



T.C.
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı

PSİKOLOJİK İLK YARDIM PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ
PSİKOLOJİK DANIŞMAN ADAYLARININ PSİKOLOJİK İLK
YARDIM BECERİLERİNE ETKİSİ

Fehim SAYGILI
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Firdevs SAVİ ÇAKAR

Burdur, 2023

T.C.
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı

PSİKOLOJİK İLK YARDIM PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ
PSİKOLOJİK DANIŞMAN ADAYLARININ PSİKOLOJİK İLK
YARDIM BECERİLERİNE ETKİSİ

Fehim SAYGILI
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Firdevs SAVİ ÇAKAR

Burdur, 2023



MAKÜ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS JÜRİ ONAY FORMU

M.A.K.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 28.07.2023 tarih ve 477/27 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından 17.08.2023 tarihinde tez savunma sınavı yapılan Fehim SAYGILI'nın "Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Becerilerine Etkisi" konulu tez çalışması Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ

ÜYE (TEZ DANIŞMANI) : Prof. Dr. Firdevs SAVİ ÇAKAR

ÜYE : Prof. Dr. Özlem TAGAY

ÜYE : Doç. Dr. Önder BALTACI

ONAY

M.A.K.Ü Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararı.

İMZA / MÜHÜR

BİLDİRİM

Tez yazma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları kaynak gösterme ilkelerine uygun olarak kaynakçada belirttiğimi ve bu bölümler dışındaki tüm ifadelerin şahsıma ait olduğunu taahhüt edip, tezimin kaynak göstermek koşuluyla aşağıda belirttiğim şekilde fotokopi ile çoğaltılmasına izin veriyorum.

[] Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

[] Tezim/Raporum sadece Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.

[X] Tezimin/Raporumun altı ay süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

Fehim SAYGILI

Tarih

İmza



*Cefakâr, vefakâr ve fedakâr
canım anneme ithafen...*

TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı tamamlamamda birçok kişinin emeği ve katkısı bulunmaktadır. Zorlu olan bu süreçte bu kişilerin varlığı beni güçlü hissettirmiştir. Akademik bilgileri ve dostluklarıyla yanımda olarak, tezime vermiş oldukları katkılardan dolayı;

Bilgi ve donanımı ile sürecin en başından beri desteğini esirgemeyen, motivasyonumu yüksek tutmamı sağlayan, akademik olarak gelişimimde büyük rol oynayan, bana olan güvenini her daim hissettiğim tez danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Firdevs Savi ÇAKAR'a,

Tez sürecinde desteğini hiç bir zaman esirgemeyen ve aynı zamanda tez jüri komisyonomda tezime geliştirmeme dayalı verdiği önerilerle tezimin daha iyi olmasına destek olan değerli hocam Prof. Dr. Özlem Tagay'a,

Tez jüri komisyonomda bulunmasından mutluluk duyduğum, önerileriyle tezimi geliştirmeme katkı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Önder BALTACI'ya,

İstatistiği öğrenmemde ve sevmemde büyük katkısı olan, işine göstermiş olduğu özeni her daim örnek alacağım kıymetli hocam Doç. Dr. Kenan Demir'e,

Her nerde olursam olayım desteğini her daim hissettiğim, yardımını hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa KILINÇ'a,

Ölçek geliştirme ve psikoeğitim sürecinde her daim hümanist bir anlayışla yaklaşım göstererek süreç içerisinde işimi kolaylaştıran değerli hocalarım Doç. Dr. Arzu TAŞDELEN KARÇKAY ve Prof. Dr. Mustafa USLU'ya,

Lisansüstü tez sürecimde verdiği değerli katkılardan dolayı kıymetli arkadaşlarım Aslıhan ALTINTAŞ, Mustafa KOÇAK ve Nahide Turhal CEYLAN'a,

Tezimin ölçek geliştirme sürecine unutmayacağım çok kıymetli yardımlarda bulunan iyi ki böyle dostlarım var dediğim Aysun TAYAN ve Ömer GÜN'e,

Çok sık görüşme şansımız olmasa da dostluğumuzun baki olduğundan şüphe duymadığım, tezime vermiş olduğu değerli katkı için dostum Zekeriya İNCİ'ye,

Tez sürecimde kafama takılan her şeyin cevabını bulabildiğim, başarıları ve çalışkanlıkları ile takdir ettiğim, ileride çok daha iyi yerlerde olacaklarına inandığım, tezime akademik ve istatistiki bilgileri ile büyük katkı sunan değerli dostlarım Dr. Bilge AYGAR ve Uzm. Psik. Danş. Hakan AYGAR'a,

Sadece tez sürecinde değil 2009 yılında hayatıma girdiğinden bu yana her anıma eşlik eden ve etmesini arzu ettiğim, hayatımda çok değerli, özel izler bırakan, dosttan ziyade kardeş olarak gördüğüm, her daim takdir ettiğim, yüksek lisansa başlamamda, tezimi yazmamda ve bitirmemde en büyük pay sahibi olan, alanındaki bilgi ve donanımından her daim faydalandığım değerli kardeşim Onur Emre KAYABAŞI'na,

Azim, hırs, çalışkanlık ve dostluğunu her zaman takdir ettiğim, tez süresince desteğini her daim hissettiğim zor zamanlarımda motivasyonumu yükselten alanımızda olan etkin donanımından her daim faydalandığım ve faydalanmaya devam edeceğim, gelecekte çok daha güzel yerlerde olacağına inandığım, İyi ki kardeşimin hayatında dediğim, kıymetli dostum Ebru KAYABAŞI'na,

Küçüklüğümde bu yana elimden tutarak desteğini her daim hissettiğim canım ablam Hanife YILDIRIM'a ve hayatımıza iyi ki girmiş dediğim insanın abisinin olmasını nasıl bir duygu olduğunu bana tattıran canım eniştem Lokman YILDIRIM'a,

Çocukları için adanmış bir hayat... Her zaman kendi yaşam konforlarından ziyade çocuklarının geleceğini düşünen, böyle bir anne ve babaya sahip olduğum için gurur duyduğum, haklarını ne yaparsam yapayım ödeyemeyeceğim, hayatımın her anında en büyük destekçim canım annem ve babam'a,

Hayattaki bakış açıma kattığı tüm güzelliklerin yanında mert ve dik duruşu ile ismini taşımaktan gurur duyduğum canım dedem Fehim SAYGILI'ya,

Benim için ne kadar değerli ve önemli olduğunu anlatmak için kelimelerin kifayetsiz kaldığı, bir araya geldiğimizde kendimi tamamlanmış hissettiğim, lisansüstü eğitime başlamamda ki en büyük motivasyon kaynağım olan ve süreç boyunca desteğini her anımda hissettiğim canım ikiz kardeşim Mehmet SAYGILI'ya,

Hayatımda olduğu gibi bu süreçte de mutluluğuma, heyecanıma, üzüntüme, sıkıntıma, yaşadığım strese ortak olan, özellikle tez sürecimde yükümü hafifletmek için ekstra çaba sarf eden ve son zamanlarda sabahlara kadar birlikte çalıştığımız hayat arkadaşım, sevgili eşim Çiğdem Çakır SAYGILI'ya ve ayrıca dünya ya geldiği andan itibaren hayatıma farklı bir anlam ve mutluluk katan şu cümleleri yazdığımda minicik olmasına karşın kalbimde koskoca bir yer edinen canım oğlum Rüzgar'a sonsuz teşekkür ederim. İyi ki varsınız iyi ki hayatımdasınız...

**Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman
Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Becerilerine Etkisi
(Yüksek Lisans Tezi)**

Fehim SAYGILI

ÖZ

Bu araştırmanın temel hedefi Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerisine etkisini araştırmaktır. Araştırma iki aşamalı olarak planlanmıştır. İlk olarak psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerileri düzeyini belirlemede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmektir. Araştırmanın ölçek geliştirme kısmında farklı üniversitelerde öğrenim gören toplam 853 üniversite öğrencisi ile çalışılmıştır. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeğinin (PİY-BÖ) yapı geçerliğini belirlemek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi ve ortaya çıkan modelin yapı geçerliğini değerlendirmek için farklı bir çalışma grubu üzerinde Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Benzer ölçekler geçerliliği için de Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik Ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerileri düzeyini ölçmek amacıyla 35 maddelik "Bağlılık Temas, Güvenlik Rahatlık, Dengeleme/Stabilizasyon, Bilgi toplama ve Pratik Yardım, Sosyal Destek İçin Bağlantı, Başa Çıkma Becerileri, İş Birliği, Öz Bakım ve Etik Davranabilme" olmak üzere dokuz alt boyuttan oluşan ölçme aracı elde edilmiştir.

Bu çalışmada ikinci aşamada, Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Psikoeğitim Programı geliştirilmiş ve etkililiği sınanmıştır. Bu kapsamda çalışmada, iki (deney-kontrol) × üç (ön-test / son-test / izleme testi) yarı deneysel desen kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenini deney grubuna ön-test ve son-test arasında uygulanan psikoeğitim programı oluştururken, bağımlı değişkenini katılımcıların psikolojik ilk yardım becerileri düzeyi oluşturmaktadır. Araştırmanın temel hedefi doğrultusunda deney (14 öğrenci) ve kontrol (14 öğrenci) olmak üzere iki farklı grupta 28 psikolojik danışman adayı ile çalışılmıştır. Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu ve PİY-BÖ ile elde edilmiştir. Araştırmanın deneysel boyutunda deney grubunda bulunan katılımcılara 10 oturumluk Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programı (PİY-PP) uygulanmış, kontrol grubuna deney süreci ve izleme testi uygulaması tamamlanana kadar herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Araştırma sürecinde deney ve kontrol gruplarına deneysel işlemten önce ön-test, deneysel işlemten sonra son-test ve son-test uygulamasından bir ay sonra da izleme testi ölçümleri yapılmıştır. Verilerin analizi sürecinde grupların ön-test, son-test ve izleme ölçümleri arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla "Friedman Mertebeler Testi", "Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi", "Mann Whitney U" kullanılmış ve veriler analiz edilmiştir. Bu araştırma sonucunda, Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programı uygulanan deney grubundaki öğrencilerin PİY-BÖ toplam puanlarında artış olduğu ve bu artışın anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca deney grubunda bulunan katılımcıların toplam PİY-BÖ son-test puanları ile kontrol grubundaki öğrencilerin son-test puanları arasında deney grubu lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar ışığında PİY-BÖ'nün psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerileri düzeyini belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçme

aracı olduğu görülmüştür. Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim programının psikolojik danışman adaylarının psikojik ilk yardım becerileri düzeyini geliştirmede etkili bir program olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılarak, araştırmacılara, psikolojik danışmanlar başta olmak üzere ruh sağlığı çalışanlarına öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ölçek Geliştirme, Psikoeğitim Programı, Psikolojik Danışman Adayları, Psikolojik İlk Yardım

Sayfa Adedi: 232

Danışman: Prof. Dr. Firdevs SAVİ ÇAKAR



**The Effect Of Psychological First Aid Psycho-education Program On
Psychological First Aid Skills Of Psychological Counselor Candidates
(Post Graduate Thesis)**

Fehim SAYGILI

ABSTRACT

The main aim of this research is to investigate the effect of Psychological First Aid Psycho-Education Program on psychological first aid application skills of Psychological Counselor Candidates. The research was planned in two phases. First phase is to develop a valid and reliable measurement tool to measure the psychological first aid skills level of psychological counselor participants. A total of 853 students from different universities participated in the scale development process. Exploratory Factor Analysis was performed to determine the construct validity of the Psychological First Aid Skills Scale (PFASS), and Confirmatory Factor Analysis was performed on a different study group to evaluate the construct validity of the resulting model. Psychological Counselor Self-efficacy Scale was applied for similar scale validity. As a result of this study, to measure the psychological first aid skills level of psychological counselor candidates, measurement tool consisting of 35 items and nine sub-dimensions, namely “Dependence Contact, Safety Comfort, Stabilization, Gathering Information and Practical Help, Connection for Social Support, Coping Skills, Cooperation, Self Care and Ethically Behave”, was obtained.

On the second phase of this research, Psychological First Aid Psycho-Education Program was developed and its efficiency was tested. Within the scope of research, two (experimental and control) $\times$ three (pre-test / post-test / follow-up) quasi-experimental design was used. While the independent variable of the research consists of psycho-education program applied to experimental group between pre-test and post-test, dependent variable consists of psychological first aid skills level of participants. In accordance with the main target of this research, 28 psychological counselor candidates participated in the study in two different groups, experimental (14 students) and control (14 students). In the study, data was obtained by Personal Information Form and PFASS. Within the scope of research, 10-session Psychological First Aid Psycho-Education Program (PFA-PP) was applied to the participants of the experimental group, there was no application for the participants of the control group until experimental process and follow-up test were completed. In the process of the study, Pre-test before experimental process, post-test after the experimental process, and one month later follow-up test measurements was applied to experimental and control groups. In the process of data analysis, “Friedman’s Test”, Wilcoxon Signed Ranks Test”, and “Mann Whitney U” were used to determine the meaningful differences among the pre-test, post-test, and follow-up test measurements of the groups and data was analyzed. As a result of this study, it was obtained that PFASS total scores of the students applied PFA-PP in the control group increased and this increase showed meaningful differences. In addition, it was revealed that there was a meaningful difference between PFASS total scores of experimental and control group

participants in post-test on behalf of experimental group. In line with these results, it was determined that the Psychological First Aid Skills Scale is a valid and reliable measurement tool in determining the psychological first aid skills level of psychological counselor candidates and that the Psychological First Aid Pscho-Education Program is an effective program for developing the psychological first aid skills level of psychological counselor candidates. Results obtained from the study were discussed in the context of the relevant literature and suggestions were presented to researchers and psychiatric care persons particularly psychological counselors.

Key Words: Scale Development, Psycho-education Program, Psychological Dounselor Candidates, Psychological First Aid

Page Number: 232

Supervisor: Prof. Dr. Firdevs SAVI ÇAKAR



İÇİNDEKİLER

BİLDİRİM	i
İTHAF	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvii
KISALTMALAR	xviii
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Problem Cümlesi	4
1.2.1. Hipotezler.....	4
1.3. Araştırmanın Amacı	5
1.4. Araştırmanın Önemi	5
1.5. Sayıtlılar	7
1.6. Sınırlılıklar.....	7
BÖLÜM II.....	8
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	8
2.1. Kriz Kavramı	8
2.1.1. Kriz Çalışmalarının Tarihçesi.....	10
2.1.2. Krizin Doğası.....	11
2.1.3. Krize Müdahale Modelleri.....	13
2.1.3.1. ABC Modeli	13
2.1.3.2. ACT Modeli	14
2.1.3.2.1. Değerlendirme (Assesment).	14
2.1.3.2.2. Destek Gruplarına Bağlanma (Connecting).	14
2.1.3.2.3. Travma Tedavisi (Trauma Treatment).	14
2.1.3.3. Roberts'in Yedi Basamaklı Krize Müdahale Modeli.	14
2.1.3.3.1. Hastanın Ölme İhtimalinin Değerlendirilmesi.	15

2.1.3.3.2. İlişki Kurma.....	15
2.1.3.3.3. Sorunu Tanımlama.	15
2.1.3.3.4. Duygularla İlgilenmek.....	15
2.1.3.3.5. Alternatifleri Araştırmak ve Keşfetmek.	16
2.1.3.3.6. Eylem Planı Geliştirme ve Uygulama.	16
2.1.3.3.7. İzleme/Takip Etme.	16
2.1.3.4. Psikolojik İlk Yardım.....	16
2.1.3.5. Bilişsel Davranışçı Model.	17
2.1.3.6. Eklektik Krize Müdahale Modeli.....	18
2.1.3.7. Kapsamlı Bir Model: Birinci ve İkinci Düzey Krize Müdahale.	18
2.1.3.8. Psikolojik Bilgilendirme (Debriefing).	18
2.1.3.9. Dinle, Korum, Bağlan (Listen-Protect-Connect/LPC).....	19
2.1.3.9.1. Dinle (Listen).	19
2.1.3.9.2. Korum (Protect).....	19
2.1.3.9.3. Bağlan (Connect).....	20
2.1.3.10. Kritik Olay Stres Bilgi Alma (CISD).....	20
2.1.3.10.1. Birinci Aşama Giriş.....	20
2.1.3.10.2. İkinci Aşama Gerçekler.....	21
2.1.3.10.3. Üçüncü Aşama Düşünceler.	21
2.1.3.10.4. Dördüncü Aşama Tepkiler.	21
2.1.3.10.5. Beşinci Aşama Belirtiler.....	21
2.1.3.10.6. Altıncı Aşama Öğretim.	21
2.1.3.10.7. Yedinci Aşama Yeniden Giriş.....	21
2.1.3.11. Akut Travmatik Stres Yönetimi Modeli.	21
2.1.3.11.1. Güvenlik Durumlarının Değerlendirilmesi.	22
2.1.3.11.2. Yaralanma Mekanizmasının Düşünülmesi.....	22
2.1.3.11.3. Duyarlılık Düzeyinin Değerlendirilmesi.	22
2.1.3.11.4. Tıbbi İhtiyaçları Ele Almak.....	22
2.1.3.11.5. Gözlemlleme ve Tanımlama.....	23
2.1.3.11.6. Kişiyile Bağlantı Kurma.	23
2.1.3.11.7. Kişiyi Topraklama.	23
2.1.3.11.8. Destek Sağlama.	23
2.1.3.11.9. Tepkiyi Normalleştirme.....	23

2.1.3.11.10. Geleceğe Hazırlama.	23
2.2. Travma Kavramı.....	24
2.2.1. Travma Çalışmalarının Tarihçesi.....	26
2.2.2. Travmanın Doğası.....	27
2.2.3. Travmaya Psikolojik Müdahaleler.....	29
2.2.3.1. Travmaya Bilişsel Müdahaleler.	29
2.2.3.2. Travmada Davranışçı Müdahaleler.	31
2.2.3.3. Travmada Duygusal İşleme Müdahalesi.....	32
2.2.3.4. Travma Psikoeğitimi.	32
2.2.3.5. Akut Stres Müdahaleleri.	33
2.2.3.5.1. Psikolojik Debriefing-Bilgi Alma/Psikolojik Bilgilendirme.....	33
2.2.3.5.2. Kritik Olay Stres Bilgi Alma/Critical Incident Stress Debriefing.	34
2.2.3.6. Diğer Travma Müdahaleleri "Yatıştırma ve Psikolojik İlk Yardım".	35
2.2.3.6.1. Psikolojik İlk Yardım.	35
2.2.3.7. Travma Sonrası Müdahale Örneği Olarak "Travmaya Psikolojik Destek/Psikolojik Yardım Modeli" Uygulaması.....	36
2.2.3.7.1. Bilgilendirme Yolu ile Psikolojik Destek.	36
2.2.3.7.2. Psikolojik Yardıma Yönelik Çalışmalarda Kullanılan Teknikler.	37
2.2.4. Travmayla Başa Çıkma.....	39
2.2.4.1. Travma Sonrası Başa Çıkma Koruyucu Faktörler.	40
2.2.4.1.1. Sosyal destek, Aidiyet Duygusu.....	40
2.2.4.1.2. Bağlanma Stilleri.	41
2.2.4.1.3. Psikolojik Sağlamlık/Psikolojik Dayanıklılık/Kendini Toparlama Gücü/Yılmazlık.	42
2.2.4.1.4. Öz Şefkat.	43
2.2.4.1.5. Düşünce Kontrol Becerileri (DKB).....	45
2.2.4.1.6. Metabiliş, Üst Biliş, Yürütücü Biliş.	46
2.2.4.1.7. Bilinçli Farkındalık.....	47
2.2.4.1.8. Doğa ile İlişkililik.....	48
2.2.4.1.9. Atılganlık ve Girişkenlik.	49
2.3. Psikolojik İlk Yardım	49

2.3.1. Psikolojik İlk Yardımın Tarihçesi ve Genel Bakış.	53
2.3.2. Psikolojik İlk Yardım Modelleri.	56
2.3.2.1. Kızılhaç Hareketi ve International Federation Of Red Cross And Red Crescent Societies (IFRC) Modeli.	57
2.3.2.2. Amerika Birleşik Devletleri'nde Topluluk Temelli Bir Piy Modelinin Geliştirilmesi.	59
2.3.2.3. Müdahale Ekibi Piy Modelleri.	62
2.3.2.3.1. Temas ve Katılım.	62
2.3.2.3.2. Güvenlik ve Rahatlık.	63
2.3.2.3.3. Dengeleme/Stabilizasyon.	64
2.3.2.3.4. Bilgi Toplama.	64
2.3.2.3.5. Pratik Yardım.	65
2.3.2.3.6. Sosyal Desteklerle Bağlantı.	65
2.3.2.3.7. Başa Çıkma Becerileri Hakkında Bilgi.	66
2.3.2.3.8. İş Birlikçi Hizmetlerle Bağlantı.	67
2.3.2.4. Dünya Sağlık Örgütü Psikolojik İlk Yardım Modeli.	69
2.3.2.5. Toplum Temelli Psikolojik İlk Yardım (CBPFA) Modeli.	70
2.3.2.6. Psikolojik İlk Yardım ABCDE Modeli.	73
2.3.2.6.1. Active Listening (Aktif Dinleme [A]).	74
2.3.2.6.2. Breathing Retraining (Yeniden Nefes Alma Eğitimi [B]).	74
2.3.2.6.3. Categorization Of Needs (İhtiyaçların Sınıflandırılması [C]).	74
2.3.2.6.4. From The Spanish Word 'Derivación' (Referral) İspanyolca 'Derivación' (Sevk-Yönlendirme [D]).	75
2.3.2.6.5. PsychoEducation (Psikoeğitim [E]).	75
2.3.2.7. Covid-19 Sürecinde Kullanılan PİY-SA Modeli.	76
2.3.2.7.1. İlk Temas.	77
2.3.2.7.2. İkinci Temas.	77
2.3.2.8. ICARE Psikolojik İlk Yardım Modeli.	78
2.3.3. Psikolojik İlk Yardım ile İlgili Araştırmalar.	79
2.3.3.1. Türkiye'de Yapılmış Araştırmalar.	79
2.3.3.2. Yurt Dışında Yapılmış Araştırmalar.	80
BÖLÜM III	85
YÖNTEM.	85

3.1. Araştırma Modeli.....	85
3.2. Çalışma Grubu.....	86
3.2.1. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği'nin (PİY-BÖ) Kapsam Geçerliğini İncelemek Üzere Verilerin Toplandığı Grup (Birinci Araştırma Grubu).	86
3.2.2. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği'nin (PİY-BÖ) Yapı Geçerliğini İncelemek Üzere Verilerin Toplandığı Grup (İkinci Araştırma Grubu/Açımlayıcı Faktör Analizi).....	87
3.2.3. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği'nin (PİY-BÖ) Yapı Geçerliğini İncelemek Üzere Verilerin Toplandığı Grup (Üçüncü Araştırma Grubu/Doğrulayıcı Faktör Analizi).	88
3.2.4. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği'nin (PİY-BÖ) Benzer Ölçekler Geçerliliği İçin Veri Toplanan Grup (Dördüncü Araştırma Grubu).....	89
3.2.5. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği'nin (PİY-BÖ) Test-Tekrar Test Güvenirliği İçin Veri Toplanan Grup (Beşinci Araştırma Grubu).	89
3.2.6. Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programı (PİY-PP) İçin Deney ve Kontrol Grubunun Oluşturulacağı Grup (Altıncı Araştırma Grubu).	90
3.3. Veri Toplama Araçları.....	91
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	92
3.3.2. Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik Ölçeği.	92
3.3.3. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği (PİY-BÖ).	92
3.4. Ölçek Geliştirme İşlem Basamakları.....	93
3.4.1. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeğinin Geliştirilmesi Aşamasında Yapılan İşlemler.....	94
3.4.2. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeğinin Geliştirilmesi Aşamasında Toplanan Verilerin Analizi.	96
3.5. Psikoeğitim Programı	97
3.5.1. Psikoeğitim Programı Uygulamasından Önce Gerçekleşen İşlemler.	97
3.5.2. Psikoeğitim Programı Uygulama Sürecinde Gerçekleştirilen İşlemler. .	105
3.5.3. Psikoeğitim Uygulaması Sonrasında Gerçekleştirilen İşlemler.....	113
3.5.4. Psikoeğitim Uygulaması İç Geçerlik İçin Alınan Önlemler.....	114
3.5.4.1. Verilen Teşekkür Hediyeleri ve Kriterleri.	116
3.5.5. Psikoeğitim Uygulaması Dış Geçerlik İçin Alınan Önlemler.	117
BÖLÜM IV	119

BULGULAR VE YORUM.....	119
4.1. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği Geçerlik Çalışmalarına Ait Bulgular	119
4.1.1. Kapsam Geçerliği.	119
4.1.2. Yapı Geçerliği.....	120
4.1.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi.....	121
4.1.2.2. Doğrulamalı Faktör Analizi.	126
4.1.2.3. Benzer Ölçekler Geçerliliği (Uyum Geçerliği/Eşzaman Geçerliği/Halihazır Geçerliği).....	135
4.2. PİY-BÖ'nün Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular	136
4.2.1. Test-Tekrar Test Güvenirliği.	136
4.2.2. İç Tutarlılık Güvenirliği.....	138
4.3. Psikolojik İlk Yardım Psiko eğitim Programına İlişkin Grup İçi Bulgular....	140
4.3.1. Deney Grubu Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği Grup İçi Bulguları.	140
4.3.2. Kontrol Grubu Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği Grup İçi Bulguları.	144
4.3.3. Deney Grubunun PİY-BÖ Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	148
4.3.4. Kontrol Grubunun PİY-BÖ Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	149
BÖLÜM V	152
SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	152
5.1. Tartışma.....	152
5.1.1. Psikolojik İlk Yardım Beceri Ölçeğinin Geçerliğine ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.	152
5.1.2. Psikolojik İlk Yardım Psiko eğitim Programının Etkililiğine İlişkin Sonuçların Tartışılması.	153
5.2. Sonuç	157
5.3. Öneriler.....	158
KAYNAKLAR	159
EKLER.....	194
EK-1	195

EK-2	196
EK-3	204
EK-4	205



TABLolar DİZİNİ

Tablolar

Sayfa

Tablo 1	Araştırma Deseni	86
Tablo 2	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet, Sınıf ve Üniversitelere Göre Dağılımı	87
Tablo 3	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Sınıfa Göre Dağılımı.....	88
Tablo 4	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Sınıfa Göre Dağılımı.....	89
Tablo 5	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Sınıfa Göre Dağılımı.....	90
Tablo 6	Çalışma Grubunun Sınıflara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	91
Tablo 7	Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programı Oturum Temaları, Amaçları ve Kazanımları	100
Tablo 8	Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Psikolojik İlk Yardım ve Alt Boyutları Ön-Test Puanlarına İlişkin Mann Whitney U-Testi Sonuçları	104
Tablo 9	Kontrol ve Deney Grubu Ön-test Toplam Puanları.....	113
Tablo 10	İkinci Araştırma Grubu Üzerinde Uygulanan Verilerin Faktör Analizine Uygunluğunun Sonuçları.....	120
Tablo 11	Faktörlerin Madde Sayıları, Özdeğeri ve Açıklanan Varyans Oranları ..	123
Tablo 12	Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına Göre Alt Faktörler, Bu faktörlere Ait Madde Faktör Yükleri	124
Tablo 13	Boyutlara İlişkin Maddeler ve Boyutların Adlandırılması	126
Tablo 14	Araştırmalarda Kullanılan Uyum İyiliğine İlişkin İndeksler ve Kesme Noktaları	128
Tablo 15	Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği Birinci Düzey Faktör Analizine İlişkin Uyum İndeksleri	128
Tablo 16	Standardize Edilmiş Faktör Yüğü, t, Çoklu Korelasyon Karesi ve Hata Değeri	131
Tablo 17	Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği İkinci Düzey Analizine İlişkin Uyum İndeksleri	132
Tablo 18	Değişkenler Arasındaki Faktör Yükleri, t Değeri, Hata Değeri ve R ² Değeri	134

Tablo 19	Öz-Yeterlik Ölçeği, PİY-BÖ ve Alt Boyutların Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	135
Tablo 20	Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik ve PİY-BÖ ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	136
Tablo 21	PİY-BÖ ve Alt Boyutları Basıklık Çarpıklık Değerleri	137
Tablo 22	PİY-BÖ Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları	138
Tablo 23	PİY-BÖ Alt Boyutları ve Tümü İçin Cronbach Alfa Değerleri	139
Tablo 24	Deney Grubu Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarına ilişkin Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Toplam Puanları.....	143
Tablo 25	Kontrol Grubu Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarına ilişkin Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Toplam Puanları.....	147
Tablo 26	Deney Grubunun PİY-BÖ Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Toplam Puanlarının Friedman Testi Sonuçları	149
Tablo 27	Kontrol Grubunun PİY-BÖ Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Toplam Puanlarının Friedman Testi Sonuçları	150
Tablo 28	Deney ve Kontrol Grubu PİY-BÖ Uygulama Ön-testi PİY-BÖ Uygulama Son-test, PİY-BÖ Uygulama İzleme Testi Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	150

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekiller

Sayfa

Şekil 1.	Açımlayıcı Faktör Analizi Özdeğer Grafiği (Scree Plot)	122
Şekil 2.	Model Veri Uyumunu Gösteren DFA Standardize Değerleri	130
Şekil 3.	Model Veri Uyumunu Gösteren DFA Standardize Değerleri	133
Şekil 4.	Deney Grubu Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Puan Ortalamaları.....	141
Şekil 5.	Kontrol Grubu Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Puan Ortalamaları.....	145

KISALTMALAR

- AFA:** Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi
- AGFI:** Düzenlenmiş Uyum İyiliği İndeksi
- AIPC:** Avustralya Profesyonel Danışmanlar Enstitüsü
- APA:** Amerikan Psikoloji Birliği
- BÇB:** Başa Çıkma Becerileri
- BDT:** Bilişsel-Davranışçı Terapi
- BM:** Birleşmiş Milletler
- BT:** Bağlılık ve Temas
- BTPY:** Bilgi Toplama ve Pratik Yardım
- CBPFA:** Toplum Temelli Psikolojik İlk Yardım Modeli
- CFI:** Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
- CISD:** Kritik Olay Stres Bilgi Alma
- CISM:** Kritik Olay Stres Yönetimi
- DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi
- DMH:** Afet Ruh Sağlığı
- DS:** Dengeleme ve Stabilizasyon
- DSM:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
- DSÖ :** Dünya Sağlık Örgütü
- ED:** Etik Davranabilme
- EMDR:** Psikoeğitim, Göz Hareketi Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
- EPI:** Erken psikolojik müdahaleler
- GBD:** Küresel Hastalık Yüğü
- GFI:** Uyum İyiliği İndeksi
- GR:** Güvenlik ve Rahatlık
- IASC:** Kurumlar Arası Daimi Komite

IFRC: Uluslararası Kızılay-Kızılhaç Teşkilatları Federasyonu

INGO: Uluslararası Sivil Toplum Kuruluşları

IOM: Institute of Medicine

IRC: Uluslararası Kızıl Haç

İB: İş Birliği

KMO: Kasier-Meyer-Olkin

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

NAS: Ulusal Bilim Akademilerinden

NBSB: Ulusal Biyolojik Savunma Bilim Kurulu

NCPTS: Ulusal Travma Sonrası Stres Bozukluğu Merkezi

NCTSN: Ulusal Çocuk Travmatik Stres Birliği

NFI: Normlandırılmış Uyum İyiliği İndeksi

NHGD: Ulusal Sağlık Kalitesi ve Eşitsizlikler Raporu

NNFI: Normlandırılmamış Uyum İyiliği İndeksi

NPRSB: Ulusal Hazırlık ve Müdahale Bilim Kurulu

ÖB: Öz Bakım

PD: Psikolojik bilgi alma

PDR: Psikolojik Danışman ve Rehberlik

PFA-SA: Sant'Andrea'daki Psikolojik İlk Yardım Hizmeti

PİY: Psikolojik İlk Yardım

PİY-BÖ: Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği

PİY-PP: Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programı

RAPID-PFA: Johns Hopkins PFA Modeli

RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

SDB: Sosyal Destek için Bağlantı

SRMR: Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü

STK: Sivil Toplum Kuruluşları

TBA: Temel bileşenler analizi

TDK: Türk Dil Kurumu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

WHO: World Health Organization

YEM: Yapısal Eşitlik Modelinin



BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmanın problem durumuna, amacına, önemine, sayıtlarına, sınırlılıklarına ve tanımlara yer verilmiştir.

1.1. Problem Durumu

Ruh sağlığı; bireyin yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, içinde bulunduğu topluma katkı sağlayabildiği, üretken ve verimli çalıştığı bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 2001). Ruh sağlığı üzerinde afetlerin ve kritik olayların doğrudan etkisi bulunmaktadır (Cheung, 2014). Araştırmalar, birçok afet mağdurunun ihtiyaç duyduğu psikolojik desteği alamadığını, bu durumun da sonraki süreçte devam eden ruh sağlığı sorunlarına neden olduğunu göstermektedir (Albrecht, 2017, s. 4). WHO (2011), psikolojik ilk yardım (PİY) müdahalesinin ruh sağlığı semptomlarını belirgin şekilde azalttığını vurgularken Avusturya Profesyonel Danışmanlar Enstitüsü (AIPC)'de bir insani kriz sırasında PİY uygulanmasını tavsiye etmektedir.

Kriz, bireyin önemli yaşam hedeflerine ulaşmak için alışmış olduğu problem çözme becerilerini kullanmasıyla aşamadığı bir engel durumuyla karşılaştığında ortaya çıkan bir durumdur (Caplan, 1964). Krize müdahale, bireyi normal yaşantısına geri döndürmenin ve potansiyel bir kriz durumunu çözmenin bir yolu olarak tanımlanmaktadır (Aguilera & Messick, 1978). Kriz durumu doğası gereği zamanla sınırlı olup, bu durumun dört ile altı hafta içerisinde çözüm bulması beklenmektedir. Bu süreçte bireyin durumu iyiye de kötüye de gidebilmektedir (Sayıl, 1992). Krizlerle birlikte travma geçmişleri de insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır.

Travma, ölüm tehdidinin ya da gerçek bir ölümün olması, ağır yaralanma, fiziksel bütünlük veya cinsel şiddete karşı ciddi bir tehdit durumunun olması durumu olarak tanımlanmıştır (APA, 2013). Tanımda da vurgulandığı gibi travma, bireyin yaşamsal bütünlüğüne yönelik bir tehdidin olması durumudur (Işık ve Aker, 2020). Travmatik

yaşantılar bireylerin tüm yaşam olaylarında derin etkiler bırakırken bir çok ruhsal bozukluğun nedeni ya da tetikleyicisi olabilme potansiyeli ile bireylerin yaşam sürecinde kritik öneme sahiptir (Vogt vd., 2007). Travmatik olaydan etkilenen bireylere yönelik erken dönem psikososyal müdahale uygulanmasının özellikle ruhsal rahatsızlıkların önlenmesinde önemli olduğu belirtilmektedir (Bryant & Litz, 2010).

Her yıl milyonlarca insan doğal afet ve insani krizlerden olumsuz etkilenmektedir (Hechanova, Manaois & Masuda, 2019). Bu süreçte görülen akut stres tepkilerini azaltmak amacıyla farklı psikososyal destek programları geliştirilmiştir (Kılıç ve Şimşek, 2018). Bunlardan biri de psikolojik ilk yardımdır. Ulusal Çocuk Travmatik Stres Birliği (NCTSN) PİY'i, travmatik olayların neden olduğu, başlangıçta oluşan rahatsızlığı azaltmak, kısa ve uzun vadeli uyumsal işlevselliği sağlamak ve başa çıkmayı teşvik etmek amacıyla tasarlanmış, kanıta dayalı, bilgilendirilmiş bir müdahale olarak tanımlamaktadır (Brymer vd., 2006, s. 391).

Psikolojik ilk yardım (PİY) 1950'li yıllarda ilk olarak kriz olaylarının hemen sonrasında uygulanmaya başlanmış (Drayer, Cameron, Woodward & Glass, 1954), 1980-1990 yılları arasında afet ve ruh sağlığı uzmanları arasında daha fazla dikkat çekerek kriz ve stres yönetimi tekniklerinin de entegre edilmesiyle yaygın olarak kullanılmıştır (Daniel, Hoch & Ryan, 1945; Raphael, 1986). Günümüzde ise psikolojik ilk yardım 11 Eylül saldırısı sonrasında, erken psikolojik müdahalenin dayanak noktası haline gelmiştir (İsveç Kilisesi, 2018; Shultz & Forbes, 2014).

Psikolojik ilk yardım, travmatik deneyimleri ve duyguları ayrıntılarıyla birlikte paylaşmayı içeren psikolojik sorgulamaya alternatif olarak geliştirilmiştir (Shultz & Forbes, 2014). Yapılan çok sayıda çalışma psikolojik sorgulamanın psikolojik travmaları iyileştirmekte başarılı olamadığını (Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch & Paul, 2002) hatta bazı durumlarda ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000). Psikolojik ilk yardım ise yaşanan travmatik olay hakkında sorgulama içermeyen, odak noktasında acı çeken ve desteğe ihtiyaç duyan bireye yönelik insani, destekleyici ve pratik yardım sağlamayı amaçlamaktadır (Snider, Van Ommeren & Schafer, 2011). Kapsamlı bir destekleyici yaklaşım olarak, acil fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlara cevap verdiğinden dolayı PİY yaşanan travmatik bir olaydan hemen sonra olduğu gibi sonraki gün ve haftalarda da kullanılabilir.

Psikolojik ilk yardım, doğal afet ve insani krizin hemen ardından hızlı bir şekilde insanlarda oluşan ilk sıkıntıları hafifleterek kişileri kısa ve uzun vadede uyumsal işlevselliğe teşvik etmek amacıyla kullanılan bir yaklaşımdır (Ruzek vd., 2007). Aynı zamanda afet sürecinde güvenli bir yer belirlenmesinin ardından kişiye psikososyal destek sağlamanın (Jacobs, 2007) kişinin psikososyal açıdan güçlendirilmesine katkı sağladığı düşünülmektedir (Dieljtens, Moonens, Van Praet, De Buck & Vandekerckhove, 2014). PİY, büyük ölçüde, yakın zamanda bir kriz durumundan etkilenen insanlarla temas kuracak kişilerin kullanması için tasarlanmıştır (WHO, 2013).

Psikolojik ilk yardım uygulama süreci için kullanılan temel eylem ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Beş temel eylem ilkesi; güvenlik, sakinleşme, bağlılık, öz-yeterlik ve umut (Hobfoll vd., 2007),
2. Sekiz temel eylem ilkesi; temas ve katılım, güvenlik ve rahatlık, dengeleme, bilgi toplama, pratik yardım, sosyal destek ağları ile bağlantı kurma, başa çıkma hakkında bilgi ve ortak hizmetler ile bağlantı kurma (Brymer vd., 2006),
3. Üç ana eylem ilkesi; izle (güvenlik için, yardıma ihtiyacı olan kişi için), dinle (tehlikedeki kişiyi) ve bağ kurmadır (daha fazla destek için) (Hansen, 2018; Snider vd., 2011).

PİY, psikolojik danışmanlık ya da psikoterapi uygulaması gerektirmediğinden sadece ruh sağlığı çalışanları tarafından uygulanan bir yöntem değildir (WHO, 2011). PİY eğitimi alan herkesin psikolojik ilk yardım sağlayabileceği belirtilmektedir (Brymer vd., 2006; WHO, 2011). PİY, epidemi ve pandemiler de dahil olmak üzere insani yardımlarda yaygın olarak kullanılmaktadır (Hansen, 2018; Schafer, Snider & Sammour, 2016; Shultz & Forbes, 2014; Snider vd., 2011; Uluslararası Kızılay-Kızılhaç Teşkilatları Federasyonu (IFRC), 2019; WHO, 2016). PİY, insani yardım çalışanlarının uzun süreli ve süregelen stres faktörlerine maruz kaldığı zamanlarda da kullanılabilir. Bu sayede akut stres faktörlerinin travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) dönüşmesi önlenabilir (Uluslararası Kızılay ve Kızılhaç Dernekleri Federasyonu, 2019)

İlgili literatüre bakıldığında, psikolojik ilk yardımın afet ve kriz durumları başta olmak üzere bir çok travmatik duruma uyarlanabilir bir model olması, ruh sağlığı uzmanlarının ve psikososyal müdahale sürecinde yer alan diğer uzmanların kullanabileceği bir yaklaşım olmasını sağlamaktadır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda psikososyal müdahalelerde doğrudan görev alacak olan psikolojik danışmanların PİY uygulama becerisine sahip olması, sunulan yardımın niteliği açısından çok önemli bir işlev görmektedir. Bu doğrultuda, bu çalışmada psikolojik ilk yardıma dayalı bir psikoeğitim programının psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerileri üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.2. Problem Cümlesi

Bu araştırmanın problemini; "psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerileri üzerinde etkisi var mıdır?" sorusu oluşturmaktadır. Bu problem cümlesi doğrultusunda oluşturulan hipotezler test edilecektir.

1.2.1. Hipotezler. Yukarıda belirtilen problem cümlesi doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilecektir.

H1. Deney ve kontrol gruplarının psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği ön-test toplam puanları arasında uygulama öncesi anlamlı bir farklılık yoktur.

H2. Deney ve kontrol gruplarının psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği son-test toplam puanları arasında uygulama sonrası anlamlı bir farklılık vardır.

H3. Deney ve kontrol gruplarının psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği izleme testi toplam puanları arasında uygulama sonrası anlamlı bir farklılık vardır.

H4. Deney grubunun psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği ön-test ve son-test toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H5. Kontrol grubunun psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği ön-test, son-test ve izleme testi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H6. Deney grubunun psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği son-test ve izleme testi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H7. Deney grubunun psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği ön-test ve izleme testi toplam puanları arasında anlamlı farklılık vardır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerilerine etkisini incelemektir.

1.4. Araştırmanın Önemi

Doğal ve insan kaynaklı afetler ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Aile ve arkadaşlardan birinin kaybı, geçim kaynaklarının risk altında olması bir dizi psikolojik sorunu beraberinde getirmektedir (Krishnaswamy, Subramaniam, Indran & Low, 2012). Yaşanılan bu süreçte erken ruh sağlığı müdahalesinde bulunulmamasının depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, uykusuzluk, madde kötüye kullanımı, duygu durum bozuklukları gibi uyum problemleri ve teşhis edilebilir ruh sağlığı sorunları yaşanması riskini artırmaktadır (Hambrick, Rubens, Vemberg, Jacobs & Kanine, 2014).

Akademisyenler ve uygulayıcılar, afetlerden hemen sonra ruh sağlığı ve sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç duyulduğu konusunda hemfikirdir. Ancak uluslararası acil durum müdahalelerinde ruh sağlığı hizmetlerini uygulamanın zor olduğu kanıtlanmıştır. Afet ve ruh sağlığı üzerine yapılan araştırmaların çoğu idari yönle değil klinik yönle odaklanmış, bu durum da ruh sağlığı hizmetlerinin, insani bir acil durum müdahalesinde nasıl uygulanacağı konusunda bilgi eksikliğine yol açmıştır (Andrew & Kendra, 2012).

İnsani çabaların ve acil müdahale çalışmalarının ivme kazanmasıyla uluslararası acil durum yönetimi alanı 1980'lerde hızla gelişmeye başladı. Teknolojik ilerleme, verimli ve ekonomik küresel ulaşım dünyada bulunan tüm insanları hiç olmadığı kadar birbirine yakınlaştırdı. Şöyle ki dünya da yaşanan bir afet durumunu anında tüm insanlık öğrenebilmektedir. Çok kısa bir zaman içerisinde bunun öğrenilmesi topluluklara etik yükümlülük duygusu getirmekte ve toplulukların olaya daha hümanist bir pencereden bakmasını sağlamaktadır.

Uluslararası sivil toplum kuruluşları 1990'ların başında önde gelen insani acil müdahale sivil toplum kuruluşları ilk olarak psikoterapötik hizmetleri araştırmaya başladı. Bu süre zarfında, Uluslararası Kızıl Haç (IRC) tarafından yapılan araştırma, doğal ve insan kaynaklı afet mağdurlarının yiyecek, konaklama ve fiziksel ilk yardımla birlikte sosyal ve psikolojik sağlık hizmetlerine de ihtiyaç duydukları sonucuna ulaştı (De Vos, 2011). Depremler, tsunamiler, kuraklıklar, çatışmalar ve diğer benzer afetlerden sonra bireyde oluşan psikolojik hasarın, fiziksel hasar kadar yıkıcı olduğu tespit edilmiştir (Aylward, 2011). Uluslararası Kızıl Haç, Uluslararası sivil toplum kuruluşlarının travmatik bir olaydan sonra psikolojik bir müdahale için tercih edeceği en iyi modelin psikolojik ilk yardım olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, Kurumlar Arası Daimi Komite ([IASC] 2007) ve Sphere Projesi (2011), ruh sağlığı semptomlarının gelişmesini önlemek için afet mağdurlarına PİY hizmeti sunulması gerektiğini belirtmiştir. PİY'i uygulamaya yönelik bu çağrıya rağmen halen bazı Uluslararası sivil toplum kuruluşları PİY'i programına almamıştır (AIPC, 2013).

Alanyazın incelendiğinde psikolojik ilk yardım üzerine yapılan araştırmaların son zamanlarda dünyada yaşanan Covid-19 salgını, savaş, göç ve doğal afetlerden kaynaklı olarak artış gösterdiği görülmektedir. Her ne kadar artış göstermiş ve WHO (2011) afet mağdurlarına PİY uygulamaya yönelik çağrı yapmış olsa da PİY üzerine yapılan araştırmaların ülkemizde ve dünyada sınırlı kaldığı görülmektedir. Ülkemiz doğal kaynaklı ve insan kaynaklı afetler bakımından risk teşkil etmektedir. Bu felaketlerin yaşandığı zamanlarda PİY müdahalesinde bulunulması mağdurların sonraki süreçte yaşayabileceği ruh sağlığı sorunlarının önüne geçebilmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan psikolojik danışman adaylarının kriz ve travmaya en fazla maruz kalan çocuklar, ergenler vb risk grubunda olan bireylerle daha fazla çalışıyor olması PİY becerilerinin geliştirilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca alanyazında, psikolojik danışman adaylarına yönelik psikolojik ilk yardım becerilerini ölçmeye dayalı bir ölçme aracının olmadığı görülmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada araştırmacı tarafından ruh sağlığı alanında çalışacak olan psikolojik danışman adaylarına yönelik psikolojik ilk yardım becerilerini ölçmeye dayalı bir ölçek geliştirilmesi ve psikolojik ilk yardım psikoeğitim çalışması ile PİY becerilerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Araştırmanın bu alanda bulunan ihtiyacı doldurmada katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

1.5. Sayıtlar

1. Araştırmada kullanılmış olan ölçekler ile diğerk veri toplama araçlarına katılımcılar tarafından verilen yanıtların, iten yanıtlar olduğu ve onların gerçek görüş ve düşüncelerini yansıttığı varsayılmıştır.
2. Kontrol ve deney gruplarında yer alan katılımcıların benzer özelliklerde oldukları ve uygulama süresince aynı faktörlerin etkisinde olacakları varsayılmıştır.
3. Psikoeğitim programına katılan öğrencilerin program sürecine içten bir şekilde katıldıkları varsayılmıştır.
4. Gönüllülük esasına dayalı olan 10 oturumluk psikoeğitim programının uygulamasının yeterli olduğu düşünülmektedir.

1.6. Sınırlılıklar

1. Araştırmanın sonuçlarının genellenebilirliği bu araştırmaya katılan bireyler ile sınırlıdır. Dolayısıyla araştırmanın sonuçları ancak benzer kültürel ve demografik özelliklere sahip olan bireylere genellenebilir.
2. Araştırma bulguları, kontrol ve deney gruplarından elde edilen veriler ile sınırlıdır. Bulgular program içeriğinden kaynaklı bağımlı değişkenlerin karşılıklı etkileşimi ile sınırlıdır.
3. Zaman içerisinde bireyler farklı öğrenmeler edinebileceğinden grupla müdahale uygulamaları haftada bir kez yaklaşık 75-90 dakika olmak üzere 10 oturum ile sınırlıdır.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde, araştırmanın temel kavramlarını oluşturan, kriz, travma, psikolojik ilk yardım ile ilgili kuramsal çerçeve ve psikolojik ilk yardımla ilgili alanyazında yapılmış olan çalışmalar ele alınmıştır.

2.1. Kriz Kavramı

Kriz kelimesinin kökenine bakıldığında yunanca bir kelime olarak karşımıza çıkmakta ve "dönüm noktası" ya da "karar verme" anlamına gelmektedir (Yıldırım, 2016). Kriz ve krize müdahale kavramlarının bugünkü anlamında kullanımı II. Dünya Savaşı'nı takip eden yılların çok daha sonrasına dayanmaktadır. Kriz kelimesi psikiyatri sözlüğünde ilk defa 1970 yılında kullanılmıştır (Sayıl vd., 2000). Günümüzde kriz kavramı olaylara karşı verilen sübjektif tepkileri ve olayları tanımlamak için kullanılmaktadır (Webster & Sandoval, 2013). Kriz, bireyin tehlikeli bir olay ya da durum karşısında mevcut başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kalması sonucunda ortaya çıkan bir psikolojik dengesizlik durumu olarak tanımlanmaktadır (Caplan, 1964; James & Gilliland, 2017; Yeager & Roberts, 2015). Başka bir deyişle bireyin karşılaştığı zorlu bir olayla baş etmekte yetersiz kalmasıdır. Rapoport (1965), bireylerin kriz durumlarını üç farklı şekilde algıladığını belirtmektedir. Bunlar; duygusal ve fiziksel bütünlüğe yönelik bir tehdit, bireyde var olan başa çıkma mekanizmalarının üzerinde bir zorluk ve kişinin veya bir yeterliliğin kaybıdır. Kriz, kişide yetersizlik ve çaresizlik duygularının yanında inkar ve karmaşaya da neden olabilmektedir. Eğer krizin birey üzerindeki psikolojik etkisi çözülmezse, belirtilen durumların bazıları hem fiziksel hem de duygusal olarak yaşanmaya devam edebileceği belirtilmektedir (Aguilera, 1998).

Krizler patolojik bir olay olmaktan ziyade yaşamın içerisinde var olan ve ara karşılaşılabilen olaylardır (Janosik, 1986). Parry (1990), bireylerin yaşamlarında bazı sorunların olmasının normal olduğunu; ancak bazı krizlerin bireyin uyumuna ve

kendine ait kimliğini tanımlaması noktasında tehdit oluşturduğunu ifade etmektedir. Caplan (1964)'a göre krizler bireylerin hayatında derin yaşam izleri bırakmakta ve geleneksel problem çözme yöntemleriyle aşılamayan bir engel teşkil etmektedir. Krizlerin çok boyutlu karmaşık bir yapısının oluşu bireylerin sosyal, fiziksel ve psikolojik alanlarında bozulmalara neden olabildiği kriz öncesinde başlanan müdahale sürecinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Savi Çakar, 2021). Birçok araştırmacı çoğu zaman krizin yaşanmasının nedeni olarak görülen tetikleyici olay üzerinde durmaktadır (Janosik, 1986; Kanel, 2003; Rapoport, 1965). Kriz durumlarında tetikleyici olaya vurgu yapılmışsa da sadece tetikleyici olayın krizin oluşması için yeterli olmadığı belirtilmektedir. Bireyin tetikleyici olayı algılayış biçimi, olaya yüklediği anlam olayın krize dönüşüp dönüşmeyeceğini belirlemektedir (Kanel, 2003). Erdur Baker ve Doğan (2021)'e göre yaşanan olay bireyin mevcut kaynaklarıyla aşılabilmekte iken bazı durumlarda uzmanlara ihtiyaç duyulabilmektedir. Bireyin yaşadığı stresli durumun krize dönüşüp dönüşmeyeceği bilişsel bakış açısına bağlıdır. Bireyin bakış açısı stres düzeyini hafifletiyorsa yaşanan olay krize dönüşmeden atlatılabilmektedir.

Winey (1996), kriz ve stres kavramları arasındaki dört temel farklılığa dikkat çekmektedir. Bunlar;

1. Streste belli bir zaman sınırlaması yoktur. Kriz ise bir zaman dilimiyle sınırlıdır.
2. Kriz bireyde gerilemeye yol açabildiği gibi gelişmeye de yol açabilir. Stres ise daha çok patoloji ile ilişkilendirilir.
3. Krizle baş etme, stresle baş etmeye göre daha bireyseldir.
4. Krizde bireyler daha az savunmacı olmakla birlikte destek almaya daha açıktırlar.

Kriz sürecinde bireylerin iç dünyasındaki dengesizlik ve aşırı gerilim destek almadığı durumda bile en fazla dört ile altı hafta arasında sürmektedir (Caplan, 1964; Janosik, 1986; Slaikeu, 1990). Her ne kadar en fazla dört, altı hafta arasında sürüyor olsa da bireyin krizi nasıl atlatacağı ve ruh sağlığının nasıl etkileneceği bireyin destek alma durumuyla yakından ilişkilidir. Sachs (1968) bireylerin kriz durumlarında öncelikle bir dağılma yaşadıklarını sonrasında krizle ne şekilde başa çıktığına bağlı olarak bireyin kriz öncesi döneme nazaran daha iyi bir duruma gelebileceğini belirtmiştir.

Bireylerin ya da toplumun küçük bir kesimini etkileyen olaylar kriz, daha geniş toplulukları etkileyen benzer olaylar ise afet olarak nitelendirilmektedir (Demirli, Sevil ve Erdur-Baker, 2020). Yani her afetin içinde bir kriz barındırdığı, krize gerekli müdahalenin yapılamaması durumunda afete dönüşebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Webster ve Sandoval (2013) afetleri, belli bir coğrafyada beliren ve bu coğrafyada bulunan toplumun çoğunluğunu etkileyerek hayatı kesintiye uğratan doğal veya insani kaynaklı olaylar olarak ifade etmişlerdir. Afetlerde kriz durumundan farklı olarak toplumlarda ciddi kayıpların yaşanması kitlesel stres durumunu ortaya çıkarmaktadır (Karancı ve Erdur Baker, 2012). Kitlesel savaşlar, büyük çaplı uçak ya da tren kazaları ile sel, tsunami, deprem gibi doğal olaylar afetlere örnek verilebilir.

Kriz sonrasında bireyde ortaya çıkan psikolojik dengesizlik durumunu ortadan kaldırmak amacıyla olası çözüm yolları ve başa çıkma becerileri kazandırılması durumu krize müdahale olarak tanımlanmaktadır (James & Gilliland, 2017). Krize müdahalede amaç bireyin ruh sağlığını korumasına destek sağlamak olduğundan kriz semptomları en aza indirilerek yaşanan stresin olumsuz etkilerinin azalması sağlanmaktadır (Mete Otlu, 2022). Krize müdahale çalışmalarının dayanak noktası ekolojik sistem yaklaşımı ve ego psikolojisine dayanmaktadır. Ekolojik sistem krize müdahalede temel belirleyici olarak bağımsızlık ve denge/dengesizlik durumunu görmektedir (Knox & Robers, 2016).

2.1.1. Kriz çalışmalarının tarihçesi. İnsanlarda krize sebep olan durumlar insanoğlunun dünyada var olduğu andan beri insan kaynaklı ya da doğal afetler aracılığıyla yaşanmaktadır. Yaşanan krizlerin insanoğlu üzerinde oluşturduğu olumsuz psikolojik duruma ilişkin görüşler oldukça eskiye dayanmaktadır. Antik Yunan'da "karar verme" ya da "dönüm noktası" olarak karşımıza çıkan kriz kelimesi Çin'de ise tehlike anlarının yanında fırsatları tanımlamak için de kullanılmıştır (Yıldırım, 2016).

Krizlerin oluşumu çok eskilere dayanmasına karşın sistemli bir şekilde incelenmesi II. Dünya savaşı yıllarına dayanmaktadır. II. Dünya savaşı insanlar üzerinde ciddi tahribat yaratmış bu durum da kriz kavramının etkileri üzerine çalışmaların artmasına neden olmuştur. İnsan yaşamını zorlayan durumların ruh sağlığı üzerinde yaratmış olduğu etkilerin Sigmund Freud'dan beri çeşitli araştırmacılar tarafından ele alınmış olduğu görülse de kriz kavramının kapsamlı bir şekilde ele alınması Amerika'da bir gece

kulübünde yaşanan yangın sonrasına dayanmaktadır. 1942 yılında Boston'da yaşanan olay sonrasında Eric Lindemann ölen kişilerin yakınlarını ve yangından etkilenmiş olanların yaşadıkları akut yas tepkilerini klinik ortamda inceleyerek kriz çalışmalarını sistemli bir hal almasında önemli bir rol oynamıştır. Bu zamana kadar Amerika'da bu düzeyde bir kriz yaşanmamış olduğundan ruh sağlığı servisleri anksiyete, depresyon ve kişilik bozuklukları gibi genel ruhsal bozukluklar üzerine yoğunlaşmışlardır (Knox & Roberts, 2016).

Amerika'nın Boston eyaletinde yaşanmış olan bu olaydan sonra Lindemann ve Caplan birlikte ruhsal sağlık programı başlattılar. Bu dönemde II. Dünya savaşının etkileri de devam etmekte olduğundan genelde bebek ölümleri, ani yas ya da yetersiz doğumlara bağlı ortaya çıkan bireysel travmalara yönelik çalışmışlardır. Savaşın bitmesine müteakip yetersiz ya da ölü doğan bebeklerin anneleriyle çalışmalar ağırlık kazanmıştır. Yapılan çalışmaların neticesinde Caplan (1964), erken müdahalenin olduğu önleyici psikiyatri alanına yönelmiştir. Bu durum kriz odaklı, kısa vadeli bir eğilimi gün yüzüne çıkarmıştır. Bu zamana kadar kriz durumuna önceden müdahale edilmesi düşüncesi hiç gündeme gelmemiştir. Lindemann ve Caplan'ın yürütmüş olduğu bu ruhsal sağlık programı bundan sonra geliştirilen krize müdahale programlarına örnek teşkil etmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960'lı yıllarda artan intihar olaylarından sonra toplumsal sağlık hareketlerinde de artış meydana gelmiş bu durumun sonucunda krize müdahale merkezleri kurularak 24 saat açık olması sağlanmıştır. Bu merkezler Caplan (1964)'ın stratejilerini örnek almış ve bu doğrultuda krize müdahaleler gerçekleştirmişlerdir (Kanel, 2019). 1960'lı yıllardan sonra ruh sağlığı uzmanları ve daha birçok meslek grubu da kriz çalışmalarına katkı sağlamıştır. Kriz çalışmalarının yürütüldüğü danışmanlık merkezleri, hastaneler ve diğer toplum sağlığı kurumları farklı disiplinlerin birlikte yer aldığı multidisipliner ekiplerle yapılmaya başlanmıştır (Knox & Roberts, 2016).

2.1.2. Krizin doğası. Kriz sürecinin başlaması için tetikleyici bir olayın olması gerekmektedir. Birey tarafından bu olayın algılanarak duygusal strese neden olması başa çıkma mekanizmalarında bozulmaya neden olabilmektedir (Kanel, 2019). Her olay bireyde aynı duygusal tepkiye yol açmayabilir. Bireyin olaya yüklediği anlam ve

nasıl algıladığı krizin hızı üzerinde belirleyicidir. Aynı ya da benzer durumlarla karşı karşıya kalan bireyler farklı stres tepkileri verebilir ya da stres tepkileri vermeyebilir. Aynı şekilde birey yaşamın farklı zamanlarında yaşadığı benzer krizlere farklı tepkiler de verebilir. Bu durum yaşanan krizlerin patolojik sonuçlarının olmayacağını göstermektedir (Kaya ve Yağan, 2022, s. 6).

Caplan (1964), kriz sürecini dört evreye ayırmıştır:

1. Olayla karşılaşma evresi: Tetikleyici olay sonrası bireyin dengesi bozulur. Kişi dengesini tekrar sağlayabilmek için daha öncesinde kullandığı problem çözme metodlarına başvurur.
2. Kriz durumunu çözülmemesi ve başarısızlık evresi: Kişi mevcut başa çıkma metodları ile başarıya ulaşamaz ve yetersizlik duyguları yaşar.
3. Problemi çözmede başarısızlığın devam ettiği evre: Birey kriz durumunu aşabilmek adına tüm içsel ve dışsal kaynakları harekete geçirir.
4. Problemin sürdüğü evre: Kriz çözümlenmemiş ve hala artmaya devam etmektedir. Birey bu evrede duygusal yıkıma uğrayabilir ya da krizi yeni başa çıkma mekanizmaları ile çözebilir.

Bireyin yaşadığı stersin krize dönüşmeden çözülmesi tetikleyici olayı algılamasında değişim yaratmaktan geçer. Bireyin bilişsel bakış açısının tetikleyici olayla baş edebilmesinin sağlanması stres durumunun krize yol açmadan çözülmesini sağlar. Bu durum "bilişsel anahtar" olarak adlandırılmaktadır (Slaikeu, 1990). Kişi stresli durumla baş edebildiğinden zaman içerisinde işlevselliğinde artış olacaktır. Bu durum bireyin yeni başa çıkma becerileri kazanmasını sağlayarak duygusal stresinde azalma meydana getirecektir. Kısaca bireyin işlevselliğinin artması kendi kaynakları ile kriz durumunu çözmesini sağlayabilir. Ancak her bireyde bilişsel anahtar aynı işlevselliği göstermeyebilir. Bazı durumlarda krizin çözülebilmesi için uzman kişilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Kanel (2003), krizin atlatılmasını sağlayan çeşitli etmeleri şu şekilde belirtmiştir: bireyin ego gücü, kişilik problemleri, fiziksel durumu, zekası ve eğitimi. Bireyin dünyayı algılayışında ne kadar gerçekçi davrandığı ego ile ilgilidir. Gerçeklerin daha net görülmesi egonun güçlü olmasına bağlıdır. Bireyin egosunun zayıf olması gerçekleri algılamasında zayıflığa yol açarak kriz sürecinde davranışlarını

yapılandırmak için bireysel psikolojik danışmaya, ilaç tedavisine veya aile müdahalesi gibi unsurlara ihtiyaç duymasına neden olabilir. Bireyin geçmiş yaşantıları ego gücü üzerinde etkilidir. Birey geçmiş yaşantılarında stresle baş edebilmiş ise egosu güçlenmiş, stresle baş edememiş ise ego gücü azalmıştır.

Krize müdahalede kişilik problemleri de engel oluşturabilmektedir. Bazı kişiler güçlü olma ya da yardım kabul etme konularında problem yaşayabilmektedir. Kimi insanlar çatışmadan kaçınırken kimi insanlar paranoiddir. Bu bireyler için farklı müdahale yöntemlerinin kullanılması gerekebilir.

Bireylerin fiziksel durumları krizle nasıl başa çıktıklarını etkilemektedir. Sağlıklı bireylerin, daha çok enerji ve yetenekleri olduğundan kişisel ve sosyal kaynakları daha fazla kullanabilmektedirler. Bunlarla birlikte eğitim düzeyi ve zeka da yaşanan krizin sonucunu olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. İyi eğitim almış bireylerin daha donanımlı olması beklenir bu durumun da krizle baş edebilmesini kolaylaştırmaktadır. Zeka seviyesi düşük insanlar zeka seviyesi yüksek olanlara göre olayları ve göstermiş oldukları tepkileri anlamada daha fazla zorluk yaşarlar. Bu durum da problemleri çözmede daha az esneklik göstermelerine ve kriz durumuyla başa çıkmada zeki kişilere göre daha az başarılı olmalarına neden olabilmektedir (Kanel, 2003).

2.1.3. Krize müdahale modelleri. Krize müdahale de birçok farklı model bulunmaktadır. Model seçilirken krizin bireyi nasıl etkilediğine, kriz durumunun aciliyetine, bireyin yaşam tehlikesine, kendine ve çevresindeki kişilere zarar verme durumuna ve akut ya da kronik oluşuna göre karar verilebilir (Gilliland & James, 1997). Bu başlık altında krize müdahale becerileri üzerinde durularak genel özellikleri hakkında bilgi verilecektir.

2.1.3.1. ABC modeli. Jones (1968) tarafından geliştirilmiş kısa süreli bir modeldir. Üç aşamadan oluşmaktadır. Model ismini aşamalarının baş harflerinden almıştır. Bu modelde işlevselliği strese bağlı olarak azalmış, psikolojik olarak bitkinlik yaşayan bireyle iletişim kurulup ruh sağlığı üzerine görüşmeler yapılarak yardımcı olmak amaçlanmıştır. Modelin aşamaları aşağıdaki gibidir:

1. İletişim kurma ve iletişimi geliştirme (Achieving contact)

2. Problemi tanımlama ve terapötik etkileşim kurmak (Boiling down problem)
3. Başa çıkma ([Coping with the problem]; Jones, 1968, akt. Kanel, 2003).

2.1.3.2. ACT modeli. Bu model Albert R. Roberts tarafından geliştirilmiştir. Geliştirilme aşamasında "Yedi Basamaklı Müdahale Modeli" ve "On Basamaklı Akut Travmatik Stres Protokolü" nden faydalanılmış ve bu modellerin bütünleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Üç basamaktan oluşan modelin basamakları aşağıda sıralanmıştır:

2.1.3.2.1. Değerlendirme (assessment). Kriz danışmanı ve travmatize olmuş kişinin ilk temasında bilgi toplamak amacıyla yapılmaktadır. Tedavi planlamasını kolaylaştırmak adına bireyin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi fayda sağlayacaktır. Bu aşamada bireyin psikolojik ve fiziksel sağlık öyküsü, madde kullanım durumu, gelişimsel, sosyokültürel ve psikososyal durumu ele alınmaktadır.

2.1.3.2.2. Destek gruplarına bağlanma (connecting). Bu aşama stres yaşayan bireylerin iyileştirme çalışmaları için sosyal servislerle iletişime geçmeyi içermektedir (Mitchell & Everly, 1993).

2.1.3.2.3. Travma tedavisi (trauma treatment). Bu aşamada uzmanın bireylerin kapsamlı değerlendirmesini yaparak somut hedefler doğrultusunda tedavi sürecini planlayarak oturum süreçlerinin danışan ile kararlaştırılması gerekmektedir. Süreçte nefes ve kas gevşetme egzersizleri, EMDR, yönlendirici olan ya da olmayan danışmanlık teknikleri, travmatik olay kaydı gibi teknikleri kapsayan danışmanlık hizmeti sunulmaktadır (Yeager & Roberts, 2015).

2.1.3.3. Roberts'in yedi basamaklı krize müdahale modeli. Bu model hastanın probleminin çözümünün hızlı bir şekilde değerlendirilmesine vurgu yapmaktadır. Ayakta tedavi yapılan toplum akıl sağlığı merkezlerinde, psikolojik danışma merkezlerinde, psikiyatri kliniklerinde veya krize müdahalenin yapılandırılmasında kısa süreli terapi için etkili bir plan yapılmasına kolaylık sağlamaktadır. Bu krize

müdahale modelinde danışanın güçlü yönlerinin vurgulanması, alternatif başa çıkma metotlarının belirlenmesi ve danışana kazandırılması planlanan beceriler konusunda işbirliği yapılması yoluyla daha fazla etkili olacak bir müdahale hedeflenmektedir. Bu yaklaşım, kriz durumuna verilen tepkinin davranışsal, bilişsel ve duyuşsal değerlendirmesini yapmak maksadıyla da kullanılabilir. Model yedi basamaktan oluşmakla birlikte basamakları aşağıdaki gibidir (Roberts & Ottens, 2005).

2.1.3.3.1. Hastanın ölme ihtimalinin değerlendirilmesi. İlk Yapılması gereken bireyin ölme ihtimalinin değerlendirilmesidir. Müdahalede bulunan birey hızlı davranarak yardıma ihtiyaç duyan bireyin biyopsikososyal değerlendirmesini eksiksiz bir şekilde yapması gerekmektedir. Bu değerlendirme süreci bireyin tıbbi ihtiyaçlarını, içsel ve dışsal başa çıkma becerilerini, destek kaynaklarını, bireyin çevresindeki stres kaynaklarını ve çözüm yollarını kapsamalıdır (Eaton & Ertl, 2000).

2.1.3.3.2. İlişki kurma. Yardıma ihtiyaç duyan bireyin yakınlık kurmasının kolaylaşması danışmanın kabulkarlık ve saygı gibi koşulları sağlamasından geçmektedir (Roberts, 2005). Bu kısımda danışanın güven ve gizlilik konularında rahatlatılmasına ve danışan-danışman ilişkisinin sağlıklı bir zemin üzerine oturtulmasına odaklanılır.

2.1.3.3.3. Sorunu tanımlama. Amaç temel problemleri veya krizin tetikleyicilerini tanımlamaktır. Bu kısımda danışman danışanın yaşadığında ona yardımcı olabilecek unsurları izah etmekle ilgilenir (Ewing, 1978; akt. Roberts & Ottens, 2005).

2.1.3.3.4. Duygularla ilgilenmek. Bu kısımda danışman etkin dinlemeden yararlanarak danışanın duygularını ifade etmesi, kriz durumuyla ilgili yaşadıklarını anlatması için onu cesaretlendirir (Egan, 2002). Danışanın uyum sağlaması ve davranışsal alternatifleri dikkate almasına yardım etmek amacıyla bilgilendirme, yeniden yapılandırma ve yorumlama gibi teknikler kullanılır.

2.1.3.3.5. Alternatifleri araştırmak ve keşfetmek. Bu basamakta başarı sağlandığı takdirde danışan duygusal dengeyi sağlama ve duygularını yeniden yapılandırma konusunda yeterlilik sağlayabilir. Danışanın yaşamış olduğu benzer kriz durumlarıyla başa çıkma yöntemlerinin ortaya konduğu aşamadır. Danışan kriz durumunu tam ve bir bütün olarak görmede yetersiz kalabilir. Birey çoğunlukla kendisinde var olan başa çıkma becerilerini kullanmada ısrarcıdır. Bu nedenle bu aşamada danışman zorlanır. Danışan ve danışman tarafından seçenekler ortaya konur. Seçilen alternatif başa çıkma becerilerini danışanın onaylaması önemlidir.

2.1.3.3.6. Eylem planı geliştirme ve uygulama. Bu aşamada müdahale planı uygulanır. Planda belirli noktalar üzerinde durulur. Bunlar: danışanın güvenliği konusunda anlaşma, iletişim kurulacak telefon numaraları, yüksek kaygı durumlarında gözlem yapılması ve gerektiğinde tıbbi destek alınması, bireyin sosyal çevresiyle iletişimini sürdürmesi için destek sağlanması, yapılan anlaşmalara bağlı kalınmaması ve bireyin güvenlik durumu riskinin azalmadığı durumlarda gerekli müdahalenin yapılmasıdır.

2.1.3.3.7. İzleme/takip etme. Danışmanın, danışanın iyilik halinin devamını sağlayabilmek için değerlendirmeyi içeren danışanla birlikte yapılan bir takip aşamasıdır. Değerlendirme; bireyin fiziksel durumunu, yaşanan olaya ilişkin bilişsel süreçlerini, sosyal, akademik ve psikolojik işlevselliğini, tedavi sürecini, strese neden olan durumları ve bunların ele alınma biçimini ve olası sevk durumlarını içermektedir. (Yeager & Roberts, 2015).

2.1.3.4. Psikolojik ilk yardım. Psikolojik ilk yardım yapılandırılırken temelinde; güvenliği sağlama, sakinleştirme, sosyal destekle bağlantı kurma, umut ve iyimserlik duygusu aşılama bulunan bir erken müdahale yöntemidir (Morganstein & Ursano, 2020). Psikolojik ilk yardım; esnek, kişisel ihtiyaçlara uyarlanabilir ve pratik olması sebebiyle erken müdahale için kullanışlı bir imaj çizmektedir. Spesifik bir terapi yöntemi olmayan psikolojik ilk yardımın amacı travmatik bir yaşantıya maruz

kalmış insanların yaşadıkları stresi azaltarak uyum sağlamalarına destek olmaktır. PİY sunarken mağdurun kendini ifade etmesine müsaade edilmeli, bilgi almak için zorlamalardan kaçınılmalıdır (Brymer vd., 2006; Savi Çakar, 2022). Psikolojik ilk yardımın temeli sekiz temel eylem ilkesi üzerine kurulmuştur (Brymer vd., 2006). Bunlar:

1. Bağlılık ve temas
2. Güvenlik ve rahatlık
3. Dengeleme/stabilizasyon
4. Bilgi toplama
5. Pratik yardım
6. Sosyal destek için bağlantı kurma
7. Başa çıkma becerileri hakkında bilgi

8. İşbirliği/ortak hizmetlere erişimdir. Bu mevcut modelin dışında farklı birçok PİY modeli bulunmaktadır. Bu modellere ilişkin detaylı bilgilendirme PİY modelleri kısmında yapılacaktır.

2.1.3.5. Bilişsel davranışçı model. Kriz durumunun oluşmasında bireyin olayı algılayış şekli büyük önem taşımaktadır. Algılayış şekli yaşanan olayın krize dönüşüp dönüşmeyeceğini belirlemektedir. Kişinin düşünce sistemi doğrudan algıyı etkilemektedir (Kanel, 2003). Bilişsel davranışçı model bireyde krize yol açan gerçekçi olmayan düşünceler üzerinde çalışır (Foa & Rauch, 2004). Sorunun çözümüne yönelik becerileri bireyin mevcut kaynaklarını harekete geçirerek kazandırmak esastır. Danışanın edinmiş olduğu bilgilerin beceriye dönüştürülmesinin sağlanması için egzersizlerden ve ev ödevlerinden faydalanılır (Doğan ve Güney Karaman, 2021). Dattilio ve Freeman (2007), bilişsel davranışçı modelin uygulama aşamalarını şu şekilde sıralamıştır: Terapötik iş birliğinin sağlanması, kriz durumunun değerlendirilmesi, Danışanın mevcut kaynaklarının değerlendirilmesi, güçlü yönlerinin vurgulanması, problemin çözülmesi, eylem planının geliştirilmesi ve yeni başa çıkma mekanizmalarının ele alınmasıdır.

2.1.3.6. Eklektik krize müdahale modeli. Kişiler ve onların özellikleri; kriz durumları ve bu durumlarda yarar sağlayabilecek stratejiler farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle kişiye ve duruma en uygun yaklaşımın benimsendiği bir modeldir (Kanel, 2015). Bu modelde psikososyal geçiş, dengeleme, uyum sağlama ve bilişsel modeller birlikte kullanılmaktadır (Gilliand & James, 1997, akt. Doğan, Karaman ve Erdur-Baker, 2020).

Eklektik modelin uygulanması; bireyin doğru ve çok yönlü değerlendirilmesinin hızlıca yapılmasını, içinde bulunduğu duruma ve özelliklerine göre çözümlerin belirlenmesini ve kısa dönemli bir müdahale yaklaşımının hızlıca uygulanmasını sağlar. Kısaca bu model, farklı krizler ve kişilik yapılarına göre travmatik yaşantının özellikleri de göz önünde bulundurularak farklı bir modelin seçilmesinin ve kullanılmasının gerekliliğine vurgu yapmaktadır (Doğan, Karaman ve Erdur-Baker, 2020).

2.1.3.7. Kapsamlı bir model: Birinci ve ikinci düzey krize müdahale. Kriz olaylarının çözüme kavuşmasında kapsamlı bir müdahale modelinin gerekliliği üzerinde durulmuştur. Müdahale modeli, birinci ve ikinci düzey olmak üzere iki boyutta ele alınmıştır. Birinci düzey, hayati tehlikeyi azaltmayı, toplumsal kurum ve kuruluşlarla işbirliğini ve kişiye faydalı olabilecek sosyal destek unsurlarını harekete geçirmeyi barındırmaktadır. İkinci düzey ise, kriz olayının çözümlenmesini hedefleyen kısa süreli bir tedavidir. İkinci düzey müdahale birinci düzeye kıyasla daha fazla zaman ve baş edebilme becerisi kazandırmayı hedeflemektedir (Slaikeu, 1990).

2.1.3.8. Psikolojik bilgilendirme (debriefing). Psikolojik bilgilendirme(debriefing), psikolojik ilk yardımdan farklı olsa da o da erken dönemi işaret eden bir uygulamadır. Travmatik duruma ilişkin yapılandırılmış grup toplantısı olan psikolojik bilgilendirmenin (debriefing) amacı, yaşanmış olan olayın bireyler üzerinde oluşturmuş olduğu izlenimlerin gözden geçirilmesiyle olayın etkilerinin azaltılması ve olayın yaratmış olduğu stresten kurtulmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Bryce, 2001). Aynı zamanda mağdurların akut stres düzeyini hafifletmek amacıyla kullanılan ve çeşitli müdahaleleri de içeren Erken psikolojik müdahaleler (EPI) dikkati çekmektedir. Bu müdahaleler Amerikan Kızıl Haçı

(Amarican Red Cross), Uluslararası Kritik Olay Stres Vakfı (International Critical Incident Stress Foundation) tarafından da kullanılmaktadır. İçerisinde kriz müdahalesi, triyaj, konsültasyon, psikolojik ilk yardım ve tıbbi müdahaleler de bulunan erken psikolojik müdahale çok bileşenli bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır (SAMHSA, 2015).

2.1.3.9. Dinle, koru, bağlan (listen-protect-connect/LPC). Afet sonrasında çocukların kendilerini ifade ederek durumu anlamlandırmalarını ve sosyal destek kaynaklarıyla bir araya gelmelerini sağlamak için yapılandırılmış üç adımdan oluşan bir psikolojik ilk yardım modelidir. Model içeriğinde aile ve öğretmenlerin bilgilenmelerini sağlayacak içerikler de barındırmaktadır (SAMHSA, 2015). Her ne kadar bu model afet sonrası olumsuz etkilenmiş çocuklara bilgi, rahatlık ve destek sunmayı amaçlamışsa da okul tabanlı olması afet sonrasında da kullanımını verimli kılmaktadır (Ramirez vd., 2013). Schreiber, GurwitchWong, ve Schonfeld (2006), modelin aşamalarını şu şekilde özetlemiştir:

2.1.3.9.1. Dinle (listen). Yaşanan olaydanxz etkilenmiş olan çocuğun kendini suçlaması ve gerçek olmayan şeylerden dolayı endişelenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çocuğun konuşmalarının cesaretlendirilerek etkin dinlenmesi ve sorularının cevaplanması büyük önem arz etmektedir. İlişkiyi destekleyici olabilmek adına süreçte çocukların zorla konuşturulmaya çalışılmaması, dinlenildiğinin hissettirilmesi, sorularının açık ve net şekilde cevaplanması önemlidir. Süreçte oyun oynama, yazma ve çizme gibi farklı yöntemlerin çocuğun kendini ifade etmesini kolaylaştırabileceği düşünülebilir.

2.1.3.9.2. Koru (protect). Çocuğun güvenliğinin sağlanması koruma aşamasıyla ilişkilidir. Bu aşamada çocuğun önceliklerine dikkat edilerek temel ihtiyaçlarının karşılanması, ilerleyen zamanda günlük rutinlerine dönmesi için fırsatlar sunulması ve iletişimin güçlendirilerek sürdürülmesi önemlidir. Davranışlarla çocuğa örnek rol model olmak ve rutinlerin devamlılığı sağlamak çocukları güvende

hissettirmektedir. Yaşanmış olan afet sonrası çocukların yalnız bırakılması gereken durumlarda dikkatli olunmalıdır.

2.1.3.9.3. Bağlan (connect). Son aşama olan bağlan kısmında çocukların ve yetişkinlerin güçlü hissetmelerini sağlamak için sosyal destek kaynaklarıyla bir araya gelmelerinin ve yakın kişilere ulaşılmasının sağlanması gerekmektedir. Eski işlevselliğe dönüşe fayda sağlayabilecek durumlardan biri de afet öncesi bir araya gelinen insanlarla tekrar bir araya gelmektir. Afetin etkileriyle baş etmede destek olabilecek diğer durumlar; yeni bağlantılar oluşturmak, yeni aktiviteler deneyimlemek ve başkalarına yardım etmektir.

Ramized vd. (2013) bu modelin etkililiğine ilişkin yaptıkları çalışmada 20 çocuğun depresyon ve travma sonrası stres tepkilerinin azaldığını, süreç içerisinde sosyal destek yapılarının ve okula bağlılığın arttığını tespit etmişlerdir. Bu durum göz önünde bulundurularak modelin yararlı sonuçlar verebileceği görülmektedir.

2.1.3.10. Kritik olay stres bilgi alma (CISD). Psikoterapi müdahalesi olmayan CISD, Jeffrey T. Mitchell tarafından geliştirilen yaygın bir bilgi alma protokolüdür. Yaşantı paylaşımı yoluyla stresin kontrol altına alınması amaçlanmaktadır. Gruplarla ilerleyen süreç uzman kişilerce yönetilmekle birlikte yaşanan olayın hemen ardından uygulanan bir müdahale yöntemi değildir. Olay sonrası 24-72 saat aralığında uygulanabilmekte ve her yaş grubuna faydalı sonuçlar vermektedir (Bryce, 2001). CISD 7 basamaktan oluşmakta, küçük homojen gruplarla psikoeğitimsel bir kriz müdahale çalışmasını içermektedir. Grup üyelerinin zorlayıcı yaşam olayı sonrası tepkilerinin normalleşmesini sağlayarak toparlanmasını kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Mitchell (1983), modelin işleyişini aşama aşama şu şekilde belirtmiştir:

2.1.3.10.1. Birinci aşama giriş. Katılımın desteklendiği, tanışma, gizlilik ve gönüllülük kurallarının ele alındığı kısımdır.

2.1.3.10.2. İkinci aşama gerçekler. Yaşanana olayın somut ve yansız bir şekilde ele alınma aşamasıdır. Olayın ayrıntılarına inilmez ve yaşanan duygular ifade edilmez.

2.1.3.10.3. Üçüncü aşama düşünceler. Kendini açmanın kolaylaştırılması için düşüncelerin ele alındığı bilişsel alandan duyuşsal alana geçişin olduğu aşamadır.

2.1.3.10.4. Dördüncü aşama tepkiler. Bu aşama modelin kalbi olarak nitelendirilir. Yaşanmış olan olayın etkilerinin ele alındığı, duygulara odaklanılan aşamadır. Bu aşamanın sonunda duyuşsal alandan bilişsel alana tekrar geçiş yaşanmaktadır.

2.1.3.10.5. Beşinci aşama belirtiler. Yaşanan olay sonucunda ortaya çıkan duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal belirtilerin ele alındığı kısımdır. Ortaya konulan semptomlar bir sonraki aşama için hazırlıktır.

2.1.3.10.6. Altıncı aşama öğretim. Stres yönetimi ve mağdur tepkileri ile ilgili bilgi verilerek belirtilerin normalleştirilmesi amaçlanır.

2.1.3.10.7. Yedinci aşama yeniden giriş. Soruların ele alınarak özetlemenin yapıldığı ve gerekli doküman desteği sağlanarak sürecin tamamlandığı son aşamadır. CISD doğrudan kriz danışmanlığı modeli olmaktan ziyade olaydan etkilenen bireylerin tepkilerinin normalleştirilmesine yardımcı olan bir grup müdahalesidir.

2.1.3.11. Akut travmatik stres yönetimi modeli. Raymond D. Shelton ve Mark D. Lerner tarafından oluşturulan 10 aşamalı bir protokol olan akut travmatik stres yönetimi modelinde doğrusal ilerleyiş her durum için uygun olmayabilmektedir. Bu nedenle uygulama da esneklik gösterilmesi gerekmektedir. Bu model akut stres durumlarının kronik hale gelmesini önlemeyi ve travmatik olaylar esnasındaki

psikolojik travmayı hızlı bir şekilde değerlendirmeyi amaç edinmiştir (Lerner, 2022). Modelin aşamaları kısaca şu şekilde özetlenebilir (Lerner & Shelton, 2005; Lerner, 2022):

2.1.3.11.1. Güvenlik durumlarının değerlendirilmesi. Bireyin kendisinin veya başkalarının güvenliğini riske atabilecek durumları değerlendirmesi gerekmektedir. Örnek verilecek olursa destek vermek için gidilen tehlikeli gazlarla dolu bir ortama gerekli malzeme olmadan girmek, yapılacak desteği tehlikeye sokmaktır.

2.1.3.11.2. Yaralanma mekanizmasının düşünülmesi. Dahil olunması planlanan afet alanı hakkında izlenim oluşturmak, etkilenen kişilerin algısal ve fiziksel olarak nasıl etkilendiğinin doğru değerlendirilmesi gerekmektedir. Örnek verilecek olursa intihar bombacısı olayında sakat kalan insanların görüntüleri ya da saldırıdan etkilenmiş olan kişilerin çığlıkları yardıma gelmiş olan kişilerin üzerinde kalıcı etki yaratabilir. Bu durum bireylerin yardım etmek için gerekli olan yeteneklerini kullanmasını ketyebilir.

2.1.3.11.3. Duyarlılık düzeyinin değerlendirilmesi. Olayın etkisinde bulunan insanların tepkilerinin doğru değerlendirilmesi gerekmektedir. Mağdurun yaşadıklarının farkında olup olmaması ve acıyı hissetme durumu gibi faktörlerin iyi gözlemlenmesi önemlidir. Bunların yanında travmatik olaylardan sonra duygusal şok yaşandığından kişilerin üzerinde bir umursamazlık durumu oluşabilmektedir. Akut travmatik stres etkisi olduğundan dolayı bu durum beklenen bir tepkidir.

2.1.3.11.4. Tıbbi ihtiyaçları ele almak. Acil müdahale ekipleri tarafından mağdurların tıbbi olarak tam ve doğru değerlendirilmesi gerekmektedir. Örnek olarak kazada yaralanmış olan kişinin hareket ettirilmemesi gerekir. Hayatı tehdit edici yaralanmalar ve hastalıklar psikolojik ihtiyaçlardan daha önceliklidir.

2.1.3.11.5. Gözlemleme ve tanımlama. Sürecin sağlıklı şekilde işleyişi için olaydan dolayı ya da doğrudan etkilenen kişileri dikkatle değerlendirmek gerekir. Olayın mağdurlarını gözlemleyerek travmatik stresi işarete eden belirtilerin farkında olmak önemlidir.

2.1.3.11.6. Kişiyle bağlantı kurma. Mağdur olan kişiyle ilk kurulan temasta yardım sunan kişinin kendisi ve görevini tanıtarak başlaması daha sağlıklı olacaktır. Ayrıca basit soru ve sözsüz mesajlar verilerek ilişki geliştirilebilir. Travmatik yaşantı sonrası yardımda bulunacağımız kişilerin yoğun duygu durumları içerisinde olabileceği unutulmamalıdır.

2.1.3.11.7. Kişiyi topraklama. Travmatik olay sonucunda bireyin gözünde gerçekler bulanıklaşır bu süreçte bireyin desteklenmesi önemlidir. Yardım sağlanan kişinin hikayesini anlatması için kişi cesaretlendirilmeli ve kişinin anlatımında öncelikle somut gerçeklik ele alınmalı anlatım daha çok bilişsel düzeyde gerçekleşmelidir. Sürecin bu şekilde gerçekleşmesi için fizyolojik ve davranışsal tepkilerin konuşulması teşvik edilmelidir.

2.1.3.11.8. Destek sağlama. Travmatik olay sonrasında çoğu kişi kendi dünyasına çekilerek yalnızlık yaşayabilir. Bireye yalnız olmadığının hissettirilmesi için destek sunulmalı, empatik dinleme yapılmalı ve duygularını yaşamasına izin verilmelidir. Bu olumlu iklim bireyin kontrol hissini kazanmasına yardımcı olabilir.

2.1.3.11.9. Tepkiyi normalleştirme. Bu süreçte bireyin göstermiş olduğu fizyolojik, duygusal, bilişsel ya da davranışsal tepkilerin anormal bir olayla baş edebilmek için verilmiş tepkiler olduğunun bireyle konuşulması faydalı olacaktır.

2.1.3.11.10. Geleceğe hazırlama. Son aşama kısmında yaşanmış olan olayın gözden geçirilerek bireyin şu ana getirilmesi ve gelecekte yaşanabileceklerle ilgili bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Bu süreçte bireyin anlaşılmadığını

düşünmemesi için "her şey yoluna girecek" demek yerine "bu zor süreçte birlikte olduğumuz için mutluyum" demek daha faydalı olacaktır.

Akut travmatik stres yönetimi modülünün ilk 4 aşaması acil müdahale ve durum yönetimi gerektirdiğinden uzmanlık gerektirmektedir. Diğer kısımların içerikleri herkesin uygulayabileceği şekilde düzenlenmiştir (Lerner, 2022).

2.2. Travma Kavramı

Travma; kişinin yaşamsal bütünlüğüne yönelmiş bir tehdit durumunun oluşması (Işık ve Aker, 2020), kişiyi fiziksel, davranışsal ve duygusal olarak negatif etkileyen, baş edilmesi zor, genel yaşam şartlarını güçleştiren yaşantılar (Zara, 2011) olarak tanımlanmaktadır. Bu yaşantılar bireylerin psikolojik yapıları üzerinde spesifik etkilere neden olmaktadır (Yücel, 2014). Travma Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından ise "sarsıntı" olarak ifade edilmiştir (TDK, 2021).

Travmatik olaylar; aniden ortaya çıkar, korku, çaresizlik, dehşet duygularına sebebiyet verir, bireyin sahip olduğu başa çıkma mekanizmalarını alt üst eder ve aynı zamanda bireyin yaşamını, fiziksel bütünlüğünü tehdit etmektedir (Herman, 2019). Günümüzde travmanın en çok tercih edilen tanımlamasının Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5) belirtildiği şekliyle olduğu görülmektedir. DSM-5'e göre travma, kişinin "doğrudan, yakın arkadaşlarının ya da aile üyelerinden birinin başına gelmiş olan travmatik olayı öğrenme, başka kimselerin başına gelen olaya tanık olma, meslek nedeniyle hayatın örseleyici rahatsız edici ayrıntılarıyla sürekli karşı karşıya kalma yollarından biri ile ağır yaralanma, cinsel saldırıya uğramış olma, gerçek ya da korkutucu bir ölüm" neticesinde yaşamış olduğu durum olarak açıklanmaktadır. Travma kavramının tanımlarına bakıldığında, yaşanan olayın kişiyi fiziksel ve duygusal anlamda etkilemiş olmasına, sarsmasına, incitmesine ve yaralamasına dikkat çekildiği görülmektedir (Hapke, Schumann, Rumpf, John & Meyer, 2006; Keane, Silberboğan & Weirech, 2008). Travmatik yaşantılar kaynağına bakılarak gruplandığında; doğal yollarla yaşananlar (sel, deprem, tsunami gibi) ve insanlar tarafından yaratılanlar (işkence, savaş, tecavüz gibi) olarak ikiye ayrılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Bulut, 2003). Bireyleri sıkıntıya sokan bu durumlara gösterilen duygusal tepkiler insani ve doğal kabul edilmesine karşın sonucunda zihinsel bir rahatsızlık geliştirmiş olan travmatize bireylerin tüm

yaşamlarını travmaya tepki verircesine organize ettikleri görülmektedir (Van der Kolk, Weisaeth & Van der Hart, 1996, akt. Eker, 2016). Yapılan araştırmalar travmatik yaşam öykülerinin bireylerin hayat bakışına zarar vermek yoluyla işlevselliklerini bozabildiğini göstermektedir (Gibbs, 1989, Horowitz, 1986, Janoff-Bulman, 1989, akt. Eker, 2016).

Travmatik bir yaşam öyküsünden sonra bireyler düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınmak için yoğun bir çaba içerisinde olabilirler. Travmatik bir yaşam öyküsü olan bireyler çaresizlik, dehşet ve korku tepkileri gösterebileceği gibi kendilerini zorlayan ve sıkıntı yaratan olayları, anıları tekrar tekrar hatırlayabilir ve rüyalarında görebilirler. Yaşamış oldukları travmatik olayı tekrar yaşarcasına davranışlar gösterebilir ve yaşamış oldukları olayı çağrıştıran bir durumla karşılaştıklarında kendilerini yoğun bir sıkıntı içerisinde hissedebilirler. Bu hislere fizyolojik tepkiler de eşlik edebilmektedir (Amerikan Psikoloji Birliği (APA), 2013).

Travma, durumsal bir olgu olmakla birlikte zaman içinde ilerleyen uzun süreli sosyo-psikolojik bir süreç olarak da karşımıza çıkmaktadır (Akcan, 2018). Yapılan araştırmalar, çocukluk zamanında yaşanan ölümlerin %49'una travmaların sebep olduğunu ve hayat boyunca görülen travmaların %25'inin çocukluk zamanlarında gerçekleştiğini ortaya koymaktadır (Ofiaz, 2015). Bu istatistiklere bakıldığında çocukluk çağı travmalarının büyük risk teşkil ettiği ve üstesinden gelinmediği takdirde ilerleyen yaşlarda davranışsal ve psikolojik bozukluklara neden olabileceği görülmektedir (Ray, 2014). Buradan yola çıkıldığında travmatik olaylar sonrası ortaya çıkan bozukların toplum sağlığı ve psikopatolojik olarak önemli bir tablo ortaya koymaktadır.

Travmatik olaylar sonucunda ortaya çıkan rahatsızlıklar iki grupta toplanılabilir (Özen, 2018). Bunlar;

1. Psikolojik travmanın gerekli görüldüğü ancak rahatsızlığı oluşturmada yeterli olmadığı ruhsal rahatsızlıklar. Uyum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, akut stres tepkisi, tanımlanmış/tanımlanmamış diğer örselenme ve tetikleyici bozukluklar gibi.

2. Psikolojik travmanın gerekli görülmediği ancak tetikleyici rol oynadığı ruhsal rahatsızlıklar. Alkol-madde kullanımı, psikotik bozukluklar, kişilik

bozuklukları, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, konversiyon bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, depresyon ve somatizasyon gibi.

2.2.1. Travma çalışmalarının tarihçesi. İnsanoğlunun dünyadaki varlığından bu yana doğanın yıkıcı yönünün olması, insanoğlunun saldırganlığa olan eğilimi ve vahşi doğasıyla birlikte ölüm olgusunun varlığı travma konusunu insanoğlunun tarihi kadar eski kılmakta ve önümüze hayatın bir gerçeği olarak koymaktadır (Özen, 2018). İnsanoğlunun tarihine bakıldığında travmatik yaşantılara verilen bireysel tepkilerle dolu olduğu görülür (Monson & Friedman, 2018). Travmatik yaşantılar ile psikolojik sorunlar arasında ilişki olduğu çok eski zamanlarda oluşmasına karşın travma kavramının resmiyette psikoloji biliminde ilk kullanımı 1980 yılında Amerikan Psikoloji Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) üçüncü baskısında Travma Sonrası Stres Bozukluğunun tanımlanmasıyla gerçekleşmiştir (Özen, 2017). Travma kavramın resmiyete bu kadar geç girmesinin nedenine bakıldığında insanlar üzerindeki etkisine pek dikkat çekilmediği bedensel sağlığın ruh sağlığına nazaran daha ön planda tutulduğu görülmektedir (Vogt, D.W. King & King, 2007). Travmanın insanoğlunun hayatı ile başlayan uzunca serüvenine karşın TSSB'nin kısa bir serüveninin olduğu belirtilir (Özten ve Hızlı Sayar, 2015). Bunun nedeni insanoğlunun travmaya vermiş olduğu tepkilerin yeni yeni incelenmesidir (Briere & Scott, 2016). Sonraki süreçlerde de travmanın psikolojik sonuçları ile ilgili yapılan çalışmalar her dönemde aynı hızda ilerleme kat etmemiş günün koşullarına göre bazen yoğun bazense durgun olduğu üzerinde durulmuştur (Özen, 2017).

Tarihsel süreç içerisinde başlarda travmanın psikolojik etkilerinin çok önemsizlenmesi bireylerin dış faktörlere bağlı travmatik durumları tolere edebileceği düşüncesinin hakim olmasıydı. Travma sonrası psikolojik sorun yaşanması bireyin yatkınlığının bulunmasından ya da mental sorunun olmasından kaynaklandığı düşüncesi hakimdi. Çıkarım olarak kişinin ego savunma mekanizmasının zayıflığı ya da şizofreni vb. gibi biyolojik sebepten kaynaklandığı belirtilmekteydi (Jones & Wessley, 2005). Böyle bir çıkarımda bulunulması travma olgusunun daha çok fiziksel travma bağlamında kullanılmasına (Jones, 2007) ve sadece büyük ölçekte gerçekleşen felaketlerin travma olarak tanımlanmış olmasına neden olmuştur.

Travmatik yaşantıların fiziksel hasarın yanında psikolojik tepkilere de sebep olduğu düşüncesi ilk olarak 1870 yılında Prusya ve Fransa savaşından sonra gün yüzüne çıkmış ve bu hastalarda görülen bozukluklara Kardiner (1959) tarafından "travmatik nevroz" tanısı önerilmiştir (Kardiner, 1959, akt., Çolak, Kokurcan ve Özsan, 2010). Birinci Dünya savaşı sonrasında travmanın insanlar üzerindeki psikolojik etkisi üzerine dikkat çekilmişse de travmatik durumların yeteri kadar araştırılmadığı; yalnızca travmayı tetikleyen bir unsur olarak ele alındığı görülmüştür. Bu durumun İkinci Dünya Savaşı yıllarında da sürdüğü bildirilmiştir (Jones, 2007). Günümüzde ise psikolojik travma anlayışı; savaş nevrozu, cinsel ilişki, ev içi şiddet ve histeri üzerine yapılan çalışmaların sentezi üzerine inşa edilerek meşru bir araştırma alanı yakalamıştır (Herman, 2019).

2.2.2. Travmanın doğası. Bir olayın birey için travma olarak nitelendirilebilmesi için bireyin var olan şemalarının içine yerleştirememesi ve günlük rutin yaşantılarının dışında kalması gerektiğinden bahsedilmektedir. Böyle bir durumla karşılaşan bireyin aşırı uyarılma sonucu bilişsel becerileri bozulduğundan bilgiyi doğru ve anlamlı kodlaması zorlaşmaktadır (Fish-Murray, Koby & Van der Kolk 1987). APA'nın yaptığı tanımlamada da bu süreçlere değinildiği görülmektedir. Buna göre, travmatik yaşantılar kişinin bağ kurma, anlamlandırma ve kontrol duyumlarını, var olan başa çıkma becerilerini olumsuz etkileyerek kişide dehşete ve çaresizliğe sebep olduğu belirtilmiştir (APA, 1994). Bazı araştırmacılar travmatik yaşantıların kabuslar ve zorlayıcı düşünceler şeklinde yeniden yaşantılanması ve travmatik yaşantıların inkar edilmesini bu sürece dayandırmaktadır (Saporta & Van der Kolk, 1991). Herman (2019), bireyin travmatik yaşantıyı unutma yönünde ortaya koyduğu tepkinin organizma tarafından kabul görmediğini hatta inkar etme arzusunun ne kadar kuvvetliyse inkarın işe yaramadığı düşüncesinin de o kadar kuvvetli olduğunu belirtmiştir. Psikolojik travmanın altında yatan en büyük neden de bu dile getirilemez olarak tanımlanan dehşeti inkar etme isteği ile onu haykırma isteği arasındaki çatışmadır. Travmatik iyileşmenin önündeki en büyük engelin bu çatışma durumu olduğu belirtilir. Bu sebeple Herman (2019), ne zaman "gerçek" birey tarafından kabul görürse o zaman iyileşme süreci başlar.

Sungur (1999) tarafından verilmiş olan bazı örneklere bakıldığında aynı psikodinamiği görmek mümkündür. Çocukluğunda cinsel istismara uğramış kişilerin kendi çocuklarını istismar etmeleri, şiddete maruz kalmış kişileri başkalarına şiddet uygulamaları gibi. Van der Kolk (1989)'un da verdiği örneklere bakılacak olursa: çocukluk çağında fiziksel istismara uğramış bireylerin evlatlık olarak verildikleri ailelerini istismarı provoke etme yönünde davranmaları, saldırgan davranışlar sergilemeleri ve kendilerine zarar vermeleri gibi geçmişte yaşamış oldukları travmaları farklı şekilde yansıttıkları ve yeniden yaratmaya devam ettikleri görülmüştür.

Psikolojik travmaya sebep olan olaylar sonrasında bireyin güven ve özsaygı duyguları ani bir erozyona uğrar (Oflaz, 2008). Yaşanan travmatik olay sonrası birey kendini güvende ve değerli görme, diğer insanları olumlu ve yardımsever değerlendirme, dünyayı anlamlı ve kabul edilebilir algılama, incinmezlik ve kırılmazlık gibi duyguları tehdit altında kalır. Böyle bir durum sonrası birey kendini yetersiz, dünyayı da tehlikeli görmeye başladığında bu düşünceler "kontrol kaybı" algısına neden olur (Oflaz, 2008).

Psikolojik travma ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmaların genellikle doğrudan travmaya maruz kalmış kişilere yönelik olduğu görülmektedir. Ancak, travmatik olayların sadece maruz kalan bireyleri değil yakınlarındaki kişileri de benzer derecelerde etkilediği yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur. Bu durumun da DSM IV'de tanımlanmış olan semptomları karşıladığı belirtilmiştir (Dekel & Goldblatt, 2008). Alan yazın incelendiğine bu şekilde dolaylı yoldan etkilenmelere Rosenheck ve Nathan (1985), "ikincil travma", Kellermann (2001) ise "travmanın aktarımı" şeklinde ifade etmişlerdir.

Travmatik yaşantıya doğrudan maruz kalınmadığı için ikincil travma ya da dolaylı travmatik stres olarak tanımlanmış olan ikincil travma tablosu, yukarıda belirtilen durumun dışında yaşadıkları travmatik olaydan kendilerini sorumlu tutmaları ya da "gitmeseydin bunu yaşamazdın, orada olmasaydın başına gelmezdi" gibi ifadelerle başkalarınınca sorumlu tutulmaları sonucunda da ortaya çıkmaktadır (Sungur, 1999). Buradan hareket edildiğinde bilişsel kuramlar tarafından açıklanmış olan, insanların dünyanın adil bir yer olduğunu düşünüp (Staub, 1989) kendilerini adil çözümlere inandırmasına dayandırmaktadır. Böyle bir dayanak noktası insanların bir kabahatleri olmadığı sürece bir felaket durumuyla ya da bir olumsuzlukla karşılaşmayacağı düşüncesini beslemektedir. Bu durum da doğal olarak travma ve felaket durumunda

kişinin bundan sorumlu olduğu; örnek olarak tecavüz ve şiddet durumlarında saldırıya uğrayanın saldırganı kışkırtması gibi ikincil travma yönünde düşünmeye eğilim yaratır (Sungur, 1999).

2.2.3. Travmaya psikolojik müdahaleler. Yetişkinlerde travma/TSSB'yi önleyebilmek için birtakım spesifik psikolojik müdahaleler kullanılmaktadır. Bunlar: Psikolojik İlk Yardım, Bilişsel Yeniden Yapılanma Terapisi, Kritik Olay Stres Yönetimi (CISM) ve Kritik Olay Stres Bilgi Alma (CISD), İşleme Terapisi, Maruz Bırakma Temelli Tedaviler, Psikolojik Bilgi Alma Müdahaleleri, Psikoeğitim, Göz Hareketi Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR), Başa Çıkma Becerileri Terapisi (Örneğin, Stres İnokülasyon Terapisi), Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT). Bu tedavi yöntemlerinde temel olarak, travmatik bir yaşantıya maruz kaldıktan kısa bir süre sonra kişilerde, travmaya bağlı belirtilerin gelişmesinin önlenmesi amaç edinilmiştir (Ulusal Sağlık Kalitesi ve Eşitsizlikler Raporu (NHGD), 2017).

Bu kısımda travmada kullanılan bazı psikolojik müdahalelere yer verilmektedir. Bunlar; Travmaya Bilişsel Müdahaleler, Travmada Davranışçı Müdahaleler, Duygusal İşleme Müdahalesi, Travma Psikoeğitimi, Akut Stres Müdahaleleri (Psikolojik Debriefing, Bilgi Alma, Psikolojik Bilgilendirme ve Kritik Olay Stres Bilgi Alma), Diğer Akut Travma Müdahaleleri (Yatıştırma ve Psikolojik İlk Yardım) ve ayrıca Travma Sonrası Müdahale örneği olarak "Travmaya Psikolojik Destek/Psikolojik Yardım Modeli" uygulaması verilmektedir.

2.2.3.1. Travmaya bilişsel müdahaleler. Bilişsel davranışçı yaklaşım TSSB'nin tedavisinde sıklıkla kullanılan yaklaşımlardan biridir. Tekrarlı (hayali) maruz bırakma, canlı maruz bırakma ve travmatik yaşantının bilişsel yeniden yapılandırılması ya da bu iki tekniğin birlikte kullanıldığı BDT programlarını içermektedir (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus & Fennell, 2005).

Bilişsel modele göre; bir olaya bireyin verdiği duygusal yanıtı belirleyen bireyin olay ile ilgili yaptığı yorumdur. Burada A uyarı, C tepkiyi ve B'de olay ile ilgili yapılan yorumu simgelemektedir. Bireyin otomatik düşünceleri olayı nasıl yorumlayacağını belirlemektedir. Başka bir deyişle B, A ile ilgili yapılan farklı yorumları içermekte ve

farklı tepkiler C'nin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Sungur, 1997). Biliş önceliği diye adlandırılmış olan bu kavram, duyguların öncesinde düşüncelerin olduğunu dile getirmektedir (Sungur, 2003).

Travmatik olaylara bilişsel müdahale ile amaçlanan danışanın travmatik durum hakkında daha tutarlı ve detaylı bir kavrayış ile iyileşme sürecine girmesini sağlayabilmektir. Bunu sağlayabilmek için travma sonrası yaşanan sıkıntılara yönelik olarak, travmatik olaydan kaynaklanan, bireyin kendisi, diğerleri ve çevre hakkındaki olumsuz inanç ve algılarını danışmanın rehberliğinde yeniden ele alıp; bu uyumsuz ve olumsuz varsayımları yeniden değerlendirip; kendisi ve diğerleri için daha onaylayıcı ve güçlendirici bir model ortaya koymaktır (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989).

Travmatik yaşantının belli bir düzeyde duygusal-anı-aktivasyonu olmadan yalnızca tartışılarak bireyin travmatik yaşantıya bakış açısının değiştirilmesi oldukça düşük ihtimaldir. Travmayla bağlantılı algı ve varsayımların en etkili olacak şekilde yeniden ele alınması, bireyin travmatik yaşantıyı aktif olarak hatırladığı ve travmayı yaşadığı o anki düşünce ve duygularını tekrar yaşadığı esnada (danışma sürecinde) yapılmasını ifade eder. Bilişsel müdahaleler travmatik yaşantının aktif olarak hatırlanmasını ve anlatılmasını önemsemektedir.

Travmatik olaya bilişsel müdahalede bireyin travmatik yaşantıyı hatırlayıp tekrar yaşamasının iki temel yolu bulunmaktadır: Olayların detaylı olarak tarif edilmesi ve bunların yazılması yoluyla hatırlayabilirler. Süreç içerisinde danışman danışanından yaşamış olduğu travmatik yaşantıyı tahammül edebildiği ölçüde detaylı olarak anlatması için teşvik eder. Duygusal işlemenin en önemli bileşeni bu olmakla birlikte bilişsel işlemeyi de kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Danışman bu süreçte danışanın anlatımından yola çıkarak varsa bilişsel çarpıtmalarını açığa çıkarmak amacıyla açık uçlu sorular sorar. Danışanın travmatik yaşantılarına duyarsızlaştırma ve travma ile ilgili algı ve varsayımlarını yeniden değerlendirmesinin seans dışında da sürmesini sağlamak için bilişsel işleme süreci olarak; danışanın travma ile ilgili spesifik bir başlık hakkında yazması sağlanarak danışma oturumuna getirmesi ve okuması istenir (Briere & Scott, 2015a; 2015b).

Danışanın travmatik yaşantısının gerçekliğinin daha detaylı bir şekilde incelenmesi ortaya yeni bir anlayışın çıkmasını sağlamakta bu anlayışla danışan yaşadığı olayı

analitik ve kronolojik olarak anlatabildikçe, olayı daha geniş perspektifte değerlendirdikçe kaos duygusunun azaldığı, dünyanın iyi olabilirliğine ilişkin öngörülebilirliğinin arttığı bir sürece doğru ilerler (Meichenbaum & Fong, 1993). Tamamlanmış bir duygusal ve bilişsel işleme sürecinin desteklenmesi için danışanın deneyimlerine anlam vererek tutarlı bir travma hikayesi oluşturması gerekmektedir (Briere & Scott, 2015b).

2.2.3.2. Travmada davranışçı müdahaleler. Davranışçı müdahalelerde klasik uyaran-tepki modeli üzerine kurulmuştur. Davranış tedavilerinin genel olarak öğrenme ilkelerinin davranış bozukluklarının analiz ve tedavilerine sistematik bir şekilde uygulanışı olduğu belirtilmektedir. Öğrenme kuramları açısından Pavlovyen koşullanma (klasik koşullanma) ile oluşmuş olan ve Skinner koşullandırması (edimsel koşullanma) ile devam etmekte olan klinik tablolar travma ile alakalı bozuklukların açıklanmasında genellikle yer almaktadır. Klasik koşullanma kuramında nötr bir uyaran (koşullu uyaran) koşulsuz uyaranla (korkutucu bir uyaran) eşleştirildiğinde eşleştirildiğinde koşullu uyaran nötr özelliğini kaybeder ve itici (rahatsızlık verici) bir uyarana dönüşür. Klasik uyaran-tepki kuramına göre koşullu uyaran zaman zaman koşulsuz uyaran ile pekiştirilmez ve yalnız başına verilmeye devam edilirse git gide uyarıcı veya itici özelliğini kaybeder.

Edimsel koşullanma ise gerçekleştirilen davranışın doğurduğu sonuçlara göre değişikliğe uğraması sürecidir. Birey anksiyete oluşturabilecek ortamlardan ya uzak durur eğer bu mümkün değilse bu ortamda bulunma süresini kısaltır. Kısaca kaygısının artması sonucu ortamı terk etmeyi seçer. Bu teori davranışçılarca "İki aşamalı teorisi" olarak bilinmekte ve alıştırma ilkesine dayalı tedavilerin temel ilkesidir. Alıştırma tedavisi kişinin kaçınmasına neden olan uyaranlarla yeteri kadar karşı karşıya getirerek kaçınma davranışlarının sönerek alışma durumunun ortaya çıkmasını sağlamaktır (Sungur, 1993, 1996).

Maruz bırakmaya dayalı tedavilere bakıldığında aşama aşama travmatik uyaranlarla yüzleşmeyi gerektirmekte ve bu durum kaygı durumu azalana kadar devam etmektedir. Bu yöntem hafızadan temin edilen zihinsel görüntülere dayanmakta veya terapist tarafından sunulan sahneler aracılığıyla tanıtılmaktadır. Maruz bırakma istisnai durumlarda genellikle danışanın hayal gücünün düşük olduğu durumlarda ve

terapistin travmatik yaşantıya benzer bir ortam oluşturduğunda bu durum in vivo olarak adlandırılır. Buradaki amaç travmatik olay sırasında "kötü" bir şey olmayacağını öğrenip travmatik uyarıcılara yönelik koşullu duygusal olan cevabı çözmektir. Bu durum da korkulan olaylardan ve bununla ilişkili olan etkilerden kaçınmayı azaltmakta ya da ortadan kaldırmaktadır. Maruz bırakma danışana haftada bir ya da iki haftada bir toplam 8-12 seanstan oluşan 60-90 dakikalık sürede yapılır (Sungur, 1993, 1996).

2.2.3.3. Travmada duygusal işleme müdahalesi. Duygusal işleme müdahalesinde travmatik yaşantı ile ilgili korkularla bağlantılı olan yanlış inanış, beklenti ve algıların yeni ve çok daha doğru bilgi bağlamında aktif hale ve alışkanlık haline gelmesiyle gerçekleşirken (Foa, 2000). Briere'nin Kendilik Travma Modelinde (2002), duygusal işleme bireyi travmayı hatırlatan uyarıcılara maruz bırakma yoluyla oluştuğu savunulmaktadır. Bu süreç şu şekilde gerçekleşmektedir:

"Örtük ve/veya açık anılar tetiklenir, sonrasında ilk başta bu anılar ile kodlanmış olan duygusal tepkiler aktif hale gelir. Aktif hale gelen duygusal tepkiler dış çevre tarafından hiçbir türlü pekiştirilmez ya da bu duygusal tepkiler gerçekte zıt olan duygusal deneyimlerle karşıt koşullanır. Neticede hakiki anı-duygulanım bağlantısı söner. Yani travmatik olayın yeterince işlenmiş olmasından sonra anılar ve travma tetikleyicilerine maruz bırakmak artık travma sonrası stresi aktif hale getirmez."

2.2.3.4. Travma psikoeğitimi. Danışmanların danışanlarla çalışmasının amacı travmanın etkileri ve doğası hakkında doğru bilgilendirme yapmak, yeni bilgileri ve sonuçlarını da danışanların genel perspektifleriyle bütünleştirmektir. Danışan travmatik malzemeyi danışma sürecine getirdiğinde bu anıyı normalleştiren veya yeni bir perspektif sunan psikoeğitim, ilaveten bilgi sağlama yoluyla danışma sürecine de fayda sağlamaktadır. Psikoeğitim bireysel yapılabildiği gibi, benzer travmatik yaşantısı olan kişilerin yaşantılarını karşılaştırdıkları, birbirlerine tavsiye verdikleri, birbirlerinin deneyimlerinden öğrendikleri, kişilerarası şiddet ve etkilerinin tartışıldığı ayrı gruplarda da yapılabilir (Briere & Scott, 2015a).

Travmatik olaylardan sonra istemediğimiz tepkilerin ortaya çıkmasının en büyük sebeplerinden biri bireyin kendisiyle, içinde yaşadığı dünyayla ve gelecekle ilgili olarak yanlış yorumlar yapmasıdır. Bu şekilde yapılan yorumlar bireyin zihninde travmatik yaşantıyı uygun bir şekilde bütünleştirmesine engel olur. Bireyin hatalı olan bu yorumlarının ve bilişsel çarpıtmalarının düzeltilmesine yönelik adımlar atılmalı bu yönde girişimler olmalıdır. Bu amaç doğrultusunda atılması gereken ilk adım kişinin yaşadığı süreçle ilgili olarak bilgilendirme yapmaktır (Dyregrov, 1997). Travma psikoeğitimi sürecinde odaklanılması gereken önemli başlıkları sıralayacak olursak: Travmanın yaygınlığı, travma ile ilgili yaygın efsanelerin ele alınması, faillerin kişilerarası şiddet uygulama sebeplerinin açıklanması, travmaya özgü ilk tepkilerin açıklanması, kurban durumuna düşürülmeye bağlı kalıcı travma sonrası tepkilerin açıklanması, belirtileri travmanın işlenmesi olarak yeniden tanımlamak ve güvenlik planlarıdır.

Psikoeğitimin faydalı yanlarıyla birlikte riskleri ve sınırlılıkları da dikkate alınmalı, değerlendirilmelidir. Örnek olarak, şiddetin yaygın olduğunun bilinmesi danışanın şiddet miktarını artırmasına ve bu durum da diğerlerinde kaçınma ve korkuya neden olabilir. Bununla birlikte fail ile ilgili dinamiklere fazla odaklanması danışanın faili maruz görme ihtiyacını güçlendirebilir. Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda psikoeğitim travma değerlendirmesi kapsamında ve süregiden bir terapötik sürecin içinde bütünleştirildiğinde daha etkilidir (Briere & Scott, 2015a, 2015b).

2.2.3.5. Akut stres müdahaleleri.

2.2.3.5.1. Psikolojik debriefing-bilgi alma/psikolojik bilgilendirme. Psikolojik bilgi alma (PD), yaşanan büyük travmatik olayları takiben rutin bir kullanım için ciddi destek gören bir uygulamadır. Psikolojik bilgi almanın amacı, travmatik yaşantıdan kısa bir zaman sonra danışanın travmatik olaya ilişkin izlenimini ve tepkisini gözden geçirmektir. Bu uygulama katılımcıların mevcut reaksiyonları üzerine odaklanmaktadır. Bu süreç içerisinde normalleşme vurgulanırken, psikolojik etiketlemeden kaçınılır. Katılımcılar yaşanan olayın normal bir olay olmadığından emin olabilirler. Geçmişte yapılmış olan araştırmalar, erken psikolojik bilgi almanın katılımcılarca iyi karşılandığını doğrulamakta ancak, travma sonrası psikopatolojiyi önlediğine dair kanıtlar sunmamaktadır. Psikolojik bilgi alma, katılımcılar için bir kez

yapılan bir müdahale ve travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde bir bileşen olarak kullanılmaktadır. Psikolojik bilgi alma, terör saldırıları, savaş, doğal afetler gibi tedavi ve bireysel değerlendirmenin mümkün olmadığı travma mağdurlarına müdahalede bulunmak için geliştirilmiş bir stres boşaltma yöntemidir (Bisson, McFarlane & Rose, 2000).

Psikolojik bilgi alma müdahaleleri, travmatik yaşantıya maruz kalmış ve bu durumun stresi altında olduğu düşünülen bireylerle olaydan 36-72 saat içerisinde yardım sağlayıcının liderliğinde yürütülen bir grup sürecidir. Bu süreçte bireylerin travmaya karşı normal tepkileri konusundaki farkındalıklarını artırmak ve yaşadıkları olayla ilgili duygusal tepki ve deneyimlerini teşvik etmek için çaba sarf edilmektedir. Bu süreç yapılandırıldığında yedi adımdan oluşmaktadır: Giriş, gerçek aşaması, düşünce aşaması, reaksiyon aşaması, semptom aşaması, öğretim aşaması ve yeniden giriş aşamasıdır (Milli Eğitim Bakanlığı (MEB)/ Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), 2001a, 2001b).

Psikolojik debriefing grupları için önerilen uygun format şu şekildedir: Yuvarlak bir düzen çerçevesinde olan sessiz bir ortam; iki lider (biri ağırlıklı olarak grubu yönetir diğeri genellikle gözlem yapar); en fazla 10-12 kişiden oluşan bir grup gerekli olmaktadır. Bu grup üyeleri mümkün olduğunca birbirini az tanıyan ya da tanımayan kişilerden oluşturulmalıdır. Debriefing uygulaması olay anı geçtikten en erken 48 saat sonra yapılabilmekte ve yaklaşık 3 saatlik bir süre gereklidir (Ayalon, 1999).

2.2.3.5.2. Kritik olay stres bilgi alma/critical incident stress debriefing. Kritik olay stres bilgi alma, travmatik yaşantılara dolaylı yoldan maruz kalan bireylerle kullanılmak için geliştirilmiş organizasyon ve ruh sağlığı profesyonellerine aşına bireylerden oluşan bir ekip tarafından uygulanan ikincil bir önleme müdahalesidir. Bu önleme müdahalesi olaydan etkilenen kişilerin stres tepkilerini normalleştirmelerine yardımcı olmayı; davranışları, deneyimleri, duyguları hakkında kolaylaştırıcılar, başa çıkma becerileri ve ek kaynaklar sunmayı amaçlar. Kritik olay stres bilgi alma yaklaşımının rahat ve esnek bir yapıya sahip olması doğrudan travmaya maruz kalmış kişilere de uygulanmasını sağlar (Litz, Gray, Bryant & Adler, 2002).

Kritik Olay Stres Bilgi Alma Yaklaşımı, ilk yardım ekipleri, cankurtaranlar, yasa uygulayıcı personel tarafından yaşanan büyük travmatik olaydan sonra kullanılan

yapılandırılmış bir protokole dayalı bilgi alma yaklaşımıdır. Travmatik yaşantıya müteakip o hafta içerisinde 10-20 kişilik gruplarla uygulanan 1-3 saat aralığında süren bir uygulamadır. Uygulamada bireylerden travmatik yaşantı deneyimlerini ayrıntılı olacak şekilde anlatmaları, yaşantının bilişsel bir değerlendirmesini ve yorumunu formüle etmeleri ve duygusal tepkilerini anlatmaları istenir. Stres tepkilerinin normalleştirilmesi ve sosyal destek sağlayabilmek adına grup paylaşımı teşvik edilir. Baş etme stratejilerini tartışmanın ve olayın gelecekteki sonuçlarının psikoeğitim ile sonuçlanmasına müteakip seanslar sonuçlanır (Mitchell, Sakraida & Kameg, 2003).

Kritik Olay Stres Bilgi Almayı kapsayan uygulama Kritik Olay Stresi Yönetimidir. İçeriğinde bir dizi birincil ve ikincil krize müdahale hizmetleri bulunmaktadır. Bunlar; bireysel kriz danışmanlığı, grup bilgilendirme, mağdurlara yönelik olay sonrası sevk ve yönlendirme ve kriz öncesi eğitimidir. Kritik Olay Stresi Yönetimi genellikle şiddet içeren eylemlerden sonra ortaya çıkan krizleri ele almak için kullanılmaktadır. CISM grup psikolojik bilgilendirme ve erken kriz müdahalesi prosedürlerinden evrilmiştir. CISM bir bakım standardı olarak ortaya çıkmakta ve dünya çapında kullanılmaktadır (Everly, Flannery, Jeffrey & Mitchell, 2000). Psikolojik bilgi alma bir dizi müdahaleyi barındıran şemsiye bir terimdir. Genellikle uzun vadede TSSB gibi ruhsal rahatsızlıkların hafifletilmesinde kullanılan etkili, kısa dönemli ve amaçlı müdahale uygulamalarıdır (Deville & Cotton, 2003).

2.2.3.6. Diğer travma müdahaleleri "yatıştırma ve psikolojik ilk yardım".

Yatıştırma, travmaya maruz kalmış bireylere informel ortamlarda güven, destek ve bilgi vermeyi amaçlayan 10-30 dk'lık kısa konuşmaya dayalı müdahale yöntemidir (Friedman, Ritchie & Watson, 2006).

2.2.3.6.1. Psikolojik ilk yardım. PİY, travmatik yaşantı sonrası olayın mevcut sıkıntısını azaltmayı; kısa ve uzun vadeli daha uyumlu işlevler kazandırmaya yönelik bir dizi yardımcı eylemlerden oluşmaktadır. Karmaşık bir travma yanıtının ilk adımı olarak tasarlanan PİY, sekiz temel eylem ilkesinin etrafında inşa edilmiştir (NHGD, 2017). Bunlar: temas ve angajman, güvenlik ve rahatlık, stabilizasyon, bilgi toplama, pratik yardım, sosyal desteklerle bağlantı, başa çıkma desteği hakkında bilgi ve işbirlikçi hizmetler ile bağlantı kurmadır.

PİY, travma mağdurları için destek sağlayabilecek; danışmanlar, ruh sağlığı uzmanları ve diğer bireyler tarafından kullanılabilir şekilde tasarlanmıştır. PİY'in ana bileşenleri acil ihtiyaçlar için pratik yardım, güvenlik ve konfor sağlama olup, primer destek ağları ve sosyal kaynaklarla bağlantı kurulması amaçlanır. PİY spesifik bir terapi müdahalesi olmamakla birlikte; terörizm, doğal afetler ve diğer kitlesel travma mağdurlarına yardım sağlayan ruh sağlığı uzmanları için modüler bir çerçevenin ana hatlarını açıklar. PİY esnektir, bireyin özgün gereksinimleri çerçevesinde biçimlendirilerek sahada farklı ortamlarda her yaş grubuna verilebilir. Psikolojik ilk yardımın asıl hedefi bireyde travmatik yaşantıya bağlı stresi azaltarak uzun süreli uyum sağlayıcı işlevselliği artırmaktır. Bu süreçte birey travmatik yaşantısına ilişkin bilgi almak için zorlanmamalı, deneyimi hakkında istediği kadar konuşmasına müsaade edilmelidir (Savi Çakar, 2019).

2.2.3.7. Travma sonrası müdahale örneği olarak "travmaya psikolojik destek/psikolojik yardım modeli" uygulaması. Travmaya psikolojik destek/psikolojik yardım modeli, Türk Psikologlar Derneği tarafından deprem bölgelerinde kullanılmak ve afet sonrasında krize müdahale modeli oluşturmak amaç edinilerek oluşturulmuştur. Model 1999 tarihinden itibaren kullanılmakta ve afet durumlarında destek sağlayacak uzmanların ortak bir eylem planı, standart bir destek modeli geliştirmelerinde yararlı ve etkili olduğu görülmüştür (Korkmazlar, Güner ve Konuk, 2000). Bu modelin geliştirilirken terapi amaçlanmamış psikolojik destek hedeflenerek geliştirilmiştir. 5-8 kişilik gruplar halinden 6-17 yaşındaki tüm çocuklara uygulanabilmektedir. Model aşağıda önerildiği haliyle uygulanabileceği gibi; zaman, mekan, kişi, yaş grubu, çalışan gibi faktörler göz önünde bulundurularak ihtiyaca göre de uygulanabilir. Uygulama süresi bu faktörelere göre 1-6 saat arasında sürmektedir.

2.2.3.7.1. Bilgilendirme yolu ile psikolojik destek. Direkt çocuklara yönelik bilgilendirme olabileceği gibi, çocuklara afet anı ve sonrasında destek verecek öğretmenler, aileler ve diğer yetişkinlere yönelik de bilgilendirme yapılabilir. Bu bilgilendirmeler farklı şekilde yapılabilir. Örneğin; seminer yolu ile travma konusunda bilgilendirme, medya yolu ile bilgilendirme, kitapçıkların dağıtımı ve çocuklara doğal afetler konulu aktivite kitapçıları dağıtımı.

2.2.3.7.2. Psikolojik yardıma yönelik çalışmalarda kullanılan teknikler.

1. Psikolojik "Debriefing" Grupları. Bu gruplar grup terapi olmamakla birlikte iyileştirici bir etkiye sahip ve yapılandırılmıştır. Travmatik bir yaşantısı olan kimselerin iki lideri bulunan bir grup toplantısında duygu ve düşüncelerini anlatma, dinleme, bilgilenme ve paylaşım yolu ile fark ederek düzene sokmaları, anlamlandırmaları ve yeniden yapılandırmaları olarak tanımlanabilir.

2. Sanat/Art Terapisi Çalışmaları. Psikolojik destek/terapi tekniklerindendir. Sözel olmayan ifade teknikleri ile bireysel ve grupla uygulanabilir. Klasik müzik ya da doğal seslerin olduğu bir ortamda rahat edilebilecek bir pozisyonda oturulur. Travmatik yaşantısı olan katılımcılardan her türden resim, heykel ve kolaj malzemelerini diledikleri gibi kullanmaları ve yaşamış oldukları olayı işlemeleri istenir. Ardından iyileştirici konular verilir ve uygulamalar tamamlanır. Katılımcıların yapmış oldukları çalışmaları grupla paylaşarak duygu ve düşüncelerini dile getirmeleri desteklenir.

3. İyileştirici Hikayeler. Danışma esnasında hikayeler danışanlara özdeşleşme imkanı ve koruyucu etki sağlar. Bu yönden bakıldığında önemli bir yardım kaynağıdır. Danışanlar bu hikayeler ile kendi çatışmalarını ilişkilendirerek çatışmaları hakkında konuşabilir. Hikayelerin esas değeri direnç noktalarında belli olur. Uygun şekil ve zamanda kullanıldığında hikaye terapötik çabanın merkezi olarak, tutum ve davranışlarda değişikliğe yol açabilir. İçtenliği olmayacak bir şekilde ahlak dersi gibi verildiğinde tehlikeli sonuçlara davetiye çıkarabilir (Ayalon, 1999).

4. BASIC-Ph Çalışması. Travma ile baş etmek amacıyla ilk kez Lahad (1997), tarafından ortaya atılmış bir yöntemdir. Zor bir durumla başa çıkmaya çalışırken herkesin farklı bir yöntemi bulunmaktadır. Bazıları duygularını paylaşarak, bazıları inançlarıyla, bazıları yardım ederek ve bazıları da bilgi edinerek rahatlar ve eski işlevselliğine daha erken geri döner. Burada cevabı aranacak soru travma sonrası kişileri en çok rahatlatan nedir? sorusudur. Bu yöntemde amaç bireylerin rahatlatma kanallarını fark edip kullanmalarıdır. Travmatik yaşantı sonrasında bireylerin başa çıkma becerileri incelendiğinde etkili olan altı farklı rahatlatma kanalı belirlenmiştir. Bu kanallar; inanç (Belief), duygular (Affect), sosyal (Social), imajinasyon (Imaginative), bilişsel (Cognitive) ve fiziksel (Physiological)'dir. Kısaca bu kanallar BASIC-Ph olarak isimlendirilmiştir. Bu yaklaşım her bireyin başa çıkma

mekanizmasını bütün olarak ele alır. Bu rahatlama kanalları ile çalışmalar planlanarak bireylerin hangi rahatlama kanalını veya kanallarını kullandığı tespit edilebilir. Bireylerin bu konuda bilinçlendirilmesi yapılabilir ve rehabilitasyon, terapi çalışmaları bu yönde geliştirilebilir (Ayalon, 1999).

5. Güvenli Yer Egzersizi. Güvenli yer egzersizi kişilerin travmatik yaşantı ile baş etme becerileri güçlendirilirken sıklıkla kullanılmaktadır (Ayalon, 1999). Terapist, bireyden olayla ilgili kişisel bir sakinlik ve güvenlik hissi yaratan ve kolay bir şekilde çağrışımlar yapabileceği "güvenli bir yer" imgesi tanımlamasını ister. Çocuklarda resmini çizmesi şeklinde istenebilir (Shapiro, 1995).

6. Rahatlama/Gevşeme Egzersizleri. Çoğunlukla psikolojik debriefing gruplarından hemen sonra altı yaşın üzerinde olan depremzedelere rahatlama egzersizleri (kendi kendine gevşeme eğitimi ve solunum egzersizleri) yaptırılmıştır (Ayalon, 1999).

7. Psikolojik Danışmanlık. TSSB'nun tedavisinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu farklı yöntemlerin gelişiminde hem psikolojik hem de biyolojik psiko-patoloji modelleri etkili olmuştur. Koşullara uygun olan görüşmelerde bu modelde de bilişsel-davranışçı yaklaşımı temel alan destekleyici psikolojik danışmanlık teknikleri kullanılmıştır. Pek çok vakada kısa süreli danışmanlığın etkili olduğu bildirilmektedir (Galante & Fao 1986; akt. Korkmazlar, Güner ve Konuk, 2000).

Travmatik yaşantıya etkili bir müdahale yapılabilmesi, travma ve etkilerinin doğru anlaşılacak doğru değerlendirilmesi ve etkin müdahale sürecini yapılandırabilmesini gerektirmektedir. Mağdurların süreç içerisinde travmatik yaşantının etkileriyle başa çıkabilmeleri ve yeniden işleyebilmelerinde danışmanın yeterli bilgi ve beceriye sahip olmasının etkisi oldukça büyüktür. Çünkü travmatik yaşantısı olan bireylerle çalışmak zorlayıcı olduğu kadar bazen de ikincil travmaya maruz kalmaya neden olabilmektedir. Bununla birlikte son derece tatmin edici ve ödüllendirici de olabilmektedir. Mağdur bireyler bize muazzam güçlüklerle baş etme, insanların iyileşme ve gelişme kapasitesi olduğunu gösterir. Bu durumlar değerlendirildiğinde travma ile çalışmak danışmanı da geliştiren, değiştiren ve zenginleştiren bir süreçtir (Briere, 2002, 2006).

2.2.4. Travmayla başa çıkma. Travmatik yaşantılar kendimize ve dünyamıza ilişkin temel varsayımlarımızı paramparça etmektedir. Bu travmatik yaşantılarla başa çıkma, farazi bir dünyayı yeniden inşa etmek kadar zorlu bir görevdir. Başa çıkma hassas bir denge gerektirmektedir. Bu hassas denge, travmatik yaşantı ile ilgili düşüncelerle, görüntülerle ve duygularla kaçınma ve yüzleşme arasında kurulması gereken bir görevdir. Bireyin zaman içerisinde gerçekleştirdiği anlamlı bilişsel yeniden değerlendirmeler; önemli ve yakın kişilerin gerçek yardımını sayesinde, birçok travmatik yaşantı mağduru iç dünyalarını yeniden inşa etmeyi başararak mağduriyet sıfatlarını sonlandırır ve hayatlarına devam edebilirler (Janoff Bulman, 1992). Lazarus ve Folkman (1984) başa çıkmayı bireylerin bir başa çıkma tepkisine girmeden önce stresin bilişsel bir değerlendirmesini yapmalarını gerektirmektedir. Başa çıkmanın en yaygın kullanılan tanımına baktığımızda ise, kişilerin stres faktörlerine karşı amaçlı, bilinçli ve kasıtlı düşünce ve davranışlar gerektirecek şekilde tepki verme süreci olarak kavramsallaştırılmıştır (Compas vd., 2017).

Bireyin travma ile başa çıkabilmesi için öncelikle içinde bulunduğu durumu tanıması gerekmektedir. Travmatik yaşantı sonrası olayın kronikleşmeye başladığına işaret eden birtakım durumlar mevcuttur. Bunlar; uykuya dalmakta veya uyku sürecince zorluk yaşıyorsa, çok sinirli veya öfkeli hissediyorsa, akademik-iş-okul çalışmalarına odaklanmakta zorluk yaşıyorsa, çok fazla hiperaktif ya da enerjik gibi hissediyorsa, bilinç bulanıklığı dönemleri mevcutsa, iştahsızlık ya da tam tersi iştahlılık durumu yaşıyorsa, alkol-uyuşturucu veya yasal ilaçları duygularını durdurmak için kullanıyorsa, uyuşuk hissediyor ya da hiç hissetmiyorsa, baş ağrıları ve mide ağrıları varsa, morali bozuk veya üzgün hissediyorsa, enerjisi kalmamış veya her zaman bitik hissediyorsa, başka hiç bir kişinin aynı tepkileri vermediğini ve duygularıyla başa çıkmak için yalnız olduğunu düşünüyorsa travmatik yaşantının kronikleşmeye başladığını düşünebilir başka bir deyişle belirtilmiş olan durumlar travma sonrası psikopatolojilerin habercisidir. Birey, bu belirtiler daha tehlikeli boyutlara ulaşmadan birtakım başa çıkma yöntemleri geliştirebilir:

1. Travmatik yaşantı sonrası yukarıdaki belirtilerin normal olabileceğinin farkında olmak,
2. Her şeyin kendisinin kontrolünde olmayacağını kabul etmek,
3. Serbest zaman ve eğlence etkinliklerine katılmak,

4. Her zamanki rutine uymak,
5. Travmatik yaşantıyı hatırlatan kişilerden, yerlerden ve durumlardan uzak durmamak,
6. Yaşanılan strese dahil olmamak için gündelik yaşamımızdaki çatışmaları çözmek için zaman ayırmak,
7. Kendimizi rahatlatmanın yollarını bulma ve kendimize karşı nazil/anlayışlı olmak,
8. Bir uzmandan ya da merkezden destek almak,
9. Destek için aileye, arkadaşlara, maneviyata vb. yönelerek onlarla yaşanılanlar ve duyguları üzerine konuşmak.

2.2.4.1. Travma sonrası başa çıkmada koruyucu faktörler.

2.2.4.1.1. Sosyal destek, aidiyet duygusu. Sosyal destek kavramı iki farklı şekilde karakterize edilmiştir: Alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek. Algılanan sosyal destek başkaları tarafından sağlanan desteğin yeterli olduğu algısıdır. Alınan sosyal destek ise kişiye maddi ve manevi yardımcı olan ya da yardım veren ulaşılabilir kişi sayısı veya kişinin sosyal ağı olarak ifade edilebilir. Başka bir tanımda ise sosyal destek, iyileşme ya da uyum sağlamada herhangi bir birey tarafından verilen desteğin algılanma kalitesi olarak ifade edilmiştir (Uchino, 2009). Sosyal destek; ruh sağlığının, fizyolojik sağlığın korunmasında ve iyi olmayla ilişkili koruyucu bir faktör ve güvenilir bir bileşen olduğu belirtilmiştir (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000). Sosyal desteğin birçok psikopatolojik rahatsızlık için koruyucu bir faktör olduğu yapılan çalışmalarda da görülmüştür (Lui, Glynn & Shetty, 2009; Yap & Devilly, 2004). Bununla birlikte birçok fiziksel rahatsızlıkta (kanser, kalp hastalıkları vb) ve sağlıklı yaşlanmada iyileştirici etkisi olduğu tespit edilmiştir (Liu, Zhang, Jiang & Wu, 2017; Yılmaz, Piyal ve Akdur, 2017). Travmatik yaşantı sonrasında birey kendini güçsüz, çaresiz ve yalnız kalmış hissedebileceği ve bu durumlara bağlı olarak da yardım arayışında içerisine gireceği düşünüldüğünde travma sonrası gelişebilecek ruhsal sorunların önlenmesinde sosyal desteğin önemi daha açık bir şekilde anlaşılacaktır. Bireyin travmatik yaşantı sonrasında algılanan sosyal destek sayesinde baş etme ve öz yeterlilik düzeyinin artacağı ve bu sayede ortaya çıkan olumsuz

düşünceler ile daha kolay mücadele edileceği iddia edilmiştir (Benight & Bandura, 2004). Birey travmatik yaşantı sonrası sosyal destek sayesinde altından kalkamayacağına ilişkin felaket senaryolarının yükünü paylaşabilecek ve bu durum travmatize olmuş bireyde hafiflemeye neden olup travmatik yaşantıyla daha etkin bir şekilde mücadele edebilecektir.

Ait olma duygusu alınan desteği, algılanan desteğe çeviren araçlardan bir diğeridir. Ait olma duygusu da sosyal destek gibi insan sağlığını etkileyen kişiler arası bir süreçtir. Ait olma duygusu bir diğer adıyla aidiyet, sisteme ya da bir çevreye dahil olma deneyimleri sayesinde bu çevrenin veya sistemin ayrılmaz bir parçası olarak hissedilmesidir (Hagerty, Lynch Sauer, Patusky, Bouwsema & Collier, 1992). Kişi başkalarınca kendisinin önemli ve değerli olduğunu hissediyorsa bu durum ait olma duygusudur. Aynı şekilde Oni (2010), önemli diğer kişiler tarafından verilen sosyal desteğin bireyin ait olma duygusunu pekiştirdiğini belirtmiştir. Ait olma duygusunun algılanan sosyal destek sayesinde arttığı, yalnızlık duygusunun azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir (Kang, Park & Wallace Hernandez, 2016). Turner ve McLaren (2011), algılanan sosyal destek ve aidiyet hissinin depresif ruminasyon semptomları için koruyucu faktörler olduğunu tespit etmiştir. TSSB ile baş etmede ve süregelen tehditlerle yüzleşmede ait olma duygusunu arttırmanın iyi bir yöntem olacağı iddia edilmiştir (Nuttman Shwartz & Dekel, 2009). Torgerson, Love ve Vennum (2018) yaptıkları araştırmalarda çocukluk travması yaşamış olan ve alkol bağımlısı olan yetişkin bireylerin tedavisinde ait olma duygusunun tampon bir vazife işlediği sonucuna ulaşmışlardır.

2.2.4.1.2. Bağlanma stilleri. Bağlanma, çocuğun güvenli üst ya da önemli diğerleriyle ("özellikle anne", baba, bakıcı vs.) arasında gelişen ilişkide yakınlık arayışı ile kendini gösteren, özellikle stresli durumlarda belirginleşen ve tehlikelere karşı korunmayı sağlayan, sürekliliği ve tutarlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanabilir. Bağlanma yaşamın her döneminde etkili olabilen bir yapı olsa da bebeklik dönemi ile oluşmaya başlar, erken çocukluk döneminde şekillenmektedir. Yetişkinlerin romantik ve yakın ilişkilerindeki bağlanma biçimleriyle bebeklikte oluşan bağlanma türleri arasında ilişki olduğu aktarılmıştır (Hazan & Shaver, 1987). Başkalarına duyulan güven duygusunun ortaya çıkması ve benlik anlayışı için

bağlanma mühim bir psikolojik katalizördür. Bağlanma bozuklukları psikososyal problemlerin oluşmasında risk faktörü olarak değerlendirilir (Thompson, 2002). Güvensiz, kaygılı, korkulu ve saplantılı bağlanma biçimlerinin Bir takım psikopatolojik rahatsızlıklarla (Majör depresyon, sosyal kaygı, panik bozukluk, dissisyatif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, TSSB vb) yakından ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Gülüm ve Dağ, 2014; Lee & Hankin, 2009; Sümer vd., 2009). Diğer bir deyişle kaygılı, güvensiz, saplantılı, korkulu bağlanma stilleri birçok ruh sağlığı sorunu için risk teşkil etmektedir. Güvenli bağlanma biçimi ise sağlıklı yaşam için koruyucu bir faktör olup (Homan, 2014); mutluluk, yüksek benlik saygısı, yaşam doyumu, psikolojik iyi olma, olumlu kimlik, evlilik doyumu, olumlu duygulanım, atılganlık, psikolojik dayanıklılık vb kavramlarla pozitif ilişkilidir (Moghadam, Rezaei, Ghaderi & Rostamian, 2016; Tepeli Temiz ve Tari Comert, 2018). Ayrıca güvenli bağlanma biçimine sahip bireylerin travma sonrası durumlarla daha iyi baş edebildikleri ve TSSB semptomlarının daha az görüldüğü belirtilmiştir (Armour, Elklit & Shevlin, 2011). Erozkın (2016) üniversite öğrencileri üzerinde çocukluk çağı travma yaşantıları ve bağlanma stillerini incelediği çalışmasında fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve duygusal istismar puanlarıyla güvenli bağlanma biçimi arasında negatif ilişkiler tespit etmiştir. Güvenli bağlanan bireyler stresli yaşam olaylarına daha pozitif yaklaşarak başa çıkma konusunda becerilerine güvendiklerinden travmatik yaşantıyı daha kolay atlattıklarıdır.

2.2.4.1.3. Psikolojik sağlamlık/psikolojik dayanıklılık/kendini toparlama gücü/yılmazlık. Yılmazlık, kendini toparlama gücü, psikolojik dayanıklılık ve psikolojik sağlamlık ulusal literatürde karşımıza "Resilience" kavramının karşılığı olarak çıkmaktadır. Yılmazlık, ciddi sıkıntı deneyimlerine rağmen, başarılı bir şekilde olumlu adaptasyonun sürdürülmesi olarak ifade edilebilir. Yılmazlık, olayları anlamlandırma, en talihsiz durumlardan bile ders çıkarma; azmini, inancını yitirmeden devam etme gücünü kendinde görme becerisidir (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick & Yehuda, 2014). Kişinin erdemleri ve güçlü yönleri, psikolojik bozukluklar ve belalara karşı tamponlama işlevi gördüğünde yılmazlığın oluşması için zemin hazırlamaktadır (Seligman, 2002).

Seligman'a (2011) göre psikolojik sağlamlığın en önemli bileşeni iyimserlik olmakla birlikte psikolojik sağlamlığa ulaşmanın yolu da iyimserlikten geçmektedir. Diğer bileşenlerine baktığımızda; sosyal destek, baş etme, yaşam amaç hissi ve düşünce kontrol becerileridir (Feder, Nestler, Westphal & Charney, 2010). Psikolojik sağlamlık bir baş etme şekli olmakla birlikte aynı zamanda ciddi duygusal, psikolojik ve fiziksel stresörler ve sıkıntılar karşısında gelişmiş işlevselliktir. Psikolojik sağlamlık çocukluk çağı travmasına bağlı travmatik gelişimle mücadelede önemli bir baş etme mekanizması olarak karşımıza çıkmaktadır. APA (2014), psikolojik sağlamlığı tehditler, trajedi, travma, sıkıntı ve önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum süreci olarak ifade etmiştir. Psikolojik sağlamlıktan birçok ruh sağlığı sorunun iyileştirilmesinde yararlanılabilir. Çünkü; psikolojik sağlamlığı yüksek bireyler, olumsuz bir deneyimin ardından pozitif duyguları kendi kendine oluşturarak zorluklardan geri dönebilmektedir (Masten & Cicchetti, 2012).

2.2.4.1.4. Öz şefkat. Öz Şefkat kavram olarak batı kültüründen gelmiş olsa da içerik olarak çok öncesinden itibaren doğu kültüründe kullanılan bir kavramdır. Alan yazına bakıldığında "Self-compassion" teriminin kullanımı ile ilgili bir tutarlılık olmadığı görülmektedir. İlk olarak öz-duyarlık (Ü. Akın, Akın ve Abacı, 2007), daha sonraları ise öz-şefkat, öz-anlayış ve öz-merhamet şeklinde kullanılmış ve kullanılmaya da devam etmektedir. Leary, Tate, Adams, Batts Allen, ve Hancock (2007) olumsuz yaşam olaylarına karşı benlik saygısına nazaran öz-şefkatin daha koruyucu olduğunu iddia etmiştir. Neff (2003a), öz-şefkati kişinin kendisine karşı daha sağlıklı bir tutumu ifade etmek için ortaya atmış, benlik saygısının artık bir öz-değer unsuru olmaktan çıktığını belirtmektedir. Neff (2003b) şefkati, başkalarının çektiği ıstırapı anlama, ona ortak olma ve acı yaşayanların acısını dindirme isteği olarak tanımlamıştır. Başka bir deyişle başkalarının iyiliği için uğraşmaktır (Cosley, McCoy, Saslow & Epel, 2010). Şefkat bir diğer adıyla merhamet, bireyi başka kişilere iyilik ve yardım etmeye motive eden ve içeriğinde yardım etme, koruma, sevgi gösterme, acıma ve esirgeme gibi eylem ve duyguları barındıran bir erdemdir. Neff (2003b) şefkat kavramının merkezinde olan "diğerleri" ifadesini benliğe çevirerek öz-şefkat kavramını oluşturmuştur. Neff (2003b)'e göre öz-şefkat kişinin acı ve ıstırap veren duygulara açık olması, yetersizlik ve başarısızlıklarına karşı anlayışlı ve yargısız

olması, kendisini sevmesi, yaşamış olduğu negatif deneyimlerin insan yaşamının doğal bir parçası olduğunu kabul etmesidir. Öz-şefkatin bileşenlerine baktığımızda, öz-yargılamaya karşı öz sevecenlik, izolasyona karşı ortak insanîyet anlayışı ve aşırı özdeşleşmeye karşı bilinçli farkındalıktır (Neff & Davidson, 2016).

Öz-sevecenlik, sert bir muhakemeden ziyade kişinin kendini anlayarak kendine karşı sevecen bir tutum takınmasıdır. Ortak insanîyet anlayışı, bireyin yaşamış olduklarını toplumdan ayırıştırarak ve yalıtarak algılaması yerine toplumun bir parçasıymış gibi algılamasıdır. Bilinçli farkındalık ise, acı veren deneyimlerin çok fazla abartılmadan ve özdeşleştirmeden farkında olunmasıdır. Öz-şefkat, kişinin kendisiyle kendini incitmeden ilişki kurma yoludur, anlayışı, kabulü ve sevgiyi içe çevirebilme yeteneğidir. Öz-şefkat kesinlikle küstahlık ve kibir değildir. Kibirde kendini sevmek kısmında bir eksiklik mevcuttur (Sarıçam, 2018). Öz-şefkati yüksek olan bireyler, olumsuz ve sıkıntılı durumlarla veya kişilerarası ilişkilere yönelik sorunlarla karşılaştığında kendilerine olan yaklaşımı sevecen olmakta; hataları, zorlukları ve başarısızlıklarını bireyselleştirmeden, kendini abartılı bir yargılamaya sokmadan, olumlu ve olumsuz yönleri dengeleyerek yorumlarlar. Öz-şefkatin yakın ilişkili olduğu pozitif psikolojik bileşenler; empati, mutluluk, affedicilik, umut, yaşam doyumu, psikolojik sağlamlık, psikolojik iyi olma, minnettarlık, otantiklik, merak-keşfetme ve olumlu benlik imajı gibi bileşenlerdir (Korkmaz, 2018; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007; Sakız ve Sarıçam, 2015). Negatif ilişkili içerisinde olduğu psikopatolojilere ve problemlere baktığımızda ise karşımıza; TSSB, alkol-madde bağımlılıkları, anksiyete, stres, ruminasyon, depresyon, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, tükenmişlik, olumsuz mükemmelliyetçilik çıkmaktadır (Babenko, Mosewich, Lee, & Koppula, 2019; Ferrari, Yap, Scott, Einstein, & Ciarrochi, 2018; Korkmaz, 2018; Muris, Meesters, Pierik & de Kock, 2016).

Travmatize olmuş bireyde flasbacks (halüsinözleri), acı çekme, ruminasyon, kendini suçlama ve aşağılama gibi belirti gösterme durumlarının yüksek olduğu göz önüne alındığında öz-şefkatin önemli bir koruyucu faktör olduğu söylenebilir. Bakıldığında Scoglio vd. (2018), öz-şefkatin duygu düzenlemeyi kolaylaştırdığından TSSB yaşayan bireylerde TSSB semptomlarının şiddetini daha az olduğunu belirtmiştir. Aynı şekilde Thompson ve Waltz (2008), TSSB ve travma da sıklıkla orta çıkan olumsuz öz-eleştiri, ruminasyon, düşünce baskılama ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan kızgınlık,

uykusuzluk, öfke vb için öz-şefkatin psikolojik bir tampon görevi gördüğünü vurgulamıştır.

2.2.4.1.5. Düşünce kontrol becerileri (DKB). Bireylerin eylem ve düşünceleri genel olarak bir amaç ve hedef doğrultusundadır. Ancak istisnai bazı düşünce biçimleri bu genel yargının dışında yer almakta bunlardan bir tanesi de ruminatif düşüncelerdir. Ruminasyon, davetsiz ve istenmedik bir şekilde ortaya çıkan, bireyin yaptığı ya da yapacağı aktivitelere engel olan, genellikle geçici olmakla beraber kontrol edilmesi zor ve engel olmak/bastırmak için yoğun bir gayret gösterilmesi gereken tekrarlayıcı düşüncelerdir. Travmatik yaşantı sonrası ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıkların (TSSB, majör depresyon, anksiyete bozuklukları vs.) belirtileri arasında ve/ya bu rahatsızlıkların oluşmasında tetikleyici faktörün "zorlayıcı ruminasyon" olduğunu söylemek yanlış bir düşünce olmayacaktır (Sarıçam, 2014a, 2014b).

DKB de ruminasyonun aksine, kişilerin istemediği ve zorlayıcı/davetsiz düşünceleri akıllarından çıkarmak için kullandıkları kontrol mekanizmasının başında bireyin kendisinin bulunduğu bir düşünme tarzıdır (Wells & Davies, 1994). Kısaca bakıldığında düşünce kontrol becerisi belirli düşünceleri düşünmemeye çalışmaktır (Wells & Davies, 1994). DKB, Freud'un savunma mekanizmalarının ön koşulu olan "bastırmadan" farklı olarak zararlı, yıkıcı düşünceleri ortadan kaldırarak yaratıcı aktivitelere odaklanmayı sağlamaktadır. DKB bilinçli olmasına karşın, bastırma bir süre sonra otomatikleşebilir. DKB, davetsiz/zorlayıcı düşünceleri durdurmak için bilinçli yapılan çaba dolu bir süreçtir (Wegner, 1994). Bu süreçte bilişsel kaynaklara ulaşım sağlanarak otomatik izleme süreci hedef yönelimli düşünceyi aktif hale getirip bireyin toparlanmasını sağlar. Bu bağlam içerisinde bakıldığında DKB, öz-düzenleme kapasitesi içerisinde yer almakta olup; davranış ve düşüncelerin hedef yönelimli kontrolüdür. İleri düzey düşünce kontrolü, yüksek çalışan bellek kapasitesi ve akışkan zekayla ilgilidir (Brewin & Beaton, 2002).

DKB fonksiyonel olmaması obsesyona bağlı sıkıntılarda ve obsesyonlarda ve bunların devamında bir artışa neden olmaktadır (Oyman, 2014). Ruminasyonun, depresyon ile nevrozizm arasında pozitif aracılık yaptığı, DKB ise negatif aracılık yaptığı tespit edilmiştir (Lu, Yang, Zhang, & Qiu, 2017). Travmaya bağlı semptomların, endişe ile ilişkili ruminasyonların, bağımlılıkların, depresyonun, yeme bozukluklarının, uyku

bozukluklarının, bazı korkuların ve diğer ruhsal rahatsızlıkların korunmasında veya etiyolojisinde rol oynadığını belirten çalışmalara rastlamak mümkündür (Cowan, Wong & Le, 2017; Magee, Harden & Teachman, 2012).

2.2.4.1.6. *Metabiliş, üst biliş, yürütücü biliş.* Kavramın ilk teorisyeni olan Flavell (1979, 1985)'e göre metabiliş, kişinin kendi bilişsel süreçleri ve stratejilerinin farkında olup onlar hakkında düşünmesidir. Moses ve Baird (1999)'e göre metabiliş; bilişin değerlendirilmesi, izlenmesi ve kontrolünü içeren bir bilişsel süreçtir. Brown (1987) üst bilişi, bilişsel eylemlerin amaçlı olarak kontrol edilmesi olarak belirtmiştir. Winograda ve Paris (1990)'e göre ise üst biliş, düşünmenin motivasyonel ve duygusal özelliklerinin yanında kendi bilişsel kapasitesiyle ilgili bilgi ve farkındalığıdır. Kişilerin kendi bilişleri, görev faktörleri veya onu etkileyen öğrenme stratejileri hakkında sahip oldukları bilgiler metabilişsel bilgidir. Bireyin davranışlarına yön veren bu bilgiler önceki deneyimlerden de etkilenmektedir. Metabilişsel düzenleme bir dizi yürütme işlevlerini kapsamaktadır. Bunlar; performanstaki hataların tespiti, planlama, kontrol, izleme ve dikkatin dağıtımı vb dir (Wells, 2000). Daha açık olarak ifade edilmesi gerekirse metabilişsel düzenleme, bireyin bir sonraki hamlesini planlaması, kullanmış olduğu bir stratejinin sonuçlarını kontrol etmesi, denemiş olduğu bir eylemin etkinliğini izlemesi ve öğrenme stratejilerini sınaması, gözden geçirerek değiştirmesi ve değerlendirmesini içermekte olan bir dizi yürütücü işlevleri kapsamaktadır (Armbruste & Brown, 1984). Sonuç olarak olumlu metabilişlerin fonksiyonlarına bakıldığında öz kontrol, farkındalığı arttırma, değerlendirme, beklenti ve tahmin etme gibi fonksiyonları olduğu görülmektedir. İzleme kişinin öz-kontrol ve öz düzenleme sistemi için giriş sürecini oluşturmaktadır. İzlemede meydana gelebilecek herhangi bir çarpıtma veya yanlışlık psikolojik işlev bozukluğuna katkı sağlayabilir. Başka bir şekilde ifade edilecek olursa koruyucu işlevi olan metabilişler, psikopatolojiler için risk faktörü durumuna gelebilir. Örnek olarak travma sonrası olay ve yaşantıya ilişkin ortaya çıkabilecek ruminatif düşünceler, negatif inançlar ya da bilişsel çarpıtmalar gibi bilişler metabiliş düzeyine gelirse bilişsel dikkat sendromuna oradan da bir takım psikopatolojilere kayabilir (Batmaz, Ulusoy Kaymak, Koçbıyık ve Türkçapar, 2014; Khaje Mansoori vd., 2016; Simons & Kursawe, 2019; Wells, 2000). Bunun tam tersi düşünüldüğünde olumlu metabiliş stratejileri bir takım ruh sağlığı

sorunlarının iyileştirilmesinde baş etme stratejileri haline dönüştürülebilir (Normann & Morina, 2018; Simons & Kursawe, 2019).

2.2.4.1.7. Bilinçli farkındalık. Bilinçli farkındalık temel olarak merak, esneklik ve açıklığa dikkatini yoğunlaştırmakta kökenleri Budist felsefeye ve uzak doğu mistisizmine uzanmaktadır. Bilinçli farkındalık, geçmiş ve gelecek hakkında ruminatif düşünceler olmadan şu anda kalmamıza yardımcı olur. Aynı zamanda bilinçli farkındalık, şimdi ve burada olanlara yönelik dikkati bilinçli şekilde düzenlemeyi içermektedir (Bishop vd., 2004). Bir bireyi yargılamak yerine ne yaşandığını usul usul dikkatli bir şekilde seyretmek esneklik ile şimdi ve buradalıktır. "Açık, alıcı bir tutum", bir bireyin merakla nitelendirilmiş olan dikkatinin kalitesini ve bir şeyden uzaklaşmaktan ziyade onun bir deneyime dönüşmesini yansıtmaktadır. Örnek olarak, duygu ve düşüncelerimiz çetin ya da acı verici olduğunda dahi bilinçli farkındalık durumunda, onlardan kaçınmayı ya da kurtulmayı seçmek yerine bu psikolojik olaylara karşı duyarlı ve meraklıyızdır (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Bizatihi, bireyin çevresine yönelik farkındalığı kontrolsüz olabilir. Merağın niteliği, bireyin dikkatini odaklamakla kalmamakta bireyi belirsizlik, yenilik ve mücadele azmiyle çevresini keşfetmeye teşvik eder (Ciarrochi & Kashdan, 2013).

Bilinçli farkındalık, doğal bir yetenek olup metabilişsel bir yapı olduğundan herkes bu kapasitesini aynı şekilde kullanamaz (Hussain, 2015). Acı verici duygular ve zor düşünceler bilinçli farkındalık durumunda, davranışları çok az etkilediğinden dolayı; ileri düzeyde psikiyatrik hastalıklardan iş veya spor performansının artmasına kadar birçok durumda faydalı olabilmektedir (Ciarrochi & Kashdan, 2013). Bilinçli farkındalık pozitif duygu durumunu güçlendirdiği gibi negatif duygu durumunu tamir edebilir. Günümüzde pozitif psikoloji uygulamalarında bilinçli farkındalığın psikolojik sağlamlık, dikkat yoğunlaştırma, öz-şefkat, öznel iyi oluş, psikolojik iyi oluş gibi kavramlar için psikolojik bir katalizör olduğu aktarılmıştır (Galante vd., 2017; Visser, Hirsch, Brown, Ryan & Moynihan, 2014). Bunun yanında klinik psikoloji uygulamalarında ruminasyon, duygu düzensizliği, depresyon için psikolojik bir inhibitör olduğu söylenebilir (Guendelman, Medeiros & Rampes, 2017).

Herhangi bir stres olayının değerlendirilmesinde olaydan uzaklaşıp bilinçli farkındalık alanına girildiğinde dikkatimizi şu anda yaşamdaki pozitif bağlamlara

odaklayıp olayın tekrardan olumlu değerlendirmesi yapılır. Yapılan bu olumlu yeni değerlendirmeden sonra zevk veren pozitif duygular ulaşılarak kişi bu durumdan doyum yaşar. Sarmal bu şekilde genişleyip devam etmekte neticede optimist eğilim artmakta, kişi yaşama daha iyimser bakmaktadır.

Dikkat daralması veya dayanıklılığı yaşanıldığında stres ortaya çıkaran bir durum olumsuz değerlendirilir. Bu şekilde olumsuz duygular oluşmaya başlayarak stres daha da artar. Stresin artması tehditlere duyarlılaşmayı da artıracak, kişi hemen her olaydan nem kapar hale gelecektir. Sarmal bu şekilde daralır ve birey belirli noktadan sonra çıkmaza girmektedir. Neticesinde pesimist eğilim artmakta ve kişi hayata kötümser bakar. Travmatize olmuş kişi travmatik yaşantıya saplanıp kaldığı zaman benzer bir pesimist eğilim sergileyebilir. Nihayetinde birey dikkat ve farkındalığı kullanarak olumlu düşünme eğilimi oluşturulduğunda kişi olumlu duyguları nasıl bulabileceğini kavrayacak ve bunları elde etmek için yeni değerlendirmeler yapacaktır. Neticesinde travmatize olmuş kişinin bilinçli farkındalığını arttırmak travma sonrası muhtemel birçok ruh sağlığıyla mücadeleyi kolaylaştıracaktır.

2.2.4.1.8. Doğa ile ilişkililik. Her ne kadar insanoğlu doğaya acımasızca davranıyor olsa da doğa bize tüm olanaklarını sunmaktadır. Her ne olursa olsun doğal yaşantıdan vazgeçmememiz doğa ile aramızdaki güçlü bağdan kaynaklanmaktadır (Fromm, 2011; Nisbet, 2011). Wilson (1984)'un Biyofili hipotezi insan benliği ile diğer yaşamakta olan sistemler arasında içgüdüsel bir bağ olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağın sebebi "İnsan varoluşunun bilinçaltından hayatını devam ettirme ve yaşamsal bağlantılar kurma çabası"dır. Erich Fromm (2011) bu bağdan şu şekilde bahsetmiştir: biyofilinin, canlı veya yaşamsal olan şeyler tarafından cezbedilme yolundaki psikolojik bir saplantı olduğunu belirtmiştir. Bu durumlardan kaynaklı çoğu birey şehir yaşantısının yoğunluğundan kurtulmayı doğayla iç içe olabileceği bir yaşamı tercih etmek istemektedir. Doğayla iç içe bir yaşam sürmenin birçok olumlu katkısı olmaktadır. Doğayla ilişkili olmak psikolojik iyi olma (Nisbet & Zelenski, 2014), psikolojik ve fizyolojik stresi azaltma (Dean vd., 2018; Roe vd., 2013), mutluluk (Nisbet & Zelenski, 2014), zindeliği ve bilinçli farkındalığı arttırma (Howell, Dopko, Passmore & Buro, 2011), ruminasyon, stres, anksiyete ve depresyonu azaltma (Sarıçam, Şahin ve Soyuçok, 2015), günlük yaşantı ile ilgili görevlere dikkatini

yönlendirme kapasitesini yenileme (Berman, Jonides & Kaplan, 2008) gibi birçok olumlu katkısı bulunmaktadır. Bu durumlar göz önüne alındığında doğa ile ilişkiden travma sonrası olası patoloji durumlarında yararlanılabilir.

2.2.4.1.9. Atılganlık ve girişkenlik. Karşılıklı saygı ve ilgiye dayalı bir iş yapma yolu olan atılganlık bir yaşam biçimidir. Atılganlık öz-farkındalık, merak ve güçlü aynı zamanda bütünleşik bir benlik duygusu geliştirmenin yolculuğudur (Townend, 2007). Atılganlık saygı, güven, dürüstlüğe ve açıklığa dayanan ilişkilerin geliştirilmesinin önemli bir parçasıdır. Atılganlık becerisi yüksek olan insanlara baktığımızda öz-güven, öz-saygı ve öz-farkındalık düzeyleri daha yüksek olup güçlü, etkili ve dürüst iletişim becerilerine sahiptirler. Başkalarına ve kendilerine saygı duyarlar. Bunların temelinde ise olumlu düşünme yer almaktadır. Atılgan bireyler olumlu bir benlik imajına sahip olmakla birlikte olumlu bir dil kullanmakta ve etkileşimlerinde olumlu çıktılara odaklanmaktadırlar. Her iki tarafında kazanacağı iletişim anlayışına sahiptirler. Karşı tarafın düşüncelerine saygı duyarak onların problemleri için pozitif çözüm önerileri sunarlar (Bishop, 2000). Atılganlığı yüksek olan bireyler; kendi haklarını korurken başkalarının haklarına da saygı göstermekte, başkalarını suçlamadan veya yargılamadan kendi eylemleri için sorumluluk almakta, olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerini doğrudan dürüstçe ifade etmekte ve çatışmanın olduğu yerde uzlaşma yolu bulmaya çalışmaktadırlar.

2.3. Psikolojik İlk Yardım

Psikolojik ilk yardım, doğal afetler, travmatik olaylar veya diğer büyük ölçekli olumsuz olayların ardından bireylere psikolojik destek sağlamak için kullanılan kanıtlara dayalı bir yöntemdir (Chandler vd., 2022; Everly, 2020; Kroll vd., 2021; Malik vd., 2021; Shah, Bedi, Onyeaka, Singh, & Chaudhari, 2020; Yue vd., 2020). Psikolojik ilk yardım bireyleri; travmatik stres, başa çıkma, iyi yardımcılar olma, aktif dinleme ve insanları daha fazla ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanabilmesi için yönlendirme konularında eğitmeyi odaklanmakla birlikte travmatik olayların hemen ardından sıkıntıyı azaltmayı, uyumlu davranışı teşvik etmeyi ve sosyal desteği teşvik etmeyi amaç edinmiştir (Allen vd., 2010; Brymer vd., 2006; Hobfoll vd., 2007; Rodriguez & Kohn, 2008; Ruzek vd., 2007). PİY, belirli zihinsel sağlık problemlerinin

aksine, travmatik olaylar sonrası verilen sıradan tepkilere odaklanmıştır (Zeal, 2009, s. 6). Kısaca PİY, acı çeken ve desteğe ihtiyaç duyabilecek bir insana insani, destekleyici bir yanıt olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, Savaş Travması Vakfı ve Uluslararası Dünya Vizyonu, 2011).

Aynı zamanda PİY, fiziksel ilk yardımın psikolojik versiyonu olarak görülmektedir, çünkü toplum içerisindeki sıradan vatandaşların kriz durumlarında bireylere yardım sağlamasına izin vermektedir (Jacobs & Meyer, 2005). İnsanlar yalnızca bir ruh sağlığı uzmanının PİY sağlayabileceğini varsayabilirler. PİY, profesyonel düzeyde danışmanlık veya psikolojik bilgilendirme değildir. Herhangi bir meslek grubunda bulunan kişi, PİY sağlamak için eğitilebilir (McCabe vd., 2014). PİY; çocuk, ergen, aile ve yetişkinlerle kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Kitlesel travmadan kurtulmuş olanların tümü zihinsel sağlık sorunları yaşamaya devam etmeyecek olsa da PİY, destekleyici ve bilgilendirilmiş olan müdahalecilerin travmaya karşı ortaya çıkabilecek çok çeşitli erken tepkilere yardımcı olabileceğini varsayar (Lee, You, Choi, Youn & Shin, 2017; Akoury-Dirani, Sahakian, Hassan, Hajjar, & El Asmar, 2015).

Bireylerin PİY eğitimi yoluyla öğrendiği ve güçlendirmiş olduğu becerilerin, yaşamlarındaki günlük stres etkenleriyle başa çıkmalarına da yardımcı olabileceği unutulmamalıdır (Uluslararası Göç Örgütü, 2003; Jacobs & Meyers, 2005). Korku, endişe ve belirsizlik dönemlerinde sıkıntıyı azaltmak için herkesin kullanabileceği yöntemlere odaklanan PİY basit ve anlaşılardır. PİY, gizliliği ve kişi isterse açıkça konuşma güvenliğini kolaylaştıran özel bir ortamda gerçekleştirilmelidir (Minihan vd., 2020). PİY, sığınaklar, evler, işletmeler, gıda bankaları, kriz hatları, ilk müdahale merkezleri, acil servisler, sahra hastaneleri, işletmeler ve diğer topluluk alanları dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda sağlanabilir (Lee vd., 2017; Akoury-Dirani vd., 2015). Bireyin yeni veya önceden var olan sağlık bakımı gereksinimleri olup olmadığını öğrenmek ve bunları mevcut uygun yardımla ilişkilendirmek önemlidir. Yaşlılar, gençler ve hareket kabiliyeti veya iletişim sorunları olanlar gibi özellikle savunmasız olabilecek kişilerin de göz ardı edilmediğinden emin olunmalıdır. PİY sunucuları bireylerin olumsuz başa çıkma davranış eğilimlerini azaltmalı, olumlu başa çıkma davranış eğilimlerini ise artırmalıdır. Sosyal destek ağlarına erişim başa çıkmayı

artırdığı için mümkün olan en kısa zamanda insanların sevdikleriyle iletişim kurması sağlanmalıdır (Minihan vd., 2020).

PİY; bir hastalığı etiketlemez, hastaları tedavi etmez veya teşhis etmez; bunun yerine pratik bakım ve destek sağlar, ihtiyaç ve endişeleri değerlendirir, temel ihtiyaçları ele alır; mağdurların duyulmasını sağlar (dinleyen bir kulak sağlar), rahatlatır, mağdurların sakin hissetmelerine yardımcı olur, insanları daha fazla zarardan korur, mağdurları bilgi ve hizmetlere bağlar (WHO, 2011). Acil bir durumda eğitilmiş herkes PİY sağlayabilir; tüm insani yardım kuruluşlarının sağlayabileceği bir hizmettir (Schafer, Snider & Ommeren, 2010). Gönüllüler, ilk müdahale ekipleri, insani yardım çalışanları ve sağlık personeli, afet mağdurlarına etkili PİY sunabilir ve bunu birincil görevleriyle bağlantılı olarak yapabilir. Birey PİY konusunda eğitildiğinde doğal ve insan kaynaklı afet mağdurlarına nasıl yaklaşılabileceğini, pratik ve temel düzeyde psikososyal desteğin nasıl sağlanacağını anlayabilir. PİY, iyileşmeyi destekleyen ilkelere yönelik sağduyulu bir yaklaşımdır (AIPC, 2013).

Psikolojik İlk Yardım Saha Operasyonları Kılavuzu (2011), PİY için izlenecek önemli yönergeleri belirlemiştir. Birincisi, zarar verme. Desteğin zarar vermediğinden emin olun ve insanları travma hakkında konuşmaya zorlamayın. Yargılayıcı olmayan, samimi ve şefkatli bir dinleyici olun. Mağdurun süreç endişelerine yardımcı olun ve temel ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını belirleyin. Alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi olumsuz başa çıkmaları engelleyin. Gevşeme, sevdiklerinizle konuşma ve derin nefes alma gibi olumlu başa çıkma tekniklerini teşvik edin. Destek sürecine devam edilecek ve daha yüksek düzeyde bakıma ihtiyacı olan mağdurları mevcut kaynaklara bağlayın (Schafer vd., 2010).

PİY'in travmatik bir olaydan sonra en iyi psikolojik müdahale olduğuna dair güçlü bir uluslararası fikir birliği vardır. PİY uyarlanabilir, hizmet verdiği insanların onuruna, kültürüne ve yeteneklerine saygı duyar. Aynı zamanda PİY uluslararası sivil toplum kuruluşları ve dünya çapındaki diğer insani yardım kuruluşları tarafından kullanılabilir (Forbes vd., 2011). Bu nedenle "Herkese uyan tek tedavi yaklaşımı" uygulamak akıllıca olmayacaktır. Müdahalelerin farklı kültürlerin ve toplulukların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde değerlendirilip uyarlanması önemlidir (Hobfoll vd., 2009, s. 237).

Genel olarak, kültürel uygunluğu sağlamak için PİY'i uyarlarken yaş, gelişim düzeyi, etnik köken, ırk, kültür ve bireysel farklılıkları dikkate almak önemlidir (Uluslararası

Göç Örgütü, 2003). Belirli bir topluluktan bireylerin yardımını almak, sağlanan bilgilerin kültürel olarak uygun olmasını sağlar ve PİY eğitiminin o topluluk için uyarlanmasına yardımcı olabilir (IASC, 2007). PİY'i uluslararası acil durum müdahalelerinde kullanan kişi ve kuruluşlar şiddetle tavsiye etmekle birlikte doğal ve insan kaynaklı afetlerden kurtulanlar için çok faydalı olduğunu belirtmektedir (Hambrick vd., 2014). PİY, travma sonrası risk ve dayanıklılık konusundaki araştırma kanıtlarıyla tutarlı, saha ortamlarında uygulanabilir ve pratik, yaşam boyu gelişim seviyelerine uygun, kültürel olarak bilgilendirilmiş ve uyarlanabilir evrensel bir araçtır (Uhernik & Husson, 2009). Aynı zamanda PİY, uzun süredir devam eden uluslararası Kızıl Haç hareketi içinde de yerleşiktir (Jacobs & Meyer, 2005).

PİY travmatik olayların ardından en etkili olan müdahalelerin beş özelliğine dayanmaktadır: güvenlik duygusunun teşvik edilmesi, sakinliğin teşvik edilmesi, benlik ve kolektif yeterlik duygusunun teşvik edilmesi, bağlılığın teşvik edilmesi ve umudun teşvik edilmesi (Allen vd., 2010; Brymer vd., 2006; Hobfoll vd., 2007; Rodriguez & Kohn, 2008; Ruzek vd., 2007). Hobfoll vd. (2007), afet ve şiddet literatürüne ilişkin kapsamlı incelemelerinde, bu beş özelliğin afetler ve şiddetten sonra en faydalı olduğunu bildirmiştir. PİY ayrıca etkili müdahaleler için gerekli olan dört kriteri de karşılar: risk ve dayanıklılık hakkındaki araştırmalarla tutarlı, alanda yüksek fayda, çocuklar, ergenler, yetişkinler ve yaşlılar için uygun ve kültürel açıdan hassas (Allen vd., 2010; Brymer vd., 2006; Jacobs & Meyer, 2005; Reyes, 2006; Rodriguez & Kohn, 2008; Ruzek vd., 2007). PİY, mevcut araştırmalar kullanılarak geliştirildiği için "kanıta dayalı" bir müdahale olarak kabul edilmiş olsa da alanda tam bir program olarak etkinliğine ilişkin araştırma eksikliği vardır (Allen vd., 2010; Brymer vd., 2006; Rodriguez & Kohn, 2008; Ruzek vd., 2007). Araştırma eksikliğine rağmen, afetler ve travmatik olayların ardından dünya çapında yaygın olarak tavsiye edilir ve kullanılır hale geldi (Butler, Panzer & Goldfrank, 2003; Everly, Barnett & Links, 2012; Inter-Agency Standing Committee, 2007; Jacobs & Meyer, 2005; Reyes, 2006; NBSB, 2008; NCTSN, 2006) ve Ulusal Biyolojik Savunma Bilim Kurulu, tıp uzmanları tarafından kullanılmasını özellikle tavsiye etmiştir.

Bakıldığında, PİY profesyonel danışmanlık değildir ve uygulayıcılar bu yöntemin sınırlamalarının farkında olmalı ve gerektiğinde ek profesyonel destek almalıdır. Bu amaçla modelde, kendine veya başkalarına olası zarar verme, uzun süreli şiddetli

sıkıntı veya günlük yaşamda işlev görememe gibi durumlar profesyonel bir yardım almanın gerekli olduğunu işaret etmektedir.

Sınırlamalara rağmen, PİY'in kendini güvende, bağlı, sakin ve umutlu hissetme gibi önemli çıktılarının, profesyonel ruh sağlığı eğitimi almamış kişiler tarafından verildiğinde bile bir krizin ardından uzun vadeli iyileşmeye yardımcı olmada etkili olduğu bildirilmektedir (Fox vd., 2012). Mevcut literatür, PİY'in yaygın bir çekiciliğe sahip olduğunu ve çeşitli ortamlarda profesyonel olmayan bir dizi kişi tarafından güvenli bir şekilde uygulandığını göstermektedir (Fox vd., 2012).

2.3.1. Psikolojik ilk yardımın tarihçesi ve genel bakış. PİY'in terminolojisiyle ilgili zorlukların nasıl ortaya çıktığını anlamak için önce PİY teriminin kökenlerini tartışmak önemlidir. Doğal ve insan kaynaklı afetlere psikolojik olarak destek sağlamanın ne zaman başladığı tam olarak bilinmemekle birlikte yirminci yüzyılın ortalarında olduğu tahmin edilmektedir (Franco, 2015). PİY'in arkasındaki felsefeye bakıldığında, 1922 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Savaş Ofisi'nin savaş stresi yaşayan askeri personele yardım etme ihtiyacının belirlemesinden sonra geliştirildiği görülmektedir. Güvende, sakin, güçlendirilmiş, sevdiklerine bağlı ve umutla aşılanmış hissetme ihtiyacı ana bileşen olarak karşımıza çıkmıştır. Bu bileşenler bugün halen PİY'in bir parçasıdır (AIPC, 2013). 1943'te Boston'da 500 kişinin ölümüne neden olan bir yangından kurtulanlarla yürütülen çalışmada Lindemann, bir felaket sonrasında psikolojik müdahaleyi araştıran ilk kişi oldu. Araştırmasına, bir felaketten sağ kurtulan kişinin kederini ve olası tipik tepkilerini karakterize eden unsurları ele aldığı Akut Yas Yönetiminin Semptomatolojisi adını verdi (Franco, 2015). PİY'in kökleri, Frederick Thorne (1952), akut sıkıntıyı hafifletmek ve potansiyel olarak kronik sıkıntı sendromlarının gelişimini önlemek için daha ayrıntılı "etki mekanizmaları" öne sürdüğünde daha da genişledi. Thorne'un önerdiği müdahaleler arasında güvence (hastaların korkuları ve sorunları ile ilgili olarak, ilk yardım çabalarının merkezinde yer alır); telkin (acil dikkat gerektiren psikolojik belirtilerle başa çıkmak için); katarsis (duyguların yansması ve netleştirilmesi dahil); ve ikna, tavsiye ve diğer destekleyici yöntemler (hastanın kaynaklarının ötesindeki akut durumsal zorluklarla başa çıkmak için). Thorne'un (1952) görüşüne göre, psikolojik sıkıntıyı bu şekilde tanımayan veya ele almayan ruh

sağlığı pratisyenleri, "en yüksek mesleki yeterlilik düzeylerinde işlev göstermiyorlardı..."

Bununla birlikte PİY teriminin ortaya çıkışı II. Dünya Savaşı'nın sonlarına doğru oldu ve Soğuk Savaş sırasında resmen kamuoyuna sunuldu. Bu süre zarfında savunma çalışanları, savaşın stres faktörlerine karşı savunmasız olanlara psikolojik destek sağlamaya teşvik edildi (Ruh Sağlığı Materyalleri Merkezi, 1955). Sivillere destek sağlamanın yanı sıra, savunma çalışanlarına savaşın stres faktörlerine ve günlük yaşamlarında kendi duygusal ve psikolojik tepkilerini anlamaları talimatı da verildi (Ruh Sağlığı Materyalleri Merkezi, 1955). Drayer vd. (1954)'te Amerikan Psikiyatri Birliği'nin doğal veya insan kaynaklı afetlerde travma yaşayan kişilere destek sağlarken ruh sağlığı müdahaleleri için bir el yazması geliştirmelerini istemesinden sonra PİY terimini oluşturdular (Forbes vd., 2011). PİY teriminin oluşumundan sonra, Toplum Afetlerinde Psikolojik İlk Yardım başlıklı bir monografi yayınlandı:

Tüm felaketlerde, ister doğa güçlerinden ister düşman saldırısından kaynaklansın, ilgili insanlar genel olarak karşılaşılmayan şiddetli ve yüksek streslere maruz kalırlar ... Tüm afet çalışanlarının olağandışı duygusal stres ve gerginliğe karşı ortak tepki kalıplarına aşına olmaları hayati önem taşımaktadır. Bu çalışanlar, insanlarla en etkili şekilde başa çıkmanın temel ilkelerini de bilmelidir. Her ne kadar [bu öneriler] olası düşman eylemlerine karşı sivil savunma için mevcut ihtiyaçlar tarafından teşvik edilmiş olsa da ... Bu ilkeler, sel, yangın, kasırga ve diğer doğal afetlerin mağdurlarına yardım etmek isteyenler için elzemdir (APA, 1954, s. 5).

Amerikan Psikiyatri Birliği, afet müdahalesinin psikolojik bileşenlerinin devlet desteğine ek olarak, ilk müdahalecileri ve sivilleri felaketlerden sonra ortak stres tepkileriyle tanıştıracak ve felaketlerden sonra benzersiz topluluk güçlerini kullanarak esnekliği teşvik edecek akut zihinsel sağlık müdahaleleri sunmanın ilk savunucularından biri oldu (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1954; Ruh Sağlığı Malzemeleri Merkezi, 1955; Tıp Enstitüsü, 2003).

Soğuk Savaş döneminde PİY tanıtılsa da, 1980'lere kadar resmi programlar başlatılmadı ve konuyla ilgili literatür üretildi. Ayrıca, erken dönem PİY literatürü büyük ölçüde PİY'in doğal afetlerde uygulanabilirliği ile ilgiliydi. Singer (1982), Raphael (1986), Walker (1990) ve Ritchie (2004) PİY'in uygulanmasına ilişkin ön yönergeler önerdiler, ancak müdahalelerin uygulanacağı bağlam henüz o zaman tanımlanmadı. PİY modellerinin yazarlarının çoğunun üzerinde anlaştığı bir husus, bireylerin travmatik bir olaydan sonra mümkün olan en kısa sürede sosyal destek

ağlarına bağlanmaları gerektiği fikriydi (Raphael, 1986; Ritchie, 2003; Singer, 1982; Walker, 1990).

1990'da Danimarka Kızıl Haçı ve diğer uluslararası acil müdahale kuruluşları, travmatik bir olayın ardından erken ruh sağlığı müdahalesi modeli olarak Drayer vd. (1954), ilkelerini uygulamaya başladı (AIPC, 2013). 1991 yılında, temel amacı afet ve acil durumlara müdahale etmek olan Kurumlar Arası Daimi Komite (IASC) kurulmuştur (Fox vd., 2012; Everly vd., 2012). 1992 yılında IASC, insani yardım kuruluşları arasında koordinasyon kurmak, acil durumlarda psikososyal destek alanındaki kaynak ve bilgilerin paylaşılması da dahil olmak üzere insani yardımın etkinliğini teşvik etmek amacıyla Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından onaylandı (Fox vd., 2012; Everly vd., 2012; IASC, 2007). Daha sonra, uluslararası topluluk kendisini, kademeli olarak kritik olayların kurbanlarına yönelik müdahalenin merkezi bir boyutu olarak kabul edilen Psikolojik İlk Yardıma ilişkin kılavuz ilkelerin oluşturulmasına ve uygulanmasına adanmıştı. Benzer şekilde, 1991 yılında Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu (IFRC) bir psikososyal destek programı oluşturmaya başladı. Bu hareketin bir sonucu olarak oluşan çalışma grubu, önceki başarısı ve kanıta dayalı olması nedeniyle toplulukların kendilerine yardım etmelerine yardımcı olmak için PİY'in en iyi seçenek olduğunu belirledi. IFRC'nin desteklediği ilk PİY program geliştirmesi 1996'da Bulgaristan'da yapıldı. O zamandan beri, Afrika, Asya, Avrupa ve Karayipler'deki ülkelerde PİY programlarının geliştirilmesi, yerel ve ulusal Kızıl Haç ve Kızılay Dernekleri işbirliği içinde IFRC tarafından desteklenmiştir. 11 Eylül 2001 New York saldırıları krizde psikolojik müdahale çerçevesinde Psikolojik İlk Yardımın araştırılması, kılavuzların geliştirilmesi ve işler hale getirilmesi açısından yeni ve daha yoğun bir itici güç olmuştur (Shultz & Forbes, 2014). Yaşanan bu olaya müteakip DSÖ (2002), ruh sağlığı hakkında küresel farkındalığı artırma ihtiyacını belirlemiş, ülkelerin ruh sağlığına ilişkin farkındalığını ve buna yanıtını artırmak için beş yıllık bir girişim başlatmıştır. 2006 yılında DSÖ, Ulusal Çocuk Travmatik Stres Birliği ve Ulusal TSSB Merkezi ile işbirliği içinde Psikolojik İlk Yardım Saha Operasyonları Kılavuzu'nun ilk baskısını geliştirdi. PİY Operasyon Rehberi, acil müdahalelerde ruh sağlığı hizmetleri sunan tüm kurumlar için çalışan ortak bir afet ruh sağlığı müdahalesine duyulan ihtiyaçtan kaynaklanmıştır. Kılavuz, gelişimsel olarak hassas ve kanıta dayalıdır (Hambrick vd., 2014). DSÖ, 2011 yılında Savaş Travması Vakfı ve Uluslararası Dünya Vizyonu (WVI) ile işbirliği

içinde PİY Saha Operasyonları Kılavuzu'nun ikinci baskısını yayınladı. Dünya çapında Uluslararası Sivil Toplum Kuruluşları, özel kuruluşlar ve hükümetler için evrensel operasyonel el kitabıdır (Forbes vd., 2011). IASC, WHO ve IRC, WVI ve CARE International gibi INGO'lar, afet hizmetlerine dahil edilmesini tavsiye etmektedir. Sphere Projesi (2011), doğal ve insan kaynaklı afet mağdurları için kullanılmasını tavsiye ederek, afet yardım hizmetlerinin önemine inanmaktadır. PİY'İ şu şekilde tanımlamıştır:

...acı çeken ve desteğe ihtiyacı olabilecek bir insana insancıl, destekleyici bir yanıt. Dinlemeye, konuşmaya zorlamaya değil, ihtiyaç ve endişeleri değerlendirmeye, temel ihtiyaçların karşılanmasını sağlamaya, önemli kişilerden sosyal desteği teşvik etmeye ve daha fazla zarardan korumaya odaklanan temel, müdahaleci olmayan pragmatik bakımı gerektirir. (Sphere Projesi, 2011, s. 335)

Şu anda, Psikolojik ilk yardım, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kızıl Haç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu, Ulusal Travma Sonrası Stres Bozukluğu Merkezi (NCPTS), Güney Dakota Üniversitenin Afet Ruh Sağlığı Enstitüsü gibi birçok kuruluş ve tanınmış uluslararası kuruluşlar tarafından yaygın olarak tavsiye edilen geniş bir inceleme altına alınmıştır (Fox vd., 2012; McCabe vd., 2014). Buna ek olarak, medya tarafından yayınlanan veya yayılan artan tehditler ve terörist saldırılar (örneğin, New York, Londra, Madrid), bu temayı derinleştirme ihtiyacını güçlendirmiştir (Fischer & Ali, 2008).

2.3.2. Psikolojik ilk yardım modelleri. Psikolojik ilk yardım, acil durumlarda kapsamlı Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek programının ana stratejilerinden biri olarak kabul edilmiştir (IASC, 2007). WHO ruh sağlığı Boşluk Eylem Programı (Ruh Sağlığı Gap Eylem Programı, 2010), yakın zamanda potansiyel olarak travmatik olaylara maruz kalmış kişilere, yetkin personel bulunduğu psikolojik ilk yardıma erişimin artırılmasını da tavsiye etmiştir. Bu yönergelerde önerildiği gibi, sahada PİY'in iki potansiyel uygulaması vardır. Acil durumlarda hayatta kalanlara insani ve samimi bakım ve destek sağlamanın yanı sıra PİY, müdahale edenlerin psikolojik iyi oluşunu korumak ve geliştirmek için yardım çalışanlarına karşılıklı akran desteği sağlamanın bir yolu olarak da kullanılabilir (IASC, 2012).

APA'ya göre, şu anda 14 farklı PİY kaynağı ve müdahale kılavuzları mevcuttur (APA, 2020). PİY kaynağı ve müdahale kılavuzu mevcut olan ajanslardan bazıları şunlardır; WHO, WTF, & WVI (2011), NCTSN ve Ulusal TSSB Merkezi (2006) ve

IFRC (2009). Terimin işlevselleştirilmesi organizasyona bağlıdır, yani tüm PİY modelleri değişim mekanizmalarını yönlendiren temel psikolojik destek ilkelerini paylaşırsa da (Hobfoll vd., 2007), belirli bileşenler modelden modele büyük ölçüde farklılık gösterebilir. APA tarafından incelenen kaynaklar, ilk müdahale ekipleri için bilgi notlarından, eğitim videolarından ve PİY'in uygulanmasına ilişkin ayrıntılı kılavuzlardan oluşur. PİY modelleri ve uygulama yöntemlerindeki pek çok nüanslı farklılığa rağmen, PİY'in genel olarak bir psikoterapi biçimi olmadığını belirtmek önemlidir. Aslında, mevcut modellerin çoğu, PİY'in zihinsel sağlık konusunda herhangi bir resmi eğitimi olmayanlar tarafından kullanılması için olduğunu ileri sürmektedir (APA, 2020; Watson, 2015).

2.3.2.1. Kızılhaç hareketi ve international federation of red cross and red crescent societies (IFRC) modeli. Afet Ruh Sağlığı (DMH) modeli, ruh sağlığı uzmanlarının hizmetlerine dayanıyordu. Model genellikle bir dizi afet için etkiliydi, ancak zamanla, dünyadaki birçok ülkede DMH modelinin uygulanabilir olmadığı ortaya çıktı, çünkü gelişmekte olan ülkelerde milyon kişi başına sadece üç ruh sağlığı uzmanı düşüyordu (Jacobs, 2007). Bazı durumlarda DMH modeli gelişmiş ülkelerde uygulanırken bile ruh sağlığı uzmanı yeterli gelmeyebiliyordu. Bu nedenle, DMH modeli ancak ruh sağlığı profesyonellerinin gerekli hizmetleri sunmaya hazır olduğu durumlarda uygulanabilirdi. Bu sınırlamalar nedeniyle, yeni bir psikolojik destek stratejisine ihtiyaç duyuldu. IFRC psikolojik destek modeli geliştirilirken, genel nüfusun üyelerinin kriz zamanlarında birbirlerine destek sağlamalarının öğretilebileceği fikrine dayandırıldı.

1980'lerde literatürde PİY modellerine atıfta bulunulmasına rağmen, henüz resmi bir program geliştirilmemiştir. 1990'da Danimarka, ulusal PİY programlarının geliştirilmesinde ve uygulanmasında başı çekti. Danimarka PİY modeli, halka travmatik olaylara verilen tepkiler hakkında bilgi vermek ve halkı aile, arkadaşlar ve meslektaşlar için psikolojik destek sağlamak üzere eğitmek için tasarlanmıştır (Knudsen, Hogsted & Berliner, 1997). Belki de ulusal düzeyde uygulanacak ilk topluluk temelli PİY modellerinden biriydi. Üç temel bileşen içeriyordu: kriz müdahalesi; insan desteği; ve profesyonellerin rolü (Jacobs, Gray, Erickson, Gonzalez

& Quevillon, 2016). Birkaç yıl içinde Danimarka Kızıl Haçı, topluluktan yaklaşık 10.000 kişiyi birbirine psikolojik destek sağlamak için eğitmişti (Knudsen vd., 1997).

Danimarka toplum temelli PİY programlarının başarısına dayanarak, 1991 yılında, IFRC dünya çapında gelişmekte olan ülkelerde uygulanacak en iyi psikolojik destek modelini bulmak için çalışacak bir komite kurdu. 1996'da IFRC, gelişmekte olan ülkelerde uygulanacak en etkili ve kültürel açıdan duyarlı psikolojik destek modelinin Danimarka toplum temelli PİY modeline dayanmasına karar verdi (Simonsen & Reyes, 2003). Başlangıçta program, halkı PİY teknikleri konusunda eğitmeyi amaçlamış ve “önleyici” bir yaklaşım olarak kavramsallaştırılmıştır. IFRC modelinin 1996 yılında (Bulgaristan) ilk uygulamasından sonra, birçok ülke 1998 ve 2000 yılları arasında PİY eğitimine katılmıştır. IFRC, çeşitli uluslardan ruh sağlığı uzmanlarından oluşan Uluslararası Psikososyal Destek Kadrosunu oluşturmuştur. Eğitim Avrupa, Asya, Karayipler ve Afrika'daki diğer ülkelere yayıldı. Birçok ülke IFRC modelini benimsedi ve afetlerin ardından PİY'i uyguladı. Bu, bazı açılardan yaşanmış olan felakete bir cevap ve bazılarında gelecekteki olaylar için önleyici bir modeldi. Teşvik edici cevaba dayanarak, IFRC resmi bir eğitim kılavuzu yayınladı. Kılavuz, psikolojik desteğe bir giriş içeriyordu; travmatik stres ve kriz müdahalesi üzerine psikoeğitim; topluluk katılımı için yönergeler; yardımcılar ve özel topluluklar için destek (Simonsen & Reyes, 2003). Eğitim kılavuzunda hizmetlerin sunumu, hizmetlerin ihtiyaçların önceliğine göre sınıflandırıldığı bir “müdahale piramidi” olarak tanımlandı. İlk adımda, PİY sağlayıcıları hayatta kalanların güvenlik ve temel ihtiyaçlarını karşılamaya teşvik edildi. Piramidin ikinci katmanı, aileleri ve toplulukları ile bağlantı kurdukları takdirde refahları artacak olan hayatta kalanları hedef aldı. En üst ve en spesifik hizmetler düzeyi, daha yüksek düzeyde eğitilmiş PİY sağlayıcıları ve ruh sağlığı uzmanları tarafından sağlanan hizmetlerdir. Bu hizmetler özellikle şiddetli travmatik stres tepkileri yaşayan ve/veya önceden zihinsel sağlık sorunları olan kişiler içindi. Bu vakalarda temel psikolojik desteğin onların ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli olmadığı tespit edilmiş ve daha geleneksel bir ruh sağlığı modeline ihtiyaç duyulmuştur (IFRC, 2009).

IFRC'nin önceki on yılda geliştirdikleri yönergelerine göre, PİY'in acil durumların hemen ardından sunulması gerekiyordu (Simonsen & Reyes, 2003). IFRC PİY modeli de kültürel nüansları benimsiyordu; çünkü modellerin kültürün güçlü yönleri üzerine

inşa edilmesi önemliydi. IFRC modelini kültürel açıdan duyarlı kılan, yerel kültürel uygulamalara dayalı olarak programı değiştirebilen yerel temsilcilerin dahil edilmesidir. Bu yerel uyarılama, Bulgaristan'daki ilk ulusal eğitimden bu yana her durumda yapılmıştır. O zamanlar bu model heyecan verici bir gelişmeydi çünkü birçok ülke, modelin uygulandığı kültüre veya ulusa uyarlanabilirliği nedeniyle bu PİY formunun etkili bir psikolojik destek yöntemi olduğu konusunda anlaşılmaya vardı.

IFRC psikolojik destek teknikleri, toplum temelli kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları (STK'lar) ve yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde faaliyet gösteren bağışçılar tarafından kullanılmak içindir. IFRC, psikolojik destek stratejilerini uygulamak için kurumlar ve kuruluşlar arasındaki işbirliğini de teşvik etti. Mevcut psikolojik destek programlarının çoğu gibi, IFRC modeli de yalnızca eğitilmiş ruh sağlığı uzmanları ve sosyal hizmet uzmanları tarafından kullanılmak üzere tasarlanmamıştı, aynı zamanda herkesin kullanabileceği, her yerde bulunan bir psikolojik destek stratejisi olması gerekiyordu. IFRC modelinin geliştirilmesini ve uygulanmasını takip eden yıllarda, PİY terimi, çeşitli kuruluşların terimi uyarlamasıyla literatürde çoğaldı ve kendi özel tanımlarına dayalı modeller geliştirmeye başladı. Hal böyle olunca, “PİY” kavramının bir terim olarak kullanımı literatürde daha çeşitli hale gelmiş ve kavram konusunda kafa karışıklığına neden olmuştur (Jacobs & Meyer, 2005).

2.3.2.2. Amerika Birleşik Devletleri'nde topluluk temelli bir piy modelinin geliştirilmesi. Amerikan Kızılhaçı tarafından geliştirilen DMH (Afet Ruh Sağlığı) modeli, 1991'de uygulanmasından 11 Eylül terör saldırılarına kadar birçok felakette etkili bir psikolojik destek stratejisi gibi görünüyordu. Saldırıların ardından her hizmet talebi karşılanmış olmasına karşın DMH modeli, eğitilmiş ve mevcut olan sınırlı sayıda ruh sağlığı uzmanı ve DMH profesyonellerinin hizmet sunum alanlarına taşınmasıyla ilgili lojistik sorunlar nedeniyle zorlandı. Terörist saldırılarının büyüklüğü olduğundan daha büyük olsaydı DMH modelinin yeterli olup olmayacağı sorgulandı.

2002 yılında Amerikan Kızıl Haçı, psikolojik destek sunmak ve gelecekteki stratejileri formüle etmek amacıyla teknik uzmanlarını ulusal bir panelde toplamak için davet etti. Panelde yeni stratejiler oluşturmak ve psikolojik destek için Amerikan Kızılhaç modelinde yapılması gerekli olan değişikliklere odaklanıldı. Teknik uzmanlar, DMH

psikolojik destek modeline topluluk temelli bir PİY modelinin eklenmesi gerektiğine oybirliğiyle karar verdiler (Jacobs & Meyer, 2005). Bu tavsiye nedeniyle, Amerikan Kızıl Haçı, görevlendirilen asker aileleri (acil kullanım için), afet müdahale personeli için eğitim kursları ve genel müdahale için bir kurs geliştirdi. Son iki kurs, büyük ölçekli afetler ve terörizm durumunda eğitim ve hazırlık stratejilerinin bir parçası olarak önerildi. 2002'deki teknik uzman panelinin ana sonucu, çok büyük ölçekli afetlerde ve terör saldırılarında daha etkili ve uygulanabilir bir psikolojik destek modelinin mevcut olduğuydu (Jacobs & Meyer, 2005).

2002'de federal hükümet Ulusal Bilim Akademilerinden (NAS) terörizmin psikolojik sonuçlarına hazırlık konusunda bir rapor hazırlamasını istedi. NAS, bu görevi NAS akademilerinden biri olan Institute of Medicine'e (IOM) verdi (IOM, 2003). Komite, literatürdeki çeşitli afetleri inceledi ve alandaki diğer uzmanlara danıştı. Amerikan Kızıl Haç ve DMH teknik uzmanları gibi IOM komitesinin üyeleri, DMH modelini tamamen değiştirmek yerine topluluk temelli bir PİY modelinin mevcut DMH modeliyle birlikte çalışacağı fikrini savundu (IOM, 2003). Modelin kökleri, bireyler, topluluklar ve/veya ortamlar arasında faydalı olabilecek kanıta dayalı stratejilere dayanmakta olup, modelin her büyüklükteki stres etkeni için faydasına vurgu yapılmıştır. PİY, yalnızca stres faktörlerinin ardından sunulacak bir müdahale olarak değil, aynı zamanda stresörler, krizler ve afetler sırasında destek için birbirine güvenebilecek halkın büyük bir yüzdesini eğitmek anlamına geliyordu. Hedefler, ruh sağlığı uzmanlarına olan bağımlılığı azaltmak ve topluluklara kültürel olarak daha uygun psikolojik destek sağlamaktı (IOM, 2003).

2003 IOM komitesi raporunda, PİY, esneklik oluşturmak için topluluğun güçlü yönlerine dayanan bir model olarak tanımlandı ve uygun maliyetli bir model olarak kabul edildi. Komitenin raporuna göre, topluluk temelli PİY sürdürülebilir olacaktır, çünkü uygulama ile ilgili tek harcamalar eğitim materyallerinin maliyetlerini ve ilk eğitim oturumlarını içerecektir. Raporda komite, bireylerin geleneksel ruh sağlığı sistemine potansiyel yönlendirmeler konusunda denetçilere danışabilecekleri modelde denetim ve hiyerarşinin önemine de vurgu yaptı. IOM komitesinin önerileri, bir kriz veya felaketten sonra bireylere hizmet sağlamada DMH modelinin sınırlandırılmasına değindi. Komite, bireylerin her stres etkeni için ruh sağlığı sistemine güvenmesinin

gerçekçi olmadığını öne sürdü. Bu nedenle, toplum temelli bir model, ulus için daha uygulanabilir bir psikolojik destek stratejisi gibi görünüyordu (IOM, 2003).

IOM komitesinin önerdiği toplum temelli PİY modeli, toplum üyelerine ve toplum üyeleri tarafından sağlanabilecek fiziksel ilk yardıma benzer ve tıp uzmanlarının hizmetlerini gerektirmez. Jacobs ve Meyer (2005) buna “taban” yaklaşımı olarak değinmiştir. Bu yaklaşımda, toplum temelli PİY’in uygulanabilirliği, afetler gibi önemli travmatik olayların ötesine geçer. Yani, topluluk temelli PİY, küçük günlük stresörler için kullanılabilir ve halk üyelerine halk tarafından sağlanabilir.

IOM komitesi tarafından önerilen toplum temelli PİY modelinin bazı temel unsurları vardır. Bunlar: nasıl yardımcı olunur; travmatik stres; aktif dinleme; problem çözme; araçsal yardım; referanslar; kayıp; kişisel bakım ve etikdir. Bu bileşenler, insanların travmatik olaylara karşı gösterebilecekleri tepkileri anlamaya yönelik yönergeleri; aktif dinleme becerilerinin bilişsel ve duygusal yönlerini anlamayı; kişinin bir yardımcı olarak rolünün sınırlarını anlamasını; doğru zamanda pratik yardım sağlamayı ve topluluk temelli PİY ile ilgili etik konuların farkında olmayı içerir.

IOM komitesi, yukarıdaki düşünceleri göz önünde bulundurarak, etkili bir PİY modeli için bazı gereksinimleri açıklığa kavuşturdu. IOM komitesi, topluluk temelli bir modelin, PİY’in uygulandığı topluluklar için uyarlanabilir ve pratik olması gerektiği görüşünü bildirdi. Toplum temelli PİY "taban" tanımıyla eş anlamlıdır; çünkü toplum temelli programların doğası, genel topluluğun her üyesinin stres ve kriz zamanlarında başkalarına yardım sağlamasına izin verir (Jacobs, 2016). Topluluğa ve uyarlanabilirliğe odaklanma, topluluk temelli PİY’in özünü oluşturmaktadır.

IOM komitesi tarafından tanımlanan topluluk temelli modele ek olarak, PİY terimini kullanan başka modeller de vardır. IOM komite raporunun yayınlanmasından sonra terimin kullanımı daha çeşitli hale geldiğinden, literatürde terminoloji ile karışıklık yaşandı. Bazı yazarlar PİY terimini bir müdahale ekibi yaklaşımına atıfta bulunmak için kullanırken, diğerleri topluluk temelli yaklaşımı sürdürdü. Genel olarak, kullanılan PİY modellerinin çoğu, psikolojik destek için stratejiler sağlama niyetiyle tasarlanmıştır, ancak her biri temel bileşenler, adımlar ve uygulama prosedürleri bakımından farklılık gösterir. Modeller aşağıda açıklanacaktır.

2.3.2.3. Müdahale ekibi piy modelleri. IOM ve IFRC tarafından tanıtılan topluluk temelli PİY modeline ek olarak, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve tüm dünyada başka PİY modelleri geliştirildi ve uygulandı. Bu modellerden ilki belki de en belirgin modeli, müdahale ekibi yaklaşımı olarak bilinmektedir. Müdahale ekibi çatısı altında bulunan modeller Ulusal Çocuk Travmatik Stres Birliği ve Ulusal Travma Sonrası Stres Bozukluğu Merkezi (NCTSN/NCPTSD) modeli ve Johns Hopkins RAPID-PFA modelidir. Brymer vd. (2006) tarafından geliştirilen NCTSN/NCPTSD modeli, belki de Amerika Birleşik Devletleri'nde en belirgin ve yaygın olarak kullanılan modeldir. Ayrıca Çin diline çevrilen ilk PİY protokolü olma özelliğini de taşımaktadır (Brymer vd., 2006). Bu model psikolojik hizmetler sunmak için bir topluluğa gönderilen profesyonellerden ve/veya yardımcı profesyonellerden oluşan bir ekip kullanır. Brymer vd. (2006) NCTSN/NCPTSD, büyük ölçüde ruh sağlığı uzmanlarıyla kullanılmak üzere tasarlanmıştır, ancak profesyonel olmayanlar da bu teknikleri kullanabilir (Ruzek vd., 2007).

NCTSN/NCPTSD modeli, ülke çapındaki afet ruh sağlığı ekiplerine afetlere yeterince hazırlıklı olmak ve afetlere müdahale etmek için uymaları tavsiye edilen bir dizi yönerge üzerine kurulmuştur. Yapı ve teslim formatı, NCPTSD/NCTSN eğitim kılavuzunda ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Bu operasyon kılavuzu, bir afet sonrasında çocuklara, ergenlere, yetişkinlere ve ailelere yardımcı olmak için uygun değerlendirme materyali sağlamayı amaçlamaktadır. Kılavuzdaki eylemin ana bileşenleri şunlardır: temas ve katılım, güvenlik ve rahatlık, stabilizasyon, bilgi toplama, pratik yardım, sosyal desteklerle bağlantı, başa çıkma hakkında bilgi ve işbirlikçi hizmetlerle bağlantı (Brymer vd., 2006). Bu bileşenler, yardımın en risk altındaki nüfuslara gönderilmesini ve toplumdaki acil sorunları ele almasını sağlamaktadır. Bu bileşenlerden kısaca aşağıda bahsedilmiştir.

2.3.2.3.1. Temas ve katılım. İlk temel eylem olan temas ve katılım, ihtiyaç sahibi insanlara nasıl yaklaşılması gerektiğine ilişkin iletişim ve katılımı içermektedir. Afet müdahale ortamlarının çoğunda, PİY sağlayıcıları, hayatta kalanlarla hızlı bir şekilde iletişim kurma ve olumlu bir ilişki geliştirme konusunda zorluk yaşayacaklardır. Kişileri tanımak için sınırlı zamanları olacaktır. Etkilenmiş olan birçok kişi yardım sağlayıcılarından yardım istemeyecek hatta iletişim bile kurmak

istemeyenler veya buna ihtiyaç duymayanlar olacaktır. Bu, sağlayıcının ne zaman ve nasıl iletişim başlatılacağı konusunda karar vermesi gerekeceği anlamına gelir. Sağlayıcılar kendilerini tam adlarıyla ve varsa unvanlarıyla tanıtmalı ayrıca daha da önemlisi, mağdurla konuşmak için izin istemelidirler. Eğer sağlayıcı kişinin acil ihtiyaçlarını belirlemeye ve karşılamaya odaklanırsa, temasın başlatılması muhtemelen daha iyi karşılanacaktır (Ruzek vd., 2007).

2.3.2.3.2. *Güvenlik ve rahatlık.* İkincisi, bireylerin güvenlik ve rahatlık ilkelerini ve hayatta kalanları ek travmatik deneyimlerden koruma ilkelerini vurgulamaktadır. Pratik yardım, acil fiziksel güvenliği sağlamak, fiziksel ve duygusal rahatlık sağlamak ve psikolojik bir güvenlik duygusunu teşvik etmekle başlamalıdır. Bazı bireyler, fiziksel kirlenme veya davranışsal veya psikolojik istikrarsızlık nedeniyle kendileri güvensiz olabilir veya başkaları için tehdit oluşturabilir. Bireylerin kendilerine veya başkalarına zarar verebileceğine dair belirtiler varsa (örn. ajitasyon), PİY sağlayıcıları bir tıp veya güvenlik ekibinden yardım almalıdır. Fiziksel güvenlikle ilgilenmek aynı zamanda dikkat gerektiren tıbbi kaygılara (önceden var olan tıbbi sorunlar dahil) karşı tetikte olmak anlamına gelir. Hayatta kalanları tehlike duygularını artırabilecek durum unsurlarından korumak önemli olabilir: gereksiz ek travma ve travma hatırlatıcılarına maruz kalmaktan, mahremiyetlerini olası ihlal edenlerden (örneğin, muhabirler, seyirciler veya avukatlar), başkalarının acı çekmesi veya medya yoluyla yanlış veya yeniden travmatize edecek bilgilerden korumak gibi. Felaketler veya terör olayları genellikle beklenmedik, sarsıcı ve kafa karıştırıcı olduğundan, hayatta kalan kişiye bundan sonra ne yapılacağı, onlara yardımcı olmak için neler yapıldığı gelişen olay, mevcut hizmetler ve kişisel ve aile bakımı ve şu anda bilinenler hakkında doğru bilgiler sağlanarak bazen güvenlik ve kontrol duygusu güçlendirilebilir. Ancak PİY'in diğer öğelerinde olduğu gibi, yardımcıları da bilgiyi sunup sunmayacağına ve ne zaman sunacağına karar vermelidir. Kişi söylenenleri anlıyor mu, mesajların içeriğini duymaya hazır mı ve başka şeyler var mı? şu anda daha mı önemli? Genel olarak, PİY'in eylemlerinin çoğu, aile üyeleriyle bağlantı kurmak, acil pratik kaynaklar sunmak ve diğer etkilenen kişilerle bağlantı kurmak dahil olmak üzere güvenlik duygusuna katkıda bulunabilir (Ruzek vd., 2007).

2.3.2.3.3. *Dengeleme/stabilizasyon.* Üçüncüsü, duygusal olarak bunalmış hayatta kalanları sakinleştirmek için dengeleme ve topraklama tekniklerine odaklanmaktadır. Hayatta kalanlar duygusal olarak bunalmış durumdayken, onları sakinleştirmeye ve sıkıntılarını azaltmaya çalışmak önemli olabilir. Elbette, normal olan ve bir travmanın ardından beklenebilecek, sorun belirtisi olmayan güçlü duygu ifadelerinin çoğunu dengelemek gerekli değildir. Ancak, tepkileri durumu kavrama veya yönlendirmeye yanıt verme yeteneklerini engelleyen veya destekleyici temastan daha fazlasına ihtiyaç duyan bireyler için, stabilizasyona ihtiyaç duyulabilir. Bu tür kişiler, sorulara yanıt vermeyen, kontrolsüz şekilde ağlayan, hiperventilasyon yapan veya yoğun kontrol edilemeyen fiziksel reaksiyonlar (örneğin, titreme) yaşayanları içerir. Bu gibi durumlarda, Psikolojik İlk Yardım sağlayıcısının, sıkıntılı kişiyi rahatlatmak için ailesinden veya arkadaşlarından (varsa) yardım istemek, onu sessiz bir yere götürmek veya kişiyle sessizce konuşmak dahil olmak üzere birkaç seçeneği vardır. Müdahale ederken, kişinin birincil acil endişesini veya zorluğunu ele almaya çalışmak önemli olacaktır. Sıkıntılı kişileri stabilize etmek için seçenekler arasında, onlarla birkaç dakika yalnız kalmak, sadece orada kalmak, belirli yönetilebilir duygulara odaklanmalarına yardımcı olmak yer alır. Düşünceler ve hedefler ya da mevcut çevreye uyum sağlamalarını istemek gibi “topraklama” teknikleri ve görebildikleri bazı şeyleri yazmalarını isteyin. Bu müdahalelerin hiçbiri duygusal stabilizasyona yardımcı olmazsa, ruh sağlığı meslektaşlarıyla konsültasyon ve/veya ilaç tedavisi için psikiyatri konsültasyonu endike olabilir (Ruzek vd., 2007).

2.3.2.3.4. *Bilgi toplama.* PİY’deki dördüncü temel eylem, mevcut durumlar ve mevcut hizmetler hakkında gerekli bilgilerin toplanmasını içerir. Mağdura acil yardıma odaklanılması nedeniyle, PİY bağlamında bilgi toplama, en belirgin şekilde acil ihtiyaçların ve endişelerin belirlenmesine odaklanır. Bu nedenle, tartışmaların çoğu, afet sonrası acil durumlar ve devam eden tehdit, sevdiklerinin güvenliği, fiziksel hastalık ve ilaç ihtiyacı ve afet sırasındaki deneyimlerin doğası ve ciddiyeti ile ilgili endişeler ve ayrılık gibi konulara odaklanacaktır. İhtiyaç duyulabilecek bazı bilgiler, önceden var olan sosyal destek ağı, alkol ve uyuşturucu kullanımı ve önceki akıl sağlığı tedavisi gibi şeyleri içerir. PİY sağlayıcısı bireyin ihtiyaçlarına duyarlı kalırken

nasıl bilgi toplayacağı, ne kadar çok bilgi toplayacağı ve ne ölçüde soru sorulacağı büyük önem kazanmaktadır (Ruzek vd., 2007).

2.3.2.3.5. Pratik yardım. Beşinci temel eylem, nasıl pratik yardım sunulacağını ve bireylerle kendileri için neler yapabileceklerini istişare etmeyi içermektedir. Hayatta kalanlara mevcut veya beklenen sorunları konusunda yardımcı olmak, PİY'in merkezi bir parçasıdır. Bir felaketten kaynaklanan ve devam eden olumsuzluklar, sorunlar hayatta kalanın stres düzeyini önemli ölçüde artırabilir, dikkati öz bakımdan uzaklaştırabilir ve sıkıntı tepkilerinin sürdürülmesine neden olabilir. Probleme çözüm getirilmesi önemli sorunların yaşanmasına engel olabilir. Yukarıda belirtildiği gibi, PİY etkileşimlerinin çoğu acil ihtiyaçların tartışılması etrafında kurulur. Bu tür tartışmalarda, PİY sağlayıcısı ihtiyacı açıklığa kavuşturabilir, mağdurun sorunu belirlemesine yardımcı olabilir ve ihtiyaç ya da kaygıyı ele almak için neler yapılabileceğini tartışabilir. Bireyin PİY sağlayıcısına yanıt vermesi ve sonrasında bunun takibinin yapılması önemlidir (örneğin, kişinin gerekli bir hizmetle randevu ayarlamasına veya evrak işlerini tamamlamasına yardımcı olmak) (Ruzek vd., 2007).

2.3.2.3.6. Sosyal desteklerle bağlantı. Altıncı temel eylem, bireyleri sosyal destekleriyle buluşturmaktır. Bu temel eylemde, çeşitli popülasyon alt gruplarıyla çalışırken özel dikkat gösterilmesi de tartışılmıştır. Bazı bireylere göre, normal stres tepkilerini bilmek ve bazı gevşeme becerilerini öğrenmek, anormal durumlarla başa çıkmalarına yardımcı olmuştur. Birincil destek kişileri veya diğer destek kaynakları (örneğin, aile üyeleri, arkadaşlar, topluluk yardım kaynakları) ile yeniden bağlantı kurma konusunda yardım, önemli bir PİY eylemidir. Sağlayıcı, kişinin hayatta kalan için önemli olan kişilerle (şahsen, telefonla, e-posta yoluyla) iletişim kurmasını sağlamak ve hemen mevcut sosyal destek kaynaklarının kullanımı (yani, PİY sağlayıcıları, diğer yardım çalışanları, diğer etkilenen kişiler) için pratik adımlar atmalıdır. Sağlayıcı, hayatta kalanların sosyal desteğin önemi ve başkalarına nasıl destek olunacağı konusunda eğitilmesine de yardımcı olabilir. Nispeten sosyal izolasyon geçmişi olan bireyler için, kişinin diğer insanlarla ilişki kurmanın belirli yollarını seçmesine yardımcı olmak önemli olacaktır. Yararlanabilecek herkes, benzer

deneyimler yaşamış başkalarıyla bir destek grubuna katılmaya teşvik edilebilir (Ruzek vd., 2007).

2.3.2.3.7. Başa çıkma becerileri hakkında bilgi. Başa çıkma hakkında bilgi vermek yedinci temel eylemdir. PİY psikolojik sorunların tedavisine odaklanmasa da, PİY teması gelişen felaketin kendisi, stres tepkileri ve başa çıkma hakkında kısa bir eğitim sağlayarak hayatta kalanın başa çıkma davranışlarını etkilemek için önemli bir fırsat sağlar. Ciddi şekilde rahatsız olan insanlar için afetle ilgili bilgilere, olay hakkında şu anda bilinenlere, hayatta kalanlara yardım etmek için neler yapıldığına ve mevcut hizmetlere odaklanabilir. Yararlı olabilecek başa çıkmayla ilgili bilgiler, afet sonrası tepkiler ve bunların nasıl yönetileceği, kişisel bakım ve aile bakımı ve başa çıkma hakkında bilgileri içerir. PİY sağlayıcıları, bilgiyi ne zaman sunacaklarına karar vermeli ve en uygun ve yararlı olan bilgi türünü sağlamalıdır. En yararlı bilgi, acil ihtiyaçların ele alınmasında, sıkıntının azaltılmasında, mevcut endişelerin ele alınmasında ve olumlu başa çıkma çabalarının desteklenmesinde yardım sağlar (Ruzek vd., 2007).

Stres tepkileri hayatta kalanlar için endişe verici olabilir. Bazıları bir olaya kendi verdikleri tepkilerinden korkacak veya başka bir şekilde sıkıntıya düşecektir; bazıları tepkilerini olumsuz ve üzücü şekillerde görebilir (örneğin, tepkilerim "Bende bir sorun var" veya "Ben zayıfım" anlamına geliyor). Bu nedenle bireyler, yaşadıkları tepkileri açıklayan ve bu tepkilerin tipik ve beklenebilir olduğunu belirten bilgilerden yararlanabilir. PİY sağlayıcıları, hayatta kalanların tepkilerini patolojik hale getirmekten kaçınmaya özen göstermeli ve "semptomlar" gibi terimler kullanmaktan kaçınmalıdır (Ruzek vd., 2007).

Baş çıkma yollarını tartışmak ve olumlu ve olumsuz başa çıkma eylemleri arasında ayırım yapmak da uygun ve yararlı olabilir. Olumlu başa çıkma eylemleri, kaygıyı azaltmaya, diğer rahatsız edici tepkileri azaltmaya ve durumu iyileştirmeye yardımcı olanlardır. Destek için başka bir kişiyle konuşmak, yeterince dinlenmek, egzersiz yapmak ve olumlu dikkat dağıtıcı faaliyetlerde bulunmak gibi şeyleri içerir. Öte yandan, olumsuz başa çıkma eylemleri sorunları daha da kötüleştirebilir. Bu sorunlu baş etme yolları, alkol veya uyuşturucu kullanmak, aileden veya arkadaşlardan uzaklaşmak veya çok fazla çalışmaktır (Ruzek vd., 2007).

Bazı durumlarda, PİY sağlayıcılarının başa çıkma yollarını daha ayrıntılı olarak tartışmak için zamanları olacaktır ve bu gibi durumlarda, eğer mağdur anlayışlıysa, kişiye basit gevşeme, öfke yönetimi veya uyku iyileştirme becerilerini tanıtmak yararlı olabilir. Sıkıntıya neden olabilecek olayla ilgili olumsuz inançlar hakkında basit geri bildirim sağlamak da mümkün olabilir. PİY sağlayıcısı, bu tür olumsuz inançları dinleyebilir ve hayatta kalanların inançlarına alternatifler belirlemesine yardımcı olabilir. Sağlayıcı ayrıca, eğer gerekliyse, bireyi stres reaksiyonları ile içki/uyuşturucu kullanımı arasındaki bağlantılar hakkında eğiterek, güvenli kullanım kalıplarını tartışarak ve/veya madde bağımlılığı danışmanlığına havale ederek madde bağımlılığını ele alabilir (Ruzek vd., 2007).

2.3.2.3.8. İş birlikçi hizmetlerle bağlantı. Sekizinci temel eylem, uzun vadeli takip için toplumdaki mevcut hizmetlere yönlendirmeler ve bağlantılar hakkındadır. Bu iletişim, hayatta kalanların gerekli hizmetlerle bağlantı kurmasına yardımcı olmak için kullanılır. Hayatta kalanların çoğu, bir PİY bağlantısının ardından ek yardıma ihtiyaç duyacağından, hayatta kalan kişi ek hizmetlerle ilgilenirse PİY sağlayıcısı, hizmetlerle (örn. , kazazedeyi bir ajans temsilcisine götürmek). Bir sevk yaparken, sağlayıcı, kişiyle ihtiyaçları hakkında yapılan görüşmeyi özetlemeli, sevk seçeneğini açıklamalı (nasıl yardımcı olabileceği dahil) ve sevk bilgilerini ilgili broşürlerde yazılı olarak vermelidir (Ruzek vd., 2007).

Büyük afetlerde, bakımda sürekliliği sağlamak zorlu bir iştir ve bazı hayatta kalanlar bakım sağlayıcılar arasında mekik dokuyormuş gibi hissedebilirler. Çoğu durumda, etkilenen kişiler ile PİY sağlayıcısı arasındaki sürekli iletişim mümkün olmayacaktır çünkü etkilenen kişiler sürekli hizmetler için başka alanlara gidecektir ve yardımcılar dönüşümlü olarak ortamın dışına çıkacaktır. Ancak PİY, etkilenen kişinin yeniden bağlantı kurmak isterse PİY sağlayıcısını bulabilmesi için mümkünse sürekli iletişim bilgileri sağlayarak ve mağduru diğerleriyle tanıştırmak psikolojik bir bakım sürekliliği duygusu yaratmaya çalışmanın yollarını içermelidir (Ruzek vd., 2007).

Müdahale ekibi çatısı altında bulunan bir diğer model RAPID-PFA modelidir. Bu model, Bloomberg Halk Sağlığı Okulu ile Johns Hopkins Üniversitesi Hazırlık ve Acil Durum Müdahale Araştırma Merkezi (Everly, Barnett, Sperry & Links, 2010; Everly, McCabe, Semon, Thompson & Links, 2014) arasındaki işbirliğiyle geliştirildi. . Bu

model, afetlerden kurtulanlara uzun süreli travmatik stres tepkilerini azaltmak için derin nefes alma ve gevşeme gibi bilişsel-davranışçı teknikleri uygulamayı öğretiyor. Temel bileşenleri şunlardır: yansıtıcı dinleme; değerlendirme; önceliklendirme; bilişsel-davranışçı teknikleri kullanarak müdahale; ve eğilim; kişinin önceki, işlevsel bir yaşam durumuna geri dönmek için işlevsel kapasite kazanıp kazanmadığının değerlendirilmesini içerir. NCTSN/NCPTSD modeline benzer şekilde, RAPID-PFA modeli de başkalarına günlük olarak psikolojik destek sağlamaktan ziyade topluluklara gönderilen eğitilmiş topluluk üyeleri ve yardımcı profesyoneller tarafından sağlanan müdahaleler yoluyla afetlerden sonra kurtarmayı destekler. Everly vd. (2014), PİY'i bir kişinin hayatını korumak veya bir durumun kötüleşmesini önlemek için bir kişiye anında yardım sağlandığı fiziksel ilk yardım kullanımına benzetmiştir. Fiziksel ilk yardımın küçük bedensel yaralanmalar için kullanılabilirliği gibi, RAPID-PFA'nın bilişsel yönleri, bir afet sonrasında dayanıklılık oluşturmayı ve yaygın stres tepkileriyle mücadele etmeyi amaçlar (Everly vd., 2010). Bu nedenle, RAPID-PFA el kitabı diğer PİY modellerinden benimsenen stratejileri içermesine rağmen, psikolojik destek için toplum temelli bir araç olarak tasarlanmamıştır. Hem RAPID-PFA hem de NCPTSD/NCTSN modelleri yanıt ekibi yaklaşımlarına dayanmasına rağmen, Everly vd. (2010), RAPID-PFA'yı büyük ölçüde bilişsel süreçlerin travmatik olayları takiben stresin uzamasında nedensel bir rol oynadığı bilişsel davranışsal bir çerçeveden tasarladılar. Bu nedenle, NCTSN/NCPTSD modelinin aksine, krizlerden sonra dürtüsel karar verme olasılığını azaltmak için derin nefes alma; stresi azaltmak için bilişsel yeniden çerçeveleme; ve müdahaleleri davranışsal yeniden odaklanma ve yeniden yönlendirme gibi tekniklerden yararlandı (Everly vd., 2010).

Müdahale ekibi modellerine yönelik belirgin bir eleştiri, eğitilmiş bireylerden oluşan ekibin afet anında gerekli hizmetleri sağlayabilmesi, görevlerini yerine getirebilmeleri için afet bölgesine taşınmaları gerektiğidir. Bu, 11 Eylül terör saldırılarında DMH ekiplerinin karşılaştığı gibi lojistik sorunlar yaratmaktadır. Ekiplerin yalnızca büyük felaketlerden sonra hazır olması gerçeği, topluluğun kendi kendine yetecek kadar PİY bilgisine sahip olmadığı anlamına gelir (Jacobs vd., 2016). Müdahale ekibi modelleriyle ilgili diğer bir konu da kültürel duyarlılıkla ilgilidir. Loma Prieta depreminde olduğu gibi, müdahale ekipleri genellikle kültürel uygulamaların kendilerinden büyük ölçüde farklı olabileceği topluluklara destek için gönderilebilir. Sonuç olarak, müdahale ekibi üyelerinin yerel kültürlerle ve bu kültürlerin nüanslarına

aşına olma olasılıkları düşüktür. Bu, etkilenen topluluğa sağlanan hizmetin genel kalitesini etkiler. Genel olarak, müdahale ekibi yaklaşımlarının lojistik ve kültürel sınırlamaları vardır (Jacobs vd., 2016).

2.3.2.4. Dünya sağlık örgütü psikolojik ilk yardım modeli. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya Savaşı Travma Vakfı ve Dünya Vizyonu Uluslararası işbirliği ile kendi PİY modelini geliştirmekle kredilendirilmiştir (Van Ommeren, Snider & Schafer, 2011). WHO PİY modelinin uygulanmasına ilişkin yönergeler ve stratejiler, saha çalışanları için kılavuzda bulunmaktadır (WHO, War Trauma Foundation & World Vision International, 2011). Modelleri, daha önce bahsedilen IASC yönergelerine (2007) göre dünyanın dört bir yanındaki büyük kuruluşların desteğiyle geliştirildi. Bu modelde ilk adım, PİY'in doğasını ve kimler için en uygun olduğunu anlamaktır. Ardından, yardımcılar için özel olarak tasarlanmış üç ana eylem bileşeni vardır: bak, dinle ve bağlantı kur. PİY'in "bak" aşamasında, DSÖ, yardımcıların öncelikle çevredeki fiziksel tehlikeler gibi acil endişeleri değerlendirmelerini ve giyim veya şiddetten korunma gibi acil ihtiyaçları olanlarla ilgilenmelerini tavsiye etmektedir. İkinci olarak, "dinleme" aşamasında, yardımcılara, hayatta kalanlara herhangi bir yardıma ihtiyaçları olup olmadığını ve ihtiyaçlarının ve endişelerinin neler olduğunu sorarak desteğe ihtiyacı olan bireylere dikkatli bir şekilde yaklaşımları talimatı verilir. Ardından, yardımcının varlığı memnuniyetle karşılandığında, yardımcının görevi, hayatta kalanların konuşmalarını aktif olarak dinleyerek sakinliği teşvik etmektir veya kişi olaydan dolayı şok yaşıyorsa, çevreleriyle yeniden bağlantı kurmalarına yardımcı olmak için topraklama tekniklerini kullanmaktır. "Bağlantı" aşaması olarak bilinen son aşamada, yardımcılar, hayatta kalanları temel hizmetler, sağlıklı baş etme stratejileri ve mümkünse sosyal destek ağları için yeterli olan kaynaklarla bağlar. Bu modelin diğer temel bileşenleri, kendine ve meslektaşlarına özen göstermeyi ve vaka senaryolarını uygulamayı içerir (WHO, 2011).

WHO PİY modeli, yardımcılarının rollerinin sınırlarını da vurgulamıştır. Yardımcılar psikolojik destek sağlasalar da yeteneklerinin sınırları vardır. Bu nedenle, hayatta kalanların ihtiyaçları yeteneklerini aştığında, yardımcılarının sevk süreçlerinin tam olarak farkında olmaları önerilmiştir. Normalde bu, yardımcının bireylere veya ailelere rollerinin sona erdiğini ve uygunsa bir sonraki kişiye "teslim edileceğini" açıkladığı

bir brifing sürecini gerektirir. WHO'ya göre, bu PİY modeli “psikolojik bilgilendirme yöntemlerine bir alternatif” olarak kabul edildi ve daha çok kişi ve toplum merkezli olması gerektiği vurgulandı (WHO, 2011, s. 3). Snider vd. (2011), WHO PİY modelini genellikle insani yardım çalışanlarına kriz zamanlarında uygulanabilecek PİY becerilerini öğretmeyi amaç edinen bir model olarak görmüştür.

DSÖ, PİY modeline yönelik yaygın bir eleştiri de bulunmaktadır. Bu eleştiri gönüllülere başkalarına psikolojik destek sağlamaya ilişkin genel yönergeleri içeren broşürlerin verilerek yardımcı olmaya çalışmalarıdır. PİY becerileri diğerlerine uygun bir eğitim formatında öğretilmedikçe, gönüllülerin kısa kılavuzları okuyarak PİY tekniklerini etkili bir şekilde uygulaması muhtemelen zor olacaktır. DSÖ modelinin bir başka eleştirisi, modellerinin farklı kültürlerle nasıl uyarlanabileceğine dair açık talimatların olmamasıyla ilgilidir. Kılavuz kültürel bağlamın önemini vurgulasa da, bu kültürel duyarlılığın modele nasıl yerleştirildiğini, hayatta kalanlarla ilişki kurmaya çalışırken kültürel nüansların dikkate alınması gerektiğine dair tavsiyelerin ötesinde açıklığa kavuşturulmamıştır (DSÖ, 2013).

2.3.2.5. Toplum temelli psikolojik ilk yardım (CBPFA) modeli. Daha önce tartışıldığı gibi, 2003 IOM komite raporunda toplum temelli PİY kavramı psikolojik destek için önerilen stratejiydi. Rapor, topluluk temelli bir stratejiye değindi, ancak IOM komitesi açıkça bir model tanımlamadı. Ancak öneriler, uluslararası ortamlarda kullanılmak üzere uyarlanmış başarılı IFRC topluluk temelli modeline dayanıyordu. Müdahale ekibi modellerine atıfta bulunmak için PİY teriminin yaygın kullanımı göz önüne alındığında, Jacobs (2016), topluluk temelli modeli orijinal IFRC modelinden uyarladı ve onu CBPFA olarak vaftiz etti. CBPFA terimi ilk olarak Jacobs (2015), terminoloji ile daha fazla karışıklığı önlemek için topluluk temelli PİY modelini diğer mevcut PİY modellerinden ayırmak için kullandığında bilimsel literatürde ortaya çıktı.

IFRC modelinin temel bileşenlerinin çoğu ve IOM komitesi tavsiyeleri CBPFA'da muhafaza edilmiştir. Özellikle, topluluk adaptasyonu, orijinal IFRC modelinde olduğu gibi, Jacobs'un (2016) modelinin temel bir bileşenidir. IOM komitesi, halkın PİY becerileri konusunda eğitilmesini ve PİY'in topluluklara uyarlanabilmesini tavsiye etti. Jacobs (2016) topluluk temelli modeli uyarlarken, CBPFA'nın topluluk

adaptasyonuna nasıl izin vereceği konusunda somut adımlar sağladı. Toplum temelli psikolojik ilk yardım modelinin süreci aşağıda belirtildiği şekilde gerçekleşmiştir.

2008'de Başkan Bush, DMH (Afet Ruh Sağlığı) tavsiyelerinde bulunacak bir komite kurulmasını emretti. Şu anda Ulusal Hazırlık ve Müdahale Bilim Kurulu (NPRSB) olarak bilinen Ulusal Biyolojik Savunma Bilim Kurulu'nun (NBSB) bir alt bölümü olan komiteye, ulusal hazırlık ve terörizme tepki ve diğer halk sağlığı endişelerini çevreleyen sorunları ele alması talimatı verildi. NPRSB'nin temel önerilerinden biri, afete hazırlık ve müdahaleyi iyileştirebilecek toplum temelli zihinsel sağlık planlarının dahil edilmesi idi. NBSB, belgede toplum temelli bir PİY modeline açıkça atıfta bulunmamasına rağmen, komitenin önerileri, yanıt vermeyi sağlamak için bir “topluluk komitesi” nin dahil edilmesiyle birlikte PİY modellerinin toplumun ihtiyaçlarına uyarlanması gerektiğini açıkça ortaya koymuştur (NBSB, 2008). CBPFA, gerçekten toplum merkezli bir yaklaşım olarak NBSB yönergelerini karşılar. Esnekliği, kültürel açıdan duyarlı olmasını sağlar, çünkü topluluğun güçlü yönlerine ve ortak çıkarlarına göre topluluğun benzersiz ihtiyaçlarına uyacak şekilde kalıplanabilir / uyarlanabilir (Jacobs & Meyer, 2005; Hobfoll vd., 2007). Bu ihtiyaçları karşılamak için Jacobs (2016), “programı tasarlamak ve sürdürmek için yerel temsilciler” kullanılmasını önermektedir. Ruh sağlığı uzmanları da tasarım aşamasında yer alabilmelerine rağmen, yerel topluluk üyelerine öncelik verilir çünkü topluluklarının özel ihtiyaçları ve modelin buna en uygun şekilde nasıl uyarlanabileceği konusunda bilgi sahibidirler.

NBSB'nin tavsiyelerine ve IASC yönergelerine göre, CBPFA'yı topluluklara uyarlamaya yönelik ilk adım, modelin geliştirilmesine katılacak topluluk üyelerinin belirlenmesidir. Bu üyeler bir topluluk komitesi oluşturur. Bu komite, CBPFA programını tasarlarlarken topluluğun kültürel görüşlerinin dikkate alınmasını sağlar. Ardından komite, kültürel olarak duyarlı bir eğitim geliştirme konusunda bir CBPFA uzmanına danışır. Komitenin oluşumunda farklılıklar olsa da, aşağıdaki kilit üyeleri dahil etmek büyük fayda sağlayacaktır: Eğitimde öğretilen bilgilerin bilimsel temelli olmasını sağlayan bir ruh sağlığı uzmanı, ihtiyaçlarını anlayan bir toplum psikoloğu, topluluk içindeki dini uygulamalara aşina olan bir manevi lider, topluluk içindeki sosyal ağlara aşina bir üye ve yerel sivil toplum kuruluşundan bir temsilci (Jacobs, 2016).

Toplum komitesi ile birlikte, toplum adaptasyonunun önemli bir bileşeni, geleneksel ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyler için yerel olarak mevcut ruh sağlığı kaynaklarının belirlenmesidir. Geleneksel ruh sağlığı hizmetleri, destek sağlamak için CBPFA'nın rolünün ötesinde olduğundan, topluluk komitesinin yerel ruh sağlığı kaynaklarına aşina olması çok önemlidir. Bu şekilde, CBPFA'nın net sınırları vardır. Genel olarak, CBPFA, NBSB ve IOM yönergelerini karşılar ve uzun vadede sürdürülebilir; çünkü ucuzdur ve eğitim materyalleriyle ilgili ilk maliyetler dışında çok az veya hiç mali yük olmaksızın hemen kullanılabilir (Jacobs, 2016; Simonsen & Reyes, 2003).

NBSB'nin tavsiyelerini karşılamadan yanı sıra, CBPFA'nın bileşenleri Hobfoll vd. (2007) ilkelerini de takip eder. İlk olarak, CBPFA, diğer ikincil adımlar atılmadan önce herhangi bir fiziksel ilk yardım endişesini ele alarak bir güvenlik duygusunu teşvik etmektedir. İkincisi, CBPFA hizmet sunarken yardımcıların sakin kalmaları teşvik edilir. Bu, durumun kapsamlı bir değerlendirmesini ve herhangi bir eylemde bulunmadan önce kişinin kendi stres tepkilerini izlemeyi içerir. Üçüncüsü, CBPFA, topluluk üyelerine hem fizyolojik hem de psikolojik olarak bir normallik duygusunu geri kazandırmak için kullanılabilecek başa çıkma becerilerini öğretmek için öz ve kolektif yeterliliği teşvik eder. Bu beceriler, büyük olayların ardından meydana gelebilecek mevcut inanç sistemlerinin kaybıyla mücadelede çok önemli olabilir. Hobfoll vd. (2007) dördüncü ilkesi, travmatik olayları takiben iyileşmenin önemli bir yönü olan bağlantılılıktır.

Zamanla, araştırmacılar travmatik bir olayın ardından stresin korunmasına katkıda bulunan ortak faktörleri analiz etmişlerdir ve bu çalışmadan ortaya çıkan ana sonuçlardan biri, bireylerin destek sistemlerinden ne kadar uzun süre ayrılırlarsa, travma sonrası stres semptomları yaşama olasılıklarının o kadar yüksek olmasıdır (Jacobs, 2016). CBPFA'da, güvenlik endişelerini ele aldıktan hemen sonra, odak noktası, bireylerin iyileşmeyi teşvik etmek için sosyal destek ağlarıyla bağlantı kurmalarına yardımcı olmaktır. Bu şekilde, CBPFA Hobfoll vd. (2007) dördüncü bağlantı standardını karşılar. Son olarak, CBPFA ayrıca Hobfoll vd. (2007) bireylerin kendi bilişlerini izlemelerini ve kontrol etmelerini önererek umut aşılamanın beşinci standardını da takip etmektedir. Bu, yoga ve meditasyon gibi farkındalık uygulamaları yoluyla olumsuz düşüncelere yeniden odaklanarak yapılabilir (Jacobs, 2016).

Buna ek olarak, bireyler uyumsal davranışlarda bulunmalarına yardımcı olabilecek inanç sistemlerine de odaklanabilirler. Bu teknikler umut aşılama hizmet eder, çünkü bireyin iyileşme hedeflerine yönelik çalışma motivasyonunu yeniden kazanmasını sağlar (Jacobs, 2016). Genel olarak, CBPFA, yıllarca süren çalışmalardan türetilen bir modeldir ve önceki topluluk temelli PİY modellerinin özel bir yinelemesidir. IOM komitesinin amaçladığı gibi, gerçek bir taban yaklaşımı olmasına izin veren teknikleri kullanır (Jacobs & Meyer, 2005). CBPFA'nın temel ilkelerinin öğrenilmesi nispeten basittir ve herhangi bir zamanda topluluklarda kolaylıkla uygulanabilir. Bu, CBPFA'yı kriz müdahalesine ve psikolojik desteğe yönelik pragmatik bir yaklaşım haline getirir (Jacobs, 2016).

2.3.2.6. Psikolojik ilk yardım ABCDE modeli. R.A.Figueroa ve P. F. Cortes (2015) tarafından tasarlanan bir modeldir. Bu model Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımından esinlenerek hazırlanan bir PİY modelidir. Odak noktasında; acı çeken ve desteğe ihtiyacı olan bireye insancıl ve müdahaleci olmayan bir destek sağlamak, dinlemek ama konuşması için zorlamamak, ihtiyaç ve endişelerini değerlendirmek, temel ihtiyaçlarını karşılamak, sosyal desteğe teşvik etme ve daha fazla zarar görmesine engel olmak yer almaktadır (Bisson & Lewis, 2009; Shultz & Forbes, 2014).

DSÖ tarafından yapılmış olan PİY tanımı PİY-ABCDE modeline ilham vermesine rağmen, DSÖ protokolünün üç temel eylemi (bak, dinle ve bağ kur) (Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Travma Vakfı, World Vision International, 2011) modeli tasarlayanlarca beş adım içerecek şekilde değiştirildi. PİY-ABCDE modelinde her harf müdahalenin bir bileşenini temsil etmektedir. PİY'in tek bir tanımı olmadığı ve PİY-ABCDE protokolünün yaygın olarak kabul edilen PİY tanımlarının tüm bileşenlerini karşıladığı göz önüne alındığında, DSÖ'nün modelini de kapsayan kapsamlı bir PİY modeli olarak değerlendirilmiştir (Bisson & Lewis, 2009; Shultz & Forbes, 2014).

PİY-ABCDE protokolü, 2015'ten beri Pontificia Universidad Católica de Chile Tıp Okulu'nda (UC | Şili) sürekli bir eğitim programı olarak düzenli olarak öğretilmektedir. Kılavuzu, dinleyici notları ve eksiksiz bir öğrenme kaynakları seti şu adreste ücretsiz olarak bulunabilir: <https://medicina.uc.cl/educacion-continua/pap-abcde/>. Şili, Arjantin, Peru, Kolombiya, Guatemala, İspanya ve Brezilya'daki birçok kamu ve özel

kuruluş tarafından benimsenmiştir. El kitabı İngilizce ve Portekizce'ye çevrilmiştir ve Birleşmiş Milletler Afet Riskini Azaltma programı (ABCDE psikolojik ilk yardım başvuru el kitabı: Bireysel ve kolektif krizler için, 2021) tarafından afet riskinin azaltılması ve esnekliği için küresel bilgi paylaşım platformu olan preventionweb.net'da mevcuttur. PİY-ABCDE modelinin basamakları aşağıda kısaca açıklanmıştır.

2.3.2.6.1. Active listening (aktif dinleme [A]). Yaklaşık 10-20 dakika Kesintisiz bir dinleme dönemi, yargıları saklamak, ilgiyi, şefkati ve empatiyi açık sorgulama, yeniden ifade etme ve yansıtma yoluyla ifade etmek, ancak katılımcıyı konuşmaya zorlamamak.

2.3.2.6.2. Breathing retraining (yeniden nefes alma eğitimi [B]). Yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir. Aşırı sıkıntıda hayatta kalanlar için sakinliği artırmak için uzun süreli ekshalasyon kullanan bir nefes alma tekniği sunulur. Aynı zamanda adaptif başa çıkma becerilerini modellemek için de kullanılır. Nefes alma tekniği, Uzun Süreli Maruz Kalma Terapisinin bir bileşenidir (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007). "Topraklama" veya Jacobs'un progresif kas gevşemesi gibi ek sakinleştirici beceriler de katılımcının isteği veya tercihi üzerine dikkate alınır ve öğretilir.

2.3.2.6.3. Categorization of needs (ihtiyaçların sınıflandırılması [C]). Yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir. Hayatta kalanın en acil ihtiyaç ve endişelerinin farkındalığını, tanımlanmasını ve önceliklendirilmesini teşvik etmek için yardım verilir (örneğin akrabalarla iletişim, yemek, fiziksel / zihinsel / etik konularla ilgili endişeler, yasal konular, sağlık sigortaları ve mali yardımla ilgili yönelim, ulaşım, sosyal hizmetlere erişim). Sağlayıcı, hayatta kalan kişinin ihtiyaçlarını ve endişelerini sistematik olarak değerlendirmesini ve önceliklendirmesini, hedefe yönelik bir düşünme tarzını modellemesini ve durum üzerindeki kontrolünü yeniden kazanmasına yardımcı olarak rahatlatmasını destekler.

2.3.2.6.4. *From the spanish word 'Derivación' (referral) ispanyolca 'Derivación' (sevk-yönlendirme [D]).* Yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir. C adımımda tanımlanan ihtiyaçları en iyi şekilde karşılayan sosyal destek ağlarına hayatta kalanların yönlendirilmesini içerir (örn. Bu adımı tamamlamak için, sağlıkla ilgili konularda 7/24 telefon hizmeti de dahil olmak üzere, mevcut farklı halk sağlığı ve sosyal koruma hizmetleri hakkında bilgi içeren bir broşür kullanılır. Düzenli sosyal destek faydaları vurgulanır, akraba ve arkadaşlarla yakın temas kurmanın önemi tartışılır ve teşvik edilir. Daha fazla ruh sağlığı klinik desteğine ihtiyaç duyanlar öncelik sırasına konur ve sevk edilir.

2.3.2.6.5. *PsychoEducation (psikoeğitim [E]).* Yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir. Travmaya verilen normal tepkiler (normalleştirme yoluyla güvence), çocuklar ve özel gruplar da dahil olmak üzere hayatta kalanlar ve aileleri için uyarlanabilir başa çıkma becerileri (fiziksel aktivite, uyku hijyeni, maddelerden kaçınma, sosyal katılım ve deneyim paylaşımı, gevşeme teknikleri), uyarı işaretlerinin kendi kendini izlemesi, mitler ve travmatik stresle ilgili yanlış anlamalar ve daha fazla yardım istemek için nerede/nasıl/ne zaman bilgi verilmesi, hepsi broşürlerle desteklenmektedir.

Sağlayıcılara, protokolün tüm adımlarını katılımcılara tek bir oturumda sunmaları talimatı verildi. PİY tarafından onaylanan esneklik ilkelerini ve müşteri merkezli bir yaklaşımı karşılamak için, bazı adımları atlamalarına veya katılımcıların tercihlerine veya durumsal koşullarına göre sıralarını değiştirmelerine izin verildi (örneğin, acil bir müdahale sağlayan hızlı fiziksel bozulma). Oturumlar kaydedilmedi veya protokole bağlılık değerlendirilmedi.

Kontrol grubu sadece psikoeğitim aldı (ABCDE protokolünün E adımı). Bu nedenle kontrol müdahalesi, aynı psikoloji öğrencileri tarafından, aynı acil servislerde ve aynı broşürlerle yüz yüze verilen tam protokolün (30-60 dakika) tamamlanmamış, daha kısa (5-10 dakika) bir bölümüdür. Özellikle önceki iki çalışma, psikoeğitimin TSSB'yi önlemede herhangi bir etkisini bulamamıştı (Rose, Brewin, Andrews & Kirk, 1999; Wong, Marshall & Miles, 2013). Bu nedenle, bazı farmakolojik çalışmalarda kullanılan azaltılmış ilaç dozu plaseboya benzer şekilde, psikoeğitim aktif bir plasebo

olarak kabul edilebilir (Laursen, Hansen, Paludan-Müller & Hróbjartsson, 2020). Katılımcıların aktif ve kontrol müdahalelerindeki güvenilirliği değerlendirilmemiştir.

2.3.2.7. Covid-19 sürecinde kullanılan PİY-SA modeli. Klinik bir vakanın örneklenmesi yoluyla, uzaktan gerçekleştirilen bu PİY modeli dolaylı COVID kurbanlarını temsil etmeyi amaçlamıştır. Roma'daki Sant'Andrea Üniversite Hastanesi tarafından doğrudan ve dolaylı COVID-19 mağdurları için uzaktan uzmanlar tarafından psikolojik destek vermeyi amaç edinen bir PİY hizmeti geliştirmiştir. Bu durum COVID-19 enfeksiyonunu önlemek için alınan ulusal önlemler dikkate alındığında, mağdurların evlerinden çıkmadan psikolojik destek almalarına ve gerektiğinde birçok seans psikolojik desteğe devam etmelerine olanak sağlamıştır. PİY protokolünün amacı, mağdurların aile, sosyal veya çalışma destek ağlarıyla duygusal iletişim kurmasını kolaylaştırmaktır. Gerçekten de, yeterli sosyal destek, mağdurların kendileri hakkında konuşmasına, olanları tutarlı bir şekilde yeniden inşa etmesine, yaşanan duyguları ifade etmesine ve etraflarındaki sempati ve dayanışmayı algılamasına olanak tanımaktadır.

Roma'daki Sant'Andrea Üniversite Hastanesi de dahil olmak üzere Lazio Bölgesel Sağlık Hizmetinin bazı yapıları, pandeminin neden olduğu sıkıntılı durum nedeniyle bu PİY hizmetini etkinleştirdi. Sant'Andrea'daki Psikolojik İlk Yardım Hizmeti (PİY-SA), özel bir telefon numarasının etkinleştirilmesiyle 15 Mart 2020'de kurulmuş ve sadece COVID-19 hastaları ve yakınları için ayrılmıştır. 15 Mart 2020'den 15 Mayıs 2021'e kadar saat 08:00-20:00 saatleri arasında PİY-SA'ya %50'si 35-45 yaş grubunda olmak üzere 62'si kadın ve 78'i erkek olmak üzere toplam 140 kişi başvurmuştur.

PİY-SA'nın dayandığı teorik model, İlk temas (ilişkinin kurulması ve dengelenmesi), kısa değerlendirme ve triyaj, müdahale, Triage, bir tıp uzmanından sevk, irtibat ve destek, farkındalık ve kişisel bakım adımlardan oluşan ampirik temelli bir modeldir (McCabe vd., 2014).

McCabe vd. (2014)'nın teorik modeline dayanarak, PİY-SA protokolünü, özellikle telepsikoterapide kullanılan daha yeni modellerle entegre etmek, bozulma dönemlerinde, kişinin hayatına ve sevdiklerinin yaşamlarına yönelik tehditte etkili başa çıkma araçları sağlamayı amaçlayan bir müdahale modeli oluşturmak için de mümkündür (Rosen, Glassman & Morland, 2020; Van Daele vd., 2020). PİY-SA,

bölgesel ağın aktivasyonunu bireysel ihtiyaçlara göre hazırlamak ve yönlendirmek için iki telefon kontağından oluşur. Bunlar; ilk temas ve ikinci temastır.

2.3.2.7.1. İlk temas. Hasta, Lazio Bölgesi hizmet ağı eşlemesinin referans portallarında bulunan telefon numarasını arar. PİY-SA'ya, duygusal sınırlama teknikleri (dengeleme, normalleştirme ve sabitleme) yoluyla kurbanın aşırı uyarılma tepkilerini sınırlayan eğitilmiş bir psikolog tarafından yanıt verilir. Müdahalenin amacı, mevcut kriz durumunu azaltmak ve bireyin işleyiş düzeyini mümkün olan en kısa sürede eski haline getirmektir. Psikolog, başlangıçta hem psikolojik rahatsızlıkları (ör. şizofreni, depresyon, yeme bozuklukları) hem de fiziksel hastalıkları olan hastalar ve bunların yakınları için tasarlanmış kanıta dayalı bir teknik olan psikoeğitim kullanır (Donker, Griffiths, Cuijpers & Christensen, 2009; Tomita vd., 2018). Psikoeğitim, hastanın duruma maruz kalmasının işlevselliğini (örneğin, öfkenin nedenleri ve etkileri) ve duygusal doğrulamayı (örneğin, öfke stresli koşullara verilen normal bir tepkidir) nasıl etkileyebileceğini anlamasına yardımcı olmayı içerir. Bu nedenle psikoeğitim, bu etkinin nasıl azaltılabileceği ve bu tür deneyimlerle başa çıkmak için hangi stratejilerin uygulanabileceği hakkında bilgi sağlar (Whitworth, 2016) ve travmanın olumsuz etkilerini azaltmada etkili bir yaklaşım olduğu kanıtlanmıştır (Oflaz, Hatipoğlu, Aydın & Effectiveness, 2008; Whitworth, 2016). Gerekirse, ikinci müdahalenin ne zaman yapılacağı konusunda hastayla anlaşarak ikinci bir görüşme ayarlanır.

2.3.2.7.2. İkinci temas. Müdahalelerin amacı, duygusal tepkileri normalleştirmek ve hastanın durumuna uygun olarak bakım davranışlarıyla ilgili kişisel başa çıkma güçlerini desteklemektir. Pandemi durumunun hissettiği duygulardan kaynaklanan öznel sıkıntı verici deneyime özellikle dikkat edilir. Hedefler paylaşılır ve gerekirse yerel psikososyal ağ etkinleştirilir. Aslında, psikolojik desteğe devam etme ihtiyacı varsa (McCabe ve meslektaşlarının 5. adımında olduğu gibi), hasta yerel olarak sağlanan ücretsiz psikolojik desteğe yönlendirilir (Burrai vd., 2020; Couyoumdjian, Giannini, Guidoni, Mari & Burrai, 2020).

2.3.2.8. ICARE psikolojik ilk yardım modeli. Sağlık çalışanları için COVID-19 sürecinde başlayan stresli ve zorlu koşullar sağlık çalışanlarının psikolojik destek ihtiyaçlarını ortaya çıkarmıştır (Chandler vd., 2022). Mevcut literatürün gözden geçirilmesinin ardından, önceki salgınlarda başarıyla uygulanan kanıta dayalı bir müdahale olduğu için PİY'in programımız için en iyi yöntem olacağını belirledik (Shah vd., 2020; Yue vd., 2020). Bununla birlikte, PİY ile ilgili önceki araştırmalar, numunenin zihinsel sağlık işleyişinin nicel değerlendirmesinde sınırlı kalmıştır (Arenliu, Uka, Weine & Building, 2020; Blake vd., 2021; Chandler vd., 2022; Cheng, Zhang, Hua, Yang & Liu, 2020; Kroll vd., 2021; Malik vd., 2021), kullanılan belirli PİY modelinin tanımı (Blake vd., 2021; Cheng vd., 2020; Kroll vd., 2021) ve PİY'in sağlanması sırasında tartışılan destek ihtiyaçlarının belirlenmesi (Arenliu vd., 2020; Blake vd., 2021; Cheng vd., 2020; Kroll vd., 2021). Ayrıca, COVID-19 salgını bağlamında sağlık çalışanları için çevrimiçi bir PİY programının uygulanmasını açıklayan veya değerlendiren az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu nedenle, bir çevrimiçi (yani tele sağlık) programı uyguladık ve Güney Arizona'daki sağlık çalışanlarının psikolojik destek ihtiyaçlarını karşılamak için PİY'in ICARE modelini kullandık. Sağlık çalışanlarının psikolojik destek ihtiyaçlarının karşılanması için Mayıs-Temmuz 2020 arasında ICARE psikolojik ilk yardım modeli yeni bir çevrimiçi formatında uygulanmıştır (Chandler vd., 2022).

ICARE, bir PİY oturumunun yapısı için kılavuz görevi gören bir kısaltmadır (yani Tanıtın, İletişim Kurun, Kabul Etme, Önerin ve Teşvik Edin) (Everly, 2020). Tanıtma aşamasının görevleri, tanıtım yapmayı, lojistik bilgi sağlamayı (örneğin, gizliliğin sınırları) ve toplantı sırasında ne bekleyeceğinizi açıklamayı (örneğin, deneyimleri paylaşmak için güvenli bir alan) içerir. İletişim kurma aşamasında, katılımcılar onları destek grubu toplantısına katılmaya iten olayları açıklar. Kolaylaştırıcılar empatik dinleme, doğrulama ve duygusal tepkilerin normleştirilmesi ile yanıt verirken Onaylama aşaması eş zamanlı olarak gerçekleşir. Önerme (Harekete Geçme) aşamasının amacı, başa çıkma becerilerini vurgulayarak ve umudu besleyerek sıkıntıyı azaltmaktır. Son olarak toplantı Teşvik Etme (Sonraki Adımlar) aşamasıyla sona erer; bu aşamada kolaylaştırıcılar, başa çıkma becerilerini uygulamak veya ek akıl sağlığı hizmetleri (örneğin, bireysel terapi) aramak için üyelerin belirli planları detaylandırmasına yardımcı olur.

Programımızdaki sağlık çalışanları, sağladığımız destek için defalarca takdirlerini ifade ettiler. Gelecekteki yönergeler, çevrimiçi tartışma forumları oluşturmayı, bireysel destek için fırsatları artırmayı ve Sağlık Çalışanlarını PİY kullanarak akran desteği sağlamak için eğitmeyi içerir. Bu programın, bir pandemi bağlamında sağlık çalışanları ve genel olarak toplum için geniş kapsamlı potansiyel faydaları vardır.

2.3.3. Psikolojik ilk yardım ile ilgili araştırmalar. Yıllar boyunca, bir afet sonrası müdahale olarak PİY'in etkinliğine ilişkin literatürü genişletmek için birçok girişimde bulunulmuştur. Yurt içinde ve yurt dışında yapılmış olan araştırmalar aşağıda başlıklar halinde sırasıyla verilmiştir.

2.3.3.1. Türkiye'de yapılmış araştırmalar. Yurt dışında yapılmış olan araştırmalara nazaran ülkemizde psikolojik ilk yardımla ilgili yapılmış araştırmalar daha azdır. Son dönemlerde yaşanan doğal afetler ve salgın hastalıklar sonucunda ülkemizde de bu alanda yapılan çalışmalar artış göstermişse de uygulamaya dönük araştırmaların azlığı dikkat çekicidir. Yapılan çalışmalara bakıldığında;

Kılıç ve Şimşek (2018), 76 hemşirelik öğrencisinden oluşan bir örnekleme PİY eğitiminin afete hazırlık ve öz-yeterlik üzerindeki etkisi incelenmiştir. Eğitim alan hemşirelik öğrencilerinin, kontrol grubuna kıyasla, afete hazırlıklı olma ve öz-yeterliklerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kılıç ve Şimşek (2019) tarafından öğrencilerin öz yeterliklerini artırmak için lisans hemşirelik programlarında psikolojik ilk yardım bileşenine yer verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Kılıç Bayageldi ve Şimşek (2022) tarafından yayınlanan bir diğer çalışmada, örneklemini hemşire öğrencilerinin oluşturduğu PİY uygulamasında öz yeterlik düzeyini belirlemede kullanılabilecek ölçme aracı geliştirmişlerdir. Müdahale kalitesinin artırılmasında ve afet öncesi müdahale yetkinliklerinin belirlenmesinde geliştirilmiş olan ölçeğin katkı sunacağı belirtilmiştir.

Pozam (2022, s.31), afetler sonrasında psikolojik ilk yardımın daha etkin kullanılabilmesi için mobil uygulama geliştirmiştir. Uygulamada günümüzde en çok kabul görmüş olan sekiz basamaklı psikolojik ilk yardım modeli baz alınmıştır

(Brymer vd., 2006). Mobil uygulamanın bir afet durumunda veya sonrasında mağdurların ihtiyacı olan psikolojik ilk yardımı almalarında gerektiği kadar yönlendirici ve bilgilendirici olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ulusal alanyazın incelendiğinde psikolojik ilk yardım üzerine az sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Öz yeterlik kavramı üzerine aynı araştırmacı tarafından yapılmış olan çalışmalar Hemşirelik bölümü öğrencileriyle gerçekleştirilmiş, sonucunda PİY eğitiminin etkililiği değerlendirilmiş ve psikolojik ilk yardım öz yeterlik ölçeği geliştirilmiştir. Başka bir araştırmacı ise Brymer vd. (2006) tarafından geliştirilmiş olan sekiz basamaklı müdahale modelini temel alan mobil uygulama geliştirmiştir. Psikolojik ilk yardım kavramı üzerine yapılmış çalışmaların az sayıda olması bu kavram üzerine yapılacak olan her çalışmanın alanyazına ışık tutması ve yeni bir boyut kazandırması beklenmektedir.

2.3.3.2. Yurt dışında yapılmış araştırmalar. McCabe vd. (2008) tarafından din adamlarına yönelik geliştirilen PİY programının etkililiği sınanmıştır. 500 din görevlisi ile gerçekleşen çalışma sonunda, katılımcıların yaşanan afet sonucunda yardıma ihtiyacı olan bireye PİY uygulama konusunda öz yeterlilik algılarında artış olduğu ve PİY eğitiminin katılımcılara olumlu katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Brown vd. (2009), kalitatif yöntemler kullanarak bir huzurevinde kullanım için PİY'in fizibilitesi hakkında veri toplamışlardır. Odak gruplarından elde edilen sonuçlar, PİY'in afet zamanlarında huzurevi ortamında kullanım için gerçekten uygulanabilir bir müdahale olduğunu göstermiştir. PİY'in huzurevinde kalanlar arasında stres reaksiyonlarını azaltmaya nasıl yardımcı olabileceğini ele alan daha fazla araştırma çağrısında bulunulmuştur.

Allen vd. (2010), Gustav ve Ike Kasırgası'nın ardından kasırgalardan etkilenmiş kişilere PİY uygulamış 50 PİY sağlayıcısı ile yaptıkları çalışmada, PİY'in NCTSN/NCPTSD modelinde eğitim almış olanların başkalarına yardım ederken kendine olan güvenlerinin arttığını ve memnuniyet duyduklarını saptamışlardır. Ayrıca bu çalışma sonucunda, PİY sağlayıcıları tarafından temel eylemlerin kendileri ve başkaları için yararlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Schafer vd. (2010), Haiti'deki felaket sırasında insani yardım personeli çalışanlarıyla birlikte, PİY için kısa bir kılavuzun kullanımını ve kılavuzun kullanımına ilişkin eğitimi değerlendirmişlerdir. Yazarlar, personelin kısa rehber ve eğitimin yararlı olduğunu düşündüğünü, ancak daha kapsamlı bir rehber ve eğitimin ilke ve kavramları daha iyi anlamalarına ve PİY'i daha etkili bir şekilde sunmalarına yardımcı olabileceğini bildirmişlerdir.

McCabe vd. (2011), Johns Hopkins PFA (RAPID-PFA) modelinin uygulanabilirliğini ve etkisini araştırmak için örneklemini Maryland'da bulunan 128 paraprofesyonel kişinin oluşturduğu grupla çalışmışlardır. RAPID-PFA kavramlarında bir günlük eğitim alan bu katılımcılar isteklilik, işbirlikçi çalışma ve işe hazır olma konularında eğitimin olumlu etkisinin olduğu geri bildiriminde bulunmuşlar, ayrıca kriz durumlarını yönetebilme konusunda daha fazla öz yeterlilik bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, McCabe vd. (2014) ve Everly vd. (2014) tarafından yapılan diğer RAPID-PFA eğitim çalıştayları tarafından desteklenmiş ve genel olarak, RAPID-PFA eğitiminin paraprofesyoneller için etkili olduğu kabul edilmiştir.

Forbes vd. (2011), acil servis kuruluşları gibi travmatik olaylara maruz kalmanın muhtemel olduğu kuruluşlar olarak tanımlanan yüksek riskli kuruluşlarda PİY sağlamak için bir çerçeve önermişlerdir. Aşamalar, PİY ile tutarlı kurumsal politikalar ve prosedürlerin geliştirilmesini, PİY terfisini ve personel eğitimini, olay sonrası PİY yanıtının verilmesini ve personel ile izleme ve takibini içermektedir. Lewis, Varker, Phelps, Gavel ve Forbes, (2013), bu modelin Avustralya'daki yüksek riskli bir kuruluştaki kullanımını değerlendirdi. Genel olarak, organizasyondaki yöneticiler ve akran destekçiler bilgi ve becerilerin arttığını bildirdi. Katılımcılar ayrıca PİY becerilerini sunma konusunda daha fazla güven bildirdiler. Yazarlar, Forbes vd. (2011) tarafından önerilen modelin çalışmanın sonuçlarıyla desteklendiği sonucuna ulaşmışlardır.

Everly vd. (2012), ruh sağlığı alanında bilgisi olmayan veya çok az bilgisi olan 252 birey ile Johns Hopkins PFA Modelini temel alarak düzenledikleri kursun etkililiğini değerlendirmişlerdir. Kurs sonunda katılımcıların, akut sıkıntıları tanımlarken daha doğru bir şekilde tanımladıkları belirlenmiştir. Genel olarak araştırmacılar tarafından PİY'in, kendilerini oldukça stresli durumlarda bulan bireyler için çok önemli bir stres

yönetim aracı olduğu öne sürülmüştür (Everly vd., 2014; Everly vd., 2010; Parker, Everly, Barnett & Links, 2006; NBSB, 2008).

Ramirez vd. (2013) tarafından okullarda "dinle, koru ve bağlantı kur" a dayalı oluşturulan PİY eğitiminin travma ile ilişkili psikososyal sonuçlarda iyileşmeye olan etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda müdahalede bulunulmuş öğrencilerin TSSB ve depresyon belirtilerinde azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin sosyal destek isteklerinde ve okul bağlılıklarında artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Everly, McCabe, Semon, Thompson ve Links (2014), hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının katılım sağladığı 1500'den fazla katılımcı ile RAPID-PFA modelinin etkililiğini değerlendirmişlerdir. Bir günlük eğitim sonunda katılımcıların PİY bilgilerinde, PİY uygulama öz yeterliklerinde ve PİY sağlayıcısı olma konusunda kendilerine olan güvenlerinde artış olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Chandra vd. (2014), anketlerden ve grup içi odak grubundan öz-rapor verilerini toplayarak bir eğitmen eğitimi (ToT) atölye çalışmasına katılan 76 tıbbi hizmet katılımcıları ile karma yöntemler yaklaşımı kullanarak PİY'in etkinliğini göstermiştir. Eğitim öncesinden eğitim sonrasına kadar, katılımcının PİY kullanımında algılanan güveni ve öz yeterliliği arttığı ayrıca nitel analizler PİY kavramlarına ilişkin bilgi artışına destek sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hechanova, Ramos ve Waelde (2015), Filipinler'deki Haiyan Tayfunu'nu takiben afetlere müdahalede bulunan 125 yardım sağlayıcısının bilgi ve öz yeterlilik düzeylerini artırmak için yaptıkları çalışmada PİY müdahalelerinin, yardım sağlayıcılarının öz yeterliliklerini ve afet ile baş etme yeteneklerini artırdığı sonucuna ulaşmışlardır.

Akoury-Dirani vd. (2015) tarafından yapılan araştırma, Lübnan'lı ruh sağlığı çalışanlarının Suriyeli mülteci krizinde, mülteci grupların ruh sağlığı ihtiyaçlarını karşılamaya hazırlıksız olduğunu ortaya çıkarmıştır. Lübnan'lı ruh sağlığı uzmanlarının mülteci grupların ruh sağlığı ihtiyaçlarını karşılamaya hazırlıklı olmalarını sağlamak için bakanlıktan ve sivil toplum kuruluşlarından 60 katılımcı belirlenmiş ve bu katılımcılar iki buçuk günlük PİY eğitimine tabi tutulmuşlardır. Eğitim sonunda katılımcıların özellikle PİY ilke ve teknikleriyle ilgili bileşenler konusunda bilgi ve hazır bulunuşluklarında önemli ölçüde bir artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Everly, Lating, Sherman ve Goncher (2016), psikolojik ilk yardım müdahalelerinin kaygı ve ruh hali üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla 42 öğrenci ile araştırma yapmışlardır. Araştırma sonucunda PİY müdahalesinde bulunan grubun anksiyetelerinde ve sıkıntılı olan ruhsal durumlarında iyileşme olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Zimmermann (2016) tarafından yapılan bir incelemede PİY'in gerçek özünü yakalamada mevcut araçların sınırlamaları ele alındı. İncelemesinde, DSÖ'nün PİY modelini yerel nüfusa uyarlamada önemli zorluklar yaşadığı Filistin'deki Batı Şeria bölgesindeki kişisel deneyimini anlatmıştır. Kendi döneminde, modeli travmatik stresin kültürel ifadelerine uyacak şekilde uyarlamada zorluklarla karşılaştığını ve mevcut PİY modellerinin PİY kavramını sadece becerilerin kazanılmasına indirgemeye aşırı derecede odaklandığını bildirmiştir. Ek olarak, PİY'in Filistin gibi kronik çekişme ve ihtilaf alanlarında kullanım için uygun olmayabileceği de belirtilmiştir. Bu amaçla, araştırmacıları, dünyanın savaş bölgelerinde yaşayan toplulukların ihtiyaçlarını karşılamak için psikolojik destek modellerinin nasıl daha fazla geliştirilmesi gerektiği konusunda düşünmeye çağırmıştır.

Farchi ve meslektaşları (2018) tarafından, PİY'de profesyonel olmayanlar ve ilk müdahale ekipleri tarafından kullanılması amaçlanan Six C modeli olarak bilinen yeni bir varyasyonu test edilmiştir. Six C'nin PİY modeli, özellikle travmatik olayların hemen sonrasındaki akut stres reaksiyonlarını hedeflemektedir. 211 kişiden oluşan bir örnekleme, PİY versiyonlarının dayanıklılık oluşturmada, kaygıyı azaltmada ve öz yeterliliği geliştirmede faydalı olduğunu bildirmişlerdir. Genel olarak, PİY'in öz-yeterlik üzerinde açık bir etkisi olduğu ve özellikle afet zamanlarında ön saflarda müdahale edebilecek kişiler için faydalı olduğu açıktır.

Son olarak, Gray (2016), CBPFA'nın bir versiyonunun bireylerin kişilik özelliklerine göre sosyal destek düzeylerini nasıl etkilediğini incelemiştir. Bu versiyon Amerikan Kızıl Haç tarafından kullanılır ve Amerika Birleşik Devletleri halkı tarafından ve Amerika Birleşik Devletleri halkı için uygulanmak üzere tasarlanmıştır. Bu özel çalışmada, Gray (2016) tarafından, CBPFA kursuna katıldıktan sonra önemli kişilerden algılanan sosyal destek düzeylerinde bir artış olduğu bildirilmiştir.

Uluslararası alanyazın incelendiğinde nispeten PİY çalışmalarının son zamanlarda yaygınlaşmaya başladığı; fakat halen istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir.

Çalışmalar incelendiğinde farklı PİY modellerinin ve eğitimlerinin etkililiğinin sınındığı çalışmaların ağırlıkta olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda genel itibariyle eğitim sonrası katılımcıların PİY konusundaki bilgi seviyelerindeki değişimlere, katılımcıların PİY sağlamada kendilerine olan güven durumlarına ve eğitimlerin yarar sağlama durumu üzerinde durulmuştur. Çalışma sonuçlarına genel itibariyle bakıldığında PİY eğitimlerinin ruh sağlığı alanında çalışan olsun veya olmasın katılım gösteren bireylere pozitif anlamda yarar sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Psikolojik ilk yardım becerileri kavramı ile psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının bir araya getirildiği bu çalışmadan elde edilecek olan bulgu ve sonuçların alanyazına yeni bir bakış açısı kazandıracağı düşünülmektedir.



BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu çalışma Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerileri üzerindeki etkisinin incelemesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda çalışmada ilk olarak "Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği (PİY-BÖ)"nin geliştirilmesi, daha sonra Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının etkililiğinin sınanması hedeflenmektedir.

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler hakkında bilgi verilmektedir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmanın modeli, ön-test/son-test/izleme testi ölçümlü ve kontrol gruplu yarı deneysel model olarak tasarlanmıştır. Grupların eşleştirilerek seçkisiz olarak deney ve kontrol grubu olarak atandığı çalışmalar yarı deneysel desen olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2007; Büyüköztürk vd., 2017). Deney ve kontrol grubunun belirlenmesinde grupların eşleştirilmesinden (Gay, Mills & Airasian, 2009) dolayı araştırmanın yaklaşımı yarı deneyseldir. Bu modelde birinci etmen yarı deneysel işlem gruplarını (deney-kontrol), ikinci etmen de bağımlı değişkene ilişkin tekrarlı ölçümleri (ön-test/son-test/izleme testi) göstermektedir (Büyüköztürk vd., 2017; Fraenkel, Wallen & Hyun, 2011). Bu çalışmanın amacı psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım beceri düzeylerine etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın bağımsız değişkeni deney grubuna uygulanan psikoeğitim programı iken, bağımlı değişkeni katılımcıların PİY beceri düzeyleridir. Ayrıca çalışma kapsamında psikoeğitim programının etkililiğinin sınanması için ön test, son test ve izleme testinde kullanılmak üzere deney aşamasına geçmeden önce "Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği" geliştirilmiştir. Araştırmanın deseni Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1.

Araştırma Deseni

Gruplar	Ön-Test	İşlem	Son-Test	İzleme Testi
Deney	Ölçüm I PİY-BÖ	10 Hafta Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programı (PİY-PP)	Ölçüm II PİY-BÖ	Ölçüm III PİY-BÖ
Kontrol	Ölçüm I PİY-BÖ	Herhangi bir işlem Uygulanmamıştır	Ölçüm II PİY-BÖ	Ölçüm III PİY-BÖ

Tablo 1’de görüldüğü gibi deney grubuna 10 haftalık, her bir oturum 75-90 dakika süren PİY-PP uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir işlem yapılmamıştır. Araştırma kapsamında deney ve kontrol gruplarına deneysel işlemden önce ön-test, deneysel işlemden sonra son-test ve deneysel işlemin bitiminden bir ay sonra izleme testi ölçümleri yapılmıştır.

3.2. Çalışma Grubu

Bu çalışma kapsamında uygun örnekleme yöntemi ile belirlenen üniversitelerden ölçek geliştirme sürecinde beş, psikoeğitim sürecinde bir, toplamda altı farklı katılımcı grubuyla çalışılmıştır. Uygun örnekleme yöntemi para, zaman ve iş gücü kaybını önlemeyi amaç edinmiş ve kolay bir şekilde ulaşma imkânı olan örneklemden verilerin toplanmasıdır (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2017). Araştırmaya katılan bireylere ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir.

3.2.1. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği’nin (PİY-BÖ) kapsam geçerliğini incelemek üzere verilerin toplandığı grup (birinci araştırma grubu).

Uzman görüşü alındıktan sonra 62 madde olarak belirlenen PİY-BÖ’nün pilot uygulaması gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama kapsamında 2021-2022 eğitim öğretim yılı içerisinde Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi 2021-2022 Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümünde 95, Sınıf Öğretmenliği bölümünde 44, Okul Öncesi Öğretmenliği bölümünde 28, Özel Eğitim Öğretmenliği

bölümünde 14, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Hemşirelik bölümünde 69, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde Sosyal Hizmet bölümünde okumakta olan 73 öğrenci ile uygulama yapılmıştır. Uygulama sonrası yapılan değerlendirme sonucunda tam olarak anlaşılmadığı ifade edilen üç madde ölçekten çıkarılarak 59 maddelik ölçek elde edilmiştir.

3.2.2. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği'nin (PİY-BÖ) yapı geçerliğini incelemek üzere verilerin toplandığı grup (ikinci araştırma grubu/açımlayıcı faktör analizi). İkinci araştırma grubu açımlayıcı faktör analizini gerçekleştirmek üzere 59 maddelik ölçek formunun uygulanarak verilerin toplandığı gruptur. 2022-2023 eğitim-öğretim yılında Alanya Aladdin Keykubat Üniversitesi, Pamukkale Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi ve Uşak Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışma programının üçüncü ve dördüncü sınıfına devam etmekte olan 357 öğrenciye 59 maddelik ölçek uygulanmıştır. Yapılan uygulama sonucunda eksik doldurulan ve boş bırakılan on iki yanıt kağıdı değerlendirme kapsamında çıkarılarak veri analizi 345 veri üzerinden gerçekleştirilmiştir. Üçüncü sınıf öğrencileri psikolojik testler, araştırma teknikleri, grupla psikolojik danışma, kurumlarda gözlem, psikolojik danışma ilke ve teknikleri gibi alan derslerini almış ve okullarda staj deneyimi elde ettiklerinden dolayı araştırmaya dahil edilmişlerdir. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet, sınıf dağılımları ve bulundukları üniversite Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2.

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet, Sınıf ve Üniversitelere Göre Dağılımı

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	246	71.3
	Erkek	99	28.7
Sınıf	3.Sınıf	150	43.5
	4.Sınıf	195	56.5
Üniversite	Alanya Aladdin Keykubat Üniversitesi	58	16.8
	Pamukkale Üniversitesi	91	26.4
	Uşak Üniversitesi	128	37.1
	Erciyes Üniversitesi	68	19.7
Toplam			100

Tablo 2'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan psikolojik danışman adaylarının 246'sını (%71,3) kadın, 99'unu (%28,7) ise erkek katılımcı oluşturmuştur. Psikolojik danışman adaylarının 150'si (%43,5) üçüncü sınıf, 195'i (%56,5) ise dördüncü sınıf ve bunlardan 58'i (%16,8) Alanya Aladdin Keykubat Üniversitesinde, 91'i (%26,4) Pamukkale Üniversitesinde, 128'i (%37,1) Uşak Üniversitesinde, 68'i (%19,7) ise Erciyes Üniversitesinde eğitim-öğretimine devam etmektedir.

3.2.3. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği'nin (PİY-BÖ) yapı geçerliğini incelemek üzere verilerin toplandığı grup (üçüncü araştırma grubu/doğrulayıcı faktör analizi). Üçüncü araştırma grubu doğrulayıcı faktör analizini gerçekleştirmek üzere 35 maddelik ölçek formunun çevrim içi yöntemlerle uygulanarak verilerin toplandığı gruptur. Açıklayıcı Faktör Analizinden sonra yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizinin Yeni bir örneklem üzerinde yapılması önerilmektedir (Henson & Roberts, 2006). Bu kapsamda tüm devlet ve vakıf üniversitelerinde eğitim-öğretimine devam eden Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümü üçüncü ve dördüncü sınıf 111 psikolojik danışman adayına 35 maddelik ölçek uygulanmıştır. Yapılan uygulama sonucunda eksik doldurulan ve boş bırakılan altı yanıt kağıdı değerlendirme kapsamından çıkarılarak veri analizi 105 veri üzerinden gerçekleştirilmiştir. AFA'nın yapıldığı üniversitelerden çevrimiçi uygulamaya katılan bireyler çalışmaya ikinci kez katılma ihtimali göz önünde bulundurularak analize dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılan psikolojik danışman adaylarının cinsiyet ve sınıf dağılımları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3.

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Sınıfa Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
Cinsiyet	Kadın	86
	Erkek	19
Sınıf	3.Sınıf	34
	4.Sınıf	71
Toplam		100

Tablo 3 incelendiğinde çalışmaya katılan psikolojik danışman adaylarının 86'sı kadın (%81,9), 19'u erkek (%18,1)'tir. Psikolojik danışman adaylarının 34 tanesi üçüncü sınıf (%32), 71 tanesi ise dördüncü sınıfta (%68) eğitim-öğretimine devam etmektedir.

3.2.4. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği'nin (PİY-BÖ) benzer ölçekler geçerliliği için veri toplanan grup (dördüncü araştırma grubu). Araştırma sürecinde PİY-BÖ'nün benzer ölçek geçerliliği de incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda Lent, Hill ve Hoffman (2003) tarafından geliştirilen, Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Pamukçu ve Demir (2013) tarafından yapılan Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin toplandığı dördüncü araştırma grubu Akdeniz Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümünde üçüncü ve dördüncü sınıfta eğitim-öğretimine devam eden 80 psikolojik danışman adayından oluşmaktadır. Üçüncü ve dördüncü sınıfa devam etmekte olan 41 psikolojik danışman adayı aynı zamanda PİY-BÖ'nün test-tekrar test güvenirlik kat sayısının belirlenmesi çalışmasında da yer almıştır. Çalışmaya katılan psikolojik danışman adaylarının cinsiyet ve sınıf dağılımları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4.

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Sınıfa Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
Cinsiyet	Kadın	49
	Erkek	31
Sınıf	3.Sınıf	31
	4.Sınıf	49
Toplam		100

Tablo 4 incelendiğinde çalışmaya katılan psikolojik danışman adaylarının 49'u kadın (%61,2), 31'i erkek (%38,8)'tir. Psikolojik danışman adaylarının 31 tanesi üçüncü sınıf (%38,8), 49 tanesi ise dördüncü sınıfta (%61,2) eğitim-öğretimine devam etmektedir.

3.2.5. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği'nin (PİY-BÖ) test-tekrar test güvenirliği için veri toplanan grup (beşinci araştırma grubu). PİY-BÖ'nün test-

tekrar test güvenilirlik kat sayısının belirlenebilmesi amacıyla Akdeniz Üniversitesi 'nde eğitim-öğretime devam eden 41 psikolojik danışman adayıyla ikişer hafta ara ile uygulama gerçekleştirilmiştir.

Katılım sağlayan psikolojik danışman adaylarından beşi ölçeği eksik doldurduğu ve 17 kişi de ikinci uygulamaya katılmadığı için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Değerlendirme kapsamına alınan kişi sayısı 41'dir. Çalışmaya katılan psikolojik danışman adaylarının cinsiyet ve sınıf dağılımları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5.

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Sınıfa Göre Dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	26	63.4
	Erkek	15	36.6
Sınıf	3.Sınıf	19	46.3
	4.Sınıf	22	53.7
Toplam			100

Tablo 5 incelendiğinde çalışmaya katılan psikolojik danışman adaylarının 26'sı kadın (%63,4), 15'i erkek (%36,6)'tır. Psikolojik danışman adaylarının 19 tanesi üçüncü sınıf (%46,3), 22 tanesi ise dördüncü sınıfta (%53,7) eğitim-öğretime devam etmektedir.

3.2.6. Psikolojik ilk yardım psikoeğitim programı (PİY-PP) için deney ve kontrol grubunun oluşturulacağı grup (altıncı araştırma grubu). Bu araştırmanın ikinci amacına yönelik deney ve kontrol grubunu belirlemek için 2022-2023 eğitim-öğretim yılında Akdeniz Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalında eğitim öğretime devam eden üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerine PİY Becerileri Ölçeği, ön görüşme formu ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu online olarak uygulanmıştır. Veri toplama sürecinde PİY psikoeğitime katılmak isteyen öğrencilerin iletişim bilgileri alınmıştır. Ayrıca PİY Becerileri Ölçeğinden aldıkları puanlar ve uygun oldukları zaman aralığı dikkate alınarak uygun örnekleme yöntemine göre belirlenmiş olan 50 öğrenci ile bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Yapılacak çalışmaya gönüllü olarak katılmak istediğini belirten, PİY Becerileri Ölçeğinden ortalama puan alan 30 öğrenci ile ön görüşme yapılarak deney ve kontrol grubu

oluşturulmuştur. Her ne kadar 15 kişi deney 15 kişi de kontrol grubuna atama yapılmışsa da deney grubundan eğitim sürecinde bir kişi ailevi durumlarını mazeret göstererek ayrılmak zorunda kalmıştır. Bu nedenle kontrol grubunda bulunan ve PİY Becerileri Ölçeğinden deney grubundan çıkarılan öğrenciyle aynı ya da deney grubuyla anlamlı bir farklılık oluşturmayacak şekilde puan almış bir öğrenci çıkarılmıştır. Deney ve kontrol gruplarından oluşan çalışma grubunun cinsiyet ve sınıflara göre dağılımları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6.

Çalışma Grubunun Sınıflara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler		Deney		Kontrol	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	4	29	6	43
	Kadın	10	71	8	57
Sınıf	3	9	64	4	29
	4	5	36	10	71

Tablo 6'da görüldüğü gibi araştırmanın çalışma grubunu, Akdeniz Üniversitesi'nin Rehberlik ve Psikolojik Danışma lisans programında öğrenim gören 14'ü deney, 14'ü kontrol grubu olmak üzere toplam 28 üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencisi oluşturmaktadır. Deney grubunun 10'u kadın, dördü erkek; kontrol grubunun sekizi kadın, altısı erkekten oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerilerini ölçmek amacıyla araştırmacı tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ve aynı zamanda araştırmanın bağımlı değişkeni olan "PİY-BÖ" (Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği), yine araştırmacı tarafından katılımcı grupların demografik bilgilerinin alınması için geliştirilen "Kişisel Bilgi Formu" ve benzer ölçek geçerliğini incelemek amacıyla Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Pamukçu ve Demir (2013) tarafından yapılan Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik Ölçeği kullanılmıştır. Kullanılan veri toplama araçları ile ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu. Kişisel bilgi formu, katılımcıların demografik bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu formda bireyden, cinsiyet, yaş, sınıf, öğrenim gördüğü üniversite, bölüm, bulunduğu bölüme isteyerek gelip gelmediği, bulunduğu bölümü okumaktan keyif alıp almadığı, psikolojik ilk yardım eğitimi alıp almadığı, genel not ortalaması, kardeş sayısı, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, anne mesleği, baba mesleği, aile aylık gelir durumu, aile yapısı, covid-19 geçirme durumu, covid-19 sürecinde önemli bir kayıp yaşayıp yaşamadığı, covid-19 öncesinde önemli bir kayıp yaşayıp yaşamadığına dair bilgi vermesi istenmiştir.

3.3.2. Psikolojik danışma öz-yeterlik ölçeği. Lent vd. (2003) tarafından geliştirilen psikolojik danışma öz-yeterlik ölçeği psikolojik danışman adaylarının öz-yeterlik düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, üç faktör ve 41 maddeden oluşmaktadır. Yardım becerileri öz-yeterliği alt faktörü 15 maddeden oluşmakta ve kendi içinde içgörü, keşif ve eylem becerileri olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Oturum yönetmeye ilişkin öz-yeterlik alt faktörü 10 maddeden, üçüncü alt faktörü oluşturan psikolojik danışma sürecindeki zorluklara ilişkin öz-yeterlik 16 maddeden oluşmaktadır. İlişkide çatışmalar ve danışan problemleri olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Cevaplama seçenekleri her bir ifade için (0) "hiç güvenmiyorum" ve (9) "tamamen güveniyorum" şeklinde onludur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "0" en yüksek puan "369"dur. Yüksek puanlar yüksek düzeyde psikolojik danışma öz-yeterliğini işaret etmektedir.

Ölçeğin orijinal formunun iç tutarlılığı, 97, alt ölçekler için iç tutarlık katsayısının ,79 ile ,94 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Pamukçu ve Demir (2013) tarafından yapılan ölçeğin iç tutarlılığı ,98, alt ölçekleri için iç tutarlık katsayıları ise ,92 ile ,95 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Dördüncü araştırma grubundan elde edilen verilerde ise iç tutarlılığı ,95, alt ölçekleri için iç tutarlılığı ise ,88 ile ,95 arasında değiştiği görülmüştür.

3.3.3. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği (PİY-BÖ). Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği, psikolojik danışman adaylarının, psikolojik ilk yardım becerilerini ölçmek amacıyla bu araştırma kapsamında geliştirilmiştir. Ölçeğin temel

dayanak noktasını Brymer vd. (2006) tarafından geliştirilmiş olan, geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış, Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın olarak kullanılan ve Çin diline çevrilen ilk PİY protokolü olma özelliğini taşıyan sekiz basamaklı psikolojik ilk yardım modeli (NCTSN/NCPTSD) oluşturmaktadır. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği dokuz alt boyut ve 35 maddeden oluşmaktadır. Bağlılık ve Temas (BT) alt boyutu dört maddeden, Güvenlik ve Rahatlık (GR) alt boyutu üç maddeden, Dengeleme ve Stabilizasyon (DS) alt boyutu üç maddeden, Bilgi Toplama ve Pratik Yardım (BTPY) alt boyutu altı maddeden, Sosyal Destek için Bağlantı (SDB) alt boyutu üç maddeden, Başa Çıkma Becerileri (BÇB) alt boyutu dört maddeden, İş Birliği (İB) alt boyutu dört maddeden, Öz Bakım (ÖB) alt boyutu üç maddeden ve Etik Davranabilme (ED) alt boyutu beş maddeden oluşmaktadır. Psikolojik danışman adaylarından ölçekte yer alan maddelerin kendilerine ne düzeyde uyduğunu 1-5 arasında derecelendirmeleri istenmiştir. Cevaplama sistemi her ifade için (1) "hiç katılmıyorum", (2) "katılmıyorum", (3) "Kararsızım", (4) "Katılıyorum" ve (5) "tamamen katılıyorum" olarak beşli derecelendirme şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "35" en yüksek puan "175" tir. Alınan yüksek puanlar psikolojik ilk yardım beceri düzeylerinin yüksek olduğunu işaret etmektedir. Ölçek bireysel olarak ve grup şeklinde uygulanabilir. Ölçeğin cevaplama süresi ortalama 10 dakikadır. Ölçeğin geliştirme süreci geçerlik ve güvenilirlik bilgileri bulgular kısmında detaylı olarak anlatılmıştır. PİY-BÖ Ek-4'te sunulmuştur.

3.4. Ölçek Geliştirme İşlem Basamakları

Bu kısımda, PİY-BÖ'nün geliştirme sürecinde izlenmiş olan işlem basamakları detaylı bir şekilde verilmiştir. Ölçek geliştirme sürecinde izlenmesi önerilen aşamalar alanyazına bakıldığında araştırmacıdan araştırmacıya farklılaşmaktadır. Bazı araştırmacılar ölçek geliştirme sürecini altı aşamada (Lester & Bishop, 2000) ele alırken; on aşama (Carpenter, 2018); sekiz aşama (DeVellis, 2016); dört ana aşama başta olmak üzere bunları oluşturan altı aşamalarla (Netemayer, Bearden & Sharma, 2003) ve on iki aşamada ele almış olan (Erkuş, 2019) çalışmalar da bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda ise aşamadan ziyade ölçek geliştirme çalışması bir süreç olarak ele alınmıştır (Murphy & Davidshofer, 2005). Bu çalışmalarda ölçek geliştirme sürecinin

aşamaları her ne kadar farklı gibi görünse de süreç boyunca izlenen yol benzerdir. Bu çalışmada tüm bu araştırmalardan yararlanılmış ve aşağıdaki aşamalar izlenmiştir.

3.4.1. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeğinin geliştirilmesi aşamasında yapılan işlemler. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeğinin geliştirilme sürecinde öncelikle ulusal ve uluslararası literatür taraması yapılarak psikolojik ilk yardım hakkında bilgiler toplanmıştır. Bu bilgiler ışığında Brymer vd. (2006) tarafından geliştirilmiş olan sekiz basamaklı PİY modelinin temel dayanak noktasını oluşturması kararlaştırılmıştır. Diğer PİY modelleri ve literatür taraması ışığında 10 faktörü ölçmeyi hedefleyen 66 madde yazılmıştır. Ölçek beşli likert tipi olarak uygulamaya hazırlanmıştır. Uygulama formunda yer alan cevap seçenekleri "Hiç Katılmıyorum" (1 Puan), "Katılmıyorum" (2 Puan), "Kararsızım" (3 Puan), "Katılıyorum" (4 Puan), "Tamamen Katılıyorum" (5 Puan) şeklinde düzenlenmiştir. Hazırlanan 66 maddelik ölçek formu uzman görüşüne sunulmuştur. Lester ve Bishop (2000) ve Tekindal (2002)' a göre görüşü alınacak uzman sayısının en az beş ile yedi olması; Karadaş ve Yıldırım (2009); Öztürk ve Babacan (2012)'a göre ise en az üç uzman olması gerektiği belirtilmiştir. Bu kapsamda toplam dokuz uzman görüşüne başvurulmuştur. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesinde Rehberlik ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalında bir profesör, Mersin Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalında bir araştırma görevlisi, Mersin Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalında eğitimine devam eden bir doktora öğrencisi, Düzce Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalında eğitimine devam eden iki doktora öğrencisi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalında eğitimine devam eden iki yüksek lisans öğrencisi, lisans eğitimini Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık alanında tamamlamış iki psikolojik danışmanın görüşüne başvurulmuştur. Ölçekte bulunan maddelerin uzmanlarca incelenmesi istenmiş, uzmanlardan maddeler hakkında uygun-uygun değil-geliştirilmeli-uygun değil ise sebebi-geliştirme tavsiyesi, şeklinde dönütlerde bulunması istenmiştir. Ayrıca ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği, dil bilgisi bakımından uygunluğu hakkında da MEB'de Türkçe öğretmeni olarak görev yapan bir uzmandan da görüş alınmıştır. Uzman görüşleri neticesinde ölçekten yedi madde çıkarılmış, beş madde düzenlenmiş ve üç yeni madde eklenmiştir. Ölçeğin uzman görüşü alındıktan

sonra deneme formunda 62 madde yer almıştır. Literatürde bu aşamaya görünüş geçerliği denmektedir. Büyüköztürk vd. (2017) göre; bir ölçme aracının ismi, maddeleriyle veya açıklamaları ve sorularıyla ölçmeyi amaçladığı özelliği ölçüyor görünmesine görünüş geçerliği denmektedir. Literatürde ölçek geliştirme çalışmalarında pilot uygulamanın önemli olduğu belirtilmiştir (Güngör, 2016). Hazırlanan bu deneme formundaki maddelerin anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla (Lester & Bishop, 2000; Barkman, 2002) birinci araştırma grubunda bulunan Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümünde 95, Sınıf Öğretmenliği bölümünde 44, Okul Öncesi Öğretmenliği bölümünde 28, Özel Eğitim Öğretmenliği bölümünde 14, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Hemşirelik bölümünde 69, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde Sosyal Hizmet bölümünde okumakta olan 73, toplamda 323 öğrenci ile son bir pilot uygulama yapılmıştır. Uygulama sonunda öğrenciler tarafından tam olarak anlaşılmadığı görülen yedi madde anlaşılır biçimde yeniden düzenlenmiş, içerik bakımından yakın bulunan üç madde ölçekten çıkarılarak 59 maddelik deneme formu elde edilmiştir.

Pilot uygulama neticesinde elde edilen 59 maddelik deneme formu uygulanarak toplanan veriler ile geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. PİY-BÖ'nün geçerliği iki farklı şekilde incelenmiştir: Öncelikle PİY-BÖ'nün maddelerinin faktör yükleri ve faktör yapısı, AFA ile test edilmiştir. Analiz sonucunda faktör yük değerleri ,40'tan küçük ve birden fazla faktöre ,10'dan yakın olacak şekilde yükleme yapmış olan, diğer maddelerle ilişkisinin zayıf bulunduğu ayırt ediciliği düşük ve bulunduğu faktörü iyi bir şekilde temsil etmediği düşünülen 24 madde ölçekten çıkarılmıştır. Bunun sonucunda PİY-BÖ'nün son formu 35 maddeden meydana gelmiştir. İkinci olarak PİY-BÖ'nün maddelerinin yapı olarak uygunluğu DFA ile; PİY-BÖ'nün güvenirliği Cronbach Alfa ve test tekrar test yöntemi ile test edilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi için SPSS 22, doğrulayıcı faktör analizi için LISREL 7,1 paket programları kullanılmıştır. Analize geçilmeden önce verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı değerlendirilmiştir. İlk olarak verilerin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu kabul etmek için maddeler arasındaki korelasyon katsayıları incelenmiş ve anlamlı olup olmadığına bakılmıştır. Yapılan incelemede maddeler arasındaki korelasyon katsayısının orta düzeyde olduğu görülmüş ve sonuçları anlamlı

bulunmuştur. Bu durum maddelerin kendi içerisinde bir tutarlılık gösterdiğini ve bir ahengin söz konusu olduğunu göstermektedir. Ayrıca maddelerin ortak varyansa olan katkısına bakılmış ve istenilen düzeyde olduğu görülmüştür. Sonrasında faktör analizi içerisinde oluşturulan modele göre maddeler arasındaki korelasyon katsayısı ile gerçek korelasyon katsayıları arasındaki farkı veren değerler incelenmiştir. Bu değerlerinde istenilen düzeyde olduğu görülmüştür (Field, 2009). Son olarak KMO (Kasier-Meyer-Olkin) katsayısına ve Barlett testinin anlamlı olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu değerlerin ,60'tan yüksek olması ve Barlett testinin anlamlı çıkması gerekmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2021). Bu değerlendirme sonucunda Katsayının ,60'ın üstünde olduğu ve Barlett testinin anlamlı çıktığı görülmüştür. Verilerin faktör analizi yapmaya uygun olduğunun görülmesinden sonra ölçeğin faktör yapısını ve yapı geçerliğini incelemek üzere ikinci araştırma grubundan elde edilen verilerle Açıklayıcı Faktör Analizi yapılmış ve Faktör Analizi sonucunda oluşan yapının güvenirlik katsayılarını görmek için Cronbach Alfa katsayısına da bakılmıştır. AFA sonucunda elde edilen yapıyı doğrulamak amacıyla DFA yapılmıştır. DFA'nın yeni bir örneklem grubu ile yapılması önerilmektedir (Henson & Roberts, 2006). Bu kapsamda DFA üçüncü, benzer ölçekler geçerliliği dördüncü ve test-tekrar test güvenirliği beşinci araştırma grubu üzerinden elde edilen verilerin analizi ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliğine ait bilgiler araştırmanın bulgular kısmında verilmiştir.

3.4.2. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeğinin geliştirilmesi aşamasında toplanan verilerin analizi. Araştırma analizleri Lisrel 7,1 ve SPSS 22 paket programları kullanılarak yapılmış ve hata payı üst sınırı ,05 olarak kabul edilmiştir. PİY-BÖ'ye verilen cevapların girişleri yapılmadan önce yanıt kâğıtlarının kodlaması yapılmıştır. Verilen cevaplar çıplak gözle ayrıntılı bir şekilde incelenerek gelişigüzel doldurulmuş ve eksik cevaplanmış madde içeren ölçekler girişi yapılmadan önce çıkarılmış, değerlendirmeye alınmamıştır. PİY-BÖ'nün faktör yapısının belirlenebilmesi için öncelikle açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı; maddeler arasındaki korelasyon katsayılarına ve anlamlılığına, maddelerin ortak varyansa olan katkısına, faktör analizi içerisinde oluşturulan modele göre maddeler arasındaki korelasyon katsayısı ile gerçek

korelasyon katsayıları arasındaki farka (Field, 2009) ve son olarak Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity testine bakılarak değerlendirilmiştir (Büyüköztürk, 2020). Verilerin faktör analizi için uygun olduğu anlaşıldıktan sonra PİY-BÖ'nün yapı geçerliliği ve faktör yapısını incelemek üzere açımlayıcı (exploratory) faktör analizi, faktörleştirme tekniği olarak temel bileşenler analizi (Principal component matrix), faktör döndürme yöntemi olarak da (Varimax) seçilmiştir (Kline, 1994). Açımlayıcı faktör analizi sonucunda toplam 35 maddeden oluşan dokuz faktörlü bir ölçek elde edilmiştir. PİY-BÖ'nün yapısal geçerliliğini sınamak amacıyla dokuz faktörlü yapıya ait model Lisrel 7,1 programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilmiştir. Güvenilirlik çalışmaları kapsamında ölçeğin testin tekrarı güvenirliği ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısına bakılmıştır. Testin tekrarı güvenirliği belirli bir zaman aralığı ile ölçeğin aynı gruba iki kez uygulanması sonucunda elde edilen veriler arasındaki korelasyonların kararlılığını göstermek için, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise çoklu puanlanabilen maddelerden oluşan ölçekler için kullanılmaktadır (Fraenkel, Wallen & Hyun, 2012).

3.5. Psikoeğitim Programı

Psikoeğitim gruplarının nasıl tanımlandığına baktığımızda başarılması gereken amaçların yer aldığı, eğitimsel içerikli beceri geliştirmeyi hedefleyen bir grup çeşidi olarak tanımlanmaktadır (Brown, 2013; Madrid & Swanson, 1995). Bu gruplar bilgi verme ağırlıklı (Brown, 2013), özellikle problemin ortaya çıkmasını önleme odaklıdır (Gazda, Ginter & Home, 2001). Psikoeğitim gruplarında liderin eğitici rolü ağırlıkta olmakla birlikte üyelerin birbirleriyle etkileşimi önemlidir; ancak daha önemli olan kendilerine sunulmuş olan bilgileri öğrenmeleridir (Brown, 2013; Güçray, Çekici ve Çolakkadıoğlu, 2009). Deluccia Waack (2006) psikoeğitim gruplarının deneyimleri normalleştirme, öğrenmeyi geliştirme ve bağlanma için kullanıldığını vurgulamaktadır. Bu çalışma kapsamında uygulanan psikoeğitim programının hazırlanma, uygulanma ve analiz sürecine ait bilgiler aşağıda verilmiştir.

3.5.1. Psikoeğitim programı uygulamasından önce gerçekleşen işlemler.

Deney öncesi bazı aşamalar izlenmiştir. Sırasıyla; programın oluşturulmasına ilişkin

ön hazırlık, programın oluşturulması, deneklerin belirlenerek deney ve kontrol gruplarının oluşturulması aşamalarıdır. Bu işlemler sırasıyla aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

1- Programın oluşturulmasına ilişkin ön hazırlık. Psikoeğitim programı hazırlamadan önce psikoeğitim programının konusu, amacı ve programın kimlere uygulanacağı yani hedef kitlenin belirlenmesi gerekmektedir (Brown, 2013; Çivitçi, 2019). Bu durum göz önünde bulundurularak ihtiyaçlar doğrultusunda program konusu psikolojik ilk yardım kavramı, programın amacı psikolojik ilk yardım becerisini geliştirme, programın hedef kitlesi ise Psikolojik Danışman adayları olarak belirlenmiştir. Psikoeğitim program taslağı bu çerçevede doğrultusunda hazırlanmıştır. Ardından programın genel amacı doğrultusunda oturum amaç ve süreçleri belirlenmiştir.

Programın amaçlarının belirlenmesi aşamasında yapılması ve dikkat edilmesi gereken bazı durumlar vardır. Öncelikle literatür gözden geçirilerek kurumsal bir yapılandırma ile aşamalı olarak planlanmalı, ardından psikoeğitim programına katılacak olanların belirlenen konu ile ilgili ihtiyaçları ortaya konmalıdır. Ayrıca programın amaç ifadeleri anlaşılır, açık, ölçülebilir, ulaşılabilir olmalı ve programın amaçları katılımcıların yaş, gelişim, eğitim düzeylerine uygun olarak amaçlarının uygunluğu için uzman görüşüne başvurulmalıdır (Brown, 2013; Çivitçi, 2019). Araştırma kapsamında hazırlanan bu program Brymer vd. (2006) geliştirmiş olduğu PİY modeli dikkate alınarak psikolojik ilk yardım becerilerini geliştirmeye yönelik aşamalı olarak planlanmıştır. Araştırma kapsamında hazırlanan taslak programın oturumlarında, öğretici unsur lider tarafından oturum temalarına yönelik yapılan bilgilendirmeler ile; yaşantısal unsur ise oturum temalarına yönelik verilen grup sonrası etkinlikler ile yapılandırılmıştır. Ek olarak oturumlarda yer verilen tartışma soruları ile de süreç unsuru yapılandırılmaya çalışılmıştır.

2- Programın oluşturulması. Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan taslak program Psikolojik Danışma ve Rehberlik alanında akademisyen olarak görev yapan iki uzmana sunulmuştur. Uzmanların programın kapsamı ve uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri alınmıştır. Uzmanlardan taslak programın etkinlik sürelerini, etkinlik içeriklerini, etkinlik uygulanırken verilen yönergeleri ve bilgi notlarının anlaşılabilirliğini incelemeleri istenmiştir.

Uzmanlardan alınan dönütler çerçevesinde program tekrar düzenlenmiştir. Düzenleme aşamasında ısınma oyunları, ana etkinlik ve sonlandırma oyunları eğitim içeriğine daha uygun hale getirilmiş, ilk oturum yoğunluğu azaltılmış, oturumların birbirleri ile olan bağlantıları güçlendirilmiştir. Uygulama için hazır hale getirilen 10 oturumluk Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programı'nın (PİY-PP) oturum temaları ve bu temaların amaçları Tablo 7'de verilmiştir.



Tablo 7.

Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programı Oturum Temaları, Amaçları ve Kazanımları

Oturum Sayısı	Oturum Teması	Amaç	Kazanımlar
1	Giriş/Tanışma	Tanışmak, grup süreci ve kuralları hakkında bilgilendirmek, program amaçları bireysel amaçlar ve beklentileri ifade etmek, kriz, travma ve psikolojik ilk yardım kavramları hakkında bilgi sahibi olmak, psikolojik ilk yardımın sekiz temel ilkesini bilmek.	Grup üyeleri birbirlerini ve grup liderini tanır. Grup süreci ve kuralları hakkında bilgi sahibi olur. Grup sürecine ilişkin amaç ve beklentilerini belirtir. Kriz, travma ve psikolojik ilk yardım kavramı hakkında bilgi sahibi olur. Psikolojik ilk yardımın sekiz temel ilkesini bilir.
2	Bağlılık-Temas	Grup üyelerinin bağlılık ve temas ilkesini tanıması, amaç ve faydalarını bilmesi, bağlılık ve teması sağlarken nelere dikkat edeceğinin farkında olması, çeşitli etkinliklerle bağlılık ve temas sağlamada deneyim kazanması	Grup üyeleri bağlılık ve temas ilkesini tanır. Bağlılık ve temas kavramının amaç ve faydalarını bilir. Grup üyeleri bağlılık ve teması sağlarken nelere dikkat edeceğinin bilir. Grup içi etkinlik çalışmaları ile bağlılık ve temas sağlamada deneyim kazanır.
3	Güvenlik ve Rahatlık	Grup üyelerinin güvenlik ve rahatlık ilkesini tanıması, amaç ve faydalarını bilmesi, güvenlik ve rahatlığı sağlarken yapılması ve yapılmaması gerekenlerin farkında olması, çeşitli etkinliklerle güvenlik ve rahatlık sağlamada deneyim kazanması	Grup üyeleri güvenlik ve rahatlık ilkesini tanır. Güvenlik ve rahatlık ilkesinin amaç ve faydalarını bilir. Grup üyeleri güvenlik ve rahatlığı sağlarken yapılması ve yapılmaması gerekenleri bilir. Grup içi etkinlik çalışmaları ile güvenlik ve rahatlık sağlamada deneyim kazanır.
4	Dengeleme/Stabilizasyon	Grup üyelerinin dengeleme/stabilizasyon ilkesini tanıması, amaç ve faydalarını bilmesi, dengeleme/stabilizasyonu sağlarken yapılması ve yapılmaması gerekenlerin farkında olması, dengeleme/stabilizasyona ihtiyaç duyan kişilerin gösterebileceği tepkileri bilmesi, çeşitli etkinliklerle dengeleme/stabilizasyon sağlamada deneyim kazanması,	Grup üyeleri dengeleme/stabilizasyon ilkesini tanır. Dengeleme/stabilizasyon ilkesinin amaç ve faydalarını bilir. Grup üyeleri dengeleme/stabilizasyonu sağlarken yapılması ve yapılmaması gerekenleri bilir. Grup üyeleri dengeleme/stabilizasyona ihtiyaç duyan kişilerin gösterebileceği tepkileri bilir. Grup içi etkinlik çalışmaları ile güvenlik ve rahatlık sağlamada deneyim kazanır.
5	Bilgi Toplama	Grup üyelerinin bilgi toplama ilkesini tanıması, amaç ve faydalarını bilmesi, olaydan etkilenen bireyin acil ihtiyaçlarını, endişelerini belirlemeyi ve ek bilginin nasıl toplanacağını bilmesi, bilgi toplama sürecinde sorması gereken soruları bilerek ona göre PİY müdahale stratejisi geliştirebilmesi, bilgi toplama sürecinde yapılması gerekenleri bilmesi, çeşitli etkinliklerle bilgi toplama süreci ile ilgili deneyim kazanması,	Grup üyeleri bilgi toplama ilkesini tanır. Bilgi toplama ilkesinin amaç ve faydalarını bilir. Grup üyeleri olaydan etkilenen bireyin acil ihtiyaçlarını, endişelerini ve ek bilginin nasıl toplanacağını bilerek bu doğrultuda PİY müdahale stratejisi geliştireceğini bilir. Bilgi toplama sürecinde yapılması gerekenleri bilir. Grup içi etkinlik çalışmaları ile bilgi toplama süreciyle ilgili deneyim kazanır.

6	Pratik Yardım	Grup üyelerinin pratik yardım ilkesini tanıması, amaç ve faydalarını bilmesi, pratik yardım sunarken izleyeceği adımları bilmesi, pratik yardım sürecinde en acil ihtiyaçları uygun bir dille açıklayabilmesi, çeşitli etkinliklerle pratik yardım süreci ile ilgili deneyim kazanması,	Grup üyeleri pratik yardım ilkesini tanır. Pratik yardım ilkesinin amaç ve faydalarını bilir. Grup üyeleri pratik yardım sunarken izleyeceği adımları bilir. Pratik yardım sürecinde en acil ihtiyaçları uygun bir dille açıklar. Grup içi etkinlik çalışmaları ile pratik yardım süreciyle ilgili deneyim kazanır.
7	Sosyal Destek İçin Bağlantı Kurma	Grup üyelerinin; sosyal destek için bağlantı kurma ilkesini tanıması, amaç ve faydalarını bilmesi, sosyal destek için bağlantı kurma sürecinde yapılması gerekenler konusunda bilgi sahibi olması, geri çekilme sendromunun ne olduğunu ve bu durumda ne yapılması gerektiğini bilmesi, iyileşmeyi hızlandıracak destekleyici yanıtları ve destek kaynaklarını bilmesi, çeşitli etkinliklerle sosyal destek için bağlantı kurma süreci ile ilgili deneyim kazanması,	Grup üyeleri sosyal destek için bağlantı kurma ilkesini tanır. Sosyal destek için bağlantı kurma ilkesinin amaç ve faydalarını bilir. Grup üyeleri sosyal destek için bağlantı kurma sürecinde yapılması gerekenleri bilir. Grup üyeleri geri çekilme sendromunu ne olduğunu ve bu durumda ne yapacağını bilir. Bu süreçte iyileşmeyi hızlandıracak destekleyici yanıtları ve destek kaynaklarını bilir. Grup içi etkinlik çalışmaları ile sosyal destek için bağlantı kurma süreciyle ilgili deneyim kazanır.
8	Başa Çıkma Becerileri Hakkında Bilgi	Grup üyelerinin; başa çıkma becerileri hakkında bilgi ilkesini tanıması, amaç ve faydalarını bilmesi, uyumlu ve uyumsuz başa çıkma yöntemlerini bilmesi, çeşitli etkinliklerle başa çıkma becerileri hakkında bilgi süreci ile ilgili deneyim kazanması,	Grup üyeleri başa çıkma becerileri hakkında bilgi ilkesini tanır. Başa çıkma becerileri hakkında bilgi ilkesinin amaç ve faydalarını bilir. Grup üyeleri uyumlu ve uyumsuz başa çıkma yöntemlerini bilir. Grup içi etkinlik çalışmaları ile başa çıkma becerileri hakkında deneyim kazanır.
9	Ortak Hizmetlere Erişim ve Bağlantı Kurma	Grup üyelerinin; ortak hizmetlere erişim ve bağlantı kurma ilkesini tanıması, amaç ve faydalarını bilmesi, acil yönlendirme gerektiren bazı durumların neler olduğunu bilmesi, çeşitli etkinliklerle ortak hizmetlere erişim ve bağlantı kurma ile ilgili deneyim kazanması,	Grup üyeleri ortak hizmetlere erişim ve bağlantı kurma ilkesini tanır. Ortak hizmetlere erişim ve bağlantı kurma ilkesinin amaç ve faydalarını bilir. Grup üyeleri acil yönlendirme gerektiren bazı durumların neler olduğunu bilir. Grup içi etkinlik çalışmaları ile ortak hizmetlere erişim ve bağlantı kurma ile ilgili deneyim kazanır.
10	Sonlandırma	Şimdiye kadar yapılan tüm oturumlar göz önünde bulundurularak, psikolojik ilk yardım uygulama becerilerinde meydana gelen değişimleri fark etmek ve grup sürecinde öğrenilmiş olan becerileri uygulayabilmek, grubu sonlandırmak	Kendilerinde psikolojik ilk yardım uygulama becerilerinde meydana gelen değişimi fark eder. Oturumlar boyunca yaşadığı deneyim ve kazanımları değerlendirir. Grup sürecinde öğrenilmiş olan becerileri uygular. Gruptan olumlu duyularla ayrılır.

Program son halini aldıktan sonra uygulanması planlanan Akdeniz Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri ile iletişime geçilmiş program tanıtılmış ve uygulama süreci hakkında bilgi verilmiştir.

3- Katılımcıların belirlenmesi ve grupların oluşturulması. Deney ve kontrol gruplarının oluşturulması aşamasında bazı adımlar izlenmiştir. Bunları detaylı olarak incelediğimizde öncelikle; araştırmacı tarafından araştırmanın amacına ilişkin bilgiler açıklanmış PİY-BÖ ve Kişisel Bilgi Formundan oluşan ölçekler Akdeniz Üniversitesinde tüm Psikolojik Danışman ve Rehberlik (PDR) bölümü üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerine uygulanmıştır. Uygulama aşamasında toplamda 50 öğrenciye ulaşılmıştır. PİY-BÖ'den alınan toplam puanlar dikkate alınarak en küçükten en büyüğe doğru sıralanmıştır.

a) İlk olarak en düşük puan alan öğrencilerden başlanmış ve araştırmacı tarafından hazırlanmış olan ön görüşme formu çerçevesinde 50 öğrenci ile görüşmeler yapılmıştır. Bireysel görüşmelerin etkililiği (Masson, Jacobs, Harvill & Schimmel, 2014; Corey, Corey, Callanan & Russell, 2014) göz önünde bulundurularak ön görüşmeler online ve telefon aracılığı ile bizzat araştırmacı tarafından yapılmış katılımcıların tümü ile bireysel olarak gerçekleştirilmiştir. Yapılan görüşmelerdeki amaç katılımcılara grup çalışması hakkında bilgi vermek, katılımcıların ihtiyaçları ve grubun amaçları arasında örtüşmenin sağlanıp sağlanmadığının değerlendirilmesi, katılımcıların süreç ile ilgili soru ve varsa kaygılarının dile getirilmesi, katılımcıların grup sürecinden yararlanma potansiyellerinin lider tarafından gözden geçirilmesidir (DeLucia Waack, 2006).

Bu kapsamda öncelikle adaylara grup kurallarından bahsedilmiş, sonrasında katılımcıların süreç ile ilgili soruları cevaplandırılmıştır. Gerçekleştirilmiş olan ön görüşmelerde üye seçiminde bir takım ölçütler dikkate alınmıştır. Bunlar; grup oturumlarına katılmaya engel olabilecek herhangi bir durumu olmama, psikiyatrik tanı almamış olma, psikiyatrik ilaç kullanmama, intihar eğilimi ve teşebbüsü olmamadır (De Lucia Waack, 2006; Berg, Landreth & Fall, 2017). Berg vd. (2017) psikoeğitim gruplarının 12-18 kişiden oluşabileceğini belirtmektedir. Bu ölçütler doğrultusunda tüm grup oturumlarına katılmayı kabul ederek onam formunu doldurmuş olan grup etkinliklerinden ve konusundan yararlanacak, grup kurallarına uyma ve verilecek yönergeleri takip etmeye istekli, grup yaşantısına katılmaya gönüllü olduğunu belirten

(Sink, Edwards & Eppler, 2016) 30 öğrenci grup katılımcısı olarak belirlenmiştir. Yapılan ön görüşmelere müteakip katılımcıların PİY-BÖ'den aldıkları puanlar ve cinsiyetleri de göz önünde bulundurularak 15'er kişiden oluşan iki ayrı grup oluşturulmuş ve yansız olarak deney ve kontrol grupları atanmıştır.

b) Katılımcıların grup oturumlarına katılabilecekleri en müsait gün ve saatin hangisi olduğunu belirlemeleri için online ortamda form uygulanmış deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların tamamının uygun olduğu gün ve saatler olası oturum tarihleri olarak belirlenmiştir.

c) Psikoeğitim oturumlarına başlamadan önce katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alınmalı ve oturumlar tamamlanana kadar saklanmalıdır (Brown, 2013; Corey vd., 2014; Çivitçi, 2019; Masson vd., 2014; Sinks vd., 2016). Grup katılımcıların belirlenmesinin ardından deney grubunda bulunan öğrenciler grup sürecinin işleyişi hakkında tekrar bilgilendirilmiş ve onam formları muhafaza edilmiştir.

d) Grupların oluşturulmasına müteakip grup üyelerinin ilk aşamada doldurmuş oldukları ölçek setlerinden almış olduğu puanlar ön-test olarak kabul edilip bu puanlar üzerinden grupların psikolojik ilk yardım becerileri açısından denk olması sağlanmıştır. Grupların ön-test puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8.

Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Psikolojik İlk Yardım ve Alt Boyutları Ön-Test Puanlarına İlişkin Mann Whitney U-Testi Sonuçları

ÖLÇEK	GRUP	N	Sıra Ort	Sıra Toplamı	U	p
PİY TOPLAM	Kontrol	15	15,90	238,50	106,500	,803
	Deney	15	15,10	226,50		
Bağlılık Temas	Kontrol	15	16,83	252,50	92,500	,397
	Deney	15	14,17	212,50		
Güvenlik Rahatlık	Kontrol	15	15,77	236,50	108,500	,865
	Deney	15	15,23	228,50		
Dengeleme/Stabilizasyon	Kontrol	15	15,97	239,50	105,500	,766
	Deney	15	15,03	225,50		
Bilgi Toplama ve Pratik Yardım	Kontrol	15	15,07	226,00	106,000	,785
	Deney	15	15,93	239,00		
Sosyal Destek İçin Bağlantı	Kontrol	15	16,53	248,00	97,000	,498
	Deney	15	14,47	217,00		
Başa Çıkma Beceriler Hakkında Bilgi	Kontrol	15	16,97	254,50	90,500	,347
	Deney	15	14,03	210,50		
İş Birliği	Kontrol	15	14,83	222,50	102,500	,675
	Deney	15	16,17	242,50		
Öz Bakım	Kontrol	15	13,93	209,00	89,000	,314
	Deney	15	17,07	256,00		
Etik Davranabilme	Kontrol	15	15,83	237,50	107,500	,833
	Deney	15	15,17	227,50		

Tablo 8'de görüldüğü üzere 15 kişilik kontrol ve deney gruplarının psikolojik ilk yardım toplam puanı, bağlılık temas, güvenlik rahatlık, dengeleme/stabilizasyon, bilgi toplama ve pratik yardım, sosyal destek için bağlantı kurma, başa çıkma becerileri hakkında bilgi, iş birliği, öz bakım ve etik davranabilme alt boyutlarına ilişkin puanları açısından sıra ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Kontrol ve deney gruplarının son hallerinin de psikolojik ilk yardım becerileri açısından deneysel işlem öncesinde birbirine denk olduğu görülmektedir. Böylelikle kararlaştırılan gün ve saatlerde deney grubu ile oturumlar başlatılarak deney aşamasına geçilmiştir.

3.5.2. Psikoeğitim programı uygulama sürecinde gerçekleştirilen işlemler.

Psikoeğitim oturumları 2022-2023 öğretim yılı bahar yarıyılında yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte gerçekleştirilmiş olan işlemler aşağıda belirtilmiştir.

a) Psikoeğitim gruplarında oturum süreleri ve oturum sayısı grubun gelişim özellikleri ve süreçte ele alınan konulara göre değişmekle birlikte, 6-20 oturum (Brown, 2013; Çivitçi, 2019; Sinks vd., 2016) gibi geniş aralıkta değişebilmektedir.

Oturum süresi 75-90 dakika olarak planlanmıştır. Oturumlar arasında bırakılacak zamanın grup sürecinde ele alınmış olan bilgi ve becerilerin deneyimlenmesi açısından yeterli olacak şekilde ayarlanmış olması psikoeğitim programlarının etkili olmasını sağladığı (Gladding, 2008), haftada bir oturum sayısının uygun olduğu belirtilmektedir (Morganett, 1994). Bu doğrultuda gerçekleştirilen bu araştırmada PİY-PP her hafta bir oturum olacak şekilde 10 oturum olarak uygulanmıştır. Her bir oturum 75-90 dakika olacak şekilde yürütülmüştür.

b) PİY-PP kapalı grup olarak yürütülmüştür. Kapalı gruplar oturum sayıları ve içerikleri önceden belirlenmiş, grup oturumları başladıktan sonra yeni katılımcının dahil edilmeyip var olan katılımcıların devam etmelerinin beklendiği gruplardır (Berg vd., 2017; Brown, 2013; M.S. Corey & Corey, 2013). Psikoeğitim gruplarında programın amacına ulaşabilmesi için katılımcıların oturumlara katılması gerekmektedir (Çivitçi, 2019).

Hazırlanmış olan psikoeğitim programı kapsamında oturum sonlarında oturum özet formu hazırlanmış ve oturumlara başlanmadan önce bir önceki oturumun özeti üyelerle oturuma başlamadan herkesin göreceği şekilde sunu olarak yansıtılmıştır. Oturum bitimlerinde üyelere çeşitli etkinlik ödevleri verilmişse sonraki oturumda katılımcıların paylaşımları alınmıştır. Psikoeğitim programının oturumları ile ilgili detaylı bilgilere aşağıda yer verilmiştir.

I.Oturum: Bu oturumda "Katılımcıların birbirini tanımaları, grup süreci ve kuralları hakkında bilgilenmeleri, bireysel amaçlarını ve beklentilerini ifade etmeleri, kriz, travma ve psikolojik ilk yardım kavramları hakkında bilgi sahibi olmaları, psikolojik ilk yardımın sekiz temel ilkesini bilmeleri" amaçlanmıştır. Oturum öncesinde grup lideri tarafından psikoeğitim oturumlarının yapılacağı salonda ön hazırlıklar tamamlanmıştır. Grup lideri kendini tanıtarak sürece başlamış ve ardından psikoeğitim programı hakkında bilgilendirme yaparak bu oturumun amacını katılımcılarla

paylaşmıştır. Katılımcılarla birlikte grup kuralları belirlenerek herkesin imzalaması sağlanmış ve katılımcılara benzer grup yaşantısı olup olmadığı sorularak sürece devam edilmiştir. Ardından tanışma etkinliğine geçilmiş bu kapsamda üyelerin ayağa kalkarak ip yumağını birbirlerine atmaları ve kendilerini tanıtmaları istenerek tanışma etkinliği tamamlanmıştır. Grup lideri katılımcılara psikoeğitim takvimini dağıtarak incelemelerini istemiş ve ardından kısaca açıklamıştır. Takvim açıklandıktan sonra lider katılımcılara post-it dağıtmış ve katılımcılara eğitime katılmalarındaki amacını, beklentisini ve hedefini yazmalarını sonrasında bunu okuyarak post-itleri tahtaya yapıştırmalarını istemiştir. Sonrasında sunu yansıtılarak gruba kriz, travma ve psikolojik ilk yardım kavramları açıklanmış, ardından destekleyici iki video izlenerek grup üyelerinin paylaşımları alınmıştır. Süreç "PİY nedir ne değildir" bilgi kartı dağıtılarak devam etmiş ve üyelerden bilgi kartını incelemelerinin ardından "Doğru-yanlış çalışma kağıdını" doldurmaları sağlanıp paylaşımları alınmıştır. Ardından katılımcıların oturumdan rahat ve olumlu duygularla ayrılmalarını sağlamak için sonlandırma etkinliği olan "Bulmaca etkinliğine" geçilmiş ve paylaşımları alındıktan sonra üyelerin grupta bulunmalarına ilişkin duygu ve düşünceleri dinlenmiştir. Grup lideri de bugünkü oturuma ilişkin özetleyici bir konuşma yapmasına müteakip katılımcılara ödev yapraklarını ve bir sonraki oturum hakkında olan bilgi kartını dağıtmış ve üyelerle vedalaşarak grup sürecini sonlandırmıştır.

II.Oturum: Katılımcılara bir önceki oturuma dair neler hatırladıkları sorulmuş, paylaşımları alındıktan sonra grup lideri tarafından genel bir özetleme yapılmıştır. Ardından önceki oturumda dağıtılan bilgi kartlarını inceleyip incelemedikleri sorulmuş ve paylaşımları alınmıştır. Bu oturumda "Grup üyelerinin bağlılık ve temas ilkesini tanıyarak amaç ve faydasını bilmesi, bağlılık ve teması sağlarken nelere dikkat edeceğinin farkında olması, çeşitli etkinliklerle bağlılık ve temas sağlamada deneyim kazanması" amaçlanmış, bu oturumun teması bağlılık ve temas olarak belirlenmiştir. "Takipte Kal" adlı ısınma oyununa geçilmiş katılımcıların sırasıyla PİY'in sekiz temel ilkesini sayması hedeflenmiştir. Isınma oyunu tamamlandıktan sonra üyelerin paylaşımları alınmış ardından bağlılık ve temas ile ilgili sunu yansıtılarak uygulama süreci hakkında bilgi verilmiştir. Süreç grup liderinin farklı kültürlerde PİY sunmak bilgi kartını dağıtması ile devam etmiş üyelerin paylaşımları alınmıştır. Ardından ana etkinliğe geçilmiş katılımcılara ilk temas iletişim diyalog örnekleri ve boş bir A4 kâğıdı dağıtılarak diyalog örneklerini inceledikten sonra ikişerli eşleşmeleri istenerek

örnek bir diyalog hazırlamaları, kendi içlerinde bunu uygulamaları ve ardından grup ortamında gönüllü olan iki kişi ile rol-play yapmaları sağlanmıştır. Etkinlik bittiğinde katılımcıların paylaşımları alınmış ve oturuma devam edilmiştir. Grup üyelerine bağlılık ve temas boşluk doldurma çalışma kağıdı dağıtılarak doldurmaları istenmiş ve ardından paylaşımlar alınmıştır. Grup süreci sonlandırılmadan önce üyelerin bugünkü oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınmıştır. Grup lideri de bugünkü oturuma ilişkin özetleyici bir konuşma yapmasının ardından katılımcılara ödev yaprağı ve bir sonraki oturumun bilgi kartını dağıtmış sonrasında üyelerle vedalaşarak grup sürecini sonlandırmıştır.

III.Oturum: Oturum öncesi grup üyeleri gelmeden "İçinde ne var" adlı ısınma oyunu için ön hazırlık yapılmıştır. Sonrasında önceki oturumun özetlemesi yapılarak verilmiş olan ödevlere ilişkin paylaşımlar alınmıştır. Bu oturumda "Grup üyelerinin güvenlik ve rahatlık ilkesini tanıyarak amaç ve faydasını bilmesi, güvenliği ve rahatlığı sağlarken yapılması ve yapılmaması gerekenlerin farkında olması, çeşitli etkinliklerle güvenlik ve rahatlık sağlamada deneyim kazanması" amaçlanmış, bu oturumun teması güvenlik ve rahatlık olarak belirlenmiştir. Ardından "İçinde ne var " adlı ısınma oyununa geçilmiştir. Grup üyelerine ve bireysel olarak kutuyu açmayı başaran kişiye alınmış hediyeler bir pakete sıkıca sarılarak bantlanmıştır. Bandı ilk açan bireyin bireysel hediyesini alması, grubun hediyesini de gruba paylaşması sağlandıktan sonra katılımcıların duygu ve düşünceleri alınmış ardından güvenlik ve rahatlık sunumu yansıtılarak uygulama süreci hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Sonrasında katılımcılara örnek açıklamalar çalışma kâğıdı, tetikleyiciler bilgi kartı dağıtılarak incelemeleri için süre verilmiş ardından ikiyeşerli eşleşmeleri sağlanarak güvenliği ve rahatlığı sağlayabilmek, travmatik olaylara ve hatırlatıcı travmalara maruz kalmasını önlemek adına diyalog hazırlamaları ve kendi içlerinde uygulama yaptıktan sonra grup içerisinde gönüllü olan iki kişi tarafından rol-play yapmaları sağlanmıştır. Üyelerin etkinliğe ilişkin duygu ve düşünceleri ele alındıktan sonra ana etkinlik olan "Sessiz sinema" ya geçilmiştir. Katılımcılar üç gruba ayrılarak içlerinden belirleyecekleri iki kişiyle torbadan seçecekleri kelimeleri gruplarına sessiz bir şekilde anlatmaları sağlanmış ardından birinci olan gruba başlanarak ana etkinliğe ilişkin paylaşımları alınmıştır. Bugünkü oturuma ilişkin özet ve değerlendirmenin ardından katılımcılara bilgi kartları dağıtılarak evde incelemeleri istenmiş ve üyelerle vedalaşarak grup süreci sonlandırılmıştır.

IV. Oturum: Grup üyeleri oturumun gerçekleştiği sınıfa gelmeden önce oturum sürecinde katılımcılara dağıtılacak etkinlik kâğıtları hazırlanmıştır. Grup üyelerinin katılımının tamamlanmasıyla birlikte geçtiğimiz oturum kısaca özetlenmiştir. Bu oturumda "Grup üyelerinin dengeleme/stabilizasyon ilkesini tanıyarak amaç ve faydalarını bilmesi, dengeleme/stabilizasyon sağlarken yapılması ve yapılmaması gerekenlerin farkında olması, dengeleme/stabilizasyona ihtiyaç duyan kişilerin gösterebileceği tepkileri bilmesi ve çeşitli etkinliklerle dengeleme/stabilizasyon sağlamada deneyim kazanması" amaçlanmış bu oturumun teması dengeleme/stabilizasyon olarak belirlenmiştir. Grup üyeleriyle ısınma oyununa geçilmiş, ısınma oyunu olarak da gevşeme ve rahatlama egzersizi belirlenmiştir. Yönerge lider tarafından verilmiş ardından grubun duygu ve düşünceleri alınarak süreç devam etmiştir. Sonrasında dengeleme/stabilizasyon sunumu yansıtılarak uygulama süreci hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Ana etkinlik olarak belirlenen topraklama tekniği uygulama yönergesi katılımcılara dağıtılmış, yönergeyi incelemeleri için süre verilmiş ve ardından ikiye bölünmüş eşleşmeleri sağlanarak topraklama tekniğini birbirlerine uygulamaları istenmiştir. Uygulamaya yönelik duygu ve düşünceleri alındıktan sonra bugünkü oturuma ilişkin özet ve değerlendirme yapılmıştır. Katılımcılara bir sonraki oturum için bilgi kartı, gevşeme rahatlama ve topraklama tekniği ev ödevi olarak verilmiş ve oturum sonlandırılmıştır.

V.Oturum: Katılımcılara bir önceki oturuma dair neler hatırladıkları sorulmuş, paylaşımları alındıktan sonra grup lideri tarafından genel bir özetleme yapılmıştır. Ardından önceki oturumda verilen ev ödevine ilişkin paylaşımlar alınmıştır. Bu oturumda "Grup üyelerinin bilgi toplama ilkesini tanıyıp amaç ve faydalarını bilmesi, olaydan etkilenen bireyin acil ihtiyaçlarını belirleyebilmesi, ek bilginin nasıl toplanacağını bilmesi, bilgi toplama sürecinde sorması gereken soruları bilerek ona göre PİY müdahale stratejisi geliştirebilmesi, bilgi toplama sürecinde yapılması gerekenleri bilmesi, çeşitli etkinliklerle bilgi toplama süreci ile ilgili deneyim kazanması" amaçlanmış bu oturumun teması bilgi toplama olarak belirlenmiştir. Grup üyeleriyle birlikte saymaca adlı ısınma oyununa geçilmiştir. Üyelerden birden sekize kadar saymaları ve sayıların arkasına PİY'in sekiz temel ilkesini getirmeleri belirtilmiştir. Isınma oyununun ardından katılımcıların duygu ve düşünceleri alınarak sürece devam edilmiştir. Grup lideri tarafından bilgi toplama temel ilkesi sunumu açılarak grup üyeleri bilgilendirilmiş, ardından bilgi toplama rehberi üyelere

dağıtılarak incelemeleri istenmiştir. İncelemeleri tamamlandıktan sonra ana etkinliğe geçilmiştir. Grup üyelerinin ikişerli eşleşmeleri sağlanmıştır. Ardından incelemiş oldukları bilgi toplama rehberi ve bu zamana kadar verilen bilgi kartlarından yararlanmaları sağlanarak örnek bir diyalog hazırlayıp uygulamaları istenmiştir. Sonrasında gönüllü olan iki kişi grup ortamında rol-play yaptıktan sonra katılımcıların duygu ve düşünceleri alınmıştır. Ayrıca katılımcıların konuşma ve dinleme üzerine farkındalıklarını artırabilmek ve olumlu duygularla ayrılmasını sağlamak amacıyla Leo Buscaglia'nın konuşma ve dinleme üzerine yazdığı şiir okunmuş ve üyelerle paylaşılmıştır. Oturumun özet ve değerlendirmesinin yapılmasının ardından bilgi kartı dağıtılarak katılımcılarla vedalaşılmış ve oturum sonlandırılmıştır.

VI.Oturum: Bir önceki oturum kısa bir özeti ile başlanarak önceki oturumda verilen bilgi kartına ilişkin paylaşımlar alınmıştır. Bu oturumda "Grup üyelerinin pratik yardım ilkesini tanıyarak amaç ve faydalarını bilmesi, pratik yardım sunarken izleyeceği adımları bilmesi, pratik yardım sürecinde en acil ihtiyaçları uygun bir dille açıklayabilmesi, çeşitli etkinliklerle pratik yardım süreci ile ilgili deneyim kazanması" amaçlanmış bu oturumun teması pratik yardım olarak belirlenmiştir. Katılımcılar ile birlikte ortaya dört mevsim adlı ısınma oyununa geçilmiştir. Bir gönüllü katılımcı belirlenerek gönüllünün grupta bulunan bireylerin bir takım özelliklerini göz önünde bulundurarak kendi aralarında yer değiştirmelerini sağlaması ve bu esnada kendisinin yer değiştiren bireylerin yerini almaya çalışması sağlanmıştır. Ardından katılımcıların duygu ve düşünceleri alınmış ve sürece devam edilmiştir. Grup lideri tarafından pratik yardım sunmanın amacı ve uygulama süreci hakkında bilgi vermek amacıyla sunum yansıtılmıştır. Ardından pratik yardım sunmada dört adım çalışma kağıdı dağıtılarak örnek etkinliklerin yapılması sağlanmış ve paylaşımlar alındıktan sonra sürece devam edilmiştir. Oturum öncesinde hazırlanmış olan pratik yardım etkinlik cümleleri katılımcı grup ikiye ayrıldıktan sonra grup başlarında bulunan bireylere torbadan çektirilmiş ve cümleler lider tarafından grup başında bulunan bireyin kulağına söylenerek son bireyin cümle paylaşımı alınmıştır. Söylenen cümlenin doğru olması gruba bir puan kazandırmış ve süreç tamamlandığında galip gelmiş olan grup üyelerinden başlanarak katılımcıların duygu ve düşünceleri alınmıştır. Sonrasında oturumun genel bir özetinin yapılması sağlanmış ve bireylere bilgi kartı dağıtılarak oturum sonlandırılmıştır.

VII. Oturum: Bu oturumda "Grup üyelerinin; sosyal destek için bağlantı kurma ilkesini tanıyarak amaç ve faydalarını bilmesi, sosyal destek için bağlantı kurma sürecinde yapılması gerekenler konusunda bilgi sahibi olması, geri çekilme sendromunun ne olduğunu ve bu durumda ne yapılacağını bilmesi, iyileşmeyi hızlandıracak destekleyici yanıtları ve destek kaynaklarını bilmesi, çeşitli etkinliklerle sosyal destek için bağlantı kurma süreci ile ilgili deneyim kazanması" amaçlanmış bu oturumun teması sosyal destek için bağlantı kurma olarak belirlenmiştir. Bugünkü oturuma önceki oturumun kısa özeti ile başlanmış, özetin ardından doğruya alkış yanlışa şık şık adlı ısınma oyununa geçilmiştir. Lider tarafından ısınma oyunu yönergesi verilmiş ve katılımcılara bu zaman kadar gerçekleşmiş olan oturumlara ilişkin bazı cümleler okunacağı belirtilerek katılımcıların bunların yanlış olanlarını şık şıklamaları ve doğru olanlarını alkışlamaları istenmiştir. Isınma oyununun ardından katılımcıların paylaşımları alınmış ve sürece devam edilmiştir. Lider tarafından sunu yansıtılarak sosyal destek için bağlantı kurma ilkesi, amaçları, faydaları ve uygulama süreci anlatılmıştır. Ardından ana etkinlik olan yap boz a geçilmiştir. Katılımcılar arasından dört gönüllü kişi seçilerek dışarıya çıkarılmış ve geriye kalan katılımcılar üç gruba ayrılmıştır. Üç grubun her birine anlamlı bütün bir cümlelerin parçalanmış hali verilmiş ve gönüllüler tek tek içeri alınarak grupların kendilerine verilen cümleyi hep bir ağızdan söylemeleri istenmiştir. Ana etkinlik bitirildikten sonra katılımcıların paylaşımları alınmıştır. Paylaşımlar alındıktan sonra etkinlik kâğıdı dağıtılarak sınıf ortamında uygulanmıştır. Uygulamasını tamamlayanların sırasıyla paylaşımları alınmıştır. Bugünkü oturumun genel bir özeti yapılmış ve bilgi kartları dağıtılarak oturum sonlandırılmıştır.

VIII. Oturum: Bu oturumda "Grup üyelerinin; başa çıkma becerileri hakkında bilgi ilkesini tanıyarak amaç ve faydalarını bilmesi, uyumlu ve uyumsuz başa çıkma yöntemlerini bilmesi, çeşitli etkinliklerle başa çıkma becerileri hakkında bilgi süreci ile ilgili deneyim kazanması" amaçlanmış bu oturumun teması başa çıkma becerileri hakkında bilgi olarak belirlenmiştir. Oturuma bir önceki oturumun kısa bir özeti ile başlanmıştır. Ardından ısınma oyununa geçilmiş grup ikiye ayrılmıştır. Bir grup üyelerine bu zamana kadar görülmüş olan temel ilke isimleri diğer gruba da temel ilkelerin belli başlı özellikleri yazılı kâğıtta verilmiştir. Temel ilkeler ile özelliklerin doğru eşleşmesi amaçlanarak grup üyelerinin doğru kişilerle eşleşmesi sağlanmıştır. Etkinlik tamamlandıktan sonra katılımcıların paylaşımları alınarak grup lideri

tarafından başa çıkma becerileri sunumu yansıtılmıştır. Sunumdan da faydalanılarak başa çıkma becerileri hakkında bilgi verilmiştir. Ana etkinliğe geçilmeden önce katılımcılara bilgi kartı, çalışma kâğıdı ve etkinlik kâğıdı dağıtılmış incelemeleri istenmiş ve incelemeleri bittikten sonra etkinlik kâğıdını doldurmaları için beş dakika süre verilmiştir. Süre bitiminde katılımcılardan gönüllü olanların paylaşımları alınmış sonrasında sonlandırma etkinliğine geçilmiştir. Sonlandırma etkinliği kapsamında katılımcılara bilgi kartı dağıtılmış, incelemeleri istenmiş ve gönüllü dört katılımcı belirlenmiştir. Bu dört katılımcının bilgi kartında bulunan mutluluk hormonlarını gruba sözsüz bir şekilde anlatmaları istenmiş ve sonrasında paylaşımlar alınarak etkinlik tamamlanmıştır. Bugüne ilişkin özet ve değerlendirmenin yapılmasının ardından katılımcılara bilgi kartları dağıtılmış ve bir dahaki oturuma kadar incelemeleri istenerek oturum sonlandırılmıştır.

IX. Oturum: Bir önceki oturumun özetlenmesiyle süreç başlatılmıştır. Katılımcıların paylaşımları alınmıştır. Bu oturumda "Grup üyelerinin; ortak hizmetlere erişim ve bağlantı kurma ilkesini tanıyarak amaç ve faydalarını bilmesi, acil yönlendirme gerektiren bazı durumların neler olduğunu bilmesi, çeşitli etkinliklerle ortak hizmetlere erişim ve bağlantı kurma ile ilgili deneyim kazanması" amaçlanmış bu oturumun teması ortak hizmetlere erişim ve bağlantı kurma olarak belirlenmiştir. Grup üyeleriyle birlikte PİY istasyonu adlı ısınma oyununa geçilmiştir. Katılımcıların her beşin katında sayı yerine PİY demesi sağlanarak demeyen kişinin elenerek son kişi kalana kadar süreç devam etmiş ve son kalan kişi lider tarafından ödüllendirilmiştir. Etkinlik sona erdiğinde katılımcıların duygu ve düşünceleri alınmış ve lider tarafından ortak hizmetlere erişim ve bağlantı kurma ilkesi uygulama süreci hakkında bilgilendirme yapmak amacıyla sunu açılmıştır. Sunumun bitmesine müteakip ana etkinliğe geçilmiş katılımcılara bilgi kartları dağıtılarak incelemeleri sağlanmıştır. İnceleme sona erdiğinde üyelerin bu zamana kadar olan bilgi kartlarından faydalanarak örnek bir senaryo yazmaları ve sonrasında bunu grup ortamında gönüllü olan bireylerin rol-play şeklinde canlandırmaları sağlanmıştır. Katılımcıların paylaşımları alındıktan sonra sonlandırma etkinliğine geçilmiştir. Bireylere cümle tamamlama etkinlik kâğıdı dağıtılarak cümleleri istedikleri gibi tamamlamaları ve sonrasında grupla paylaşımları sağlanarak sonlandırma etkinliği bitirilmiştir. Ardından katılımcılara bir daha ki oturumumuzun son oturum olacağı hatırlatılmış ve son oturuma gelirken tüm bilgi kartlarını inceleyip gelmeleri belirtilmiştir. Bugünkü

oturuma ilişkin özet ve değerlendirmenin yapılmasının ardından oturum sonlandırılmıştır.

X.Oturum: Bu oturumda "Şimdiye kadar yapılan tüm oturumlar göz önünde bulundurularak, psikolojik ilk yardım becerilerinde meydana gelen değişimleri fark etmek ve grup sürecinde öğrenilmiş olan becerileri uygulayabilmesi" amaçlanmış bu oturumun teması sonlandırma olarak belirlenmiştir. Bu zamana kadar yapılan tüm oturumların kısa bir özeti ile başlanmıştır. Katılımcıların paylaşımları alındıktan sonra benim ilkem adlı ısınma oyununa geçilmiş ve katılımcılara A4 kâğıdı dağıtılmıştır. Katılımcılardan bu zamana kadar görmüş olduğunuz PİY ilkelerinden birini temsil ediyor olsaydınız hangisini temsil ederdiniz sorusuna verecekleri cevabı A4 kâğıdına yazmaları istenmiş ve paylaşımları alınmıştır. Ardından sırasıyla üç video izlenerek ana etkinliğe geçilmiştir. Katılımcılara örnek senaryolar dağıtılarak incelemeleri istenmiştir. İnceleme bittiğinde katılımcılar üçerli gruplara ayrılarak mağdur, PİY sağlayıcısı ve gözlemci olacak şekilde görev paylaşımı yapmaları ve kendi içlerinde yer değiştirmeleri sağlanarak örnek senaryo hazırlayıp uygulamaları ve sonrasında grup içerisinde gönüllü olan katılımcıların rol-play yapması sağlanmıştır. Paylaşımlar alınmış ve sürece devam edilmiştir. Katılımcılara ilk oturumda eğitime ilişkin amaç, hedef ve beklentilerini yazmış oldukları kâğıtları bulmaları istenmiştir. Buldukları kâğıtları okuyarak bunların karşılanıp karşılanmadığını paylaşımları istenmiştir. Katılımcılardan genel olarak grup sürecini, oturumları, lideri değerlendirmeleri istenmiştir. Ardından katılımcıların gruptan olumlu duygularla ayrılmasını sağlamak için son mektup adlı sonlandırma etkinliğine geçilmiştir. Katılımcılardan bu gruba yazacakları son mektubu yazmaları istenmiş ve yazma işlemi bittikten sonra mektuplar lider tarafından toplanarak karıştırılmış ve her bir grup üyesinin önüne farklı bir mektup konarak okumaları sağlanmıştır. Son test uygulamasına geçilerek son test uygulanmıştır. Üyelere izleme testi ile ilgili bilgi verilmiştir. Ardından üyelere katılım belgeleri dağıtılmıştır. Sonrasında grup lideri sonlandırma konuşmasını yapmış ve katılımcılarla veda pastası kesilerek psikoeğitim süreci tamamlanmıştır.

Son-Test ve İzleme Testi Uygulama: Grup oturumlarının bitmesine müteakip üyelere son-test uygulaması yapılmıştır. Ayrıca izleme testi ile ilgili bilgi verilmiş, üyelerin mail ve iletişim numaralarının değişmesi durumunda bilgi vermeleri istenmiştir.

- c) Deney grubu ile gerçekleştirilmiş olan 10 haftalık psikoeğitim programının ardından deney ve kontrol gruplarına 2023 yılı haziran ayının ilk haftasında PİY-BÖ kullanılarak son-test uygulaması yapılmıştır.
- d) Psikoeğitim uygulamasının bitmesinin üzerinden bir ay geçtikten sonra deney ve kontrol gruplarına izleme ölçümü yapılmıştır.
- e) Kontrol grubu üzerinde, deney grubundaki psikoeğitim sonlanana ve izleme testi uygulanana kadar herhangi bir işlem yapılmamıştır. İzleme testinin uygulamasından sonra kontrol grubu katılımcılarına yeni eğitim öğretim yılında psikoeğitim planlaması yapılarak duyuru yapılmıştır.

3.5.3. Psikoeğitim uygulaması sonrasında gerçekleştirilen işlemler. PİY-PP'nin psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım beceri düzeyleri

üzerindeki etkisi PİY-BÖ uygulanarak veriler toplanmıştır. Verilerin analiz edilmesinde yapılan işlemler aşağıda detaylandırılmıştır.

- a) Psikoeğitim sürecinde deney grubunda denek kaybı yaşanmıştır. İlk oturumdan sonra ailevi nedenlerden dolayı bir öğrenci diğer oturumlara katılım göstermemiştir. Bireyin verilerinin araştırma kapsamından çıkarılmasının ardından gruplar arasında PİY-BÖ toplam puan ve cinsiyet açısından bir farklılık oluşmaması adına kontrol grubundan benzer puana ve cinsiyete sahip olan bir birey çıkarılmıştır. Kontrol ve deney grubunun ön test toplam puanları açısından bir farklılık olup oluşmadığını belirlemek amacıyla tekrar karşılaştırma işlemi yapılmıştır. Bu karşılaştırma ilişkin bulgular Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9.

Kontrol ve Deney Grubu Ön-test Toplam Puanları

	Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
PİY ÖN-TEST	Kontrol	14	14,75	206,50	94,500	,872
	Deney	14	14,25	199,50		

Tablo 9'da görüldüğü gibi gruplardan birer kişinin eksilmesinin ardından gruplar arasında ön-test toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>,05$).

b) Psikoeğitim grubunda bulunan katılımcı sayısı 30'un altında olduğu için verilerin analiz sürecinde parametrik olmayan testlerin kullanılması önerilmektedir (Erkuş, 2011). Deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların sayısı 14 kişiden oluştuğundan analiz çalışmalarında parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Bu doğrultuda, grupların kendi içerisinde ön-test, son-test ve izleme ölçümleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını değerlendirmek için Friedman Mertebeler Testi ve İkili karşılaştırmalar için Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki ön-test ve son-test ölçümleri arasındaki farkın değerlendirilmesi içinse ilişkisiz ölçümler Mann Whitney U-Testi kullanılmıştır. Verilerin analizlerinde IBM SPSS 22 paket programı kullanılmıştır.

3.5.4. Psikoeğitim uygulaması iç geçerlik için alınan önlemler. İç geçerlik, yapılan araştırmada iki veya daha fazla değişken arasında gözlenen ilişkinin, "başka bir değişkenden" kaynaklı değil de bağımsız değişkenden kaynaklandığı hususunda net olma durumudur (Fraenkel vd., 2011). Shavelson (1988) iç geçerliğin yapılan araştırmada bağımlı değişkendeki değişimin araştırmacının bağımsız değişkenlerin seviyesini azaltarak oluşturabileceğini söylemektedir. İç geçerliği tehdit eden bazı faktörler bulunmaktadır (Fraenkel vd., 2011; Shavelson, 1988). Bu çalışma bu faktörler dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Dikkat edilen durumlar ve alınan önlemler aşağıda ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır.

Deneklerin seçimi. Grup oluşturma aşamasında katılımcıların random seçilmemesi veya yanlış seçilmesi durumunda farklı özellikleri barındıran grupların ortaya çıkma durumudur. Oluşabilecek bu durumun etkisini azaltmak için deney grubunun yanında kontrol grubu oluşturulmuştur. Deney ve kontrol grupları random atanmış, deney ve kontrol gruplarının her ikisine de ön-test uygulanmıştır.

Deneklerin olgunlaşması. Katılımcılarda deneysel müdahalenin dışında bilinç düzeyinde artma ve yaş alma gibi faktörler nedeniyle bağımlı değişkende değişim meydana gelmesidir. Deneklerin seçiminde dikkat edilen durumlara ilave olarak katılımcıların psikolojik ilk yardım becerilerini geliştirebilecek psikoeğitim çalışması dışında bir etkinlik yapmamaları istenmiştir. Bu kapsamda;

-Katılımcıların psikoeğitim süreci devam ederken izlediği filmler, diziler ve okudukları kitaplar not alınarak bunlar üzerine konuşularak etkilendikleri noktalar değerlendirilmiştir.

-Psikoeğitim oturumları dışında herhangi bir sivil toplum kuruluşuna ya da gönüllü olarak bir faaliyete üye olmamaları, yapılacak bir etkinlik ya da eğitime katılma durumlarında grup liderine bilgi vermeleri istenmiştir.

-Psikoeğitim programında yer alacak katılımcıların üniversitede üye oldukları kulüpler göz önünde bulundurulmuş, iç geçerliği tehdit edecek kulüplerde bulunan üyeler gruba dahil edilmemiştir. Ayrıca herhangi bir kulübe üye olma ya da kulüp değiştirme durumunda grup liderine bilgi vermeleri istenmiştir.

Denek kaybı etkisi. Denek kaybı isteksizlik, hastalık, aile durumları gibi birçok nedenle olabilmektedir. Bu durum genellenebilirliği etkilemektedir. Denek kaybının etkisini azaltmak için, gönüllülük esas alınmış, deney grubunun yanında kontrol grubu oluşturulmuş ve her ihtimale karşı katılımcı sayısı yüksek tutularak 15 kişiden oluşturulmuştur. Bunun yanında içsel ve dışsal motivasyonu arttırmak amacıyla eğitim sürecinde üyelere grup temasıyla ilişkilendirilerek bir takım hediyeler verilmiştir. Her türlü harici hediye verilmesinde bilgilendirme yapılmamasına beklenmedik olmasına dikkat edilerek oturumun tamamlanmasının ardından hediye verme sebebi açıklanarak verilmiştir. Bu şekilde görev ya da etkinlik yapıldığı için hediye verildiği düşüncesinin oluşması azaltılarak içsel motivasyonda düşüş yaşanmasına engel olmak amaçlanmıştır (Pink, 2016).

Deneklerin geçmişi. Grup üyelerinin geçmişlerinden getirmiş olduğu yaşantılar, sahip oldukları özellikler gibi ön deneyimlerin araştırma sonucunu etkilemesi durumudur. Bunun etkisini azaltmak için deneklerin seçimi kısmında dikkat edilen hususlara ilave olarak üyelere üye oldukları kulüpler, sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olup olmadıkları dikkate alınmıştır. Ayrıca kişisel bilgi formunda akademik ortalama, kardeş sayısı, anne baba mesleği, sosyo-ekonomik düzey gibi bilgiler dikkate alınarak birbirine yakın yaşam şartlarına sahip öğrenciler belirlenmeye çalışılmıştır.

Ön-test Etkisi. Psikoeğitim grup katılımcılarına aynı ölçeğin birden fazla uygulanması durumunda katılımcıların ölçek maddelerini hatırlaması, ilk uygulama sonrası maddeler hakkında araştırma yapması ve bu konu hakkında bilgilenmiş olması durumudur. Bu durumun etkisini azaltmak için ön-test ve son-test arasında geçen

süreye dikkat edilmiştir. Psikoeğitim oturumu öncesi ve sonrası uygulanan ön-test ve son-testler arasında geçen süreye bakıldığında bir aydan fazla bir süre geçtiği görülmektedir.

Veri toplama aracı. Veri toplama araçlarının özelliklerinin; ölçme aracını uygulayan, puanlayan kişilerin farklı olmasının yapılan analizleri etkilemesi durumudur. Bu durumun etkisini azaltmak için araştırmacı tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış ölçme aracı kullanılmıştır. Aynı zamanda ölçme aracının uygulaması ve puanlanması da bizzat araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Katılımcıların beklentilerinin etkisi. Grup üyelerinin veya araştırmacıların araştırmanın sonucuna yönelik beklenti durumlarının performanslarını ve sonuçları etkilemesi durumudur. Bunun etkisini minimize etmek adına katılımcılara amacın psikolojik ilk yardım becerilerini geliştirmek olduğu söylenmemiş, süreç ve program hakkında genel bilgiler verilmiştir. Bunun yanında deney grubuyla birlikte kontrol grubu da oluşturulmuş ve her iki grupta izleme testine tabi tutulmuştur.

3.5.4.1. Verilen teşekkür hediyeleri ve kriterleri.

1- Psikolojik Danışman Ajandası, Kupası ve Kalemliği:

İkinci oturum bitiminde grup içerisinde en çok paylaşımda bulunan ve kendini açan beş öğrencinin ismi yazılarak kura ile üçü seçilmiştir. Kriter olarak grup sürecine katkısı ve kendini açma belirlenmiştir. Aradan geçen 2 haftalık süreç boyunca lidere destek olan, diğer katılımcılara örnek rol model olan öğrencilere teşekkür etmek için hediye alındığı belirtilmiştir.

2- Mouse Pad:

Altıncı oturum sona ermeden önce bu zamana dek grup oturumları sonrasında verilen etkinlik çalışmalarını düzenli yapan, grup kullarına uyan öğrencilere teşekkür etmek amacıyla lider tarafından küçük hediyeler verileceği belirtilmiştir. Daha önceden hediye almış üyeler yapılacak kura çekimine dahil edilmemiştir. Yapılan kura çekimi sonucunda isimleri çıkan iki üyeye teşekkür edilerek hediyeleri verilmiştir.

3.5.5. Psikoeğitim uygulaması dış geçerlik için alınan önlemler. Yapılan çalışmadan elde edilen sonuçların, araştırmada yer alan kişilerin veya ortamların ötesinde diğer kişi veya ortamlara genelleştirilebilmesine dış geçerlik denir (Fraenkel vd., 2011; Shavelson, 1988). Dış geçerliği tehdit eden bazı unsurlar vardır (Cook & Campell, 1979; Shavelson, 1988). Bu unsurlar ışığında bazı önlemler alınmış ve bu önlemler aşağıda belirtilmiştir.

Zaman ve müdahale etkileşimi etkisi. Araştırma ve uygulamanın yapıldığı tarihin sonuçları etkilemesi durumuna zaman ve müdahale etkileşimi etkisi denmektedir. Bu durumun etkisini azaltmak için psikoeğitim süreci tamamlandıktan bir ay sonra izleme testi uygulanmıştır.

Ortam ve müdahale etkileşimi etkisi. Araştırma ve uygulamaların gerçekleştiği ortamların aşırı yapay olmasının yapılan araştırmanın gerçek durum ve olaylara genellenebilirliğini etkilemesidir. Bu durumun etkisini azaltmada grup sürecinin mikrokozmos özelliğinden yararlanılmıştır. Grupla psikolojik danışma ortamı üyenin içinde yaşamakta olduğu dünyanın küçük bir modeli olarak değerlendirilebilir (Goldberg & Hoyt, 2015; Voltan-Acar, 1988). Uygulamaların üniversite de bir sınıf ortamında günlük yaşama paralel etkinlik ve örneklerle gerçekleşmesi sağlanmış, günlük yaşamdan uzak ve yapay olmamasına dikkat edilmiştir.

Seçme ve müdahale etkileşimi etkisi/örnekleme etkisi. Grup üyelerinin; sayı olarak yetersiz kalması ve sonucu etkileyecek kendine özgü özelliklerinin olmasının genellenebilirliği etkilemesi durumudur. Grup üyelerinin imkanlar ölçüsünde evrendeki kişileri temsil edecek şekilde seçilmesi gerekmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak gerçekleştirilen ön-test tüm üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerine uygulanmaya çalışılmış, gönüllük esas alınmış bu şekilde bir yol izlenerek örneklemin evreni temsil edilebilirliği artırılmaya çalışılmıştır.

Ön-test-deneysel değişken etkileşim etkisi. Psikoeğitim grup katılımcılarına aynı ölçeğin birden fazla uygulanması durumunda katılımcıların ölçek maddelerini hatırlaması, ilk uygulama sonrası maddeler hakkında araştırma yapması ve bu konu hakkında bilgilenmiş olması durumudur. Bu durumun etkisini azaltmak için ön-test ve son-test arasında geçen süreye dikkat edilmiştir. Psikoeğitim oturumu öncesi ve sonrası uygulanan ön-test ve son-testler arasında geçen süreye bakıldığında bir aydan fazla bir süre geçtiği görülmektedir. Ardından uygulanan izleme testi ise bir ay sonra

gerçekleştirilmiştir. Bu şekilde grup üyelerinin hatırlama olasılıkları en aza indirgenmeye çalışılmıştır.



BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde araştırma kapsamında toplanan verilerin istatistiksel analizleri sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bulgular iki aşamalı olacak şekilde ele alınmıştır. İlk aşamada PİY-BÖ'nün geliştirilmesi ile ilgili bulgulara yer verilmiştir. İkinci aşamada psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerileri üzerinde etkisi olup olmadığına dair analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

4.1. Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği Geçerlik Çalışmalarına Ait Bulgular
Ölçeğin geçerlik çalışmaları için araştırma verileri üzerinde kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve benzer ölçek geçerliği incelenmiştir.

4.1.1. Kapsam geçerliği. Kapsam geçerliği için öncelikle ulusal ve uluslararası literatür gözden geçirilmiştir. Ardından Brymer vd. (2006) tarafından geliştirilmiş olan sekiz basamaklı NCTSN/NCPTSD modelinin madde havuzu oluşturma sürecinde temel dayanak noktası olması kararlaştırılmıştır. Bunun yanında gözden geçirilen literatür kapsamında sekiz temel eylem ilkesine öz bakım ve etik davranabilme ilkeleri de eklenerek on altı boyutu ölçmeyi amaçlayan 66 maddelik havuz oluşturulmuştur. Kapsam geçerliği için bir diğer önemli faktör uzman görüşüne başvurmak olduğundan (Büyüköztürk, 2020), yazılmış olan 66 madde uzmanlara gönderilmiş ve ardından geri bildirimlere bağlı olarak madde havuzundan yedi madde çıkarılmış, beş madde düzenlenmiş ve üç yeni madde eklenerek 62 maddeden oluşan deneme formu oluşturulmuştur. Deneme formunun pilot uygulaması Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesinde eğitim-öğretim gören 323 kişilik öğrenci grubu ile yapılmıştır. Uygulama sonucunda 59 maddelik deneme formu elde edilmiştir.

4.1.2. Yapı geçerliği. Geçerlilik çalışmasının bir türü de faktör analizidir (Sümer, 2000; Büyüköztürk, 2020). Bu kapsamda ölçeğin faktör yapısının incelenmesi amacıyla öncelikle açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda oluşan faktörlerin yapısal geçerliğini sınamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır.

Açımlayıcı faktör analizi, uzman görüşleri ve pilot uygulama sonucunda oluşan 59 maddelik ölçeğin uygulanması ile gerçekleştirilmiştir. Uygulama süresi yaklaşık 20 dakikadır. Uygulama bizzat araştırmacı tarafından yapılmış, araştırmacı sınıf ortamında kendini tanıtmış, yapılan çalışma hakkında kısaca bilgi vermiş, ölçek formunun nasıl doldurulacağı hakkında psikolojik danışman adaylarını bilgilendirmiştir. Araştırma kapsamında verilen cevapların gizli kalacağı ifade edilmiş, araştırma sonuçlarının geçerlik ve güvenirlik açısından sağlıklı sonuçlara ulaşılabilmesi için ölçek formunun samimi, doğru ve eksiksiz doldurulması gerektiği belirtilmiştir. Ardından uygulamaya geçilmiştir.

Öncelikle verilerin analiz yapmaya uygun olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme dört şekilde yapılmıştır. Maddeler arasındaki korelasyon katsayısına ve anlamlı olup olmadığına, maddelerin ortak varyansa olan katkısına, faktör analizi içerisinde oluşturulan modele göre maddeler arasındaki korelasyon katsayısı ile gerçek korelasyon katsayıları arasındaki farka ve KMO (Kasier-Meyer-Olkin) katsayısına ve Barlett testinin anlamlı olup olmadığına bakılarak karar verilmesi gerekmektedir (Field, 2009).

Tablo 10.

İkinci Araştırma Grubu Üzerinde Uygulanan Verilerin Faktör Analizine Uygunluğunun Sonuçları

KMO and Bartlett's Test		
KMO Örneklem Yeterliliği		,888
Barlett Testi	Yaklaşık x^2	8195,859
	Serbestlik Derecesi	1711
	Anlamlılık	,000

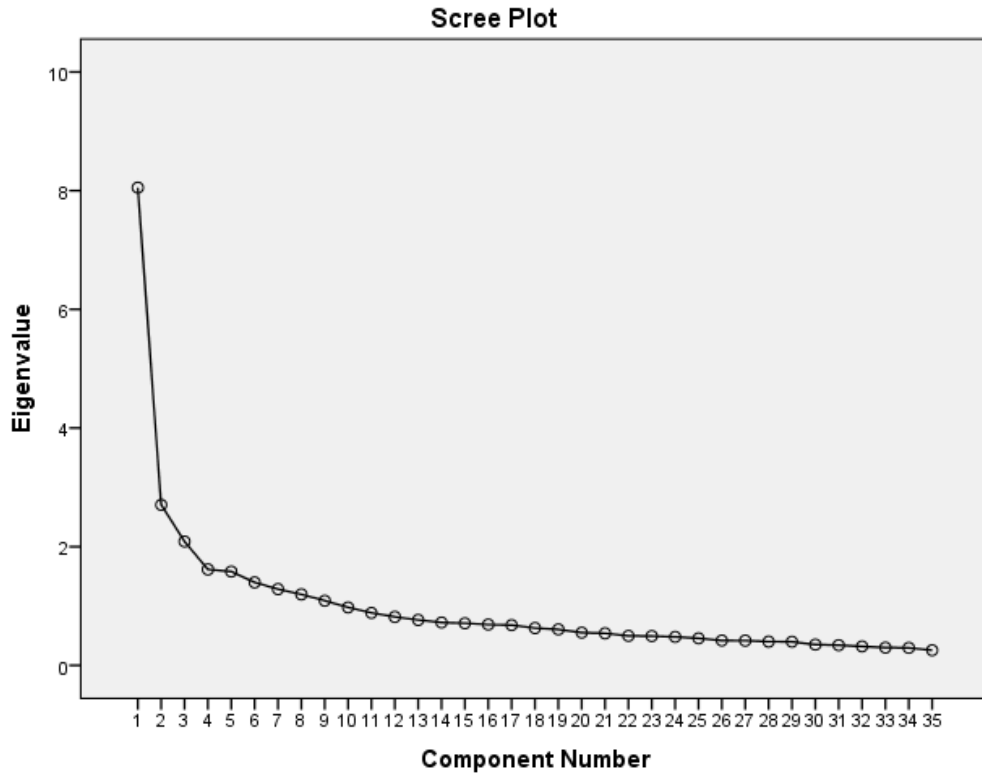
Deneme formu ile elde edilen verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla kullanılan yöntemlerden biri de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

Katsayısı ve Bartlett Küresellik Testinin değerlendirilmesidir (Büyüköztürk, 2020). Değişkenler tarafından oluşturulan ortak varyans miktarını KMO değeri bildirmektedir. Ortak varyans değerinin bire yakınlaşması verilerin faktör analizi yapmaya uygunluğunu gösterirken ,60'ın altında kalması ise faktör analizi yapmaya elverişli olmadığını göstermektedir (Büyüköztürk, 2020). Bartlett Küresellik Testi değeri değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerini sınar. Tablo 10 incelendiğinde PİY-BÖ'nün KMO değeri ,88 olması örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak için yeterli olduğunu göstermiştir (Çokluk vd., 2021; Tavşancıl, 2019). Ayrıca Bartlett küresellik testi sonucu da anlamlı çıkmıştır.

4.1.2.1. Açımlayıcı faktör analizi. Yapılan analizler sonucunda verilerin faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür. Bu amaçla ölçeğin faktör yapısını incelemek amacıyla açımlayıcı (exploratory) faktör analizi (AFA), faktörleştirme tekniği olarak da temel bileşenler analizi (TBA) seçilmiştir (Kline, 1994). TBA faktörleştirme tekniği sık kullanılan yorumlanması görece daha kolay olan bir istatistiktir. Uygulaması gerçekleştirilen ölçekte bulunan bir maddenin tanımlanmış olan faktör değeri içerisinde yer alıp almaması, o faktöre ilişkin yük değerinin yüksek olmasına bağlıdır. Bir faktör içerisinde yer alan yüksek yük değerine sahip olan maddelerin faktörün tanımladığı yapıyı iyi bir şekilde temsil ettiği ifade edilebilir (Büyüköztürk, 2020). Madde faktör yük değerlerinin ,45 ve daha yüksek olması istenmekle birlikte bu değer ,30 olması durumunda da ölçek içinde tutulabilir (Kline, 2000; Tabachnick & Fidel, 2001). Yapılan bu çalışmada faktör yük değeri ,40 ve üstü olan maddeler analize dahil edilmiştir. İki faktöre birden giren bir maddenin hangi faktöre alınacağını değerlendirmesi aşamasında aralarındaki faktör yük değerlerinin mümkün olduğunca yüksek olması beklenmekle birlikte en az ,10 olması (Büyüköztürk, 2020) temelinden hareket edilmiştir.

Toplanmış olan veriler üzerinden yapılan ilk analiz sonucunda ölçeğin özdeğeri birden büyük 15 faktörde toplandığı görülmüştür. Bu analizden sonra faktör yük değerleri ,40'ın altında olan ve birden fazla faktöre yükleme yapmış faktör yük değerleri yakın olan 10 madde analizden çıkarılarak kalan maddeler Varimaks dik döndürme tekniği (Büyüköztürk, 2020) kullanılarak yeniden analiz edilmiştir. Bu analizden sonra da 5 madde ölçekten çıkarılmıştır. Tekrar Varimaks dik döndürme tekniği kullanılarak

yapılan üçüncü analizde ölçekte bulunan madde sayısı 42'ye inmiştir. Diğerlerine göre düşük faktör yüküne sahip ve uzman görüşüne dayalı olarak kavramsal anlamda uygun olmadığı düşünülen maddelerin de ölçekten çıkarılması ile 35 maddelik ölçeğe ulaşılmıştır. Elde edilmiş olan özdeğer grafiği incelenerek dokuz faktörün yorumlanabilir olduğu anlaşılmıştır. Elde edilen verilere ait grafik Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Açımlayıcı faktör analizi özdeğer grafiği (scree plot)

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkmış olan özdeğerlerin gösterildiği grafikte belirgin düşüşlerin görüldüğü dokuz önemli faktör vardır. Birinci faktörden sonra hızlı bir düşüş, ikinci ve üçüncü faktörden sonra birinci faktör kadar olmasa da yine hızlı bir düşüş, dördüncü faktörden sonra da daha az olmakla birlikte ivmeli bir düşüş gözlenmiştir. Dokuzuncu faktörden sonra grafiğin gidişinin yatay bir seyir izlediği görülmektedir. Büyüköztürk (2020), öz değeri bir ya da birden büyük olan faktörleri önemli faktörler olarak değerlendirmiştir. Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda ölçeğin dokuz faktörden oluşabileceğine karar verilmiştir.

Belirlenen ölçütler çerçevesinde 35 madde ve bu maddelerin ait olduğu dokuz faktör bulunmuştur. Ortaya çıkan alt faktörlerin isimlendirilmesinde Brymer vd. (2006) tarafından geliştirilmiş olan PİY modelinin sekiz temel eylem ilkesi ve literatür incelendiğinde önemli görülen öz bakım ve etik davranabilme ilkeleri dikkate alınmıştır. Her bir faktörde bulunan maddeler içerik açısından tekrardan incelenerek faktörler isimlendirilmiştir. Buna göre dokuz alt faktöre Bağlılık ve Temas (BT), Güvenlik ve Rahatlık (GR), Dengeleme / Stabilizasyon (DS), Bilgi Toplama-Pratik Yardım (BTPY), Sosyal Destek için Bağlantı (SDB), Başa Çıkma Becerileri (BÇB), İş Birliği (İB), Öz Bakım (ÖB) ve Etik Davranabilme (ED) isimleri verilmiştir. Bilgi toplama ve pratik yardım ilkelerinin bir faktörde toplanmış olmasının içeriklerinin birbirine çok yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu faktörlere ait olan ve birden büyük bir değeri bulunan (Lester & Bishop, 2000) özdeğerler, bu özdeğerlere karşılık gelen varyans açıklamaları ve faktörlerin madde sayıları Tablo 11'de verilmiştir. Ayrıca Tablo 12'de boyutlara göre maddeler ve faktör yükleri de verilmiştir.

Tablo 11.

Faktörlerin Madde Sayıları, Özdeğeri ve Açıklanan Varyans Oranları

Faktörler	Madde Sayısı	Özdeğer (Eigenvalue)	Açıklanan Varyans
BT	4	8,051	23,003
GR	3	2,705	7,730
DS	3	2,087	5,964
BTPY	6	1,616	4,618
SDB	3	1,582	4,519
BÇB	4	1,398	3,994
İB	4	1,286	3,673
ÖB	3	1,197	3,419
ED	5	1,089	3,113
TOPLAM	35	21,011	60,032

Tablo 11 incelendiğinde analiz sürecine dahil edilmiş maddelerin özdeğeri birden büyük dokuz faktörde toplandığı görülmüştür. Bu dokuz faktörün açıkladığı toplam

varyans oranı %60,032'dir. Analiz neticesinde oluşan toplam varyansın %23,003'ünü bağlılık ve temas, %7,730'unu güvenlik ve rahatlık, %5,964'ünü dengeleme / stabilizasyon, %4,618'ini bilgi toplama-pratik yardım, %4,519'unu sosyal destek için bağlantı, %3,994'ünü başa çıkma becerileri, %3,673'ünü iş birliği, %3,419'unu öz bakım, %3,113'ünü de etik davranabilme faktörleri açıklamıştır.

Tablo 12.

Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına Göre Alt Faktörler, Bu faktörlere Ait Madde Faktör Yükleri

Maddeler	F1 (BTPY)	F2 (ED)	F3 (BÇB)	F4 (BT)	F5 (İB)	F6 (GR)	F7 (DS)	F8 (SDB)	F9 (ÖB)
PİY27	,750								
PİY28	,730								
PİY24	,661								
PİY26	,575								
PİY23	,536								
PİY30	,422								
PİY56		,783							
PİY59		,746							
PİY57		,687							
PİY55		,646							
PİY58		,488							
PİY39			,765						
PİY40			,702						
PİY41			,693		,326				
PİY38			,668						
PİY4				,776					
PİY5				,726					
PİY1				,716					
PİY3				,706					
PİY45					,704				
PİY46					,690				
PİY47					,640				
PİY48			,346		,636				
PİY9						,779			
PİY10						,756			
PİY13						,640			
PİY17							,742		
PİY16							,695		
PİY15	,309						,616		
PİY35								,785	
PİY36								,732	
PİY34			,363					,468	
PİY49									,774
PİY50									,714
PİY51		,385							,502

Tablo 12'de görüldüğü üzere birinci faktörde bulunan maddelerin faktör yüklerinin ,422; ,750, madde toplam korelasyonlarının ,430; ,517; ikinci faktörde bulunan maddelerin faktör yüklerinin ,488; ,783, madde toplam korelasyonlarının ,254; ,418; üçüncü faktörde bulunan maddelerin faktör yüklerinin ,668; ,765, madde toplam korelasyonlarının ,467; ,509; dördüncü faktörde bulunan maddelerin faktör yüklerinin ,706; ,776, madde toplam korelasyonlarının ,331; ,455; beşinci faktörde bulunan maddelerin faktör yüklerinin ,636; ,704 madde toplam korelasyonlarının ,444; ,524; altıncı faktörde bulunan maddelerin faktör yüklerinin ,640; ,779 madde toplam korelasyonlarının ,376; ,469; yedinci faktörde bulunan maddelerin faktör yüklerinin ,616; ,742, madde toplam korelasyonlarının ,335; ,487; sekizinci faktörde bulunan maddelerin faktör yüklerinin ,468; ,785, madde toplam korelasyonlarının ,363; ,516; dokuzuncu ve son faktörde bulunan maddelerin faktör yüklerinin ,502; ,774, madde toplam korelasyonlarının ,307; ,425 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçeğin tamamına bakıldığında ise madde faktör yüklerinin ,422; ,785, madde toplam korelasyon katsayılarının ise ,254; ,524 arasında değiştiği gözlenmiştir. Birden fazla bileşene yüklenmiş olan maddelerin hangi faktöre ait olması gerektiği madde yapılarının incelenmesi ve faktör yapısına uygunluğu ile belirlenmiştir. Yukarıdaki tabloda vurgulu olarak yazılmış yükleme değerleri o maddenin hangi faktöre ait olduğunu göstermektedir. Toplamda otuz beş maddeden oluşan ölçeğin altı maddesi BTPY faktöründe, beş maddesi ED faktöründe, dörder maddesi BÇB, BT ve İB faktörlerinde, üçer maddesi ise GR, DS, SDB ve ÖB faktörlerinde bulunmaktadır. Ayrıca Tablo 13'te PİY-BÖ'nün alt boyutlara ilişkin maddelere ve alt boyutlarının adlarına yer verilmiştir.

Tablo 13.

Boyutlara İlişkin Maddeler ve Boyutların Adlandırılması

Boyut	Boyut Adı	Maddeler
1	Bağılılık ve Temas (BT)	1, 3, 4, 5
2	Güvenlik ve Rahatlık (GR)	9, 10, 13
3	Dengeleme-Stabilizasyon (DS)	15, 16, 17
4	Bilgi Toplama-Pratik Yardım (BTPY)	23, 24, 26, 27, 28, 30
5	Sosyal Destek İçin Bağlantı (SDB)	34, 35, 36
6	Başa Çıkma Becerileri (BÇB)	38, 39, 40, 41
7	İş Birliği (İB)	45, 46, 47, 48
8	Öz Bakım (ÖB)	49, 50, 51
9	Etik Davranabilme (ED)	55, 56, 57, 58, 59

Gerçekleştirilen açımlayıcı faktör analizi sonucunda 35 maddeden oluşan dokuz faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu yapının doğrulanabilmesi için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

4.1.2.2. Doğrulayıcı faktör analizi. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda 35 maddeden ve dokuz faktörden oluşan yapının yapısal geçerliğini sınamak amacıyla söz konusu dokuz boyutlu yapıya ait model Lisrel 7,1 programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilmiştir. DFA, önceden seçilmiş olan faktör modelinin verilere uyup uymadığının değerlendirilmesinde en etkili analizdir ve bu anlamda açımlayıcı faktör analizinden farklıdır. Bu açıdan DFA ölçme aracı geliştirmede büyük öneme sahiptir (Büyüköztürk, 2020). Doğrulayıcı faktör analizi, yapısal eşitlik modelinin (YEM) özel bir şeklidir (Fayers & Hand, 1997) ve ölçeğin yapı geçerliği için kanıt sağlar (Lewis, Francis, Shevlin & Forrest, 2002).

DFA için uygun örneklem oluşturulabilmesi amacıyla literatür taraması yapılmıştır. Gorsuch (1983) ve Kline (1979)'a göre örneklem büyüklüğünün en az 100 kişi, Cattell (1978) ise madde sayısının üç, altı katı civarında olmasının yeterli olacağını belirtmiştir. Bu kapsamda örneklem grubu 105 kişiden oluşmuştur. DFA için elde

edilecek olan veriler, üçüncü araştırma grubundan toplanmıştır. DFA yapılmadan önce uç değer analizi ve cevapların tamamının tek bir maddede toplandığı ölçek olup olmadığı kontrol edilmiştir. Cevapların tek bir maddede toplandığı görülen altı ölçek analize dahil edilmemiştir. Uç değer için -3.29 ile +3.29 değerleri dışında kalan uç değere rastlanılmamıştır. Analiz çalışmasına geri kalan 105 ölçek ile yapılmıştır.

Açımlayıcı Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan dokuz faktör "gizil değişkenler", faktörlerin altındaki değerler ise "gözlenen değişkenler" olarak doğrulayıcı faktör analizinde modele dahil edilmiştir. Açımlayıcı Faktör Analizinde ortaya çıkan dokuz faktör Açımlayıcı Faktör Analizinde olduğu gibi kısaltmaları (BT, GR, DS, BTPY, SDB, BÇB, İB, ÖB, ETİK) kullanılarak analiz yapılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi, dokuz faktör ve 35 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir. Modele tüm gizil değişkenlerin birbirleriyle olan kovaryansları da eklenmiştir. Üçüncü araştırma grubunda bulunan 105 Psikolojik Danışman adayından elde edilen verilerle ölçeğin faktör yapısı ve maddelerin faktör yükleri Doğrulayıcı Faktör Analizinde incelenmiştir. Analizdeki p değeri beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisleri arasındaki farkın yani X^2 değerinin anlamlılığı ile ilgili bilgi vermektedir (Kaba ve Doğan, 2021). Bu nedenle ilk olarak p değerine bakılmıştır. Şekil 2'de verilen yol şemasında (Path Diyagram) p değerinin ,01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür.

Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeğinin nihai formunda dokuz boyutlu 35 maddeden oluşan yapısı Doğrulayıcı Faktör Analizi ile sınanmıştır. DFA'nın uygulanmasında uyum iyiliği indekslerinden X^2/ sd , RMSEA, SRMR, CFI, NFI, NNFI, GFI, AGFI dikkate alınmıştır. Araştırmalarda kullanılan uyum iyiliğine ilişkin indeksler ve kesme noktaları Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14.

Araştırmalarda Kullanılan Uyum İyiliğine İlişkin İndeksler ve Kesme Noktaları

Uyum Ölçüsü	Mükemmel Uyum Ölçütü	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütü	Kaynak
X ² /sd	≤ 3	≤ 5	Sümer, 2000; Kline, 2005
RMSEA	≤ 0.06	≤ 0.08	Hu ve Bentler, 1999; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008
SRMR	≤ 0.05	≤ 0.10	Kline, 2005; Brown, 2006
CFI	≥ 0.95	≥ 0.90	Hu ve Bentler, 1999; Brown, 2006
GFI	≥ 0.95	≥ 0.90	Sümer, 2000; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008
AGFI	≥ 0.95	≥ 0.90	Sümer, 2000; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008
NFI	≥ 0.95	≥ 0.90	Sümer, 2000; Tabachnick ve Fidell, 2001
NNFI	≥ 0.95	≥ 0.90	Sümer, 2000; Tabachnick ve Fidell, 2001

Yapılan analiz sonucunda PİY-BÖ'nün birinci düzey faktör analizine ilişkin uyum indeksleri Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15.

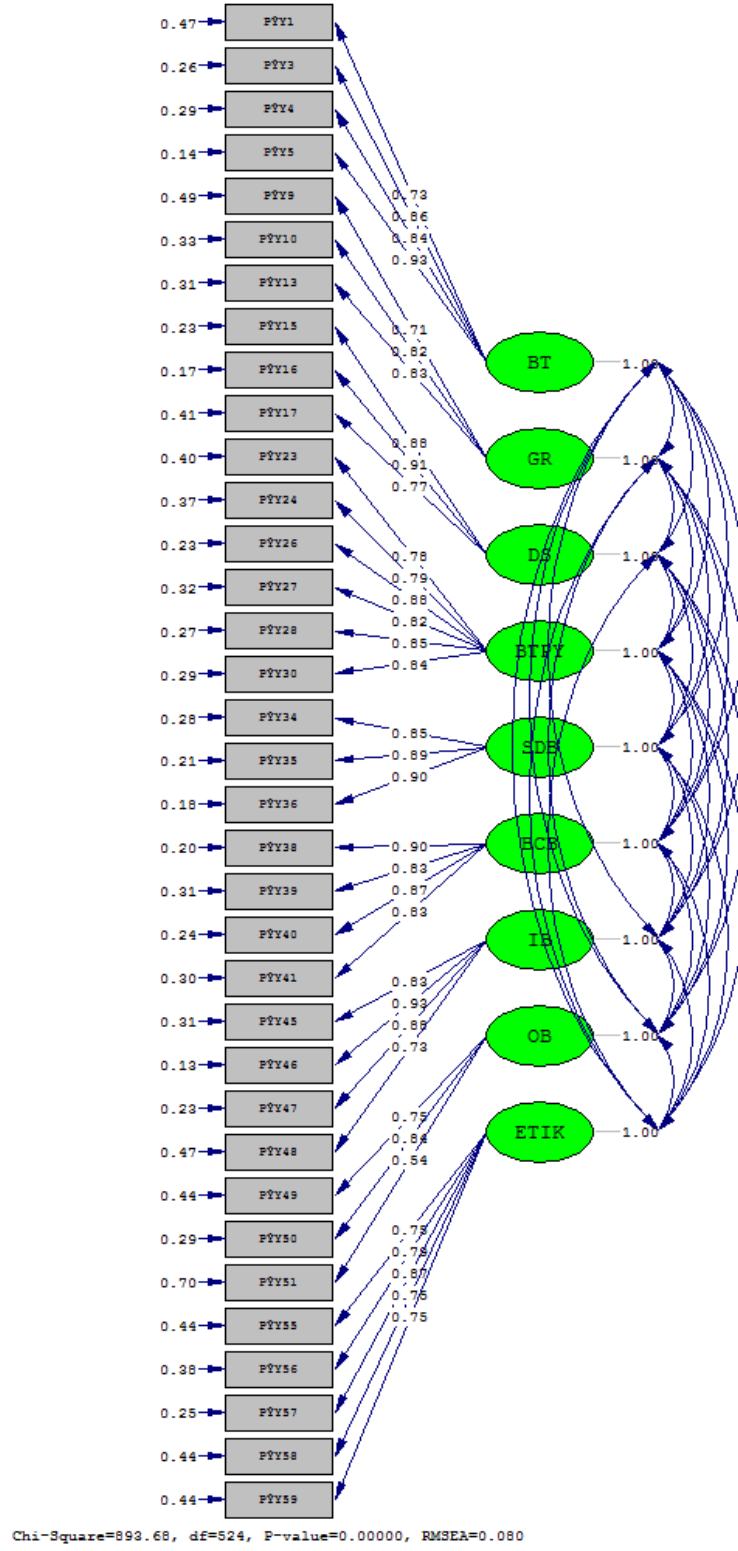
Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği Birinci Düzey Faktör Analizine İlişkin Uyum İndeksleri

Model	X ² /sd	RMSEA	SRMR	CFI	GFI	NFI	NNFI
	1,83	0,80	0.064	0.97	0.68	0.94	0.97

Uyum İndeksleri incelendiğinde model ve veri arasında mükemmele yakın uyum olduğu görülmektedir. X²/sd derecesinin üçün altında olması, CFI, NFI ve NNFI değerinin ,95 ve üzerinde olması mükemmel uyum olduğunu göstermektedir. SRMR değeri ve RMSEA değeri uyum indeksleri tablosuna bakılarak kabul edilebilir düzeyde

olduğu görülmüştür. GFI değeri ise kabul edilebilir uyum indeksine yakın olması sebebiyle ve diğer uyum indeksleriyle birlikte değerlendirildiğinde tolere edilebilir düzeydedir. Model veri uyumunu gösteren DFA standardize değerleri Şekil 2’de gösterilmiştir.





Şekil 2. Model veri uyumunu gösteren DFA standardize değerleri

DFA standardize edilmiş değerler yukarıdaki şekilde görülmektedir. Şekilde PİY-BÖ'nün alt boyutları şu şekilde kısaltılarak gösterilmiştir. Bağlılık ve Temas (BT), Güvenlik ve Rahatlık (GR), Dengeleme/Stabilizasyon (DS), Bilgi Toplama ve Pratik Yardım (BTPY), Sosyal Destek İçin Bağlantı (SDB), Başa Çıkma Becerileri (BÇB), İş Birliği (İB), Öz Bakım (ÖB), Etik Davranabilme (ETİK). Aşağıdaki Tablo 16'da ise standardize edilmiş faktör yükü, t değeri, çoklu korelasyon karesi ve hata değerleri sunulmuştur.

Tablo 16.

Standardize Edilmiş Faktör Yükü, t, Çoklu Korelasyon Karesi ve Hata Değerleri

Madde	Standardize Edilmiş Faktör Yükü	T	R2	Hata	Madde	Standardize Edilmiş Faktör Yükü	T	R2	Hata
M1	,73	8,66*	0,52	0,47	M21	,83	10,53	0,67	0,31
M2	,86	11,14*	0,74	0,26	M22	,87	11,37	0,75	0,24
M3	,84	10,74*	0,70	0,29	M23	,83	10,62	0,73	0,30
M4	,93	12,53*	0,87	0,14	M24	,83	10,50	0,69	0,31
M5	,71	8,33*	0,48	0,49	M25	,93	12,72	0,85	0,13
M6	,82	10,15	0,63	0,33	M26	,88	11,54	0,78	0,23
M7	,83	10,36	0,74	0,31	M27	,73	8,76	0,54	0,47
M8	,88	11,42	0,76	0,23	M28	,75	8,75	0,54	0,44
M9	,91	12,14	0,83	0,17	M29	,84	10,26	0,74	0,29
M10	,77	9,38	0,59	0,41	M30	,54	5,83	0,29	0,70
M11	,78	9,58	0,61	0,40	M31	,75	8,85	0,58	0,44
M12	,79	9,87	0,63	0,37	M32	,79	9,56	0,61	0,38
M13	,88	11,60	0,76	0,23	M33	,87	11,07	0,74	0,25
M14	,82	10,47	0,66	0,32	M34	,75	8,91	0,58	0,44
M15	,85	11,01	0,74	0,27	M35	,75	8,89	0,55	0,44
M16	,84	10,84	0,72	0,29					
M17	,85	10,88	0,72	0,28					
M18	,89	11,76	0,81	0,21					
M19	,90	12,09	0,80	0,18					
M20	,90	11,95	0,79	0,20					

Gizil değişkenlerin gözlenen değişkeni açıklama durumlarına ilişkin t değerleri 1,96'yı aşması durumunda parametre tahminleri ,05 düzeyinde ve 2,56'yı aşması durumunda ise ,01 düzeyinde anlamlıdır (Çokluk vd., 2021). Maddelere ait t değerlerine bakıldığında bütün değerlerin 2,56'nın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu nedenle bütün göstergeler ,01 anlamlıdır. Tablo incelendiğinde faktör yükleri ,71 ile ,93 arasında değişmektedir. Buna ek olarak, maddelerin çoklu korelasyon karesi değerleri ,29 ile ,87; hata değerleri ise ,13 ve ,49 arasında değişmektedir.

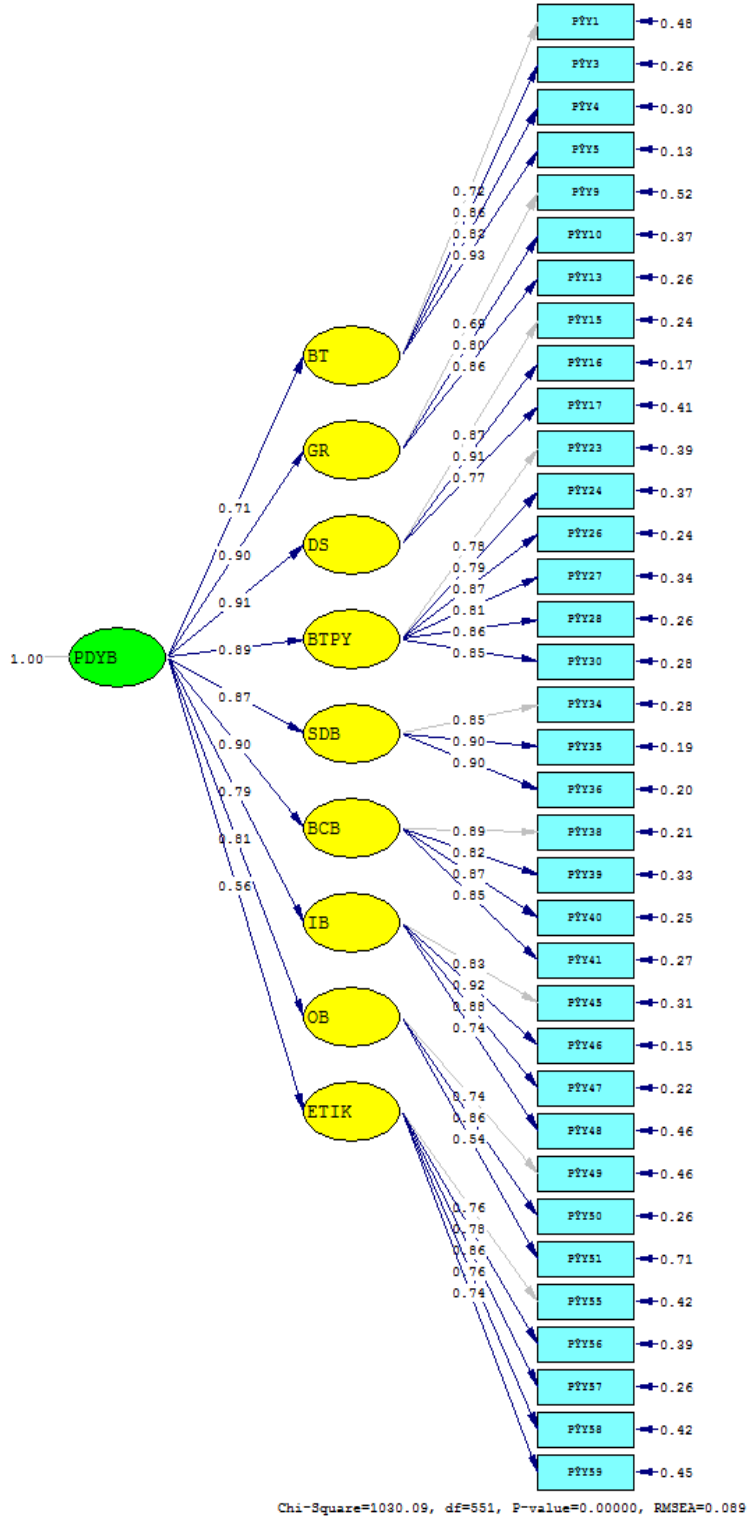
PİY-BÖ'nün birinci düzey DFA den sonra ikinci düzey DFA yapılmıştır. İkinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum indeksleri Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17.

Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği İkinci Düzey Analizine İlişkin Uyum İndeksleri

Model	X ² / sd	RMSEA	SRMR	CFI	GFI	NFI	NNFI
	1,90	0,89	0.078	0.97	0.65	0.93	0.96

Uyum İndeksleri incelendiğinde model ve veri arasında mükemmel yakın uyum olduğu görülmektedir. X²/ sd derecesinin üçün altında olması, CFI, NFI ve NNFI değerinin ,95 ve üzerinde olması mükemmel uyum olduğunu göstermektedir. SRMR değeri ve RMSEA değeri uyum indeksleri tablosuna bakılarak kabul edilebilir düzeye yakın olduğu görülmüştür. GFI değeri ise kabul edilebilir uyum indeksine yakın olması sebebiyle ve diğer uyum indeksleriyle birlikte değerlendirildiğinde tolere edilebilir düzeydedir. Model veri uyumunu gösteren DFA standardize değerleri Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Model veri uyumunu gösteren DFA standardize değerleri

Şekilde 3'te PİY-BÖ'nün alt boyutları; Bağlılık ve Temas (BT), Güvenlik ve Rahatlık (GR), Dengeleme/Stabilizasyon (DS), Bilgi Toplama ve Pratik Yardım (BTPY), Sosyal Destek İçin Bağlantı (SDB), Başa Çıkma Becerileri (BÇB), İş Birliği (İB), Öz Bakım (ÖB), Etik Davranabilme (ETİK) şeklinde kısaltılarak gösterilmiştir.

Modeldeki birinci düzey gizil değişkenler ile üst düzey (ikinci düzey) değişken arasındaki faktör yükleri (Λ_x , λ_x), t değerleri, hata değerleri ve ikinci düzey değişkenin birinci düzey değişkenlerdeki açıklama oranları (R^2) Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18.

Değişkenler Arasındaki Faktör Yükleri, t Değerleri, Hata Değerleri ve R^2 Değerleri

İkinci Düzey Değişken	Birinci Düzey Değişkenler	Λ_x Katsayısı	t Değeri	Hata Değeri	R^2
Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği	BT	0,71	6,48	0,50	0,50
	GR	0,90	7,37	0,19	0,81
	DS	0,91	9,91	0,18	0,82
	BTPY	0,89	8,58	0,21	0,79
	SDB	0,87	9,23	0,24	0,76
	BÇB	0,90	10,19	0,19	0,81
	İB	0,79	8,07	0,37	0,63
	OB	0,81	6,93	0,34	0,66
	ETİK	0,56	5,33	0,68	0,32

İkinci düzey psikolojik ilk yardım uygulama becerileri gizil değişkeni ve birinci düzey gizil değişkenler arasındaki yol katsayılarına ve t değerlerine bakıldığında en yüksek ilişkinin BÇB faktörü arasında olduğu görülmüştür. İkinci düzey değişkeni tarafından birinci düzey değişkenlerde açıklanan varyanslara bakıldığında ise birinci düzey değişkenlerden en çok DS ($R^2=,82$) değişkeninde en az ETİK ($R^2=,32$) faktöründe değişkenlik açıklanmıştır.

Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçlarına bakıldığında Brymer vd. (2006) tarafından geliştirilmiş olan PİY modelini temel alan Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeğinin ölçme aracı olarak kullanılması için gerekli olan yapı geçerliği kriterlerini sağladığı söylenebilir.

4.1.2.3. Benzer ölçekler geçerliliği (uyum geçerliği/eşzaman geçerliği/halihazır geçerliği). Benzer Ölçekler Geçerliğinde çalışmaya katılan bireylerin geliştirilmek istenen ölçekten aldıkları puanlarla aynı kişilerin aynı davranışı ölçen eski bir ölçekten ya da ilişkili bir başka davranışı ölçen bir ölçekten aldıkları puanların korelasyonlarına bakılmaktadır (Büyüköztürk, 2020). Benzer ölçekler geçerliliği için dördüncü araştırma grubundan elde edilen verilerin korelasyon değerlerine bakılmıştır. Analize başlanmadan önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediği basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılarak belirlenmiştir. Tablo 19'da Öz-Yeterlik Ölçeğinin, PİY-BÖ'nün ve alt boyutlarının çarpıklık ve basıklık değerleri verilmiştir.

Tablo 19.

Öz-Yeterlik Ölçeği, PİY-BÖ ve Alt Boyutların Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik Ölçeği, PİYUBÖ ve Alt Boyutları	Çarpıklık	Basıklık
Bağlılık ve Temas (BT)	-,057	-,629
Güvenlik ve Rahatlık (GR)	,103	-,026
Dengeleme-Stabilizasyon (DS)	,086	-,458
Bilgi Toplama-Pratik Yardım (BTPY)	,123	-,572
Sosyal Destek İçin Bağlantı (SDB)	-,495	,312
Başa Çıkma Becerileri (BÇB)	-,361	,047
İş Birliği (İB)	-,368	,147
Öz Bakım (ÖB)	-,003	-,006
Etik Davranabilme (ED)	-,951	,379
PİY-BÖ Toplam	-,219	-,470
Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik Toplam	-,425	,003

Tablo 19 incelendiğinde; çarpıklık değerlerinin -,951 ile ,103 arasında, basıklık değerlerinin ise -,629 ile ,379 arasında değiştiği görülmüştür. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 2 aralığında olması beklendiğinden (Çokluk vd., 2021) verilerin normal dağılımdan sapma göstermediği ifade edilebilir. Verilerin normal dağılım gösterdiğinin belirlenmesinin ardından PİY-BÖ'nün toplam puanı ile Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik Ölçeğinin toplam puanı arasındaki ilişkiye ve PİY-BÖ'nün alt

boyutları ile Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik Ölçeğinin toplam puanı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Korelasyon değerleri Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20.

Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik ve PİY-BÖ ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri

n:80		Toplam PİY- BÖ	BT	GR	DS	BTPY	SDB	BÇB	İB	ÖB	ED
Psikolojik Danışma Öz- Yeterlik Ölçeği	r	,559**	,460**	,303**	,493**	,442**	,331**	,305**	,330**	,402**	,322**
	p	.000	.000	.006	.000	.000	.003	.006	.003	.000	.004

**p<,01

Tablo 20 incelendiğinde geliştirilen PİY-BÖ'nün benzer yapıyı ölçtüğü düşünülen Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik ölçeği ile korelasyonlarının toplamda ve tüm alt boyutlarında ,01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir.

4.2. PİY-BÖ'nün Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular

Güvenirlik çalışmaları kapsamında PİY-BÖ'nün test tekrar test güvenilirliği ve iç tutarlılık katsayısı hesaplamaları yapılmıştır. Analiz verilerini beşinci araştırma grubundan elde edilen veriler oluşturmaktadır.

4.2.1. Test-tekrar test güvenilirliği. Güvenirlik belirleme yöntemlerinden biri de test-tekrar test yöntemidir (Büyüköztürk, 2020). Test-tekrar test uygulaması yapılırken zaman aralığının çok kısa olmasının katılımcı grubun cevapları hatırlamasına, uzun olmasının ise olgunlaşmaya neden olabileceğinden Tavşancıl (2019) zaman aralığının iki, üç ile; dört, altı hafta arasında, Peirce (1995) iki, dört hafta arasında olmasının uygun olduğunu belirtmiştir. Bu durum göz önünde bulundurularak ölçek beşinci araştırma grubunda bulunan 41 kişilik gruba iki hafta ara ile iki kez uygulanmış ve elde edilen ölçümler arasındaki korelasyon incelenmiştir. Elde edilen verilerin analizine geçilmeden önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediği basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılarak değerlendirilmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerleri Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21.

PİY-BÖ ve Alt Boyutları Basıklık Çarpıklık Değerleri

PİY-BÖ ve Alt Boyutları	Çarpıklık	Basıklık
Bağlılık ve Temas-1 (BT)	,085	-,447
Bağlılık ve Temas-2 (BT)	,513	-,813
Güvenlik ve Rahatlık-1 (GR)	,326	-,618
Güvenlik ve Rahatlık-2 (GR)	-,115	-,316
Dengeleme-Stabilizasyon-1 (DS)	-,230	,423
Dengeleme-Stabilizasyon-2 (DS)	,092	-,151
Bilgi Toplama-Pratik Yardım-1 (BTPY)	,146	-,349
Bilgi Toplama-Pratik Yardım-2 (BTPY)	,147	-,938
Sosyal Destek İçin Bağlantı-1 (SDB)	-,495	,797
Sosyal Destek İçin Bağlantı-2 (SDB)	-,364	,758
Baş Çıkma Becerileri-1 (BÇB)	-,834	,770
Baş Çıkma Becerileri-2 (BÇB)	-,059	,257
İş Birliği-1 (İB)	-,503	1,210
İş Birliği-2 (İB)	-,800	,576
Öz Bakım-1 (ÖB)	,393	-,747
Öz Bakım-2 (ÖB)	-,201	-,183
Etik Davranabilme-1 (ED)	-,585	-1,127
Etik Davranabilme-2 (ED)	-,631	-,761
PİY-BÖ Toplam-1	,045	-,549
PİY-BÖ Toplam-2	,441	-,486

Tablo 21'e bakıldığında basıklık ve çarpıklık değerlerinin istenen değer aralıkları olan eksi iki ile artı iki (Çokluk vd., 2021) arasında olduğu görülmektedir. Normallik analizinin ardından test-tekrar test güvenilirlik analizine geçilmiştir. Yapılmış olan

uygulama sonucuna ilişkin test-tekrar test güvenirlik katsayıları Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22.

PİY-BÖ Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları

n:41		Toplam PİY- BÖ	BT	GR	DS	BTPY	SDB	BÇB	İB	ÖB	ED
Test-tekrar test	r	,816**	,677**	,789**	,594**	,746**	,543**	,606**	,603**	,578**	,566**
güvenirliği	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

**p<,01

Tablo 22'de görüldüğü üzere toplam puan için test-tekrar test korelasyon katsayısı $r=,816$ olarak bulunmuştur. Her alt boyut için test-tekrar test korelasyon katsayısı da hesaplanmıştır. Bağlılık ve temas alt boyutu için korelasyon katsayısı ,677, Güvenlik ve rahatlık alt boyutu için ,789, dengeleme/stabilizasyon alt boyutu için ,594, bilgi toplama-pratik yardım alt boyutu için ,746, sosyal destek için bağlantı alt boyutu için ,543, başa çıkma becerileri alt boyutu için ,606, iş birliği alt boyutu için ,603, öz bakım alt boyutu için ,578, etik davranabilme alt boyutu için ,566 olarak bulunmuştur. Ayrıca toplam puanda ve tüm alt boyutlarında ,01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda PİY-BÖ'nün bir ölçme aracı için test-tekrar test güvenirliği ölçütünü sağladığı söylenebilir.

4.2.2. İç tutarlılık güvenirliği. PİY-BÖ'nün iç tutarlılığı ikinci ve üçüncü araştırma grubundan elde edilen verilerin tamamı üzerinden cronbach alfa katsayısı kullanılarak analiz edilmiştir. Cronbach alfa katsayısı ölçeğin alt boyutları ve tümü için ayrı ayrı belirlenmiştir. Bu değerler Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23.

PİY-BÖ Alt Boyutları ve Tümü İçin Cronbach Alfa Değerleri

Faktörler	Madde Sayısı	Güvenirlilik Katsayısı (α)
BT	4	,792
GR	3	,720
DS	3	,701
BTPY	6	,805
SDB	3	,703
BÇB	4	,807
İB	4	,778
ÖB	3	,640
ED	5	,792
TOPLAM	35	,909

Tablo 23 incelendiğinde her bir alt boyutun güvenirlik katsayısının ,60'ın üzerinde skorlar elde ettiği görülmektedir. Tavşanel'e (2002) ve Özdamar 'a (2017) göre Cronbach Alpha katsayısının ,40'dan düşük olmasının güvenilir olmadığını ,40; ,59 arası düşük güvenirlikte olduğunu, ,60; ,79 arasının oldukça güvenilir olduğunu ,80; 1,00 arasının ise yüksek derecede güvenilir olduğunu değerlendirmektedir. Ölçeğin tümü için (35 madde) Cronbach alfa katsayısı ,909, alt boyutları için ise dört maddelik BT alt boyutu için ,792, üç maddelik GR alt boyutu için ,720, üç maddelik DS alt boyutu için ,701, altı maddelik BTPY alt boyutu için ,805, üç maddelik SDB alt boyutu için ,703, dört maddelik BÇB boyutu için ,807, dört maddelik İB boyutu için ,778, üç maddelik ÖB boyutu için ,640 ve son olarak beş maddelik ED boyutu için ,792 olarak saptanmıştır. Bu anlamda veri toplama aracının tüm alt boyutlarının ve toplamının alfa değerlerinin ,60'ın üzerinde olması ölçeğin kabul edilebilir nitelikte olduğunu göstermektedir.

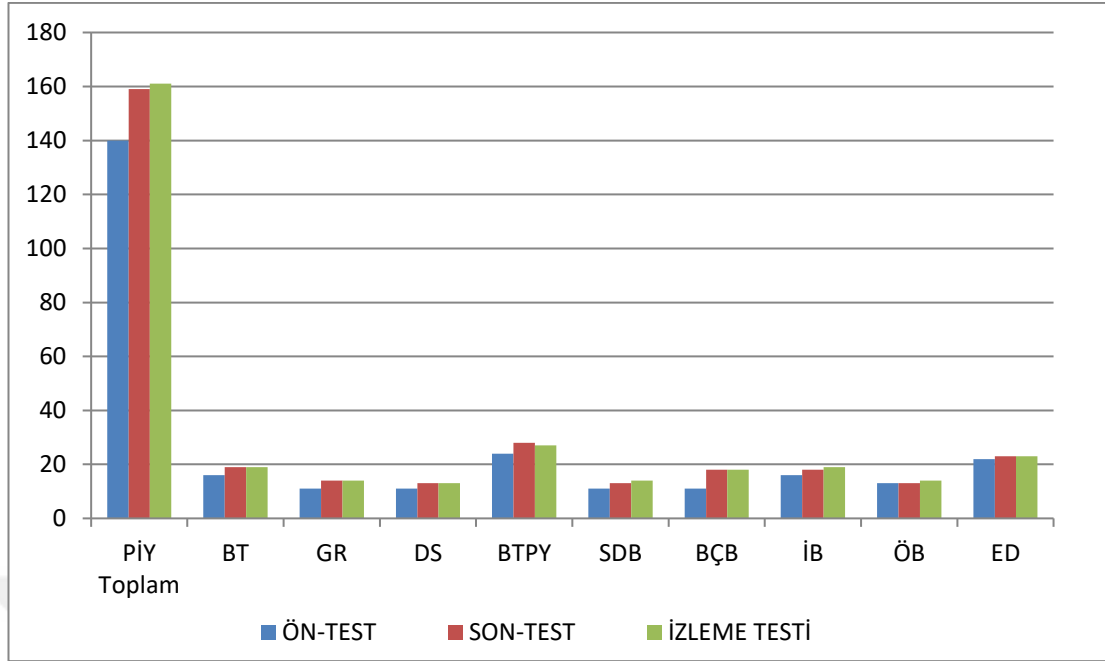
Alanyazın incelendiğinde ruh sağlığı alanında psikolojik ilk yardım beceri düzeylerini ölçen bir ölçme aracının olmadığı görülmektedir. Ülkemizde psikolojik ilk yardım alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde Kılıç ve Şimşek (2021) tarafından çalışma grubunu Hemşirelik bölümü öğrencilerin oluşturduğu Psikolojik İlk Yardım Özyeterlik ölçeği geliştirildiği görülmektedir. Psikolojik ilk yardım alanında NCTSN/NCPTSD modeli, Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın kullanılan model olmakla birlikte Çin diline çevrilen ilk PİY protokolü olma özelliğini de taşımaktadır (Chan vd., 2007; Brymer vd., 2006). Bu model büyük ölçüde ruh sağlığı

uzmanlarıyla kullanılmak üzere tasarlanmışsa da (Brymer vd., 2006) profesyonel olmayanlar da bu teknikleri kullanabilir (Ruzek vd., 2007). Bu çalışmada ölçek geliştirmede psikolojik ilk yardım alanında kullanılan modellerin tümü dikkate alınmakla birlikte Brymer ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiş olan NCTSN/NCPTSD modeli temel dayanak noktasını oluşturmuştur. Elde edilmiş olan sonuçlara bakıldığında PİY-BÖ'nün iç tutarlılık, test-tekrar test güvenirliği ölçütlerini sağlayan toplamda 35 madde ve dokuz alt boyuttan oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

4.3. Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programına İlişkin Grup İçi Bulgular

Psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerileri üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla birtakım analizler gerçekleştirilmiştir. Deney ve kontrol gruplarının ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden elde etmiş oldukları grup içi ve gruplar arası toplam puan karşılaştırma analiz sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

4.3.1. Deney grubu psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği grup içi bulguları. Deney grubu katılımcılarının psikolojik ilk yardım toplam ve alt boyutlarına ilişkin ön-test, son-test ve izleme testi puan ortalamalarındaki değişimler grafiklerle gösterilmiş. Ardından her bir katılımcının psikolojik ilk yardım toplam ve alt boyut ön-test, son-test ve izleme testi puanları ayrı ayrı olacak şekilde tabloda yer verilmiştir. Buna göre, deney grubu öğrencilerinin psikolojik ilk yardım toplam ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının grafik ile gösterimi Şekil 4'te sunulmuştur.



Şekil 4. Deney grubu psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ön-test, son-test ve izleme testi puan ortalamaları

Şekil 4 deney grubu ön-test, son-test ve izleme testi puan ortalamalarını göstermektedir. Ön-test ve son-test puan ortalamaları karşılaştırıldığında psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puan ortalaması (ön-test ort.=140, son-test ort.=159) ve bağlılık temas (ön-test ort.=16, son-test ort.=19), güvenlik rahatlık (ön-test ort.=11, son-test ort.=14), dengeleme/stabilizasyon (ön-test ort.=11, son-test ort.=13), bilgi toplama (ön-testort.=24, son test ort.=28), sosyal destek için bağlantı (ön test ort.=11, son test ort.=13), başa çıkma becerileri (ön test ort.= 11, son test ort.=18), iş birliği (ön-test ort.=16, son test ort.=18), öz bakım (ön test ort.=13, son test ort.=13), etik davranabilme (ön test ort.=22, son test ort.=23) alt boyutlarının son-test ortalamalarının ön-test ortalamalarından genel itibariyle yüksek olduğu görülmektedir.

Son test ve izleme testi puan ortalamaları incelendiğinde psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puan ortalaması (son-test ort.=159, izleme testi ort.=161) ve bağlılık temas (son-test ort.=19, izleme testi ort.=19), güvenlik rahatlık (son-test ort.=14, izleme testi ort.=14), dengeleme/stabilizasyon (son-test ort.=13, izleme testi ort.=13), bilgi toplama (son test ort.=28, izleme testi ort.=27), sosyal destek için bağlantı (son test ort.=13, izleme testi ort.=14), başa çıkma becerileri (son test ort.=18, izleme testi ort.=18), iş birliği (son test ort.=18, izleme testi ort.=19), öz bakım (son

test ort.=13, izleme testi ort.=14), etik davranabilme (son test ort.=23, izleme testi ort.=23) alt boyutlarının son test ortalamaları ve izleme testi ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu gör÷lmektedir.

Deney grubunda bulunan katılımcıların her birinin ayrı ayrı olacak şekilde psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puanları ve alt boyutlarına ilişkin ön-test, son-test ve izleme testi puanları Tablo 24'te verilmiştir



Tablo 24.

Deney Grubu Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarına ilişkin Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Toplam Puanları

K	TOPLAM PİY			BT			GR			DS			BTPY			SDB			BCB			İB			ÖZB			ETİK		
	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz
1	159	158	164	18	19	20	9	15	13	15	15	14	27	25	28	13	13	13	15	18	20	19	18	18	15	12	14	23	23	24
2	155	174	171	20	20	20	15	15	15	11	15	14	28	30	30	11	14	15	12	20	19	20	20	20	12	15	14	22	25	24
3	144	172	174	17	20	20	14	15	15	10	14	14	28	29	30	12	14	15	10	20	20	13	20	20	13	15	15	24	25	25
4	143	170	172	15	19	20	12	14	15	11	14	14	25	29	29	10	14	15	11	20	20	20	20	20	13	15	14	21	25	25
5	141	171	174	18	20	20	12	15	15	10	14	15	25	30	30	12	13	15	10	19	20	10	20	20	15	15	15	25	25	24
6	140	163	175	16	20	20	12	15	15	12	14	15	24	30	30	12	14	15	12	19	20	16	19	20	12	12	15	20	20	25
7	140	175	175	17	20	20	12	15	15	10	15	15	23	30	30	11	15	15	8	20	20	19	20	20	14	15	15	22	25	25
8	139	140	140	15	16	16	11	12	12	12	12	12	19	24	24	12	12	12	11	16	16	15	16	16	15	12	12	25	20	20
9	137	155	160	14	20	20	13	13	15	12	10	14	24	29	27	10	9	13	12	17	20	10	20	17	13	15	14	25	22	20
10	135	173	140	16	19	16	10	15	12	9	14	12	24	30	24	12	15	12	12	20	16	16	20	16	12	15	12	20	25	20
11	130	139	133	15	16	16	10	13	12	11	11	11	22	23	22	11	12	11	12	16	15	15	15	16	12	10	11	19	23	19
12	129	148	147	15	18	17	9	12	11	8	10	10	19	29	26	12	12	12	9	16	15	17	16	20	13	12	13	22	23	23
13	126	145	163	14	16	18	12	12	14	11	12	14	22	24	27	9	12	14	9	16	19	16	17	20	10	12	12	20	24	25
14	126	149	161	14	17	19	10	14	15	10	12	14	23	27	27	11	12	12	11	19	17	12	16	18	10	11	14	21	21	25
15*	153	-	-	17	-	-	11	-	-	13	-	-	25	-	-	12	-	-	12	-	-	19	-	-	15	-	-	24	-	-
Ort	140	159	161	16	19	19	11	14	14	11	13	13	24	28	27	11	13	14	11	18	18	16	18	19	13	13	14	22	23	23
St	10,10	13,35	14,74	1,75	1,65	1,72	1,72	1,26	1,51	1,69	1,79	1,55	2,72	2,63	2,65	1,04	1,59	1,50	1,70	1,72	2,06	3,36	1,94	1,73	1,66	1,85	1,34	2,04	1,89	2,31

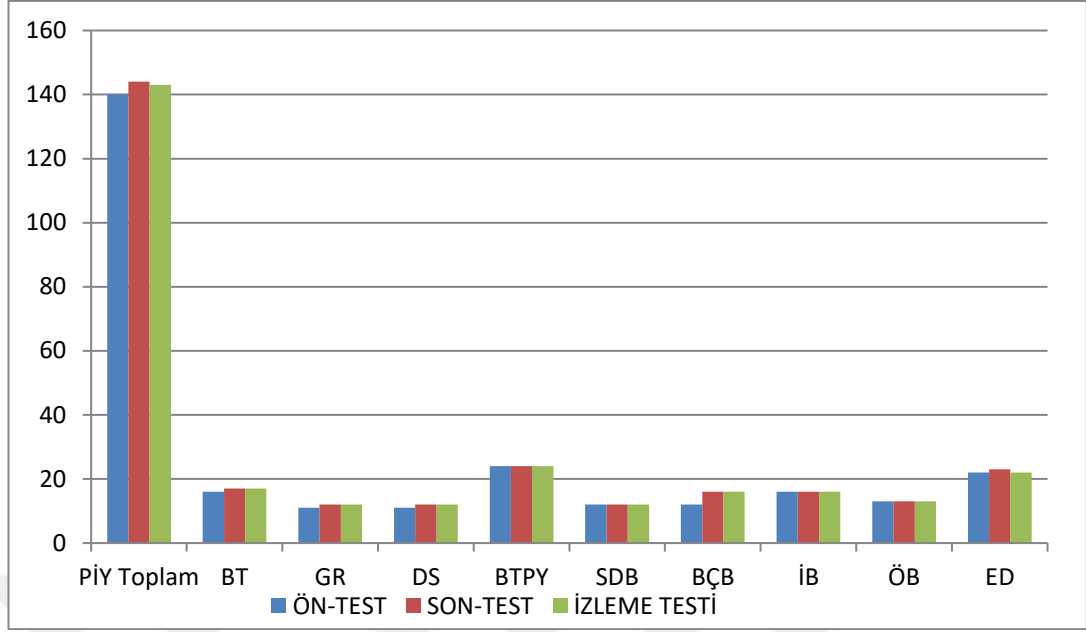
*Bu üyeler ilk oturuma katılmış olup sonraki oturumlara katılım sağlamamıştır. Bu sebepten son test ve izleme testi ölçümleri bulunmamaktadır.

K=Katılımcılar, PİY=Psikolojik ilk yardım, BT=Bağlılık teması, GR=Güvenlik rahatlık, DS= Dengeleme stabilizasyon, BTPY=Bilgi toplama ve pratik yardım, SDB=Sosyal destek için bağlantı, BCB=Başta çıkma becerileri hakkında bilgi, İB=İş birliği, ÖZB=Öz bakım, ETİK=Etik davranabilme, Ön=Ön-test, Sn=Son-test, İz=İzleme testi ölçümleridir.

Tablo 24'e bakıldığında, deney grubunda bulunan katılımcıların ön-test ve son-test toplam puanları karşılaştırıldığında on üç katılımcının psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puanlarında artış olduğu, bu artışın on bir katılımcıda ciddi şekilde fark edildiği görülmektedir. Son-test toplam puanları ile izleme testi toplam puanları karşılaştırıldığında sekiz katılımcının puanlarında artış olduğu, üç katılımcının puanlarında düşük düzeyde düşüş olduğu, iki katılımcının puanlarında değişim olmadığı, bir katılımcının puanında ise ciddi düşüş olduğu görülmektedir. Alt boyutlara bakıldığında ise dengeleme/stabilizasyon, bilgi toplama, sosyal destek alt boyutlarında bir katılımcıda hafif düşüş geri kalanlarının çoğunda belirgin artış, iş birliği ve etik davranabilme alt boyutlarında iki katılımcıda hafif düşüş diğer on iki katılımcının çoğunda belirgin artış, öz bakım alt boyutunda dört katılımcıda hafif düşüş ve diğer on katılımcının çoğunda belirgin artış olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak psikolojik ilk yardıma ilişkin Tablo 24'teki tüm puanlar göz önüne alındığında gelişim gösteren katılımcıların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

4.3.2. Kontrol grubu psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği grup içi bulguları. Kontrol grubu katılımcılarının psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam ve alt boyutuna ilişkin ön-test, son-test ve izleme testi puan ortalamalarındaki değişimler grafikte gösterilmiştir. Ardından her bir katılımcının psikolojik ilk yardım toplam ve alt boyut ön-test, son-test ve izleme testi puanları ayrı ayrı olacak şekilde tabloda yer verilmiştir. Buna göre, kontrol grubu öğrencilerinin psikolojik ilk yardım toplam ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının grafik ile gösterimi Şekil 5'te sunulmuştur.



Şekil 5. Kontrol grubu psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ön-test, son-test ve izleme testi puan ortalamaları

Şekil 5 katılımcıların ön-test, son-test ve izleme testi puan ortalamalarını göstermektedir. Ön-test ve son-test puan ortalamaları karşılaştırıldığında psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puan ortalaması (ön-test ort.=140, son-test ort.=144) ve bağlılık temas (ön-test ort.=16, son-test ort.=17), güvenlik rahatlık (ön-test ort.=11, son-test ort.=12), dengeleme/stabilizasyon (ön-test ort.=11, son-test ort.=12), bilgi toplama (ön-testort.=24, son test ort.=24), sosyal destek için bağlantı (ön test ort.=12, son test ort.=12), başa çıkma becerileri (ön test ort.=12, son test ort.=16), iş birliği (ön-test ort.=16, son test ort.=16), öz bakım (ön test ort.=13, son test ort.=13), etik davranabilme (ön test ort.=22, son test ort.=23) alt boyutlarının ön-test ortalamaları ile son-test ortalamalarının genel itibariyle birbirlerine çok yakın olduğu görülmektedir.

Son test ve izleme testi puan ortalamaları incelendiğinde psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puan ortalaması (son-test ort.=144, izleme testi ort.=143) ve bağlılık temas (son-test ort.=17, izleme testi ort.=17), güvenlik rahatlık (son-test ort.=12, izleme testi ort.=12), dengeleme/stabilizasyon (son-test ort.=12, izleme testi ort.=12), bilgi toplama (son test ort.=24, izleme testi ort.=24), sosyal destek için bağlantı (son test ort.=12, izleme testi ort.=12), başa çıkma becerileri (son test ort.=16, izleme testi ort.=16), iş birliği (son test ort.=16, izleme testi ort.=16), öz bakım (son

test ort.=13, izleme testi ort.=13), etik davranabilme (son test ort.=23, izleme testi ort.=22) alt boyutlarının son test ortalamaları ve izleme testi ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu gör÷lmektedir.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ön-test, son-test ve izleme testi toplam puanları Tablo 25'te verilmiştir.



Tablo 25.

Kontrol Grubu Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Toplam Puanları

K	TOPLAM PİY			BT			GR			DS			BTPY			SDB			BCB			İB			ÖZB			ETİK		
	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz	Ön	Sn	İz
1	121	136	144	15	16	16	11	10	12	9	11	12	19	24	23	10	12	12	9	15	16	13	17	18	12	11	11	20	20	24
2	123	138	141	14	15	17	7	12	12	9	12	12	21	23	24	11	12	12	11	16	16	14	16	16	12	12	12	20	20	20
3	128	146	129	16	16	15	10	12	10	11	12	12	22	24	22	11	12	11	9	15	14	13	16	13	11	14	12	22	25	20
4	130	127	125	16	16	16	11	12	12	11	12	10	22	20	21	10	10	9	10	13	13	15	13	13	12	12	12	20	19	19
5	133	125	125	18	16	16	12	10	10	12	11	11	23	19	19	12	11	11	9	14	14	13	13	13	11	11	11	20	20	20
6	136	155	156	16	18	18	11	12	13	10	15	14	23	27	26	10	12	14	13	16	18	16	18	17	11	13	14	22	24	22
7	140	146	146	15	17	17	10	10	10	9	11	11	27	26	26	11	15	15	13	17	17	16	13	13	12	15	15	23	22	22
8	143	135	135	17	16	16	14	10	10	12	12	12	22	20	20	12	12	12	12	15	15	15	15	15	14	12	12	21	23	23
9	143	141	143	17	16	17	10	10	12	10	11	11	24	24	24	12	11	11	11	16	16	16	16	16	14	13	13	25	24	23
10	143	164	145	17	18	17	12	14	13	12	14	12	24	30	24	12	14	12	12	18	16	17	19	17	12	14	12	21	23	22
11	143	147	169	16	16	18	12	12	15	12	11	12	24	27	30	12	11	14	12	18	20	16	17	20	12	12	15	23	23	25
12	150	147	147	16	16	16	12	12	12	12	11	11	24	23	23	12	11	11	13	18	18	17	16	16	15	15	15	25	25	25
13	154	150	150	17	17	17	15	12	12	12	13	13	27	26	26	14	14	14	12	16	16	15	17	17	15	11	11	23	24	24
14	156	155	149	18	19	16	13	13	13	11	11	10	28	29	28	13	12	15	12	18	14	18	17	16	13	13	14	25	23	23
15*	164	-	-	18	-	-	12	-	-	14	-	-	30	-	-	13	-	-	15	-	-	20	-	-	12	-	-	25	-	-
Ort	140	144	143	16	17	17	11	12	12	11	12	12	24	24	24	12	12	12	12	16	16	16	16	16	13	13	13	22	23	22
St	12,3 0	10,8 9	11,9 9	1,18	1,08	,850	1,88	1,28	1,46	1,43	1,26	1,08	2,90	3,32	3,03	1,17	1,38	1,78	1,72	1,59	1,90	1,95	1,85	2,12	1,35	1,38	1,52	1,98	1,99	1,93

*Bu üyeler ilk oturuma katılmış olup sonraki oturumlara katılım sağlamamıştır. Bu sebepten son test ve izleme testi ölçümleri bulunmamaktadır.

K=Katılımcılar, PİY=Psikolojik ilk yardım, BT=Bağlılık teması, GR=Güvenlik rahatlık, DS= Dengeleme stabilizasyon, BTPY=Bilgi toplama ve pratik yardım, SDB=Sosyal destek için bağlantı, BCB=Başta çıkma becerileri hakkında bilgi, İB=İş birliği, ÖZB=Öz bakım, ETİK=Etik davranabilme, Ön=Ön-test, Sn=Son-test, İz=İzleme testi ölçümleridir.

Tablo 25'e bakıldığında, kontrol grubunda bulunan katılımcıların ön-test ve son-test toplam puanları karşılaştırıldığında yedi katılımcının psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puanlarında artış olduğu görülürken, yedi katılımcının ise puanlarında düşüş olduğu görülmektedir. Son-test toplam puanları ile izleme testi toplam puanları karşılaştırıldığında beş katılımcının puanlarında artış olduğu, beş katılımcının puanlarında bir değişme olmadığı, dört katılımcının puanlarında ise düşüş olduğu görülmektedir. Alt boyutlara bakıldığında ise bağlılık temas, sosyal destek için bağlantı, başa çıkma becerilerinde sekiz katılımcının puanlarında bir değişiklik olmadığı, üç katılımcının puanında yükselme olduğu, üç katılımcının ise puanının düştüğü belirlenmiştir. Güvenlik rahatlıkta sekiz katılımcının puanı değişmemiş, iki katılımcının puanı düşmüş ve dört katılımcı puanını yükseltmiştir. Dengeleme/stabilizasyonda sekiz katılımcının puanı sabit kalmış, dört katılımcının puanı düşmüş ve iki katılımcının ise puanı yükseltmiştir. Bilgi toplamada altı katılımcının puanı sabit kalmış, beş katılımcının puanını düşmüş ve üç katılımcı ise puanını yükseltmiştir. İş birliğinde sekiz katılımcının puanı değişmemiş, dört katılımcının puanı düşmüş ve iki katılımcı ise puanını yükseltmiştir. Öz bakımda dokuz katılımcının puanı sabit kalmış, iki katılımcının puanı düşmüş ve üç katılımcı ise puanını yükseltmiştir. Son olarak etik davranabilme de sekiz katılımcının puanı sabit kalmış, dört katılımcı puanını düşürmüş ve iki katılımcı ise puanını yükseltmiştir.

Sonuç olarak tüm katılımcıların psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puanlarında artışların olduğu gibi düşüşlerinde olduğu görülmektedir. Psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puan değişimlerinin anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar yapılmıştır.

4.3.3. Deney grubunun PİY-BÖ ön-test, son-test ve izleme testi toplam puanlarının karşılaştırılması. Deney grubunun psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasındaki fark ve bu farkın anlamlı olup olmadığına Friedman Mertebeler Testi ile bakılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 26.

Deney Grubunun PİY-BÖ Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Toplam Puanlarının Friedman Testi Sonuçları

Test	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	P	Anlamlı Farklılık
PİY Ön-Test Toplam	1,07	19,704	,000	Ö-S
PİY Son-Test Toplam	2,29			Ö-İ
PİY İzleme Testi Toplam	2,64			

Tablo 26 incelendiğinde deney grubundaki katılımcıların psikolojik ilk yardım beceri ölçeği toplam puanlarının ön-testten izleme testine anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<,05$). Anlamlı farkın hangi testler arasında olduğunu tespit etmek amacıyla ikili ikili olacak şekilde Wilcoxon işaretli sıralar testi uygulanmıştır. Buna göre ön-test ve son-test arasında anlamlı farklılık vardır. Bu anlamlı farklılık son test lehinedir. Ön-test ve izleme testi arasında da anlamlı farklılık vardır. Bu da izleme testi lehinedir. Son-test ile izleme testi arasında ise anlamlı bir fark yoktur. Bu sonuçlara göre deney grubuna uygulanan psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının etkili olduğu görülmüştür.

4.3.4. Kontrol grubunun PİY-BÖ ön-test, son-test ve izleme testi toplam puanlarının karşılaştırılması. Kontrol grubunun psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği ön-test, son-test ve izleme testi toplam puanları arasındaki fark ve bu farkın anlamlı olup olmadığına Friedman Mertebeler Testi ile bakılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 27.

Kontrol Grubunun PİY-BÖ Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Toplam Puanlarının Friedman Testi Sonuçları

Test	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	P	Anlamlı Farklılık
PİY Ön-Test Toplam	1,96	,120	,942	-
PİY Son-Test Toplam	1,96			
PİY İzleme Testi Toplam	2,07			

Tablo 27 incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği toplam puanlarının ön-testten izleme testine anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>,05$). Kontrol grubu adına test uygulamaları süresince ölçülen özellik bakımından anlamlı farklılık olmadığı ifade edilebilir.

Gruplar arasındaki ön-test, son-test ve izleme testi ölçümleri arasındaki farkın değerlendirilmesi içinse ilişkisiz ölçümler Mann Whitney U-Testi kullanılmıştır.

Tablo 28.

Deney ve Kontrol Grubu PİY-BÖ Uygulama Ön-testi PİY-BÖ Uygulama Son-test, PİY-BÖ Uygulama İzleme Testi Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
PİY ÖN-TEST	Kontrol	14	14,75	206,50	94,500	,872
	Deney	14	14,25	199,50		
PİY-SON TEST	Kontrol	14	10,21	143,0	38,000	,006
	Deney	14	18,79	263,00		
PİY İZLEME TESTİ	Kontrol	14	10,32	144,50	39,500	,007
	Deney	14	18,68	261,50		

Tablo 28 incelendiğinde kontrol ve deney grubunun psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği ön-test toplam puanlarının anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($U=94,500$, $p>,05$). Bu durum deney öncesi grupların PİY becerilerinin birbirine benzer olduğunu göstermektedir. Kontrol ve deney grubunun PİY-BÖ son-test toplam

puanlarının ise anlamlı farklılık gösterdiği ve bu anlamlı farkın deney grubu lehine olduğu görülmektedir ($U=38,000$, $p<,05$). Ayrıca kontrol ve deney gruplarının PİY-BÖ izleme testi toplam puanlarına bakıldığında anlamlı farklılığın olduğu ve bu anlamlı farklılığın deney grubu lehine olduğu görülmektedir ($U=39,500$, $p<,05$). Son-test ve izleme testlerinde anlamlı fark deney grubu lehinedir. Buna göre deneysel işlemin deney grubu lehine etkili olduğu ifade edilebilir.



BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölüm; araştırmadan elde edilmiş olan bulguların genel bir özetini ve ilgili literatür çerçevesinde tartışma ve yorumu içermektedir. Ayrıca bu doğrultuda; araştırmacılara, psikolojik danışmanlar başta olmak üzere ruh sağlığı çalışanlarına, psikolojik ilk yardım sunucu ve eğitimcilerine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

5.1. Tartışma

Bu araştırma kapsamında ilk olarak psikolojik ilk yardım becerileri ölçeği geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Daha sonra 10 oturumluk Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programı geliştirilerek bu programın psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım beceri düzeyleri üzerinde etkisi olup olmadığı ve bu etkinin kalıcılığı incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulardan yola çıkarak sonuçlar literatür kapsamında tartışılmıştır.

5.1.1. Psikolojik ilk yardım beceri ölçeğinin geçerliğine ve güvenirliğine ilişkin bulguların tartışılması. Araştırmanın ölçek geliştirme aşamasında, PİY-BÖ'nün yapı geçerliğini incelemek için AFA ve DFA'dan yararlanılmıştır. Yapılan AFA sonucunda ölçeğin 35 madde ve dokuz alt boyuttan oluştuğu ve bu dokuz alt boyutun toplam varyansın %60'ını açıkladığı görülmektedir. Ölçeğin toplam varyans oranının %40 ile %60 arasında olması ölçeğin kabul edilebilir bir ölçek olduğunu göstermektedir (Scherer vd., 1988). Ölçeğin dokuz alt boyutundan elde edilen madde faktör yüklerinin ,42 ile ,78 arasında değiştiği gözlenmiştir. Geliştirilmiş olan ölçeğin madde yüklerinin ,30 ve daha yüksek düzeyde olması, ölçeğin bireylerde ölçmek istediği özellikleri iyi düzeyde ayırt edebileceği anlamı taşımaktadır (Büyüköztürk, 2017). PİY-BÖ'nin madde faktör yüklerinin ,42'den başlaması madde yüklerinin istenilen düzeyde olduğunu göstermiştir.

Ülkemizde psikolojik ilk yardım alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde Kılıç ve Şimşek (2021) tarafından çalışma grubunu Hemşirelik bölümü öğrencilerin oluşturduğu Psikolojik İlk Yardım Öz-yeterlik ölçeği geliştirildiği görülmektedir. Psikolojik ilk yardım alanında NCTSN/NCPTSD modeli, Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın kullanılan model olmakla birlikte Çin diline çevrilen ilk PİY protokolü olma özelliğini de taşımaktadır (Chan vd., 2007; Brymer vd., 2006). Bu model büyük ölçüde ruh sağlığı uzmanlarıyla kullanılmak üzere tasarlanmışsa da (Brymer vd., 2006) profesyonel olmayanlar da bu teknikleri kullanabilir (Ruzek vd., 2007). Bu çalışmada ölçek geliştirmede psikolojik ilk yardım alanında kullanılan modellerin tümü dikkate alınmakla birlikte Brymer ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiş olan NCTSN/NCPTSD modeli temel dayanak noktasını oluşturmuştur. Bu kapsamda değerlendirilecek olunursa, PİY-BÖ'nün toplamda 35 madde ve dokuz alt boyuttan oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

5.1.2. Psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının etkililiğine ilişkin sonuçların tartışılması. Bu araştırma sonucunda psikoeğitim programından elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak deney ve kontrol grubunun psikolojik ilk yardım becerileri son-test ve izleme testi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve psiko-eğitim programına katılan psikolojik danışman adaylarının, eğitime katılmayan psikolojik danışman adaylarına göre psikolojik ilk yardım becerileri toplam puanlarında anlamlı bir artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca tüm hipotezler ispatlanmıştır. Alanyazına bakıldığında;

Fox vd. (2012) PİY ile ilgili son 10 yılın mevcut literatürünü incelemişlerdir. Sonuç PİY'in rasyonel ve uygulanabilir bir destek seçeneği olarak kullanımını destekleyen çok sayıda yayın olduğunu göstermektedir. Spesifik olarak, PİY'in başkalarını destekleme konusunda öz yeterliliği ve güveni arttırdığı belgelenmiştir. Allen vd. (2010), PİY uygulamış olan 50 PİY sağlayıcısı ile gerçekleştirdikleri çalışmada PİY eğitimi almış olanların başkalarına yardım ederken kendine olan güvenlerinin arttığını ve memnuniyet duyduklarını saptamışlardır. Forbes vd. (2011), acil servis kuruluşları gibi yüksek riskli kuruluşlarda PİY sağlamak için bir çerçeve önermişlerdir. Aşamalar, PİY ile tutarlı kurumsal politikalar ve prosedürlerin geliştirilmesini, PİY personel eğitimini, izleme ve takibini içermiştir. Lewis ve meslektaşları tarafından (2013), bu

modelin Avustralya'daki yüksek riskli bir kuruluştaki kullanımı değerlendirilmiştir. Genel olarak, katılımcılar bilgi ve becerilerinin arttığını ayrıca PİY becerilerini sunma konusunda kendilerine daha fazla güvendiklerini bildirmişlerdir. Araştırmacılar, Forbes ve arkadaşları (2011) tarafından önerilen modelin çalışmanın sonuçlarıyla desteklendiği sonucuna ulaşmışlardır.

McCabe vd. (2011), RAPID-PFA modelini 128 paraprofesyonel kişinin oluşturduğu grupla çalışmışlardır. Bir günlük eğitimin ardından katılımcılar isteklilik, işbirlikçi çalışma ve işe hazır olma konularında eğitimin olumlu etkisinin olduğu geri bildiriminde bulunmuşlar, ayrıca kriz durumlarını yönetebilme konusunda daha fazla öz yeterlilik bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, McCabe vd. (2014) ve Everly vd. (2014) tarafından yapılan diğer RAPID-PFA eğitim çalışmaları tarafından desteklenerek genel anlamda RAPID-PFA eğitiminin paraprofesyoneller için etkili olduğu kabul edilmiştir. Everly vd. (2012), ruh sağlığı alanında bilgisi olmayan veya çok az bilgisi olan 252 birey ile RAPID-PFA modeline dayalı olarak düzenledikleri kursun etkililiğini değerlendirmişlerdir. Kurs sonunda katılımcıların akut sıkıntıları tanımlarken daha doğru bir şekilde tanımladıkları belirlenmiştir. Farchi ve meslektaşları (2018), PİY'de, profesyonel olmayanlar ve ilk müdahale ekipleri tarafından kullanılması amaçlanan Six C modeli olarak bilinen yeni bir varyasyonu test etmişlerdir. 211 kişiden oluşan bir örnekleme, PİY versiyonlarının dayanıklılık oluşturmada, kaygıyı azaltmada ve öz yeterliliği geliştirmede faydalı olduğu bildirilmiştir.

Chandra vd. (2014), 76 tıbbi hizmet grubu gönülleri ile yaptığı grup görüşmeleri sonucunda; PİY eğitiminin, mağdurlara yardım etmede ve herhangi bir afet durumuna hazır hissetmede güvenlerini artırdığını belirtmişlerdir. Kılıç ve Şimşek (2019), 76 hemşirelik öğrencisinden oluşan bir örnekleme PİY eğitimi alan deney grubu öğrencilerinin kontrol grubuna kıyasla, afete hazırlıklı olma ve öz-yeterliliklerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Araştırma sonucunda öğrencilerin öz yeterliliklerini artırmak için lisans hemşirelik programlarında psikolojik ilk yardım bileşenine yer verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Hechanova, Ramos ve Waelde (2015), Filipinler'deki Haiyan Tayfunu'nu takiben afetlere müdahalede bulunan 125 yardım sağlayıcısının bilgi ve öz yeterlilik düzeylerini artırmak için yaptıkları çalışmada PİY müdahalelerinin, yardım sağlayıcılarının öz yeterliliklerini

ve afet ile baş etme yeteneklerini artırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Wong vd. (2015), Çin'de gerçekleştirilen psikolojik ilk yardım uygulamalarının toplumda bireylerin psikolojik bozukluklara karşı bilgilerinin artırdığını ve yardım arama davranışını desteklediği sonucuna ulaşmışlardır.

PİY sağlık sistemlerinde uygulandığında, sağlık hizmeti sağlayıcılarının işle ilgili stresli olaylarla başa çıkmalarına yardımcı olduğu (Moran vd., 2017) ve hemşirelerde tükenmişliği önemli ölçüde azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Edrees vd., 2016). PİY'in, tıp uzmanlarının hastalarına destek, yardım ve bilgi sağlayarak daha etkili başa çıkmalarına yardımcı olmak için ihtiyaç duyulan becerileri sağlayabileceği, ayrıca stres seviyelerini ve tükenmişliği azaltmaya yardımcı olmak için tıp uzmanları için de kullanılabilirliği belirtilmektedir (Larson-Stoa, 2014, s. 39). Tüm halk sağlığı çalışanlarının (Parker vd., 2006) ve hemşirelerin (Everly vd., 2010) afetler ve genel acil durumlar meydana geldiğinde yeterli düzeyde eğitilmiş bireylerin olmasını sağlamak için PİY eğitimi almaları önerilmiştir. Kılıç ve Şimşek (2017), hemşirelerin PİY uygulaması yapabilmesinin hem olaya maruz kalan bireyler hem de kendileri için hayati bir öneme sahip olduğunu belirtmiştir. Özzyer ve Dinçer (2020) de, hemşirelerin afetlerden etkilenen bireylere üst düzey destek sağlayabilmelerinin PİY konusunda bilgi, beceri ve yeterliklerinin artırılmasından geçtiğini, afet ve acil durumda destek sunacak herkesin PİY'i bilmesinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca Özzyer ve Dinçer (2020), lisans hemşireliğinde afet hemşireliği ve psikolojik ilk yardım eğitiminin verilmesinin gerekli olduğunu belirtmektedir. PİY eğitimi almış bireylerin travmatik olayların ardından pratik yardım, rahatlık ve bilgi sağlayabileceği, ayrıca uyumlu başa çıkma ve sosyal desteği teşvik edebileceği belirtilmektedir (Brymer vd., 2006; Butler vd., 2003; Jacobs & Meyer, 2005; Reyes, 2006).

Akoury-Dirani vd. (2015) PİY konusunda ulusal bir eğitim programının etkililiğini incelemişlerdir. Sivil toplum kuruluşlarından ve Lübnan bakanlığından belirlenen 109 kişi iki buçuk gün süren bir eğitime dahil edilmiştir. Eğitim sonucunda katılımcıların PİY ilke ve teknikleri ile ilgili bileşenlerde, PİY bilgi düzeylerinde ve algıladıkları hazırbulunuşluk düzeylerinde önemli bir artış olduğu ortaya çıkmıştır. Güney Kore'de Lee vd. (2017) psikoloji lisans ve lisans üstü öğrencilerine, okul psikolojik danışmanlarına yönelik üçer saat didaktik ve simülasyona dayalı psikolojik ilk yardım eğitim programı uygulayarak sonuçlarını incelemiştir. Araştırma sonucunda;

programın, psikoloji öğrencileri ve okul psikolojik danışmanlarında PİY bilgisini, becerisini ve PİY becerisinde algıladığı yeterliliği önemli ölçüde iyileştirdiği sonucuna ulaşmışlardır.

Toplum temelli psikolojik ilk yardım modeli (CBPFA) ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında sağlık çalışanları kendilerine ve başkalarına destek olmada CBPFA'nın yararlı olduğunu bildirmişlerdir (Reed, 2013; Larson-Stoa, 2014). Moffitt (2014), CBPFA'nın üniversite yurdu danışmanlarının öğrencileri ve kendilerini desteklemeleri için iyi bir teknik olduğunu bildirmiştir. Gray (2016), CBPFA'nın bireylerin kişilik özelliklerine göre sosyal destek düzeylerini nasıl etkilediğini incelemiştir. Yapılan eğitim sonrasında bireyin önemli kişilerden algıladığı sosyal destek düzeylerinde artış olduğu sonucuna varmıştır.

Kılıç (2020), Brymer vd. (2006) tarafından geliştirilen, afet durumlarında ve okullarda kullanılması önerilen PİY modelinin öğrencilerin ve okulda bulunan personelin günlük yaşamına en kısa sürede ve sağlıklı bir şekilde dönmelerini, ayrıca yaşanan olayla daha etkili bir şekilde baş etmelerini sağladığını belirterek bu modelin okul personeli tarafından kullanılmasını önermiştir. Tetiki Mutlu ve Ünlübilgin (2021) cinsel saldırı mağdurlarına PİY müdahalesinde bulunulmasının duygusal olarak güçlendirilmesi ve bunun sürdürülmesi için önemli olduğunu, ayrıca mağdurların ikincil travmaya maruz kalmasını engellemek için Çocuk İzleme Merkezlerinde (ÇİM) ve Şiddet Önleme ve İzleme Merkezlerinde (ŞÖNİM) PİY uygulamasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Demircioğlu, Şeker ve Aker (2019), psikolojik ilk yardımın farklı kültür ve ortamlarda gerçekleştirilen uygulamalarda işlevsel olduğu ve adaptasyonu kolaylaştırdığını, uygulama basamaklarının standart hale getirilmesi ve araştırmacıların standart haliyle çalışmalar yapmasının önemli olduğunu belirtmektedir.

Covid-19 sırasında, stresi azaltmak ve etkili başa çıkmayı artırmak için tasarlanan PİY programları, olumlu sonuçlar neticesinde çeşitli popülasyonlara sunulmaktadır (Arenliu vd., 2020; Blake vd., 2021; Chandler vd., 2022; Cheng vd., 2020; Malik vd., 2021). Kılıç (2021), bu süreçte PİY uygulamasının yardım sunan bireylere rehberlik edeceği ve yardım becerilerinin gelişimine katkı sağlayabileceğini belirtmiştir.

Genel olarak, PİY'n öz-yeterlik üzerinde açık bir etkisinin olduğu ve özellikle afet zamanlarında ön saflarda müdahale edebilecek kişiler için faydalı olduğu açık olmakla birlikte, ayrıca PİY sağlık sistemlerinde uygulandığında, sağlık hizmeti

sağlayıcılarının işle ilgili stresli olaylarla başa çıkmalarına yardımcı olduğu (Moran ve diğerleri, 2017) ve hemşirelik tükenmişliğini önemli ölçüde azalttığı görülmüştür (Edrees vd., 2016). Ayrıca araştırmacılar, PİY'in, kendilerini oldukça stresli durumlarda bulan bireyler için çok önemli bir stres yönetim aracı olduğu öne sürülmüştür (Everly vd., 2014; Everly vd., 2010; Parker, Everly, Barnett & Links, 2006; NBSB, 2008).

Yukarıda literatür kapsamında incelenmiş olan çalışmaların bulguları çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Psikoeğitim sonucunda deney grubunun tüm alt boyutlarda son-test ve izleme testinde toplam puanlarını yükseltmiş olması, izleme testi sonucunda toplam puanlarda kalıcılığın korunması, tüm hipotezlerin de ispatlanmış olması psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının işlevsel olduğunu ve psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerilerinin gelişmesinde etkisinin olduğunu göstermektedir. İzleme testinde deney sürecine katılan psikolojik danışman adaylarının puan atışlarının korunmasının psikoeğitim sürecinin iyi bir şekilde yapılandırılmasının, bu süreçte gerçekleştirilmiş olan canlandırmaların, ev ödevlerinin etkisinin olduğu ayrıca katılımcıların psikolojik danışman adaylarından oluşmasının da bu süreci desteklediği düşünülmektedir.

5.2. Sonuç

Bu araştırma sonucunda ilk olarak psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerilerini ölçmeyi amaçlayan ve dokuz alt boyut ile 35 maddeden oluşan geçerliği ve güvenirliği kanıtlanmış bir ölçme aracı geliştirilmiştir. İkinci aşamada, psikolojik ilk yardım psikoeğitim programının psikolojik danışman adaylarının becerileri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla hazırlanan psikoeğitim programı uygulanmıştır. Uygulama sonucunda elde edilen sonuçlarda, uygulamaya katılmış olan deney grubu öğrencilerinin grup içi karşılaştırmalarında psikolojik ilk yardım toplam puanının ön-test ve son test, ön test ve izleme testleri arasında anlamlı farklılık gösterdiği, son-test ve izleme testi arasında anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu sonuçlarla H4, H6 ve H7 hipotezleri doğrulanmıştır.

Kontrol grubundaki öğrencilerin grup içi ön-test, son test ve izleme testi toplam puan ölçümlerinin karşılaştırması yapıldığında anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu sonuç H5 hipotezini doğrulamaktadır. Kontrol ve deney grubu

arasındaki karşılaştırmalara bakıldığında psikoeğitim öncesi uygulanan ön-testte herhangi bir anlamlı farklılık olmamasına karşın son-test ve izleme testi karşılaştırmalarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar H1, H2 ve H3 hipotezlerini doğrulamaktadır.

Genel olarak araştırma sonuçlarına bakıldığında uygulanan Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının psikolojik danışman adaylarının psikolojik ilk yardım becerileri üzerinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca geliştirilen Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

5.3. Öneriler

Bu çalışma doğrultusunda; araştırmacılara, psikolojik danışmanlar başta olmak üzere ruh sağlığı çalışanlarına, psikolojik ilk yardım sunan profesyonellere ve psikolojik danışman eğitimcilerine yönelik birtakım önerilerde bulunulmuştur.

1. Psikolojik danışman adaylarının ve ruh sağlığı çalışanlarının lisans programlarına psikolojik ilk yardım dersi eklenebilir. Böylece eğitim sürecinde PİY uygulama becerileri kazandırılabilir.
2. Afet ve kriz durumları yaşanmadan önce psikolojik ilk yardım müdahale ekipleri oluşturulup psikolojik ilk yardım müdahale becerileri kazandırılması ve sonrasında müdahale sürecine katılmaları sağlanabilir.
3. Geliştirilmiş olan psikolojik ilk yardım becerileri ölçeğinin farklı örneklem gruplarında geçerlik ve güvenirliği sınanabilir.
4. Geliştirilmiş olan psikolojik ilk yardım psikoeğitim programı farklı örneklem gruplarına uygulanarak etkililiği sınanabilir.

KAYNAKLAR

- Akcan, G. (2018). Travmanın psikolojik bileşenleri- post travmatik stres bozukluğu. *Turaz Akademi*, 47-53.
- Akın, Ü., Akın, A. ve Abacı, R. (2007). Öz-duyarlık ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33, 1-10.
- Akoury-Dirani, L., Sahakian, T. S., Hassan, F. Y., Hajjar, R. V., & El Asmar, K. (2015). Psychological first aid training for Lebanese field workers in the emergency context of the Syrian refugees in Lebanon. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 7(6), 533–538. <https://doi.org/10.1037/tra0000028>
- Allen, B., Brymer, M., Steinberg, A., Vernberg, E., Jacobs, A., Speier, A., & Pynoos, R. (2010). Perceptions of psychological first aid among providers responding to hurricanes Gustav and Ike. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 509–513.
- American Psychiatric Association (1954). *Psychological first aid in community disasters*. APA.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrew, S., & Kendra, J. (2012). An adaptive governance approach to disaster-related behavioural health services. *Disasters*, 36(3), 514-532. <https://doi.org/10.1111/j.14677717.2011.01262.x>
- Arenliu A., Uka F., & Weine S. (2020). Building online and telephone psychological first aid services in a low resource setting during COVID-19: the case of Kosovo. *Psychiatr Danub* 32, 570-576. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.570>
- Armbruster, B. B., & Brown, A. L. (1984). Learning from reading: The role of metacognition. In R. J. T. R.C. Anderson, & J. Osborn (Ed.), *Learning to read in American schools: Basal readers and content texts* (pp. 273-281). New Jersey London: Lawrence Erlbaum Associates.

- Armour, C., Elklit, A., & Shevlin, M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: a latent profile analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.6018>
- Australian Institute of Professional Counselors (AIPC). (2013). *What is psychological first aid?* Retrieved from <http://www.aipc.net.au/articles/what-is-psychological-first-aid>
- Ayalon, O. (1999). Helping the Helpers. Integration of Theories and Tools in Traumatherapy. Nord Internatioanal Trauma Consultancy, Tivon, Israel.
- Aylward, B. (2011). *New psychological first aid guide to strengthen humanitarian relief*. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/humanitarian_relief_20110819/en/
- Babenko, O., Mosewich, A. D., Lee, A., & Koppula, S. (2019). Association of Physicians' Self-compassion with work engagement, exhaustion, and professional life satisfaction. *Medical Sciences*, 7(2). <https://doi.org/10.3390/medsci7020029>.
- Barkman, S. J. (2002). *A field guide to designing quantitative instruments to measure program impact*. West Lafayette: Purdue University.
- Batmaz, S., Ulusoy Kaymak, S., Kocbiyik, S. ve Turkcapar, M. H. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1546-1555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.016>
- Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42(10), 1129-1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>.
- Berg, R. C., Landreth, G. L. ve Fall, K. A., (2017). Group counseling: Concepts and procedures. (6th ed.) New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203114629>

- Berman, M. G., Jonides, J., & Kaplan, S. (2008). The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychological Science*, 19(12), 1207-1212. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02225.x>.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bisson, J. I., & Lewis, C. (2009). *Systematic Review of Psychological First Aid*. Commissioned by the World Health Organization.
- Bisson, J. I., McFarlane, A. C., & Rose, S. (2000). Psychological debriefing. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (pp. 39- 59). New York, US: Guilford Press.
- Blain, D., Hoch, P., & Ryan, V. G. (1945). A course in psychological first aid and prevention. *American Journal of Psychiatry* 101(5), 629–634. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.5.629>
- Blake, H., Gupta, A., Javed, M., Wood, B., Knowles, S., Coyne, E., & Cooper, J. (2021). COVID-Well study: Qualitative evaluation of supported wellbeing centres and psychological first aid for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3626. <https://doi.org/10.3390/ijerp18073626>
- Bordeaux-Rank, J. A. (2014). *Tribal Participatory Research with Community-Based Psychological First Aid training for Native direct care staff: A continuation Study*. (Unpublished master's thesis). The university of South Dakota, Vermillion, South Dakota.
- Brewin, C. R., & Beaton, A. (2002). Thought suppression, intelligence, and working memory capacity. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 923-930. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00127-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00127-9)
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J.E.B. Myers, L. Berliner,

- J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid, & C. Jenny (Eds.). *The APSAC handbook on child maltreatment*, (pp. 175-202). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 78-82.
- Briere, J., & Scott, C. (2015a). Complex trauma in adolescents and adults: *Effects and treatment. Psychiatric Clinics of North America*, 38, 515-27.
- Briere, J.N., & Scott, C. (2015b). *Travma Terapisinin İlkeleri. Belirtiler, Değerlendirme ve Tedavi İçin Bir Kılavuz* (B.D. Genç, Çev.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları-567.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Brown, A. L. (1987). Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms. In F. E. Weinert & R. H. Kluwe (Eds.), *Metacognition, Motivation, and Understanding* (pp. 65-116). New Jersey: Hillsdale Lawrence Erlbaum Associates.
- Brown, L. M., Bruce, M. L., Hyer, K., Mills, W. L., Vongxaiburana, E., & PolivkaWest, L. (2009). A pilot study evaluating the feasibility of psychological first aid for nursing home residents. *Clinical Gerontologist*, 32(3), 293-308. <https://doi.org/10.1080/07317110902895317>
- Brown, N. W. (2013). *Psikolojik Danışmanlar için Psiko-Eğitsel Gruplar: Hazırlama ve Uygulama Rehberi* (V. Yorgun, Çev.). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Bryant, R.A., Litz, B.(2010). Mental Health Treatments in the Wake of Disaster. *Ment. Health Disasters*, 321–335. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511730030.019>
- Bryce, P. (2001). *Stress management in disasters. Pan American Health Organization, Washington.* Retrieved from

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2793/Stress_Management_in_Desasters.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Brymer M., Jacobs A., Layne C., Pynoos R., Ruzek J., Steinberg A., Vernberg E., & Watson P. (2016). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. United Station: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD

Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... Watson, P. (2006). Psychological first aid field operations guide. 2(33), 391-395. Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network.

Bulut, S. (2003). Underlying dimensions and prevalence of post traumatic stress disorder among 4th and 5th grade children who experienced the 1999 Turkish earthquakes (phd thesis). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/35474319_Underlying_dimensions_and_prevalence_of_post_traumatic_stress_disorder_among_4th_and_5th_grade_children_who_experienced_the_1999_Turkish_earthquakes

Burrai J., Roma P., Barchielli B., Biondi S., Cordellieri P., Frascchetti A., Pizzimenti A... Giannini M. A., (2020). Psychological and emotional impact of patients living in psychiatric treatment communities during COVID-19 lockdown in Italy. J Clin Med 9, 37-87. <https://doi.org/10.3390/jcm9113787>

Burrai, J; Quaglieri, A; Lausi, G; Frascchetti, A; Couyoumdjian, A; Guidoni, U; Vedovi, S; Ferracuti, S; Giannini, Am; Mari, E. (2021). A model of Early Psychological Intervention for Direct and Indirect Road Victims. *Mediterranean Journal Of Clinical Psychology*, 9 (3), 1-29. Retrieved from <https://cab.unime.it/journals/index.php/MJCP/article/view/3182/pdf>

Butler, A. S., Panzer, A. M., & Goldfrank, L. R. (2003). *Preparing for the Psychological Consequences of Terrorism: A Public Health Strategy*. Washington, D.C.: Institute of Medicine.

Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.

Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2017). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carpenter, S. (2018). Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers. *Communication Methods and Measures*, 12(1), 25-44. <https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583>
- Cattell, R.B. (1978) *The Scientific Use of Factor Analysis in Behavioral and Life Sciences*. New York: Plenum,
- Chandler, A. B., Wank, A. A., Vanuk, J. R., O'Connor, M. F., Dreifuss, B. A., Dreifuss, H.,.....Athey, A. (2023). Implementing Psychological First Aid for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Feasibility Study of the ICARE Model. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 30(3), 482– 489. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09900-w>
- Chandra, A., Jee K., Pieters, H. C., Tang, J., McCreary, M., Schreiber, M., & well, K. (2014). Implementing psychological first-aid training for medical reserve corps volunteers. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 8(1). 95-100. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.112>
- Cheng, W., Zhang, F., Hua, Y., Yang, Z., & Liu, J. (2020). Development of a psychological first-aid model in inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. *General Psychiatry*, 33, e100292. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100292>
- Cheung, Y. L. (2014). *Psychological first aid as a public health disaster response preparedness strategy for responders in critical incidents and disasters* (Order No. 3707483). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1691127433). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/psychological-first-aid-as-public-health-disaster/docview/1691127433/se-2>
- Church of Sweden (2018). *Psychological First Aid: Five Year Retrospective (2011–2016)*. <https://www.svenskakyrkan.se/internationallltarbete/reports-policy-documents--and-positions-on-church-of-swedensinternational-work> sayfasından erişilmiştir.

- Ciarrochi, J., & Kashdan, T. (2013). The foundations of flourishing. In T. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 1-29). Oakland, CA: Context Press.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 53-85). New York: Oxford University Press.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., & ... Thigpen, J. C. (2017). Coping, Emotion Regulation, and Psychopathology in Childhood and Adolescence: A Meta-Analysis and Narrative Review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Cook, T. D. ve Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Corey, G., Corey, M. S., Callanan, P., & Russell, J. M. (2014). *Group techniques*. Boston, Massachusetts, ABD: Cengage Learning.
- Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. (2013). *Groups: Process and practice*. Boston, Massachusetts, ABD: Cengage Learning.
- Cosley, B. J., McCoy, S. K., Saslow, L. R., & Epel, E. S. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(5), 816-823. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.04.008>
- Cowan, C. S. M., Wong, S. F., & Le, L. (2017). Rethinking the role of thought suppression in psychological models and treatment. *The Journal of Neuroscience*, 37(47), 11293-11295. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2511-17.2017>
- Çivitçi, A. (2019). *Grup psikoeğitimi*. Ankara: Pegem Akademi.
- Çokluk, Ö. S., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, S. (2021). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: spss ve lisrel uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

- Çolak, B., Kokurcan, A. ve Özsan H. H. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-26.
- Daly, M., Sutun, A., Robinson, E.(2020). Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychol Med.* 13, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004432>
- Dattilio, F.M., & Freeman, A. (2007). Introduction. In F.M. Dattilio ve A. Freeman (Eds.), *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention*, (pp.1-22). New York: Guilford Press.
- Dean, J. H., Shanahan, D. F., Bush, R., Gaston, K. J., Lin, B. B., Barber, E., ... Fuller, R. A. (2018). Is Nature Relatedness Associated with Better Mental and Physical Health?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1371. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071371>
- Dekel, R., & Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 281–289.
- DeLucia-Waack, J. L. (2006). *Leading psychoeducational groups for children and adolescents*. United Kingdom: Sage Publications.
- Demirli Y. A., Sevil G. Ö. ve Erdur-Baker, Ö. (2020). Kriz, kriz tepkileri ve kriz danışmanlığı. Ö. Erdur Baker ve T. Doğan (Eds.), *Kriz danışmanlığı* Ankara: Pegem Akademi.
- DeVellis, R. (2016). *Scale development: theory and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deville, G. J., & Cotton, P. (2003). Psychological debriefing and the workplace: defining a concept, Controversies and guidelines for intervention. *Australian Psychologist*, 38(2), 144-150.
- DeVos, J. (2011). The psychology of humanitarian aid: Skimming the battlefield and the disaster zone. *History of Human Sciences*, 24(3), 103-122. <https://doi.org/10.1177/0952695111398572>

- Dieljtens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E., & Vandekerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid: Lack of evidence to develop guidelines. *PloS One*, 9(12), e114714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>
- Doğan T., Karaman G. N. ve Erdur-Baker, Ö. (2020). Kriz danışmanlığı: Müdahaleler ve beceriler. Ö. Erdur Baker ve T. Doğan (Eds.), *Kriz danışmanlığı* Ankara: Pegem Akademi.
- Doğan, T. ve Güney-Karaman, N. (2021). Kriz danışmanlığı: müdahaleler ve beceriler. Ö. Erdur-Baker ve T. Doğan (Ed.), *Kriz danışmanlığı içinde* (s. 35-68). Ankara: Pegem Akademi.
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC medicine*. 7, 79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
- Drayer, C. S., Cameron, D. C., Woodward, W. D., & Glass, A. J. (1954). Psychological first aid in community disaster. *Journal of the American Medical Association*, 156(1), 36– 41. <https://doi.org/10.1001/jama.1954.02950010038012>
- Dyregrov, A. (1997). The process in critical incident stress debriefings. *Journal of Traumatic Stress*. 10, 589-605.
- Eaton, Y., & Ertl, B. (2000). The comprehensive crisis intervention model of Community Integration, Inc. Crisis Services. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment treatment, and research* (pp. 373-387). New York: Oxford University Press.
- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *British Medical Journal Open*, 6, e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Egan G. (2002). *The Skilled Helper: A Problem-management and Opportunity-development Approach to Helping Counseling Series*. Michigan Üniversitesi: Brooks/Cole

- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther.* 43, 413-431.
- Eker, İ. (2016) *Travmatik yaşantıların psikolojik sağlığa etkisi: travmanın türü, zaman yönelimi, dünyaya ilişkin varsayımlar ve ruminasyonlar açısından bir inceleme* (Yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr> sayfasından erişilmiştir.
- Eker, İ. (2016) *Travmatik yaşantıların psikolojik sağlığa etkisi: travmanın türü, zaman yönelimi, dünyaya ilişkin varsayımlar ve ruminasyonlar açısından bir inceleme.* (Yüksek Lisans Tezi) <https://tez.yok.gov.tr> sayfasından erişilmiştir.
- Erkuş, A. (2011). *Bilimsel araştırma sarmalı*. İstanbul: Seçkin.
- Erkuş, A. (2019). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I: Temel kavramlar ve işlemler*. Ankara: Pegem Akademi.
- Erozkan, A. (2016). The link between types of attachment and childhood trauma. *Universal Journal of Educational Research*, 4(5), 1071-1079. <https://doi.org/10.13189/ujer.2016.040517>
- Everly, G. S. Mc.Cabe, L. O., Semon, N. L., Thompson, C.B., & Links, J. M. (2014). The development of psychological first aid for non-mental health trained public health personnel: The Johns Hopkins RAPID-PFA. *Journal of Public Health Management and Practice*, 20(5), 511-526. <https://doi.org/10.1017/dmp.2Q14.119>
- Everly, G. S., Barnett, D. J., & Links, J. M. (2012). The Johns Hopkins model of Psychological First Aid (RAPID - PFA): Curriculum development and content validation. *International Journal of Emergency Mental Health*, 14(2), 95-103.
- Everly, G. S., Barnett, D. J., Sperry, N. L., & Links, J. M. (2010). The use of Psychological First Aid (PFA) training among nurses. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12(1), 21-32.
- Everly, G. S., Flannery, R. B., Jr., & Mitchell, J. T. (2000). Critical incident stress management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 23-40.

- Everly, G. S., Jr, Lating, J. M., Sherman, M. F., & Goncher, I. (2016). The Potential Efficacy of Psychological First Aid on Self-Reported Anxiety and Mood: A Pilot Study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(3), 233–235. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000429>
- Farchi, M., Levy, T. B., Gershon, B. B., Hirsch-Gomemann, M. B., Whiteson, A., & Gidron, Y. (2018). The SIX Cs model for immediate cognitive psychological first aid: From helplessness to active efficient coping. *International Journal of Emergency Mental Health*, 20, 1-12. <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000395>
- Fayers, P. M. & Hand, D. J. (1997). Factor analysis, casual indicators and quality of life. *Quality of Life Research*. 6(2), 139–150.
- Feder, A., Nestler, E. J., Westphal, M., & Charney, D. S. (2010). Psychobiological mechanisms of resilience to stress. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Book of Adult Resilience* (pp.35-55). New York: Guilford Press.
- Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., & Ciarrochi, J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PloS one*, 13(2), e0192022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192022>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*, London: Sage Publications.
- Field, J. E., Wehrman, J. D., & Yoo, M. S. (2017). Helping the weeping, worried, and willful: Psychological First Aid for primary and secondary students. *Journal of Asia Pacific Counseling*, 7(2), 169-180. <https://doi.org/10.18401/2017.2.4>
- Figueroa, R. A., Cortés, P. F., Marín, H., Vergés, A., Gillibrand, R., & Repetto, P. (2022). The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: results of a randomized-controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2031829. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031829>
- Fischer, P., & Ai, A. L. (2008). International terrorism and mental health: Recent research and future directions. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(3), 339–361. <https://doi.org/10.1177/0886260507312292>

- Fish Murray, C.C., Koby, E.V., & Van der Kolk, B.A. (1987). Evolving ideas: the effects of abuse on children's thought. B.A. Van der Kolk (ed), *Psychological Trauma*, Washington: American Psychiatric Press,
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
- Flavell, J. H. (1985). *Cognitive development*. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*. 20, 219-239.
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E.B. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 61(5). 43-48.
- Foa, E.B., & Rauch S.A.M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 879-884.
- Forbes, D., Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D. J., Ruzek J... Creamer M., (2011). Psychological First Aid following trauma: Implementation and evaluation framework for high-risk organizations. *Psychiatry*, 74(3), 224-239. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.3.224>
- Fox, J. H., Burkle, F. M., Bass, J., Pia, F. A., Epstein, J. L., & Markenson, D. S. (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: Research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6, 247-252. <https://doi.org/10.1001/dmp.2Q12.39>

- Fraenkel, J. R. Wallen, N. E. ve Hyun, H. H. (2011). *How to design and evaluate research in education*. New York: McGraw-Hill.
- Fraenkel, J. R., Wallen, N. E., & Hyun, H. H. (2012). *How To Design And Evaluate Research In Education*. New York: Mc Graw Hill.
- Franco, M. H. P. (2015). *A Intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática*. São Paulo: Summus Editorial.
- Friedman, M. J., Ritchie, E. C. & Watson, P. (2006). Overview, in Ritchie, E. C., Watson, P. & Friedman, M. J. (Eds.), *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*, New York: Guilford Press.
- Fromm, E. O. (2011). *The heart of man*. Herndon, VA: Lantern Books.
- Galante, J., Dufour, G., Vainre, M., Wagner, A. P., Stochl, J., Benton, A., Jones, P. B. (2017). A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet. Public Health*, 3(2), 72-81. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30231-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30231-1)
- Gay, L. R., Mills, G. E., & Airasian, P. W. (2009). *Educational research: Competencies for analysis and applications*. New Jersey: Prentice Hall.
- Gazda, G.M., Ginter, E.J., & Horne, A. M. (2001). *Group counseling and group psychotherapy: Theory and application*. Los Angeles: Allyn and Bacon.
- Gilliland, B., & James, R. (1997). *Crisis intervention strategies*. Scarborough: Brooks/Cole Publishing Company.
- Gkionakis, N. (2016). The refugee crisis in Greece: Training border security, police, volunteers and aid workers in psychological first aid. *Intervention: Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, 74(1), 73-79. <https://doi.org/10.1097/WTF.00000000000001Q4>
- Gladding, S. T. (2008). *Groups: A counselling specialty*. Columbus, OH: Pearson
- Global Humanitarian Assistance Report (2015). *Global Humanitarian Assistance Report 2015*. Retrieved from

http://www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2015/06/GHA-Report-2015_-Interactive_Online.pdf

- Goldberg, S. B. ve Hoyt, W. T. (2015). Group as social microcosm: Within-group interpersonal style is congruent with outside group relational tendencies. *Psychotherapy*, 52(2), 195-204. <https://doi.org/10.1037/a0038808>
- Gorsuch, R. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gray, B. (2016). *Coping in Today's World: An Examination of Perceived Social Support* (Unpublished Master's thesis). University of South Dakota, Vermillion, South Dakota.
- Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Frontiers in Psychology*, 8, 220. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220>
- Güçray, S., Çekici, F. ve Çolakkadıoğlu, O. (2009). Psikoeğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(1), 135-153.
- Gülüm, İ. V. ve Dağ, İ. (2014). Yetişkin bağlanma örüntüleri ile psikopatoloji belirtileri arasın- daki ilişkide bilişsel özelliklerin aracı rolü: Kontrol odağı ve tekrarlayıcı düşünme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 244-252
- Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M., & Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(3), 172-177.
- Hambrick, E. P., Rubens, S. L., Vernberg, E. M., Jacobs, A. K., & Kanine, R. M. (2014). Towards successful dissemination of psychological first aid: A study of provider training preferences. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 203-215. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9362-y>
- Hansen, P. (2018). *Training in Psychological First Aid for Red Cross and Red Crescent Societies: Module 4: PFA in Groups—Support to Teams*; IFRC: Copenhagen, Denmark.

- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H. J., John, U., & Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 256(5), 299- 306.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>
- Hechanova, G., Manaois, J., & Masuda, H. (2019). Evaluation of an organization-based psychological first aid intervention. *Disaster Prevention and Management*, 28(3), 401–411. <https://doi.org/10.1108/DPM-10-2018-0330>
- Hechanova, R., Ramos, P., & Waelde, L. (2015). Group-based mindfulness-informed psychological first aid after Typhoon Haiyan. *Disaster Prevention and Management*, 24(5). 610-618. <https://doi.org/10.1108/DPM-01-2015-0015>
- Henson, R. K., & Roberts, J. K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research: common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66(3), 393–416. <https://doi.org/10.1177/0013164405282485>
- Herman, J. L. (2019). *Travma ve iyileşme*. (T. Tamer, Çev.). Literatür Yayınları, İstanbul.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry-interpersonal & Biological Processes*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., ... Ursano, R.J. (2009). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 7(2), 221-242.

- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L.,.....Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The lancet. Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- IFRC Psychosocial Centre. Remote Psychological First Aid during COVID-19. [https://pscentre.org/?resource= remote-psychological-first-aid-during-covid-19](https://pscentre.org/?resource=remote-psychological-first-aid-during-covid-19) may-2020 adresinden erişilmiştir.
- IFRC. Guidelines for Caring for Staff and Volunteers in Crises; IFRC: Copenhagen, Denmark, 2019.
- Institute of Medicine. (2003). *Preparing for the psychological consequences of terrorism*. Washington, DC: National Academies Press.
- Inter-Agency Standing Committee. 2007. IASC Guidelines On Mental Health And Psychosocial Support In Emergency Settings. Geneva, Switzerland,
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support. (2009). Community-based psychosocial support: A training kit. Copenhagen: IFRC.
- Işık, E. ve Aker, T. (2020). Ruhsai travma kavramı ve travma sonrası stres bozukluğunda tedavi yaklaşımları. Ö. Erdur-Baker ve T. Doğan (Ed.), *Afetler, krizler, travmalar ve psikolojik yardım*. Ankara: Türk PDR Derneği Yayınları.
- Jacobs, G. (2016). *Community-based psychological first aid: A practical guide to helping individuals and communities during difficult times*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Jacobs, G. A. (2007). The development and maturation of humanitarian psychology. *American Psychologist*, 62(8), 932–941. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.932>
- Jacobs, G. A., Gray, B. L., Erickson, S. E., Gonzalez, E. D., & Quevillon, R. P. (2016). Disaster mental health and community-based psychological first aid: Concepts and education/training. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1307-1317. <https://doi.org/10.10Q2/iclp.22316>

- Jacobs, G.A., & Meyer, D. (2005). Psychological first aid: Clarifying the concept. In L. Barbanel & R.J. Sternberg (Eds.) *Psychological Interventions in Times of Crisis* (pp. 57- 71). New York: Springer Publishing.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2017, 2013). *Crisis Intervention Strategies*, Boston: Cengage Learning
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Janosik, E. H. (1986). *Crisis counseling: A contemporary approach*. Monterey, CA: Jones and Bartlett
- Jones, E. (2007). A Paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 164- 175
- Jones, E., & Wessely, S. (2005). *Shell shock to PTSD: Military psychiatry from 1900 to the Gulf War*. London: Psychology Press.
- Kanel, K. (2003). *A guide to crisis intervention*. Fullerton, CA: Brooks/Cole
- Kanel, K. (2015). *A guide to crisis intervention*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Kanel, K. (2019). *A guide to crisis intervention*. CA. USA: Cengage Learning
- Kang, H. W., Park, M., & Wallace Hernandez, J. P. (2016). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of Sport and Health Science*, 7(2), 237-244. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.05.003>
- Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2005). *Psychological testing* (6th ed.), Thomson Wadsworth, Belmont, CA
- Karancı, N. ve Erdur Baker, Ö. (2012). Afetler ve travmalar: Psikolojik tepkiler ve psikolojik ilk yardım. *MEB Öğretmen Yetiştirme ve Geliştirme Genel Müdürlüğü Yayınları*, 215- 243.
- Keane, T. M., Silberbogen, A. K., & Weierich, M. R. (2008). Post-traumatic stress disorder. In J. Hunsley & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 293–315). New York: Oxford University Press.

- Kellermann, N. P. (2001). "Transmission of holocaust trauma-an integrative view." *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 64(3), 256-267.
- Khaje Mansoori, A., Mohammadkhani, P., Mazidi, M., Kami, M., Bakhshi Nodooshan M., Sha-hidi, S. (2016). The role of metacognition and intolerance of uncertainty in differentiating illness anxiety and generalized anxiety. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 4(1), 57-65. Retrieved from <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-303-en.html>
- Kılıç, N. ve Şimşek, N. (2018). Psychological first aid and nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), 212-218. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.76376>
- Kılıç, N. ve Şimşek, N. (2019). The effects of psychological first aid training on disaster preparedness perception and self-efficacy. *Nurse education today*, 83, 104203. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104203>
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. New York: Routledge.
- Kline, P. (2000). *Handbook of Psychological Testing*. London, United Kingdom: Routledge.
- Knox, K.S., & Roberts, A. R. (2016). The crisis intervention model. N. Coady & P. Lehmann (Eds.). *Theoretical perspectives for direct social work practice: A generalist-eclectic approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Knudsen, L., Hogsted. R., & Berliner, P. (1997). *Psychological First Aid and Human Support*. Copenhagen, Denmark: Danish Red Cross.
- Korkmaz, B. (2018). Öz-duyarlık: Psikolojik belirtiler ile ilişkisi ve psikoterapide kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 40-58. <https://doi.org/10.18863/pgy.336489>
- Korkmazlar, Ü., Güner, O. ve Konuk, E. (2000). Travmaya Psikolojik Destek / Yardım Modeli. 10. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresinde sunulmuş panel bildirisi, https://www.researchgate.net/publication/286623139_Travmaya_Psikolojik_Destek_Yardim_Modeli_Psikiyatri_Dernegi_sayfasından_erişilmiştir.

- Krishneaswamy, S., Subramaniam, K., Indran, T., & Low, W. (2012) The 2004 tsunami in Penang, Malaysia: Early mental health intervention. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 24(4), 710-718. <https://doi.org/10.1177/1010539512453261>
- Kroll, K. H., Larsen, S., Lamb, K., Davies, W. H., Cipriano, D., deRoos-Cassini, T. A.,.....Apps, J. N. (2021). Responding to the psychological needs of health-care workers during the COVID-19 pandemic: Case study from the Medical College of Wisconsin. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09791-3>
- Lahad, M. (1997). *Basic PH- The Story of Coping Resources*. Community Stress Prevention, Vol: 1-2 Second Edition, pp. 117-145.
- Larson-Stoa, D. A. (2014). *Perceived Usefulness of Psychological First Aid Training for Oncology Medical Staff*. (Unpublished dissertation). The University of South Dakota, Vermillion, South Dakota.
- Laursen, D. R., Hansen, C., Paludan-Müller, A. S., & Hróbjartsson, A. (2020, July 28). Active placebo versus standard placebo control interventions in pharmacological randomised trials. *Cochrane Database Syst Rev*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.MR000055>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- Lee, J. S., You, S., Choi, Y. K., Youn, H. Y., & Shin, H. S. (2017). A preliminary evaluation of the training effects of a didactic and simulation-based psychological first aid program in students and school counselors in South Korea. *PloS one*, 12(7), e0181271. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181271>
- Lee, A., & Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety

- during adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(2), 219-231. <https://doi.org/10.1080/15374410802698396>
- Lent, R. W., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the counselor activity self-efficacy scales. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 97-108.
- Lerner, M. D., & Shelton, R. D. (2005). *The 10 stages of acute traumatic stress management (ATSM): A brief summary. The American Academy of Experts in Traumatic Stress*. Retrieved from https://caremattersllc.com/wp-content/uploads/2017/10/ten-stages-of-acute-traumatic-stress_management-atasm.pdf
- Lerner, M. D. (2022). *Acute traumatic stress management: A traumatic stress response protocol*. Retrieved from <https://www.nationalcenterforemotionalwellness.org/blank-jm0yz>
- Lester, P. E., & Bishop, L. K. (2000). *Handbook of tests and measurement in education and the social sciences*. Maryland: Scarecrow Press.
- Lewis, C. A., Francis, L. J., Shevlin, M., & Forrest, S. (2002). Confirmatory factor analysis of the french translation of the abbreviated form of the revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A). *European Journal of Psychological Assessment*, 1(18), 179- 185.
- Lewis, D. (2009). *Nongovernmental organizations, definition and history. London School of Economics and Political Science*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., Gavel, E., & Forbes, D., (2013). Organizational Implementation of Psychological First Aid (PFA): Training for Managers and Peers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/a0032556>
- 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(2), 112-134.

- Liu, C., Zhang, Y., Jiang, H., & Wu, H. (2017). Association between social support and post- traumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: A mul- tiple mediation model. *PloS One*, 12(5), e0177055. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177055>
- Lu, F. Y., Yang, W. J., Zhang, Q. L., & Qiu, J. (2017). Thought control ability is different from ru- mination in explaining the association between neuroticism and depression: A three-study replication. *Frontiers in Psychology*, 8, 838. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00838>
- Lui, A., Glynn, S., & Shetty, V. (2009). The interplay of perceived social support and posttrau- matic psychological distress following orofacial injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 639-645. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b3b127>
- Madrid, E., & Swanson, J. (1995). Psychoeducational groups for young adults with genital herpes: Training group facilitators. *Journal of Community Health Nursing*, 12(4), 189-198. <https://doi.org/10.1207/s15327655jchn1204>
- Magee, J. C., Harden, K. P., & Teachman, B. A. (2012). Psychopathology and thought suppression: a quantitative review. *Clinical Psychology Review*, 32(3), 189-201. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.001>
- Malik, M., Peirce, J., Wert, M. V., Wood, C., Burhanullah, H., & Swartz, K. (2021). Psychological first aid well-being support rounds for frontline healthcare workers during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 669009. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669009>
- Masson, R. L., Jacobs, E. E., Harvill, R.L., & Schimmel, C.J. (2014). *Grup danışmanlığı: stratejiler ve beceriler*. (P. N. Bal, Çev.). Ankara: Pegem Akademi.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2012). Risk and resilience in development and psychopathology: The legacy of Norman Garmezy. *Development and Psychopathology (Special Section)*, 24(2), 333-334. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000016>.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled

trial. *British journal of psychiatry*. 176(6), 589–593.
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.6.589>

McCabe, O., Everly Jr., G., Brown, L., Wendelboe, A., Hamid, H., Tallchief, V.,.....Links, J. (2014). Psychological first aid: A consensus-derived, empirically supported, competency-based training model. *American Journal of Public Health*, 104(4), 621-629.

McCabe, O.L., Lating, J.M., Everly, G.S. Jr., Mosley, A.M., Teague, P.J., Links, J.M.,.....Kaminsky, M.J. (2008). Psychological first aid training for the faith community: A model curriculum. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9(3), 181-192.

McCabe, O.L., Perry, C., Azur, M., Taylor, H.G., Bailey, M., & Links, J.M. (2011). Psychological First-Aid Training for Paraprofessionals: A Systems-Based Model for Enhancing Capacity of Rural Emergency Responses, *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(4), 251-258.
<https://doi.org/10.1017/S1049023X110Q6297>

MEB/UNICEF. (2001a). *Travma Sonrası Normal Tepkiler Psikoeğitim El Kitabı, Psikososyal Okul Projesi, Ankara*,
https://sakaryafatiheml.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/54/01/194077/dosyalar/2018_03/06140304_PsikoeYitim_el_kitabY.pdf?CHK=893df01123c43c28b8be3d21d862cedc sayfasından erişilmiştir.

MEB/UNICEF. (2001b). *Çocuklar ve Felaket Toparlanma Yöntemlerinin Öğretilmesi El Kitabı. Psikososyal Okul Projesi*. Ankara: MEB Yayını.

Meichenbaum, D., & Fong, G. (1993). How individuals control their own minds: A constructive narrative perspective. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of Mental Control*. New York: Prentice Hall.

Mental Health Materials Center. (1955). Psychological first aid in disasters. *American Journal of Nursing*, 55, 437-438.

Mete Otlu, B. (2022). Kriz danışmanlığı ve krize müdahale F. Savi Çakar (Ed.), *Travma psikolojik danışmanlığı*. Pegem Akademi.

- Minihan, E., Gavin, B., Kelly, B. D., & McNicholas, F. (2020). COVID-19, mental health and psychological first aid. *Irish journal of psychological medicine*, 37(4), 259–263. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.41>
- Mitchell, A.M., Sakraida, T.J., & Kameg, K. (2003). Critical Incident Stress Debriefing: Implications for Best Practice. *Disaster Management & Response* 1(2), 46-51. Retrived from https://www.academia.edu/22591702/Critical_incident_stress_debriefing_implications_for_best_practice
- Mitchell, J. T. (1988). History, status, and future of CISD. *Journal of Emergency Medical Services*, 13(11), 49-52
- Mitchell, J., & Everly, G. (1993). *Critical incident stres debriefing: An operations manual fort he prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing.
- Moffitt, M. (2014). *Psychological First Aid for peer community advisors*. (Unpublished master's thesis). The University of South Dakota, Vermillion, South Dakota.
- Moghadam, M., Rezaei, F., Ghaderi, E., & Rostamian, N. (2016). Relationship between attach- ment styles and happiness in medical students. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(3), 593-599. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.197314>
- Monson, C. M., & Friedman, M. J. (2018). *Travmayı anlamaya dönüş/travmaya yönelik bilişsel davranışçı yaklaşımlara genel bir bakış*. V. M. Follette & J. I. Ruzek (Edt.), Litera Yayıncılık, 1. Basım, 27.
- Moran, D., Wu, A. W., Connors, C., Chappidi, M. R., Sreedhara, S. K., Selter, J. H., & Padula, W. V. (2017). Cost-benefit analysis of a support program for nursing staff. *Journal of Patient Safety*. <https://doi.org/10.1097/PTS.00000000000000376>
- Morganett, R. S. (1994). *Skills for living: Group counseling activities for elementary students*. Champaign, Illinois, ABD: Research.

- Morganstein, J. C. & Ursano, R. J. (2020). Ecological disasters and mental health: causes, consequences, and interventions. *Frontiers Psychiatry, 11*(1), 1-15.
- Moses, L. J., & Baird, J. A. (1999). Metacognition. R. Wilson (Ed.), *Encyclopedia of cognitive neuroscience*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., & de Kock, B. D. (2016). Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non- clinical youths. *Journal of Child and Family Studies, 25*(2), 607-617. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0235-2>
- Murphy, C. O., & Davidshofer, K. R. (2005). *Psychological testing: principles and applications*. Upper Saddle River: Pearson.
- National Healthcare Quality and Disparities Report. (2017). MD: Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ Pub. No. 18-0033-EF. Rockville, Retrieved from www.ahrq.gov/research/fin-dings/nhqrd/index.html
- National Healthcare Quality and Disparities Report. (2017). MD: Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ Pub. No. 18-0033-EF. Rockville, www.ahrq.gov/research/fin-dings/nhqrd/index.html
- NBSB (2008). *Disaster Mental Health Recommendations*: Report of the Disaster Mental Health Subcommittee of the National Biodefense Science Board: National Biodefense Science Board
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>.
- Neff, K. D., & Davidson, O. (2016). Self-compassion: Embracing suffering with kindness. I. Ivtzan, & T. Lomas (Eds.), *Mindfulness in positive psychology: The science of meditation and wellbeing* (pp. 37-50). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jTp.2006.08.002>
- Netemeyer, R. G., Bearden, W. O., & Sharma, S. (2003). Scaling Procedures: Issues and Applications. *Thousand Oaks, CA: Sage Publications*. <https://doi.org/10.4135/9781412985772>
- Nisbet, E. K. (2011). A nature relatedness intervention to promote happiness and environmental concern (PhD thesis). <https://repository.library.carleton.ca/concern/etds/2801pg976> sayfasından erişilmiştir.
- Nisbet, E. K., & Zelenski, J. M. (2014). Nature relatedness and subjective well-being. A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht: Springer.
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Nuttman-Shwartz, O., & Dekel, R. (2009). Ways of coping and sense of belonging in the face of a continuous threat. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 667-70. <https://doi.org/10.1002/jts.20463>.
- Oflaz, F. (2008). Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 70-76.
- Oflaz, F. (2015). Travma yaşamış çocuk ve gençlerin ele alınmasında çocuk-ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Psichiatri Nurs-Special Topics*, 1(2), 46-51.
- Oflaz, F., Hatipoğlu, S. ve Aydın, H. (2008). Effectiveness of psychoeducation intervention on post-traumatic stress disorder and coping styles of earthquake survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 677-687. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02047.x>

- Oni O. O. (2010). Social support, loneliness, and depression in the elderly. Unpublished master thesis. Kingston, Ontario: Queen's University. Available at: http://qspace.library.queensu.ca/bitstream/1974/6047/1/THESIS_FOR_SUBMISSION.pdf
- Oyman, S. (2014). The moderation effect of the thought control strategies on relationship between severity of obsessive compulsive symptoms and metacognitions. *European Journal of Research on Education, (Special issue)*, 116-123. Retrieved from <http://iassr2.org/rs/020317.pdf>
- Özdamar, K. (2017). *Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*. Eskişehir: Nisan Kitabevi
- Özen, Y. (2017). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 2(1), 104-117.
- Özen, Y. (2018). Travma sonrası ortaya çıkan psikolojik bozukluklar üzerine bir değerlendirme. *The Journal of Social Science*, 2(4), 136-159
- Özten, E. ve Sayar, G. H. (2015). Eşik altı travma sonrası stres bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 348-355.
- Pamukçu, B. ve Demir, A. (2013). Psikolojik Danışma Öz-Yeterlik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 4(40), 212-221. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tpdrd/issue/21460/229902>
- Paris, S. G., & Winograd, P. (1990). How metacognition can promote academic learning and instruction. In B. F. Jones & L. Idol (Eds.), *Dimensions of thinking and cognitive instruction* (pp. 15-51). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Parry, G. (1990). *Coping with crises*. United Kingdom: The British Psychological Society and Routledge Ltd.
- Peirce, B. N. (1995). The theory of methodology in qualitative research. *Tesol Quarterly*, 29(3), 569-576. <https://doi.org/10.2307/3588075>
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A.,.....Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal

- probability sample survey of the UK population. *The lancet. Psychiatry*, 7(10), 883–892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)
- Pink, H.D. (2016). *Drive: Nasıl Motive Oluruz? Nasıl Motive Ederiz?* (L. Göktem, Çev.). İstanbul: Mediacat.
- Psychological First Aid in Emergencies Training for Frontline Staff and Volunteers. (2020). <https://www.gov.uk/government/news/psychological-first-aid-in-emergencies-training-for-frontline-staff-and-volunteers> sayfasından erişim sağlanmıştır.
- Ramirez M., Harland K., Frederick M., Shepherd R., Wong M., & Cavanaugh J. (2013). Listen protect connect for traumatized schoolchildren: A pilot study of psychological first aid. *BMC Psychology*, 1(26), 1-9
- Raphael, B. (1986). *When Disaster Strikes*. New York: Basic Books.
- Rapoport, L. (1965). The state of crisis: Some theoretical considerations. H. J. Parad (Ed.), *Crisis intervention: Selected readings*. New York Family Service Association of America.
- Ray, J. (2014). Post-Traumatic stress disorder in children: What elementary teachers should know? *Kappa Delta Pi Record*, 50, 109- 13.
- Roberts, A. R., & Ottens, A. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 329-339.
- Roberts, A. R. (Ed.). (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research*. Oxford University Press.
- Roe, J. J., Thompson, C. W., Aspinall, P. A., Brewer, M. J., Duff, E. I., Miller, D.,.....Clow, A. (2013). Green space and stress: evidence from cortisol measures in deprived urban communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9), 4086-4103. <https://doi.org/10.3390/ijerph10094086>
- Rosen C.S., Glassman L.H., & Morland L.A. (2020). Telepsychotherapy during a pandemic: a traumatic stress perspective. *J Psychother Integr*, 30, 174. <https://doi.org/10.1037/int0000221>

- Rosenheck, R., & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Psychiatric Services*, 36(5), 538-539.
- Ruzek, J.I., Brymer, M.J., Jacobs, A.K., Layne, C.M., Vernberg, E.M., & Watson, P.J. (2007). Psychological First Aid. *J. Ment. Health Couns.* 29(1), 17-49. <https://doi.org/10.17744/mehc.29.1.5racqxjueafabgwp>
- Sakız, H. ve Sarıçam, H. (2015). Self-compassion and forgiveness: The protective approach re-jection sensitivity against. *International Journal of Human Behavioral Science*, 1(2), 10-21. <https://doi.org/10.19148/ijhbs.58217>
- SAMHSA. (2015). *Disaster technical assistance center supplemental research bulletin: Disaster behavioral health interventions inventory*. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/dtac/supplemental-research-bulletin-may-2015-disaster-behavioral-health-interventions.pdf>
- Saporta, J.A., & Van der Kolk, B.A. (1991). *Psychobiological consequences of severe trauma, Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches*, M Başoğlu (ed), Cambridge University Press.
- Sarıçam, H. (2014a). *Çözüm odaklı kısa süreli yaklaşıma dayalı bir müdahale programının ruminasyon üzerinde etkisi*. (Doktora tezi). <https://tez.yok.gov.tr> sayfasından erişilmiştir.
- Sarıçam, H. (2014b). Öz-derin düşünceyi azaltmaya yönelik çözüm odaklı kısa süreli grupla psikolojik danışma programı. A. Akın ve Ü. Akın (Eds), *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Grupla Psikolojik Danışma Uygulamaları-Teori ve Grupla Danışma Programları* (ss. 133- 166). Ankara: Nobel Yayınevi
- Sarıçam, H. (2018). Önleyici psikolojik danışma açısından koruyucu faktörler. F. Savi Çakar (Ed.), *Önleyici Psikolojik Danışma Kuram ve Uygulamaları* (ss. 77-118). Ankara: Pegem Akademi Yayınları. <https://doi.org/10.14527/9786052413081>
- Sarıçam, H., Şahin, S. H. ve Soyuçok, E. (2015). Doğayla ilişkili olma ile depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 1(4)-38-57. <https://doi.org/10.17360/UHPPD.2015414021>

- Savi Çakar, F. (2019). Travma sonrası klinik değerlendirme ve müdahale süreci. F. Savi Çakar (Ed.), *Travma Psikolojik Danışmanlığı*, Pegem Akademi. Ankara
- Savi Çakar, F. (2021). *Çocuk ve ergenlerde travma, kayıp ve yas danışmanlığı kuram ve uygulamaları*. Savi Çakar, F. (Ed.), Ankara: PEGEM Akademi.
- Savi Çakar, F. (2022). Travma sonrası klinik değerlendirme ve müdahale süreci. F. Savi Çakar. (Ed.). *Travma psikolojik danışmanlığı* (s.267-302). Ankara: Pegem Akademi.
- Sayıl, I., Berksun, O. E., Palabıyıkoglu, R., Özgüven, H. D., Soykan, Ç. ve Haran, S. (2000). *Kriz ve Krize Müdahale*. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları.
- Sayıl, L. (1992). Olağanüstü koşullarda krize müdahalenin yeri ve önemi. *Kriz Dergisi*, 1(1), 4–7. <https://doi.org/10.1501/00008012823>
- Schafer A., Snider L., & Ommeren M.V. (2010). Psychological first aid pilot: *Haiti emergency response. Intervention*, 8(3), 245–254
- Schafer, A., Snider, L., & Sammour, L. (2016). A reflective learning report about the implementation and impacts of Psychological First Aid (PFA) in Gaza, *Disaster Health*, 3:1, 1-10. <https://doi.org/10.1080/21665044.2015.1110292>
- Scoglio, A. A. J., Rudat, D. A., Garvert, D., Jarmolowski, M., Jackson, C., & Herman, J. L. (2018). Self-compassion and responses to trauma: The role of emotion regulation. *Journal of Inter- Personal Violence*, 33(13), 2016-2036. <https://doi.org/10.1177/0886260515622296>
- Scott, C., & Briere, J. N. (2016). *Travma terapisinin ilkeleri* (C. Tüzün, Çev.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Simon & Schuster.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.

- Shah, K., Bedi, S., Onyeaka, H., Singh, R., & Chaudhari, G. (2020). The role of psychological first aid to support public mental health in the covid-19 pandemic. *Cureus*, 12, e8821. <https://doi.org/10.7759/cureus.8821>
- Shapiro, F. (1995). *EMDR- Level 1, Training Manual*, USA: EMDR Institute.
- Shavelson, R. J. (1988). *Statistical reasoning for the behavioral sciences*. Los Angeles: Allyn and Bacon.
- Shultz, J. M., & Forbes, D. (2014). Psychological First Aid: Rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster health*, 2(1), 3–12. <https://doi.org/10.4161/dish.26006>
- Simons, M., & Kursawe, A. L. (2019). Metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder in youth: A feasibility study. *Frontiers in Psychology*, 10, 264. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00264>
- Sink, C. A., Edwards, C. N., & Eppler, C. (2016). *Okul temelli grupta psikolojik danışma* (F. S. Şahin Kıralp, Çev. Ed.). Ankara: Nobel.
- Slaikue, K. A. (1990). *Crisis intervention: A hand book for practice and research*. Boston: Allyn & Bacon.
- Snider, L., Van Ommeren, M., & Schafer, A. (2011). *Psychological First Aid: Guide for Field Workers*; World Health Organization: Geneva (s. 60), Switzerland.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Sphere Project. (2011). *Humanitarian Charter and Minimum Standards In Humanitarian Response*. Rugby, UK: Practical Action Publishing
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—a review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>

- Staub, E. (1989). The evolution of bystanders, German psychoanalysts and lessons for today. *Political Psychol*, 10, 39-52.
- Sungur, M. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2:105-108.
- Sungur, M.Z. (1993). Davranış tedavileri. *Psikiyatri Bülteni*, 2(3), 109-15.
- Sungur, M.Z. (1996). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde davranış tedavileri. *Anksiyete Monografı Serisi*, 10, 431-40.
- Sungur, M.Z. (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerin gelişim öyküsü. A. Tangör (Ed), *Psikoterapiler El Kitabı*. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4, 50-66.
- Sungur, M.Z. (2003). Bilişsel-davranışçı terapilerin temel ilke ve özellikleri ve entegre yaklaşımın yararları. *3P Dergisi*, 11(Ek.2), 31-8.
- Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
- Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Polat, R. ve Çekem, B. (2009). Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63), 38-45
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn & Bacon.
- Tavşancıl, E. (2019). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 556-558. <https://doi.org/10.1002/jts.20374>
- Thompson, R. (2002). Attachment theory and research. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins
- Tomita, T., Kudo, S., Sugawara, N., Fujii, A., Tsuruga, K., Sato, Y.,.....Yasui-Furukori, N. (2018). Timing of psychoeducation for patients with depression who were treated with antidepressants: when should patients receive psychoeducation. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 505–510. <https://doi.org/10.2147/NDT.S156797>

- Torgerson, C. N., Love, H. A., & Vennum A. (2018). The buffering effect of belonging on the negative association of childhood trauma with adult mental health and risky alcohol use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.02.005>.
- Townend, A. (2007). *Assertiveness and diversity*. New York: Palgrave Macmillan.
- Turner, L., & McLaren, S. (2011). Social support and sense of belonging as protective factors in the rumination-depressive symptoms relation among Australian women. *Women Health*, 51(2), 151-167. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.558004>.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health a life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236-255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>.
- Un modello di intervento psicologico per le vittime della strada : il progetto ANIACARES / Couyoumdjian, Alessandro;Giannini, Anna Maria;Guidoni, Umberto;Mari, Emanuela;Burrai, Jessica in "Psicologia della salute : quadrimestrale di psicologia e scienze della salute : 1, 2020, Milano : Franco Angeli, 2020 , 1972-5167 - Casalini id: 4625478" - 147-160 p. - Permalink: <http://digital.casalini.it/10.3280/PDS2020-001011> - Casalini id: 4627971
- United Nations Treaty Collection. (1984). Convention against torture and other cruel, inhuman or Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2): 384-411.
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J.,..... De Witte, N. A. J. (2020). Avrupa ve ötesinde telepsikoterapi ve e-ruh sağlığı politikası ve uygulaması için öneriler. *Journal of Psychotherapy Integration* , 30(2), 160- 173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>
- van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 360(9335), 766-771. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09897-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09897-5)

- Van Ommeren, M., Snider, L., & Schafer A. (2011). Psychological first aid: Guide for field -workers. *World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102380/9789241548618eng.pdf?sessionid=0C059FE89407AF_1C9D28EA078166C99C?sequence=1
- Visser, P., Hirsch, J., Brown, K., Ryan, R., & Moynihan, J. (2014). Components of sleep quality as mediators of the relation between mindfulness and subjective vitality among older adults. *Mindfulness*, 6(4), 723-731. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0311-5>
- Vogt, D. S., King, D. W., & King, L. A. (2007). Risk path ways for PTSD. J. M. Friedman, M. T. Keane & A. P. Resick (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice*. New York City: Guilford Press.
- Voltan-Acar, N. (1988). Sosyal mikrokozmoz ile ilişkinin şimdi ve buradalığının bağlantısı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(3), 47-49.
- Vonderlin, R., Biermann, M., Konrad, M., Klett, M., Kleindienst, N., Bailer, J... Bohus, M., (2001). Implementierung und Evaluation einer Telefonhotline zur professionellen Ersthilfe bei psychischen Belastungen durch die COVID-19 Pandemie in Baden- Württemberg. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01089-x>
- Webster, L., & Sandoval, J. (2013). *Crisis counseling, intervention, and prevention in the schools*. New York: Routledge.
- Wegner D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological review*, 101(1), 34-52. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.101.1.34>
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 871-878. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90168-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90168-6)

- Whitworth, J.D. (2017). The role of psychoeducation in trauma recovery: recommendations for content and delivery. *J Evid Inf Soc Work*, 13, 442-451. <https://doi.org/10.1080/23761407.2016.1166852>
- WHO. Psychological First Aid for All: Supporting People in the Aftermath of Crisis Events; WHO: Geneva, Switzerland, 2016. https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/ppt.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Wilson, E. O. (1984). *Biophilia*. Cambridge: Harvard University Press.
- Winey, L. L. (1996). A Personal construct model of crisis intervention counseling for adult clients. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 2, 109–126.
- Wong E. C., Marshall G. N., & Miles J. N. V. (2013). Randomized controlled trial of a psychoeducational video intervention for traumatic injury survivors. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 2(2). <https://doi.org/10.4172/2324-8947.1000104>
- World Health Organization (WHO). (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Retrieved from [http://www.searo.who.int/srilanka/documents/psychological first aid guide for field workers.pdf](http://www.searo.who.int/srilanka/documents/psychological_first_aid_guide_for_field_workers.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2013). *Building Back Better: Sustainable Mental Health Care After Emergencies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization 2019. Ebola Virus Disease. Key Facts. <http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease> adresinden erişilmiştir.
- World Health Organization, (2011). War Trauma Foundation & World Vision International. *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010). *MHGAP Intervention Guide For Mental, Neurological And Substance Use Disorders In Non-Specialized Health Settings*. Geneva: WHO.

- World Health Organization. (2013). Psychological First Aid: Facilitator's Manual for Orienting Field Workers; World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- Yap, M., & Devilly, G. (2004). The role of perceived social support in crime victimization. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.007>
- Yeager, K., & Roberts, A. (2015). Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. In K. Yeager & A. Roberts (Eds.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (pp. 3-36). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Yıldırım, S. (2016). Sosyal hizmette krize müdahale yaklaşımının kullanımı krize müdahale. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4), 481-486. <https://dergipark.org.tr/en/pub/cbusbed/issue/26662/280106> sayfasından erişilmiştir.
- Yılmaz, M. S., Piyal, B. ve Akdur, R. (2017). Social support and quality of life in a group of cancer patients. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 47, 732-737. <https://doi.org/10.3906/sag-1508-42>.
- Yue, J., Yan, W., Sun, Y., Yuan, K., Su, S., Han, Y.,.....Davey, C. G. (2020). Mental health services for infectious disease outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Psychological Medicine*, 50, 2498– 2513. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003888>
- Yücel, D. (2014). *Çocukluk çağı istismar yaşantılarının genç yetişkinlik dönemindeki bağlanma süreçleri, psikopatolojik semptomlar, ilişki yeterlilikleri ve aşk tutumları ile ilişkilerinin incelenmesi* (Doktora tezi). <https://tez.yok.gov.tr> sayfasından erişilmiştir.
- Zara, A. (2011). Yaşadıkça psikolojik sorunlar ve başa çıkma yolları. A. Zara (Ed.), *Krizler ve Travmalar*. (s. 91-119). İstanbul: İmge Kitabevi.
- Zeal, K., (2009). Culture and social support: considerations for teaching psychological first aid multicultural societies (master's thesis). Retrieved from <https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/1842427308/9F1A87197090448DPQ/1?accountid=37161>



EKLER

EK-1

Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.04.2022-E.



ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi: 02.03.2022 Çarşamba

Toplantı No:2022/03

Karar No: GO 2022/549

Üniversitemiz Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek lisans öğrencisi Fehim SAYGILI' nın Prof. Dr. Firdevs SAVİ ÇAKAR danışmanlığında yürüteceği *"Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Uygulama Becerilerine Etkisi"* başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın fikri, hukuki ve telif hakları bakımından sorumluluğu araştırma ekibine ait olması koşulu ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 15100-BURDUR
Telefon : 0-248-213 1029-1032 / Faks: 0-248-213 1028

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2
Araştırma Uygulama İzinleri



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM FAKÜLTESİ
BİLİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
16	1	09.05.2023
KARAR 01: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fehim SAYGILI'nın "Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Uygulama Becerilerine Etkisi" konulu çalışmasını Fakültemiz öğrencilerine uygulayabilme isteğine ilişkin, eğitim ve öğretimi aksatmayacak ve gönüllülük esasına dayalı olarak yapmasının uygunluğuna oy birliğiyle ile karar verilmiştir;		

Evrak Tarihi ve Sayısı: 05.05.2023-E.140775



T.C.
UŞAK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : E-33424009-302.08.01-140775
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

05.05.2023

EĞİTİM FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Rektörlüğünün 04.05.2023 tarihli ve 269970 sayılı yazısı.

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fehim SAYGILI'nın "Psikolojik İlk Yardım Psiko eğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Uygulama Becerilerine Etkisi" konulu çalışması kapsamında Fakülteniz Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık 3 ve 4. sınıf öğrencileriyle çalışma yapma talebi Rektörlüğümüzce uygun görülmüş olup, konunun bahsi geçen öğrencilere duyurulması hususunda;

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kenan TAŞ
Rektör Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSV5V8N3Z0 Pin Kodu :42262

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/usak-universitesi-ebys>

Adres: Bir Eylül Kampüsü İzmir Yolu 8.Km 64200/Uşak
Telefon:(276) 221 22 01 Faks:(276) 221 22 02
e-Posta: gensek@usak.edu.tr Web: <http://gensek.usak.edu.tr/>
Kep Adresi: usakuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Funda DOĞMUŞ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Evrak Tarih ve Sayısı: 29.08.2022-E.

MAKÜ Kayıt Tarih ve No: 25.08.2022 - 190496



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Ek-1

Sayı : E-14065294-044-294433
 Konu : Anketler

24.08.2022

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 09/08/2022 tarihli ve 184889 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fehim SAYGILI'nın, Prof. Dr. Firdevs SAVİ ÇAKAR danışmanlığında yürüttüğü "Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Uygulama Becerilerine Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında Üniversitemiz Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı 3. ve 4. sınıf öğrencileri ile ölçek geliştirme çalışması yapma talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Recai KILIÇ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSEAEA0JJR Pin Kodu :46772

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/erciyes-universitesi-ebys>

Adres:Köşk Mahallesi Kutadgu Bilig Sokak No:1 38030 Melikgazi KAYSERİ
 Telefon:+90 352 437 49 47 Faks:+90 352 437 20 23
 e-Posta:ogrenci@erciyes.edu.tr Web:http://ogrisl.erciyes.edu.tr
 Kep Adresi:erciyesuni@hs01.kep.tr

Bilgi için: Bekir Yılmaz
 Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
 Tel No: 0352 207 66 66-10500



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.08.2022-E.

MAKÜ Kayıt Tarih ve No: 26.08.2022 - 190912



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Ek-2

Sayı : E-93282220-044-247415
Konu : Tez Uygulama İsteği-Fehim SAYGILI

25.08.2022

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : Üniversitemiz Eğitim Fakültesi Dekanlığının 24.08.2022 tarihli ve E-62297456-044-246992 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Fehim SAYGILI'nın yürüttüğü "Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Uygulama Becerilerine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını Üniversitemiz Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı 3. ve 4. sınıf öğrencilerine uygulama isteği Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet KUTLUHAN
Rektör

Ek: İlgi Yazı ve Ekleri (60 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS98H1EVEH Pin Kodu :11572
Adres:Kınıklı Yerleşkesi Rektörlük Binası 20160/DENİZLİ
Telefon:0 (258) 296 21 51 Faks:0 (258) 296 23 32
e-Posta:oid@pau.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.pau.edu.tr/oidb
Kep Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>

Bilgi için: Semra İNCEL
Unvan: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.09.2022-85597



T.C.
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ
Yazı İşleri ve Evrak Şube Müdürlüğü

Sayı : E-21514439-044-85597
Konu : Anket Talebi (Fehim SAYGILI)

03.09.2022

EĞİTİM FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fehim SAYGILI'nın, "Psikolojik İlk Yardım Psiko eğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Uygulama Becerilerine Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında hazırlanan anketin uygulanma talebi, Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Söz konusu ankete ilişkin ilgi yazı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Özgür Kasım AYDEMİR
Rektör Yardımcısı

Ek:İlgi yazı (59 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS43E9NJL2 Pin Kodu :50952
Adres:Kestel Mahallesi Üniversite Caddesi No:80 Alanya/Antalya
Telefon:(0242) 510 60 15 Faks:(0242) 510 60 19
e-Posta:yaziisleri@alanya.edu.tr Web:https://yaziisleri.alanya.edu.tr
Kep Adresi:alanyaalaaddinkeykubat@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/alaadin-keykubat-uni-ebys>

Bilgi için: Müzeyyen Sarı
Unvanı: İşçi



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.04.2022-E.



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-28263139-302.08.01-152712
 Konu : Ölçek Uygulama (Fehim SAYGILI)

14.04.2022

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 31.03.2022 tarihli, 128634 sayılı ve Ölçek Uygulama(Fehmi SAYGILI) konulu yazı.

Enstitünüz Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fehim SAYGILI'nın, Prof. Dr. Firdevs SAVI ÇAKAR danışmanlığında yürüttüğü "Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Uygulama Becerilerine Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında Fakültemizde öğrenim gören 1-2-3-4. sınıf öğrencilerine ölçek geliştirme çalışması yapma isteği Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Zafer ÖZYILDIZ
 Dekan V.

Belge Doğrulama Kodu :BSV507VHNS

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi :

https://ebys.mehmetakif.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx

İstiklal Yerleşkesi 15030 BURDUR

Telefon:+90 248 213 35 00 Faks+90 248 213 35 03

e-Posta : saglik@mehmetakif.edu.tr Elektronik Ağ:<http://sbf.mehmetakif.edu.tr> Kep Adresi : maku@hs01.kep.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Gülcan ARDIÇ

Evrak Pin Kodu: 80982

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



Evrak Tarih ve Sayısı: 20.04.2022-E.



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-60754672-302.08.01-154264
 Konu : Araştırma-Uygulama İzni Hk. (Fehim SAYGILI)

20.04.2022

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14.04.2022 tarihli, 152483 sayılı ve "Araştırma-Uygulama İzni Hk. (Fehim SAYGILI)" konulu yazı

İlgi yazı ile, Enstitünüz Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fehim SAYGILI'nın öğretim üyesi Prof. Dr. Firdevs SAVİ ÇAKAR danışmanlığında yürüttüğü "Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Uygulama Becerisine Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında 2021-2022 Eğitim-Öğretim Yılı Fakültemizde öğrenim gören tüm öğrencilere ölçek geliştirme çalışması kapsamında uygulama yapma talebi Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Murat KAYALAR
 Dekan

Belge Doğrulama Kodu :BSN50Y73T0

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi :

https://ebys.mehmetakif.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx

İstiklal Yerleşkesi 15030 / BURDUR

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emel Varol (Gülşay ÇAT Vekaletyle)

Evrak Pin Kodu: 70642

Telefon:+90 248 213 25 00 Faks:+90 248 213 25 04

e-Posta: iibf@mehmetakif.edu.tr Elektronik Ağ: <http://iibf.mehmetakif.edu.tr>Kep Adresi : maku@hs01.kep.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



Evrak Tarih ve Sayısı: 22.04.2022-E.



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
Eğitim Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-52793143-044-155388
 Konu : Araştırma-Uygulama İzni Hk. (Fehim SAYGILI)

22.04.2022

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14.04.2022 tarihli, 152474 sayılı ve "Araştırma-Uygulama İzni Hk. (Fehim SAYGILI)" konulu yazı

Enstitünüz Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fehim SAYGILI'nın öğretim üyesi Prof. Dr. Firdevs SAVİ ÇAKAR danışmanlığında yürüttüğü "Psikolojik İlk Yardım Psikoeğitim Programının Psikolojik Danışman Adaylarının Psikolojik İlk Yardım Uygulama Becerisine Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında 2021-2022 Eğitim-Öğretim Yılında öğrenim gören tüm öğrencilere ölçek geliştirme çalışması ve 2022-2023 Eğitim-Öğretim Yılında ise Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık 4. sınıf öğrencileriyle Psikoeğitim Çalışması gerçekleştirme talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Firdevs SAVİ ÇAKAR
 Dekan V.

Belge Doğrulama Kodu :BSN5EK2A30

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi :

https://ebys.mehmetakif.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx

İstiklal Yerleşkesi 15030 / BURDUR

Telefon:+90 248 213 40 00 Faks:+90 248 213 41 60

e-Posta : egitim@mehmetakif.edu.tr Elektronik Ağ: <http://egitim.mehmetakif.edu.tr>Kep Adresi : maku@hs01.kep.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emsal Kazan Gök

Evrak Pin Kodu: 29722

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



EK-3

Ölçek Kullanım İzni

Re: Ölçek kullanım izni

Bu ileti Yüksek önem derecesiyle gönderildi.

İzleme bayrağı.

BP Burcu Pamukcu <[redacted]>
Kime: Siz

31.08.2022 Çar 11:35

CASES.pdf 5 MB
Pamukcu ve Demir, 2013.pdf 369 KB

2 ek (5 MB) Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Merhabalar,
Ölçeği araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek formunu ve ilgili makaleyi ekte gönderiyorum. Firdevs hocaya selamlarımı iletirseniz sevinirim.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Dr. Burcu PAMUKÇU KARASU
Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Dr. Burcu PAMUKÇU KARASU
Ege University, Faculty of Education
Department of Educational Sciences
Counseling and Guidance Program

Kimden: "Fehim saygılı" <[redacted]>
Kime: "Burcu Pamukcu" <[redacted]>
Gönderilenler: 31 Ağustos Çarşamba 2022 11:09:19
Konu: Ölçek kullanım izni

EK-4

Psikolojik İlk Yardım Becerileri Ölçeği

Değerli katılımcılar, aşağıda yer alan maddelerden size en uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz. (1= Hiç Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Tamamen Katılıyorum)

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireyler ile yardımsever, şefkatli bir iletişim/temas kurabilirim.	1	2	3	4	5
2. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylere umut aşılayabilirim.	1	2	3	4	5
3. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylerin sakinleşmesine yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
4. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylere destek olabilirim.	1	2	3	4	5
5. Psikolojik ilk yardım sunacağım kişinin acil fiziksel ihtiyaçlarını karşılamasına yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
6. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireyin güvenliğini ve rahatlığını sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
7. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireyin fiziki ortamını daha güvenli ve rahat hale getirebilecek adımlar atabilirim.	1	2	3	4	5
8. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireyin normal yaşamına geri dönmesine yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
9. Kriz/Travma sonrası duygusal olarak bunalmış/sarsılmış kişilerin sakinleşmesine yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
10. Kriz/Travma sonrası yoğun fiziksel reaksiyonlar veren kişilerin sakinleşmesine yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
11. Krizden veya travmadan etkilenen bireyin acil ihtiyaçlarını ve endişelerini dile getirmesini sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
12. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik sorular sorabilirim.	1	2	3	4	5
13. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylere, ihtiyaçlarını nereden ve nasıl karşılayacaklarına yönelik bilgiler verebilirim.	1	2	3	4	5
14. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylerin acil ihtiyaçlarını belirleyebilirim.	1	2	3	4	5
15. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylerin acil ihtiyaçlarını planlamasına yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
16. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylerin acil ihtiyaçlarını karşılaması için harekete geçmesine destek olabilirim.	1	2	3	4	5
17. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylerin başkalarına nasıl sosyal destek verebilecekleri konusunda yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
18. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylerin birbirlerine yardım edebilmeleri için bir araya gelmelerini sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
19. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireyleri, destek alabilecekleri insanlarla bir araya gelmeleri konusunda cesaretlendirebilirim.	1	2	3	4	5
20. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylere kriz ve travma sonrası olası stres tepkileri hakkında bilgi verebilirim.	1	2	3	4	5
21. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylere stresle başa çıkmalarını kolaylaştıran bazı teknikleri (gevşeme teknikleri, öfke yönetimi, uyku yönetimi vb.) öğretebilirim.	1	2	3	4	5
22. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylerin ortaya çıkan öfkelerini kontrol etmelerine yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
23. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylerin bu etkilerle başa çıkmalarına yardımcı olabilecek bilgiler sunabilirim.	1	2	3	4	5

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
24. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireyleri acil ihtiyaçları için ilgili kurumlara yönlendirebilirim.	1	2	3	4	5
25. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireyi, psikolojik ilk yardım sonrası ihtiyaç duyduğu/duyabileceği hizmetlerden faydalanabilmesi için yönlendirebilirim.	1	2	3	4	5
26. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireyi, psikolojik ilk yardım sonrası ihtiyaç duyduğu/duyabileceği hizmetlerden faydalanması için teşvik edebilirim.	1	2	3	4	5
27. Kriz/Travmatik olaydan etkilenen bireylere, psikolojik ilk yardım sonrası sağlanacak ek bilgi ve yardım kaynakları için, gerekli bilgileri sunabilirim (broşürler, iletişim numaraları, başvuru formu vd.)	1	2	3	4	5
28. Psikolojik ilk yardım uygulayıcısı olarak kendi genel iyilik halimi korumaya özen gösterebilirim.	1	2	3	4	5
29. Psikolojik ilk yardım uygulayıcısı rolünü üstlenirken sağlık, kişisel ve ailevi durumumun bu yardımı sunmaya uygun olup olmadığını değerlendirebilirim.	1	2	3	4	5
30. Kriz/Travmatik bir olay anında psikolojik ilk yardım hizmeti sunmaya hazır olup olmadığımı konusunda kendime karşı dürüst davranabilirim.	1	2	3	4	5
31. Psikolojik ilk yardım sunarken yasal bir zorunluluk veya öngörülebilir bir tehlike olmadığı sürece bireyin gizliliğini ve mahremiyetini koruyabilirim.	1	2	3	4	5
32. Psikolojik ilk yardım sunarken herkese eşit ve adil bir şekilde davranabilirim.	1	2	3	4	5
33. Psikolojik ilk yardım sunarken diğer uzmanlar ile iş birliği içerisinde hareket edebilirim.	1	2	3	4	5
34. Psikolojik ilk yardım sunarken ihtiyaç duyduğumda kendim için psikolojik danışma/süpervizyon desteği alabilirim.	1	2	3	4	5
35. Psikolojik ilk yardım sunduğum bireylerin kültürel farklılıklarına saygı gösterebilirim.	1	2	3	4	5

