

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

DEPREM TRAVMASINDA KAYIP VE YAS İLE
PSİKOSOSYAL DESTEK, PSİKOLOJİK GÜÇ VE
TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra ALAGÖZ

İstanbul
Nisan-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**DEPREM TRAVMASINDA KAYIP VE YAS İLE PSİKOSOSYAL
DESTEK, PSİKOLOJİK GÜÇ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra ALAGÖZ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu

İstanbul
Nisan-2025

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

Üye Prof. Dr. Ahmet Öztürk

Üye Doç. Dr. Yıldız BİLGE

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan
İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Deprem Travmasında Kayıp ve Yas ile Psikososyal Destek, Psikolojik Güç ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Büşra ALAGÖZ

ÖN SÖZ

Danışmanım Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU'na yüksek lisans tezimde bana destek olduğu için çok teşekkür ederim. Aynı zamanda her zaman destekçim olan babama, anneme ve kardeşime çok teşekkür ederim.

Büşra ALAGÖZ

İstanbul-2025



ÖZET

DEPREM TRAVMASINDA KAYIP VE YAS İLE PSİKOSOSYAL DESTEK, PSİKOLOJİK GÜÇ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Büşra ALAGÖZ

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

Nisan, 2025 – 137 Sayfa

6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremlerinin, bireyleri psikososyal ve ekonomik açıdan olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Deprem, psikolojik olarak travmatik bir deneyim ortaya çıkarabilir ve bireylerin günlük yaşama tekrardan adapte olmasını zorlaştırabilir. Özellikle sevilen bir kişinin deprem de kaybı sonrası travmatik yas belirtileri ortaya çıkabilir ve kişi sosyal hayata yeniden adapte olmakta zorlanabilir. Bu bağlamda bu araştırma, bireylerin deprem sonrası yaşadıkları travmatik yas ile psikososyal destek, psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Araştırmanın örneklemini, 11 ilde Kahramanmaraş depremlerini yaşamış 18-65 yaş arasında olan 468 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların %54.90'nının kadın (n=257) ve %45.10'unun erkek (n=211) olduğu ve çoğunlukla 18-27 yaş aralığında olduğu (%37.00; n=173) belirlenmiştir. Değerlendirme için demografik bilgi formu, Travmatik Yas Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada katılımcıların travmatik yas tepkileri, travma sonrası büyüme düzeyleri, psikolojik dayanıklılık düzeyleri, demografik değişkenlere ve depremle ilişkili sorulara göre analiz edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 25 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Yürütülen analiz sonuçlarına göre travmatik yas ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif orantılı orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Travmatik yas ve travma sonrası büyüme düzeyleri arasında negatif orantılı düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucunda psikolojik dayanıklılığın travmatik yası yordayan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada elde edilen

bulgular alanyazın kapsamında tartışılmış, araştırmanın sınırlılıkları ve öneriler belirtilmiştir. Çalışma sonucunda ulaşılan bulgular, literatürdeki bulgular ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Travma Sonrası Büyüme, Psikososyal Destek, Psikolojik Güç, Deprem, Travmatik Yas, Psikolojik Dayanıklılık



ABSTRACT

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOSOCIAL SUPPORT, PSYCHOLOGICAL STRENGTH, AND POST-TRAUMATIC GROWTH ON LOSS AND GRIEF OF EARTHQUAKE TRAUMA

Büşra ALAGÖZ

Master's, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Prof. Dr. A. Güven Kılıçoğlu

April, 2025 – 137 pages

The February 6, 2023, Kahramanmaraş earthquakes are believed to have adversely impacted individuals both psychosocially and economically. These earthquakes represent a psychologically traumatic experience that is thought to hinder individuals' ability to readapt to daily life. In particular, the loss of a loved one during the earthquake may lead to symptoms of traumatic grief, making it challenging for individuals to reintegrate into social life. In this context, this study examines the relationship between traumatic grief experienced after the earthquake and psychosocial support, psychological resilience, and post-traumatic growth. The sample of the study consists of 468 participants between the ages of 18 and 65 who experienced the Kahramanmaraş earthquakes in 11 provinces. Of the participants, 54.90% were women (n=257), and 45.10% were men (n=211), with the majority falling in the 18–27 age range (37.00%; n=173). The traumatic grief responses, post-traumatic growth levels, and psychological resilience levels of the participants were analyzed, along with demographic variables and earthquake-related questions. Data were collected using a demographic information form, the Traumatic Grief Inventory, the Post-Traumatic Growth Inventory, and the Psychological Resilience Scale. The obtained data were analyzed using SPSS 25. Based on the results of the conducted analyses, a moderately significant negative relationship was identified between

traumatic grief and psychological resilience. Furthermore, a low-level significant negative relationship was found between traumatic grief and post-traumatic growth levels. The results of the regression analysis indicated that psychological resilience is a significant predictor of traumatic grief. The findings obtained in the study were discussed within the framework of the existing literature, and the limitations and recommendations of the research were outlined. The results of the study were evaluated in comparison with the findings reported in the literature.

Keywords: Post-Traumatic Growth, Psychosocial Support, Psychological Strength, Earthquake, Traumatic Grief, Psychological Resilience



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Konusu.....	3
1.2 Amaç.....	3
1.3 Problem.....	3
1.4 Araştırmanın Önemi.....	4
1.5 Sınırlılıklar.....	5
1.6 Hipotez.....	5
1.7 Varsayımlar.....	6

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI VE TEORİK ÇERÇEVE

2.1. Afet Sonrası Görülen Psikolojik Etkiler	7
2.1.1. Depremin Afeti Doğrudan Yaşayan Bireyler Üzerindeki Etkileri.....	9
2.1.2 Deprem ve Travma.....	11

2.1.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Semptomları.....	13
2.1.4 Akut Stres Bozukluğu.....	16
2.1.5 Depreme Bağlı Gelişen TSSB.....	19
2.1.6 Depreme Bağlı TSSB için Risk Faktörleri.....	20
2.1.7 İkincil Travmatik Stres ve İkincil Travmatik Stres Bozukluğu.....	22
2.2 Travmatik Kayıp ve Yas.....	24
2.2.1 Uzamış Yas Bozukluğu.....	27
2.3. Travma Sonrası Büyüme.....	29
2.3.1. Travma Sonrası Büyüme.....	30
2.3.2. Travma Sonrası Psikososyal Destek ve Psikolojik İlk Yardım.....	31
2.3.3. Psikolojik İlk Yardımın Uygulanması.....	35
2.3.4 Hassas Gruplarda Psikolojik İlk Yardım Uygulamaları.....	39
2.3.5 Psikolojik İlk Yardım Müdahalelerinde Etik Konular.....	41
2.3.6 Psikolojik Güç ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki.....	41
2.3.7 Başa Çıkma Stratejileri.....	42
2.3.8 Psikolojik Dayanıklılık.....	43
2.4. Deprem sonrası Psikososyal Desteğin Önemi.....	44
2.4.1 Algılanan Sosyal Destek.....	45

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	47
3.1. Evren ve Örneklem.....	47
3.2. Veri Toplama Araçları.....	47
3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam ve Demografik Bilgi Formu.....	47
3.2.2. Travmatik Yas Envanteri.....	48

3.2.3. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği.....	48
3.2.4. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	49
3.3. Verilerin Analizi.....	50

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR.....	51
4.1. Betimsel Bulgular.....	52
4.2. Örneklem Dağılımı ve Tanımlayıcı Bulgular.....	53
4.3. Araştırmanın Hipotezlerine Ait Sonuçlar.....	55

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA ve DEĞERLENDİRME.....	68
5.1. Katılımcıların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	68
5.2. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	70
5.3. Travmatik Yası Yordayan Demografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	73
5.4. Travmatik Yası Yordayan Kayıp ve Psikososyal Desteklerle İlgili Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	75
5.5. Travmatik Yas Envanteri ve Alt Boyutlarının Araştırmada Kullanılan Diğer Ölçeklerle Korelasyonlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	77
5.6. Travmatik Yas Üzerinde Etkili Faktörlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	80
5.7. Sınırlılıklar.....	82
5.8. Sonuç ve Öneriler.....	82
KAYNAKÇA.....	86

EKLER.....	111
ÖZGEÇMİŞ.....	120



TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Birincil ve İkincil Travmatik Stres Belirtileri.....	23
Tablo 4.1: Orneklemin Demografik Değişkenler Acısından Dağılımı.....	51
Tablo 4.2: Katılımcıların Yaşadıkları Depreme Ait Özellikler.....	52
Tablo 4.3: Kullanılan Ölçeklerin Verilerine Ait Özellikler	53
Tablo 4.4: Cinsiyet ile Travmatik Yas Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.5: Cinsiyet ile Travma Sonrası Büyüme Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.6: Cinsiyet İle Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.7: Travmatik Yası Yordayan Demografik Değişkenlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	59
Tablo 4.8: Travmatik Yası Yordayan Kayıp ve Psikososyal Destekle İlgili Değişkenlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	61
Tablo 4.9: Travmatik Yas Envanteri ve Alt Boyutları ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	62
Tablo 4.10: Travmatik Yas Envanteri ve Alt Boyutları ile Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	64
Tablo 4.11: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Alt Boyutları ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	65
Tablo 4.12: Travmatik Yas Üzerinde Etkili Faktörlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	66

KISALTMALAR LİSTESİ

AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AKB	: Akut Stres Bozukluğu
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
AUK	: Amerikan Ulusal Kızıllaç
CSAT	: Center for Substance Abuse Treatment (Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi)
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Kitabı: Beşinci Baskı Tanı Ölçütleri Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IASC	: Ajanslar Arası Durum Komitesi
İTS	: İkincil Travmatik Stres
MDB	: Major Depresif Bozukluk
PD:	: Psikolojik Dayanıklılık
PİY	: Psikolojik İlk Yardım
RAPID	: Rapport, Assessment, Intervention, Disposition
SAMHSA	: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Madde Kullanımı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi)
TSB	: Travma Sonrası Büyüme
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UYB	: Uzamış Yas Bozukluğu
vd.	: ve diğerleri
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Travma, DSM-5-TR'ye göre, bireyin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma ya da cinsel şiddete maruz kalması olarak tanımlanır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2022). Travmatik olay, kişinin günlük yaşamında köklü değişiklikler ortaya çıkarabilir. Travmaya bu açıdan baktığımızda, kişilerin ruh sağlığına tesir eden bir durum olduğu ifade edilebilir. Doğal afetlerin sebep olduğu travmatik deneyimler, bireylerin üzerinde ruhsal, sosyal, ekonomik ve fiziksel etkiler meydana getirebilir. Travmatik yaşantılardan sonra bireyler, endişe ve duygusal sıkıntı yaşayabilir, uykuyla ilgili problemler ve duygu durumunda bozulmalar deneyimleyebilir (APA, 2013). Ayrıca, travmaya maruz kalmanın ve travmaya bağlı gelişen TSSB'nin şiddetinin artmasının, bireylerin yaşam kalitesini azaltması beklenmektedir (Carlsson vd., 2006:726). Yapılan araştırmalar, travmanın bazı psikolojik belirtileri, örneğin depresyon, kaygı, stres gibi, tetiklediğini, travma sonrası stres bozukluklarına sebep olduğunu ve iyilik halini azalttığını göstermektedir (Sherin ve Nemeroff, 2011:263-278).

Travmatik olaylar, akut dönem ve travma sonrası dönem olarak iki farklı dönemde incelenebilir (Tanhan ve Kayri, 2013:1013). DSM-5'e göre Akut Stres Bozukluğu (ASB), bireyin örseleyici (travmatik) bir olaya maruz kaldıktan sonra, belirtilerin olaydan sonraki 3 gün ile 1 ay arasında ortaya çıkmasıyla karakterize edilen bir bozukluktur (Bryant vd., 2011:347). Bu dönemde anksiyete ve dissosiyasyon gibi bazı klinik bulgular görülebilir (Murray, Ehlers ve Mayou, 2002:363-368). Ayrıca, kişilerde, travmatik yaşantıların etkisiyle çaresizlik, korku, öfke, suçluluk duyguları, aşırı sinirlilik durumu, dikkat toplama güçlüğü, travmayı hatırlatan kişi ve ortamlardan kaçınma eğilimi, kaçma isteği ve bedensel rahatsızlıklar gibi durumlar ortaya çıkabilir (van der Kolk, 2000:7-22). Bunun yanı sıra, birey travmatik olayı tekrar tekrar zihninde yaşayabilir. Bu belirtiler genellikle travmatik olaydan hemen sonra ortaya çıkar ve genellikle otuz günden sonra ortadan kalkması beklenir (Bayraktar, 2012:56). Akut dönem sona erdikten sonraki süreçte ise abartılı irkilme durumu, tetikte olma hali, dikkat toplamada zorlanma, uykuyla ilgili problemler, öfke nöbetleri, odaklanma güçlüğü, travmayı sık sık rüyalarında yaşama, kendisi ve diğerleri ile ilgili olumsuz düşünceler gibi istenmeyen kontrol dışı davranışlar içerebilen ve otuz günü aşan,

travma sonrası bir dönem yaşanabilir (van der Kolk, Greenberg, Boyd, & Krystal, 1985: 314-325).

6 Şubat 2023 tarihinde, Kahramanmaraş'ın Pazarcık ve Elbistan ilçelerinde 7.7 ile 7.6 büyüklüğünde meydana gelen iki deprem, bölgedeki 11 şehirde büyük bir yıkıma neden olmuştur. Deprem sonrasında bireylerin temel ihtiyaçlarından olan barınma, beslenme, uyku gibi fizyolojik ihtiyaçlarının yanı sıra, emniyet ihtiyaçlarının da tehlikeye girdiği gözlenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti ve Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nın (2024) yayınladığı, "Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Yeniden İmar ve Gelişme Raporu"na göre 11 ilde yaşayan 14 milyon insan depremden doğrudan etkilenmiş, 53 bin 537 kişi hayatını kaybetmiş, 107 bin 204 kişi de yaralanarak depremden etkilenmiştir. Bunlara ek olarak 128 bin 778 konut orta derecede hasar almıştır. 22 Ocak 2024 itibarıyla, depremlerden etkilenen 11 ilde yürütülen hasar tespit çalışmaları sonucunda 2.258.622 bina incelenmiş; bunlardan 39.361'inin yıkıldığı, 21.191'inin acil yıkılması gerektiği, 202.571'inin ağır hasarlı, 43.344'ünün orta hasarlı ve 1.952.155'inin az hasarlı veya hasarsız olduğu belirlenmiştir (Türkiye Cumhuriyeti ve Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2024: 6). Ayrıca kamu hizmet binaları, hastaneler, okullar, ibadethaneler, iş yerleri de yıkılmıştır (A.g.e). 6 Şubat depreminin üzerinden 1 yıldan fazla süre geçmiş bulunmakta. Bölgeyi yeniden inşa süreci devam etmektedir. Aynı zamanda depremden etkilenmiş kişiler için ruh sağlığı desteği ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Afet sonrası yapılan çalışmalar, yalnızca maddi desteğin değil, aynı zamanda psikososyal desteğin de önemine dikkat çekmektedir. Psikososyal destek altyapısının oluşturulması, afet sonrası psikolojik ilk yardım eğitimlerinin önemi ve nitelikli ruh sağlığı çalışanlarının olası afet durumlarından sonra sahaya temas edebilecek durumda hazır olması gibi unsurlar, afete hazırlık konusunda, üzerinde durulması gereken konulardandır.

Bu çalışmada, 6 Şubat deprem travmasını deneyimleyen bireylerin yaşadığı kayıp ve yas süreçleriyle, psikososyal destek, psikolojik güç ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi inceleme hedeflenmiştir. Bu doğrultuda depremden etkilenmiş kişilerin psikososyal durumlarının tespiti, çeşitli envanter ve ölçeklerle değerlendirilmiştir. Uygulanan envanter ve ölçekler: Travmatik Yas Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'dir.

1.1 Araştırmanın Konusu

Depremler, doğal afetler arasında insan yaşamını maddi ve manevi olarak etkileyen olaylar arasında yer alabilir. Depremler, fiziksel kayıpların yanında aynı zamanda psikolojik etkiler de bırakabilir. Bu çalışmanın konusu, 6 Şubat depremlerinden bir yıldan fazla zaman sonra deprem travmasını yaşamış bireylerin kayıp ve yas süreçleriyle başa çıkma biçimlerinin, psikolojik dayanıklılık, psikolojik güç ve travma sonrası büyüme düzeyleri ile olan ilişkisinin verilerle incelenmesidir.

1.2 Amaç

Bu çalışmanın amacı, 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremler sonrasında bireylerin yaşadığı kayıpların, travmatik yas tepkileri üzerindeki etkisini incelemek ve bu süreçte psikolojik dayanıklılık ile travma sonrası büyüme düzeylerinin nasıl bir rol oynadığını ortaya koymaktır. Ayrıca, kaybın niteliği (kaybedilen kişiyle yakınlık derecesi), demografik değişkenler ve baş etme davranışları gibi faktörlerin yas tepkileri üzerindeki etkileri de ele alınarak, afet sonrası psikolojik sürece ilişkin bütüncül bir değerlendirme yapılması amaçlanmıştır. Bölgede bulunan psikososyal destek kuruluşlarının oluşturacağı veya geliştireceği müdahale ve destek programları için, depremden etkilenmiş kişilerin ihtiyaçlarına yönelik detaylı bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bu tez çalışması, gelecekte olabilecek bu tür afet durumlarında, toplumun genel psikososyal iyilik halini artırmaya yönelik, önleyici çalışmaların geliştirilmesi için yararlanılabilecek bir veri seti oluşturmayı amaçlamaktadır.

1.3 Problem

Deprem gibi ağır yıkıcı sonuçları olan afetlerden sonra, toplumun maddi ve manevi olarak yeniden inşasında görev alabilecek, eğitilmiş ve sahaya temas etmeye hazır ruh sağlığı çalışanlarının varlığı önemli bir katkı sağlayabilir. Depremden sonra sadece fiziki olarak yeniden inşa değil, aynı zamanda psikososyal olarak da depremden etkilenmiş bölgeler için bir yeniden inşa süreci başlayabilir. Temel insani ihtiyaçların sağlanması ve güvenlik önlemlerinin alınması sonrası, sahaya temas edebilecek ruh

sağlığı çalışanlarının varlığının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, afet gibi travmatik olaylarla çalışmış ya da çalışabilecek, psikolojik ilk yardım konusunda eğitilmiş uzmanlara ihtiyaç olabilir. Deprem travması yaşayan bireylerin kayıp ve yas süreçlerinin, psikososyal destek, psikolojik güç ve travma sonrası büyüme ile olan ilişkisini inceleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu bireylerin iyileşme süreçlerinde karşılaştıkları zorlukları anlamayı zorlaştırabilmekte ve dolayısıyla etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Bu tez çalışmasının amacına uygun olarak oluşturulmuş araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

1. Deprem travması sonrası kayıp ve yas tepkileri ile travma sonrası büyüme ilişkili midir?
2. Deprem travması sonrası kayıp ve yas tepkileri ile psikolojik dayanıklılık ilişkili midir?
3. Katılımcıların travmatik yas envanterinden aldıkları puanlar cinsiyetlerine, medeni hallerine, kayıp durumlarına, eğitim düzeylerine ve gelir seviyelerine göre farklılaşmakta mıdır?
4. Kaybın yakınlık derecesine göre, travmatik yas düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
5. Deprem sonrası psikososyal destek almak, travmatik yası anlamlı şekilde yordamakta mıdır?
6. Travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık, travmatik yas düzeyini anlamlı şekilde yordayabilir mi?

1.4 Araştırmanın Önemi

Deprem gibi afetlerden sonra, afet bölgesine gerekli yardımı sağlayacak sivil toplum kuruluşları ve yetişmiş uzman ihtiyacının önemi 6 Şubat depremlerinden sonra da görülmüştür. 11 ili etkileyen ve geride birçok travma bırakan, maddi ve manevi kayıplara yol açan depremler, sivil toplum kuruluşlarını, psikososyal alanda depremden etkilenen kişilerle gerek uzaktan, gerekse sahada çalışacak, donanımlı uzmanlara sahip olmaya zorlamıştır. Depremin psikolojik etkileri, deprem travması sonrası görülebilecek kayıp ve yas tepkileri, deprem travmasını yaşamış kişilerin travma sonrası büyüme düzeyleri, psikososyal desteğin önemini ortaya koyması

araştırmanın önemini belirtir. Araştırma sonuçları, depremden etkilenen ve etkilenmeyen bireyler için yapılacak çalışmalara yönelik fayda sağlayabilir. Ruh sağlığı çalışanları için profesyonel hizmetlerini sağlarken hangi faktörlere odaklanmaları gerektiği konusunda fayda sağlayabilir. Travmatik yas, psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme gibi kavramlar, afet sonrasında bireylerin yaşadığı psikososyal süreçlerin anlaşılmasında önemli kavramlardır. Bu araştırma, afet sonrasında bireylerin yaşadığı travmatik yas tepkilerini, sahip oldukları psikolojik dayanıklılık düzeylerini ve geliştirdikleri travma sonrası büyüme süreçlerini bir arada inceleyen bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Ayrıca, demografik ve psikososyal değişkenlerin bu süreçler üzerindeki etkilerini analiz ederek, afet sonrası bireysel farklılıkları ortaya koymaktadır. Bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları, 6 Şubat depremini yaşamış 18-65 yaş aralığındaki yetişkin bireylerle sınırlıdır. Araştırmada elde edilen bulgular; travma sonrası büyüme ölçeği, travmatik yas envanteri, psikolojik dayanıklılık ölçeğinin ölçme kapasitesiyle sınırlıdır. Hem zaman, hem de coğrafi sınırlılıklar ile karşılaşmıştır. Veri toplama yöntemi olarak online anket yöntemi kullanılması da araştırmanın sınırlılıklarındandır. Travmanın ele alınmayan boyutları mevcuttur. Deprem sonrası uyku ve dikkat problemlerinin ölçülmemesi, vaka takibi yapılamaması, can ve mal kayıplarının anket dahilinde olmaması, farklı illerde farklı seviyelerde yıkım olması ve bunun ayrımının yapılamaması da sınırlılıklar arasındadır.

1.6 Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Travmatik yas envanteri ve alt boyutları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂: Travma sonrası büyüme düzeyi ve alt boyutları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H3 Psikolojik dayanıklılık düzeyi ve alt boyutları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H4: Medeni durum, eğitim ve gelir seviyesi; travmatik yas üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.

H5: Daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek alma, depremde vefat eden bir yakınının bulunması, kaybın yakınlık derecesi ve deprem sonrasında psikolojik ya da psikiyatrik destek alma durumu, deprem sonrasında devlet veya sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan psikososyal desteklerden yararlanma durumu; travmatik yas üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.

H6: Travmatik yas envanteri ve alt boyutları ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H7: Travmatik yas envanteri ve alt boyutları ile travma sonrası büyüme düzeyi ve alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H8: Psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve alt boyutları ile travma sonrası büyüme düzeyi ve alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H9: Travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri, travmatik yas düzeyini anlamlı düzeyde yordar.

1.7 Varsayımlar

-Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının ve yöntemin amaca uygun olduğu varsayılmaktadır.

-Örneklemin evreni temsil edeceği varsayılmıştır.

-Çalışmada çevrimiçi veri toplama yönteminin elde edilen sonuçları etkilemeyeceği varsayılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI VE TEORİK ÇERÇEVE

2.1. Afet Sonrası Görülen Psikolojik Etkiler

Afet, doğal, insan kaynaklı ya da teknolojik bir olayın, yaşamın normal akışını bozarak veya kesintiye uğratarak bireylerin günlük faaliyetlerini olumsuz etkilemesi olarak tanımlanabilir (Ergünay, 1996, s: 263). Bir diğer tanımda afet, aniden ve istenmeden meydana gelen, bölgesel olanaklarla başa çıkılması zor olan, toplumsal yaşamı olumsuz etkileyerek ciddi can ve mal kayıplarına yol açan olaylar olarak nitelendirilebilir (Akyel, 2005: 15). Toplumun genelini ya da bir kısmını etkileyen, psikososyal, bedensel, ekonomik ve çevresel zararlar veren; günlük yaşamın akışını bozan veya durmasına yol açan ve kişilerin kendi imkanları ile üstesinden gelemeyeceği doğa, teknoloji ya da insan kaynaklı olaylardır (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı [AFAD], 2023). Deprem, hortum, kasırga, çığ, yanardağ patlaması gibi olaylar doğal afetler kapsamında değerlendirilirken, terör saldırıları ve savaşlar ise insan kaynaklı afetlere örnek olarak görülmektedir (Vogel ve Vernbeg, 1993: 465).

İnsanlar yaşadıkları bir afetin ardından ardışık 5 psikolojik evre deneyimleyebilirler (Amerikan Ulusal Kızılhaçı, 2012: 5).

Birinci evre uyarı ya da tehdit evresidir. Afetin ilk gerçekleştiği vakitlerde insanlar kırılğan, güvensiz, endişeli ve hiçbir şey üzerinde kontrollerinin olmadığı hislerini yaşayabilirler. Yeterli ölçüde afete karşı hazırlıklı olmama durumunu yaşayan kişiler için bu durum daha sonra çaresizliğe dönüşebilir.

İkinci evre kurtarma evresidir. Bu evrede kişiler savaş ya da kaç tarzında tepkiler verebilir.

Üçüncü evre balayı evresidir. Bu evrede kişiler krizi atlattıklarını düşünüp rahatlayabilir. Kendilerini güçlü hissedip, toplumla bağ kurabilirler. Bu dönemde afet yardım kuruluşları tam faaliyet halinde çalışır ve birçok dernek yardım ve destek sağlar.

Dördüncü evre gerçeği anlama evresidir. Zamanla olayın gerçek etkileri ve olayla baş etmek için neyin ne kadar yapılması gerektiğinin farkına varılır. Ayrıca yardım kuruluşlarından yardım almanın önemi fark edilir. Bunun yanında kişiler hangi yardım kuruluşlarının kendilerine hangi biçimde katkı sağlayabileceklerini öğrenir. Zaman geçtikçe afet bölgesi medyada daha az yer almaya başlar ve bölgede aktif olarak rol alan kuruluşların sayısı azalabilir. Bireyler bu süreçte kendilerini terk edilmiş hissedebilir, öfkelenebilir. Kurum ve kuruluşları daha fazla yardım etmedikleri için suçlayabilir.

Beşinci ve son evre ise yeniden yapılandırma/iyileşme evresidir. Zamanla birlikte insanlar iyileşme sürecine girer fakat duygusal anlamda iyileşme yıllar sürebilir. Afetin yıl dönümünde afetle ilgili anılar tetiklenebilir.

(AUK, 2012:127).

Afetlerin etkisi sadece maddi kayıplarla sınırlı değildir; aynı zamanda toplumların ve bireylerin psikososyal sağlığı üzerinde de izler bırakabilir (Işıklı ve Tüzün, 2017: 181). TSSB, depresyon, anksiyete, yas ve diğer psikolojik belirtiler, afetlerin ardından sıkça görülen reaksiyonlardır (Norris vd., 2002: 208). Bu belirtiler, bireylerin günlük yaşamlarını etkileyebilir ve uzun vadeli psikolojik sorunlara yol açabilir. Afetlerin psikososyal etkileri, birçok faktörün birleşimiyle şekillenebilir. Örneğin, afet öncesi sosyo-ekonomik durum, kişisel direnç düzeyi, sosyal destek, psikolojik esneklik düzeyi, afetin şiddeti gibi faktörler, bireylerin ve toplumların afet sonrası psikolojik iyilik halini etkileyebilir (Peek, 2008: 2). Bu bağlamda, afetlerin psikososyal etkilerini anlamak ve etkili müdahale stratejileri geliştirmek için multidisipliner bir yaklaşım faydalı olabilir.

Afet sonrası psikososyal destek hizmetleri, travma sonrası iyileşme sürecinde önemli bir rol oynar. Tedeschi ve Calhoun (2004) ile Joseph ve Linley'nin (2005) araştırmaları, depremden etkilenen nüfusun bir kısmının, travma sonrasında büyüme kapasitesine sahip olduğunu göstermiştir ve bu araştırmada psikososyal destekten fayda sağlanacağı belirtilmiştir. Bu hizmetler, bireylere duygusal destek sağlamak, travma sonrası stres belirtilerini hafifletmek ve toplumsal dayanışmayı güçlendirmek için tasarlanmıştır. Ayrıca, afet riski altındaki toplumları güçlendirmek ve toplumların

afetlere hazırlıklı olmalarını sağlamak da önemlidir (Roudini, Khankeh, ve Witruk, 2017: 2). Psikoeğitim, erken müdahale ve uzun vadeli destek, afetlerin psikososyal etkilerini azaltmada etkili olabilir. Psiko-eğitim, bireylerin ve toplulukların afetlerin olumsuz psikososyal etkilerine karşı etkili ve proaktif bir şekilde hazırlıklı olmalarını sağlamayı hedefler (Reyes ve Elhai, 2004: 404). Bu nedenle, afet yönetimi stratejilerinin, psikososyal destek hizmetlerinin ve toplumların afetlere hazırlıklı olmasının önemi büyüktür (Karancı, 2008: 52). Bu sayede, afetlerin psikososyal etkileri en aza indirilerek, toplumların ve bireylerin daha hızlı bir şekilde toparlanmaları sağlanabilir.

2.1.1. Deprem, Afeti Doğrudan Yaşayan Bireyler Üzerindeki Etkileri

Deprem gibi kalıcı hasarlar bırakan felaketlerden sonra görülen sorunlardan bazıları da fiziksel engellilik, enfeksiyon hastalıkları ve salgın hastalıklar, barınma ve sosyal sorunlardır (Taşçı ve Özsoy, 2021: 489). Ayrıca bunlara ek olarak: Depresif semptomlar, kaygı bozukluğu, özellikle travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik problemler görülebilir (Cankardaş ve Sofuoğlu, 2019: 152). Doğal afetler sonrası yapılan araştırmalarda, TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) görülme oranları, insan kaynaklı veya teknolojik afetler sonrası yapılan araştırmalara kıyasla genellikle daha düşük seviyelerde saptanmıştır (Galea, Nandi, ve Vlahov, 2005: 83). Bunun sebebi olarak, doğal afetlerle ilgili çalışmalarda, doğrudan mağdur olarak kabul edilebilecek kişi gruplarını açıkça belirlemenin zor olduğu belirtilmiştir. İnsan yapımı/teknolojik afetlerle ilgili çalışmalarda genellikle belirgin bir doğrudan mağdur grubu bulunurken (örneğin, düşen bir uçaktaki yolcular (Sloan, 1988) bu durum deprem gibi geniş alanları etkileyen doğal afetlerde daha az görülebilir. Bu nedenle, doğal afetlerden sonra TSSB ile ilgili çalışmalarda, çalışma örnekleme çoğunlukla afetten etkilenen daha geniş bir alandan kişileri içerebilir (Carr vd., 1995; Shannon vd., 1994; Thompson vd., 1993). Bu örneklem, hem afete belirgin şekilde maruz kalan kişileri (kişisel maruziyet veya bir aile üyesinin maruziyeti yoluyla) hem de daha az doğrudan maruz kalan kişileri içerebilir.

Büyük kayıplara sebep olan afetlerden sonra beliren psikiyatrik semptomlar ve hastalıklar yaş, cinsiyet, medeni durum, afet sonrası olan can ve mal kayıplarına, eski sağlık sorunlarına ve bulunulan ülkenin ekonomik koşullarına bağlı olarak

değişmektedir (Taşçı ve Özsoy, 2021: 489) Depremler sadece maddi değil, aynı zamanda birçok kişide ciddi ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir (Zhang vd., 2011: 293). Travmatik bir olay olan deprem, insanların yaşamsal bütünlüğünü tehdit edebilir veya bozabilir. Kişi depremde, kendisinin ya da sevdiklerinin hayatını tehdit eden ölüm ya da yaralanma gibi ağır strese yol açabilecek bir olayla karşı karşıya kalabilir. Ayrıca deprem birçok maddi kayba sebep olabilir (Brookshire vd., 1997: 683). Evlerin yıkılması, ağır hasarlı hale gelmesi, barınma kaybına sebep olabilir. Yıkılan iş yerleri, iş kaybına sebep olabilir. Okulların, hastanelerin ve diğer kamu kurumlarının yıkılması eğitim, sağlık ve bürokrasi hizmetlerinin aksamasına sebep olabilir (McFarlane, Van Hooff, ve Goodhew, 2009: 42). Depremi sonucu ortaya çıkan etkiler, kişilerde öfke, sinirlilik, korku, dehşet, çaresizlik gibi tepkilere yol açabilir. İnsanların deprem sonrasında tanık olduğu yaralanmış ya da hayatını kaybeden insanlar, kurtarılma deneyimleri, evlerinin ve işyerlerinin kullanılamayacak durumda olması, yapılan yardımlardan yeterince yararlanamamış olmaları, deprem sonrası artçı sarsıntılar gibi birçok etken tekrarlayıcı travmalar yaşanmasına sebep olabilir (Sungur ve Herbert, 2011: 45).

Depremi yaşamış kişilerde görülen travmatik tepkilerden bazıları; dikkat ve konsantrasyon güçlükleri, korku, sık sık olayı düşünme, donukluk, hissizlik, uyuşukluk, uyku sorunları, olayı rüyada görme, üzüntü ve öfke gibi duygulardır (Sönmez, 2022: 338). Travma sonrası oluşan tepkiler farklı özellikler gösterebilir. Psikiyatrik bozukluk belirtileri daha kalıcı ve sürekli, klinik açıdan belirgin bir bozulmaya yol açabilir (Altınöz ve Kaptanoğlu, 2018: 3). Travma ne kadar şiddetli yaşanmış ise ruhsal etkiler de o kadar fazla ve uzun süreli olabilir (Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 2014: 47). Depremi yaşamış kişiler içerisinde enkaz altında kalanlar, yakınını kaybedenler, evini kaybedenler kaybetmeyenlere göre daha fazla ruhsal sorun yaşayabilir (Direk ve Yüksel, 2018: 38). Ayrıca, afetlerin ardından alkol ve madde kullanım bozukluklarının genellikle yeni başlamadığı konusunda bir görüş birliği bulunmaktadır. Ancak, önceden var olan madde kullanımı sorunları kötüleşebilir veya yeniden ortaya çıkabilir (North vd., 2011: 173)

Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu, travmaya bağlı olarak gelişebilen, stresle ilişkili psikiyatrik bozukluklardır (Reynolds ve Brewin, 1999: 211). Travmatik olayı yeniden yaşama, travmayı hatırlatacak uyarlardan kaçınma, artmış uyarılmışlık seviyesi gibi belirtiler travma sonrasında görülebilecek belirtilerdir

(Ehlers ve Clark, 2000: 319). Akut stres bozukluğunda belirtiler genellikle travma sonrasında hızlı bir şekilde ortaya çıkar (Koopman, Classen, Cardeña, ve Spiegel, 1995: 31). Travmaya maruz kalımdan sonra, en az üç gün ve en fazla bir ay sürer. Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri en az 4 hafta devam eder. Belirtiler bir aydan daha kısa süre devam ederse akut ASB, üç aydan daha uzun süre devam ederse kronik, belirtiler travmadan altı ay sonra çıkarsa geç başlangıçlı travma sonrası stres bozukluğu olarak tanımlanır (APA, 2022). Bu tanıları koyabilmek için, belirtilerin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya sebep olması veya kişinin hayatında işlevselliğini bozması gerekir. Deprem travması anksiyete bozuklukları, depresyon bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, uyku bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukta tetikleyici etki gösterebilir veya var olan belirtilerin tetiklenerek ağırlaşmasına sebep olabilir (Bartels ve VanRooyen, 2012: 753)

Stresle ilişkili psikiyatrik bozukluklar başta olmak üzere afet sonrası psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasını tetikleyen risk etkenlerinin tanınması, müdahalelerde öncelik verilecek kişilerin belirlenmesi için önemlidir (Institute of Medicine, 2015: 243). Kadın cinsiyet, çocuk ve bağımlı yaşlı nüfusta afetlerin psikolojik etkileri daha belirgin şekilde görülebilir (Makwana, 2019: 3091). Travmatik olay sonrasında, ruh sağlığının olumsuz etkileri dışında, kişide olumlu değişiklikler de gelişebilir (Leigh, 2000: 1712). Travma sonrası büyüme ve işlevsellikte artış olumlu gelişmelerdendir (Linley & Joseph, 2004: 11). Travma sonrası büyüme ile ilgili yapılan bir meta-analiz çalışmasında, travma sonrası büyüme düzeylerinin depremi yaşamış kişilerde düşük olduğu ve zamanla azaldığı, yetişkinlerde, çocuklara ve ergenlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Amiri vd., 2021: 867-877).

2.1.2. Deprem ve Travma

Travma, bir kişinin bedensel veya zihinsel sağlığını ciddi şekilde etkileyen bir olayın sonucunda ortaya çıkabilecek bir durumdur (APA, 2022). Genellikle bir kaza, doğal afet, şiddet, savaş veya taciz gibi olaylar sonucunda meydana gelebilir. Toplumsal travmatik olaylar arasında, depremler önemli bir yer tutar. Depremi fiziksel etkilerinin yanı sıra can kayıpları da toplumun duygusal olarak etkilenmesine ve ciddi psikolojik etkilere yol açabilir (Norris ve Wind, 2009: 30). Travmatik deneyimler, deprem, sel, heyelan, çığ ve kasırğa gibi doğal afetlerin yanı sıra trafik kazaları,

tecavüz, yangın, işkence, göç, savaş ve soykırım gibi kasıtlı ve şiddet içeren eylemleri de kapsamaktadır (SAMHSA, 2014: 35). Bu tür olaylar sonrasında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol bağımlılığı, madde kötüye kullanım bozukluğu gibi ciddi psikolojik sorunlar görülebilmektedir (Stewart, 1996: 83). TSSB, bireyin yaşamını veya fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir travmatik olaya maruz kalması ya da buna tanık olması sonucunda ortaya çıkan bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal bozukluklarla karakterize bir psikiyatrik sendromdur (APA, 1994). Travmaya karşı verilen normal tepkiler arasında kaygı, depresyon ve psikosomatik belirtiler bulunabilir. Genellikle bu belirtiler zamanla azalır ve ortadan kaybolur (Alparslan vd., 1999: 136). Ancak bazı durumlarda, travmanın türüne, şiddetine, bireyin kişilik özelliklerine ve başa çıkma yeteneklerine bağlı olarak ruhsal sorunlar gelişebilir. Travma sonrasında en sık görülen ruhsal bozukluk TSSB olup, akut stres bozukluğu, kaygı bozukluğu, depresyon ve uyku sorunları da görülebilir (Brady vd., 2000: 23).

Travmatik olaylar, deneyimleyen kişi için oldukça zor baş edilebilen durumlardır. Doğası gereği çaresizlik, korku, dehşet gibi pek çok olumsuz duygu yaratabilen travmatik yaşantılar (APA, 2014) kişiyi derinden sarsabilir ve bunun sonucunda kişi hayatın anlamını sorgulayabilir. Travmatik yaşantıyla birlikte sabit, düzenli, alışılmış yerlerin ve olayların olduğu günlük hayat düzeni zedelenebilir, geleceğe dair planlar ve umutlar belli oranda ortadan kaybolabilir. Bu süreçte kişi, travmayı sürekli bir şekilde zihinsel olarak deneyimleyebilir, acıya odaklanabilir veya olan biteni anlamlandırmak için çaba sarf edebilir (Roberts, 2011).

Psikolojik dayanıklılık, olumsuz yaşam olaylarının kişi üzerindeki etkilerine dair koruyucu rol oynayan dinamik bir süreçtir (Rutter, 1999). Kişinin bu olayları daha kolay tolere etmesini ve yaşamına sağlıklı bir psikoloji ile devam etmesini sağlayabilir. Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler psikolojik zorluklara karşı daha dirençli bir tutum sergileyebilirler.

Türkiye'nin yer aldığı jeopolitik konum, toplumsal dinamikleri ve coğrafik özelliklerinden dolayı geçmişten günümüze kadar çok sayıda toplumsal travmaya maruz kalmış bir ülke olduğu söylenebilir (Kılıç, 2010). Dolayısıyla bireylerin maruz kaldığı travmatik ve zorlayıcı yaşantılar arttıkça toplumdaki genel stres düzeyi de artış gösterebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, bireylerin sağlıklı başa çıkma konusunda

desteklenmesi, bilinçlendirilmesi ve güçlendirilerek dayanıklı hale getirilmesi, ruh sağlığı uzmanlarının önemli görevlerindedir denebilir.

2.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Semptomları

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı ilk kez 1980 yılında DSM-III'te resmi olarak tanınmıştır (Kinzie ve Goetz, 1996: 172). DSM-5'e göre, travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) temel özelliği, bir veya birden fazla travmatik olaya maruz kalma sonrası karakteristik belirtilerin gelişmesidir (APA,2013). TSSB'nin klinik tablosu çeşitlilik gösterebilir. Bazı bireylerde, korku temelli yeniden yaşantılama, duygusal ve davranışsal belirtiler baskın olabilir (Lee, Scragg ve Turner, 2001: 451). Diğerlerinde, anhedonik veya disforik duygudurum ve olumsuz bilişler ön planda olabilir (Friedman vd., 2011: 742). Bazı bireylerde ise uyarılma ve tepkisel-dışa vurum belirtileri belirgindir, diğerlerinde ise dissosiyatif belirtiler baskın olabilir (Lanius ve diğerleri, 2010: 642). Son olarak, bazı bireylerde bu belirti örüntülerinin kombinasyonları gözlenebilir. TSSB tanısı, B, C, D ve E Kriterlerinde belirtilerin süresinin 1 aydan fazla olmasını gerektirir (Kriter F). Güncel bir TSSB tanısı için, B, C, D ve E Kriterlerinin hepsinin son bir ay içinde 1 aydan fazla bir süreyle karşılanması gerekir. Tüm yaşam boyunca TSSB tanısı için ise, B, C, D ve E Kriterlerinin hepsinin aynı 1 aylık süre içinde en az bir ay boyunca karşılandığı bir dönem bulunmalıdır (APA, 2022).

DSM-5-TR'ye göre Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB) Tanı Kriterleri aşağıda yer almaktadır:

6 Yaş Üstü Kişilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Not: Aşağıdaki kriterler yetişkinler, ergenler ve 6 yaş üstü çocuklar için geçerlidir. 6 yaş ve altındaki çocuklar için ilgili kriterlere aşağıda bakınız.

A. Aşağıdakilerden bir veya daha fazlası yoluyla gerçek veya tehdit edilen ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalma:

- 1. Travmatik olayı doğrudan deneyimleme.*
- 2. Olayların başkalarına olduğu sırada onları yerinde görme.*

3. *Yakın bir aile üyesi veya yakın bir arkadaşının travmatik bir olaya maruz kaldığını öğrenme. Aile üyesi veya arkadaşın ölüm tehditi ya da ölümü durumunda olayın şiddetli veya kazara olması gerekir.*
4. *Travmatik olayın rahatsız edici ayrıntılarına tekrar tekrar veya aşırı şekilde maruz kalma (ör. insan kalıntıları toplayan ilk müdahale ekipleri; çocuk istismarına dair ayrıntılara tekrar tekrar maruz kalan polis memurları).
Not: Madde A4, elektronik medya, televizyon, film veya fotoğraflar aracılığıyla maruz kalma için geçerli değildir, bu maruziyet iş ile ilgili olmadıkça.*

B. *Travmatik olayla ilişkili aşağıdaki istilacı belirtilerden bir veya daha fazlasının varlığı, olaydan sonra başlamak üzere:*

1. *Travmatik olayla ilgili tekrarlayan, istemsiz ve müdahaleci rahatsız edici anılar.
Not: 6 yaş üstü çocuklarda, travmatik olayın temalarının veya yönlerinin tekrarlandığı oyunlar olabilir.*
2. *Travmatik olayla ilgili içeriğin veya etkilerin yer aldığı tekrarlayan rahatsız edici rüyalar.
Not: Çocuklarda, tanınabilir içeriğe sahip olmayan korkutucu rüyalar olabilir.*
3. *Dissosiyatif tepkiler (örneğin, flashback'ler) sırasında birey, travmatik olayın yeniden yaşandığını hisseder veya öyle davranır. (Bu tepkiler bir süreklilik gösterebilir, en uç noktada çevrenin tamamen farkında olmama hali olabilir.)
Not: Çocuklarda, travmaya özel canlandırma oyunları görülebilir.*
4. *Travmatik olayla ilişkili içsel veya dışsal ipuçlarına maruz kalındığında yoğun veya uzun süreli psikolojik sıkıntı.*
5. *Travmatik olayla ilişkili içsel veya dışsal ipuçlarına maruz kalındığında belirgin fizyolojik tepkiler.*

C. *Travmatik olayla ilişkili uyaranlardan sürekli kaçınma, olaydan sonra başlamak üzere, aşağıdakilerden biri veya her ikisi ile kendini gösterir:*

1. *Travmatik olayla ilgili rahatsız edici anılar, düşünceler veya duygulardan kaçınma ya da bunlardan kaçınmaya çalışma.*

2. Travmatik olayla ilgili rahatsız edici anılar, düşünceler veya duygulara neden olan dışsal hatırlatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, faaliyetler, nesnelere, durumlar) kaçınma veya bunlardan kaçınmaya çalışma.

D. Travmatik olayla ilişkili bilişsel ve duygusal değişiklikler, olaydan sonra başlamak veya kötüleşmek üzere, aşağıdakilerden ikisi veya daha fazlası ile kendini gösterir:

1. Travmatik olayın önemli bir yönünü hatırlayamama (genellikle dissosiyatif amnezi nedeniyle ve baş yaralanması, alkol veya uyuşturucu gibi diğer faktörlerle açıklanamaz).
2. Kişi, diğer insanlar veya dünya hakkında sürekli ve abartılı negatif inançlar veya beklentiler (ör. "Ben kötüyüm," "Kimseye güvenilmez," "Dünya tamamen tehlikeli," "Tüm sinir sistemim kalıcı olarak zarar gördü").
3. Travmatik olayın nedenleri veya sonuçları hakkında sürekli, çarpık bilişler, bu da kişinin kendini veya başkalarını suçlamasına yol açar.
4. Sürekli negatif duygusal durum (örneğin, korku, dehşet, öfke, suçluluk veya utanç).
5. Belirgin derecede azalan ilgi veya önemli aktivitelere katılım.
6. Başkalarına karşı yabancılaşma veya kopukluk hissetme.
7. Sürekli olarak olumlu duyguları yaşayamama (ör. mutluluğu, tatmini veya sevgi dolu hisleri deneyimleyememe).

E. Travmatik olayla ilişkili uyarılma ve tepkisellikte belirgin değişiklikler, olaydan sonra başlamak veya kötüleşmek üzere, aşağıdakilerden ikisi veya daha fazlası ile kendini gösterir:

1. Sinirli davranışlar ve öfke patlamaları (çok az kışkırtmayla veya hiç kışkırtma olmadan), genellikle sözlü veya fiziksel saldırganlık olarak ifade edilir.
2. Düşüncesiz veya kendine zarar veren davranışlar.
3. Aşırı tetikte olma hali (hipervijilans).
4. Abartılı irkilme tepkisi.
5. Konsantrasyon sorunları.
6. Uyku bozukluğu (örneğin, uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede zorluk, ya da huzursuz uyku).

F. Bozukluğun süresi (Kriter B, C, D ve E) 1 aydan fazladır.

G. Bozukluk, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında klinik olarak belirgin sıkıntı veya bozulmaya neden olur.

H. Bozukluk, bir madde (örneğin, ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun (örneğin, kafa yaralanması) fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Belirtilmesi gerekenler:

Dissosiyatif belirtilerle birlikte: Kişinin belirtileri PTSD kriterlerini karşılar ve ek olarak, stresöre yanıt olarak kalıcı veya yineleyici dissosiyatif belirtiler yaşanır:

- 1. Depersonalizasyon: Kişinin zihin süreçlerinden veya bedeninden kopukmuş gibi hissetmesi (örneğin, rüya içinde hissetme, bedenini ya da zamanın gerçekdışı hissedilmesi).*
- 2. Derealizasyon: Çevrenin gerçekdışı olduğu hissi (örneğin, çevredeki dünyanın gerçekdışı, rüyamsı, uzak ya da bozulmuş gibi algılanması).
Not: Bu alt tipin kullanılması için dissosiyatif belirtilerin bir maddeye veya tıbbi bir duruma bağlı olmaması gerekir.*

Gecikmiş başlangıçlı: Tam tanı kriterlerinin olaydan en az 6 ay sonra karşılanması durumunda (ancak bazı belirtiler hemen başlayabilir).

(APA, 2022: 302-305).

2.1.4 Akut Stres Bozukluğu

Akut Stres Bozukluğu, ilk kez DSM-IV'te tanımlanmıştır (APA, 1994). TSSB semptomlarının 3-30 gün arasında ortaya çıkıp kaybolması durumunda kişi ASB tanısı alırken, 30 günden sonra devam ettiği gözlenirse tanı TSSB olarak değiştirilir (Ursano vd., 2004: 9).

DSM-5-TR'ye göre Akut Stres Bozukluğu (ASB) Tanı Kriterleri aşağıda yer almaktadır:

A. Aşağıdakilerden bir veya daha fazlası yoluyla gerçek veya tehdit edilen ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalma:

1. Travmatik olayı doğrudan deneyimleme.
2. Olayların başkalarına olduğu sırada onları yerinde görme.
3. Yakın bir aile üyesi veya yakın bir arkadaşının travmatik bir olaya maruz kaldığını öğrenme.
Not: Aile üyesi veya arkadaşın ölüm tehditi ya da ölümü durumunda olayın şiddetli veya kazara olması gerekir.
4. Travmatik olayın rahatsız edici ayrıntılarına tekrar tekrar veya aşırı şekilde maruz kalma (örneğin, insan kalıntıları toplayan ilk müdahale ekipleri; çocuk istismarına dair ayrıntılara tekrar tekrar maruz kalan polis memurları).
Not: Bu, elektronik medya, televizyon, film veya fotoğraflar aracılığıyla maruz kalma durumlarında geçerli değildir, iş ile ilgili olmadıkça.

B. Travmatik olaydan sonra başlamak veya kötüleşmek üzere, istilacı belirtiler, negatif duygudurumu, dissosiyasyon, kaçınma ve uyarılma kategorilerinden dokuz (veya daha fazla) belirtinin varlığı:

İstem dışı Belirtiler

1. Travmatik olayla ilgili tekrarlayan, istemsiz ve müdahaleci rahatsız edici anılar.
Not: Çocuklarda, travmatik olayın temalarının veya yönlerinin tekrarlandığı oyunlar olabilir.
2. Travmatik olayla ilgili içeriğin veya etkilerin yer aldığı tekrarlayan rahatsız edici rüyalar.
Not: Çocuklarda, tanınabilir içeriğe sahip olmayan korkutucu rüyalar olabilir.
3. Dissosiyatif tepkiler (örneğin, flashback'ler) sırasında birey, travmatik olayın yeniden yaşandığını hisseder veya öyle davranır.
Not: Çocuklarda, travmaya özel canlandırma oyunları görülebilir.
4. Travmatik olayla ilişkili içsel veya dışsal ipuçlarına maruz kalındığında yoğun veya uzun süreli psikolojik sıkıntı veya belirgin fizyolojik tepkiler.

Negatif Duygudurumu

5. Sürekli olarak pozitif duyguları deneyimleyememe (örneğin, mutluluğu, tatmini veya sevgi dolu hisleri deneyimleyememe).

Dissosiyatif Belirtiler

6. Kişinin çevresi veya kendisi hakkında değişmiş bir gerçeklik algısı (örneğin, kendini başka birinin bakış açısından görme, sersemlik hissi, zamanın yavaşlaması).

7. Travmatik olayın önemli bir yönünü hatırlayamama (genellikle dissosiyatif amnezi nedeniyle ve baş yaralanması, alkol veya uyuşturucu gibi diğer faktörlerle açıklanamaz).

Kaçınma Belirtileri

8. Travmatik olayla ilgili rahatsız edici anılar, düşünceler veya duygulardan kaçınma veya bunlardan kaçınmaya çalışma.

9. Travmatik olayla ilgili rahatsız edici anılar, düşünceler veya duygulara neden olan dışsal hatırlatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, faaliyetler, nesnelere, durumlar) kaçınma veya bunlardan kaçınmaya çalışma.

Uyarılma Belirtileri

10. Uyku bozukluğu (örneğin, uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede zorluk, ya da huzursuz uyku).

11. Sinirli davranışlar ve öfke patlamaları (çok az kışkırtmayla veya hiç kışkırtma olmadan), genellikle sözlü veya fiziksel saldırganlık olarak ifade edilir.

12. Aşırı tetikte olma hali (hipervijilans).

13. Konsantrasyon sorunları.

14. Abartılı irkilme tepkisi.

C. Bozukluğun süresi (Kriter B'deki belirtiler) travmaya maruz kaldıktan sonra 3 gün ile 1 ay arasında olmalıdır.

Not: Belirtiler genellikle travmadan hemen sonra başlar, ancak en az 3 gün ve en fazla 1 ay sürmesi gereklidir.

D. Bozukluk, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında klinik olarak belirgin sıkıntı veya bozulmaya neden olur.

E. Bozukluk, bir madde (örneğin, ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun (örneğin, hafif travmatik beyin hasarı) fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve kısa psikotik bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

(APA, 2022: 314-315).

2.1.5 Depreme Bağlı Gelişen TSSB

Doğal afetler, jeofizik sistemlerde meydana gelen, ölümlere ve maddi kayıplara yol açan, etkilenen bölgenin müdahale kapasitesini aşan ani ve büyük çaplı felaketler olarak tanımlanır (Kerle & Oppenheimer, 2002: 140). Bu tür afetlerin yıkıcı etkileri, öngörülemez, ani ve insan kontrolünün ötesinde olmaları ile geniş coğrafi alanları etkilemelerinden kaynaklanabilir. Doğal felaketler, insanların yaşadığı evler, okullar ve sanayi yapıları gibi yerlerde büyük yıkıma sebep olarak ciddi yaşam tehditleri oluşturabilir. Her yıl dünya genelinde bir milyondan fazla deprem meydana gelmekte (Bhatti vd., 2008: 22). Son 40 yılda, doğal afetlerin sayısının üç kat arttığı görülmüş ve son 20 yılda yaşanan depremler sonucunda 3 milyon kişi hayatını kaybetmiş, 800 milyon kişi ise ciddi biçimde etkilenmiştir (Aker, 2006: 205). Depremler, ani meydana gelmeleri, yıkıma ve ölümlere yol açmaları, yaralanmaların yanı sıra artçı sarsıntıların devam etmesi nedeniyle uzun vadeli etkiler yaratır ve diğer doğal felaketlerden ayrılırlar (Sabuncuoğlu vd., 2003: 190).

Deprem sonrası yapılan çalışmalarda en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olan TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) prevalansı incelenmiştir. Bazı çalışmalar depresyon prevalansını da araştırmış; ancak, diğer psikiyatrik bozukluklara odaklanan araştırmalar sınırlı sayıda kalmıştır. Türkiye'de 1999 yılında yaşanan

deprem sonrası, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon gibi psikolojik sorunların yaygın olduğu tespit edilmiştir. Prefabrik konut alanlarında yaşayan depremzedeler üzerinde yapılan bir çalışmada, TSSB oranı %39, majör depresyon oranı ise %18 olarak saptanmıştır (Salcioglu, Basoglu, ve Livanou, 2003: 154). Araştırma, bu psikolojik etkilerin, enkaz altında kalma, kurtarma çalışmalarına katılım ve önceki psikiyatrik hastalık öyküsü gibi faktörlerle bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. İzlanda'da 2000 yılında meydana gelen deprem sonrası yapılan bir çalışmada, depremi yaşamış 52 kişilik bir grup ile depremi yaşamamış 29 kişilik bir kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, kontrol grubunda TSSB görülmezken, depremi yaşayan grupta %24 oranında TSSB saptanmıştır (Bödvarsdottir ve Elklit, 2004: 11). Son 20 yılda çeşitli depremler sonrası yapılan epidemiyolojik araştırmalar, TSSB oranlarının %2 ile %70 arasında değiştiğini göstermektedir. Bu farklılıklar, afetin şiddeti, bireysel ve toplumsal faktörler (Garrison, 1993: 527) ve araştırmaların metodolojik farklılıklarından (örneğin, kullanılan ölçüm araçlarının öz-bildirim mi yoksa klinik görüşme mi olduğu) kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, araştırmanın yapıldığı ülkenin depremden etkilenme düzeyi, travmanın üzerinden geçen süre gibi faktörler de bu oranları etkileyebilir (Başoğlu vd., 2002). 1976 Çin, 1993 Hindistan ve 1999 Tayvan depremlerinin ardından yapılan araştırmalarda TSSB oranlarının %10 ile %24 arasında olduğu bildirilmiştir (Cao vd., 2003: 25; Lai vd., 2004: 105; Sharan vd., 1996: 67; Watanabe vd., 2004: 48).

2.1.6 Depreme Bağlı TSSB için Risk Faktörleri

Felaketlerde, özellikle ölüm tehdidi içeren durumlarda, kişilerin sağlık sorunları yaşaması beklenebilir. Ancak, her birey aynı türde ve derecede sorunlar yaşamamaktadır (Yücel vd., 2000). Doğal afetler sonrası risk faktörlerinin belirlenmesi, olası felaketlerde sunulacak hizmetlerin planlanmasında hem zaman kazandırabilir hem de iş gücünden tasarruf sağlayabilir. Depremler sonrası yapılan çalışmalarda, TSSB belirtilerinin en güçlü yordayıcısının, deprem sırasında hissedilen korku düzeyi olduğu tutarlı bir şekilde rapor edilmiştir (Başoğlu vd., 2002). Deprem sırasında hissedilen hayati tehdit algısının, TSSB'yi en güçlü şekilde öngören faktör olduğu belirtilmektedir (Giannopoulou vd., 2006).

Ülkemizde 1999 Marmara Depremi'nin ardından çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Marmara Depremi'nden 14 ay sonra yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, depremin merkez üssünde yaşayan bireylerde TSSB oranı %23, merkez üssüne 100 km uzaklıkta yaşayan depremzedelerde ise %14 olarak bulunmuştur (Başoğlu vd., 2004: 133-140). Depremden 18 ay sonra, Bolu ve Düzce'de seçkisiz bir yöntemle belirlenen 430 kişi üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, olası TSSB oranı %27 olarak saptanmıştır. Daha fazla can ve mal kaybı yaşayan Düzce'deki depremzedelerde TSSB oranı %41.9, depresyon oranı %28.4 iken, Bolu'daki depremzedelerde bu oranlar sırasıyla %18.6 ve %11.5 olarak kaydedilmiştir (Kılıç ve Ulusoy, 2003: 232-237). Depremden 36 ay sonra, Kocaeli'deki ilçelerde seçkisiz bir örnekleme yapılan ve 683 kişinin katıldığı bir çalışmada ise TSSB oranının %12, depresyon oranının %10.5 olduğu ortaya konmuştur (Önder vd., 2006: 868–874).

2005 yılında Güneydoğu Asya'da yaşanan tsunami felaketinde de benzer şekilde, turistlerde TSSB'yi belirleyen en önemli faktörün deprem sırasında hissedilen korku ve kontrolü kaybetme duygusu olduğu tespit edilmiştir (Rosendal vd., 2011). Bu bulgular, deprem sırasında kişilerin travmanın şiddetine ilişkin öznel değerlendirmeleri ve verdikleri duygusal tepkilerin, TSSB'nin gelişimi ve devamında, travmanın nesnel şiddetinden daha etkili olduğunu göstermektedir. İki araştırmada, deprem sonrası hissedilen korku ve çaresizlik duygularının, deprem sırasındaki benzer süreçlerden daha güçlü TSSB yordayıcıları olduğu ortaya konulmuştur. Hella depremlerinden kurtulan 52 kişiyle yapılan bir çalışmada, TSSB'nin en güçlü yordayıcılarının, toplam varyansın %41'ini açıklayan, artçı depremler sırasındaki korku ve gelecekte olabilecek depremlere yönelik korku olduğu bulunmuştur (Bodvarsdottir ve Elklit, 2004). Benzer şekilde, Marmara depreminden sonra 387 kişiyle yapılan klinik görüşmelerde, TSSB tanısının, gelecek deprem korkusu, kontrol kaybı ve artçı şoklara alışamama ile, deprem sırasında hissedilen korkudan daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Şalcıoğlu, 2004). Çalışmalar, depreme bağlı TSSB için anlamlı risk faktörleri belirlese de, bu faktörler çalışmadan çalışmaya tutarlılık göstermemektedir. Ayrıca, bu faktörlerin hiçbiri, deprem sırasında hissedilen korku ve hayati tehdit algısı gibi öznel değerlendirmeler kontrol edildiğinde, aynı derecede varyans açıklamamaktadır. Risk faktörleri arasında, demografik özellikler olarak kadın olmak, deprem öncesi psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmak, ileri yaş ve düşük eğitim düzeyi sayılmaktadır (Rüstemli, 1995). Depremle ilişkili travmatik

özelliklere bağı risk faktörleri ise; depremin şiddeti, yakın birinin kaybı, maddi kayıplar, enkaz altında kalmak, arama kurtarma çalışmalarına katılmak, deprem sırasında hissedilen yüksek korku düzeyi ve sosyal destek kaybı olarak belirlenmiştir. Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar da bu bulguları desteklemektedir. Deprem sonrası ortaya çıkabilecek ruhsal sorunların en çok, yaralanma tehdidi ya da gerçek yaralanma, merkez üssüne yakınlık, kişinin yaşamındaki aksaklıklar, kaynak kaybı, kadın olmak, maddi kayıplar, travma öncesi duygusal sorunlar, sosyal ağlarda kopmalar, devlet desteğinde azalma ve düşük eğitim düzeyi gibi risk faktörlerinden etkilendiği bildirilmiştir (aktaran Şalcıoğlu, 2004).

2.1.7 İkincil Travmatik Stres ve İkincil Travmatik Stres Bozukluğu

Stres, kişinin psikososyal ve fiziksel durumunu etkileyen bir etkidir. Strese verilen tepkiler kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir. Strese verilen tepkilerin, bireyin stresi nasıl anlamlandırıldığıyla ilgili olduğu ileri sürülmüştür (Thompson, 1985:279-295). Kişinin başa çıkma mekanizmasını etkileyen, aşırı stresli olan ve hayata yönelik bir tehdidin ya da ciddi bir yaralanmanın bulunduğu bir olay travmatik olarak tanımlanır. Deprem gibi afetler de bu tür bir travmaya sebep olabilir.

İkincil travmatik stres (İTS; aynı zamanda “merhamet yorgunluğu” olarak da adlandırılır) ve dolaylı travmatizasyon, terapistlerin ve travma ile çalışan diğer meslek gruplarının, travma mağdurlarının dehşet verici, korkunç ve şok edici imgelerine; yoğun ve kaotik duygularına; ve zorlayıcı travmatik anılarına maruz kalmalarının duygusal taleplerine verdikleri tepkiler olarak kavramsallaştırılmaktadır (Figley, 1995:1-20). Figley (1983), ikincil travmayı, özellikle travma mağduru ile yakın temas halinde olan aile üyeleri gibi kişilerin yaşadığı duygusal sıkıntı olarak tanımlamıştır. Bu, yardımcıların, mağdurun travmatik deneyimleriyle özdeşleşip empati kurduğu doğal bir tepkidir (Figley & Kleber, 1995:75-98). İkincil travma belirtileri, TSSB belirtileriyle neredeyse aynıdır; temel fark, travmaya maruz kalan kişinin TSSB geliştirme olasılığı varken, travmayı dinleyen kişinin İTS (İkincil Travmatik Stres) bozukluğu geliştirme olasılığıdır (Jenkins ve Baird, 2002:424).

Travma sonrası stres bozukluğu, kişinin doğrudan travmatik olayı deneyimlemesi ya da travmatik bir olaya şahit olması sonrasında ortaya çıkan, uzun süreli devam eden ve kişinin günlük yaşamını kesintiye uğratan birtakım belirtileri içerir. Bu belirtileri

yeniden yaşantılama, kaçınma, artmış uyarılmışlık hali, biliş ve duygu durumunda olumsuz değişimler başlıkları altında toplama olasıdır (APA, 2013).

Tablo 2.1: Birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri (Figley 1995)

Birincil Travma	İkincil Travma
A. Stresör: Herkes tarafından strese sebebiyet verebilecek, olağan olmayan bir durum deneyimlemek	A. Stresör: Herkes tarafından strese sebebiyet verebilecek, olağan olmayan bir durum deneyimlemek
1. Kişinin ciddi bir tehdit durumu yaşaması	1. TOB'nin* ciddi bir tehdit durumu yaşaması
2. Beklenmeyen bir yıkım	2. TOB'nin hayatında beklenmeyen bir yıkım
B. Travmatik olayın yeniden yaşantılama	B. Travmatik olayın yeniden yaşanması
1. Olayın sürekli olarak zihinde canlanması	1. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın sürekli olarak zihinde canlanması
2. Olayın rüyalarda görülmesi	2. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın rüyalarda görülmesi
3. Olayın beklenmedik bir şekilde tekrar yaşanmış gibi hissedilmesi	3. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın beklenmedik bir şekilde tekrar yaşanmış hissi
4. Olayı hatırlatan unsurlarla karşılaştığında yaşanan psikolojik rahatsızlık durumu	4. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın hatırlatıcılarıyla karşılaşma üzerine duyulan psikolojik rahatsızlık durumu
C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk	C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk
1. Düşünce ve duygulardan kaçınmaya çalışmak	1. Düşünce ve duygulardan kaçınmaya çalışmak
2. Etkinlik ve durumlardan kaçınmaya çalışmak	2. Etkinlik ve durumlardan kaçınmaya çalışmak
3. Psikojenik annezi	3. Psikojenik annezi
4. Etkinliklere karşı ilgi kaybı	4. Etkinliklere karşı ilgi kaybı
5. Başkalarından yabancılaşıma/uzaklaşma	5. Başkalarından yabancılaşıma/uzaklaşma
6. Duygulanımda azalma	6. Duygulanımda azalma
7. Geleceğe dair umutsuzluk/belirsizlik	7. Geleceğe dair umutsuzluk/belirsizlik
D. Uyarılmışlık	D. Uyarılmışlık
1. Uykuya geçişte ve uykuyu devam ettirmede güçlük çekme	1. Uykuya geçişte ve uykuyu devam ettirmede güçlük çekme
2. Aşırı sinirlilik veya öfke nöbetleri	2. Aşırı sinirlilik veya öfke nöbetleri
3. Dikkat toplamada güçlük	3. Dikkat toplamada güçlük
4. Artmış uyarılma durumu	4. TOB'ye karşı artmış uyarılma durumu

5. Bir uyarana karşı ani tepki verme	5. Bir uyarana karşı ani tepki verme
6. Hatırlatıcı unsurlara karşı bedensel tepkiler verme	6. Hatırlatıcı unsurlara karşı bedensel tepkiler verme
Bir aydan kısa süren belirtiler normal, akut ve kriz-ilişkili belirtiler olarak Kabul edilir. Ancak belirtilerin olaydan altı ay veya daha uzun süre sonar başlaması, geç başlangıçlı TSSB veya İTSB'na işaret eder.	

*TOB. Travmatize olmuş birey

(Kahil ve Palabıyıköğlü, 2018:61)

Bu tablodan anlaşılmaktadır ki; örseleyici bir duruma ikincil olarak maruz kalan kişi, olayı bizzat yaşamış bir kişinin deneyimlediği belirtilere benzer belirtiler gösterebilir. Bu durumda, TSSB geliştirme riski altında olabilir. Örseleyici olaya dolaylı olarak maruz kalma durumu ile bizzat yaşandığında verilen tepkilerin hemen hemen aynı olduğunu ortaya koyan (Figley, 1995:5), aradaki farklılığın, bir başkasının deneyimlediği travmatik bir olayın, ikinci bir kişi için yıkıcı bir deneyim haline dönüşmesi olduğunu belirtmiştir.

2.2 Travmatik Kayıp ve Yas

Jacobs (1999), travmatik yası, sevilen birinin ani ve şiddet içeren bir şekilde ölümü sonucunda bu kaybı yaşayan kişilerde ortaya çıkan belirti ve tepkilerin toplamı olarak tanımlanmaktadır. Kayıp sonrasında görülen yas normal ve doğal bir tepkidir (Archer, 1998: 4) , travmatik yas ise bu süreci, kaybın ani ve dehşet uyandırıcı olması ile etkileyebilir. Depremle birlikte yaşanan kayıp, ölüm, günlük rutinlerin değişmesi, göç etmek zorunda kalınması gibi kayıplar travmatik yaşantılardır (Walsh, 2007: 209).

Travmatik yas konusunda önemli çalışmaları bulunan Jacobs (1999), travmatik yasa ilgili son dönemdeki tartışmaları kapsayan bir tanı modeli olarak dört temel kriter önermiştir.

Travmatik Yas Tanı Kriterleri:

A Ölçütü, bir yakının ölümü ve ayrılık kaygısı semptomlarından oluşur;

1- Bir yakının ani, beklenmedik, şiddetli ölümü. Tanı koymak için ölümün nesnel olarak travmatik olması gerekmez. Yakınlığın derecesi değişebilir,

kişinin yakın olduğu, güvendiği, özdeşleştiği, travmatik bir ayrılık yaşadığı biri olması yeterlidir.

2- Kişi kaybettiği kişiyle ilgili uğraşlar içindedir. Tekrarlayan ve rahatsız edici olan bu belirtiler bazen arayış, özlem, hasret çekme biçimine bürünür ve her zaman hayal kırıklığıyla sonuçlanır.

Yukarıdaki belirtilerin olmaması halinde tanı konamaz. Normal yastan farklı olarak travmatik yasta ayrılık kaygısı işlevselliği etkileyecek seviyede tekrarlayıcı ve rahatsız edicidir.

-B ölçütleri ölümle travmatize olmanın özgün belirtileridir;

Onbir ana belirti vardır. Bunlar belirgin olmalı ve süreklilik taşımalıdır. Bu belirtilerde duygular ölenle ilgilidir. Duyguların bazıları duygusal olarak donukluk ve olaydan kaçınmaya yöneliktir. Bu 11 belirti; geleceğe ilişkin anlamsızlık hissi, duygusal tepkisizlik, kopukluk, donukluk hissi, şok, taşlaşma hissi, ölümü kabulde güçlük, hayatın anlamsız ve boş olduğu hissi, dünyanın darmadağın olduğunu düşünme, emniyette olmama, güvensizlik hissi, ölen kişiye zarar verdiğiğine ilişkin gerçek olmayan düşünceler, ölümle ilgili aşırı öfke, acı ve huzursuzluk hissidir. Tanı koyabilmek için bu belirtilerden en az 4'ünün bulunması gerekir.

- C Ölçütü süreye ilişkindir;

Sayılan belirtilerin en az iki ay sürmesinin tanı koymak için gerekli olduğu görüşünde bir uzlaşma olmakla birlikte bu sürenin başlama zamanı konusu hala tartışılmalıdır.

-D Ölçütü: Psikososyal işlevlerde aksama

A,B ve C belirtileri sosyal, mesleki ve yaşamın diğer önemli alanlarında işlev bozukluğuna neden olmalıdır. Dikkat edilecek konu, normal yasta kişilerde bir süre işlev yitimi olur. İşlev aksaması belirli bir süre devam ederse kişi travmatik yastan riskli olarak değerlendirilmelidir.

(Jacobs, Mazure ve Prigerson, 2000: 189).

Birçok yazar, patolojik yasin semptomlarındaki farklılıkları, şiddeti, kronikliğı ve zaman içindeki seyri açısından tanımlamıştır (Middleton, Raphael, Martinek, & Misso, 1993; Middleton, Burnett, Raphael, & Martinek, 1996; Parkes, 1970, 1972; Parkes & Weiss, 1983; Wortman & Silver, 1989; Zisook & Lyons, 1989). Deprem sonrası sevilen kişinin ani kaybı da travmatik yas tepkilerine neden olabilir. Deprem travmasına maruz kalan bireylerde, çeşitli psikolojik bozuklukların gelişme riski artabilir. Deprem travması, travmatik bir olayın sonucu olarak yaşanan bir yas deneyimini içerebilir. Bu yas, depremde yaşanan kayıpların, hasarın ve yaşamı tehdit eden durumların ardından ortaya çıkabilir.

Kübler-Ross ve Kessler (2014), yasin kişinin yaşadığı deneyimlere ve kişisel özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterebileceğini belirtmektedir. Travmatik yas, genellikle ölen sevdiklerin acısı, yaşanan kayıpların kabul edilmesi ve yaşamın değişen gerçekleriyle başa çıkma sürecini içerir. Eisma ve diğerleri (2019), travmatik yas sürecindeki duygusal, fiziksel ve davranışsal belirtileri vurgulamaktadır. Bu belirtiler arasında hüzün, keder, ölüm korkusu, anksiyete, depresyon, sosyal çekilme, uyku bozuklukları ve yoğun duygusal tepkiler yer alabilir. Travmatik yas sürecinde yaşanan duygusal zorlukları ve bu zorlukların günlük işlevselliğı etkileyebileceğini açıklamaktadır. Travmatik yas süreci, her birey için farklılık gösterebilir ve kişinin yaşadığı deneyimlere, kişisel özelliklerine ve destek sistemlerine bağlı olarak değişebilir.

Çamaş ve Anayurt (2022), travmatik yas sürecinin uzunluğunun ve zorluğunun bireyden bireye değişebileceğini belirtmektedir. Bu süreçte, profesyonel destek ve terapi önemli bir rol oynayabilir. Hobfoll ve diğerleri (2007), terapinin bireylere duygusal destek sağlayabileceğini, yas sürecini anlamalarına yardımcı olabileceğini ve başa çıkma becerilerini geliştirebileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca, sosyal destek de travmatik yas sürecinde önemli bir destek kaynağı olabilir. Bu süreçte, bireylerin duygusal destek, profesyonel yardım ve sosyal destek ağlarından yararlanmaları önemlidir. Norris ve diğerleri (2002), sağlıklı bir iyileşme süreci için bu tür desteklerin gerekliliğini vurgulamaktadır.

2.2.1 Uzamış Yas Bozukluğu

Çoğu kişi, yaşla ilişkili sıkıntının yoğunluğunun genellikle zamanla kademeli olarak azaldığı, acı verici ancak doğal bir yas sürecinden geçer (Jordan ve Litz, 2014). Yas sürecindeki zorluklar zamanla azalmayıp devam eder ya da artarsa bu durum uzamış yas bozukluğu (UYB) olarak adlandırılır. UYB'nun yaygınlığı değişiklik göstermektedir; araştırmalar, yas sürecini yaşayan bireylerin %10 (Kersting vd., 2011: 340) ile %20 (Shear vd., 2011: 654) kadarının UYB geliştirdiğini ortaya koymuştur. Önceki travmalar veya kayıplar, ruhsal bozukluklar ve anksiyete geçmişi, güvensiz bağlanma tarzı, kaybedilen kişinin bakımını üstlenmiş olma, ölümün şiddetli bir şekilde gerçekleşmiş olması (örneğin, intihar) ve kayıp sonrasında sosyal destek eksikliği, UYB gelişme riskinin artmasına yol açmaktadır (Lobb vd., 2010: 676-689). UYB, önemli bir kayıp sonrası normalden daha uzun süreli ve belirgin işlev bozuklukları gösterdiği durumları tanımlamak için önerilmiş bir teşhis kategorisidir (Prigerson vd., 2009). Bu bozukluğun temel belirtileri arasında, kaybedilen kişiye duyulan yoğun özlem veya derin bir duygusal acı ile birlikte, sürekli olarak kaybedilen kişiyle zihinsel bir meşguliyet bulunur (Dünya Sağlık Örgütü, 2016). Ayrıca UYB, sosyal ya da keyif verici etkinliklere katılmada güçlük, olumlu duygular yaşama kapasitesinde azalma ve sevilen kişinin kaybını kabullenmede zorlanma gibi özelliklerle de kendini gösterir (Shear, 2012:119-128).

Uzamış Yas Bozukluğu (UYB) Tanı Kriterleri:

A. Yakın bir kişinin en az 12 ay önce vefat etmesi (çocuklar ve ergenler için en az 6 ay önce).

B. Ölümden bu yana, aşağıdaki belirtilerden bir veya ikisi çoğu gün klinik olarak anlamlı bir dereceye kadar mevcut olmalıdır. Ayrıca, belirtiler son bir ay boyunca hemen her gün yaşanmış olmalıdır:

- 1. Ölen kişiye yönelik yoğun özlem/hasret.*
- 2. Ölen kişiyle ilgili düşünceler veya anılarla meşgul olma (çocuklar ve ergenlerde, bu meşguliyet ölümün koşullarına odaklanabilir).*

C. Ölümden bu yana, aşağıdaki belirtilerden en az üçü çoğu gün klinik olarak anlamlı bir dereceye kadar mevcut olmalıdır. Ayrıca, belirtiler son bir ay boyunca hemen her gün yaşanmış olmalıdır:

- 1. Kimlik bozulması (örneğin, kişinin kendisinin bir parçasının öldüğünü hissetmesi).*
- 2. Ölümle ilgili belirgin bir inançsızlık hissi.*
- 3. Ölen kişinin hatırlatıcılarından kaçınma (çocuklar ve ergenlerde, hatırlatıcılardan kaçınma çabaları olarak kendini gösterebilir).*
- 4. Ölümle ilgili yoğun duygusal acı (örneğin, öfke, kızgınlık, üzüntü).*
- 5. Ölümden sonra ilişkiler ve faaliyetlere yeniden katılmada zorluk (örneğin, arkadaşlarla etkileşimde zorluk, ilgi alanlarını sürdürmede veya gelecek için plan yapmada problemler).*
- 6. Duygusal hissizlik (ölüm nedeniyle duygusal deneyiminin tamamen yokluğu veya belirgin derecede azalması).*
- 7. Ölüm sonucunda hayatın anlamsız olduğunu hissetme.*
- 8. Ölüm sonucunda yoğun yalnızlık hissetme.*

D. Bu bozukluk, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında klinik olarak anlamlı sıkıntı veya bozulmaya neden olur.

E. Yas reaksiyonunun süresi ve şiddeti, bireyin kültürü ve bağlamı için beklenen sosyal, kültürel veya dini normları açıkça aşar.

F. Belirtiler, majör depresif bozukluk veya travma sonrası stres bozukluğu gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin (örneğin, ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun (örneğin, ilaç etkileri) fizyolojik etkilerine atfedilemez.

(APA, 2020)

2.3 Travma Sonrası Büyüme

Deprem gibi felaketler, insanların dünyanın öngörülebilirliğini, adil olma durumunu ve güvenliği hakkındaki temel inançları sarsabilen olaylardır. Özellikle travmatik bir

olay kişide psikolojik problemlere ve hayatın anlamının sorgulanmasına sebep olabilir. Travmatik olaylar aynı zamanda post-travmatik büyüme olarak bilinen olumlu değişimlere yol açabilir.

Travma sonrası büyüme (TSB) kavramı, ilk olarak 1990'ların ortalarında geliştirilmiştir (Tedeschi & Calhoun, 1995), daha ayrıntılı bir modele ise ancak son yıllarda ulaşılmıştır (Tedeschi vd., 2018; Kadri vd., 2022). Tedeschi ve ark. (2018), TSB'yi, "Travma veya son derece zorlu durumlarla mücadele etmenin sonucu olarak yaşanan olumlu psikolojik değişiklikler" olarak tanımlamışlardır. TSB, özdeğer, kişilerarası ilişkiler ve yaşam felsefesinde olumlu değişiklikler içerebilir, bu da artan öz farkındalık ve öz güven, başkalarına karşı daha açık bir tutum, hayatı daha fazla takdir etme ve yeni olasılıkların keşfi ile sonuçlanabilir (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Post-travmatik büyüme, yaşam krizi veya travma gibi büyük olaylar nedeniyle zihinsel ve uyarlanabilir psikolojik değişimlerle karakterizedir. Bu değişimler, yaşamı daha fazla takdir etme, kişisel dayanıklılık, yakın ilişkilerin kalitesi, ruhsal iyilik hali veya yeniden gözden geçirilen öncelikler gibi faktörleri içerebilir (Xu ve Wu, 2014:206-211). Dolayısıyla gelecekte karşılaşılabilecek stres faktörlerine karşı direncin gelişmesi, kişinin stres faktörüyle mücadele ettiği zamanda ortaya çıkan bir gelişmenin sonucu olabilir. Travma sonrası büyümenin, kadınlarda ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlarda daha yaygın olduğu ortaya konmuştur (Silva vd., 2016: 48). Son yıllarda TSB üzerine odaklanan çalışmalar, deprem travmasından etkilenen kişilerin yaşamlarında çeşitli olumlu değişiklikler olabileceğini, travma sonrası büyümenin kişisel ve psikolojik büyüme için bir fırsat olabileceğini ve bireylerin yaşadıkları travmatik deneyimlerden daha güçlü ve dirençli bir şekilde çıkabileceklerini vurgulamaktadır (Linley ve Joseph, 2004).

2.3.1 Travma Sonrası Büyüme

Travma sonrası büyüme, bireylerin yaşadıkları travmatik deneyimlerden öğrenme ve büyüme potansiyellerini açığa çıkarma sürecidir. Bu süreç, travmatik olayların olumsuz etkileriyle başa çıkma ve bu deneyimlerden ders çıkarma yeteneğiyle ilişkilidir. Tedeschi ve Calhoun (2004), travma sonrası büyümenin bir tür psikolojik sıçrama tahtası olduğunu ve kişinin eski normalliği yeniden kazanma çabası yerine, yeni bir normallik oluşturma sürecini ifade ettiğini belirtmektedir. Bu süreçte, bireyler

genellikle travmatik deneyimlerinin anlamını yeniden yapılandırma, yaşamlarında önemli bir perspektif değişikliği yapma ve içsel güçlerini keşfetme sürecine girerler.

Travma sonrası büyüme sürecinde, bireylerin yaşadıkları olumlu değişimler genellikle kişisel güçlenme, ilişkilerde artan yakınlık ve bağlılık, yaşamın daha fazla anlam kazanması ve daha derin bir kişisel ve duygusal olgunlaşma şeklinde kendini gösterir. Tedeschi ve Calhoun (2004), travma sonrası büyümenin, bireylerin yaşamlarında daha fazla kişisel güç, dayanıklılık ve esneklik geliştirebilecekleri bir fırsat sunduğunu belirtmektedir. Ayrıca, bu süreç, bireylerin yaşamın değerini yeniden değerlendirmelerine ve daha fazla içsel barış ve tatmin duygusu kazanmalarına olanak tanır.

Travma sonrası büyüme süreci, kişinin yaşadığı travmatik deneyimlerin doğasına, deneyimlerin yoğunluğuna ve travma sonrası destek sistemlerine bağlı olarak değişir. Linley ve Joseph (2004), bu sürecin kişinin yaşadığı travmatik deneyimlerin doğası ve travmanın ne zaman ve nasıl ele alındığı gibi faktörlere bağlı olarak şekillendiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, bireylerin travma sonrası büyüme sürecinde destekleyici sosyal ağlara ve uygun psikolojik yardıma erişimlerinin önemli olduğunu belirtmektedirler.

Sonuç olarak, travma sonrası büyüme, travmatik deneyimlerin ardından yaşanan olumlu ve dönüştürücü bir süreçtir. Bu süreç, bireylerin yaşamlarında derin ve anlamlı değişiklikler yapmalarına olanak tanır ve kişisel büyüme ve güçlenme fırsatları sunar. Ancak, bu süreç her birey için farklılık gösterebilir ve destekleyici kaynaklara ve uygun psikolojik yardıma erişim bu sürecin başarısında önemli bir rol oynar. Travma sonrası büyüme sürecinin anlaşılması ve desteklenmesi, travmatik deneyimlerin uzun vadeli etkileriyle başa çıkma ve sağlıklı bir iyileşme süreci için önemlidir.

2.3.2 Travma Sonrası Psikososyal Destek ve Psikolojik İlk Yardım

Travma sonrası psikososyal destek, bireylerin travmatik deneyimlerle başa çıkmalarını kolaylaştırmayı ve travma sonrası iyilik hallerini artırmayı hedefleyen önemli bir hizmettir (Brooks vd., 2020: 52-56). Deprem gibi afetlerden sonra ortaya çıkan, beslenme, uyku, barınma gibi temel fizyolojik ihtiyaçların acil bir şekilde karşılanması sonrasında, güvenli bir ortamda, bireylere psikolojik ilk yardım uygulaması yapılabilir. Psikososyal destekle beraber, afet sonrasında ortaya çıkabilecek psikolojik

uyumsuzlukların önlenmesi hedeflenmektedir. Aile ve toplumsal düzeyde ilişkilerin yeniden kurulması, kişilerin afet öncesi yaşamlarına geri dönmesi sürecinde kendi kapasitelerini fark etmelerini, güçlenmelerinin sağlanması açısından önemli olabilir (Feeney & Collins, 2015: 4). Psikososyal destek, gelecekte olası afet durumları ile başa çıkma ve iyileşme becerilerinin artırılması ve yardım çalışmalarının desteklenmesini içerir.

AFAD'a göre, psikososyal destek şu şekilde tanımlanmaktadır: "Psikolojik veya psikiyatrik tedavi amacı taşımayan; afet ve acil durumlar sonrasında görülebilecek psikolojik uyumsuzlukların ya da bozuklukların önüne geçilmesi, bireylerin ve toplumun ilişkilerinin yeniden kurulup güçlendirilmesi, etkilenen kişilerin normal yaşamlarına dönmelerine yardımcı olmak için kendi kapasitelerinin farkına varmaları ve güçlenmelerinin sağlanması, toplumu gelecekteki olası afet ve acil durumlarla başa çıkma, iyileşme ve toparlanma becerileri açısından destekleme, ayrıca yardım çalışanlarına yönelik destek sağlamayı içeren, afet döngüsünün her aşamasında gerçekleştirilen çok disiplinli hizmetlerin bütünü" (AFAD, 2014).

Özetle, psikososyal müdahale, afet sonrasında etkilenen bireylerin, hayata uyum sürecini hızlandırmaya ve toplumun ihtiyaçlarını tespit ederek; gelecekte karşılaşılabilecek olası afetlerle başa çıkma, müdahale edebilme kapasitesinin ve toparlanma becerilerinin artırılması ve yardım çalışanlarının desteklenmesine yönelik hizmetler bütünü olarak ifade edilebilir. Psikososyal müdahale öncesi, ihtiyaç ve kaynak değerlendirmesi yapılabilir. Daha sonrasında bireylere psikolojik ilk yardım uygulaması ile beraber, elde edilen veriler ile gerekli görülen yerlerde, gerekli kurumlara kişileri sevk etme ve yönlendirme yapılabilir. Sonrasında bilgi havuzu oluşturularak, hareket planı ve sosyal projeler geliştirilebilir.

Afet ve acil durumlarda psikososyal destek, psikolojik ve psikiyatrik hizmetlere ihtiyacı olan kişileri belirleme ve yönlendirmede önemli rol oynayabilir (Schonfeld vd., 2015: 1120-1130). Yardım çalışmaları, etkilenen toplumun nüfus yapısına, sosyal ve kültürel koşullarına uygun olarak ilerlemelidir (Tierney & Oliver-Smith, 2012: 123-146). Aynı zamanda psikososyal destek faaliyetleri, afet ve acil durumlarda çalışacak kurum ve kuruluşlar arasındaki işbirliğini geliştirebilir. Travma sonrası sosyal destek, bireylerin travmatik deneyimlerle başa çıkma sürecinde çeşitli kaynaklardan destek almalarını içerir. Bu destek, aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, toplum kaynakları,

profesyonel danışmanlar ve gönüllü destek grupları gibi çeşitli kaynaklar aracılığıyla sağlanabilir (Cohen & Wills, 1985: 310-357).

Araştırmalar, etkili sosyal destek almanın, bireylerin travmatik deneyimlerle başa çıkmasını kolaylaştırdığını ve psikolojik iyilik hallerini artırdığını göstermektedir (Thoits, 2011: 145-161). Özellikle duygusal destek, bireylerin travmatik deneyimlerle başa çıkmasına yardımcı olabilir ve stresi azaltabilir (Cobb, 1976: 300-314). Pratik destek ise günlük yaşam gereksinimlerini karşılamak için yardımcı olabilir ve kişinin travmatik deneyimlerle başa çıkma becerilerini artırabilir (Barrera, 1986). Heller ve Swindle (1983), sosyal destek, algılanan sosyal destek ve başatma ile ilgili bir model ortaya koymuştur. Bu modelde, sosyal bağlantıların mevcudiyeti, bir bireyin yardım veya duygusal destek için başkalarına güvенеbileceği algısına katkıda bulunabileceği belirtilmiştir. Bunun yanı sıra, algılanan desteğin varlığı, bireyin destek arama kararını ve ihtiyaç duyulan yardımı sağlayabilecek uygun kişilerin desteği sunma sürecini de etkilemektedir (Barrera Jr, 1986: 418). Sosyal destek aynı zamanda bireyin travmatik deneyimlerini anlama, ifade etme ve işleme süreçlerini kolaylaştırabilir (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996: 488-531). Bu süreçler, kişinin travmatik deneyimlerle başa çıkma sürecini daha etkili bir şekilde yönetmesine ve travma sonrası büyüme deneyimlemesine olanak tanır (Brooks vd., 2020: 52-56).

Afet sonrasında psikososyal destek için dört dönemden bahsedilmektedir (Demiröz ve Öztan, 2019);

1. Acil (Akut) Dönem: Afetten sonra ilk üç ayda yapılan çalışmaları kapsayan dönemdir.
2. İyileştirme Dönemi: Afet sonrası dönemde, insanların temel ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik yapılan çalışmaları kapsar.
3. Geliştirme Dönemi: Psikososyal, ekonomik ve kamusal iyileştirme ve geliştirme çalışmalarını kapsar.
4. Zararı Azaltma Dönemi: Önleyici çalışmalarla beraber, bölgedeki yıkımı minimize etme amaçlı çalışmaları da kapsar.

Psikolojik ilk yardımla beraber ulaşılmak istenen, afet travması sonrası kişilerin yaşadığı şok ve güvensizlik duygularının sürekli devam etmeyeceğini farketmelerini sağlamak ve güven duygusunu tekrardan hissetmelerine yardımcı olmaktır (Ajanslar

Arası Durum Komitesi, [IASC], 2007). Psikolojik ilk yardım terimi, ilk olarak APA tarafından, afet ve kriz durumlarının ardından, çocuklara ve yetişkinlere yönelik olarak geliştirilen, erken dönem psikososyal destek çalışmalarını ele alan bir kitapçıkta yer almıştır (Drayer vd., 1954: 36-41). Dünya Sağlık Örgütü (2011) tanımına baktığımızda, psikolojik ilk yardımı tanımlarken şu ilkeleri vurgulamaktadır:

- İnsanları konuşmaya zorlamamak,
- Karşıdakini dikkatle dinlemek,
- Kişilerin ve toplumun öncelikli ihtiyaçlarını süratle belirleyerek desteklemek,
- Bireylerin güven duygusunu artıracak temaslar kurmak,
- Güvenilir bilgiye erişimlerini sağlamak.

Psikolojik ilk yardım, üç temel aşamadan oluşur:

1. **İzleme:** Acil müdahale gerektiren kişiler belirlenir ve ihtiyaç tespiti yapılır.
2. **Dinleme:** Kişilerle iletişim kurularak, aktif dinleme sonrası ihtiyaçlarının not edildiği aşamadır.
3. **Bağ Kurma:** İhtiyaçların karşılandığı, kişilerin yakınlarıyla temas kurmalarının sağlandığı ve problem çözme çalışmalarının gerçekleştiği aşamadır (Snider vd., 2014).

Afet sonrası öncelikli hizmetlerden biri olarak kabul edilen psikolojik ilk yardım, bireylerde afet gibi travmatik durumlardan sonra oluşabilecek şok, korku, kaygı gibi negatif duyguları, emniyet duygusuyla aşmalarına, sağlıklı kalmalarına ve temel fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olan, geniş kitlelere yönelik bir müdahale yöntemidir (Vernberg vd., 2008: 381-388). Bu aşamayı, daha sonra uygulanan psikososyal destek uygulamaları takip ederken, daha uzun dönemde ise detaylı kişisel destek çalışmaları uygulanabilir.

Psikolojik ilk yardım hizmetlerinin, farklı ülkelerde ve bölgelerde çeşitli kriterlere dayalı olarak farklılık gösterebileceği vurgulanmaktadır (Sim & Wang, 2021: 189-197). Bu kriterler arasında, bireyin sosyokültürel değerleri, yaşı ve cinsiyeti gibi faktörler yer almaktadır (Syed, 2010: 61). Ayrıca, bu tür yardımın mahremiyet göz önünde bulundurularak sağlanması gerektiği ve güvenliğin sağlanabildiği, kişinin kendisini rahat hissedebileceği bir ortamda gerçekleştirilmesinin önemi ifade

edilmektedir (Minihan vd., 2020: 261). Psikolojik İlk Yardım (PİY) eğitimi ya da oryantasyonu, genellikle yarım gün ile tam gün arasında süren bir zaman diliminde gerçekleştirilir. Eğitim sırasında, bir duruma güvenli bir şekilde yaklaşma yöntemleri, yoğun duygusal sıkıntı yaşayan bireylere destek olma yolları ve zarar riskini artırmadan müdahalede bulunma gibi temel kavramlar ile PİY'nin temel ilkeleri açıklanır (WHO, 2013). Psikolojik ilk yardım, bu eğitimi alan herkes tarafından uygulanabilir (Everly & Lating, 2022). Psikolojik ilk yardım eğitimi, afet bölgesine gelen psikososyal destek ekiplerince, bölgedeki öğretmenlere ya da devlet görevlilerine verilmesi sonucu yaygınlaştırılabilir. Psikolojik ilk yardımın hedeflerinden biri de kişilerin afet ya da kriz durumlarından sonra, önceden sahip oldukları sağlıklı baş etme mekanizmalarını tekrar kullanabilmelerini desteklemektir (Everly & Lating, 2021: 718-727).

Psikolojik ilk yardım ile ilgili geliştirilen kılavuzlardan biri olan John Hopkins PFA (Psychological First Aid) modeli, 5 ana adımdan bahseder (Everly Jr ve Lating, 2017). Bunlar sırasıyla: Aktif ve yansıtıcı dinleme (R-Rapport and reflective listening), değerlendirme (A-Assessment), önceliklendirme (P-Prioritisation), müdahale (I-Intervention), yönlendirme yapılması gerekiyorsa sonraki adımların planlanması (D-Disposition) (Everly, Barnett ve Links, 2012: 95-103). PİY ile ilgili ortaya konmuş bir başka model de McCabe ve arkadaşları (2014) tarafından oluşturulmuştur. Buna göre üç temel aşama vardır. Bu aşamaların ilkinin, müdahale için hazırlık yapılması, ikincisinin, ihtiyaçlar ve yönlendirmeler için triyaj yapılması ve üçüncüsünün, 8 basamaklı psikolojik ilk yardım modelinin uygulanması olduğu görülür.

2.3.4 Psikolojik İlk Yardımın Uygulanması

a.) Hazırlık

Psikolojik ilk yardımın ilk aşaması, bu yardımı sağlayacak kişilerin sahaya çıkmadan önce tamamlaması gereken bazı hazırlıkları içermektedir. Bu adım, psikolojik ilk yardım uygulayıcısının kendisini ruhsal olarak koruyabilmesinin dışında ayrıca, sunulacak hizmetin kalitesini artırmak adına da kritik bir öneme sahiptir. Hazırlık

süreci, bireysel düzeyde ve olayın özelliklerine göre iki ayrı başlık altında ele alınabilir (Demircioğlu, 2017).

Psikolojik İlk Yardım, bir terapötik müdahale olarak tanı ve tedavi süreçlerini içermemekle birlikte, sağlık çalışanlarına ruh sağlığı desteği sağlamak için kademeli bir yaklaşım sunar (Wang vd. 2021:4594). Bu yaklaşım, bireye yargılayıcı olmadan yaklaşmayı, ihtiyaçlarını değerlendirmeyi, bilgi toplayarak destek sağlamayı ve onları ek kaynaklara yönlendirmeyi kapsar (Ruzek vd., 2007:17-49). İkinci olarak, PİY eğitimi, sağlık çalışanlarına, insani yardım ve afet durumlarında uygulanabilir, düşük yoğunluklu, adım adım ilerleyen bir terapötik yaklaşımda uzmanlık kazandırır. Bu yaklaşım, geniş bir insani yardım ve afet durumu yelpazesinde uygulanabilir (Forbes vd., 2011: 224-239). Bu sayede, sıkıntı yaşayan bireylere psikososyal destek sunmaya hazırlıklı olmalarının yanı sıra, afet ve acil durumlara etkili bir şekilde yanıt verebilen dirençli bir iş gücü oluşturulması sağlanabilir (Jacobs vd., 2016: 1307-1317).

b.) Triyaj (Önceliklendirme)

Afetler ya da beklenmeyen kriz durumlarından sonra kişiler, kısa süreli şok tepkileri gösterebilirler. Bu tepkiler, çeşitli şekillerde ya da yoğunluklarda görülebilir ve bazı durumlarda belirtilere sahip bireylerin tespit edilip yönlendirilmesi hayati önem taşıyabilir (Everly Jr ve Lating, 2017). Psikiyatrik triyaj, çok sayıda kişinin etkilendiği ve sınırlı kaynağın bulunduğu ortamlarda, yoğun ve ciddi psikolojik tepkiler gösteren kişileri ayırıp önceliklendirme ve böylelikle ulaşılabilecek en yüksek kişi sayısına, hızlı ve etkili bir şekilde yardım ulaştırma sürecidir (Stroud 2012: 508-512). Oryantasyon bozuklukları, kafa karışıklığı, donma tepkisi, yoğun huzursuzluk hali, aşırı öfkelenme, yoğun kaygı hali, dissosiyatif belirtiler, kendini yaralama riski, psikoz, alkol ya da madde bağımlılığı gibi durumlar önceliklendirme yapılırken, acil olarak değerlendirilmesi gereken durumlardır (McCabe vd., 2014: 624). Akut dönemde, olay yerinde yapılan detaylı gözlem, psikolojik triyajda öncelik verilecek kişileri belirlemeye ve hızla gerekli tıbbi desteğe yönlendirmeye imkan tanıyabilir.

c.) Sekiz Basamaklı Psikolojik İlk Yardım Modeli (Brymer vd., 2006)

1.) İlişki ve bağ kurma

Psikolojik ilk yardımın bu adımında, uygulayıcı ile travma yaşamış birey arasında diyalogun başladığı ilk safhadır. Güven temelli bir bağ kurulması, bir ilişki inşa ederken önemlidir. Bunu sağlamak için de psikolojik ilk yardım uygulayıcısının ilk olarak kendisini tanıtmaması, hangi kuruluşun bir üyesi olarak orada olduğunu ve hangi amaçla kendisiyle iletişim kurduğunu açıklaması gerekmektedir. Özellikle ilk temasın olayın hemen ardından gerçekleştiği durumlarda, bireylerin afet veya olay sonrası bazı temel ihtiyaçları olabilir. İleri müdahalelere başlamadan önce, kişilerin temel yeme içme, barınma gibi ihtiyaçlarının karşılandığından emin olmak büyük önem taşır (Brymer vd., 2006: 29).

2.) Emniyet ve rahatlığın sağlanması

Her türlü afet ve kriz müdahalesinde en temel öncelik, bireylerin güvenliğini sağlamaktır (Warckerle, 1991: 815-821). Psikolojik ilk yardım uygulayıcısı, olaydan etkilenen kişilerin güvenli bir bölgeye taşınması, afet ya da olay yerindeki tehlikelerden ve riskli alanlardan uzaklaştırılması ve güvenli alanlarda toplanmalarını organize edebilir (Brymer vd., 2006).

3.) Dengeleme (Stabilizasyon)

Afetler sonrasında, olaydan sonraki ilk 24 saat içinde ortaya çıkabilen şok tepkileri, aşırı korku, panik, donakalma, unutkanlık, dalgınlık, aşırı uyarılmışlık, rasyonel karar almada güçlük, duygusal uyuşukluk, çevreyi gerçek dışı algılama gibi belirtiler müdahale gerektirebilir (Foa, Stein ve McFarlane, 2006:15-25). Bireyleri psikolojik olarak yeniden dengeye getirmek amacıyla topraklama (grounding) tekniklerinden faydalanılabilir (Fisher, 1999: 1-13). Bireylerde görülebilecek akut ve ileri aşamadaki travmatik stres tepkileri ve dengeleme metodları, PİY uygulayıcısının bilgi sahibi olması gereken önemli yöntemlerdendir. Bu, etkilenen kişiler arasında stabilizasyona ihtiyaç duyanları tespit etmeye, önceliklendirmeye ve doğru müdahaleleri yapabilmeye olanak tanır (Brymer vd., 2006). Bu yöntemlerle, bireyin dikkatini dış dünyaya yönlendirip duygularını dengelemek amaçlanır. Brymer ve arkadaşlarının (2006) yetişkinler için önerdiği bir topraklama uygulamasının yönergeleri şu şekildedir:

- i. Kaslarınızı gevşeterek, rahat bir pozisyonda oturun.
- ii. Soluğunuzu ağır ve derin bir şekilde alıp vermeye başlayın.
- iii. Çevrenize dikkatlice gö atın ve size herhangi bir huzursuzluk ya da kaygı hissettirmeyen beş farklı nesneyi belirleyin ve adlarını söyleyin.
- iv. Ağır bir şekilde ve derince nefes almayı sürdürün
- v. Etrafınızdaki seslere dikkatlice odaklanın ve sizi rahatsız etmeyen beş farklı sesi fark edip tanımlayın.
- vi. Nefes alıp vermeye devam edin.
- vii. Bedensel duyularınıza odaklanın ve sizde stres yaratmayan beş hisse dikkat edin.
- viii. Ağır bir şekilde ve derince nefes almayı sürdürün.

Bu teknik, çocuklarla uygulanırken daha kısa ve anlaşılır talimatlarla yürütülebilir. Çocuklara yönelik topraklama uygulamalarında dikkati dış uyarıcılara yönlendirmek için renklerin kullanılması önerilir. Aşağıda, çocuklar için bir örnek yönerge sunulmuştur (Brymer vd., 2006).

Görsel ve işitsel uyarıcıların yanı sıra, dokunsal ya da kinestetik hislerden de topraklama tekniklerinde yararlanılabilir (Payne, Levine ve Crane-Godreau, 2015:1-18). Bu doğrultuda, bir koltuktan diğerine geçmek, rahatlatıcı bir nesne seçip ona odaklanmak ya da o nesneyi elde tutmak gibi yöntemler uygulanabilir. Ayrıca, sıcak veya soğuk nesnelere temas egzersizleri de, basit düzenekler ya da nesnelere kullanılarak yapılan dokunsal topraklama çalışmalarına örnek olarak sunulabilir.

Kokunun da güçlü bir topraklama etkisi olabileceği göz önünde bulundurularak, parfüm, kolonya ya da esans yağların bu amaçla kullanılabileceği önerilmektedir (Bonner ve McLaughlin, 2007:810-814).

4.) Veri toplama

Psikolojik ilk yardım sürecinde verilecek desteklerin belirlenmesi, müdahale yöntemleri ve detaylarının planlanması bu aşamanın temel hedeflerindedir. Olay sonrasında bireylerin fiziksel ya da ruhsal ihtiyaçlarını anlamak ve doğru müdahaleyi planlayabilmek için atılması gereken önemli bir adımdır. Yapılan gözlemler,

görüşmeler ya da ihtiyaç değerlendirme formlarının kullanılması gibi yöntemlerle veri toplama süreci yürütülür (Brymer vd., 2006).

5.) Temel gereksinimlere yönelik destek sunma

Afet ya da kriz durumlarından sonra, ilk yapılması gereken, bireylerin temel ihtiyaçlarının süratle giderilmesidir. Veri toplama adımıyla elde edilen bilgilerle beraber, ihtiyaçlar doğrultusunda, bireylerin gereksinimlerini karşılamaya yönelik adımlar atılabilir. Öncelikli olarak temel gereksinimler ve acil ihtiyaçlar karşılanırken, aciliyeti olmayan ihtiyaçlar için ise, ne zaman ve nasıl karşılanacağına yönelik bir plan yapılması uygun olacaktır. Böylelikle afet ya da kriz durumları yaşamış bireylerde endişelerin hafifletilmesine, güven ve kontrol duygusunun yeniden kazanılmasına yardımcı olabilir. Bu süreç boyunca, psikolojik ilk yardım sağlayıcısının birey ile mevcut olanaklar arasında bir aracı görevi görmesi önemlidir. Bu sebeple, sahada çalışacak PİY uygulayıcısının, diğer birimler, kurumlar ve uzmanlar hakkında bilgi sahibi olması, doğru yönlendirmeleri yapabilmesi açısından gereklidir (Brymer ve ark. 2006).

6.) Sosyal destek

Travma sonrası iyileşme sürecinde, sosyal destek önemli bir faktör olarak kabul edilir (Dai vd., 2016). Sağlıklı sosyal destek ağlarına sahip olan ve bu mekanizmaları kullanabilen kişiler, olay öncesindeki normal yaşamlarına daha hızlı döner ve travmatik stresle daha etkili bir şekilde başa çıkarlar (Guay, Billette ve Marchand, 2006: 327-338). Kişileri yalnızca mevcut sosyal kaynaklarla buluşturmanın ötesinde, paylaşımı artırmak ve yeni sosyal destek kaynakları oluşturmak adına çocuklar, ergenler ve yetişkinler için sosyal aktiviteler ve etkinlikler planlamak, sürdürülebilir sosyal destek ağlarının oluşmasını sağlamak bu süreçte faydalı olabilir.

7.)Bilgilendirme

Afetler ya da kriz durumlarından sonra, bu durumu yaşayan kişilerin bilgilendirilmesi, psikolojik ilk yardımda önemli bir adımdır. Özellikle güçlü bir etki bırakan olaylardan sonra bireyler şok ve bilinç bulanıklığı yaşayabilir, bu da olayın ne olduğunu anlamakta güçlük çekmelerine neden olabilir. Bu durumlarda, kişilerin

bilgilendirilmesi, kaygılarını azaltmak ve belirsizlikten kaynaklanacak endişeleri önlemek açısından önemli bir rol oynar (Brymer vd., 2006).

Büyük çaplı olaylarda, bireyler barınma, sağlık hizmetleri veya gıda gibi temel ihtiyaçlarının nasıl ve nereden karşılanacağına dair sorulara sahip olabilir. Bu konularda yönlendirilmeleri, belirsizliği azaltmak ve kaygılarını hafifletmek açısından önemlidir. Aynı zamanda kişiyi travmatik durum sonrası görülebilecek stres tepkileri ile ilgili bilgilendirmek de bu aşamanın bir parçasıdır. Bu bilgilendirme, olay sonrasında yaşanabilecek fiziksel, zihinsel, duygusal ve davranışsal değişiklikleri tanıtmak ve bu belirtilerle başa çıkmada faydalı olabilecek yöntemleri içerebilir (Kuruluşlar Arası Daimi Komite, 2007).

Ek olarak, günlük hayat kalitesini etkileyen uykuyla ilgili problemlerle başa çıkmak için uyku hijyeni eğitimi verilebilir (Mizuno ve Okamoto-Mizuno, 2014: 969-981). Yapılan araştırmalarda, kaygı yönetimi ve rahatlama sağlamak amacıyla nefes ve gevşeme egzersizlerinin faydalı olduğu bulunmuştur (Jerath vd., 2015: 107-115). Kaygı yönetimi için nefes egzersizlerine yönelik de kısa eğitimler düzenlenebilir.

8.) Hizmetler arası işbirliği ve bağlantı kurma

Psikolojik ilk yardım uygulayıcısı, etkilenen bireyler ile görevli ekipler, kurumlar ve diğer ilgili kişiler arasında bağlantı kurmayı destekleyebilir. Ayrıca, görev değişiklikleri veya görevin devredilmesi söz konusu ise bu konuda bilgilendirme yapar. Psikolojik ilk yardım süreci sona erdiğinde ya da ekiplerin görevi devrettiği durumlarda, çalışmanın hangi kurum veya kişiler tarafından devam ettirileceği konusunda bilgi vermek, sürecin sorunsuz ilerlemesi açısından büyük önem taşıyabilir (WHO, 2011). Bu tür ilişkilendirme faaliyetleri, bireylerin uyumunu sağlamada ve hizmetin aksamasını önlemede önemli bir rol oynar.

2.3.4 Hassas Gruplara Yönelik Psikolojik İlk Yardım Müdahaleleri

a) Çocuklar ve Ergenler

Her çocuk karşılaştığı zorlayıcı yaşam deneyimlerine karşı, yaşına ve gelişim sürecine göre farklı tepkiler gösterebilir (Compas vd., 2001: 87-127). Bu nedenle, ailelerin çocuklarda ortaya çıkabilecek travma sonrası belirtileri ve davranış değişiklikleri hakkında bilgilendirilmesi önemli olabilir. Ebeveynler ve diğer bakım veren yetişkinler, çocuklarında gözlemleyebilecekleri değişikliklerle nasıl ilgilenmeleri gerektiğini ve hangi yaklaşımları benimsemeleri gerektiği konusunda yönlendirilebilirler. Bu, hem çocuklar hem de aileler için destekleyici bir rol oynayabilir. Çocuklarla yürütülen bireysel çalışmalarda, iletişim kurarken çocukla aynı hizaya inmek ve gelişim seviyesine uygun bir dil kullanmak önemlidir (Bell ve Condren, 2016: 176-184). Ergenlerle yapılan çalışmalarda, çocuklarla ilgili dikkat gösterilmesi gereken noktalara ilaveten, riskli davranışların gözlemlenmesi ve istismara karşı önleyici tedbirlerin alınması gerekir (DSÖ, 2013). Ayrıca ebeveyn kaybı yaşamış çocuklar ve ergenlerle çalışırken, onlara karşı özen göstermek, güvenliklerini sağlamak, kimlerin gözetiminde olacaklarını belirlemek ve istismara karşı koruma sağlamak son derece önemlidir (Bergman, Axberg ve Hanson: 2017: 1-15).

b) Sağlık Sorunları Olan Bireyler

Afet veya kriz durumlarında, yaşlılar, engelli bireyler ve kronik hastalıkları bulunan kişiler, özel ilgi ve dikkat gerektiren gruplar arasında yer alır. Bu kişilere yönelik destek sağlarken, onların yakın çevresinin yardımını almak, psikolojik ilk yardım sağlayıcılarının işini kolaylaştırabilir. Eğer böyle bir kişi bulunmuyorsa ve birey bakım gereksinimi taşıyorsa, uygun bir kuruma yönlendirilmesi veya alternatif çözümler üretilmesi gerekir. Ayrıca, kişinin düzenli olarak kullandığı ilaçlarla ilgili bilgi almak ve ilaç temininde yardımcı olmak da büyük önem taşıyabilir. Bunun yanı sıra, olası sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarında başvurabilecekleri yerler ve yardım alabilecekleri kişiler hakkında bilgi sağlamak ve gerekirse iletişim bilgilerini yazılı olarak sunmak faydalı olabilir (Demircioğlu, Şeker ve Aker, 2019:351-362).

c) Farklı Kültürler

Çalışma yapılacak grup, farklı kültürlere mensup bireylerden oluşuyorsa, grubun kültürel özelliklerinin bilinmesi en önemli faktörlerden biri olabilir. Bireylerin veya grupların kültürel değerlerine uygun şekilde hareket etmek, etkili bir psikolojik ilk yardım sürecinin temel şartlarından biridir. Karşılaşılan en büyük zorluklardan biri dil farkıdır ve bu, psikolojik ilk yardım sürecinin planlanmasını doğrudan etkileyebilir. Bunun yanı sıra, kültürel farklılıkların yansıdığı el sıkışma ve selamlaşma biçimleri, giyim kuralları, karşı cinsle iletişim konusundaki tutumlar veya dini hassasiyetler de göz önünde bulundurulmalıdır (Dünya Sağlık Örgütü, 2011).

d) Şiddet veya Ayrımcılık Tehdiyle Karşılaşabilecek Bireyler

Kadınlar, çocuklar, gençler, zihinsel engelli bireyler, farklı etnik ve dini kimliklere mensup olanlar, afetler ya da olağandışı durumlar sonrasında ayrımcılık ya da şiddete uğrama riski taşıyan gruplar arasında yer alır (Carter, 2021: 1-26). Bu gruplarla çalışılırken, değerlendirme ve önceliklendirme süreçlerinde özellikle bu riskler göz önünde bulundurulmalı ve kriz sırasında bu kişilerin korunarak güvenliklerinin sağlanması öncelikli olmalıdır. Bu kişilerin emniyette olduklarından emin olmak, yakınlarıyla iletişimde olmalarını sağlamak ve temel hizmetlerden faydalanmalarını sağlamak kritik adımlar arasındadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2011).

2.3.5 Psikolojik İlk Yardım Uygulamalarında Etik İlkeler

Psikolojik ilk yardımda, kişiye zarar vermemek ve gizliliğini korumak, önemli etik ilkelerdendir (Kitchener, 1984: 43-55). Bireylerin paylaştıkları bilgilerin gizli tutulması ve mahremiyetlerinin korunması, tüm uygulayıcıların sorumlulukları arasında yer alır. Ayrıca, uygulayıcıların kişilere yerine getiremeyecekleri vaatlerde bulunmaktan kaçınmaları, bireyleri yaşadıkları olayları anlatmaya zorlamamaları ve verdikleri destek karşılığında para ya da hediye kabul etmemeleri büyük önem taşır. Bireylerin paylaşımları sırasında veya sonrasında onları yargılamamak da temel etik kurallar arasındadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2013). Diğer bir önemli nokta ise, bireylere yanlış bilgi vermektense kaçınmaktır. Psikolojik ilk yardım sağlayıcısı, bulunduğu ortam veya afet alanıyla ilgili doğru bilgileri toplamalı ve bireylere güvenilir bilgi sunmalıdır. Bireylere doğruluğu teyit edilmemiş bilgiler verilmemelidir. Uygulayıcı, kendi

yeteneklerini olduğundan fazla göstermemeli ve yalnızca uzmanlık ve yetki çerçevesinde müdahale etmelidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2013).

2.3.6. Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Güç İlişkisi

Psikoloji alanında yapılan araştırmalar, daha çok psikopatolojiyi tanımlama üzerine odaklanmıştır. Bu durum, araştırmacılar ve klinisyenler yalnızca insanlardaki zayıflıkları değil, aynı zamanda insanların sağlıklı gelişimini destekleyen, güçlü yönlerini de incelemenin değerini fark ettikçe değişmiştir (Valle, Huebner ve Suldo, 2006: 393-406). Pozitif psikolojinin gelişmesi ile beraber, önemli psikolojik güçlerin tanımlanması ve sınıflandırılması yapılmıştır (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Pozitif psikolojinin temel prensiplerinden biri, ölçülebilir olumlu özelliklerin, stresli yaşam olayları gibi risk faktörlerinin olumsuz etkilerinden bireyleri koruyan tamponlar olarak işlev görebileceğidir (Rutter, 2023:122-127).

Psikolojik güç ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki, doğal afetler gibi travmatik olaylara maruz kalan bireylerin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Psikolojik güç, zorluklarla başa çıkma yeteneği, içsel dayanıklılık ve esneklik gibi özellikleri ifade eder. Travma sonrası büyüme ise travmatik deneyimlerin ardından bireylerin olgunlaşma, kişisel güçlenme ve yaşamın anlamını yeniden keşfetme gibi pozitif değişimleri ifade eder (Tedeschi ve Calhoun, 2004:1-18). Araştırmalar, psikolojik gücün, travma sonrası büyüme üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Yani, bireylerin daha yüksek psikolojik güce sahip olmaları, travmatik deneyimlerle başa çıkmalarını ve bu deneyimlerden olumlu bir şekilde etkilenmelerini kolaylaştırabilir (Westphal & Bonanno, 2007:417-427). Psikolojik güç, travmatik deneyimlerle başa çıkma sürecinde önemli bir rol oynayabilir. Özellikle, zorluklar karşısında direnç gösterme ve olumlu bakış açısını koruma yeteneği, travma sonrası büyümeyi teşvik edebilir (Masten, 2011:493-506). Bu şekilde, psikolojik gücün artması, travmatik deneyimlerin ardından bireylerin daha sağlıklı ve olgunlaşmış bir şekilde adapte olmalarına yardımcı olabilir. Ancak, psikolojik güç ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki karmaşıktır ve bireyler arasında değişiklik gösterebilir. Bazı kişiler, travmatik deneyimlerden olumsuz etkilenirken, diğerleri bu deneyimlerden olumlu bir şekilde etkilenirler. Bu nedenle, psikolojik güç ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

2.3.7 Başa Çıkma Stratejileri

Stresli yaşam olayları, özellikle travmatik deneyimlerin ardından, bireylerin uyumlu ve uyumsuz başa çıkma yöntemlerini belirlemek, bilimsel çalışmaların ve tartışmaların odak noktası olmuştur. Bu alanda yapılan araştırmalar, başa çıkma yaklaşımlarını iki temel çerçevede ele almaktadır. İlk yaklaşım, başa çıkma stratejilerini problem çözmeye odaklı ya da duygusal tepkileri yönetmeye odaklı olarak sınıflandırırken, ikinci yaklaşım ise bu stratejileri duruma yaklaşmayı hedefleyen veya sorunlardan kaçınmayı amaçlayan yöntemler şeklinde değerlendirmektedir (Littleton vd., 2007: 977-988).

Problem odaklı başa çıkma stratejileri, doğrudan sıkıntıya neden olan sorunu ele alan yöntemlerdir ve stresör hakkında bilgi aramayı, bir eylem planı yapmayı ve stresörü yönetmek veya çözmek için bir sonraki adıma odaklanmayı içerir (Folkman vd., 1986: 571). Buna karşılık, duygu odaklı stratejiler, stresöre bağlı duygusal sıkıntıyı yönetmeye odaklanır ve stresörle ilgili duygulardan uzaklaşmayı, duygusal destek aramayı ve duyguları dışa vurmamayı içerir (Glanz ve Schwartz, 2008: 211-236). Araştırmalar, duygusal odaklı başa çıkma stratejisinin, bireylerin duygusal iyilik hallerini artırdığını ve travmatik deneyimlerle başa çıkmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir (Folkman & Moskowitz, 2000). Bazı araştırmacılar, problem odaklı stratejileri, sorunu aktif bir şekilde ele almaya odaklandıkları için duygu odaklı stratejilere göre daha uyumlu olarak kavramsallaştırmıştır (Masel, Terry ve Gribble, 1996: 279-300). Buna karşılık, diğerleri, problem odaklı veya duygu odaklı stratejilerin uyumluluğunun durumun kontrol edilebilirliğine bağlı olduğunu savunmuşlardır. Problem odaklı stratejilerin kontrol edilebilir durumlarda daha uyumlu, duygu odaklı stratejilerin ise kontrol edilemeyen durumlarda daha uyumlu olduğunu öne sürmüşlerdir (Folkman ve Moskowitz, 2004: 745-774).

Afet travması sonrası başa çıkma stratejileri ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında, Adhikari Baral ve KC (2019), Nepal'deki depremde sağ kalan yetişkinler üzerinde yaptığı bir çalışmada, deprem travmasıyla başa çıkma stratejileri arasında en sık kullanılanların, aktif başa çıkma ve sosyal başa çıkma olduğunu ortaya koymuştur. En az kullanılan başa çıkma stratejisi ise madde kullanımı olmuştur. Ayrıca araştırmada, dua etme, ibadet etme, Tanrı'nın yardımına inanma gibi dini başa

çıkma yöntemlerinin de kullanılan yöntemlerden olduğu ortaya konmuştur. Güneydoğu Asya depreminden sonra yapılan başka bir araştırmada, aktif problem çözme ve destek aramaya vurgu yapan başa çıkma stratejilerinin, deprem-tsunami sonrasında psikolojik uyumu belirleyen faktörlerden olduğunu ortaya konmuştur (Tang, 2006: 699-705).

Ayrıca sosyal destek arama, bireylerin travmatik deneyimlerle başa çıkmak için başvurduğu bir başa çıkma stratejisidir (Prati ve Pietrantonio, 2009: 364-388). Sosyal destek, kişinin çevresindeki insanlardan duygusal, pratik ve bilgi destekleri almasını içerir. Araştırmalar, etkili sosyal destek almanın, bireylerin travmatik deneyimlerle başa çıkmalarını kolaylaştırdığını ve travma sonrası iyilik hallerini artırdığını göstermektedir (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998: 107-132).

Bilişsel başa çıkma stratejileri, kişinin travmatik deneyimlerle başa çıkma sürecindeki düşüncelerini yönetme ve düzenleme süreçlerini içerir. Bu stratejiler, olumsuz düşünceleri yeniden yapılandırma, olayları olumlu bir şekilde yeniden çerçeveleme ve stresle başa çıkma becerilerini geliştirme gibi süreçleri içerir. Araştırmalar, etkili bilişsel başa çıkma stratejilerinin, bireylerin travmatik deneyimlerle daha esnek ve adaptif bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir (Garnefski & Kraaij, 2006: 1659-1669).

2.3.8 Psikolojik Dayanıklılık

Amerikan Psikoloji Derneği (2014), psikolojik dayanıklılığı, “zorluk, travma, felaket, tehdit veya hatta önemli stres kaynaklarıyla karşılaşıldığında iyi bir şekilde uyum sağlama süreci” olarak tanımlar. Psikolojik dayanıklılık; bireylerin değişim, zorluk ve riskli durumların üstesinden başarı ile gelebilmelerini sağlayan pozitif bir psikolojik kapasitedir (Fletcher ve Sarkar: 2013). Richardson ve arkadaşları, geliştirdikleri psikolojik dayanıklılık modelinde, hem genetik olarak belirlenen özellikler hem de süreçlerin etkili olduğunu belirtir. Yazarların görüşüne göre, hepimizin zorluklarla ve mevcut dengenin bozulmasıyla yüzleşmemizi sağlayacak doğuştan gelen bir dayanıklılık eğilimimiz vardır. Bir bireyin yaşam paradigmasının destabilizasyonu paradigması, bireyin kendisi üzerine derin bir öz-yansıma yapma ve benliğini yeniden tanımlama fırsatı sunar. İçsel farkındalık deneyimi ve kişinin kendi iç kaynaklarını

arama sürecinden, dayanıklılıkla ilgili özelliklerin tanımlanması ve güçlendirilmesi çıkar (Richardson vd., 1990: 33-39).

Yapılan tanımlamalarda çıkarılabileceği üzere psikolojik dayanıklılığın stres verici hayat deneyimleri ile başa çıkma becerisi olduğu söylenebilir. Ayrıca araştırmalarda, kişinin, yaşamında bir tehdit sayılabilecek depresyon olgusuna karşı psikolojik dayanıklılığın koruyucu bir rolü olduğu bilinmektedir (Rutter, 1985, 598-611).

Hayatı algılayış biçimini etkileyen ve olumsuz yaşam olayları ile baş etmede yardımcı olgulardan biri sosyal destektir. Sosyal destek; bireyin ihtiyaç duyması durumunda çevresinden gelebilecek duygusal, bilgisel, sosyal ve araçsal yardım olarak tanımlanmaktadır (Cohen ve Syme, 1985:3-22). Sosyal desteğin geniş bir işlevselliği vardır (Duru, 2008). Sosyal kaynaklardan yararlanabilmek ruhsal ve bedensel sağlık ile yakından ilişkilidir (Batıgün ve Kılıç, 2011). Bu bilgiden yola çıkarak algılanan sosyal desteğin depresyon gibi sıkıntı verici psikiyatrik bozukluklar üzerinde işlevsel bir yanı olduğundan söz edilebilir. Palinkas, Johnson ve Boster'in (2004) yürüttüğü bir çalışmada sosyal desteğin azalması durumunda depresyon riskinin arttığı bildirilmiştir.

2.4. Deprem Sonrası Psikososyal Desteğin Önemi

Deprem sonrası psikososyal destek, afetzedelerin travmatik deneyimlerle başa çıkmalarını kolaylaştırmak, psikolojik iyilik hallerini desteklemek ve toplumsal iyilik duygusunu artırmak için önemli bir rol oynayabilir. Depremler gibi doğal afetler, insanlar üzerinde ciddi psikolojik etkilere yol açabilir ve ruhsal iyilik hallerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu tür olaylar, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal sağlık sorunları gibi psikolojik problemlere yol açabilir (Norris vd., 2002). Bu nedenle, deprem sonrası psikososyal destek, afetzedelerin bu tür zorluklarla başa çıkabilmeleri için önemli olabilir.

Araştırmalar, etkili bir psikososyal destek sisteminin, afetzedelerin ruhsal iyilik hallerini artırabileceğini ve psikolojik sorunların önlenmesine yardımcı olabileceğini göstermektedir (Galea vd., 2005). Bu destek, duygusal destek, pratik yardım, bilgi sağlama ve toplumsal katılım gibi çeşitli şekillerde sunulabilir. Özellikle, duygusal destek sağlamak, afetzedelerin travmatik deneyimlerle başa çıkmalarına ve psikolojik iyilik hallerini artırmalarına yardımcı olabilir (Cohen & Wills, 1985).

Ayrıca, etkili bir psikososyal destek sistemi, afetzedelerin topluma entegrasyonunu ve dayanıklılıklarını artırabilir. Bu destek, afetzedelerin duygusal iyilik hallerini artırmanın yanı sıra, toplumsal dayanışma duygusunu güçlendirebilir ve toplumun afet sonrası iyileşme sürecine katılımını teşvik edebilir (Hobfoll vd., 2007).

2.4.1. Algılanan Sosyal Destek

Deprem sonrası algılanan sosyal destek, afetzedelerin travmatik deneyimlerle başa çıkmalarını kolaylaştırmak ve psikolojik iyilik hallerini artırmak için kritik bir faktördür. Sosyal destek, kişinin yaşadığı zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olabilecek duygusal, pratik ve bilgi desteği gibi kaynakları içerir. Deprem gibi doğal afetler, afetzedelerin güçlü bir sosyal destek ağına sahip olmalarını gerektirir. Araştırmalar, algılanan sosyal destek düzeyinin, afetzedelerin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Kaniasty ve Norris, 2008).

Algılanan sosyal destek, afetzedelerin duygusal iyilik hallerini artırabilir ve travmatik deneyimlerle başa çıkmalarını kolaylaştırabilir (Ozbay vd., 2007). Bu destek, afetzedelerin kendilerini daha az yalnız hissetmelerini sağlayarak, psikolojik iyilik hallerini güçlendirebilir (Thoits, 2011). Ayrıca, algılanan sosyal destek, afetzedelerin toplumlarına yeniden entegre olmalarına ve normal yaşamlarına geri dönmelerine yardımcı olabilir (Masten & Obradović, 2008). Ancak, sosyal destek ağının kalitesi ve erişilebilirliği önemlidir. Yetersiz veya olumsuz sosyal destek, afetzedelerin travmatik deneyimlerle başa çıkmalarını zorlaştırabilir ve ruh sağlığı sorunlarının riskini artırabilir (Norris vd., 2002). Sonuç olarak, deprem sonrası algılanan sosyal destek, afetzedelerin psikolojik iyilik hallerini güçlendirmek ve toplumsal iyileşmeyi teşvik etmek için kritik bir faktör olabilir. Bu destek türünün etkili bir şekilde sağlanması, afet sonrası iyileşme sürecinde önemli bir rol oynayabilir.

Tedeschi ve arkadaşları (1998) sosyal desteğin, kişinin başa çıkma yeteneklerini güçlendirdiğini ileri sürmüştür. Aynı şekilde Park ve arkadaşları da (1996) sosyal destek eksikliğinin, stres faktörlerinin gelişimiyle bağlantılı olabileceğini ortaya koymuştur. Gerçekleştirilen iki ayrı araştırmada, TSSB ile bağlantılı ancak zayıf düzeyde risk faktörleri tespit edilmiştir. Sosyal destek eksikliği ve yeniden yaşantılama örselleyici durum sonrasında görülebilecek risk faktörlerindedir (Simon vd., 2019:1-10). Cook ve Bickman (1990) tarafından yapılan bir çalışmada, doğal afet sonrasında

sosyal desteğin azalması ile psikolojik sorunların artışı arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Freedy vd., 1993). Caplan (1974), kişinin sosyal desteğe sahip olmasının, stresli ve belirsizlik durumları ile başa çıkmada önemli bir rol oynadığını belirtmiştir (Shelby ve Tredinnick, 1995:491-497).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın katılımcıları, 18-65 yaş arasında toplam 468 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların %45.10'unun erkek (n=211) ve %54.90'mın kadın (n=257) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunlukla 18-27 yaş aralığında olduğu (%37.00; n=173), bekar oldukları (%53.80; n=252), lisans mezunu oldukları (%45.90; n=215) devamlı bir işte çalıştıkları (%56.00; n=262) ve 34.007-68.014 TL arası aylık gelirlerinin olduğu (%35.50; n=166) belirlenmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine ait bilgiler Tablo 4.1'de verilmiştir. Araştırmada veri toplamak için belirtilen illerde depremi yaşayan bireyler, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışmada normal dağılımın gözlenebilmesi adına minimum 300 ila 400 kişilik veriye ulaşılması hedeflenmiştir (Büyüköztürk, 2004).

3.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların demografik bilgilerine ulaşabilmek için Demografik Bilgi Formu oluşturulmuştur. Ayrıca 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri kapsamında cevaplanması gereken 15 soru sorulmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında ayrıca, "Demografik Bilgi Formu", "Travmatik Yas Envanteri", "Travma Sonrası Büyüme Ölçeği", "Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçekleri doldurmak ortalama 15 dakika sürmektedir.

3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam ve Demografik Bilgi Formu

Katılımcılar Bilgilendirilmiş Onam aracılığıyla çalışmanın amacı, konusu ve gönüllülük esasına dayandığı konusunda bilgilendirilmiş, katılımcıların çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair bir onam alınmıştır. Katılımcılardan cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, iş durumu, ekonomik düzey ve psikolojik yardım ya da psikiyatrik yardım alıyor olma durumu ile ilgili veriler toplamak için Demografik Bilgi

formu oluşturulmuştur ve hazırlanan ölçek bataryasının en başında, Bilgilendirilmiş Onam'dan hemen sonra yer almıştır. Demografik bilgi formu EK 1'de sunulmuştur.

3.2.2. Travmatik Yas Envanteri

Boelen ve Smid (2017) tarafından geliştirilen, (Baş, Yüksel, Ülbe ve Güngör, 2020) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek 18 maddeden oluşur. Katılımcının kaybettiği kişiler arasından envanteri doldururken kaybı aklına en çok gelen ya da kaybı en çok üzen kişiyi seçerek, geçtiğimiz ay içinde bu yas tepkilerini hangi sıklıkla yaşadığını işaretlemeleri istenmiştir. Kişinin kayıp sonrası travmatik yas tepkilerini ölçen envantere "1 Hiçbir Zaman", "2 Nadiren", "3 Bazen", "4 Sık Sık", "5 Her Zaman" şeklinde, 5 dereceli likert ölçekten oluşmaktadır. Envanterin orijinal formu tek boyutlu bir yapıya sahip olup toplam puanı 18 ile 90 arasında değişmektedir. Toplam puan arttıkça travmatik yas belirtileri artmaktadır. Bu envanterin DSM-V Uzamış Yas Bozukluğu kriterlerini karşılama olasılığının yüksek olduğunu göstermek için bir kesme noktası önerilmiştir. Uzamış Yas Bozukluğu tanısı için 61 puan ve üzeri belirlenmiştir (Boelen vd., 2019: 2). Cronbach alfa katsayıları .91 ile .95 arasında değişmektedir (Boelen ve Smid, 2017b; Boelen vd., 2019).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında envanterin iç tutarlılık katsayısı toplam ölçek için .94 olarak ölçülmüştür. Faktör analizi bulgularına paralel olarak, iki alt boyut için de güvenilirlik katsayıları iyi sonuçlar vermiştir; ayrılık sıkıntısı için .92, uyum güçlükleri için ise .90 olarak ölçülmüştür. Faktör analizi sonuçlarına ek olarak, envanterin Türkçe formunun hem tüm ölçek hem de alt boyutlar için iyi iç tutarlılık katsayılarına sahip olduğu belirtilmiş ve buna bağlı olarak Türk kültüründe güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilmesi belirlenmiştir.

3.2.3. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

Travma sonrası büyüme ölçeği Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilmiştir ve Türkçe'ye uyarlaması Dürü (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve maddeler 0-5 arasında puanlanmaktadır. Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puan aralığı 0-105'tir. Ölçekten yüksek puan almak travmatik yaşantı sonrasında daha yüksek büyümeyi göstermektedir. Ölçeğin orijinalinin geliştirildiği çalışmada (Tedeschi ve Calhoun, 1996) içtutarlılığının $\alpha=.90$ düzeyinde olduğu belirtilmektedir.

Alt testlerin iç tutarlılığı da $\alpha=.67$ ve $\alpha=.85$ arasında değişmektedir. Korelasyon katsayısı .71 olarak rapor edilmektedir. Dürü (2006), iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.93$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğine faktör analizi yöntemi ile bakılmıştır. Beş faktörlü çözüm varyansın %67.84'ünü açıklamaktadır. katsayısı kişisel güç için .81, diğerleriyle ilişkiler için .88, yeni fırsatlar için .83, yaşamı takdir etme için .81 ve inançlardaki değişim için .75 bulunmuştur. Ölçeğin 5 alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar kişisel güç, diğerleriyle ilişkiler, yeni fırsatlar, yaşamı takdir etme ve inançlardaki değişimdir.

3.2.4. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Friborg vd., (2003) tarafından, psikolojik dayanıklılığı artıran koruyucu kaynakların varlığını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan YPDÖ'de, 33 madde bulunmaktadır. Ölçeğin geçerlilik çalışması için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve altı faktörlü yapı toplam %57'lik varyans açıklamıştır. Ölçeğin güvenilirliği için yapısal eşitlik modelinin iç tutarlılık değerleri; 'Kendilik Algısı' için 0.80, 'Gelecek Algısı' için 0.75, 'Sosyal Yeterlilik' için 0.82, 'Aile Uyumu' için 0.86, 'Sosyal Kaynaklar' için 0.84 ve 'Yapısal Stil' için 0.76 olarak bulunmuştur (Friborg ve ark. 2005). Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları ise öğrenci örneklemini için 0,66 ile 0,81 arasında, çalışan örneklemini için 0,68 ile 0,79 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı 0,86 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin belirli bir en düşük ve en yüksek puan aralığı veya kesme puanı yoktur. Puanların artmasıyla psikolojik dayanıklılığında arttığı, puanların azaldıkça da psikolojik dayanıklılığın azaldığı şeklinde değerlendirmesi yapılır. Ölçek altı boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte, 'yapısal stil' (3,9,15,21) ve 'gelecek algısı' (2,8,14,20) 4'er madde; 'aile uyumu' (5,11,17,23,26,32), 'kendilik algısı' (1,7,13,19,28,31,) ve 'sosyal yeterlilik' (4,10,16,22,25,29) 6'şar madde, ve 'sosyal kaynaklar' (6,12,18,24,27,30,33) ise 7 madde ile ölçülmektedir. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi serbest bırakılmıştır. 5'li Likert Ölçek'ten oluşur. Puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa, cevap kutucuklarının soldan sağa doğru 12345 olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu görüş dikkate alınırsa ölçekteki; 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-

24-25-27-31-33 numaralı sorular ters sorular olacaktır (eğer puanlar azaldıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa; cevap kutucukları 54321 olarak değerlendirilecek ve ters sorular bu durumda 2-5-6-7-9-10-17-18-19-20-21-22-26-28-29-30-32 numaralı sorular olacaktır). Bu çalışmada puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiği için sıralama 12345 olarak düzenlenmiştir.

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen bulgulara ulaşmak için SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Araştırmanın analizleri için %95 güven düzeyi kullanılmış ve aşağıdaki analizler yapılmıştır. Demografik özelliklerin belirlenmesi için frekans ve yüzde analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesi için tutarlılık ölçen cronbach's alpha analizi yapılmış ve güvenilirliklerin bu araştırma için de yeterli düzeyde olduğu görülmüştür. Ölçüm araçlarına ait katılımcıların düzeylerinin incelenmesi için betimsel analizlerden ortalama, toplam puan ve standart sapma verilmiştir. Verilerin dağılımının incelenmesi için merkezi eğilim ölçülerinden ortalama ve medyan değeri incelenirken ölçüm araçlarının basıklık-çarpıklık değerleri incelenmiştir. Ölçümler arasındaki ilişki olup olmadığını eğer ilişki varsa bu ilişki kuvveti ve yönünün belirlenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Ölçümlerden elde edilen düzeylerin demografik değişkenlere göre farkının incelenmesi için iki gruplu demografik değişkenler için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Travmatik yası yordayan değişkenleri belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular daha önce yapılan araştırmalar çerçevesinde incelenmiştir. Tartışma ve bulgular kısmı yazılarak çalışma sonlandırılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın soruları elde edilen verilerle birlikte analiz edilmiştir. Öncelikli olarak demografik verilerin betimsel analizi yapılmıştır. Sonrasında pearson korelasyon analizi, bağımsız örneklem t-testi ve travmatik yası yordayan değişkenleri belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır.

4.1. Betimsel Bulgular

Katılımcıların demografik özellikleri ve depreme ait özellikleri aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

Tablo 4.1: Örneklem Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı

Demografik Özellikler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	257	54,90
	Erkek	211	45,10
Yaş	18-27	173	37,00
	28-39	143	30,60
	40-50	109	23,30
	51 ve üzeri	43	9,20
Medeni durum	Bekar	252	53,80
	Evli	175	37,40
	Ayrılmış	41	8,80
Eğitim durumu	Lise ve altı	83	17,70
	Ön lisans	70	15,00
	Lisans	215	45,90
	Yüksek lisans	79	16,90
Devamlı bir işte çalışma durumu	Doktora	21	4,50
	Evet	262	56,00
Evin toplam gelir miktarı	Hayır	206	44,00
	0-17.002 TL	63	13,50
	17.003-34.006 TL	115	24,60
	34.007-68.014 TL	166	35,50
	68.015-136.030 TL	113	24,10
136.031 TL ve üzeri	11	2,40	
	Toplam	468	100,00

Araştırma kapsamında 468 katılımcıya ulaşılmış olup katılımcıların %54.90'ının kadın (n=257) ve %45.10'unun erkek (n=211) olduğu belirlenirken katılımcıların

çoğunlukla 18-27 yaş aralığında olduğu (%37.00; n=173), bekar oldukları (%53.80; n=252), lisans mezunu oldukları (%45.90; n=215) devamlı bir işte çalıştıkları (%56.00; n=262) ve 34.007-68.014 TL arası aylık gelirlerinin olduğu (%35.50; n=166) belirlenmiştir.

Tablo 4.2: Katılımcıların Yaşadıkları Depreme Ait Özellikler

Depreme Ait Özellikler	Gruplar	n	%
6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminde bulunulan il	Kahramanmaraş	81	17,30
	Gaziantep	84	17,90
	Şanlıurfa	36	7,70
	Diyarbakır	50	10,70
	Adana	49	10,50
	Hatay	67	14,30
	Malatya	43	9,20
	Diğer	58	12,40
Daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek alma durumu	Evet	194	41,50
	Hayır	274	58,50
Depremden sonra psikolojik veya psikiyatrik destek alma durumu	Evet	191	40,80
	Hayır	277	59,20
Psikolojik veya psikiyatrik destek alma ihtiyacı hissetme durumu	Evet	196	41,90
	Hayır	272	58,10
Deprem sonrasında devlet veya sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan psikososyal desteklerden yararlanma durumu	Evet	165	35,30
	Hayır	303	64,70
Deprem sonrasında devlet veya sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan psikososyal desteklerin yeterlilik durumu	Evet	186	39,70
	Hayır	282	60,30
Depremde yaralanma durumu	Evet	49	10,50
	Hayır	419	89,50
Depremde vefat eden yakın	Evet	245	52,40
	Hayır	223	47,60
Vefat eden kişinin yakınlık derecesi	Çekirdek aile	42	17,10
	Akraba	85	34,70
	Arkadaş	92	37,60
	Diğer	26	10,60
	Toplam	468	100,00

Katılımcıların çoğunlukla deprem zamanı Gaziantep'te oldukları (%17.90; n=84), daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek almadıkları (%58.50; n=274), depremden sonra psikolojik veya psikiyatrik destek almadıkları (%59.20; n=277), psikolojik veya psikiyatrik destek alma ihtiyacı hissetmedikleri (%58.10; n=272), deprem sonrasında

devlet veya sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan psikososyal desteklerden yararlanmadıkları (%64.70; n=303), deprem sonrasında devlet veya sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan psikososyal desteklerin yeterli olmadığını düşündükleri (%60.30; n=282), depremde yaralanmadıkları (%89.50; n=419), depremde vefat eden bir yakınlarının olduğu (%52.40; n=245) ve vefat eden kişinin katılımcının bir arkadaşı olduğu (%37.60; n=92) belirlenmiştir.

4.2. Örneklem Dağılımı ve Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın ulaşılan örneklemin dağılımı ölçüm araçlarına ait tanımlayıcı bulguları ve güvenilirlik katsayıları verilmiştir.

Tablo 4.3: Kullanılan Ölçeklerin Verilerine Ait Özellikler

Ölçümler	Madde Sayısı	Merkezi Eğilim			Basıklık-Çarpıklık		Cronbach Alpha
		Ort.	Medyan	s.s	Çarpıklık	Basıklık	
Ayrılık sıkıntısı	7	22,24	22	6,39	-0,204	-0,214	0,898
Uyumlanma güçlükleri	11	32,98	33	11,47	-0,047	-1,153	0,950
Travmatik Yas Envanteri	18	55,22	55	16,34	-0,142	-0,681	0,950
Yaşam ve kendilik algısındaki değişim	6	17,46	18	6,44	-0,144	-0,797	0,911
Yeni fırsatlar	3	8,01	8	3,43	0,013	-0,677	0,85
Diğerleri ile ilişkiler	6	16,29	16	6,29	-0,148	-0,544	0,896
Kişisel güç	3	8,45	9	3,53	-0,028	-0,867	0,897
Spiritüel ve varoluşsal değişim	3	8,70	9	3,44	-0,110	-0,586	0,852
Travma Sonrası Büyüme Ölçeği	21	58,9	59,5	19,05	-0,284	-0,295	0,948
Kendilik algısı	6	18,5	19	5,94	-0,261	-0,868	0,898
Gelecek algısı	4	12,25	12,5	4,32	-0,126	-0,929	0,897
Yapısal stil	4	12,37	12	4,00	0,011	-0,836	0,848
Sosyal yeterlilik	6	19,74	20	5,76	-0,373	-0,525	0,901
Aile uyumu	6	19,83	21	6,10	-0,291	-0,958	0,908
Sosyal kaynaklar	7	21,99	22	7,12	-0,186	-1,098	0,911
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	33	104,68	106	21,76	-0,118	-0,514	0,924

Araştırma sonucu ulaşılan verilerin dağılıma karar vermek için öncelikle merkezi eğilim ölçülerinden ortalama ve medyan değerleri incelenmiş olup ortalama ile medyan değerinin birbirine yakınsadıkları belirlenmiş ve daha sonra basıklık ile çarpıklık düzeylerinin alt sınır olan -2 ile üst sınır olan + 2 aralığında olup olmadığına bakılmış olup araştırmada kullanılan ölçüm araçların tamamının basıklık değerlerinin alt sınırı olan -2 ve üst sınırı olan +2 aralığında olduğu gözlemlenmiştir (George ve Mallery, 2010). Ayrıca dağılımın normalliğine karar vermek için kullanılan yöntemlerden bir ötekisi ise merkezi limit teoremidir ve bu teoreme göre örneklem sayısının 30 veya daha fazla olması ($n \geq 30$) gerektiğinden bu teoremden yola çıkarak farklı bir istatistiksel bakış açısı kapsamında verilerin dağılımının normal olduğu ve bu nedenle non parametrik ölçümlere göre daha güçlü olan parametrik yöntemleri içeren istatistik analizi tekniklerinin bu araştırmada kullanılmasına karar verilmiştir (Ghasemi ve Zahediasl, 2012).

Travmatik yas ve psikolojik dayanıklılık ölçeği için katılımcıların genel olarak düzeylerinin yorumlanması için 5'li likert için 0,8 puan aralığı ($4/5=0,80$) kullanılmakta olup, bu puanlama ölçeğinin başlangıç puanı olan 1 puanın üzerine 0,8 puan aralığı kadar puan eklenmekte ve her oluşan ölçüm düzeyi için puan alt ve üst sınırı hesaplanmaktadır. Bu durumda "1-1,80 aralığı çok düşük", "1,81-2,6 aralığı düşük", "2,61-3,4 aralığı orta", "3,41-4,2 aralığı yüksek" ve "4,21-5,0 aralığı çok yüksek" düzeyi göstermektedir (Durmaz, 2020).

Bu durumda katılımcıların travmatik yas düzeylerinin 55.22 ± 16.34 ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde ayrılık sıkıntısı (22.24 ± 6.39) ve uyumlanma güçlüklerinin (32.98 ± 11.47) ile orta düzeyde oldukları belirlenmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin 104.68 ± 21.76 ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde kendilik algısı (18.50 ± 5.94), gelecek algısı (12.25 ± 4.32), yapısal stil (12.37 ± 4.00), sosyal yeterlilik (19.74 ± 5.76), aile uyumu (19.83 ± 6.10) ve sosyal kaynaklar (21.99 ± 7.12) boyutlarının orta düzeyde oldukları belirlenmiştir.

Travma sonrası büyüme düzeylerinin incelenmesi için katılımcıların genel olarak düzeylerinin yorumlanması amacıyla 6'lı likert için 0.83 puan aralığı ($5/6=0.83$) kullanılmakta olup, bu puanlama ölçeğinin başlangıç puanı olan 0 puanın üzerine 0,83 puan aralığı kadar puan eklenmekte ve maksimum alınabilecek olan 5'e ulaşmaya

çalışılmaktadır. Bu durumda 0-0.83 aralığı çok düşük, 0.84-1.67 aralığı düşük, 1.68-2.51 aralığı biraz düşük, 2.52-3.35 aralığı biraz yüksek, 3.36-4.19 aralığı yüksek ve 4.20-5 aralığı çok yüksek düzeyi temsil etmektedir. Bu durumda katılımcıların travma sonrası büyüme düzeylerinin 58.90 ± 19.05 ile biraz yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde yaşam ve kendilik algısındaki değişim (17.46 ± 6.44), yeni fırsatlar (8.01 ± 3.43), diğerleri ile ilişkiler (16.29 ± 6.29), kişisel güç (8.45 ± 3.53) ve spiritüel ve varoluşsal değişim (8.70 ± 3.44) boyutlarının da biraz yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

4.3. Araştırmanın Hipotezine Ait Sonuçlar

Araştırmanın bu bölümünde ölçümler arasındaki ilişkiler için pearson korelasyon analizi, ölçümler ile demografik özelliklerin farkının incelenmesi için iki gruplu demografik değişkenler için bağımsız örneklem t-testi, travmatik yası yordayan değişkenleri belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır.

H₁: Travmatik yas envanteri ve alt boyutları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂: Travma sonrası büyüme düzeyi ve alt boyutları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₃ Psikolojik dayanıklılık düzeyi ve alt boyutları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H₄: Medeni durum, eğitim ve gelir seviyesi; travmatik yas üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.

H₅: Daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek alma, depremde vefat eden bir yakınının bulunması, kaybın yakınlık derecesi ve deprem sonrasında psikolojik ya da psikiyatrik destek alma durumu, deprem sonrasında devlet veya sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan psikososyal desteklerden yararlanma durumu; travmatik yas üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.

H₆: Travmatik yas envanteri ve alt boyutları ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H7: Travmatik yas envanteri ve alt boyutları ile travma sonrası büyüme düzeyi ve alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H8: Psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve alt boyutları ile travma sonrası büyüme düzeyi ve alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H9: Travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri, travmatik yas düzeyini anlamlı düzeyde yordar.

Araştırmanın Birinci Hipotezi

Araştırmanın birinci hipotezinin incelenmesi için cinsiyet gruplarının travmatik yas düzeyi ve alt boyutları arasındaki fark bağımsız örneklem t-testiyle incelenmiştir.

Tablo 4.4: Cinsiyet ile Travmatik Yas Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Travmatik Yas Envanteri	Cinsiyet	n	Ort.	s.s	t	p
Ayrılık sıkıntısı	Kadın	257	23,04	7,00	3,088	0,002*
	Erkek	211	21,27	5,42		
Uyumlanma güçlükleri	Kadın	257	34,05	12,43	2,295	0,022*
	Erkek	211	31,67	10,06		
TOPLAM	Kadın	257	57,10	18,29	2,843	0,005*
	Erkek	211	52,94	13,29		

*p<0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi

Katılımcıların cinsiyet gruplarının travmatik yas envanteri ve alt boyutlarından aldığı puanlar arasındaki farkın incelenmesi için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda travmatik yas envanteri düzeyi, ayrılık sıkıntısı ve uyulmama güçlükleri boyutlarının cinsiyete göre bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0.05). Puanlar incelendiğinde kadınların travmatik yas envanteri ve alt boyutlarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın İkinci Hipotezi

Araştırmanın ikinci hipotezinin incelenmesi için cinsiyet gruplarının travma sonrası büyüme düzeyi ve alt boyutları arasındaki fark bağımsız örneklem t-testiyle incelenmiştir.

Tablo 4.5: Cinsiyet ile Travma Sonrası Büyüme Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Travma Sonrası Büyüme	Cinsiyet	n	Ort.	s.s	t	p
Yaşam ve kendilik algısındaki değişim	Kadın	257	16,59	6,56	-3,259	0,001*
	Erkek	211	18,52	6,14		
Yeni fırsatlar	Kadın	257	7,35	3,51	-4,695	0,001*
	Erkek	211	8,81	3,16		
Diğerleri ile ilişkiler	Kadın	257	15,29	6,25	-3,832	0,001*
	Erkek	211	17,50	6,14		
Kişisel güç	Kadın	257	8,10	3,61	-2,405	0,017*
	Erkek	211	8,88	3,39		
Spiritüel ve varoluşsal değişim	Kadın	257	8,34	3,45	-2,497	0,013*
	Erkek	211	9,13	3,39		
TOPLAM	Kadın	257	55,67	19,35	-4,121	0,001*
	Erkek	211	62,84	17,96		

*p<0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi

Katılımcıların cinsiyet gruplarının travma sonrası büyüme düzeyi ve alt boyutlarından aldığı puanlar arasındaki farkın incelenmesi için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda travma sonrası büyüme düzeyi, yaşam ve kendilik algısındaki değişim, yeni fırsatlar, diğerleri ile ilişkiler, kişisel güç ve spiritüel ve varoluşsal değişim boyutlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0.05). Puanlar incelendiğinde erkeklerin travma sonrası büyüme düzeyi ve alt boyutlarının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın Üçüncü Hipotezi

Araştırmanın üçüncü hipotezinin incelenmesi için cinsiyet gruplarının psikolojik dayanıklılık düzeyi ve alt boyutları arasındaki fark bağımsız örneklem t-testiyle incelenmiştir.

Tablo 4.6: Cinsiyet İle Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Psikolojik dayanıklılık	Cinsiyet	n	Ort.	s.s	t	p
Kendilik algısı	Kadın	257	17,95	5,87	-2,247	0,025*
	Erkek	211	19,18	5,97		
Gelecek algısı	Kadın	257	11,79	4,49	-2,572	0,010*
	Erkek	211	12,81	4,05		
Yapısal stil	Kadın	257	11,95	4,00	-2,562	0,011*
	Erkek	211	12,89	3,94		
Sosyal yeterlilik	Kadın	257	19,75	5,63	0,032	0,974
	Erkek	211	19,73	5,92		
Aile uyumu	Kadın	257	19,70	6,03	-0,518	0,605
	Erkek	211	19,99	6,21		
Sosyal kaynaklar	Kadın	257	22,46	6,94	1,573	0,116
	Erkek	211	21,42	7,30		
TOPLAM	Kadın	257	103,58	22,18	-1,205	0,229
	Erkek	211	106,02	21,22		

*p<0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi

Katılımcıların cinsiyet gruplarının psikolojik dayanıklılık düzeyi ve alt boyutlarından aldığı puanlar arasındaki farkın incelenmesi için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil boyutlarının cinsiyete göre bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0.05). Puanlar incelendiğinde erkeklerin kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil boyutlarının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılaşma yoktur.

Araştırmanın Dördüncü Hipotezi

Araştırmanın dördüncü hipotezinin incelenmesi amacıyla demografik değişkenlerin (medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi) travmatik yas üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Kategorik değişkenler regresyon modeline dahil edilirken dummy değişken olarak kodlanmıştır.

Tablo 4.7: Travmatik Yası Yordayan Demografik Değişkenlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	B	SE	β	t	p	VIF
(Sabit)	69.496	2.164		32.113	<.001	
Medeni Durum (Evli)	-1.130	1.457	-.033	-0.776	.438	1.083
Medeni Durum (Ayrılmış)	2.062	2.493	.036	0.827	.409	1.084
Eğitim Seviyesi (Önlisans)	-2.807	2.535	-.061	-1.107	.269	1.782
Eğitim Seviyesi (Lisans)	-12.212	2.141	-.373	-5.703	<.001	2.484
Eğitim Seviyesi (Yüksek Lisans)	-13.896	2.689	-.319	-5.168	<.001	2.213
Eğitim Seviyesi (Doktora)	-22.188	4.150	-.281	-5.346	<.001	1.610
Gelir Seviyesi (17.003-34.006 TL)	-2.716	2.376	-.072	-1.143	.254	2.282
Gelir Seviyesi (34.007-68.014 TL)	-6.545	2.435	-.192	-2.688	<.007	2.959
Gelir Seviyesi (68.015-136.030 TL)	-6.646	2.655	-.174	-2.503	<.013	2.816
Gelir Seviyesi (136.031 TL ve üzeri)	-2.854	5.418	-.026	-0.527	.599	1.470

Not: $R^2 = .213$, Düzeltilmiş $R^2 = .197$, ($F(10, 457) = 12,441$, $p < .001$). Referans kategoriler: Medeni durum = Bekar; Eğitim düzeyi = Lise ve altı; Gelir = 17.002 TL ve altı. Parantez içindeki ifadeler referans kategorisine göre etkisi karşılaştırılan kategorileri ifade etmektedir.

Medeni durum, eğitim seviyesi ve gelir seviyesi değişkenlerinin travmatik yas üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olup olmadığını incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin tamamı kategorik veri olduğu için, verileri analiz ederken kukla değişken oluşturma (dummy coding) işlemi yapılmıştır. Bu bağlamda her bağımsız değişken için 1 referans kategorisi seçilip diğer kategoriler kukla değişken olarak regresyon analizine dahil edilmiştir. Medeni durum için referans kategorisi “bekar”, eğitim seviyesi için referans kategorisi “lise ve altı”, gelir seviyesi için referans kategorisi ise “0-17.002 TL” olarak belirlenmiştir. Analizin varsayımlarından olan otokorelasyon yokluğu varsayımı Durbin-Watson testi ile incelenmiş ve Durbin-Watson değerinin 1.577 oluşu üzerine, değer 1.5 ile 2.5 arasında yer alması sebebiyle otokorelasyon olmadığı sonucuna varılmıştır. Çoklu bağlantı problemi olup olmadığı VIF ve CI değerleri incelenerek kontrol edilmiştir. VIF değerleri 5’den küçük ve 1’e çok yakın olduğu için, CI değeri de 7 olarak (30’dan küçük) bulunduğu için veride çoklu bağlantı probleminin olmadığı kabul edilmiştir. Artık değerlerin (residual) normalliği incelendiğinde, çarpıklık ile basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında kalışı sebebiyle normallik varsayımı da kabul edilmiştir. Bütün varsayımların kabul edilmesinin ardından regresyon analizi sonuçları yorumlanmıştır (Field, 2018).

Regresyon analizi sonuçları, modelin genel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir, $F(10, 457) = 12.441, p < .001, \text{Adj. } R^2 = .197$. Bu, bağımsız değişkenlerin travmatik yas skorundaki varyansın %19.7'sini açıkladığını ifade etmektedir.

Medeni durumun travmatik yas üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu, evli bireylerin ($B = -1.13, p = .438$) travmatik yas düzeylerinin, bekar bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediğini ortaya koymaktadır.

Eğitim düzeyi değişkenine ilişkin bulgular, lise ve altı eğitim grubuna kıyasla daha yüksek eğitim seviyelerinin travmatik yas puanlarını anlamlı şekilde azalttığını göstermektedir. Lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyindeki bireyler, lise ve altı eğitim seviyesine sahip bireylere kıyasla daha düşük travmatik yas düzeylerine sahiptir. Lisans ($B = -12,212, p < ,000$), Yüksek Lisans ($B = -13,896, p < ,000$) ve Doktora ($B = -22,188, p < ,000$) eğitim seviyelerinin, travmatik yas üzerinde anlamlı bir azalma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ancak, Ön Lisans ($B = -2,807, p = 0,269$) değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Aylık gelir seviyesi 34.007-68.014 TL olan katılımcıların ($B = -6.545, p = <.007$) ve 68.015-136.030 TL olan katılımcıların ($B = -6,646, p = <.013$) travmatik yas düzeyleri, aylık gelir seviyesi 0-17.002 TL olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Ancak, 17.003-34.006 TL ($B = -2,917, p = 0,218$) ve 136.031 TL ve üzeri gelir grubunda ($B = -3,057, p = 0,572$) anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmanın Beşinci Hipotezi

Araştırmanın beşinci hipotezinin incelenmesi amacıyla, psikososyal değişkenlerin (daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek alma durumu, depremde vefat eden kişinin yakınlık derecesi ve deprem sonrasında psikolojik ya da psikiyatrik destek alma durumu) travmatik yas düzeyi üzerindeki anlamlı yordayıcı etkisini belirlemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin tamamı kategorik veri olduğu için, verileri analiz ederken kukla değişken oluşturma (dummy coding) işlemi yapılmıştır. Bu bağlamda her bağımsız değişken için 1 referans kategorisi seçilip diğer kategoriler kukla değişken olarak regresyon analizine dahil edilmiştir. Kaybın yakınlık derecesi değişkeni için referans kategorisi “çekirdek aile”

olarak belirlenmiştir. Diğer değişkenler için referans kategorisi “hayır” olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.8: Travmatik Yası Yordayan Kayıp ve Psikososyal Destekle İlgili Değişkenlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	B	SE	β	t	p	VIF
(Sabit)	54.318	2.982		18.217	<.001	
Daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek alma durumu	4.618	2.133	.147	2.165	<.031	1.154
Kaybın Yakınlık Derecesi (Akraba)	-5.685	2.987	-.178	-1.903	.058	2.187
Kaybın Yakınlık Derecesi (Arkadaş)	-2.567	3.005	-.082	-0.854	.394	2.291
Kaybın Yakınlık Derecesi (Diğer)	-3.213	4.176	-.065	-0.769	.442	1.790
Depremden sonra psikolojik veya psikiyatrik destek alma durumu	0.394	2.416	.013	0.163	.871	1.578
Deprem sonrasında devlet veya sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan psikososyal desteklerden yararlanma durumu	2.019	2.205	.065	.915	.361	1.282

Not: $F(6, 238) = 2.234$, $p = <.041$, $Adj. R^2 = .029$. Referans kategoriler: Kaybın yakınlık derecesi=çekirdek aile, diğer değişkenler için “hayır” olarak belirlenmiştir. Parantez içindeki ifadeler referans kategorisine göre etkisi karşılaştırılan kategorileri ifade etmektedir.

Analizin varsayımlarından olan otokorelasyon yokluğu varsayımı Durbin-Watson testi ile incelenmiş ve Durbin-Watson değerinin 1.770 oluşu üzerine, değer 1.5 ile 2.5 arasında yer alması sebebiyle otokorelasyon olmadığı sonucuna varılmıştır. Çoklu bağlantı problemi olup olmadığı VIF ve CI değerleri incelenerek kontrol edilmiştir. VIF değerleri 5’ten küçük ve 1’e çok yakın olduğu için, CI değeri de 7.50 olarak (30’dan küçük) bulunduğu için veride çoklu bağlantı probleminin olmadığı kabul edilmiştir. Artık değerlerin (residual) normalliği incelendiğinde, çarpıklık ile basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında kalışı sebebiyle normallik varsayımı da kabul edilmiştir. Bütün varsayımların kabul edilmesinin ardından regresyon analizi sonuçları yorumlanmıştır.

Regresyon analizi sonuçları, modelin genel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir, $F(6, 238) = 2.234$, $p = <.041$, $\text{Adj. } R^2 = .029$. Bu, bağımsız değişkenlerin travmatik yas skorundaki varyansın %2.9'unu açıkladığını ifade etmektedir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek almış olan katılımcılar, almamış olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek travmatik yas düzeyine sahiptir ($\beta = .147$, $p = <.031$). Kaybın akraba olması durumu, travmatik yas düzeyini anlamlı şekilde yordamamaktadır ($\beta = -.18$, $p = .058$). Kaybın arkadaş olması durumu ($p = .394$) ve diğer kategorisinde olması ($p = .442$) travmatik yas üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir. Deprem sonrası psikolojik/psikiyatrik destek alma durumu ($p=.871$) ve psikososyal desteklerden yararlanma durumu ($p = .361$) da travmatik yas puanları üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmamıştır.

Araştırmanın Altıncı Hipotezi

Araştırmanın altıncı hipotezinin incelenmesi için travmatik yas envanteri ve alt boyutları ile psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Korelasyon katsayısının 1'e yaklaşması mükemmel ilişkiyi, +, - değerler ilişkinin pozitif ya da negatif olduğunu gösterirken; 0 olması ise ilişkinin olmadığı anlamına gelir. Korelasyon katsayısının 0,80-1,00 arasında olması çok yüksek, 0,60-0,79 arasında yüksek, 0,40-0,59 orta, 0,20-0,39 arasında düşük ve $r < 0,20$ arasında çok düşük ilişki olduğu şeklinde tanımlanabilir (Fowler, Jarvis ve Chevannes, 2021).

Tablo 4.9: Travmatik Yas Envanteri ve Alt Boyutları ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Sonuçları

Ölçümler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ayrılık sıkıntısı	1									
Uyumlanma güçlükleri	0,646*	1								
Travmatik Yas	0,844*	0,954*	1							
Kendilik algısı	-0,311*	-0,328*	-0,352*	1						
Gelecek algısı	-0,420*	-0,365*	-0,420*	0,509*	1					
Yapısal stil	-0,359*	-0,261*	-0,323*	0,400*	0,363*	1				
Sosyal yeterlilik	-0,138*	-0,161*	-0,167*	0,301*	0,235*	0,16*	1			

Aile uyumu	-0,138*	-0,155*	-0,163*	0,347*	0,234*	0,238*	0,430*	1		
Sosyal kaynaklar	-0,222*	-0,265*	-0,273*	0,328*	0,335*	0,147*	0,243*	0,339*	1	
Psikolojik Dayanıklılık	-0,382*	-0,383*	-0,418*	0,732*	0,642*	0,522*	0,623*	0,690*	0,669*	1

*p<0.05; Pearson korelasyon analizi

Katılımcıların travmatik yas envanteri düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık ölçek düzeyleri arasında ($r=-0,418$, $p<0.05$) negatif orantılı orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların travmatik yas envanteri düzeyleri arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin orta düzeyde azalacağını göstermektedir.

Alt boyutlar arasında ki ilişkiler incelendiğinde katılımcıların ayrılık sıkıntısı boyutu ile gelecek algısı boyutu arasında ($r=-0,420$, $p<0.05$) negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların ayrılık sıkıntısı boyutunu arttırdıklarında gelecek algısı boyutunun da orta düzeyde azalacağını göstermektedir.

Ayrılık sıkıntısı ile kendilik algısı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -0,311$, $p < .05$). Ayrılık sıkıntısı ile yapısal stil ($r = -0,359$, $p < .05$), sosyal yeterlilik ($r = -0,138$, $p < .05$), aile uyumu ($r = -0,138$, $p < .05$) ve sosyal kaynaklar ($r = -0,222$, $p < .05$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Uyumlanma güçlükleri ile kendilik algısı ($r = -0,328$, $p < .05$), gelecek algısı ($r = -0,365$, $p < .05$), yapısal stil ($r = -0,261$, $p < .05$), sosyal yeterlilik ($r = -0,161$, $p < .05$), aile uyumu ($r = -0,155$, $p < .05$) ve sosyal kaynaklar ($r = -0,265$, $p < .05$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Travmatik yas ile kendilik algısı ($r = -0,352$, $p < .05$), gelecek algısı ($r = -0,420$, $p < .05$), yapısal stil ($r = -0,323$, $p < .05$), sosyal yeterlilik ($r = -0,167$, $p < .05$), aile uyumu ($r = -0,163$, $p < .05$) ve sosyal kaynaklar ($r = -0,273$, $p < .05$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Araştırmanın Yedinci Hipotezi

Araştırmanın yedinci hipotezinin incelenmesi için travmatik yas envanteri ve alt boyutları ile travma sonrası büyüme ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Tablo 4.10: Travmatik Yas Envanteri ve Alt Boyutları ile Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Sonuçları

Ölçümler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ayrılık sıkıntısı	1								
Uyumlanma güçlükleri	0,646*	1							
Travmatik Yas Envanteri	0,844*	0,954*	1						
Yaşam ve kendilik algısındaki değişim	-0,196*	-0,175*	-0,200*	1					
Yeni fırsatlar	-0,184*	-0,103*	-0,144*	0,554*	1				
Diğerleri ile ilişkiler	-0,080	-0,056	-0,071*	0,596*	0,638*	1			
Kişisel güç	-0,252*	-0,215*	-0,249*	0,614*	0,547*	0,580*	1		
Spiritüel ve varoluşsal değişim	-0,173*	-0,141*	-0,167*	0,579*	0,554*	0,594*	0,592*	1	
Travma Sonrası Büyüme	-0,204*	-0,162*	-0,193*	0,853*	0,779*	0,861*	0,790*	0,782*	1

*p<0.05; Pearson korelasyon analizi

Katılımcıların travmatik yas envanteri düzeyleri ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında ($r=-0,193$, $p<0.05$) negatif orantılı çok düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların travmatik yas envanteri düzeylerini arttırdıklarında travma sonrası büyüme düzeylerinin çok düşük düzeyde azalacağını göstermektedir.

Ayrılık sıkıntısı boyutu ile yaşam ve kendilik algısındaki değişim ($r = -0,196$, $p < .05$), yeni fırsatlar ($r = -0,184$, $p < .05$), kişisel güç ($r = -0,252$, $p < .05$), spiritüel ve varoluşsal değişim ($r = -0,173$, $p < .05$) ve travma sonrası büyüme ($r = -0,204$, $p < .05$) boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Uyumlanma güçlükleri boyutu ile yaşam ve kendilik algısındaki değişim ($r = -0,175$, $p < .05$), yeni fırsatlar ($r = -0,103$, $p < .05$), kişisel güç ($r = -0,215$, $p < .05$), spiritüel ve varoluşsal değişim ($r = -0,141$, $p < .05$) ve travma sonrası büyüme ($r = -0,162$, $p < .05$) boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Travmatik yas envanteri toplam puanı ile yaşam ve kendilik algısındaki değişim ($r = -0,200$, $p < .05$), yeni fırsatlar ($r = -0,144$, $p < .05$), kişilerarası ilişkiler ($r = -0,071$, $p < .05$), kişisel güç ($r = -0,249$, $p < .05$), spiritüel ve varoluşsal değişim ($r = -0,167$, $p < .05$) boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

.05) ve travma sonrası büyüme ($r = -0,193$, $p < .05$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın Sekizinci Hipotezi

Araştırmanın sekizinci hipotezinin incelenmesi için travma sonrası büyüme ölçeği ve alt boyutları ile psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Tablo 4.11: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Alt Boyutları ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Sonuçları

Ölçümler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Yaşam ve kendilik algısındaki değişim	1												
Yeni fırsatlar	0,554*	1											
Diğerleri ile ilişkiler	0,596*	0,638*	1										
Kişisel güç	0,614*	0,547*	0,580*	1									
Spiritüel ve varoluşsal değişim	0,579*	0,554*	0,594*	0,592*	1								
Travma Sonrası Büyüme	0,853*	0,779*	0,861*	0,790*	0,782*	1							
Kendilik algısı	0,308*	0,310*	0,481*	0,343*	0,293*	0,435*	1						
Gelecek algısı	0,284*	0,341*	0,335*	0,297*	0,246*	0,367*	0,509*	1					
Yapısal stil	0,279*	0,256*	0,249*	0,311*	0,268*	0,329*	0,400*	0,363*	1				
Sosyal yeterlilik	0,167*	0,122*	0,149*	0,174*	0,159*	0,189*	0,301*	0,235*	0,160*	1			
Aile uyumu	0,142*	0,160*	0,154*	0,208*	0,298*	0,220*	0,347*	0,234*	0,238*	0,430*	1		
Sosyal kaynaklar	0,103*	-0,014	0,055	0,070	0,160*	0,092*	0,328*	0,335*	0,147*	0,243*	0,339*	1	
Psikolojik Dayanıklılık	0,310*	0,272*	0,344*	0,337*	0,356*	0,394*	0,732*	0,642*	0,522*	0,623*	0,690*	0,669*	1

* $p < 0.05$; Pearson korelasyon analizi

Katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında ($r=0,394$; $p < 0.05$) pozitif orantılı çok düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların travma sonrası büyüme düzeylerini arttırdıklarında kısa psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük düzeyde de olsa artacağını göstermektedir.

Bununla birlikte, psikolojik dayanıklılık ile en güçlü ilişkiler sırasıyla kendilik algısı ($r=0,732$; $p < 0,05$), aile uyumu ($r=0,690$; $p < 0,05$) ve sosyal kaynaklar ($r=0,669$;

$p < 0,05$) boyutlarında gözlemlenmiştir. Travma sonrası büyümenin alt boyutları incelendiğinde, en yüksek korelasyonun diğerleri ile ilişkiler ($r = 0,861$; $p < 0,05$) ve yaşam ve kendilik algısındaki değişim ($r = 0,853$; $p < 0,05$) boyutlarında olduğu görülmüştür. Travma sonrası büyüme ile sosyal yeterlilik ($r = 0,189$; $p < 0,05$) ve yapısal stil ($r = 0,329$; $p < 0,05$) arasındaki ilişkilerin daha zayıf olduğu belirlenmiştir. Psikolojik dayanıklılık ile gelecek algısı ($r = 0,642$; $p < 0,05$) ve yapısal stil ($r = 0,522$; $p < 0,05$) arasında orta düzeyde pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Araştırmanın Dokuzuncu Hipotezi

Araştırmanın dokuzuncu hipotezinin incelenmesi için travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin travmatik yas üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.12: Travmatik Yas Üzerinde Etkili Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi

Sonuçları

Değişken	B	Std. Hata	β (Beta)	t	p	VIF
Sabit	88.733	3.498	-	25.368	< .001	
Psikolojik Dayanıklılık	-0.304	0.034	-0.404	-8.830	< .001	1.184
Travma Sonrası Büyüme	-0.029	0.039	-0.034	-0.739	0.460	1.184

Not. $R^2 = .176$, Düzeltilmiş $R^2 = .172$, $F(2, 465) = 49.505$, $p < .001$.

Analiz sonuçlarına göre, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F(2,465)=49.505$, $p < .001$). Modelin açıklayıcılık düzeyi incelendiğinde, travmatik yas puanlarındaki varyansın %17.6'sını açıkladığı ($R^2=.176$), düzeltilmiş R^2 değerinin ise .172 olduğu belirlenmiştir. Çoklu bağlantı istatistikleri ($VIF=1.184$), bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir.

Değişkenlerin modele katkısı incelendiğinde, psikolojik dayanıklılık puanının travmatik yas düzeyi üzerinde negatif ve anlamlı bir yordayıcı olduğu bulunmuştur ($B = -0.304$, $SE = 0.034$, $\beta = -0.404$, $t = -8.830$, $p < .001$, 95% CI [-0.371, -0.236]). Bu bulgu, psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin travmatik yas düzeylerinin daha

düşük olduğunu göstermektedir. Diğer yandan, travma sonrası büyüme puanının travmatik yas düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı tespit edilmiştir ($B = -0.029$, $SE = 0.039$, $\beta = -0.034$, $t = -0.739$, $p = .460$, $95\% \text{ CI } [-0.106, 0.048]$). Bu sonuçlar, psikolojik dayanıklılığın travmatik yas sürecinde önemli bir rol oynadığını, ancak travma sonrası büyümenin travmatik yas ile anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermektedir.



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME

Bu bölümde, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri sonrası katılımcıların yaşadıkları travmatik yası yordayan, sosyodemografik ve psikososyal değişkenleri belirlemek amacıyla yürütülen çalışmanın bulguları tartışılacaktır. Sonuçlar alan yazını ışığında ele alınacaktır. Son kısımda ise çalışmanın genel bulgularına ve kısıtlılıklarına yer verilecektir.

5.1. Katılımcıların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Katılımcıların travmatik yas düzeylerinin 55.22 ± 16.34 ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde ayrılık sıkıntısı (22.24 ± 6.39) ve uyumlanma güçlüklerinin (32.98 ± 11.47) ile orta düzeyde oldukları belirlenmiştir. Orta düzeyde travmatik yas, genellikle bireylerin hem kayıplarını kabullenme sürecinde olduklarını hem de bu sürecin duygusal ve davranışsal boyutlarıyla mücadele ettiklerine işaret edebilir. Bu bulgular, deprem gibi büyük ölçekli travmatik olayların ardından bireylerin kaybettikleri yakınlarına yönelik hem psikolojik hem de davranışsal bir yeniden uyum sürecine girdiğini gösterebilir. Ayrılık sıkıntısının orta düzeyde olması, katılımcıların büyük bir kısmının kaybettikleri yakınlarına bağlılıklarının devam ettiğini ancak bu bağlılığın yoğun bir patolojik yas tepkisine dönüşmediğini göstermektedir. Bu sonuç, Stroebe ve Schut'un (1999) Çift Süreçli Yas Modeli ile de uyumludur. Bu modele göre bireyler, yas sürecinde kayba odaklı ve yeniden uyumlanmaya odaklı süreçler arasında bir denge kurarlar. Bulgular, katılımcıların bu süreçler arasında bir denge kurarak orta düzeyde ayrılık sıkıntısı yaşadıklarını göstermektedir. Deprem gibi travmatik olaylardan sonra travmatik yas belirtilerinin arttığını gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur (Eisma vd., 2019; Li vd., 2015; Ergün ve Şenyüz, 2021).

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin 104.68 ± 21.76 ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde kendilik algısı (18.50 ± 5.94), gelecek algısı (12.25 ± 4.32), yapısal stil (12.37 ± 4.00), sosyal yeterlilik (19.74 ± 5.76), aile uyumu (19.83 ± 6.10) ve sosyal kaynaklar (21.99 ± 7.12) boyutlarının orta düzeyde

oldukları belirlenmiştir. Orta düzeyde psikolojik dayanıklılık, katılımcıların zorlayıcı yaşam koşullarına kısmen uyum sağlayabildiklerini ancak bu süreçte belirli zorluklarla karşılaştıklarını gösterebilir. Deprem sonrası travmatik süreçlerde bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını koruyabildiklerini ve bu süreçte bazı içsel ve çevresel faktörlerin etkili olduğunu gösterebilir. Psikolojik dayanıklılığın orta düzeyde seyretmesi, bireylerin yaşadıkları travmatik olaylara rağmen psikolojik olarak denge kurabildiklerine işaret etmektedir (Masten,2001). Benlik değerlerini ve gelecekleriyle ilgili umutlarını tamamen kaybetmediklerini, ancak bu travmatik süreçte benlik algılarında ve gelecek planlarında belli zorluklar yaşadıklarını düşündürmektedir. Özellikle kendilik algısı, bireyin stres ve zorluklar karşısında kendi yeterliliğine duyduğu güvenin göstergesidir (Connor ve Davidson, 2003). Çalışma bulguları travmanın bireylerin bu algısını kısmen zedelediğini ancak tamamen ortadan kaldırmadığını göstermektedir. Yapısal stil ve sosyal yeterlilik, günlük yaşamdaki organizasyonel becerilerinin ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerinin travma sonrası zarar gördüğünü, ancak bu işlevlerin belirli bir seviyede devam ettiğini düşündürmektedir. Travmatik olayların ardından bireylerin dayanıklılık düzeylerinin artırılması için psikolojik destek, sosyal kaynakların güçlendirilmesi ve aile içi uyumunun sağlanması kritik öneme sahiptir. Literatürde sosyal destek, psikolojik dayanıklılığın en önemli belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir (Luthar ve Cicchetti, 2000).

Katılımcıların travma sonrası büyüme düzeylerinin 58.90 ± 19.05 ile biraz yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde yaşam ve kendilik algısındaki değişim (17.46 ± 6.44), yeni fırsatlar (8.01 ± 3.43), diğerleri ile ilişkiler (16.29 ± 6.29), kişisel güç (8.45 ± 3.53) ve spiritüel ve varoluşsal değişim (8.70 ± 3.44) boyutlarının da biraz yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Travmatik deneyimlerin ardından bireylerin olumlu değişim ve büyüme göstermeleri alan yazınla uyumludur. TSB'nin biraz yüksek düzeyde olması, literatürde travma sonrası büyüme kuramıyla uyumlu bir sonuçtur (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Özellikle toplumsal dayanışma, güçlü sosyal destek ağları ve kişisel anlam arayışı, travma sonrası büyümeyi kolaylaştıran faktörler arasında sayılmaktadır. Bu bulgular, katılımcıların hem bireysel hem de toplumsal düzeyde bu tür desteklerden faydalanmış olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, travmanın niteliği ve kişisel baş etme

mekanizmaları, TSB düzeylerinde bireysel farklılıkları açıklamada önemli rol oynayabilir.

5.2. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu araştırmanın sonuçlarına bakıldığında travmatik yas, cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde kadınların travmatik yas envanteri ve alt boyutlarında erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Literatürde kadınların travmatik yas tepkilerinin daha yüksek bulunduğu çalışmalar mevcuttur (Burkeand Neimeyer, 2013; Zhou vd.,2020). Cinsiyet farklılıklarının bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (Lund, Caserta ve Dimond, 1986; Bierhals vd.,1996; Boelen, 2003;Stelzer vd, 2019, Lunderoff vd., 2020). Bir araştırmada, eş kaybı yaşamış kişilerde, kadın cinsiyette, travmatik yas düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin, kadınların daha fazla duygusal sıkıntı yaşamaları olabileceğine değinilmiştir (Chen vd., 1999:367-380; Gilbar ve Dagan,1995). Bu durum, kadınların duygularını daha çabuk tespit edip, ifade ettiklerini, erkeklerin ise kayıpla ilgili duygularının farkında olmayabileceğini ve olsalar dahi bu düşünce ve duyguları bilinçli bir şekilde ele almalarının birkaç yıl sürebileceği şeklinde speküle edilebilir. Başka bir açıklama, kadınların, olumsuz ruh sağlığı sonuçlarının gelişimiyle ilişkili kişilik özellikleri (örn. nevrotiklik, duygulara açıklık) açısından erkeklerden daha yüksek puan aldığı, stresli yaşam olayları karşısında daha fazla kaygılandığı şeklindedir (Bienvenu vd., 2004;Costa vd., 2001;Craske, 2003). Kültürel farklılıklar, sosyal normlar erkeklerin duygularını ifade etmelerini kısıtlayabilir, farklı şekilde yas tutmalarına neden olabilir (Creighton vd., 2013).

TSB'nin tüm boyutlarda, erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldığı görülmüştür ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Bu bulgular erkeklerin travma sonrası daha fazla kişisel güç, yeni fırsatlar, ilişki kurma ve varoluşsal değişim yaşadığını göstermektedir. Ancak bir dizi çalışma da cinsiyet farkı olmadığını (Çimen, 2020:158-174) ya da zıt cinsiyet ilişkisi olduğu ortaya konmuştur (Hooper, 2003; Polatinsky ve Esprey, 2000:709-718). Literatürde kadınların TSB düzeylerinin daha yüksek olduğuna işaret eden araştırmaların sayısal üstünlüğü, sosyal destek aramada cinsiyet farklılıkları, kadınların duygusal ifadeye ve ilişki odaklı başa çıkma yöntemlerine yatkınlığı gibi faktörlerle açıklanabilir. (Jin, Xu ve Liu, 2014; Park,

Cohen ve Murch, 1996: Tedeschi ve Calhoun, 1996: Bellizzi, 2004: Jang, 2005). Bu sonuçlar, cinsiyetin TSB üzerindeki etkisinin sabit bir kuraldan ziyade bireysel, kültürel ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterdiğini ortaya koyabilir. TSB seviyelerindeki cinsiyet farkı, toplumsal cinsiyet rollerine ve beklentilerine, travmanın türü ve şiddetine, afetin etkilediği bölgenin kültürüne ve toplumsal destek unsurlarına göre değişkenlik göstermiş olabilir. Ayrıca literatürdeki, travmatik durumlar karşısında destek arayışı ile ilgili bir çalışmada, başa çıkma davranışında cinsiyet farklılıkları olduğu ortaya konmuştur. Lopes Cardozo vd. (2005), kadınların, aile, arkadaşlar ve sağlık çalışanlarına yardım için başvurduklarını, erkeklerin ise danışmanlara başvurduklarını ortaya koymuştur. Scholte ve arkadaşları (2004) ise kadınların destek için eşinin ailesine yönelme olasılığının erkeklere göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca başka bir çalışmada, erkeklerin bir sorunu doğrudan ele alma olasılığının daha yüksek olduğu, kadınların ise sorunları duygusal bir şekilde ele aldıklarını ve bunları arkadaşları ve aileleri ile tartışarak, daha fazla zaman harcadıkları ortaya konmuştur (Tamres, Janicki ve Helgeson, 2002:2-30). TSB'nin erkek katılımcılarda daha yüksek çıkması şu şekilde yorumlanabilir: Deprem travması gibi durumlarda, pratik çözümler üreten ve somut adımlar atan erkekler, hem travmanın etkisini hafifletmek hem de hayatlarını yeniden düzenlemek için avantaj elde edebilirler. Çözüm odaklı yöntemler, erkeklerin kendilerini daha güçlü ve kontrolde hissetmelerine olanak tanıyabilir ve bu da TSB düzeylerini artırabilir. Toplumda, erkeklerden genellikle daha dayanıklı ve problem çözmeye yönelik bir tutum sergilemeleri beklenir. Bu rol beklentisi, erkeklerin travmalarla yüzleşme biçimlerini şekillendirmiş olabilir. Deprem sonrası yeniden yapılanma sürecinde aktif roller üstlenmeleri, bu süreçte büyüme göstermelerine katkıda bulunabilir. Kadınların ise daha çok duygusal destek arayışı içinde oldukları ve duygularını paylaşma yoluyla başa çıkmaya çalıştıkları için bu durum, duygusal yükün hafiflemesine yardımcı olsa da, bazı durumlarda TSB için gerekli olan aktif ve çözüm odaklı mekanizmaları yeterince harekete geçirmemiş olabilir (Matud, 2004:1401-1415).

Bu bilgiler ışığında, TSB'nin erkek katılımcılarda daha yüksek çıkması şu şekilde yorumlanabilir: Deprem travması gibi durumlarda, pratik çözümler üreten ve somut adımlar atan erkekler, hem travmanın etkisini hafifletmek hem de hayatlarını yeniden düzenlemek için avantaj elde edebilirler. Deprem gibi bir felaketin ardından, erkekler genellikle kurtarma, yeniden inşa ve koruma gibi aktif görevler üstlenebilir. Bu roller,

bireyde bir anlam ve amaç duygusu oluşturarak travma sonrası büyümeyi tetikleyebilir. Erkeklerin travmayı inkar etme ya da doğrudan yüzleşme gibi eğilimleri, ilk etapta travmanın etkilerini daha az hissetmelerine sebep olmuş olabilir. Bu yaklaşım, daha sonra travmayı anlamlandırarak büyüme sürecine dönüştürmelerine katkı sağlayabilir. Türkiye gibi toplumlarda, erkeklere yüklenen güçlü ve dayanıklı olma beklentisi, travma sonrası büyümeyi motive edici bir faktör olabilir. Bununla birlikte, bu sonuçlar genellenebilir olmaktan ziyade, bireysel farklılıklar, travmatik olaylarla baş etme farklılıkları, sosyal destek düzeyi ve kişilik özellikleri gibi faktörlere de bağlıdır. Bu durum, TSB'nin yalnızca bireysel bir süreç değil, aynı zamanda psikososyal ve kültürel dinamiklerin bir yansıması olduğunu gösterebilir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık alt boyutları düzeylerine baktığımızda cinsiyete göre anlamlı fark bulunamamıştır. Erkeklerin kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil alt boyutlarında, kadınlardan daha yüksek olduğu psikolojik puanları aldığı belirlenmiştir. Literatürde, cinsiyetin PD üzerindeki etkisi ile ilgili yapılan çalışmalarda, ortak bir sonuca ulaşılamamıştır. PD cinsiyet farklarına ilişkin olarak alanyazın incelendiğinde psikolojik dayanıklılığın erkeklerde daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar (Stratta vd.,2013: Bonanno vd.,2008: Portnoy vd., 2018: 845-855) bulunmakla birlikte, tam tersine kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilen çalışmaların da mevcut olduğu görülmüştür (Masood vd., 2016: Wasonga vd.,2003). Bir çalışmada erkeklerin ve sosyoekonomik statü, eğitim, gelir seviyesi gibi kaynaklar bakımında daha yüksek seviyeye sahip olan kişilerin, daha fazla psikolojik dayanıklılık göstermekle ilişkilendirildiği ortaya konmuştur (Kjellstrand & Harper, 2012:311-327). Ayrıca literatürdeki diğer araştırmalar, daha yüksek PD seviyesinin bazı bireysel faktörlerle ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur. Bu faktörler, eğitim seviyesinin yüksekliği ve ileri yaşlır (Bonanno vd., 2011; Brewin, Andrews ve Valentine, 2000). Ayrıca travmaya daha hafif şiddette maruziyet, psikososyal unsurlar, örneğin iyimserlik, sosyal destek, bilişsel esneklik ve aktif baş etme yöntemleri de PD ile bağlantılıdır (Iacoviello ve Charney, 2014; Lamond vd., 2008; Pietrzak vd., 2009). Psikolojik dayanıklılık, karmaşık ve birden fazla faktör tarafından belirlenen bir olgudur ve hem bir süreç hem de bir sonuç olarak kavramsallaşmıştır (Litz, 2014; Mancini ve Bonanno, 2009). Asker ve gazilerle yapılan bir başka çalışmada, erkeklerin kadınlardan daha yüksek PD seviyesine sahip olduğu ortaya konulmuştur (Portnoy vd.,

2018: 845-855). Bu çalışmada elde edilen PD ve cinsiyet değişkeni ile ilişkili veriler literatür ile tutarlıdır.

5.3. Travmatik Yası Yordayan Demografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Medeni durum, eğitim seviyesi ve gelir seviyesi değişkenlerinin travmatik yas üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olup olmadığını incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizi sonuçları, modelin genel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir, $F(10, 457) = 12.441$, $p < .001$, $Adj. R^2 = .197$. Bu, bağımsız değişkenlerin travmatik yas skorundaki varyansın %19.7'sini açıkladığını ifade etmektedir.

Medeni durumun ise travmatik yas düzeyini anlamlı biçimde yordamadığı bulunmuştur. Literatürde medeni durumun yas tepkileri üzerindeki etkisine baktığımızda ortak bir sonuca ulaşamamıştır. Bazı araştırmalar evli bireylerin yas sürecinde daha düşük düzeyde psikolojik semptom yaşadığını bildirirse de (Stroebe ve Schut, 2007), diğer çalışmalar medeni durumun tek başına travmatik yasin şiddetini açıklamada yeterli olmadığını göstermektedir. Örneğin, Lund ve arkadaşları (2010), medeni durumun yas tepkileri üzerinde doğrudan belirleyici bir etkisinin bulunmadığını, bunun yerine sosyal destek, ilişki doyumu ve kaybın beklenmedikliği gibi faktörlerin daha güçlü yordayıcılar olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar, medeni durumun tek başına bireylerin yas sürecindeki duygusal tepkilerini belirlemede yeterli bir değişken olmayabileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, çalışmamızın bulguları literatürdeki bazı çalışmalarla paralellik göstermekte ve travmatik yasin çok boyutlu bir olgu olduğunu desteklemektedir.

Eğitim düzeyi değişkenine ilişkin bulgular, lise ve altı eğitim grubuna kıyasla daha yüksek eğitim seviyelerinin travmatik yas puanlarını anlamlı şekilde azalttığını göstermektedir. Lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyindeki bireyler, lise ve altı eğitim seviyesine sahip bireylere kıyasla daha düşük travmatik yas düzeylerine sahiptir. Lisans ($B = -12,212$, $p < ,000$), Yüksek Lisans ($B = -13,896$, $p < ,000$) ve Doktora ($B = -22,188$, $p < ,000$) eğitim seviyelerinin, travmatik yas üzerinde anlamlı

bir azalma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ancak, Ön Lisans ($B = -2,807$, $p = 0,269$) değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Travmatik yas ile eğitim seviyesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, eğitim düzeyinin yas tepkilerini etkileyebileceğini göstermektedir. Buur ve arkadaşları (2024), daha düşük eğitim düzeyinin travmatik yas semptomlarının artmasında önemli bir öngörücü olduğunu ve daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin, daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylere kıyasla travmatik yas geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Eğitim seviyesi ile travmatik yas gelişimi arasındaki ilişkiyi etkileyebilecek başka faktörlerin de olabileceği düşünülmektedir. Bu faktörlerden biri, lisans ve üzeri eğitim almış bireylerin kayıpla başa çıkarken bilişsel süreçleri daha etkin kullanabilmeleri olabilir. Christensen ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, lise ve altı eğitim seviyesine sahip kişilerin daha çok kaçınma temelli başa çıkma yöntemlerini tercih ettikleri, lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki kişilerin ise problem çözme odaklı stratejileri daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Ayrıca, kayıp sonrası toparlanma sürecinde sosyal kaynakların kullanımının da önemli bir etken olabileceği öne sürülmektedir (Boelen ve vd., 2019). Literatürde, yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin daha düşük yas belirtileri gösterdiği, eğitim seviyesinin yası yordayan değişkenlerden olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (Heeke ve ark., 2017; Lundorff ve ark., 2017; Wilson ve ark., 2022). Bu durum, eğitilmiş bireylerin daha etkili başa çıkma stratejileri geliştirebilmeleriyle açıklanabilir. Yüksek eğitim seviyesinin, bireylerin yas sürecinde daha etkili başa çıkma mekanizmaları geliştirmelerine ve sosyal destek kaynaklarına daha kolay erişmelerine olanak tanıdığı düşünülebilir. Eisma ve Büyükcan-Tetik'in (2025) yaptığı bir çalışmada, üniversite mezunu bireylerin, daha düşük eğitim seviyesine sahip olanlara kıyasla daha az uzamış yas semptomları bildirdiği bulunmuştur. Bu bulgu, eğitim düzeyinin travmatik yas üzerindeki koruyucu etkisini desteklemektedir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip kişiler, kaybı zihinsel bir problem çözme süreci olarak ele alıp, duygusal düzenleme stratejilerini daha etkin kullanabiliyor olabilirler. Ayrıca eğitim düzeyi arttıkça, yaşla baş etmek için ulaşılabilecek kaynaklara verilen önem artabilir. Kişi yaşla baş etmek için uzmanlara başvurabilir ve böyle durumlarda destek almanın önemini daha iyi kavrayabilir.

Aylık gelir seviyesi 34.007-68.014 TL olan katılımcıların ($B = -6.545$, $p = <.007$) ve 68.015-136.030 TL olan katılımcıların ($B = -6,646$, $p = <.013$) travmatik yas düzeyleri,

aylık gelir seviyesi 0-17.002 TL olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Ancak, 17.003-34.006 TL ($B = -2,917$, $p = 0,218$) ve 136.031 TL ve üzeri gelir grubunda ($B = -3,057$, $p = 0,572$) anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde, düşük sosyoekonomik düzeyin yas sürecini olumsuz etkilediğine dair bulgular bulunmaktadır. Daha yüksek gelir seviyesine sahip olmak ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip olmak travmatik yasa karşı koruyucu faktörlerdendir (Boelen vd., 2019; Cacciatore, Killian ve Harper, 2016; Kersting vd., 2011). Gelir seviyesinin yüksek olması yaşam koşullarının göreceli olarak daha stabil olmasını sağlamasını sağlayabilir, bu da yas tepkilerini düzenlemede dolaylı koruyucu bir faktör olarak işlev görebilir. Gelir düzeyinin artması ile birlikte, koruyucu kaynaklara erişim daha ulaşılabilir hale gelebilir, psikolojik desteğe ulaşımı kolaylaştırabilir, kaliteli hizmete bir hizmete ulaşma imkan verebilir. Gelir düzeyinin daha yüksek olması, bireylerin kayıp sonrası psikososyal destek hizmetlerine erişimini kolaylaştırabileceği, yaşam koşullarını daha iyi sürdürebilmelerine olanak tanıyabileceği ve stresle başa çıkma kapasitelerini artırabileceği için travmatik yas düzeylerini azaltıcı bir rol oynamış olabilir. Ancak 136.031 TL ve üzeri gelir grubunda anlamlı bir fark bulunmaması, çok yüksek gelir seviyesinde yas sürecinin sadece maddi kaynaklarla açıklanamayabileceğini, kaybın niteliği, sosyal destek ağı, bireysel psikolojik dayanıklılık gibi faktörlerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, çalışmamız gelir düzeyinin travmatik yas üzerinde belirleyici bir değişken olabileceğini göstermekte, ancak bu ilişkinin doğrusal bir biçimde işlemediğine ve farklı gelir gruplarında yas tepkilerinin çeşitli etmenlere bağlı olarak değişebileceğine işaret etmektedir.

5.4. Travmatik Yası Yordayan Kayıp ve Psikososyal Desteklerle İlgili Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Regresyon analizi sonuçları, modelin genel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir, $F(6, 238) = 2.234$, $p = <.041$, $Adj. R^2 = .029$. Bu, bağımsız değişkenlerin travmatik yas skorundaki varyansın %2.9'unu açıkladığını ifade etmektedir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek almış olan katılımcılar, almamış olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek travmatik yas düzeyine sahiptir ($\beta = .147$, $p = <.031$). Kaybın akraba olması durumu, travmatik yas düzeyini

anlamli şekilde yordamamaktadır ($\beta = -.18, p = .058$). Kaybın arkadař olmasý durumu ($p = .394$) ve diđer kategorisinde olmasý ($p = .442$) travmatik yas üzerinde anlamli bir etki göstermemiřtir. Deprem sonrası psikolojik/psikiyatrik destek alma durumu ($p=.871$) ve psikososyal desteklerden yararlanma durumu ($p = .361$) da travmatik yas puanları üzerinde anlamli bir yordayıcı olmamıřtır.

Bu sonuç, travmatik yaşantılar sonrasında psikolojik destek arayışına giren bireylerin, yas süreçlerinde daha yoğun duygusal belirtiler yaşadıklarına işaret edebilir. Literatürde, psikolojik destek arayışının genellikle yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşayan bireylerde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Andersen, 1995; Vogel, Wester ve Larson, 2007). Travmatik yas deneyimleyen bireyler, yasin etkileriyle başa çıkmakta güçlük yaşadıklarında profesyonel destek arayışına girebilmekte; dolayısıyla destek alma durumu, bireyin yaşadığı travmatik yasin şiddetinin bir yansıması olabilmektedir. Bu bulgu, travmatik yas belirtilerinin yalnızca kayıp sonrası ortaya çıkan doğal süreçlerin ötesinde, bireyin genel ruh sağlığı üzerinde daha derin etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Çalışmada kaybın kim olduğuna (akraba, arkadaş, diğer) ve depremin ardından psikolojik/psikiyatrik ya da psikososyal desteklerden yararlanma durumlarına ilişkin değişkenler ise travmatik yas üzerinde anlamli bir yordayıcı olmamıştır. Bu bulgu, kaybın yakınlık derecesinden ya da alınan destek hizmetlerinin varlığından ziyade, bireysel yas sürecindeki öznel deneyimlerin ve kişisel faktörlerin daha belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, destek alma sürecinde bireylerin kaybı daha fazla fark etmesi, duygularını daha fazla yüzeye çıkarması ve kayıplarını daha derin bir şekilde işlemesi şeklinde yorumlanabilir. Psikososyal müdahaleler genellikle bireyin kayıpla yüzleşmesini teşvik eder, bu da ayrılık sıkıntısını artırabilir ancak uzun vadede iyileşme sürecine katkıda bulunabilir. Psikososyal destek hizmetlerinin temel amacı genellikle bireylerin temel ihtiyaçlarının karşılanması, güven duygusunun yeniden tesis edilmesi ve kriz durumuna uyumlarının kolaylaştırılmasıdır (Hobfoll vd., 2007). Dolayısıyla, bu tür desteklerin kısa vadeli stres tepkilerini hafifletmeye odaklanması, derinleşmiş yas gibi uzun süreli ve karmaşık duygusal süreçler üzerinde sınırlı bir etkiye sahip olmasına yol açmış olabilir. Ayrıca psikososyal müdahalelerin niteliği ve süresi de bu sonucu etkileyen faktörlerden biri olabilir. Deprem gibi büyük afetlerden sonra sunulan psikososyal destekler çoğunlukla grup temelli, kısa süreli olabilir ve bu durum bireyselleştirilmiş duygusal işleme fırsatı sunmayabilir. Bu durum, bireylerin yaşadıkları kayıpları

anlamlandırma ve yas süreçlerini yapılandırma ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamış olabilir. Psikososyal desteklere katılımın gönüllülük esasına dayanması ve bireylerin bu süreçlerden ne düzeyde yararlandıklarının farklılık göstermesi de etkiyi sınırlamış olabilir. Sonuç olarak, bu çalışmada elde edilen bulgular, deprem gibi toplumsal düzeyde travmatik kayıpların ardından psikolojik destek almanın bireylerin yas süreçleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymakta; aynı zamanda, travmatik yasin anlaşılması için bireyin yalnızca aldığı destek hizmetlerine değil, yaşadığı kaybın bireysel anlamına ve içsel faktörlere de odaklanılması gerektiğini göstermektedir.

5.5. Travmatik Yas Envanteri ve Alt Boyutlarının Araştırmada Kullanılan Diğer Ölçeklerle Korelasyonlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Katılımcıların travmatik yas envanteri düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık ölçek düzeyleri arasında ($r=-0,418$, $p<0.05$) negatif orantılı orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların travmatik yas envanteri düzeyleri arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin orta düzeyde azalacağını göstermektedir. Başka bir deyişle, aniden veya şiddetli bir kayıp yaşayan katılımcılar, yas sürecinde görece daha düşük psikolojik esneklik ve başa çıkma kapasitesi sergilemektedir. Travmatik yas, bireyin kayıp sonrası yaşadığı yoğun duygusal sıkıntılar ve bu süreçteki uyumlanma güçlükleri ile karakterize edildiğinden, psikolojik dayanıklılığın bu süreçte zayıflama eğilimi göstermesi beklenebilir. Bulgular, yas sürecinin psikolojik dayanıklılık üzerindeki olumsuz etkilerini ele alan literatürle uyum içerisindedir (Celik, 2013:832, Bonanno, 2011). Fakat bazı çalışmalarda, özellikle afet sonrası yas süreçlerinde dayanıklılığın, bireylerin hem duygusal hem de işlevsel düzeyde daha sağlıklı kalabilmelerini sağlayan önemli bir koruyucu faktör olduğu ortaya konmuştur (Chen & Bonanno, 2020). Çalışmamızda travmatik yas arttıkça dayanıklılık düzeyinin düştüğü gözlemi, bu koruyucu rolün tersi yönde de işleyebileceğini göstermektedir. Yani yüksek yas yaşayan kişilerde psikolojik dayanıklılık kaynakları yetersiz kalabilir, dolayısıyla psikolojik direnç azalabilir.

Katılımcıların travmatik yas envanteri düzeyleri ile travma sonrası büyüme düzeyi arasında ($r=-0,193$, $p<0.05$) negatif orantılı çok düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların travmatik yas envanteri düzeylerini arttırdıklarında travma sonrası büyüme düzeylerinin çok düşük düzeyde azalacağını

göstermektedir. Literatür ışığında değerlendirildiğinde, yas sürecinin bireylerin travma sonrası olumlu dönüşüm süreçlerini sınırladığı veya bu süreçleri geciktirebileceği anlaşılmaktadır. Ancak ilişkinin düşük düzeyde olması, yas sürecinin her zaman travma sonrası büyümeyi olumsuz etkilemeyebileceğini, bazı bireylerde bu sürecin kişisel büyümeye olanak sağlayabileceğini de düşündürmektedir. Ayrılık sıkıntısı ile kişisel güç boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,252$; $p<0.05$). Bu sonuç, bireylerin ayrılık sıkıntısı düzeyi arttıkça kişisel güç boyutlarının düşük düzeyde azaldığını göstermektedir. Ayrılık sıkıntısının, bireylerin travmatik süreçlerle başa çıkabilme ve içsel dayanıklılık geliştirme kapasitelerini sınırlayabileceği söylenebilir. Yaşam ve kendilik algısındaki değişim ile travmatik yas alt boyutları arasında ($r=-0,200$; $p<0.05$) negatif yönde çok düşük düzeyde ilişkiler olduğu görülmektedir. Bu durum, bireylerin yas sürecinde kendilik algılarında meydana gelen olumlu değişimlerin sınırlı düzeyde etkilendiğini göstermektedir. Spiritüel ve varoluşsal değişim ile uyumlanma güçlükleri arasındaki düşük düzeyde negatif ilişki ($r= -0,131$; $p<0.05$) ise bireylerin yas sürecinde anlam arayışlarının, uyumlanma güçlüklerini kısmen azaltabileceğini düşündürmektedir. Bulgular, travmatik yasin travma sonrası büyüme üzerindeki etkilerini anlamada önemli ipuçları sunsa da, ilişkinin çok düşük düzeyde olması, bireylerin bu süreçlere farklı tepki verebileceğini göstermektedir (Wozniak vd., 2020:227). Literatürde, kaybın pozitif bir etkisinin TSB olduğu ifade edilmiştir (Calhoun ve Tedeschi, 2006). Ayrıca TSB yaşanmasını etkileyen faktörlerin, yas tutan kişinin yaşı, sosyal destek, ölüm üzerinden geçen vakit, dini inanç ve aktif bilişsel başa çıkma yöntemleri olduğu ifade edilmiştir (Michael ve Cooper, 2013:18-33). Bir araştırmada, TSB ve travmatik yas arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya konmuştur (Johnsen ve Afgan, 2021:246-259).

Katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında ($r=0,394$; $p<0.05$) pozitif orantılı çok düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç katılımcıların travma sonrası büyüme düzeylerini arttırdıklarında kısa psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük düzeyde de olsa artacağını göstermektedir. Bununla birlikte, psikolojik dayanıklılık ile en güçlü ilişkiler sırasıyla kendilik algısı ($r=0,732$; $p<0,05$), aile uyumu ($r=0,690$; $p<0,05$) ve sosyal kaynaklar ($r=0,669$; $p<0,05$) boyutlarında gözlemlenmiştir. Travma sonrası büyümenin alt boyutları incelendiğinde, en yüksek korelasyonun diğerleri ile ilişkiler ($r=0,861$; $p<0,05$) ve yaşam ve kendilik algısındaki değişim ($r=0,853$; $p<0,05$)

boyutlarında olduğu görülmüştür. Travma sonrası büyüme ile sosyal yeterlilik ($r=0,189$; $p<0,05$) ve yapısal stil ($r=0,329$; $p<0,05$) arasındaki ilişkilerin daha zayıf olduğu belirlenmiştir. Psikolojik dayanıklılık ile gelecek algısı ($r=0,642$; $p<0,05$) ve yapısal stil ($r=0,522$; $p<0,05$) arasında orta düzeyde pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Bu sonuç, travma sonrası büyüme düzeyindeki artışın, bireylerin psikolojik dayanıklılık seviyelerinde de bir artışla ilişkili olduğunu göstermektedir. Ancak ilişkinin düşük düzeyde olması, bu iki değişken arasında kuvvetli bir bağ olmadığını ortaya koymaktadır. Psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarından "kendilik algısı" ile travma sonrası büyümenin "diğerleri ile ilişkiler" boyutu arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,481$; $p<0,05$). Bu bulgu, bireylerin kendilik algılarında olumlu bir gelişim sağladıklarında, sosyal ilişkilerinde de anlamlı bir iyileşme yaşayabileceklerini ortaya koymaktadır. Travmatik deneyimler sonrasında bireylerin kendilerine dair olumlu bir bakış açısı geliştirmesi, başkalarıyla daha sağlıklı ilişkiler kurabilmesinde kritik bir rol oynayabilir. Bu bulgu, literatürde sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkileri ele alan çalışmaları destekler niteliktedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Finstad vd., 2021:1-24). Özellikle travma sonrası süreçte, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesinin, bireylerin hem kendilik algılarını hem de diğerleri ile ilişkilerini olumlu yönde etkileyebileceği söylenebilir. TSB, kişilerin hayatlarındaki deneyimleri yeniden çerçevlendirmelerini ve travmatik bir olaydan anlamlı bir kişisel gelişim dersi çıkarabilmelerini sağlar. Literatüre bakıldığında, TSB ve PD arasında yakın bir korelasyon olduğu düşünülmektedir (Henson, Truchot, & Canevello, 2021). Yapılan bir araştırmada TSB ve PD arasında doğrudan ve pozitif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Li ve Hu, 2022: 1-11). Bir başka araştırmada, PD'nin TSB üzerinde öngörücü bir etkisi bulunmuştur (Yıldız, 2021:1876-1887). Fakat bazı yazarlar, psikolojik dayanıklılığın TSB'yi azaltabileceğini öne sürmektedir. Bunu açıklarken, dayanıklı bireylerin zorluklarla diğerlerine kıyasla daha az mücadele etmeye eğilimli olmaları ve dolayısıyla TSB ile ilişkili anlam oluşturma davranışlarına daha az yönelmelerini ortaya koymuşlardır (Levine vd., 2009:282-286). Araştırma bulguları, travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin varlığını doğrulamakla birlikte, bu ilişkinin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir ve alanyazınla örtüşmektedir.

5.6. Travmatik Yas Üzerinde Etkili Faktörlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, travmatik yas üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ($F(2,465) = 49.505$, $p < .001$) ve travmatik yas puanlarındaki varyansın %17,6'sını açıkladığını göstermiştir ($R^2 = .176$; düzeltilmiş $R^2 = .172$).

Değişkenlerin modele katkıları incelendiğinde, psikolojik dayanıklılık düzeyinin travmatik yas düzeyini negatif ve anlamlı bir şekilde yordadığı bulunmuştur ($B = -0.304$, $\beta = -0.404$, $p < .001$). Bu bulgu, psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin travmatik yas belirtilerinin daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde, psikolojik dayanıklılığın bireylerin travmatik olaylar sonrasında psikolojik iyilik hâlini korumalarına yardımcı olan önemli bir koruyucu faktör olduğu sıkça vurgulanmaktadır.

Psikolojik dayanıklılık, bireylerin stresli yaşam olaylarına karşı esneklik göstererek işlevselliklerini sürdürebilmelerini sağlamaktadır. Alanyazın ile araştırmanın bulguları tutarlıdır ve psikolojik dayanıklılığın travmatik yas sürecinde önemli bir koruyucu rol oynadığını desteklemektedir.

Öte yandan, travma sonrası büyümenin travmatik yas düzeyini anlamlı bir şekilde yordamadığı bulunmuştur ($B = -0.029$, $\beta = -0.034$, $p = .460$). Bu sonuç, travma sonrası büyüme düzeyinin travmatik yas deneyimi üzerinde belirleyici bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir. Literatürde travma sonrası büyümenin, bireylerin travmatik deneyim sonrasında olumlu psikolojik değişimler yaşamasıyla ilişkili olduğu belirtilmekle birlikte, büyümenin özellikle uzun vadede ortaya çıktığı ve doğrudan yas belirtileri üzerindeki etkisinin her zaman belirgin olmadığı vurgulanmaktadır. Dolayısıyla, mevcut bulgu, travmatik yasin akut evresinde travma sonrası büyümenin koruyucu bir faktör olarak devreye girmediği ya da bireylerin büyüme süreçlerinin henüz tamamlanmamış olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bulgular, dayanıklılığın kayıplara karşı psikolojik uyum sürecinde merkezi bir rol oynadığına dair literatürdeki mevcut bilgilerle uyumludur ve özellikle travmatik kayıplarda bireylerin psikolojik dayanıklılık becerilerinin desteklenmesinin önemini

vurgulamaktadır. Bonanno ve Mancini (2012), psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin kayıp sonrasında daha az yoğun yas tepkileri gösterdiğini belirtmiştir. Benzer şekilde, Kılıç ve Kılıç (2021), travmatik yas yaşayan bireylerde psikolojik dayanıklılığın koruyucu bir faktör olduğunu vurgulamıştır. Psikolojik dayanıklılığın travmatik yas üzerindeki bu olumlu etkisi, dayanıklı bireylerin stresle başa çıkma stratejilerini daha etkili kullanabilmeleri ve duygusal düzenleme becerilerinin daha gelişmiş olmasıyla açıklanabilir (Southwick vd., 2016).

Travma sonrası büyüme, bireylerin travmatik deneyimler sonrasında kişisel gelişim, yaşam değerlerinde değişim ve daha derin bir varoluşsal anlam kazanma süreci olarak tanımlanmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Ancak bu çalışmada, TSB'nin travmatik yas üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisi bulunmamıştır ($\beta = -0.034$, $p = .460$). Bu sonuç, bazı araştırmalarla uyumlu olsa da (Currier vd., 2012), literatürdeki bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Engelkemeyer ve Marwit (2008), travma sonrası büyümenin yas sürecinde iyileştirici bir rol oynayabileceğini belirtmiştir. Bu farklılığın olası nedenleri arasında, TSB'nin zamanla gelişen bir süreç olması ve çalışmada ölçülen TSB düzeylerinin henüz yeterli düzeyde olmaması sayılabilir. Modelin travmatik yas varyansının %17.6'sını açıklaması, başka faktörlerin de travmatik yas üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Örneğin, kayıp sonrasında anlam bulma çabası ve manevi inançların, yas sürecini olumlu yönde etkileyebileceği ortaya konmuştur (Neimeyer, 2019). Travmatik yas sürecinde kültürel faktörlerin ve yas ritüellerinin etkisi göz ardı edilmemelidir. Kültür, bireylerin kayıpla başa çıkma stratejilerini, duygularını ifade etme biçimlerini ve yas sürecinin ne kadar süreceğini önemli ölçüde şekillendirmektedir (Rosenblatt, 2008). Örneğin, kolektivist kültürlerde aile ve toplum desteğinin daha belirgin olması, bireylerin yas yükünü paylaşmalarına yardımcı olabilirken, bireyci kültürlerde yalnız başına mücadele etme zorunluluğu travmatik yas riskini artırabilir (Stroebe vd., 2008). Ayrıca, dini inançlar ve geleneksel yas ritüelleri (cenaze törenleri, anma günleri vb.), kaybın anlamlandırılmasına ve kabul sürecine katkı sağlayarak travmatik yas belirtilerini hafifletebilir (Wortmann ve Park, 2008). Bu çalışmada kültürel değişkenlerin incelenmemiş olması, bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Gelecek araştırmalarda, farklı kültürel gruplarda travmatik yasin yordayıcılarının karşılaştırılması ve kültürel uyumun psikolojik dayanıklılık ile travmatik yas arasındaki ilişkide düzenleyici rol oynayıp oynamadığının incelenmesi önerilebilir.

5.7. Sınırlılıklar

Mevcut araştırmanın sınırlılıklarından biri, çalışmada basit tesadüfi örnekleme yönteminin kullanımı ile ilgilidir. Bu yöntem her bireye eşit seçilme şansı tanıyarak örnekleme oluşturmuş olsa da, belirli özelliklere sahip grupların temsil oranını sınırlayabilir. Depremden ağır şekilde etkilenen bireyler (örneğin, fiziksel yaralanma) çalışmaya katılmak istememiş veya ulaşılabilir olmayabilir. Ölçeklerin, öz-bildirim ölçeği olmaları sebebiyle kişilerin verdikleri cevapların kasıtlı veya farkında olmadan yanıltıcı olma ihtimali olabilir. Araştırma verileri, kesitsel olarak toplanmıştır. Bu nedenle değişkenler arasındaki ilişkiler zamansal neden-sonuç ilişkisini ortaya koyamamaktadır. Araştırma, katılımcıların zaman içinde nasıl değiştiğini ya da süreçteki farklılıkları izlememiştir. Hem zaman, hem de coğrafi sınırlılıklar ile karşılaşmıştır. Veri toplama yöntemi olarak online anket yöntemi kullanılması da araştırmanın sınırlılıklarındandır. Travmanın ele alınmayan boyutları mevcuttur. Deprem sonrası uyku ve dikkat problemlerinin ölçülmemesi, vaka takibi yapılamaması, can ve mal kayıplarının anket dahilinde olmaması, farklı illerde farklı seviyelerde yıkım olması ve bunun ayrımının yapılamaması da sınırlılıklar arasındadır.

5.8. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri sonrasında bireylerin yaşadığı travmatik yas, psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme düzeyleri ile bunlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ayrıca, çeşitli sosyodemografik ve psikososyal değişkenlerin travmatik yas üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışmanın bulguları, katılımcıların genel olarak orta düzeyde travmatik yas yaşadıklarını ve orta düzeyde psikolojik dayanıklılık gösterdiklerini ortaya koymuştur. Travma sonrası büyüme düzeylerinin ise biraz yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, depremler gibi büyük ölçekli travmatik olayların ardından bireylerin hem kayba odaklı hem de yeniden uyuma yönelik süreçler geliştirebildiklerini göstermektedir.

Araştırmanın hipotezlerine yönelik elde edilen bulgular doğrultusunda, cinsiyet değişkeninin travmatik yas ve travma sonrası büyüme üzerinde anlamlı farklılıklar

yarattığı bulunmuştur. Kadınlar, travmatik yas düzeyi ve alt boyutlarında erkeklere göre daha yüksek puanlar alırken; erkekler travma sonrası büyüme düzeylerinde kadınlardan daha yüksek puanlar almışlardır. Psikolojik dayanıklılık toplam puanında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, bazı alt boyutlarda (kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil) erkeklerin lehine anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Araştırmada, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi değişkenlerinin travmatik yas üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça travmatik yas düzeyinin azaldığı, orta gelir gruplarında ise daha düşük yas düzeylerinin gözlemlendiği bulunmuştur. Öte yandan, medeni durumun travmatik yas üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Travmatik yas üzerinde etkili olabileceği düşünülen bazı psikososyal değişkenler de analiz edilmiştir. Daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek almış olmanın, travmatik yas düzeyini artırıcı yönde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Ancak kaybın yakınlık derecesi, deprem sonrası psikolojik destek alma ve devlet/sivil toplum kuruluşlarından sağlanan psikososyal desteklerden yararlanma durumlarının travmatik yas üzerinde anlamlı bir etkisi tespit edilmemiştir. İlişki analizleri sonucunda, travmatik yas ile psikolojik dayanıklılık arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yani travmatik yas düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin azaldığı gözlenmiştir. Travmatik yas ile travma sonrası büyüme arasında çok düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunurken; psikolojik dayanıklılık ile travma sonrası büyüme arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Bu bulgular, afet sonrasında bireylerin hem kayıp yaşantılarına yönelik psikolojik tepkiler geliştirdiklerini hem de psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme kapasitelerinin çeşitli demografik ve psikososyal değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Deprem gibi büyük afetler sonrasında bireylerin yas tepkilerinin ve psikososyal uyumlarının çok boyutlu olarak ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Araştırma sonuçları, afet sonrası müdahalelerde psikolojik dayanıklılığı güçlendirmeye yönelik programların geliştirilmesi, eğitim ve gelir düzeyine duyarlı psikososyal destek hizmetlerinin sunulması gerektiğine işaret etmektedir.

İleriye dönük yapılacak araştırmalar için şu öneriler sunulabilir: Boylamsal çalışmalar yapılarak, travmatik yas, psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme süreçlerinin zamana yayılı etkileri incelenebilir. Niteliksel yöntemler kullanılarak,

bireylerin yas süreçlerini daha derinlemesine anlamaya yönelik araştırmalar gerçekleştirilebilir. Psikososyal desteklerin etkinliği ve bireysel farklılıklar (örn. başa çıkma stilleri, kişilik özellikleri) dikkate alınarak daha kapsamlı modeller oluşturulabilir. Özellikle risk grupları (çocuklar, yaşlılar, sağlık çalışanları gibi) üzerinde benzer çalışmalar yürütülebilir.



KAYNAKÇA

- Adhikari Baral, I., & KC, B. (2019). Post traumatic stress disorder and coping strategies among adult survivors of earthquake, Nepal. *BMC psychiatry*, 19, 1-8.
- AFAD. (t.y.). Açıklamalı afet yönetimi terimleri sözlüğü. AFAD Resmi Web Sitesi. Erişim Tarihi: 23.11.2024
- Ajanslar Arası Durum Komitesi (IASC). (2007). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings (205 s.). Inter-Agency Standing Committee.
- Aker, T. (2006). 1999 Marmara depremleri: epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 204-212.
- Altınöz, A. E. (2018). Kaptanoğlu C. İnsan kaynaklı kitlesel travmatik olaylar ardından gelişen ruhsal durumlar ve bozukluklar. *Psikiyatride Güncel*, 8(1), 1-8.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Red Cross, Disaster Services (2012). *Disaster Mental Health Handbook*. <http://www.cdms.uci.edu/pdf/disaster-mental-health-handbook-oct-2012.pdf> den alınmıştır
- Amiri, H., Nakhaee, N., Nagyova, I., Timkova, V., Okhovati, M., Nekoei-Moghadam, M., & Zahedi, R. (2021). Posttraumatic growth after earthquake: A systematic review and meta-analysis. *International journal of social psychiatry*, 67(7), 867-877.
- Andersen R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 36(1), 1-10.
- Araya, M., Chotai, J., Komproe, I. H., & de Jong, J. T. (2007). Gender differences in traumatic life events, coping strategies, perceived social support and sociodemographics among postconflict displaced persons in Ethiopia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 307-315.

- Archer, J. (1998). *The Nature of Grief: The Evolution and Psychology of Reactions to Loss* (1st ed.). Routledge.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Bartels, S. A., & VanRooyen, M. J. (2012). Medical complications associated with earthquakes. *The Lancet*, 379(9817), 748-757.
- Baş, S., Yüksel, Ö., Ülbe, S., & Güngör, D. (2022). Turkish Version of the Traumatic Grief Inventory-Self Report (TGI-SR): Validity and reliability. *Death Studies*, 46(6), 1481–1489. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1850551>
- Bayraktar, S. (2012). *Psikolojik Travma*. Ankara. Nobel Tıp yayınları (202)
- Bektaş, M., & Özben, Ş. (2016). Evli Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1). <https://doi.org/10.18026/Cbusos.16929>
- Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *The International Journal of Aging and Human Development*, 58(4), 267-287.
- Bell, J., & Condren, M. (2016). Communication strategies for empowering and protecting children. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 21(2), 176-184.
- Bender, M., van Osch, Y., Slegers, W., and Ye, M. (2019). Social support benefits psychological adjustment of international students: Evidence from a meta-analysis. *J. Cross-Cult. Psychol.* 50, 827–847
- Bergman, A. S., Axberg, U., & Hanson, E. (2017). When a parent dies—a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers. *BMC palliative care*, 16, 1-15.
- Bildirici, F. (2014). Özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki (Tez No. 363240) [Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). The traumatic grief inventory self-report version (TGI-SR): Introduction and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 196-212.

- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135–138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671–682.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511–535.
- Bonner, G., & McLaughlin, S. (2007). The psychological impact of aggression on nursing staff. *British Journal of Nursing*, 16(13), 810-814.
- Bozgeyikli, H. ve Şat, A. (2014). Öğretmenlerde psikolojik dayanıklılık ve örgütsel vatandaşlık davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi: Özel okul örneği *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 3(5), 172-191.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 61, 22-32.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748.
- Brookshire, D. S., Chang, S. E., Cochrane, H., Olson, R. A., Rose, A., & Steenson, J. (1997). Direct and indirect economic losses from earthquake damage. *Earthquake Spectra*, 13(4), 683-701.
- 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.
- Bryant, R. A., Friedman, M. J., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Focus*, 9(3), 335-350.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... & Watson, P. (2006). Psychological first aid: Field operations guide for community religious professionals. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.

- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2014). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. *Death Studies*, 38(3), 139–156. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.768935>
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*, 44(4), 585–599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Cankardaş, S., & Sofuoğlu, Z. (2019). Deprem ya da yangın deneyimlemiş kişilerde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve belirtilerin yordayıcıları. *Turkish Journal of Psychiatry*, 30(3).
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Gotway, C. A., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., & Anderson, M. (2005). Report from the CDC: mental health of women in postwar Afghanistan. *Journal of Women's Health*, 14(4), 285-293.
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2006). Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(10), 725-731.
- Carr, V. J., Lewin, T. J., Webster, R. A., Hazell, P. L., Kenardy, J. A., & Carter, G. L. (1995). Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychological Medicine*, 25(3), 539–555.
- Carter, Becky (2021). Impact of Social Inequalities and Discrimination on Vulnerability to Crises. The Institute of Development Studies and Partner Organisations. Report. (1-26).
- Celik, S. B. (2013). The relationship of resilience with attitude toward grief in university students. *Educational Research and Reviews*, 8(12), 832.
- Center for Substance Abuse Treatment (US). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014. Report No.: (SMA) 14-4816. PMID: 24901203.
- Cénat, J. M., Felix, N., Blais-Rochette, C., Rousseau, C., Bukaka, J., Derivois, D., & Birangui, J. P. (2020). Prevalence of mental health problems in populations affected

by the Ebola virus disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 289, 113033. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113033>

- Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological medicine*, 29(2), 367-380.
- Chu, P. S., Saucier, D. A., and Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *J. Soc. Clin. Psychol.* 29, 624–645.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3–22). Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Committee on Post-Disaster Recovery of a Community's Public Health, Medical, and Social Services; Board on Health Sciences Policy; Institute of Medicine. (2015, September 10). *Healthy, resilient, and sustainable communities after disasters: Strategies, opportunities, and planning for recovery* (Chapter 7, Behavioral health). National Academies Press.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*, 127(1), 87–127.
- Conger, R. D., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Conger, K. J., Simons, R. L., Whitbeck, L. B., Huck, S., & Melby, J. N. (1990). Linking Economic Hardship to Marital Quality and Instability. *Journal of Marriage and Family*, 52(3), 643–656.
- Conger, R. D., Rueter, M. A., & Elder Jr, G. H. (1999). Couple resilience to economic pressure. *Journal of personality and social psychology*, 76(1), 54.

- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death studies*, 30(5), 403–428. <https://doi.org/10.1080/07481180600614351>
- Çamaş, G., & Anayurt, A. (2022). Travma mağdurlarına yönelik grup müdahaleleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 143-151.
- Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Kaminga, A. C., Li, Y., & Liu, A. (2016). Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: a 13-14 year follow-up study in Hunan, China. *BMC public health*, 16, 194. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2871-x>
- Danielson, C. K., Amstadter, A. B., Dangelmaier, R. E., Resnick, H. S., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2009). Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults. *Addictive behaviors*, 34(4), 395–399. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.009>
- Demircioğlu, M. (2017). Olağandışı koşullarda psikolojik ilk yardım. *Türkiye Psikiyatri Derneği*, 21.
- Demircioğlu, M., Şeker, Z., & Aker, A. T. (2019). Psikolojik ilk yardım: Amaçları, uygulanışı, hassas gruplar ve uyulması gereken etik kurallar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), 351-362.
- Demiröz, F., & Öztan, N. (2019). Temel kavramlar. Arslan Tomas, S., Şavur, E., ve Uygun, E,(düzenleme) Afet ve acil durumlarda psikososyal destek hizmetleri: Saha çalışanları için el rehberi içinde. Ankara: TC Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve UNICEF Türkiye Temsilciliği Yayını.
- Direk N, Yüksel Ş. Travma sonrası erken dönemde etkin tedaviler: Psikoterapi ve psikofarmakoloji. *Psikiyatride Güncel* 2018;8(1):37-45.
- Drayer, C. S., Cameron, D. C., Woodward, W. D. ve Glass, A. J. (1954). Psychological first aid in community disaster. *Journal of the American Medical Association*, 156(1), 36-41.

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.
- Eisma, M. C., Lenferink, L. I. M., Stroebe, M. S., Boelen, P. A., & Schut, H. A. W. (2019). No pain, no gain: cross-lagged analyses of posttraumatic growth and anxiety, depression, posttraumatic stress and prolonged grief symptoms after loss. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(3), 231–243.
- Ekmen, E., Koçak, O., Solmaz, U., Kopuz, K., Younis, M. Z., and Orman, D. (2021). How does the social support affect refugees' life satisfaction in Turkey? Stress as a mediator, social aids and coronavirus anxiety as moderators. *Sustainability* 13:12727.
- European Commission: Directorate-General for European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (ECHO). (2021). Overview of natural and man-made disaster risks the European Union may face : 2020 edition. Publications Office of the European Union. .
- Everly Jr, G. S., & Lating, J. M. (2022). *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. JHU Press.
- Everly Jr, G. S., Barnett, D. J., & Links, J. M. (2012). The Johns Hopkins model of psychological first aid (RAPID-PFA): curriculum development and content validation. *International journal of emergency mental health*, 14(2), 95-103.
- Everly, G. S., & Lating, J. M. (2021). Psychological first aid (PFA) and disasters. *International Review of Psychiatry*, 33(8), 718–727.
- Everly, G. S., Jr, Barnett, D. J., & Links, J. M. (2012). The Johns Hopkins model of psychological first aid (RAPID-PFA): curriculum development and content validation. *International journal of emergency mental health*, 14(2), 95–103.
- Figley CR (1995) Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In *Compassion Fatigue Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat Traumatized* (Ed CR Figley):1-20. New York, Routledge.

- Figley, C. R., & Kleber, R. J. (1995). Beyond the “victim” secondary traumatic stress. In *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 75-98). Boston, MA: Springer US.
- Figley, C. R., & McCubbin, H. I. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. *Ariel*, 129(81), 82-190.
- Finstad, G. L., Giorgi, G., Lulli, L. G., Pandolfi, C., Foti, G., León-Perez, J. M., Cantero-Sánchez, F. J., & Mucci, N. (2021). Resilience, Coping Strategies and Posttraumatic Growth in the Workplace Following COVID-19: A Narrative Review on the Positive Aspects of Trauma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189453>
- Fisher, J. (1999). The work of stabilization in trauma treatment. *Trauma Center Lecture Series*, 1-13.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Flory, K., Hankin, B. L., Kloos, B., Cheely, C., & Turecki, G. (2009). Alcohol and Cigarette Use and Misuse Among Hurricane Katrina Survivors: Psychosocial Risk and Protective Factors. *Substance Use & Misuse*, 44(12), 1711–1724. doi:10.3109/10826080902962128
- Foa, E. B., Stein, D. J., & McFarlane, A. C. (2006). Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatry*, 67(Suppl 2), 15-25.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.
- Forbes, D., Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D. J., ... & Creamer, M. (2011). Psychological first aid following trauma: Implementation and evaluation framework for high-risk organizations. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(3), 224-239.

- Ghafari, N. A., Gandomkar, M., Ahmadi, M. M., & Reyhani, K. H. (2007). Brief report: The prevalence of complicated grief among Bam earthquake survivors in Iran.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27(1), 78-91.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Garrison, C. Z., Weinrich, M. W., Hardin, S. B., Weinrich, S. ve Wang, L. (1993). Posttraumatic Stress disorder in adolescents after a hurricane. *American Journal of Epidemiology*, 3, 522-530.
- Ghafari, R., Mirghafourvand, M., Rouhi, M., and Osouli Tabrizi, S. (2021). Mental health and its relationship with social support in Iranian students during the COVID19 pandemic. *BMC Psychol.* 9:81. doi: 10.1186/s40359-021-00589-4
- Glanz, K., & Schwartz, M. D. (2008). Stress, coping, and health behavior. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 211-236.
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., and Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 293:113452.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(3), 327-338.
- Gülaçtı, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Soc. Behav. Sci.* 2, 3844–3849.
- Güngörmüş, K., Yıldırım, S., & Çelik, M. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 9-14, ss. 11-12.

- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 797–816.
- Heller, K., & Swindle, R. W. (1983). Social networks, perceived social support, and coping with stress. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research and practice* (pp. 87-103). New York: Pergamon Press.
- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100195.
- Hobfoll, S. E., & Lilly, R. S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of community psychology*, 21(2), 128-148.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315.
- Hooper, L. M. (2003). Parentification, resiliency, secure adult attachment style, and differentiation of self as predictors of growth among college students. The George Washington University.
- Howells, M. E., Dancause, K., Pond Jr, R., Rivera, L., Simmons, D., & Alston, B. D. (2020). Maternal marital status predicts self-reported stress among pregnant women following hurricane Florence. *American Journal of Human Biology*, 32(4), e23427.
- Hurd RC (2004). A teenager revisits her father's death during childhood: a study in resilience and healthy mourning. *Adolescence* 29(154):337353.
- Hussain, D., & Bhushan, B. (2011). Posttraumatic stress and growth among Tibetan refugees: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Journal of Clinical Psychology*, 67(7), 720-735.
- Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2014). Psychosocial facets of resilience: Implications for preventing posttrauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *European Journal of Psychotraumatology*, 5.

- Institute of Medicine. 2015. *Healthy, Resilient, and Sustainable Communities After Disasters: Strategies, Opportunities, and Planning for Recovery*. Washington, DC: The National Academies Press. .
- Işıklı, S., & Tüzün, Z. (2017). Afetlerin akut dönem psikolojik etkilerine yönelik psikososyal müdahale yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 2(3), 180-188.
- Jacobs, Carolyn Mazure, Holly Prigerson, S. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death studies*, 24(3), 185-199.
- Jacobs, G. A., Gray, B. L., Erickson, S. E., Gonzalez, E. D., & Quevillon, R. P. (2016). Disaster mental health and community-based psychological first aid: Concepts and education/training. *Journal of clinical psychology*, 72(12), 1307-1317.
- Jang, L. J. (2005). *The 921 earthquake: A study of the effects of Taiwanese cultural factors on resilience*. University of Denver.
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(5), 423-432.
- Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., & Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 40(2), 107-115.
- Jin, Y., Xu, J., & Liu, D. (2014). The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 1903–1910. doi:10.1007/s00127-014-0865-5
- Jin, Y., Xu, J., Liu, H., & Liu, D. (2014). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: Prevalence and correlates. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 67-73.
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180.

- Kahil, A., & PALABIYIKOĞLU, N. R. (2018). İkincil travmatik stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 59-70.
- Kahil, A., & PALABIYIKOĞLU, N. R. (2018). İkincil travmatik stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 59-70.
- Kahraman, N. (2016). Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 274-281.
- Karancı, A. N. (2008). Afet zararlarını azaltmada psikolojinin önemi. Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri, 51-59.
- Karancı, A. N. (2008). Afet zararlarını azaltmada psikolojinin önemi. İçinde M. Kadioğlu & E. Özdamar (Ed.), Afet zararlarını azaltmanın temel ilkeleri (s. 51-59). JICA Türkiye Ofisi Yayını.
- Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological bulletin*, 129(2), 270–304. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.270>
- Khantzian E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Kerle, N., & Oppenheimer, C. (2002). Satellite remote sensing as a tool in lahar disaster management. *Disasters*, 26(2), 140-160.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 339-343.
- Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The burden of loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across

the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 864–871.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081132>

- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Stress and alcohol: Epidemiologic evidence. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34(4), 391–400.
- Kinzie JD, Goetz RR: A century of controversy surrounding posttraumatic stress-spectrum syndromes: the impact on DSM-III and DSM-IV. *J Trauma Stress* 1996; 9:159–179
- Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *The counseling psychologist*, 12(3), 43-55.
- Kjellstrand, E. K., & Harper, M. (2012). Yes, she can: An examination of resiliency factors in middle-and upper-income single mothers. *Journal of Divorce & Remarriage*, 53(4), 311-327.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief through the Five Stages of Loss*. On Grief and Grieving. London: Simon & Schuster.
- Küçüktahtlıdil, S. (2016). Sigorta Sektöründe Çalışan Kişilerin Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başetme Stratejilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Nişantaşı Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., . . . Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 148–154.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American journal of psychiatry*, 167(6), 640-647.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British journal of medical psychology*, 74(4), 451-466.

- Leigh, H. (2000). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1712-1712.
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress: Official publication of the international society for traumatic stress studies*, 22(4), 282-286.
- Li, Q., & Hu, J. (2022). Post-traumatic Growth and Psychological Resilience During the COVID-19 Pandemic: A Serial Mediation Model. *Frontiers in psychiatry*, 13, 780807. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.780807>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 977-988.
- Litz, B. T. (2014). Resilience in the aftermath of war trauma: a critical review and commentary. *Interface focus*, 4(5), 20140008.
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death studies*, 34(8), 673-698.
- Maden, Ç. vd., Türk Kızılayı. *Afetlerde psikososyal destek uygulama rehberi*. 1. bs. (Ankara: Yorum Basın Yayın, 2008), 96.
- Makwana N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of family medicine and primary care*, 8(10), 3090–3095.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of personality*, 77(6), 1805-1832.
- Masel, C. N., Terry, D. J., & Gribble, M. (1996). The effects of coping on adjustment: Re-examining the goodness of fit model of coping effectiveness. *Anxiety, Stress & Coping*, 9(4), 279-300.

- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493-506.
- Masten, A. S., & Obradović, J. (2008). Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13(1).
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- McCabe, O. L., Everly Jr, G. S., Brown, L. M., Wendelboe, A. M., Abd Hamid, N. H., Tallchief, V. L., & Links, J. M. (2014). Psychological first aid: A consensus-derived, empirically supported, competency-based training model. *American journal of public health*, 104(4), 621-628.
- McFarlane, A. C., Van Hooff, M., & Goodhew, F. (2009). Anxiety disorders and PTSD. In Y. Neria, S. Galea, & F. H. Norris (Eds.), *Mental health and disasters* (pp. 47–66). Cambridge University Press.
- McLean, L., Gaul, D., and Penco, R. (2023). Perceived Social Support and Stress: A study of 1st year students in Ireland. *Int. J. Mental Health Addict.* [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s11469-021-00710-z
- Michael, C., & Cooper, M. (2013). Post-traumatic growth following bereavement: A systematic review of the literature. *Counselling Psychology Review*, 28(4), 18-33.
- Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2005). Getting unstuck: The roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death studies*, 29(5), 435-458.
- Minihan E, Gavin B, Kelly BD, McNicholas F. COVID-19, mental health and psychological first aid. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2020;37(4):259-263. doi:10.1017/ipm.2020.41
- Mizuno, K., & Okamoto-Mizuno, K. (2014). Actigraphically evaluated sleep on the days surrounding the Great East Japan Earthquake. *Natural hazards*, 72, 969-981.

- Murray, J., Ehlers, A., & Mayou, R. A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *The British Journal of Psychiatry*, 180(4), 363-368.
- Norris, F. H., & Wind, L. H. (2009). The experience of disaster: Trauma, loss, adversities, and community effects. *Mental health and disasters*, 29-44.
- 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.
- 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.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., & Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *Jama*, 282(8), 755-762.
- North, C. S., Ringwalt, C. L., Downs, D., Derzon, J., & Galvin, D. (2011). Postdisaster course of alcohol use disorders in systematically studied survivors of 10 disasters. *Archives of general psychiatry*, 68(2), 173-180.
- Qi, M., Zhou, S. J., Guo, Z. C., Zhang, L. G., Min, H. J., Li, X. M., et al. (2020). The effect of social support on mental health in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *J. Adolesc. Health* 30:1e5.
- Osaki, Y., Maesato, H., Minobe, R., Kinjo, A., Kuwabara, Y., Imamoto, A., ... & Higuchi, S. (2020). Changes in smoking behavior among victims after the great East Japan earthquake and tsunami. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 25, 1-8.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan III, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4(5), 35.
- Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1(34-41).

- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519–543.
- Park, C. L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences: Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15(1), 69-76.
- Park, C. L., Armeli, S., & Tennen, H. (2004). The daily stress and coping process and alcohol use among college students. *Journal of studies on alcohol*, 65(1), 126–135. <https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.126>
- Payne, P., Levine, P. A., & A., M. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 124489.
- Peek, L. (2008). Children and disasters: Understanding vulnerability, developing capacities, and promoting resilience—An introduction. *Children, Youth and Environments*, 18(1), 1–29.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., & Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and anxiety*, 26(8), 745-751.
- Polatinsky, S., & Esprey, Y. (2000). An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(4), 709-718.
- Portnoy, G. A., Relyea, M. R., Decker, S., Shamaskin-Garroway, A., Driscoll, M., Brandt, C. A., & Haskell, S. G. (2018). Understanding Gender Differences in Resilience Among Veterans: Trauma History and Social Ecology. *Journal of traumatic stress*, 31(6), 845–855.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, 14(5), 364-388.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of

Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., ... & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British journal of psychiatry*, 174(1), 67-73.

Prigerson, Holly & Jacobs, Selby. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. *Handbook of bereavement: consequences, coping, and care*. 10.1037/10436-026.

Priego-Cubero, E., Orgeta, V., López-Martínez, C., and del-Pino-Casado, R. (2023). The relationship between social support and anxiety symptoms in informal carers: A systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Med* 12:1244.

Reyes, G., & Elhai, J. D. (2004). Psychosocial interventions in the early phases of disasters. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 41(4), 399.

Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(3), 201–215. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00132-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00132-6)

Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health education*, 21(6), 33-39.

Riggs, S. A., & Riggs, D. S. (2011). Risk and resilience in military families experiencing deployment: The role of the family attachment network. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 675–687.

Roberts, Y. H., Mitchell, M. J., Witman, M., & Taffaro, C. (2010). Mental health symptoms in youth affected by Hurricane Katrina. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(1), 10.

Roberts, Y. H., Mitchell, M. J., Witman, M., & Taffaro, C. (2010). Mental health symptoms in youth affected by Hurricane Katrina. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(1), 10.

- Rodriguez-Llanes, J. M., Vos, F., & Guha-Sapir, D. (2013). Measuring psychological resilience to disasters: are evidence-based indicators an achievable goal?. *Environmental Health*, 12, 1-10.
- Rohrbach, L. A., Grana, R., Vernberg, E., Sussman, S., & Sun, P. (2009). Impact of Hurricane Rita on adolescent substance use. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(3), 222-237.
- Roudini J, Khankeh HR, Witruk E. Disaster mental health preparedness in the community: A systematic review study. *Health Psychology Open*. 2017;4(1). doi:10.1177/2055102917711307
- Roudini, J., Khankeh, H. R., & Witruk, E. (2017). Disaster mental health preparedness in the community: A systematic review study. *Health psychology open*, 4(1), 2055102917711307.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British journal of psychiatry*, 147(6), 598-611.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child abuse & neglect*, 31(3), 205-209.
- Rutter, M. (2023). Resilience: Some conceptual considerations. *Social work*, 122-127.
- Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M., & Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17-49.
- Sabuncuoğlu, O., Çevikaslan, A., & Berkem, M. (2003). Marmara depreminden etkilenen iki ayrı bölgede ergenlerde depresyon, kaygı ve davranış. *Klinik Psikiyatri*, 6, 189-197.
- Scholte, W. F., Olf, M., Ventevogel, P., de Vries, G. J., Jansveld, E., Cardozo, B. L., & Crawford, C. A. G. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Jama*, 292(5), 585-593.
- Schonfeld, D. J., Demaria, T., Disaster Preparedness Advisory Council and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Krug, S. E., Chung, S., Fagbuyi, D. B., ... & Wissow, L. S. (2015). Providing psychosocial support to children and families in the aftermath of disasters and crises. *Pediatrics*, 136(4), e1120-e1130.

- Schroeder, J. M., & Polusny, M. A. (2004). Risk factors for adolescent alcohol use following a natural disaster. *Prehospital and disaster medicine*, 19(1), 122-127.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol. 55, No. 1, p. 5). American Psychological Association.
- Shannon, M. P., Lonigan, C. J., Finch Jr, A. J., & Taylor, C. M. (1994). Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(1), 80–93. <https://doi.org/10.1097/00004583-199401000-00012>
- Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 119-128.
- Shear, M. K., McLaughlin, K. A., Ghesquiere, A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2011). Complicated grief associated with Hurricane Katrina. *Depression and Anxiety*, 28, 648–657.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Shelby, J. S., & Tredinnick, M. G. (1995). Crisis intervention with survivors of natural disaster: Lessons from Hurricane Andrew. *Journal of Counseling & Development*, 73(5), 491-497.
- Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 263–278.
- Shimizu, S., Aso, K., Noda, T., Ryukei, S., Kochi, Y., & Yamamoto, N. (2000). Natural disasters and alcohol consumption in a cultural context: the Great Hanshin Earthquake in Japan. *Addiction*, 95(4), 529-536.
- Silva, T. L. G. D., Donat, J. C., Gauer, G., & Kristensen, C. H. (2016). Posttraumatic growth measures: translation and adaptation of three self-report instruments to Brazilian Portuguese. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43, 47-50.
- Sim, T., & Wang, A. (2021). Contextualization of psychological first aid: An integrative literature review. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(2), 189–197.
- Simon, N., Roberts, N. P., Lewis, C. E., van Gelderen, M. J., & Bisson, J. I. (2019). Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD)

- and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1573129.
- Sloan, P. (1988). Post-traumatic stress in survivors of an airplane crash-landing: A clinical and exploratory research intervention. *Journal of Traumatic Stress*, 1(2), 211-229.
- Snider L., Ommeren V. M. ve Schafer A. (2014). Psikolojik ilk yardım: saha çalışanları için rehber. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği (PDR) Çevirmenler: ErdurBaker Ö., Doğan T., Aksöz İ. ve Sancak-Aydın G., Atalay Matbaacılık Ankara.
- Song, S., Yang, X., Yang, H., Zhou, P., Ma, H., Teng, C., ... & Zhang, N. (2021). Psychological resilience as a protective factor for depression and anxiety among the public during the outbreak of COVID-19. *Frontiers in psychology*, 11, 618509.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. *Psychological bulletin*, 120(1), 83.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, 197–225.
- Stroud, M. L. (2012). Psychological triage in general practice. *Australian Family Physician*, 41(7), 508-512.
- Suk, J. E., Vaughan, E. C., Cook, R. G., & Semenza, J. C. (2020). Natural disasters and infectious disease in Europe: a literature review to identify cascading risk pathways. *European journal of public health*, 30(5), 928-935.
- Sungur MZ, Herbert C. Deprem sonrası ortaya çıkan tepkiler ve kendi kendine yardım yöntemleri. Özel baskı, İstanbul: Rekmay Yayıncılık; 2011.
- Suárez-Orozco, C., Todorova, I. L., & Louie, J. (2012). Making up for lost time: The experience of separation and reunification among immigrant families. In *The new immigration* (pp. 179-196). Routledge.
- Swickert, R., & Hittner, J. (2009). Social support coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 387-393.
- Syed, M. (2010). Disciplinary and methodology in intersectionality theory and research.

- Sönmez, M. B. (2022). Depremin psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme. *Totbid Dergisi*, 21(3), 337-343.
- TAŞÇI, G. A., & Özsoy, F. (2021). Deprem travmasının erken dönem psikolojik etkileri ve olası risk faktörleri. *Cukurova Medical Journal*, 46(2), 488-494.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2–30. doi:10.1207/s15327957pspr0601_1
- Tang, C. S. K. (2006). Positive and negative postdisaster psychological adjustment among adult survivors of the Southeast Asian earthquake–tsunami. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 699-705.
- Tanhan, F., & Kayri, M. (2013). Deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 13(2), 1013-1025.
- Taşçı, G. A., & Özsoy, F. (2021). Deprem travmasının erken dönem psikolojik etkileri ve olası risk faktörleri. *Cukurova Medical Journal*, 46(2), 488-494.
- Tedeschi, R. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). The clinician as expert companion. In C. L. Park, S. C. Lechner, M. H. Antoni, & A. L. Stanton (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 215–235). American Psychological Association.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In *Posttraumatic growth* (pp. 107-132). Routledge.
- Thoits P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145–161.

- Thompson, M. P., Norris, F. H., & Hanacek, B. (1993). Age differences in the psychological consequences of Hurricane Hugo. *Psychology and Aging*, 8(4), 606. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.4.606>
- Thompson, S. C. (1985). Finding positive meaning in a stressful event and coping. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(4), 279-295.
- Tierney, K., & Oliver-Smith, A. (2012). Social Dimensions of Disaster Recovery. *International Journal of Mass Emergencies & Disasters*, 30(2), 123-146.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin*, 119(3), 488–531.
- Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., ... & Yager, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 161(11 Suppl), 3-31.
- Valle, M. F., Huebner, E. S., & Suldo, S. M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of school psychology*, 44(5), 393-406.
- Van der Kolk, B., Greenberg, M., Boyd, H., & Krystal, J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post traumatic stress. *Biological psychiatry*, 20(3), 314-325.
- Vanderbilt-Adriance, E. L. L. A., & Shaw, D. S. (2006). Neighborhood Risk And The Development Of Resilience. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1094(1), 359-362.
- Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M., Watson, P., Osofsky, J., Layne, C. M., Pynoos, R. S., & Ruzek, J. I. (2008). Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 381–388.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of women quarterly*, 34(1), 110-120.
- Vogel, J. M., & Vernberg, E. M. (1993). Part 1: Children's Psychological Responses to Disasters. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(4), 464–484.

- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007). Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling & Development*, 85(4), 410–422. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00609.x>
- Waeckerle, J. F. (1991). Disaster planning and response. *New England Journal of Medicine*, 324(12), 815-821.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46(2), 207-227.
- Wang, L., Norman, I., Xiao, T., Li, Y., & Leamy, M. (2021). Psychological First Aid Training: A Scoping Review of Its Application, Outcomes and Implementation. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4594.
- Wemm, S. E., & Sinha, R. (2019). Drug-induced stress responses and addiction risk and relapse. *Neurobiology of stress*, 10, 100148. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100148>
- Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins?. *Applied Psychology*, 56(3), 417-427.
- World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*.
- World Health Organization. *Psychological First Aid: Facilitator's Manual for Orienting Field Workers*;
- World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013.
- Wu HC, Chou P, Chou FHC, Su CY, Tsai KY, Ou-Yang WC, Su TTP, Chao SS, Sun WJ, Chen MC (2006) Survey of quality of life and related risk factors for a Taiwanese village population 3 years post-earthquake. *Aust NZ J Psychiat* 40(4):355–361. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01802.x
- Xu, J., & Liao, Q. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic growth among adult survivors one year following 2008 Sichuan earthquake. *Journal of affective disorders*, 133(1-2), 274-280.

- Xu, J., & Wu, W. (2014). Work satisfaction and posttraumatic growth 1 year after the 2008 Wenchuan earthquake: The perceived stress as a moderating factor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(3), 206–211. <https://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.12.006>
- Yağmur, T., & Türkmen, S. N. (2017). Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 542-548.
- Yıldız, E. (2021). Posttraumatic growth and positive determinants in nursing students after COVID-19 alarm status: A descriptive cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1876-1887.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*, 26(5), 626-653.
- Zhang, Z., Shi, Z., Wang, L., & Liu, M. (2011). One year later: Mental health problems among survivors in hard-hit areas of the Wenchuan earthquake. *Public Health*, 125(5), 293–300.
- Zhang, Z., Shi, Z., Wang, L., & Liu, M. (2011). One year later: Mental health problems among survivors in hard-hit areas of the Wenchuan earthquake. *Public health*, 125(5), 293-300.
- van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22.
- Yu, X., Xiong, F., Zhang, H., Ren, Z., Liu, L., Zhang, L., & Zhou, Z. (2023). The Effect of Social Support on Depression among Economically Disadvantaged College Students: The Mediating Role of Psychological Resilience and the Moderating Role of Geography. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3053. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043053>

EKLER

EK. 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Prof. Dr. A. Güven Kılıçoğlu danışmanlığında İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Büşra Alagöz tarafından yürütölen “Deprem Travmasında Kayıp ve Yas ile Psikososyal Destek, Psikolojik Güç ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı 6 Şubat Kahramanmaraş depremlerinden etkilenen kişilerin yaşadıkları kayıp ve yasin psiko-sosyal destek, psikolojik güç ve travma sonrası büyüme ekseninde ele alınmasıdır. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllölük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılabilmek için 6 Şubat depremlerini yaşamış, 18 yaş ve üstünde olmanız gerekmektedir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya [REDACTED] e-posta adresi ile ulaşabilirsiniz.

EK.2 Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu

1-Yaşınız?

18-27

28-39

40-50

51-66

2-Cinsiyetiniz?

Kadın

Erkek

3-Medeni Durumunuz?

Bekar

Evli

Ayrılmış

Eşi vefat etmiş

4-Eğitim Durumunuz?

İlköğretim

Lise

Lisans

Yüksek Lisans

Doktora

5-Şuan devamlı bir işte çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

6-Evinizin toplam gelir miktarı ne kadardır?

0-17.002 tl / ay

17.003-34.006 t1 / ay

34.007-68.014 t1 / ay

68.015 t1-136.030 t1 / ay

136.031 t1 ve üstü

Aşağıdaki soruları 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri kapsamında cevaplayınız.

1-6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremleri Sırasında Bulduğunuz İl
Kahramanmaraş

Gaziantep

Şanlıurfa

Diyarbakır

Adana

Adıyaman

Osmaniye

Hatay

Kilis

Malatya

Elazığ

2-Daha önce psikolojik veya psikiyatrik destek aldınız mı?

Evet

Hayır

3-Depremden sonra psikolojik veya psikiyatrik bir destek aldınız mı?

Evet

Hayır

4-Psikolojik veya psikiyatrik destek alma ihtiyacı hissediyor musunuz?

Evet

Hayır

5-Deprem sonrasında devlet veya sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan psikososyal desteklerden yararlandınız mı?

Evet

Hayır

6-Deprem sonrasında devlet veya sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan psikososyal destekleri yeterli buldunuz mu?

Evet

Hayır

7-Deprem sırasında yaralandınız mı?

Evet

Hayır

8-Depremde vefat eden bir yakınınız oldu mu?

Evet

Hayır

9-Cevabınız evet ise yakınlık derecesini belirtiniz

Çekirdek aile

Akraba

Arkadaş

Diğer:

10-Sigara kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

Cevabınız evet yanıtlayınız.

11-Sigara kullanımına deprem öncesinde mi yoksa sonrasında mı başladınız?

Deprem öncesi

Deprem sonrası

12-Alkol kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise yanıtlayınız.

13-Alkol kullanımına deprem öncesinde mi yoksa deprem sonrasında mı başladınız?

Deprem öncesi

Deprem sonrası

14-Madde kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise yanıtlayınız

15-Madde kullanımına deprem öncesinde mi yoksa deprem sonrasında mı başladınız?

Deprem öncesi

Deprem sonrası

EK. 3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	Her zaman bir çözüm bulurum								Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	Basarılması zordur								Basarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda								Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle birlikte								Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	Benimkinden farklıdır								Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hiç kimseyle tartışmam								Arkadaşlarımla/Aile-üleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	Cözemem								Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl başaracağımı bilirim								Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...	İlerive dönük planlama yapmam, derhal işe baslarım								Avrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	Önemli değildir								Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim	Çok mutlu								Çok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarımla/aile üyelerim cesaretlendirebilir								Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım								Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	Ümit verici								Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama								Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim								Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız								Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır								Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	Çok fazla güvenmem								Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	Belirsizdir								İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur								Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur								Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar								Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir								Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim								Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde								Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden								Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her seviye umutsuzca gören bir								Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur								Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana yardım edebilecek kimse yoktur								Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Baş çıkarmaya çalışırım								Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı								İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler								Yeteneklerimi beğenmezler

EK. 4. Travmatik Yas Envanteri

Travmatik Yas Envanteri

Turkish Form of the Traumatic Grief Inventory Self Report Plus (TGI-SR).

1. Lütfen yukarıdaki listede işaretlediğiniz kaybettiğiniz kişiler arasından şu anda kaybı aklınıza en çok gelen ya da kaybı sizi en çok üzen bir kişiyi seçiniz.
2. Aşağıda bazı yas tepkileri listelenmiştir. Lütfen, seçtiğiniz bu kişi ile ilgili olarak geçtiğimiz ay içinde bu yas tepkilerini hangi sıklıkla yaşadığınızı işaretleyin.

1	2	3	4	5
Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zama

1.	Vefat eden kişiye dair istemsizce aklıma gelen düşünceler veya görüntüler oldu.	1	2	3	4	5
2.	Yoğun bir duygusal acı, üzüntü veya ıstırap yaşadım.	1	2	3	4	5
3.	Kendimi, kaybettiğim kişiye hasret çekerken veya onu özlerken buldum.	1	2	3	4	5
4.	Hayattaki rolümü sorguladım veya kim olduğuma dair algımın zayıfladığını hissettim.	1	2	3	4	5
5.	Kaybı kabullenmekte zorlandım.	1	2	3	4	5
6.	Bana kaybettiğim kişinin öldüğünü hatırlatan yerlerden, nesnelere ya da düşüncelerden uzak durdum.	1	2	3	4	5
7.	İnsanlara güvenmek benim için zor oldu.	1	2	3	4	5
8.	Onun ölümünden dolayı yoğun bir acı veya öfke hissettim.	1	2	3	4	5
9.	Benim için hayata devam etmenin (ör. yeni arkadaşlar edinmenin, yeni ilgi alanları bulmanın) zor olduğunu hissettim.	1	2	3	4	5
10.	Duygusal olarak hissizleştim.	1	2	3	4	5
11.	Kaybettiğim kişi olmadan hayatın doyumdan uzak veya anlamsız olduğunu hissettim.	1	2	3	4	5
12.	Onun ölümünden dolayı afallamış, sarsılmış ya da sersemlemiş	1	2	3	4	5

	hissettim.					
13	Onun ölümünden dolayı sosyal, mesleki ya da hayatın diğer önemli işlev alanlarında (ör. ev işleri) belirgin bir düşüş yaşadığımı fark ettim.	1	2	3	4	5
14.	Onun nasıl öldüğüyle ilgili istemsizce aklıma gelen düşünceler ve görüntüler oldu.	1	2	3	4	5
15.	Kaybettiğim kişiye dair güzel anıları anmakta/ anılardan bahsetmekte zorlandım.	1	2	3	4	5
16	Kayba dair kendimle ilgili olumsuz düşüncelerim oldu (ör. kendimi suçlamak).	1	2	3	4	5
17.	Kaybettiğim kişiyle bir arada olmak için ölmeyi istediğim oldu.	1	2	3	4	5
18.	Kendimi yalnız veya diğer insanlardan kopmuş hissettim.	1	2	3	4	5



EK. 5. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

	Hiç yaşamadım	Çok az yaşadım	Biraz yaşadım	Orta düzeyde yaşadım	Oldukça fazla	Çok fazla yaşadım
1- Hayatımda neyin önemli olduğu ile ilgili önceliklerimi değiştirdim						
2- Hayatımın değerini daha çok takdir ediyorum						
3- Yeni ilgi alanları geliştirdim						
4- Kendime daha çok güvenim var						
5- Hayatın anlamı hakkında daha netim						
6- Zor durumda kaldığımda insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım.						
7- Hayatıma yeni bir yön verdim.						
8-Diğer insanlara daha çok yakınlık hissediyorum.						
9- Duygularımı ifade etmeye daha istekliyim..						
10-Zorluklarla başa çıkabileceğimi daha iyi anladım.						
11- Hayatımda daha iyi şeyler yapabilirim.						
12- Olayları olduğu gibi kabullenmekte daha iyiyim.						
13- Her günün değerini daha iyi anlıyorum.						
14- Hayatta gerçekleşmesi mümkün olmayacak yeni fırsatlar çıktı karşıma.						
15- Diğer insanlara daha çok şefkatliyim.						
16- İlişkilerim için daha çok emek harcıyorum.						
17- Değişmesi gereken şeyleri değiştirmeyi denemeye daha istekliyim.						
18- Daha güçlü bir dini inancım var.						
19- Varoluşun bütünü ile olan bağım artık daha kuvvetli.						
20- İnsanların ne kadar harika olduklarıyla ilgili çok şey öğrendim.						
21- Başkalarına ihtiyaç duymak artık benim için daha kabul edilebilir.						

ÖZGEÇMİŞ

Büşra ALAGÖZ

A. EĞİTİM

Lisans: Üsküdar Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyoloji Tam Burslu, 2020, İstanbul

Lisans: Üsküdar Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji İngilizce Tam Burslu, 2021, İstanbul

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans, 2025, İstanbul

B. MESLEKİ DENEYİM ve STAJ

Aralık 2022 – Eylül 2024, Psikolog, Peraterapi Gümüşsuyu

Eylül 2021 – Eylül 2022, Stajyer Psikolog, Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi

Ekim – Aralık 2020, Stajyer Psikolojik Danışman, Eyüpsultan Anadolu İmamhatip Lisesi

Şubat – Mayıs 2020, Stajyer Sosyolog, Eyüpsultan Belediyesi Yaşlı ve Engelli Hizmetleri Birimi

C. ALDIĞI EĞİTİMLER

Mart – Nisan 2025 TÜRBAD Kabul ve Kararlılık (ACT) Eğitimi 40 saat.

Aralık 2022 – Nisan 2023 Üsküdar Üniversitesi, Cinsel Terapi Eğitimi, 126 Saat

Kasım 2022 – Nisan 2023 Doç Dr. Psikiyatrist Vahdet, Görmez POEM Psikoloji, Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi, EABCT& ACT Akredite, 10 Oturum 70 Saat

Şubat 2022 Üsküdar Üniversitesi, Klinikte Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi, Dr. Yasemin Ozan

Mart 2022 Dr. Nevin Dölek, Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi

Eylül 2021 Moxo Türkiye, Moxo Dikkat Testi Uygulayıcısı

Şubat – Aralık 2020 İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Pedagojik Formasyon

Eylül - Ekim 2020 Johns Hopkins University, Psychological First Aid Certificate (Psikolojik İlk Yardım Sertifikası)

GÖNÜLLÜ DENEYİMLER

Mart 2022 – ... APDEP Afet Psikososyal Destek Derneği