

ÖZET

Afetlerde Psikososyal Hizmetlerin Etkililiği: Türk Kızılayı ve 2005 Pakistan Depremi

Afetler kişinin/ailenin veya toplumun fiziksel, psikolojik, sosyal, ruhsal ve ekonomik kaynaklarını tehdit etme gücüne sahiptir. Türk Kızılayı 2005 yılında yaşanan ve çok büyük yıkıma yol açan 8 Ekim Depremi'nden sonra Pakistanlı afetzedeler için başlattığı Afetlerde Psikososyal Hizmet çalışmalarını halen sürdürmektedir. Bu çalışmanın amacı, depremden 2 yıl sonra depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve öz-saygı üzerinde bazı psikososyal hizmetlerin etkililiğini belirlemektir. 114 katılımcı öntest ve sontestlerle değerlendirilmiş ve toplam katılımcıların 57'si psikososyal hizmetlerden yararlanmıştı. Tüm katılımcıların %77.2'sinde depresyon, %49.1'inde anksiyete ve %33.3'ünde TSSB belirlenmiştir. Ek olarak, kadın katılımcılarda anlamlı derecede fazla anksiyete saptanmıştır ($p=.000$, $p < 0.01$). Sonuçlara bakıldığında, öntestlerde çalışma grubunun (ÇG) TSSB puanları, kontrol grubuna (KG) göre anlamlı derecede düşüktür ($p=.000$, $p < 0.01$). Sontest puan ve kategorik değerleri ÇG'deki anksiyete ($p=.000$, $p < 0.01$) ve TSSB'nin ($p=.000$, $p < 0.01$) KG'ye göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir. Psikososyal hizmetler sonrasında ÇG'nin depresyon($p=.036$, $p < 0.05$), anksiyete ($p=.000$, $p < 0.01$) ve TSSB($p=.040$, $p < 0.05$) düzeyleri anlamlı düzeyde daha iyiye gitmişken, KG'de anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $p=.616$; $p=.339$; $p=.257$; $p > 0.05$). Tüm çalışmada öz saygı puanları ile ilgili hiçbir anlamlı farklılık bulunmamıştır. ÇG katılımcılarının 'ileride afetlerle başa çıkma ve kendilerinin /yakınlarının psikolojik problemlerini çözme' algıları, KG'ye göre anlamlı derecede yüksek ($p=.000$, $p < 0.01$) olmasının yanı sıra zaman içinde grup içinde de iyileşmiştir.

Sonuç olarak, bu çalışma afetlerde psikososyal hizmetlerin, psikolojik sıkıntılarının daha kötüye gitmesinin engellenmesinde ve olumlu yönde kapasite algısının gelişmesinde etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Psikososyal hizmetler, afetler, depremler, depresif belirtiler, anksiyete bozuklukları, öz saygı, TSSB.

ABSTRACT

The Efficiency of Disaster Psychosocial Services:

Turkish Red Crescent and the Pakistan Earthquake, 2005

Disasters have the potential of threatening physical, psychological, social, spiritual, and economical resources of a person/family or a whole society. Turkish Red Crescent has been continuing to offer Disaster Psychosocial Services to Pakistani survivors, severely affected by the earthquake October 8, 2005. The aim of this study is to determine the efficiency of some types of psychosocial services in terms of depression, anxiety, posttraumatic stress disorder (PTSD) and self-esteem after 2 years since the said earthquake. 114 subjects were evaluated with pretests and posttests, 57 of whom were beneficiaries of psychosocial services. Of the overall subjects 77.2% depression, 49.1% anxiety and 33.3% PTSD were reported. In addition, female subjects significantly had more anxiety than males ($p=.000$, $p < 0.01$). The findings indicated that the intervention group's (IG) PTSD scores were significantly lower than control group's (CG) scores ($p=.000$, $p < 0.01$) at pretests. Posttests' scores and categorical variables indicated that anxiety ($p=.000$, $p < 0.01$) and PTSD ($p=.000$, $p < 0.01$) were significantly lower in IG than CG. After the psychosocial services were completed, IG's depression ($p=.036$, $p < 0.05$), anxiety ($p=.000$, $p < 0.01$) and PTSD ($p=.040$, $p < 0.05$) significantly got better; however, there was no significant difference in CG ($p=.616$; $p=.339$; $p=.257$; $p > 0.05$, respectively). Overall study showed that there was no significant difference related with self-esteem scores. The perception of IG subjects' coping with future disasters and helping themselves or loved ones with psychological problems' was significantly higher than CG ($p=.000$, $p < 0.01$) and also got better within the group in time.

As result, this study shows that disaster psychosocial services are effective in preventing severe psychological problems and in strengthening positive capacity perceptions.

Key words: Psychosocial services, disasters, earthquakes, depression symptoms, anxiety disorders, self-esteem, PTSD.

TEŞEKKÜRLER

Tez çalışmam sırasında destek veren Sayın Hocam Prof. Dr. Emin Önder'e, her zaman yanımda olduğunu hissettiren ve ne kadar yoğun olsa da bana ve bu çalışmaya emek harcayan Sayın Hocam Prof. Dr. Tamer Aker'e en derin saygılarımı ve sevgilerimi sunuyorum.

Türk Kızılayı sayesinde Pakistan'da bu çalışmayı yapmam için izin veren ve destek sağlayan tüm yetkililere ve Birim Yöneticim Serap Arslan Tomas'a, Pakistan'da çok yoğun çalışmalarımızın yanı sıra araştırmamın ilk şekillendiği andan, verilere ait son kağıtların toplandığı zamana kadar ellerinden gelen her türlü yardımı yapan Sevgili Shiraz, Kiran, Esmâ, Naadia ve diğer Pakistanlı arkadaşlara, ayrıca araştırma için zamanlarını bizimle paylaşan tüm katılımcılara teşekkür ediyorum...

Tez sürecim boyunca maddi, manevi desteklerini hep üzerimde hissettiğim sevgili annem ve babama, tezi ve enerjisiyle bana ilham veren Sevgili Çiğdem Ademhan'a, Ruhsal Travma Yüksek Lisansını bitirebilmemde her anlamda en büyük yardımcım olan Dostum Gökçen Gökçe'ye son olarak özellikle tez hazırlama dönemimde bana sabır gösteren, destek veren ve yardımcı olan tüm güzel arkadaşlara en derin sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

MELTEM KILIÇ

İÇİNDEKİLER

Özet	iv
Abstract	v
Teşekkür	vi
İçindekiler	vii
Çizelgeler Dizini	x
BÖLÜM 1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİ	1
1.1. Afet	3
1.2. Deprem	9
1.3. Afet Psikolojisi	11
1.4. Ruhsal Travma	13
1.5. Afetlerde Psikososyal Hizmetler	16
1.6. İnsani Yardım Örgütleri Ve Afetlerde Psikososyal Hizmetler	22
1.6.1. Türk Kızılayı ve Afetlerde Psikososyal Hizmetler	23
1.7. Afetlerde Psikososyal Müdahale Teknikleri	25
1.7.1. Bilişsel Davranışçı	26
1.7.2. Sosyal İyileştirme Çalışmaları	27
1.7.3. Krize Müdahale	28
1.7.4. Eğitim Müdahalesi	29

1.7.5. Ruhsal Paylaşım- bilgilendirme.....	29
1.7.6. Psikolojik İlk Yardım	30
1.8. Uluslararası Kızılhaç Kızılay Örgütünün Tarihi	31
1.9. Türk Kızılayı'nın Tarihi	32
1.10. 2005 Pakistan Depremi	33
1.10.1. Türk Kızılayı Pakistan Müdahalesi	34
1.11. Afetlerden Sonra Ortaya Çıkabilecek Ruh Sağlığı Sorunları	35
1.11.1. Depresyon	35
1.11.2. Anksiyete	37
1.11.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	40
1.11.4. Özsaygı	42
BÖLÜM 2. AMAÇ VE KAPSAM	46
BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM	48
3.1. Örneklem Grubu	48
3.2. Veri Toplama Araçları	48
3.2.1. Siviller İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi	49
3.2.2. Manifest Anksiyete Ölçeği	49
3.2.3. Beck Depresyon Envanteri Urdu Formu	49
3.2.4. Özsaygı Ölçeği	50
3.2.5. Bilgi Formu	50
3.3. İşlem	50
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	53
BÖLÜM 4. BULGULAR	54
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	54
4.2. Ruh Sağlığı Sorunlarının Yaygınlığı	55
4.3. Ön- test Ölçümleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	56
4.4. Son- test Ölçümlerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	58
4.5. Psikososyal Müdahaleye Katılım Gösterme Durumunun Ruh Sağlığı Sorunlarına Etkisinin Değerlendirilmesi	59
4.6. Çalışma Grubu Ölçümlerinde Etkililik Karşılaştırması	60

4.7. Kontrol Grubu Ölçümlerinde Etkililik Karşılaştırması	60
4.8. Ruh Sağlığı Sorununun Olup Olmaması Durumuna Göre Çalışma Grubunda Etkililik Değerlendirmesi	61
4.9. Ruh Sağlığı Sorununun Olup Olmaması Durumuna Göre Kontrol Grubunda Etkililik Değerlendirmesi	62
4.10. Cinsiyetin Ölçümler Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	63
4.11. Afetle Başaçıkma Kapasitesinin Değerlendirilmesi	64
4.12. Kendine/ Yakınlarına Yardım Etme Kapasitesinin Değerlendirilmesi	65
BÖLÜM 5. TARTIŞMA	67
5.1. Ruh Sağlığı Sorunlarının Yaygınlığı	67
5.2. Ön-test ve Son-test Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	70
5.3. Psikososyal Hizmetlerin Etkililiğın Karşılaştırılması	72
5.4. Cinsiyetin Ölçümler Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	74
5.5. Afetle Başaçıkma/ Kendine ve/veya Yakınlarına Yardım Etme Kapasitesinin Değerlendirilmesi	76
BÖLÜM 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	79
KAYNAKÇA	81
EKLER	
EK-1. Siviller İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi	95
EK-2. Manifest Anksiyete Ölçeği	97
EK-3. Beck Depresyon Envanteri Urdu Formu	99
EK-4. Özsaygı Ölçeği	102
EK-5. Bilgi Formu	104

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1.1. 2007 Dünya Afet Raporu kıtalar temelinde afet bilgileri	4
Çizelge 1.3. Yurtiçi psikososyal hizmetler	24
Çizelge 1.4. Yurtdışı psikososyal hizmetler	25
Çizelge 1.5. Shub'un özsaygı çizelgesi (1983)	43
Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	55
Çizelge 4.2. Tüm grupta, çalışma grubunda ve kontrol grubunda depresyon, anksiyete ve TSSB yaygınlığı ve düzeyi.....	56
Çizelge 4.3. ÇG ve KG katılımcılarının depresyon, anksiyete, TSSB ve özsaygı <u>ön-test</u> puanlarına ilişkin Mann- Whitney U ve t testi sonuçları	57
Çizelge 4.4. ÇG ve KG katılımcılarının depresyon, anksiyete, TSSB ve özsaygı <u>son-test</u> puanlarına ilişkin Mann- Whitney U ve t testi sonuçları	58

Çizelge 4.5. Psikososyal müdahaleye katılım gösterme durumunun depresyona, anksiyeteye ve TSSB'ye etkisinin değerlendirilmesi	59
Çizelge 4.6. ÇG ve KG katılımcılarının anksiyete, ÇG katılımcılarının TSSB ön-test ve son-test puanlarına ilişkin Eş Örnekler Testi istatistik sonuçları	61
Çizelge 4.7. ÇG ve KG katılımcılarının depresyon ve özsaygı, KG katılımcılarının TSSB ön-test ve son-test puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları	61
Çizelge 4.8. ÇG katılımcılarının öntest ve sontest puanlarının depresyon, anksiyete ve TSSB'ye etkisinin değerlendirilmesi	62
Çizelge 4.9. KG katılımcılarının öntest ve sontest puanlarının depresyon, anksiyete ve TSSB'ye etkisinin değerlendirilmesi	63
Çizelge 4.10. Cinsiyete Göre Anksiyete ve Özsaygı Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	64
Çizelge 4.11. Cinsiyete Göre Depresyon ve TSSB Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları	64
Çizelge 4.12. İleride ortaya çıkabilecek herhangi bir afetle başa çıkma kapasitesi ile ÇG ve KG olma ilişkisi	65
Çizelge 4.13. Kendine ve yakınlarına yardım etme kapasitesi ile ÇG ve KG olma ilişkisi	66

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE GENEL BİLGİ

GİRİŞ

Büyük patlamayla oluşan dünyanın 6 milyonluk öyküsünde tarihin başlangıcından itibaren afetlerin yıkıcı ve yeniden inşa edici gücü çok büyük rol oynamaktadır. Kültürlerin yokoluşu, canlı türlerinin soylarının tükenmesi, hayatın temel kaynaklarının azalması, jeolojik yapıların değişimi, ailelerin dağılması, maddi manevi her türlü birikimin ortadan kalkması veya tam tersi yeni kültürlerin doğması, bilim ve teknolojinin gelişmesi, toplumların güçlenmesi ve kalkınması gibi çok geniş bir yelpazede afetlerin bireyi, aileyi, toplumu, dünyayı hatta evreni etkilediği bilinmektedir.

Afetlerin yol açtığı karmaşa ortamının yönetilmesi afet yönetiminin bir parçası iken; afetlerden sonra birey, aile ve toplumun en kısa zamanda 'normal' yaşama dönmesi ve ilerideki afetlere karşı daha hazırlıklı olmasının sağlanması psikososyal müdahalelerin amaçlarındandır.

Afetlerden sonra ortaya çıkabilecek psikososyal sonuçları şu şekilde sıralayabiliriz: Psikolojik problemler, sebebi belirlenemeyen sıkıntılar, sağlık problemleri ve endişeleri, günlük yaşama dair süregelen problemler, psikososyal kaynakların kaybı, gençlik dönemine ait özel sıkıntılar. Bu sıkıntıların önlenmesi, azaltılması ve kişilerin güçlendirilmesi için, gerek afete uğrayan ülkenin kendi kaynaklarıyla gerekse kaynakların yetersizliği sebebiyle uluslararası düzeyde, uygulanan psikososyal müdahaleler tüm dünyada görülmektedir (Reyes and Elhai, 2004; Regel et al. 2007).

Türk Kızılayı bünyesinde 1999'da Uluslararası Kızılhaç Kızılay Federasyonu'nun bir projesi olarak psikososyal çalışmalar hayata geçirilmiştir. 2002 yılında ise Türk Kızılayı psikososyal hizmetleri bir birim olarak faaliyete geçirmiş ve zaman içinde Psikososyal Birim, Türk Kızılayı'nın afet yönetiminin kalbi olan Afet Müdahale ve Yardımlar Yönetimi'nin temel taşlarından biri olmuştur. Birim olarak psikososyal hem yurtdışı hem yurtiçi müdahalelere katılmıştır. Çalışmanın hazırlandığı dönemde halen Endonezya ve Pakistan'da psikososyal etkinlikler Türk Kızılayı'nın himayesinde devam etmektedir.

Gerek yurtdışında gerek yurtiçinde afetlerde psikososyal çalışmalar 90'larda başlamıştır. Geçmiş çok eski olmayan bu alanda özellikle son 10 yıldır birçok yayın

çıkıştır. Ama psikososyal müdahalenin etkililiğinin değerlendirilmesi için, kontrol grubunun dahil edildiği boylamsal çalışmaların epidemiyolojik sonuçlara ulaşmak için yeterli sayıda olmadığı bilginiz dahilindedir. Afet ve travma ile ilgili çalışmalarda; daha çok tek gruplu, epidemiyolojik, kesitsel araştırma desenleri kullanılmış, bir kısmında ise bütünsel olmadan bazı müdahale yöntemlerinin etkililiği kontrol grubuyla boylamsal araştırma deseniyle araştırılmıştır.

Bu çalışmayla Türk Kızılayı'nın 2005 Pakistan Depremi sonrasında yürüttüğü afetlerde psikososyal hizmetler çerçevesinde devam eden mesleki eğitim kursları ve psikolojik ilk yardım eğitim modülü etkililiğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın afetler ülkesi olan Türkiye'de ve yurtdışında, afetler temelinde yürütülen ve yürütülecek olan psikososyal hizmetlere yeni bir pencere açacağı, hizmetlerin gözden geçirilmesi ve gerekiyorsa yeniden şekillendirilmesi için bir başlangıç noktası olacağı düşünülmektedir.

Bu amaçlar göz önünde bulundurularak, bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- 1- Pakistan Depreminden iki yıl sonra katılımcıların ruh sağlığı sorunları profili nedir?
- 2- Tüm grupta bir ay arayla yapılan değerlendirmelerde iyileşme olmaktadır mıdır?
- 3- Psikososyal müdahale için başvuranların ilk değerlendirmelerinde anksiyete, depresyon, TSSB düzeyleri, başvurmayanların ilk değerlendirmelerine göre daha düşük müdür?
- 4- Psikososyal müdahalelere bir ay katılanların son değerlendirmelerinde anksiyete, depresyon, TSSB puanları, başvurmayanların son değerlendirmelerine göre daha düşük müdür?
- 5- Psikososyal müdahalelere katılanların ve katılmayanların değerlendirmeleri grup içinde eşleştirilerek karşılaştırıldığında iyileşmeyi göstermekte midir?
- 6- Kadınların anksiyete, depresyon, TSSB ve özsaygı düzeyleri erkeklere göre düşük müdür?

7- Katılımcıların ileride ortaya çıkabilecek bir afetle başa çıkma kapasitelerini algılayışları psikososyal müdahalelere katılım gösterip göstermemeye ve zamanla ilişkili midir?

8- Katılımcıların kendilerinin veya yakınlarının psikolojik sorunlarıyla başa çıkma kapasitelerini algılayışları psikososyal müdahalelere katılım gösterip göstermemeye ve zamanla ilişkili midir?

GENEL BİLGİ

1.1. AFET

En genel tanımla insanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen ve etkilenen topluluğun kendi imkan ve kaynaklarını kullanarak üstesinden gelemeyeceği, doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylara afet denilmektedir (Ergünay, 1999).

Bilinen en eski afetlerden biri olan ve dünyayı yerinden oynatacak kadar güçlü yaşanan İtalya'daki Vesuvius Dağı'nın volkanik patlaması (İ.S. 79) çok fazla yıkıma ve üç milyon kişinin ölümüne yol açmış, Roma İmparatorluğunun üç şehrini tümüyle yok etmiştir (Reyes, 2006a; <http://en.wikipedia.org/wiki/Vesuvius>; <http://www.eyewitnesstohistory.com/pompeii.htm>).

Afet kapsamında bahsedebileceğimiz en güncel durum ise 'Yerinden Edilme'dir. Kendi ülkesi içinde yerinden edilmiş (Internally Displaced Person, IDP), sığınmacı ve göçmen statüsündeki (Externally Displaced People, EDP) kişilere ilişkin veriler ürkütücü boyuttadır. 2007 Dünya Afet Raporu'nda verilen bilgiler doğrultusunda 2006 ile Mayıs 2007 yılları arasında tüm dünyada 21.168.700 kişi kendi ülkesi içinde yerinden edilirken, 13.939.800 kişi başka ülkelerde göçmen veya

sığınmacı konumunda yaşamaya başlamışlardır (IFRC, 2007; <http://www.unhcr.org/statistics.html>).

Çizelge 1.1. 2007 Dünya Afet Raporu kıtalar temelinde afet bilgileri

Kıta	Afet Sayısı	Ölü Sayısı
Afrika	198	5768
Amerika	105	1555
Asya	306	20572
Avrupa	97	5814
Avustralya	18	24
TOPLAM	724	33.733

2007 Dünya Afet Raporu'nda kıtalar temelinde çığ, deprem, aşırı sıcak, sel gibi doğal olaylar, endüstriyel kazalar, araçlı kazalar gibi teknolojik kazaların içinde bulunduğu detaylı afet ve ilişkili değişkenlere ait tablolar verilmiştir. 2006 yılında afetlerin büyüklüğüne etki eden nedenler açısından en şanssız kıta, en fazla afet ve ölüm sayısı ile son 10 yıldır (2003 hariç) Asya kıtası olmuştur (Çizelge 1.1).

Son 10 yıl içinde meydana gelen en büyük afetler içerisinde 1999 Marmara Depremi de yer almaktadır. Bu afetler sırasıyla: Kore Demokratik Cumhuriyetinde 1995-2002 yılları arasında yaşanan kıtlık (600.000'den fazla ölü), 2004 yılı Hint Okyanusu tsunamisi (226.408 ölü), 2005 yılı Güney Asya depremi(74.647 ölü), 2003 yılı Avrupa sıcak hava dalgası (70.000'den fazla ölü), 1999 yılı Venezuela sel felaketleri (30.000 ölü), 2003 İran Bam Depremi (26,796 ölü), 2001 Hindistan Gujarat depremi (20,005 ölü), 1999 Türkiye İzmit Depremi(17,127 ölü), 1999 Orta Amerika Mitch Hortumu (18.791 ölü) (IFRC, 2007).

Bin yıllardır dünyamızı çok farklı şekillerde, değişik şiddetlerde ve sürelerde etkilemeye devam eden afetlerin tanım olarak değişik açıklamaları yer almaktadır.

Akdur, bir olayın afet olarak nitelenmesini belirleyen en önemli özellik olarak, olaya maruz kalan toplumun (yerleşim biriminin) olayın sonuçları ile baş edememesi ve dış yardıma gereksinim duyması olduğunu belirtir ve afeti toplumun olağan yaşam düzenini bozarak, can ve mal kayıplarına neden olan, onun yanıt verme

ve uyum sağlama kapasitesini aşarak, dış yardım gereksinimi doğuran, ekolojik olaylar olarak tanımlar (Akdur, 2000).

Türk Tabipler Birliği afet yerine olağandışı durum kavramını kullanır ve şöyle tanımlar: Stres, kişisel yaralanma, fiziksel hasar ve geniş çaplı ekonomik yıkıma neden olan çevresel etkilere veya silahlı çatışmalara olağandışı durum denir (Saçaklıoğlu ve Sarıkaya, 2002).

Yaşamı, mülkü, geçim kaynaklarını veya endüstriyi olumsuz olarak etkileyen, genellikle toplumlarda, ekosistemde ve çevrede kalıcı değişikliklere yol açan insan yapımı veya doğal olaydır. Afetler bir toplumun işlevselliği bozar ve hayati, ekonomik, çevresel ve maddesel kayıplara yol açar (New Jersey Disaster Mental Health, 2008).

Ülkemizde acil durum yönetimi gerektiren tabii afetler arasında deprem, su baskını, sel, çığ, toprak kayması ve heyelan yer almaktadır. Acil durum yönetimi açısından afet, itfaiye ya da polis gibi tek bir birimin başa çıkamayacağı, büyük insan kaybına ve ekonomik kayba neden olan ve kriz durumu gerektiren tehlikeli olay olarak tanımlanmıştır (İTÜAYM, 2001).

Afetin sınıflandırılmasında farklı düşünceler bulunmaktadır. Örneğin; Avrupa Atlantik Afet Müdahale Merkezi Yönergesi ekinde afet türleri doğal ve teknolojik afetler olarak ikiye ayrılmıştır (Gülkan ve ark. 2003). Oysa Akdur afetlerin klasik öğretilerde doğal ve yapay olarak gruplandırılmasına karşı çıkmakta ve sonuçları itibariyle tüm afetlerin doğrudan toplumsal çevre ile yani insan eylemi ile ilgili olduğunu savunmaktadır (Akdur, 2000). Ergünay benzer şekilde doğa ve insan kaynaklı afetlerin arasındaki farklılığın giderek netliğini kaybetmekte olduğunu ve afetlerin zincirleme etkilerle, birbirlerini başlattığını ve giderek karmaşık sonuçlar doğurduğunu belirtmektedir (Ergünay, 2002) .

Ergünay, afetleri ; meydana geliş hızlarına ve kökenlerine göre iki ana gruba ayırmıştır. Meydana geliş hızlarına göre; ani gelişen ve yavaş gelişen afetler olarak ikiye ayrılmaktadır. Ani gelişen afetlere örnek olarak; depremler, su baskınları ve çamur akmaları, çığ ve kaya düşmeleri, volkanik patlamalar, nükleer veya kimyasal kazalar, fırtına ve tayfunlar sayılabilir. Bu tür afetlerde genellikle önceden tahmin ,

erken uyarı, tahliye imkanı olmadığı için, toplumun afet olaylarına karşı önceden alabildiği koruyucu ve önleyici önlemler yetersiz ise, büyük can ve mal kayıpları ile sosyal, psikolojik ve ekonomik kayıplar da büyük olmaktadır. Yavaş gelişen afetlere ise; kuraklık ve açlık, erozyon, çölleşme, küresel ısınma, salgın hastalıklar örnek olarak verilebilir. Bu tür afetlerin yol açtığı zarar ve kayıplar zaman içerisinde yavaş yavaş zarar ve kayıplara yol açtıkları için, olay ortaya çıktıktan sonra, koruyucu ve önleyici önlemler almak daha kolay olmaktadır (Ergünay, 2002).

Afet olarak nitelendirilen olgunun afet olup olmadığı konusunda herkesin üzerinde anlaştığı temel özellikler yoktur. Türkiye için 6 şiddetinde bir deprem birçok olumsuz sonuç doğuracağı için afet sayılırken, Japonya ve Endonezya için gündelik yaşamın bir parçası ve yüksek olasılıkla olumsuz sonuçlara neden olmayacağı için afet sayılmamaktadır (Demir, 2003). Bu yüzden de afetlere ilişkin sınıflandırmalarda ve afet çeşitlerinde farklılıklar bulunmaktadır. Ergünay, afetleri kökenlerine göre dört grupta toplamıştır. Jeolojik kökenli afetlere örnek olarak; depremler, heyelanlar, kaya düşmeleri, volkan patlamaları; meteorolojik kökenli afetlere örnek olarak ise; su baskınları, kuraklık, fırtına, küresel ısınma, çölleşme gösterilebilir. Teknolojik ve insan kökenli afetlere ise; nükleer ve kimyasal kazalar, büyük yangınlar, çevre kirlenmeleri, terör olayları veya savaşlar örnektirler (Ergünay, 2002). New Jersey Ruh Sağlığı Merkezi yukarıda belirtilen afet sınıflamalarından farklı olarak, belki de ülke şartları, tehlike anlayışının farklılaşması ve uzmanlık alanından dolayı afeti dört sınıfta değerlendirmiştir. Bunlar; biyolojik terör atakları (veba gibi), kimyasal acil durumlar (sinir gazları, biyolojik zehirler...), kitlesel acil durumlar(terörizm, patlamalar...), doğal afetler ve kötü hava şartları(deprem, aşırı sıcak dalgası, kuraklık, sel, hortum, toprak kayması, enerji kesintisi, tornado, tsunami, volkan patlaması, kış koşulları...)dır (New Jersey Disaster Mental Health, 2008).

Afetin yarattığı yıkım sadece şiddetine bağlı değildir ve farklı değişkenlere bağlı olarak nasıl sonuçlanabileceği artık tahmin edilebilmektedir. Bu tahminler ve çalışmalar sayesinde birçok tehlike önceden fark edilerek; afetler önlenmekte veya zararları azaltılmaktadır. Bu konuda, 1999 Marmara Depreminin ardından daha

gerçekçi olmaya başlayan İstanbul depremi, 2007 yılında barajlardaki su seviyesinin azalması, Türkiye'nin yaz aylarında her gün karşılaştığı orman yangınları ve bilinçsiz ağaç kesiminin sonrasında neler olabileceğine dair öngörülerde bulunulması ve düzenlenen kampanyalar örnek olarak verilebilir. Ayrıca Latin Amerika ve Karayip Ekonomi Komisyonu (ECLAC) Program Planlama ve Operasyonlar Bölümü tarafından birçok değişkenin göz önüne alınması ile doğal afetlerin ortalama sosyo-ekonomik etkilerinin hesaplanması için kılavuz çıkarılmıştır (ECLAC, 1991). Afetlerin büyüklüğüne etki eden ana faktörler şu şekilde özetlenmektedir:

- a. Olayın fiziksel büyüklüğü,
- b. Olayın yoğun yerleşme alanlarına olan uzaklığı,
- c. Fakirlik ve az gelişmişlik,
- d. Sosyal ve ekonomik dışlanma,
- e. Hızlı nüfus artışı ve kentleşme,
- f. Tehlikeli bölgelerdeki hızlı ve denetimsiz şehirleşme ve sanayileşme, yetersiz fiziksel altyapı,
- g. Ormanların ve çevrenin tahribi veya yanlış kullanımı,
- h. Bilgisizlik ve eğitim eksikliği,
- i. Sivil çatışmalar ile ekonomik geçiş durumları,
- j. Zayıf idari kontrol sistemleri,
- k. Toplumun afet olaylarına karşı önceden alabildiği koruyucu ve önleyici önlemler (Cestari, 2002; Ergünay, 1999).

Birleşmiş Milletler Ekonomi ve Sosyal Hizmetler Birimi için hazırlanan makalede yukarıdaki bilgileri destekleyecek şekilde; gerek insan gerek doğanın sebep olduğu afetlerin ve travmatik yaşantıların tesadüfi olmadığı, daha az kaynağa sahip, sağlıksız ev yapısına sahip, güvensiz yerlerde yaşayan insanların ortak sorunu olan; fakirlik, işsizlik ve sosyal uyumsuzluktan kaynaklandığı belirtilmektedir (ISTSS, 2003).

AFET DÖNEMLERİ

Acil durumların/afetlerin doğal bir döngüsü bulunmaktadır, bu doğal döngünün evreleri ile ilgili olarak farklı terminolojiler ve ifadeler kullanılmaktadır.

Bazı kaynaklarda müdahale, iyileştirme, geliştirme, önleme, azaltma ve hazır bulunma döngüyü ifade ederken (Moore, 2002), bazı kaynaklarda model dört evre; hazırlıklı olma, acil müdahale, iyileştirme ve zarar azaltma çalışmaları ile tanımlanmıştır (Gülkan ve ark., 2003; İTÜAYM, 2001; Cheek and Stanley, 2002). Hazırlıklı olma dönemi; muhtemel bir afette ortaya çıkabilecek kayıpların ve tehlikelerin giderilmesi, öncelikle tehlike ve tehdit altındaki canlıların kurtarılması, kayıpların bulunması ve acil yardım gereksinmelerinin karşılanması amacıyla, 'arama-kurtarma kabiliyeti'nin (AKK) geliştirilmesi ve zinde tutulması için gerekenlerin yapılmasıdır. Acil müdahale; afet durumunu ve ortaya çıkan gereksinmeleri hızla tespit etme, çok yönlü iletişim kurabilme, yeterli sayıda doğru gereç ve eğitilmiş kadroları afet yerine hızla erişirme, acil sağlık hizmetleri ve günlük yaşam destekleri ekiplerinin çalışmalarını kapsar. İyileştirme döneminde afet acil durumunun bertaraf edilmesi sonrasında öncelikli olan asıl hedefin, zarara uğramış birey ve toplulukların desteklenmesi olduğu kadar, yerel ekonomik canlılığın yeniden kazanılması, altyapının geliştirilmesi, sanayinin ve ticaretin desteklenmesi, toplum eğitimi, sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin sağlanarak toplumun olası bir yeni afet karşısında daha dirençli kılınması çalışmaları yapılır. Zarar azaltma çalışmaları kapsamında toplumun fiziki altyapısını oluşturmada, yer seçimi ilkelerinden başlayarak yapılaşmada daha yüksek standartların belirlenmesi, bunları sağlamak üzere yasal ve ekonomik yöntemlerin geliştirilmesi; toplumun her kesiminde bireylerin, yerel toplulukların ve kuruluşların olası afet zararlarını azaltmak amacıyla alabilecekleri önlemlerin tanımlanması ve bu yatırımları yapmalarının kurumsal yollarla, eğitim yolu ile ve bir toplumsal kültür oluşturma yoluyla sağlanması için projeler ve diğer tüm etkinlikler yapılır (Gülkan ve ark., 2003).

Afet döngüsünde olduğu gibi afete dair yapılacak müdahalelerin kesitsel olmaktan çok boylamsal bir niteliği olmalıdır (Aker, 2006; Erden, 2000; Karancı, 1999). Afetlerde koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, 3 basamakta döngüsel olarak verilmektedir. Birincil koruma, mümkün olduğu kadar fazla işbirliği içinde, gerek yardım çalışanlarının gerek toplumun afete hazır olmak için yaptığı tüm etkinliklerdir. Afetin olmasından sonra yardım çalışanlarının eğitimine devam

edilmesi, risk gruplarına yönelik tarama programlarının psikolojik eğitim ve destek gibi etkinliklerle gerçekleştirilmesi genel bir ifadeyle erken dönem veya psikolojik bozuklukları önleyici etkinlikler, ikincil korumadır. İlerleyen dönemde süregelen psikiyatrik bozukluklarının tedavisi ve diğer iyileştirme çalışmaları esnek ve kendini geliştirilebilecek bir yönelimle üçüncül koruma olarak devam ettirilir (Aker, 2006).

1.2. DEPREM

Uluslararası Kızılhaç Kızılay Dernekleri Federasyonu (UKKF) (International Federation Red Cross and Red Crescent Societies -IFRC) tarafından afet tipleri; kuraklık, deprem, salgın, kıtlık, sel, hortum, kasırga, insan eliyle yapılanlar, nüfus hareketleri, teknolojik ve yanardağ patlamaları olarak sıralanmıştır. Yerkabuğu içindeki kırılmalar nedeniyle ani olarak ortaya çıkan titreşimlerin dalgalar halinde yayılarak geçtikleri ortamları ve yer yüzeyini sarsma olayına "Deprem" denir (<http://www.deprem.gov.tr>).

Depremlerin hiçbir erken uyarı vermeden başladığı ve yıkıcı olabildiği belirtilmiştir. En yıkıcı depremler 6 ve üstü şiddette ve merkezi nüfusu yoğun yerlerde olanlardır. Depremler aynı zamanda toprak kayması ve tsunamiler için tetikleyici olabilmektedir. Deprem sonrası devam eden artçı şoklar ise hem psikolojik stresin hem fiziksel zararların artmasına neden olur (IFRC, 2008; Karancı, 1999).

Depremle ilgili en çok konuşulan iki kavram şiddet ve büyüklüktür. Depremin şiddeti, bir deprem sırasında ortaya çıkan enerjinin miktarıdır. Sismik dalgaların şiddeti ölçülerek, Richter Ölçeği'nde 1 ile 9 arasında bir değer alır. Ölçekteki her bir sayı kendisinden bir önceki sayıya göre 30 kat fazla enerjinin açığa çıktığını ifade eder. Depremin büyüklüğü Mercalli Ölçeği ile 1 ile 12 arasında bir değer ile ölçülür ve depremin zemine nasıl etki ettiğini (yarıklar ve yıkıntılar) ifade eder (İTÜAYM, 2001; Akdur, 2000b).

1.3. AFET PSİKOLOJİSİ

Roma'nın Pompeii şehrinin yıkılmasından korkunç savaflara kadar tüm afetler tipik olarak ani, beklenmedik, çok yüksek şiddette, yıkıcı ve yaşamı tehdit eden durumlardır. En açık ve gözlenebilen etkileri açısından politik, sosyal, fiziksel ve ekonomik yıkımlar olarak değerlendirilmektedir ama; afetler ayrıca dünyadaki yerimizin neresi olduğu hakkında ipuçları vererek dini ve kültürel sistemlerimizi de şekillendirmiştir. Bazen dinine oldukça bağlı bir toplumun afet sonrası inancına karşı isyanına, bazen komşuluk ilişkileri olmayan bir toplumun birbirine kenetlenmesine tanık olunur. İnsan ruhu ve zekası, dehşetin tüm türleri karşısında özellikle doğal sebeplerden oluşarlardan dolayı, çok fazla etkilenmekte ve en temel inançlarımızı yani kendi yaşantılarımızı ve ortak kaderimizi değiştirebilme gücümüz olduğunu sorgulamamıza yol açmaktadır (Reyes, 2006b).

Afetlerin sebep olduğu psikolojik etkiler bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevselliğin farklı boyutlarda bozulmasıyla, sosyal etkiler ise aile ilişkileri, toplumsal ilişkiler ve maddi durumun bozulmasıyla ilişkilidir (Inter-Agency Guiding Principles, 2005). Ayrıca afetlerin en önemli özelliklerinden biri aynı anda çok sayıda insanı etkileyerek, yüzlerce insanın ölümüne yüzlerce insanınsa kayıplarıyla başetmesi için çareler aramasına yol açmasıdır. Kayıplarıyla baş etmeye çalışan bu insanların kayıplarının niteliği ve niceliği; en net olarak hesabı yapılabilen ölü sayısı ve zarar gören mülkten, hesap yapılması mümkün olmayan kimlik, statü ve saygınlık gibi değerlere kadar değişiklik göstermektedir (Reyes, 2006b).

Afet sonrası ortaya çıkan psikolojik ve sosyal ihtiyaçların karşılanmaması birey veya toplumun yıkımına direk olarak yol açmasa da, birey ve toplumun tüm yaşam kapasitesinin azalmasına ve daha incinebilir olmasına neden olabilir (Branden, 1969). Silahlı çatışmalardan kurtulanlar ve göçmenlerle yapılan çalışmalar, şiddet olaylarından sağlam bir şekilde kurtuldukları halde etkilenenlerin uzun bir süre sonra benzer duygusal ve psikolojik yaralar taşıyacaklarını göstermektedir (Reyes, 2006b). Geleneksel olarak afetler ve savaşların maruz bıraktığı yas ve acının teselli edilmesi

için dini veya doğa üstü kaynaklardan yararlanılmaktadır. Son 10 yıldır ise afet psikolojisinin de güçlenmesiyle ve halka ulaşmasıyla, afetler sonrası ortaya çıkan acı veren duygular, rahatsız edici hatıralar, kaçınmalar, normal yas sürecinin ketlenmesi, uzaması gibi durumlar uzman müdahalesi gerektiren psikolojik tepkiler olarak görülmeye başlanmıştır (Reyes, 2006b; Reyes and Elhai, 2004; Sercan, 2003). Afet sonrası müdahalede iki temel amaca uyulması gereklidir. Bunlardan biri en acil ihtiyaçların karşılanması (çadır, yemek...), ikincisi yardım yapılan bireye ve topluma zarar verilmemesidir. Ruh sağlığı uzmanlarının çalışmalarını etkilenenlerin gerek psikolojik gerekse fizyolojik iyilik hallerinin korunması, afetin psikolojik ve sosyal alanlarını anlamaları ve afetten etkilenenlerin maruz kaldığı travmayı, yası, depresyonu ve diğer zorlu durumları azaltmak veya bunların olmasını engellemek için müdahale etmek oluşturur (Diaz et al. 2006; Reyes, 2006b).

Afet sonrası ortaya çıkan ruhsal ve sosyal sorunlara yönelik çalışırken sadece bir açıdan bakılması yetkin müdahaleyi engelleyecektir. Afetler sonrası gözlenen yakınmaların çoğu ruhsal travmaya bağlı tepkiler olsa da müdahale teknikleri oldukça çeşitlidir. Bu tekniklere detaylı olarak Afetlerde Psikososyal Hizmetler konusunda değinilmektedir.

Müdahale yöntemi olarak afet psikolojisi ile diğer travmatik olaylar arasında bazen karışıklıklar yaşanmaktadır. Afet psikolojisi, travmatolojiden doğmuş olmasına rağmen yöntem olarak toplum temelli müdahalelere vurgu yapması ve kısa süreli akut stres tepkilerinin normalleştirilmesi üzerine çalışması ile diğer travmatik olaylardan farklıdır. Bozukluk düzeyinde tepkiler gösteren vakalarla klinik terapiler yapılması yerine, daha çok korkunç bir olay sonrası yaşanan tepkilerin olağan olduğu ve çoğu etkilenenin zaman içinde toparlandığı fikirlerine dayanarak krize müdahale, stres yönetimi, problem çözme yöntemleri ve diğer etkili başa çıkma yöntemleri aktarılır (Reyes, 2006a; Reyes and Elhai, 2004). Bu çerçevede afetlerde psikososyal hizmetlerin afet psikolojisi çerçevesinde sunulduğunu söyleyebiliriz. Ama afetlerle ve ruh sağlığı ile ilgili çalışmaların en temelinde ruhsal travmanın ne olduğunu, evrelerini ve tepkilerini iyi anlamamız gerekmektedir.

1.4. RUHSAL TRAVMA

Ruhsal travma, bir ya da daha çok yaşamsal vey varoluşsal bütünlüğünü tehdit edici ve rahatsız edici olaya karşı verilen kişisel tepki ve deneyimdir. Bu olaylar doğal afetler, fiziksel saldırı, cinsel saldırı, fiziksel kayıp, suç olayları, ölüm sonucu kayıp, bir trajediye şahit olma, tehlike altında olmak ve bir kayıp olacağına dair tehditkar durum olarak sayılabilir (New Jersey Disaster Mental Health, 2008).

Ruhsal travma sonrası; duygusal olarak korku, kaygı, suçluluk, öfke, gerginlik, güvensizlik, terkedilmişlik ve umutsuzluk duyguları; davranışsal olarak aşırı uyarılma durumu, uyku sorunları, iştahta değişiklikler, konuşma bozuklukları, yakınlardan kopma ve ilgilenmeme, iş ve okul sorunları, alkol ve ilaç kullanımında artış, belli uyaranlardan kaçınma davranışları, intihar girişimi; bilişsel olarak dikkat ile ilgili sorunlar travma ile ilgili yinelenen düşünceler ve hayaller, geçici disosiyatif nöbetler gibi tepkilerin ortaya çıkabileceğinden bahsedilebilir (National Center for Posttraumatic Stress Disorder, 2008; New Jersey Disaster Mental Health, 2008).

Ruhsal travmanın üç temel ortak bileşeni vardır: 1- olay beklenmedik ve anidir, 2- birey savunmasızdır, 3- önlemek için hiçbir şey yapılamaz(New Jersey Disaster Mental Health, 2008). Kılıç, genel olarak ruhsal hastalıklarda cinsiyet, sosyoekonomik düzey, eğitim, medeni durum, birey veya soygeçmişinde ruhsal hastalık öyküsü değişkenlerinin belirleyici olduğunu aktarmış; bunların yanısıra travmaya özgü olan faktörleri ise travmanın şiddeti, travma öncesi ve sonrası yaşam olayları, travma anında yaşanan korkunun şiddeti, sosyal veya maddi kayıplar gibi değişkenler olarak belirtmiştir (Kılıç, 2003). Caplan krizin sonucunu olumlu veya olumsuz etkileyebilecek faktörleri; kişisel faktörler, sosyo-kültürel ortam, aile ve profesyonel yardım verenlerin etkisi olarak belirtmiştir (Caplan, 1964: Sayıl'dan, 1996).

Ruhsal travmaların yaygın olmasına karşın ilişkili hastalıklar aynı yaygınlıkta ortaya çıkmaz. Hastalıkların ortaya çıkışını kolaylaştıran çeşitli etmenler vardır.

Depreme bağlı ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasında depreme ait rol oynayan etkenlerin  bileşeni vardır:

1- kişinin deprem anında bulunduğu yerin deprem merkezine uzaklığı

2- kişinin depremden gördüğü fiziksel zarar

3- depremde yakınların can kaybı (Yiğit, 2000). Bu yüzden deprem doğal afetinin bireyler üzerindeki ruhsal etkilerini, gerek belirtilen ruhsal travma ve kriz yordayıcılarının gerekse depreme dair incelemeler ve değerlendirmeler ile şekillendirmemiz gerekmektedir.

Kaptanoğlu ve Sözer tarafından travmatik olay sonrasında yaşanan süreci benzer şekilde değerlendirmişlerdir (Kaptanoğlu, 2003; Sözer, 1992). Karmaşıya veya şok aşamasında, birey kontrolünü kaybeder ve amaçsız etkinliklerde bulunur. Etkilenen kişi öznel olarak güvenlikte olduğu hissini kazanıncaya veya travmatik olayın ‘vuruş etkisi’ geçinceye kadar dönem devam eder. Sonraki aşama rahatlama, şaşkınlık, tepki olarak adlandırılır. Bu dönem olayı adlandırma ve anlamlandırma çabası içinde, savunma mekanizmalarının devreye sokularak ‘ne oldu, neden oldu, bu olayın sonuçları neler olabilir?’ gibi sorularla yaşanır. Kaçınma aşamasında, travmatik olayı hatırlatan herşeyden uzak durma çabası ve ie kapanma görülür. Yeniden değerlendirme veya işleme aşamasında etkilenen kişi, gelecek planları yapmaya başlar ve travmatik olayın öyküsünü bilinçli ve bilinçsiz olarak deneyimlediği yaşantılarla tekrar yazar; bunda amaç kabullenilmesi zor olan gerçeğin kendilik imgesine yerleştirmesi çabasıdır. Son aşama uyumdur. Kendilik değeri yükselen birey eğer travmaya dair kendi cevaplarını kabul edebilmiş ve çevreden de onay alabilmişse yeni ilişkiler kurmaya, şimdiye ve geleceğe dair çalışmalar yapmaya başlar.

Bütünsel olarak afet ve hizmet kavramlarına baktığımızda; etkilenenler için uygulanan hizmetlerin afet döngüsüne uygun olarak hazırlık, müdahale ve iyileştirme süreçlerinde devam etmesi gereklidir. Sürekliliği sağlanan hizmetler tek bir disiplin tarafından yönetilmemeli, aksine çok disiplinli hizmetler iyi bir şekilde organize olmalı, hızlı, kullanışlı ve amaca uygun hizmet planlamaları yapılmalıdır. Afetlerde psikososyal hizmetler gerek afet döneminde müdahale planının bir parçası olarak

gerekse olağan dönemde ayrı bir müdahale ekibi olarak çalışmalıdır. Hazırlık ve zarar azaltma dönemlerinde, belirgin bir afet durumundan çok genel tehlikelere yönelik çalışmalar yürütülebilir(Seynaeve, 2001).

Afetlerle başa çıkmanın en temel doğası; mümkün olduğu kadar her alanda; ama özellikle de fiziksel güvenlik ve hayatta kalmak için gerekli temel malzemelere ulaşma konularında önceden normal olana dönmektir. Çoğu çocuğun ve ergenin aile ve toplum içinde, temel yaşam ihtiyaçları karşılandıktan, güvenlikleri sağlandıktan ve gelişme olanakları yeniden inşa edildikten sonra normal işlevselliklerini tekrar kazandıkları belirtilmektedir (Inter-Agency Guiding Principles, 2005). Yaşam koşulları yaklaşık olarak düzene girmeye başladığında, günlük yaşantılar ve toplumun yeniden inşası işleme konular ve hızlı bir şekilde gerçekleştirilebilir. Önceliği olan değerler, beklentiler, planlar, beceriler ve kurumlar genellikle tekrar değerlendirilir ve daha uyumlu şekillerde yeniden inşa edilir (Reyes, 2006b).

Afetle karşılaşan kişilerin büyük bir çoğunluğu psikiyatrik anlamda hasta olmamaktadırlar. Gösterilen tepkiler kısa süreli ve kendine-başkalarına zarar verici düzeyde olmadıkça, anormal bir olaya gösterilen normal tepkiler olarak kabul görmektedir. Böyle durumlarda olay yerine psikolog, psikiyatrist veya diğer uzmanların akın etmesi gerekli olmayıp alışılmış psikiyatri uygulamalarının da yetersiz kalacağı ve çok yönlü yaklaşımların gerekli olduğu bilinmektedir (Aker, 2006; Civaner, 2002; ISTSS, 2003; Sarıkaya ve ark. 2005; Sercan, 2003, Seynaeve, 2001). Afet sonrası ortaya çıkan farklı travmatik olaylar ve stres yaratan durumlar üst üste geldikçe mevcut başa çıkma mekanizmalarının çökmesine, gerek birey gerekse toplumun kaynaklarının azalmasına ve kalıcı bozukluklara yol açabilir (ISTSS, 2003). Bu bozuklukların başında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Majör Depresyon (MD), (Aker, 2006; ISTSS, 2003; National Center for Posttraumatic Stress Disorder, 2008; National Collaborating Centre for Mental Health, 2008; Sarıkaya ve ark. 2005) Akut Stres Reaksiyonu (ASR), Akut Stres Bozukluğu (ASB) (Geyran, 2003; Yeager and Roberts, 2003); ayrıca anksiyete bozuklukları, psikosomatik yakınmalar (ISTSS, 2003; Reyes, 2006b) gelmektedir. Kötüye alkol veya diğer maddelerin kullanımı gibi sağlıksız davranışlar (Geyran, 2003; Karabilgin,

2002; National Center for Posttraumatic Stress Disorder, 2008; National Collaborating Centre for Mental Health, 2008; Reyes, 2006b) ve intihar riskinin (ISTSS, 2003; National Collaborating Centre for Mental Health, 2008) olay sonrasında arttığı bilinmektedir.

Yapılan çalışmalarda afetin çoğu psikososyal etkilerinin herhangi bir müdahale yapılıp yapılmamasına bakmaksızın zamanla azaldığı belirtilmektedir (ISTSS, 2003; Reyes, 2006b; Sijbrandij et al. 2006). Müdahale gerektirmediği halde uygulanan psikososyal müdahaleler belki de etkilenenin doğal toparlanma ve travma sonrası büyüme sürecini zedelemektedir.

Sercan, travma sonrası stres sürecinin dinamik, doğal ve uyarlayıcı, yas dönemi tepkilerinin ise felaketten kurtulmanın normal bir parçası olduğunu ve bazen terapi ya da danışmanlık gereken durumlar olmasına rağmen bunların bozukluk olmadığını belirtmektedir (Sercan, 2003). Bu durumda etkin psikososyal müdahalenin hangi şekilde, ne zaman, kime ve ne kadar süre ile yapılacağı konularında cevap vermek zorlaşmaktadır.

1.5. AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER

Psikososyal kelime anlamıyla birbirini sürekli etkileyen psikolojik ve sosyal etkilerin hareketli ilişkisi, anlamına gelirken (Inter-Agency Guiding Principles, 2005), afetlerde psikososyal destek hizmetleri şu şekilde tanımlanabilir:

Afet sonrası ortaya çıkabilecek psikolojik uyumsuzlukların/ bozuklukların önlenmesi, aile ve toplum düzeyinde ilişkilerin kurulması ve geliştirilmesi, etkilenenlerin 'normal' ya da yeni yaşamlarına geri dönmesi sürecinde birey, aile ve toplumun kendi kapasitelerini fark etmeleri ve güçlenmeleri ayrıca ileride ortaya çıkabilecek afetlerle başa çıkmaları amacıyla afet döngüsünün her aşamasında düzenlenen çok disiplinli hizmetler bütününe afetlerde psikososyal hizmetler denir (Reyes, 2006a; Reyes ve Elhai, 2004; Seynaeve, 2001; Türk Kızılayı, 2008).

Psikososyal destek bir yaranın iyileştirmesine benzetilebilir; çünkü ikisi de merhamet içerir. Çoğu çalışma; sakinleşmeyi sağlamak, destek vererek rahatlamak ve daha iyi hissedene kadar yardımcı olacak başaçıkma yolları öğretilmek şeklinde yapılmaktadır. Tüm yapılanların anlamı, insanların dayanmak zorunda kaldıkları stresin yıkıcılığını azaltmaya yardımcı olmak, böylece insanların hayatlarında değişen koşullara uyum sağlamaya çalışırken biraz yardım almalarını sağlamaktır (Reyes, 2006b).

Savaş, doğal afetler, göçmen krizleri gibi durumlar için dini veya hükümete bağlı kuruluşlar, ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları, ayrıca Birleşmiş Milletler (1945) ve Uluslararası Kızılderuli Federasyonu (UKKF, 1864), bu durumlardan etkilenenlere uzun süreli yardım sağlamaktadır. İnsani yardım kuruluşlarının psikososyal destek ihtiyacını fark etmeleri ve müdahale etmeleri, 1994 yılında Ruanda'daki yaklaşık 800.000 kişinin ölümüne neden olan soykırım ve 1992-95 yılları arasında yaşanan Balkan savaşlarındaki 200.000 kişinin ölümüne yol açan etnik temizlik gibi korkunç olayların etkisiyle başlamıştır. Ruanda ve Balkanlar örneklerindeki travmatik yaşantıların büyüklüğü ve paylaşılan acı, sağlanan yardımlarda merkezi bir tema haline gelmiştir. Müdahale aşamasında insani yardım örgütleri ve sivil toplum kuruluşları, ruh sağlığı uzmanlarıyla işbirliği yaparak işlevselliği en çok bozulan ve şiddetli tepkiler gösteren kişilerin psikolojik ve duygusal yakınmalarını azaltmak için yardım yolları üzerinde çalışmışlardır (Barron, 2004; <http://news.bbc.co.uk>, 2008).

Afetlere maruz kalmak sadece etkilenenler için değil aynı zamanda toplum içinde oldukça ağır yükler getirir (ISTSS, 2003). Bu çerçevede programlanan afetlerde psikososyal hizmetlerin iki temel bakış açısı vardır; birincisi afetten etkilenen toplumu yeniden inşa etmek ve toplum kaynaklarını tekrar işler hale getirmek, ikincisi etkilenen bireylere müdahale etmek ve psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasını önlemektir (Ehrenreich, 2001; Reyes ve Elhai, 2004).

Afet sonrası psikososyal ihtiyaçlar çerçevesinde travmatik stresin, TSSB'nin, uzamış yasın, toplum bağlarının bozulmasının, belirsizliklerin ve afet sonrası olumsuz yaşantıların azaltılması amacıyla uygulanan erken müdahalelerden

bahsedilmektedir (Reyes ve Elhai, 2004). Afetlerde psikososyal destek hizmetleri bu ve benzeri temel kavramlar gözönüne alınarak şu temel çalışma ilkeleriyle tanımlanabilir:

Afetlerde Psikososyal hizmetlerin temel çalışma ilkeleri şunlardır:

- İhtiyaç Tespiti: Afetlerde psikososyal hizmetlerden hangisinin etkilenen topluma en uygun ve yarar sağlayıcı olduğunu, hatta psikososyal hizmetlerin gerekli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla afet bölgesinde ihtiyaç tespitinin yapılması gereklidir (Dodge, 2006a; 2006b). Afetten daha çok etkilenen incinebilir grupların, çocuk, kadın, yaşlı (ISTSS, 2003; Türk Kızılayı, 2008) gibi, ihtiyaçlarının detaylı tespiti, psikososyal hizmetlerin planlaması aşamasında yardımcı olabilir. Bu incinebilir grupların yanısıra afet sonrası hastanede yatanlar, yara almayanlar, afete tanık olanlar, yakını ölenler, kaybolanlar gibi etkilenenlerin ihtiyaçları da gözönünde bulundurulmalıdır. İhtiyaç ve kaynak tespiti yapılırken duruma uygun olarak yerel idare, diğer örgütler ve kurumlar ile işbirliği yapması uygun olacaktır (Dodge, 2006a; Seynaeve, 2001; Türk Kızılayı, 2008). İhtiyaç tespiti bazen ilk haftalarda yapılan ön tespitten bazense iyileştirme döneminde yapılması planlanan çalışmalara yönelik düzenlenen detaylı ihtiyaç ve kaynak tespiti çalışmalarıyla betimlenir. Yapılandırılmış ihtiyaç tespit formları çoğu zaman ihtiyaç tespiti süresince yardımcı olacaktır ama; afete özgü durumların gözden kaçırılmaması için yeni soruların eklenmesi de kaçınılmazdır. Afet alanına gitmeden önce gerekli bilgileri edinmek ve sahaya ilk ulaşanlardan edinilen bilginin önemi gözardı edilmemelidir. İhtiyaç tespiti aşamasında psikososyal uzmanın üye olduğu meslek grubundan daha önemli olan, afet psikolojisi, psikososyal ihtiyaçlar, kültürler arası uygulamalar gibi konularda bilgili olmasıdır. Psikososyal uzmanın bu konularda bilgili olmayarak sadece kendi uzmanlığı penceresinden ihtiyaç tespiti yapması yetersiz kalacaktır (Dodge, 2006a; 2006b, Sarıkaya ve ark. 2005).

- Afet Bölgesine En Uygun Hizmetin Sağlanması: Uluslararası psikososyal müdahalelerde kültürel farklılıklar göz önüne alınarak bilgilendirme, eğitim ve iletişim malzemelerinin kültüre uyarlanması, yerel ruh sağlığı uzmanları tarafından yerel dile çevrilmesi, zaman zaman güncellenmesi ve planlanan

psikososyal müdahalenin her aşamasında yerel uzmanlarla karar verilmesi gerekmektedir(Eisenbruch et al. 2004; Inter-Agency Guiding Principles, 2006; ISTSS, 2003; Reyes, 2006b; Sarıkaya ve ark. 2005; Türk Kızılayı, 2008). Afete maruz kalan yöre veya ülkede yürütülecek psikososyal hizmetlerin coğrafi, ekonomik, sosyal ve kültürel sistemlerle uyumlu hale getirilmesi çabasında afet bölgesinde çalışan veya bölgeyi iyi tanıyan ruh sağlığı çalışanları ve ilgili uzmanlar en iyi kaynaktır. Aynı zamanda daha etkili müdahale için insani yardım kuruluşlarının temel sistemlerinden gönüllü kazanımı için sahada çalışmalar yapılmalı, eğitimleri sonrasında gönüllüler aracılığıyla mümkün olduğu kadar psikososyal hizmetler daha fazla etkilenenlere ulaştırılmalıdır (ISTSS, 2003).

- Bilgi- Eğitim- İletişim Hizmetleri: Travma ile ilgili eğitimlerde daha çok eyleme yönelik, etkilenenlerin kaçınma davranışlarını azaltması konusunda cesaret verici, travmatik anılarıyla uzlaşmasını sağlayıcı, duruma uygun olarak olması beklenen psikolojik tepkilerin neler olduğunun aktarılması ve toplumun afetlere yönelik genel olarak güçlendirilmesi amaçları ön plana çıkarılmaktadır (ISTSS, 2003; Seynaeve, 2001; Turpin et al. 2005). Bunların dışında yaşanan afete özgü olarak ortaya çıkması muhtemel olan; alkol ve ilaç kullanımı, iletişim becerileri, şiddet, öfke yönetimi, çocuk ve benzeri konularda psikoeğitimler programda yer alabilir. Çocuklarla ilgilenen veya onlardan sorumlu olan kişilere yönelik verilecek eğitimlerle, bakıcıların çocuğun doğal sıkıntılarını/tepkilerini anlayarak daha rahat başa çıkmalarına ve daha fazla yardıma ihtiyaç duyan çocukları ayırt etmelerine yardımcı olunabilir (Inter-Agency Guiding Principles, 2006; ISTSS, 2003). Afet sonrası, etkilenenlerin yasal haklarının neler olduğu, etkilenenlere sağlanan yardımlar, yardımlara ulaşma yolları ve etkilenenlerin içinde buldukları zor durumla başa çıkmaları için gerekli diğer konular hakkında bilgi sağlanır (Farberow and Frederick, 1978; Sercan'dan 2003; IASC, 2007; ISTSS, 2003). Daha geniş grupların bilgilendirilmesi ve eğitilmesi için sosyal sorumluluk kampanyaları, posterler, broşürler, grup çalışmaları ve medya kullanılmalıdır (Dodge, 2006b; ISTSS, 2003; IASC, 2007; Turpin et al. 2005; Türk Kızılayı, 2008).

- Sürdürülebilirlik ve Kapasite Artırılması: Psikososyal müdahale çerçevesinde yapılan tüm çalışmalarda sürdürülebilirlik ve psikososyal kapasitenin geliştirilmesi söz konusudur (Inter-Agency Guiding Principles, 2006; Sarıka ya ve ark. 2005; Türk Kızılayı, 2008). Acil dönemde mümkün olduğu kadar güvenli ve huzurlu bir ortam sağlayıp etkilenenlerin yakınlarının nerede olduğunun araştırılmasından afetin kendisinin nasıl olduğuna kadar farklı konularda yardımcı olunurken sonraki dönemlerde daha kalıcı ve kapasite geliştirmeye yönelik çalışmalara ağırlık verilmektedir (Seynaeve, 2001). Psikososyal müdahalede psikolojik bozukluklara belirgin vurgu yapılmaz; çözüm odaklı, etkilenen nüfusun tekrar güçlenmesi ve toparlanma becerilerine destek olunması, yerelden kontrol edilen ve devam ettirilen çalışmalara vurgu yapılır. Kapasite geliştirme kavramı yerel kaynakların afetten önceki hallerine göre daha güçlü hale getirilmesi temel ilkesini içerir. Kapasite geliştirme çalışmaları acil, orta ve uzun dönem eğitimleri mantığıyla ve mevcut eğitim ve öğretim mantığıyla yapılırsa daha güçlü ve etkili olarak kaynakların kullanılması sağlanır. Etkilenen toplumun saygı duyduğu toplum liderleri, öğretmenler, hemşireler, doktorlar, geleneksel tedavi uygulayıcılar, din liderleri psikososyal kapasitenin artırılması çalışmalarında hedef olarak alınabilecek gruplardır. Eğer bu gruplar ve yakınındakiler psikososyal hizmetlerden yararlanırsa, toplumun yerel hizmetleri sahiplenmesini artırabilir, psikososyal yardım almanın ortaya çıkarabileceği ‘etiketlenme-stigmatize edilme’ azaltabilir ve çalışmaların sürdürülebilirliğini sağlama konusunda daha yardımcı olabilirler (ISTSS, 2003; Reyes, 2007b). İleride karşılaşılabilecek afetler için toplumun bilinçlendirilmesi çalışmalarının sürekliliğinin sağlanması için çalışmalar yapılır. Bu konuda halk bilinçlendirme programları, medyayı kullanarak psikoeğitim veya krize müdahale gibi tekniklerin aktarılması, müdahale edilen bölgedeki psikososyal kapasitenin eğitimi gibi yollar izlenmelidir (Karancı, 1999; Reyes and Elhai, 2004).

- Destek Sistemlerinin Kurulması ve Güçlendirilmesi: Psikososyal hizmetler birey, aile ve toplum düzeyinde çalışmalarını yürütür. Toplum temelli yürütülen psikososyal hizmetler çalışmalarında aile ve toplum liderlerinin güçlendirilmesi, desteklenmesi böylece yerel kaynaklarla kurulan, geliştirilen

iyileşme sistemlerinin daha etkin çalışmasını hedef alır (Reyes and Elhai, 2004). Mevcut ilişkiler ve destek sistemleri, sosyal desteğe en çok ihtiyaç duyulan yerinden edilme, depremler, kronik diğer stres kaynakları gibi durumlarda kesintiye uğrayabilir (ISTSS, 2003). Sercan, aile üyelerinin birbirlerine destek olmasının önemini vurgulayarak psikososyal hizmetler çalışanlarının, kesintiye uğrayan aile ve arkadaş ilişkilerinin tekrar kurulması için tarafları teşvik etmesi gerektiğini belirtir (Sercan, 2003). Destek sistemleri zayıf olan bireyler için, paylaşım grupları yalıtımı engelleyebileceği ve afet sonrası bireyin tepkilerin normalleştirilmesi, bilgi alış-verişi, iyileşmeye yönelik ipuçlarının paylaşılması gibi konularda yardımcı olacaktır. Rogers, olağan dönemde bile insanların sadece sigorta numarasının önem taşımasının insanı kişiliksizleştirdiğini diğer yandan ise doyurulması gereken kişisel psikolojik isteklerimizin çokluğunun grup tedavileri ve eğitimlerindeki başarının sebebi olduğu belirtir (Rogers, 1994). Paylaşım grupları dışında törenler (dini, anma, yıldönümü gibi), ortak iş yapma gibi durumlarda, gruba aidiyet duygusunun tekrar kazanılması ile güçsüzlük duygusunu azaltacak ve psikolojik etkisi çok güçlü olacaktır (Seynaeve, 2001).

- Yönlendirme ve Sevk: Sürekli yardıma ihtiyaç duyan veya ilaç tedavisi gereken etkilenenlerin tespiti durumunda, kişi gerekli kurum ve kuruluşlara sevk edilir (Inter-Agency Guiding Principles, 2006; Türk Kızılayı, 2008; Sercan, 2003). Ruh sağlığı risk tarama programlarında tedavi, ya da en azından psikolojik eğitim ve destek gibi etkinlikleri kapsamaması gerekmektedir. Eş tanımlı durumların gözden kaçmaması için ruhsal travmanın değerlendirilmesinde psikopatolojiye sadece TSSB boyutuyla bakmamalı ve kişilerin tedaviye ulaşmalarını kolaylaştıracak bilgilendirici ve hizmet özelliği taşıyan programlara ağırlık verilmesi gerekmektedir (Farberow and Frederick, 1978; Sercan'dan 2003; Sarıkaya ve ark. 2005). Ruh sağlığı çalışanlarının, sahada yaptıkları danışmanlık ve tespit görüşmelerinde beklenti düzeyini artırmadan, kısa, duygusal olarak destekleyici, yararlı ve dinamik bir ilişki kurmaları gereklidir. Zaman zaman alışık olunan klinik görüşmeler ve çalışma tarzlarından farklı olarak görünebilirliği yüksek sosyal hizmet kapsamında çalışmalar

yapılması gerekmektedir. Uygun ve etkili sevk sistemi idari, adli, terapötik veya diğer çoğu sıkıntıya cevap verecek şekilde güncel ve bilgili olur (Seynaeve, 2001).

- Çalışana Destek: Afetlerde hizmet veren personelin (yardım çalışanları, arama-kurtarma ekipleri, acil servis çalışanları, itfaiye, asker gibi) tehlikeli olaylar ve üstüste gelebilecek stres durumlarıyla karşılaşma riskleri yüksek olduğu için daha önceden olaya hazırlanmaları gereklidir (Aker, 2006; Dodge, 2006b; Karancı, 1999; Seynaeve, 2001). Bu alanda çalışacak personel kişilik yapıları ve görev için gerekli beceriler göz önünde tutularak seçilmeli ve stres yönetimi, iletişim, ekip çalışması, öfke gibi konularda eğitim verilmesi gereklidir (Dodge, 2006b; Karancı, 1999; Türk Kızılayı, 2008). Yapılacak olan çalışmalar sadece kurum veya yardım çalışanı yararına olmayıp, afet sonrası etkilenen halka yardımların saygı, empati, sakinlik içinde ulaşması hedefini de içermektedir (Dodge, 2006b). Çalışana destek eğitimleri eğitimcilerin eğitilmesi (training of trainers-ToT) sistemiyle, dikkatli ve düzenli bir çabayla daha fazla meslek grubuna verilebilir. Öğretmenler ve sağlık çalışanları gibi grupların eğitilmesi ve verecekleri eğitimlerin belge, izleme, değerlendirme ve destek olma çalışmalarlarıyla güçlendirilmesi gerek bireysel gerek toplumsal afet tepkisinin kalitesini yükseltebilir (IASC, 2007).

1.6. İNSANİ YARDIM ÖRGÜTLERİ VE AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER

En eskisinden en yenisine, gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun artık çoğu uluslararası yardım örgütü, müdahalelerinde afetlerde psikososyal destek programlarına yer vermektedirler. Bu konuda başı çeken Amerika, Danimarka, Belçika ve Türkiye gibi ülkelerin uluslararası insani yardım örgütlerinin yanısıra, oldukça zor şartlar altında çalışmalarını sürdüren Irak Kızılayı ve Filistin Kızılayı gibi uluslararası yardım örgütleri de psikososyal destek çalışmalarını, afet müdahalelerinin önemli bir parçası haline getirmişlerdir.

1991 yılında UKKF, Psikososyal Destek Programını (Psychosocial Support Programme, PSP) Sağlık ve Bakım Bölümü altında başlatmıştır. UKKF'nin programı yürütmesine yardımcı olmak için, Danimarka Kızılayı ve UKKH 1993 yılında Psikolojik Destek Kaynak Merkezini kurmuştur. Kasım 2004 yılında merkez adını değiştirerek Psikososyal Destek Kaynak Merkezi olarak faaliyetlerine devam etmektedir (IFRC, 2007).

1.6.1. TÜRK KIZILAYI VE AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER

Psikososyal Birim Kuruluşu

1999 Marmara Depremi sonrasında UKKF ile Türk Kızılayı arasında depremden etkilenen Türkiye'nin kuzeybatısını hedefleyen toplum temelli psikososyal projenin uygulanması için anlaşma imzalanmıştır. Ön çalışma Avcılar'da Nisan 2000'de başlamış ve Ağustos ayında burada bir toplum merkezi açıldı. İzmit ve Düzce'de ise 2001 yılında toplum merkezleri açılmıştır. 2001 tarihinde İzmir'de Psikososyal Destek Merkezi hizmet vermeye başlamıştır.

2004 yılında proje olarak başlayan psikososyal, Türk Kızılayı himayesinde Psikososyal birim adıyla kurulmuştur. 2007 yılında toplum merkezleri ve psikososyal destek merkezinin çalışmaları sonlandırılmıştır.

Psikososyal birim şu anda Afet Müdahale ve Yardımlar Yönetimi Bölümü altında, afet müdahale sisteminin temel bir parçası olarak hizmet vermektedir. Psikososyal birimin, Marmara ve Ege Bölge Afet Müdahale ve Lojistik Merkezlerinde iki psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı çalışmanı bulunmaktadır. AFOM'da 3 sosyal hizmet uzmanı, 2 psikolog ve bir asistan görev yapmaktadır. Bu birim halen yurtiçi ve yurtdışı hizmetlerini sürdürmektedir (Çizelge 1.3, Çizelge 1.4).

Hizmet başlıkları:

- a. Türk Kızılayı bağışçılara yönelik sürdürülen hizmetler
- b. Bireysel veya şube talepleri doğrultusunda yapılan ayni ve nakdi yardımlar
- c. Türk Kızılayı huzurevlerinin çalışmalarının eşgüdümünün sağlanması

- d. Çalışana destek hizmetleri
- e. Eğitimler
- f. Kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve eşgüdüm çalışmaları, projeler
- g. Toplum bilgilendirme çalışmaları
- h. Yurt içi ve yurt dışı afet müdahale çalışmalarına katılmak, yürütmek, izleme ve değerlendirme çalışmalarını yapmak
- i. İletişim ve eğitim malzemelerinin hazırlanması ve güncellenmesi.

Çizelge 1.3 . Türk Kızılayı Psikososyal Birimi tarafından yürütülen yurtiçi psikososyal hizmetler

AFET	TARİH	PSİKOSOSYAL HİZMETLER	ULAŞILAN KİŞİ SAYISI
Afyon Depremi	03.02.2002	İhtiyaç Tespit Çalışması	750
Irak Operasyonu	11-14.03.2003	Çalışana Destek Eğitim Programı	189
Bingöl Depremi	01.05.2003	İhtiyaç Tespit, Psikolojik Bilgi Dağıtma, Çalışana Destek, Bireysel Görüşme, Paylaşım Grupları	2.571
HSBC ve İngiliz Büyükelçiliği Bombalama Eylemi	15-20.11.2003	Psikolojik Destek, Halk Toplantıları, Bireysel Terapi, Afet Çalışanlarına Destek	940
Kızılay Sağlık Meslek Lisesi	21.05.2003	Bir Öğrencinin İntihar Girişiminin Ardından Öğrenci, Öğretmen ve Velilerle bireysel görüşme ve grup çalışmaları	139
Batman Sel	05.11.2006	İhtiyaç ve Kaynak Analizi, Bireysel Görüşme, Kaynağa Yönlendirme	867
Lübnan - Mersin Limanı Çalışması	19-27.07.2006	Lübnan'da Meydana Gelen Çatışmalar Nedeniyle Kaçan Yabancı Uyruklu Vatandaşlara Yapılan Psikososyal Destek Çalışması	10.080
Aksaray Trafik Kazası	14.04.2007	Broşür dağıtımı, bireysel görüşme, grup çalışmaları, yönlendirme (Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği –APHB- olarak)	750

Anafartalar Bombalama	Çarşısı	22.05.2007	Broşür dağıtımı, yaralı ve yakınlarıyla bireysel görüşmeler (APHB)	600
Bala Depremi		27.12.2007	İhtiyaç Tespit, çadır ziyaretleri, bireysel görüşme (APHB)	55
GENEL TOPLAM				16.941

Çizelge 1.4 . Türk Kızılayı Psikososyal Birimi tarafından yürütülen yurtdışı psikososyal hizmetler

ÜLKE	PSİKOSOSYAL HİZMETLER	ULAŞILAN KİŞİ SAYISI
SRİLANKA 2005-2006	Eğitim çalışmaları& Sosyal etkinlikler	4.538
	Projeler&Hasta Sevki	990
	İhtiyaç ve Kaynak Analizi Projesi	550
	TOPLAM	6.078
ENDONEZYA 2005- ...	Bireysel ve Grup Çalışmalarında Ulaşılan Kişi Sayısı	3.793
	Genel Etkinliklerde Ulaşılan Kişi Sayısı	10.000
	TOPLAM	13.793
PAKİSTAN 2005- 2009	Bireysel ve Grup Çalışmalarında Ulaşılan Kişi Sayısı	20.960
	Genel Etkinliklerde Ulaşılan Kişi Sayısı	150.000
	TOPLAM	170.960
LÜBNAN 2006	İhtiyaç Tespiti	600
GENEL TOPLAM		191.431

1.7. AFETLERDE PSİKOSOSYAL MÜDAHALE TEKNİKLERİ

İnsani yardım örgütleri ve sivil toplum kuruluşları tarafından uygulanan afetlerde psikososyal hizmetler programını oluşturan farklı müdahaleler vardır. Bunlardan bazıları şunlardır: Bireysel bilgilendirme ve paylaşım (debriefing),

psikolojik ilk yardım, krize müdahale, bilişsel-davranışçı terapiler, defuzing, psikoeğitim, BASIC-Ph (Belief, Affect, Social, Imagination, Cognitive, Psychological), BASIC, paylaşım grupları ve psikososyal hizmetler kapsamında belirtilen temel diğer ilkelere yönelik yürütülen sosyal iyileştirme çalışmaları (spor faaliyetleri, eğitimler, çocuklara yönelik etkinlikler, meslek ve beceri edindirme kursları, toplum liderlerinin güçlendirilmesi, danışmanlık ve sevk hizmeti görüşmeleri...).

1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLER

Afetler ve travmatik olaylar sonrasında kullanılan en yaygın ve etkili tedavi yöntemi olarak Bilişsel-Davranışçı Terapileri (BDT) söyleyebiliriz. Geniş çaplı afetler sonrasında kültüre uygun alan çalışmaları yapılırken, bilişsel ve davranışçı terapi yöntemlerinin en etkili tedavi seçeneklerinden olduğu belirtilmiştir. Kolay öğrenilip yaygınlaştırılabileceği, bireysel ve grup terapileri için uygun olduğu aktarılmıştır(Sarıkaya, 2005).

BDT’de kullanılan yaklaşımları; alıştırma terapisi, bilişsel yeniden yapılandırma, kaygı azaltma yöntemleri, bilişsel terapi, stres aşılama eğitimi, sistematik duyarsızlaştırma, biyogeribildirim ve bilişsel işleme terapisi olarak sayabiliriz (Aker, 2003; ISTSS, 2003). Bazı yaklaşımlar hakkında kısa bilgi aşağıda sunulmuştur.

Alıştırma Terapisi: Savaş gazileri, cinsel tacize maruz kalan kadınlar ve çocuklar, doğal afetler, işkence, motorlu araç kazaları, şiddet ve suça tanıklık yapanlarda etkinliği kabul edilen bir yöntemdir. Gerçek ortamda veya imgesel düzeyde travmaya yol açan olayla/ durumla yüzleşmenin anksiyeteyi azalttığı düşüncesiyle, bu yüzleşmenin klinik ortamda yapılarak bilişsel yeniden yapılandırmanın sağlanması çerçevesinde tedavi yapılır. İlk olarak değerlendirme görüşmelerinde sorun alanları tanımlanır, travma yaşayan kişinin detaylı geçmişinin alınması ile tedaviye uygunluğu ve değişme isteği belirlenir. Bu çalışmalarda tedavinin alt yapısı, hızı, kapsamı, verilecek ödevlerin içeriği hakkında bilgi

alınırken, bir yandan da kişi ile güven ilişkisi kurularak motivasyonun artırılması için çaba gösterilir. Daha sonra kişinin yaşadığı duruma ilişkin bilgilendirme ve psikolojik eğitim verilerek, tepkilerinin normalleştirilmesi sağlanır. Alıştırma terapisinin mantığının ve verilecek ev ödevlerinin öneminin, anlamının kişiye aktarılmasından sonra, tedavinin amaçları kişi ile beraber ortak olarak belirlenir, tam katılımı sağlanarak devamsızlığı önlenmeye çalışılır. Son olarak imgesel ve gerçek yaşam alıştırmalarının dahil edildiği yaklaşık 10-20 adet tedavi görüşmesi yapılır(Aker, 2003; ISTSS, 2003).

Strese Karşı Aşılama Eğitimi: Caplan ve Meichenbaum tarafından aktarılan bu eğitimde önce bilgi sağlama, destek alma ve verme, bunaltıcı duyguların ifade edilmesi, rol oynama, kontrol duygusu kazandırma, problem çözme çalışmaları ile birincil önleme olan stres aşılması yapılır. Böylece bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarda stresli durumlarla ilgili bilinç artırma ve strese karşı alternatif tepki verme yollarına yönelik farkındalık kazandırılmaktadır. İkincil önlemeye krizin en üst noktasına gelmesiyle ihtiyaç duyulur. Stres tepkilerinin belirlenmesi, travmatik strese dönüşme tehlikesinin azaltılması ve kronik hale gelmesinin önlenmesi için tedavi uygulanır. Bu yaklaşım dahilinde kritik dönem ilk 6 hafta olarak belirtilmiş ve ‘şimdi ve burada’ nın sorunlarına yoğunlaşılması temelinde çalışmalar yürütülmektedir. Caplan, 1964: Sayıl’dan 1996; Meichenbaum, 1977).

Kaygı azaltmaya yönelik eğitimler: Deprem sonrası psikolojik destek çalışmalarında, deprem sonrası görülen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin paylaşılması ve bunların anormal bir duruma verilen normal tepkiler olduklarının vurgulanması önem taşır (Karancı, 1999). Gevşeme eğitimi, öfke yönetimi eğitimi, düşünce durdurma, sorun çözme becerileri eğitimi, güven eğitimi, kendi kendine telkin bu tekniklerdendir (Aker, 2003; ISTSS, 2003).

2. SOSYAL İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARI

Okullarda öğretmen ve öğrencilerle yürütülen çalışmalar, konuşma ve yabancı dil öğrenme kulüpleri, dans ve drama kursları, kütüphane faaliyetleri, bilgisayar ve

biçki-dikiş gibi meslek kursları, toplum liderlerinin güçlendirilmesi projesi, zarar görebilirlik kapasitesinin değerlendirilmesi gibi çalışmalar uluslararası psikososyal programlarda yer almaktadır. Psikososyal hizmetlerin temel amaçlarından ‘normal’ yaşama geri dönme ve stresli olaylarla başa çıkma kapasitesinin geliştirilmesi hedefleri için; üretime veya eviçi faaliyetlere yönelik kurslar, etkinlikler koruyucu ve iyileştirici rol oynamaktadırlar (ISTSS, 2003; Türk Kızılayı, 2008).

Dodge, sosyal iyileştirmenin güvenli ve toplum tarafından kabul edilen çalışmalarda etkilenenlere, grup desteği, güven ilişkilerinin yapılandırılması, rahatlama ve gevşeme konularında fırsat verdiğini belirtmiştir (Dodge, 2006b). Toplum temelli yaklaşımlarla hareket eden afetlerde psikososyal hizmetler programlarında sosyal iyileştirme çalışmaları; toplum merkezi, halkevi ve benzeri isimli yerlerde uzun süreli ve yapılandırılmış müfredatlar çerçevesinde yürütülebilmektedir. Sosyal iyileştirme çalışmalarında önemli olan etkinliklerin sürekliliğinin sağlanması, etkililiğinin artırılması ve yerel kapasitenin güçlendirilmesi amacıyla; bahsi geçen çalışmaların yerel uzmanları ile ortak çalışılması ve yerel çalışanların kapasitesinin artırılması için gerekli etkinliklerin yürütülmesidir (Türk Kızılayı, 2008).

3.

KRİZE MÜDAHALE

Yeager ve Roberts’a göre kriz döneminde kişi psikolojik denge duygusunu kaybetmiş, olağan başa çıkma mekanizmaları çökmüş ve aşırı strese bağlı işlevsel bozukluk ve sıkıntılara sahiptir. Krize müdahalede kriz danışmanları, sosyal çalışmacılar, psikologlar veya çocuk psikiyatrisleri gibi meslek grupları tarafından yapılan hızlı değerlendirme ve zamanında müdahale çok önemli yer tutmaktadır (Yeager and Roberts, 2003). Kriz danışmanlığı oldukça strese yol açan bir çalışma olabilir; bu yüzden danışmanlık yapan benzer meslek uzmanlarının kendi sıkıntılarını hafifletmesi ve daha etkili müdahale edebilmeleri için eğitim almaları gerekmektedir (ISTSS, 2003).

Reyes ve Elhai, afetlerden etkilenenlere yönelik uygulanan krize müdahalenin şu çerçevede yürütüldüğünü belirtirler: Duygusal sıkıntının azaltılması, toplumdaki mevcut kaynakların harekete geçirilmesi ve bireyin bu kaynaklara ulaşmasının sağlanması, kısa süreli müdahale planının oluşturulması. Krize müdahale çalışmaları yalnız şimdi ve buradayı ele alırken, kriz danışmanın temel görevi kişinin toparlanmasını engelleyen bilişsel, davranışsal ve duygusal davranış kalıplarının yeniden yapılandırılmasını sağlamaktır (Reyes and Elhai, 2004; Sayıl, 1996).

4. EĞİTİM MÜDAHALESİ

Psikoeğitim müdahalesi, akut ve kronik stres tepkilerini anlatan broşür dağıtımı, halka açık forumların düzenlenerek gerek toplum liderleri gerek ruh sağlığı uzmanlarının katılımıyla tartışmaların düzenlenmesi, radyo-televizyon ve diğer medya organlarınca afetler sonrasında ortaya çıkan sıkıntılara yönelik bilgi yayılması gibi yöntemler kullanılarak yapılabilir. Bu çalışmada amaç ruh sağlığı koruyucu kapasitesinin harekete geçirilmesi ve ortaya çıkabilecek afet durumlarında halkın olumsuz durumlara karşı olumlu başa çıkma yollarını kullanmalarını sağlamaktır (Reyes and Elhai, 2004). Afetlerde psikoeğitim müdahale yöntemleri afetin niteliği, niceliği ve etkilenen toplumun özellikleri doğrultusunda çok renkli ve değişik yöntemlerle uygulanabilir: çamaşır yıkamaları için açılan merkezde kadınlara yönelik sohbetler şeklinde, uzmanlara ulaşma yollarının duyurulması, posterler, resim ve kompozisyon yarışmaları gibi.

5. PSİKOLOJİK BİLGİLENDİRME VE PAYLAŞIM (DEBRIEFING)

Afet sırasında ya da ardından afete maruz kalanların veya yardım çalışanlarının yaşadıklarını, izlenimlerini ve tepkilerini diğerlerine anlatma ihtiyacı temelinden ortaya konan yapılandırılmış grup toplantısını afetlerde psikolojik içdökme olarak adlandırabiliriz (Whitla and Williams, 1994; Reyes and Elhai, 2004).

En çok kullanılan teknikleri; Önemli Olaylar Stresi Debriefing'i ve Amerikan Kızılhaçı Debriefing'i'dir.

1983 yılında Mitchell tarafından süreci ortaya konulan 'Önemli Olaylar Stres Debriefing'i (ÖOSD) uluslararası boyutta çok kullanılan bir yöntem olmuştur. Mesleğe bağlı stresin azaltılması amacıyla geliştirilen bir grup tekniği olarak başlayan bu yöntem hakkında olumlu ve olumsuz sonuçlara varan birçok araştırmalar yapılmakta, makaleler yazılmaktadır (Dodge, 2006b; McNally, 2004; Reyes and Elhai, 2004). Dünya Sağlık Örgütü debriefing'in kullanılmamasını ve ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü ise tarafından tek seans debriefing'in uygulanmasını önerilmiştir (National Institute of Mental Health, 2008; World Health Organization Mental Health in Emergencies, 2005). ÖOSD'ye ile ilgili olarak yeni araştırmalar yapılmaya devam edilmektedir.

ÖOSD yedi bölümden oluşmaktadır. Yardımcı kişi debriefing'in psikoterapiden çok tehlikeli olaylarca tetiklenen genel stres tepkilerinin azaltılmasına yönelik bir metod olduğunu açıklayarak başlar. Her katılımcıya tek tek olay sırasında neler yaşadığı sorularak 'olay odada tekrar yaşanmaya' çalışılır. Deneyimin neden olduğu duygu ve düşünceler paylaşıldıktan sonra travma hakkında sorular sorulmaya devam eder. Bu aşama 'her kişinin paylaşması ve kabul görmesi gereken düşüncelerinin olduğudur'. Daha sonra, grupla paylaşım üzere her katılımcı tarafından yaşadıkları fiziksel veya psikolojik stres tepkilerini anlatmaları istenir. Yardımcı kişi tarafından yaşanan stres tepkilerinin bozukluk olmadığı açıklanır ve başa çıkmak için kullanılacak stres yönetimi ipuçları paylaşılır. Son olarak özet yapılır ve daha ileri düzeyde yardıma ihtiyaç duyan katılımcılar yönlendirilir (Mitchell, 1983).

Amerikan Kızılhaçı Afet Ruh Sağlığı Hizmetlerinin geliştirdiği debriefing ile ÖOSD arasında kullanılan kavramlar, en kısa zamanda sıkıntının azaltılması ve uzun dönem sürebilecek olacak sıkıntıların hafifletilmesi konularında ortak yaklaşım vardır. Ama Amerikan Kızılhaçı Debriefinginde ruh sağlığı uzmanı ile birebir yapılan stres yönetimi tekniklerinin paylaşıldığı empatik ve yapılandırılmamış görüşmeler söz konusudur. Bu teknik ağırlıklı olarak yardım çalışanları için kullanılan diğer stres

yönetimi araçlarından biri olarak kullanılmaktadır. Kullanıldığı durumlar tehlikeli olaylar değil, afet sonrası başedilmesi gereken birçok sıkıntıyla karşılaşıldığında, kolay ve kullanışlı başaçıkma sistemlerinin sağlanması gereken durumlardır (Reyes and Elhai, 2004).

6.

PSİKOLOJİK İLK YARDIM

Kriz teorisini geniş kapsamda ele alan Baldwin kriz ve krize müdahaleyi incelerken, travmatik yaşam deneyimlerinden kaynaklanan krizlere müdahalenin; destekleme, mevcut uyum kaynaklarını hareke geçirme ve yeni uyum yolları öğrenme şeklinde yürütüldüğünü belirtmiştir (Sayıl, 1996). Psikolojik ilk yardım krize müdahale gibi klinik ve uzman eliyle yapılan bir çalışma olmamasının yanı sıra; iki uygulamada da empati ve merhametle, zarargörme riskinin ve psikolojik sıkıntıların azaltılması ve kaynaklara ulaşma gibi pratik yardımlar sağlamak için uygulanır (Litz et al. 2002).

Psikolojik ilk yardım, ruh sağlığı çalışanı veya başka konularda uzman olan kişilerin eğitilmesiyle afetten etkilenen kişilere krize müdahale tekniklerinin yani sorun çözme ve başaçıkma mekanizmalarının harekete geçirilmesinin aktarılmasıdır (Berksun, 1996; Reyes and Elhai, 2004).

Temel stres yönetimi, iletişim becerileri, destekleyici danışmanlık, krize müdahale, bireyi ön değerlendirme ve gerektiğinde klinik destek için yönlendirme konuları bireylere aktarılır (Dodge, 2006b). Afetlerde psikolojik ilk yardım eğitimleri afetin her döneminde uygulanarak müdahale, farkındalık kazandırma ve önleme çabalarını içermektedir.

1.8. ULUSLARARASI KIZILHAÇ KIZILAY HAREKETİNİN TARİHİ

H. Grotius, Savaş ve Barış isimli eserinde savaşı tarafların ‘savaş süresince insanlığın gereklerine uymaları’ tezini işlemiştir. Fransız düşünürü J.J. Rousseau savaşın devletlerarası bir sorun olduğunu silahını bırakan yaralı bir askerin ise düşman sayılmaması ve yaşama hakkının korunması gerektiğini vurgulamıştır. Çağdaş Kızılhaç Örgütünün doğuşuna ortam hazırlayan en önemli gelişme Solferino Savaşı sonrasında Henry Dunant’ın yazdığı ‘Solferino Anıları’ isimli eseridir (Yeniaras, 2000).

1862’de yayınladığı kitabında bakımsız kalan binlerce yaralının dehşetini anlatmıştır. Savaş alanlarında gözlemlediği korkunç koşulların önüne geçmek için savaş yaralılarına yardım edebilecek uluslararası gönüllü birimlerin kurulmasını savunuyordu. Dunant bu kitabıyla hem Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay dernekleri hareketinin kurulmasına ön ayak olmuş hem de Cenevre sözleşmelerinin de yolunu açmıştır. I. Cenevre sözleşmesinde (1864) ‘Savaş alanındaki silahlı kuvvetlerdeki yaralı ve hastalarının iyileştirilmesi’ üzerinde anlaşmaya varıldı ve 12 ülke delegesi bu sözleşmeye imza attı. 1949’da dört Cenevre Sözleşmesi’nin yeni versiyonları kabul edildi ve bu versiyonlar hala geçerliliğini korumaktadır. Özet olarak yenilenen bu sözleşmelerde sivil halkın (özellikle, düşman bölgesinde ve işgal edilmiş bölgelerde yaşayanlar) koruma altına alınması sağlanmıştır. Eylem dışında bırakılmış ya da düşmanlıklarda doğrudan taraf olmayan insanlar saygı görecektir, korunacak ve kendilerine insanca davranılacaktır. 1965 yılında 7 temel ilke resmen açıklanmıştır. Bu ilkeler insani yardımda yapının birliği ve evrenselliği oluşturmak amacıyla oluşturulmuştur. İlkeler; insanîyetçilik, ayırım gözetmemek, tarafsızlık, bağımsızlık, gönüllü hizmet, birlik ve evrenseldir. 1986 yılında birlik kendini ‘Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Hareketi’ olarak adlandırmış, 5 yıl sonra ise ‘Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu’ olarak adlandırılmıştır. Hareket 1997’de Seville’de yeni bir çalışma anlaşması imzalamıştır (Türk Kızılayı, 2003). 2008 yılı itibarıyla hareket bağlı 186 Kızılhaç ve Kızılay Derneği vardır.

1.9. TÜRK KIZILAYI’NIN TARİHİ

Osmanlı Devleti başlangıçta Cenevre Konferansında bulunmadığı halde, 5 Temmuz 1865 tarihinde İstanbul'da Cenevre Sözleşmesi imzalandı. 1865 yılında Paris'te Uluslararası Kızılhaç Konferansına katılan Dr. Abdullah Bey Cenevre Sözleşmesinin Osmanlı Devletinde yaşama geçirilmesi için çalışmalarına başladı. Serdar-ı Ekrem Ömer Paşa, Mekteb-i tıbbiye Nazırı Marko Paşa ve Dr. Kırımlı Aziz Bey'in yardımlarıyla Kızılayın ilk çekirdeğini oluşturan 'Mecruhin ve Mardayı Askerriyeye İmdat ve Muavenet Cemiyeti' isimli örgüt kuruldu. Kurulun yayınladığı 11 Haziran 1868 tarihli taahhütname Kızılayın kuruluş tarihi olarak kabul edilmektedir. Ama Cemiyet çeşitli sebeplerden faaliyet gösteremedi ve dağıtıldı. 14 Nisan 1877 yılında haç yerine hilalin simge olarak kullanılmasına karar verilerek İstanbul'da Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti resmen kurulmuş oldu (Yeniaras, 2000). 29 Ekim 1923'te Cumhuriyetin ilanından sonraki ilk genel kurulda cemiyetin adı 'Türkiye Hilali Ahmer Cemiyeti' olarak değiştirildi(Türk Kızılayı, 2003). 11 Ocak 1924 yılında yapılan genel merkez toplantısında Fahri Başkanlık Cumhurbaşkanı Mustafa Kemal'e verildi (Yeniaras, 2000). Cemiyetin 28 Nisan 1935'de toplanan genel kongresinde, Atatürk tarafından verilen Kızılay adı oy birliğiyle kabul edildi ve adı 'Türkiye Kızılay Cemiyeti' olarak değişti. 22 Eylül 1947 tarihinde Bakanlar Kurulunca onaylanan yeni tüzük ile kuruluşun adı 'Türkiye Kızılay Derneği' olarak değiştirildi (Türk Kızılayı, 2003). 93 Harbi olarak bilinen 1876 yılında başlayan Osmanlı-Rus savaşında taşradan gelecek bağış ve yardımların toplanması amacıyla açılan şubeler, şu anda farklı bir tüzükle açılmakla beraber toplam 660 adettir.

1.10. 2005 PAKİSTAN DEPREMİ

8 Ekim 2005'de merkez üssü Pakistan idaresi altındaki Keşmir bölgesi olan deprem, Azad Jammu ve Keşmir eyaletine bağlı Bagh, Neelum, Muzaffarabad, Poonch illeri ile Kuzey Batı Sınır Eyaletlerine bağlı Batagram, Shangla, Mansehra,

Kohistan illeri gibi büyük yerleşim yerlerinin yanı sıra dağlık kesimlerdeki küçük yerleşim yerlerinde de büyük kayıplar meydana getirmiştir.

Bölgede 18 yaşına kadar nüfus kayıtları tutulmadığı için kayıplarla ilgili rakamların resmi rakamlardan çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Resmi kayıtlara göre ölü ve yaralı sayısı aşağıda verilmiştir.

Ölü Sayısı : 73.331

Yaralı Sayısı : 69.392

Evsiz Sayısı : 2.800.000

1.10.1. TÜRK KIZILAYI PAKİSTAN MÜDAHALESİ

Türk Kızılayı Afet Operasyon Merkezi (AFOM) birimleri derhal alarma geçirilerek kriz masası toplanmış ve afet müdahale çalışmalarını şekillendirecek bilgileri bölgeyle temasa geçerek elde etmeye başlamıştır. Elde edilen ilk bilgilere dayanarak bir müdahale stratejisi geliştirilmiş ve bu çerçevede Alan Değerlendirme ve Koordinasyon Ekibi ile birlikte bölgede ihtiyaç duyulabilecek acil yardım malzemeleri öncelikli olarak afet bölgesine gönderilmiştir.

Büyük afetlerin yol açtığı yıkımı telafi edebilmek ve bölgede yaşanan insani ızdırabı en aza indirmek amacıyla faaliyetler Acil ve Rehabilitasyon dönemi olmak üzere aşağıda belirtildiği şekilde sınıflandırılmıştır.

1. Acil Yardım Dönemi Faaliyetleri
 - - Kriz yönetimi ve durum analizi
 - - Acil beslenme
 - - Acil sağlık hizmetleri
 - - Acil barınma
 - - Yaşam desteği ve psikososyal destek
2. Rehabilitasyon Dönemi Faaliyetleri
 - Pakistan Kızılayı'nda Kapasite Oluşturma Projesi
 - Kalıcı inşaat projeleri

1.10.2. PAKİSTAN PSİKOSOSYAL DESTEK ALT PROJESİ

Acil dönem yardım çalışmaları sonrasında 8 Mart 2006 tarihinde Türk Kızılayı ve Pakistan Kızılay Derneği arasında karşılıklı olarak ‘Pakistan Kızılayı Kapasite Oluşturma Projesi Mutabakat Zaptı’ imzalanmıştır. 19 Ekim 2006 tarihinde imzalanan Mutabakat Zaptı dahilinde ‘Sosyal Hizmetler Kapsamında Psikososyal Destek Alt Projesi’ ek protokolü imzalanmıştır. Ek protokol Mart 2009 tarihine kadar sürecektir.

Alt proje kapsamında İslamabad’da ‘Psikososyal Destek Projesi’, AJ&K’da ‘Psikososyal Destek Birimi’ olarak hizmet verilmektedir. AJ&K’nın başkenti Muzaffarabad’da proje kapsamında Toplum Merkezi açılmıştır. Toplum Merkezi Psikososyal Destek Birimi tarafından idare edilmektedir. Bilgisayar ve meslek edindirme kursları, kütüphane, çocuk etkinlik odasının bulunduğu Toplum Merkezinde ayrıca; eğitimler, çocuk ve yetişkinlere yönelik eğlenceler, yönlendirme ve sevk hizmetleri de verilmektedir. İslamabad’da sürdürülen proje kapsamında eşgüdüm ve tanıtım toplantıları, ortak projeler, eğitimler, yönlendirme ve sevk hizmetleri, çalışana destek gibi hizmetler sunulmaktadır. Her iki çalışma, AFOM Psikososyal Birim tarafından izlenmekte ve değerlendirilmektedir. Toplam 2 psikolog, 1 asistan, 2 meslek edindirme öğretmeni ile yürütülen hizmetlerde Kasım 2006’dan günümüze kadar toplam 2300 kişiye ulaşılmıştır.

1.11. AFETLERDEN SONRA ORTAYA ÇIKABİLECEK RUH SAĞLIĞI SORUNLARI

1.11.1. DEPRESYON

TANIM ve TARİHÇE

Türkçesi çökkünlük, çöküş, alçalma ve ruhsal çöküntü olan depresyon terimi, 1895 yılında Kreapelin tarafından mani-melankoli psikoza (manik depresif hastalığı) tanımlanana kadar, melankoli terimi ile ifade edilmiştir. Hipokrat yazılarında (MÖ.

460-377) karasevdalı kişilik yapılarında ve mizaçlarda, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan hastalık tablosunu melankoli (karasafra) olarak tanımlamıştır. İlk çağdan itibaren başlayan depresyonu tanımlama ve tedavi etme çabası günümüzde ve özellikle son 30 yılda artmıştır (Arslanoğlu, 2002; Baltaş ve Baltaş, 2004; Feighner and Boyer, 1992; Köknel, 1989).

DSM IV'de duygudurum bozuklukları altında yer alan depresif bozukluklar: Majör Depresif Bozukluk, Distimik Bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk (premenstrüel disforik bozukluk, minör depresif bozukluk, rekürren kısa depresif bozukluk, şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğu...).

EPİDEMİYOLOJİ

Kılıç, Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında bir yıl için kısa yineleyici depresyon ve distimi sıklığını %1.6, depresif nöbet için %4 olarak aktarmaktadır. Kadın olma, düşük eğitim düzeyi, ilerleyen yaşlar, dul ya da boşanmış olma, şehirde yaşama belirtilen bozukluklar için risk faktörü oluşturmaktadır (Kılıç, 1998).

17 Ağustos Depremi sonrası Kocaeli İli'nde yapılan 9 epidemiyolojik çalışmada depremden sonraki 8 ila 20. ay arasında depresyonunun yaygınlığı %16-42 arasında, 36. ay ve sonrasında yapılan 4 epidemiyolojik çalışmada majör depresyonunun yaygınlığı % 0-10,5 arasında bulunmuştur (Sarıkaya, 2005).

ETYOLOJİ

Freud (1856-1939) , melankolide; benlik tarafından benimsenmiş ve içe alınmış olan sevgi nesnesinin yitilmesi, ambivalans ve libidonun benlik içine gerilemesinin ön şartlar olduğunu belirtmiştir. Freud yas ile melankoliyi karşılaştırmalı olarak ele alırken; yaşlı kişiye göre melankolik hastanın hastalık öncesi nesne ilişkisinde, daha fazla narsistik ve daha fazla duygusal bağımlılık gösterdiğini; ayrıca yas yaşayan kişi dıştaki nesnesini gerçekten kaybetmişken, depresyonda sevgi nesnesi fiziksel olmasa da kaybedilmiş olduğu belirtilir. Bibring (1953) depresyonu; egonun özsaygısının, beklentilerini karşılayamaması sonucu çökmesi, yine de bu beklentilerini sürdürmesi olarak açıklar. Depresyon yaşantılarında idealler ile gerçekler arasında yaşayan gerilim temeldir. Kendine fazla ve geniş boyutta değer atfeden ve çevreden beklentileri ve istekleri artan kişilerde

hayal kırıklığı ve engellemelerin daha fazla yaşanabilir olduğu; ayrıca melankolide egonun kendi kendini cezalandırarak süpergonun vereceği cezadan korunmaya çalıştığı aktarılır (Aşkın, 1999; Bibring, 1953; Geçtan, 1997; Köknel, 1989).

Öğrenme yaklaşımı depresyonu; uygunsuz ve yetersiz pekiştirme, öğrenilmiş çaresizlik ve atıf teorileri ile açıklamıştır. İkincil kazanç sağlayan depresif belirtilerin pekiştirilmesiyle depresyon ilerlerken, yakın çevrenin kişiden uzaklaşması ve pekiştirmenin sıklığının, pekiştirme yapılan davranışların azalması sözkonusu olur. Bir süre sonra da çevrede pekiştireçler olsa bile depresyondaki kişi için bu pekiştireçler özelliklerini yitirmiş olurlar. Öğrenilmiş çaresizlik modelinde; depresif bireylerde uyarıyı denetleyememe ve sonuçlarla-tepkilerin bağımsız olduğunu öğrenmenin depresyonun temelini oluşturduğu belirtilir. İçsel ve dışsal atıfın öneminin anlatıldığı teoride; ‘depresif bireyin istenmeyen olumsuz olayları kendi içsel, süregelen ve bütünsel niteliklerine atıfta bulunarak açıkladığı bunun sonucunda da düşük kişilik değeri, özsaygı ve çaresizlikle karşılaştıkları’ belirtilir. Bireylerde olumsuz olayları içsel, olumlu olayları ise dışsal, dengesiz ve başka olaylarla açıklama eğilimleri varsa depresyon riskleri artmaktadır (Köknel, 1989; Williams, 1992).

Bilişsel yaklaşımda; mantıksız inanç geliştirmeye, kendini olumsuz olarak değerlendirmeye, işlevsel olmayan uyarıyı seçme ve depolamada gerçeğin çarpıtılmasına neden olan temel varsayım ve inançlardan bahsedilir. çocukluk çağındaki erken yaşantılarla kişi kendi ve çevresi hakkında değişmeye dirençli şemalar oluşturur. Bu şemaların içindeki yetersizlik, değersizlik, sevilmemeye varsayımlarını destekleyen veya harekete geçiren yaşam olayları ile olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkar. Başlıca; keyfi çıkarsamalar yapmak, olumsuz ve kötüye seçici odaklanma, kötüye giden durumları kişiselleştirme, tek bir hatayı bile genelleme, ya hep ya hiç diyerek olumlu şeyleri görmezden gelme otomatik düşünceleri sayılabilir(Bibring, 1953; Geçtan, 1997; Köknel, 1989).

Depresyona neden olarak ortaya konulan diğer durumlardan bazıları yoğun stresli olaylar ve kişilik özellikleridir. Yaşama olumsuz bakmaya neden olan düşünce sistemleri ve kişilik özellikleri-içedönüklük, bağımlılık, olumsuzluklardan kendini

sorumlu tutma gibi- çocukluktan itibaren yerleşebilir. Bireyin kendisini çökkün hissetmesine neden olan depresyon, hastalık olarak adlandırılırken genetik geçişin ve beyindeki biyokimyasal değişikliklerin rolüne vurgu yapılmaktadır (Arslanoğlu, 2002).

TEDAVİ

Depresyonun farklı alt tipleri için farklı tedavi uygulamaları olmasının yanı sıra ortak tedavileri şöyle sıralayabiliriz; ilaç tedavisi, elektrokonvulsif tedavi, psikoterapi (psikanalitik, bilişsel, bilişsel-davranışçı, davranışçı, kişiler arası, evlilik ve aile) ve psikoeğitim(Aşkın, 1999 ; Köknel, 1989).

1.11.2. ANKSİYETE

TANIM ve TARİHÇE

Baltaş ve Baltaş psikolojik anlamda kullanılan stres terimini ‘kişiye özgü ve biricik olan bireysel bütünlüğü zorlayıcı ve bozucu etkenler’ olarak açıklamıştır. Stres karşısında evrimleşme sürecinin bir mirası olan ‘Savaş ya da Kaç’ tepkisi, stresle uygun biçimde başa çıkılmadığı zaman uzun dönemli yıkıcı etkilere; kronik fiziksel ve ruhsal hastalıklara yol açabilmektedir. Bunlardan biri de anksiyetedir (Arslanoğlu, 2002; Baltaş ve Baltaş, 2004). Anksiyete sözcüğü 19. yüzyıl itibariyle tıbbi anlamını kazanmıştır. Anlamı; sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı, tasa, bunaltı olarak söylenebilir (Arslanoğlu, 2002; Özer, 2006).

Anksiyete bozuklukları DSM IV’de ayrı bir başlık altında yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001). Klinik olarak 11 alt-tipi tanımlanan anksiyete bozukluğunda öncelikle tek başına tanı almayan panik atağı ve agorafobi hakkında bilgi verilmektedir. Panik atağı aniden başlayan, kişiyi dehşet içinde bırakan nedensiz ve şiddetli sıkıntı ve korku nöbetleridir (Arslanoğlu, 2002; Onur ve ark. 2006). Agorafobi, panik ataklarının doğal ortaya çıkışı sürecinde hastalarda yarattığı tehdit ve tehlike algısıyla, kaçınma davranışlarıyla kendini gösterir (Onur ve ark. 2006).

ETYOLOJİ

Psikodinamik bakış açısıyla anksiyete bozukluklarına zemin hazırlayabilecek etkenler Gökalp tarafından şu şekilde sıralanmıştır: ‘stresli yaşam olayları, ayrılığa aşırı duyarlılık, sorunlu bağlanma tarzları, dağılma anksiyetesine yatkınlık, çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar, nesne sürekliliği gelişimi eksikliği, öfke ifadesi, bağımlılık ve ayrılığa ilişkin çatışmalar’ (Gökalp, 2006). Freud ‘nevrotik anksiyete’de toplumsal veya fiziksel çevreden gelen tehlikelere karşı uyum sağlama ve yaşamı sürdürme işlevlerinin mantık dışı düzeyde yürütüldüğünü, uyum işlevinin yerine normaldışı davranışların ortaya çıktığını belirtir. Nevrotik anksiyete genel bir kaygı durumu, belli bir duruma veya nesneye duyulan yoğun korku ve gösterilen tepki ile korku tepkisini yaratan durum arasındaki inandırıcı ilişkinin kaybı durumlarında ortaya çıkar. Freud, egonun karşılaştığı tehlikelerden kaçış yolunu içgüdüsel kökenli olan anksiyete nevrozu ile açıklamaktadır (Geçtan, 1997).

Öğrenme kuramları ile anksiyeteyi açıklamak istersek klasik ve edimsel koşullanma ile iki basamaklı öğrenmeden bahsetmemiz gerekmektedir. Klasik koşullanma kuramında ‘özünde korkutucu olmayan her türlü yansız uyarının(basit veya karmaşık) korkutucu bir uyararla eşleştirilerek yansız olma özelliğini kaybedip, itici-anksiyete uyarıcı bir özellik kazanabileceği’ aktarılmıştır. Kaçınma davranışlarının gelişmesinin nedeni ise koşullanılmış uyarılara eşlik eden anksiyetenin azaltılmasıdır (Sungur, 2006). Mowrer iki basamaklı öğrenme teorisinde, klasik koşullanmayla korkunun öğrenildiğini ve edimsel koşullanmayla devam ettirildiğini ve aynı zamanda anksiyeteyi azaltan kaçınmanın öğrenildiğini; yansız uyarıların da kaygı ve korku oluşturucu olarak eşlenmesiyle uyarıların genelleştirildiğini; sonuçta kaçınma davranışının korku ve anksiyeteyi azalttığını ama kaçınmaların pekişerek korku ve anksiyetenin sönmesini engellediği belirtilmektedir (Aker, 2003; Livanou, 2003; Sungur, 2006).

Bilişsel kuramlarda anksiyete; şiddetli ve beklenmeyen bir sıkıntıyla karşılaşma durumunda, bilginin bilişsel şema tarafından özümseme gereksiniminin olduğunu; ama bu özümseme sürecinde uyarılmışlığın da azaltılması gereksiniminin doğduğunu, sonuç olarak kişinin tehdidi uygun biçimde bilişsel şemaya

yerleştiremediğine dayanır (Livanou, 2003). Kişinin çarpıtılmış algıları ve bu algıların temelinde yer alan işlevsel olmayan inançları anksiyete bozukluklarına neden olabilmektedir.

Sosyal anksiyete, yaygın anksiyete ve panik bozukluğu aile çalışmaları ve ikiz çalışmaları genlerin ve çevrenin etkisi gibi karıştırıcı etkenlerin olmasına rağmen anlamlı olarak farklılık yaratmıştır (Monkul ve ark. 2006; Tükel, 2006). Obsesif kompulsif bozuklukta ise genetik geçişi hem destekleyen hem desteklemeyen araştırmalar bulunmaktadır (Tükel ve ark. 2006). Olumsuz yaşam olaylarının gerek anksiyete bozuklukları gerekse diğer birçok psikopatolojiye yol açtığı bilinmektedir (Dilbaz ve Güz, 2006).

EPİDEMİYOLOJİ

Kılıç, Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında bir yıl için özgül fobi görülme sıklığı %2.7, agorafobi %0.6, yaygın bunaltı %0.7, obsesif-kompulsif bozukluk %0.5, sosyal fobi %1.8), panik bozukluğu %0.4 olarak aktarılmaktadır (Kılıç, 1998).

Cinsiyetler arası farklılık kadınların aleyhine yaklaşık 2'ye 1 oranla panik bozuklukta; benzer şekilde fobiler, kadınlarda 2,5 kat daha fazla görülmektedir (Onur, 2006; Kılıç, 1998). OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %0.9-%3.4, erkeklerde benzer oranlarla %0.5-%2.5 arasında bulunmuştur (Weissman, 1994).

TEDAVİ

Anksiyetenin farklı alt tipleri için uygulama şekilleri değişmekle beraber ortak olarak kullanılan tedavi yöntemleri şunlardır: İlaç tedavileri, grupla ya da bireysel psikoterapiler (bilişsel ve davranışçı, psikodinamik, davranışçı), psikoeğitim, anksiyete belirtilerini azaltmaya yönelik eğitimler (gevşeme, solunum, belirtileri artırma, tersine niyetlenme), danışmanlık, göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme, alıştırma tedavileri (Aker, 2003; Arslanoğlu, 2002; Geçtan; 1997, Kaya, 2006; Kılıç, 2006; Türkçapar, 2006).

1.11.3. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

TANIM VE TARİHÇE

1871 yılında Amerikalı bir doktor olan Da Costa, Amerika Kurtuluş Savaşı süresinde tedavi ettiği askerlerde artmış uyarılmışlık, asabilik ve kalp çarpıntısı yakınmasını tarif etmiş ve bu durum 'Da Costa'nın Sendromu' veya 'Rahatsız Asker Kalbi' olarak adlandırılmıştır.

1952 yılına kadar farklı araştırmacılar tarafından savaş sonrası ortaya çıkan psikolojik bozukluklar araştırılmaya devam etmiş ve sonunda Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 'Büyük Stres Tepkisi- Gross Stress Reaction' adlı tanı DSM-I'de yer almıştır. 'Normal kişilerin maruz kaldığı Savaş veya yangın, deprem, patlama ve benzeri sivil halkın karşılaştığı felaketler aşırı stres veya ağır fiziksel talepe tepki gösterildiği vurgulanmıştır. 1968 yılında DSM-II yayınlanmış ve içinde 'Büyük Stres Tepkisi'ne yer verilmemiştir. DSM II'de 'Kısa Süreli Durumsal Rahatsızlık' sınıflandırılması yer almıştır.

1980 yılında DSM III yayınlanmış ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı ve tanı ölçütleriyle 'genellikle normal insan yaşantısının ötesinde olan psikolojik bir travmayı takiben gelişen karakteristik belirtiler' ifade edilmiştir.

Son olarak DSM IV(1994)'de A Kriterine 'durumun aşırı korku, çaresizlik, dehşet tepkileri içermesi gerektiği' eklenmiş, E Kriteri dahil edilerek; B, C ve D Kriterlerindeki belirli sayılarda belirtilerin en az 1 ay süresinde klinik olarak sıkıntı veya sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlardaki işlevselliği bozacak şekilde devam etmesi gerektiği belirtilmiştir (Yeager and Roberts, 2003).

EPİDEMİYOLOJİ

Everly ve Mitchell, 1999 yılında genel nüfusta bir stres bozukluğu geliştirme riskinin %9, yüksek riskli toplumlarda olası aralığın %10 ile 30 olduğunu belirtmişlerdir (Everly and Mitchell, 1999). Depremlerden sonrası çeşitli kültür ve sosyodemografik özellikleri olan gruplarda TSSB yaygınlığı %3 ile %87 olarak aktarılmaktadır (Aker, 2006).

Helzer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğal afetler sonrasında TSSB sıklığı kadınlarda daha fazladır: %3,5-20/%0,8-%6 (Helzer et al. 1987). 17 Ağustos sonrası Kocaeli İli'nde yapılan 9 epidemiyolojik çalışmada 8 ila 20. ay arasında

TSSB'nin yaygınlığı %23-63; 36. ay ve sonrasında yapılan 4 epidemiyolojik çalışmada TSSB'nin yaygınlığı % 2.7-11,7 arasında bulunmuştur (Sarıkaya ve ark. 2005) .

ETYOLOJİ

Bu bozukluk savaş, işkence, doğal afetler, terörizm, tecavüz, aşağılama ve ciddi kazalardan dolayı ortaya çıkabilir (Yeager and Roberts, 2003). TSSB için bir travmanın yaşanması gerekli ama yeterli değildir; travmatik olayın nasıl olduğu, şiddeti, baş etme mekanizmaları, zeka düzeyi, medeni durum ve diğer sosyal destek sistemleri, ruhsal hastalık ve travma öyküsünün bulunması, inanç sistemleri, atıf biçimleri, olay öncesi ve sonrası içinde bulunulan sosyal çevre gibi faktörler TSSB'nin veya travma sonrası ortaya çıkan diğer bozuklukların ortak belirleyicisidirler (Aker ve Önen, 2006; Kılıç, 2003).

Öğrenme kuramında, Aker tarafından TSSB'ye uyarlanan Mowrer'in iki basamaklı öğrenme teorisiyle şu şekilde açıklanır; koşulsuz uyaran olan deprem sarsıntısı klasik koşullanma ile koşullu uyaranlar yatak odası, karanlık gibi diğer uyaranlar korku, dehşet ve endişe veren itici uyaran haline gelir ve anksiyete ortaya çıkar. Kişi zaman içinde edimsel koşullanma ile yatak odasına girmekten kaçınma, karanlıkta yalnız kalamama gibi kaçınma davranışlarını keşfeder ve pekiştirir. Bu kaçınma davranışlarıyla anksiyete azaltıldığı için sönmeye karşı dirençli olur (Aker, 2000).

TSSB'nin bilişsel ve bilgi işleme modellerinden; bilişsel şema açıklamasında, tehdit durumunda bilginin bilişsel şemaya uyumlu hale getirilme ihtiyacının doğduğunu; ama aynı zamanda bu sıkıntılı sürecin bireyi uyarılma düzeyini azaltması için zorladığını, sonuç olarak çıkan çatışmanın TSSB'ye yol açtığı yer alır. Bilgi işleme açıklamasında travmatik olayın işlenmesindeki bozulmanın ve sorunlu bilgi işlenmenin TSSB'ye yol açtığı belirtilir (Livanou, 2003).

Kadın olma, sosyal desteğin az olması, travmatik olay geçmişinin olması, ruhsal hastalık yaşanmış olması ve olumsuz yaşam olayları gibi durumlar travmatik bir olay sonrasında TSSB'nin ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı, risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Kılıç, 2003).

1.11.4. ÖZSAYGI

Kişinin kendini değerlendirmesinden daha değerli bir değerlendirme yoktur. Psikolojik büyüme ve gelişme süresince bilinç düzeyinde olmadan ve sözel olarak yapılmayan bu değerlendirmenin kişi tarafından tanımlanması da zordur; çünkü kendine verdiği değer her duygusal tepkisine bir parça yön verir. Kişinin kendine verdiği değer ve kendini nasıl gördüğü onun kendilik saygısını (özsaygısını) oluşturur (Branden, 1969; Carlock, 1998). Gözlenen ve inanılan özsaygı diye iki açıdan değerlendirilirse; gözlenen öz saygı uyma, ait olma, kabul edilme ve hoşlanılma duyguları için sosyal bir ihtiyaç, inanılan öz saygı kabul edilemeyecek rollere girmemek ve sosyal beklentilere uymak davranışlarıyla şekillenen öz değerlendirme ve sosyal etkileşiminin ortaklığından şekillenir (Sullivan, 1998).

Düşünme süreçleri, duygular, arzular, değerler ve hedefler kişinin kendilik saygısından etkilenir. Eğer bir kişinin psikolojisi değerlendiriliyorsa, önce o kişinin kendisine saygı duyma biçimi ve derecesi anlaşılmalıdır (Branden, 1969).

Coopersmith bir kişinin kendisini değerli bir obje olarak görmesinde aile sıcaklığı, özenle belirlenmiş sınırlar ve saygılı tavırların etkili olabileceğini belirtmiştir. Kişinin öz saygısının olumlu bir şekilde oluşması için ise başarılar, kişinin esinlenmelerinin desteklenmesi, hedeflerin tekrarlanması ve kendilik algısına yapılabilecek saldırılara karşı savunma sistemleri geliştirmesine yardım edilmesi olarak aktarmıştır (Coopersmith, 1967: cited Horrocks and Jackson, 1972). Kişinin içine doğduğu kültürel değerler, cinsiyetine yönelik yapılan atıflar, beden imajı düzeyi gibi birçok değişken özsaygı düzeyini etkilemektedir (Carlock, 1998). Yüksek özsaygı kişinin kendisiyle ilgili mümkün olan en olumlu ve güçlü temel inançlarıyla, açıkça ortaya konulan duygusal ihtiyaçlar ve bu ihtiyaçların karşılanması ile oluşur. Yüksek özsaygı günlük yaşamda bütün becerilerin en yüksek düzeyde kullanılması ile ilgiliyken, düşük özsaygı ilişkiler geliştirme ve başarılı bir yaşam sürme becerilerini baltalamaktadır (Shub, 1998). Öz saygının gelişmemesinin hem nedeni

hem sonucu olarak olumsuz bir iletişim ve kapalı aile sistemi gösterilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2004).

Çocuk yetiştirme tarzlarında anne ve babaların özsaygı düzeylerinin çok önemli yer tuttuğu ile ilgili çalışmalar, özsaygı gelişiminin çocukluktan başladığını göstermektedir. Shub tarafından öz saygı ile ilgili 3 faktörlü ve sürekli bir çizelge aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 1.5. Shub'un özsaygı çizelgesi (1983).

Zayıf	Orta	Sağlıklı	Yüksek
Özsaygı Bileşenleri			
	Zayıf	Kararsız/Devamlı Değil	Güçlü
O l u m s u z İnançlar			
Olumlu İnançlar			
D u y g u s a l İhtiyaçların karşılanması ile ilgili İnançlar			

Çizelgede görüldüğü gibi bazı insanların zayıf özsaygı düzeyleri, bazı olumlu inançlar, güçlü olumsuz duygular ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmadığına ilişkin çok emin olamadığı inançlarıyla bir bütün oluşturabilmektedir(Shub, 1998).

Bir organizma ihtiyaçlarını kapasitesi doğrultusunda karşılamayı başararak kendini gerçekleştirir. Biyolojik ve psikolojik ihtiyaçlar ve kapasiteler birbirine benzer çerçeveye sahiptirler. Biyoloji yaşayan canlıların fiziksel ihtiyaç ve kapasitesiyle, psikoloji ise ruhsal ve bilinç düzeyindeki ihtiyaç ve kapasiteleriyle ilgilidir (Branden, 1969). Her insanın duygusal ihtiyacı, 'biricik' olmaktan gelen özellikle, birbirinden farklıdır. Fiziksel ihtiyaçlarımızı oldukça rahat bir şekilde tanımlayabilirken, duygusal ihtiyaçlarımızı ayırt edebilmek daha zorlu bir çalışma gerektirmektedir (Shub, 1998). Duygusal ihtiyaçların karşılanması için çocukluk döneminde sağlıklı ilişki biçimlerinin kurulması gerekmektedir. Baltaş ve Baltaş

sağlıklı ilişki ve tatmin edilmiş bir duygusal dünya için 4 şart aktarmışlardır. Bunlar temel iç çatışmaların oluşmasını engelleyecek olan empati, çocukta benlik kavramını ve benlik saygısını geliştirecek olan saygı, güven duygusunu kazandıran ve geliştiren saydamlık ve sağlıklı, net çerçeveleri çizilmiş bir ilişki için somutluktur (Baltaş ve Batlaş, 2004).

Olumlu inançlar ebeveynin çocuğunda gerçek ve özel bir şeyleri görmesi ve bunu sevgi, destek ve katılımları aracılığıyla çocuklarına aktarmasıyla gelişir. Çocuk kendisindeki bu özel yanı görür, hisseder ve inanır. Olumsuz düşünceler ise bizim kendimiz hakkında hissettiğimiz, deneyimlediğimiz veya gördüğümüz şeylerden kaynaklanmaz yani genelde yabancı olan hislerdir. Yaşamımızın seyrini ve kendimiz için hissettiklerimizi kesintiye uğratan olumsuz düşünceler çevremiz tarafından bize söylenenlerle şekillenir (Shub, 1998).

Bibring, narsistik engellenme ya da zedelenmelerin bazen kişinin kendine olan saygısını sarsabileceğini, bu durumun da klinik depresyona yol açabileceğini belirtmiştir. Benzer şekilde, Freud melankolide benlik saygısı azalması ya da tümüyle kaybolmasıyla melankoli yaşayan hastaların kendilerini aşağıladıklarını, eleştirdiklerini, karalayıp kötülediklerini ve suçladıklarını belirtmiştir (Bibring, 1953; Köknel, 1989).

Klinik anlamda majör depresyon tanısı alan hastaların çoğunda düşük benlik saygısı karakteristik bir özelliktir. Hastalar yaşantılarını ve kendilerini aşağılayıcı şekilde seçici ve uygunsuz biçimde yorumlayarak, benlik saygısının hastalık arttıkça artmasına yol açar.

Özellikle ikincil felaket denilen, afetten etkilenenlerin yardıma ulaşma çabaları sırasında yaşanan olumsuz deneyimlerde; felaketten önce kendini yeterli ve etkili hisseden kişiler, özsaygılarında ve güvenlerinde birden şiddetli bir aşınma yaşarlar. Çaresizlik ve öfke yaygındır (Sercan, 2003).

BÖLÜM 2

AMAÇ VE KAPSAM

Bu çalışmanın amacı, Türkiye Kızılayı tarafından Pakistan Kızılayı Kapasite Arttırma Projesi çerçevesinde 18.10.2006 yılında imzalanan Psikososyal Destek Alt Projesi dahilinde uygulanan psikososyal müdahalelerin etkililiğini değerlendirmektir.

ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

1. Deprem sonrasında uygulanan psikososyal müdahalelere katılım gösteren kişilerin depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres düzeyleri, psikososyal müdahalelere katılım göstermeyen kişilere göre daha düşüktür.

2. Deprem sonrasında uygulanan psikososyal müdahalelere katılım gösteren kişilerin öz saygı düzeyleri, psikososyal müdahalelere katılım göstermeyen kişilere göre daha yüksektir.

3. İzleme ve müdahale süresi (1 ay) sonunda yapılan ölçümlerde psikososyal müdahalelere katılım gösteren grubun değerlendirmeleri (depresyon, anksiyete, travma sonrası stres ve öz güven) düzeyleri iyileşir.

4. İzleme ve müdahale süresi(1 ay) sonunda yapılan ölçümlerde psikososyal müdahalelere katılım göstermeyen grubun değerlendirmelerinde bir değişme olmaz.

5. Tüm grup değerlendirmesinde kadınların depresyon, anksiyete, öz güven ve travma sonrası stres düzeyleri, erkeklere göre daha kötüdür.

6. Deprem sonrasında uygulanan psikososyal müdahalelere katılım gösteren kişilerin 'ileride ortaya çıkabilecek afetlerle başa çıkma kapasiteleri' ve 'kendilerinin/yakınlarının psikolojik problemlerini çözebilme kapasiteleri' 1 ay sonunda yapılan ölçümlerde artar.

7. Deprem sonrasında uygulanan psikososyal müdahalelere katılım göstermeyen kişilerin 'ileride ortaya çıkabilecek afetlerle başa çıkma kapasiteleri', 'kendilerinin/yakınlarının psikolojik problemlerini çözebilme kapasiteleri' 1 ay sonunda yapılan ölçümlerde iyileşme göstermez.

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM GRUBU

Araştırmaya 54 erkek, 60 kadın toplam 114 kişi katılmıştır.dahil olmuştur. 57 kişi kontrol, 57 kişi çalışma grubunu oluşturmaktadır. katılımcıların 94'ü 18-28 yaş arası, 59'u ortaöğretim ve lise mezunudur. 102 kişi bir işte çalışmamaktadır.83'ünün medeni durumu bekar veya duldur. Katılımcıların 83'ü evde, 31'i ise halen çadırda yaşamaktadır. Tüm katılımcılardan 89'u en az biryakinını depremde kaybetmiş ve 81'inin evi depremde çökmüştür. Toplamda 49 katılımcı depremden sonra herhangi bir konuda yardım aramıştır.

Araştırmaya Dahil Etme Ölçütleri

1. Gönüllü olmak,
2. 2005 Pakistan Depremini AJK Eyaletinde yaşamış olan,
3. Çalışma grubu için Toplum Merkezi'nde Psikososyal Proje kapsamında devam eden bilgisayar veya meslek edindirme kurslarına yeni başlayan, kontrol grubu için bu kurslara devam etmeyen ve daha önceden psikolojik bilgilendirme almamış olan,
4. 18-50 yaş arası olan,
5. Görüşmeleri yapmayı engelleyecek fiziksel ve zihinsel yetersizliği olmayan,
6. Psikiyatrik hastalık öyküsü ve devam eden psikiyatrik tedavisi olmayan,

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. SİVİLLER İÇİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KONTROL LİSTESİ - TSSBKL-(Posttraumatic Stress Disorder Checklist For Civilians-Pcl)

DSM IV yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık ölçülerinin şiddetinin değerlendirilmesi için kolay kullanımı olan ve kısa bir kontrol listesi olan TSSBKL 3 alt değerlendirme sunan geçerli ve güvenilir bir araçtır: Tekrar yaşantılama (1-5), kaçınma (6-12) ve aşırı uyarılma (13-17). TSSBKL'nin CAPS (Clinician Administered PTSD Scale) ile ilişkisi .93 ve tanı koyma yetkinliği CAPS'a göre .90, SCID'e göre .64-.82 olarak değerlendirilmiştir. TSSBKL'nin güvenilirliği tüm ölçekler için alpha .97, yeniden yaşantılama için .93, kaçınma için .92 ve aşırı uyarılmışlık için .92'dir. TSSBKL toplam puanı ve 3 alt puan arasındaki ilişkiler anlamlıdır ($r=.62-.87$, $p<.0001$). Test tekrar test korelasyonu .96'dır. 5 puanlık likert tipi olan cevap seçeneklerinde 1=hiç ile 5= çok fazla arasında 'kişinin geçmiş aylarda bu problemten dolayı sıkıntı yaşadığı' düşünülerek cevaplama yapılmaktadır. 17 ile 85 puan aralığı olan TSSBKL'nin kesme puanı 44'dür. Normal nüfusta 44, askeri nüfusta ise 50 ve üstü toplam TSSBKL puanı; travma sonrası stresin olduğunu aktarılmıştır. Bu çalışmada Urduca geçerlik ve güvenilirliği yapılan TSSBKL'nin Urducası kullanılmıştır (Weathers et al. 1003; Musthaq, 2004) (EK-1).

3.2.2. MANİFEST ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (MAÖ)

1953 yılında Taylor ve Spence tarafından MAÖ geliştirilmiştir. Minnesota Çok yönlü Kişilik Testi (MMPI) temel alınarak hazırlanan test 50 sorudan oluşmaktadır. 'Evet- 1 puan' ve 'Hayır- 0 puan' olarak değerlendirilmektedir. Urduca'ya Nelofer tarafından 1978 çevrilen MAÖ'nün güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Geçerliliği .75 ile .73 arasındadır ve Urduca hali eğitim enstitüsü öğrencileri üzerinde tekrar uyumlu hale getirilmiştir. Bu çalışmanın sonunda ortalama puan 21, standart sapma 7, ölçek toplam puanının normal aralığı 14-28 arasında olarak belirlenmiştir (Ishfaq, 1997) (EK-2).

3.2.3. BECK DEPRESYON ENVANTERİ URDU FORMU (BDEU)

Beck, Rush, Shaw ve Emery (1979) tarafından geliştirilen kendini değerlendirme türünde olan 21 maddelik Beck Depresyon Envanteri güvenilirlik katsayısı .74, iki yarım test güvenilirliği çeşitli araştırmalarda .60 ile .87 arasındadır.

Jahanzeb tarafından 1996'da Urducaya tercüme edilmiş ve Khan tarafından 1996'da Urdu versiyonu hazırlanan ölçeğin yapı geçerliği .69-.84, alpha güvenilirlik katsayısı .94'dür. Ölçek 20 maddeli, 4 puanlı (0-3) Likert tipi olarak uyarlanmıştır. Suçluluk, kötü hissetme, uykusuzluk ve huzursuzluk gibi psikolojik faktörlerle ilişki olan depresyonun ölçülmesi amacıyla hazırlanmıştır. 0-9 arası depresyon olmadığı, 10-16 arası hafif depresyon, 17-23 orta depresyon, 24 ve üstü puanlar ise ağır depresyonu temsil etmektedir (Syed, 2003) (EK-3).

3.2.4. ÖZSAYGI ÖLÇEĞİ

Geçerliliği ve güvenilirliği Rifai tarafından 1999 geliştirilen ölçeğin 4 alt testi bulunmaktadır. Kendini kabullenme (1,5,8,10,11,13,16,17,19,21,25), öz-yeterlilik (2,6,9,14,22,27), sosyal ve fiziksel kendini kabullenme (3,7,12,18,23,26,29) ve akademik öz yeterlilik (14,15,20,24,28). Puanlamada '1-kesinlikle hayır ile 5-kesinlikle evet' arasında 5'li Likert sistem uygulanır. 1,5,7,8,11,13,16,19,21,25 ve 28. madde puanları ters yapılıdır. Alpha güvenilirlik katsayısı .83 dür(p<.00). Özsaygi ölçeğinin Urduca formu akademik olarak kullanılmaktadır (Jabeen, 2003) (EK-4).

3.2.5. BİLGİ FORMU

Bilgi formu; katılımcıların nüfus bilgileri alınmasının yanı sıra araştırma özgü olarak depremde yakınlarını kaybetme durumlarını, ev hasarlarını, ileride herhangi bir afetle ayrıca kendisinin ve başkasının psikolojik problemleriyle başa çıkabileceğine dair düşüncelerini, depremden sonra değişik konularda yardım arayıp aramadığına dair bilgilerin öğrenilmesi için sorular bulunmaktadır. İngilizce hazırlanan form, yerel psikologlar tarafından kültüre uygun hale getirilip Urducaya tercüme edilmiştir (EK-5, EK-6).

3.3. İŞLEM

Araştırmanın 2005 yılından beri Türk Kızılayı'nın psikososyal müdahalelerini sürdürdüğü Pakistan Kızılayı Azad Jamnu ve Kaşmir (AJ&K) Şubesi, Muzaffarabad ilinde yürütülmesine karar verildi. Araştırma süresince görüşme ve müdahalelerin Türk Kızılayı tarafından maddi ve idari olarak yürütülen Toplum Merkezi'nde ve Muzaffarabad İli sınırlarında yürütülmesi planlanmıştır.

Çalışmanın Aşamaları

Çalışma ile ilgili olarak Kocaeli Üniversitesi Etik Kurulu onayı ve Türk Kızılayı izni alınmıştır. 2 yerel psikolog ve 1 asistanla beraber çalışılacağı için kendilerine çalışmayla ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmada kullanılmak üzere Pakistan'da geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış testler İslamabad Quaid-i Azim Üniversitesi Psikoloji Bölümünden temin edilmiştir. Toplum Merkezinde yapılacak çalışmayla ilgili Şube Sekreterine, sahada yapılacak çalışmayla ilgili olarak çadırkent yönetimi ve diğer yerel kurumlara resmi yazılar yazılarak izin alınmıştır.

Etkililiği değerlendirilecek psikososyal müdahaleler; Toplum Merkezinde yürütülen bilgisayar ve meslek edindirme kursları ile psikolojik ilk yardım eğitiminden oluşan psikososyal uygulamadır.

Toplum merkezinde kursların açıldığı ilk haftada bütün öğrenciler değerlendirilmiş ve araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan toplam 62 öğrenci araştırmaya alınmıştır. Kontrol grubunun tespit edilmesi için, ön test uygulamasında bilgi formlarını dolduran öğrencilerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyleri, medeni ve barınma durumları sınıflandırılmıştır.

1. Ön- test: Toplum Merkezinde kurslara devam eden 62 öğrenciye (32 kadın, 30 erkek), Toplum merkezinde ön değerlendirme için bilgi formu ve 4 adet test uygulanmıştır. Merkez içinde bulunan konferans salonunda 20 kişilik gruplar halinde öğrenciler toplanmış, araştırma ve testlerle ilgili açıklamalar yapılarak yerel psikolog ve asistanın gözetiminde uygulama tamamlanmıştır. Kontrol grubu vakaları belirlenirken, kurs öğrencilerinin toplum merkezi yakınındaki bölgelerden geldikleri göz önüne alınarak, ulaşımı ve güvenliği uygun olan 2 mahalle ve 1 çadırkent tespit edilmiş, bu bölgelerde tesadüfi olarak (bir mahallede sırayla kapıların çalınması, bir çadır kentte sırayla çadırların dolaşılması) kurs öğrencilerinin belirlenen demografik

özelliklerine yaklaşık olarak uygun olan bir kontrol grubuna toplam 68 vakayla ulaşılmıştır. Sahada uygulanan ön test için 2 yerel psikolog ve bir asistan görevlendirilmiştir. Görüşülen evlerde, araştırma kriterlerine ve kontrol grubunun demografik verilerine uyan katılımcıların olması durumunda; ev veya çadır ortamında, katılımcının yardıma ihtiyacı yoksa tek başına varsa yerel çalışanlarının gözetiminde uygulama gerçekleştirilmiştir.

2. Psikososyal Hizmet: Bilgisayar ve meslek edindirme kursunun ilk haftasında ön-testleri yapılan öğrencilerin kurslara devam etmesi için motivasyonları sağlanmış ve düzenli katılımları desteklenmiştir. 1 aylık süre içinde 14-15 kişilik gruplara bölünen katılımcılara, Türk Kızılayı ve yerel çalışanların ortak çalışmasıyla standartlaştırılmış olan 'Psikolojik İlk Yardım- Urdu Versiyonu Bir Günlük Eğitim Modülü' verilmiştir. Kontrol grubu için herhangi bir çalışma yapılmamıştır.

Bilgisayar ve Meslek Edindirme Kursu: Bu çalışmada 1 aylık süre için değerlendirilen bilgisayar ve meslek edindirme kursları 4 aylık müfredatı doğrultusunda tamamlanan ve bitirme sınavı sonrasında sertifika ile belgelendirilen kurslardır. Yerel öğretmenler tarafından kurs süresince öğrencilerin devamı takip edilir ve toplum merkezinde yürütülen faaliyetlere katılımı desteklenir.

18 yaş ve üstü, kadın ve erkeklerden oluşan bilgisayar kursu öğrencilerinin; Microsoft Office Programlarından Excel, Word, Power Point'i ayrıca internet becerileri öğrenmeleri, bilgisayar ağ sistemleri, grafik ve tarama programlarını başarıyla kullanmaları beklenir.

16 yaş ve üstü kadınlardan oluşan meslek edindirme kursu öğrencilerinin; gerek geleneksel gerekse satışa yönelik ürün ortaya çıkarabilmeleri, kendilerine gelir yaratabilecekleri el becerilerini kazanmaları, günlük hayatlarında dışarıya bağımlı olmadan bazı el becerilerini uygulamaları hedeflenmektedir. Bu doğrultuda dikiş-nakış, cam ve benzeri materyalleri boyama, atık malzeme değerlendirme, boncuk süsü yapma ve bazı geleneksel el becerilerine dayalı çalışmalar yapılmaktadır.

Psikolojik İlk Yardım Eğitimi: Eğitimin hedefleri; stres, iletişim becerileri, yapıcı problem çözme konularında bilgi verilmesi, psikolojik ilk yardımın ne

olduğunun anlaşılması, temel kurallarının bilinmesi, kişinin kendisine ve başkalarına nasıl yardım edeceği konularında bilgi verilmesidir. Genel eğitim planı şu şekildedir:

1. Grup çalışması : Etkinlik sonrası empati, kişisel farklılıkların önemi, strese yol açan olaylar ve gösterilen tepkiler hakkında deneyimler paylaşılır. Afetler ve stres tepkileri, stres tepkisinin aşamaları bilgilerinin verilir. 2. Grup çalışması: Etkinlik sonrası olumlu ve güçlendirici başa çıkma yollarının farkedilmesi ve desteklenmesi hakkında deneyimler paylaşılır. Psikolojik ilk yardımın temel kavramları üzerinde çalışılır. 3. Grup çalışması: Etkinlik sonrası, psikolojik ilk yardımın farklı durumlara nasıl uyarlanacağı, en uygun yardımın nasıl yapılacağı hakkında paylaşım yapılır. Psikolojik ilk yardımın sağlanabilmesi için gerekli olan temel beceriler hakkında çalışılır. Kendine ve başkalarına yardım etme çalışmalarında yapılması ve yapılmaması gerekenler neler olduğunun bilgisi verilir. 4. Grup çalışması: Problem çözme becerilerinin uygulamalı olarak paylaşılması ve bilgisinin verilmesi ile ilgili örnek bir olay üzerinde çalışılır. Eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmeleri yapılmaktadır. Ayrıca katılımcıların 2 çay saati ve öğle yemeği karşılanarak, eğitim süresince rahat olmaları için eğitim ortamı düzenlenmektedir.

3. Son-test: 1 ay sonunda kurslara devam eden ve psikolojik ilk yardım eğitimini alan 62 öğrenciye ön-testteki uygulama şekliyle son-testler verilmiştir. Sahada görüşülen kişiler 1 ay sonra tekrar ziyaret edilmiş ve saha ön-test uygulama şekliyle son-testler verilmiştir. 2. ziyarette katılımcılara psikososyal hizmetlere dair bilgilendirme broşürleri götürülmüş, toplum merkezinin tanıtımı yapılarak davet edilmişlerdir.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Toplanan veriler istatistik programına işlenirken uygun doldurulmadığı belirlenen 5 çalışma grubu testi ve 9 kontrol grubu testi çalışmaya alınmamıştır. Çalışma ve kontrol gruplarının sayıca aynı olması amacıyla 2 adet kontrol grubu testi tesadüfen seçilerek araştırmadan çıkarılmıştır. Sonuçta 57 çalışma ve 57 kontrol grubu testi istatistiki olarak değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1 TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Çalışma toplam 114 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Psikososyal hizmetlerden yararlanmaya ilişkin sosyo demografik özellikler Çizelge 4.1’de gösterilmiştir.

Psikososyal hizmetlerden yararlanan (çalışma grubu- ÇG) ve psikososyal hizmetlerden yararlanmayan (kontrol grubu- KG) katılımcıların cinsiyet, yaş ve çalışma durumları benzerdir: 30’u kadın(%52.6) 27’si erkektir (%47.4); 47’si 18-28 yaş arası (%82.5), 10’u 29-50 yaş arası (%17.5); 6 çalışan (%10.5), 51 çalışmayan katılımcı (%89.5) vardır. KG’de 30 katılımcı (%52.6) ve ÇG’de 29 katılımcı (%50.9) ortaöğretim ve lise mezunu katılımcılar ağırlıktadır. İki grupta da bekar ve dul katılımcı sayısı birbirine çok yakındır: ÇG’de 41(%71.9) , KG’de 42 katılımcı (%73.7) bulunmaktadır. ÇG’de 46 katılımcı evde (%86.7), 11 katılımcı çadırda (%19.3) ve KG’de 37 katılımcı evde (%64.9), 20 katılımcı çadırda (%35.1) yaşamaktadır. 2 grupta depremde yakınıni kaybetme durumu daha fazla olup, sayılar birbirine çok yakındır: ÇG’de 46 (%80.7), KG’de 43(%75.4) katılımcının yakını depremde ölmüş. Evi depremde çöken ÇG’de 39 (%68.4), KG’de 42 (%73.7) katılımcı bulunmaktadır. Depremden sonra fiziksel, ekonomik, psikolojik v.b. konularda yardım arayan ÇG’de 27 (% 45.6), KG’de 15(%26.3), depremde sonra

yardım aramayı düşünen ama aramayan ÇG’de 12 (%26.3), KG’de 9 (%15.8) ve depremden sonra yardım aramayan ÇG’de 18(% 28.1), KG’de 33 (%57.9)katılımcı vardır.

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

	Psikososyal hizmetlerden Yararlanan(ÇG) (n/%) (n=57)		Psikososyal Hizmetlerden Yararlanmayan(KG) (n/%) (n=57)		Toplam (n/%)		p=
Cinsiyet							
Kadın	30	52.6	30	52.6	60	52.6	1.00
Erkek	27	47.4	27	47.4	54	47.4	
Yaş							
18-28	47	82.5	47	82.5	94	82.5	1.00
29-50	10	17.5	10	17.5	20	17.5	
Eğitim Durumu							
Eğitimsiz	6	10.5	6	10.5	12	10.5	.980
Ortaöğretim ve lise	29	50.9	30	52.6	59	51.8	
Üniversite	22	38.6	21	36.8	43	37.7	
Medeni Durum							
Evli	16	28.1	15	26.3	31	27.2	.833
Bekar, Dul	41	71.9	42	73.7	83	72.8	
Çalışma Durumu							
Evet	6	10.5	6	10.5	12	10.5	1.00
Hayır	51	89.5	51	89.5	102	89.5	
Barınma Durumu							
Ev	46	86.7	37	64.9	83	72.8	.058
Çadır	11	19.3	20	35.1	31	27.2	
Yakınıni Kaybetme							
Evet	46	80.7	43	75.4	89	78.1	.497
Hayır	11	19.3	14	24.6	25	21.9	
Hasar Durumu							
Yok	1	1.8	1	1.8	2	1.8	.818
Var	17	29.8	14	24.6	31	27.2	
Çöktü	39	68.4	42	73.7	81	71.1	
Yardım Arama							
Evet	27	45.6	15	26.3	42	36.0	.006
Düşündüm	12	26.3	9	15.8	21	21.1	
Hayır	18	28.1	33	57.9	51	43.0	

4.2. RUH SAĞLIĞI SORUNLARININ YAYGINLIĞI

Depresyon, anksiyete ve TSSB yaygınlığı, düzeyi ve gruplara dağılımı Çizelge 4.2’de verilmiştir.

Çizelgede görüldüğü gibi depresyon, toplamda kontrol grubunda 46 kişide, çalışma grubunda 42 kişide saptanmış olup, tüm grupta hafif, orta ve ağır depresyon oranı %77.2 (88 kişi)’dir. Çalışma ve kontrol grubu olası depresyon oranları istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Anksiyete için bakıldığında çalışma grubunda 25, kontrol grubunda 31 kişide olası anksiyete bozukluğu saptanmıştır, bu oran istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır. Tüm grupta anksiyeteli olma oranı %49.1(56 kişi)’dir.

TSSB çalışma grubunda 10, kontrol grubunda 28 kişide saptanmıştır. Bu oran istatistiki açıdan anlamlıdır($\chi^2=12.789$, $p=.000$, $p < 0.01$).Tüm grupta TSSB oranı %33.3(38 kişide) olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.2. Tüm grupta, çalışma grubunda ve kontrol grubunda depresyon, anksiyete ve TSSB* yaygınlığı ve düzeyi.

	ÇG		KG		Toplam		χ^2	p=
	n	%	n	%	n	%		
Depresyon								
Yok	15	%26.3	11	%19.3	26	%22.8	.797	.372
Var	42	%73.7	46	%80.7	88	%77.2		
Anksiyete								
Yok	32	%56.1	26	%45.6	58	%50.9	1.264	.261
Var	25	%43.9	31	%54.4	56	%49.1		
TSSB								
Yok	47	%82.5	29	%50.9	76	%66.7	12.789	.000**
Var	10	%17.5	28	%49.1	38	%33.3		

*TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

* $p < 0.01$

ÇG: Çalışma Grubu

KG: Kontrol Grubu

4.3. ÖN- TEST ÖLÇÜMLERİ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çizelge 4.3’de ÇG ve KG katılımcılarının ön-testlerindeki ve son-testlerindeki depresyon, anksiyete, TSSB ve özsaygı puanları ayrı ayrı Mann-Whitney U ve Student t testi ile incelenmiştir.

Henüz psikosoyal bir müdahaleye katılım göstermemiş; ama bunun için toplum merkezine başvurmuş (ön-test) ÇG ile KG (ön-test) depresyon, anksiyete, öz saygı puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. ÇG depresyon(Ort.=16.7, SS=10.0), anksiyete(Ort.=25.8, SS=6.8) ve öz saygı(Ort.=52.5) puan ortalamaları KG depresyon(Ort.=20.0, SS=12.5), anksiyete(Ort.=27.5, SS=8.9)ve öz saygı (Ort.=62.4) puan ortalamalarına göre daha düşüktür.

ÇG veya KG olma ile TSSB arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (F=14.8, p=.000, * p<0.01). ÇG TSSB puan ortalaması (Ort.=37.4, SS=8.8) KG TSSB puan ortalamasından(Ort.=46.4, SS=13.6) daha düşüktür. Bu bulguya göre ÇG ile KG’nin ön testlerindeki farklılık %99 seviyesinde ÇG lehine farklılık sağlamaktadır. Bu çizelgeden elde edilen sonuca göre psikosoyal müdahalelere katılım göstermek için başvuruda bulunmak veya henüz yeni başlamak TSSB belirtilerinin azalmasına olumlu yönde etki etmektedir.

Çizelge 4.3. ÇG ve KG katılımcılarının depresyon, anksiyete, TSSB ve özsaygı ön-test puanlarına ilişkin Mann- Whitney U ve t testi sonuçlar

Ölçümler	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		F/Z	p
	X/Sıra ortalaması	SS	X/Sıra ortalaması	SS		
Depresyon	16.7	10.0	20.0	12.5	3.6	.122
Anksiyete	25.8	6.8	27.5	8.9	5.2	.250
TSSB	37.4	8.8	46.4	13.6	14.8	.000*
Öz Saygı	52.5	-	62.4	-	-1.5	.111

* p<0.01

4.4. SON- TEST ÖLÇÜMLERİNİN TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çizelge 4.4’de ÇG ve KG katılımcılarının ön-testlerindeki ve son-testlerindeki depresyon, anksiyete, TSSB ve özsaygı puanları ayrı ayrı Mann-Whitney U ve Student t testi ile incelenmiştir. Bir ay psikososyal müdahalelere katılım gösteren ÇG(son-test) ile KG (son-test) depresyon(F= 1.118, $p > 0.05$) ve öz saygı(F= 2.662, $p > 0.05$) puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. ÇG depresyon(Ort.=54.0), ve öz saygı(Ort.=49.2) puan ortalamaları KG depresyon(Ort.=60.9)ve öz saygı (Ort.=65.7) puan ortalamalarına göre daha düşüktür.

ÇG veya KG olma ile anksiyete(F=20.9, $p=.000$, $p < 0.01$) ve TSSB(Z=3.629, $p=.000$, $p < 0.01$) arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. ÇG anksiyete puan ortalaması (Ort.=19.2, SS=4.6) KG anksiyete puan ortalamasından (Ort.=26.4, SS=8.6) daha düşüktür. Aynı şekilde TSSB puan ortalaması (Ort.=46.2) KG TSSB puan ortalamasından(Ort.=68.7) daha düşüktür. Bu çizelgeden elde edilen sonuca göre psikososyal müdahalelere katılım göstermek anksiyete ve TSSB belirtilerinin azalmasına olumlu yönde etki etmektedir.

Çizelge 4.4. ÇG ve KG katılımcılarının depresyon, anksiyete, TSSB ve özsaygı son-test puanlarına ilişkin Mann- Whitney U ve t testi sonuçları

Ölçümler	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		F/Z	p
	X/Sıra ortalaması	SS	X/Sıra ortalaması	SS		
Depresyon	54.0	-	60.9	-	-1.118	.264
Anksiyete	19.2	4.6	26.4	8.6	20.9	.000*
TSSB	46.2	-	68.7	-	-3.629	.000*
Öz Saygı	49.2	-	65.7	-	-2.662	.008

* $p < 0.01$

4.5. PSİKOSOSYAL MÜDAHALEYE KATILIM GÖSTERME DURUMUNUN RUH SAĞLIĞI SORUNLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yapılan Mann-Whitney U testi ile ‘Var’ ve ‘Yok’ olarak sınıflandırılan olası depresyon, anksiyete ve TSSB ön- test ve son test ölçümleri, ÇG ve KG’de olma durumuna göre değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.5’de görüldüğü üzere depresyonun varlığı ve yokluğu, öntest ve sontest arasında anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır($p=.374$, $p=.246$ $p>.05$). Anksiyete’nin varlığı ve yokluğu öntestte anlamlı bir farklılığa yol açmazken ($p=.263$), sontestte %99 seviyesinde anlamlı farklılık saptanmıştır($p=.000$, $p<.000$). TSSB’nin varlığı ve yokluğu hem öntestte hem de sontestte %99 seviyesinde anlamlı farklılık yaratmaktadır($p=.000$, $p<.000$).

Puan ortalamalarına Çizelge 4.3 ve 4.4’den bakıldığında, anlamlı çıkan ortalamaların ÇG lehine düşük olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, psikososyal müdahalelere katılım gösteren grubun sontest ölçümlerinde anksiyete ve TSSB, psikososyal müdahalelere katılım göstermeyen gruba göre anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca öntestler değerlendirildiğinde psikososyal müdahaleye katılım gösteren grubun TSSB’si diğer gruba göre anlamlı derecede düşüktür.

Çizelge 4.5. Psikososyal müdahaleye katılım gösterme durumunun depresyona, anksiyeteye ve TSSB’ye etkisinin değerlendirilmesi

	Öntest		Sontest	
	Z	p	Z	p
Depresyon	.889	.374	1.160	.246
Anksiyete	1.119	.263	.246	.000*
TSSB	3.561	.000*	4.581	.000*

* $p<0.01$

4.6. ÇALIŞMA GRUBU ÖLÇÜMLERİNDE ETKİLİLİK KARŞILAŞTIRMASI

Yapılan Eş Örnekler(Paired Samples) ve Wilcoxon İşaretli Sıralar testleri ile ÇG'ye ait ön-test ve son test ölçümleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir (Çizelge 4.6, 4.7).

ÇG anksiyete ön test ve son test puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır($t=7.562$, $p=.000$, $p < 0.01$). Ön test puan ortalamasının (Ort.=25.8, SS=4.6), son test puan ortalamasından (Ort.=19.2, SS=6.8) daha yüksek olduğu bulundu. ÇG TSSB ön test ve son test puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır($t=2.104$, $p=0.40$, $p < 0.05$). Ön test puan ortalamasının (Ort.=37.4, SS=9.4), son test puan ortalamasından (Ort.=33.7, SS=8.8) daha yüksek olduğu bulundu. ÇG depresyon ön test ve son test puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($Z=2.091$, $p=.036$, $p < 0.05$). Ön test puan ortalamasının son test puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu 3 bulguya göre ÇG'nin ön test ve son testlerindeki farklılık %99 ve %95 seviyesinde son testler lehine farklılık sağlamaktadır.

Bu çizelgelerden elde edilen sonuçlara göre psikososyal müdahalelere katılım gösteren kişilerin ilk ölçümleri ile bir ay sonra yapılan ölçümlerinde anksiyete, TSSB ve depresyon belirtilerinin azalmasına psikososyal müdahalelere katılım göstermek olumlu yönde etki etmektedir.

ÇG özsaygı ön test ve son test puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=.068$, $p=.946$, $p > 0.05$).

4.7. KONTROL GRUBU ÖLÇÜMLERİNDE ETKİLİLİK KARŞILAŞTIRMASI

Yapılan Eş Örnekler(Paired Samples) ve Wilcoxon İşaretli Sıralar testleri ile KG'na ait ön-test ve son test ölçümü ayrı ayrı değerlendirilmiştir (Çizelge 4.6, 4.7).

KG depresyon ($Z=.502$, $p=.616$, $p < 0.05$), TSSB ($Z=1.134$, $p=.257$, $p < 0.05$), öz saygı ($Z=.233$, $p=.816$, $p < 0.05$) ön test ve son test puanları arasında

istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. KG anksiyete ön test ($X=27.5$, $SS=8.6$) ile son test ($X=26.4$, $SS=8.9$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=.965$, $p=.339$, $p < 0.05$).

Bu çizelgeden elde edilen sonuca göre psikososyal müdahalelere katılım göstermeyen kişilerin ilk ölçümleri ile bir ay sonra yapılan ölçümleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çizelge 4.6. ÇG ve KG katılımcılarının anksiyete, ÇG katılımcılarının TSSB ön-test ve son-test puanlarına ilişkin Eş Örnekler Testi istatistik sonuçları

Ölçümler	Öntest			Sontest				
	N	X	SS	N	X	SS	t	p
Anksiyete (ÇG)	57	25.8	4.6	57	19.2	6.8	7.562	.000*
Anksiyete (KG)	57	27.5	8.6	57	26.4	8.9	.965	.339
TSSB (ÇG)	57	37.4	9.4	57	33.7	8.8	2.104	.040**

* $p < 0.01$

** $p < 0.05$

Çizelge 4.7. ÇG ve KG katılımcılarının depresyon ve özsaygı, KG katılımcılarının TSSB ön-test ve son-test puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

Son-test Ön-test	Depresyon (ÇG)				Depresyon (KG)				TSSB (KG)				Özsaygı (ÇG)			
	N	X	Z	P	N	X	Z	P	N	X	Z	P	N	X	Z	P
Negatif Sıra	37	27.5	-2.091	.036*	30	27.1	-.502	.616	29	28.2	-1.134	.257	32	26.8		
Pozitif Sıra	18	28.9			22	25.6			28	29.8			24	30.6	-.068	.946
Eşit	2				5				0				1			

* $p < 0.05$

4.8. RUH SAĞLIĞI SORUNUNUN OLUP OLMAMASI DURUMUNA GÖRE ÇALIŞMA GRUBUNDA ETKİLİLİK DEĞERLENDİRMESİ

Yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar testi ÇG'ye ait ön-test ve son test ölçümleri, ruh sağlığı sorununun olup olmaması durumuna göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8’de görüldüğü üzere psikososyal müdahalelere katılım gösteren grubun öntest ve sontest puanları arasındaki farklılık %99 ve %95 düzeylerinde önemlidir. psikososyal müdahalelere katılım gösteren grupta anksiyete ve TSSB’nin ‘Var’ veya ‘Yok’ olma durumu, öntestlere göre son testlerde anlamlı düzeyde düşüktür. Depresyon ölçümlerinde yine sontestler lehine ‘Var’ olma durumunda düşüş olsa da anlamlı bir istatistiki sonuca ulaşılammıştır.

Çizelge 4.8. ÇG katılımcılarının öntest ve sontest puanlarının Wilcoxon İşaretili Sıralar testi ile depresyon, anksiyete ve TSSB’ye etkisinin değerlendirilmesi

Ölçümler	Öntest	Sontest		
	N	N	Z	p
Depresyon				
Yok	15	24	1.877	.061
Var	42	33		
Anksiyete				
Yok	32	48	3.024	.002**
Var	25	9		
TSSB				
Yok	47	50	6.569	.000*
Var	10	7		

* p<0.01

** p<0.05

4.9. RUH SAĞLIĞI SORUNUNUN OLUP OLMAMASI DURUMUNA GÖRE KONTROL GRUBUNDA ETKİLİLİK DEĞERLENDİRMESİ

Yapılan Wilcoxon İşaretili Sıralar testi KG’ye ait ön-test ve son test ölçümleri, ruh sağlığı sorununun olup olmaması durumuna göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir(Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9’de verilen istatistiksel veriler; psikososyal müdahalelere katılım göstermeyen grupta, öntest ve sontest ölçümlerinde saptanan ruh sağlığı sorunlarının, ‘Var’ ve ‘Yok’ olma durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.9. KG katılımcılarının öntest ve sontest puanlarının depresyon, anksiyete ve TSSB'ye etkisinin değerlendirilmesi

Ölçümler	Öntest	Sontest		
	N	N	Z	p
Depresyon				
Yok	11	18	1.606	.108
Var	46	39		
Anksiyete				
Yok	26	27	.218	.827
Var	31	30		
TSSB				
Yok	29	27	.417	.637
Var	28	30		

4.10. CİNSİYETİN ÖLÇÜMLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tüm grupta cinsiyetin; depresyon, anksiyete, özsaygı, travma sonrası stres puanlarına etkisi Student t testi ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir(Çizelge 4.10, 4.11).

Tüm grupta cinsiyetin anksiyete ölçümüne etkisi anlamlı bulunmuştur($t=5.5873$, $p=.000$, $p < 0.01$). Kadınların puan ortalaması (Ort.=30.3, SS=7.1) erkeklerin puan ortalamasından (Ort.=22.6, SS=6.7) daha yüksektir. Tüm grupta cinsiyetin özsaygı ölçümüne etkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır($t=2.810$, $p=.006$, $p > 0.05$). Kadınların puan ortalaması (Ort.=76.3, SS=13.6) erkeklerin puan ortalamasından (Ort.=68.4, SS=15.7) daha yüksektir.

Tüm grupta cinsiyetin depresyon ölçümüne etkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır($Z=1.414$, $p=.157$, $p > 0.05$). Kadınların puan ortalaması (Ort.=61.6) erkeklerin puan ortalamasından (Ort.=52.89) daha yüksektir.

Tüm grupta cinsiyetin TSSB ölçümüne etkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($Z=.877$, $p=.380$, $p> 0.05$). Kadınların puan ortalaması (Ort.=60.0) erkeklerin puan ortalamasından (Ort.=54.64) daha yüksektir.

Çizelge 4.10. Cinsiyete Göre Anksiyete ve Özsaygı Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Ölçümler	Kadın			Erkek			t	p
	N	X	SS	N	X	SS		
Anksiyete	60	30.3	7.1	54	22.6	6.7	5.5873	.000*
Özsaygı	60	76.3	13.6	54	68.4	15.7	2.810	.006

* $p<0.01$

Çizelge 4.11. Cinsiyete Göre Depresyon ve TSSB Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Ölçümler	Kadın		Erkek		Z	p
	N	X	N	X		
Depresyon	60	61.6	54	52.89	-1.414	.157
TSSB	60	60.0	54	54.64	-.877	.380

4.11. AFETLE BAŞAÇIKMA KAPASİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların ileride olabilecek bir afetle başa çıkma kapasitelerinin ön-test ve son-testlere ve ÇG veya KG olma durumuna dağılımını belirlemek için Ki-Kare testi yapılmıştır. Sonuçlar Çizelge 4.12’de verilmiştir. Ön-test ve son test ölçümleri ile ÇG ve KG olma ile ileride olabilecek bir afetle başa çıkma kapasitesi arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu durumda çizelge incelenecek olursa; ÇG’nin ‘evet biraz’ ve ‘bilmiyorum’ cevaplarında KG’den daha fazla, KG’nin ise ‘evet’ ve ‘hayır’ cevaplarında ÇG’den fazla katılımcısı vardır. ÇG içinde

farklılıklara bakarsak; ön- test cevaplarına göre son testte ‘hayır’ cevabı dışında yükselme saptanmıştır. KG içinde farklılıklara bakarsak; ön test cevaplarına göre ‘evet’ ve ‘hayır’ cevaplarında yükselme vardır.

Bu sonuçlara göre ÇG içinde kapasitenin arttığı düşünülürken, KG içinde ortaya çıkan farklılıkların yönünün zıt olması(hem artış hem azalma)herhangi bir duruma bağlanmamıştır. ÇG’nin toplam sonuçlarında ‘evet’ cevabının KG’ye göre küçük bir farkla düşük, KG’nin ‘hayır’ cevaplarının ÇG’ye göre yaklaşık 3 kat fazla olması dikkat çekicidir.

Çizelge 4.12. İleride ortaya çıkabilecek herhangi bir afetle başa çıkma kapasitesi ile ÇG ve KG olma ilişkisi.

		ÇG				Toplam		KG				Toplam		χ^2
		Ön-test		Son-test		X	%	Ön-test		Son-test		X	%	
		X	%	X	%			X	%	X	%			
İleride her hangi bir afetle başa çıkma kapasitesi bilir misin?	Evet	18	23.7	19	25.0	37	48.7	18	23,7	21	27,6	39	51.3	30.719
	Evet biraz	19	21,6	30	34,1	49	55.6	20	22,7	19	21,6	39	44.3	
	Hayır	6	15,4	3	7,7	9	23.1	14	35,9	16	41,0	30	76.9	
	Bilmiyorum	14	56,0	5	20,0	19	76.0	5	20,0	1	4,0	6	24.0	

* p<0.01

4.12. KENDİNE/YAKINLARINA YARDIM ETME KAPASİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların ileride kendilerinin veya yakınlarının psikolojik problemlerini çözme kapasitelerinin ön-test ve son-testlere ve ÇG veya KG olma durumuna dağılımını belirlemek için Ki-Kare testi yapılmıştır. Sonuçlar Çizelge 4.13’de verilmiştir.

Ön-test ve son test ölçümleri ile ÇG ve KG olma ile ileride olabilecek bir afetle başa çıkma kapasitesi arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu sonuca göre çizelge incelenecek olursa; toplam sonuçlarda ÇG’nin ‘evet’ , ‘evet biraz’ ve ‘bilmiyorum’ cevapları KG’ye göre oldukça yüksektir. KG’nin ise ‘hayır’ cevabı ÇG’ye göre yaklaşık 3 kat daha fazladır. Grup içi değerlendirmelerde ÇG’nin ‘evet’ ve ‘evet biraz’ cevapları son-testte yükselirken,

‘hayır’ ve ‘bilmiyorum’ cevapları düşmüştür. KG’nin ‘evet’, ‘hayır’ ve ‘bilmiyorum’ cevapları son testte yükselirken, ‘evet biraz’ cevapları düşmüştür.

Bu sonuçlara göre ÇG’nin hem grup içi hem gruplararası değerlendirmeleri kapasitenin arttığı gösterirken, KG içinde ortaya çıkan farklılıkların yönünün zıt olması (hem artış hem azalma) anlamlı bir duruma bağlanamamıştır.

Çizelge 4.13. Kendine ve yakınlarına yardım etme kapasitesi ile ÇG ve KG olma ilişkisi.

		ÇG				Toplam		KG				Toplam		χ^2
		Ön-test		Son-test		X	%	Ön-test		Son-test		Toplam		
		X	%	X	%			X	%	X	%	X	%	
İleride kendinin veya yakınlarının psikolojik problemlerini çözebilir misin?	Evet	17	26,6	21	32,8	38	59,4	12	18,8	14	21,9	26	40,7	33.513
	Evet biraz	21	22,1	32	33,7	53	55,8	24	25,3	18	18,9	42	44,2	
	Hayır	9	17,6	3	5,9	12	23,5	18	35,3	21	41,2	39	76,5	
	Bilmiyorum	10	55,6	1	5,6	11	61,2	3	16,7	4	22,2	7	38,9	

* p<0.01

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Çalışmanın sonuçları; ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığı, öntest ve sontest ölçümleri, psikososyal hizmetlerin etkililiği, cinsiyetin rolü, afetle başa çıkma kapasitesi ve psikolojik yardım sağlama kapasitesi açısından tartışılmıştır.

5.1. Ruh Sağlığı Sorunlarının Yaygınlığı

Çeşitli travmatik yaşantılardan sonra ortaya çıkabilecek ruhsal hastalıklarda; akut stres reaksiyonu, akut stres bozukluğu, travmatik stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk, anksiyete ve depresyon spektrumu bozuklukları, yeme bozuklukları, sınır kişilik bozukluğunun görüldüğü ayrıca bunlara eşlik eden olumsuz yaşantıların olduğu araştırmalarda saptanmaktadır (Geyran, 2003). Depremden 2 yıl sonra yapılan bu çalışmada; tüm grupta ruh sağlığı sorunları taraması yapıldığında sırasıyla en çok olası depresyon (%77.2), anksiyete (%49.1) ve TSSB(%33.3) saptanmıştır. Çalışma grubunda veya kontrol grubunda olma ile ruh sağlığı sorunları arasında, TSSB açısından anlamlı fark bulunmaktadır; psikososyal hizmetler için başvuran kişilerin TSSB'si daha düşüktür.

Çalışmanın yapıldığı Azad Jamnu ve Kaşmir'e ait ruh sağlığı araştırmalarına literatürde ulaşılamamıştır. Ama 2006 yılında Hindistan yönetimindeki Kaşmir Bölgesinde yapılan 'Şiddet ve Sağlık' araştırmasındaki bazı veriler bize bölge hakkında bilgi verecektir. İki bölge hakkında kısa bir bilgi verecek olunursa; 1948 yılında Hindistan ve Pakistan arasında yaşanan ilk savaştan sonra Kaşmir ikiye bölünmüştür: Sunni Müslümanların yoğunlukta yaşadığı, Panjabi geleneklerin hüküm sürdüğü ve Sufi inançlara sıkı sıkıya bağlı olan Azad Jamnu ve Kaşmir ile Ladakh, Budist ve Müslümanların baskın olduğu, aynı zamanda Hindu ve Sih toplulukların da yaşadığı Kaşmir. Depremden sonra ortak bir adım atılması beklenen bölgede hiçbir iyileşme olmadığı gibi; ayrılıştan sonra savaşlar meydana gelmiş, bağımsızlık için yapılan çatışmalarda iki taraftan da onbinlerce kişi ölmüş, insan hakları çiğnenmiştir. Halen işkence, adam kaçırmaya, kaybolma ve tecavüz gibi zorlu yaşantılar devam ederken, fakirlik ve tanınmamanın Kaşmir toplumu üzerinde sosyo-ekonomik ve ruh sağlığı üzerinde etkileri oldukça büyüktür. 'Şiddet ve Sağlık' araştırmasında 510 kişiden %62.7'sinde anksiyete, %50'sinde mutsuzluk, %33.9'unda intihar düşüncesi, %33.3'ünde ciddi psikolojik sıkıntılara yönelik yakınmalar saptanmıştır (Medecins San Frontieres, 2006). Pakistan'a bölgesel, kültürel ve dinsel olarak yakın olan aynı zamanda sürekli travmatik yaşantılara maruz kalan Gazze Şeridi'nde TSSB'nin sıklığı değerlendirildiğinde, bu çalışmaya oldukça yakın olan %29 oranı saptanmıştır (Afana et al. 2002). Bu yüksek oranlarla, bu çalışmada saptanan depresyon, anksiyete ve TSSB sıklığının yüksek olmasıyla uyumludur.

Çoğu travma çalışmasının ortak ve tekrarlayan sonucu, travma sonrası belirtilerin zaman geçtikçe azalması; ama üçte bir oranındaki olguda belirtilerin 1-3 yıl ve daha uzun yıllarda kronikleşerek devam ettiğidir (Geyran, 2003). Benzer yüksek oranda psikolojik sıkıntılara 1992 yılında meydana gelen İniki Hortumu, Hawai etkileri ve 2 yıl sonra uygulanan psikososyal hizmetler kontrollü toplum saha çalışmasında rastlanmıştır. 6-12 yaş grubundaki çocuklardan %88'inde travmaya bağlı sıkıntılar saptanmıştır (Chemtob et al. 2002). Ayrıca 1999 Marmara Depreminden 3 yıl sonra yapılan çalışmada %40 oranında TSSB ve %18 oranında eşlik eden depresyon (Salcıoğlu et al. 2007); 20 ay sonra yapılan bir diğer çalışmada

TSSB 39%, depresyon 18% oranlarında saptanmıştır (Salcıoğlu et al. 2003). 1994 yılında 6.8 şiddetinde Northridge, Kaliforniya’da meydana gelen deprem ile 7.4 şiddetindeki 1999 Marmara Depremi arasında karşılaştırmalı olarak yapılan çalışmada; Kaliforniya grubunun %83’ünün afetten olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Kalayjan et al.2002). Ermenistan’da 1988 yılında 6.9 şiddetinde, yaklaşık 25000 kişinin ölümüne yol açan depremden 2 yıl sonra kohort çalışması düzenlenmiş; bu çalışmada %52 oranında depresyon saptanmıştır. Depresyondaki kişilerin çoğuna eşlik eden bir başka psikiyatrik bozukluk olduğu belirtilirken, bu kişilerin %73.4’ünde TSSB saptanmıştır (Armenian et al., 2002).

Yukarıdaki araştırmalar dışında literatürde, travmatik yaşamlar sonrasında yapılan diğer bazı çalışmalarda sıklık oranları; TSSB için %4.5-31, depresyon için %10.5-38 olarak saptanmıştır.

Görev dönüşü ‘uyum’ eğitiminde, savaşa katılan askerle yapılan çalışmada; TSSB (%30-31) ve depresyon(%37-38) oranları oldukça yüksektir (Lapierre et al. 2007). 1999 Marmara Depreminden 1 yıl sonra çadırkent taramasında %25.4 oranında TSSB saptanmıştır (Tural ve ark. 2004). 3,5 yıl sonra ise ergenlerle yapılan çalışmada, %22.2’sinin muhtemel TSSB, %30.8’inin muhtemel depresyon tanısı aldığı saptanmıştır (Karakaya ve ark. 2004). Önder ve arkadaşlarının İzmit il merkezini temsil eden bir grupla yaptığı çalışmada, 1999 Marmara depreminden 3 yıl sonra TSSB ve depresyonun 3 yıllık yaygınlıkları sırasıyla %19.2 ve %18.7, görüşmenin yapıldığı aydaki yaygınlıkları %11.7 ve %10.5 olarak saptanmıştır (Önder ve ark. 2006). İzlanda’da iki depremden 3 ay sonra yapılan çalışmada; depremlerden etkilenen bölgede yaşayanların %24’ünde TSSB saptanırken; kontrol grubu olarak belirlenen depremlerden etkilenmeyen bölgedeki kişilerde TSSB’ye rastlanmamıştır (Bödvarsdóttir and Elklit, 2004). Dünyanın en fakir ülkelerinden biri olan Nikaragua, 1998 yılında oluşan Mitch Kasırgası’ndan en kötü etkilenen ülkelerden biridir. Kasırgadan 6 ay sonra ruh sağlığı değerlendirilmesi yapıldığında TSSB sıklığı %4.5 ile 9 arasında saptanmıştır (Caldera et al. 2002).

Pakistan gibi Asya’da bulunan Çin’de depremler sıklıkla olmakta ve depremlerin psikolojik sonuçları ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Çin’in Güney

doğusunda Yun- Nan bölgesinde 1988 yılında 7.6 ve 7.2 şiddetinde iki depremde 748 kişi ölmüş ve 3644 kişi yaralanmıştır. Depremlerden 5 ay sonra bölgede yapılan çalışmada %51 oranlarında psikolojik hastalık saptanırken, depreme oldukça uzak bir bölgede kontrol grubunda yapılan çalışmada bu oran %36 olarak belirlenmiştir. Depreme yakın olanlarda %13-16 oranlarında TSSB saptanmıştır. Genel nüfusta ise ortalama olarak %8.9 olarak TSSB oranı belirlenmiştir (Cao et al. 2003). Yine Çin’de Zhangbei-Shangyi bölgesinde 6.2 şiddetinde 49 kişinin ölümü ve 10 binden fazla kişinin yaralanmasına neden olan depremden 3 ve 9 ay sonra TSSB için değerlendirmeler yapılmıştır. TSSB oranları sırasıyla %25.3-30.3 olarak saptanmıştır (Wang et al. 2000b).

Bu çalışmada saptanan depresyon (%77.2), anksiyete (%49.1) ve TSSB (%33.3) sıklıkları, afetler sonrasında uzun dönemli ruh sağlığı sorunları olduğu yönünde sonuçlara ulaşan literatürdeki araştırmalarla uyumludur.

5.2. Öntest ve Sontest Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Afetler sonrasında yardım arama ve yardıma ulaşabilmenin afetzedelerde iyileştirici bir etkisi olduğu düşünülerek; toplum merkezine psikososyal hizmetlere katılmak için başvuran ve henüz yeni başlayan/başlama aşamasındaki kişilerin depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres düzeylerinin, kontrol grubuna göre daha iyi düzeyde olduğu düşünülerek istatistiki değerlendirmeler yapılmıştır.

Psikososyal hizmetlere katılmak için başvuranların travma sonrası stres puanları istatistiki olarak anlamlı derecede, başvurmayanlara göre düşüktür. Ön-test ölçümleri karşılaştırıldığında, çalışma grubunun depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre istatistiki olarak anlamlı olmadığı halde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özsayı puan ortalaması ise kontrol grubunda daha yüksektir.

Literatürde karşılaşılan çalışmalarda; yardım arayan veya aramayan gruplar arasında farklılığı araştıran bulgulara rastlanmamıştır. Bu bakımdan literatüre katkı olacağı düşünülen bu sonuç şu şekilde yorumlanabilir: Afet sonrasında toplumda bazı

iyileştirme çalışmaları, etkinlikler, psikososyal hizmetler başlamaktadır. Aynı toplum içinde bazı insanlar, uğradıkları afet ve diğer birçok sebepten dolayı bu çalışmalara katılmak için başvurmakta, bazı insanlar ise bu çalışmalara yine çeşitli sebeplerden dolayı katılım göstermemektedir. Başvuran kişilerin afetin ve diğer yaşam olaylarının şokunu atlattığı ve toparlanarak, geleceğe yönelik bir adım olan meslek edindirme ve benzeri çalışmalara katıldığı varsayımı ile ruh sağlığı sorunlarının daha az olması beklenmekteydi. Bu çalışmada, psikososyal hizmetlere katılım göstermek için başvuran kişilerin travma sonrası stres bozukluğu açısından, katılım göstermeyen kişilere göre oldukça iyi durumda olduğu saptanmıştır. Ayrıca depresyon ve anksiyete ölçümleri, psikososyal hizmetlere katılım gösteren kişilerde daha düşük yani ruh sağlığı sorunu daha azdır. Bu sonuçların varsayımı desteklediği söylenebilir.

Afet sonrasında psikososyal hizmetlere katılım gösteren kişilerin 1 ay sonunda yapılan son-test ölçümlerindeki anksiyete ve TSSB puanları, katılmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Depresyon puan ortalaması hizmetlere katılım gösteren kişilerde daha düşük olmasına rağmen, istatistiki olarak anlamlı değildir. Öz saygı düzeyi hizmetlere katılım göstermeyen kişilerde daha yüksektir; ama istatistiki olarak anlamlı bir sonuç değildir. Literatürde travma sonrası psikolojik ve psikososyal hizmetlerle ilgili olarak yapılan az sayıda kontrollü karşılaştırma çalışmalarının çoğu ile bu çalışmanın sonuçları uyumludur.

Ehlers ve arkadaşları ile Salcıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinde, korku ve korkuyla başa çıkma becerilerinde; çalışma grubunda, kontrol grubuna göre iyileşme olmasıyla uyumlu bir sonuçtur (Ehlers et al. 2003; Salcıoğlu et al. 2003). Ehlers ve arkadaşlarının motorlu araç kazası yaşayanlarla yaptıkları araştırmada; bilişsel terapi uygulanan grubun 9. ayda yapılan son-testlerinde TSSB, anksiyete ve depresyon puanları, kontrol grubuna göre oldukça düşüktür. Aynı çalışmada diğer bir çalışma grubu el kitapçığı dağıtılan gruptur. Bu grubun son-test TSSB puanları bilişsel terapi grubu kadar belirgin olmasa da, kontrol grubuna göre düşüktür (Ehlers et al. 2003). Irak Savaşı veya 11 Eylül saldırısına bağlı olarak TSSB yakınmasıyla travma servisinde yatan hastalarla yapılan bilişsel davranışçı terapi ile depresyon ve anksiyete puanları 6 ay içinde önemli

ölçüde düşmüş ve terapiyi tamamlayanlardan 3’de 1’i yüksek işlevsellik düzeyine ulaşmışlardır (Litz et al. 2007). Kuzey Çin’de yapılan çalışmada depremden sonra fazla destek alanlarda, diğerlerine göre iyileşmede artış saptanmıştır (Wang et al., 2000a).

Diğer yandan travma sonrası psikolojik debriefing ve diğer psikososyal hizmetlerin etkililiği konusunda farklı görüşler vardır.

Sibrandij ve arkadaşlarının ayaktan tedavi için yönlendirilen hastalarla yaptığı çalışmada 2 çalışma (duygusal ve eğitimsel debriefing) ve bir kontrol grubu vardır. 6. ayda son-test ölçümleri yapılan grupların puan ilişkileri bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu değildir. TSSB, anksiyete ve depresyon son-test puan ortalamalarının çalışma grupları ile kontrol grupları arasında eşit veya daha yüksek olduğu saptanmıştır (Sibrandij et al. 2006). Benzer şekilde Turpin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada müdahale sonrası ve takip ölçümlerinde çalışma grubu TSSB ve anksiyete puanlarında anlamlı bir düşüş olmadığı gibi, kontrol grubunun depresyon puanları çalışma grubuna göre daha düşük olarak saptanmıştır (Turpin, 2005).

Motorlu araç kazası ve savaşa katılan askerlerle yapılan çalışmalarda çalışma grubunun iyileşme düzeyinin kontrol grubuna üstünlük sağlamadığı hatta tersi sonuçların ortaya çıktığı belirtilmiştir (Hobbs et al. 1996; Deahl et al. 1994; Mayou et al. 2000). Deprem sırasında görev alan yardım çalışanları ile yapılan araştırmada, 2 yıllık takip sonrasında psikolojik debriefing alan grubun, almayan gruplarla benzer yakınmaları olduğu ve belirgin hiçbir iyileşmenin olmadığı belirtilmiştir (Kenardy et al. 1996). Turpin ve arkadaşlarının kaza ve acil servis hastalarıyla yaptıkları çalışmada; yaralanma sonrası psikolojik bozuklukların azaltılması için önleyici bir çalışma olarak psikoeğitimsel el kitapçığı dağıtılmıştır. Müdahale öncesi, sonrası ve takip ölçümlerinde tüm grupta anksiyete ve depresyonun azaldığı; ama TSSB ve anksiyete ölçümlerinde gruplararası bir fark olmadığı saptanmıştır. TSSB’nin azaltılması için koruyucu bir çalışma olarak el kitapçığının dağıtılmasının desteklenmediği sonucuna varılmıştır (Turpin et al. 2005).

Bu çalışma afetlerden sonra psikososyal hizmetlere katılım göstermek için başvuranlarda TSSB daha azdır ve afetlerden sonra uygulanan psikososyal hizmetler TSSB'nin azaltılmasında etkili olduğunu desteklemektedir.

5.3. Psikososyal Hizmetlerin Etkililiğinin Karşılaştırması

Psikososyal hizmetlere katılım gösteren çalışma grubunun ön-test ve son-testleri karşılaştırıldığında; depresyon, TSSB ve anksiyete ölçümleri arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu ölçümlerde ilk ölçüm puanları, 1 ay sonra yapılan ölçümlere göre yüksektir. Özsaygı ölçümlerinde ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışma grubunun ölçümleri ruh sağlığı sorununun olup olmaması açısından değerlendirildiğinde ise anksiyete ve TSSB'nin hizmetler sonrasında yapılan ölçümlerde düştüğü saptanmıştır. Depresyon sayısı azalmış; ama anlamlı bir istatistiki fark saptanmamıştır.

Çalışma grubunda iyileşmenin olması sonuçları literatürle uyumludur. Ehlers ve arkadaşları 2003 yılında yaptıkları çalışmada motorlu araç kazası sonrasında bilişsel terapi uygulanan ve el kitapçığı dağıtılan 2 çalışma grubunda 9. ayda yapılan izleme değerlendirmesinde TSSB, anksiyete ve depresyon belirtilerinde iyileşme olduğunu belirtmişlerdir. Sibrandij ve arkadaşlarının çalışmasında duygusal debriefing ve eğitimsel debriefing çalışma gruplarında 2. ve 6. hafta ile 6. ayda yapılan değerlendirmelerde; depresyon, anksiyete ve TSSB puan ortalamalarında düşüş (iyileşme) saptanmıştır (Sibrandij et al. 2006). Hawaii'de yaşanan Iniki Kasırgası'ndan 6 ay sonra Chemtob ve arkadaşları tarafından 43 kişilik bir gruba yapılan psikolojik müdahalede grubun müdahale ön-test ve son-test değerlendirmelerinde, Olayların Etkisi Ölçeği puanlarında oldukça yüksek düzeyde düşüş (iyileşme) saptanmıştır. Yazarlar, afet sonrası psikolojik hizmetlerin etkiliği konusunda destek sağladıklarını belirtmişlerdir (Chemtob et al. 1997). Yine Iniki Kasırgasından 2 yıl sonra çocuklarla yapılan psikososyal müdahale çalışmasında; araştırmacılar grup veya bireysel tedaviye katılım gösteren çocukların travmaya bağlı belirtilerinin azaldığını belirtmişlerdir (Chemtob et al. 2002). Turpin ve

arkadaşlarının çalışmasında çalışma grubunda TSSB puanlarında biraz iyileşme olmuş; ama bu çalışmadan farklı olarak depresyon ve anksiyetede herhangi bir iyileşme sağlanmamıştır (Turpin et al. 2005).

Psikososyal hizmetlere katılım göstermeyen grubun ön-test ve son-testleri karşılaştırıldığında; depresyon, TSSB, anksiyete ve özsaygı ölçümlerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bunun yanısıra depresyon, TSSB ve anksiyete ölçümlerinde ön-test puanları son-testlere göre yüksektir. Kontrol grubu ayrıca, ruh sağlığı sorununun olup olmaması açısından değerlendirilmiştir. Sonuçlar yine, kontrol grubunda depresyon, anksiyete ve TSSB açısından anlamlı bir farka işaret etmemiştir.

Anlamlı bir farklılık bulunamaması literatürle çok uyumlu değildir; ama ilk ölçüm puanlarının, izleme sonrası uygulanan ölçümlere göre yüksek olması literatürle uyumlu bulunmuştur. Bu çalışmada izleme süresinin 1 ay ile sınırlı olması sebebiyle kontrol grubundaki iyileşmenin anlamlı düzeye ulaşmamış olabileceği düşünülmüştür. Literatürde, psikososyal hizmetler sonrasında hiçbir iyileşme olmayan kontrol grubu örneği Chemtob ve arkadaşlarının 6-12 yaş arası çocuklarla yaptığı çalışmadır. Çalışmada benzer bir zaman aralığı (yaklaşık 1 ay) sürede ön-test ve son-test değerlendirmesi yapılan çocukların travmaya bağlı sıkıntılarının azalmadığı saptanmıştır (Chemtob et al. 2002).

Motorlu araç kazası sonrasında yapılan 2 çalışmada; sadece klinik değerlendirme ve kendini değerlendirme ile TSSB hastalarının %11'inin (Tarrier et al. 1999) ve %12'sinin (Ehlers et al. 2003), depresyon hastalarının %3'ünün (Ehlers et al. 2003) iyileşmiş olduğu belirtilmiştir. Başka bir motorlu araç kazası çalışmasında kontrol grubunun ilk ölçümü ve 3. yılda yapılan takip ölçümünde delici düşünce ve kaçınma belirtilerinde, IES puanlarında, duygusal sıkıntılarda, depresyon ve anksiyete belirtilerinde iyileşme saptanmıştır (Mayou et al. 2000). Diğer bir çalışmada kontrol grubunun 2. haftada ve 6. ayda yapılan depresyon, anksiyete ve TSSB ölçümlerinde çok büyük bir iyileşme saptanmıştır (Sijbrandij et al. 2006). Ayrıca literatürde zamanın iyileştirici gücüyle ilgili olarak kontrol grubunun

depresyon puanları, psikoeğitim uygulanan çalışma grubundan daha düşük çıktığı çalışma da mevcuttur (Turpin et al. 2005).

Bu çalışma psikososyal hizmetlere katılım gösteren grubun 1 ay sonunda depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu yakınmalarının azaldığını ve kontrol grubunda aynı konulara dair herhangi bir değişikliğin olmadığını desteklemektedir.

5.4. Cinsiyetin Ölçümler Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Cinsiyetin depresyon, özsaygı ve TSSB üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır. Ama 3 ölçüm incelendiğinde depresyon ve TSSB puan ortalamaları kadınların aleyhine, özsaygı puanları ise kadınların lehine yüksektir. Özsaygı ile ilgili saptanan sonuçlar literatürle uyumlu değildir. Literatürde depresyon ve kaygı ile düşük benlik saygısı arasında ilişki kurulurken, kadınların özsaygısının erkeklere göre daha düşük olduğu yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Kling et al. 1999; Kelley, 2004).

Cinsiyetin anksiyete üzerindeki etkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınların anksiyete puanlarının erkeklerden yüksek olması ayrıca depresyon ve TSSB ölçümlerinin kadınların aleyhine olması literatürdeki çoğu araştırma ile uyumludur. Dünyanın değişik kültür ve coğrafi bölgelerinde yapılan çalışmaların neredeyse tamamı cinsiyetin sebep olduğu farklılığı desteklemektedir.

Marmara Depreminden 3,5 yıl sonra ergenlerle yapılan çalışmada depresyon ve TSSB sonuçlarında kızlar erkeklere oranla daha yüksek puan almışlardır (Karakaya ve ark. 2004). Marmara Depreminin psikolojik sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada Tural ve arkadaşları, depremden 1 yıl sonra kadınların, evlilerin, az eğitimlilerin, önceden kendisinde/ailesinde psikiyatrik öykü bulunanların, daha önceden travmatik deneyimleri olanların ve depremden daha öncelikli psikolojik sıkıntıları olanların anlamlı derece TSSB oranlarını yüksek bulunmuştur (Tural ve ark. 2004). Benzer sonuçlar El Salvador ve Ermenistan depreminden sonra yapılan çalışmalarda da saptanmıştır. El Salvador'da üniversite

öğrencileriyle yapılan bir çalışmada; kadın olmak, düşük sosyal destek, daha önceden başka travmatik deneyimler yaşamış olmak, kişisel konumun kaybı gibi durumların akut stres bozukluğu ve depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Sattler, 2006). Ermenistan Depreminden sonra erkek olma, deprem sırasında başka biriyle beraber olma, depremden sonra yardım ve destek alma ve alkol kullanma depresyona karşı koruyucu olarak belirtilmiştir (Armanian et al. 2002).

Kaliforniya ve Marmara Depremi karşılaştırmalı çalışmada; Kaliforniya grubunda TSSB ile medeni durum ve yaş arasındaki anlamlı bir ilişki bulunurken, cinsiyette bir farklılık belirlenmemiştir. Türkiye grubunda TSSB ile çocuk sayısı, barınma durumu, yakınıni kaybetme, eğitim ve cinsiyet arasında ilişki bulunurken, yaş ve evlilik durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Adı geçen çalışmada Türkiye grubunda kadınlar daha fazla TSSB belirtisi göstermiştir (Kalayjan et al. 2002).

Deprem dışında diğer travmatik yaşantılarda da cinsiyetin anlamlı derecede farklılık yarattığı saptanmaktadır. Gazze Şeridi'nde yapılan sıklık araştırmasında literatürde sık rastlanan 'erkeklerin daha fazla travmatik olaya maruz kalması; ama kadınların TSSB sıklığının daha yüksek olması' bilgisi desteklenmiştir. Ayrıca bahsi geçen çalışmada yüksek eğitilmiş kişilerin de benzer şekilde daha fazla travmatik olay yaşadığı; ama az eğitilmişlere göre daha az TSSB'ye rastlandığı saptanmıştır (Afana et al. 2002). Mitch Kasırgasından sonra yapılan çalışmada kadın olma, bekar olma, eğitimsiz olma, önceden psikiyatrik problemler yaşamış olmak ve bir yakınıni kaybetmek durumlarının travma belirtilerini arttırdığı saptanmıştır (Caldera et al., 2002).

Bu çalışma afet sonrası anksiyete düzeyinin kadınlar aleyhine yüksek olduğunu desteklemektedir.

5. Afetle Başa Çıkma/ Kendine ve/veya Yakınlarına Yardım Etme Kapasitesinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların hizmetlere katılımından veya izleme sürecinden önce, ileride ortaya çıkabilecek bir afetle başa çıkma kapasitelerini nasıl algıladıkları sorulmuştur. Psikososyal hizmetlere katılım gösteren gruptaki katılımcıların grup içi puanları değerlendirildiğinde beklendiği gibi, ilk ölçümleri ile son ölçümleri arasında istikrarlı bir iyileşme söz konusudur. Psikososyal hizmetlere katılım göstermeyen gruptaki katılımcıların grup içi puanları değerlendirildiğinde de diğer grup kadar istikrarlı olmamakla birlikte iyileşme gözlenmiştir. Başa çıkma kapasitesi ile çalışma veya kontrol grubunda olma arasında ise yine beklendiği gibi anlamlı bir ilişki vardır.

Diğer çalışma sonuçlarında hizmetler uygulanmayan grubun ruh sağlığı sorunlarında bir iyileşme saptanmamış; ama bu çalışmada paralel bir kapasite artışı gözlenmiştir. Bu sonuç ruh sağlığı sorunlarından farklı olarak gerek hizmetler uygulanan grup gerekse kontrol grubunda zaman içinde bazı iyileşmelerin olabileceğini düşündürmüştür. Deprem sonrası yapılan bir çalışmada hayatta kalanlar, depremin anlamını bulmak için çaba gösterdiği, ve çoğunun depremden sonra maddesel şeylerin önemsizliğini, Tanrının/doğanın gücünü, hayatta kalmanın önemini ve hazırlıklı olmanın önemini öğrendikleri aktarılmıştır. Afet sonrası kişilerin toparlanmaları ve hayata devam etmelerinin en önemli işaretlerinden birinin ileride olabilecek afetlere hazırlık yapmaları olduğu belirtilmiştir (Kalayjan et al. 2002). Olumsuz ve stresli yaşam olayları kişileri doğrudan etkileyerek var olan şemaları yıkarken, diğer yandan kişi bu zorlu yaşamlardan sonra güçlü olan yönlerini tanımaya başlamaktadırlar. Ortaya çıkan diğer etkisi yani travma sonrası gelişim; kendilik algısında, kişilerarası ilişkilerde ve yaşam felsefesinde değişiklik, olumlu gelişim anlamına gelmektedir (Calhoun and Tedeschi, 1998; Collins et al. 1990).

Katılımcıların algılarının değerlendirildiği diğer çalışma sorusunda ileride kendilerinin veya yakınlarının psikolojik problemlerini çözme kapasiteleri sorulmuştur. Psikososyal hizmetlere katılım gösteren grubun olumlu cevapları hem ilk ölçümlerine göre son ölçümlerinde artış göstermiş, hem de kontrol grubuna göre olumlu cevap sayısı oldukça yüksek olarak saptanmıştır. Psikososyal hizmetlere katılım göstermeyen grubun grup içi puanları değerlendirildiğinde olumlu ve

istikrarlı bir artış saptanmamıştır. Yardım etme kapasitesi ile çalışma veya kontrol grubunda olma arasında beklendiği gibi anlamlı bir ilişki vardır.

Literatürde afetlerden sonra uygulanan psikososyal hizmetlerin kişilerin algılarında nasıl değişiklikler yaptığı konusunda bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Psikoeğitime katılım gösteren bir grupta %66 oranında çalışmanın yararlı olduğunu düşündükleri saptanmıştır (Turpin et al. 2005). Deprem sonrası yapılan bir çalışmada depremden daha fazla zarar görseler bile, deprem sonrası yüksek düzeyde destek sağlanan bölgelerdeki kişilerin psikolojik sıkıntılarının; depremden az zarar gören ve az destek sağlanan bölgelerdeki kişilere göre daha az psikolojik sıkıntı gösterdikleri saptanmıştır (Wang et al. 2000b). Doğu veya batıda afet ve afet sonrası ile ilgili yapılan çoğu çalışmada; risk gruplarının değerlendirilmesi ve erken dönem (koruyucu, destekleyici) psikososyal hizmetlerin yapılmasının önemi vurgulanmaktadır. Böylece, kişiler ve toplumlar afetlerin olumsuz sonuçlarına karşı hazırlıklı olacak, afetlerden sonra ortaya çıkan psikolojik sıkıntıları ve varsa psikiyatrik bozuklukları kalıcı olmayacak, normal hayata kısa zamanda geri dönebileceklerdir (Salcioglu et al. 2007, Salcioglu et al. 2003, Goenjian et al. 1994, Wang et al. 2000a, Kokai et al. 2004, Norwood et al. 2000).

Çalışmada, kapasite algısına yönelik verilen cevaplar kontrol grubunda olumlu yönde istikrarlı bir artışın olmadığını göstermektedir. Bu yukarıda tartışılan ‘zamanın iyileştirici yönü’ konusuna farklı bir bakış açısı getirmektedir. Bu çalışmada kontrol grubunda ruh sağlığı sorunlarının azalmaması sonucu gözönünde bulundurularak zamanın etkisi desteklenmemiştir. Benzer şekilde afet sonrası kişinin ileride kendisinin veya yakınlarının psikolojik problemlerini çözebilmesi, olabilecek bir afetle başa çıkabilmesi zaman içinde artmamaktadır denilebilir.

Bu çalışma afet sonrası psikososyal hizmetlere katılım gösteren kişilerin ileride ortaya çıkabilecek afetlerle başa çıkma ve kendilerinin/yakınlarının psikolojik problemlerini çözebilme kapasitelerinin artacağını desteklemektedir.

BÖLÜM 6

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada; 114 katılımcının ruh sağlığı sorunları depremden 2 yıl sonra değerlendirilmiş ve depresyon için %77.2, anksiyete için %49.1 ve TSSB için %33.3 olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın amacı ve hipotezleri doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Deprem sonrasında uygulanan psikososyal hizmetlere katılmak için başvuran kişilerde TSSB düzeyi daha düşüktür.
2. Deprem sonrasında uygulanan psikososyal hizmetler TSSB düzeyinin iyileşmesinde etkilidir.
3. İzleme ve müdahale süresi (1 ay) sonunda yapılan ölçümlerde psikososyal hizmetlere katılım gösteren grupta anksiyete ve TSSB ruh sağlığı sorunları olan kişilerin sayısı, psikososyal hizmetlere katılım göstermeyen kişilere göre azdır.
4. İzleme ve müdahale süresi (1 ay) sonunda yapılan ölçümlerde hizmetlere katılım gösteren grubun depresyon, anksiyete ve TSSB düzeyleri iyileşir.
5. İzleme süresi (1 ay) sonunda yapılan ölçümlerde psikososyal hizmetlere katılım göstermeyen grupta depresyon, anksiyete ve TSSB’de bir değişiklik gözlenmez.
6. Kadınların anksiyete düzeyi erkeklere göre daha yüksektir.
7. Deprem sonrasında psikososyal hizmetlere katılım gösteren kişilerin ileride ortaya çıkabilecek afetlerle başa çıkma ve kendilerinin/yakınlarının psikolojik problemlerini çözebilme kapasiteleri artar.

Bu araştırmada bazı metodolojik sınırlılıklar bulunmaktadır. Öncelikle çalışmanın bulguları, kullanılan ölçeklerin geçerliği ve güvenilirliği ile sınırlıdır. Ölçeklerin hepsi kendini değerlendirme türündedir, bu bakımdan uygulayıcıların öznel değerlendirmesini etkileyebilecek birçok karıştırıcı değişken, katılımcılar

belirtmediği sürece (açlık, sıcak, yorgunluk, anlamada güçlük...) kontrol altına alınamamıştır. Travma sonrasında ruh sağlığı sorunlarının süregelenleşmesi veya iyileşmesine etki edebilecek birçok değişken mevcuttur. Bu çalışmada araştırmaya katılma kriterlerinde belirtilen koşullar dışındaki değişkenler kontrol altına alınamamıştır. Elde edilen bulgular evreni temsil edecek şekilde belirlenmemiştir. Bu yüzden sonuçlar, sadece çalışma yapılan grup gözönüne alınarak yorumlanmıştır. Son olarak gruplararası tek farklılık TSSB düzeyinin eşit olmamasıdır.

Bu çalışmanın en güçlü yanı; literatürde afetlerde psikososyal hizmetlerin etkililiğini araştıran kontrollü müdahale çalışmasının bulunmamasıdır. Literatür için kıymetli bilgiler sunan bu çalışmada gruplararası sosyo-demografik özelliklerin farklı olmaması, çalışmanın farklı bir kültürde; ama tümüyle o coğrafya ve kültüre ait uzmanlarla yapılmış olması oldukça önemlidir.

Daha sonra yapılacak çalışmalarda müdahale/ izleme süresinin daha uzun olarak belirlenmesi, psikososyal hizmetlerin çeşitlerinin artırılması, takip ve son ölçümlerle etkililiğin daha hassas değerlendirilmesi önerilmektedir.

İlerideki çalışmaların özsaygı ile ruh sağlığı sorunları arasındaki ilişkileri ve afetlerden sonra özsaygı düzeyindeki değişiklikleri incelemesinde; özsaygının artırılması için hangi psikososyal hizmetlere ağırlık verilmesi konusuna yönelik olmasında yarar vardır.

Gelecek çalışmalarda travmatik yaşantıların ölçülmesi, çalışma yapılan grubun nasıl bir travmatik yaşam düzeyine sahip olduğunun saptanması ve sonuçların bu düzeye atıf yapılarak daha güçlü hale getirilmesinde yarar vardır.

Yapılacak çalışmalarda araştırmacı körlüğünün sağlanması, hatalı doldurulan ve araştırmadan çıkarılan testlerin tartışılması önerilmektedir.

Son olarak, yapılacak çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliğinin güçlendirilmesi amacıyla, daha fazla kişiye ulaşılması önerilmektedir.

Benzer çalışmalarının Türkiye’de yapılması, afetlerde psikososyal hizmetlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yardımcı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Afana, A.H., Dalgard, O. S., Bjertness, E., Grunfeld, B., Hauff, E., (2002). The prevalence and associated socio-demographic variables of post traumatic stress disorder among patients attending primary health care centres in the Gaza Strip. *Journal of Refugee Studies*. 15 (3): 283-295.
- Afet İşleri Genel Müdürlüğü Deprem Araştırma Dairesi. 11.01.2008. Erişim: <http://www.deprem.gov.tr/deprem.htm>.
- Akdur, R., (2000a). Afetler ve afetlerde sağlık hizmetleri. Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansları- III. 21. Yüzyılda Türkiye. Ankara. 25-27 Ocak.
- Akdur, R., (2000b). Deprem Yönetimi ve Depremde Sağlık Konu ve Amaçları. *Sağlık ve Toplum*. Special Volume: 25-30, 35-38.
- Aker, T., (2000). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Davranışçı Terapileri. *3P Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji. Deprem ve Psikiyatri*. 8 : 1; 38-46.
- Aker, A.T. (2003). Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Bilişsel ve Davranışçı Tedavileri. Travma ve Sonuçları. Ed.: T. Aker, M.E. Önder. 5US Yayınları. 149-164.
- Aker, A. T., (2006). 1999 Marmara Depremleri: epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 17 (3) : 204-212.
- Aker T., Önen, P., (2006). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları I. Bölüm. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 385-404.

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2000). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR). Washington DC. Çev.: E. Koroğlu (2001). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Armenian, H.K., Morikawa, M., Melkonian, A.K., Hovanesian, A., Akiskal, K., Akiskal, H.S., (2002). Risk factors for depression in the survivors of the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of Urban Health: Bulletin of The New York Academy of Medicine*. 79 (3): 373-382.
- Arslanoğlu, K., (2002). Psikiyatri Elkitabı: Sorunlular, Yakınları ve İlgilenenler İçin. İnceleme. İstanbul: Adam Yayınları.
- Aşkın, R., (1999). Depresyon El Kitabı. 2.baskı. Roche Müstahzarları Sanayi A.ř.
- Baltaş A., Baltaş, Z., (2004). Stres ve Başağıkma Yolları. Remzi Kitabevi. 22. Basım. İstanbul.
- Barron, R.A., (2004). International disaster mental health. *Psychiatric Clinics of North America*. 27: 505-519.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). Cognitive Therapy Of Depression. New York: Guilford Press.
- Berksun, O.E., (1996). Kriz'in Değerlendirilmesi. Kriz ve Krize Mşdahale Kurs Notları. Sayıl, I., Palabıyıkoğlu, R. Berksun, O. Ankara: Kriz Merkezi Yayınları, 72 Ofset Basımevi. 89-99
- Bibring, E., (1953). The Mechanism of Depression. Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to their study. New York: International Universities Press.
- Bşdvarsdşttir, I., Elklit, A.,(2004). Psychological reactions in Icelandic earthquake survivors. *Scandinavian Journal Psychology*. 45: 3-13.
- Branden, N., (1969). The Psychology of Self-esteem: A New Concept of Man's Psychological Nature. USA: Bantam Books.

- Cao, H., McFarlane, A.C., Kilimidis, S., (2003). Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan (China) earthquake. The first 5 month period. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 38: 204-212.
- Caldera, T., Palma, L. Penayo, U., Kullgren, G., (2002). Psychological impact of the Hurricane Mitch in Nicaragua in a one-year perspective. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 36: 108-114.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R.G.: 1998. Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues*. 54(2) : 357-371.
- Caplan, G., (1964). Principles of Preventive Psychiatry. NY: Basic Books. Akt.: Sayıl, I., (1996). Psikiyatride Kriz Kavramı ve Krize Müdahale. Kriz ve Krize Müdahale Kurs Notları. Sayıl, I., Palabıyıkoglu, R. Berksun, O. Ankara: Kriz Merkezi Yayınları, 72 Ofset Basımevi. 3-32.
- Carlock, C. J., (1998). Body and Self-Esteem. A Model for Change. Enhancing Self-Esteem. 3rd Edition. Ed.: C.J. Carlock. Taylor ve Francis Group. Accelerated Development. p.:203-247.
- Carlock, C. J., (1998). Enhancing Self-Esteem: A Model for Change. Enhancing Self-Esteem. 3rd Edition. Ed.: C.J. Carlock. Taylor ve Francis Group. Accelerated Development. p.:3-38.
- Cestari W.A.A., (2002). Doğal afet yönetiminde UNDP'nin rolü. Uluslararası Acil Durum Yönetimi Sempozyumu. Ankara. 11-14 Kasım. 33-36.
- Cheek, R.M., Stanley, E.M., (2002). ABD'de acil durum yönetimi. Uluslararası Acil Durum Yönetimi Sempozyumu. Ankara. 11-14 Kasım. 101-113.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J.P., Hamada, R.S., (2002). Psychosocial intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 156: 211-216.

- Chemtob, C.M., Tomas, S., Law, W., Cremniter, D., (1997). Postdisaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry*. 154: 415-417.
- Civaner, M., (2002). Olağandışı Durumlarda Yardımların Organizasyonu. Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri, Sağlık Çalışanının El Kitabı. Türk Tabipler Birliği. 2. Baskı. İstanbul. 61-78.
- Collins, R., Taylor, S., Skokan, L., (1990). A better world or shattered vision: Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*. 8: 263-265.
- Coopersmith, S., (1967). Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: W.H. Freeman. Cited: Horrocks, J.E., Jackson, D. W., (1972). Self and Role: A Theory of Self-Process and Role Behavior. The International Series in the Behavioral Sciences. Ohio State University.
- Deahl, M. P., Gillham, A.B., Thomas, J.T., Searle, M.M., Srinivasan, M., (1994). Psychological sequelae following the Gulf war: factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*. 165:60-65.
- Demir, H., (2003-2004). Doğal afetlerde ve 'afetlere ilişkin acil yardım teşkilatı ve planlama esaslarına dair yönetmelik'te afet acil yönetim planlaması. *Yönetim Bilimleri Dergisi* 1:1-2, 141-159. 15.02.2008. Erişim: <http://biibf.comu.edu.tr/hakandemirmakale.pdf>.
- Dilbaz, N., Güz H., (2006). Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Patogenezi. Anksiyete Bozuklukları I. Bölüm. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 213-244.
- Dodge, G. R., (2006a). Assessing the Psychosocial Needs of Communities Affected by Disaster. Chapter 5. Handbook of International Disaster Psychology. Volume I: Fundamentals and Overview. Ed.: Reyes, G., Jacobs G.A. Praeger Publishers. p.: 65-91

- Dodge, G. R., (2006b). In Defense of a Community Psychology Model for International Psychosocial Intervention. 51-64.
- ECLAC. (1991). Manual for Estimating the Socio-Economic Effects of Natural Disasters, Economic Commission for Latin America and the Caribbean Programme Planning and Operations Division. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean Santiago. Chile.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., Mayou, R., (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 60: 1024-1032.
- Ehrenreich, J., (2001). Coping with disasters - A Guidebook to Psychosocial Intervention. Revised Edition. 09.01.2008. Erişim: <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/1Disaster-general/Copingwithdisaster.pdf>.
- Eisenbruch, M., de Jong, J. T. V. M., Van de put, W., (2004). Bringing order out of chaos: a culturally competent approach to managing the problems of refugees and victims of organized violence. *Journal of Traumatic Stress*. 17: 123-131.
- Erden, G., (2000). Çocuklara Yönelik Afet sonrası Müdahaleler. *Türk Psikoloji Yazıları*. 3 (5) : 49-61.
- Ergünay, O., (1999). Afet yönetimi nedir? nasıl olmalıdır? *Türk Psikologlar Derneği, Türk Psikoloji Bülteni, Deprem Özel Sayısı*. 5: 110-118.
- Ergünay, O. (2002). Afete hazırlık ve afet yönetimi. Türk Kızılayı Genel Müdürlüğü Afet Operasyon Merkezi. Ankara. 03.01.2008. Erişim: www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1099
- Everly, G. S., Mitchell, J.T., (1999). Critical Incident Stress Management: A New Era And Standard Of Care In Crisis Intervention 2nd Edition Ellicott City, MD: Chevron Pub. Corp.

- Farberow, N.L, Frederick, C.J., (1978). Training Manual for Human Service Workers in Major Disasters. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health. akt.
- Sercan, M. Felaket Sonrasında Ruh Sağlığı Hizmetleri ve Psikososyal Destek Yöntemleri. Psikolojik Travma ve Sonuçları. Ed.: T. Aker, M.E. Önder. 5US Yayınları. 133-147.
- Federal Emergency Management Agency (FEMA). 06.01.2008. Erişim: http://www.fema.gov/hazard/earthquake/eq_terms.shtm.
- Feighner, J.P., Boyer, W.F. (ed)., (1992). Diagnosis of depression. Perspectives in Psychiatry Volume 2. England: John Wiley&Sons.
- Geçtan, E., (1997). Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. 13. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Geyran, P. Ç., (2003). Travma çalışmalarındaki metodolojik, kavramsal sorunlar ve sınırlar. Psikolojik Travma ve Sonuçları. Ed.: Aker, T., Önder M.E. İstanbul: 5US Yayınları. 43-50.
- Goenjian, AK., Najarian, LM, Pynoos, RS, Steinberg, AM, Manoukian, G, Tavosian, A, Fairbanks, LA., (1994). Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*. 151(6):895-901.
- Gökalp, P. G., (2006). Psikodinamik Açıdan Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozuklukları. I. Bölüm. Anksiyete Bozuklukları. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 15-27.
- Gülkan, P., Balamir, M., Yakut, A. (2003). Afet Yönetiminin Stratejik İlkeleri: Türkiye Ve Dünyadaki Politikalara Genel Bakış. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Afet Yönetimi Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- Helzer, J. E, Robins, L. N., McEvoy, L., (1987). Post-traumatic stress disorder in general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Eng J Med*. 317: 1630-4.

- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., Worlock, P., (1996). A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*. 313: 1438-1439.
- IFRC. (2007). World Disasters Report: Focus On Discrimination. 185-213.
- IFRC. Reference Center of Psychosocial Centre. 12.01.2008. Erişim: <http://psp.drk.dk/sw2955.asp>.
- IFRC. 12.01.2008. Erişim: <http://www.ifrc.org/what/disasters/Types/index.asp>.
- Inter-Agency Guiding Principles: Psychosocial Care and Protection of Tsunami Affected Children. UNHCR, UNICEF, ICRC, The International Rescue Committee, Save the Children UK, and World Vision International. Ocak, 2005. erişim: <http://www.savethechildren.org.uk/scuk/jsp/resources/details.jsp?id=2468&group=resources§ion=policy&subsection=details>.
- Inter- Agency Standing Committee (IASC). (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Cenevre.
- Ishfaq, S. (1997). Differences in personality variables and levels of anxiety in female patients with conversion reactions and female patients with other neurosis. Unprinted Master of Philosophy Thesis, Quaid-e Azam University, National Institute of Psychology. Islamabad, Pakistan.
- International Working Group on Traumatic Stress, International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2003). Psychosocial Policy and Practice in Social and Humanitarian Crises: An overview. 29.11.2007 Erişim: <http://www.un.org/esa/socdev/conflict/overview.pdf>.
- İstanbul Teknik Üniversitesi Afet Yönetim Merkezi (İTÜAYM). (2001). Acil Durum Yönetimi İlkeleri. Yay. Hız: Tezer, A. İTÜ Press.
- Jabeen, F. (2003). Relationship between ego resiliency and self-esteem among adolescents. Unprinted Master of Science Thesis, Quaid-e Azam University, National Institute of Psychology. Islamabad, Pakistan.

- Kalayjian, A., Kanazi, R.L., Aberson, C.L., Feygin, L., (2002). A cross-cultural study of the psychosocial and spiritual impact of natural disaster. *International Journal of Group Tensions*. Vol.31. No.2.
- Kaptanoğlu, C., (2003). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikler. Psikolojik Travma ve Sonuçları. Ed.: T. Aker, M.E. Önder. 5US Yayınları. 79-88.
- Karabilgin, Ö.S., (2002). Olağandışı durumlarda ruh sağlığı. Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri, Sağlık Çalışanının El Kitabı. Türk Tabipler Birliği. 2. Baskı. İstanbul. 185-202.
- Karakaya, I., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Şişmanlar, Ş.G, Öc, Ö. Y., (2004). Marmara depreminden üç buçuk yıl sonra ergenlerde TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 15(4): 257-263.
- Karancı, N., (1999). Depremlerin psiko-sosyal boyutları: Erzincan, Dinar ve 17 Ağustos 1999 Marmara Depremleri. *Türk Psikologlar Derneği, Türk Psikoloji Bülteni, Deprem Özel Sayısı*. 5: 55-58.
- Kaya, B., (2006). Panik Bozukluğunun Psikoterapisi. Anksiyete Bozuklukları I. Bölüm. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 128-144.
- Kelley, T. M., (2004). Positive psychology and adolescent mental health: false promise or true breakthrough. *Adolescence*. 39 (154) : 257-278.
- Kenardy, J.A., Webster, R.A., Lewin, T.J., Carr, V.J., Hazell, P.L., Carter, G.L. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*. 9 : 37-49.
- Kılıç, C., (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

- Kılıç, C. (2003). Ruhsal Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişiminin Belirleyicileri: Bir Gözden Geçirme. Psikolojik Travma ve Sonuçları. Ed.: T. Aker, M.E. Önder. 5US Yayınları. 51-63.
- Kling, K.C., Hyde, J.S., Showers, C.J., Buswell, B.N., (1999). Gender differences in self-esteem: a meta analysis. *Psychol Bull.* 125(4) : 470-500.
- Kokai, M., Fujii, S., Shinfuku, N., Edwards, G., (2004). Natural disaster and mental health in Asia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 58: 110-116.
- Köknel, Ö., (1989). Depresyon: Ruhsal Çöküntü. Bilimsel Sorunlar Dizisi. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Lapierre, C.B., Schwegler, A.F., Labauve B.J. (2007). Posttraumatic stress and depression symptoms in soldiers returning from combat operations in Iraq and Afghanistan. *Journal of traumatic stress.* 20 (6): 933-943.
- Litz, B.T., Engel, C.C., Bryant, R.A., Papa, A., (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial of an internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 164:1676-1684.
- Litz, B. T., Gray, M.J., Bryant, R. A., Adler, A.B., (2002). Early intervention for trauma: current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 9: 400-404.
- Livanou, M., (2003). Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Teorik Yönleri. Psikolojik Travma ve Sonuçları. Ed.: T. Aker, M.E. Önder. 5US Yayınları. 21-34.
- Mayou, R.A., Ehlers, A., Hobbs, M., (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. *British Journal of Psychiatry.* 176: 589-593.
- Medecins San Frontieres. (2006). Kashmir: violence and health. Final Version. Hollanda.
- Meichenbaum, D., (1977). Cognitive-behavior Modification. New York: Plenum Press.
Cited: Ayalon, O. (1993). Posttraumatic stress recovery of terrorist survivors.

International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. Ed.: J.P. Wilson, B. Raphael. NY: Plenum Press.

Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*. 17: 485-496.

Moore, T., (2002). Dünyada acil durum yönetimi. Uluslararası Acil Durum Yönetimi Sempozyumu. Ankara. 11-14 Kasım. 81-93

Mushtaq, R. (2004). Relationship of posttraumatic stress with marital and social adjustment of Kashmiri refugees. Unprinted Master of Philosophy Thesis, Quaid-e Azam University, National Institute of Psychology. Islamabad, Pakistan.

National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Common Reactions After Trauma. 06.02.2008. Erişim: http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_commonreactions.html.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE).

National Institute of Mental Health: Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. a workshop to reach consensus on best practices. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Şubat, 2008. Erişim: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/massviolence.pdf>

New Jersey Disaster Mental Health. 06.02.2008. Erişim: http://www.njdisastermentalhealth.org/wh_dis00.htm.

New Jersey Disaster Mental Health. 06.02.2008. Erişim: http://www.njdisastermentalhealth.org/wh_tr00.htm.

Norwood, A.E., Ursano, R.J., Fullerton, C.S., (2000). Disaster psychiatry: principles and practice. *Psychiatric Quarterly*. 71: 207-226.

- Onur, E., Monkul S., Alkın, T., (2006). Panik Bozukluğunun Fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları I. Bölüm. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 41-67.
- Önder, E., Tural, Ü., Aker, T., Kılıç, C., Erdoğan, S., (2006). Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 41: 868–874.
- Özer, Ş., (2006). Anksiyete ve Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. Anksiyete Bozuklukları I. Bölüm. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 3-13.
- Regel, S., Dyregrov, A., Joseph, S., (2007). Psychological debriefing in cross- cultural contexts: ten implications for practice. *International Journal of Emergency Mental Health.* 9 (1) :37-45.
- Reyes, G., (2006a). Conclusions and Recommendations for Further Progress. Chapter 5. Handbook of International Disaster Psychology. Volume I: Fundamentals and Overwiev. Ed.: G. Reyes, G.A. Jacobs. Praeger Publishers. p.: 165-173.
- Reyes, G. (2006b). International Disaster Psychology: Purposes, Principles, And Practices. Handbook of International Disaster Psychology. Volume I: Fundamentals and Overwiev. Ed.: G. Reyes, G.A. Jacobs. Praeger Publishers. p.: 1-13.
- Reyes, G., Elhai, J. D., (2004). Psychosocial interventions in the early phases of disasters. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 44: 399-411.
- Rogers, C. R., (1994). Etkileşim ve Tedavi Grupları. Çev: Hamdullah Erbil. Orijinal adı: Encounter Groups. Ankara : Ekin Yayınları.
- Saçaklıoğlu, F., Sarıkaya, Ö. (2002). Olağandışı Durumlarla İlgili Temel Kavramlar. Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri, Sağlık Çalışanının El Kitabı. 2. Baskı. Ankara. 11-20.

- Salcioglu, E., Basoglu, M., Livanou, M., (2007). Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disasters*. 31(2): 115-29.
- Salcioglu, E., Basoglu, M., Livanou, M., (2003). Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis*. 191(3): 154-60.
- Sarıkaya, A., Aker, T.A., Şavur, E., (2005). Güney Asya'daki deprem ve tsunami sonrası sağlık ve psikososyal durumun değerlendirilmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 13 (Ek 3) : 25-35.
- Sattler, D. N., (2006). El Salvador earthquakes: relationships among acute stress disorder symptoms, depression, traumatic event exposure, and resource loss. *Journal of Traumatic Stress*. 19 (6) :879-893.
- Sayıl, I., (1996). Psikiyatride Kriz Kavramı Ve Krize Müdahale. Kriz ve Krize Müdahale Kurs Notları. Sayıl, I., Palabıyıkoglu, R. Berksun, O. Ankara: Kriz Merkezi Yayınları, 72 Ofset Basımevi. 3-32.
- Sercan, M., (2003). Felaket Sonrasında Ruh Sağlığı Hizmetleri ve Psikososyal Destek Yöntemleri. Psikolojik Travma ve Sonuçları. Ed.: T. Aker, M.E. Önder. 5US Yayınları. 133-147.
- Seynaeve, G. J. R. (Ed.). (2001). Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency. A European Policy Paper Concerning Different Aspects of Psycho-Social Support for People Involved in Major Accidents and Disasters. Ministry of Public Health, Belgium.
- Shub, N., (1998). Developing High Self-Esteem. Enhancing Self-Esteem. 3rd Edition. Ed.: C. J. Carlock. Taylor ve Francis Group. Accelerated Development. p.: 39-86.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V.E., Gersons, B.P.R., (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 189: 150-155.

- Sözer, Y., (1992). Psikiyatride kriz kavramı ve krize müdahale. *Kriz Dergisi*. 1 (1): 8-13.
- Sullivan, H., (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. NY: Norton. Cited: Carlock, C. J., (1998). *Enhancing Self-Esteem*. 3rd Edition. Taylor ve Francis Group. Accelerated Development.
- Sungur, M. Z., (2006). Anksiyetenin Anlaşılmasında Bilişsel-Davranışçı Kuramlar. Anksiyete Bozuklukları I. Bölüm. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 27-38.
- Syed, S. (2003). Depression among Kashmiri Refugee women. Unprinted Master of Science Thesis. Quaid-e Azam University, National Institute of Psychology. Islamabad, Pakistan.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Reynolds, M., Pilgrim, H., (1999). Symptom self-monitoring in the treatment of post traumatic stress disorder. *Behav Ther*. 30: 597-605.
- Tural, Ü., Coşkun, B., Önder, E., Çorapçıoğlu, A, Yıldız, M., Kesepara, C., Karakaya, I., Aydın, M., Erol, A., Torun, F., Aybar, G., (2004). Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*. 17 (6) : 451-459.
- Turpin, G., Downs, M., Mason, S., (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 187: 76-82.
- Tükel, R., (2006). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Patogenezi. Anksiyete Bozuklukları I. Bölüm. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 481-508.
- Tükel, R., Topçuoğlu, V., Demet, M. M., (2006). Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Patogenezi. Anksiyete Bozuklukları I. Bölüm. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 299-339.

- Türkçapar, M. H., (2006). Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Psikoterapisi. Anksiyete Bozuklukları I. Bölüm. Ed.: R. Tükel, T. Alkın. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. No:4.Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 259-298.
- Türk Kızılayı. (2004). Kızılay Kızılhaç Hareketi Eğitimi Katılımcı El Kitabı. 3. baskı. Ankara.
- Türk Kızılayı. (2008). Afetlerde Psikososyal Hizmetler Uygulama Rehberi. Ankara: Yorum Matbaa.
- Wang, X., Gao, L., Zhang, H., Zhao, C., Shen, Y., Shinfuku, N., (2000a). Post-earthquake quality of life and psychological well-being: longitudinal evaluation in a rural community sample in northern China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 54 (4): 427-433.
- Wang, X., Gao, L., Shinfuku, N., Zhang, H., Zhao, C., Shen, Y., (2000b). Longitudinal study of earthquake-related ptsd in a randomly selected community sample in North China. *Am J Psychiatry*. 157: 1260-1266.
- Weathers, F. W, Litz, B. T., Herman, D.S., Huska, J. A., Keane, T. M. , (1993). The PTSD Checklist: Reliability, Validity and Diagnostic Utility. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio: TX. 18.01.2008. Erişim: http://www.pdhealth.mil/library/downloads/PCL_sychometrics.doc
- Whitla, M., Williams, R., (1994). Supporting the Supporters. Chapter 8. Ed.: M. Whitla Coping with Crises in Schools. Victoria: Collings Dove. p.: 113-133.
- Williams, J.M.G., (1992). The psychological treatment of depression: a guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy. 2nd Edition. Routledge: Londra.
- World Health Organization Mental Health In Emergencies. Mental and social aspects of health of populatins exposed to extreme stressors ‘single session psychological

debriefing: not recommended?. Şubat, 2005. erişim:
<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/13643.pdf>

Yeager, R.K., Roberts, A.R. (2003). Differentiating among stress, acute stress disorder, crisis episodes, trauma, and ptsd: paradigm and treatment goals. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 3: 3-25.

Yeniaras, O., (2000). Türkiye Kızılay tarihine giriş. Türk Kızılayı Bayrampaşa Şubesi. 2. baskı. İstanbul.

Yiğit, S., (2000). Depremden Etkilenme Şiddeti ile Kronik Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtilerinin Şiddeti Arasındaki İlişkinin Araştırılması (17 Ağustos 1999 Marmara Depremi). Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul.

<http://en.wikipedia.org/wiki/Vesuvius>. Erişim: 06.02.2008.

<http://www.eyewitnesstohistory.com/pompeii.htm>. Erişim: 06.02.2008.

<http://www.unhcr.org/statistics.html>. Erişim: 03.02.2008.

<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/1288230.stm>. Erişim: 06.02.2008.

POST TRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST (Urdu)

نام :

ہدایات:

ذیل میں درج فہرست تکلیف دہ واقعات سے گزرنے کے بعد رونما ہونے والی علامات اور تکالیف سے متعلق ہے۔ برائے مہربانی ہر ایک بیان کو غور سے پڑھیں اور گزشتہ ایک ماہ کے دوران آپ کس حد تک ان تکالیف سے گزرے ہیں، اس کے بارے میں سامنے دیئے گئے خانوں میں سے مناسب جوابات میں سے کسی ایک پر نشان (✓) لگا کر کریں۔

آپ سے لی گئی معلومات صرف تحقیقی مقصد کے لئے استعمال کی جائیں گی نیز آپ کا ذاتی تشخص کسی مرحلے پر ظاہر نہیں کیا جائے گا۔ آپ کے تعاون پر ہم آپ کے شکر گزار ہیں۔

Extremely

(5) بہت زیادہ

حد سے

مناسب

کسی حد تک

بہت کم

Not at all

(1)

سوالات

نمبر شمار

1. تکلیف دہ واقعہ کے متعلق بار بار آنے والی پریشان کن یادیں، خیالات اور تصورات؟
2. تکلیف دہ واقعہ کے متعلق بار بار آنے والے پریشان کن خواب؟
3. اچانک ایسا لگنا یا محسوس کرنا کہ تکلیف دہ واقعہ دوبارہ رونما ہونے والا ہے (جیسے کہ اس میں سے دوبارہ گزر رہے ہیں)؟
4. بہت پریشان ہو جانا، جب کوئی چیز آپ کو تکلیف دہ واقعہ کی یاد دلائے۔
5. جب کوئی چیز آپ کو تکلیف دہ واقعہ کی یاد دلائے تو جسمانی علامات کا ظاہر ہونا مثلاً دل کا ڈوبنا، سانس لینے میں دشواری ہونا یا پسینہ آنا؟
6. تکلیف دہ واقعہ کے بارے میں سوچنے یا بات کرنے یا اس سے متعلقہ احساسات سے گریز کرنا؟

سوالات

بالکل نہیں کسی مناسب حد سے بہت زیادہ
بہت زیادہ زیادہ

7. ان کاموں اور صورت حال سے گریز کرنا، جنہوں نے آپ کو تکلیف دہ واقعہ کی یاد دلائی؟
8. تکلیف دہ واقعہ کے اہم حصوں کو یاد کرنے میں دشواری ہونا؟
9. ایسے کام جو آپ کے لئے پر لطف تھے، ان میں دل چسپی کھودینا؟
10. دوسرے لوگوں سے فاصلہ یا علیحدگی محسوس کرنا؟
11. جذباتی سرد مہری محسوس کرنا یا اپنے قریبی لوگوں کے لئے محبت کے جذبات کا نہ ہونا؟
12. اپنے مستقبل کو تارک محسوس کرنا؟
13. نیند آنے میں یا نیند کے دوران دشواری محسوس کرنا؟
14. چڑچڑاپن محسوس کرنا اور غصہ کے اباں آنا؟
15. توجہ مرکوز کرنے میں دشواری پیش آنا؟
16. بہت محتاط، چوکنا اور چوکس محسوس کرنا؟
17. اوسان خطا ہو جانا یا جلدی گھبرا جانا؟

MANIFEST ANXIETY SCALE

مرد و عورتوں کے لیے یہ ماسکول ہے۔ اگر آپ سمجھتے ہیں کہ بیان غلط ہے اور آپ پر لاگو نہیں ہوتا ہے تو لفظ "میں" کو کاٹ (x) دیں۔ لیکن اگر آپ سمجھتے ہیں کہ بیان غلط ہے اور آپ پر لاگو نہیں ہوتا ہے تو لفظ "میں" کو کاٹ دیجئے۔

پرائے میں بیانی تمام فقرات و بیانات پر نشان لگائیں۔

میں۔۔۔خ	مجھے جلد گھسن نہیں ہوتی۔	1-
میں۔۔۔خ	میں سنی کے سطوں اور دونوں سے پریشان ہوں۔	2-
میں۔۔۔خ	مجھے یقین ہے کہ میں دوسرے بہت سے لوگوں کی نسبت جلد گھبرانے والا نہیں ہوں۔	3-
میں۔۔۔خ	مجھے بہت کم پریشانیاں ہیں۔	4-
میں۔۔۔خ	میں بہت زیادہ بے چینی اور تناؤ کی حالت میں کام کرتا ہوں۔	5-
میں۔۔۔خ	میں اپنے ذہن کو کسی ایک چیز پر مرکوز نہیں رکھ سکتا۔	6-
میں۔۔۔خ	میں کاروبار اور روپے پیسے کے بارے میں فکر مند رہتا ہوں۔	7-
میں۔۔۔خ	مجھے اکثر میرا ہاتھ کا پتہ ہوا معلوم ہوتا ہے جب میں کوئی کام کرنے کی کوشش کرتا ہوں۔	8-
میں۔۔۔خ	اکثر دوسروں کے مقابلے میں میرا چہرہ میرے گال زیادہ سرخ ہوتے۔	9-
میں۔۔۔خ	برہنہ میں مجھے ایک یا زیادہ مرتبہ دست آتے ہیں۔	10-
میں۔۔۔خ	میں ہلکے بد قسمتی کے بارے میں بہت زیادہ فکر مند رہتا ہوں۔	11-
میں۔۔۔خ	میرا چہرہ ٹہلی طور پر کبھی شرم سے سرخ ہو جائے گا۔	12-
میں۔۔۔خ	مجھے اکثر یہ خوف رہتا ہے کہ میرا چہرہ سرخ ہو جائے گا۔	13-
میں۔۔۔خ	ہر دو چار راتوں کے بعد مجھے ڈر آنے خواب دکھائی دیتے ہیں۔	14-
میں۔۔۔خ	میرے ہاتھ اور پاؤں اکثر کافی گرم رہتے ہیں۔	15-
میں۔۔۔خ	مجھے سردیوں میں بھی آسانی سے پینہ آ جاتا ہے۔	16-
میں۔۔۔خ	بعض اوقات مجھے اس قدر غصہ آ جاتا ہے کہ میں بہت پریشان ہو جاتا ہوں۔	17-
میں۔۔۔خ	مجھے بہت کم اپنے دل کے تیزی سے دھڑکنے یا سانس کے پھولنے کا احساس ہوتا ہے۔	18-
میں۔۔۔خ	مجھے تقریباً ہر وقت ہلکے محسوس ہوتی ہے۔	19-
میں۔۔۔خ	مجھے قہقہے کی شکایت بہت کم ہوتی ہے۔	20-
میں۔۔۔خ	میرے معدہ میں سخت تکلیف ہوتی ہے۔	21-
میں۔۔۔خ	مجھ پر ایسے وقت بھی آئے کہ پریشانوں نے میری نیند ختم کر دی۔	22-
میں۔۔۔خ	میری نیند اکثر کٹری اور بے چین ہوتی ہے۔	23-
میں۔۔۔خ	میں اکثر صبح بیدار ہونے کے بارے میں خواب دیکھتا ہوں جو مجھے ٹھیک رکھتی ہیں یا جو مجھے اچھی لگتی ہیں۔	24-
میں۔۔۔خ	میں بہت جلد پریشان ہو جاتا ہوں۔	25-
میں۔۔۔خ	میں بہت سے لوگوں کی نسبت بہت جلد گھبرانا ہوتا ہوں۔	26-
میں۔۔۔خ	میں اکثر اپنے آپ کو کسی نہ کسی چیز کے لئے پریشان پاتا ہوں۔	27-
میں۔۔۔خ	میری خواہش ہے کہ میں بھی اتنا خوش نظر آسکتا جتنا کہ دوسرے نظر آتے ہیں۔	28-
میں۔۔۔خ	میں عام طور پر پرسکون رہتا ہوں اور جلدی پریشان نہیں ہوتا۔	29-
میں۔۔۔خ	مجھے آسانی سے روٹا آ جاتا ہے۔	30-
میں۔۔۔خ	مجھے کسی نہ کسی چیز کے بارے میں تقریباً ہر وقت فکر رہتی ہے۔	31-
میں۔۔۔خ	میں زیادہ تر خوش رہتا ہوں۔	32-

یہ سوالنامہ اسے ۲۰ تک مختلف حصوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ ہر حصہ چار بیانات پر مشتمل ہے۔ ہر اے مہربانی ہر حصے کے تمام بیانات کو توجہ سے پڑھیں۔ اس کے بعد ہر حصے سے وہ بیان چنیں جو آپ پر موجودہ ہفتے میں بشمول آج کے دن کے لاگو ہوتا ہو۔ جو بیان آپ پر لاگو ہوتا ہو اس کے ہندسے کے گرد دائرے کا نشان لگائیں۔ اگر کسی ایک حصے میں ایک سے زیادہ بیانات آپ پر لاگو ہوتے ہوں تو آپ ایک سے زیادہ ہندسوں کے گرد دائرے لگا سکتے ہیں۔ اس سے پیشتر کہ آپ کسی بیان کے گرد دائرہ لگائیں آپ کو اس حصے کے تمام بیانات پڑھ لینے چاہئیں۔

-۱

۰۔ میں اُداس نہیں ہوں۔

۱۔ میں اُداس ہوں۔

۲۔ میں ہر وقت اُداس رہتا رہتی ہوں اور اس حالت پر قابو نہیں پاسکتا سکتی۔

۳۔ میں اتنا راتی اُداس یا ناخوش ہوں کہ یہ میرے لئے ناقابل برداشت ہے۔

-۲

۰۔ میں مستقبل کے بارے میں بددل نہیں ہوں۔

۱۔ میں مستقبل کے بارے میں بددل ہوں۔

۲۔ مجھے ایسا لگتا ہے کہ اب میرے لئے کچھ نہیں رہا۔

۳۔ مجھے ایسا لگتا ہے کہ میرا کوئی مستقبل نہیں ہے اور میرے حالات بہتر نہیں ہو سکتے۔

-۳

۰۔ مجھے احساس ناکامی نہیں ہے۔

۱۔ مجھے ایسا لگتا ہے کہ میں ایک اوسط فرد کے مقابلے میں زیادہ ناکام رہا رہی ہوں۔

۲۔ جب میں اپنی گذشتہ زندگی پر نظر ڈالتا رہتی ہوں تو مجھے سوائے ناکامی کے اور کچھ نظر نہیں آتا۔

۳۔ مجھے ایسا لگتا ہے کہ میں مکمل طور پر ایک ناکام انسان ہوں۔

-۴

۰۔ میں اتنا راتی ہی مطمئن ہوں جتنا رہتی تھی کہ پہلے تھا تھی۔

۱۔ مجھے پہلی کی طرح چیزوں کا لطف نہیں آتا۔

۲۔ مجھے اب کسی بھی چیز سے بھرپور لطف نہیں آتا۔

۳۔ میں ہر چیز سے اکتاہٹا رہتا رہتی ہوں۔

-۵

۰۔ مجھے کوئی احساس جرم نہیں ستاتا۔

۱۔ مجھے اکثر احساس جرم ستاتا رہتا ہے۔

۲۔ مجھے زیادہ تر وقت احساس جرم ستاتا رہتا ہے۔

۳۔ میں ہر وقت احساس جرم میں مبتلا رہتا رہتی ہوں۔

-۱۲

- ۰- میری دلچسپی دوسرے لوگوں میں ختم نہیں ہوئی۔
- ۱- میں اب پہلے کی نسبت دوسرے لوگوں میں کم دلچسپی لیتا رہتی ہوں۔
- ۲- میری دلچسپی دوسرے لوگوں کے بارے میں کافی حد تک ختم ہو گئی ہے۔
- ۳- میں دوسرے لوگوں میں اپنی تمام دلچسپی کھوپچا کر چکی ہوں۔

-۱۳

- ۰- میری قوت فیصلہ پہلے ہی کی طرح ہے۔
- ۱- میں پہلے سے زیادہ فیصلے ملتوی کرنے کی کوشش کرتا رہتی ہوں۔
- ۲- مجھے اب فیصلے کرنے میں کافی دشواری محسوس ہوتی ہے۔
- ۳- میں اب مزید کسی قسم کا کوئی فیصلہ نہیں کر سکتا رہتی۔

-۱۴

- ۰- مجھے ایسا نہیں لگتا کہ میں پہلے کے مقابلے میں بُرا بُری نظر آتا رہتی ہوں۔
- ۱- میں پریشان ہوں کہ میں عمر رسیدہ یا بے کشش نظر آتا رہتی ہوں۔
- ۲- مجھے ایسا لگتا ہے کہ میری شکل میں مستقل تبدیلیاں آرہی ہیں جن کی وجہ سے میں بھدا لگتا ہوں لگتی ہوں۔
- ۳- مجھے ایسا لگتا ہے کہ میں بد صورت لگتا رہتی ہوں۔

-۱۵

- ۰- میں پہلے کی طرح کام کر سکتا رہتی ہوں۔
- ۱- مجھے کسی کام کو شروع کرنے میں غیر معمولی کوشش کرنی پڑتی ہے۔
- ۲- مجھے کسی کام کو کرنے کے لئے اپنے آپ پر بہت زور ڈالنا پڑتا ہے۔
- ۳- میں کوئی بھی کام نہیں کر سکتا رہتی ہوں۔

-۱۶

- ۰- میں پہلے ہی کی طرح اچھی نیند سو سکتا رہتی ہوں۔
- ۱- میری نیند پہلے کی طرح اچھی نہیں رہی۔
- ۲- میں برخلاف عادت ایک دو گھنٹے پہلے جاگ جاتا رہتی ہوں اور پھر دوبارہ سونے میں مجھے کافی دشواری ہوتی ہے۔
- ۳- میں کئی گھنٹے پہلے جاگ جاتا رہتی ہوں اور پھر دوبارہ سونے میں پاتا رہتی ہوں۔

-۱۷

- ۰- میں پہلے کی نسبت زیادہ تھکاوٹ محسوس نہیں کرتا رہتی۔
- ۱- میں پہلے کے مقابلے میں جلد تھک جاتا رہتی ہوں۔
- ۲- میں کوئی بھی کام کرنے سے تھک جاتا رہتی ہوں۔
- ۳- مجھے اتنی تھکاوٹ ہو جاتی ہے کہ میں کوئی بھی کام نہیں کر سکتا رہتی۔

- ۰ میری بھوک اپنے معمول کے مطابق ہے۔
- ۱ میری بھوک پہلے کے مقابلے میں اچھی نہیں ہے۔
- ۲ میری بھوک اب بہت خراب ہو گئی ہے۔
- ۳ میری بھوک اب بالکل ختم ہو گئی ہے۔

- ۰ پچھلے دنوں میرے وزن میں کوئی تبدیلی نہیں ہوئی ہے۔
 - ۱ میرے وزن میں پانچ پونڈ سے زیادہ کمی ہوئی ہے۔
 - ۲ میرے وزن میں دس پونڈ سے زیادہ کمی ہوئی ہے۔
 - ۳ میرے وزن میں پندرہ پونڈ سے زیادہ کمی ہوئی ہے۔
- میں کم خوراک سے آجکل اپنا وزن کم کرنے کی کوشش کر رہا رہی ہوں
ہاں _____ نہیں _____

- ۰ میں اپنی صحت کے بارے میں پہلے سے زیادہ فکر مند نہیں ہوں۔
- ۱ میں جسمانی تکالیف مثلاً درد، خرابی ہاضمہ یا قبض کے متعلق کافی فکر مند ہوں۔
- ۲ مجھے اپنی صحت کے بارے میں اتنی فکر ہے کہ میرا کسی اور چیز کے بارے میں سوچنا مشکل ہے۔
- ۳ میں اپنی پریشانی میں ہر وقت غرق رہتا رہتی ہوں۔

SELF-ESTEEM SCALE

شخصیت کے متعلق ایک تحقیق کے سلسلے میں یہ سوالنامہ آپ کو دیا جا رہا ہے۔ یہ سوالنامہ ایسے بیانات پر مشتمل ہے جو فرد کے اپنے بارے میں مختلف احساسات و خیالات کا اظہار کر رہے ہیں۔ ہر بیان کے سامنے پانچ جوابات تحریر ہیں۔ آپ سے درخواست ہے کہ ہر بیان کو غور پڑھیں اور ہر بیان آپ کے اپنے بارے میں جس حد تک درست ہے اس کے مطابق سامنے دیئے ہوئے جوابات میں کسی ایک پر (✓) کا نشان لگا دیں۔ مہربانی فرما کر کوئی بیان خالی نہ چھوڑیں اور تمام بیانات سے متعلق اپنے جواب کا اظہار کریں۔ آپ کا تعاون تحقیق میں مددگار ہوگا۔ شکریہ۔

Strongly
disagree

Strongly Agree.

بالکل غلط	کسی حد تک غلط	معلوم نہیں	کسی حد تک صحیح	بالکل صحیح	
					1. مجھے یہ احساس ہوتا ہے کہ میری ذات کی کوئی حیثیت نہیں۔
					2. میں ہر طرح کے حالات کا مقابلہ کرنے کے لئے تیار رہتی رہتا ہوں۔
					3. میرا خیال ہے کہ دوسرے لوگ میری شکل و صورت کو پسند کرتے ہیں۔
					4. میرا خیال ہے کہ میں پڑھائی اور امتحان میں عمدہ کارکردگی کا مظاہرہ کرتی رکرتا ہوں۔
					5. میں محسوس کرتی رکرتا ہوں مجھ میں زیادہ صلاحیتیں نہیں ہیں۔
					6. میں ناکامی پر کبھی ہمت نہیں ہارتی رہتا۔
					7. میرا خیال ہے کہ میں خوش شکل نہیں۔
					8. میرا خیال ہے کہ میں دوسروں کے مقابلے میں کم خوبیاں رکھتی رکرتا ہوں۔
					9. میں اپنے بارے میں پر اعتماد ہوں۔
					10. میں محسوس کرتی رکرتا ہوں کہ مجھ میں کوئی قابل فخر خوبی نہیں۔
					11. مجھے یہ احساس رہتا ہے کہ میں شاید کچھ بھی صحیح طریقے سے نہیں کر سکتی رکرتا۔
					12. میں محسوس کرتی رکرتا ہوں کہ دوسرے لوگ میری کمپنی سے لطف اندوز ہوتے ہیں۔
					13. میں اکثر دوسرے لوگوں کے مذاق کا نشانہ بن جاتی رکرتا ہوں۔
					14. مجھے کوئی کام کر کے کبھی بھی پھپھتاوا محسوس نہیں ہوا۔
					15. میں اپنی تعلیمی کارکردگی پر فخر محسوس کرتی رکرتا ہوں۔
					16. میں اپنے آپ کو ناپسند کرتی رکرتا ہوں۔
					17. میری وضع قطع ایسی ہے کہ میں اکثر دوسروں سے ملنے سے ہچکچاتی رہتی رہتا ہوں۔

					18. مجھے اعتماد ہے کہ لوگ مجھے قدر کی نگاہ سے دیکھتے ہیں اور عزت کرتے ہیں۔
					19. مجھے احساس ہوتا ہے کہ میں سہارٹ نہیں ہوں۔
					20. میرا خیال ہے کہ میں ایک مہنتی طالب علم ہوں۔
					21. میں اپنے آپ سے مایوس ہوں۔
					22. میرا خیال ہے کہ میں زیادہ دشواری کے بغیر فیصلہ کر سکتی رہ کر سکتا ہوں۔
					23. میرا خیال ہے کہ لوگ میرے بارے میں اچھا تاثر قائم کرتے ہیں۔
					24. میں اپنے آپ کو لائق طالب علم سمجھتی رہ سکتا ہوں۔
					25. مجھ میں احساس کمتری ہے۔
					26. میرا خیال ہے کہ میں بہت لوگوں کی توجہ اور محبت کا مرکز ہوں۔
					27. میں اپنے آپ سے مطمئن ہوں۔
					28. میرا پڑھائی میں دل نہیں لگتا۔
					29. میں خامیوں کے باوجود ایک اچھا انسان ہوں۔