of Diseases
ISTSS	International Society for Traumatic Stress Studies
KTSSB	Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu
PCL-5	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi
SUD	Subjective Units of Distress Scale
TSSB	Travma Sonrası Stres Belirtileri
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri	28
Tablo 3.2 Tüm Katılımcılar Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi	29
Tablo 3.3 Çalışma Grubu Normallik Varsayımı Analizi	30
Tablo 3.4 Kontrol Grubu Farkların Normallik Varsayımı Analizi	31
Tablo 3.5 Çalışma/Kontrol Grup Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 3.6 Çalışma Grubu (Ön Test-Müdahale sonrası) Puanlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 3.7 Çalışma Grubu (Ön Test -İzlem) Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 3.8 Çalışma Grubu (Müdahale sonrası-İzlem) Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 3.9 Kontrol Grubu (Ön Test- Müdahale sonrası) Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 3.10 Kontrol Grubu (Ön Test-İzlem) Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 3.11 Kontrol Grubu (Müdahale sonrası-İzlem) Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 3.12 Cinsiyete Göre Çalışma ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3.13 Enkazda Kalma Deneyimine Göre Çalışma ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması.....	47
Tablo 3.14 Eğitim Durumuna Göre Çalışma ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması	49
Tablo 3.15 Çalışma Grubu Ön Test Ölçek Puanları Korelasyon Analizi.....	51
Tablo 3.16 Çalışma Grubu Müdahale sonrası Ölçek Puanları Korelasyon Analizi	52
Tablo 3.17 Çalışma Grubu İzlem Ölçek Puanları Korelasyon Analizi	53
Tablo 3.18 Kontrol Grubu Ön Test Ölçek Puanları Korelasyon Analizi.....	54
Tablo 3.19 Kontrol Grubu Müdahale sonrası Ölçek Puanları Korelasyon Analizi	55
Tablo 3.20 Kontrol Grubu İzlem Ölçek Puanları Korelasyon Analizi	56

ÖZET

Doğal afete maruz kalmak veya tanık olmak, kaygı, depresyon ve stres belirtilerine neden olabilen ve insanı derinden etkileyen bir deneyimdir. Travmatik olayın ardından bir uyum tepkisi olarak başlayan bu stres belirtileri zamanla azalmadığında ciddi ruh sağlığı sorunları haline gelebilmektedir. Bunu önlemek ve daha etkin tedavi yöntemleri geliştirmek afet sahası için önemlidir. EMDR, travma ile ilişkili bozukluklarda belirtileri azaltmada etkililiği kanıtlanmış ve bazı tedavi kılavuzlarına girmiş bir terapidir. EMDR Flash Teknik uygulaması da bazı çalışmalarda travma ve travma ile ilişkili belirtilerin tedavisinde etkin olduğu gözlemlenmiş ancak deprem travması yaşamış kişilerde daha fazla araştırmanın yapılması gereken bir müdahaledir. Çalışmaya depremi deneyimlemiş 18 yaş üstü yetişkin 51 katılımcı alınmıştır. Katılımcılar rastgele iki gruba bölünmüştü. Çalışma grubuna Flash Teknik uygulaması yapılmıştır kontrol grubuna bir müdahale yöntemi uygulanmamıştır. Katılımcılara sosyo-demografik veri formu, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ve Duygusal İşleme ölçekleri verilmiştir. Değerlendirmeler müdahaleden önce ve müdahaleden 1 hafta sonra alınmıştır. Ardından 1 ay sonrasında izlem değerlendirme ölçümleri alınmıştır. Araştırma verileri Bağımlı T Testi, Mann Withney U ve Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir. Analizler sonucuna göre uygulama grubunun depresyon, kaygı ve stres düzeyleri kontrol grubundaki kişilere oranla anlamlı ve yüksek düzeyde bir iyileşme görülmüştür. Çalışma grubundaki kişilerin semptomlarında azalma ya da iyileşme görülürken kontrol grubunda semptomlar ya aynı şekilde seyretmiş ya da daha da yoğunlaşmıştır. İzlem değerlendirme ölçüm analizleri sonucuna göre çalışma grubunda iyileşme devam etmiştir. Ayrıca depresyon, kaygı ve stres ile duygusal işleme arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Kişilerin semptomları azaldıkça duygusal işleme yeterlilikleri artmaktadır ya da kişinin semptomları arttıkça duygusal işlemedeki yeterlilikleri azalmaktadır. Çalışmamız Flash Tekniğin depresyon, kaygı, stres belirtileri ve duygusal işleme üzerine etkili olduğunu

göstererek bu alandaki çalışmaların üzerine bir tuğla daha oluşturmuştur. Ayrıca çalışmamız sonucu elde ettiğimiz bu veri ile Flash Tekniğın deprem bölgelerinde travmatize olmuş bireylerde kullanılabilecek bir müdahale aracı olduğu ileri sürülebilir. Bu tekniğın etkinliğini inceleyen daha çok sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Deprem, EMDR, Flash Teknik, Travma, Duygusal İşleme



ABSTRACT

Experiencing or witnessing a natural disaster can deeply affect individuals, leading to symptoms of anxiety, depression, and stress. These stress symptoms, which initially begin as an adaptive response to the traumatic event, can become serious mental health issues if they do not diminish over time. Preventing this and developing more effective treatment methods is crucial for disaster response. EMDR is a therapy that has proven effective in reducing symptoms associated with trauma and has been included in some treatment guidelines. The EMDR Flash Technique has also been shown to be effective in treating trauma and trauma-related symptoms in some studies, but more research is needed on its application for earthquake trauma. In this study, 51 participants aged 18 and older who witnessed an earthquake were included. Participants were randomly divided into two groups. The Flash Technique was applied to the study group, while no intervention was applied to the control group. Participants were given socio-demographic data forms, the Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS-21), the PTSD Checklist (PCL-5), and Emotional Processing scales. Assessments were taken before the intervention and one week after the intervention. Follow-up assessments were conducted one month later. The research data were analyzed using Dependent T-Test, Mann-Whitney U, and Correlation Analysis. According to the results of the analyses, the levels of depression, anxiety, and stress in the study group showed significant and higher levels of improvement compared to the control group. While there was a decrease or improvement in symptoms in the study group, symptoms in the control group either remained the same or intensified. Follow-up assessment analysis showed continued improvement in the study group. Additionally, a significant relationship was observed between depression, anxiety, stress, and emotional processing. As individuals' symptoms decreased, their emotional processing capabilities increased, or as their symptoms increased, their emotional processing capabilities decreased. Our study demonstrates the effectiveness of the Flash Technique on depression, anxiety, stress symptoms, and emotional processing, adding a new contribution to

the field. Moreover, our results suggest that the Flash Technique can be a useful intervention tool for traumatized individuals in earthquake-affected areas. More studies are needed to further investigate the effectiveness of this technique.

Keywords: Earthquake, EMDR, Flash Technique, Trauma, Emotional Processing



GİRİŞ

Depremler, toplumsal ve bireysel düzeyde derin etkiler yaratan doğal felaketlerdir. Bu tür afetler, yalnızca fiziksel yıkımlara yol açmakla kalmaz aynı zamanda bireylerin psikolojik sağlığını da ciddi biçimde etkiler. 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş merkezli deprem, 11 ili etkileyerek Türkiye nüfusunun yaklaşık %16'sının travmatik etkiler yaşamasına neden olmuştur. Bu geniş kapsamlı afet hem yerel hem de ulusal düzeyde büyük yıkımlara ve çeşitli sorunlara yol açmış olup yerel kapasiteyi aşan bir ulusal ve uluslararası yardım ihtiyacı doğurmuştur. Böyle büyük çaplı afetler, bireyler üzerinde travmatik etkiler yaratabilmektedir.

Travmatik olaylara verilen tepkiler genellikle olağandışı durumlara verilen normal tepkiler olarak değerlendirilir ve bu tepkiler ilk başta işlevsel olabilir ancak bu tepkiler belirli bir süreyi aştığında bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Travmatik tepkilerin sağlıklı bir şekilde işlenmesini destekleyen çeşitli yöntemler mevcuttur. Bunlardan biri de EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) terapisi olup bu tekniğin etkinliği birçok araştırma tarafından doğrulanmıştır. EMDR yönteminin alt yapısını Adaptif Bilgi İşleme Sistemi oluşturmaktadır. Bu sisteme göre beyin yeni deneyimlenen anıyla beraber gelen duygu, düşünce, beden duyuları, ses ve koku gibi imgelerle bütünleşik bir halde işlemler. Bu sistem bir sorun olmadan çalıştığında deneyim sistemde işlenir, işlevsel hale getirilir ve aynı zamanda daha geniş ve kapsamlı bellek ağlarıyla uygun şekilde bütünleşmesini sağlar fakat sistem bazı olumsuz yaşantılardan sonra bozulmaya başlar. Adaptif bilgi işleme sisteminin bozulmasıyla deneyimlenen anı bir bütün olarak işlemlenemez ve bu anıya eşlik eden duygu, düşünce, beden duyuları, inançlar gibi imgeler birbirlerinden kopuk ve yalıtılmış bir öğrenme deneyimi olarak depolanır (Solomon & Shapiro, 2008). EMDR'nin temel amacı, bireylerin travmatik anılarını işleyerek bu anıların psikolojik etkilerini hafifletmektir. Özellikle Flash Tekniği bu süreçte önemli bir rol üstlenmektedir. Flash Tekniği, travmatik anıların işlenmesini hızlandırarak

bireylerin travmanın duygusal etkilerini daha etkili bir şekilde çözmelerine yardımcı olabilir.

Flash teknik, kişilerin aşırı derecede rahatsız eden anılarına daha kolay erişebilmelerini sağlar ve anıların rahatsız edici yoğunluğunun azaltmasında hızlı bir etki sağlar (Manfield vd., 2017). Flash Tekniği, EMDR'nin standart protokolüne ek olarak bilateral uyurım sırasında hedef anıyı düşünmeden göz kırpma stratejisi ve olumlu imgelemeyi entegre eder. Bu teknik, rahatlatıcı hayal gücü kullanarak travmatik anının serbest çağrışımını engeller ve kişinin travmatik anıya daha az maruz kalmasını sağlar (Yaşar vd., 2021). Özellikle doğal afetler gibi kriz durumlarında sınırlı zaman ve kaynaklar göz önüne alındığında bu teknik hızlı ve etkili sonuçlar sağlamak açısından büyük önem taşır. Bu bağlamda bu çalışma, EMDR Flash Tekniğinin travmatik stres, depresyon ve kaygı üzerindeki etkilerini ve duygusal işlemlenin rolünü bilimsel bir temele oturtmayı amaçlamaktadır. Araştırmanın bulguları, travma sonrası iyileşme stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunarak afet sonrası destek hizmetlerinin etkinliğini artırmayı hedeflemektedir.

1. DEPREM TRAVMASINDA RUH SAĞLIĞI VE EMDR FLASH TEKNİK

1.1. TRAVMA VE AFET

Afet, toplumun rutin yaşam düzenini altüst eden, can ve mal kayıplarına yol açan, toplumun kendi başına başa çıkma kapasitesini aşan ve dış yardım ihtiyacı doğuran olaylardır. Bu tanıma göre bir olayın afet olarak nitelendirilmesinde en önemli faktör, etkilenen toplumun veya yerleşim biriminin olayın sonuçlarıyla başa çıkamaması ve dış yardım gereksinimi duymasıdır. Bu dış yardım komşu yerleşim birimlerinden, bölge hükümetlerinden veya uluslararası toplumdan gelebilir (Akdur, 2000).

Afetler insan hayatını, refahını, mülkü ve çevreyi doğrudan tehdit etmekte ve normal yaşamı ve insani faaliyetleri kesintiye uğratan acil durumlardır. Afetlerin ardından travmatik olaylar sıkça görülür ve özellikle Marmara depremleri gibi büyük felaketlerin ardından psikolojik sorunlar artar. Bu süreçte travmatik olay öncesindeki ruhsal olumsuzluklar, sosyal destek eksikliği ve kayıplar, hastalığın süregelenmesine neden olabilir (Aker, 2006).

DSM-V'e göre travmatik olaylar, bireyin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden veya bozan olaylardır. Doğal afetler, savaşlar, cinsel veya fiziksel saldırılar, çocukluk döneminde yaşanan istismar, işkence, zorla kaçırılma, trafik kazaları, yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısı gibi etkiler travmatik olaylar olarak kabul edilir. Bu tür olaylar sırasında veya sonrasında bireyler korku, çaresizlik, utanç ve suçluluk gibi tepkiler gösterirlerse bu olaylar ruhsal travmatik olaylar olarak adlandırılır. Travmatik olay; kişinin yaşamına ve vücut bütünlüğüne tehdit, kişinin yakınının veya sevdiği birinin yaşamına ve vücut bütünlüğüne tehdit, kişinin hayata dair inanç sistemlerine tehdit oluşturan ve olayın rahatsız edici ayrıntılarıyla aşırı düzeyde yüzleşme veya yineleyici biçimde maruz kalınan olaylardır. Bu olaylar sonucu kişilerde yeniden yaşantılama, aşırı uyarılma, kaçınma gibi bazı stres tepkileri ortaya çıkmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Travmatik olaylar, yaygınlıklarından ziyade yaşamı ciddi şekilde etkileyen ve bireyin adaptasyon süreçlerini kökten sarsan olaylardır. Sıradan talihsizliklerden ayrılan en önemli özellikleri, hayata veya bireyin fiziksel bütünlüğüne yönelik ciddi tehditler veya şiddet içeren kişisel deneyimlerle doğrudan ilişkilendirilmeleridir. Bu tür olaylar bireyleri son derece stresli ve çaresiz hissettirebilir ve felaketle yüzleşme süreçlerini derinden etkileyebilir (Herman, 2016).

Ruhsal travma ve afetlerin epidemiyolojik özellikleri incelendiğinde ve travmatik olayların yaygınlığı göz önüne alındığında afetlerin zamanla dünya üzerinde daha fazla insanı etkilediği özellikle de bu etkilerin daha yoksul bölgelerde artış gösterdiği görülmektedir. Farklı travmatik olayların çeşitli yoğunluk ve şiddetlerde sorunlara yol açması bu travmalardan kaynaklanan ruhsal sorunların yaygın olarak görülmesine neden olmakta ve bu durumun önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturduğu belirlenmiştir. Özellikle Marmara depremleri gibi büyük ölçekli afetlerin ardından bölgede Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve diğer ruhsal sorunların sıkça görüldüğü tespit edilmiştir (Aker, 2012).

Travmanın şiddeti ve deneyimlenme şekli bireyde çeşitli bozuklukların ortaya çıkmasına yol açabilir. Aynı şekilde mevcut rahatsızlıkların şiddetlenmesine de neden olabilir. 2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan bir araştırmaya göre deprem ve benzeri insani krizlerin ardından insanların %20'si hafif veya orta düzeyde ruhsal bozukluklar yaşamaktadır. Bu ruhsal bozukluklar arasında hafif veya orta derecede Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile depresyon ve anksiyete bozuklukları yer almaktadır. Aynı araştırmaya göre insanların %3-4'ü ise şiddetli ruhsal bozukluklarla karşılaşmaktadır. Bu şiddetli bozukluklar arasında psikoz, ağır depresyon ve anksiyete bozukluklarının ciddi şekilde engelleyici formu bulunmaktadır (World Health Organization, 2012).

Yapılan çalışmalar travmatik olay sonrasında tanıların tek başına ya da komorbid şekilde ortaya çıkabileceğini açıklamaktadır. Daha yüksek oranlar travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu, depresyon ve madde kullanım bozukluğu farklı kombinasyonlarla görülmektedir (Rytwinski vd., 2013). Bedirli'nin (2014) Düzce depreminden 14 yıl sonra depremin psikolojik etkilerini incelediği çalışmada

14 yıl sonrasında bile kişilerin korkularının devam ettiğini bulmuştur. Çalışmaya katılan katılımcıların yarısından fazlası (54,8) deprem olma ihtimaline karşı yoğun kaygı ve korku hissettiklerini belirtmiştir. Buna ek olarak travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan kişilerin %38'i depresyon tanısı almıştır fakat sadece depresyon tanısı alanların oranı %2,6'dır (Bedirli, 2014).

Acharya ve arkadaşlarının (2023) Nepal depreminden üç yıl sonra yaptıkları çalışmada diğer benzer çalışmalar gibi sonuçlar elde etmişlerdir. Depremden üç yıl geçmesine rağmen travma sonrası stres bozukluğunu oldukça yüksek oranda gözlemlemişlerdir. Çalışmaya katılanlar arasında travma sonrası stres bozukluğu prevalansının %18,9 olduğunu bulmuşlardır (Acharya Pandey vd., 2023).

1.2. TRAVMA VE İLİŞKİLİ RUHSAL BOZUKLUKLAR

1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB tanısını koymak için ilk gereklilik, bireyin ruhsal açıdan travmatik bir olay yaşamış olmasıdır. TSSB belirtilerini üç ana kümeye ayırmak mümkündür; travmatik olayın yeniden deneyimlenmesi, travmayla ilişkilendirilen uyanarlardan kaçınma ve genel tepkilerde azalma (duyarsızlaşma) ve aşırı uyarılma belirtileri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). TSSB belirtileri:

Travmatik Olayın Yeniden Deneyimlenmesi: Travmatize bireyler, tehlike geçtikten uzun süre sonra dahi olayı tekrar tekrar yaşarlar, bu da normal hayatlarını sürdürmelerini engeller çünkü travma sürekli olarak olağan akışa müdahale eder. Zaman, travmanın meydana geldiği anda donmuş gibi algılanır. Travmatik anlar, olağandışı bir şekilde belleğe kaydedilmiştir; bu durum hem uyanıklık sırasında geçmişe dönük hatırlamalar şeklinde hem de uykuda travmatik kabuslar olarak bilinçaltına etki eder. Küçük ve önemsiz görünen hatırlatıcılar, genellikle tüm canlılığıyla ve orijinal olayın duygusal gücüyle geri dönen bu hatıraları

canlandırabilir. Bu deneyim sıradan duygusal deneyimin sınırlarının ötesindedir ve duyguları tolere etme kapasitesini zorlar (Herman, 2016).

Kaçınma/ Küntleşme Belirtileri: Travmatik bir deneyimin tekrar yaşanması, yoğun duyguları tetiklediği için travmatize birey genellikle bunu kaçınma eğilimindedir. Bu kaçınma çabası müdahaleci semptomları bastırmaya yöneliktir ancak aslında travma sonrası sendromunu daha da kötüleştirir. Çünkü travmayı yeniden yaşamaktan kaçınma girişimi sıklıkla bilinçte daralmaya, sosyal içe çekilmeye ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Herman, 2016).

Uyarılmışlık: Travmatik bir deneyim sonrasında tehlikenin her an geri dönebileceği hissiyle bireyin sürekli bir teyakkuz içinde olduğu gözlemlenir. Psikolojik uyarılma düzeyi azalmadan devam eder ve travma sonrası stres bozukluğunun temel belirtilerinden biri olan bu aşırı uyarılma durumunda travmatize olmuş bireyler sık sık irkilme, küçük provokasyonlara aşırı tepki gösterme ve uyku düzeninde bozulma gibi belirtiler sergilerler (Herman, 2016).

1.2.2. Akut Stres Bozukluğu

Akut stres bozukluğu (ASB), DSM-5'e göre travmatik bir olayı takiben ilk dört hafta içinde ortaya çıkan ve kişinin travmayı yeniden deneyimleme, kaçınma ve aşırı uyarılma gibi belirtiler gösterdiği bir psikiyatrik durumdur. ASB semptomları, travma sonrası stres bozukluğu ile benzerlik gösterse de ASB'de belirtiler genellikle daha kısa sürelidir ve bir ay içinde düzelme eğilimindedir. Travmatik olayın şiddeti ve kişinin başa çıkma yeteneği gibi faktörlere bağlı olarak ASB belirtileri kabuslar, hiper dikkat, kaçınma davranışları, anksiyete ve aşırı uyarılma gibi psikolojik ve fizyolojik tepkileri içerebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.2.3. Travmatik Yas

ICD-11'e göre özellikle belirli bir yaşam olayı sonrasında uzun süreli ve belirgin bir yas tepkisi yaşayan bireyleri tanımlar. Bu bozukluk, genellikle bir kaybın ardından yaşanan yoğun, süregelen ve yıkıcı yas tepkisiyle karakterizedir. Bu tepki normal yasta beklenenden daha uzun sürebilir ve kişinin günlük işlevselliğini, ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Travmatik yas tepkisi, ölen kişiye duyulan özlem veya sürekli düşünme şeklinde tanımlanır ve yoğun duygusal acıyla ilişkilidir. Bu tepki üzüntü, suçluluk, öfke, inkar, suçlama, ölümü kabullenme zorluğu, kişinin kendilerini eksik hissetmesi, olumlu duyguları yaşayamama, duygusal uyuşukluk ve sosyal veya diğer etkinliklere katılma zorluğu gibi deneyimlerle kendini gösterebilir (World Health Organization, 2024).

1.2.4. Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu

DSM-5'e göre Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu (KTSSB), tekrarlayan veya uzun süreli travmatik deneyimlere maruz kalmayla ilişkilendirilen bir psikiyatrik bozukluktur. Özellikle çocukluk döneminde yaşanan cinsel, fiziksel veya duygusal kötüye kullanım, ihmal veya yetersiz bakım gibi travmatik olaylar KTSSB'nin ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. KTSSB, genellikle karmaşık ve kronik travmatik deneyimlerin sonucunda gelişir ve post travmatik stres bozukluğu gibi belirtilerle birlikte kişilik bozuklukları, duygusal düzensizlikler, ilişki sorunları ve kendine zarar verme davranışları gibi çeşitli klinik özellikleri içerebilir. Öfke kontrolündeki zorluklar, duygusal patlamalara ve kendini yaralama davranışlarına yol açabilirken bilinç ve dikkatte değişiklikler olan amnezi, dissosiyasyon ve depersonalizasyon gibi durumlar da meydana gelebilir. Kişinin kendisini değerlendirmesinde süreğen sorumluluk ve suçluluk duyguları, utanç gibi değişiklikler gözlenebilirken ilişkilerde güvensizlik, yakınlıktan kaçınma, toplumdaki uzaklaşma ve yabancılaşma gibi değişiklikler de yaşanabilir. Bu

bozukluk, bireyin işlevselliğini ciddi derecede etkileyebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.2.5. Majör Depresyon

DSM-5'e göre majör depresyon, en az iki hafta boyunca devam eden ve kişinin işlevselliğini, günlük aktivitelerini ve genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen sürekli bir düşük ruh hali veya ilgi kaybı durumudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Depresyon tanısı dokuz belirtilik kriterden en az beşinin varlığına dayanır. Bunlardan biri kesinlikle ilgi ve istek kaybı ya da kendini üzgün, umutsuz ve çaresiz hissetme gibi belirtilerdir. Bu kriterlerin en az ikisinin en az iki hafta sürekli olarak hemen her gün ve gün boyu görülmesi gerekmektedir. Tanı koyulması için şu maddelerden en az beşinin var olması gerekir:

1. İlgi ve istek kaybı
2. Kendini üzgün, umutsuz ve çaresiz hissetme
3. Uyku bozukluğu
4. Halsizlik, yorgunluk
5. İştahsızlık ya da aşırı yeme
6. Kendini işe yaramaz hissetme
7. Konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık
8. Konuşma veya davranışların yavaşlaması veya huzursuz ve tedirgin görünme
9. Ölümün daha iyi olacağı düşünceleri

Bu kriterlerden beşi hafif, yedisi orta, tümü ağır derecede depresyonu gösterebilir (Glick & Yalom, 2006).

1.2.6. Kaygı Bozukluğu

Anksiyete, değişim düşüncesiyle karşılaşmada normalden büyük bir duyarlılık gösterirken aynı zamanda eylem alanında da belirgin hale gelir. Anksiyete dinamiği uç noktalarda bazen zincirleme veya toplu, şiddetli (örneğin, öfke veya ağlama nöbetleri) bazen de nispeten sessiz (sürekli hüznü olma, sessizlik, yorgunluk ve bitkinlik) tepkilere yol açabilir. Anksiyete duygusal ve bilişsel dengeyi bozan, geçici olarak geriletken ve kaçınma tepkilerini veya aşırılıkları tetikleyen bir heyecan durumudur (Le Gall, 2012).

DSM-5'e göre kaygı bozuklukları, kişinin yoğun ve aşırı kaygı duyguları yaşamasına neden olan bir dizi psikiyatrik durumu ifade eder. Bu durumlar çeşitli semptomlarla karakterizedir ve günlük yaşamı olumsuz etkileyebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). DSM-5'te tanımlanan kaygı bozuklukları şunlardır:

Panik Bozukluk: Aniden gelen yoğun panik ataklarının tekrarlanmasıyla karakterizedir.

Agorafobi: Belirli yerlerde veya durumlarda panik atak geçirme korkusu nedeniyle kaçınma eğilimi gösterme durumudur.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Sosyal durumlarda yoğun kaygı ve utangaçlık yaşama eğilimidir.

Özgül Fobi: Belirli bir nesne veya duruma karşı aşırı korku ve kaçınma tepkisi verme durumudur.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Sürekli endişe, gerginlik ve huzursuzluk hissiyle karakterizedir.

Seçici Konuşma Fobisi: Belirli durumlarda konuşma yapma veya önünde konuşma yapma korkusu ve kaygısıdır.

Ayrılık Anksiyete Bozukluğu: Ayrılmaya veya ayrılmaya korkusu ve kaygısıyla karakterizedir.

Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Belirgin Korku veya Kaçınma: Belirli bir korku veya fobi nedeniyle klinik olarak anlamlı bir sıkıntı yaşama durumudur.

Bu bozukluklar, belirli semptomları ve kriterleri karşılması gereken durumlar olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.3. TRAVMAYA YÖNELİK MÜDAHALELER

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yaygın ve ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve etkilediği bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu nedenle TSSB'ye etkili müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması son derece önemlidir. Bu müdahaleler bireyin semptomlarını azaltmayı, travma sonrası iyileşmeyi teşvik etmeyi ve yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış kişilerin tedavisi hakkında klinik kararlar almayı desteklemek için iyi uygulama kılavuzları geliştirmiştir. 2020 yılında yayınladıkları TSSB için Etkili Tedaviler kılavuzunda daha güçlü tavsiye edilen Bilişsel İşleme Terapisi, TSSB için Bilişsel Terapi, EMDR Terapisi ve Uzamış Maruz Bırakma Terapisi şeklinde dört tedavi bulunmaktadır (Forbes vd., 2020).

1.3.1. Bilişsel İşleme Terapisi

Bilişsel İşleme Terapisi, travmatik deneyime geri bakarken ve mevcut yaşam durumlarına odaklanarak daha dengeli, uyumlu ve esnek travma değerlendirmeleri ve inançlarının oluşturulmasını temel amacı olarak benimser. Tedavinin başlangıcında psikoeğitim yöntemi, hastaların terapisinin mantığını anlamalarına yardımcı olurken bilişsel müdahaleler öne çıkar. Sokratik diyalog ve bilişsel çalışma kağıtları gibi temel bilişsel müdahaleler hastaların geçmiş, şimdi ve gelecek hakkında farklı düşünme şekillerine ulaşmalarına destek olur. Sokratik diyalog,

hastaların travmalarını ve etkilerini anlamak için yeni bir anlatı oluşturma sürecinde aktif olarak yer almalarını teşvik ederken bilişsel çalışma kağıtları yardımcı olmayan düşüncelerin sorgulanmasına odaklanır. Bu yöntemler, tedavi ilerledikçe hastaların eski inançlarını sorgulamayı ve daha dengeli bakış açıları geliştirmeyi öğrenmelerine yardımcı olur (Forbes vd., 2020).

1.3.2. Travma (Kontrol) Odaklı Bilişsel Terapi

Travma Sonrası Stres Bozukluğu için Bilişsel Terapi, beş ana tedavi prosedürünü içerir. İlk olarak terapist ve hasta, terapinin çerçevesini oluşturan bireyselleştirilmiş bir versiyonunu geliştirirler. İkinci olarak travma anılarını güncelleme, travmanın en kötü anılarını ve şu anda tehdit edici anlamlarını hatırlama, bu anlamları güncelleyen bilgileri belirleme ve yeni anlamları anıdaki en kötü anlarla ilişkilendirme üç adımlı bir prosedürdür. Üçüncü olarak tekrar deneyimleme tetikleyicileri ile ayırt etme eğitimi, öznel tetikleyicileri sistematik olarak belirleme ve yeni (yeni güvenli bağlam) ile o zaman (travmatik durumdaki işaret) arasında ayırt etmeyi öğrenmeyi içerir. Dördüncü olarak yararsız davranışları ve bilişsel süreçleri bırakma, davranışsal deneyler içerir, hasta yararsız stratejileri azaltma konusunda deney yapar. Beşinci olarak yaşamınızı geri kazanma görevleri, hastaların kalıcı değişikliklerini ele almayı ve faaliyetleri ve sosyal ilişkileri geri kazanmayı içerir. Bu prosedürler tetiklendiğinde uyarı ve sıkıntıyı azaltma stratejileri öğretmek haricinde rutin bir prosedür değildir ve yalnızca belirli durumlar için kullanılır (Ehlers & Clark, 2000).

1.3.3. Uzamış Maruz Bırakma Terapisi

Uzamış Maruz Bırakma Terapisi psikoeğitim, yaşantısal maruz kalma, hayali maruz kalma ve maruziyet sonrası işleme olmak üzere dört temel bileşenden oluşur ve bunlardan ikisi özellikle önemlidir. İlk olarak kaçınılan travma anılarının tekrar

tekrar gözden geçirilmesi ve anlatılması, hayali maruz kalma olarak bilinir. Bu, pek çok TSSB hastası için kontrol kaybı algısına yol açar. Hayali maruz kalma süreci deneyimin tartışılması, olası algı değişiklikleri ve ilgili duyguların değerlendirilmesi gibi adımları içerir ve 15-20 dakika sürer. İkinci temel bileşen ise güvenli olabilecek ancak kaçınılan durumlara yavaş yavaş yaklaşmayı içerir (in vivo maruz kalma). Parçalama çalışmaları, her iki bileşenin de uzamış maruz bırakma terapisinin etkinliğine katkıda bulunduğunu göstermektedir (Schnyder vd., 2015).

1.3.4. EMDR Terapisi

EMDR bir travma terapisi. EMDR Terapisi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından travmatik deneyimlere yönelik psikolojik müdahaleler arasında öncelikli olarak önerilen terapilerden biridir (World Health Organization, 2013).

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), psikoterapi alanında giderek artan bir ilgi gören bir yaklaşımdır ve Türkçe'de "Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme" olarak adlandırılır. Bu terapi yöntemi görsel, işitsel veya duyuşsal uyarıcıların eşlik ettiği göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme adı verilen süreçleri içerir. EMDR, özellikle travma sonrası stres bozukluğu gibi durumların tedavisinde etkili olduğu bulgusuyla dikkat çekmektedir. 1990'ların başında ortaya çıkan bu yöntem bir bombalı saldırı sonrasında kullanılması üzerine desteklenmesinin ardından zamanla çeşitli terapi türlerine entegre edilmiş ve farklı psikolojik sorunların tedavisinde de kullanılmıştır (Yurtsever vd., 2022).

1.4. EMDR'İN GELİŞİMİ

1987 yılında Psikolog Francine Shapiro, bir gün parkta yürürken tesadüfen gözlerini sağa-sola ritmik bir şekilde hareket ettirmesi üzerine aniden olumsuz anılarla ilişkili rahatsız edici düşüncelerinin ve duygularının azaldığını fark etmiş. Daha sonra tekrar aynı anıları hatırladığında bu düşüncelerin aynı yoğunlukta olmadığını ve kendisini rahatsız etmediğini fark etmiş. Bu gözlemin göz hareketlerinin duyarsızlaştırıcı bir etkisi olabileceği hipotezini geliştirmesine neden oluyor ve bunun üzerine araştırmalarına yön veriyor (Shapiro, 2018). Francine Shapiro, 1991 yılından itibaren yöntemine EMDR-Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme adını vermiştir.

EMDR, sekiz aşama ve üç yönlü bir metodolojiden oluşur: (1) mevcut sorunların altında yatan geçmiş olumsuz yaşam deneyimlerinin anılarını tanımlamak ve işlemek, (2) rahatsızlık yaratan mevcut durumları ele almak ve (3) danışanın gelecekteki davranışlarını yönlendirecek olumlu bellek şablonları sağlayacak gerekli becerileri geliştirmek. Bu sayede her bir travmayı ayrı ayrı işlemek gerek yoktur çünkü olumlu tedavi etkileri benzer olaylara genelleme gösterir (Shapiro & Solomon, 2010).

EMDR, çift yönlü göz hareketleri veya diğer çift yönlü uyarıcılardan (ses, dokunma, titreşim) faydalanan bir bilgi işleme yaklaşımıdır. Bu yöntem olumsuz deneyimlerle ilişkilendirilen duygusal, bedensel veya öznel inançlarla ilgili olumsuzlukları azaltmayı hedefler. Olumsuz deneyimlerin görsel imgeleri zamanla azalır ve olumlu anılar, bilgiler ve farkındalıklarla yer değiştirir. Göz hareketlerinin başlamasıyla hedeflenen görsel imgeyle ilişkilendirilmiş birçok anı, duygu ve duyum bellekte ortaya çıkar ve işlenmeye başlar. Bellek ağları arasında hızlı bağlantılar kurulması ve bilginin hızlı bir şekilde işlenmesi nedeniyle EMDR "hızlandırılmış bilgi işleme" olarak da isimlendirilir (Kavakçı, 2014).

1.4.1. Adaptif Bilgi İşleme

EMDR'nin temel prensiplerinden biri travmatik deneyimlerin işlenmesinin, bu deneyimleri doğal bir şekilde çözüme doğru yönlendirecek adaptif bilgi işleme sürecini başlatması gerektiğidir. Adaptif Bilgi İşleme modeli, bedensel yaralanmalara verilen doğal iyileşme tepkilerine dayanan psikolojik iyileşme kavramına dayanır. Örneğin, bir kesik olduğunda vücut kendini iyileştirmek için çaba gösterir ancak yabancı bir cisim veya tekrarlanan travmatik deneyim gibi faktörler iyileşmeyi engellerse yara iltihaplanır ve ağrıya neden olur. Bu engeller kaldırıldığında iyileşme süreci devam eder. Benzer şekilde zihinsel süreçlerde de benzer olaylar görülür ancak travmanın etkisiyle bilgi işleme sistemi tıkanır veya dengesizleşirse uyumsuz tepkiler ortaya çıkabilir (Shapiro, 2001).

Bozulmuş bilgi işleme sistemi, travmatik deneyimi genel bellek ağlarında bütünleşmemiş bir şekilde soyutlayarak depolar. Bu durum, anının daha yararlı ve uyumlu bir şekilde bütünleşmesini engeller, bu nedenle anı aynı değişmeden aynı kalır. Yıllar önce yaşanan olaylarla ilişkili olarak hala kızgınlık, kırgınlık, acı, hüznün veya diğer duyguların devam etmesi bu yüzdendir. Bu duygular, zamanda donmuş ve işlenmemiş anılar tarafından oluşturulan duygusal ve bazen fiziksel sorunların temelini oluşturur (Shapiro, 2018). EMDR geçmiş deneyimlere erişerek mevcut sorunların temelini belirler ve bu sorunları işler. Ardından hem mevcut hem de gelecekteki başarılar için gereken yeni öğrenimleri, becerileri ve perspektifleri bellek ağlarına entegre eder. Bu terapi, sadece açıkça görünen semptomlara değil yaşamın tüm alanlarını etkileyen çeşitli değişiklikler de elde edebilir. Bunun nedeni EMDR terapisinin temelindeki bellek ağlarının geniş kapsamlı çağrışımlarının olmasıdır (Kavakçı, 2014).

Eğer engel kalkarsa bilgi işleme süreci tekrar başlar ve bilgiyi adaptif çözünürlük ve fonksiyonel bütünleşme durumuna doğru yönlendirir. Bu çözünürlük kişinin olayla ilişkilendirdiği görüntüler, duygular ve düşüncelerde bir değişiklikle kendini gösterir. Metaforik olarak işleme mekanizmasını, bilgiyi sindiren veya metabolize eden bir süreç olarak düşünebiliriz, böylece sağlıklı bir şekilde ve yaşamı

geliştirecek bir biçimde kullanılabilir. Bu ifade EMDR terapisi sırasında yaşanan bilgi işleme sürecinin doğasını açıklar ve travmatik anıların nasıl sağlıklı bir şekilde işlenerek kişinin yaşamını iyileştirebileceğini vurgular (Shapiro, 2001).

EMDR ile travmalar hızlı bir şekilde ele alınabildiği için büyük çaptaki afet ve travmatik olaylara maruz kalmış kişilere uygun bir yöntem olabileceği de zamanla yapılan bazı çalışmalarla gösterilmiştir (Lehning vd., 2016; Acartürk vd., 2015). Bu nedenle, travma mağdurlarına yönelik gönüllü çalışmalar yürüten EMDR HAP-İnsani Yardım Programı gibi özel bir birim bulunmaktadır. Bu programa kayıtlı olan terapistler, depresyon, sel, terör gibi olaylarda etkilenen kişilere gönüllü olarak destek sağlamaktadır. Ülkemizde 1999 depremi sonrasında, Uluslararası EMDR İnsani Yardım Programı kapsamında, birçok yabancı EMDR eğitmeni ülkemize gelerek yerel ruh sağlığı uzmanlarına eğitim vermiştir. Bu sürecin ardından, ülkemizde EMDR terapisi düzenli olarak uygulanmaya başlanmıştır. Halihazırda, EMDR terapisi eğitimleri uluslararası standartlara uygun bir şekilde devam etmektedir. Aynı zamanda EMDR terapisinin etkinliği ve etki alanlarını incelemek adına araştırmalar devam etmektedir.

Raboni ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada EMDR terapisinin kaygı, ruh hali ve uyku üzerindeki etkilerini araştırmak için saldırı veya kaçırma mağduru olan 13 TSSB tanısı almış hasta ve 11 sağlıklı kontrol hastaları ile çalışmışlardır. Tedavisi öncesinde travma sonrası stres bozukluğu tanısı alanlarda yüksek düzeyde anksiyete ve düşük yaşam kalitesi görülmüş ve hem subjektif hem de objektif olarak değerlendirilen hastalar düşük uyku kalitesi sergilemiştir. Tedavi sonrasında yapılan değerlendirmelerle katılımcıların anksiyete belirtilerinde azalma ve yaşam kalitesinde iyileşme gözlemlenmiştir (Raboni vd., 2014).

Bir başka çalışmada ise Jorero ve arkadaşları (2011) Meksika'nın Baja Kaliforniya bölgesinde meydana gelen 7.2 büyüklüğündeki bir deprem sonrasında bu randomize kontrollü grup saha çalışmasını yapmışlardır. 53 kişilik katılımcıya Olay Etkisi Ölçeği uygulanmış olup yüksek puan alan 18 katılımcı ile çalışılmıştır. Katılımcılar hemen tedavi grubu ve bekleme listesi grubu olarak rastgele iki gruba ayrılmıştır. Bekleme listesi/gecikmiş tedavi gruplarında herhangi bir iyileşme

gözlemlenmezken hemen tedavi gruplarındaki modül puanları bekleme listesi/gecikmiş tedavi gruplarının puanlarına kıyasla anlamlı derecede iyileşme göstermiştir. Yakın zamanda kritik olaylar için EMDR tek bir seansı hem hemen tedavi hem de bekleme listesi/gecikmiş tedavi gruplarında travma sonrası stres belirtilerinde anlamlı bir iyileşme sağlamış ve sonuçlar sık sık korkutucu artış şoklar yaşanmasına rağmen 12 haftalık takip süresince korunmuştur (Jarero vd., 2011).

Depresyon tedavisinde EMDR terapisinin etkisini incelemek amacıyla Hase ve arkadaşları (2018) 30 depresyon tanısı almış katılımcı ile çalışmışlardır. Katılımcılar standart depresyon tedavisi grubu ve standart depresyon tedavisine ek olarak EMDR terapisi gruplarına rastgele olacak şekilde atanmıştır. Tedavilerden sonra alınan değerlendirmeler sonucunda ek EMDR terapisi alan hastaların iyileşmelerinin standart depresyon tedavisi alan hastalara oranla daha fazla olduğu görülmüştür (Hase vd., 2018). Bu çalışmada çıkan sonuçlar Hoffman ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir (Hofmann vd., 2014).

Buydens ve arkadaşları (2014) akut stres bozukluğunun tedavisinde son travmatik olaylar için EMDR terapisinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla bu çalışmayı yapmışlardır. Akut stres bozukluğu teşhisi konmuş 7 yetişkine bu protokol ile birden fazla seans uygulamışlardır. Travmatik olayların neden olduğu öznel sıkıntı Olayların Etkisi Ölçeği kullanılarak ölçülmüş olup kişilerin semptomların hafiflediği gözlenmiştir (Buydens vd., 2014).

2012'de Kuzey İtalya'da yaşanan Emilia Romagna Bölgesi depreminden etkilenen geniş bir örnekleme dayanarak travmatik olaydan sonraki üç ay içinde sağlanan EMDR terapisinin Son Travmatik Olay Protokolü'nü değerlendirmek amacıyla Saltini ve arkadaşları (2018) 529 katılımcı ile çalışmıştır. Kohort analizi ile bir bekleme listesi benzeri kontrol grubuyla karşılaştırmaları sağlamışlardır. Erken (depremden sonraki bir ay içinde) ve geç tedavi edilen (depremden bir ay sonra) örnekleme iyileşme gözlemlemiştirler (erken tedavi edilen örneklemin %65.8'i ve geç tedavi edilen örneklemin %64.02'si). Araştırmacılar sonuçlarda zamanın

etkisini değerlendirmek amacıyla bağımlı etkileri test etmişlerdir ve semptomlardaki değişimlerin tedaviden kaynaklandığı öne sürmektedirler (Saltini vd., 2018).

Jayatunge'nin (2008) yapmış olduğu çalışma, 2004 Sri Lanka tsunami felaketi sonrasında ciddi psikolojik tepkiler yaşıyan bireyler üzerinde EMDR'nin etkinliğini incelemiştir. Çalışma, travma sonrası stres bozukluğu semptomları gösteren 3 çocuk ve 2 yetişkin ile depresif semptomları olan 2 yetişkini içermiştir. EMDR'nin bu bireyler üzerinde uygulanan 3 ila 8 seans sonrasında semptomların ortadan kalktığını ve danışanların depresif duygulardan, kaygılardan, istilacı düşüncelerden ve kabuslardan kurtulduğunu, normal işlev görebildiğini ve üretken bir yaşam sürdürebildiğini göstermektedir (Jayatunge, 2008).

Mukba ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bu çalışmanın amacı EMDR tekniğinin deprem kaynaklı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) üzerindeki etkilerini belirlemektir. Sunulan vakada sekiz aşamalı bir EMDR müdahalesi uygulanmışlardır. Müdahale sonrasında danışanın kaygı ve korku düzeylerinin azaldığı, depremle ilişkili işlevsiz düşüncelerin ortadan kalktığı ve TSSB semptomlarının büyük ölçüde azaldığı gözlemlenmiştir. Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği puanlarına göre "istilacı düşünceler", "fizyolojik uyarılma" ve "bilişsel kaçınma" alt ölçeklerinde farklılıklar gözlemlenmişlerdir (Mukba vd., 2020).

Konuk ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında 1999 Marmara depremi sonrasında geçici konutlarda ikamet eden yaklaşık 1500 kişiden TSSB tanısı alan 41 katılımcıya EMDR terapisi uygulanmıştır. Tedavi edilenlerin %92,7'sinde, semptomların ortadan kaldırılması için ortalama beş 90 dakikalık seansın yeterli olduğu ve katılımcıların semptomların azalma olduğunu gözlemlenmişlerdir. Tedavi öncesi ve sonrası semptomların düzeyini değerlendirdiklerinde ölçeklerden alınan toplam puanları ve tüm alt ölçeklerde önemli azalmalar kaydetmişlerdir. Bu sonuçlar 6 aylık takip süresinde devam etmiştir (Konuk vd., 2006).

1.4.2. Flash Teknik

EMDR terapisine dair hem uluslararası araştırmalar devam etmekte hem de yeni protokol çalışmaları yapılmaktadır. Flash Teknik de bu çalışmalardan biridir. FT, EMDR'nin hazırlık aşamasında son derece rahatsız edici anıların yoğunluğunu hızlı ve nispeten ağrısız bir şekilde azaltarak standart EMDR tedavisinin diğer aşamalarında kolayca işlenebilmesini sağlamak amacıyla kullanılır. Bu teknik, travmatik materyallere erişme konusunda endişeli olan, anıya erişirken dissosiyasyon yaşayan, duygusal bunalıma giren veya anıyı hatırlarken direnç gösteren danışanlar için önerilir. Ayrıca bazı danışanlar için daha uzun hazırlık faaliyetlerinin yerine de geçebilir (Manfield vd., 2017). Müdahalenin temel amacı, hedef anıyla ilişkilendirilen rahatsızlığı danışanın artık tam erişim sağlamaya ve standart EMDR ile işlem yapmaya direnç göstermediği bir seviyeye kadar ağrısız bir şekilde azaltmaktır (Manfield vd., 2021).

Flash Tekniği, EMDR'ye ek bir strateji ekler ve bu ek strateji hedef anı hakkında düşünmeden çift uyarım setleri arasında gözleri kırpmayı ekleyerek uygulanır. Bu teknik, serbest çağrışımı engelleyerek travmatik olaya daha az maruz kalma sağlar ve sürekli rahatlatıcı hayal gücünü kullanır (Yaşar vd., 2021). Danışanlardan teknik uygulanırken anlık bir zevk deneyimi sağlayan veya pozitif ve ilgi çekici olan bir aktivite, hayvan, kişi, anı veya müzik seçimini hayal etmeleri istenir. Danışan bulmakta zorlanıyorsa neler olabileceğine dair örnekler verilir. Gerekirse danışanlara iyi gelen bir müzik dinletilir veya ilgi çekici görüntülere bakmaları teşvik edilir (Manfield vd., 2021). Daha spesifik olarak hedef seçildikten sonra hastalara anıya sadece kısaca "dokunmaları" ve rahatsızlığı derecelendirmeleri talimatı verilir. Daha sonra hastalardan düzenli olarak hafızayı hafifçe kontrol etmeleri ve hafızaya tam olarak uyum sağlamadan herhangi bir değişikliği fark etmeleri istenir. Pozitif imgeleme, terapist tarafından yönlendirilen tekrarlayan göz kırpması ile birleştirilir (Brouwers vd., 2021). Bu süreç travmatik anıların etkisini azaltmayı ve bireyin pozitif deneyimlere odaklanarak daha dengeli bir ruh hali geliştirmesini amaçlar (Shebini, 2019).

Flash Tekniği zaman içerisinde ayrı bir travma terapisine dönüşmüştür. Tekniğin klinik etkinliği ve güvenliği ile ilgili olarak birkaç bilimsel çalışma yayınlanmıştır. Bunlardan biri Wong'un (2019) yaptığı çalışma olan evsizler barınağında kalan dissosiyatif semptomları olan beş erkek bağımlı ile çalışılmıştır. Bu çalışmada rahatsız edici anıların tedavisi için danışanlarla grup terapisini şeklinde uygulanmıştır. İşlem sırasında duyguların bastırılmasından kaçınmak ve travmatik anıları ayırılmadan işleyebilmeleri için Flash Tekniği kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında danışanların SUD değerlerinde hızlı bir düşüş gözlemlenmiştir. Buna ek olarak katılımcılar grup süresince FT'den sonra anıların daha az canlı hale geldiğini bildirmişlerdir (Wong, 2019).

Shebini (2019) Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DID) olan hastalarda aşırı travmanın tedavisinde Flash tekniğinin kullanımını araştırmak için dokuz vaka ile çalışmıştır. alışmalarının sonucunda Flash Tekniğinin aynı anda birden fazla bölüm için kullanılabilmesini ve bunun travmatik anıların tamamen desensitizasyonuna ve bölümlerin planlı olarak birleşmesine yol açabileceğini bildirmiştir. Shebini'nin başlangıçtaki amacı Flash Tekniği ile anı yoğunluğu olan bölümleri tolere edilebilir hale getirmek ve ardından EMDR standart protokolü ile çalışmaya devam etmeyi hedeflemiş olsa da birçok seansta Flash Teknikten başka bir tekniğe ihtiyaç duymadığını belirtmiştir (Shebini, 2019).

Wong ve arkadaşlarının (2022) yakın zamanda yaptığı bir başka çalışmada ise Flash Tekniğinin (FT) bilateral uyarım olmadan ve göz kırpmadan başarılı bir şekilde kullanılmasına ilişkin iki vinyet sunmaktadır (Wong & Forman Patel, 2022). Bu makalede sunulan iki vinyetin, FT için yeni bir modeli destekleyen iki veri noktası sunduğu düşünölmektedir. FT ile travmatize olmuş danışanların göz kırpması sırasında travmatik anılarına kısa bir süre, refleks olarak ve korku tepkisi olmadan erişebileceklerini önermektedir. FT'nin temel mekanizmasını ve danışanların travmatik anıları bilinçli farkındalıklarının ötesinde nasıl işleyebileceğini tartışan bir model önermiştir. Bu model, çalışma belleği araştırmalarından ve fMRI verilerinden elde edilen bilgileri temel almakta olup TSSB hastaları için nörobilimdeki mevcut anlayışı da dikkate almaktadır. Wong'un modeline göre FT

protokolü ve spontan göz kırpma sırasında travmatik anıya kısa bir süre erişim sağlanabilir ve ardından hastanın farkında olmadan normal bir göreve geri dönülebilir. Bu süreçte amigdalanın tepki verme zamanı olmadığı için korku tepkisi oluşmaz. Tekrarlanan korku tepkisi olmayan travmatik bir anı, hafızanın yeniden konsolide olması ve duygusal rahatsızlığın azalması için gereken öngörü hatasını sağlayabilir (Wong, 2021). Çalışmanın sonuçlarına göre Wong'un spontane göz kırpmadan elde edilen fMRI verilerine dayanan modeliyle tutarlı olduğu görülmüştür ve bu çalışma ile bilateral dokunmanın ve göz kırpmanın gerekli olmadığını savunmaktadırlar (Wong & Forman Patel, 2022).

Bir diğer çalışma ise Manfield ve arkadaşlarının (2017) Flash Tekniği EMDR terapisinin hazırlık aşaması olarak kullandıkları 4 vaka ile (üçü yetişkin biri çocuk) çalışmışlardır. Çalışmadaki her bir vaka ile farklı bir terapist çalışmıştır. Terapistler kendi danışanlarından dirençli olan veya rahatsız edici anıya girerken kendini kapatan danışanlardan seçmişlerdir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında her vakada yaşanan anıya yaklaşmadaki kaçınma uygulama sayesinde direnci düşürdüğü görülmüştür. FT, dört vakada da danışanların temel rahatsızlık seviyelerini hızlı bir şekilde azaltmak için etkili bir biçimde uygulanmış ve danışanlar FT işlemi sırasında çok az rahatsızlık yaşamışlardır. Ayrıca eldeki bulgulara dayanarak FT'nin etkinliğinin bir nedeni olarak travmatik anıların yeniden deneyimlenmesini engelleyerek mevcut süreyi radikal bir şekilde azaltması olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca FT'nin danışanın hedefle ilgili net bir anıyı ortaya çıkarması veya bu konuda düşünmesi için yeterli zamanı engellemesi ve bilinçli savunmaları kesintiye uğratması düşünülmektedir. Bu, geçmiş anı ile şimdiki durum arasında duygusal olarak daha az yoğun bir geçişin (o, o zamandı ve bu şimdi) vurgulanmasını sağlar (Manfield vd., 2017).

Manfield ve arkadaşlarının (2021) yaptığı bir başka çalışmada FT'nin etkinliğini değerlendiren geniş ölçekli bir çalışmanın sonuçlarını sunmuştur. Bu çalışmada, COVID-19 hastalarıyla çalışan 77 sağlık çalışanı ve 98 psikoterapist, 5 ila 40 kişi arasında değişen büyüklükteki 8 FT grubundan birine katılmıştır. Katılımcılara terapistleri tarafından kendi pozitif odaklarını seçmeleri ve daha sonra terapistin

rehberliğinde iki 15 dakikalık FT seansı yapmaları talimatı verilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında ilk müdahaleden sonra tüm katılımcıların SUD seviyelerinde anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür. İkinci müdahalede farklı anı seçenlerin sonuçları incelenmiş olup yeniden SUD seviyelerinde anlamlı bir düşüş yaşanmıştır. Uygulamaların ardından yapılan takip değerlendirmeleri incelendiğinde SUD seviyelerindeki düşüşün anlamlı düzeyde devam ettiği görülmüştür ve katılımcılar anıları hatırlayamadıklarını ifade etmişlerdir (Manfield vd., 2021).

Yaşar ve arkadaşlarının (2019) gerçekleştirdiği bir grup uygulama çalışmasında ön test Olayların Etkileri Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi için prosedürden sonra yapılan son test ve uygulamadan bir ay sonra yapılan takip arasında önemli farklar bildirilmiştir (Yaşar vd., 2019). Aynı yazarın başka bir çalışmasında trafik kazalarından duygusal olarak etkilenen bireylerde EMDR Flash tekniğinin uygulanmasının anksiyete, işgale uğrama, kaçınma, toplam travmatik stres ve duygudurum kalitesi gibi semptomları iyileştirmede etkili olduğu açıkça gösterilmiştir (Yaşar vd., 2022).

Bir başka çalışmada ise Gustavson ve arkadaşları (2023) deneyimsiz yüksek lisans öğrencilerinin kullanabileceği bir senaryo ile FT protokolünün etkili olup olmadığını araştırmışlardır. Çalışmada 9 yüksek lisans düzeyinde sosyal hizmet öğrencisi bulunmuştur ve çalışmalar gözetim altında altı seanstan oluşan çevrimiçi koşullarda uygulanmıştır. Çalışmaya 30 katılımcı katılmış olup çalışmanın öncesinde ve sonrasında değerlendirmeler alınmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre anlamlı bir fark bulunmuş ve büyük bir etki büyüklüğü gözlemlenmiştir. Ayrıca bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında daha az deneyimi olan yüksek lisans öğrenci terapistlerinin bile tekniği rahatlıkla kullandığını ve TSSB semptomları olan kişilerde etkili bir biçimde kullanılabileceğini ve yeterince kullanıcı dostu olduğunu ortaya koymuştur (Gustavson vd., 2023).

Manfield ve arkadaşlarının (2024) çok yakın bir zamanda yaptıkları bir çalışmada da FT'nin kabul edilebilirlik, güvenilirlik ve etkililiğini araştırmak için 654 katılımcıya rahatsız edici bir anı düşüncülerinin ardından yapılandırılmış bir FT

çalışması yapmışlardır. Çalışmanın öncesinde, sonrasında ve izlem tekrarlanan ölçümlerle katılımcılar incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre rahatsızlıkta ortalama azalma üçte ikiyi aşmış durumda olup sonuçlar anlamlı ve etki büyüklüğü çok büyük çıkmıştır. Çalışmanın takip değerlendirmelerinde de sonuç anlamlı çıkmıştır (Manfield vd., 2024).

Avcı (2023) araştırmasında EMDR Flash Tekniğinin grup halinde uygulanmasının sınav kaygısı, depresyon ve travma sonrası tepkiler üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamıştır. Çalışmada ön test ve son testlerin ardından izlem değerlendirmeleri alınmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre Flash Tekniğinin ergenlerin sınav kaygısı, depresyon ve travma sonrası tepki düzeylerinde anlamlı bir azalmaya neden olduğunu göstermektedir. Özellikle sınav kaygısındaki değişimin %83'ü depresyon düzeylerindeki değişimin %56'sı ve travma sonrası tepki düzeylerindeki değişimin %68'i Flash Tekniği ile açıklanmaktadır. Bu bulgular, Flash Tekniğinin ergenlerin sınav kaygısı, depresyon ve travma sonrası tepkilerini azaltmada etkili bir yöntem olduğunu ileri sürmektedir (Avcı, 2023).

Yakın bir zamanda depresyonlu ergenler üzerinde EMDR Flash Tekniğinin etkilerini araştırmak isteyen İnci ve arkadaşları (2024) çalışmalarında 12-17 yaş arasındaki 32 ergen ile çalışmıştır. Kişilerin yaşadığı rahatsızlıkların düzeyini değerlendirmek amaçlı yapılan ölçümleri çalışmadan önce, çalışmadan 4 hafta sonra ve çalışmadan 12 hafta sonra yapmışlardır. Çalışmada EMDR Flash Tekniği, 12 hafta boyunca haftada bir seans olarak bağımsız bir müdahale olarak uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına bakıldığında ergenlerin depresyon düzeyi 12 haftanın sonunda 48.19'dan 2.16'ya düşmüş olup SUD puanlarının başlangıç ortalaması, tedavinin 12. haftasının sonunda 9.53'ten sıfıra düşmüştür (İnci İzmir & Çitil Akyol, 2024).

1.5. DUYGUSAL İŞLEMLEME

Zihnin çalışma sisteminde nörolojik bir denge görülmektedir ki bu sayede bilgi uygun ilişkilerle bağlantı kurar, deneyim birey tarafından yapıcı bir şekilde kullanılır ve olumlu duygusal ve bilişsel bir şema içine entegre edilerek kaydedilir. Temelde faydalı olan bilgi öğrenilir, uygun duyguyla depolanır ve gelecekte kullanılabilir hale gelir (Shapiro, 2001). Duygusal işlemeye göre olayın anlamının bilişsel değerlendirmesi deneyimlenen duyguyu belirler.

Duygusal işleme kavramı ilk kez 1980'lerde Rachman tarafından ortaya atılmıştır ve bu kavramın geliştirilmesi için çeşitli çalışmalar yapılmaya devam etmektedir. Duygusal işleme, duygusal bozuklukların emilerek ve diğer deneyimler ve davranışlar kesintiye uğramadan devam edebilecek ölçüde azalması olarak kabul edilir. Bir duygusal rahatsızlık tatmin edici bir şekilde emilmezse bazı belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtiler aralıklı olarak tekrar edebilir ve doğrudan ve açık olabilir veya dolaylı ve ince olabilir. Tatmin edici olmayan duygusal işlemenin merkezi zorlayıcı duygusal etkinlik belirtilerinin (obsesyonlar, flashbackler, kabuslar, konuşma baskısı, uygun olmayan ifadeler veya bağlam dışı veya orantısız duyguların deneyimleri, uyumsuz kaçınma gibi) sürekli olarak devam etmesi veya geri dönmesidir. Dolaylı belirtiler arasında görevle ilgili konsantre olamama, huzursuzluk, sinirlilik ve TSSB'nin karakteristik olan artmış uyarılma belirtileri bulunur. Genel olarak başarılı işleme, kişilerin önemli olaylar hakkında konuşma, gözleme, dinleme veya hatırlatılma yeteneğinden rahatsızlık veya kesinti yaşamadan yargılanabilir (Rachman, 2001).

Duygusal işleme, belirli unsurların içgörüyeye uygun olmadığı bir bilgi yapısında değişikliklerin bir dizisi olarak görülebilir. Bu değişikliklerin bilinçsiz olması geleneksel olarak açık eylemlerle daha yakından ilişkilendirilen bilinçli inançlar ve tutumları etkileyebilir. Örneğin, korkulan bir uyarıcıyla otonom sinir sistemi tepkilerinin alışkanlığı anksiyetenin sürekliliği hakkındaki tahminlerin azalmasına ve bunun sonucunda da anksiyetenin her durumda kaçınılması gerektiği tutumunda bir değişikliğe yol açabilir. Bu durum da insanların olumsuz yaşam olaylarına dair

anılarını olumlu anılara oranla daha sık yeniden deneyimlemesine yol açar (Foa & Kozak, 1986).

Baker ve arkadaşları (2007) duygusal işleme kavramını yeni bir çerçevede ele alarak olayların algılanma biçimini, duygusal deneyimin nasıl yaşandığını ve duyguların nasıl ifade edildiğini anlamak için bir model oluşturmuştur. Bu modele göre bir duygusal deneyimin başlangıcı bir tetikleyici olay ile başlar. Bu olay, bilinçli veya bilinçsiz olarak kaydedilmelidir. Bu olay ya küçük bir yaşam olayı olabilir ya büyük bir travmatik olay olabilir ya da süregelen stresli olaylar olabilir. Bu aşamada işlemeyi etkileyen faktörler arasında olayın kaydedilmemesi, olayın yanlış yorumlanması veya potansiyel olarak tehdit edici bir olaydan kaçınılması yer alır (Baker vd., 2007).

1.5.1. Duygusal Deneyim

Duygusal deneyim, bir olayın değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan duygu durumunu ifade eder. Bu durumda, duygusal deneyimde eksiklikler şunları içerebilir: duyguların bütünsel olarak deneyimlenememesi, duygusal deneyime ilişkin farkındalık eksiklikleri ve duyguların etiketlenmesi ve ilgili olaylarla ilişkilendirilmesinde zorluklar. Bu eksiklikler farklı duygusal işleme tarzlarında somutlaşabilir. Örneğin, "uyumsuz" tarz, bir bireyin duygusal deneyimini anlamadığı ve rahatsız olduğu bir tarzı ifade eder (Baker vd., 2007; Baker vd., 2012).

1.5.2. Duygusal İfade

Model, duygusal deneyimin duygusal ifadeden ayrırır yani bir kişinin bir duyguyu yaşamasıyla o duyguyu başkalarına ifade etmesi arasında bir ayrım olduğunu söylemektedir. Ancak günlük yaşamda bu geçiş genellikle sorunsuz ve otomatik

olarak gerçekleşir. Bu aşamada ortaya çıkan zorluklar arasında duygusal ifadenin bastırılması veya duyguların düzenlenememesi gibi durumlar bulunur ve bazı insanlar duygularını ifade etmekte zorlanabilir veya duygularını kontrol etmekte güçlük çekebilirler. Bu zorluklar duygusal deneyim ile ifade arasındaki uyumsuzluğu ifade eder (Baker vd., 2007; Baker vd., 2012).

1.5.3. İşlenmemiş Duygusal Deneyim

Bu aşama yoğun duyguların kontrol edilememesiyle ortaya çıkan davranışsal, sözel ve fizyolojik etkilerin yanı sıra duyguların ifade edilmesine ilişkin olumsuz inanç ve değerlerle ilgili sorunları içerir. Obsesyonlar, flaşlar, kabuslar gibi sürekli ve zorlayıcı duygusal deneyimler de bu aşamada yer alır. Bu belirtiler uyumsuz duygusal kontrol mekanizmaları, işlevsel olmayan duygusal işleme tarzları ve işlenmemiş işlem belirtileri olarak ölçülebilir (Baker vd., 2012).

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma 6 Şubat tarihinde meydana gelen ve birçok insanı etkileyen depremden etkilenmiş bireylerin tedavisinde kullanılabilecek yapılandırılmış bir müdahale yöntemi olan EMDR Flash Teknikle ilgili bir çalışmadır. Araştırma kapsamında yaşanan afet sonrası kişilerin yaşadığı zorlu deneyimler kişiler üzerinde bazı olumsuz etkiler bırakabilir ve bu etkilere müdahale edilmediği takdirde süreç kişiler için daha zorlu bir hale gelmektedir. Afet sonrası bireylerde özellikle travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete gibi ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmanın amacı yapılan çalışmalardan hareketle Flash Tekniğinin depremden etkilenmiş kişiler örneğinde anksiyete, depresyon, stres, travmatik belirtiler üzerine etkisi ve bu etkinin duygusal işleme ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Hipotezler:

- I. EMDR flash teknik uygulanan gruptaki bireylerin kaygı belirti puanları kontrol grubundaki bireylerin puanlarına göre anlamlı olarak daha fazla düşer.
- II. EMDR flash teknik uygulanan gruptaki bireylerin depresyon belirti puanları kontrol grubundaki bireylerin puanlarına göre anlamlı olarak daha fazla düşer.
- III. EMDR flash teknik uygulanan gruptaki bireylerin Travmatik Stres belirti puanları kontrol grubundaki bireylerin puanlarına göre anlamlı olarak daha fazla düşer.
- IV. EMDR flash teknik uygulamasının travmatik stres, depresyon ve kaygı belirti puanları üzerine etkisi ile duygusal işleme düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon ilişkisi vardır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırmada randomize kontrollü deneysel araştırma yöntemi uygulanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

6 Şubat 2023 tarihinde yaşanmış olan depremden etkilenmiş ve konteyner kentte yaşayan 51 kişiden oluşmaktadır. Çalışmaya dahil etme ölçütleri; 18-65 yaşları arasında olmak, aktif şizofreni veya bipolar bozukluk gibi bir ruhsal bozukluğa sahip olmamak, deprem sonrası EMDR terapisi almamış olmak, okuma yazma biliyor olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak şeklinde belirlendi. Okuma yazma bilmeyen, muhakemeyi etkileyecek düzeyde bir ruhsal bozukluğu olan, depremden sonra EMDR terapisi almış olan ve çalışmaya katılmak için onam vermeyen bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada değerlendirme yapmak amacıyla dört farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için Sosyodemografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomları ve şiddetini ölçmek için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5), depresyon, anksiyete ve stres belirtilerini değerlendirmek için Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 21) Kısa Formu ve duyguların işlenmesindeki zorlukları ölçmek amacıyla Duygusal İşleme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce

katılımcılara "Bilgilendirilmiş Onam Formu" doldurtulmuş ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylere değerlendirme ölçekleri uygulanmıştır.

2.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Literatür taranması ve çalışmanın amaçları göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, meslek gibi demografik veriler sorgulanmıştır.

2.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)

TSBB semptomlarını ve şiddetini ölçmek için Weathers ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte, kişilerin zihinlerini meşgul etmeye devam eden ve kendilerini en çok etkileyen olayı düşündüklerinde son bir ay içinde olayla ilgili olarak yaşadıkları belirtilerden ne derecede etkilendiklerini belirlemeye yöneliktir. 5’li Likert tipli soruları cevaplayarak belirtmeleri istenmektedir (0 = “Hiç”, 1 = “Çok az”, 2 = “Orta derecede”, 3 = “Oldukça fazla”, 4 = “Aşırı”). Ölçek yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklik olmak üzere dört alt ölçeği bulunmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Boysan ve arkadaşları yapmıştır ve Türkçe versiyonunda kesme puanı 48 olarak belirlenmiştir (Boysan vd., 2017).

2.3.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 21) Kısa Formu

Kişilerin depresyon, anksiyete ve stres belirtilerini belirlemek için Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS) 42 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçeğin kısa form halinin Türkçe geçerlik ve

güvenirlik çalışması Sarıçam (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek üç alt boyuttan (depresyon, anksiyete ve stres) ve her alt boyutta 7 madde olmak üzere 21 maddeden oluşmaktadır. Maddeler dörtlü likert tipi puanlama ile cevaplanmaktadır. Normal örnekleme test tekrar test korelasyon katsayıları depresyon alt ölçeği için $r=0.68$, anksiyete alt ölçeği için $r=0.66$ ve stres alt ölçeği için $r=0.61$ olarak bulunmuştur (Sarıçam, 2018).

2.3.4. Duygusal İşleme Ölçeği

Baker ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen Duygusal İşleme Ölçeği 25 maddeden ve 5 alt boyuttan (baskılama, işlemlenmemiş duygu belirtileri, düzenlenmemiş duygu belirtileri, kaçınma ve zayıf duygusal deneyim) oluşan bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yastıbaş ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin 25 maddelik versiyonunun kabul edilebilir bir uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Ek olarak yapılan ekstra model testleriyle orijinal versiyonun hem 5 alt boyut puanları hem de toplam puanlarının kullanılabilmesi belirlenmiştir. Çalışmanın geçerlik ve güvenilirliği .90 çıkmıştır (Yastıbaş vd., 2020).

2.4. ARAŞTIRMANIN TASARIMI

Çalışma deprem yaşamış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş bireylerin randomize şekilde iki gruba ayrılması ve bu iki gruptan birine müdahale uygulanırken diğerinin kontrol grubu olarak kabul edildiği randomize kontrollü bir etkinlik çalışmasıdır. Ayrıca katılımcıların 1 aylık izlem ölçümleri de yapılmıştır. Çalışmanın etik kurul izni Mart 2024 tarihinde İstanbul Bilgi Üniversitesi Etik Kurulu tarafından alınmıştır. Veri toplama süreci etik kurul onayından sonra başlamış olup haziran ayında sonlandırılmıştır. Depremi yaşayan kişilere ulaşmak için deprem bölgesinde konteyner kentlerde çalışan psikososyal destek ekibinden

(psikolog, psikolojik danışman, sosyal hizmet uzmanı) depremi yaşayan kişilere bu çalışmayla ilgili bilgilendirme ve yönlendirme yapmalarına dair destek istenmiştir. Psikososyal destek ekibinin yönlendirmesinden sonra çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen katılımcılar çalışma ölçütleri açısından değerlendirilmiştir ve dahil edilen 51 kişi yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından rastgelelik ilkesine göre iki gruba (çalışma ve kontrol) ayrılmıştır. Her iki gruba belirlenmiş ölçekler müdahaleden birkaç gün önce uygulanmıştır. Müdahale öncesi değerlendirmeden hemen sonra çalışma grubuna ardı sıra üç gün ve her oturum 90 dakika olmak üzere 3 bireysel seans Flash Teknik uygulanmıştır. Seanslar yüz yüze yapılmıştır. Uygulamayı EMDR Avrupa onaylı 1. ve 2. düzey EMDR eğitimlerini tamamlamış ve sonrasında Flash Teknik Protokolü eğitimini de almış olan araştırmacının kendisi yürütmüştür. Çalışmalar Doç. Dr. Ersin Uygun süpervizyonu eşliğinde yürütülmüştür. Herhangi bir tetiklenme veya zorlu bir durum yaşanması halinde yönlendirme sağlanmıştır. Uygulamadan 1 hafta sonra uygulama sonrası (post-op) ve 1 ay sonrasında uygulama öncesi verilen ölçeklerle izlem değerlendirmeleri yapılmıştır. Bu prosedürün aynısı kontrol grubuna da eş zamanlı yapılmıştır.

2.5. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ

Veriler SPSS-27 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyodemografik sorular için frekans tablosu oluşturulmuştur. Değişkenlerin ön test-son test farkını görebilmek için bağımlı örneklem t-test ve non-parametrik Wilcoxon analizi uygulanmıştır. Değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için parametrik testler için yeterli gözlem sayısı olmadığından 2 gruplu değişkenler için non-parametrik Mann Whitney U analizi, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde ise non-parametrik Kruskal Wallis-H analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için pearson korelasyon ve non-parametrik Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Analizler alfa=0,05 seviyesinde uygulanmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde deprem yaşamış bireylerde EMDR Flash Tekniği uygulamasının travmatik stres, depresyon, kaygı belirtileri üzerine etkisi ve duygusal işlemlenin rolünün incelenmesine yönelik elde edilen nicel bulgulara yer verilmiştir. Bu kapsamda araştırmanın hipotezlerinin test edilmesiyle elde edilen bulgular grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalara dayalı olarak sunulmuştur.

Çalışma ve Kontrol Grubuna Atanan Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgileri

Çalışmaya toplam 51 (25'i çalışma 26'sı kontrol) katılımcı alınmıştır. Çalışma grubuna atanan katılımcıların 23'ü kadın (%92) 2'si erkek (%8) olup kontrol grubu katılımcıların 24'ü kadın (%92,3) 2'si erkektir (%7,7). Çalışma grubunda eğitim düzeyi lise ve altı 14 kişi (%56) ön lisans ve üstü 11 kişi (%44) varken kontrol grubunda lise ve altı 17 kişi (%65,7) ön lisans ve üstü 9 kişi (34,6) vardır. Enkazda kalma deneyimi olan kişi sayısı hem çalışma grubunda 5 kişi (%20) hem kontrol grubunda 5 kişi (%19,2) olmuştur. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1'de detaylı olarak gösterilmektedir.

Tablo 3.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri

Değişkenler	Grup	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	23	92,0	24	92,3
	Erkek	2	8,0	2	7,7
Eğitim Durumu	Lise ve altı	14	56,0	17	65,4
	Ön lisans ve üstü	11	44,0	9	34,6
Çalışma Durumu	Evet	10	40,0	11	42,3
	Hayır	15	60,0	15	57,7
Medeni Durum	Bekar	6	24,0	9	34,6
	Evli/Birlikte Yaşıyor	19	76,0	17	65,4
Çocuğa Sahip Olma	Var	19	76,0	20	76,9
	Yok	6	24,0	6	23,1
Yaşanılan Yer	Ev	10	40,0	9	34,6
	Konteyner	13	52,0	16	61,5
	Yakınıyla/akrabayla beraber	2	8,0	1	3,8
Manevi Kayıp Düzeyi	1.Dereceden Kayıp	2	8,0	5	19,2
	2.Dereceden Kayıp	8	32,0	8	30,8
	3.Dereceden Kayıp	12	48,0	12	46,2
	Yok	3	12,0	1	3,8
Enkazda Kalma Deneyimi	Var	5	20,0	5	19,2
	Yok	20	80,0	21	80,8
Maddi Kayıp	Yok	3	12,0	2	7,7
	Çok az	2	8,0	2	7,7
	Az	3	12,0	0	0,0
	Orta	3	12,0	6	23,1
	Fazla	6	24,0	6	23,1
	Çok fazla	8	32,0	10	38,5

Tablo 3.2 Tüm Katılımcılar Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi

Ölçek	n	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbac's Alpha
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	51	135,02	39,379	,200*	-,434	-,217	,893
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	51	49,27	13,714	,200*	-,332	,371	,877
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	51	31,16	14,455	,173*	,079	-,812	,936
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	51	110,08	47,170	,200*	-,228	-,942	,934
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	51	44,18	18,657	,200*	-,482	-,542	,952
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	51	27,82	14,673	,200*	-,015	-1,110	,937
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	51	104,10	58,051	,004	-,171	-1,338	,964
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	51	43,59	21,068	,200*	-,306	-,928	,961
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	51	28,98	17,378	,046	,234	-1,215	,960

*p>0,05

İkinci tabloda tüm katılımcılar normallik analizi ve güvenilirlik analizleri yer almaktadır. Kolmogorov-Smirnov Analizi incelendiğinde p değeri 0,05'ten büyük olan değişkenlerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir (p>0,05). Diğer ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını aşmadığından analizlerde parametrik testler kullanılacaktır (George & Mallery, 2010). Ölçeklerin güvenilirlikleri yüksek düzeydedir. Cronbach Alpha katsayısının 0,60 ile 0,80 arasında olması ölçeğin orta güvenilir, 0,80 ile 1,00 arasında olması ise ölçeğin yüksek güvenilir olduğunu göstermektedir (Kayış, 2009; Kılıç, 2016).

Tablo 3.3 Çalışma Grubu Normallik Varsayımı Analizi

Ölçek	n	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	25	128,92	42,600	,200*	-,414	,163
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	25	47,24	13,427	,139*	-1,050	1,819
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	25	28,52	14,552	,200*	,047	-,378
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	25	85,40	44,396	,200*	,235	-,819
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	25	36,72	20,723	,149*	-,063	-1,272
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	25	21,44	14,113	,200*	,450	-,672
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	25	69,48	52,027	,113*	,767	-,384
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	25	31,42	19,451	,200*	,488	-,519
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	25	18,68	13,155	,200*	1,237	1,986

*p>0,05

Üçüncü tabloda çalışma grubunun normallik analizi bulunmaktadır. Kolmogorov-Smirnov Analizi sonuçlarına göre p değeri 0,05'ten büyük olan değişkenlerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır (p>0,05). Ayrıca diğer ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında kalması nedeniyle analizlerde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir (George & Mallery, 2010).

Tablo 3.4 Kontrol Grubu Farkların Normallik Varsayımı Analizi

Ölçek	n	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık
Fark (Ön Test- Müdahale sonrası) Duygusal İşleme Ölçeği	26	7,08	27,747	,200*	1,028	1,073
Fark (Ön Test- Müdahale sonrası) Travmatik Stres Ölçeği	26	-,12	9,701	,200*	-,541	,239
Fark (Ön Test- Müdahale sonrası) Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	26	-,27	11,463	,076*	,688	,238
Fark (Ön Test- İzlem) Duygusal İşleme Ölçeği	26	3,50	25,703	,200*	-,425	,400
Fark (Ön Test- İzlem) Travmatik Stres Ölçeği	26	- 4,08	12,030	,200*	,339	,213
Fark (Ön Test- İzlem) Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	26	- 5,19	10,744	,200*	-,882	,428
Fark (Müdahale sonrası- İzlem) Duygusal İşleme Ölçeği	26	- 3,58	36,365	,200*	-,567	,559
Fark (Müdahale sonrası- İzlem) Travmatik Stres Ölçeği	26	- 3,96	13,412	,180*	,486	-,275
Fark (Müdahale sonrası- İzlem) Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	26	- 4,92	10,295	,200*	-,169	-,248

*p>0,05

Dördüncü tabloda kontrol grubunun farklarına ilişkin normallik analizi yer almaktadır. Kolmogorov-Smirnov Analizi sonuçlarına göre p değeri 0,05'ten büyük olan değişkenlerin normal dağılım sergilediği belirlenmiştir (p>0,05). Ayrıca diğer ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında kalması nedeniyle analizlerde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir (George & Mallery, 2010).

Tablo 3.5 Çalışma/Kontrol Grup Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p	
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	Çalışma	25	128,92	42,600	-	1,121	49	,262
	Kontrol	26	140,88	35,866				
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	Çalışma	25	47,24	13,427	-	1,578	49	,115
	Kontrol	26	51,23	13,964				
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Çalışma	25	28,52	14,552	-,210	49	,833	
	Kontrol	26	33,69	14,175				
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Çalışma	25	85,40	44,396	-,999	49	,318	
	Kontrol	26	133,81	36,922				
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	Çalışma	25	36,72	20,723	-,473	49	,636	
	Kontrol	26	51,35	13,221				
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Çalışma	25	21,44	14,113	-,947	49	,344	
	Kontrol	26	33,96	12,628				
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	Çalışma	25	69,48	52,027	-	1,121	49	,262
	Kontrol	26	137,39	42,316				
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	Çalışma	25	31,42	19,451	-	1,437	49	,151
	Kontrol	26	55,29	15,301				
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Çalışma	25	18,68	13,155	-	1,227	49	,220
	Kontrol	26	38,88	15,157				

*p>0,05

Beşinci tabloda tüm katılımcıların atandığı gruplardaki ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Gruplar arasındaki değişkenlere bakıldığında ön testte duygusal işleme düzeyi ($p=,262>0,05$), stres düzeyi ($p=,115>0,05$) ve depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,833>0,05$). Müdahale sonrası dönemde gruplar arasındaki parametrelere göre duygusal işleme düzeyi ($p=,318>0,05$), stres düzeyi ($p=,636>0,05$) ve depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p=,344>0,05$). İzlem döneminde ise değişkenler karşılaştırıldığında duygusal işleme düzeyi ($p=,262>0,05$), stres düzeyi ($p=,151>0,05$) ve depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,220>0,05$).

Tablo 3.6 Çalışma Grubu (Ön Test-Müdahale sonrası) Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	Fark	t	Sd	p
Baskılama Alt Boyutu	Ön Test	25	24,92	11,280	6,960	2,376	24	,026*
	Müdahale sonrası	25	17,96	11,542				
İşlenmemiş Duygu Belirtileri Alt Boyutu	Ön Test	25	31,32	10,491	12,120	3,891	24	,001*
	Müdahale sonrası	25	19,20	12,244				
Düzenlenmemiş Duygular Alt Boyutu	Ön Test	25	21,24	11,363	7,200	2,693	24	,013*
	Müdahale sonrası	25	14,04	10,498				
Kaçınma Alt Boyutu	Ön Test	25	28,96	9,637	8,280	3,215	24	,004*
	Müdahale sonrası	25	20,68	9,105				
Zayıf Duygusal Deneyim Alt Boyutu	Ön Test	25	22,48	11,310	8,960	5,026	24	,000*
	Müdahale sonrası	25	13,52	10,034				
Duygusal İşleme Ölçeği	Ön Test	25	128,92	42,600	43,520	4,357	24	,000*
	Müdahale sonrası	25	85,40	44,396				
Yeniden Deneyimleme Alt Boyutu	Ön Test	25	12,88	4,558	3,040	2,526	24	,019*
	Müdahale sonrası	25	9,84	5,921				
Kaçınma Alt Boyutu	Ön Test	25	4,68	2,015	,960	1,901	24	,069
	Müdahale sonrası	25	3,72	2,407				
Olumsuz Duygu ve Düşünce Değişiklikler Alt Boyutu	Ön Test	25	14,84	6,296	2,480	1,715	24	,099
	Müdahale sonrası	25	12,36	7,582				
Aşırı Uyarılma Alt Boyutu	Ön Test	25	14,84	4,972	4,040	2,750	24	,011*
	Müdahale sonrası	25	10,80	6,461				
Travmatik Stres Ölçeği	Ön Test	25	47,24	13,427	10,520	2,620	24	,015*
	Müdahale sonrası	25	36,72	20,723				
Anksiyete Alt Boyutu	Ön Test	25	8,44	5,839	2,240	2,005	24	,056
	Müdahale sonrası	25	6,20	4,761				
Depresyon Alt Boyutu	Ön Test	25	9,56	5,945	2,520	2,571	24	,017*
	Müdahale sonrası	25	7,04	5,427				
Stres Alt Boyutu	Ön Test	25	10,52	5,237	2,320	2,177	24	,040*
	Müdahale sonrası	25	8,20	5,260				
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Ön Test	25	28,52	14,552	7,080	2,611	24	,015*
	Müdahale sonrası	25	21,44	14,113				

*p<0,05

Altıncı tabloda çalışma grubunun ön test ve müdahale sonrası puanları

karşılaştırılmıştır.

Ön test grubunun değerlerine bakıldığında baskılama düzeyinin müdahale sonrası grubuna göre anlamlı şekilde farklı ve daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=,026<0,05$). İşlenmemiş duygu belirtileri açısından da ön test grubunun düzeyleri, müdahale sonrası grubuna kıyasla anlamlı ölçüde farklı ve yüksek bulunmuştur ($p=,001<0,05$). Benzer şekilde düzenlenmemiş duygular düzeyinde de ön test grubunun müdahale sonrası grubundan anlamlı derecede farklı ve yüksek olduğu saptanmıştır ($p=,013<0,05$). Kaçınma düzeyi açısından da ön test grubu müdahale sonrası grubuna göre anlamlı ve yüksek bir farklılık göstermektedir ($p=,004<0,05$). Zayıf duygusal deneyim düzeyi de ön test grubunda müdahale sonrası grubuna göre anlamlı derecede farklı ve daha yüksektir ($p=,000<0,05$). Duygusal işleme düzeyinde de ön test grubunun müdahale sonrası grubundan anlamlı derecede farklı ve yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=,000<0,05$). Yeniden deneyimleme düzeyi açısından da ön test grubu müdahale sonrası grubuna kıyasla anlamlı ve yüksek bir farklılık göstermektedir ($p=,019<0,05$). Ancak, kaçınma düzeyi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=,069>0,05$). Olumsuz duygu ve düşünce değişiklikleri puanı açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,099>0,05$). Aşırı uyarılma düzeyine bakıldığında ön test grubunun müdahale sonrası grubuna göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olduğu görülmüştür ($p=,011<0,05$). Travmatik stres ortalaması açısından da ön test grubu müdahale sonrası grubuna kıyasla anlamlı ölçüde farklı ve yüksektir ($p=,015<0,05$). Anksiyete düzeyi bakımından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=,056>0,05$). Depresyon düzeyi açısından ön test grubu müdahale sonrası grubuna göre anlamlı derecede farklı ve yüksek bulunmuştur ($p=,017<0,05$). Son olarak stres düzeyi bakımından da ön test grubu, müdahale sonrası grubuna göre anlamlı ölçüde farklı ve yüksek saptanmıştır ($p=,040<0,05$). Genel olarak depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde de ön test grubunun müdahale sonrası grubuna kıyasla anlamlı derecede farklı ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=,015<0,05$).

Tablo 3.7 Çalışma Grubu (Ön Test -İzlem) Puanlarının Karşılaştırması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	Fark	t	Sd	p
Baskılama Alt Boyutu	Ön Test	25	24,92	11,280	11,597	3,641	24	,001*
	İzlem	25	13,32	11,039				
İşlenmemiş Duygu Belirtileri Alt Boyutu	Ön Test	25	31,32	10,491	16,544	5,538	24	,000*
	İzlem	25	14,78	11,653				
Düzenlenmemiş Duygular Alt Boyutu	Ön Test	25	21,24	11,363	7,887	2,794	24	,010*
	İzlem	25	13,35	11,986				
Kaçınma Alt Boyutu	Ön Test	25	28,96	9,637	12,328	4,911	24	,000*
	İzlem	25	16,63	11,015				
Zayıf Duygusal Deneyim Alt Boyutu	Ön Test	25	22,48	11,310	11,080	5,079	24	,000*
	İzlem	25	11,40	10,516				
Duygusal İşleme Ölçeği	Ön Test	25	128,92	42,600	59,436	4,942	24	,000*
	İzlem	25	69,48	52,027				
Yeniden Deneyimleme Alt Boyutu	Ön Test	25	12,88	4,558	4,376	4,766	24	,000*
	İzlem	25	8,50	4,974				
Kaçınma Alt Boyutu	Ön Test	25	4,68	2,015	1,207	2,582	24	,016*
	İzlem	25	3,47	2,343				
Olumsuz Duygu ve Düşünce Değişiklikler Alt Boyutu	Ön Test	25	14,84	6,296	4,611	3,185	24	,004*
	İzlem	25	10,23	7,308				
Aşırı Uyarılma Alt Boyutu	Ön Test	25	14,84	4,972	5,623	4,351	24	,000*
	İzlem	25	9,22	6,741				
Travmatik Stres Ölçeği	Ön Test	25	47,24	13,427	15,816	4,841	24	,000*
	İzlem	25	31,42	19,451				
Anksiyete Alt Boyutu	Ön Test	25	8,44	5,839	2,901	2,862	24	,009*
	İzlem	25	5,54	4,480				
Depresyon Alt Boyutu	Ön Test	25	9,56	5,945	3,295	3,675	24	,001*
	İzlem	25	6,27	5,238				
Stres Alt Boyutu	Ön Test	25	10,52	5,237	3,645	4,417	24	,000*
	İzlem	25	6,88	4,453				
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Ön Test	25	28,52	14,552	9,841	4,376	24	,000*
	İzlem	25	18,68	13,155				

*p<0,05

Yedinci tabloda çalışma grubunun ön test ve izlem puanları karşılaştırılmıştır.

Grup parametrelerine göre ön test grubunun baskılama düzeyi, izlem grubuna kıyasla anlamlı ölçüde farklı ve daha yüksek bulunmuştur ($p=,001<0,05$). Benzer şekilde ön test grubunun işlenmemiş duygu belirtileri düzeyi de izlem grubundan belirgin şekilde farklı ve daha yüksek çıkmıştır ($p=,000<0,05$). Düzenlenmemiş duygular düzeyi açısından da ön test grubu izlem grubundan anlamlı olarak farklı ve daha yüksek bir düzeye sahiptir ($p=,010<0,05$). Kaçınma düzeyi de aynı şekilde ön test grubunda izlem grubuna göre anlamlı ölçüde farklı ve yüksektir ($p=,000<0,05$). Zayıf duygusal deneyim düzeyi açısından ön test grubu izlem grubundan anlamlı ölçüde farklı ve daha yüksek bulunmuştur ($p=,000<0,05$). Duygusal işleme düzeyi de ön test grubunda izlem grubuna kıyasla anlamlı ölçüde farklı ve yüksektir ($p=,000<0,05$). Yeniden deneyimleme düzeyi açısından da ön test grubu izlem grubundan belirgin şekilde farklı ve daha yüksek çıkmıştır ($p=,000<0,05$). Kaçınma düzeyi, yine ön test grubunda izlem grubuna göre anlamlı olarak farklı ve daha yüksek bulunmuştur ($p=,016<0,05$). Olumsuz duygu ve düşünce değişiklikleri düzeyi açısından da ön test grubu izlem grubundan anlamlı ölçüde farklı ve daha yüksek bir düzeye sahiptir ($p=,004<0,05$). Aşırı uyarılma düzeyi de ön test grubunda izlem grubuna göre anlamlı ölçüde farklı ve yüksektir ($p=,000<0,05$). Travmatik stres ortalaması, ön test grubunda izlem grubundan anlamlı ölçüde farklı ve daha yüksek bulunmuştur ($p=,000<0,05$). Anksiyete ortalaması da aynı şekilde ön test grubunda izlem grubuna kıyasla anlamlı ölçüde farklı ve daha yüksek çıkmıştır ($p=,009<0,05$). Depresyon düzeyi açısından da ön test grubu izlem grubundan anlamlı ölçüde farklı ve daha yüksek bulunmuştur ($p=,001<0,05$). Stres düzeyi de benzer şekilde ön test grubunda izlem grubuna kıyasla anlamlı olarak farklı ve yüksektir ($p=,000<0,05$). Genel olarak depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri de ön test grubunda izlem grubuna göre anlamlı ölçüde farklı ve daha yüksek bulunmuştur ($p=,000<0,05$).

Tablo 3.8 Çalışma Grubu (Müdahale sonrası-İzlem) Puanlarının Karşılaştırması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	Fark	t	Sd	p
Baskılama Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	17,96	11,542	4,637	2,163	24	,041*
	İzlem	25	13,32	11,039				
İşlenmemiş Duygu Belirtileri Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	19,20	12,244	4,424	2,870	24	,008*
	İzlem	25	14,78	11,653				
Düzenlenmemiş Duygular Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	14,04	10,498	,687	,364	24	,719
	İzlem	25	13,35	11,986				
Kaçınma Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	20,68	9,105	4,048	2,554	24	,017*
	İzlem	25	16,63	11,015				
Zayıf Duygusal Deneyim Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	13,52	10,034	2,120	1,627	24	,117
	İzlem	25	11,40	10,516				
Duygusal İşleme Ölçeği	Müdahale sonrası	25	85,40	44,396	15,916	2,567	24	,017*
	İzlem	25	69,48	52,027				
Yeniden Deneyimleme Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	9,84	5,921	1,336	1,361	24	,186
	İzlem	25	8,50	4,974				
Kaçınma Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	3,72	2,407	,247	,505	24	,618
	İzlem	25	3,47	2,343				
Olumsuz Duygu ve Düşünce Değişiklikler Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	12,36	7,582	2,131	1,453	24	,159
	İzlem	25	10,23	7,308				
Aşırı Uyarılma Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	10,80	6,461	1,583	1,339	24	,193
	İzlem	25	9,22	6,741				
Travmatik Stres Ölçeği	Müdahale sonrası	25	36,72	20,723	5,296	1,421	24	,168
	İzlem	25	31,42	19,451				
Anksiyete Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	6,20	4,761	,661	,787	24	,439
	İzlem	25	5,54	4,480				
Depresyon Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	7,04	5,427	,775	,851	24	,403
	İzlem	25	6,27	5,238				
Stres Alt Boyutu	Müdahale sonrası	25	8,20	5,260	1,325	1,460	24	,157
	İzlem	25	6,88	4,453				
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Müdahale sonrası	25	21,44	14,113	2,761	1,133	24	,268
	İzlem	25	18,68	13,155				

*p<0,05

Sekizinci tabloda çalışma grubunun müdahale sonrası ve izlem puanları karşılaştırılmıştır.

Grup parametrelerine göre müdahale sonrası grubunun baskılama düzeyi izlem grubuna kıyasla anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur ($p=,041<0,05$). İşlenmemiş duygu belirtileri açısından da müdahale sonrası grubunun düzeyleri izlem grubuna göre belirgin şekilde farklı ve yüksektir ($p=,008<0,05$). Düzenlenmemiş duygular düzeyi ise gruplar arasında anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=,719>0,05$). Müdahale sonrası grubunun kaçınma düzeyi izlem grubuna göre anlamlı ve yüksek bir farklılık sergilemektedir ($p=,017<0,05$). Zayıf duygusal deneyim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,117>0,05$). Müdahale sonrası grubunun duygusal işleme düzeyi izlem grubuna kıyasla anlamlı ölçüde farklı ve yüksektir ($p=,017<0,05$). Ancak yeniden deneyimleme düzeyi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,186>0,05$). Kaçınma düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,618>0,05$). Olumsuz duygu ve düşünce değişiklikleri düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemektedir ($p=,159>0,05$). Aşırı uyarılma düzeyi de gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,193>0,05$). Travmatik stres düzeyi bakımından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,168>0,05$). Anksiyete düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,439>0,05$). Depresyon düzeyi bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir ($p=,403>0,05$). Stres düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,157>0,05$). Genel olarak depresyon, anksiyete ve stres toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=,268>0,05$).

Tablo 3.9 Kontrol Grubu (Ön Test- Müdahale sonrası) Puanlarının Karşılaştırması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	Fark	t	Sd	p
Baskılama Alt Boyutu	Ön Test	26	28,88	10,351	2,154	1,528	25	,139
	Müdahale sonrası	26	26,73	10,212				
İşlenmemiş Duygu Belirtileri Alt Boyutu	Ön Test	26	31,23	10,184	,538	,269	25	,790
	Müdahale sonrası	26	30,69	9,971				
Düzenlenmemiş Duygular Alt Boyutu	Ön Test	26	24,19	11,953	3,231	1,804	25	,083
	Müdahale sonrası	26	20,96	10,429				
Kaçınma Alt Boyutu	Ön Test	26	31,42	5,637	2,500	1,407	25	,172
	Müdahale sonrası	26	28,92	9,604				
Zayıf Duygusal Deneyim Alt Boyutu	Ön Test	26	25,15	8,965	-1,346	-,677	25	,505
	Müdahale sonrası	26	26,50	11,707				
Duygusal İşleme Ölçeği	Ön Test	26	140,88	35,866	7,077	1,300	25	,205
	Müdahale sonrası	26	133,81	36,922				
Yeniden Deneyimleme Alt Boyutu	Ön Test	26	12,92	4,586	-1,038	-1,322	25	,198
	Müdahale sonrası	26	13,96	3,638				
Kaçınma Alt Boyutu	Ön Test	26	5,54	1,816	-,308	-1,322	25	,198
	Müdahale sonrası	26	5,85	1,592				
Olumsuz Duygu ve Düşünce Değişiklikler Alt Boyutu	Ön Test	26	17,27	5,243	-,308	-,764	25	,452
	Müdahale sonrası	26	17,08	5,283				
Aşırı Uyarılma Alt Boyutu	Ön Test	26	15,50	4,718	,192	,183	25	,856
	Müdahale sonrası	26	14,46	5,093				
Travmatik Stres Ölçeği	Ön Test	26	51,23	13,964	1,038	1,473	25	,153
	Müdahale sonrası	26	51,35	13,221				
Anksiyete Alt Boyutu	Ön Test	26	10,46	5,353	-,115	-,061	25	,952
	Müdahale sonrası	26	10,96	4,712				
Depresyon Alt Boyutu	Ön Test	26	11,85	5,312	-,500	-,545	25	,590
	Müdahale sonrası	26	11,85	5,460				
Stres Alt Boyutu	Ön Test	26	11,38	4,708	,000	,000	25	1,000
	Müdahale sonrası	26	11,15	5,151				
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Ön Test	26	33,69	14,175	,231	,261	25	,796
	Müdahale sonrası	26	33,96	12,628				

*p<0,05

Dokuzuncu tabloda kontrol grubunun ön test ve müdahale sonrası puanları karşılaştırılmıştır.

Grup parametrelerine göre baskılama düzeyi anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,139>0,05$). İşlenmemiş duygu belirtileri düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,790>0,05$). Düzenlenmemiş duygular düzeyi de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,083>0,05$). Kaçınma düzeyi bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,172>0,05$). Zayıf duygusal deneyim düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,505>0,05$). Duygusal işleme toplam puanı da gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,205>0,05$). Yeniden deneyimleme düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,198>0,05$). Kaçınma düzeyi için de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,198>0,05$). Olumsuz duygu ve düşünce değişiklikleri düzeyi bakımından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,452>0,05$). Aşırı uyarılma düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemektedir ($p=,856>0,05$). Travmatik stres toplam puanı bakımından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=,153>0,05$). Anksiyete düzeyi açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,952>0,05$). Depresyon düzeyi bakımından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,590>0,05$). Stres düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=1,000>0,05$). Genel olarak depresyon, anksiyete ve stres toplam puanı açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemektedir ($p=,796>0,05$).

Tablo 3.10 Kontrol Grubu (Ön Test-İzlem) Puanlarının Karşılaştırması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	Fark	t	Sd	p
Baskılama Alt Boyutu	Ön Test	26	28,88	10,351	1,689	,946	25	,353
	İzlem	26	27,20	10,050				
İşlenmemiş Duygu Belirtileri Alt Boyutu	Ön Test	26	31,23	10,184	-,170	-,099	25	,922
	İzlem	26	31,40	12,498				
Düzenlenmemiş Duygular Alt Boyutu	Ön Test	26	24,19	11,953	1,507	,816	25	,422
	İzlem	26	22,69	11,181				
Kaçınma Alt Boyutu	Ön Test	26	31,42	5,637	2,200	1,548	25	,134
	İzlem	26	29,22	8,676				
Zayıf Duygusal Deneyim Alt Boyutu	Ön Test	26	25,15	8,965	-1,731	-,948	25	,352
	İzlem	26	26,88	11,072				
Duygusal İşleme Ölçeği	Ön Test	26	140,88	35,866	3,496	,694	25	,494
	İzlem	26	137,39	42,316				
Yeniden Deneyimleme Alt Boyutu	Ön Test	26	12,92	4,586	-1,677	-2,279	25	,031*
	İzlem	26	14,60	3,765				
Kaçınma Alt Boyutu	Ön Test	26	5,54	1,816	-,609	-1,610	25	,120
	İzlem	26	6,15	1,786				
Olumsuz Duygu ve Düşünce Değişiklikler Alt Boyutu	Ön Test	26	17,27	5,243	-1,758	-1,222	25	,233
	İzlem	26	19,03	7,193				
Aşırı Uyarılma Alt Boyutu	Ön Test	26	15,50	4,718	-,016	-,021	25	,983
	İzlem	26	15,52	5,237				
Travmatik Stres Ölçeği	Ön Test	26	51,23	13,964	-4,061	-1,720	25	,098
	İzlem	26	55,29	15,301				
Anksiyete Alt Boyutu	Ön Test	26	10,46	5,353	-1,595	-1,807	25	,083
	İzlem	26	12,06	6,126				
Depresyon Alt Boyutu	Ön Test	26	11,85	5,312	-2,140	-2,573	25	,016*
	İzlem	26	13,99	5,821				
Stres Alt Boyutu	Ön Test	26	11,38	4,708	-1,457	-1,871	25	,073
	İzlem	26	12,84	5,254				
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Ön Test	26	33,69	14,175	-5,192	-2,464	25	,021*
	İzlem	26	38,88	15,157				

*p<0,05

Onuncu tabloda kontrol grubunun ön test ve izlem puanları karşılaştırılmıştır.

Grup parametrelerine göre baskılama düzeyi anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,353>0,05$). İşlenmemiş duygu belirtileri düzeyi de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=,922>0,05$). Düzenlenmemiş duygular düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,422>0,05$). Kaçınma düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=,134>0,05$). Zayıf duygusal deneyim düzeyi de gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,352>0,05$). Duygusal işleme toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,494>0,05$). Ancak izlem grubunun yeniden deneyimleme düzeyi ön test grubuna kıyasla anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek bulunmuştur ($p=,031<0,05$). Kaçınma düzeyi açısından ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=,120>0,05$). Olumsuz duygu ve düşünce değişiklikleri düzeyi de gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,233>0,05$). Aşırı uyarılma düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,983>0,05$). Travmatik stres toplam puanı bakımından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=,098>0,05$). Anksiyete düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=,083>0,05$). Ancak izlem grubunun depresyon düzeyi, ön test grubuna göre anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek bulunmuştur ($p=,016<0,05$). Stres düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,073>0,05$). Genel olarak izlem grubunun depresyon, anksiyete ve stres toplam puanı, ön test grubuna kıyasla anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek bulunmuştur ($p=,021<0,05$).

Tablo 3.11 Kontrol Grubu (Müdahale sonrası-İzlem) Puanlarının Karşılaştırması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	Fark	t	Sd	p
Baskılama Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	26,73	10,212	-465	-231	25	,819
	İzlem	26	27,20	10,050				
İşlenmemiş Duygu Belirtileri Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	30,69	9,971	-708	-291	25	,774
	İzlem	26	31,40	12,498				
Düzenlenmemiş Duygular Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	20,96	10,429	-	-913	25	,370
	İzlem	26	22,69	11,181				
Kaçınma Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	28,92	9,604	-300	-142	25	,888
	İzlem	26	29,22	8,676				
Zayıf Duygusal Deneyim Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	26,50	11,707	-385	-200	25	,843
	İzlem	26	26,88	11,072				
Duygusal İşleme Ölçeği	Müdahale sonrası	26	133,81	36,922	-	-502	25	,620
	İzlem	26	137,39	42,316				
Yeniden Deneyimleme Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	13,96	3,638	-639	-	25	,313
	İzlem	26	14,60	3,765				
Kaçınma Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	5,85	1,592	-301	-803	25	,430
	İzlem	26	6,15	1,786				
Olumsuz Duygu ve Düşünce Değişiklikler Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	17,08	5,283	-	-	25	,184
	İzlem	26	19,03	7,193				
Aşırı Uyarılma Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	14,46	5,093	-	-	25	,262
	İzlem	26	15,52	5,237				
Travmatik Stres Ölçeği	Müdahale sonrası	26	51,35	13,221	-	-	25	,146
	İzlem	26	55,29	15,301				
Anksiyete Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	10,96	4,712	-	-	25	,200
	İzlem	26	12,06	6,126				
Depresyon Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	11,85	5,460	-	-	25	,021*
	İzlem	26	13,99	5,821				
Stres Alt Boyutu	Müdahale sonrası	26	11,15	5,151	-	-	25	,024*
	İzlem	26	12,84	5,254				
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Müdahale sonrası	26	33,96	12,628	-	-	25	,022*
	İzlem	26	38,88	15,157				

*p<0,05

On birinci tabloda kontrol grubunun müdahale sonrası ve izlem puanları karşılaştırılmıştır.

Grup parametrelerine göre baskılama düzeyi anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,819>0,05$). Benzer şekilde işlenmemiş duygu belirtileri düzeyi de gruplar arasında anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=,774>0,05$). Düzenlenmemiş duygular düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,370>0,05$). Kaçınma düzeyi de gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,888>0,05$). Zayıf duygusal deneyim düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,843>0,05$). Duygusal işleme toplam puanı bakımından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=,620>0,05$). Yeniden deneyimleme düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=,313>0,05$). Kaçınma düzeyi bakımından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,430>0,05$). Olumsuz duygu ve düşünce değişiklikleri düzeyi de gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=,184>0,05$). Aşırı uyarılma düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=,262>0,05$). Travmatik stres toplam puanı bakımından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=,146>0,05$). Anksiyete düzeyi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=,200>0,05$). Ancak izlem grubunun depresyon düzeyi müdahale sonrası grubuna kıyasla anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek bulunmuştur ($p=,021<0,05$). Ayrıca izlem grubunun stres düzeyi de müdahale sonrası grubuna göre anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek bulunmuştur ($p=,024<0,05$). Genel olarak izlem grubunun depresyon, anksiyete ve stres toplam puanı, müdahale sonrası grubuna kıyasla anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek bulunmuştur ($p=,022<0,05$).

Tablo 3.12 Cinsiyete Göre Çalışma ve Kontrol Grubunun Karşılaştırması

Ölçek Çalışma	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	Kadın	23	129,30	44,441	-,501	23	,616
	Erkek	2	124,50	7,778			
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	Kadın	23	47,91	13,804	-1,103	23	,270
	Erkek	2	39,50	2,121			
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Kadın	23	28,83	15,147	-,451	23	,652
	Erkek	2	25,00	2,828			
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Kadın	23	85,65	46,320	,000	23	1,000
	Erkek	2	82,50	9,192			
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	Kadın	23	35,87	20,975	-,651	23	,515
	Erkek	2	46,50	20,506			
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Kadın	23	21,61	14,553	-,150	23	,880
	Erkek	2	19,50	10,607			
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	Kadın	23	72,31	53,250	-,802	23	,423
	Erkek	2	37,00	16,971			
	Erkek	2	5,50	2,121			
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	Kadın	23	32,59	19,852	-1,153	23	,249
	Erkek	2	18,00	4,243			
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Kadın	23	19,26	13,548	-,852	23	,394
	Erkek	2	12,00	4,243			
Ölçek Kontrol	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	Kadın	24	143,38	35,000	-1,251	24	,211
	Erkek	2	111,00	45,255			
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	Kadın	24	52,13	13,769	-1,059	24	,290
	Erkek	2	40,50	16,263			
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Kadın	24	33,79	14,228	,000	24	1,000
	Erkek	2	32,50	19,092			
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Kadın	24	136,71	36,408	-1,443	24	,149
	Erkek	2	99,00	31,113			
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	Kadın	24	52,58	12,635	-1,445	24	,148
	Erkek	2	36,50	14,849			
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Kadın	24	34,83	12,624	-1,253	24	,210
	Erkek	2	23,50	9,192			
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	Kadın	24	140,21	36,992	-,481	24	,630
	Erkek	2	103,50	103,945			
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	Kadın	24	56,86	12,271	-,674	24	,500
	Erkek	2	36,50	40,305			
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Kadın	24	39,67	14,548	-,867	24	,386
	Erkek	2	29,50	26,163			

*p<0,05

On ikinci tabloda cinsiyete göre çalışma ve kontrol grubunun karşılaştırması verilmiştir.

Çalışma grubu ve kontrol grubu arasındaki karşılaştırmada, her iki grupta da ön test döneminde duygusal işleme toplam puanları (p=0,616; p=0,211), travmatik stres toplam puanları (p=0,270 ve p=0,290) ve depresyon, anksiyete, stres toplam puanları

($p=0,652$ ve $p=1,000$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Müdahale sonrası dönemde ise her iki grupta da duygusal işleme toplam puanları ($p=1,000$ ve $p=0,149$), travmatik stres toplam puanları ($p=0,515$ ve $p=0,148$) ve depresyon, anksiyete, stres toplam puanları ($p=0,880$ ve $p=0,210$) açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. İzlem döneminde de her iki grupta duygusal işleme toplam puanları ($p=0,423$ ve $p=0,630$), travmatik stres toplam puanları ($p=0,249$ ve $p=0,500$) ve depresyon, anksiyete, stres toplam puanları ($p=0,394$ ve $p=0,386$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, çalışma ve kontrol gruplarının incelenen değişkenler açısından benzer sonuçlar sergilediğini göstermektedir.

Tablo 3.13 Enkazda Kalma Deneyimine Göre Çalışma ve Kontrol Grubunun Karşılaştırması

Ölçek Çalışma	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	Var	5	145,00	39,541	-,612	23	,541
	Yok	20	124,90	43,337			
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	Var	5	54,00	6,745	-1,122	23	,262
	Yok	20	45,55	14,251			
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Var	5	35,20	6,907	-1,462	23	,144
	Yok	20	26,85	15,581			
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Var	5	96,80	63,350	-,612	23	,541
	Yok	20	82,55	40,026			
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	Var	5	36,00	26,796	-,034	23	,973
	Yok	20	36,90	19,777			
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Var	5	24,60	16,025	-,510	23	,610
	Yok	20	20,65	13,937			
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	Var	5	72,42	51,811	-,374	23	,709
	Yok	20	68,75	53,396			
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	Var	5	36,12	15,088	-,918	23	,359
	Yok	20	30,25	20,560			
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Var	5	24,20	5,445	-2,006	23	,045*
	Yok	20	17,30	14,224			
Ölçek Kontrol	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	Var	5	165,60	26,063	-1,822	24	,068
	Yok	21	135,00	35,819			
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	Var	5	63,40	10,213	-2,214	24	,027*
	Yok	21	48,33	13,305			
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Var	5	47,80	5,404	-2,576	24	,010*
	Yok	21	30,33	13,555			
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Var	5	153,20	22,554	-1,269	24	,205
	Yok	21	129,19	38,547			
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	Var	5	59,00	8,602	-1,498	24	,134
	Yok	21	49,52	13,622			
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Var	5	40,00	9,028	-1,238	24	,216
	Yok	21	32,52	13,106			
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	Var	5	158,80	20,340	-1,107	24	,268
	Yok	21	132,29	44,873			
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	Var	5	65,40	10,065	-1,986	24	,047*
	Yok	21	52,89	15,517			
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Var	5	50,80	6,723	-1,922	24	,055
	Yok	21	36,05	15,302			

*p<0,05

On üçüncü tabloda enkazda kalma deneyimine göre çalışma ve kontrol grubunun karşılaştırması verilmiştir.

Çalışma grubu ve kontrol grubu arasındaki karşılaştırmada, her iki grupta da ön test döneminde duygusal işleme toplam puanları (p=0,541 ve p=0,068) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak ön test travmatik stres toplam

puanı açısından enkazda kalan katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,027$). Ön test depresyon, anksiyete, stres toplam puanları ise çalışma grubunda ($p=0,144$) ve kontrol grubunda ($p=0,010$) enkazda kalan katılımcılar açısından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Müdahale sonrası dönemde ise her iki grupta da duygusal işleme toplam puanları ($p=0,541$ ve $p=0,205$), travmatik stres toplam puanları ($p=0,973$ ve $p=0,134$) ve depresyon, anksiyete, stres toplam puanları ($p=0,610$ ve $p=0,216$) açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İzlem döneminde ise duygusal işleme toplam puanları ($p=0,709$ ve $p=0,268$) ve depresyon, anksiyete, stres toplam puanları ($p=0,045$ ve $p=0,055$) açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Ancak izlem travmatik stres düzeyi çalışma grubunda enkazda kalan katılımcılarda kontrol grubundaki katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,047$). Bu bulgular, çalışma ve kontrol gruplarının incelenen değişkenler açısından farklılık gösterdiğini ve özellikle travmatik stres ve duygusal belirtiler açısından enkazda kalan katılımcıların daha belirgin bir yük taşıdığını ortaya koymaktadır.

Tablo 3.14 Eğitim Durumuna Göre Çalışma ve Kontrol Grubunun Karşılaştırması

Ölçek Çalışma	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	Lise ve altı	14	145,71	35,510	-1,917	23	,055
	Ön lisans ve üstü	11	107,55	42,646			
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	Lise ve altı	14	52,00	9,600	-1,891	23	,059
	Ön lisans ve üstü	11	41,18	15,517			
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Lise ve altı	14	34,36	13,793	-2,192	23	,028*
	Ön lisans ve üstü	11	21,09	12,349			
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Lise ve altı	14	97,29	46,061	-1,451	23	,147
	Ön lisans ve üstü	11	70,27	39,023			
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	Lise ve altı	14	35,00	21,397	-,493	23	,622
	Ön lisans ve üstü	11	38,91	20,642			
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Lise ve altı	14	21,93	15,682	-,082	23	,934
	Ön lisans ve üstü	11	20,82	12,552			
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	Lise ve altı	14	83,44	56,495	-1,397	23	,163
	Ön lisans ve üstü	11	51,73	41,567			
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	Lise ve altı	14	37,19	18,992	-1,862	23	,063
	Ön lisans ve üstü	11	24,09	18,262			
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Lise ve altı	14	22,64	14,949	-1,617	23	,106
	Ön lisans ve üstü	11	13,64	8,652			
Ölçek Kontrol	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	Lise ve altı	17	146,88	34,462	-1,186	24	,236
	Ön lisans ve üstü	9	129,56	37,733			
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	Lise ve altı	17	53,76	13,344	-1,456	24	,145
	Ön lisans ve üstü	9	46,44	14,621			
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Lise ve altı	17	35,82	13,282	-1,432	24	,152
	Ön lisans ve üstü	9	29,67	15,724			
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Lise ve altı	17	144,29	30,018	-1,752	24	,080
	Ön lisans ve üstü	9	114,00	42,223			
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	Lise ve altı	17	53,06	12,745	-,674	24	,500
	Ön lisans ve üstü	9	48,11	14,260			
	Ön lisans ve üstü	9	10,56	5,503			
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Lise ve altı	17	36,59	10,972	-1,242	24	,214
	Ön lisans ve üstü	9	29,00	14,671			
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	Lise ve altı	17	138,65	39,116	-,054	24	,957
	Ön lisans ve üstü	9	135,00	50,257			

İzlem Travmatik Stres Ölçeği	Lise ve altı	17	57,09	12,749	-,485	24	,627
	Ön lisans ve üstü	9	51,89	19,662			
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Lise ve altı	17	41,76	13,724	-1,052	24	,293
	Ön lisans ve üstü	9	33,44	17,038			

*p<0,05

On dördüncü tabloda eğitim durumuna göre çalışma ve kontrol grubunun karşılaştırması verilmiştir.

Çalışma grubu ve kontrol grubu bulguları karşılaştırıldığında, her iki grupta da ön test döneminde duygusal işleme toplam puanları ($p=0,055$ ve $p=0,236$) travmatik stres toplam puanları ($p=0,059$ ve $p=0,145$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Ancak ön test depresyon, anksiyete, stres toplam puanları bakımından lise ve altı düzeydeki katılımcılar ile ön lisans ve üstü düzeydeki katılımcılar arasında çalışma grubunda ($p=0,028$) ve kontrol grubunda ($p=0,010$) anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Müdahale sonrası dönemde her iki grupta da duygusal işleme toplam puanları ($p=0,147$ ve $p=0,080$), travmatik stres toplam puanları ($p=0,622$ ve $p=0,500$) ve depresyon, anksiyete, stres toplam puanları ($p=0,934$ ve $p=0,214$) açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İzlem döneminde ise duygusal işleme toplam puanları ($p=0,163$ ve $p=0,957$), travmatik stres toplam puanları ($p=0,063$ ve $p=0,627$) ve depresyon, anksiyete, stres toplam puanları ($p=0,106$ ve $p=0,293$) açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bu bulgular, çalışma ve kontrol gruplarının incelenen değişkenler açısından benzer eğilimler sergilediğini ancak ön test döneminde eğitim düzeyine göre belirli psikolojik belirtilerde farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 3.15 Çalışma Grubu Ön Test Ölçek Puanları Korelasyon Analizi

	Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	1		
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	,757** ,000	1	
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	,718** ,000	,724** ,000	1

**p<0,01 *p<0,05

On beşinci tabloda çalışma grubu ön test puanlarına göre duygusal işlemlenin travmatik stres, depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisi verilmiştir.

Ön test duygusal işleme düzeyi ile ön test travmatik stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,757$; $p=,000$). Ön test duygusal işleme düzeyi ile ön test depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,718$; $p=,000$). Ön test travmatik stres düzeyi ile ön test depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,724$; $p=,000$).

Tablo 3.16 Çalışma Grubu Müdahale sonrası Ölçek Puanları Korelasyon Analizi

	Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	1		
Müdahale sonrası Travmatik Stres Ölçeği	,752** ,000	1	
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	,711** ,000	,884** ,000	1

**p<0,01 *p<0,05

On altıncı tabloda çalışma grubu müdahale sonrası puanlarına göre duygusal işlemlenin travmatik stres, depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisi verilmiştir.

Müdahale sonrası duygusal işleme düzeyi ile müdahale sonrası travmatik stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,752$; $p=,000$). Müdahale sonrası duygusal işleme düzeyi ile müdahale sonrası depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,71$; $p=,000$). Müdahale sonrası travmatik stres düzeyi ile müdahale sonrası depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,884$; $p=,000$).

Tablo 3.17 Çalışma Grubu İzlem Ölçek Puanları Korelasyon Analizi

	İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	İzlem Travmatik Stres Ölçeği	İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	1		
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	,744** ,000	1	
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	,699** ,000	,857** ,000	1

**p<0,01 *p<0,05

On yedinci tabloda çalışma grubu izlem puanlarına göre duygusal işlemlenin travmatik stres, depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisi verilmiştir.

İzlem duygusal işleme düzeyi ile izlem travmatik stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,744$; $p=,000$). İzlem duygusal işleme düzeyi ile izlem depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,699$; $p=,000$). İzlem travmatik stres düzeyi ile izlem depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,857$; $p=,000$).

Tablo 3.18 Kontrol Grubu Ön Test Ölçek Puanları Korelasyon Analizi

	Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
Ön Test Duygusal İşleme Ölçeği	1		
Ön Test Travmatik Stres Ölçeği	,776** ,000	1	
Ön Test Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	,611** ,001	,755** ,000	1

**p<0,01 *p<0,05

On sekizinci tabloda kontrol grubu ön test puanlarına göre duygusal işlemlenin travmatik stres, depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisi verilmiştir.

Ön test duygusal işleme düzeyi ile ön test travmatik stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,776$; $p=,000$). Ön test duygusal işleme düzeyi ile ön test depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,611$; $p=,001$). Ön test travmatik stres düzeyi ile ön test depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,755$; $p=,000$).

Tablo 3.19 Kontrol Grubu Müdahale sonrası Ölçek Puanları Korelasyon Analizi

	Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	1		
Müdahale sonrası Duygusal İşleme Ölçeği	,783** ,000	1	
Müdahale sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	,861** ,000	,759** ,000	1

**p<0,01 *p<0,05

On dokuzuncu tabloda kontrol grubu müdahale sonrası puanlarına göre duygusal işlemlenin travmatik stres, depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisi verilmiştir.

Müdahale sonrası duygusal işleme düzeyi ile müdahale sonrası travmatik stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,783$; $p=,000$). Müdahale sonrası duygusal işleme düzeyi ile müdahale sonrası depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,861$; $p=,000$). Müdahale sonrası travmatik stres düzeyi ile müdahale sonrası depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,759$; $p=,000$).

Tablo 3.20 Kontrol Grubu İzlem Ölçek Puanları Korelasyon Analizi

	İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	İzlem Travmatik Stres Ölçeği	İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
İzlem Duygusal İşleme Ölçeği	1		
İzlem Travmatik Stres Ölçeği	,816** ,000	1	
İzlem Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	,793** ,000	,698** ,000	1

**p<0,01 *p<0,05

Yirminci tabloda kontrol grubu izlem puanlarına göre duygusal işlemlenin travmatik stres, depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisi verilmiştir.

İzlem duygusal işleme düzeyi ile izlem travmatik stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,816$; $p=,000$). İzlem duygusal işleme düzeyi ile izlem depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,793$; $p=,000$). İzlem travmatik stres düzeyi ile izlem depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=,698$; $p=,000$).

4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. TARTIŞMA

Deprem deneyimlemiş 51 kişiden (25 çalışma ve 26 kontrol) oluşan, EMDR Flash Tekniğın TSSB, kaygı ile depresyon belirtileri üzerindeki etkisini ve bu etkinin duygusal işleme düzeyi ile ilişkisini incelediğimiz bu çalışmada; 3 seans şeklinde düzenlenen EMDR Flash Teknik uygulamasın TSSB, depresyon ve kaygı belirtileri üzerine anlamlı düzeyde etkili olduğunu saptadık. Bununla birlikte çalışma grubunda bu puanlardaki düşüşün kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu gördük. Üstelik izlem ölçümlerinde çalışma grubunda olan bireylerin ölçek puanlarındaki düşüşün 1 ay sonra da devam ettiğini ancak kontrol grubunda bazı belirti puanlarının anlamlı olarak daha kötüye gittiğini saptadık. Ayrıca hem çalışma hem kontrol grubunda belirti ölçek puanları ile duygusal işleme ölçek puanları arasında anlamlı şekilde ve güçlü düzeyde bir ilişki olduğunu gördük. Bu anlamda, Flash Tekniğın bu belirtiler üzerine etkisini inceleyen çalışma sayısının sınırlılığı nedeniyle çalışmamızın önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Bulguları tartışmaya başlamadan önce katılımcıların çalışma ve kontrol gruplarına dağılım sonuçlarına baktığımızda çalışma ve kontrol grubu dağılım açısından benzerlik gösterdiğini ifade etmek isteriz. Bu da uygulamadan önce gruplar arası katılımcıların benzer rahatsızlık düzeyine sahip oldukları yorumunu yapmamızı sağlamaktadır. Ayrıca çalışmamızda cinsiyet faktörünü grup içi ve gruplar arası incelediğimizde herhangi bir faktörle anlamlı bir farkı bulunmamıştır. Kadınlar ve erkekler arasında depresyon, kaygı, stres ve duygusal işleme düzeyleri arasında bir farklılık görülmemiştir. Anlamlı bir farklılık olmasa bile genel toplam puanlara ve alt boyutların puanlarına bakıldığında kadınların toplam puanları erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Uygulama sonrası iyileşme durumunda da benzer şekillerde bir iyileşme gözlenmiştir.

Eğitim durumunun bir farklılık yaratıp yaratmayacağını değerlendirmek amaçlı kişilerin eğitim durumunu lise ve altı ile ön lisans ve üstü olarak iki kategoride ele aldık. Çalışmamızda eğitim durumunun çalışma grubunun Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği toplam puanı dışında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ön lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların depresyon, kaygı ve stres düzeyleri lise ve altı eğitim durumuna sahip olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır. Bu farklılığın anlamlı etkiyi karıştıracak potansiyele sahip bir farklılık olduğu düşünölmemiştir.

Çalışmamız deprem bölgesinde yapılan bir çalışma olmasından kaynaklı bizler için enkazda kalma deneyiminin hem psikopatolojik belirti düzeyleri hem müdahale etkinlik seviyesi açısından anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmayacağı sorguladığımız önemli konulardan biriydi. Çalışma grubunun %20'si (n=5) kontrol grubunun %19,2'si (n=5) enkazda kalma deneyimi yaşadığını belirtmiştir. Çalışma grubunun uygulama sonrası izlem değerlendirme ölçümünde enkazda kalma deneyimi olan katılımcıların enkaz deneyimi olmayan katılımcıların Depresyon, Kaygı ve Stres Ölçek toplam puanı açısından anlamlı ve yüksek bir farklılık göstermektedir. Enkazda kalma deneyimi olmayan katılımcıların uygulama öncesinde alınan Travmatik Stres ve Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeklerinden alınan toplam puanlar açısından anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Uygulama sonrasında izlem değerlendirme ölçümünde Travmatik Stres Ölçeği toplam puanı için anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu kısımlardan özetle enkazda kalma deneyimi olan kişilerin depresyon, kaygı ve stres semptomları gösterme düzeyleri enkazda kalmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olmaktadır. Anlamlı farklılık göstermeyen bulgular dahi incelendiğinde her bir ölçek ve değerlendirme için enkazda kalma deneyimi olan kişilerin toplam puanları enkaz deneyimi olmayan kişilere oranla daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamızdaki önemli bulgulardan biri Flash Teknik uygulamasının hem enkaz deneyimi olanlarda hem olmayanlarda anlamlı düzeyde belirti azalmasını sağlamış olmasıdır. Böylesine yıkıcı bir felaketten sonra enkazda kalma deneyimi olan kişiler ne yazık ki çok fazladır ve ne yazık ki enkaz deneyimi olan bireylerle travma odaklı müdahaleler hem zor uygulanan hem farklı zorluklar nedeniyle (dissosiyatif amnezi, kaçınma vb.) etkisi

sınırlı müdahaleler olmaktadır. Çalışmamız enkaz deneyimi gibi yoğun rahatsızlık yaratan veya kişilerin çalışırken zorlanacağı, yoğun kaçınma gösterebileceği konularda özellikle Flash Teknik gibi daha olumlu anılar ve duygularla çalışan ve olumsuz anıların duygu yükü ile canlılığı üzerinde olumlu etkiler yaratan müdahale tekniklerinin etkin şekilde kullanılabilceğini düşündürmektedir (Brouwers vd., 2021; Manfield vd., 2017).

Çalışmamızda, flash teknik uygulanan grupta kaygı belirtilerinin anlamlı şekilde azaldığını ve bir aylık izlemde de halen azalmış şekilde devam ettiğini gördük. Müdahale öncesinde çalışma grubunun kaygı düzeyi puan ortalaması 8,44 iken uygulamadan sonraki ölçümde 6,20 ve uygulamadan sonraki 1 aylık izlem ölçümünde 5,54'e düşmüştür ($p=,009<0,05$). Üstelik bu azalma kontrol grubuna göre de anlamlı çıkmıştır. Bu bulgu ile I. hipotezimiz doğrulanmıştır. Ne yazık ki müdahale öncesinde kontrol grubun kaygı düzeyi ortalaması 10,46 iken uygulamadan sonraki bir haftalık takip ölçümünden sonra 10,96 ve uygulamadan sonraki 1 aylık takip ölçümünden sonra bu düzey 12,06'ya yükselmiştir. EMDR standart protokol uygulamasının kaygı belirtileri üzerine etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (Yunitri vd., 2020; Rathsclag & Memmert, 2014; Gauvreau & Bouchard, 2008; Cook-Vienot & Taylor, 2012). Ayrıca Horst ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada panik bozukluğu tedavisinde BDT ve EMDR tedavi yöntemlerinin etkililik düzeyini karşılaştırmışlardır ve EMDR'nin BDT kadar etkili olduğunu göstermişlerdir (Horst vd., 2017). Ancak Flash Teknik Protokolünün kaygı belirtileri üzerine etkisini ortaya koyan çalışma sayısı çok azdır. Yaşar ve arkadaşları (2022) Flash Tekniğinin trafik kazası yaşamış kişilerde kaygı belirtilerini azalttığını bildirirken Avcı (2023) sınava hazırlanan ergen yaş grubunda sınav kaygısı belirtileri üzerine etkili olduğunu göstermiştir (Yaşar vd., 2022; Avcı, 2023). Alan yazın taramasından bildiğimiz kadarıyla, çalışmamız Flash Teknik protokolünün deprem travması yaşamış bireylerin kaygı düzeyini azaltmada etkin olduğunu gösteren ilk çalışmadır

Çalışma grubunda çalışmamızın bir diğer hipotezi olan depresyon belirti düzeylerinde de kaygı belirti düzeylerine benzer bulgular elde edilmiştir. Flash

Teknik uygulanan grupta depresyon belirtilerinin anlamlı şekilde azaldığını gördük. Müdahale öncesinde çalışma grubunun depresyon düzeyi ortalaması 9,56 iken bu düzey uygulamadan sonraki ölçümde 7,04 ve uygulamadan sonraki 1 aylık takip ölçümünde 6,27'ye inmiştir ($p=,001<0,05$). Üstelik bu azalma kontrol grubuna göre de anlamlı çıkmıştır. Müdahale öncesinde kontrol grubunun depresyon düzeyi ortalaması 11,85 iken uygulamadan sonraki tarihe denk gelen ölçümde 11,85 olarak saptanmış, ancak ne yazık ki uygulamadan sonraki 1 aylık takip ölçümüne denk gelen zamanda 13,99'a yükseldiği görülmüştür. Çalışmamızın bu bulgusu, İnci ve arkadaşlarının (2024) ergenlerin depresyon belirtilerini Flash teknik ile çalışmış olup 12 haftalık takipte katılımcıların depresyon toplam puanlarında anlamlı bir düşüş olduğunu gösterdikleri çalışmadaki etkiye benzerdir (İnci İzmir & Çitil Akyol, 2024). EMDR terapisinin depresyon belirtileri üzerinde etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (Jahanfar vd., 2020; Hase vd., 2015; Acarturk vd., 2016). Bizzat EMDR Avrupa Derneği tarafından oluşturulan depresyon çalışma grubunun yaptığı çok merkezli randomize kontrollü çalışmada EMDR standart protokolünün depresyon belirtileri üzerine anlamlı düzeyde etkili olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışma da EMDR terapisinin özellikle çocukluk çağı travması yaşamış bireylerde ya da duygusal şiddet sonrası tetiklenmiş depresif ataklarda Bilişsel Davranışçı Terapi kadar etkili olduğu vurgulanmıştır (Ostacoli vd., 2018). Başka bir çalışmada ise EMDR terapisinin travma sonrası gelişen depresyon belirtileri üzerine Travma Odaklı BDT den daha etkili olduğu öne sürülmüştür (Minelli vd., 2019). Ayrıca Hase ve arkadaşları (2018) depresyon tanısı almış 30 kişiyle yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında standart tedaviye ek olarak EMDR terapisi uygulanan çalışma grubunda EMDR terapisinin depresyon tedavisinde standart tedaviye ek fayda sağlayabileceği yönünde sonuçlar bildirmişlerdir (Hase vd., 2018b). Bu çalışmaya benzer bir çalışma da Hoffman ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmış ve bu sonucu destekler bulgular elde etmişlerdir (Hofmann vd., 2014). Ancak yine Flash Teknik uygulamasının depresyon belirtileri üzerine etkili olduğunu gösteren çalışma sayısı çok azdır. Çalışmamızda uyguladığımız Flash Teknik protokolü yukarıda tartıştığımız ve özetlemeye çalıştığımız çalışmalarda kullanılan protokollere göre daha az seans ile uygulanmıştır. Özellikle sınırlı insan gücü

kaynağının bulunduğu afet bölgeleri için bu büyük bir avantaj oluşturmaktadır. Afet bölgelerinde EMDR terapisinin depresif belirtileri üzerine etkili olduğunu gösteren büyük örneklem sayılı randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır ancak Flash Tekniğın de bu desende çalışılması gerekmekte ve belki uygun maliyetli olması açısından avantajlı olduğu için afet bölgelerinde öncelikli olarak değerlendirilebilir.

Çalışma grubunun Stres Alt Boyut ölçek puanlarına bakıldığında kontrol grubuna göre anlamlı azalma görülmüştür. Müdahale öncesinde çalışma grubun stres düzeyi ortalaması 10,52 iken uygulamadan sonraki ölçümde 8,20 ve 1 aylık izlem ölçümünde 6,88'e inmiştir ($p=,000<0,05$). Kontrol grubunun eş zamanlı ölçümleri uygulama öncesi 11,38 iken uygulama sonrası 11,15 ve 1 aylık izlemde 12,84 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte DASS-21 ölçeğinin toplam puanı üzerinden bir değerlendirme alındığında ön test sonuçları (28,52), bir hafta sonraki ölçüm (21,44) ve bir ay sonraki (18,68) takip ölçümlerinde anlamlı bir düşüş göstermektedir. Bu da gösteriyor ki Flash Teknik uygulaması kişilerin kaygı, depresyon ve stres düzeylerini azaltmada etkili sonuçlar vadetmektedir. Çalışmamızda katılımcıların genel stres belirtileriyle birlikte yaşamış oldukları deprem travmasına bağlı travmatik stres belirtileri de ayrıca incelenmiştir.

Çalışmamızda yukarıda bahsettiğimiz travmatik stres belirtilerini ölçmek için Travmatik Stres Ölçeği kullanılmıştır ve çalışma grubunda uygulama öncesi travmatik stres belirti düzeyi ortalama puanı 47,24 olarak ölçülmüşken uygulama sonrasında 36,72 ye düşmüş ve bir aylık izlemde ise 31,42 olarak ölçülerek düşüşün bu bir ayda da devam ettiği görülmüştür. Üstelik puan düşüşleri bütün alt ölçek boyutlarında (yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılma ve duygudurum-düşünce belirtileri) görülmüştür. Kontrol grubunda ise başlangıçta görülen travmatik stres belirti düzeyi benzer zaman örüntüsün aynı seyretmiş ve hatta izlemde arttığı görülmüştür. Alan yazında EMDR standart protokol ve Flash Teknik protokolünün en çok çalışıldığı psikopatoloji travmatik strestir. Kişilerin travma sonrası semptomları üzerinde EMDR'nin etkisini inceleyen ve anlamlı sonuçlar bulan birçok araştırma da literatürde mevcuttur (Raboni vd., 2014; McLay vd., 2016; Jarero vd., 2011; Hurley, 2018; Wilson vd., 1997). Bu çalışmalardan ilk önce yapılanları deprem

travması yaşamış bireylerle olmuştur. Konuk ve arkadaşları (2006) Marmara'da 1999 yılında yaşanan depremin ardından 41 katılımcıya EMDR uygulamışlardır ve tedavi edilenlerin %92,7'sinde semptomları ortadan kaldırmak için ortalama beş adet 90 dakikalık seansın yeterli olduğunu, semptomları tümüyle ortadan kalkmayan katılımcılarda da semptomlarda azalma olduğunu göstermişlerdir (Konuk vd., 2006). Daha sonrasında geliştirilmiş EMDR grup protokolü (G-TEP) ise Orta İtalya depreminden sonra ergenlerle TSSB semptomlarını azaltmak için Maslovaric ve arkadaşları (2017) tarafından test edilmiş ve çalışmalarının ardından katılımcıların belirtilerinde önemli bir azalma olduğu bildirilmiştir (Maslovaric vd., 2017). Ayrıca EMDR terapisi farklı afet türlerinde etkinliği test edilmiş ve ülkemizde yapılan bir çalışmada Acartürk ve arkadaşları (2015) Suriye'li mülteciler arasında EMDR'nin TSSB ve depresyon semptomlarını azaltmadaki etkisini bekleme listesi durumu ile karşılaştırarak EMDR grubunun tedavi sonrası travma puanlarının ve depresyon puanlarının bekleme listesi grubuna kıyasla önemli ölçüde daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Acarturk vd., 2015). 2004 yılında Sri Lanka'da yaşanan tsunami felaketinden sonra bölgede etkilenen travma sonrası stres bozukluğu semptomları ve depresif semptomları olan yedi kişiyle EMDR terapisi çalışan Jayatunge (2008) 3-8 EMDR seansından sonra semptomlar ortadan kalktığını ve bu danışanların depresif duygularından, kaygılarından, istilacı düşüncelerinden ve kabuslarından kurtulduğunu, işlevselliklerine geri dönebildiklerini ve üretken bir yaşam sürdürebildiklerini gözlemlemiştir (Jayatunge, 2008). EMDR standart protokole benzer şekilde Flash Teknik protokolünün de en çok çalışıldığı konu travmatik stres belirtileridir. Bu konuda en kapsamlı çalışmayı tekniği geliştiren kişi olan Manfield ve arkadaşlarının (2023) Flash Tekniğinin kabul edilebilirlik, güvenlik ve etkililiğini araştırdıkları çalışmada 654 katılımcıya Flash Teknik uygulanmıştır ve uygulama sonrasında katılımcıların rahatsızlık düzeylerindeki azalma üçte ikiyi aşmıştır ve yüksek bir etki büyüklüğü sonucuna varmışlardır. Çalışmadan bir ay sonra yaptıkları izlem değerlendirmelerinde de bu etkinin korunduğunu gözlemlemiştir. Başlangıçta yüksek düzeyde anıyla ilişkili sıkıntı bildiren katılımcıların bir alt grubu ile yaptıkları 18 aylık bir takip çalışmalarında benzer faydaların korunması ve semptom azalmasının devam ettiğini aktarmışlardır (Manfield vd., 2023). Benzer

şekilde Manfield ve arkadaşları (2021) Covid-19 sürecinde çalışan 175 sağlık personeli ile Flash Tekniği grup çalışması olarak uygulamıştır. Katılımcıların stres ve rahatsızlık düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmuştur ve bu anlamlı düşüş takip ölçümünde de devam etmiştir (Manfield vd., 2021). Bunun üzerine Flash Teknik Grup Protokolü farklı travma türlerinde çalışılmıştır. Örneğin Yaşar ve arkadaşları (2021) Flash Teknik uygulamasını grup çalışması şeklinde trafik kazası yaşamış 36 katılımcıya uygulamışlardır ve travmatik anların yarattığı rahatsızlığın anlamlı olarak azaldığı sonucunu bulmuşlardır (Yaşar vd., 2021). Benzer şekilde Flash Teknik protokolünü grup çalışması olarak evsizler arasında disosiyatif bozukluk tanısı almış danışanlarla çalışan Wong (2019), danışanların uygulama sonrasında disosiyatif deneyim puanlarında ve TSSB puanlarında anlamlı bir düşüş olduğunu gözlemlemiştir (Wong, 2019). Benzer bulgular Flash Tekniğin uygulandığı Yaşar ve arkadaşları (2022) ile Gustavson ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarında tekrarlanmışlardır (Yaşar vd., 2022; Gustavson vd., 2023). Deprem gibi milyonlarca insanı etkileyen ve yoğun örselenme yaratabilen afet bölgelerinde travma terapilerine ihtiyaç çok fazla ancak bu desteği verebilecek nitelikli çalışan kaynağı çok sınırlı olmaktadır. Ayrıca afet bölgelerinde çalışan personelin travma terapisi uygulayacak şekilde kapasitesinin geliştirilmesi ayrı büyük bir zorluktur. Travma terapilerinin uzunluğu ve standart protokol azlığı bahsetmemiz gereken diğer önemli sorunlardır. EMDR R-TEP ve G-TEP gibi protokollerle birlikte Flash Teknik protokolü de bu konuda umut vadetmektedir. Hızlı ve kısa eğitimlerle afet bölgelerinde uygulanması yaygınlaştırılabilecek protokoller olup masraf-etki dengesi diğer terapi müdahaleleri ve protokollerine göre daha avantajlı görünmektedir. Tabi ki bu önerilerin desteklenmesi EMDR protokolleri ile Flash Teknik protokolünün daha çok sayıda iyi dizayn edilmiş, büyük örneklemlili, çift kör randomize kontrollü çalışmalarla hem travmatik stres belirtileri üzerine hem depresyon ve kaygı belirtileri üzerine etkilerinin çalışılması gerektiğinin farkındayız. Ancak bu çalışmada Flash Teknik Protokolünün bunun için gayet umut vadettiğini tekrar vurgulayabiliriz

Çalışmamızın önemli çıktılardan biri olan baskılama, işlenmemiş duygu belirtileri, düzenlenmemiş duygular, kaçınma ve zayıf duygusal deneyim alt boyutu olmak

üzere beş alt boyuttan oluşan duygusal işleme çalışma ve kontrol grubu açısından incelediğimizde de anlamlı bir fark bulunmaktadır. Flash Teknik uygulanan grupta uygulama öncesi alınan ölçümde toplam puan 128,92 iken uygulamadan bir hafta sonra alınan toplam puan 85,40 ve uygulamadan bir ay sonra alınan toplam puan 69,48 olarak anlamlı ve yüksek bir farklılık göstermektedir. Bu anlamlı farklılık tüm alt boyutlarda da görülmektedir. Kontrol grubunun ön-test ölçümlerine bakıldığında toplam puan 140,88 iken bir hafta sonraki ölçüm 133,81 ve bir ay sonraki ölçüm 137,39 olarak alınmıştır. Sonuçlara bakıldığında Flash Teknik uygulanan grup duygusal işleme konusunda daha rahatladıklarını söyleyebiliriz. Duygusal işleme, duygusal rahatsızlıkların emilip diğer deneyimlerin ve davranışların kesintiye uğramadan devam edebileceği ölçüde azalması süreci olarak kabul edilir (Baker vd., 2004). Bu da kişilerin günlük yaşantılarındaki işlevselliklerinin artmasına ve daha az rahatsızlık yaşamalarını destekleyen bir süreçtir.

Çalışmamızda incelemeyi hedeflediğimiz EMDR Flash Teknik uygulamasının travmatik stres, depresyon ve kaygı belirti puanları üzerine etkisi ile duygusal işleme düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon ilişkisinin olabileceği hipotezimiz çalışma bulguları ile desteklenmektedir. Flash Teknik uygulanan grubun ön değerlendirme puanları, uygulamadan 1 hafta sonrasında alınan değerlendirme puanları ve 1 ay sonrasında alınan değerlendirme puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında pozitif yönde anlamlı ve güçlü ilişki bulunmaktadır. Buradan elde edeceğimiz sonuçla travmatik stres, depresyon ve kaygı belirti puanları arttıkça duygusal işlemedeki rahatsızlık düzeyi de artmaktadır. Aynı zamanda travmatik stres, depresyon ve kaygı belirti puanları azaldıkça duygusal işlemedeki rahatsızlık düzeyi de azalmaktadır. Çalışma grubunun izlem değerlendirme puanlarına bakıldığında kişilerin rahatsızlık düzeyleri azalmıştır ve duygusal işlemedeki rahatsızlık da azalmıştır. Bu sonuçlar kontrol grubu için de pozitif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuştur. Travmatik stres, depresyon ve kaygı arttıkça duygusal işlemedeki yetersizlik artmaktadır. Yetersiz duygusal işlemenin temel ve vazgeçilmez göstergesi, takıntılar, flashbackler, kabuslar, aşırı

konuşma, bağlam veya orantısız olan uygunsuz duygusal ifadeler veya deneyimler, uyumsuz kaçınma gibi müdahaleci duygusal aktivite belirtilerinin devam etmesi veya yeniden ortaya çıkmasıdır. Dolaylı belirtiler arasında o anda yapılması gereken işe odaklanamama, huzursuzluk, sinirlilik ve travma sonrası stres bozukluğunun karakteristik özelliklerinden biri olan artmış uyarılmanın diğer göstergeleri yer almaktadır. Bu durumlar, duygusal işleme başarısızlıklarının başarılı işleme süreçlerinden daha sık ve kolaylıkla ortaya çıktığını göstermektedir. Genel olarak başarılı duygusal işleme, bireylerin önemli olaylar hakkında konuşma, görme, dinleme veya hatırlatılma süreçlerinde rahatsızlık veya kesinti yaşamadan bu deneyimlerle başa çıkabilme yetenekleri ile değerlendirilebilir (Baker vd., 2004).

4.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Teknik 18 yaş üstü bireylere uygulanmış olup çocuk ve ergen bireyler üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Oysaki çocuklar ve ergenlerin de böylesi müdahalelere ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Çalışma kısıtlı bir bölgede kısıtlı insan kaynağıyla gerçekleştirilmiştir. Bu da sınırlı sayıda kişiyle çalışmamıza neden olmuştur. Bu tekniğin daha çok kişiye uygulanması tekniğin etkililiğine dair bulguları güçlendirecektir. Uygulamayı yapan ve analiz eden araştırmacının aynı olması körlemesine bir çalışma modeli olmasının önüne geçmiştir. Çalışmanın yapıldığı bölgenin aktif deprem bölgesi olması çalışmanın yerini ve zamanını planlamayı zorlaştırmıştır. Mevcut çalışmamızın cinsiyet dağılımında erkek katılımcıların sayısı kadın katılımcıların sayısına oranla çok düşük bir seviyede kalmıştır. Bu da çalışmanın cinsiyet üzerinden yapacağı değerlendirmeleri kısıtlamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Adaptif Bilgi İşleme teorisi üzerine geliştirilen EMDR tekniğinin bir varyantı olan ve yapı taşları Manfield tarafından 2017’de atılan Flash Teknik uygulamasının deprem yaşamış kişilerle çalışılarak tekniğin depresyon, kaygı, stres ve duygusal işleme üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlandı. Çalışmamızın genel sonuçlarına baktığımızda hipotezlerimizin desteklendiğini ve kişilerin rahatsızlık düzeyleri üzerinde anlamlı iyileşmelerin gerçekleştiğini görmekteyiz. Özellikle böylesi yoğun kolektif travmaların yaşandığı olaylardan sonra bölgede hızlı ve anlamlı etki gösteren çalışmalara ihtiyaç daha da artmaktadır. Flash Teknik olumlu anılara odaklanarak çalışan bir sistem olduğundan hem uygulayıcı hem de tekniğin uygulandığı kişi tarafından çalışılması noktasında olumlu dönüşler vermektedir. Değerlendirme sonuçlarına bakıldığında çalışmamızın literatüre anlamlı bir katkı sunduğunu fakat daha çok sayıda çalışmaya ihtiyaç gerektiğini düşünmekteyiz. Dahası, Flash Tekniğin etkililiğinin farklı travma gruplarında da incelenmesi ve test edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Acartürk, C., Konuk, E., Çetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T. (2015). Emdr for syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27414>
- Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T. (2015). Emdr for syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27414>
- Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Gulen, B., & Cuijpers, P. (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46(12), 2583–2593. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001070>
- Acharya Pandey, R., Chalise, P., Khadka, S., Chaulagain, B., Maharjan, B., Pandey, J., Nepal, J., & Pandey, C. (2023). Post-traumatic stress disorder and its associated factors among survivors of 2015 earthquake in Nepal. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04836-3>
- Akdur, R. (2000). *Afetler ve afetlerde sağlık hizmetleri* (Vol. 21). Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı-3.
- Aker, A. T. (2006). 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 204–212.
- Aker, A. T. (2012). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım*. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi Yayını.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (E. Köroğlu, Ed.; 5.Baskı). Hekimler Yayın Birliği.

- Avcı, M. (2023). Sınav Kaygısı Olan Ergenlerde Flash Tekniğinin Tek Seanslık Etkisinin İncelenmesi: Bir Grup Uygulaması. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1).
- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P. W., Thomas, S., & Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1271–1287. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.002>
- Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea, A., Abbey, G., Gower, P., Tosunlar, L., Corrigan, E., & Thomas, P. W. (2012). Does CBT facilitate emotional processing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 19–37. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000895>
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 167–178. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005>
- Bedirli, B. (2014). *Deprem Travmasının Kronik Psikolojik Etkileri: Düzce Depremi'nden 14 Yıl Sonra Travma Sonrası Stres Ve Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı Ve İlişkili Risk Faktörleri*. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Boysan, M., Ozdemir, P. G., Ozdemir, O., Selvi, Y., Yilmaz, E., & Kaya, N. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 300–310. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1342769>
- Brouwers, T. C., de Jongh, A., & Matthijssen, S. J. M. A. (2021). The Effects of the Flash Technique Compared to Those of an Abbreviated Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Protocol on the Emotionality and Vividness of Aversive Memories. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.741163>
- Buydens, S. L., Wilensky, M., & Hensley, B. J. (2014). Effects of the EMDR Protocol for Recent Traumatic Events on Acute Stress Disorder: A Case Series.

Journal of EMDR Practice and Research, 8(1), 2–12.
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.1.2>

Cook-Vienot, R., & Taylor, R. J. (2012). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing and biofeedback/stress inoculation training in treating test anxiety. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 62–72.
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.6.2.62>

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. In *Psychological Bulletin* (Vol. 99, Issue 1).

Forbes, D., Bisson, J. I., Monson, C. M., & Berliner, L. (2020). *Effective Treatments For PTSD* (D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson, & L. Berliner, Eds.; 3.Baskı).

Gauvreau, P., & Bouchard, S. (2008). Preliminary Evidence for the Efficacy of EMDR in Treating Generalized Anxiety Disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 26–40. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.1.26>

George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step : a simple guide and reference, 17.0 update* (10th ed.). Allyn & Bacon.

Glick, I. D., & Yalom, I. D. (2006). *Depresyon terapisi* (I. Yalom, I. D. Gilick, & Y. Engin, Eds.; 2.Baskı). Prestij Yayınları.

Gustavson, K., Wong, S. L., & Le, D. (2023a). Research on Low-Intensity Flash Technique Trauma Intervention by Prelicensed Student Clinicians. *Journal of EMDR Practice and Research*, 17(2), 54–69. <https://doi.org/10.1891/EMDR-2022-0059>

Gustavson, K., Wong, S. L., & Le, D. (2023b). Research on Low-Intensity Flash Technique Trauma Intervention by Prelicensed Student Clinicians. *Journal of*

EMDR Practice and Research, 17(2), 54–69. <https://doi.org/10.1891/EMDR-2022-0059>

Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: A matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5(6), 1–9. <https://doi.org/10.1002/brb3.342>

Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A., & Huchzermeier, C. (2018a). Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: A randomized-controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01384>

Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A., & Huchzermeier, C. (2018b). Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: A randomized-controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01384>

Herman, J. (2016). *Travma ve İyileşme Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre* (T. Tosun, Ed.; 4.Baskı). Literatür Yayınları.

Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W., & Hase, M. (2014). Eye Movement Desensitization and Reprocessing as an Adjunctive Treatment of Unipolar Depression: A Controlled Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), 103–112. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.3.103>

Horst, F., Den Oudsten, B., Zijlstra, W., de Jongh, A., Lobbestael, J., & De Vries, J. (2017). Cognitive behavioral therapy vs. eye movement desensitization and reprocessing for treating panic disorder: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01409>

- Hurley, E. C. (2018). Effective treatment of veterans with PTSD: Comparison between intensive daily and weekly EMDR approaches. *Frontiers in Psychology, 9*(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01458>
- İnci Izmir, S. B., & Çitil Akyol, C. (2024). EMDR Flash Technique in adolescents with depression: A twelve-week follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/13591045241247701>
- Jahanfar, A., Fereidouni, Z., Behnamoghdam, M., Dehghan, A., & Bashti, S. (2020). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing on the quality of life in patients with major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Psychology Research and Behavior Management, 13*, 11–17. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S232589>
- Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Application in a Disaster Mental Health Continuum of Care Context. *Journal of EMDR Practice and Research, 5*(3), 82–94. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.3.82>
- Jayatunge, R. M. (2008). Combating Tsunami Disaster Through EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*(2), 140–145. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.2.140>
- Kavakçı, Ö. (2014). *Ruhsal Travma Tedavisi İçin EMDR* (2.Baskı). HYB Basın Yayın.
- Kayış, A. (2009). Güvenirlik Analizi. In Ş. Kalaycı (Ed.), *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (4th ed., pp. 403–419). Asil Yayın Dağıtım .
- Kılıç, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders, 6*(1), 47. <https://doi.org/10.5455/jmood.20160307122823>
- Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yuksek, H., Yurtsever, A., & Ostep, S. (2006). The effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. *International Journal of Stress Management, 13*(3), 291–308. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.3.291>

- Le Gall, A. (2012). *Anksiyete ve Kaygı* (İ. Yerguz & F. Babacan, Eds.; 2.Baskı). Dost Kitabevi Yayınları.
- Lehning, M., Shapiro, E., Schreiber, M., & Hofmann, A. (2016). Evaluating the EMDR group traumatic episode protocol with refugees: A field study. *Journal of EMDR Practice and Research*, *11*(3), 129–138. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.3.129>
- Manfield, P. E., Engel, L., Greenwald, R., & Bullard, D. G. (2021). Flash Technique in a Scalable Low-Intensity Group Intervention for COVID-19-Related Stress in Healthcare Providers. *Journal of EMDR Practice and Research*, *15*(2), 127–139. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00053>
- Manfield, P. E., Taylor, G., Dornbush, E., Engel, L., & Greenwald, R. (2023). Preliminary evidence for the acceptability, safety, and efficacy of the flash technique. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1273704>
- Manfield, P. E., Taylor, G., Dornbush, E., Engel, L., & Greenwald, R. (2024). Preliminary Evidence For The Acceptability, Safety, and Efficacy of The Flash Technique. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1273704>
- Manfield, P., Lovett, J., Engel, L., & Manfield, D. (2017). Use of the flash technique in EMDR therapy: Four case examples. *Journal of EMDR Practice and Research*, *11*(4), 195–205. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.4.195>
- Maslovaric, G., Zaccagnino, M., Mezzaluna, C., Perilli, S., Trivellato, D., Longo, V., & Civilotti, C. (2017). The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Protocol with Adolescent Survivors of the Central Italy Earthquake. *Frontiers in Psychology*, *8*(OCT). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01826>
- McLay, R. N., Webb-Murphy, J. A., Fesperman, S. F., Delaney, E. M., Gerard, S. K., Roesch, S. C., Nebeker, B. J., Pandzic, I., Vishnyak, E. A., & Johnston, S. L. (2016). Outcomes from eye movement desensitization and reprocessing in

active-duty service members with posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(6), 702–708. <https://doi.org/10.1037/tra0000120>

Minelli, A., Zampieri, E., Sacco, C., Bazzanella, R., Mezzetti, N., Tessari, E., Barlati, S., & Bortolomasi, M. (2019). Clinical efficacy of trauma-focused psychotherapies in treatment-resistant depression (TRD) in-patients: A randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Research*, 273, 567–574. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.070>

Mukba, G., Tanriverdi, S., & Tarhan, F. (2020). Investigation of the Efficacy of EMDR in Earthquake Trauma: Case Report. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 49(1), 477–500. <https://doi.org/10.14812/cufej.567439>

Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., Hase, M., Justo-Alonso, A., Lehnung, M., Migliaretti, G., Oliva, F., Pagani, M., Recarey-Eiris, S., Torta, R., Tumani, V., Gonzalez-Vazquez, A. I., & Hofmann, A. (2018). Comparison of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy as adjunctive treatments for recurrent depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9(FEB). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00074>

Raboni, M. R., Alonso, F. F. D., Tufik, S., & Suchecki, D. (2014). Improvement of Mood and Sleep Alterations in Posttraumatic Stress Disorder Patients by Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8(JUNE). <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00209>

Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. In *International Review of Psychiatry* (Vol. 13, Issue 3, pp. 164–171). Carfax Publishing Company. <https://doi.org/10.1080/09540260120074028>

- Rathschlag, M., & Memmert, D. (2014). Reducing anxiety and enhancing physical performance by using an advanced version of EMDR: A pilot study. *Brain and Behavior, 4*(3), 348–355. <https://doi.org/10.1002/brb3.221>
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 26*(3), 299–309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>
- Saltini, A., Rebecchi, D., Callerame, C., Fernandez, I., Bergonzini, E., & Starace, F. (2018). Early Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) intervention in a disaster mental health care context. *Psychology, Health and Medicine, 23*(3), 285–294. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1344255>
- Sarıçam, H. (2018). The Psychometric Properties of Turkish Version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in Community and Clinical Samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 1*. <https://doi.org/10.5455/jcbpr.274847>
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Shapiro, F., & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: What do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology, 6*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28186>
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. (2.Baskı). The Guilford Press.
- Shapiro, F. (2018). *EMDR Terapisi Teknikleri ile Acı Anıları Silmek* (F. Gülfidan, Ed.; 9.Baskı). Kuraldışı Yayıncılık.
- Shapiro, F., & Solomon, R. M. (2010). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (pp. 1–3). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0337>
- Shebini, N. (2019). Flash Technique For Safe Desensitization Of Memories And Fusion Of Parts In Did: Modifications And Resourcing Strategies. *Frontiers in the Psychotherapy OfTrauma and Dissociation, 3*(2), 151–169.

- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model Potential Mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1997). Fifteen-Month Follow-Up of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Trauma The Spencer-Curtis Foundation The Spencer-Curds Foundation. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 65, Issue 6).
- Wong, S. L. (2019). Flash technique group protocol for highly dissociative clients in a homeless shelter: A clinical report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(1), 20–31. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.1.20>
- Wong, S. L. (2021). A Model for the Flash Technique Based on Working Memory and Neuroscience Research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(3), 174–184. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-21-00048>
- Wong, S. L., & Forman Patel, H. (2022). Doing the Flash Technique Without Bilateral Stimulation and Without Prompted Blinking: Two Vignettes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 16(2), 61–67. <https://doi.org/10.1891/EMDR-2022-0001>
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
- World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*.
- World Health Organization, & Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. (2012). *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings* (WHO, Ed.).
- Yaşar, A. B., Gündoğmuş, İ., Gündüz, A., & Konuk, E. (2021). The Effects of Single Session EMDR Flash Technique Group Application on Traumatic Symptoms. *Isr J Psychiatry*, 58(2).

- Yaşar, A. B., Gündoğmuş, İ., Gündüz, Anıl., & Konuk, E. (2019). Investigation of the effect single session of “Flash Technique” at a group. *PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36473.01129>
- Yaşar, A. B., Konuk, E., Kavakçı, Ö., Uygun, E., Gündoğmuş, İ., Taygar, A. S., & Uludağ, E. (2022). A Randomized-Controlled Trial of EMDR Flash Technique on Traumatic Symptoms, Depression, Anxiety, Stress, and Life of Quality With Individuals Who Have Experienced a Traffic Accident. *Frontiers in Psychology, 13*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.845481>
- Yastıbaş, C., Güngör, D., & Dirik, G. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Duygusal İşleme Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 12*, 165–179. <https://doi.org/10.18863/pgy.736347>
- Yunitri, N., Kao, C. C., Chu, H., Voss, J., Chiu, H. L., Liu, D., Shen, S. T. H., Chang, P. C., Kang, X. L., & Chou, K. R. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. In *Journal of Psychiatric Research* (Vol. 123, pp. 102–113). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.005>
- Yurtsever, A., Konuk, E., Kavakçı, Ö., & Yaşar, A. B. (2022). *Herkes İçin EMDR* (A. Yurtsever, E. Konuk, Ö. Kavakçı, & A. B. Yaşar, Eds.; 1.Baskı, Vol. 121). Okuyan Us Yayınevi.

EKLER

EK 1 – Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul Bilgi Üniversitesi Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Yüksek Lisans Programı'ndan Doç.Dr. Ersin Uygun danışmanlığında Psikolog Ayşe Baykara tarafından yüksek lisans tez çalışması kapsamında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, Flash tekniğinin depremden etkilenmiş kişiler örnekleminde anksiyete, depresyon, stres, travmatik belirtiler üzerine etkisi ve bu etkinin duygusal işleme ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada, adınız ve soyadınız dışında kimlik belirleyici hiçbir bilgi kullanılmayacaktır. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmadan elde edilecek olan verilerin güvenilir olması için yanıtlarınızın gerçek duygu ve düşüncelerinizi yansıtması ve maddeleri mümkün olduğunca boş bırakmamanız önemlidir. Bu nedenle her bir ifadeyi dikkatlice okuyup, sizi en çok yansıtan ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Araştırmaya katılmayı reddedebilir ya da başladıktan sonra devam etmek istemediğinize karar verip yarıda bırakabilirsiniz.

Soruların yanıtlanması yaklaşık 30 dakika alacaktır. Araştırma ile her türlü soru ve görüşlerinizi (aaaysebaykara@gmail.com) mail adresine iletebilirsiniz.

Katılımınız, iş birliğiniz ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Psikolog Ayşe Baykara

"Bu ölçeği kendi rızamla dolduruyorum ve doldurmuş olduğum bu anketin araştırma için kullanılmasına izin veriyorum."

Kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:

İmza:

EK 2 – Demografik Bilgi Formu

1) **Cinsiyet:**

1. Kadın
2. Erkek
3. LGBTI+
4. Belirtmek istemiyorum

2) **Yaşınız:.....**

3) **Eğitim düzeyiniz:**

1. İlkokul
2. Ortaokul
3. Lise
4. Yüksekokul
5. Üniversite
6. Lisans üstü
7. Okuryazar
8. Okuryazar değil

4) **Çalışıyor musunuz?**

1. Hayır
2. Evet

5) **Medeni Durumunuz?**

1. Bekar
2. Evli/ Birlikte Yaşıyor

6) **Çocuğunuz var mı?**

1. Hayır
2. Evet

Evet ise kaç tane?.....

7) Nerede yaşıyorsunuz?

1. Konteyner
2. Ev
3. Yakınıyla/ Akrabayla beraber

8) Manevi kayıp

1. Birinci dereceden kayıp
2. İkinci dereceden kayıp
3. Tanıdık/ dost/ arkadaş

9) Maddi kayıp

1. Yok
2. Var

Var ise, aşağıdaki seçeneklerden size uygun olan bir tanesini seçiniz.

Çok az

Az

Orta

Fazla

Çok fazla

10) Enkazda kalma deneyimi

1. Var
2. Yok

EK 3 – Duygusal İşleme Ölçeği (DİÖ)

DUYGUSAL İŞLEMLEME ÖLÇEĞİ (DİÖ)

Bu ölçeğin amacı sizin duygu ve hislerinize ilgili bazı şeyleri anlamaya çalışmaktır. Maddelere yanıt verirken geçtiğimiz hafta yaşadığınız olaylara odaklanın.

Öncelikle birkaç dakikanızı geçen hafta neler yaptığınızı düşünerek geçirmenizi rica ediyoruz. Geçen hafta bugünden başlayarak, bugüne kadar nerelerde olduğunuzu, neler yaptığınızı, kimlerle karşılaştığınızı ve hatırlayabileceğiniz başka şeyleri düşünmeye çalışın.

Geçen haftayı düşündüğünüzde, hissettiğiniz en güçlü pozitif ya da hoşunuza giden duygunuz neydi?

--

Geçen haftayı düşündüğünüzde, hissettiğiniz en güçlü negatif ya da hoşunuza gitmeyen duygunuz neydi?

--

Bu ölçekte **geçen hafta** nasıl hissettiğiniz ya da davrandığınızla ilgili farklı maddelerin olduğu bir liste bulunmaktadır. Her maddenin altında bir ölçek bulunmaktadır. Bu ölçek **hiç katılmıyorum** (0) ile **tamamen katılıyorum** (9) arasında değişmektedir. Her maddeyi okuduktan sonra geçen haftayı düşünerek sizin için uygun olan rakamı daire içine alınız. Değerlendirmelerinizi lütfen yukarıdaki kutulara yazdığımız duyguları değil **tüm duygularınızı** temel alarak yapınız.

Örnekler

Duygularımı kendime sakladım.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....
.....Tamamen
katılmıyorum
katılıyorum

Eğer 6'yı işaretlediyseniz bu geçen hafta "duygularınızı kendinize sakladığınız"a kısmen katıldığınız anlamına gelmektedir. Eğer tamamen katılıyorsanız 9'u işaretleyin.

Bazı şeylerle ilgili kederli hissettim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....Tamamen
katılmıyorum
katılıyorum

Eğer 0'ı işaretlediyseniz bu maddeye hiç katılmadığınız anlamına gelmektedir.

Şimdi aşağıdaki ifadeleri geçtiğimiz haftayı düşünerek cevaplayınız.

GEÇEN HAFTA

1. Duygularımı bastırdım.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....					kararsızım.....		katılıyorum.....		Tamamen
katılmıyorum									katılıyorum

2. İstemediğim şeyler hissettim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....					kararsızım.....		katılıyorum.....		Tamamen
katılmıyorum									katılıyorum

3. Üzgün ya da kızgın olduğumda söylediklerimi kontrol etmem zordu.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....					kararsızım.....		katılıyorum.....		Tamamen
katılmıyorum									katılıyorum

4. Hoşuma gitmeyen şeylere bakmaktan kaçındım (örneğin televizyonda/gazetelerde).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....					kararsızım.....		katılıyorum.....		Tamamen
katılmıyorum									katılıyorum

5. Duygularımı körelmiş/donuklaşmış gibi hissettim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....					kararsızım.....		katılıyorum.....		Tamamen
katılmıyorum									katılıyorum

6. Duygularımı ifade edemedim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....					kararsızım.....		katılıyorum.....		Tamamen
katılmıyorum									katılıyorum

7. Duygusal tepkilerim bir günden uzun sürdü.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....					kararsızım.....		katılıyorum.....		Tamamen
katılmıyorum									katılıyorum

8. İnsanların söylediklerine ya da yaptıklarına aşırı tepki gösterdim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....Tamamen katılmıyorum katılıyorum									

9. Kötü duygular hakkında konuşmak daha da kötü hissettiriyor gibi geldi.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....Tamamen katılmıyorum katılıyorum									

10. Duygularım bana ait değil gibiydi.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....Tamamen katılmıyorum katılıyorum									

11. Duygularım hakkında sessiz kaldım.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....Tamamen katılmıyorum katılıyorum									

12. Devamlı aynı duyguyu hissetme eğilimindeydim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....Tamamen katılmıyorum katılıyorum									

13. Olanların acısını birinden çıkarmak istedim

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....Tamamen katılmıyorum katılıyorum									

14. Sadece güzel şeylerden konuşmaya çalıştım.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....Tamamen katılmıyorum katılıyorum									

15. Hasta mı duygusal mı hissettiğimi ayırt etmek zordu.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

16. Duygularımı içime attım.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

17. Duygularım beni bunaltdı.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

18. Bir şeyleri paramparça etmek istedim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

19. Hoşuma gitmeyen duygularımı tolere edemedim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

20. Duygularımda büyük bir boşluk var gibiydi.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

21. Duygularımı diğerlerine göstermemeye çalıştım.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

22. Aynı duygusal durum hakkında defalarca düşündüm.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

23. Sakinleşmek benim için zordu.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

24. Beni üzebilecek şeylerden kaçınmak için çok çaba harcadım.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

25. Bazen çok güçlü şeyler hissettim ama bunların duygularım olup olmadığından emin değilim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç.....katılmıyorum.....kararsızım.....katılıyorum.....					Tamamen katılmıyorum katılıyorum				

EK 4 – DSM- 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. *Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı* düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. **SON BİR AY İÇİNDE** bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

<i>GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:</i>	<i>H i ç</i>	<i>Ç o k a z</i>	<i>Orta derece</i>	<i>Ol du kç a faz la</i>	<i>Aş ırı</i>
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (<i>örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi</i>) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (<i>örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan</i>) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	

9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (<i>örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler</i>) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (<i>örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak</i>) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	

EK 5 – Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21)

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>).	0	1	2	3
5	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
8	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3

18	Alınan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
20	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3



EK 6 – Etik Kurul Değerlendirme Sonucu

Etik Kurulu Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.

