

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

DEPREM YAŞAMIŞ BİREYLERDE EMDR 2.0'IN TRAVMATİK STRES,
DEPRESYON VE KAYGI BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ
RANDOMİZE KONTROLLÜ PİLOT ÇALIŞMA

Furkan GEÇEN

121507016

Doç. Dr. Ersin UYGUN

İSTANBUL

2024

**Deprem Yaşamış Bireylerde EMDR 2.0'ın Travmatik Stres, Depresyon ve
Kaygı Belirtileri Üzerine Etkisi Randomize Kontrollü Pilot Çalışma**
**Randomized Controlled Pilot Study Among Earthquake Survivors Who
Traumatic Stress, Depression and Anxiety of EMDR 2.0 in Effect On
Symptoms**

Furkan GEÇEN

121507016

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ersin Uygun
İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Tamer Aker
İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Nermin Gündüz
Haliç Üniversitesi

Tezin Onaylandığı Tarih: 24.06.2024

Toplam Sayfa Sayısı: 98

Anahtar Kelimeler

- 1) Deprem
- 2) TSSB
- 3) Depresyon
- 4) Kaygı
- 5) EMDR

Keywords

- 1) Earthquake
- 2) PTSD
- 3) Depression
- 4) Anxiety
- 5) EMDR

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının hazırlanmasında ve tamamlanmasında bana destek olan tüm katılımcılara içtenlikle teşekkür ederim. Bu çalışmayı gerçekleştirme konusunda bana cesaret veren, bilgisi ve sabrıyla yol gösteren kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Ersin Uygun’a özellikle teşekkür etmek istiyorum. Bu süreçte bana kazandırdığı değerli deneyimler için minnettarım.

Sahada gerçekleştirilen psikolojik destek çalışmalarının ilk günden bu yana aktif ve gönülden devam etmesini sağlayan, her koşulda aynı çatı altında bulunmaktan gurur duyduğum hocam Prof. Dr. Tamer Aker’e, bilgisi, öğreticiliği, insanlığı ve sabrı için sonsuz minnettarım.

Her koşulda bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşan Prof. Dr. Önder Kavakcı’ya da en içten teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her döneminde desteklerini esirgemeyen, Kürşad Nuri Baydili ve Selman Aktaş’a minnettarlığımı belirtmek isterim.

Çalışma sürecimde beni yalnız bırakmayan ve her zaman yanımda olan dostlarım, Neslişah Baro, Emre Koç ve Ferhat Kalparslan’a sağladıkları moral ve motivasyon için teşekkür ederim. Onların desteği, bu süreci daha kolay ve anlamlı hale getirdi.

Tez sürecine birlikte başladığımız ve çalışma süresince zaman zaman endişelendiğimiz, fakat her durumda birbirimize destek olduğumuz değerli arkadaşım Ayşe Baykara’ya şükranlarımı sunarım.

Çalışmanın en yoğun döneminde bana destek olan ve birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım ekip arkadaşım Güliz Naz Poyraz’a teşekkürlerimi sunarım. Emeği ve yüreği için teşekkür ederim.

Ekip arkadaşlarım, Ecenur Çolak, Pınar Çiçek, Ali Öksüz ve Raşa Öksüz’e çalışma süresince gösterdikleri sıcaklık ve destek için teşekkür ederim.

Son olarak, her daim yanımda olan, sevgisi ve desteğiyle bana güç veren sevgili anneme en derin minnet ve şükranlarımı sunarım. Onun varlığı, içten sevgisi ve tükenmeyen desteği, bu çalışmanın temel taşı olmuştur. Annemin güveni ve inancı olmasaydı, bu zorlu süreci aşmak çok daha zor olabilirdi. Bu çalışmayı, onun sevgi dolu yüreğine ithaf ediyorum.



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
GİRİŞ	1
1. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	3
1.1. AFET KAVRAMI VE RUH SAĞLIĞI	3
1.1.1. Afet Kavramı	3
1.1.2. Afet Türleri.....	4
1.1.2.1. İnsan Kaynaklı ve Teknolojik Afetler	5
1.1.2.2. Doğal Afetler	6
1.1.3. Afetlerde Ruh Sağlığı.....	7
1.1.4. 6 Şubat Depremleri	10
1.2. TRAVMA VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR.....	11
1.2.1. Travma Kavramı.....	11
1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	12
1.2.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Nedenleri	13
1.2.3. Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	14
1.2.4. Depresyon	15
1.2.5. Stres ve Akut Stres	15
1.2.6. Kaygı Bozukluğu	16
1.2.6.1. Kaygı Bozukluğu Kavramı.....	17
1.2.7. Travmatik Yas.....	18
1.3. TRAVMA MÜDAHALE YÖNTEMLERİ	19
1.3.1. Davranış Değiştirme Terapisi	20
1.3.2. Bilişsel İşleme Terapisi	21

1.3.3. Uzamış Maruz Bırakma	22
1.3.4. Hareketlerle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR).....	23
1.3.5. Hareketlerle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Tedavisinin Adımları	24
1.3.6. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme 2.0.....	26
1.3.7. EMDR ve EMDR 2.0 Karşılaştırılması.....	27
1.3.8. Adaptif Bilgi İşleme Modeli (AIP)	28
1.3.9. Duygusal İşleme Teorisi (DİT).....	29
2. GEREÇ VE YÖNTEM	32
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	32
2.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	32
2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	33
2.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	33
2.5. ARAŞTIRMANIN MODELİ	34
2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	34
2.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	34
2.8. VERİ ANALİZİ.....	35
3. BULGULAR.....	36
3.1. DEMOGRAFİK VERİLERE DAİR BULGULAR.....	36
4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	49
4.1. TARTIŞMA	49
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKÇA	60
Ek 1: Araştırmada Kullanılan Soru Formu	77
EK-2: Bilgilendirilmiş Onam Formu	86
EK-2: Etik Kurul Değerlendirme Sonucu	87

KISALTMALAR

AİP	Adaptif Bilgi İşleme Modeli
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
DİT	Duygusal İşleme Teorisi
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EMDR	Göz Hareketiyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 Doğal Afetlerin Sınıflandırılması	6
Şekil 3.1 DASS Ölçek ve Alt Boyutlarının İncelenmesi	42
Şekil 3.2. DİÖ Ölçek ve Alt Boyutlarının İncelenmesi	45
Şekil 3.3 PCL-5 Ölçek ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	48



TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1 Afet Türleri.....	4
Tablo 1.2 Afet Sınıflandırılması.....	5
Tablo 1.3 TSSB için Davranış Değiştirme Terapisi Müdahale Yöntemleri.....	21
Tablo 1.4 Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) Standart Protokolünün Sekiz Prosedür Adımı	26
Tablo 3.1 Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistikleri.....	36
Tablo 3.2 Ölçek Puanlarının Güvenilirlik Analizi Sonuçları	37
Tablo 3.3 Gruplar Arasında Ön Test Puanları Bakımından Karşılaştırmalar	38
Tablo 3.4 Ölçek ve Boyut Puanlarında Ölçümler Arasında Değişimlerin İncelenmesi	39
Tablo 3.5 Müdahale ve Kontrol Grupları Arasında DASS Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimler Bakımından Karşılaştırmalar.....	40
Tablo 3.6 Müdahale ve Kontrol Gruplarında DASS Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimlerin İncelenmesi	41
Tablo 3.7 Müdahale ve Kontrol Grupları Arasında Duygusal İşleme Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimler Bakımından Karşılaştırmalar.....	43
Tablo 3.8 Müdahale ve Kontrol Gruplarında Duygusal İşleme Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimlerin İncelenmesi	44
Tablo 3.9 Müdahale ve Kontrol Grupları Arasında PCL-5 Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimler Bakımından Karşılaştırmalar.....	46
Tablo 3.10 Müdahale ve Kontrol Gruplarında PCL-5 Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimlerin İncelenmesi	47

ÖZET

Bu çalışma, deprem yaşamış bireylerde travmatik stres, depresyon ve kaygı belirtileri üzerine EMDR 2.0 müdahalesinin etkilerini incelemeyi amaçlayan bir pilot çalışmadır. Çalışmaya, 6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen depremin psikolojik etkilerini yaşayan 18 yaş üstü 50 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar rastgele iki gruba ayrılmış; deney grubuna EMDR 2.0 uygulaması yapılırken kontrol grubuna herhangi bir müdahale uygulanmamıştır. Çalışmada kullanılan veri toplama araçları arasında Sosyo-Demografik Veri Formu, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ve Duygusal İşleme Ölçeği (DİÖ) yer almaktadır. EMDR 2.0 uygulaması öncesinde ve sonrasında bu ölçekler katılımcılara uygulanmış ve elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Araştırma sonuçları, EMDR 2.0 müdahalesinin deney grubunda travmatik stres, depresyon ve kaygı belirtilerinde anlamlı bir azalma sağladığını göstermiştir. Bu bulgular, EMDR 2.0'ın deprem gibi travmatik olaylara maruz kalan bireylerde psikolojik iyileşme sürecine olumlu katkılar sağlayabileceğini ortaya koymaktadır. Çalışma, EMDR 2.0 yönteminin etkinliğini araştırarak literatüre katkı sağlamayı ve Türkiye'deki deprem sonrası ruh sağlığı müdahalelerine dair farkındalık oluşturmaya hedeflemektedir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, TSSB, Depresyon, Kaygı, EMDR

ABSTRACT

This study is a pilot study that aims to examine the effects of EMDR 2.0 intervention on the symptoms of traumatic stress, depression and anxiety in individuals who have experienced an earthquake. The study included 50 participants over the age of 18 who experienced the psychological effects of the earthquake that occurred on February 6, 2023. The participants were randomly divided into two groups; EMDR 2.0 was applied to the experimental group, while no intervention was applied to the control group. The data collection tools used in the study included the Socio-Demographic Data Form, Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS-21), Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) and Emotional Processing Scale (EPS). These scales were administered to the participants before and after the EMDR 2.0 application and the data obtained were statistically analyzed. The results of the study showed that EMDR 2.0 intervention provided a significant reduction in traumatic stress, depression and anxiety symptoms in the experimental group. These findings suggest that EMDR 2.0 may contribute positively to the psychological recovery process in individuals exposed to traumatic events such as earthquakes. The study aims to contribute to the literature by investigating the effectiveness of EMDR 2.0 and to raise awareness about post-earthquake mental health interventions in Turkey.

Keywords: Earthquake, PTSD, Depression, Anxiety, EMDR

GİRİŞ

Afet, insanların yaşamlarını, mülklerini ve çevrelerini olumsuz etkileyen, doğal ya da insan kaynaklı beklenmedik ve ani olaylardır. Birleşmiş Milletler'e göre, afetler ciddi bozulmalara ve büyük ölçekte insani, ekonomik ve çevresel kayıplara yol açabilir (UNISDR, 2009). Deprem, yer kabuğunda ani enerji boşalması sonucu oluşan ve yeryüzünde sarsıntılara yol açan doğal bir yer hareketidir. Amerika Birleşik Devletleri Jeolojik Araştırma Kurumu'na (USGS) göre, depremler, yer kabuğundaki fay hatlarının hareketi ile ilişkilidir ve sıklıkla büyük hasara neden olabilir (USGS, 2021).

Deprem sonrasında kişilerin yaşamış olduğu can ve maddi kayıplarının yanı sıra, toplumun hayatını derinden etkileyen psikolojik etkiler oluşturmaktadır. Araştırmalara göre, deprem gibi büyük travmatik olaylar sonrasında, kişilerin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi birçok psikopatoloji geliştirdikleri gözlemlenmiştir (Norris ve ark., 2002).

Depresyon, sürekli olarak üzüntü, ilgi kaybı ve düşük enerji gibi belirtilerle tanımlanan yaygın bir ruhsal sağlık durumudur (APA, 2020). Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), travmatik bir olaydan sonra ortaya çıkan ve kişinin sürekli olarak olayı tekrar yaşaması, kaçınma davranışları ve aşırı uyarılma belirtileri ile tanımlanan bir ruhsal sağlık durumudur (APA, 2020). TSSB, bireyin travmatik bir olaya maruz kalmasının ardından gelişebilir ve rahatsız edici düşünceler, kaçınma davranışları ve aşırı uyarılma ile karakterize edilen kalıcı ruhsal ve duygusal strese yol açar (National Institute of Mental Health, 2019). Panik bozukluk, aniden ve tekrarlayan şekilde yoğun korku ve rahatsızlık atakları ile görülen bir anksiyete bozukluğudur. Panik bozukluk, çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, uyuşma veya kaçınılmaz son hissi gibi semptomların eşlik ettiği ani yoğun korku dönemlerini içeren tekrarlayan beklenmedik panik ataklarla karakterizedir (Mayo Clinic, 2021).

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sürekli ve aşırı endişe ve kaygı hali ile görülen bir anksiyete bozukluğudur. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), günlük aktivitelere müdahale eden, genellikle huzursuzluk, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku bozuklukları gibi fiziksel semptomların eşlik ettiği sürekli ve aşırı endişeyi içerir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2020). Afetler sonrasında ruh sağlığı sorunları, ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelebilir (WHO, 2019). 6 Şubat 2023'te, Türkiye'nin güneydoğusunda ve Suriye'nin kuzeybatısında, 7.8 ve 7.5 büyüklüğünde iki büyük deprem meydana geldi. Bu depremler, bölgedeki birçok şehirde geniş çaplı yıkıma ve can kaybına yol açtı. Depremler, Kahramanmaraş merkezli olup, özellikle Hatay, Gaziantep, Adıyaman ve Malatya gibi illerde büyük hasar yarattı (USGS, 2023).

Bu çalışma, 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen ve birçok kişinin etkilenmesine neden olan depremin psikolojik etkilerini konu edinmektedir. Deprem sonrasında, müdahale edilmediği takdirde kişilerin psikolojik olarak iyi hissetmeme hallerinin uzaması, kişinin işlevselliğini ciddi ölçüde aksatarak kronik bir duruma yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalar, travmatik olayların uzun vadeli psikolojik etkilerinin, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve genel yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir (Bonanno ve Mancini, 2012). Çalışmamız, deprem nedeniyle uzun dönemde depresyon, travma sonrası stres, panik atak ve kaygı belirtilerini yaşayan ve bu belirtileri devam eden bireyleri kapsamaktadır. Bu rahatsızlıklar, kişilerin hem duygusal hem de fiziksel sağlığını olumsuz etkileyebilir ve uzun süreli tedavi gerektirebilir (Yehuda, 2002). Çalışmanın amacı, bilimsel kanıta dayalı olan EMDR 2.0 yönteminin depreme maruz kalan ve travma sonrası stres, depresyon, panik atak, anksiyete semptomları üzerindeki etkililiğini değerlendirmektir. EMDR, travmatik anıların işlenmesine ve duygusal iyileşmeye yardımcı olan etkili bir terapi yöntemi olarak kabul edilmektedir (Shapiro, 2014). Bu çalışmada, EMDR 2.0'ın bu psikolojik semptomlar üzerindeki etkinliği değerlendirilecek ve elde edilen sonuçlar literatür ışığında tartışılacaktır.

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. AFET KAVRAMI VE RUH SAĞLIĞI

1.1.1. Afet Kavramı

Uluslararası Afet Azaltma Stratejisi (ISDR), afetleri; bir topluluğun veya toplumun işleyişinde yaygın insani, maddi, ekonomik veya çevresel kayıplara neden olan ve etkilenen topluluğun veya toplumun kendi kaynaklarını kullanarak başa çıkma yeteneğini aşan ciddi bir bozulma olarak tanımlamaktadır. Dünya çapında doğal ve insan kaynaklı afetlerin sayısı son yıllarda büyük ölçüde artmıştır (Al Khalaileh, vd., 2010). Aynı zamanda; ansızın meydana gelen, hasara, insan hayatının kaybına, sağlık sisteminin bozulmasına neden olan ve etkilenen toplumun kapasitesini dışarıdan yardım gerektiren herhangi bir vaka olarak da tanımlanmaktadır (Landsman, 2001).

Dünya çapında, afetlere duyarlı bölgelerde yaşayan nüfusun artmasının bir sonucu olarak afetlerin insanlar üzerinde artan bir etkisi vardır (IFRC Dünya Afet Raporu, 2014). Kentsel ortamlarda tehlikeli koşullarda daha fazla insan kümелendikçe, afet araştırmalarından öğrenilen dersler giderek daha büyük bir öneme sahip olacaktır. Afet riskini artıran sadece tehlikeye açık alanlarda sürdürülemez gelişme değil, aynı zamanda çevresel, demografik ve sosyo-ekonomik bağlamların etkileşimi olarak karşımıza çıkmaktadır (Mooeney, 2016).

Afetler travmatik sonuçların ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (Kolk vd., 1996). Bonanno (2012), felaketler veya travma sonrası strese yol açabilecek diğer olaylardan bahsederken tutarlı bir şekilde potansiyel travmatik olay terimini kullanarak tanımın bu yönünü desteklemektedir. Afetler kolektif olaylardır çünkü her zaman geniş insan gruplarını etkilemektedir. Norris vd. (2002), afete maruz kalan insanların büyük bir yüzdesinin olumsuz psikolojik belirtiler geliştirmedığını ortaya çıkarmıştır.

Potansiyel olarak travmatik olaylar olarak afetler, sosyal, ekonomik ve toplumsal altyapılardaki bozuklukları içeren ve bu nedenle bir kişinin hayatını diğer travmatik

olay biçimlerinden daha fazla değiştirebilen birbirine bağlı çoklu sistemlerin büyük aksamalarını temsil etmektedir (Masten ve Narayan, 2012).

1.1.2. Afet Türleri

Afetler geleneksel olarak olayın nedenine göre sınıflandırılmıştır. Bunlar; insan kaynaklı ve doğal afetlerdir. İnsan kaynaklı felaketler iki alt kategoriye ayrılır: Teknolojik felaketler ve kitlesel şiddet felaketler. Teknolojik felaketler, nükleer erimeler ve büyük petrol sızıntıları gibi insan veya teknolojik hataların neden olduğu felaketleri ifade ederken; kitlesel şiddet, silahlı saldırılar veya barış zamanı terörist saldırıları gibi kasıtlı olarak neden olunan felaketleri ifade etmektedir (Mooney, 2016). Diğer yandan Shaluf (2007), alternatif bir yaklaşım ile afet türlerini insan yapımı, doğal ve hibrit afetler olarak yeniden sınıflandırmıştır. Bu yaklaşıma göre hibrit afetler, insan hataları ve doğal güçler sonucu meydana gelen felaketler olarak tanımlanmaktadır. Hibrit afetlere örnek olarak ormanların insanlar tarafından tahrip edilmesine neden olan toprak erozyonu ve toprak kaymaları verilebilir. Daha fazla örnekle birlikte bu sınıflandırma Tablo 1.1’de gösterilmiştir.

Tablo 1.1 Afet Türleri

Doğal Afet	İnsan Yapımı Afet	Hibrit Afet
Doğal Olaylar		
Topografik Olaylar	Sosyoteknik	Doğal ve İnsan Yapımı
Hidrolojik Olaylar	Savaş	Olaylar
Biyolojik Olaylar		

Kaynak: Shaluf (2007)

Günümüzde çoğu araştırma Van Wassenhove'un (2006) sınıflandırmasını takip etmektedir. Bu çalışmaya göre afetler, oluşum türlerine (yavaş başlangıçlı ve ani başlangıçlı) ve kaynak türlerine (insan yapımı ve doğal) göre kategorize edilmektedir. Van Wassenhove'un afet sınıflandırmasının ayrıntılı bir görünümü Tablo 1.2’de gösterilmiştir.

Tablo 1.2 Afet Sınıflandırılması

	Doğal	İnsan Yapımı
Ani Başlangıçlı	Deprem	Terör Saldırısı
	Kasırğa	Darbe
		Kimyasal Sızıntı
Yavaş Başlangıçlı	Kıtlık	Siyasi Kriz
	Kuraklık	Mülteci Krizi
	Yoksulluk	

Kaynak: Van Wassenhove (2006)

1.1.2.1. İnsan Kaynaklı ve Teknolojik Afetler

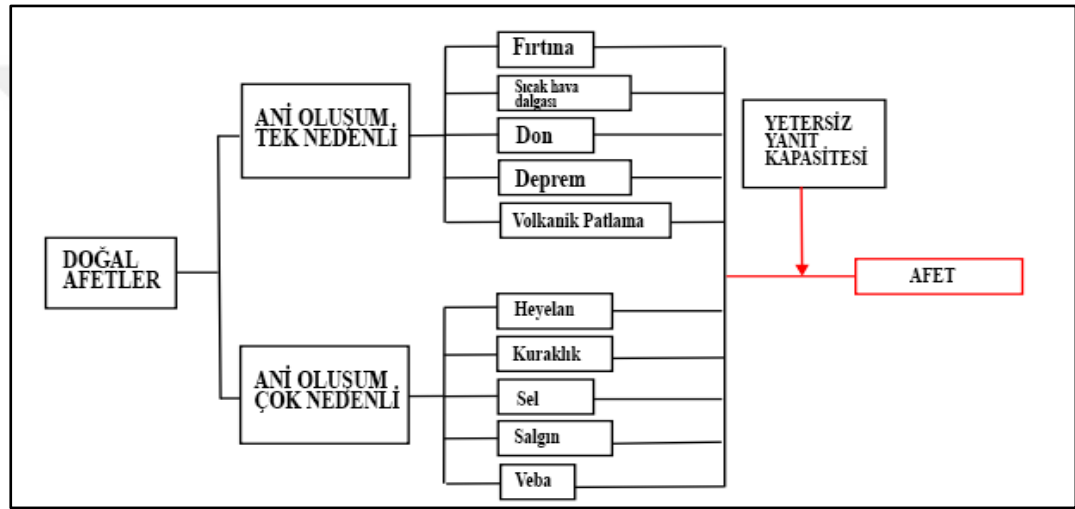
İnsan yapımı felaketler, insan kararlarının sonucu olan feci olaylardır. Ani veya uzun vadeli afetler olabilir ve sosyoteknik afetlerle oldukça ilişkilidir. Richardson (1994), sosyo-teknik felaketlerin en az dört tür örgütsel durumda meydana geldiğini göstermiştir. Bunlar teknolojik felaketler, üretim arızaları, halka açık yer arızaları ve ulaşım arızalarıdır (Shaluf, 2006).

İnsan kaynaklı felaketler, patlamalar, yangınlar, toksik kimyasalların veya radyoaktif maddelerin salınımı, köprü veya bina çökmesi, çökmeler, baraj veya bent arızası, nükleer reaktör kazaları, su, gaz veya kanalizasyon hatlarındaki kırılmalar, ormansızlaşma, savaş gibi felaketlerdir. Teknolojik felaketler, aynı büyüklükteki enerji salınımına sahip doğal afetlerden çok daha fazla zayıat içerme eğilimindedir. Teknolojik veya insan kaynaklı afetler öngörülemezdir, coğrafi bölgelere yayılabilir, önlenemez olabilir ve sınırlı fiziksel hasara sahip ancak uzun vadeli etkiye sahip olabilir. Ayrıca topluluğun başa çıkması ve etkilenenlerin kabul etmesi çok daha zordur. Teknolojik felaketlerde, suçlama konuları vardır ve topluluk, kimin sorumlu olduğunu ve hangi hataların yapıldığını tartışmak için çok zaman harcamaktadır. Giderek artan bir şekilde, afetlere ve bunların yönetimine dahil olan kurumlar, karmaşık olabilen ve felaketleri ağırlaştırabilen insan ve doğa arasındaki etkileşimlerle ilgilenmektedir (Sena ve Woldemichael, 2006).

1.1.2.2. Doğal Afetler

Doğal afetler, bireylerin bir ömür boyu yaşayabilecekleri en dramatik ve yaşamı zorlayan olaylardan bazılarını temsil etmektedir. Doğal afet, günlük yaşam kalıplarının aniden bozulduğu ve insanların çaresizliğe ve ıstıraba sürüklendiği felaket bir durum yaratacak büyüklükte bir doğa eylemi olarak tanımlanmaktadır (Assar, 1971:14).

Şekil 1.1 Doğal Afetlerin Sınıflandırılması



Kaynak: WHO/WHA Training Package Pan African Emergency Training Center

Doğal afetler dünya çapında çok sayıda meydana gelmekte ve çeşitli insan etkilerinin yanı sıra etki alanlarında veya çevresinde yaşayan insanların yaşam kalitesini etkileyen ekonomik, sosyal ve psikolojik rahatsızlıkları da beraberinde getirmektedir. Doğal afetler her zaman doğal afetlerin etkisinden kaynaklanmaktadır. Doğal afetlerin doğal kaynaklardan meydana geldiği düşünülse de, insan eylemi, kontrol edilmezse bunaltıcı hale gelebilecek ve sonunda bir felaketle sonuçlanabilecek doğal tehlikelerin etkisini ve sonuçlarını değiştirmede uzun bir yol kat edebilir. Şekil 1.1’de doğal afetlerin nedensel faktörlere göre sınıflandırılması gösterilmiştir (WHO, 2002).

Doğal afetler için planlama yapmak veya bir felaketin meydana gelmesinden sonra afet yönetimini planlamak, afetin etkisini hafifletmede veya ondan daha fazla hasarı önlemede uzun bir yol kat edebilir. İyi düşünülmüş ve iyi organize edilmiş bir acil

durum stratejisi, öngörülemeyen durumlara ve komplikasyonlara hızla uyum sağlayabilecektir. Afetleri planlamak ve tahmin etmek zordur. Çünkü bunlar doğuştan yaygın acil durum olaylarından farklıdır. Her ikisinin de büyük miktarda zayıflığa ve maddi hasara yol açabileceği doğru olsa da, bir felaket ile ortak bir acil durum olayı arasındaki fark, tek başına birden fazla büyüklüktedir. (Idi, 2018).

1.1.3. Afetlerde Ruh Sağlığı

Afet, insanlığın ekonomik, sosyal, fiziksel ve psikolojik olarak çok çeşitli şekillerde etkilendiği korkunç görüntüleri çağrıştırmaktadır. Başka bir deyişle afet, kısa ve uzun vadeli ekolojik, politik, ekonomik, psikolojik ve sosyal etkileri olan karmaşık, çok boyutlu bir olgudur. Afetlerin ruh sağlığı ve psikolojik sonuçları ile ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde yeterli araştırma kanıtı bulunmaktadır. Bir afetten etkilenen insanların çoğunun, afet sonrası stres ve duygusal tepkileri anormal bir duruma verilen normal bir tepki olarak yaşadıkları ve psikolojik destekle iyi başa çıkabildikleri kabul edilmektedir (Satapathy, 2011).

2006 yılında Endonezya'nın Orta Cava kentinde meydana gelen büyük bir depremin ardından, felaketten etkilenen çocuklar, kültürel olarak spesifik iki semptom ve azalan akademik motivasyon gibi istenmeyen davranışlara ek olarak, Batı tarafından tanımlanan TSSB ile tutarlı daha yüksek semptom oranları sergilemişlerdir (Widyatmoko vd., 2011). Herhangi bir afet sonrası yaşanan travma ve buna verilen psikolojik tepkiler, maruz kalma, kaybın boyutu, kişisel başa çıkma mekanizması, o dönemde var olan destek sistemi ve daha da önemlisi o toplumun kültürü, ülkenin sosyo-ekonomik ve politik yapısı açısından bireyden bireye ve afet durumlarına göre farklılık göstermektedir. İnsanların önemli bir bölümünün durumla etkili bir şekilde başa çıkamayabileceği ve ruh sağlığı sorunlarının önemli belirti ve semptomlarını yaşayabileceği, bu nedenle uygun ve yeterli psikolojik destek ve ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyduğu görülmüştür (Satapathy, 2011).

Afetler ve ruh sağlığı birbiriyle yakından ilişkilidir. Afetlerin etkileri, etkilenenler üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Sosyal ve ekonomik kayıpların yanı sıra bireyler ve toplumlar arasında psikolojik dengesizlikler yaratarak insanlarda travma

sonrası stres bozukluğu, kaygı ve depresyona yol açabilmektedir. Afetler genellikle sosyal ve ekonomik zararın maliyetiyle ölçülür ve bu, insanların afet sonrasında yaşadığı psikolojik acıyla karşılaştırılmaz. Sosyo-ekonomik stresin yanı sıra etkilenenler sıklıkla psikolojik stres de yaşıyor. Psikolojik müdahaleler etkilenenlerin zamanla iyileşmesine yardımcı olsa da, ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkinin, depresyon ve anksiyete gibi yaygın görülen ruhsal bozuklukların artmasına yol açması bekleniyor (Makwana, 2019).

Afetler genellikle öngörülemez ve maruz kalanları şok durumunda bırakmaktadır. Afete maruz kalan kişiler, kayıplarını inkar etme ve gerçeklikten kaçma eğilimindedir. İnkâr durumunda maruz kalanlar strese, kaygıya ve diğer uyumsuz tepkilere karşı daha savunmasız hale gelmektedir (Makwana, 2019).

Afetler, maruz kalanları umutsuzluk ve şok durumuna sokabileceğini belirtmektedir. Bu travmatik deneyim, maruz kalanların tam olarak işleyen yaşamını bozar ve bireyler, aileler ve topluluklar için düzensizlik getirmektedir. Doğal afet yaşayan aileler, yaptıkları işi kaybederek kimliklerini kaybetme tehlikesiyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca, felaket sonrası ilgili topluluktaki rollerinin bir şekilde bozulması ve umut eksikliği oluşmaktadır (Hackbarth vd., 2012). Araştırmalar ayrıca, travmaya yüksek düzeyde maruz kalma, afet öncesi eğitim eksikliği, sevilen birinin yaralanması veya ölümü, kişinin kişisel ve profesyonel yaşamının felaketten etkilenmesi, önceki travma ve sosyal destek eksikliği gibi afet sonrası ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkili risk faktörlerini de belirlemiştir. (Brooks vd., 2020).

Araştırmalar, afetlerin uzun vadeli psikolojik etkileri olduğunu göstermiştir. Chen vd. (2007), 1999 Tayvan Depremi'nin uzun vadeli psikolojik sonuçlarını incelemiş ve şiddetli bir depremin, olaydan 7 yıl sonra bile hayatta kalanlarda uzun vadeli psikolojik etkiye neden olabileceğini göstermiştir. Yunanistan'daki Parnitha depreminden 4 yıl sonra yapılan bir başka çalışmada, hayatta kalanların %22'si öznel sıkıntı ve %15'i uyum bozukluğu bildirmiştir. Sonuçlar, depremin büyüklüğü orta düzeyde olsa bile depremlerin psikolojik sonuçlarının ciddi ve uzun süreli olabileceğini göstermiştir (Livanou vd., 2005). 1999 Marmara Depremi'nden yirmi

ay sonra, Salcıoğlu, Başoğlu ve Livanou (2001), prefabrik konut sitelerinde yaşayan depremzedeler arasında TSSB görülme sıklığını incelemiştir. Bu çalışmanın bulguları, katastrofik depremlerin uzun vadeli psikolojik etkilere sahip olduğunu göstermiştir, çünkü tahmini TSSB oranları tüm katılımcıların% 39'udur. 1992 Erzincan Depremi'nden 16 ay sonra Erzincan'da depremzedeler üzerinde bir yüzey araştırması yapıldı. Karancı ve Rüstemli (1995), bu felaketin uzun vadeli psikolojik etkilerini incelemişlerdir. Sonuçlar, tüm katılımcıların duygusal olarak etkilendiğini ve 30 yaş üstü katılımcıların %73'ünün bu duyguların kendilerini hala rahatsız ettiğini belirttiğini göstermiştir.

Hindistan'ın kırsal kesiminde şiddetli bir depremde sonra yapılan bir başka çalışmada ise %23 ile TSSB ve %21 ile depresyonun en sık tanı olduğu saptanmıştır (Sharan vd., 1996). Afetler artan psikolojik sıkıntıların yanı sıra günlük yaşamda, yaşam koşullarında ve ilişkilerde aksamalara neden olabilir. Mal kaybı, işsizlik, sosyal destek ve sosyal katılımın azalması afetlerin diğer olumsuz etkileri olabilir. 1995 yılında Japonya'da meydana gelen Hanshin-Awaji Depremi'nden sonra, yaşam tarzında sonradan meydana gelen değişiklik ile depremin neden olduğu psikolojik stres arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, yaşam tarzı gruplarında daha kötüye değişim yaşam tarzı grubunun TSSB puanları, yaşam tarzı gruplarında hiç değişiklik olmamasından veya daha iyi olmasından daha yüksektir, bu nedenle Japonya'daki depreme maruz kalanların yaşam tarzındaki olumsuz değişimin yüksek TSSB puanları ile ilişkili olabileceği görülmektedir (Fukuda, vd., 1999). Yapılan diğer çalışmada ise 2011 Büyük Doğu Japonya Depremi'nden kurtulanlarda psikolojik semptomlar üzerine sistematik bir literatür taramasında, depresyon, anksiyete ve TSSB gibi stres reaksiyonlarının hayatta kalanlar arasında birincil olumsuz etkiler olduğu bulunmuştur (Park vd., 2022).

Doğal afetler, ciddi sonuçları olan ani travmatik olaylardır. Tsunamiler, seller, toprak kaymaları, orman yangınları ve depremler aynı anda birçok insanı tehdit etmekte ve ruh sağlığını doğrudan etkilemektedir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), doğal afetlerle birlikte görülen en sık gözlenen ve araştırılan ruh sağlığı bozukluklarından biridir (Galea vd., 2005; Norris vd., 2002).

Afetler sırasında çok daha fazla insan etkilenir. Etki hemen olmayabilir, ancak çalışmalar afet ve psikolojik sorun arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir. (Galea vd., 2005; Norris vd., 2001; Rubonis ve Bickman, 1991). Her yıl milyonlarca insan felaketin acı ve dehşet verici sonuçlarıyla karşı karşıya kalmakta ve yaşamaktadır. Sonuç olarak toplumu etkiler ve nihayet ülke sakinlerini, topluluklarını ve en önemlisi yaralı ulusun duygusal acısını kaybetmekle karşı karşıya kalır ve hayatta kalanları sürekli korku, depresyon ve stres içinde yaşayarak görevinden etkilenmeye bırakmaktadır. (Rotton vd., 1997)

1.1.4. 6 Şubat Depremleri

Deprem, iki kara kütlesinin aniden birbirini geçmesiyle meydana gelen bir olaydır. Üzerinde kaydıkları yüzeye fay düzlemi veya kırılma düzlemi adı verilmektedir. Deprem başladığı yer yüzeyinin altındaki yere merkez üssü, yer yüzeyinin hemen üzerindeki yere ise merkez üssü denmektedir. Bazen bir deprem sarsıntıya neden olmaktadır. Bunlar daha sonra meydana gelen daha büyük depremlerle aynı yerde meydana gelen daha küçük depremlerdir. Bilim insanları, daha büyük bir deprem meydana gelene kadar bir depremin habercisi olup olmadığını belirleyememektedir. En büyük depreme ana deprem adı verilmektedir. Ana şokları her zaman artçı şoklar takip eder. Bunlar, ana depremle aynı yerde daha sonra meydana gelen daha küçük depremlerdir. Ana depremin büyüklüğüne bağlı olarak artçı sarsıntılar ana depremden sonra haftalar, aylar hatta yıllar boyunca devam edebilmektedir (NHMU, 2024).

6 Şubat 2023 tarihinde, saat 04.17'de, 7.8 şiddetinde deprem Türkiye'nin güney ve orta kesimi ile Suriye'nin kuzey ve batısında meydana gelmiştir. Merkez üssü Gaziantep'in 37 km (23 mil) batı-kuzeybatısıdır. Deprem, merkez üssü çevresinde ve Antakya'da maksimum Mercalli şiddetine sahipti. Bunu 13:24'te 7.7'lik bir deprem takip etmiştir. Bu deprem, ilkinden 95 km (59 mil) kuzey-kuzeydoğu meydana gelmiştir. Yaygın hasar ve on binlerce meydana gelmiştir. 7.8 büyüklüğündeki deprem, aynı büyüklükteki 1939 Erzincan depreminden bu yana Türkiye'deki en büyük depremdir. Aynı zamanda Levant'ta şimdiye kadar

kaydedilen en güçlü depremlerden biridir. Mısır'a ve Türkiye'nin Karadeniz kıyılarına kadar hissedildi. Takip eden üç ay içinde 30.000'den fazla artçı sarsıntı yaşandı. Yaklaşık 350.000 km² büyüklüğünde, yaklaşık Almanya büyüklüğünde bir alanda yaygın hasar meydana geldi. Tahminen 14 milyon kişi veya Türkiye nüfusunun yüzde 16'sı etkilendi. Birleşmiş Milletler'den kalkınma uzmanları, yaklaşık 1,5 milyon insanın evsiz kaldığını tahmin etmektedir. Ayrıca Türkiye'de teyit edilen ölü sayısı 53.537 kişidir. (Vikipedia, 2024).

1.2. TRAVMA VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

1.2.1. Travma Kavramı

Travma, başlangıçta fiziksel yaralanma ve bazı ani etkileri için kullanılan bir terimdir. 1800'lerin sonlarından bu yana, travma giderek artan bir şekilde şiddet, yaralanma ve kayıp deneyiminin veya tehdidinin bir dizi psikolojik etkisine atıfta bulunmaya başlamıştır (Leys, 2000). Travmatik olarak kabul edilen olaylar arasında şiddetli kişisel saldırı, tecavüz, fiziksel veya cinsel istismar, ciddi otomobil kazaları, yaşamı tehdit eden bir hastalık teşhisi konması, doğal veya teknolojik felaketler, kaçırılma, askeri çatışma, rehin alınma, terörist saldırılar, işkence ve savaş esiri olarak veya toplama kampında hapsedilme yer almaktadır. Travma terimi, bu farklı olaylarda neyin ortak olduğunu vurgular, ancak her birinin kendine özgü anlamları ve sonuçları bulunmaktadır (Kirmayer vd., 2010).

Travma, hayatımızın olumsuz duygulara ve durumlara neden olan bir süreci gibi görünmektedir. Bununla birlikte, "travmatik" olarak kabul edilecek bir olay, bir kişinin başa çıkma yeteneğini kesintiye uğratmalı ve bunalmasına neden olmalıdır. (Giller, 1999).

Travma genel olarak insanların ruhsal ve fiziksel durumlarına çok farklı derecelerde zarar veren, yaralayan her türlü olay ve durum için kullanılmaktadır. Travma ve tetikleyici faktörle ilişkili bozukluklar ruhsal hastalıklar içinde geniş bir kategoride değerlendirilmektedir (Keane vd., 2006). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM) 5. baskısına göre travma ve stresle ilişkili bozukluklar: Akut stres bozukluğu, TSSB, reaktif bağlanma bozukluğu, uyum

bozukluğu, toplam sosyal katılım bozukluğu, diğer tanımlanmış travma ve stresle ilişkili bozukluklar ve belirtilmemiş stresle ilişkili bozukluklardan oluşmaktadır (APA, 2013). Maruz kalanlar, travma yaşadıkdan bir süre sonra, bazen zihinsel ve fiziksel olarak travma deneyimini hatırlayabilirler. Bu hatırlamalar, kişinin rahatsız ve hatta aşırı uyarılmış hissetmesine neden olabilir. Bu nedenle, travma yaşayan kişi, travmatik olayların anılarından kaçınmayı tercih edebilir. Bu travma belirtileri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) adı verilen bozukluğa yol açmaktadır. Tıp dünyası ve ruh sağlığı uzmanlarına göre, TSSB, travmatik deneyimler nedeniyle fiziksel olarak ortaya çıkan bir ruhsal bozukluktur (Ruzek, 2006). Başka bir deyişle, uyaran kontrol edilemez olarak algılandığında travmatik strese daha yoğun bir duygusal tepki verilir (Wood vd., 2015, Amat vd., 2008). Bu nedenle, ani başlangıçlı doğal afetlerle karşı karşıya kalındığında, stresli olay üzerinde davranışsal, bilişsel ve duygusal kontrolün olmadığı hissinin yoğun duygusal sıkıntıya neden olduğu anlaşılmaktadır. Travma sırasında yaşanan duygusal sıkıntı düzeyinin yüksek olması travmatik stres belirtilerine neden olmaktadır (Başoğlu ve Şalcıoğlu, 2011).

1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), yoğun travmatik bir olaya maruz kalmanın neden olduğu bir anksiyete bozukluğu; travmatik olayı tekrarlayan müdahaleci hatırlamalar, kabuslar veya geri dönüşlerde yeniden deneyimleme, travma ile ilişkili uyarlardan kaçınma, duygusal tepkinin genel uyuşması ve aşırı uyarılma ve uyuma, hatırlama veya konsantre olmada zorluk ile karakterize edilmektedir (Saunders, 2004).

Travmatik deneyimin en zayıflatıcı etkilerinden biri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) adı verilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bozukluk, işkence görmüş mağdurların hayatta kalanları arasında çok yaygın olarak görülmektedir. Mevcut literatür, TSSB gelişme riskinin artmasına katkıda bulunan faktörlerin, travmatik olaylara maruz kalma da dahil olmak üzere birçok değişkenden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (Lang vd., 2012).

Travmatik olaylara maruz kalan kişiler, travmatik olaylar yaşamamış olanlara kıyasla TSSB'nin yanı sıra majör depresyon, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve madde bağımlılığı için daha yüksek risk altındadır (Kessler vd., 1995). Ayrıca somatik semptomları ve fiziksel hastalıkları, özellikle hipertansiyon, astım ve kronik ağrı sendromları olabilmektedir (Zatzick vd., 1997).

Genel olarak, TSSB tanısı konabilmesi için, bir kişinin korku, çaresizlik veya dehşetle yanıt verdiği aşırı stres etkenine veya travmatik bir olaya maruz kalmış olması ve aşağıdakilerden oluşan üç farklı semptom türüne sahip olması gerekmektedir:

- Olayın yeniden yaşanması,
- Olayın hatırlatılmasından kaçınma,
- ve en az bir ay boyunca aşırı uyarılma (APA, 1994).

TSSB, travmatik bir olay yaşadıktan veya tanık olduktan sonra gelişebilen bir zihinsel sağlık sorunudur. TSSB belirtileri arasında geri dönüşler, kabuslar, çarpıtılmış düşünceler, aşırı uyarılma, travmayı hatırlatmaktan kaçınma ve duygusal uyuşukluk sayılabilir. Bir kişinin günlük yaşamını, ilişkilerini ve genel refahını önemli ölçüde etkileyebilir. TSSB tedavi edilebilir bir durumdur ve bireylerin travmanın etkileriyle başa çıkmalarına ve iyileşmelerine yardımcı olmak için travma odaklı psikoterapiler (TFP) ve farmakolojik tedaviler gibi etkili müdahaleler mevcuttur. Erken tanı ve uygun destek, iyileşme sürecinde önemli bir fark yaratabilmektedir (Hoskins vd., 2021).

1.2.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Nedenleri

Her türlü risk faktörü TSSB'ye neden olmaktadır. TSSB'nin gelişimi, bazı insanlarda meydana gelen travmatik olayları da takip etmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun nedenleri dört türe ayrılmaktadır (Davison, 2006).

- Beyin Yapısı Nedenleri: Davison, insan beyninin travmatik bir olay yaşayan, korku ve duyguyu düzenleyen ve TSSB'ye neden olan belirli bölgelerinin

travmatik bir olay yaşıyan ancak TSSB geliştirmeyenlerden farklı olduğuna inanmaktadır.

- Genetik nedenler: Anksiyete bozuklukları ailelerde ortaya çıkma eğilimindedir; Önemli düzeyde anksiyete bozuklukları ile mücadele eden bazı kişilerde bozukluğu geliştirme riski daha yüksektir. TSSB'nin önemli bir nedeni olmasa da, travmatik bir olaydan kurtulanları bozukluğu geliştirmeye karşı daha savunmasız hale getirmektedir.
- Psikolojik nedenler: Belirli koşullarla mücadele eden ve depresyon ve anksiyete gibi belirli akıl hastalığı türlerine sahip kişiler için travma sonrası stres bozukluğu geliştirme riski artmaktadır.
- Çevresel Nedenler: Korkunç, travmatik ve stresli olaylar öyküsü olan bazı kişilerin TSSB geliştirme olasılığı diğerlerinden daha yüksektir. Örneğin, askerlik tecrübesi olan ve arkadaşlık kaybı, fiziksel ve psikolojik travma gibi birçok travmatik deneyim yaşımış askerlerin geçmişleri nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu geliştirme riski daha yüksektir (Afni, 2022).

1.2.3. Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Karmaşık TSSB ve TSSB arasındaki en belirgin fark, kişinin yaşıdığı travmatik olaydır. Araştırmalar, TSSB'nin yetişkinlikte tek bir travmatik olayla veya aynı travmatik olaya birden fazla maruz kalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Cloitre vd., 2013; Glück vd., 2016).

Cloitre vd. (2013), karmaşık TSSB tanısı alan bireylerin, TSSB'si olan bireylere göre anlamlı derecede daha fazla işlevsellik bozukluğu gösterdiğini belirtmiştir. Ek olarak, karmaşık TSSB tanısı alan bireyler, TSSB tanısı alan kişilere göre daha yüksek düzeyde dissosiyatif semptomlar göstermektedir (van Dijke vd., 2015). Ayrıca, yaşamın erken evrelerinde travmatik bir olaya maruz kalmak, TSSB'den daha karmaşık TSSB semptomları geliştirmek için bir risk faktörüdür (Van der Kolk vd., 2005).

1.2.4. Depresyon

Depresyon bireyde ortaya çıkan belirtilere bağlıdır; Üzgün hissetme, bir şeyler hakkında endişe duymama veya zevk almama, bir şeyler yapmak için iyi olmama, düşük benlik saygısı, konsantrasyon kaybı ve kişinin uykusunda ve iştahında rahatsızlık gibi belirtiler içeren popüler bir zihinsel bozukluk olarak tanımı yapılmaktadır (Shafiq vd., 2020).

Horwitz (2010), kaygı, stres ve depresyonun duygusal durumlar olduğunu dile getirmiştir. Bu durumlar çok yaygın olup ve yaşamın farklı aşamalarında herhangi bir birey tarafından yaşanabilmektedir. Aynı zamanda, kişiden kişiye değişen farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Depresyonun belirtileri arasında uyku güçlüğü, ilgi azalması, suçluluk veya değersizlik duyguları, enerji/yorgunluk değişiklikleri, konsantrasyon/dikkat azalması, kilo değişiklikleri, intihar düşünceleri ve depresif ruh hali yer almaktadır (Chand ve Arif, 2022).

Depresyon tanısı almak için, bir bireyin en az iki hafta boyunca günlük olarak tutarlı bir şekilde en az beş depresif belirti yaşaması gerekmektedir. Bu semptomlar arasında, depresif bir ruh hali veya tüm aktivitelere ilgi veya zevk kaybı dahil edilmelidir (Gurung ve Shristy, 2023).

1.2.5. Stres ve Akut Stres

Stres, çevre ile kişinin mevcut durumu arasındaki ilişki olarak tanımlanabilir. İlişkiye verilen tepki, sıkıntı veya kaygı olma eğilimi göstermektedir (Burke, 1991). Araştırmalar, psikolojik stresin, bir bireyin günlük yaşamın dış taleplerinin uyum sağlama yeteneğini aştığını algıladığında ortaya çıktığını göstermektedir. Bu çalışmalar, bir bireyin karakterini ve başa çıkma yeteneğini sürekli olarak test eden çevresel olayların görülme sıklığına odaklanmaktadır (Dyson ve Renk, 2006).

Diğer bir tanımda ise stres, bireyin psikolojik sorunların ve olumsuz faktörlerin birey üzerindeki etkilerine güçlü bir şekilde yanıt verememesi olarak görülmektedir (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002). Stres; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlere bağlı olarak organizmada çeşitli belirtilerin varlığı olarak tanımlanmaktadır

(Saygılı, 2005). Özetle stres; kişiyi fiziksel, psikolojik ve psikososyal açıdan tehdit eden herhangi bir uyarıcı olarak kabul edilmektedir.

Stres, temelde fizyolojik bir durumdur ve bir süreç olarak ilerlemektedir (Lazarus, 1990). Psikolojik stres, bireylerin kendi refahları için önemli olarak algıladıkları ve taleplerinin mevcut başa çıkma kaynaklarını aşan çevrelerle olan ilişkilerini ifade eder (Lazarus ve Folkman, 1986). İç ve dış tüm uyaranlar strese neden olabilmektedir (Çiçek, 2006). Genel olarak insanın fizyolojik ve psikolojik koşullara uyumunda rol oynamaktadır (Özkaya vd., 2008). Önemli olan stres seviyesidir.

Akut stres alarm aşaması olarak adlandırılmaktadır (Kim vd., 2012). Akut stres, algılanan bir tehdidin aniden tanımlanmasından sonraki ilk bilişsel ve bedensel tepki olarak tanımlanabilir (Chrousos, 1998). Akut stres, bireyin tehdit durumuyla yüzleşmek için gereken çabayı değerlendirmesine neden olmaktadır (LeBlanc, 2009).

1.2.6. Kaygı Bozukluğu

Kaygı kavramının ortaya çıkışı Antik Yunan'a kadar uzanmaktadır. DSM'e göre kaygı, mevcut veya potansiyel bir tehdide karşı verilen duygusal tepki olarak tanımlanmaktadır. Bakırcıoğlu (2014)'na göre kaygı, bir durum karşısında gelişen, endişe ve şüpheyile yakından ilişkili olan güvensizlik duygusudur. Cüceloğlu'na (2007) göre ise kaygı, başkaları tarafından yargılanma korkusu, endişe ve belirsizlik gibi pek çok durumu kapsayabilmektedir.

Kaygı, vücutta farklı duyguların eşlik edebildiği korku ve rahatsızlık hissidir. Örnekler arasında göğüste baskı hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, boş mide hissi ve sık sık hemen tuvalete gitme ihtiyacı sayılabilir (Gitlow vd., 2019). Genel anlamda kaygı, belirsizlik durumu karşısında yaşanan bir duygudur. Kaygı yaşayan bireylerde pek çok fizyolojik belirti gözlenirken en önemli belirtiler stres, gerginlik ve depresyon gibi psikolojik alanlarda ortaya çıkmaktadır (Rosen & Schulkin, 1998). Huzursuzluk ve etrafta dolaşma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtileri arasında sayılmaktadır (Gitlow vd., 2019).

Semptomlar aniden başlayabildiği gibi giderek sıklaşarak ve şiddetlenerek de ortaya çıkabilmektedir. Bireyler genellikle ortaya çıkan belirtileri gerçekçi bir şekilde yorumlayabilmekte ve sıklıkla kendi bilgi ve becerileri dahilinde bunlarla baş etmeye çalışmaktadırlar (Sizoo ve Kuiper, 2017). Ancak sorunun üstesinden gelinmesinin zor olduğu, belirtilerin aşılamadığı ya da sosyal yaşamlarının kısıtlı olduğu durumlarda tedavi için profesyonel yardıma başvurulması gerekmektedir (Sharma vd., 2012).

1.2.6.1. Kaygı Bozukluğu Kavramı

Kaygı bozukluklarının travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile karmaşık bir ilişkisi bulunmaktadır. Obsesyonlar, kompulsyonlar ve panik ataklar dahil olmak üzere anksiyete belirtileri, travmatik durumlara maruz kaldıktan sonra TSSB'ye eşlik edebilmektedir (Bystritsky vd., 2000).

Kaygı bozuklukları, gerçek bir tehditle ilişkili olarak orantısız olan duyarlı anksiyete olan uyumsuz anksiyeteyi içermektedir. Ayrıca, anksiyete bozukluklarının farklı şiddet dereceleri bulunmaktadır. Anksiyete bozukluklarından muzdarip insanlar farklı semptomlarla ortaya çıkabilir, ancak her biri aşırı, temelsiz korku ve dehşet gibi ortak noktaları paylaşmaktadır (Swiatek, 2013). Anksiyete bozuklukları şunları içermektedir: gorafobi olmayan panik bozukluğu, agorafobili panik bozukluğu, panik bozukluğu öyküsü olmayan agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu (Amerikan Psikoloji Derneği, 2000).

Kaygı bozuklukları, yaygın olarak ortaya çıkan diğer ruhsal bozukluklardan çok daha erken başlamaktadır. Başlangıç yaşı büyük olasılıkla çocukluk, ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde olmaktadır. Tüm dünyada yetişkin nüfusun %18,1'i kaygı bozukluklarından birini yaşamaktadır. Kaygı bozukluklarının altıda beşi kadınlarda 2-3 kat daha yaygın olmaktadır. (Kessler vd., 2005; Kaufman ve Charney, 2000).

1.2.7. Travmatik Yas

Geçtiğimiz yüzyıl boyunca, yas, insanların yasla nasıl başa çıktıklarını açıklamak için ana teorik yapı olmuştur. Hemen hemen tüm insanların hayatlarının bir döneminde önemli kayıplar yaşaması beklenebildiğinden, keder, üzücü olsa da normal bir süreç olarak görülmektedir. Yüksek düzeyde duygu yaşanır, ancak açıkça tanımlanmış bir hedefe sahip olarak görülür, yani yaslı kişinin ölen kişiyle ilişkiye olan bağlılığını terk etmesine yardımcı olmaktadır (Regehr ve Sussman, 2004).

Yas teorisyenleri normal yas kalıpları için zaman çizelgeleri sağlamakta tereddüt etseler de, bu aşamanın tipik olarak birkaç hafta, genellikle 6 ila 8 hafta sürdüğü düşünülmektedir (Humphrey ve Zimpfer, 1996). Kaybın kalıcılığı algısal bir gerçeklik haline geldiğinde, yaslı kişinin tipik olarak birkaç ay sürebilen uzun bir düzensizlik ve umutsuzluk dönemi yaşadığı düşünülmektedir (Shuchter ve Zisook, 1993).

Broom ve Kleber (2000), yakın bir kişinin kaybına verilen tepkiyi, diğer travmatik olaylara verilen tepkiden esasen farklı olarak görmeye gerek olmadığını öne sürmektedir. Doğal bir ölüm durumunda, hayatta kalan kişi ölen kişinin görüntüleriyle meşgul olabilir ve özlem, üzüntü ve depresyon hissedebilir. Yaslı kişi zorla veya felaketle bir ölüme tanık olduğunda, görüntüler daha şiddetli olabilmekte ve duygusal tepki öfke veya çaresizlikten biri olabilmektedir. Bununla birlikte, araştırmacıların görüşüne göre, değiştirilmiş içerik ayrı bir varlığı temsil etmemektedir.

Ölüm türünün kederi nasıl etkilediğini anlamakla ilgilenen araştırmacılar, travmatik ölümlerin yas deneyimi üzerindeki etkisine ilişkin çalışmalar yapmışlardır (Raphael vd., 2004). Travmatik ölümler, erken, ani, şiddetli ve beklenmedik olma ihtimali olan ölümlerdir. Travmatik kaybın kişinin güvenlik ve kontrol duygusunu bozduğu bunun yanında kimlik ve amaç duygusunun kaybına neden olduğu söylenmektedir. Bu durumdan dolayı yas tutan kişinin hem kişisel hem de dış dünyası hakkındaki varsayımları bozulmaktadır (Prigerson vd., 1997). Travma sonrası stres bozukluğu

(TSSB) belirtileri, bu yas tutanların bazılarında yoğun bir kaygı tepkisi veya yaşanan terör ve akut sıkıntı ile ortaya çıkabilmektedir (Kaltman ve Bonanno, 2003).

1.3. TRAVMA MÜDAHALE YÖNTEMLERİ

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), günlük işlevsellikte önemli bozulma ve kısıtlılık ile karakterize psikiyatrik bir durumdur. Müdahaleci hatırlamalar, kaçınma davranışları, olumsuz düşünceler ve duygular ve yüksek uyarılma dahil olmak üzere, son derece üzücü olaylara maruz kaldıktan sonra uzun bir süre devam eden bir dizi semptomu içermektedir (Bisson vd., 2013). TSSB'nin genel popülasyondaki prevalansının yaklaşık% 6-8 olduğu tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, bu oran, ciddi psikolojik travmaya maruz kalan belirli alt popülasyonlarda önemli ölçüde artmaktadır. Örneğin, gaziler, yerinden edilmiş bireyler ve saldırıdan kurtulanlar, %25'e kadar ulaşan çok daha yüksek TSSB oranları yaşayabilmektedir (Ressler vd., 2022).

TSSB, depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunların gelişmesini önlemek, dayanıklılığı artırmak ve hatta toplumdaki çatışmaları önlemek için erken müdahalenin önemli olduğu ileri sürülmektedir (Slobodin ve de Jong, 2015). Travmatik stres, TSSB ve travmayla ilişkili diğer bozukluklar için bir risk faktörü olduğundan, sıkıntıyı tedavi etmek ve patolojinin gelişmesini önlemek için etkili bir erken müdahaleye duyulan ihtiyaç çok önemlidir.

TSSB tedavisine yönelik araştırmalar, travma odaklı bilişsel davranışçı terapi ve göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) gibi tedavilerin etkinliğini göstermiştir (Mendes vd., 2008; de Jongh ve diğerleri, 2019). Bu yaklaşımların aynı zamanda cinsel istismar mağdurları, mülteciler, gaziler ve trafik kazası mağdurları dahil olmak üzere çeşitli TSSB mağdurları için de etkili olduğu rapor edilmiştir. Ancak bu müdahalelere ilişkin mevcut kanıtların çoğu yetişkinlikte tek tip travmayı tedavi etmek için kullanılmaktadır (Bisson ve ark., 2013).

1.3.1. Davranış Değiştirme Terapisi

TSSB için etkili tedaviler arasında farmakolojik müdahaleler ve çeşitli psikoterapötik yaklaşımlar yer almaktadır. Ancak önceki incelemelerden elde edilen tutarsız bulgular ve öneriler nedeniyle kanıta dayalı reçete yazmanın sağlanması zor olmaya devam etmektedir (Hoskins, vd., 2021). PE, CPT, CT-TSSB ve EMDR gibi TFP, TSSB için tercih edilen ilk tedavi olarak yaygın olarak önerilmekte ve sağlam kanıtlarla desteklenmektedir (Cusack, 2016). Bununla birlikte, TSSB'si olan bazı bireyler, optimal uyarılma bölgelerinde artan sıkıntı ve duygusal uyuşma nedeniyle bu tedavilere aktif olarak katılmakta zorlanabilmektedir (Myers ve Davis, 2007).

Davranış değiştirme terapisi veya bilişsel davranışçı terapi olarak da bilinen davranış terapisi, zihinsel bozuklukların tedavisinde terapötik bir yaklaşımdır. Bu terapötik yaklaşım şu anda davranış ve öğrenmeye odaklanan kısa vadeli bir bilimsel yaklaşımdır. Davranışçı terapinin ortaya çıkmasında önemli faktörler, İkinci Dünya Savaşı sonrasında artan kısa vadeli ve hızlı çözüm önerileri ve psikanalizin bu ihtiyacı karşılayamaması ve öğrenme odaklı araştırmalardır (Spiegler ve Gevremont 2010).

Klasik ve edimsel koşullanma gibi öğrenme ilkelerine dayanan bu yaklaşım, danışana çeşitli teknikler kullanarak probleme yönelik davranışları değiştirme becerisini öğretmeyi amaçlamaktadır. Bu amaca ulaşmak için terapi, hayali (in vitro) maruz kalma, gerçek hayatta (in vivo) maruz kalma, sistematik duyarsızlaştırma, nefes egzersizleri, gevşeme eğitimi, uzun süreli maruz kalma ve psikoeğitim gibi teknikleri içermektedir (Spiegler ve Guevremont 2010). TSSB tedavisinde kullanılan bu müdahaleler Tablo 1.3'de gösterilmiştir.

Tablo 1.3 TSSB için Davranış Değişirme Terapisi Müdahale Yöntemleri

Müdahale Adı	Amacı
Psikoeğitim	Danışanı TSSB'nin psikolojik etkileri hakkında bilgilendirerek TSSB üzerindeki kontrolünü artırmak.
Gerçek Hayat (In Vivo) Pozlama	Özneyi gerçek yaşamda korkulu uyarana maruz bırakmak ve kaçınma davranışının klasik olarak koşullanmış korku tepkisini söndürmesini engellemek.
Hayali (in Vitro) Maruz Kalma	Gerçek yaşamda maruz kalmanın kullanılmadığı ya da riskli olduğu durumlarda, danışanın klasik olarak koşullanmış korkulu uyarını hayal ederek korku tepkisinin sönmesini kolaylaştırmak ve kaçınma davranışını engellemek.
Uzun Süreli Maruz Kalma	Travmatik olayın kontrollü bir şekilde yeniden yaşanması ve olayın bilişsel öğelerinin yeniden işlenmesi yoluyla danışanın travmatik olayın psikolojik etkileri üzerinde kontrol sahibi olmasını sağlamak.
Nefes Egzersizleri	Solunumun derinleşmesi sonucu beyne giden oksijen miktarını artırarak travmatik yaşam olayına verilen stres yanıtının ağırlaşmasını önlemek.
Gevşeme Eğitimi	Travmatik bir yaşam olayından sonra tetiklenen sempatik sinir sisteminin artmış aktivasyonunu, parasempatik sinir sisteminin aktivasyonunu tetikleyerek azaltmak.
Sistemik Duyarsızlaştırma	Danışanı yavaş yavaş klasik olarak koşullandırılmış korkulu uyarana maruz bırakarak ve kaçınma davranışını önleyerek korkulu uyarana karşı duyarsızlaşmak.

Kaynak: Çiller vd. (2022)

1.3.2. Bilişsel İşleme Terapisi

Bilişsel İşleme Terapisi, bilişsel terapi odaklı ve isteğe bağlı yazılı travma hesabı bileşeni ile 12 seanslık kanıta dayalı manuel bir tedavidir (Resick vd., 2014). Terapi, askeri travmanın yanı sıra grup terapisi için de uyarlanabilir. Terapi ayrıca, indeks travmasının yazılı hesabı yerine ek bilişsel seanslar ekleyerek indeks travmasına maruz kalma derecesini azaltmak için uyarlanabilir. Bilişsel İşleme Terapisi başlangıçta cinsel saldırıdan sonra TSSB'den muzdarip kadınlar için

geliştirilirken, araştırmacılar daha sonra terapiyi konuşlandırmadan eve döndükten sonra TSSB yaşayan askeri gaziler için uyarladılar (Monson vd., 2006).

Bilişsel İşleme Terapisi, psikolojik travmadan ve bunun sonucunda ortaya çıkan TSSB'den kurtulmadaki zorlukları açıklamak için sosyobilişsel veya yapılandırmacı bir modele dayanan bir terapidir. BIT'in altında yatan teoriye göre, travmalar meydana geldiğinde, kişi olayın anlamını önceden var olan bilişsel yapılar veya şemalarla ilişkili olarak uzlaştırmaya çalışmaktadır (Chard vd., 2020). Travmatizasyondan doğal süreçlerle veya müdahale ile iyileşme, travmatik bilginin mevcut şemaya uyum sağlaması, yani önceden var olan inanç yapılarının travma hakkındaki gerçekçi değerlendirmelerle uyumlu olacak şekilde değiştirilmesi nedeniyle gerçekleşmektedir (Chard vd., 2020).

Bilişsel İşleme Terapisi, TSSB'si olan bireyler için önerilen ilk müdahalelerden biridir (Forbes vd., 2020). BIT manuelleştirilmiş, zaman sınırlı, travma odaklı bir tedavidir. Müdahale, travma ile ilgili anıların ve inançların duygusal olarak işlenmesinin yanı sıra bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerini içeren 12, 60 dakikalık oturumlardan oluşmaktadır (Thomas vd., 2023).

Bilişsel İşleme Terapisi 6 aşamadan oluşur: Tedavi öncesi değerlendirme, TSSB, düşünceler ve duygular üzerine eğitim; etki beyanı ve travma hesabının tartışılması ve yazılması yoluyla indeks travmasının işlenmesi; sıkışmış noktaları belirleyerek travma ile ilgili yararsız düşünceye meydan okumayı öğrenmek; güvenlik, güven, güç, kontrol, saygı ve samimiyet ile ilgili travma temalarını belirlemek; ve gelecekle ilgili hedefleri ve olası endişeleri belirlemektir. Bu tedavi modeline göre, TSSB'nin travmatik bir olaydan kurtulamama olduğu düşünülmektedir ve bir olay son derece şiddetliyse, herkesin TSSB'yi yansıtan semptomları olmaktadır (Resick vd., 2014).

1.3.3. Uzamış Maruz Bırakma

Uzamış maruz bırakma terapisi, kaygı uyandıran veya kaçınılan düşünceler, durumlar, faaliyetler ve gerçekçi olarak tehdit edici olmayan insanlarla yüzleşerek

aşırı veya gerçekçi olmayan kaygıyı azaltmak için genel bir stratejiyi ifade etmektedir. Hayali maruz kalma, in vivo maruz kalma, sistematik duyarsızlaştırma ve taşma dahil olmak üzere çeşitli maruz kalma terapisi çeşitleri bulunmaktadır (Craske vd., 2000).

Uzun süreli maruz kalma, TSSB tedavisinde önemli araştırmalara konu olan özel bir maruz kalma terapisi programıdır. Uzun süreli maruz kalma üç ana bileşenden oluşur: Birincisi, tipik olarak ev ödevi olarak travma hatırlatıcılarına in vivo maruz kalma; İkincisi, hem oturumda hem de ev ödevi olarak travmatik olayın anısına hayali maruz kalma; ve üçüncüsü, psikoeğitim ve kontrollü nefes alma eğitimidir (McLean ve Foa, 2011).

Uzamış maruz bırakma terapisi, bireysel bir formatta verilir ve tipik olarak her biri yaklaşık 90 dakika süren 9-12 seanstan oluşmaktadır. Tedavi dört prosedür içerir: (1) travma, travmaya tepkiler ve TSSB hakkında psikoeğitim; (2) nefes alma eğitimi; (3) in vivo hastanın kaçındığı korkulan (ama şimdi güvenli) travma ile ilgili durumlara maruz kalma ve (4) travmatik olayın anılarını tekrar tekrar anlatmaktan oluşan hayali maruz kalma. Her imgesel maruz bırakma seansının sonunda, danışan ve terapist, imgesel maruz kalma sırasında veya travmayı anlatmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan düşünce ve duyguları işlemektedir. Son olarak, her oturum, in vivo alıştırma ve o oturumda gerçekleştirilen hayali maruz kalma egzersizinin bant kayıtlarının dinlenmesini içeren bir ev ödevi ile sona ermektedir (Follette ve Ruzek, 2006).

1.3.4. Hareketlerle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)

Hareketlerle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) terapisi, travma ve ilişkili bozuklukların tedavisi için 1987 yılında Francine Shapiro tarafından geliştirilen kanıta dayalı bir psikoterapi tekniğidir (Shapiro, 2018). Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR), travma sonrası stres bozukluğunu tedavi etmek için kullanılmaktadır (Resick vd., 2008). Prosedürün önemli bir kısmı, hastanın travmatik anıları hatırlarken aynı anda yatay göz hareketleri yapmasını

içermektedir. Giderek artan bir şekilde, bu göz hareketlerinin yerini, alternatif sol ve sağ bip sesleri gibi diğer aralıklı bilateral stimölasyonlar almaktadır.

EMDR terapisi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için önemli ampirik desteğe sahip psikolojik tedaviden biridir. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü (WHO; 2013) ve Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE; 2018), TSSB için uluslararası klinik uygulama kılavuzlarının çoğu EMDR'yi birinci basamak tedavi olarak önermektedir.

EMDR işleminin amacı, hedef bellekle ilgili rahatsızlığın en aza indirildiği ve hedef bellekle ilgili arzu edilen olumlu ve kendine referanslı bir inancın güvenilirliğinin en üst düzeye çıkarıldığı nihai bir duruma ulaşmak olarak tanımlanabilir. EMDR çerçevesinde terapist, hastanın travma anılarını en iyi şekilde harekete geçirmesine yardımcı olan ve aynı anda terapistin el hareketlerini gözleriyle takip ederken bir anının çeşitli bileşenlerine odaklanmasına rehberlik eden bir kolaylaştırıcı olarak görölmektedir (Jongh vd., 2023).

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) kapsamlı bir psikoterapi yaklaşımıdır (Shapiro ve Liliotis, 2011). Beynin bilgi işleme sistemini, etkinliği bilinen diğer yerleşik psikoterapi yöntemleriyle birlikte uyarmayı amaçlayan dokunmalar, tonlar veya göz hareketleri gibi iki taraflı stimölasyon kullanılmaktadır (Shapiro, 2018). EMDR'nin arkasındaki teorik model, uyarlanabilir bilgi işleme (AIP) modelidir; bu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) için bir tedavi olarak EMDR ile birlikte geliştirilmiştir. AIP modeli, zihinsel patolojinin, yanlış işlenmiş anıların duygusal ve canlı bir durumda 'sıkışıp kalmasından' kaynaklandığını iddia etmektedir.

1.3.5. Hareketlerle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Tedavisinin Adımları

8 adımlı protokol 3 aşamada özetlenmiştir (Elofsson vd., 2008): Birinci, değerlendirme aşaması, ikinci, duyarsızlaştırma aşaması ve üçüncü ise kurulum aşamasıdır. Hedef değerlendirme aşamasında, klinisyen hastanın şikayetlerinin öyküsünü alır, hastanın en canlı olan hedef anıyı değerlendirmesine yardımcı olur,

ürettiği sıkıntının boyutunu değerlendirir ve son olarak hastadan aynı anı için olumlu bir biliş tanımlamasını ister. Kendine bildirilen ölçekler, hedef belleğin neden olduğu kaygı düzeyini ölçmek ve yeni pozitif bilişin geçerliliğini tahmin etmek için kullanılmaktadır.

Bu ölçümler ilk olarak hedef değerlendirme aşamasında yapılır, ardından duyarsızlaştırma aşaması gelir. Bu aşamada, hasta hedef belleğe odaklanırken, kısa setler sırasında BLS verilir ve klinisyen hastaya seans boyunca rehberlik eder. Her setin sonunda SUDS ölçülür ve 0 veya 1 SUDS skoru elde edilene kadar setlere devam edilir. Daha sonra, BLS setleri verilirken pozitif bilişe odaklanılan kurulum aşaması gelir. Hastanın VoC skoru 6 veya 7 olana kadar setlere devam edilir. Seansı bitirmek için, hastanın BLS ile herhangi bir sıkıntı hissini, mümkünse kaybolana kadar vücuttaki gerginliği tanımladığı ve işlediği bir "vücut taraması" yapılır (Kodiyan, 2015).

EMDR terapisinin etkili olması için “Standart Protokol” (Shapiro, 2018) olarak adlandırılan kuralların sıkı bir şekilde uygulanması çok önemli kabul edilmektedir. Süreç talimatları olarak tasarlanan bir dizi standart soru ve formülasyondan oluşan bir dizi sabit adımdan oluşur. Prosedür, danışanın eninde sonunda dikkatini travma anısına belirli bir dozda odaklamasını ve aynı anda başka bir görevi gerçekleştirmesini sağlamalıdır. Bu aşamalar olarak Tablo 1.4’de özetlenmiştir.

Yetişkinlerde EMDR kullanan bir terapi seansı tipik olarak 60-90 dakika sürer ve bireysel veya grup formatında yürütülebilir. Randomize kontrollü çalışmalar az ve düşük metodolojik kalitede olmasına rağmen, grup EMDR protokollerinin TSSB semptomlarını önemli ölçüde azaltabileceğine dair kanıtlar ortaya çıkmaktadır (Kaptan vd., 2021).

Tablo 1.4 Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) Standart Protokolünün Sekiz Prosedür Adımı

Aşama	Aşamanın açıklaması
Hasta öyküsü ve tedavi planlaması	Hastanın semptomları ve öyküsü hakkında bilgi toplamak, bir vaka kavramsallaştırması formüle etmek ve bir tedavi planı geliştirmek.
Hazırlık	Terapötik bir ittifak oluşturmak da dahil olmak üzere hastayı travma çalışmasına hazırlamak. Travmatik olaylara maruz kalmanın etkileri ve EMDR terapisi konusunda uygun psikoeğitim verilmesi. Hastanın duygusal düzenleme becerilerine ve kaynağına hitap etmek
Değerlendirme	Tedavi seanslarının odaklanacağı hedef anıların belirlenmesi. Hastadan travmatik anı imgesinin en rahatsız edici yönlerini, ilişkili kendine referanslı işlevsiz inancı (yani olumsuz biliş), alternatif bir arzu edilen inancı (yani olumlu biliş) ve ilişkili anahtar duyguları ve bedensel duyuları akla getirmesini isteyerek hafızayı harekete geçirmek, ardından Likert tipi bir öznel ölçek kullanarak rahatsızlık düzeyini değerlendirmek (aralık: 0-10)
Duyarsızlaştırma	Hastanın çalışma belleğini vergilendiren ikili bir dikkat görevi kullanarak hedef anıların işlenmesi, tipik olarak terapistin eli veya bir "ışık çubuğu" tarafından yönlendirilen hızlı iki taraflı göz hareketleri, herhangi bir rahatsızlık bildirilmeyene kadar yapılır.
Kurma	Hedef hafızanın yanı sıra, olumsuz bilişle çelişen alternatif pozitif bilişi güçlendirmek.
Vücut taraması	Hastanın vücudunu tepeden tırnağa taradığı, pozitif bilişle birlikte hedef hafızayla ilgili kalan rahatsız edici fiziksel duyuları not ettiği ve serbest bıraktığı bir vücut taraması yapmak.
Kapama	Prosedürün sonuçlandırılması ve gerekli takip düzenlemelerinin yapılması.
Yeniden değerlendirme	Önceki tedavi seansının etkinliğinin değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeye dayalı olarak ek seansların planlanması.

Kaynak: Jongh vd. (2023).

1.3.6. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) 2.0

Çalışma belleğinin temel teorisine dayanan EMDR 2.0'da, EMDR standart protokolünde uygulanan göz hareketlerinin çalışma belleğini harekete geçirmek için tek başına yeterli olabileceği iddia edilmektedir. Bu nedenle, standart protokole ek olarak EMDR 2.0, çalışma belleğinin daha verimli yeniden işlenmesini sağlamak için çeşitli çalışma belleği vergilendirme görevlerini kullanmaktadır (Baddeley, 1992; Matthijssen vd., 2021). Bu ek görevlerin, çalışma belleğinin aktivasyonunu ve vergilendirilmesini artırarak duyarsızlaşma düzeyini artıracığı ve ayrıca

danışanın beklemediği müdahale tekniklerini kullanarak travmatik anıların yeniden pekiştirilmesini önleyeceği iddia edilmektedir (De Jongh ve Matthijssen, 2020).

EMDR 2.0 tedavi protokolü de standart EMDR sekiz aşamalı protokolü temel almaktadır. Ancak katılımcıyı, anıyı açıkça kendi çalışma belleğine yerleştirmeye motive etmeyi amaçlayan metin bölümleriyle destekler ve rahatsız edici anıyı tamamen etkinleştirmektedir. Duyarsızlaştırma aşaması prosedürüne çeşitli spesifik WM vergilendirme teknikleri eklenir. Daha spesifik olarak EMDR 2.0 üç temel unsuru kapsamaktadır (Matthijssen vd., 2021).

Tedaviye girişmek amacıyla öncelikle hastayı travmatik anıyı tüm ayrıntılarıyla çalışma belleğine yerleştirmesi konusunda bilgilendirmek ve motive etmek, terapinin temelini ve çalışma mekanizmasının ne olduğu konusunda mantık sağlamak. İkincisi, kişinin hafızasını harekete geçirmesine ve hafıza ağının ve vücudun uyarılmasını optimize etmesine yardımcı olmak. Terapist, kişiyi yalnızca görsel içeriğe (yani işitsel, koku alma, tat alma ve dokunma yönleri) değil, belleğin tüm duyuşal yönlerine odaklanmaya teşvik ederek hedef belleğin aktivasyonunu artırmaktadır. Üçüncüsü, farklı duyuşal modaliteleri kapsayan çeşitli yeni hafızayı zorlayan görevler ve tekniklerin kullanımıyla hafızayı yeniden işlemek. Terapistlerin bunları katılımcıya uygun şekilde genişletmeleri ve uyarlamaları teşvik edilmektedir (Matthijssen vd., 2021).

1.3.7. EMDR ve EMDR 2.0 Karşılaştırılması

EMDR terapisinin çeşitli durumlar üzerindeki olumlu etkisi farklı çalışmalarda kanıtlanmış olsa da bazı danışanlar için standart protokolün sınırlı kalabileceği ve istenilen sonuca yeterince ulaşamayabileceği klinisyenler ve araştırmacılar tarafından gözlemlenmiştir (Matthijssen vd., 2021). Bu nedenle, standart EMDR terapisine dayalı olarak, özellikle yanıt vermeyen danışanlar için etkinliği artırmak, verimliliği artırmak ve standart EMDR terapisinin süresini kısaltmak için EMDR 2.0 adlı yeni bir protokol geliştirilmiştir. EMDR 2.0, EMDR standart protokolüne dayanmaktadır, ancak bazı farklılıklar ve eklentileri bulunmaktadır (De Jongh ve Matthijssen, 2020).

EMDR 2.0 prosedürü, EMDR terapisinin tedavi etkilerini artırmak amacıyla deneysel çalışmaların sonuçlarından elde edilen bilgileri içermektedir. Daha spesifik olarak, EMDR 2.0, çalışma belleği vergilendirmesini ve travmatik belleğin aktivasyonunu artırmayı, uyarılma eklemeyi, modaliteye özgü çalışma belleği vergilendirmesini ve bir sürpriz unsuru eklemeyi amaçlamaktadır (Matthijssen vd., 2021). Klinik olmayan bir örnekleme yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, tek seanslık standart EMDR terapisi ile tek seanslık EMDR 2.0 karşılaştırılarak EMDR 2.0'ın etkileri test edilmiştir (Matthijssen vd., 2021). EMDR ve EMDR 2.0 arasında, caydırıcı anıların canlılığını ve duygusallığını azaltmada etkinlik açısından bir fark gözlenmemiştir. Bununla birlikte, EMDR 2.0'ın, caydırıcı anıların duygusallığını azaltmada EMDR terapisinden daha etkili olduğu kanıtlanmıştır. Trafik kazası geçiren katılımcılarla yapılan bir ön çalışmada EMDR 2.0'ın grup protokolü incelenmiştir (Yaşar vd., 2023). Sonuçlar, EMDR 2.0 grup protokolünün TSSB ve depresyon semptomlarını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir.

1.3.8. Adaptif Bilgi İşleme Modeli (AIP)

Adaptif Bilgi İşleme Modeli (AIP), insan belleğinin travmatik anıları işleme ve entegrasyon sürecine dair bir çerçeve sunar. Bu model, travmatik anıların uygun şekilde işlenmediği durumlarda psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkabileceğini öne sürer. AIP, özellikle EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) terapisi bağlamında önemli bir yere sahiptir (Shapiro, 2001).

AIP, travmatik olayların normalde işlenmiş anılardan farklı olarak bellekte "dondurulmuş" bir şekilde saklandığını belirtir. Travmatik anılar, zaman ve mekândan bağımsız olarak, duyuşsal ve duygusal detaylarıyla olduğu gibi korunur ve bu da bireyde; anksiyete, depresyon, stres gibi çeşitli psikolojik semptomlara yol açabilir (Shapiro, 2001). Bu model, travmatik anıların işlenememesinin, bireyin travmayı yeniden deneyimlemesine neden olduğunu ve bu durumun uyumsuz davranış ve duygusal tepkilere yol açabileceğini öne sürer. İşlenemeyen anılar,

bireyin mevcut yaşamına uyum sağlamakta zorluk çekmesine neden olabilir (Solomon & Shapiro, 2008).

EMDR terapisi, AIP'e dayanarak travmatik anıların işlenmesini ve entegrasyonunu hedefler. EMDR sırasında kullanılan çift yönlü uyarım (örneğin göz hareketleri), beynin doğal bilgi işleme sistemini harekete geçirir ve travmatik anıların yeniden işlenmesini sağlar. Bu süreç, anıların sağlıklı bir şekilde entegre edilmesine ve bireyin semptomlarının azalmasına yardımcı olur (Maxfield, 2003). AIP'e göre, EMDR terapisi sırasında bireyin travmatik anıları yeniden hatırlaması ve bu anılar üzerinde çalışması, anıların yeniden işlenmesini ve uyumlu hale getirilmesini sağlar. Bu süreç, anının bireyin mevcut yaşamına uyum sağlamasına yardımcı olur ve anı ile ilgili duygusal yükün azalmasını sağlar (Hase, Schallmayer & Sack, 2008).

AIP, klinik pratikte EMDR terapisinin etkinliğini anlamak ve açıklamak için kullanılır. Araştırmalar, EMDR terapisi ile birlikte AIP'in, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete ve diğer stresle ilişkili bozukluklar üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermiştir (van der Kolk et al., 2007).

Adaptif Bilgi İşleme Modeli, travmatik anıların işlenmesi ve entegrasyonunun önemini vurgulayan, psikoterapide özellikle EMDR bağlamında kritik bir modeldir. Bu model, travmatik anıların uygun şekilde işlenmediğinde psikolojik rahatsızlıkların nasıl ortaya çıkabileceğini açıklar ve EMDR terapisi gibi müdahalelerin bu süreçte nasıl etkili olduğunu göstermektedir (Shapiro, 2001).

1.3.9. Duygusal İşleme Teorisi (DİT)

Duygusal İşleme Teorisi (DİT), bireylerin duygusal deneyimlerini nasıl işlediğini ve bu süreçlerin psikolojik sağlığı nasıl etkilediğini açıklayan bir çerçevedir. Bu teori, özellikle travmatik anıların ve duygusal deneyimlerin işlenmesinde önemli bir yere sahiptir ve Adaptif Bilgi İşleme Modeli (AIP) ile yakından ilişkilidir (Foa ve Kozak, 1986).

DİT, bireylerin travmatik olaylar sonrasında duygusal tepkilerini ve bu tepkilerin nasıl işlenip entegre edildiğini açıklar. Teoriye göre, travmatik anılar ve bu anılara eşlik eden duygusal tepkiler uygun şekilde işlenmediğinde, bireyde çeşitli psikolojik semptomlar ortaya çıkabilir (Foa & Kozak, 1986). Bu semptomlar arasında anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) bulunur. Travmatik olayların ardından yaşanan yoğun duygusal tepkiler, bireyin bu duygusal yükü işlemesini zorlaştırabilir ve bu da işlevsellikte bozulmalara yol açabilir (Rachman, 1980).

DİT, travmatik olayların işlenememesinin, bu anıların ve duygusal tepkilerin bellekte "dondurulmuş" halde kalmasına yol açtığını öne sürer. Bu durum, bireyin travmayı yeniden deneyimlemesine ve duygusal tepkilerini kontrol etmekte zorluk çekmesine neden olabilir (Rachman, 1980). İşlenemeyen duygular, bireyin günlük yaşamda uyum sağlamasını zorlaştırabilir ve uzun vadede psikolojik rahatsızlıklara yol açabilir. Örneğin, TSSB olan bireylerde, travmatik anılar tetiklendiğinde yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duyguları yeniden yaşanabilir (Foa, Huppert & Cahill, 2006).

EMDR terapisi, DİT'e dayanarak travmatik anıların ve bu anılara eşlik eden duygusal tepkilerin işlenmesini hedefler. EMDR sırasında kullanılan çift yönlü uyurım, beynin doğal bilgi işleme sistemini harekete geçirir ve duygusal tepkilerin yeniden işlenmesini sağlar (Shapiro, 2001). Bu süreç, bireyin duygusal yükünün azalmasına ve anıların sağlıklı bir şekilde entegre edilmesine yardımcı olur. EMDR terapisi sırasında bireyin travmatik anıları ve duygusal tepkileri yeniden hatırlaması ve bu anılar üzerinde çalışması, duygusal tepkilerin yeniden işlenmesini ve uyumlu hale getirilmesini sağlar (Foa, Huppert & Cahill, 2006).

DİT'e göre, EMDR terapisi sırasında bireyin travmatik anıları ve duygusal tepkileri yeniden hatırlaması ve bu anılar üzerinde çalışması, duygusal tepkilerin yeniden işlenmesini ve uyumlu hale getirilmesini sağlar. Bu süreç, anının ve duygusal tepkilerin bireyin mevcut yaşamına uyum sağlamasına yardımcı olur ve duygusal yükün azalmasını sağlar (Foa, Huppert & Cahill, 2006). Bu işleme süreci,

bireyin travmatik anılarla ilişkili olumsuz duygusal tepkilerini azaltır ve bireyin daha sağlıklı bir şekilde işlev görmesine olanak tanır (Rachman, 1980).

DİT, klinik pratikte EMDR terapisinin etkinliğini anlamak ve açıklamak için kullanılır. Araştırmalar, EMDR terapisi ile birlikte DİT'in, TSSB, depresyon, anksiyete ve diğer stresle ilişkili bozukluklar üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermiştir (van der Kolk ve ark., 2007). Özellikle, EMDR'nin DİT çerçevesinde duygusal işleme sürecini hızlandırdığı ve bu sayede bireylerin semptomlarında hızlı bir azalma sağladığı gözlemlenmiştir (Shapiro, 2001).

Duygusal İşleme Teorisi, travmatik anıların ve duygusal tepkilerin işlenmesi ve entegrasyonunun önemini vurgulayan, psikoterapide özellikle EMDR bağlamında kritik bir modeldir. Bu model, travmatik anıların ve duygusal tepkilerin uygun şekilde işlenmediğinde psikolojik rahatsızlıkların nasıl ortaya çıkabileceğini açıklar ve EMDR terapisi gibi müdahalelerin bu süreçte nasıl etkili olduğunu göstermektedir. DİT, travmatik anıların işlenmesi ve duygusal tepkilerin düzenlenmesinde önemli bir rol oynar ve bu da bireylerin genel psikolojik sağlığını iyileştirir (Foa ve Kozak, 1986).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen ve çok fazla kişinin etkilenmesine neden olan depremin psikolojik etkilerini konu edinmektedir. Deprem sonrasında kişilerin yaşamış olduğu can ve maddi kayıplarının yanı sıra toplumun hayatını derinden etkileyen psikolojik etkiler oluşturmaktadır. Müdahale edilmediği takdirde kişilerin psikolojik olarak iyi hissetmeme hallerinin uzaması kişinin işlevselliğini ciddi ölçüde aksatarak kronik bir duruma yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalar kişilerin deprem gibi travmatik sonuçlar oluşturabilecek durumlar sonrasında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi birçok psikopatoloji geliştirdikleri gözlemlenmektedir.

Bu çalışma, deprem nedeniyle uzun dönemde; depresyon, travma sonrası stres, panik atak ve kaygı belirtilerini yaşayan ve bu belirtileri devam eden bireyleri kapsamaktadır. Çalışmanın amacı; bilimsel kanıta dayalı olan EMDR 2.0 yönteminin depreme maruz kalan ve travma sonrası stres, depresyon, panik atak, anksiyete semptomları üzerindeki etkililiğini değerlendirmektir.

2.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de farklı doğa olayları sıklıkla meydana gelmekte ve bazen bu olaylar afete dönüşmektedir. Deprem, ülkemizin ve bölgemizin öncelikli sorunlarından biri olmakta ve Türkiye'nin %44'ü birinci derece deprem bölgesinde yer almaktadır. Afetler sonrası sağ kalan bireyler için öncelikli sorunlar gıda ve barınma gibi yaşamı idame ettirmek için gerekli olan ihtiyaçlar olsa da yaşamlarının sürdürülebilirliği için mevcut koşullar içinde mümkün en iyi düzeyde ruhsal duruma sahip olmaları da önem arz etmektedir. Literatürde afete maruz kalmış kişilerle ilgili yapılmış birçok çalışma olsa da bu çalışma; deprem sonrası depreme maruz kalan bireylerle gerçekleştirilen nadir çalışmalardan biri olma özelliğini taşımaktadır. %44'ü birinci derece deprem

bölgesinde yer alan ülkemiz için her an büyük ölçekli bir deprem olma ihtimali bulunmakta ve deprem sonrası bireylerde intihara veya intihar girişimine varan ruhsal tepkiler gözlemlenmektedir. Bu çalışma; depreme maruz kalan bireylerin psikolojik iyi oluş hallerini yeniden sağlayabilmeleri için EMDR 2.0 uygulamasının etkinliğini tespit etmeyi amaçlamaktadır.

2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

EMDR 2.0 yönteminin, 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen depremden etkilenen bireylerde travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, panik atak ve anksiyete semptomlarını anlamlı ölçüde azaltacağı hipotez edilmektedir. Deprem sonrası yaşanan can ve maddi kayıpların yanı sıra, bu olayların psikolojik etkilerinin uzun vadede bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürdüğü bilinmektedir. Yapılan araştırmalar, travmatik olaylar sonrasında bireylerin travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi psikopatolojik belirtiler geliştirdiğini göstermektedir. Bu çalışmada, EMDR 2.0 yönteminin bu belirtiler üzerindeki etkisini bilimsel olarak değerlendirmeyi amaçlanmıştır. Araştırmanın ana hipotezi; EMDR 2.0 yöntemi ile müdahale edilen grupta, kontrol grubuna kıyasla; anksiyete, depresyon, stres, duygusal işleme ve travma sonrası stres bozukluğu parametrelerinde daha yüksek oranlarda anlamlı bir azalış meydana geleceği yönündedir.

2.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmanın örneklem büyüklüğü 50 kişi ile sınırlıdır (müdahale ve kontrol gruplarında 25'er kişi). Bu durum, istatistiksel gücü ve sonuçların genellenebilirliğini kısıtlayacağı öngörülmektedir. Daha geniş ve çeşitli bir örneklem, bulguların daha güvenilir ve genellenebilir olmasını sağlayabilir. Katılımcılar, belirli bir demografik gruptan (konteynerde yaşayan kişiler) seçilmiştir. Bu, sonuçların yalnızca bu özel grup için geçerli olabileceği ve diğer demografik gruplara genellenemeyeceği anlamına gelir. Çeşitli sosyoekonomik ve demografik gruplardan katılımcıların dahil edilmesi, sonuçların genellenebilirliğini artıracaktır. Veriler belirli bir zaman diliminde toplanmıştır. Bu, zaman içindeki

değişikliklerin ve müdahalenin uzun vadeli etkilerinin gözlemlenmesini sınırlandırabilmektedir. Ancak alan yazın incelendiğinde EMDR yönteminin uzun vadede iyileşme sağladığı gözlemlenmiştir. Çalışmada, katılımcıların yaşadığı dış faktörler (örneğin; psikososyal destekler, yaşam koşullarındaki değişiklikler) kontrol edilmemiştir. Bu faktörler, çalışma sonuçlarını etkileyebilir ve bulguların geçerliliğini sınırlandırabilir. Dış faktörlerin kontrol edilmesi, iç geçerliliği artırabilir.

2.5. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma, belirli bir zaman aralığıyla sınırlı kaldığı için kesitsel ve gruplar arasında farklılıkları incelediği için ilişkisel tarama modelindedir.

2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni; depreme maruz kalmış bireylerdir. Araştırmada örnekleme dahil edilecek birey sayısı, Cohen'in etki büyüklüğü tablosu referans alınarak hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü; 0.20 küçük, 0.50 orta ve 0.80 büyük olarak kabul edilmektedir. Bu bilgilerle G*Power programında Repeated Measures ANOVA testi için grup sayısı = 2, etki büyüklüğü (f) = 0.30, yanılma düzeyi (α) = 0.05 ve testin gücü ($1-\beta$) = 0.80 alındığında, toplam örneklem büyüklüğü 50 olarak hesaplanmıştır.

2.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada 4 bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. Soru formunun ilk bölümünde; 10 maddeden oluşan demografik soru formu bulunmaktadır. Soru formunun ikinci bölümünde Lovibond (1995) tarafından geliştirilen, Sarıçam (2018) tarafından Türkçe uyarlaması gerçekleştirilen Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASS-21) yer almaktadır. DASS-21; depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır, ölçekte her boyutta 7 olmak üzere toplam 21 soru yer almaktadır. Soru formunun üçüncü bölümünde; Weathers ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen, Boysan ve arkadaşları (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanan travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi yer almaktadır. Travma

sonrası stres bozukluğu kontrol listesi; yeniden deneyimleme, kaçınma, olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler ve aşırı uyarılma olmak üzere 4 boyuttan ve toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Soru formunun dördüncü bölümünde ise Baker ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen, Baker ve arkadaşları (2010) tarafından revize edilen ve Yastıbaş ve arkadaşları (2020) tarafından Türkçe'ye uyarlanan duygusal işleme ölçeği yer almaktadır. Duygusal işleme ölçeği; baskılama, işlenmemiş duygu belirtileri, düzenlenmemiş duygular, kaçınma ve zayıf duygusal deneyim olmak üzere 5 boyuttan ve toplam 25 maddeden oluşmaktadır.

2.8. VERİ ANALİZİ

İstatistiksel analizler SPSS (IBM Corp. 2018 IBM SPSS İstatistikleri for Windows, sürüm 25.0. Armonk, NY: IBM Corp) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı özellikler nitel değişkenlerde frekans (%), nicel değişkenlerde ortalama $\pm$ standart sapma ve medyan(min-max) ile rapor edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirlikleri Cronbach Alpha testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen iki grup Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Tekrarlı ölçümler ve tekrarlı ölçümlerde gruplar arasında karşılaştırmalar Tekrarlı ölçümler için varyans analizi ile incelenmiştir. Araştırmada güven düzeyi %95 olarak alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. DEMOGRAFİK VERİLERE DAİR BULGULAR

Tablo 3.1 Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistikleri

		Müdahale n=25 (%50)	Kontrol n=25 (%50)
Cinsiyet	Kadın	22 (%88,0)	21 (%84,0)
	Erkek	3 (%12,0)	4 (%16,0)
Eğitim düzeyiniz	İlkokul	3 (%12,0)	6 (%24,0)
	Ortaokul	7 (%28,0)	9 (%36,0)
	Lise	11 (%44,0)	7 (%28,0)
	Üniversite	4 (%16,0)	3 (%12,0)
Çalışıyor musunuz	Hayır	22 (%88,0)	22 (%88,0)
	Evet	3 (%12,0)	3 (%12,0)
Medeni durumunuz	Evli/Birlikte yaşıyor	10 (%40,0)	12 (%48,0)
	Bekar	15 (%60,0)	13 (%52,0)
Nerede yaşıyorsunuz	Konteyner	25 (%100,0)	25 (%100,0)
Enkazda kaldınız mı	Hayır	18 (%72,0)	21 (%84,0)
	Evet	7 (%28,0)	4 (%16,0)
Manevi kayıp	Birinci derece kayıp	8 (%32,0)	2 (%8,0)
	İkinci derece kayıp	17 (%68,0)	23 (%92,0)
Maddi kayıp	Var	25 (%100,0)	25 (%100,0)
Maddi kayıp var ise uygun olan seçeneği işaretleyiniz	Orta	5 (%20,0)	3 (%12,0)
	Fazla	11 (%44,0)	19 (%76,0)
	Çok fazla	9 (%36,0)	3 (%12,0)
Yaş		32,28±13,64	37,44±11,88

Müdahale ve kontrol gruplarında toplam 50 katılımcının yer aldığı çalışmada; müdahale grubunda 22 kadın (%88) ve 3 erkek (%12) bulunurken, kontrol grubunda 21 kadın (%84) ve 4 erkek (%16) yer almaktadır. Eğitim düzeyine bakıldığında; müdahale grubunda 3 katılımcı (%12,0) ilkokul, 7 katılımcı (%28) ortaokul, 11 katılımcı (%44) lise ve 4 katılımcı (%16) üniversite mezunudur. Kontrol grubunda ise; 6 katılımcı (%24) ilkokul, 9 katılımcı (%36) ortaokul, 7 katılımcı (%28) lise ve 3 katılımcı (%12) üniversite mezunudur. Çalışma durumu açısından, her iki grupta da 22 katılımcı (%88) çalışmamaktadır ve sadece 3 katılımcı (%12) çalışmaktadır. Medeni durum dağılımı ise müdahale grubunda 10 katılımcının (%40) evli veya birlikte yaşadığını, 15 katılımcının (%60) bekar

olduğunu; kontrol grubunda ise 12 katılımcının (%48) evli veya birlikte yaşadığını, 13 katılımcının (%52) bekar olduğunu göstermektedir. Tüm katılımcılar konteynerde yaşamaktadır (%100). Enkazda kalma durumuna göre, müdahale grubunda 18 katılımcı (%72) enkazda kalmamışken, 7 katılımcı (%28) enkazda kalmıştır; kontrol grubunda ise 21 katılımcı (%84) enkazda kalmamış ve 4 katılımcı (%16) enkazda kalmıştır. Manevi kayıplar açısından, müdahale grubunda 8 katılımcı (%32) birinci derece kayıp yaşarken, 17 katılımcı (%68) ikinci derece kayıp yaşamıştır; kontrol grubunda ise 2 katılımcı (%8) birinci derece kayıp ve 23 katılımcı (%92) ikinci derece kayıp yaşamıştır. Her iki grupta da tüm katılımcılar (%100) maddi kayıp yaşamış olup, müdahale grubunda 5 katılımcı (%20) orta düzeyde, 11 katılımcı (%44) fazla ve 9 katılımcı (%36) çok fazla maddi kayıp yaşamıştır; kontrol grubunda ise 3 katılımcı (%12) orta düzeyde, 19 katılımcı (%76) fazla ve 3 katılımcı (%12) çok fazla maddi kayıp yaşamıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların yaş ortalaması $32,28 \pm 13,64$ yıl, kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması ise $37,44 \pm 11,88$ yıldır (Tablo 3.1).

Tablo 3.2 Ölçek Puanlarının Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Cronbach Alpha	Ön Test	Son test	İzlem
Anksiyete	0,628	0,920	0,925
Depresyon	0,675	0,924	0,929
Stres	0,710	0,935	0,931
DASS	0,859	0,974	0,976
Yeniden deneyimleme	0,375	0,958	0,955
Kaçınma	0,326	0,905	0,894
Olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler	0,528	0,897	0,939
Aşırı uyarılma	0,480	0,888	0,902
PCL-5	0,599	0,971	0,979
Baskılama	0,466	0,976	0,982
İşlenmemiş Duygu Belirtileri	0,617	0,943	0,964
Düzenlenmemiş duygular	0,536	0,904	0,912
Kaçınma	0,322	0,924	0,945
Zayıf Duygusal Deneyim	0,496	0,943	0,950
DIÖ	0,792	0,983	0,989

Analiz sonuçlarında ön testlerin güvenilirlik düzeyleri alt sınırlarda olduğu tespit edilmiştir. Son test ve İzlem dönemlerinde ölçeklerde yüksek güvenilirlik düzeyleri olduğu (Cronbach alpha >0,750) görülmüştür (Tablo 3.2).

Tablo 3.3 Gruplar Arasında Ön Test Puanları Bakımından Karşılaştırmalar

	Müdahale	Kontrol	U	p
DASS	41(14-57)	42(24-57)	304,5	0,876
Anksiyete	14(4-18)	12(6-19)	307,5	0,922
Depresyon	15(6-20)	14(9-19)	278,5	0,507
Stres	13(3-20)	13(6-19)	298,5	0,785
DIÖ	177(130-212)	173(137-210)	285	0,593
Baskılama	37(16-45)	39(34-45)	233,5	0,122
İşlenmemiş Duygu Belirtileri	36(25-44)	39(22-45)	280	0,527
Düzenlenmemiş duygular	35(10-43)	29(20-39)	210,5	0,047*
Kaçınma	34(23-43)	35(25-41)	310	0,961
Zayıf Duygusal Deneyim	37(20-45)	33(20-45)	257	0,280
PCL-5	54(39-66)	56(48-67)	281	0,540
Yeniden deneyimleme	15(11-20)	16(10-20)	265	0,349
Kaçınma	6(4-8)	6(2-8)	296	0,735
Olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler	19(11-25)	21(14-25)	207	0,040*
Aşırı uyarılma	16(6-20)	15(10-19)	220	0,070

*p<0,05 | U: Mann Whitney U testi hesap değeri

Gruplar arasında ön test puanları bakımından karşılaştırmalar sonucunda; duygusal işleme ölçeğinin düzenlenmemiş duygular boyutunda (p=0,047) müdahale grubunun daha yüksek ve PCL-5 ölçeğinin olumsuz duygu ve düşüncelerdeki değişiklikler boyutunda (p=0,040) kontrol grubunun daha yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir. DASS (p=0,876), anksiyete (p=0,922), depresyon (p=0,507), stres (p=0,785), duygusal işleme ölçeği toplam (p=0,593), baskılama (p=0,122), işlenmemiş duygu belirtileri (p=0,527), kaçınma (p=0,961), zayıf duygusal deneyim (p=0,28), PCL-5 (p=0,54), yeniden deneyimleme (p=0,349), kaçınma (p=0,735) ve aşırı uyarılma (p=0,07) puanları bakımından ise gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3.3.).

Tablo 3.4 Ölçek ve Boyut Puanlarında Ölçümler Arasında Değişimlerin İncelenmesi

	İlk (A)	Son (B)	İzlem (C)	F	p	Değişim
DASS	39,44±9,54	22,6±14,04	21,66±15,36	46,704	<0,001*	A>B=C
Anksiyete	12,6±3,64	7,2±4,52	7,16±5,02	37,252	<0,001*	A>B=C
Depresyon	13,68±3,29	7,92±4,84	7,4±5,14	45,488	<0,001*	A>B=C
Stres	13,16±3,88	7,48±5,02	7,1±5,5	40,699	<0,001*	A>B=C
Duygusal İşleme	173,22±20,32	109,68±54	107,26±62,73	48,946	<0,001*	A>B=C
Baskılama	38,02±4,42	24±13,25	23,48±14,9	47,669	<0,001*	A>B=C
İşlenmemiş	36,36±5,73	23,18±11,55	24,08±13,92	37,196	<0,001*	A>B=C
Duygu Belirtileri						
Düzenlenmemiş	30,64±7,05	19,12±9,88	18,12±10,85	38,800	<0,001*	A>B=C
duygular						
Kaçınma	34,44±4,61	23,48±10,54	23,58±12,85	32,321	<0,001*	A>B=C
Zayıf Duygusal	33,76±7,09	19,9±11,32	18±12,24	51,361	<0,001*	A>B=C
Deneyim						
PCL-5	55,66±6,47	34,14±16,02	30,8±18,34	78,543	<0,001*	A>B>C
Yeniden	14,96±2,23	9,84±4,82	8,74±5,07	48,871	<0,001*	A>B=C
deneyimleme						
Kaçınma	5,9±1,3	3,66±1,97	3,44±2,15	41,014	<0,001*	A>B=C
Olumsuz duygu	19,38±3,81	11,54±5,47	10,52±6,55	78,495	<0,001*	A>B=C
ve düşüncelerde						
değişiklikler						
Aşırı uyarılma	15,42±2,95	9,1±4,4	8,1±5,16	61,596	<0,001*	A>B=C

*p<0,05

Ölçek ve boyut puanlarında ölçümler arasında değişimlerin incelenmesi sonucunda; DASS (p<0,001), anksiyete (p<0,001), depresyon (p<0,001), stres (p<0,001), duygusal işleme (p<0,001), baskılama (p<0,001), işlenmemiş duygu belirtileri (p<0,001), düzenlenmemiş duygular (p<0,001), kaçınma (p<0,001), zayıf duygusal deneyim (p<0,001), yeniden deneyimleme (p<0,001), kaçınma (p<0,001), olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler (p<0,001) ve aşırı uyarılma (p<0,001) puanları bakımından ölçümler arasında anlamlı değişim olduğu, ilk ölçüm değerleri ile son ölçüm değerlerinin karşılaştırılması sonucunda anlamlı bir azalış meydana geldiği, ancak son ölçüm değerleri ile izlem ölçümleri arasında anlamlı bir değişim olmadığı tespit edilmiştir. PCL-5 toplam puanları bakımından ise hem ilk ölçüm ile son ölçüm arasında hem de son ölçüm ile izlem ölçümleri arasında anlamlı bir azalış meydana geldiği (p<0,001) tespit edilmiştir (Tablo 3.4).

Tablo 3.5 Müdahale ve Kontrol Grupları Arasında DASS Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimler Bakımından Karşılaştırmalar

	Müdahale (n=25)	Kontrol (n=25)	Zamana bağlı değişim	
			F	p
DASS				
Ön Test	39,12±10,86	39,76±8,23		F=104,535 <0,001
Son Test	10,32±3,99	34,88±8,51		
İzlem	7±2,38	36,32±5,29		
Gruplar arası	F=61,674; p<0,001			
Anksiyete				
Ön Test	12,44±3,93	12,76±3,41		F=63,008 <0,001
Son Test	3,52±1,71	10,88±3,24		
İzlem	2,6±1,38	11,72±2,48		
Gruplar arası	F=34,879; p<0,001			
Depresyon				
Ön Test	13,88±3,78	13,48±2,79		F=107,370 <0,001
Son Test	3,68±1,6	12,16±2,81		
İzlem	2,52±1	12,28±1,84		
Gruplar arası	F=67,660; p<0,001			
Stres				
Ön Test	12,8±4,61	13,52±3,04		F=77,402 <0,001
Son Test	3,12±1,56	11,84±3,06		
İzlem	1,88±1,09	12,32±1,95		
Gruplar arası	F=45,188; p<0,001			

Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ortalama±standart sapma ile rapor edilmiştir.

Müdahale ve kontrol grupları arasında DASS ölçeği ve boyutlarındaki değişimler bakımından karşılaştırmaların incelenmesi sonucunda; DASS toplam puanlarında ve anksiyete, depresyon, stres boyutlarında hem zamana bağlı değişimler ($p_{DASS}<0,001$; $p_{anksiyete}<0,001$; $p_{depresyon}<0,001$; $p_{stres}<0,001$) hem de gruplar arasında değişimler bakımından anlamlı farklılık olduğu ($p_{DASS}<0,001$; $p_{anksiyete}<0,001$; $p_{depresyon}<0,001$; $p_{stres}<0,001$) tespit edilmiştir (Tablo 3.5.). Değişikliklerin daha detaylı tespit edilebilmesi için iki grup için ayrı ayrı zamana bağlı karşılaştırmalar gerçekleştirilmiş ve tablo 3.6’de sunulmuştur.

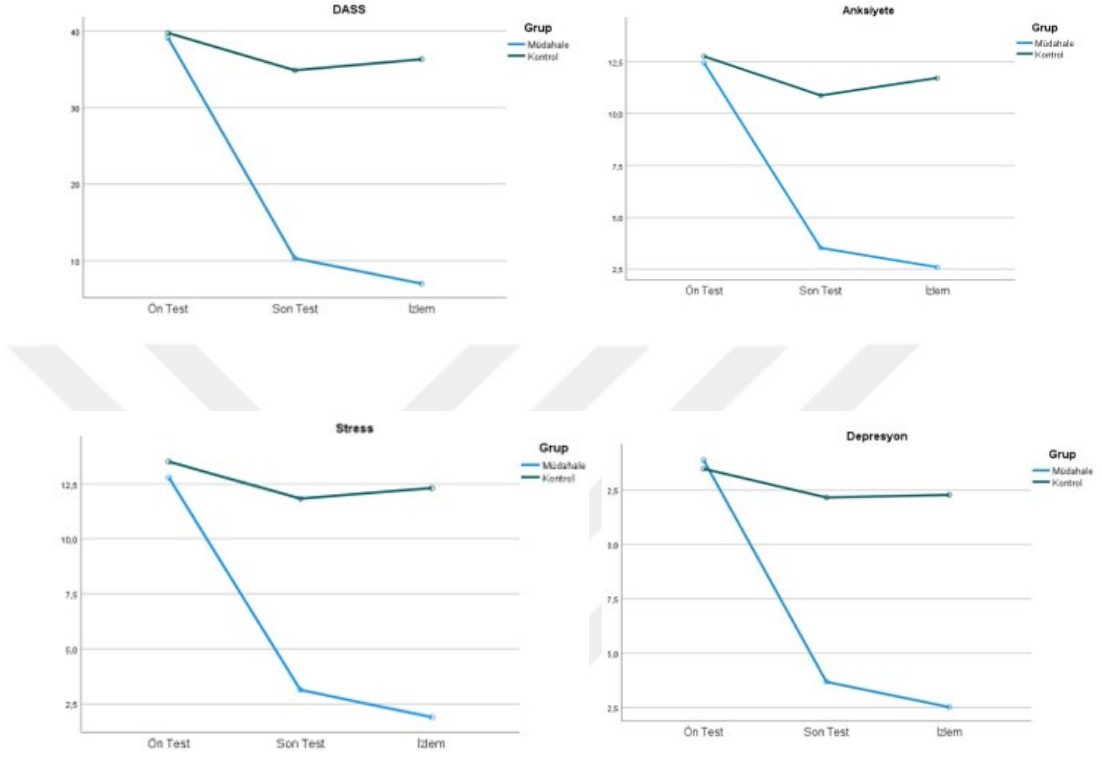
Tablo 3.6 Müdahale ve Kontrol Gruplarında DASS Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimlerin İncelenmesi

	İlk (A)	Son (B)	İzlem (C)	F	p	Değişim
Müdahale						
DASS	39,12±10,86	10,32±3,99	7±2,38	218,366	<0,001*	A>B>C
Anksiyete	12,44±3,93	3,52±1,71	2,6±1,38	130,476	<0,001*	A>B>C
Depresyon	13,88±3,78	3,68±1,6	2,52±1,01	202,939	<0,001*	A>B>C
Stres	12,8±4,61	3,12±1,56	1,88±1,09	127,691	<0,001*	A>B>C
Kontrol						
DASS	39,76±8,23	34,88±8,51	36,32±5,29	2,618	0,083	-
Anksiyete	12,76±3,41	10,88±3,24	11,72±2,48	2,244	0,117	-
Depresyon	13,48±2,79	12,16±2,81	12,28±1,84	2,049	0,140	-
Stres	13,52±3,04	11,84±3,06	12,32±1,95	2,374	0,104	-

*p<0,05

Müdahale ve kontrol gruplarında DASS ölçeği ve boyutlarındaki değişimlerin incelenmesi sonucunda; müdahale grubunda DASS toplam ($p<0,001$), anksiyete ($p<0,001$), depresyon ($p<0,001$) ve stres ($p<0,001$) puanları bakımından anlamlı değişimler olduğu, ilk ölçümle son ölçüm arasında ve son ölçümle izlem ölçümleri arasında anlamlı azalışlar olduğu tespit edilirken kontrol grubunda DASS ($p=0,083$), anksiyete ($p=0,117$), depresyon ($p=0,140$) ve stres ($p=0,104$) puanları bakımından ölçümler arasında anlamlı değişim olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.6).

Şekil 3.1 DASS Ölçek ve Alt Boyutlarının İncelenmesi



Tablo 3.7 Müdahale ve Kontrol Grupları Arasında Duygusal İşleme Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimler Bakımından Karşılaştırmalar

	Müdahale (n=25)	Kontrol (n=25)	Zamana bağlı değişim	
			F	p
Duygusal işleme				
Ön Test	175±19,65	171,44±21,22		<0,001*
Son Test	59,32±15,75	160,04±20,55	232,634	
İzlem	46,96±12,3	167,56±17,54		
Gruplar arası	F=184,892; p<0,001*			
Baskılama				
Ön Test	37±5,52	39,04±2,7		<0,001*
Son Test	11,64±4,78	36,36±4,19	177,641	
İzlem	9,16±3,69	37,8±3,51		
Gruplar arası	F=134,599; p<0,001*			
İşlenmemiş Duygu Belirtileri				
Ön Test	36,16±5,14	36,56±6,38		<0,001*
Son Test	12,52±3,8	33,84±4,62	111,588	
İzlem	10,76±3,47	37,4±3,71		
Gruplar arası	F=99; p<0,001*			
Düzenlenmemiş duygular				
Ön Test	32,2±8,02	29,08±5,66		<0,001*
Son Test	11,24±5,67	27±6,16	92,823	
İzlem	8,52±4,33	27,72±5,44		
Gruplar arası	F=69,225; p<0,001*			
Kaçınma				
Ön Test	34,6±4,66	34,28±4,64		<0,001*
Son Test	13,92±4,32	33,04±4,24	104,178	
İzlem	11,48±4,67	35,68±3,2		
Gruplar arası	F=109,940; p<0,001*			
Zayıf Duygusal Deneyim				
Ön Test	35,04±6,37	32,48±7,66		<0,001*
Son Test	10±4,69	29,8±5,94	144,283	
İzlem	7,04±3,37	28,96±6,64		
Gruplar arası	F=89,650; p<0,001*			

Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ortalama±standart sapma ile rapor edilmiştir.

Müdahale ve kontrol gruplar arasında duygusal işleme ölçeği ve boyutlarındaki değişimler bakımından karşılaştırmaların incelenmesi sonucunda; duygusal işleme toplam puanlarında ve Baskılama, İşlenmemiş Duygu Belirtileri, Düzenlenmemiş duygular, Kaçınma, Zayıf Duygusal Deneyim boyutlarında hem zamana bağlı değişimler ($p_{Di}<0,001$; $p_{baskılama}<0,001$; $p_{idb}<0,001$;

$p_{DD}<0,001$; $p_{Kaçınma}<0,001$; $p_{ZDD}<0,001$) hem de gruplar arasında değişimler bakımından anlamlı farklılık olduğu ($p_{Di}<0,001$; $p_{baskılama}<0,001$; $p_{idb}<0,001$; $p_{DD}<0,001$; $p_{Kaçınma}<0,001$; $p_{ZDD}<0,001$) tespit edilmiştir (Tablo 12). Değişikliklerin daha detaylı tespit edilebilmesi için iki grup için ayrı ayrı zamana bağlı karşılaştırmalar gerçekleştirilmiş ve tablo 3.7’te sunulmuştur.

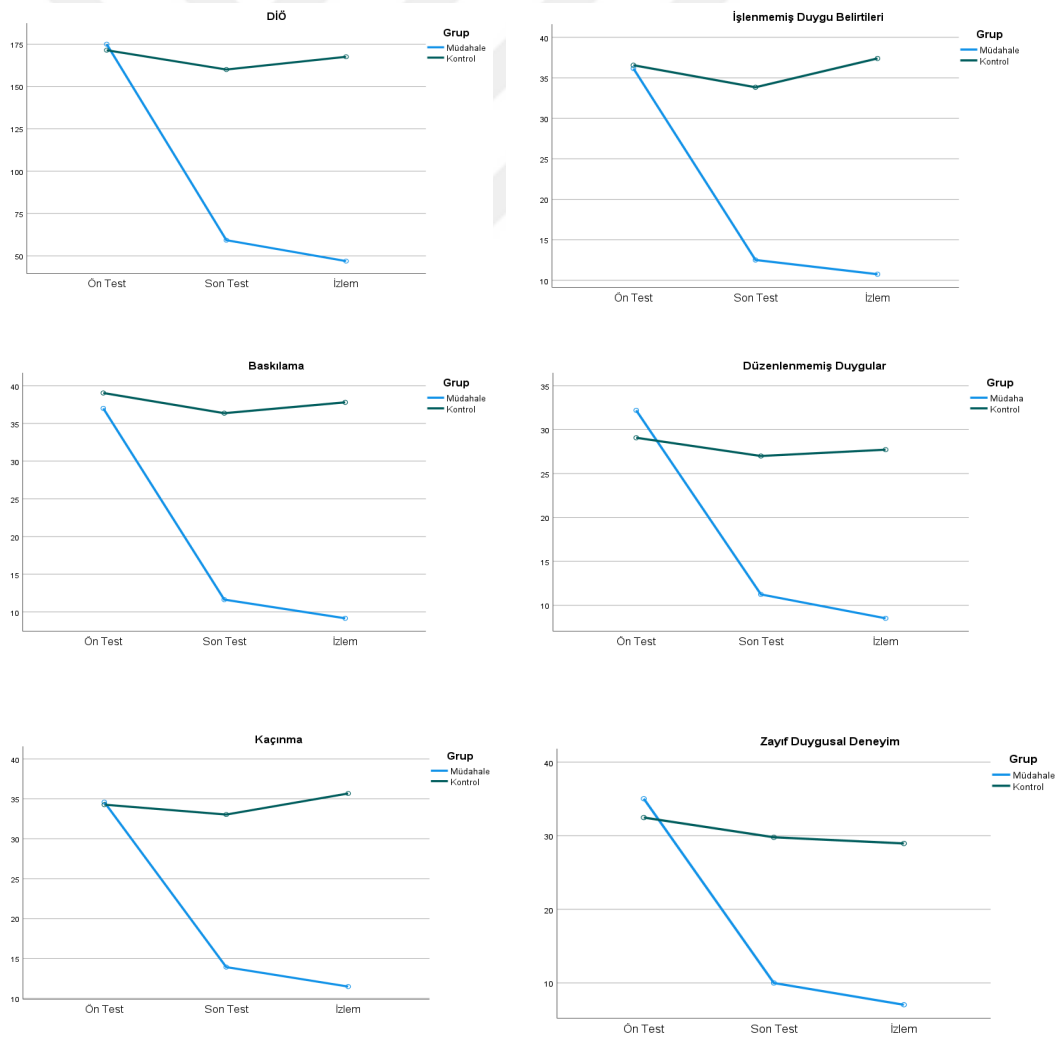
Tablo 3.8 Müdahale ve Kontrol Gruplarında Duygusal İşleme Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimlerin İncelenmesi

	İlk (A)	Son (B)	İzlem (C)	F	p	Değişim
Müdahale						
Duygusal İşleme	175±19,65	59,32±15,75	46,96±12,3	497,210	<0,001*	A>B>C
Baskılama	37±5,52	11,64±4,78	9,16±3,69	221,208	<0,001*	A>B=C
İşlenmemiş Duygu Belirtileri	36,16±5,14	12,52±3,8	10,76±3,47	247,331	<0,001*	A>B=C
Düzenlenmemiş duygular	32,2±8,02	11,24±5,67	8,52±4,33	172,538	<0,001*	A>B>C
Kaçınma	34,6±4,66	13,92±4,32	11,48±4,67	192,971	<0,001*	A>B=C
Zayıf Duygusal Deneyim	35,04±6,37	10±4,69	7,04±3,37	267,718	<0,001*	A>B>C
Kontrol						
Duygusal İşleme	171,44±21,22	160,04±20,5	167,56±17,54	2,396	0,102	-
Baskılama	39,04±2,7	36,36±4,19	37,8±3,51	3,920	0,026*	A>B=C
İşlenmemiş Duygu Belirtileri	36,56±6,38	33,84±4,62	37,4±3,71	3,064	0,056	-
Düzenlenmemiş duygular	29,08±5,66	27±6,16	27,72±5,44	1,002	0,375	-
Kaçınma	34,28±4,64	33,04±4,24	35,68±3,2	2,538	0,090	-
Zayıf Duygusal Deneyim	32,48±7,66	29,8±5,94	28,96±6,64	2,893	0,065	-

Müdahale ve kontrol gruplarında duygusal işleme ölçeği ve boyutlarındaki değişimlerin incelenmesi sonucunda; müdahale grubunda duygusal işleme toplam ($p<0,001$), baskılama ($p<0,001$), işlenmiş duygu belirtileri ($p<0,001$), düzenlenmemiş duygular ($p<0,001$), kaçınma ($p<0,001$) ve zayıf duygusal deneyim ($p<0,001$) puanlarında anlamlı değişim olduğu tespit edilmiştir. Duygusal işleme, düzenlenmemiş duygular ve zayıf duygusal deneyim puanlarında hem ilk ölçüm son ölçüm değerleri arasında hem de son ölçüm izlem ölçümleri arasında anlamlı azalışlar olduğu gözlemlenirken baskılama, işlenmemiş duygu belirtileri ve kaçınma puanlarında ilk ölçüm son ölçüm değerleri arasında

anlamli azaliş tespit edilmiş ancak son ölçümlerle izlem ölçümleri arasında anlamli bir değişim olmadığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda baskılama puanları bakımından anlamli değişim olduğu ($p=0,026$), ilk ölçüm değerleri ile son ölçüm değerleri arasında anlamli azaliş meydana geldiği tespit edilirken son ölçüm değerleriyle izlem ölçüm değerleri arasında anlamli değişim olmadığı tespit edilmiştir. Duygusal İşleme ($p=0,102$), işlenmemiş Duygu belirtileri ($p=0,056$), düzenlenmemiş duygular ($p=0,375$), kaçınma ($p=0,09$), zayıf duygusal deneyim ($p=0,065$) puanları bakımından ise ölçümler arasında anlamli değişim olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3.8).

Şekil 3.2. DİÖ Ölçek ve Alt Boyutlarının İncelenmesi



Tablo 3.9 Müdahale ve Kontrol Grupları Arasında PCL-5 Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimler Bakımından Karşılaştırmalar

	Müdahale (n=25)	Kontrol (n=25)	Zamana bağlı değişim F	p
PCL-5				
Ön Test	54,84±6,97	56,48±5,96		<0,001*
Son Test	20,16±4,22	48,12±9,96	231,552	
İzlem	13,52±3,64	48,08±7,19		
Gruplar arası	F96,456; p<0,001*			
Yeniden deneyimleme				
Ön Test	14,76±1,98	15,16±2,48		<0,001*
Son Test	5,72±2,07	13,96±2,79	101,926	
İzlem	4,12±1,56	13,36±2,36		
Gruplar arası	F=54,195; p<0,001*			
Kaçınma				
Ön Test	5,96±1,14	5,84±1,46		<0,001*
Son Test	1,92±0,64	5,4±1,08	87,632	
İzlem	1,52±0,82	5,36±1,04		
Gruplar arası	F=56,696; p<0,001*			
Olumsuz duygu ve düşüncelerde değişim				
Ön Test	18,24±3,89	20,52±3,44		<0,001*
Son Test	7,08±2,06	16±3,94	138,512	
İzlem	4,44±1,56	16,6±2,87		
Gruplar arası	F=37,378; p<0,001*			
Aşırı uyarılma				
Ön Test	15,88±3,37	14,96±2,44		<0,001*
Son Test	5,44±1,66	12,76±2,99	146,331	
İzlem	3,44±1,66	12,76±2,52		
Gruplar arası	F=68,407; p<0,001*			

Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ortalama±standart sapma ile rapor edilmiştir.

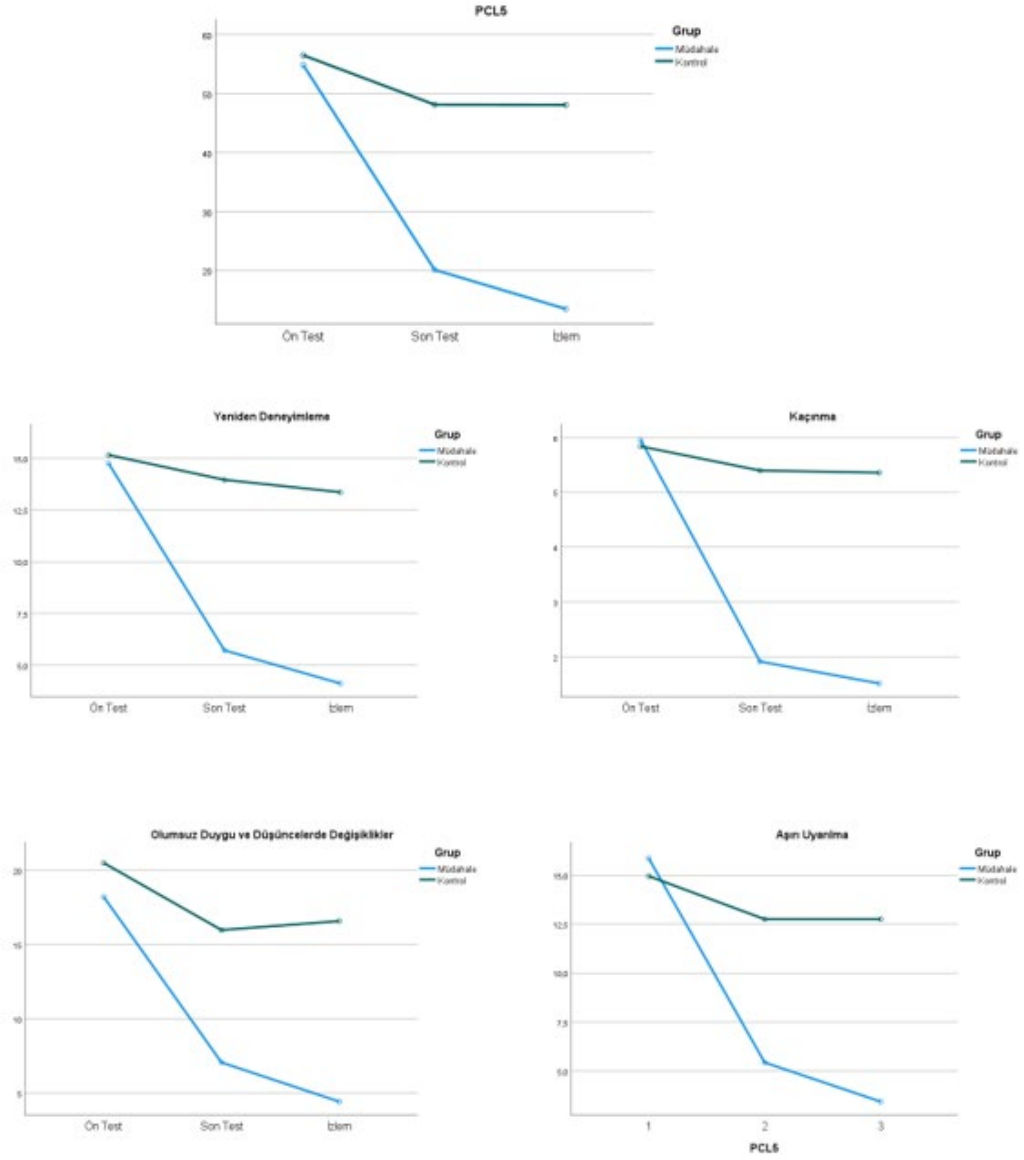
Müdahale ve kontrol grupları arasında PCL-5 ölçeği ve boyutlarındaki değişimler bakımından karşılaştırmaların incelenmesi sonucunda; PCL-5 toplam puanlarında ve Yeniden deneyimleme, Kaçınma, Olumsuz duygu ve düşüncelerde değişim, Aşırı uyarılma boyutlarında hem zamana bağlı değişimler ($p_{PCL-5} < 0,001$; $p_{YD} < 0,001$; $p_{KÇ} < 0,001$; $p_{ODDD} < 0,001$; $p_{AU} < 0,001$) hem de gruplar arasında değişimler bakımından anlamlı farklılık olduğu ($(p_{PCL-5} < 0,001$; $p_{YD} < 0,001$; $p_{KÇ} < 0,001$; $p_{ODDD} < 0,001$; $p_{AU} < 0,001)$ tespit edilmiştir (Tablo 3.9). Değişikliklerin daha detaylı tespit edilebilmesi için iki grup için ayrı ayrı zamana bağlı karşılaştırmalar gerçekleştirilmiş ve tablo 3.10'da sunulmuştur.

Tablo 3.10 Müdahale ve Kontrol Gruplarında PCL-5 Ölçeği ve Boyutlarındaki Değişimlerin İncelenmesi

	İlk (A)	Son (B)	İzlem (C)	F	p	Değişim
Müdahale						
PCL-5	54,84±6,97	20,16±4,22	13,52±3,64	572,578	<0,001*	A>B>C
Yeniden deneyimleme	14,76±1,99	5,72±2,07	4,12±1,56	212,844	<0,001*	A>B>C
Kaçınma	5,96±1,14	1,92±0,64	1,52±0,82	165,628	<0,001*	A>B=C
Olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler	18,24±3,89	7,08±2,06	4,44±1,56	204,390	<0,001*	A>B>C
Aşırı uyarılma	15,88±3,37	5,44±1,66	3,44±1,66	266,716	<0,001*	A>B>C
Kontrol						
PCL-5	56,48±5,96	48,12±9,96	48,08±7,19	10,244	<0,001*	A>B=C
Yeniden deneyimleme	15,16±2,48	13,96±2,79	13,36±2,36	3,024	0,058	-
Kaçınma	5,84±1,46	5,4±1,08	5,36±1,04	1,473	0,239	-
Olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler	20,52±3,44	16±3,94	16,6±2,87	14,481	<0,001*	A>B=C
Aşırı uyarılma	14,96±2,44	12,76±2,99	12,76±2,52	6,127	0,004*	A>B=C

Müdahale ve kontrol gruplarında PCL-5 ölçeği ve boyutlarındaki değişimlerin incelenmesi sonucunda; müdahale grubunda PCL-5 toplam ($p<0,001$), yeniden deneyimleme ($p<0,001$), kaçınma ($p<0,001$), olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler ($p<0,001$) ve aşırı uyarılma ($p<0,001$) puanlarında anlamlı değişim olduğu tespit edilmiştir. PCL-5 toplam, yeniden deneyimleme, olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler ve aşırı uyarılma puanlarında hem ilk ölçüm son ölçüm değerleri arasında hem de son ölçüm izlem ölçümleri arasında anlamlı azalışlar olduğu gözlemlenirken kaçınma puanlarında ilk ölçüm son ölçüm değerleri arasında anlamlı azalış tespit edilmiş ancak son ölçümlerle izlem ölçümleri arasında anlamlı bir değişim olmadığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda PCL-5 toplam ($p<0,001$), olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler ($p<0,001$) ve aşırı uyarılma ($p=0,004$) puanlarında anlamlı değişim olduğu; ilk ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı azalış meydana geldiği ancak son ölçümlerle izlem ölçümleri arasında anlamlı değişim olmadığı tespit edilmiştir. Yeniden deneyimleme ($p=0,058$) ve kaçınma ($p=0,239$) puanlarında ise ölçümler arasında anlamlı değişim olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3.10).

Şekil 3.3 PCL-5 Ölçek ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi



4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. TARTIŞMA

Bu çalışma 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen ve birçok kişinin etkilenmesine neden olan depremin ruhsal etkilerini konu edinmektedir. Deprem sonrasında kişilerin yaşamış olduğu can kayıpları ve maddi kayıpların yanı sıra toplumun hayatını derinden etkileyen psikolojik etkiler oluşturmaktadır. Travmatik olay sonrasında erken dönemde kişilerin göstermiş olduğu travmatik stres tepkileri normal karşılanırken uzun vadede devam eden semptomlar kişilerin patoloji geliştirmesine yol açmaktadır. Uzun dönemde devam eden travmatik stres tepkilerine müdahale edilmediği takdirde kişilerin psikolojik iyilik hallerinin olumsuz yönde etkilenmesi kişilerin işlevselliğini ciddi ölçüde aksatarak kronik bir duruma yol açabildiği bilinmektedir.

Yapılan araştırmalar kişilerin deprem gibi travmatik sonuçlar oluşturabilecek durumlar sonrasında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi birçok psikopatoloji geliştirdikleri gözlemlenmektedir. Bu nedenle araştırma, 6 Şubat depremleri nedeniyle uzun dönemde; depresyon, travma sonrası stres, panik atak ve kaygı belirtilerini yaşayan ve bu belirtileri devam eden bireyleri kapsamaktadır.

Deprem gibi insan yaşantısını doğrudan etkileyen afetler sonrasında travmaya yönelik çeşitli müdahale yöntemleri bulunmaktadır. Bu çalışmada; EMDR 2.0 yönteminin depreme maruz kalan bireylerde travma sonrası stres, depresyon, panik atak, anksiyete semptomları üzerindeki etkililiği incelenmiştir. Araştırmaya 25 müdahale ve 25 kontrol gruplarında olmak üzere toplam 50 katılımcı dahil edilmiştir. Müdahale grubunda 22 kadın (%88.0) ve 3 erkek (%12.0) bulunurken, kontrol grubunda 21 kadın (%84.0) ve 4 erkek (%16.0) yer almaktadır. Eğitim düzeyine bakıldığında; müdahale grubunda 3 katılımcı (%12.0) ilkokul, 7 katılımcı (%28.0) ortaokul, 11 katılımcı (%44.0) lise ve 4 katılımcı (%16.0) üniversite mezunudur. Kontrol grubunda ise; 6 katılımcı (%24.0) ilkokul, 9 katılımcı (%36.0) ortaokul, 7 katılımcı (%28.0) lise ve 3 katılımcı (%12.0) üniversite mezunudur.

Çalışma durumu açısından, her iki grupta da 22 katılımcı (%88.0) çalışmamaktadır ve sadece 3 katılımcı (%12.0) çalışmaktadır. Medeni durum dağılımı ise müdahale grubunda 10 katılımcının (%40.0) evli veya birlikte yaşadığını, 15 katılımcının (%60.0) bekar olduğunu; kontrol grubunda ise 12 katılımcının (%48.0) evli veya birlikte yaşadığını, 13 katılımcının (%52.0) bekar olduğunu göstermektedir. Tüm katılımcılar konteynerde yaşamaktadır (%100). Enkazda kalma durumuna göre, müdahale grubunda 18 katılımcı (%72.0) enkazda kalmamışken, 7 katılımcı (%28.0) enkazda kalmıştır; kontrol grubunda ise 21 katılımcı (%84.0) enkazda kalmamış ve 4 katılımcı (%16.0) enkazda kalmıştır. Manevi kayıplar, müdahale grubunda 8 katılımcı (%32.0) birinci derece kayıp yaşarken, 17 katılımcı (%68.0) ikinci derece kayıp yaşamıştır; kontrol grubunda ise 2 katılımcı (%8.0) birinci derece kayıp ve 23 katılımcı (%92.0) ikinci derece kayıp yaşamıştır. Her iki grupta da tüm katılımcılar (%100) maddi kayıp yaşamış olup, müdahale grubunda 5 katılımcı (%20.0) orta düzeyde, 11 katılımcı (%44.0) fazla ve 9 katılımcı (%36.0) çok fazla maddi kayıp yaşamıştır; kontrol grubunda ise 3 katılımcı (%12.0) orta düzeyde, 19 katılımcı (%76.0) fazla ve 3 katılımcı (%12.0) çok fazla maddi kayıp yaşamıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların yaş ortalaması $32,28 \pm 13,64$ yıl, kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması ise $37,44 \pm 11,88$ yıldır.

Gruplar arasında başlangıç değerleri bakımından gerçekleştirilen karşılaştırmalar sonucunda; toplam 3 ölçek ve bu 3 ölçeğe ait 12 boyuttan onunda başlangıç değerleri bakımından anlamlı farklılık olmadığı tespit edilirken duygusal işleme ölçeği boyutu olan düzenlenmiş duygular boyutunda müdahale grubundaki katılımcıların daha yüksek değerlere sahip olduğu, travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi ölçeği boyutlarından olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler boyutunda kontrol grubundaki bireylerin daha yüksek puanlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların gruplara dağıtılmasında her ne kadar randomizasyon yöntemleri kullanılarak araştırmacı kaynaklı biasın önüne geçilse de grupların tüm değerler bakımından eşlenmesi sağlanamamıştır. Ancak tekrarlı ölçümler için ANOVA yönteminin kullanılması ile grupların başlangıç değerlerinin aynı olmama durumunun araştırma üzerine etkilerinin minimum düzeye inmesi amaçlanmıştır.

Depresyon, anksiyete ve stres ölçeği ile bu ölçeğin boyutları bakımından gerçekleştirilen karşılaştırmalar sonucunda; hem zamana bağlı değişimlerin hem de gruplar arasında zamana bağlı değişimlerin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında değişimlerin seyri hakkında daha detaylı bilgiler elde edilmesi için her iki grupta ayrı ayrı değişimler incelenmiştir. İncelemeler sonucunda; kontrol grubunda hem ölçek toplam puanlarında hem de boyutlarında herhangi bir değişim olmadığı gözlemlenirken müdahale grubunda hem müdahaleden 1 hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümlerde ilk ölçümlere göre anlamlı bir şekilde daha düşük değerlerin elde edildiği hem de müdahaleden bir ay sonrasında gerçekleştirilen ölçümlerde müdahaleden bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümlere göre daha düşük değerler elde edildiği görülmüştür. Müdahale öncesi ile müdahale sonrası ölçümler arasında gözlemlenen azalışların müdahaleden sonra da benzer şekilde devam etmesi; EMDR 2.0 uygulamasının depresyon, anksiyete ve stres faktörleri için etkinliğinin uygulama sonrasında da devam ettiğini göstermektedir. Kontrol grubunda bu tür iyileşmelerin olmaması, EMDR 2.0'ın spesifik etkilerini daha da belirgin hale getirmektedir. EMDR'nin depresyon üzerindeki etkisini inceleyen çeşitli çalışmalar, bu tedavi yönteminin etkinliğini güçlü bir şekilde kanıtlamaktadır. Shapiro (1989), 26 katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmada, EMDR uygulamasının depresif ve travmatik semptomlarda anlamlı iyileşmelere neden olduğunu gözlemlemiş ve bu iyileşmelerin üç aylık takip döneminde de devam ettiğini belirtmiştir. Chen ve arkadaşları (2014) tarafından gerçekleştirilen sistematik incelemede, 11 kontrollü çalışmanın verileri incelenmiş, EMDR'nin depresif semptomları önemli ölçüde azalttığı ve bu etkilerin 3 ila 12 ay arasında devam ettiği belirtilmiştir. Ayrıca EMDR uygulaması, bilişsel davranışçı terapi (CBT) ve farmakoterapi gibi diğer aktif tedavilerle eşdeğer bulunmuştur. Perez-Dandieu ve Tapia (2014) tarafından, İtalya ve İspanya'dan 82 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada; EMDR'nin uzun süreli depresyon tedavisinde uygulanabilir ve etkili bir tedavi seçeneği olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaların yanı sıra literatürde araştırmamızla benzer sonuçlara sahip birçok çalışma bulunmaktadır (Rothbaum ve ark., 2005; Yaşar ve ark., 2023; Maxfield ve Hyer, 2002). Ayrıca

EMDR'nin depresyon konusundaki etkinliğinin bireylerin yaşam kalitesi üzerinde de olumlu etkilere neden olacağı sĐylenebilir (Maxfield ve Hyer, 2002).

Duygusal işlemeleme ĐlçeĐi ve boyutları bakımından gerĐekleřtirilen karşılaştırmalar sonucunda; zamana bağlı anlamlı azalışların meydana geldiği gĐrĐlmektedir. Ayrıca gruplar arasında zamana bağlı değişimler bakımından da anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Baskılama puanları bakımından hem kontrol hem de mĐdahale gruplarında ilk ĐlĐĐm değerleriyle son ĐlĐĐm değerleri arasında anlamlı bir azalış meydana geldiği, son ĐlĐĐm değerleriyle izlem değerleri arasında ise anlamlı bir değişim olmadığı tespit edilmiştir. Her ne kadar iki grupta da benzer eğilimler olduğu gĐzlemlense de tekrarlı ĐlĐĐmler iÇin ANOVA testi sonucunda iki grup arasında baskılama puanlarındaki değişimler bakımından anlamlı farklılık olduğu, ilk ĐlĐĐm değerleriyle son ĐlĐĐm değerleri arasında mĐdahale grubunda izlem grubuna gĐre daha fazla azalış meydana geldiği saptanmıştır. MĐdahale sonrası ĐlĐĐmlerle mĐdahaleden bir ay sonraki ĐlĐĐmler arasında ise iki grupta da anlamlı bir değişim olmadığı gĐzlemlenmiřtir. SĐrecin ve bireylerin yaşantılarının etkileriyle kontrol grubunda her ne kadar azalış olduğu gĐzlemlense de EMDR 2.0 uygulamasının bu azalışı olumlu bir şekilde artırdığı tespit edilmiştir. İşlenmemiş duygu belirtileri, dĐzenlenmiř duygular, kaÇınma, zayıf duygusal deneyim ve duygusal işlemeleme toplam puanları bakımından anlamlı değişimler olduğu ve gruplar arasında bu değişimler bakımından farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında ayrı ayrı gerĐekleřtirilen incelemeler sonucunda; mĐdahale grubunda duygusal işlemeleme, dĐzenlenmemiř duygular ve zayıf duygusal deneyim puanları iÇin ilk ĐlĐĐm ile son ĐlĐĐm arasında ve son ĐlĐĐm ile izlem ĐlĐĐmleri arasında anlamlı bir azalış meydana geldiği gĐrĐlmektedir. Kontrol grubunda ise bu ĐlĐĐmler bakımından anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır. Gruplar birlikte değerlendirildiğinde; duygusal işlemeleme, dĐzenlenmemiř duygular ve zayıf duygusal deneyim parametreleri bakımından EMDR 2.0 uygulamasının etkinliğinin izlem dĐnemine kadar sĐrdĐĐĐ dĐřĐnĐlmektedir. Baskılama, işlenmemiş duygu belirtileri ve kaÇınma parametreleri bakımından ise yine kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmadığı tespit edilirken mĐdahale grubunda ilk ĐlĐĐm ile son ĐlĐĐm değerleri arasında

anlamli bir azalış olduğu, son ölçüm değerleriyle izlem ölçümleri arasında anlamli bir değişim olmadığı tespit edilmiştir. Müdahale öncesi ve sonrası ölçümler arasındaki azalışlar müdahalenin faydasını ortaya koymaktadır. Müdahale sonrası ölçümlerle izlem dönemi ölçümleri arasında anlamli bir değişim olmaması ise müdahalenin insan psikolojisi üzerindeki etkilerinin sürdürülebilirliği konusunda olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Duygusal işleme ve boyutları üzerindeki analiz sonuçları, EMDR 2.0'ın duygusal işleme ve düzenleme becerilerini geliştirmede etkili olduğunu göstermektedir. İşlenmemiş duygu belirtileri, baskılama, düzenlenmemiş duygular, kaçınma ve zayıf duygusal deneyim gibi alanlarda müdahale grubunda anlamli iyileşmeler kaydedilmiştir. Bu bulgular, EMDR 2.0'ın travmatik anıların duygusal yükünü azaltmada ve bireylerin duygusal düzenleme becerilerini artırmada etkili bir müdahale yöntemi olduğunu güçlü bir şekilde desteklemektedir. Literatürde de EMDR uygulamasının duygusal düzenleme üzerine olumlu sonuçlar verdiği belirtilmiştir (Maxfield ve Hyer, 2002). Berking ve Wupperman (2012) yaptıkları çalışmada, EMDR'nin duygusal düzenleme becerilerini geliştirmede etkili bir müdahale yöntemi olduğunu ve bu alanda önemli bir katkı sağladığını belirtmişlerdir. Birçok çalışma araştırmayla benzerlik göstermekte ve EMDR uygulamasının duygusal düzenleme becerileri üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğunu göstermiştir (Berking ve Wupperman, 2012; Matthijssen ve ark., 2020; Shapiro, 1989; Lee ve Cuijpers, 2013; Maxfield ve Hyer, 2002). Araştırma, EMDR 2.0'ın travma tedavisinde önemli bir araç olduğunu gösterse de konuyla ilgili daha fazla araştırma ile EMDR 2.0'ın etkinliğinin incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

PCL-5 ölçeği ile bu ölçeğe ait boyutlara ilişkin karşılaştırmalar sonucunda; hem ölçek toplam puanı hem de boyut puanlarının tamamı için ölçümler arasında anlamli değişimler ve gruplar arasında bu değişimler bakımından anlamli farklılıklar olduğu saptanmıştır. İki grup için ayrı ayrı gerçekleştirilen analizler sonucunda; yeniden deneyimleme puanlarında kontrol grubunda anlamli bir değişim olmadığı, müdahale grubunda ise hem ilk ölçümlerle son ölçümler arasında hem de son ölçümlerle izlem ölçümleri arasında anlamli bir azalış meydana geldiği görülmektedir. Bu sonuçlar; yeniden deneyimleme parametresi için EMDR 2.0

uygulamasının önemini gözler önüne sermektedir. Kaçınma boyutunda ise yine kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmadığı, müdahale grubunda ise ilk ölçüm değerleriyle son ölçüm değerleri arasında azalış meydana geldiği ancak müdahale sonrası ölçümlerle izlem ölçümleri arasında anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır. Kaçınma parametresi için uygulamanın etkilerinin sürdüğü, azalışın aktif bir şekilde devam etmediği görülmüştür. Olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler, aşırı uyarılma ve PCL-5 toplam puanlarında ise kontrol grubunda ilk ölçümlerle son ölçümler arasında anlamlı bir azalış meydana geldiği, son ölçümlerle izlem ölçümleri arasında ise anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır. Müdahale grubunda ise kontrol grubuyla benzer şekilde ilk ölçümlerle son ölçümler arasında anlamlı azalış meydana geldiği ve buna ek olarak son ölçümlerle izlem ölçümleri arasında da anlamlı azalışlar olduğu saptanmıştır. İlk ölçümlerle son ölçümler arasında her ne kadar iki grupta da azalışlar meydana geldiği görülse de gerçekleştirilen analizler neticesinde müdahale grubunda 3 ölçüm için de kontrol grubundan daha fazla bir azalış meydana geldiği tespit edilmiştir. İlk ölçümlerle son ölçümler arasındaki bu durum ve son ölçümlerle izlem ölçümleri arasında iki grup arasındaki farklılıklar göz önüne alındığında; olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler, aşırı uyarılma ve PCL-5 toplam puanları için EMDR 2.0 uygulamasının hem sürecin hızlanması hem de puanlardaki azalışın sürdürülebilirliği bakımından son derece önem arz ettiği düşünülmektedir. Van der Kolk ve arkadaşları (2007) da yaptıkları çalışmada; EMDR tedavisinin kronik depresyonlu hastalarda depresif semptomları önemli ölçüde azalttığını ve bu etkilerin altı ay boyunca sürdüğünü belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Rothbaum ve arkadaşları (2005), EMDR'nin depresyon tedavisinde Prozac kadar etkili olduğunu ve EMDR grubundaki katılımcıların iyileşmelerini altı aylık takip döneminde de sürdürdüğünü göstermişlerdir. Chen ve arkadaşları (2014), EMDR'nin depresyon ve TSSB semptomlarında önemli azalmalar sağladığını ve bu etkilerin 12 ay boyunca korunduğunu rapor etmişlerdir. Bu araştırmayla birçok yönden benzerlik gösteren bir araştırmada ise Marmara Depremi'nden sağ kurtulan afetzedelerle gerçekleştirilen uygulamalar sonucunda; EMDR seansları sonrasında katılımcıların %92,7'sinde travma sonrası stres bozukluğu semptomlarında tam iyileşme

gözlemlenmiş ve bu olumlu etkiler altı ay boyunca devam etmiştir (Konuk ve ark., 1999). Araştırma bulguları literatürle birlikte değerlendirildiğinde; EMDR'nin travmatik anıların yeniden işlenmesini kolaylaştırarak semptomların kalıcı olarak giderilmesini sağladığını ve bu nedenle TSSB ve depresyon tedavisinde değerli bir terapötik seçenek olduğunu güçlü bir şekilde desteklemektedir (Van der Kolk ve ark., 2007; Rothbaum ve ark., 2005; Chen ve ark., 2014; Konuk ve ark., 1999).



SONUÇ VE ÖNERİLER

Deprem sonrası bireylerin ruhsal durumlarındaki değişimlere EMDR 2.0 uygulamasının etkilerinin incelendiği bu araştırmaya toplam 50 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar randomizasyon yöntemiyle müdahale ve kontrol olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Müdahale grubuna EMDR 2.0 uygulaması gerçekleştirilirken kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Bu araştırma sonuçlarının sunulmasının ardından, EMDR 2.0 uygulaması kontrol grubundaki bireyler ile de gerçekleştirilecektir. Araştırma bulguları tablolar ve grafikler yardımıyla sunulmuş, bulgularla ilgili yorumlar ilgili bölümlere eklenmiştir.

Bireylerin yaşam kalitesini birçok yönden ve bazen güçlü bir şekilde etkilediği bilinen depresyon, anksiyete ve stresle ilgili gerçekleştirilen karşılaştırmalar sonucunda; kontrol grubunda zamanla birlikte herhangi bir değişim olmadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubunda ise hem uygulama öncesi ölçümlerle uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında hem de uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümlerle uygulamadan bir ay sonra gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı bir azalış olduğu tespit edilmiştir. Uygulama öncesi ölçümlerle uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasındaki azalış; uygulamanın etkinliğini gösterirken uygulamadan bir hafta sonrasındaki ölçümlerle uygulamadan bir ay sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı azalış olması danışanların EMDR 2.0 uygulaması ile kalıcı ve devam eden bir iyi oluş sürecine girdiğini göstermektedir. Literatürde uygulamaların kalıcılığıyla ilgili bir aydan daha uzun sürelerde takip sürecine sahip çalışmaların olduğu göz önüne alındığında; uygulamanın kalıcılığıyla ilgili bir aydan daha uzun sürede takip süresine sahip, farklı örneklem grubunda çalışmalarla desteklenmesinde fayda görülmektedir.

Araştırma sonucunda; kontrol grubunda duygusal İşleme toplam puanları ile işlenmemiş duygu belirtileri, düzenlenmemiş duygular, kaçınma, zayıf duygusal deneyim puanları bakımından anlamlı bir değişim olmadığı gözlemlenirken EMDR 2.0 uygulamasının gerçekleştirildiği müdahale grubunda bu parametrelerde

azalışlar olduğu gözlemlenmiştir. Duygusal işleme, düzenlenmemiş duygular ve zayıf duygusal deneyim puanlarındaki azalışlar uygulama sonrasıyla sınırlı kalmamış, uygulamadan bir hafta sonra gerçekleştirilen ölçümlerle uygulamadan bir ay sonra gerçekleştirilen uygulamalar arasında da azalışlar devam etmiştir. İşlenmemiş duygu belirtileri ve kaçınma puanlarında ise uygulama sonrası azalış olduğu saptanmış fakat uygulamadan bir hafta sonrası ölçümlerle uygulamadan 1 ay sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmadığı göz önüne alındığında EMDR 2.0'ın etkinliğini ortaya koymak için bu bulguların yeterli olduğu düşünülmektedir. Duygusal işleme ölçeği baskılanma boyutunda ise kontrol ve müdahale gruplarının ikisinde de uygulama öncesi ve uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı bir azalış olduğu, uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümlerle uygulamadan bir ay sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında ise anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır. Her ne kadar iki grupta da benzer değişimler olduğu görünse de gerçekleştirilen ileri istatistiklerde müdahale grubunda kontrol grubunda daha büyük oranda azalışlar meydana geldiği tespit edilmiştir. Ölçek ve boyutlarıyla ilgili bulgular birlikte değerlendirildiğinde EMDR 2.0'ın depremzedelerde duygusal işleme için son derece verimli bir yöntem olduğu düşünülmekte; farklı örneklem gruplarında ve daha yüksek sayıda örneklem büyüklüğüne sahip araştırmaların yapılmasında fayda görülmektedir.

Travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili bir ölçek olan PCL-5 ve boyutlarıyla ilgili gerçekleştirilen karşılaştırmalar sonucunda; yeniden deneyimleme boyutunda kontrol grubunda anlamlı değişim olmadığı, müdahale grubunda ise hem uygulama öncesi ve uygulamadan bir hafta sonrası ölçümler arasında hem de uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümlerle uygulamadan bir ay sonra gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı azalışlar meydana geldiği tespit edilmiştir. Bu sonuçların; yeniden deneyimleme davranışları için EMDR 2.0 uygulamasının etkinliğini ve danışanları devam eden bir iyileşme sürecine götürdüğünü göstermektedir. Kaçınma boyutunda kontrol grubunda yine anlamlı bir değişim olmadığı, müdahale grubunda ise uygulama öncesi ölçümlerle

uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı azalış olduğu, uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümlerle uygulamadan bir ay sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı değişim olmadığı saptanmıştır. Kaçınma davranışları için EMDR 2.0 uygulaması etkin ve kalıcı bir uygulama olarak düşünülmektedir. PCL-5 ölçeği ile olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler ve aşırı uyarılma boyutlarında kontrol grubunda ilk ölçümlerle uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı bir azalış meydana geldiği, uygulamadan bir hafta sonra gerçekleştirilen ölçümlerle uygulamadan bir ay sonra gerçekleştirilen ölçümler arasında ise anlamlı bir değişim olmadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubunda kontrol grubundan farklı olarak hem uygulama öncesi ölçümlerle uygulamadan bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında hem de uygulamadan bir hafta sonra gerçekleştirilen ölçümlerle uygulamadan bir ay sonrasında gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı bir azalış meydana geldiği tespit edilmektedir. Her ne kadar iki grupta da ilk ölçümlerle uygulamadan bir hafta sonra gerçekleştirilen ölçümler arasında anlamlı azalış olsa da gerçekleştirilen analizler neticesinde; müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha büyük oranda azalışlar meydana geldiği tespit edilmiştir. Sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde; EMDR 2.0'ın PCL-5 ölçeği ile olumsuz duygu ve düşüncelerde değişiklikler ve aşırı uyarılma boyutlarında etkin ve kalıcı sonuçlara sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda; EMDR 2.0'ın depresyon, anksiyete, stres, duygusal işleme ve travma sonrası stres bozukluğu konularında danışanlar için birçok yönden verimli bir uygulama olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bazı parametreler için azalışların birinci ay sonunda da devam ettiği gözlemlenirken bazı parametreler için ise uygulamadan bir hafta sonrası itibarıyla azalışlar durduğu ya da zayıfladığı görülmüştür. Araştırma sonuçları bütünüyle değerlendirildiğinde; azalışlar devam etmese de EMDR 2.0'ın depreme maruz kalan bireyler üzerinde ciddi oranda iyileşmeler sağladığı, kalıcı iyi oluş süreçlerini destekledikleri düşünülmektedir. Son ölçümlerle izlem ölçümleri arasında bazı parametreler için azalışlar olurken bazı parametrelerde herhangi bir değişim gözlenmemesini etkilemesi mümkün olan birçok faktör olduğu düşünülmektedir. Bunlardan bazılarının; depreme maruz kalan

bireylerin rutin ruh halleri, azalış gerçekleşmeyen ölçümleri etkileyen diğer faktörler ve ölçüm sürecinin uzunluğu olarak değerlendirilmektedir. Konu ile ilgili daha farklı örneklem gruplarında, daha yüksek sayıda gözleme sahip örneklem büyüklüklerinde, deprem sonrası daha heterojen yerleşim yerlerinde ikamet eden, demografik değişkenler bakımından daha zengin ve daha geniş izlem sürecine sahip çalışmaların yapılmasında fayda görülmektedir.



KAYNAKÇA

- AFAD. (2023). 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri hakkında bilgi. Retrieved from <https://www.afad.gov.tr/kahramanmaras-depremi-bilgilendirme>
- Afni, S. (2022). *Post-traumatic stress disorder experienced by Jonas in Lois Lowry's The Giver* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim).
- Al Khalaileh, M.A., Bond, A. E., Beckstrand, R. L., & Al-Talafha, A. (2010). The disaster preparedness evaluation tool©: psychometric testing of the classical Arabic version. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 664-672.
- Amat, J., Paul, E., Watkins, L. R., & Maier, S. F. (2008). Activation of the ventral medial prefrontal cortex during an uncontrollable stressor reproduces both the immediate and long-term protective effects of behavioral control. *Neuroscience*, 154(4), 1178-1186.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: *American Psychiatric Association*.
- American Psychiatric Association. (2020). *What are anxiety disorders?* Retrieved from APA website.
- American Psychiatric Association. (2020). *What is PTSD?* Retrieved from APA website.
- American Psychological Association. (1994). *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*. A Report to the Division 12 Board of the American Psychological Association. Washington, DC.
- American Psychological Association. (2020). *Effects of natural disasters on mental health*. Retrieved from [APA website](#).
- Assar, M. (1971). Guide to sanitation in natural disasters. Madison, WI: World Health Organization.

- Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science* (New York, N.Y.), 255(5044), 556–559. <https://doi.org/10.1126/science.1736359>
- Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whitlesea A (2010) The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *J Psychosom Res*, 68:83-88.
- Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M (2007) Development of an emotional processing scale. *J Psychosom Res*, 62:167-178.
- Bakırcıoğlu, R. (2014). *Ansiklopedik Eğitim ve Psikoloji Sözlüğü*. Anı Yayınları, Ankara.
- Based Model for Treating Traumatic Grief. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 289-309. <http://dx.doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh025>
- Başoğlu M, Şalcıoğlu E (2011) *A mental health care model for mass trauma survivors: Control-focused behavioral treatment of earthquake, war, and torture trauma*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
- Bonanno, G. A. (2012). Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities. *Social Science and Medicine*, 74(5), 753.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 74-83.
- Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., 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, (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 300-310.
- Brom, D., & Kleber, R. J. (2000). On coping with trauma and coping with grief: Similarities and differences. In *Traumatic and nontraumatic loss and*

- bereavement: *Clinical theory and practice* (pp. 41-66). International Universities Press/Psychosocial Press.
- Brooks, S., Amlot, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2020). Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed organisations: overview of the literature. *BMJ Mil Health*, 166(1), 52-56.
- Burke, J. (1991). Identity process and social stress. *American Sociological Review*, 56(6), 836-849.
- Bystritsky, A., Vapnik, T., Maidment, K., Pynoos, R. S., & Steinberg, A. M. (2000). Acute responses of anxiety disorder patients after a natural disaster. *Depression and Anxiety*, 11(1), 43-44.
- Chand S.P. & Arif H. (2024). Depression. In: *StatPearls.Treasure Island* (FL): StatPearls Publishing; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>.
- Chard, K. M., Kaysen, D. L., Galovski, T. E., Nixon, R. D. V., & Monson, C. M. (2020). Cognitive processing therapy. In D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson, & L. Berliner (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (3rd ed., pp. 210–233). The Guilford Press.
- Chen, C. H., Tan, H. K. L., Liao, L. R., Chen, H. H., Chan, C. C., Chen, C. Y., ... & Lu, M. L. (2007). Long-term psychological outcome of 1999 Taiwan earthquake survivors: a survey of a high-risk sample with property damage. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 269-275.
- Chrousos, G. P. (1998). Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response: The 1997 Hans Selye Memorial Lecture. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 851(1), 311-335.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20706.

- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (Vol. 2). Oxford University Press.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 43*, 128-141.
- Cüceloğlu, D. (2007). Kaygı, özgüven, sonuç ve süreç-1. <http://www.dogancuceloglu.net/yazilar/245/kaygi-ozguven-sonuc-ve-surec-1>
- Çiçek, C. G. (2006). *Gemi adamlarının stres düzeyleri ve iş doyumları arasındaki ilişki: Bir denizcilik şirketinde uygulama* (Doctoral Tezi, Yüksek Lisans Tezi. Celal Bayar Üniversitesi, Manisa).
- Çiller, A., Köskün, T., & Akca, A. Y. E. (2022). Post traumatic stress disorder and behavioral therapy intervention techniques used in treatment. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14*(4), 499-509.
- De Jongh, A., & Matthijssen, S. (2020). *EMDR 2.0: an enhanced version of EMDR therapy. Presentation*. <https://www.emdria.org/learning-class/emdr-2-0-an-enhanced-version-of-emdr-therapy/>
- De Jongh, A., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrell, D., & Lee, C. W. (2019). The status of EMDR therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder 30 years after its introduction. *Journal of EMDR Practice and Research, 13*(4), 261-269.
- De Jongh, A., de Roos, C., & El-Leithy, S. (2024). State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *Journal of Traumatic Stress*.
- Dyson, R., & Renk, K. (2006). Freshman adaptation to university life: depressive symptoms, stress, and coping. *Journal of Clinical Psychology, 62*(10), 1231-1244.

- Elofsson, U. O., von Schéele, B., Theorell, T., & Söndergaard, H. P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 622-634.
- Faretta, E. (2013). EMDR and cognitive-behavioral therapy in the treatment of panic disorder: A comparison. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 121-133.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). Guilford Press.
- Forbes, D., Bisson, J. I., Monson, C. M., & Berliner, L. (Eds.). (2020). *Effective treatments for PTSD*. Guilford Publications.
- Fukuda, S., Morimoto, K., Mure, K., & Maruyama, S. (1999). Posttraumatic stress and change in lifestyle among the Hanshin-Awaji earthquake victims. *Preventive Medicine*, 29(3), 147-151.
- Furr, J. M., Comer, J. S., Edmunds, J. M., & Kendall, P. C. (2010). Disasters and youth: a meta-analytic examination of posttraumatic stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 765.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic reviews*, 27(1), 78-91.
- Giller, E. (1999). *What is psychological trauma?* Lutherville, MD: Sidran Press.
- Gitlow, L., Janney, B., Lemery, C., McDonald, J., McGinley, B., & Rabideau, K. (2018). How college students diagnosed with anxiety disorders and/or depression use everyday technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*.
- Glück, T. M., Knefel, M., Tran, U. S., & Lueger-Schuster, B. (2016). PTSD in ICD-10 and proposed ICD-11 in elderly with childhood trauma: prevalence,

- factor structure, and symptom profiles. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29700.
- Gurung, M., & Shristy, S. (2023). Effect of depression on daily life of adults. *Diaconia University of Applied Sciences, Bachelor in Nursing*.
- Hackbarth, M., Pavkov, T., Wetchler, J., & Flannery, M. (2012). Natural disasters: An assessment of family resiliency following Hurricane Katrina. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(2), 340-351.
- Hase, M., Balmaceda, U. M., & Hofmann, A. (2008). EMDR reprocessing of negative self-referential thoughts. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 123-130.
- Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of negative self-referential statements: Effects on PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 163-169.
- Horwitz, A. V. (2010). How an age of anxiety became an age of depression. *The Milbank Quarterly*, 88(1), 112-138.
- Hoskins, M. D., Sinnerton, R., Nakamura, A., Underwood, J. F., Slater, A., Lewis, C., ... & Clarke, L. (2021). Pharmacological-assisted Psychotherapy for Post Traumatic Stress Disorder: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1853379.
- Humphrey, G. M., & Zimpfer, D. G. (1996). *Counselling for grief and bereavement*. London: Sage Publications.
- Idi, V. (2018). Water Management After a Natural Disaster. *Hame University of Applied Sciences. Visamäki; Degree Programme in Construction Engineering*.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) World Disaster Reports, (2010; 2012; 2013;2015) www.ifrc.org

- Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement:: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of anxiety disorders*, 17(2), 131-147.
- Kaptan, S. K., Dursun, B. O., Knowles, M., Husain, N., & Varese, F. (2021). Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and nonrandomized trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(4), 784-806.
- Karanci, A. N., & Rüstemli, A. (1995). Psychological consequences of the 1992 Erzincan (Turkey) earthquake. *Disasters*, 19(1), 8-18.
- Kaufman, J., & Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 12(S1), 69-76.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 161-197.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M & Nelson CB. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-60.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kim, S., Guy, S. J., Manocha, D., & Lin, M. C. (2012, March). Interactive simulation of dynamic crowd behaviors using general adaptation syndrome theory. In *Proceedings of the ACM SIGGRAPH symposium on interactive 3D graphics and games* (pp. 55-62).
- Kirmayer, L. J., Kienzler, H., Hamid Afana, A., & Pedersen, D. (2010). Trauma and disasters in social and cultural context. *Principles of social psychiatry*, 155-177.

- Kodiyan, A. (2015). An animal model of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) (Doctoral dissertation, Université de Lausanne, Faculté de biologie et médecine).
- Landesman, L. Y. (2005). Public health management of disasters: *The practice guide*. American public health association.
- Lang, A. J., Strauss, J. L., Bomyea, J., Bormann, J. E., Hickman, S. D., Good, R. C., & Essex, M. (2012). The theoretical and empirical basis for meditation as an intervention for PTSD. *Behavior modification*, 36(6), 759-786.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3-13. DOI: 10.1207/s15327965pli0101_1
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In Dynamics of stress: *Physiological, psychological and social perspectives*. Boston, MA: Springer US.
- LeBlanc, V. R. (2009). The effects of acute stress on performance: implications for health professions education. *Academic Medicine*, 84(10), S25-S33.
- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231-239.
- Leys, R. (2000). Trauma: A genealogy. University of Chicago Press.
- Livanou, M., Kasvikis, Y., Başoğlu, M., Mytskidou, P., Sotiropoulou, V., Spanea, E., ... & Voutsas, N. (2005). Earthquake-related psychological distress and associated factors 4 years after the Parnitha earthquake in Greece. *European Psychiatry*, 20(2), 137-144.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995b). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales, (2nd ed.). Sydney, Australia: *Psychology Foundation of Australia*.
- Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of family medicine and primary care*, 8(10), 3090-3095.

- Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual review of psychology*, 63, 227-257.
- Matthijssen, S. J., Brouwers, T., van Roozendaal, C., Vuister, T., & de Jongh, A. (2021). The effect of EMDR versus EMDR 2.0 on emotionality and vividness of aversive memories in a non-clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1956793.
- Maxfield, L. (2003). Current status and future directions for EMDR research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(1), 6-14.
- Mayo Clinic. (2021). *Panic attacks and panic disorder*. Retrieved from [Mayo Clinic website](#).
- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A review of evidence and dissemination. *Expert review of neurotherapeutics*, 11(8), 1151-1163.
- Mendes, D. D., Mello, M. F., Ventura, P., de Medeiros Passarela, C., & de Jesus Mari, J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-259.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 74(5), 898.
- Mooney, M. F. (2016). Getting through: children and youth post-disaster effective coping and adaptation in the context of the Canterbury earthquakes of 2010-2012: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology at Massey University, Wellington, Aotearoa/New Zealand (Doctoral dissertation, Massey University).

- Myers, K. M., & Davis, M. (2007). Mechanisms of fear extinction. *Molecular psychiatry*, 12(2), 120-150.
- National Institute of Mental Health. (2019). *Post-Traumatic Stress Disorder*. Retrieved from [NIMH website](#).
- National Institute of Mental Health. (2021). *Depression*. Retrieved from [NIMH website](#).
- Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M., & Tarrahi, M. J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(2), 291-293.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981—2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 207-239.
- Okutan, M., & Tengilimoğlu, D. (2002). İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri: Bir alan uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(3), 15-42.
- Özkaya, M. O., Yakın, V., & Ekinci, T. (2008). Stres düzeylerinin çalışanların iş doyumuna üzerine etkisi Celal Bayar Üniversitesi çalışanları üzerine ampirik bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1), 163-179.
- Park, J. M., & Bae, S. M. (2022). Impact of depressive, anxiety, and PTSD symptoms in disaster victims on quality of life: The moderating effect of perceived community resilience. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 69, 102749.

- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Frank, E., Beery, L. C., Silberman, R., Prigerson, J., & Reynolds III, C. F. (1997). Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1003-1009.
- Raboni, M. R., Tufik, S., & Suchecki, D. (2014). Effects of EMDR treatment on anxiety and self-esteem in panic disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 404-410.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18(1), 51-60.
- Regehr, C., & Sussman, T. (2004). *Intersections Between Grief and Trauma: Toward an Empirically*
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2014). Cognitive processing therapy: Veteran/military version: *Therapist's manual*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs
- Resick, P.A., Monson, C.M., & Rizvi, S.L. (2008). Posttraumatic stress disorder. In D.H. Barlow (Ed), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: The Guildford Press.
- Ressler, K. J., Berretta, S., Bolshakov, V. Y., Rosso, I. M., Meloni, E. G., Rauch, S. L., & Carlezon Jr, W. A. (2022). Post-traumatic stress disorder: clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nature Reviews Neurology*, 18(5), 273-288.
- Richardson, B. (1994). Crisis Management and Management Strategy-Time to "Loop the Loop"? *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 3(3), 59-80.
- Riggs, D. S., Cahill, S. P., Foa, E. B., Follette, V. M., & Ruzek, J. I. (2006). Prolonged exposure treatment of posttraumatic stress disorder. *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, 2, 65-95.

- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606.
- Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological review*, 105(2), 325.
- Rotton, J., Dubitsky, S. S., Milov, A., White, S. M., & Clark, M. C. (1997). Distress, elevated cortisol, cognitive deficits, and illness following a natural disaster. *Journal of environmental Psychology*, 17(2), 85-98.
- Ruzek., E. C. (2006). *Effect of Traumatic Experiences*. U.S. Department of Veteran Affairs.
- Salcioglu, E., Basoglu, M., & Livanou, M. (2003). Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(3), 154-160.
- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19-30.
- Satapathy, S. (2011). Mental health impacts of disasters in India: Ex-ante and ex-post analysis. Economic and welfare impacts of disasters in East Asia and policy responses. *ERIA research project report*, 8, 419-55.
- Saunders, W.B. (2004). *Dorland's illustrated medical dictionary*. Received on September 1, 2005 from Post-traumatic Stress Disorder http://www.mercksource.com/lpp/us/cns/cns_hLdorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocs_zSzuszSzcornrnnonzSzdorlandzSzdzorlandzSzdzmd_d_24zPzhtm Erişim Tarihi: 01.05.2024
- Saygılı, S. (2005). *Strese son*. İstanbul: Elit Yayıncılık.
- Sena, L.; Michael, K.W. *Disaster Prevention and Preparedness*. 2006. Available online:

<https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2013/07/DisasterPreventionPreparedness.pdf> Erişim Tarihi: 01.05.2024

- Shafiq, F., Haider, S. I., & Ijaz, S. (2020). Anxiety, depression, stress, and decision-making among orphans and non-orphans in Pakistan. *Psychology research and behavior Management*, 313-318.
- Shaluf, I. M. (2006). Disaster types in Malaysia: an overview. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 15(2), 286-298.
- Shaluf, I. M. (2007). An overview on disasters. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 16(5), 687-703.
- Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): *Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Basic Principles, Protocols, and Procedures. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Basic Principles, Protocols, and Procedures. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2014). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy, third edition: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing: *Basic principles, protocols and procedures*, third edition. Guilford Press.
- Shapiro, F., & Liliotis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39(2), 191-200.
- Sharan, P., Chaudhary, G., Kavathekar, S. A., & Saxena, S. (1996). Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *The American Journal of Psychiatry*, 153(4), 556-558.

- Sharma, M. P., Mao, A., & Sudhir, P. M. (2012). Mindfulness-based cognitive behavior therapy in patients with anxiety disorders: a case series. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(3), 263-269.
- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. Handbook of bereavement: *Theory, research, and intervention*, 23-43.
- Siswa Widyatmoko, C., Tan, E. T., Conor Seyle, D., Haksi Mayawati, E., & Cohen Silver, R. (2011). Coping with natural disasters in Yogyakarta, Indonesia: The psychological state of elementary school children as assessed by their teachers. *School psychology international*, 32(5), 484-497.
- Sizoo, B. B., & Kuiper, E. (2017). Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, 64, 47-55.
- Slobodin, O., & De Jong, J. T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy?. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17-26.
- 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.
- Spiegler M.D. & Guevremont D.C. (2010). *Contemporary Behavior Therapy*. Belmont, CA, Wadsworth.
- Swiatek, C. A. (2013). From anxiety to panic disorder: effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness based stress reduction as treatment in adolescence. Masters Thesis, Smith College, Northampton, MA
- Thomas, F. C., Loskot, T., Mutschler, C., Burdo, J., Lagdamen, J., Sijercic, I., ... & Wiltsey-Stirman, S. (2023). Initiating cognitive processing therapy (CPT) in community settings: A qualitative investigation of therapist decision-making. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(1), 137-150.

- United Nations International Strategy for Disaster Reduction. (2009). *UNISDR terminology on disaster risk reduction*. Retrieved from <https://www.unisdr.org/we/inform/terminology>
- United Nations. (2023). *Humanitarian response to Turkey-Syria earthquakes*. Retrieved from <https://www.un.org/en/humanitarian-response-turkey-syria-earthquakes>
- United States Geological Survey. (2021). *Earthquake information*. Retrieved from <https://www.usgs.gov/natural-hazards/earthquake-hazards/science>
- United States Geological Survey. (2023). *M7.8 and M7.5 earthquakes in Turkey*. Retrieved from <https://www.usgs.gov/news/m78-and-m75-earthquakes-turkey>
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisæth, L. (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of EMDR, fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of EMDR, fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.

- Van Dijke, A., Ford, J. D., Frank, L. E., & Van der Hart, O. (2015). Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(4), 428-441.
- Van Wassenhove, L. N. (2006). Humanitarian aid logistics: supply chain management in high gear. *Journal of the Operational research Society*, 57(5), 475-489.
- Wikipedia (2024),
(https://en.wikipedia.org/wiki/2023_Turkey%E2%80%93Syria_earthquakes). Erişim tarihi: 15.05.2024
- Wikipedia (2024),
<https://nhmu.utah.edu/sites/default/files/attachments/All%20About%20Earthquakes.pdf> Erişim tarihi: 16.05.2024
- Weathers FW, Litz BT, Keane TM, et al. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD website: <http://www.ptsd.va.gov>; 2013.
- WHO (2002). Environmental Health in Emergencies. http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/em2002chap7.pdf Erişim Tarihi: 01.05.2024
- Wood, K. H., Wheelock, M. D., Shumen, J. R., Bowen, K. H., Ver Hoef, L. W., & Knight, D. C. (2015). Controllability modulates the neural response to predictable but not unpredictable threat in humans. *NeuroImage*, 119, 371-381.
- World Health Organization. (2019). *Mental health in emergencies*. Retrieved from [WHO website](#).
- Yaşar, A. B., Kavakçı, Ö., Çiftçi, Z. Z., Tunca, G. A., Uygun, E., Gündoğmuş, İ., ... & Konuk, E. (2023). The effectiveness of online EMDR 2.0 group protocol on posttraumatic stress disorder symptoms, depression, anxiety, and stress in individuals who have experienced a traffic accident: a

preliminary study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 17(3), 171-184.

Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 108-114.

Zatzick, D. F., Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Wells, K., Golding, J. M., ... & Browner, W. S. (1997). Post-traumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Military medicine*, 162(10), 661-665.



EKLER

Ek 1: Araştırmada Kullanılan Soru Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek 3. LGBTİQ+
2. Yaşınız:
3. Eğitim düzeyiniz: 1. İlkokul 4. Yüksekokul 7. Okuryazar
2. Ortaokul 5. Üniversite 8. Okuryazar değil
3. Lise 6. Lisans üstü
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. Çadır
2. Konteyner
3. Ev
3. Yakınıyla /akrabayla beraber
8. Manevi kayıp: 1. Birinci dereceden kayıp
2. İkinci dereceden kayıp
3. Tanıdık/dost/arkadaş
4. Kayıp yok
9. Maddi kayıp: 1. Yok
2. Var
Var ise, aşağıdaki seçenekten size uygun olanı seçiniz.
Çok az Az Orta. Fazla. Çok Fazla
10. Enkaz Süreci: 1.Yok
2.Var

DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ 21

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Ağzımda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
2	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı farkettim	0	1	2	3
3	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	1	2	3
4	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
5	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
6	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
7	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
8	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
9	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
10	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
11	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
12	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
13	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
14	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	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	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
18	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
19	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
20	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
21	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

PCL-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

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.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı?	Hiç	Çok az	Orta	Oldukça fazla	Aşırı
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
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
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

DUYGUSAL İŞLEMLEME ÖLÇEĞİ (DİÖ)

Bu ölçeğin amacı sizin duygu ve hislerinizle 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 yazdığınız duyguları değil **tüm duygularınızı** temel alarak yapınız.

Örnekler

Duygularımı kendime sakladım.

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

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

2. İstemediğim şeyler hissettim.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Duygularımı körelmiş/donuklaşmış gibi hissettim.

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

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

6. Duygularımı ifade edemedim.

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

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

7. Duygusal tepkilerim bir günden uzun sürdü.

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

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

8. İnsanların söylediklerine ya da yaptıklarına aşırı tepki gösterdim.

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

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

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

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

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

10. Duygularım bana ait değil gibiydi.

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

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

11. Duygularım hakkında sessiz kaldım.

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

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

12. Devamlı aynı duyguyu hissetme eğilimindeydim.

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

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

13. Olanların acısını birinden çıkarmak istedim

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

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

14. Sadece güzel şeylerden konuşmaya çalıştım.

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

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

15. Hasta mı duygusal mı hissettiğimi ayırt etmek zordu.

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

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

16. Duygularımı içime attım.

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

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

17. Duygularım beni bunalttı.

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

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

18. Bir şeyleri paramparça etmek istedim.

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

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

19. Hoşuma gitmeyen duygularımı tolere edemedim.

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

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

20. Duygularımda büyük bir boşluk var gibiydi.

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

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

21. Duygularımı diğerlerine göstermemeye çalıştım.

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

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

22. Aynı duygusal durum hakkında defalarca düşündüm.

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

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

23. Sakinleşmek benim için zordu.

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

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

24. Beni üzebilecek şeylerden kaçınmak için çok çaba harcadım.

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

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

EK-2: 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 Furkan Geçen tarafından yüksek lisans tez çalışması kapsamında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı; EMDR 2.0 uygulamasının 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 yansıtmaması 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 sürecektir. Araştırma ile her türlü soru ve görüşlerinizi e-posta adresine iletebilirsiniz.

Katılımınız, iş birliğiniz ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Psikolog Furkan Geçen

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

Kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:

İmza:

EK-2: Etik Kurul Değerlendirme Sonucu

Etik Kurulu Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.

