



**T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

**İHMAL VE İSTİSMAR YAŞANTISI OLAN
ERGENLERDE EMDR TERAPİSİ
ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

SALİHA BÜŞRA AKGÜN

İZMİR-2024

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

İHMAL VE İSTİSMAR YAŞANTISI OLAN
ERGENLERDE EMDR TERAPİSİ
ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

SALİHA BÜŞRA AKGÜN

DANIŞMAN: DOÇ. DR. EMİNE SEVİNÇ TOK

İZMİR-2024

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "İhmal ve İstismar Yaşantısı Olan Ergenlerde EMDR Terapisi Etkililiğinin İncelenmesi" adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

18/01/2024

Saliha Büşra AKGÜN

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

İHMAL VE İSTİSMAR YAŞANTISI OLAN ERGENLERDE EMDR TERAPİSİ ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ

Saliha Büşra AKGÜN

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Ana Bilim Dalı

Bu araştırmanın temel amacı, travma yaşantısı olan çocuk ve ergenlerin psikolojik sağaltımlarında uygulanması için geliştirilmiş olan Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) Terapisi Gelişimsel Protokolünün etkililiğinin kontrollü ve randomize bir çalışmayla sınanmasıdır. Bu amaç doğrultusunda, ihmal ve istismar travması yaşamış ve kurum bakımında olan ergenlerin benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü, öz-yeterlik, psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma, duygusal ve psikolojik iyi oluş düzeyleri ile depresyon ve anksiyete belirti seviyeleri müdahale alan ve almayan gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Çalışma, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Aydın İl Müdürlüğüne bağlı Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezinde (ÇEKOM) bakım ve koruma altında olan 12-17 yaş arası toplam 42 katılımcı ile yürütülmüştür. Araştırmada deney grubuna seçkisiz olarak atanan 21 katılımcıya her biri 50-60 dakikalık olan, EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü temel alınarak hazırlanmış toplam 12 seanslık terapi programı uygulanmış ve diğer 21 kişi ise bekleme listesi kontrol grubuna alınmıştır. Araştırmanın verileri ön test, son test ve 3 aylık izlem olmak üzere üç farklı zamanda toplanmıştır. Çalışmada veri toplama araçları olarak, Demografik Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Çocuklar İçin Öz-Yeterlik Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği, Çocuk ve Ergenler İçin Stresle Başa Çıkma Ölçeği, Stirling Çocuklar İçin Duygusal ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Bulgularda, deney

grubundaki katılımcıların uygulama sonrasında benlik saygısı toplam puanında anlamlı bir artışın olduğu ve bu artışın üç aylık izlemde de korunduğu; duygu düzenleme güçlüğü toplam puanının anlamlı olarak azaldığı ve üç aylık izlemde de bu değişimin korunduğu; öz-yeterlik toplam puanının anlamlı olarak arttığı ve üç ay sonraki izlemde olumlu değişimin korunduğu; stresle başa çıkma toplam puanında anlamlı bir artışın olduğu ve üç aylık izlemde de bu yükselişin korunduğu; psikolojik iyi oluş puanının anlamlı olarak arttığı ancak bu yükselişin izlemde anlamlı düzeyde korunmamakla birlikte marjinal düzeyde olduğu; depresyon puanının anlamlı seviyede azaldığı ve bu iyiye gidişin izlemde de korunduğu; anksiyete puanında anlamlı bir azalmanın olduğu ve bu azalmanın izlem ölçümlerinde de korunduğu gözlenmiştir. Ancak psikolojik sağlamlık tutum beceri toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir değişim bulunmamıştır. Sonuç olarak bu çalışmanın bulguları, çocukluk döneminde ihmal ve istismar yaşamış olan ergenlerde EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün etkililiğini destekler niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Travma, İhmal, İstismar, EMDR Terapisi, Gelişimsel Protokol, Terapi Etkililiği

ABSTRACT

Master's Thesis

An Investigation of the Effectiveness of EMDR On Adolescents Who Have Experienced Neglect and Abuse

Saliha B   ra AKG  N

  zmir Katip   lebi University

Graduate School of Social Sciences

Department of Psychology

The main purpose of this research is to test the effectiveness of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Developmental Protocol, which is developed for the psychological treatment of children and adolescents with trauma experiences, through a controlled and randomized study. In line with this aim, the levels of self-esteem, emotion regulation difficulties, self-efficacy, psychological resilience, coping with stress, emotional and psychological well-being, as well as the levels of depression and anxiety symptoms, were compared between the intervention and control groups consisting of adolescents who have experienced neglect and abuse trauma and are in institutional care. The study was conducted with a total of 42 participants aged between 12-17 years, who are under the care and protection of the Child Homes Coordination Center affiliated with the Ministry of Family and Social Services in Aydın Province. In the study, 21 participants randomly assigned to the experimental group received a total of 12 therapy sessions, each lasting 50-60 minutes, based on the EMDR Therapy Developmental Protocol, while the other 21 individuals were placed on a waiting list control group. The data of the research were collected at three different times: pre-test, post-test, and a 3-month follow-up. The data collection instruments used in the study were the Demographic Information Form, Rosenberg Self-Esteem Scale, Emotion Regulation Difficulties Scale, Self-Efficacy Scale for Children, Psychological Resilience Attitude and Skills Scale, Coping with Stress Scale for Children and Adolescents, Stirling Children's

Emotional and Psychological Well-being Scale, Beck Depression Inventory, and Beck Anxiety Inventory. In the findings, it was observed that there was a significant increase in self-esteem total score among the participants in the experimental group after the intervention, and this increase was maintained in the three-month follow-up. It was also found that the total score of emotion regulation difficulties significantly decreased and this change was sustained in the three-month follow-up. The total score of self-efficacy significantly increased and this positive change was maintained in the three-month follow-up. There was a significant increase in the total score of coping with stress, and this improvement was sustained in the three-month follow-up. The psychological well-being score significantly increased, although this increase was not statistically significant in the follow-up measurements, but it was marginally significant. The depression score significantly decreased and this improvement was maintained in the follow-up. There was a significant decrease in anxiety score, and this decrease was sustained in the follow-up measurements. However, there was no statistically significant change in the total score of psychological resilience attitude skills. In conclusion, the findings of this study support the effectiveness of EMDR Therapy Developmental Protocol in adolescents who have experienced neglect and abuse during childhood.

Keywords: Trauma, Neglect, Abuse, EMDR Therapy, Developmental Protocol, Therapy Effectiveness.

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
KISALTMALAR.....	xviii
ÖNSÖZ	xxi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

1. 1. TRAVMA.....	3
1.1.1. Travma Kavramı.....	3
1.1.2. Travma ile İlişkili Bozukluklar.....	5
1.1.3. Travmanın Ruhsal Etkileri.....	9
1.1.4. İstismar ve İhmal	10
1.1.4.1. Çocuk İstismar ve İhmalinin Çeşitleri	11
1.1.4.1.a. Fiziksel istismar	12
1.1.4.1.b. Duygusal ve psikolojik istismar	14
1.1.4.1.c. İhmal	16
1.1.4.2. İhmal ve İstismar Olgularının Çocuğun Psiko-Sosyal Gelişimine Etkileri.....	17
1.2. EMDR TERAPİSİ	19
1.2.1. EMDR Terapisi Nedir?.....	19

1.2.2. EMDR ve Travma.....	19
1.2.3. EMDR Terapisinin Çalışma Sistemi Üzerine İlk Hipotez.....	20
1.2.4. EMDR Terapisinin Aşamaları	21
1.2.5. Çocuklar ve Ergenler için EMDR Uygulaması	24
1.2.6. EMDR Terapisinin Etkiliğine Yönelik Araştırmalar.....	28
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLER.....	33

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM	36
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	41
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	41
2.2.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	42
2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği.....	42
2.2.4. Çocuklar İçin Öz-Yeterlik Ölçeği.....	43
2.2.5. Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği	44
2.2.6. Çocuk ve Ergenler İçin Stresle Başa Çıkma Ölçeği	44
2.2.7. Stirling Çocuklar İçin Duygusal Ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği.....	45
2.2.8. Beck Depresyon Ölçeği	45
2.2.9. Beck Anksiyete Ölçeği	46
2.2.10. EMDR Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu	46
2.3. İŞLEM	46
2.3.1. EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü.....	48
2.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	50

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. VERİLERİN NORMAL DAĞILIM ÖLÇÜMLERİ VE GRUPLARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	51
3.2. GRUPLARIN ÖN-TEST PUANLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	52
3.3. GRUPLAR ARASI ÖN-TEST, SON-TEST VE İZLEM KARŞILAŞTIRMALARI.....	54
3.3.1. Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puanlarının Gruplar Arası Kıyaslanması.....	55
3.3.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) Toplam Puanının ve Alt Ölçeklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	56
3.3.2.1. Duygusal Netlik Eksikliği (DNE) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	58
3.3.2.2. Duygusal Farkındalık Eksikliği (DFE) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	60
3.3.2.3. Dürtü Kontrol Güçlüğü (DKG) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	61
3.3.2.4. Duygusal Tepkileri Kabul Edilmemesi (DTKE) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	62
3.3.2.5. Amaca Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü (AYDBG) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	63
3.3.2.6. Duygu Düzenleme Stratejilerine Sınırlı Erişim (DDSSE) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	65
3.3.3. Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ) Toplam Puanının ve Alt Ölçeklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	66
3.3.3.1. Akademik Öz Yeterlilik (AÖY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	68
3.3.3.2. Sosyal Öz Yeterlilik (SÖY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	69

3.3.3.3. Duygusal Öz Yeterlilik (DÖY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	70
3.3.4. Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği (PSTBÖ) Toplam Puanının ve Alt Ölçeklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	71
3.3.4.1. İlişkiler ve Değerler Oryantasyonu (İVDO) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	73
3.3.4.2. İçgörü ve Yaratıcılık (İGVY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	73
3.3.4.3. Bağımsızlık ve Girişimcilik (BVG) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	74
3.3.4.4. Mizah (MZ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	75
3.3.5. Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ) Toplam Puanının ve Alt Ölçeklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	76
3.3.5.1. Problem Çözme (PÇ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	79
3.3.5.2. Agresyon Yoluyla Başa Çıkma (AYBÇ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	80
3.3.5.3. Sosyal Destek Arama (SDA) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	81
3.3.5.4. Mizah (MİZ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması...	82
3.3.5.5. Dini Başa Çıkma (DBÇ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	83
3.3.5.6. Kendini Soyutlama (KSo) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	84
3.3.5.7. Kendini Suçlama (KSu) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	85
3.3.5.8. Profesyonel Destek Arama (PDA) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	86

3.3.5.9. Pozitif Yeniden Yorumlama (PYY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	87
3.3.5.10. Kaçınma (KAÇ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	88
3.3.6. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIOÖ) Puanının Gruplar Arası Karşılaştırılması	89
3.3.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	91
3.3.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanının Gruplar Arası Karşılaştırılması	93
3.4. EMDR TERAPİ SONRASI GERİ BİLDİRİM FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ	95

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. EMDR TERAPİSİ GELİŞİMSEL PROTOKOLÜNÜN SÜREÇ VE İÇERİK BAKIMINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	101
4.2. ÇALIŞMANIN YÖNTEMSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ.....	102
4.3. EMDR TERAPİSİ GELİŞİMSEL PROTOKOLÜN ETKİLİLİĞİNE YÖNELİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	105
4.4. EMDR TERAPİ SONRASI GERİ BİLDİRİM FORMUNA İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	111

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. ÇALIŞMA SONUÇLARININ KLİNİK DOĞURGULARI VE GÜÇLÜ YANLARI.....	114
5.2. SINIRLILIKLAR	115
5.3. GELECEK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER	117
KAYNAKÇA.....	119

EKLER	139
EK1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	140
EK 2: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)....	144
EK 3: DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)	145
EK 4: ÇOCUKLAR İÇİN ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)..	147
EK 5: PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK TUTUM BECERİ ÖLÇEĞİ (PSTBÖ) (Örnek Maddeler).....	148
EK 6: ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler).....	149
EK 7: STIRLING ÇOCUKLAR İÇİN DUYGUSAL VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler).....	151
EK 8: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)	152
EK 9: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)	154
EK 10: EMDR TERAPİ SONRASI GERİ BİLDİRİM FORMU	155
EK 11: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	159
EK 12: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	161
EK 13: ETİK ONAY BELGESİ	163

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. DSM-5'e Göre TSSB Tanı Kriterleri.....	7
Tablo 2. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	36
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	39
Tablo 4. EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü Baz Alınarak Uygulanan Seans İçeriği.....	49
Tablo 5. Grupların Ön-Test Puan Karşılaştırmaları.....	53
Tablo 6. Benlik Saygısı Ölçeği Puanı Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	55
Tablo 7. Grup ve Zamana Göre DDGÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	57
Tablo 8. Grup ve Zamana Göre Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	67
Tablo 9. Grup ve Zamana Göre PSTBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları Ortalama ve Standart Sapmaları.....	72
Tablo 10. Grup ve Zamana Göre SBÇÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları Ortalama ve Standart Sapmaları.....	77
Tablo 11. Grup ve Zamana Göre PİÖÖ Toplam Puanı Ortalama ve Standart Sapmaları.....	90
Tablo 12. Grup ve Zamana Göre BDÖ Toplam Puanı Ortalama ve Standart Sapmaları.....	92
Tablo 13. Grup ve Zamana Göre BAÖ Toplam Puanı Ortalama ve Standart Sapmaları.....	93
Tablo 14. Karışık Desenler İçin Varyans Analizi Sonuçları Özet Tablosu.....	94

Tablo 15. EMDR Terapi Sonrası Geri Bildirim Formuna Ait Bulgular.....	97
--	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının Ön-Test, Son-Test ve İzlem Değişimleri.....	56
Şekil 2. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam Puanı Ön-Test, Son-Test ve İzlem Ölçümleri.....	58
Şekil 3. DNE Alt Ölçek Puanlarının Gruplara Göre Ön-Test, Son-Test ve İzlem Ölçümleri.....	60
Şekil 4. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından DFE Puanları	61
Şekil 5. DKG Puanları İçin Ön-Test, Son-Test ve İzlem Grup Karşılaştırmaları.....	62
Şekil 6. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından DTKE Alt Ölçek Puanları	63
Şekil 7. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından AYDBG Alt Ölçek Puanları	64
Şekil 8. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Ölçümlerine Göre DDSSE Alt Ölçek Puanları	66
Şekil 9. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından ÖYÖ Toplam Puanları...	68
Şekil 10. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından AÖY Alt Ölçeği Puanları	69
Şekil 11. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından SÖY Alt Ölçeği Puanları	70
Şekil 12. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından DÖY Alt Ölçeği Puanları	71

Şekil 13. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PSTBÖ Toplam Puanları	72
Şekil 14. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem İVDO Alt Ölçeği Puanları	73
Şekil 15. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından İGVY Alt Ölçeği Puanları	74
Şekil 16. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından BVG Alt Ölçeği Puanları	75
Şekil 17. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından MZ Alt Ölçeği Puanları	76
Şekil 18. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından SBÇÖ Toplam Puanları	78
Şekil 19. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PÇ Alt Ölçeği Puanları	79
Şekil 20. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem AYBÇ Alt Ölçeği puanları	81
Şekil 21. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından SDA Alt Ölçeği Puanları	82
Şekil 22. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Ölçümlerindeki MİZ Alt Ölçeği Puanları	83
Şekil 23. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından DBÇ Alt Ölçeği Puanları	84
Şekil 24. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından KSo Alt Ölçeği Puanları	85
Şekil 25. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından KSu Alt Ölçeği Puanları	86
Şekil 26. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PDA Alt Ölçeği Puanları	87

Şekil 27. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PYY Alt Ölçeği Puanları	88
Şekil 28. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından KAÇ Alt Ölçeği Puanları	89
Şekil 29. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PİÖÖ Toplam Puanları	91
Şekil 30. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından BDÖ Toplam Puanları.	92
Şekil 31. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından BAÖ Toplam Puanları.	94



KISALTMALAR

EMDR	: Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
APA	: Amerikan Psikiyatri Derneği (American psychiatric Association)
DSM	: Ruhsal Hastalıların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ASB	: Akut Stres Bozukluğu
WHO / DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
MD	: Major Depresyon
AIP	: Adaptif Bilgi İşleme (Adaptive Information Processing)
VoC	: Düşünce Geçerlilik Ölçeği (Validity of Cognition)
SUD	: Öznel Rahatsızlık Düzeyi (Subjective Unit of Distress)
BLS	: Çift Yönlü Uyarım (Bilateral Stimulation)
NICE	: Ulusal Ruh Sağlığı İşbirliği Merkezi (The National Institute for Health and Care Excellence)
hdEEG	: Yüksel Yoğunluklu Elektroensefalografi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
SCED :	: Tek Durumlu Deneysel Desen (Single-Case Experimental Design)
CROPS	: Travma Sonrası Belirtiler Çocuk Raporu
PROPS	: Travma Sonrası Belirtiler Ebeveyn Raporu
ASH	: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
ÇEKOM	: Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi
DG	: Deney Grubu

UG	: Uygulama Grubu
KG	: Kontrol Grubu
BGKL	: Bekleme Grubu Kontrol Listesi
BSÖ	: Benlik Saygısı Ölçeği
DDGÖ	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DNE	: Duygusal Netlik Eksikliği
DFE	: Duygusal Farkındalık Eksikliği
DKG	: Dürtü Kontrol Güçlüğü
DTKE	: Duygusal Tepkilerin Kontrol Edilememesi
AYDBG	: Amaca Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü
DDSSE	: Duygu Düzenleme Stratejilerine Sınırlı Erişim
ÖYÖ	: Öz-Yeterlik Ölçeği
AÖY	: Akademik Öz-Yeterlik
SÖY	: Sosyal Öz-Yeterlik
DÖY	: Duygusal Öz-Yeterlik
PSTBÖ	: Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği
İVDO	: İlişkiler Ve Değerler Oryantasyonu
İGVY	: İçgörü ve Yaratıcılık
BVG	: Bağımsızlık ve Girişimcilik
MİZ	: Mizah
SBCÖ	: Çocuk ve Ergen Stresle Başa Çıkma Ölçeği
PÇ	: Problem Çözme
AYBÇ	: Agresyon Yoluyla Başa Çıkma
SDA	: Sosyal Destek Arama
MZ	: Mizah
DBÇ	: Dini Başa Çıkma
KSo	: Kendini Soyutlama
KSu	: Kendini Suçlama

PDA	: Profesyonel Destek Arama
PYY	: Psikolojik Yeniden Yorumlama
KAÇ	: Kaçınma
PİÖÖ	: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
$\bar{X}$	: Ortalama
SS	: Standart Sapma



ÖNSÖZ

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına atandığım ilk günden bu yana ihmal ve istismar yaşantısı olan çocuk ve ergenlerle çalışıyor olmak, bu alandaki terapi ve sağaltım eksiklerini fark etmem konusunda bana rehber oldu. Zaman içerisinde bireysel olarak aldığım terapi ekollerini aracılığıyla bu çocuklarla çalışırken terapi müdahalesinin sürece ne kadar büyük bir katkı sağladığını fark ettim. Başta bilişsel davranışçı terapi ve oyun terapisi ile başlayan bu iyileştirme süreci EMDR terapisi eğitimi aldıktan sonra spesifik olarak travma ile etkin bir şekilde çalışma olanağı sağladı. Bu terapi ekolünün kurum bakımında kalan ve dezavantajlı kesimde yer alan çocuk ve gençler üzerindeki etkisini görmek beni daha çok heyecanlandırmaya başlamıştı. Alanyazında araştırma yapmaya başladıkça literatürde bu çocuklarla yapılan çalışmaların eksikliği ve alanın ihtiyacı da göz önüne çıkmıştı benim için. Bu motivasyonla hem kurum bakımında olan çocuk ve gençlere kapsamlı bir iyileştirme süreci sunmak hem de alanyazına katkıda bulunmak en büyük motivasyon kaynaklarım oldu. Buradan hareketle bunu tez çalışmamda ele almaya karar verdim.

Birçok kişinin doktora düzeyinde gerçekleştirdiği bu çalışmayı benim yüksek lisans düzeyinde gerçekleştirebileceğime olan inancıyla, bana olan desteğini ve güvenini sonuna kadar hissettiren, yorulduğum zamanlarda yaptığı konuşmalarla motivasyonumu dinç tutmama yardım eden, yüreklendirici, azimli ve umut verici bakış açısıyla yoluma ışık tutan, bir an bile olsun elini, desteğini üzerimden çekmeyen, son ana kadar her türlü fedakarlıkla bu çalışmaya katkı sunan kıymetli ve saygıdeğer tez danışanım Doç. Dr. Emine Sevinç TOK'a varlığı ve tüm destekleri için en içten teşekkürlerimi ve sonsuz saygı, sevgi ve minnetimi sunuyorum.

Yüksek lisans sürecimin başından sonuna kadar beni hep destekleyen, yüreklendiren, sevgi ve sıcaklıklarını her daim yüreğimde hissettiren, bu sürece en az benim kadar emek veren kıymetli annem İmren AKGÜN ve babam Uğur AKGÜN başta olmak üzere tüm aile üyelerime teşekkür ve sevgilerimi iletiyorum.

Bu süreçte benimle yol arkadaşlığı yapan, çalışmaya gönüllü olarak katılarak büyük katkı sunan Aydın ÇEKOM Müdürlüğü bünyesinde kalan gençlere, idarecilerim Baki Bey ve Nilüfer Hanıma, mesai arkadaşım İnan'a, kurum yetkililerine, güvenlik görevlisine ve şoförlere de teşekkür ediyorum. Bu süreçte beni hep destekleyen, motive eden sevgili arkadaşım Ayşe Nur'a ve Okan'a teşekkür ediyorum.

Ayrıca Çocuk ve Ergen EMDR Terapisi uygulayıcı eğitimini veren ve seans içeriğinin hazırlanmasında süpervizyon desteği sağlayan Ümran Korkmazlar Hocama da teşekkürlerimi sunuyorum.

Saygı ve sevgilerimle...

Saliha Büşra AKGÜN

İzmir-2024

GİRİŞ

Bu çalışmasının amacı, kurum bakımında kalan ve çocukluk döneminde ihmal ve istismar yaşantısı deneyimlemiş olan 12-17 yaş arası ergenlerde Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) Terapisi Gelişimsel Protokolünün etkililiğinin, benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü, öz-yeterlik, psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma, psikolojik iyi oluş, depresyon ve anksiyete belirtileri açısından randomize kontrollü bir çalışmada sınanmasıdır.

Türkiye’de EMDR’a ilişkin yapılmış etkililik çalışmaları incelendiğinde genellikle olgu sunumları şeklinde araştırmalar yürütüldüğü gözlenmiştir. Dolayısıyla bu tez çalışmasının özellikle ulusal alanyazın başta olmak üzere alana önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Uluslararası alanyazında da benzer bir tablo bulunmakta, çoğunlukla vaka çalışmaları sunulmakta, randomize kontrollü birkaç çalışma ise yetişkin grupla ve doğal afetten etkilenen kişilerle yürütülen araştırmaları kapsamaktadır. Örneklemin çocuk ve ergen olduğu çalışmalar incelediğinde ise, uluslararası alanyazında da sınırlı sayıda etkililik çalışmasının bulunduğu göze çarpmaktadır. Pratikte travmanın sağaltımında aktif şekilde kullanılan ve uzman eğitimleri düzenlenen Gelişimsel Protokole özgü yürütülmüş kontrollü bir etkililik çalışması da bulunmamaktadır. Ek olarak, kurum bakımında kalan ihmal ve istismar yaşantısı olan çocuklarla EMDR Terapisinin etkililiğine ilişkin bir çalışmaya da gerek ulusal gerek uluslararası alanyazında rastlanmamıştır. Adler-Tapia ve Settle (2008), EMDR terapisinin etkililiği için ileri randomize klinik çalışmaların gerekliliğini ve bu çalışmalarda kurum bakımındaki çocuklar ve istismar yaşantısı olan çocuklar gibi özgün konuların ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu tez çalışması kurgulanırken alandaki bu boşluktan hareket edilmiş ve randomize kontrollü bir desen oluşturulmuştur. Son olarak, EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü müdahalesinin yalnızca psikopatolojik belirtiler üzerinden değil, benlik saygısı, duygu düzenleme becerisi, stresle baş etme stratejileri, öz-yeterlik, psikolojik sağlamlık düzeyi ve

psikolojik iyi oluş gibi tanılar üstü kavramlar açısından etkililiğinin sorgulanmasının da alanyazına özgün bulgular sunacağı, dolayısıyla klinik psikoloji alanına teorik ve pratik anlamda katkı sağlayacağı umut edilmektedir.



BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

1. 1. TRAVMA

1.1.1. Travma Kavramı

İnsanlar anne rahmine düştükleri günden itibaren yaşamları boyunca pek çok olay deneyimlemektedir. Bu olayların bazıları bireylerin ego gücünü aşmakta, kişileri zorlamakta ve çaresizlik hissi yaratmakta, yaşamı tehdit eden bir unsur barındırmakta, bireylerde büyük duygusal hasarlara sebebiyet vermektedir. Bundan ötürü, insanlar bu olumsuz ve tehdit edici olaylarla bazen etkili biçimde baş edebilirlerken, bazı durumlarda ise bununla baş edemeyip yıkıcı sonuçları ile karşılaşabilmektedirler. İnsan psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlerden etkilenen çok yönlü bir varlık olup, kişinin cinsiyeti, genleri, yaşı, kişiliği, kültürel değerleri, psikolojik durumu ve etnik kökeni gibi pek çok etken olayların üstesinden gelme becerilerini şekillendirebilmektedir. Bireylerin baş etme becerilerini zorlayan, yaşamlarını tehdit eden bu olumsuz olaylar “travmatik yaşantılar” olarak değerlendirilmektedir (Cesur, 2012).

Travma sözcüğünün kökeni Eski Yunancaya dayanmaktadır ve deri bütünlüğünün bozulduğu her türlü yaralanma anlamını taşımaktadır (Doğan, 2001). Travma kelimesinin sözlükteki anlamı ise “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara” şeklinde geçmektedir. Bu tanımlarda olduğu gibi, 19. yüzyılda ve 20. yüzyılın ilk yarısında travma kavramı çoğunlukla fiziksel durumlara yönelik olarak (Jones, 2007) “bedene dış bir etmen tarafından bir zarar gelmesi” manasında kullanılmıştır (Kocatürk, 2005).

Çocukluk dönemi travmaları Tip 1 travma ve Tip 2 travma olarak iki türü olduğu belirtilmektedir (Terr, 1991). Bu tanıma göre Tip 1 travma, doğal afetler, trafik kazası, sevilen birinin kaybı gibi tekil bir olaya maruz kalma sonucunda; Tip 2 travma ise kronik bir şekilde cinsel veya fiziksel istismar yaşama, devam eden aile içi şiddet, ölümle sonuçlanan hastalıklar, savaş esnasında yineleyen olaylar gibi süregelen ya da çoklu olaylara maruz kalma sonucunda meydana gelmektedir (Rolfesnes ve Idsoe, 2011). Alanyazında Tip 2 travma kompleks travma olarak da bilinmektedir ve kaçınması imkansız ya da zor olan, tekrarlı olarak devam eden ya da süregelen olan, aşırı korkutucu veya dehşet verici olay ya da olaylar serisine maruz kalma neticesinde meydana gelen durum olarak tanımlanmaktadır (Cohen, Mannarino, Kliethermes ve Murray, 2012; Maercker ve ark., 2013; Goldbeck ve Jensen, 2017; Akt: Mortan Sevi, 2020).

Travmatik yaşam deneyimlerinin duygusal etkileri ile öncelerde pek fazla ilgilenilmemiştir (Çolak, Kokurcan ve Özsan, 2000). 1870 yılında Fransa ve Prusya arasında yaşanan savaştan sonra, travmatik olayların fiziksel hasar haricinde başka sıkıntılara da sebebiyet verebileceği görüşü oluşmuştur. Bu düşünce, II. Dünya Savaşı boyunca da etkisini korumuş ve gün geçtikçe travmatik yaşantıların negatif psikolojik etkilerine daha fazla vurgu yapılmıştır (Jones, 2007). İlerleyen yıllarda yapılan çalışmalarda, travmatik yaşam olaylarının bireyin psikolojisi üzerindeki olumsuz etkileri birçok çalışmanın konusu olmuştur (Yehuda ve McFarlane, 1995).

Ruhsal travma, kişinin karşı karşıya geldiği bir olay esnasında çaresizlik yaşaması durumudur. Travmatik olay algılama, anlamlandırma, muhakeme etme, denetleme ve bağlantı kurma duyularının sağladığı doğal başa çıkma mekanizmalarını işlevsiz hale getirmekte ve bu işlevsizlik hali travmatik olayı sıradan bir olaydan farklı kılmaktadır (Türksoy, 2001). Travmatik yaşam deneyimleri, bireylerde yalnızca fizyolojik stres reaksiyonuna sebep olmamakla birlikte, travmaya maruz kalan bireye çaresizlik düşünceleri ve korku duygusu da yaşatmaktadır (Gölge, 2005). Yaşanan tehdit edici olaya uygun tepki verilememesi halinde, bireyin iç ve dış kaynakları, karşılaşılan tehditle baş etmede yetersiz kalmakta ve böylece

travmatizasyon gerçekleşmektedir (Gölge, 2005). Buna göre, ruhsal travma, kişinin kendisinin veya yakınlarının, bedensel bütünlüğüne yönelik tehlike oluşturan olaylara karşı verdiği yoğun korku, çaresizlik ve dehşet şeklinde tanımlanabilmektedir (Tükel ve Alkın, 2006).

Travmatik deneyimler, kişinin yaşamını ve bedensel bütünlüğünü etkilemesine ek olarak kişinin kendisi, dünya ve insanlar hakkındaki düşüncelerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple bireylerin dünyayı güvenli bir yer olarak görme, kendisini önemli, bir yere ait ve güvende hissetme, diğer insanları güvenilir ve iyi bir birey olarak görme gibi bilişlerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Aker, 2000). İnsan eliyle oluşturulan, bireyin yaşamını tehlikeye atan savaş, göç, terör saldırıları, işkence, çocukluk çağında yaşanan fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ve ihmal gibi travmatik yaşam deneyimlerinin yanı sıra insan eliyle oluşturulmayan deprem, sel, yangın gibi doğal afetlerin de ruhsal travmaya neden olduğu belirtilmektedir (Gölge, 2005; Tükel ve Alkın, 2006).

1.1.2. Travma ile İlişkili Bozukluklar

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) tarafından yayınlanan ve zamanla çağın gerekliliklerine uygun şekilde revize edilen Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM) travma tanımı her yeni sürümde revize edilmiştir. Travma tanımı, DSM-III'te "Hemen hemen her insanda sıkıntı/kaygı belirtileri yaratacak fark edilebilir bir olay." olarak yer almaktadır (APA, 1980). Bu tanım DSM-III-R'de "Her insanda sıkıntı / kaygı yaratacak normal insan deneyimi dışında kalan bir olay; örneğin yaşamı ya da fiziksel bütünlüğü tehdit edici bir durum, çocuklarına, eşine ya da diğer yakın akrabalarına ve arkadaşlarına yönelik ciddi bir tehdit ya da zarar; evin ya da çevrenin ani yıkımı; kaza ya da fiziksel şiddet sonucu ağır bir şekilde yaralanmış veya öldürülmüş olma ya da yaralanmakta veya ölmekte olan başka bir kişiyi görme; bir yakın arkadaşın ya da akrabanın bu tür olaylar yaşadığını öğrenme." şeklinde yer almaktadır (APA, 1987). Travma tanımına DSM-IV'te şahit olma ve öğrenme faktörleri de ilave edilmiş ve "Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir

yaralanma kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne karşı bir tehdit yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.” ifadesi ile revize edilmiştir. Fakat, DSM-IV-TR’de bireylerin hem travmatik uyarana maruziyet durumu hem de travmatik uyarana karşısında geliştirdiği subjektif tepkiler tanımlanmıştır. Bu tepkiler: “Kişinin olaya tepkisi aşırı korku, çaresizlik ve dehşete düşme biçiminde olmuştur.” ifadeleriyle açıklanmıştır (APA, 1994). Son olarak travma tanımı DSM-5’te en güncel halini almıştır. Buna göre travma deneyimi, “Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da yaralanma tehdidi, gerçek bir cinsel saldırı ya da cinsel saldırı tehdidi yaşamıştır.” şeklinde açıklanmıştır. Travmatik olayı bizzat yaşamış olma, travmatik olaya şahit olma, bir yakınının başına geldiğini duyma ya da öğrenme, meslek icabı travmaya dolaylı yoldan tekrarlı maruz kalma ifadeleriyle travma kavramı genişletilmiştir. Travmatik olaya medya aracılığıyla maruz kalma bu kategorinin dışında tutulmuş, kişinin travmatik uyarana karşısında yaşadığı öznel tepkiler kategorisi içinde yer almamıştır (APA, 2013).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), bireyin aşırı travmatik bir stres faktörü ile karşılaşmasının ardından gelişen bir ruhsal bozukluktur. Bu durum, yaşanmış olayların kişi tarafından rahatsız edici şekilde tekrar tekrar yaşanması, kaçınma davranışları gösterme, duygusal donukluk ile otonomik, disforik ve bilişsel belirtilerle karakterize şekilde tanımlanmaktadır (Sadock ve Sadock, 2003). Travmatik yaşam deneyimlerine verilen kısa süreli tepkiler Akut Stres Bozukluğu (ASB), daha hafif düzeyde tepkiler Uyum Bozukluğu şeklinde adlandırılmaktadır. TSSB ve ASB arasındaki fark genellikle stres faktörünün şiddeti, belirtilerin varolma süresi ve TSSB’nin ana belirtisi sayılan olayları tekrardan yaşama (flashback) durumunun varlığına dayanmaktadır. Kısa veya uzun süreli depresif reaksiyon, diğer duygusal ve davranışsal bozukluklar TSSB’nin baskın özellikleri arasında yer almaktadır (WHO, 1993). TSSB risk grubu, sadece doğrudan travmatik olaylara maruz kalmış olan bireyleri değil, aynı zamanda travmatik olaylarla çeşitli şekillerde ilişkisi olan bireyleri de içermektedir (Weiss ve ark., 1995).

Daha önce anksiyete bozuklukları kategorisinde sınıflandırılan TSSB, DSM-5'te travma ve stresle ilişkili bozukluklar bölümünde ASB ve Uyum Bozukluğu ile beraber sınıflandırılmaktadır. DSM-5'te TSSB, "korku" kaynaklı bir bozukluk olarak değil, aynı zamanda anhedonik/disforik özellikler sergileyebilen, negatif bilişlere sahip, kızgınlık, kendine zarar verme, dürtüsellik gibi davranışsal semptomları içeren bir sendrom şeklinde tanımlanmaktadır. DSM-5'te kronik ve akut kavramları kaldırılmış, bunun yerine "gecikmeli dışavurum gösteren tip" tanımlanmıştır; fakat "kimileri kısa süre içinde başlamış olsa da" ifadesi eklenmiştir. İlaveten, disosiyatif belirtiler gösteren TSSB'nin ayrı olarak kodlanması talep edilmiş, depersonalizasyon ve derealizasyon alt başlıkları koyulmuştur (APA, 2013; Akt: Williamson, 2022). Tablo 1’de DSM-5 tanı kriterleri sunulmuştur.

Tablo 1. DSM-5’e Göre TSSB Tanı Kriterleri

Travmatik Bir Olaya Doğrudan Maruz Kalma	Travmatik olayla ilgili semptomların tekrarlanması	Travmatik olayla ilgili uyarılardan kaçınma	Artmış Uyarılmışlık ve Tepkisellik
A. Kişi, doğrudan veya dolaylı olarak aşağıdakilerden birine maruz kalmalıdır:	B. Aşağıdakilerden en az biri yaşanmalıdır:	C. Aşağıdakilerden en az üçü yaşanmalıdır:	D. Aşağıdakilerden en az ikisi yaşanmalıdır:
1. Ölümle veya ağır yaralanmayla karşı karşıya gelme	1. Travmatik olayla ilgili anıların tekrar tekrar, istemeden gelmesi (flashback)	1. Travmatik olayla ilgili düşüncelerden, konuşmalardan, duygulardan veya durumlardan kaçınma	1. Uyku bozuklukları (uykusuzluk, kabuslar, erken uyanma)
2. Cinsel saldırıya uğrama	2. Travmatik olayla ilgili rüyalar görme	2. Travmatik olayla ilgili yer veya kişilerden kaçınma	2. Dikkat ve konsantrasyon sorunları

3. Fiziksel yaralanma veya ölüme neden olabilecek bir olaya tanık olma	3. Travmatik olayın tekrar tekrar yaşandığı hissi	3. Travmatik olayla ilgili hatırlatıcılardan kaçınma	3. Kolay irkilme
4. Aile üyesi veya yakın arkadaşının ölümle veya ağır yaralanmayla karşı karşıya gelmesine tanık olma	4. Travmatik olayla ilgili yoğun acıyla birlikte yaşanan duygular (örneğin, korku, öfke, suçluluk)		4. Aşırı uyarılma (örneğin, gerginlik, sinirlilik, aşırı endişe)
5. Mesleki olarak göz korkutucu bir şekilde ölümle veya ağır yaralanmayla karşılaşma veya cinsel istismara uğrama			5. Öfke patlamaları
E. Belirtiler, travmatik olaydan sonra 4 hafta veya daha uzun süredir devam etmelidir.			
F. Belirtiler, kişinin günlük işlevselliğini (iş, okul, sosyal/romantik ilişkiler, sosyal yaşamı) önemli ölçüde etkilemelidir.			

Epidemiyoloji çalışmalarında TSSB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %1-14 olarak belirtilmektedir (APA, 2013; Akt: Jongjedijk, 2023). Travmaya maruz kalmış olan çocukların %34.5'inde TSSB ortaya çıktığı bildirilmektedir (Perry ve Azad, 1999). Breslau ve arkadaşlarının (1991) yaptığı bir araştırma ise genel olarak gençlerde travmayla ilişkili psikopatolojinin verilerine göre yetişkinlikte yaşam boyu yaygınlığının %9.2 olduğunu göstermektedir. DSÖ'nün bir çok farklı ülkede yaptığı geniş ölçekli çalışmaya göre ise %70.4 oranındaki katılımcı yaşamları boyunca en az bir defa travmatik olay yaşadığını söylerken, ülkeye, kültüre ve travmanın türüne göre bu oranın oldukça farklılık gösterdiği belirtilmektedir (Benjet ve ark., 2015).

Çocuklukta maruz kalınan travmatik yaşam deneyimleriyle yetişkinlik dönemindeki TSSB, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, sosyal fobi), alkol, madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları (borderline kişilik bozukluğu), bipolar bozukluk, psikotik bozukluk, somatizasyon bozukluğu (organik nedenlerle açıklanamayan fiziksel ağrılar), yeme bozuklukları gibi bir çok ruhsal bozukluk arasında korelasyon olduğu bildirilmektedir. Disosiasyon, düşmanlık, öfke, kurban moduna bürünme gibi kişiler arası problemler yaşandığı da belirtilmektedir. (Kendall, 2002; Fassler, 2005; Waldinger, 2006; Widom 2007; Burns, 2012; Carpenter, 2011; Sar, 2009; Whiffen, 2015; Akt: Çelik, 2018).

1.1.3. Travmanın Ruhsal Etkileri

Travmatik olaya maruz kalan kişiler, bireysel, toplumsal, sosyal ve fizyolojik etkenlerle birlikte travmanın şiddeti, türü, yaşanış şekli gibi birçok değişkenle ilişkili olarak birbirinden farklı tepkiler verebilmektedir. Bu tepkilerin en işlev bozan şekli ise elbetteki ruhsal bozukluğa dönüşmüş halidir (Bedirli, 2014). Kasti olarak, insan eliyle oluşturulan tecavüz, işkence gibi travmaların, doğal afet, sel, tipi gibi kasti olmayan insan eliyle oluşturulmamış travmalara kıyasla ruhsal bozukluk oluşturma riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Karbeyaz, Gündüz, Balcı ve Akkaya, 2012).

Cinsel ve fiziksel saldırıya uğrayan kişilerde TSSB, major depresyon (MD), anksiyete bozuklukları, ASB ve cinsel işlev bozuklukları yaygın olarak görülmektedir (Luce, Schrager ve Gilchrist, 2010; Uğuz, Toros, Yazgan İnan ve Çolakkadıoğlu, 2004). Çocukluk çağında yaşanan fiziksel ve cinsel istismarın psikiyatrik bozukluk geliştirme riskini artırdığı (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2000), sırasıyla en sık rastlanan psikiyatrik bozuklukların da TSSB ve MD olduğu vurgulanmıştır (Ayaz, Ayaz ve Soylu, 2012). İstismara uğrayan çocuk ve ergenlerde, yetişkinlik dönemine kadar farklı psikiyatrik bozuklukların da görüldüğü bulgulanmıştır (Kaufman, 2007).

Çocukluk çağı travmaları arasından fark edilmesi ve tedavi edilmesi en zor olanının istismar ve ihmal olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeni olarak, çocuğa en yakınları tarafından uygulanıyor olması gösterilmektedir (Yılmaz, İşiten, Ertan, ve

Öner, 2003). Bu araştırmada çocukluk çağı olumsuz yaşantıları (travmalar) içerisinde ciddi sonuçlara yol açan fiziksel ve duygusal ihmal ile fiziksel ve duygusal istismar travmasına yer verilecektir. Dolayısıyla, cinsel istismar bu çalışmanın kapsamı dışında bırakıldığı için giriş kısmında kuramsal olarak açıklanmayacaktır.

1.1.4. İstismar ve İhmal

İstismar ve ihmal çocuğa ebeveynleri tarafından ya da birincil bakım verenince gerçekleştirilen, çocuğun psikolojik, biyolojik, sosyal gelişimine olumsuz etkileri olan, toplumsal ahlak kurallarınca yanlışlığı kabul görmüş olan eylem veya eylemsizlikler olarak tanımlanmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007). Çocuk istismarı, bir yetişkin tarafından çocuğa zarar vermeyi hedefleyen tutum, eylem ve davranışların sergilenmesi; çocuk ihmali ise çocuğun bakımından, sağlıklı ve iyi oluşundan sorumlu olan anne, baba ve/veya birincil bakım verenince gerçekleştirilmesi beklenen tutum, davranış ve eylemlerin hiç gerçekleşmemesi ya da zamanında yerine getirilmemesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2009). Bir anlamda, istismar aktif bir olgu olarak kabul edilirken, ihmal pasif bir olgu olarak değerlendirilmektedir (Aral, 1997). Farklı kaynaklarda değişik şekillerde tanımlanmakla birlikte, istismar, çocuğun kendisinden en az 6 yaş büyük bir kişi tarafından, ruhsal ve bedensel iyi oluşuna zarar veren veya zihinsel, duygusal, fiziksel, ahlaki ve sosyal gelişimini engelleyen, kasıtlı olarak gerçekleştirilen, toplumsal normlarca uygunsuz veya zarar verici olarak nitelendirilen tavır ve tutumlara maruz kalması şeklinde tanımlanmaktadır (Gürkaynak ve Gözütok, 1998; Kozcu, 1991; Lynch, 1991; Polat, 2007; Şahin, 2001, Taner ve Gökler, 2004). Garbarino ve Garbarino'ya (1994) göre ise çocuk istismarı, çocuğa kötü muameleyi kapsamakta olup çocuğun cinsel, fiziksel, duygusal açıdan zarar verici eylemlere maruz bırakılması olarak tanımlanmaktadır (Akt: Aral, 1997).

Helfner (1991) ise bu iki kavramı birlikte tanımlayarak, çocukla bakım vereni arasında çocuğun fiziksel ya da gelişimsel durumuna olumsuz etki eden ve kaza sonucu meydana gelmeyen olay; çocuğun beslenme, barınma, bakım, korunma, eğitim gibi temel gereksinimlerinin birinin ya da birden fazlasının karşılanmadığı durumlar

olarak kavramsallaştırmıştır. Zeytinoğlu (1999) ile Güler ve arkadaşlarına (2002) göre ise, yasaların belirlediği reşit olma yaşından küçük çocuklara yönelik uygulanan duygusal, fiziksel, bilişsel ve toplumsal gelişimlerini olumsuz etkileyen davranışların tamamı istismar; çocukların barınma, beslenme, korunma, bakım, eğitim gibi gereksinimlerinin karşılanmaması tutumu da ihmal olarak tanımlanmaktadır. Çocuk ihmali ve istismarı çocuk sağlığını olumsuz etkileyen, çocukta ömür boyu iz bırakan ciddi bir sağlık problemi olarak ele alınmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocuğa karşı uygulanan kötü muameleyi ve çocuk istismarını birlikte ele almış, yetişkin bir birey tarafından çocuğa karşı kasten veya fark etmeden yapılan ve çocuğun bedensel sağlığı, fizyolojik, psikolojik, sosyal gelişimi üzerinde olumsuz etki bırakan tutumları, ticari çıkar uğruna çocuğun kullanılmasını çocuk istismarı olarak tanımlamıştır (Kara ve ark., 2004; WHO, 2006). İstismarın tanımı yapılırken, “tekrar etmesi, kasıtlı olması, çocuğun fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyal gelişimini ve sağlığını olumsuz etkilemesi” gibi nitelikler vurgulanmaktadır (Aral, 2001). Çocuk istismarında en önemli etmen insan davranışından kaynaklanan yasaklanmış bir eylem sonucunda oluşmasıdır. İstismar davranışının mağdur edilen çocuk tarafından olumsuz algılanması koşulu aranmamaktadır (Polat, 2007).

1.1.4.1. Çocuk İstismar ve İhmalinin Çeşitleri

Çocuğa karşı kötü muamele, çocuk ihmali, çocuk istismarı gibi ifadeler değişiklik gösterse de her birinin ortak noktası çocuğun maruz bırakıldığı eylemler neticesinde sosyal, fiziksel, cinsel ya da duygusal olarak zarara uğramasıdır. DSÖ, çocuğa karşı yapılan kötü muameleyi fiziksel istismar, duygusal ve psikolojik istismar, cinsel istismar ve ihmal olmak üzere 4 gruba ayırmıştır (WHO, 2006). Ancak bu çalışmada hedef grup fiziksel ve duygusal istismar ile ihmal yaşantısı olan bireyler olduğu için cinsel istismara giriş kısmında yer verilmeyecektir.

1.1.4.1.a. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar kavramı en genel haliyle çocuğun fiziksel olarak zarar görmesi durumunu ifade etmektedir. 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin, ana babası ya da bakımından sorumlu bir kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde sürekli ve sistemli olarak fiziksel hasara uğraması (Kulaksızoğlu, 1998), çocuğun kaza dışı yaralanması (Polat, 2007; Hancı, 2002) veya fiziksel olarak cezalandırılması (Ünal, 2008) fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle, otorite kurma, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacıyla çocuğa elle ve/veya bir nesneyle vurma, çocuğu itekleme, ısırma, sarsma, yakma, boğma ve/veya zehirlenmesi gibi eylemlerle (WHO, 2006; Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999), bedeninin herhangi bir yerinde iz bırakacak şekilde çocuğun zarara uğratılması durumudur (Aydın, 1997; Hancı, 2002; SHÇEK, 2006).

Çocuğa uygulanan ceza ve fiziksel şiddet, çocuğun psiko-sosyal gelişimini, benlik saygısını olumsuz yönde etkilemekte ve çocuğun şiddeti kanıksamasına yol açabilmektedir. Çocuğun fiziksel olarak istismar edilmesi onun duygusal olarak da hasara uğramasına sebep olmaktadır (Kulaksızoğlu, 1998). Fiziksel olarak zarar gören çocuklar yetişkinlerle temas kurmaktan kaçınma, bir yetişkinin kendilerine dokunmasından ve yaklaşmasından ürkme, anne ve/veya babadan korkma, diğerleriyle derin ilişkiler yerine yüzeysel ilişkiler kurma, sosyal işlevsellikte yetersizlik, kolaylıkla yalan söyleme, zaman zaman gözlerini bir noktaya dikip donuk bir şekilde bakma, korku verici durumlarda tepkisiz kalma, donma, kolayca ağlayamama gibi özellikler göstermektedirler. Ayrıca bu çocukların duygusal yoğunluğu az olabilmekte, davranışlarında aşırılıklar gözlemlenebilmekte, saldırgan ya da içedönük tutumları bulunabilmekte, öfke ve istismar davranışı içeren ilişkilerle dikkatleri üzerine çekmeye çalışma gibi alışkanlıkları olabilmektedir. Başka bir deyişle, yetişkinlerin ilgisini çekebilmek amacıyla kolaylıkla yanlış davranış, tutum ve eylemler gerçekleştirebilmekte, ayrıca çevreye uyum gösterme konusunda ciddi sıkıntılar yaşayabilmektedirler (Tıraşçı ve Gören, 2007; Bilir ve ark., 1991). Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda gelişim geriliklerinin olduğuna, zihinsel yetilerinde

bozulmalar meydana geldiğine ve akademik başarısızlıkların gözlemlendiğine işaret eden araştırmalar da mevcuttur (Taner ve Gökler, 2004; Güler ve ark., 2002).

Çocuk ve ergenlere uygulanan fiziksel cezanın etkileri üzerine yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre, fiziksel açıdan ceza gören çocuğun kaygı ve içe kapanma yaşadığı (Örsel ve ark., 2011), benlik kavramının olumsuz etkilendiği (Eroğlu ve Türk, 2013; Güneri Yöyen, 2017; Onat ve ark., 2016), şiddet, zarar verme ve saldırganlık (Şirin, 2009) davranışlarına eğilimli oldukları tespit edilmiştir. Şiddetli bir şekilde fiziksel cezaya maruz bırakılan çocuk çaresizlik ve değersizlik düşünceleri ile korku duygusu deneyimlemektedir. Çocukluğunda fiziksel cezaya maruz kaldığı tespit edilen üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda bu bireylerin yoğun kaygı ve depresyon tepkileri gösterdikleri, olumsuz sosyal ilişkilerinin olduğu belirtilmektedir (Güner ve ark., 2010). Başka bir çalışmada, fiziksel istismar ve ihmalle birlikte en sık görülen sorunların saldırganlık ve suça yönelik davranışlar olduğu saptanmıştır (Akt. Taner ve Gökler, 2004). En sık rastlanan ve fark edilmesi en kolay olan istismar çeşidi olan fiziksel istismara uğramış çocuklarda korku, çaresizlik duyguları yoğun olabilmekte (Kars, 1996), içe kapanma ve özgüven eksikliği gözlenebilmekte, kaygı sorunları (Bulut, 1996; Lynch, 1991a) ve olumsuz sosyal ilişkiler sıklıkla ortaya çıkabilmektedir. Daha da ötesinde, bu bireyler fiziksel şiddeti bir sorun çözme aracı olarak öğrendiği için ileride kendisi de şiddet uygulayan bir birey/eş/ebeveyn olabilmektedirler. Büyüme (gelişim) geriliği, konuşma geriliği (Aral,1997), yeme bozuklukları, okula uyumsuzluk, okuldan kaçma, okul başarısında düşme (Kars,1996) bağımlılık yapan maddeleri kullanma (Bulut,1996), riskli ortamlarda ve davranışlarda bulunma, özkıyım girişi (Bilir, Arı, Dönmez ve Güneysu, 1991a), öfkesini kontrol edememe, depresyon ve kendine zarar verme (Bilir ve ark., 1991a; Bulut, 1996; Erkman, 1991) davranışlarının da çocukluğunda fiziksel istismara uğramış bireylerde olabildiği belirlenmiştir (Zoroğlu, Tüzün, Şar, Öztürk, Kora ve Alyanak, 2001). Zoroğlu ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmalarında kendine zarar verme davranışı gösteren ve özkıyım girişimleri olan ergenlerin daha öncesinde fiziksel istismara

uğradığını bulmuşlardır. Bruffaerts ve arkadaşlarının (2010) çalışması da, fiziksel tacizin, intihar davranışının en güçlü yordayıcısı olduğunu göstermiştir.

Yılmaz-Irmak (2008), fiziksel istismar yaşantısının ardından gözlenen ruhsal bozukluk belirtileri gösteren ve riskli davranışlar sergileyen 12-17 yaş arasındaki ergenlere ulaşmıştır. Çalışmanın neticesinde, fiziksel istismarın bağlanma ve benlik saygısı üzerinde olumsuz etkisi olduğunu göstermiştir.

1.1.4.1.b. Duygusal ve psikolojik istismar

Çocuklar ebeveynlerine ve/veya birincil bakım verenlerine sadece beslenme, bakım, barınma gibi fiziksel ihtiyaçları ya da psikolojik ve sosyal ihtiyaçları nedeniyle gereksinim duymamaktadırlar (Hoşoğlu, 2009). Bu noktada duygusal istismarın tanımı yapılacak olursa, çocuğun kişilik gelişimini, duygusal ve sosyal gelişimini engelleme potansiyeli olan her türlü davranış ve çocuğun psikolojik ve biyolojik gelişiminin bozulmasına sebebiyet veren kötü muamele çeşidi olarak kavramsallaştırılmaktadır (Garbarino ve Garbarino, 1994; Ünal, 2008). Çocuğun kapasitesinin, kişilik özelliklerinin ve isteklerinin sürekli biçimde aşağılanması, terk etme ile tehdit edilmesi, sosyal ilişkiden uzak tutulması, çocuğun toplumda kabul görmüş bakım yöntemlerine aykırı şekilde yetiştirilmesi, yaşına ya da fiziksel gücüne uymayan eylemler talep edilmesi (Topbaş, 2004), hem pedagojik hem de toplumsal ölçütler açısından psikolojik açıdan zarara uğratılması (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004) duygusal ve psikolojik istismar şeklinde adlandırılmaktadır.

Psikolojik istismar, küçük düşürme, hakaret etme, küfür etme, lakap takma, yalnız bırakma, terk etme, korkutma, ayırma, önemsememe, reddetme, alaylı konuşma, aile içi şiddeti görerek büyüme, kendisine bağımlı kılma ve üzerinde baskı kurma gibi çocuğun kimlik gelişimine hasar veren davranışları (Beyazova ve Şahin, 2001; Paavilainen ve Tarkka, 2003; Polat, 2007; WHO, 2006), fiziksel olmasa dahi ağır olan tehdit veya cezaları (Taner ve Gökler, 2004) içermektedir. Bu tarz eylemler çocuğun psikolojik, duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal gelişimine kısa veya uzun vadede zarar verebilmektedir.

Duygusal istismar, tek başına görülebilmekle birlikte cinsel ve fiziksel ihmal ya da istismara eşlik edebilmektedir. Psikolojik ve duygusal istismara bağlı zararlar fiziksel istismar kadar zedeleyici olmasına rağmen tespit edilmesi daha zor olmaktadır (Kara ve ark., 2004). Yetişkinler tarafından duygusal istismara maruz bırakılan ergenlerde içe kapanma, gergin ve kaygılı olma belirtileri, olumsuz benlik algısına sahip olma, bağımlı kişilik özellikleri gösterme, aileden uzaklaşma, uygunsuz ve saldırgan davranış ve tepkiler gösterme, değersizlik ve yetersizlik inançları gibi semptomların olduğu tespit edilmiştir. Aile üyelerine karşı pasif agresyon geliştirmeleri de beklenen bir durumdur (Kulaksızoğlu, 1998). Yapılan araştırmalar sonucunda duygusal ve psikolojik açıdan istismara maruz kalan çocuklarda parmak emme, alt ıslatma, ısırma, sallanma gibi davranışlar ve beslenme bozukluklarının görülebildiği tespit edilmiştir. Saldırganlık, zulüm etme, hırsızlık gibi antisosyal davranışlar da yaygın olarak görülmektedir. Uyku bozuklukları, obsesyon, kompulsiyon, histeri, fobiler, gerçekçi olmayan korkular, oyun oynamaktan çekinme gibi tepkiler görülebilmektedir (Bilir ve ark., 1991).

Duygusal istismara uğramış olan ve olmayan ergenlerle yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, algılanan duygusal istismarın artmasının olumlu benlik algısının azaltmasıyla ilişkili olduğu, ek olarak depresyon ve kaygı puanlarının artmasıyla anlamlı ilişki gösterdiği bildirilmiştir (Siyez, 2003). Duygusal olarak istismar edilmenin, kadın ve erkekte beden algısını olumsuz etkilediği, beden memnuniyetini bozduğu, benlik saygısını azalttığı anlaşılmıştır. Yetişkinlikte depresyon tanısı koyulan hastalarla yapılan incelemeler sonucunda bu kişilerin çocukluk çağında duygusal ve psikolojik istismara maruz bırakıldıkları görülmüştür (Crow, Cross, Powers ve Bradley, 2014; Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards ve Anda, 2004). Bir çalışmada, Örsel ve arkadaşları (2011), minimum bir psikiyatrik tanı almış olan 183 birey içinde duygusal istismara uğrayanların duygudurum ve anksiyete bozuklukları tanısı alma oranının anlamlı bir şekilde arttığını, psikiyatrik bozukluk tanısı almış bir aile bireyine sahip olma oranının da anlamlı bir şekilde yükseldiğini bildirmişlerdir.

1.1.4.1.c. İhmal

Hangi çeşidi olursa olsun istismar yaşantısı çocukta derin yaralar açmaktadır. İhmal, çocuğun gelişimini olumsuz şekilde etkileyen bir başka önemli etmendir. Çocuğun ihmal edilmesi istismar edilmesi kadar olumsuz bir süreçtir. Çocuğun ebeveynleri, öğretmeni veya bakımından, gelişiminden, iyi oluşundan ve sağlığından sorumlu olan bir yetişkin tarafından göz ardı edilmesi; barınma, beslenme, sağlık, eğitim, bakım gereksinimleriyle ilgilenilmemesi veya yaşam koşulları için gereken özenin gösterilmemesi, çocuğun duygusal, fiziksel veya sosyal açıdan ihmal edilmesi olarak kavramsallaştırılmaktadır (WHO, 2006; Polat, 2007). İstismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olması ikisini birbirinden ayıran özellikler arasında yer almaktadır. İstismar büyük oranda psikolojik stres faktörüyle ilgili olarak meydana gelmektedir. İstismarda olduğu gibi ihmalin de duygusal, cinsel ve fiziksel etkileri bulunmaktadır (Ünal, 2008; Şenol, 2000). Fiziksel olarak oluşturulan ihmalin tespit edilmesi de kolay olmaktadır (Aral, 1997; Bilir, Arı, Atik ve San, 1991). Fiziksel açıdan ihmal edilme, reşit olmayan çocuk ya da gencin yetersiz beslenmesi, temizliğine ve bakımına önem verilmemesi, mevsimine uygun kıyafetler giydirilmemesi halinde zarara uğraması durumudur (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Psikolojik ihmal, çocuğa duygusal bakım ve desteğin hiç ya da yeterince verilmemesi, çocuğun sağlıklı zihinsel, sosyal ve psikolojik gelişimi için verilmesi gereken uyaranların sağlanmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra aşırı koruyucu bir ebeveyn tutumu içinde olan aile de çocuğun sağlıklı gelişimini engelleyeceği için kimi zaman duygusal ihmale sebebiyet verebilmektedir (Aral, 1997; Öztürk, 2007b).

İhmal ve istismar edilen çocuklarda depresyon ve anksiyete belirtileri, düşük öz saygı ve olumsuz benlik algısı, başkalarına ve kendisine zarar verme gibi davranış bozuklukları, alkol bağımlılığı, öğrenme güçlüğü gibi sorunlar meydana gelebilmektedir (Güler ve ark. 2002). Özellikle gelişimsel gerilik tanısı olan, eğitim ihtiyacı karşılanmayan, psikolojik ve sosyal açıdan uyum zorluğu yaşayan çocuklarda ihmal önemli bir bulgu olarak akla gelmektedir (Topbaş, 2004). İhmal edilmiş çocuklar ile istismar edilmiş çocuklar arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda

ihmal edilmiş çocukların, çocukluk döneminde daha içe kapanık oldukları ancak bu durumun yerini ergenlik döneminde dışavurum davranışlarının aldığı saptanmıştır (Altıntaş, 2008).

1.1.4.2. İhmal ve İstismar Olgularının Çocuğun Psiko-Sosyal Gelişimine Etkileri

İstismar veya ihmale maruz bırakılmış çocuklar, kısa ve uzun dönem iyilik hallerini olumsuz etkileyen davranışsal, sosyal ve duygusal sorunlar yaşamaya daha eğilimli hale gelmektedirler (Lundahl, Nimer ve Parsons, 2007; Richards ve O’Keeffe, 2004). Kötü muameleye maruz kalan çocukların kalmayan yaşıtlarına kıyasla, daha zayıf sosyal ilişkilere sahip oldukları, kişisel ilişkileri acı verici ve güvensiz buldukları, sosyal açıdan kişilere zarar verme eğiliminde oldukları belirtilmiştir (Harford, Yia ve Grant, 2014). Fiziksel açıdan istismara maruz kalma çocukta agresyon, temastan kaçınma, kendini veya etrafını aşırı kontrol etme ve insanlardan korkma, akademik başarıda güçlük yaşama, gelişimde ve konuşmada gerilik, bilişsel yetilerde bozulma (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999), kaygı bozukluğu, dikkat eklikliği ve alkol madde kötüye kullanımı (Taner ve Gökler, 2004), saldırganlık ve suça yönelme (Page, 2004) gibi sonuçlar gelişmesine sebebiyet vermektedir. Mullen, Martin, Anderson, Romans ve Herbison (1996), duygusal açıdan istismara maruz bırakılan çocuklarda, özgüven sorunları, intihar girişimleri, sosyal ilişkilerde zorlanma ve kişilik bozukluklarının görülmekte olduğunu belirtmişlerdir. Bu istismar türünün diğerlerine kıyasla psikolojik işlevsellik üzerinde daha negatif bir etkiye sahip olduğu da bildirilmektedir (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999).

İstismara maruz bırakılan çocuklarda sıklıkla depresyon belirtileri, düşük benlik saygısı, öfke patlamaları, intihar girişimine yönelik düşünceler oluşabilmekte (Davis ve Petretic-Jackson, 2000; Pelcovitz, Kaplan ve Goldenberg, 1994); olayı anımsatan nesnelerden, kişilerden ya da görüntülerden kaçınma davranışı görülebilmektedir (Kılıç, 2004). Çocukluk çağı ihmal ve istismarının kişide psikopatoloji meydana gelmesinde önemli bir rol oynadığı (Etain ve ark., 2010);

depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozuklukları (Örsel ve ark., 2011); kendine zarar verme davranışı (Zoroğlu ve ark., 2001); dissosiyatif belirtiler (Evren ve Ögel, 2003), antisosyal kişilik bozukluğu (Algül ve ark., 2009) oluşumuna zemin hazırladığı belirtilmektedir. Gelişimsel gerilik, yeme bozukluğu, fobiler, kabuslar, uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlük, uyurgezerlik, somatik yakınmalar, enürezis, erken çocukluk dönemi amnezisi, TSSB, depresyon, anksiyete ve panik bozukluk, dikkat eksikliği, borderline kişilik bozukluğu, konversiyon bozukluğu ve antisosyal davranışlarla (Güleç, Topaloğlu, Ünsal ve Altıntaş, 2012) çocukluk döneminde istismar ve ihmal yaşamanın birbiriyle olan ilişkisi bildirilmiştir.

Çocukluk çağında istismar ve ihmale maruz kalma, yalnızca yaşandığı çocukluk dönemini değil aynı zamanda yetişkinlik yıllarını da olumsuz olarak etkilemektedir. Çocuk istismar ve ihmal, bireylerin benlik saygısını önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir ve ileride ortaya çıkabilecek birçok ruhsal bozukluğun temelini oluşturmaktadır (Güneri Yöyen, 2017). Çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantısı ile yetişkinlikteki psikolojik bozukluklar ve alkol, madde kötüye kullanımı arasında bağlantı olduğu bulunmuştur (Bryer, Nelson, Miller ve Krol, 1987; Covington ve Kohen, 1984; Putnam, 2003). Başka bir çalışmada, sevgiden mahrum bırakılan ve soğuk bir ebeveyn tutumuyla büyütülen bireylerin erişkinlik dönemine geldiklerinde arkadaşlarıyla, eşiyle ve çocuğuyla olan ilişkilerinde sıkıntı yaşadığında ve stresle baş edemediğinde sıklıkla şiddete başvurduğu bildirilmiştir (Polat, 2007). Harford, Yia ve Grant'ın (2014) yürüttükleri çalışmada da benzer bir sonuca ulaşılmış, çocukluk dönemi istismar yaşantısının, yetişkinlikte psikiyatrik bozukluklarla ve kendine veya başkalarına şiddet uygulama davranışlarıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak, çocukluk döneminde istismar yaşantısına maruz kalma durumunun kendilik algısı üzerinde de olumsuz etkiler yarattığı ve kişinin olumlu sosyal ilişkiler geliştirmesini engellediği belirtilmiştir (Loos ve Alexander, 1997).

Çocukluk çağında yaşanan istismar ve ihmal yaşantılarının temel özellikleri ve çocuklar üzerinde yarattığı kısa ve uzun vadeli etkileri inceledikten sonra, travmatik etkinin azaltılması ve travmanın sebep olduğu psikiyatrik belirtilerin sağaltımında

kullanılan bir psikososyal müdahale olan EMDR terapisinin kavramsallaştırılmasına geçilecektir.

1.2. EMDR TERAPİSİ

1.2.1. EMDR Terapisi Nedir?

Çocuklukta yaşanan olumsuz yaşam deneyimleri ve/veya travmaların olumsuz etkilerinin psikososyal bakımdan iyileştirmekte etkili olduğu görgül çalışmalarla kanıtlanmış olan terapi yöntemlerinden birisi, açık ismi ile Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisi'dir (EMDR - Eye Movement Desensization and Processing). EMDR Terapisi, Francine Shapiro'nun 1987 yılında spontane göz hareketlerinin, olumsuz ve rahatsız edici düşüncelerin yoğunluğunu azalttığını keşfetmesiyle beraber geliştirilmiş olan güncel bir psikoterapi yaklaşımıdır (Shapiro, 2012). EMDR Terapisi, psikodinamik terapi, danışan yönelimli, bilişsel davranışçı, beden odaklı terapi gibi farklı terapi ekollerinin çeşitli özelliklerini birleştiren ve yapılandırılmış klinik protokoller içeren bütüncül bir psikoterapi yöntemidir (Shapiro, 2002; Shapiro ve Maxfield, 2002).

1.2.2. EMDR ve Travma

EMDR bakış açısına göre, travmatik yaşantıyla ilgili anı(lar) bellekte adaptif (işlevsel) olmayan şekilde depolanmakta ve söz konusu bu yaşantılar “düğüm” olarak adlandırılmaktadır. Düğüm, anı ağlarının kalbinde bulunan, terapötik olarak çözülmesi hedeflenen, nörolojik sistemde depolanmış olan deneyim olarak kabul edilmektedir. Adaptif olmayan şekilde depolanmış olan anılar, benlik algısının zayıflamasının ve uyumsal olmayan reaksiyonların verilmesinin başlıca sebebi olarak gösterilmektedir. Şu andaki yaşantılar, geçmişte oluşmuş anı ağları ile bağlantılı oldukları için, adaptif olmayan şekilde depolanmış anılar ile beslendiklerinde uygunsuz şekilde yerleşebilmektedir. Bellekte depo edilen ve adaptif olmayan bu anılar, görüntü,

düşünce, duygu, beden duyumları gibi bilgilerden oluşmaktadır (Kavakcı, Doğan ve Kuğu, 2010).

Bilgi, “donmuş” bellek sisteminde nörolojik açıdan başka bilgilerle uyum sağlayacak biçimde işlenmemiş bir şekilde depolanmış olabilmektedir (Shapiro ve Maxfield, 2002). Özellikle çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantısı bu kapsamda yer almaktadır. Travmatik anılar büyük “T” olarak adlandırılan savaş, tecavüz gibi bireyi açıkça etkileyen travmatik bir yaşantı ya da küçük “t” olarak adlandırılan ve kişinin kendisinde “değersizim”, “yetersizim” gibi olumsuz inançlara yol açan birçok olay ya da stresörün kronik olarak yaşandığı deneyimler olabilmektedir (Shapiro, 2001). Birbiri ile ilişkili, temeldeki hedef anılar (düğümler) özgün halleriyle (işlenmeden) depolanmışlardır ve şimdiki zamanı önemli şekilde olumsuz etkilemektedirler.

Shapiro ve Maxfield (2002), bireyin şimdiki zamanda sahip olduğu bozukluklarının yaklaşık tamamının altında yatan sebebin geçmiş deneyimlerde saklı olduğunu belirtmektedir. Birçok kişinin yaşamı boyunca benzer sorunları tekrar eden bir şekilde yaşamasının sebebi, adaptif olarak işlenmemiş olan travmatik anı ağları olabilmektedir. Bu travmatik anılar, adaptif olarak işlenmeye başladığında bozuk olan bilgi, işlevsel hale gelmektedir ve bu sayede bireydeki olumlu değişim artmaktadır (Shapiro ve Maxfield, 2002).

1.2.3. EMDR Terapisinin Çalışma Sistemi Üzerine İlk Hipotez

EMDR’nin geliştiricisi olan Francine Shapiro’nun ortaya koyduğu Adaptif Bilgi İşleme (Adaptive Information Processing-AIP) modeline göre, bir bilgi travmatik ya da rahatsızlık vericiyse nörolojik sistemde yeterince işlenememektedir. Travmatik olayla ilgili ilk algılar, kişinin belleğinde çarpıtılmış düşünce (biliş), duygu, duyum ve algılar olarak depolanmaktadır. Bireylerin mevcut zamanda gerçekleştirdiği uyumsuz davranışlar travmatik anıların doğru şekilde işlenmeden depolanmasının neticesinde ortaya çıkmaktadır. TSSB’nin “intrusive” (girici) belirtilerinin, travmanın işlenmemiş algısal, afektif ve bilişsel öğelerinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir.

Bu noktada, göz hareketleri veya ses, titreşim, dokunma gibi diğer iki yönlü (bilateral) uyaranların bilgi işlemeyi harekete geçirdiği varsayımı yer almaktadır (Shapiro, 1999). Çeşitli çalışmalar EMDR'deki iki yönlü göz hareketlerinin travmatik anı ile ilgili görüntülerin canlılığını ve duygusal yoğunluğunu azalttığını göstermektedir (van den Hout, Muris, Salemink ve Kindt, 2001).

Sıkıntının ve kaçınmanın azalması olumsuz anıya karşı duyarsızlaşmayı sağlamakta ve bu sayede anı ile ilgili bilginin zihinde adaptif olarak işlenmesi artmaktadır. Olaya dair görüntüler canlılığını yitirmekte ve böylece anı ile ilgili bilgi adaptif bilgiye katılabilmektedir. Bunun sonucunda, zihindeki anı ağı içinde daha çok bağlantının kurulduğu varsayılmaktadır (Shapiro ve Maxfield, 2002).

1.2.4. EMDR Terapisinin Aşamaları

EMDR protokolü, sekiz aşamalı yapılandırılmış bir dizi tedavi bileşeninden oluşmaktadır (Rodenburg ve ark., 2009). EMDR terapisinde geçmiş, şimdi ve gelecek olarak üç yönlü bir tedavi yaklaşımı kullanılmaktadır (Shapiro, 2002).

EMDR protokolünün 1. aşaması “Öykü Alma ve Tedavi Planı Oluşturma” olarak adlandırılmaktadır. Bu aşamada, danışanın fiziksel ve duygusal esnekliği (ego gücü) ve risk faktörleri (epilepsi, multiple skleroz vb. nörolojik bozukluklar) dikkate alınarak danışanın mevcut sorununu içeren ayrıntılı yaşam öyküsü, sağlık bilgileri alınır ve kişinin EMDR uygulaması için uygun olup olmadığına ilişkin değerlendirmesi yapılır (Asarlı Tokgöz, 2018). EMDR uygulaması için uygun olduğu tespit edilen danışanların hedef anıları, geçmişte yaşadıkları travmatik olaylar ve şimdiki zaman tetikleyicileri ve gelecekteki muhtemel zorlanma alanları tespit edilir (Novo Navarro ve ark., 2018). Danışana terapisinin rasyoneli ve dayandığı temeller açıklanır ve danışana özel tedavi planı hazırlanır (Shapiro, 2001).

Protokülün 2. aşaması ise “Hazırlık” aşamasıdır. Bu aşama, danışan-terapist arasında terapötik bir ilişki kurmayı, danışanı belirtileri konusunda bilgilendirmeyi ve tedaviye yönelik gerçekçi ve pozitif hedefler belirlemeyi içermektedir. Travmatik yaşam deneyimleriyle çalışmaya başlamadan önce “güvenli yer”, “ışık huzmesi”, “dört

element” gibi zihinde canlandırma egzersizleri, bedensel gevşeme egzersizleri uygulamalı bir şekilde öğretilerek danışanın duygularını düzenleme ve dürtülerini kontrol etme becerileri güçlendirilmektedir (Shapiro ve Maxfield, 2002). Sakin/güvenli/kontrollü yer egzersizinde, danışanın hayal dünyasında güvenli, sakın, rahatlatıcı, huzurlu bir yer oluşturmaya yardım edilir ve bu güvenli yer beş duyu kullanılarak (görüntü, ses, koku, tat, renk, duyum) detaylandırılır ve çift yönlü yavaş ve kısa uyarımla pekiştirilir (Shapiro, 2002). “Güven” kelimesi bazı danışanlar için rahatsız edici olabileceği için, danışanın kendisini iyi hissedeceği başka bir sözcük ya da orayı tanımlayan bir sıfat belirlenebilmektedir (Parnell, 2007).

Protokolün 3. aşaması “Değerlendirme” olarak isimlendirilmektedir. Bu aşamada, travmatik anı ve bu anıya ilişkin görüntüler, düşünceler, duygular, bedensel duyumlar detaylı bir şekilde alınır. Travmatik anının en güçlü ve rahatsız edici olan zihinsel resimi bulunur ve bu resim zihinde canlanınca danışanın kendisine yönelik rasyonel olmayan olumsuz inancı (“değersizim”, “zayıfım”, “tehlikedeyim” vb.) belirlenir (Tutarel-Kışlak, 2004a). Sonra, danışandan bu anıyı ve resmi düşündüğünde gerçekte sahip olmak istediği, negatif inancın yerine kendisine yönelik olumlu bir inanç (“Değerliyim”, “güçlüyüm”, “güvendeyim” vb.) belirlemesi istenir. Bu pozitif inanç tespit edildikten sonra, danışandan resim ile birlikte pozitif inancını düşündüğünde, bu pozitif düşünceye ne kadar inandığını 7’li bir Düşünce Geçerlik Ölçeği (Validity of Cognition: VoC) üzerinden değerlendirmesi (1: Hiç inanmıyorum, 7: Tamamen inanıyorum) istenir (Shapiro, 2007). Ardından, danışana bu anıyı ve görüntüyü hatırladığında hangi duyguları hissettiği sorulur ve hissettiği rahatsızlığı 10 dereceli Özne Rahatsızlık Düzeyi (Subjective Unit of Distress: SUD) Ölçeği üzerinden değerlendirmesi (0: Hiç rahatsızlık yok veya nötr, 10: En yüksek rahatsızlık) istenir (Hofmann ve Luber, 2009). Bu aşamada son olarak, danışana travmatik anıyı, resmi, negatif düşünce ve duyguları düşündüğünde bu rahatsızlığı bedeninin neresinde ve ne şekilde hissettiği sorulur (Hensley, 2009).

Bir sonraki aşama olan “Duyarsızlaştırma”nın amacı, adaptif biçimde işlenememiş olan anıları ve bu anılarla bağlantılı olan kanalları (resim, biliş, duygu,

bedensel duyum) ortaya çıkartmak ve travmatik yaşam deneyimiyle ilgili olan negatif duyguları duyarsızlaştırmaktır (Hensley, 2009). Terapist danışanı, travmatik görüntüye ve olumsuz düşünceye odaklanması konusunda yönlendirir ve bu sırada bedeninin neresinde ve nasıl bir rahatsızlık hissettiğini sorar. Sonrasında çift yönlü uyarıma başlar. Bu uyarımlar, terapistin parmaklarının baş hareket ettirilmeden gözlerle takip edilmesi, terapistin danışanın sağ ve sol dizlerine ritmik dokunuşlar uygulaması, cihaz aracılığıyla danışanın ellerine sırasıyla titreşim verilmesi veya kulaklık aracılığıyla danışanın kulaklarına sırasıyla ses gönderilmesi şeklinde gerçekleştirilebilmektedir (Asarlı Tokgöz, 2018). Uyarım modalitelerinden hangisinin kullanılacağına danışanın fiziksel durumu, konforu ve varsa sağlıksal bir durumu (epilepsi, multiple skleroz vs.) göz önüne alınarak danışanla konuşarak ortak karar verilir. Her bir uyarım setinin sonunda danışandan derin bir nefes alması istenir ve danışana aklına ne geldiği ne hatırladığı ne fark ettiği sorulur (Tutarel-Kışlak, 2004'a). Danışanın aklına gelen yeni imgeler, düşünceler, duygular ve/veya bedensel duyumlar yukarıda anlatıldığı şekilde, duyarsızlaşma gerçekleşene kadar duyarsızlaştırma çalışması sürer. Artık danışanın aklına bir şey gelmediğinde ve/veya üst üste olumlu duyumlar, imgeler, bilişler, anılar, duygular geldiğinde danışandan hedef anıya dönerek şimdiki rahatsızlık derecesini tekrar değerlendirmesi istenir. Hedef anının rahatsızlık seviyesi sıfırlanıncaya dek bu işlem sürdürülür (Shapiro, 2002).

Beşinci aşama olan “Yerleştirme” aşamasında terapist, danışanın travmatik anıyla ilgili sahip olmak istediği olumlu düşünceyi belirlemesini ve bu olumlu düşünceyi güçlendirmeyi hedefler; böylece terapistin “yeniden işleme” kısmı gerçekleştirilmektedir. Danışan travmatik anının görüntüsüyle birlikte belirlediği olumlu inanca odaklanır ve çift yönlü uyarımlar aracılığıyla pozitif inancı yerleştirilir ve güçlendirilir (Oren ve Solomon, 2012). Bu aşamada rasyonel olmayan olumsuz inanç geçirililiğini yitirir, negatif duygu ve duyumlara karşı duyarsızlaşma sağlanır ve olumlu biliş ve duygular daha çok yerleşir (Asarlı Tokgöz, 2018). Olumlu düşüncelere inanç 7 üzerinden değerlendirilir ve VoC seviyesi 7'ye ulaşıncaya işleme sona erdirilir (Shapiro, 2002).

Protokolün bir sonraki aşaması olan “Beden Tarama” kısmında danışandan travmatik anıyla beraber olumlu inanca odaklanması ve tüm bedenini baştan aşağı taraması istenir. Bedeninde onu rahatsız eden duyumlar varsa fark etmesi istenir (Novo Navarro ve ark., 2018). Eğer danışanın vücudunun herhangi bir yerinde gerginlik ya da olumsuz bir duyum varsa bu sonlanıncaya dek çift yönlü uyarıma (BLS) devam edilir. Eğer danışan vücudunda olumlu duyumlar varsa, bu duyumların güçlenmesi amacıyla yavaş ve kısa BLS uygulanır (Greenwald, 2015).

EMDR uygulamasının yedinci aşaması “Kapanış” olarak isimlendirilmektedir. Kapanış aşamasında, terapist travmatik anının ne kadar duyarsızlaştığını ve yeterince işlemenin gerçekleşip gerçekleşmediğini değerlendirir, eğer işleme sürecinin tamamlanmadığını tespit ederse ikinci aşamada belirtilen gevşeme egzersizleri, duygu regülasyon araçları ve güvenli yer egzersizi her seansın kapanışında uygulanır (Shapiro ve ark., 2017). İlaveten danışana, seanslar arasında travmatik anıya ilişkin çeşitli duygu, düşünce, bedensel duyum ve yeni anılarla karşılaşabileceği, rüyasında çözümler olabileceği belirtilerek bu anıları ya da rüyaları not etmesi ve ihtiyaç duyduğunda gevşeme egzersizlerini, duygu regülasyon egzersizlerini ve güvenli yer egzersizini kullanması tavsiye edilir (Marich ve Dansiger, 2018).

Protokoldeki “Yeniden Değerlendirme” aşaması, ilk EMDR uygulamasını içeren seansı dışındaki seansların başında gerçekleştirilir. Danışanın önceki seanstan hangi kazanımları edindiği, tedavi etkilerinin genel hayatına yayılıp yapılmadığı ve travmatik anının işlevsel olarak işlenmiş olup olmadığı değerlendirilir (Shapiro ve Maxfield, 2002). Son seansta üzerine çalışılan anı ve semptomlar gözden geçirilir, ihtiyaç halinde bu anı ve etkileri üzerinde çalışılmaya devam edilir. Varsa seanslar arasında hatırlanmış olan yeni anılar değerlendirilir ve gerek görülürse bunlarla da çalışılır (Shapiro ve ark., 2017).

1.2.5. Çocuklar ve Ergenler için EMDR Uygulaması

Alanyazınında travma üzerine yapılmış olan çalışmalar, çocukluk döneminde yaşanmış olan travmatik yaşantıların psikososyal açıdan çok daha yıkıcı etkilerinin

olduğunu ve bu olumsuz yaşantıların etkilerinin erişkinlik dönemi boyunca da sürdüğünü göstermektedir (Dunn ve ark., 2017). Travmatik yaşantılar, tıpkı yetişkinlerdeki gibi çocuklarda da travma sonrasında negatif belirtilerin oluşmasına sebebiyet verebilmektedir. Çocuklarda TSSB sağaltımında sıkça başvuru alan yöntemler arasında bilişsel davranışçı terapi, oyun terapisi ve EMDR Terapisi yer almaktadır (Dorsey ve ark., 2017). TSSB tedavisinde etkili bir tedavi yöntemi olan EMDR Terapisinin çocuk ve ergen üzerinde uygulandığı çalışmalar da önem arz etmektedir. Greenwald (1999), Lovett (1999), Tinker ve Wilson (1999) tarafından ortaya konmuş olan çalışmalar çocuklarda EMDR uygulamalarına yönelik ilk bilgi ve önerileri içermektedir (Korkmazlar, 2021). EMDR terapisi yalnızca travmatik yaşam deneyimleriyle çalışmakla kalmaz aynı zamanda travma ile ilişkili olduğu düşünülen güncel problemlerin ve uyumsuzlukların da çalışılmasını hedeflemektedir (Shapiro, 2007).

EMDR Terapisi, standart protokolölü sekiz aşamadan oluşuyor olmasına rağmen çocuklarda uygulanan EMDR terapisi, yetişkinlerde uygulananlardan birkaç noktada değişiklik göstermektedir. İlk ve belki de en önemli farklılık, çocuklar için uygulanan EMDR terapisine çocuğun ebeveynlerinin de katılmasıdır. Çocukla görüşme gerçekleştirmeden önce ebeveynle görüşülmesi, bilgi alınması ve ilişki kurulması gerekmektedir. Kurulan bu ilişkide çocuğun gelişimsel öyküsü, şikayetleri, travmatik yaşam deneyimleri detaylıca araştırılmakta ve içinde bulunduğu aile sistemi değerlendirilmektedir (Gomez, 2013). Yapılan bu görüşmelerde çocuğun şikayetleriyle ilgili ailenin duygu ve düşüncelerinin ne olduğu ve tedaviye ilişkin merak edilen sorular da değerlendirilmektedir. Bu görüşmelerde, EMDR terapisinin rasyoneli anlatılır ve aile üyelerine bu süreçte ortaya çıkabilecek olan negatif duygularla baş etmelerine yardımcı olabilecek materyaller (nefes egzersizlerini ve farkındalık egzersizlerini içeren bir DVD/CD, bağlantı linki vs.) verilebilir (Swinden, 2018). Çocuklarla yapılan EMDR uygulamasında yetişkin uygulamasından farklı olarak çocuğun yaşına ve ihtiyacına göre çocuğun ebeveynleri de seanslara katılabilir, gözlemci olabilir ya da çocukla iyileşme sürecine dahil edilebilir (Gomez, 2013).

Çocukla yapılan ilk görüşmede terapisti ile güven ilişkisinin oluşturulması önemli bir faktördür. Bu bağlamda, terapötik ilişkinin kurulması için gerekli olan önemli araçlardan biri oyundur (Gomez, 2013). Oyunun terapiye entegrasyonu ile birlikte terapi çocuk için eğlenceli ve somut bir hal almakta çocuğun sosyal sürece aktif katılımı gerçekleşmektedir. Buradan hareketle, terapist çocuklarla yapılan seanslarda oyun, resim çizim, hamur oynama, kum tepsisi gibi tekniklerden de yararlanabilmektedir (Adler-Tapia ve Settle, 2008; Gomez, 2013). Çocuklarda bilişlere ve duygulara daha az, imgelere ve duyumlara ise daha fazla odaklanılabilir (Shapiro, 1989b; Smith ve Yule, 1999). Çocuklar için, özellikle kabuslarla çalışırken, süper kahraman gibi güçlü bir figürün korkularının nesnesini yendiğini gösteren olumlu bir imaj kullanımı daha yaygındır (Cocco ve Sharpe, 1993).

Çocuk ile gerçekleştirilen ilk görüşmede terapötik ilişki kurmaya ek olarak EMDR terapisinin amacı ve mantığı çocuğa anlatılır. Seanslarda kullanılacak olan güvenli yer, dur sinyali, tren metaforu gibi kavramlarla çocuğa öğretilir. EMDR’de sıklıkla kullanılan metaforlardan biri tren metaforu (Adler-Tapia ve Settle, 2008) diğeri ise labirent metaforudur (Luber, 2010). Bu metaforlar hazırlık aşamasında da tedavi aşamasında da kullanılmaktadır.

Metaforlar gibi çocuklarla yürütülen EMDR uygulamalarında sıklıkla kullanılan birkaç teknik bulunmaktadır. Bunlardan ilki “Resim Çizme” yöntemidir. Çocuk travmatik yaşam öyküsünü ya da çalışılacak anısını anlatırken, bunların en kötü resim kısmı belirlenirken çocuğun kendisini resim çizerek ifade etmesine müsaade edilmesi önemlidir. Örnek olarak, çocuktan yaşam hikayesini anlatması için zaman tüneline anımsatan bir gökkuşağı ya da bir tren yolu çizmesi istenir, bu çizimde kendisinin ve hayatındaki önemli kişilerin doğdukları günler, mutlu olduğu veya keyif aldığı anıları, konuşmakta güçlük çektiği anıları, hatırladığı önemli olumlu ve olumsuz olayları ya da gelecekte olmasını umduğu durumları resim yoluyla çizmesi istenilebilir (Swinden, 2018). Güvenli yer egzersizi uygulanırken ve EMDR’de çalışılacak olumsuz, rahatsız edici anıların konuşulması durumlarında çocuğun tekrar çizim yoluyla kendini ifade etmesi sağlanabilir (Adler-Tapia ve Settle, 2008). Bu çift yönlü

dokunuşlarla birlikte, çizimler duyarsızlaştırma ve yerleştirme aşamalarında da kullanılabilir.

Çocukla EMDR seansında kullanılabilecek bir diğer teknik “Tüy Üfleme” tekniğidir. Çocuğun duygularını harekete geçirmesini ve “şimdi ve burada” olduğunu deneyimlemesini sağlayabilecek bir stratejidir (Swinden, 2018). Terapist ve çocuk bir kağıt üzerine koydukları tüyleri birbirlerine doğru sırayla üfleyerek yakalamaya çalışırlar. Oyun bittikten sonra çocuğun hissettiği olumlu duygular fark edildikten ve beden taraması yapıldıktan sonra, olumlu duygu ve duyular kısa setler kullanılarak yerleştirilir (Swinden, 2018).

EMDR’de bilgi işleme yöntemi olarak sıklıkla parmakların göz ile takip edilmesi modalitesi kullanılır (Shapiro, 2001). Görsel uyarının dışında, işitsel ve dokunsal uyarılardan da faydalanılmaktadır. “Kelebek Kucaklaması” (Butterfly Hug) tekniği, Lucina Artigas tarafından 1997 yılında geliştirilmiş olan ve kolların çapraz olarak birleştirilerek göğüs üstüne konması ile gerçekleştirilen, kendi kendini yatıştırma sağlayan, dokunsal yöntemlerden biridir (Luber, 2010). Kelebek kucaklaması dokunuşları, çocuklarla çalışırken güvenli yer egzersizinde kullanılmaktadır.

Yukarıda açıklanan yöntemlerden biri veya birkaçı çocuğun ihtiyacına göre tercih edilmektedir. Tamamlanmış bir seans sonunda SUD puanının 0, VoC puanının ise 7 olması beklenmektedir. Çocuklarla çalışılırken de seans sonlarında beden taraması ve güvenli yer egzersizi yapılmaktadır (Swinden, 2018). Seanslar arasında meydana gelebilecek olumsuz duygularla başa çıkabilmek için, uzun süreli olumlu etkinin devam etmesi için güvenli yer, duygu regülasyonu ve gevşeme egzersizlerinin hem ailelere hem de çocuklara uygulanması önerilmektedir. Sonraki seansın başında yine güvenli yer egzersizi uygulanmakta ve seansın olmadığı günlerde gelişen olumsuz düşünce ve duygulara yönelik bilgiler aile ve çocuktan alınmaktadır (Swinden, 2018).

Travma ile ilgili araştırmalar, çocukluk çağı travmalarının meydana getirdiği olumsuz duyguların oluşturduğu yükü baş etmek amacıyla bireylerin yetişkinlikte depresyon, alkol ve madde bağımlılığı, cinsel işlev bozuklukları (Cohen, 2010;

Teicher ve Samson, 2013; Zimić ve Jukić, 2012) gibi rahatsızlıkları geliştirebildiklerini göstermektedir. Travmaları kişilerarası ilişkiler içinde meydana gelen çocuklarda TSSB ile ilişkili semptomlar gelişebilmektedir (APA, 2000). Bunlar güven, duygu düzenleme, bedensel sorunlar, dürtü kontrolü ve kimlikle ilgili zorlukları içermektedir. Dahası, istismara uğrayan çocuklarda sıklıkla öz yeterlik ve cinsellikle ilgili ek belirtiler gelişebilmektedir (Pelcovitz ve diğerleri, 1997; Van der Kolk, 2002; Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas ve Wolfe, 1991).

Bu bilgilerden yola çıkarak çocuk ve ergenlerin yaşadıkları travmatik deneyimlerin olumsuz etkilerine en erken ve etkin şekilde müdahale edilmesinin, gelecekte daha sağlıklı ve mutlu birer birey olarak yaşamlarını sürdürmelerine katkı sağlayacağı gibi toplum ruh sağlığı açısından da koruyucu bir faktör olması yönünden büyük önem arz etmektedir.

1.2.6. EMDR Terapisinin Etkiliğine Yönelik Araştırmalar

EMDR, NICE (Ulusal Ruh Sağlığı İşbirliği Merkezi, 2005), Cochrane Review (Bisson & Andrew, 2007), ABD Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (2011), ABD Gazi İşleri Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı (2010) ve APA (2004) gibi çok sayıda uluslararası kılavuz tarafından hem yetişkinlerde hem de çocuklarda travma tedavisi için tavsiye edilmektedir. Bazı araştırmacılar, özellikle hızlı etkileri, düşük bırakma oranları ve tedaviyi takiben daha düşük sıkıntı yaşama oranları nedeniyle özellikle TSSB semptomlarını iyileştirmede EMDR'nin hem in vivo hem de hayali olarak maruz bırakmaya dayalı BDT'den daha etkili olduğunu düşünmektedir (Ironson, Freund, Strauss ve Williams, 2002; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand ve Dolatabadi, 2004).

EMDR Terapisinin travmatik yaşam deneyimleri olan çocuk ve ergenler üzerindeki etkililiğini temel alan araştırmaların derlendiği bir çalışmaya göre bu terapi ekolünün etkili olduğunu ortaya koyan bir çok araştırma ve çalışma bulunmaktadır (Oras ve ark., 2004; Jaberghaderi ve ark., 2004; Jarero ve ark., 2006; Fernandez, 2007). Vatanından ayrıldığı için başka bir ülkede mülteci olarak hayatta tutunmaya çalışan

(Oras ve ark., 2004), depremde yakınlarını kaybeden (Fernandez, 2007), fiziksel istismara maruz kalan (Farkas ve ark., 2010) çocuklara yönelik yapılan EMDR çalışmaları, travmatik yaşantıya bağlı olarak ortaya çıkan pek çok belirtinin azalmasında ve bireyin işlevselliğinin artmasında olumlu sonuçlar vermektedir. Buradan hareketle, EMDR Terapisi hem yetişkinlerde hem çocuk-ergen bireylerde, hem de grup formatında, travmatik yaşam deneyiminin oluşturduğu sorunların tedavisi üzerinde umut verici sonuçlar elde edilmesini sağlayan, güncel bir terapi uygulaması olarak görülmektedir (Oras ve ark., 2004; Adúriz ve ark., 2009; Jarero ve ark., 2013).

Trentini ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan ve sonuçları yüksek yoğunluklu elektroensefalografi (hdEEG) yöntemiyle ölçülen bir çalışmada, travmatik yaşam deneyimi olan ve TSSB geliştirmiş çocuklarda EMDR'nin duygu düzenlemeyi yeniden sağlaması açısından etkili olduğu kanıtlanmıştır. Ön sonuçlar, EMDR'den sonra, karmaşık TSSB'den muzdarip çocukların, duygusal ifadelerin resimlerini pasif olarak görüntülerken, yüksek düzey bilişsel işlemlerle ilgili alanlarda artan aktivite gösterdiği vurgulanmıştır. Bu değişiklikler, depresif ve travmatik belirtilerin azalmasıyla ve zaman içinde duygusal-uyumsal işleyişin iyileşmesiyle ilişkili bulunmuştur.

Rodenburg, Benjamin, de Roos, Meijer ve Stams (2009), 4 - 18 yaşları arasında olan ve üç ile sekiz seans arasında EMDR terapisiyle tedavi edilen 109 çocuğu ve 100 kişilik kontrol grubunu kapsayan yedi çalışmanın meta-analizini yapmışlar ve EMDR için orta düzeyde bir etki büyüklüğü bulmuşlardır. Bu bulgunun, EMDR'nin travmatize olmuş kişiler için etkili bir tedavi yöntemi olduğunu gösterdiği düşünülmektedir (Fleming, 2012).

Cocco ve Sharpe (1993) tarafından belgelenen vaka çalışmaları, EMDR kullanımı yoluyla Tip I travmaları takiben TSSB semptomlarında iyileşmeler olduğunu bildirmiştir. Ailesinin evinde, kendisi ve ailesinin tehdit edildiği ve fiziksel istismara uğradığı silahlı bir soygun deneyimleyen, ardından travma sonrası stres bozukluğu geliştiren 4 yaşındaki bir çocuk takip edilmiştir. Standart EMDR protokolü yerine çocuğun yaşına uygun bir Gelişimsel Protokol uyarlaması kullanılmıştır.

Zihinde canlandırmanın yerine çizimler, görsel BLS takibinin yerine ise işitsel parmak tıklatmaları tercih edilmiştir. Çocuk, bir seanslık tedaviden sonra asemptomatik hale gelmiş ve bu iyileşmelerin 6 aylık takipte de devam ettiği gözlenmiştir.

Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand ve Dolatabadi (2004) tarafından yapılan randomize kontrollü bir araştırmada, 12-13 yaş arası cinsel istismara uğramış 14 İranlı kız çocuğundan oluşan TSSB tanılı bir katılımcı grubunun kendilerinin bildirdikleri travma semptomları ve sorunlu davranışlar değerlendirilmiştir. Çocuklar en az 10 seanslık BDT ve en fazla 12 seanslık EMDR gruplarına random olarak atanmışlardır. Ölçümler, tedavi öncesinde ve tedaviden 2 hafta sonra gerçekleştirilen öz bildirim ölçümlerini, ebeveyn raporunu ve öğretmen raporunu içermiştir. Her iki tedavinin de EMDR için büyük etki büyüklüğü ve BDT için orta etki büyüklüğü ile hem travmatik semptom hem de davranış sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirdiği bulunmuştur. Her ne kadar EMDR'nin kişinin bildirdiği travma semptomlarını BDT'den daha fazla iyileştirme eğilimi olsa da bu fark anlamlı bulunmamıştır. Sonuç olarak, EMDR'nin önemli ölçüde daha etkili olduğu görülmüş ve BDT grubundaki üç katılımcının daha ileri tedavi için sevk edilmesi gerekmesine rağmen EMDR grubundan böyle bir yönlendirmeye gerek duyulmamıştır.

Bucan-Varatanovic ve Sabanovic (2018), ailesi tarafından ihmal ve istismar edilmiş olan TSSB tanısı almış olan 16 yaşında bir ergenle yaptıkları 22 seanslık EMDR terapisi sonucunda, yedinci seanstan itibaren gencin TSSB kriterlerinin iyileştiğini tespit ettikleri bir vaka çalışması yayınlamışlardır. Ahmad, Larsson ve Sundelin-Wahlsten (2007), cinsel istismar ve kötü muamele (istismar), trafik kazaları ve doğal olmayan ölüme tanık olma gibi bir dizi Tip I ve Tip II travma yaşadıkdan sonra hepsi DSM-IV'ün TSSB tanı kriterlerini karşılayan yaşları 6-16 arasında değişen 33 çocuk ve ergenle randomize kontrollü bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bekleme listesindeki kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, EMDR alan katılımcıların bir ila sekiz seans EMDR terapi uygulanmasının ardından 2 ay sonra TSSB semptomlarında daha fazla iyileşme olduğu bildirilmiştir.

Torres (2011), aile içi istismara maruz kalan 28 çocukla, TSSB'yi ortadan kaldırmak ve anneye bağlanmayı geliştirmek için EMDR terapi uygulaması yürütmüştür. Nebraska Bağlanma ve Travma Merkezi'nde (2011), istismar, ihmal veya yetimhane bakımı nedeniyle biyolojik aile evinin dışına yerleştirilen çocuklarla devam eden araştırmalar, bütünleştirici EMDR ve aile terapisi yaklaşımı kullanılarak 24 hafta veya daha uzun süren tedavi sonrasında, davranışlarda ve bağlanmada anlamlı iyileşme olduğunu göstermiştir (Wesselmann ve ark., 2012).

Araştırmacılar zamanla çocuk ihmal ve istismarı sonrasında gelişen daha geniş semptomatolojiyi tedavi etmek için EMDR gibi kanıta dayalı travma odaklı bir müdahale ile aile odaklı bir müdahalenin entegrasyonuna ihtiyaç duymuşlardır (van der Hooven, Plukaard, Schlattmann, Lindauer ve Hein, 2023). 'Integratieve Gehechtheidsbevorderende Traumabehandeling voor Kinderen' (IGT-K; aynı zamanda Amerika'da 'Çocuklar için Bütünleştirici Bağlanma Travması Protokolü' adıyla da bilinmektedir; Wesselmann, Armstrong ve Schweitzer, 2017; Wesselmann, Schweitzer ve Armstrong, 2014b) böylesine multidisipliner bir tedavi yaklaşımı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tedavi, aile terapisini ve EMDR'yi tek bir tedavi modelinde bütünleştirerek ve terapistlere yapılandırılmış bir protokol sunarak diğer uygulamalardan farklılaşmaktadır. Tedavi, travma işleme aşamasında çocuğun bu duygudan daha iyi yararlanabilmesi için, yıkıcı veya kaçınan çocuk davranışı, zayıf duygu toleransı, ayrışma eğilimi, yetersiz akıl yürütme becerileri ve ebeveyn-çocuk ilişkisindeki zorluklar gibi semptomlarla ilişkili tedavi engellerinin azaltılmasına odaklanmıştır. Ayrıca model, temel bakım verenleri travma ve bağlanma ile bunun çocuğun nörobiyolojisi ve davranışı üzerindeki etkisi konusunda da eğitmiştir. Bu yeni tedavi modeline yönelik vaka çalışması araştırması, modelin geliştiricileri tarafından kendi klinik uygulamaları kapsamında yapılmıştır (Wesselmann, Armstrong, Schweitzer, Davidson ve Potter, 2018; Wesselmann ve ark., 2012). Bu vaka çalışmaları umut verici sonuçlar oluşturmakla birlikte tedavi, incelenen vakalarda bağlanma sorunlarının ve davranış sorunlarının azalmasına yol açmıştır (van der Hooven ve ark., 2023). Her ne kadar bu çalışma umut vaad edici görülse de tedaviye

ilişkin derinlemesine deneysel bir çalışmanın eksik olması nedeniyle van der Hooven ve arkadaşları (2023) Hollanda’da bu yeni tedavi protokolünün, halihazırda kalıcı yerleştirmede ikamet eden çocukluk çağı ihmal ve istismar geçmişi olan çocuklarda bağlanma sorunları, TSSB, davranış güçlükleri ve duygu düzenleme güçlüklerinde azalmaya yol açıp açmadığını incelemeyi amaçlayan Tek Durumlu Deneysel Desen (Single-Case Experimental Design (SCED)) çalışması gerçekleştirmiştir. Analize uygun sekiz vaka bulunmuş ve bunlardan biri hariç tümü, dört sonuç ölçütünden bir veya daha fazlasında iyileşme göstermiştir. Grup düzeyinde, müdahale ile bağlanma sorunları, davranışsal zorluklar ve duygusal kontrol güçlüklerindeki değişim arasındaki işlevsel ilişkilere dair kanıtlar da bulunmuştur.

Swinden (2018), babası tarafından cinsel istismara maruz bırakılan 9 yaşında bir çocukla gerçekleştirdiği vaka çalışmasında, cinsel istismar ile ilgili travmatik anılara direkt odaklanmak yerine, tedavide çocuğun mevcut kaygılarını hedef almıştır. Klaff (2016) tarafından ortaya konan yeni bir protokol olan çocuk merkezli EMDR yaklaşımını kullanmıştır. Bu yaklaşım, Shapiro'nun Adaptif Bilgi İşleme modeli üzerine inşa edilmiştir ve çocukların istismarla ilgili duygusal travmayı ortaya çıkarmak, işlemek ve çözmek için çağrışım kanallarını açma yeteneğine sahip olması nedeniyle, istismara ilişkin anıları doğrudan işlemeden başarılı bir sonuca ulaşabileceğini varsaymaktadır. Buradaki amaç bu kaygıların gizli sorunlara yol açabileceği düşüncesinden yola çıkarak çocuğun semptomlarında iyileşme gözlenip gözlemediğini araştırmaktır. Gerçekleştirilen Çocuk Merkezli EMDR terapisinin ardından Travma Sonrası Belirtiler Çocuk Raporu (CROPS) ve Travma Sonrası Belirtiler Ebeveyn Raporu (PROPS) puanlarının klinik olmayan seviyelere düştüğü ve sonuçların 2 ay sonraki takipte de devam ettiği bulunmuştur. Umut verici sonuçlar, Çocuk Merkezli EMDR yaklaşımını daha fazla test etmek için gelecekteki araştırmaların değerini ortaya koymaktadır.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLER

Bu çalışmasının amacı, kurum bakımında kalan ve çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantısı olan 12-17 yaş arası ergenlerde EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün etkililiğinin, benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü, öz-yeterlik, psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma, duygusal ve psikolojik iyi oluş, depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri açısından randomize kontrollü bir çalışmada sınanmasıdır.

Araştırmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır.

H1: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların benlik saygısı puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir artış olacak ve bu artış 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H2: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü toplam puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir azalma olacak ve bu azalma 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H3: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Ölçeklerinden duygusal netlik eksikliği, duygusal farkındalık eksikliği, dürtü kontrol güçlüğü, duygusal tepkilerin kontrol edilememesi, amaca yönelik davranışta bulunma güçlüğü ve duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim alt ölçek puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir azalma olacak ve bu azalma 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H4: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların öz-yeterlik toplam puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir artış olacak ve bu artış 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H5: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların Öz-Yeterlik Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden akademik öz-yeterlik, sosyal öz-yeterlik ve duygusal öz-yeterlik alt ölçek puanlarında kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında

müdahale sonrası anlamlı bir artış olacak ve bu artış 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H6: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların psikolojik sağlamlık tutum beceri toplam puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir artış olacak ve bu artış 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H7: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği Alt Ölçeklerinden ilişkiler ve değerler oryantasyonu, içgörü ve yaratıcılık, bağımsızlık ve girişimcilik, mizah alt ölçek puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir artış olacak ve bu artış 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H8: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların stresle başa çıkma toplam puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir artış olacak ve bu artış 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H9: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Alt Ölçeklerden problem çözme, sosyal destek arama, mizah, dini başa çıkma, profesyonel destek arama, pozitif yeniden yorumlama alt ölçek puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir artış olacak ve bu artış 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H10: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden agresyon yoluyla başa çıkma, kendini soyutlama, kendini suçlama, kaçınma alt ölçek puanlarında kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir azalma olacak ve bu azalma 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H11: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların duygusal ve psikolojik iyi oluş toplam puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir artış olacak ve bu artış 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H12: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların depresyon puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir azalma olacak ve bu azalma 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.

H13: EMDR müdahalesi alan deney grubundaki katılımcıların anksiyete puanlarında, kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında müdahale sonrası anlamlı bir azalma olacak ve bu azalma 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunacaktır.



İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini Aile ve Sosyal Hizmetler Aydın İl Müdürlüğüne bağlı Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğünde kalan toplam 127 çocuk içerisinde dışlama ve dahil edilme kriterlerine uygun olan 46 katılımcı oluşturmuştur.

Öncesinde, araştırmaya dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan, verinin toplanacağı kurumda kalan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 46 ergenin 23'ü seçkisiz olarak deney (araştırma) grubuna, 23'ü ise seçkisiz olarak bekleme listesi kontrol grubuna atanmıştır. Ancak uygulamaya başlamadan önce, bekleme listesi kontrol grubundaki bir katılımcının cinsel istismara maruz kaldığı öğrenildiğinden dışlama kriterini karşılaması nedeniyle, uygulama grubundaki bir katılımcının ise uygulama formlarını doldururken yarıda bırakması ve katılımcı olmaktan vazgeçmesi neticesinde toplam 44 kişiyle (22 uygulama, 22 bekleme grubu) çalışmanın uygulamaları başlamıştır. Devam eden süreçte, bir katılımcının seansları yarıda bırakması (2. seans), bir katılımcının da kurumdan izinsiz ayrılmış olması nedeniyle araştırmada toplam 42 kişilik örneklemden (21 uygulama, 21 bekleme) son-test toplanabilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın analizleri toplam 42 katılımcı üzerinden yürütülmüştür. Son olarak, deney grubundaki 2 katılımcıdan, birinin kanser teşhisi alıp hastaneye tedavi için yatırılması, diğerinin ise ailesine teslim edilerek kurumdan ayrılmaları sebebiyle 3 aylık izlem verisi toplanamamıştır; dolayısıyla deney grubundan toplam 19, kontrol grubundan ise toplam 21 katılımcıdan izlem verisi elde edilebilmiştir.

Çalışmanın örneklemine dahil etme kriterleri, Aydın Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğünde (ÇEKOM) bakım ve koruma altında olmak, 12-

17 yaş arasında olmak, psikolojik istismar, fiziksel istismar, psikolojik ihmal ve/veya fiziksel ihmal yaşantısı olduğu kuruluştaki sosyal serviste görevli sosyal çalışma görevlisi ve idare ile yapılan ön görüşmede dosya bilgileri doğrultusunda teyit edilmiş olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak şeklinde belirlenmiştir. Örnekleme ilişkin dışlama kriterleri ise, görüşme veya test uygulamasına engel olacak bilişsel ve fiziksel işlev bozukluğunun olması, psikotik bozukluk tanısı, cinsel istismar yaşantısı bulunması, madde bağımlılığı olması ile araştırmaya katılmaya istekli olmamak olarak belirlenmiştir. Bu kriterlere Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
1) Aydın Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğünde (ÇEKOM) bakım ve koruma altında olmak	1) Görüşme veya test uygulamasına engel olacak bilişsel ve fiziksel işlev bozukluğunun olması
2) 12-17 yaş arasında olmak	2) Psikotik bozukluk tanısı
3) Psikolojik istismar, fiziksel istismar, psikolojik ihmal ve/veya fiziksel ihmal yaşantısı olduğu kuruluştaki sosyal serviste görevli sosyal çalışma görevlisi ve idare ile yapılan ön görüşmede dosya bilgileri doğrultusunda teyit edilmiş olmak	3) Cinsel istismar yaşantısı bulunması
	4) Madde bağımlılığı olması
	5) Araştırmaya katılmaya istekli olmamak
4) Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak	

Cinsiyet dağılımına göre 42 katılımcının 24’ü (%57.1) kadın 18’i (%42.9) erkektir. Yaş dağılımına göre 12 ve 13 yaşında olan altışar (%14.3), 14 yaşında olan 5 (%11.9), 15 ve 16 yaşında olan yedişer (%16.7) ve 17 yaşında olan 11 (26.2) katılımcı

bulunmaktadır. Eğitim durumları 5. Sınıf ile 11. Sınıf arasında değişen katılımcılardan 11 kişi (%26) 10. sınıf öğrencisi, 8 kişi (%19) 7. sınıf öğrencisi iken 7 kişi (%16.7) 11. sınıf ve 6'şar kişi (%14.3) 6. ve 8. sınıf öğrencisidir. Korunma yılları 1 ila 13 yıl arasında değişen katılımcılardan kurum bakımında olma süresi 1-3 yıl olan 17 kişi (%40.5), 4-6 yıl olan 14 kişi (%33.3), 7-9 yıl olan 7 kişi (%16.7), 10 ve üzerinde olan 4 kişi (%9.5) bulunmaktadır. Katılımcıların korunma altına alınma yaşları 4 ila 15 arasında değişmekle birlikte; korunma altına alınma yaşı 4-6 yaş olan 5 kişi (%11.8), 7-9 yaş olan 11 kişi (%26.2), 10-12 yaş olan 15 kişi (%35.7), 13 ve üzerinde olan 11 kişi (%26.2) bulunmaktadır. Korunma altına alınma nedenlerine bakıldığında katılımcılardan 35 kişi (%83.3) ihmal, 6 kişi (%14.3) fiziksel istismar, 1 kişi (%2.4) duygusal istismar nedeniyle kurum bakımına alınmıştır. Katılımcıların kuruma ilk hangi kanalla (nereden) geldiğine bakıldığında başka kuruluştan nakil gelen 23 kişi (%54.8), ailesinin yanından gelen 16 kişi (%38.1), akraba yanından, karakoldan ve diğer yerlerden gelen 1'er kişi (%2.4) bulunmaktadır. Katılımcıların bu kuruma gelmeden önce kaç yurt değiştirdiğine bakıldığında 13 kişinin hiç yurt değiştirmedikleri (%31), 27 kişinin bir yurt değiştirdiği (%64.3), 2 kişinin ise iki yurt değiştirdiği (%4.8) bilgisi edinilmiştir. Katılımcıların aile durumuna bakıldığında %71.4'ünün (30 kişi) biyolojik anne-babasının hayatta olduğu, %16.7'sinin (7 kişi) biyolojik annesinin vefat ettiği babasının hayatta olduğu, %7.1'inin (3 kişi) biyolojik babasıyla ilgili bilginin olmadığı, %2.4'ünün (1 kişi) biyolojik annesinin hayatta babası vefat etmiş olduğu, %2.4'ünün (1 kişi) biyolojik anne ve babasının vefat etmiş olduğu bilgisi edinilmiştir. Katılımcılardan 36 kişinin (%85.7) ailesiyle görüştüğü, 6 kişinin (%14.3) ailesiyle görüşmediği bilgisi edinilmiştir. Katılımcıların ebeveynlerinin suç öyküsüne bakıldığında suç öyküsü olan 22 kişi (%52.4), suç öyküsü olmayan 20 kişi (%47.6) bulunmaktadır. Katılımcıların kardeş sayısına bakıldığında kardeşi olmayan 1 kişi (%2.4), 1-2 kardeşi olan 25 kişi (%59.6), 3 ve üzerinde kardeşi olan 16 kişi (%38) olduğu bilgisi edinilmiştir. Katılımcılardan 12 kişinin (%28.6) psikiyatrik tanısının olduğu ve psikiyatrik ilaç kullandığı, 30 kişinin (%71.4) herhangi bir psikiyatrik

tanısının olmadığı ve ilaç kullanmadığı bilgisi edinilmiştir. Yukarıda verilen demografik değişkenlere ilişkin bilgilerin tablosu aşağıdaki Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

DEĞİŞKEN	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU
	KATILIMCI SAYISI (N=21)	KATILIMCI SAYISI (N=21)
Cinsiyet		
Kadın	13 (%31)	11 (%26.2)
Erkek	8 (%19)	10 (%23.8)
Yaş		
12	3 (%7.1)	3 (%7.1)
13	3 (%7.1)	3 (%7.1)
14	2 (%4.8)	3 (%7.1)
15	3 (%7.1)	4 (%9.6)
16	4 (%9.6)	3 (%7.1)
17	6 (%14.3)	5 (%11.9)
Eğitim Durumu		
5. Sınıf	0 (% 0)	1 (%2.4)
6. Sınıf	4 (%9.5)	2 (%4.8)
7. Sınıf	4 (%9.5)	4 (%9.5)
8. Sınıf	4 (%9.5)	2 (%4.8)
9. Sınıf	1 (%2.4)	2 (%4.8)
10. Sınıf	4 (%9.5)	7 (%16.7)
11. Sınıf	4 (%9.5)	3 (%7.1)
Korunma Yılı		
1-3 Yıl	8 (%19)	9 (%21.4)
4-6 Yıl	8 (%19)	6 (%14.3)
7-9 Yıl	3 (%7.1)	4 (%9.4)
10-13 Yıl	2 (%4.8)	2 (%4.8)

Kuruma Geliş Yaşı		
4-6 Yaş	4 (%9.4)	1 (%2.4)
7-9 Yaş	3 (%7.1)	8 (%19)
10-12 Yaş	9 (%21.4)	6 (%14.3)
13+ yaş	5 (%11.9)	6 (%14.3)
Korunma Nedeni		
Fiziksel İstismar	3 (%7.1)	3 (%7.1)
Duygusal İstismar	1 (%2.4)	0 (% 0)
İhmal	17 (%40.5)	18 (%42.9)
Kuruluşa İlk Geliş Kanalı		
Aile yanından	10 (%23.8)	6 (%14.3)
Nakil	11 (%26.2)	12 (%28.6)
Akraba yanından	0 (% 0)	1 (%2.4)
Karakoldan	0 (% 0)	1 (%2.4)
Diğer	0 (% 0)	1 (%2.4)
Kaç Yurt Değiştirdiği		
Hiç	8 (%19)	5 (%11.9)
Bir	13 (%31)	14 (%33.3)
İki	0 (% 0)	2 (%4.8)
Aile Durumu		
Biyolojik Anne-Baba Hayatta	14 (%33.3)	16 (%38.1)
Biyolojik Annesi Vefat Etmiş, Babası Hayatta	1 (%2.4)	0 (% 0)
Biyolojik Babası Vefat Etmiş, Annesi Hayatta	2 (%4.8)	5 (%11.9)
Biyolojik Anne Ve Babası Vefat Etmiş	1 (%2.4)	0 (% 0)
Biyolojik Babasıyla İlgili Bilgi Yok	3 (%7.1)	0 (% 0)
Aileyle Görüşme Durumu		
Evet	19 (%45.2)	17 (%40.5)
Hayır	2 (%4.8)	4 (%9.5)

Kardeş Sayısı		
Hiç	0 (% 0)	1 (%2.4))
1-2	13 (%31)	12 (%28.6)
3 ve üstü	8 (%19)	8 (%19)
Ebeveyn Suç Öyküsü		
Var	10 (%23.8)	12 (%28.6)
Yok	11 (%26.2)	9 (%21.4)
Sağlık Sorunu		
Var	3 (%7.1)	3 (%7.1)
Yok	18 (%42.9)	18 (%42.9)
Psikiyatrik Tanı		
Var	9 (%21.4)	3 (%7.1)
Yok	12 (%28.6)	18 (%42.9)
Psikiyatrik İlaç Kullanımı		
Var	9 (%21.4)	3 (%7.1)
Yok	12 (%28.6)	18 (%42.9)
Toplam	21 (%50)	21 (%50)

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu formda hem katılımcıya ilişkin bazı demografik değişkenler sorgulanmış, hem de kurum bakımında kalma süresi, psikiyatrik ilaç kullanımı, herhangi bir tanısının olup olmadığı gibi çalışmada önemli olabilecek bazı bilgiler toplanmıştır.

2.2.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1965 yılında Rosenberg tarafından geliştirilen ölçek, toplamda 63 sorudan ve 12 alt ölçekten meydana gelmektedir. Türkçe diline Çuhadaroğlu tarafından 1986 yılında uyarlanmıştır. Çeçen'in (2008) ifadesine dayanarak, ölçeğin geçerlilik oranı 0.71, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0.75'tir. Bu araştırma çalışmasında yalnızca benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Test, Guttman ölçüm şekli doğrultusunda düzenlenmiş olup olumlu ve olumsuz yüklü maddeler arka arkaya sıralanmıştır. Denekler, ölçeğin içsel değerlendirme sistemine göre 0 ile 6 arasında puan almaktadırlar. Benlik saygısı, nicel ölçümlerle yapılan karşılaştırmalarda yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) ve düşük (5-6 puan) kategorileri altında değerlendirilmektedir. Balat ve Akman'ın (2004) ifadesine göre, yüksek puan alanlar büyük oranda düşük benlik saygısına, düşük puan alanlar ise büyük oranda yüksek benlik saygısına sahip olma eğilimindedirler.

2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), katılımcıların duygu düzenleme becerilerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Bu ölçek, Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiştir ve duygu düzenleme süreçlerini altı ana boyutta değerlendirmektedir. DDGÖ'nün altı alt boyutu şunlardır: Duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (farkındalık); Duygusal tepkilerin anlaşılabilmesi (açıklık); Duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme); Etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler); Olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (dürtü); Olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (amaçlar).

Ölçek, bu alt boyutları kapsayan toplamda 36 madde içermektedir. Katılımcılardan, maddeleri okuyarak, ifadelerin kendilerine uyma sıklığını 1 (hemen hemen hiç) ile 5 (hemen hemen her zaman) arasında derecelendiren bir Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirme yapmaları istenmektedir. Alt ölçek puanlarının yanı

sıra toplam puan da elde etmeyi ve analiz etme imkanı sunan bir ölçektir. Ölçek için belirli bir kesme puanı belirlenmemiştir. Yüksek puanlar, daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğüne işaret etmektedir.

Rugancı (2008) tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarında, ölçeğin özgün formundaki 10. madde, tüm ölçekle çok düşük bir korelasyona sahip olduğundan ($r = .06$) çıkarılmış ve aynı içeriğe sahip başka bir madde eklenmiştir. Bu değişiklik, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin faktör sayısı ve yapısı, özgün formuyla aynı olarak korunarak yapı geçerliliği sağlanmıştır. İç geçerliliği belirlemek amacıyla hesaplanan iç tutarlılık katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğü'nün alt boyutlarının iç geçerliliği için hesaplanan iç tutarlılık kat sayıları ise .80 ile .89 arasında değişmektedir. Ayrıca, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin test-tekrar test güvenirliği de .88 olarak belirlenmiştir (Akt. Rugancı ve Gençöz, 2010).

2.2.4. Çocuklar İçin Öz-Yeterlik Ölçeği

Muris (2001) tarafından geliştirilen Çocuklar İçin Öz-Yeterlik Ölçeği, 12–19 yaş aralığındaki ergenlerin sosyal, akademik ve duygusal öz-yeterlik düzeylerini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Beşli Likert tipindeki ölçek (1= hiç ve 5= çok iyi), en yüksek puanın 105, en düşük puanın ise 21 olduğu bir ölçüm aralığı sunmaktadır. Yüksek puanlar, çocuğun öz-yeterlik düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise öz-yeterlik düzeyinin düşük olduğunu ifade etmektedir.

Telef (2012) tarafından yapılan Türkçe uyarlamasıyla, ölçeğin Türkçe ve İngilizce formları arasındaki korelasyonlar incelenmiş ve genel olarak .95, akademik öz-yeterlik için .93, sosyal öz-yeterlik için .94 ve duygusal öz-yeterlik için .91 seviyelerinde bulunmuştur.

Ölçeğin iç tutarlık katsayılarına bakıldığında, toplam puan için .86, akademik öz-yeterlik için .84, sosyal öz-yeterlik için .64, duygusal öz-yeterlik için ise .78 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, ölçeğin güvenilirliğini ve ölçtüğü özelliklerin iç tutarlılığını destekler niteliktedir.

2.2.5. Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği

Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği (PSTBÖ), bireylerin psikolojik sağlamlığıyla ilişkili çeşitli faktörleri ölçme amacı taşıyan bir ölçektir. Bu ölçek, 1999 yılında Hurtes tarafından geliştirilmiş olup, 40 madde içermektedir ve 6'lı Likert tipinde değerlendirilmektedir (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 6= Kesinlikle Katılıyorum). En yüksek puan olan 240 ve en düşük puan olan 40 arasında değişen bir ölçüm aralığına sahiptir. Elde edilen puanın yüksekliği, psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. PSTBÖ, içgörü, bağımsızlık, sosyal ilişkiler, girişkenlik, yaratıcılık, mizah ve değerler olmak üzere yedi farklı özelliği ölçen bir araç olarak tanımlanmıştır (Hurtes ve Allen, 2001). Ancak, 2013 yılında yapılan bir inceleme sonucunda PSTBÖ'nün aslında yedi değil, dört faktörlü bir yapıya sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Bu faktörler, ilişkileri sürdürebilme, dayanıklılık, olumlu başa çıkma, bağımsızlık-iç görü şeklinde belirlenmiştir (Williams, Hill, Gomez, Milliken, Goff ve Gregory, 2013).

Ölçek, Türkçe'ye Akar (2018) tarafından uyarlanmış ve yapılan faktör analizi sonrasında altı madde çıkarılarak 4'lü Likert tipinde, 34 madde olarak yeniden düzenlenmiştir (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 4= Kesinlikle Katılıyorum). En yüksek puan 136, en düşük puan ise 34'tür. Yapılan Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), ölçeğin dört alt faktörlü bir yapı sergilediğini doğrulamıştır, bu da Williams ve arkadaşlarının (2013) bulgularını desteklemiştir.

Ölçeğin güvenirliği için yapılan incelemede Cronbach α değerlerinin .79 ile .86 arasında değişim gösterdiği tespit edilmiştir.

2.2.6. Çocuk ve Ergenler İçin Stresle Başa Çıkma Ölçeği

Stresle başa çıkma, stresli durumların neden olduğu gerilimi azaltmak veya sonlandırmak amacıyla sergilenen davranışsal ve zihinsel çabalardır. Çocuklardaki stresle başa çıkma yeteneklerini ölçmek amacıyla, Yıldız (2014) tarafından geliştirilen Çocuklar için Stresle Başa Çıkma Ölçeği (ÇESBÖ) kullanılmaktadır. Bu ölçek,

toplamda 88 maddeden oluşan ve 11 farklı faktöre dayanan bir yapıya sahiptir. Alt ölçekler şunlardır: Problem çözme ve olumluya odaklanma; Agresyon yoluyla başa çıkma; Sosyal destek arama; Oyun ve mizah; Dini olarak başa çıkma; Kendini suçlama; Kendini soyutlama; Pozitif yeniden yorumlama; Profesyonel destek arama; Risk alma; Kaçınmacı başa çıkma. Alt ölçeklere yönelik iç tutarlılık katsayıları, .57 ile .93 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan, çocuğun stresle başa çıkma düzeyini değerlendirmek için kullanılabilir (Yıldız, 2014).

2.2.7. Stirling Çocuklar İçin Duygusal ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Liddle ve Carter (2015) tarafından geliştirilen bu ölçek, Türkçe'ye Akın ve arkadaşları (2016) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, 5'li likert tipinde (1: Asla – 5: Her zaman) yer alan 12 madde içeren ve tek bir faktörü ölçen bir araçtır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı, toplam puan için .90 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin öz-saygı ölçeği ile olan ilişkisi incelenmiş ve bu bağlamda yapılan ölçüt geçerliği çalışmasında, Dubois Öz-saygı Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilmiş olan bulgular, uyarlanan ölçek ile öz-saygı ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiş olup bu ilişki düzeyi .69 olarak belirtilmiştir.

2.2.8. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve ekibi tarafından orijinal olarak geliştirilen Beck Depresyon Envanteri, 1961 ve 1978 tarihlerinde yapılan düzenlemelerle iki farklı versiyona sahiptir. Her iki versiyon da Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları Hisli (1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu envanter, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçmek amacıyla hazırlanan 21 maddeden oluşmaktadır ve her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Katılımcılardan, son 1 haftadaki duygu-durumlarına en uygun şıkkı işaretlemeleri istenmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Depresyon tanısı konulabilmesi için bazı çalışmalar, 17 ve üzeri puan alan bireyleri değerlendirirken, tarama amaçlı

kullanıldığında ise 10 puan ve üzeri skora sahip bireylerde hafif depresyon belirtileri görülebileceğini belirtmektedir.

2.2.9. Beck Anksiyete Ölçeği

1988 yılında Beck ve ekibi tarafından geliştirilen ölçeğin temel amacı, bireyin içinde bulunduğu ya da yaşadığı anksiyete belirti ve bulgularının sıklığını ölçmektir. Her bir madde için 0 ile 3 arasında puan verilen ölçekten elde edilen toplam puan, 0 ile 63 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Ulusoy, Şahin ve Erkmén (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı alan bireylerle yapılmış olan çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .93 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin madde toplam puan korelasyon katsayıları .45 ile .72 arasında değişirken; test-tekrar test güvenirlik katsayısı .57 olarak bulunmuştur. Ayrıca, ölçeğin Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu .41, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile .34, Beck Depresyon Ölçeği ile ise 0.46 olarak belirtilmiştir.

2.2.10. EMDR Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu

Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, yalnızca deney (müdahale) grubundaki katılımcılara uygulanmıştır. EMDR gelişimsel protokol baz alınarak oluşturula 12 seanslık uygulama bittikten sonra, son-test ölçümleri alınırken ölçeklerle birlikte katılımcılardan doldurmaları beklenmiştir. Bu formda, genel olarak müdahale programından ne kadar memnun kaldıkları, en çok hangi tekniği günlük hayatlarında kullanabildikleri gibi subjektif değerlendirme soruları yer almaktadır.

2.3. İŞLEM

Araştırmaya başlamadan önce İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Etik Kurulundan 23.09.2021 tarihinde Etik Onay Belgesi alınmıştır. Ardından Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndan uygulama izni alınmıştır. Ayrıca araştırmada uygulanan ölçeklerin uyarlamasını gerçekleştiren araştırmacılar ölçek

kullanım izinleri de alınmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra, kurumdaki uzmanlar, sosyal çalışmacı ve idareciler ile toplantılar yapılmış, psikolojik istismar, fiziksel istismar, psikolojik ihmal ve/veya fiziksel ihmal yaşantısı olduğu dosya bilgileri doğrultusunda teyit edilmiş olan ve dışlama/dahil etme kriterlerine uyan ergenler belirlenmiştir. Ardından, belirlenen katılımcıların her biri ile bireysel ön görüşmeler yapılmış, çalışmadan bahsedilmiştir ve Bilgilendirilmiş Onam Formunu okuyup çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler çalışmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Katılımcıların ergenlerden oluşması sebebiyle Bilgilendirilmiş Onam Formu'ndaki bilgiler sadece okutulmamış, aynı zamanda araştırmacı tarafından en iyi şekilde anlaşıldığından emin olunana kadar sözel olarak her bir katılımcıya anlatılmıştır. Ek olarak, kurum yetkilileri ile iletişime geçilmiş ve yaşları reşit olmadığı için böyle bir araştırmada çocuk dışında kime Bilgilendirilmiş Onam Belgesi imzalatılması gerektiği (yetkili veya aile gibi) sorulmuştur. Sonuç olarak, çocukla birlikte, kurumda çocuktan sorumlu olan meslek elemanının (ev sorumlusu) da çalışma için Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalaması gerektiği bildirilmiş, dolayısıyla her bir katılımcı için bu formlar ev sorumluları tarafından da imzalanmıştır. Tüm katılımcıların bilgileri Demografik Bilgi Formuna araştırmacı tarafından işlenmiş olup, bilgiler kurum sosyal hizmet çalışanı ile çocukların dosyalarından temin edilmiştir.

Araştırmada deney ve kontrol grubuna seçkisiz (randomize) olarak atanan ergenlerden deney (uygulama) grubuna atanmış olanlara tez yazarı tarafından bireysel olarak 12 seans boyunca her seans ortalama 50-60 dakika sürecek şekilde EMDR Terapisinin çocuk ve ergenlere yönelik formu olan EMDR Gelişimsel Protokolü baz alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş ve yürütülmüş olan terapi protokolü uygulanmıştır. Terapi uygulaması öncesinde hem uygulama grubunun hem de bekleme listesi kontrol grubunun ön-test ölçümleri alınmış olup, uygulama sonrasında da aynı ölçekler tekrar son-test olarak uygulanmıştır. Son olarak, uygulamalar bittikten 3 ay (on iki hafta) sonra hem deney hem kontrol grubundan izlem ölçümleri tekrar alınmıştır. Deney ve kontrol grubunun ön test, son test ve izlem puanları karşılaştırılmıştır.

2.3.1. EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü

EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü çocuk ve ergenler için gelişimsel dönemlere göre uyarlanmıştır ve tıpkı yetişkinlere uygulandığı gibi sekiz aşamadan oluşmaktadır. Gelişimsel Protokolde çocuğun yaşı, gelişim seviyesi, yaşam deneyimlerinin bağlamını anlayabilmesi gibi durumlar üzerinde özel bir vurgu bulunmaktadır (Adler-Tapia ve Settle, 2008). Gelişimsel Protokolde çocukların yaş ve gelişim dönemlerine göre seans süresi değişkenlik göstermekle birlikte, yaş küçüldükçe seans süresi azalmaktadır (Morris-Smith, 2009).

EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü baz alınarak içeriği ve uygulamaları araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 12 seanslık terapi uygulaması aşağıdaki şekilde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada katılımcılardan yaşı küçük olanlara yani ortaokul düzeyinde olanlara 50 dakikalık seanslar, yaşı büyük olanlara yani lise düzeyinde olanlara ise 60 dakikalık seanslar uygulanmıştır. Seanslar her hafta düzenli olarak gerçekleştirilmiş 12 hafta boyunca devam etmiştir. Her bir katılımcı ile önceden tanışılmış ve demografik bilgi formu doldurulurken kurum görevlisinden ön bilgisi alınmış olması nedeniyle terapinin birinci seansında katılımcıya EMDR Terapisinin işleyiş mekanizmasına dair görsel ve işitsel anlatım yapılmış, her katılımcının kendisinden de travmatik yaşantılarıyla ve anılarıyla ilgili bilgi alınmış, vaka formülasyonu oluşturulmuş ve seans sonrasında kişinin durumuna özel terapi planı oluşturulmuştur. İkinci seansta stresle baş etme durumlarında kullanabilecekleri “ışık huzmesi”, “dört element”, “kare nefes egzersizi” ve “aşamalı kas gevşetme” gibi gevşeme egzersizleri uygulamalı olarak öğretilmiştir. Üçüncü seansta hazırlık aşamasına dahil olan kutu (konteyner) egzersizi, güvenli yer egzersizi ve duyguları tanıma egzersizi uygulamalı olarak öğretilmiş, ortaokul düzeyindekilere resimle çizdirilmiş, her bir katılımcının bireysel ihtiyacına yönelik kaynak geliştirme ve yerleştirme çalışması yapılmıştır. Dördüncü seansta bu seanstan itibaren neler yapılacağına dair katılımcıların gelişimsel düzeylerine uygun şekilde psikoeğitim verilmiş, kaynak geliştirme ve yerleştirme çalışması yapılmış ve ilk travmatik anı ile duyarsızlaştırma aşamasına başlanmıştır. Beşinci, altıncı, yedinci, sekizinci,

dokuzuncu ve onuncu seanslarda kaynak geliştirme ve yerleştirme (her bir seansta farklı bir kaynak olacak şeklinde: cesaret, özgüven, güç, özgürlük, yeterlilik, başarı, mutluluk, sakinleşme kaynakları), duyarsızlaştırma çalışmaları yapılmıştır. Her katılımcının ilk anısı bittikten sonra en kötü anısı olan kurum bakımına alınma anıları ve bireysel süreçlerinde travmatize oldukları diğer anıları ile çalışılmıştır. Onbirinci seansta her bir katılımcı ile gelecek şablonu ve “gelecek filmi” çalışması yapılmıştır. Onikinci seansta geçen sürecin değerlendirmesi yapılmış, kaynaklar ve baş etme yöntemleri gözden geçirilmiş, “umut ağacı” egzersizi yapılmış ve terapi süreci sonlandırılmıştır. Aşağıda yer alan Tablo 4’te terapi sürecinin basamakları özet halinde yer almaktadır.

Tablo 4. EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü Baz Alınarak Uygulanan Seans İçeriği

SEANSLAR	EMDR TERAPİSİ GELİŞİMSEL PROTOKOLÜ SEANS İÇERİĞİ
1.SEANS	Tanışma, Öykü Alma, Vaka Formülasyonu ve Terapi Planı Oluşturma
2.SEANS	Terapiye Hazırlık, Gevşeme Egzersizi (Nefes Egzersizi, Işık Huzmesi, Aşamalı Kas Gevşetme...)
3.SEANS	Hazırlık Aşaması: Kutu ve Güvenli Yer Egzersizi, Kaynak Geliştirme, Koruyucu/Besleyici Figürler
4.SEANS	Psikoeğitim, Duygu Regülasyonu, Kaynak Geliştirme ve Güçlendirme, Sorun Alanı İle İlgili EMDR Müdahalesi
5.SEANS	Duygu Regülasyonu, Sorun Alanı İle İlgili EMDR Müdahalesi, Kaynak Geliştirme ve Yerleştirme
6.SEANS	Duygu Regülasyonu, Sorun Alanı İle İlgili EMDR Müdahalesi, Kaynak Geliştirme ve Yerleştirme
7.SEANS	Duygu Regülasyonu, Sorun Alanı İle İlgili EMDR Müdahalesi, Kaynak Geliştirme ve Yerleştirme

8.SEANS	Duygu Regülasyonu, Sorun Alanı İle İlgili EMDR Müdahalesi, Kaynak Geliştirme ve Yerleştirme
9.SEANS	Duygu Regülasyonu, Sorun Alanı İle İlgili EMDR Müdahalesi, Kaynak Geliştirme ve Yerleştirme
10.SEANS	Duygu Regülasyonu, Sorun Alanı İle İlgili EMDR Müdahalesi, Kaynak Geliştirme ve Yerleştirme
11.SEANS	Gelecek Şablonu Oluşturma, Ergenle Gelecek Filmi Yapmak
12.SEANS	Değerlendirme ve Sonlandırma

Araştırmanın yürütücüsü hem yetişkin EMDR hem de çocuk ve ergen EMDR Gelişimsel Protokol terapisti sertifikasına sahiptir. Türkiye EMDR Derneği'nde her iki eğitim için de teorik, uygulama ve süpervizyon aşamalarını başarıyla bitirmiştir. Araştırma boyunca uygulamalar esnasında hem klinik psikolog öğretim üyesinden danışmanlık alınmış, hem de gerektiğinde dernekten süpervizyon hizmeti alınmıştır.

2.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Analizlere başlanmadan önce, ölçeklerden toplanan verilerin analizler için uygunluğu ve gerekli varsayımları karşılayıp karşılamadığı incelenmiştir (örneğin, basıklık-çarpıklık gibi normal dağılım değerleri). Ardından, IBM SPSS 26.0 programı kullanılarak, grupların ön test puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığının tespit edilmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Gruplar arası kritik olabilecek bazı demografik değişkenlerin farklılaşıp farklılaşmadığının değerlendirilmesi için ki-kare analizlerine başvurulmuştur. EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolün etkililiğinin test edilebilmesi için her bir değişken açısından 2x3 Karışık Desenler İçin İki Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde hipotezlerin test edilmesi amacıyla uygulanan istatistiksel analizlerin sonuçlarına yer verilmiştir. Başlangıçta, demografik özellikler ile travmaya ilişkin değişkenlerin deney ve kontrol grubuna göre dağılımı incelenmiş, sonrasında ölçek puanlarının basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Ardından, grupların ön test ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı bir dizi tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Son olarak, katılımcıların ön test, son test ve izlem ölçümleri karışık desenler için iki yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

3.1. VERİLERİN NORMAL DAĞILIM ÖLÇÜMLERİ VE GRUPLARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Analizlere başlanılmadan önce, ölçek toplam ve alt ölçek puanları üzerinden yapılan normallik analizleri sonucunda, basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında olduğu, ayrıca Kolmogorov ve Shapiro analiz sonuçlarının anlamsız çıktığı görülmüştür ($p > .05$). Sonuç olarak, veri setinin parametrik testler için uygun olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın son ölçümlerini tamamlayarak analizlere dahil edilen katılımcıların (deney grubu: 21, kontrol grubu: 21), çalışma için önemli olabilecek bazı demografik özelliklerine ilişkin farklılaşma olup olmadığına bir dizi ki-kare testi yapılarak bakılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, cinsiyet [$\chi^2(1) = 2.97$, $p > .05$], korunma yılı [$\chi^2(1) = 2.36$, $p > .05$] ve korunma nedeni [$\chi^2(1) = 3.72$, $p > .05$] açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ek olarak katılımcıların yaşları da 12-13, 14-15 ve 16-17 şeklinde üç ayrı gruba ayrılmış ve yapılan ki-kare analizi sonucunda gruplar arası farklılık bulunmamıştır [$\chi^2(1) = 2.21$, $p > .05$]. Ancak, psikiyatrik tanının varlığı açısından ve psikiyatrik ilaç kullanımı açısından grupların

anlamli seviyede farklılaştığı yapılan ki-kare analizinde belirlenmiştir [$\chi^2(1)= 7.37$, $p<.05$]. Detaylı incelencek olursa, deney grubunda psikiyatrik tanısı olan ve psikiyatrik ilaç kullanan kişi sayısı 9 iken, kontrol grubunda bu rakam 3'tür.

3.2. GRUPLARIN ÖN-TEST PUANLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Müdahale programının etkililiğine yönelik istatistiksel analizlere başlamadan önce, deney ve kontrol grubunun ölçek toplam ve alt ölçek puanlarının ön-test ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığına bağımsız gruplar için t-testi analizi ile bakılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, yalnızca Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeğinin (PSTBÖ) mizah alt ölçeği için gruplar arasında ön test puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p < .001$), onun dışındaki hiçbir alt ölçek ve toplam puanlarda anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$). Söz konusu analizlere ilişkin bulgular Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Grupların Ön-Test Puan Karşılaştırmaları

DEĞİŞKEN	Deney Grubu (DG)		Kontrol Grubu (KG)	F	p
	N=21		N=21		
Toplam Puan	Alt Ölçekler	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)		
BSÖ		32,28 (5,45)	31,80 (5,21)	,378	,774
DDGÖ		83,23 (30,30)	84,14 (23,53)	,420	,915
	DNE	11,47 (4,28)	11,38 (4,66)	,273	,945
	DFE	15,71 (5,01)	13,66 (3,39)	2,429	,130
	DKG	12,33 (6,10)	13,57 (5,66)	,074	,499
	DTKE	12,23 (6,09)	13,00 (5,55)	,333	,668
	AYDBG	14,61 (5,81)	14,33 (5,03)	,448	,866
	DDSSE	16,85 (7,87)	18,19 (6,37)	,219	,550
ÖYÖ		72,57 (17,98)	70,62 (19,19)	,202	,735
	AÖY	21,67 (7,02)	23,33 (7,07)	,003	,448
	SÖY	25,81 (6,58)	24,52 (7,02)	,154	,544
	DÖY	25,09 (7,31)	22,76 (7,44)	,024	,311
PSTBÖ		114,52 (16,17)	109,62 (15,08)	,005	,316
	İVDO	37,24 (6,83)	36,95 (5,30)	1,144	,880
	İGVY	33,48 (5,34)	32,71 (4,71)	,066	,627
	BVG	26,81 (3,80)	25,95 (4,65)	1,101	,517
	MZ	17,00 (2,37)	14,00 (3,19)	,540	,001*
SBÇÖ		199,29 (35,98)	207,90 (27,94)	,281	,391
	PÇ	51,86 (13,82)	54,43 (11,00)	,022	,509
	AYBÇ	20,90 (10,16)	21,09 (7,77)	1,735	,946
	SDA	30,67 (8,90)	33,14 (6,87)	4,066	,319
	MİZ	17,67 (4,85)	15,90 (5,25)	,036	,266
	DBÇ	16,52 (5,14)	17,48 (2,91)	3,607	,466
	KSo	16,14 (5,24)	19,09 (4,87)	,351	,066
	KSu	10,71 (5,31)	11,62 (4,90)	,814	,570
	PDA	8,52 (3,34)	7,19 (2,71)	,319	,164
	PYY	15,52 (4,52)	16,81 (3,98)	,270	,334
	KAÇ	10,76 (3,22)	11,14 (2,89)	,342	,689
PİOÖ		47,38 (9,87)	45,09 (9,75)	,000	,455

BDÖ	11,24 (10,05)	15,62 (12,14)	1,319	,210
BAÖ	10,95 (12,42)	12,29 (10,55)	,307	,710

***p<.01, Kısaltmalar:** BSÖ: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puan; DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam Puan; DNE: Duygusal Netlik Eksikliği Alt Ölçek Puanı; DFE: Duygusal farkındalık Eksikliği Alt Ölçek Puanı; DKG: Dürtü Kontrol Güçlüğü Alt Ölçek Puanı; DTKE: Duygusal Tepkilerin Kontrol Edilememesi Alt Ölçek Puanı; AYDBG: Amaca Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü Alt Ölçek Puanı; DDSSE: Duygu Düzenleme Stratejilerine Sınırlı Erişim Alt Ölçek Puanı; ÖYÖ: Öz-Yeterlik Ölçeği Toplam Puan; AÖY: Akademik Öz-Yeterlik Alt Ölçek Puanı; SÖY: Sosyal Öz-Yeterlik Alt Ölçek Puanı; DÖY: Duygusal Öz-Yeterlik Alt Ölçek Puanı; PSTBÖ: Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği Toplam Puan; İVDO: İlişkiler ve Değerler Oryantasyonu Alt Ölçek Puanı; İGVY: İçgörü ve Yaratıcılık Alt Ölçek Puanı; BVG: Bağımsızlık ve Girişimcilik Alt Ölçek Puanı; MZ: Mizah Alt Ölçek Puanı; SBÇÖ: Stresle Başa Çıkma Ölçeği Toplam Puan; PÇ: Problem Çözme Alt Ölçek Puanı; AYBÇ: Agresyon Yoluyla Başa Çıkma Alt Ölçek Puanı; SDA: Sosyal Destek Arama Alt Ölçek Puanı; MİZ: Mizah Alt Ölçek Puanı; DBÇ: Dini Başa Çıkma Alt Ölçek Puanı; KSo: Kendini Soyutlama Alt Ölçek Puanı; KSu: Kendini Suçlama Alt Ölçek Puanı; PDA: Profesyonel Destek Arama Alt Ölçek Puanı; PYY: Pozitif Yeniden Yorumlama Alt Ölçek Puanı; KAÇ: Kaçınma Alt Ölçek Puanı; PİÖÖ: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puan.

3.3. GRUPLAR ARASI ÖN-TEST, SON-TEST VE İZLEM KARŞILAŞTIRMALARI

Bu çalışmada müdahale programının etkililiğini incelemek ve bu etkilerin süreç içinde devam edip etmediğini değerlendirmek amacıyla deney grubu ve kontrol grubunun ön test, son test ve izlem puanlarının karşılaştırılması için 2 (grup) x 3

(zaman) karışık desenler için iki yönlü varyans analizi (two-way mixed-design ANOVA) uygulanmıştır.

3.3.1. Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puanlarının Gruplar Arası Kıyaslanması

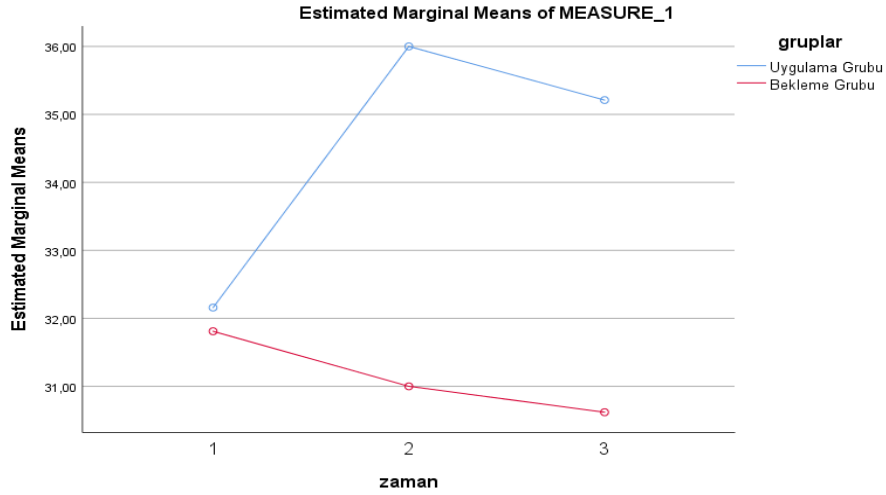
BSÖ toplam puanı bakımından uygulama ve bekleme grupları arasında farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan karışık desenler için iki yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı; grubun ana etkisinin ($p < .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 6,308$; $p = .003$; $\eta^2 = .142$]. Benlik Saygısı Ölçeğinin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Benlik Saygısı Ölçeği Puanı Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

GRUP	ZAMAN								
	Ön-Test			Son-Test			İzlem		
	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$
Deney Grubu	21	5,73	32,16	21	3,80	36	19	4,16	35,21
Kontrol Grubu	21	5,21	31,81	21	5,84	31	21	5,83	30,62

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ve koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Uygulanan analizler, deney grubunda ön test ve son test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .006$), benzer biçimde ön test ve izlem arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p = .022$) saptandığını göstermiştir. Kontrol grubunda ise ön-test, son-test ve izlem verileri arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p > .05$). Bu sonuçlara göre, deney grubunda müdahale öncesine göre müdahalenin hemen sonrasında ve 3 ay izlemde katılımcıların benlik

saygısında anlamlı bir yükselme olmuştur. Grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1. Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının Ön-Test, Son-Test ve İzlem Değişimleri

3.3.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) Toplam Puanının ve Alt Ölçeklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı bakımından deney ve kontrol grupları arasında farklılaşma olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p < .05$) ve grubun ana etkisinin ($p < .05$) anlamlı olduğu ve grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 7,373$; $p = .001$; $\eta^2 = .162$]. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanına ve alt ölçek puanlarına (alt ölçeklere ilişkin analizler ileriki bölümlerde raporlanmaktadır) ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 7’de verilmiştir.

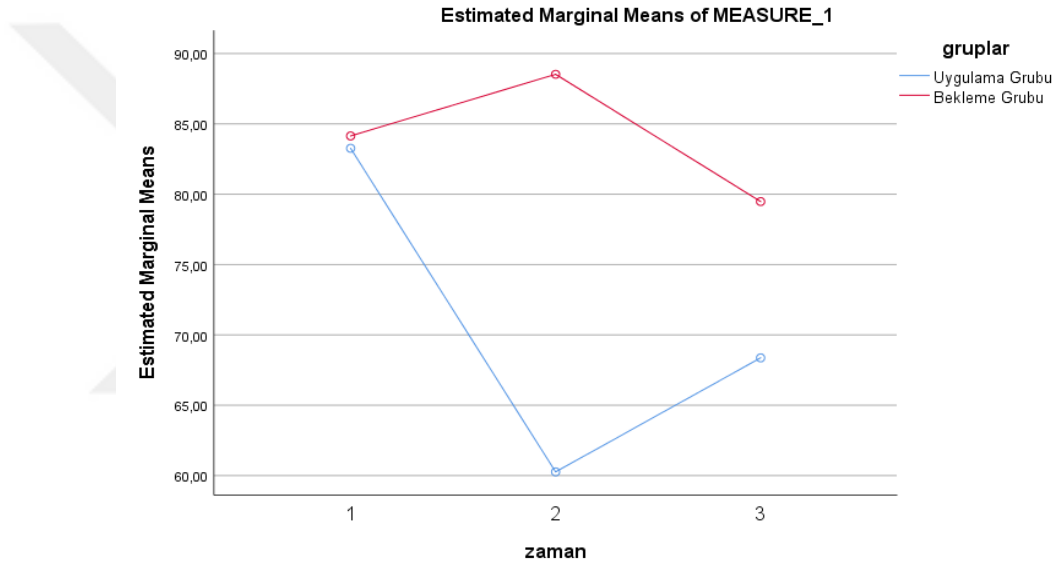
Tablo 7. Grup ve Zamana Göre DDGÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

GRUP	ZAMAN								
	Ön-Test			Son-Test			İzlem		
	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$
<u>Deney Grubu</u>									
DDGÖtop	21	31,83	83,26	21	18,79	60,26	19	21,26	68,39
DNE	21	4,44	11,47	21	3,71	8,32	19	4,02	9,05
DFE	21	5,25	15,74	21	4,50	12,53	19	4,77	14,63
DKG	21	6,43	12,31	21	4,56	9,05	19	5,05	10,42
DTKE	21	6,41	12,10	21	2,39	7,58	19	4,02	9,74
AYDBG	21	6,05	14,89	21	5,02	11,10	19	5,53	11,84
DDSSE	21	8,26	16,74	21	5,27	11,68	19	4,84	12,68
<u>Kontrol Grubu</u>									
DDGÖtop	21	23,54	84,14	21	23,21	88,52	21	20,76	79,48
DNE	21	4,66	11,38	21	3,50	12,33	21	4,39	10,67
DFE	21	3,40	13,67	21	5,18	15,57	21	5,59	14,38
DKG	21	5,66	13,57	21	6,50	14,24	21	6,12	12,43
DTKE	21	5,31	13	21	5,56	13,90	21	4,64	11,43
AYDBG	21	5,03	14,33	21	5,55	13,67	21	5,30	11,84
DDSSE	21	6,38	18,19	21	8,18	18,81	21	6,50	16,33

Kısaltmalar: DDGÖtop: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam Puan; DNE: Duygusal Netlik Eksikliği Alt Ölçek Puanı; DFE: Duygusal farkındalık Eksikliği Alt Ölçek Puanı; DKG: Dürtü Kontrol Güçlüğü Alt Ölçek Puanı; DTKE: Duygusal Tepkilerin Kontrol Edilememesi Alt Ölçek Puanı; AYDBG: Amaca Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü Alt Ölçek Puanı; DDSSE: Duygu Düzenleme Stratejilerine Sınırlı Erişim Alt Ölçek Puanı.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test ile ön-test ve izlem arasında anlamlı farklılık olduğunu ($p < .001$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ön-test ile son-test arasında, ön-test ile izlem

arasında ve son-test ile izlem arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre deney grubunda terapi öncesine göre terapinin hemen sonrasında duygu düzenleme becerisi alanında yaşanan güçlüğün anlamlı olarak azaldığı görülmektedir ve bu anlamlı değişimin 3 ay sonrasında da devam ettiği bulunmaktadır. Ayrıca grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 2’de verilmiştir.



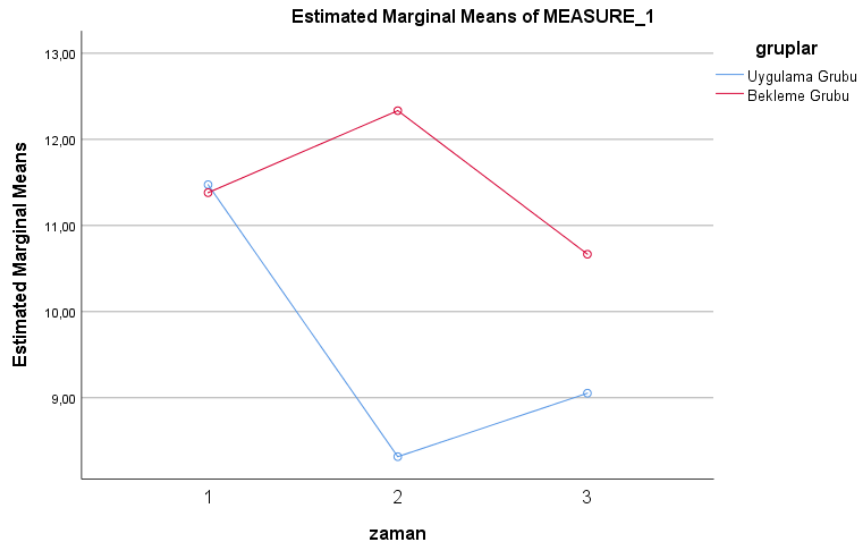
Şekil 2. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam Puanı Ön-Test, Son-Test ve İzlem Ölçümleri

3.3.2.1. Duygusal Netlik Eksikliği (DNE) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Duygusal Netlik Eksikliği (DNE) alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan karışık desenler için iki yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, grubun ana etkisinin anlamlı olmadığı ($p > .05$), ancak zamanın ana etkisinin ($p < .05$) ve grup*zaman arasındaki

etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76)=6,497$; $p=.002$; $\eta^2=.146$]. DNE alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 7’de verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ile son-test ve izlem arasında anlamlı farklılık olduğunu (sırasıyla, $p=.001$ ve $p=.048$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ön-test ile son-test ve ön-test ile izlem arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$), ancak son-test ve izlem arasında anlamlı fark olduğu ($p=.023$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubunda terapi öncesine göre terapinin hemen sonrasında alınan DNE puanlarının anlamlı olarak düştüğü görülmüş, 3 ay sonrasında da bu anlamlılığın sürdüğü gözlenmiştir. Kontrol grubunda ise ön-test ölçümlerine göre son-testte DNE puanı anlamlı olmamakla birlikte yükselme göstermiş, ancak izlem ölçümlerinde son-test puanlarına göre DNE ölçümlerinde anlamlı düşme gözlenmiş ve ön-test puanına yakın seviyeye tekrar düşmüştür. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 3’te verilmiştir.

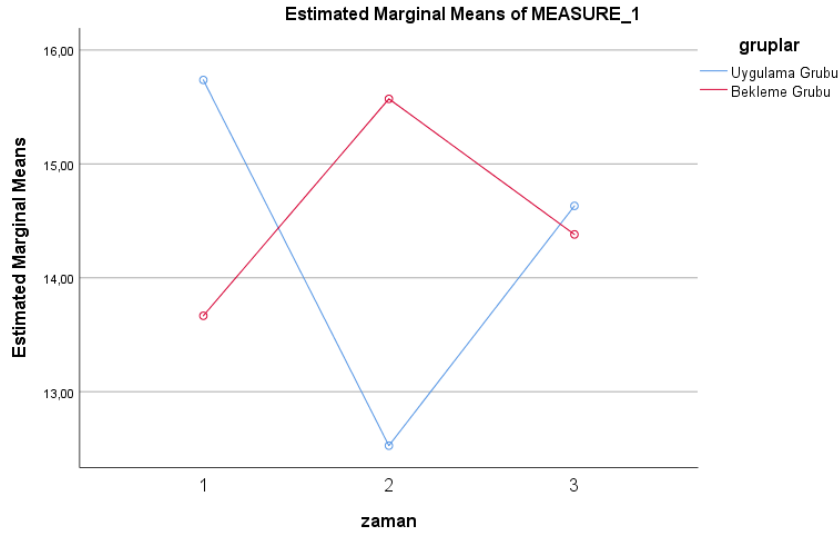


Şekil 3. DNE Alt Ölçek Puanlarının Gruplara Göre Ön-Test, Son-Test ve İzlem Ölçümleri

3.3.2.2. Duygusal Farkındalık Eksikliği (DFE) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Duygusal Farkındalık Eksikliği (DFE) alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı ancak grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 6,020$; $p = .004$; $\eta^2 = .137$]. DFE alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 7’de verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ve koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .021$), ancak ön-test ile izlem arasında ise anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre deney grubunda terapi öncesine göre terapinin hemen sonunda alınan DFE puanlarının anlamlı olarak düştüğü, yani gençlerin duygusal farkındalığının arttığı görülmektedir. Bununla birlikte, 3 ay sonrasında alınan ölçümlerde DFE puanında yeniden bir artış olduğu, fakat fark anlamlı olmasa da müdahale öncesindeki seviyesinden daha yüksek bir DFE puanı sergiledikleri gözlenmiştir. Grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 4’te verilmiştir.

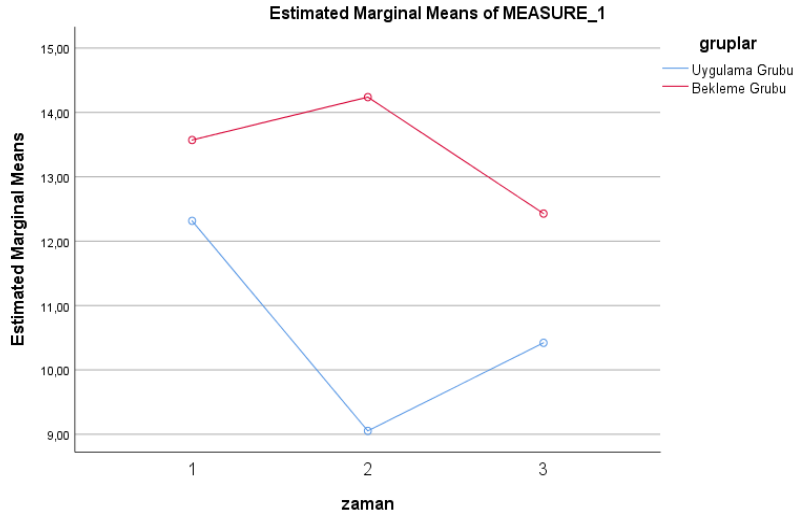


Şekil 4. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından DFE Puanları

3.3.2.3. Dürtü Kontrol Güçlüğü (DKG) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Dürtü Kontrol Güçlüğü (DKG) alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$), grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ($p > .05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 2,565$; $p = .074$; $\eta^2 = .063$]. Bununla birlikte, varyans analizi modelinin anlamlılık düzeyinin marjinal seviyede ($p = .84$) çıkmasından dolayı Bonferonni düzeltmesi ile çoklu karşılaştırma yapılmasına karar verilmiştir. Sonuç olarak yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .036$) göstermiştir. Grafik incelendiğinde de, ön-test ölçümlerine göre deney grubunda DKG puanının son-testlerde anlamlı düşme gösterdiği, izlemde bu düşüş belli ölçüde azalsa da halen ön-test değerinden düşük olduğu göze çarpmaktadır. Ancak model marjinal düzeyde anlamlı olduğu için bu bulgu dikkatli yorumlanmalıdır. DKG puanına ilişkin gruplara ait ortalama ve standart

sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 7’de verilmiştir. Ayrıca grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 5’te sunulmuştur.



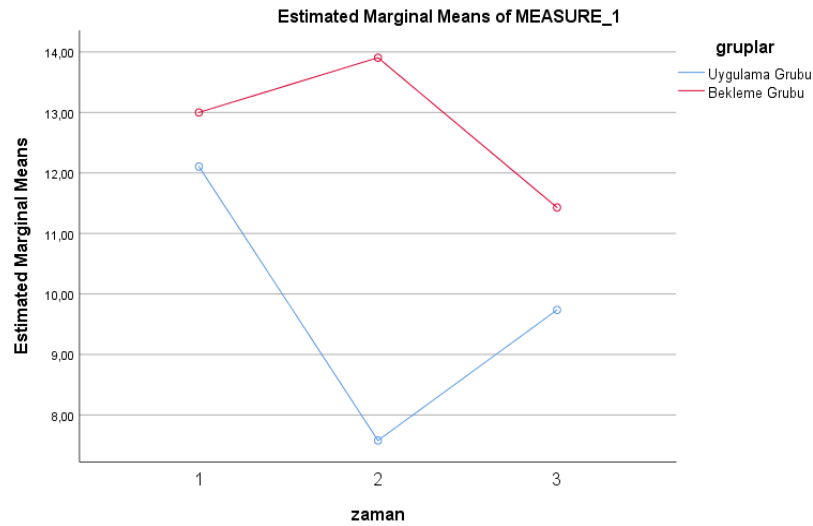
Şekil 5. DKG Puanları İçin Ön-Test, Son-Test ve İzlem Grup Karşılaştırmaları

3.3.2.4. Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi (DTKE) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi (DTKE) alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p < .05$), grubun ana etkisinin ($p < .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 7,624$; $p = .001$; $\eta^2 = .167$]. DTKE alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 7’de verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .002$), benzer şekilde ön-

test ve izlem arasında da anlamlı bir fark olduğu ($p = .033$) gözlenmiştir. Bekleme Grubunda ise ön test ve son test arasında ve ön test ve izlem arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$); son test ve izlem arasında ise anlamlı fark olduğu ($p = .026$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre deney grubunda müdahale öncesine göre terapinin hemen sonunda alınan DTKE puanlarının anlamlı olarak düştüğü, yani katılımcıların duygusal tepkileri kabul etme becerisinin arttığı görülmekte, 3 ay sonrasında da bu değişimin devam ettiği bulgulanmaktadır. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 6’da verilmiştir.



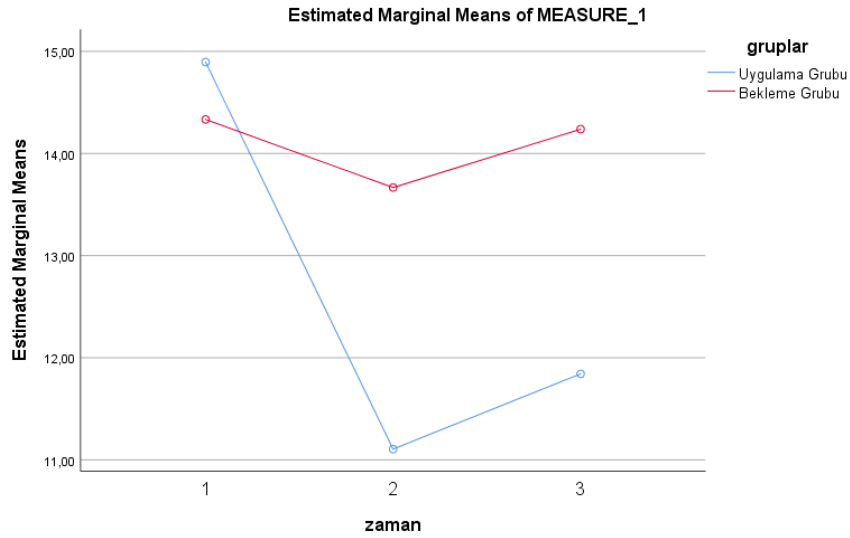
Şekil 6. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından DTKE Alt Ölçek Puanları

3.3.2.5. Amaca Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü (AYDBG) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Amaca Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü (AYDBG) alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p < .05$) anlamlı olduğu ancak grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı ve grup*zaman

arasındaki etkileşimsel etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 2,414$; $p = .096$; $\eta^2 = .060$]. AYDBG alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 7’de verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesiyle koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön test ve son test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .002$) ve izlemde de bu farklılığın korunduğu bulunmuştur ($p = .036$). Kontrol grubunda ölçümler arasında anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($p > .05$). Bu sonuçlara göre deney grubunda terapi öncesine göre terapinin hemen sonunda alınan AYDBG puanlarının anlamlı olarak düştüğü yani katılımcıların amaca yönelik davranabilme becerisinin anlamlı düzeyde arttığı görülmekte, ek olarak bu etkinin izlemde de devam ettiği göze çarpmaktadır. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 7’de verilmiştir.

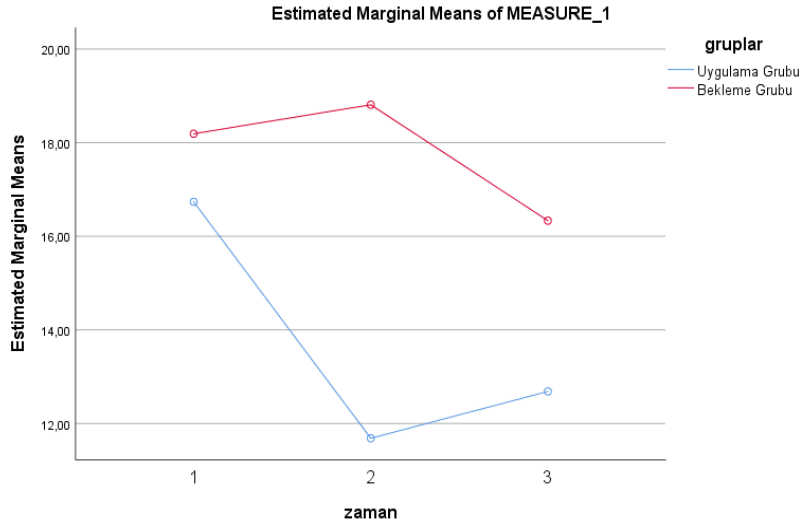


Şekil 7. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından AYDBG Alt Ölçek Puanları

3.3.2.6. Duygu Düzenleme Stratejilerine Sınırlı Erişim (DDSSE) Alt  l eğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Duygu Düzenleme Stratejilerine Sınırlı Erişim (DDSSE) alt  l eği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p < .05$) ve grubun ana etkisinin ($p < .05$) anlamlı olduğu ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 3,324$; $p = .041$; $\eta^2 = .080$]. DDSSE alt  l eğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 7’de verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizlerde, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p = .033$) ve izlemde de son-test ile anlamlı farklılaşma olmayarak iyiye gidişin korunduğu görülmüştür ($p > .05$). Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre deney grubunda müdahale öncesine göre müdahalenin hemen sonrasında alınan DDSSE puanlarının anlamlı olarak düştüğü yani katılımcıların duygu düzenleme stratejilerine erişim becerisinin arttığı görülmektedir. 3 ay sonrasında alınan ölçümlerdeki düşüş anlamlı bulunmasa da terapi öncesine göre iyileşme oranının devam ettiği anlaşılmaktadır. Grupların  n test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik şekil 8’de verilmiştir.



Şekil 8. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Ölçümlerine Göre DDSSE Alt Ölçek Puanları

3.3.3. Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ) Toplam Puanının ve Alt Ölçeklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

ÖYÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Grup ve Zamana Göre Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

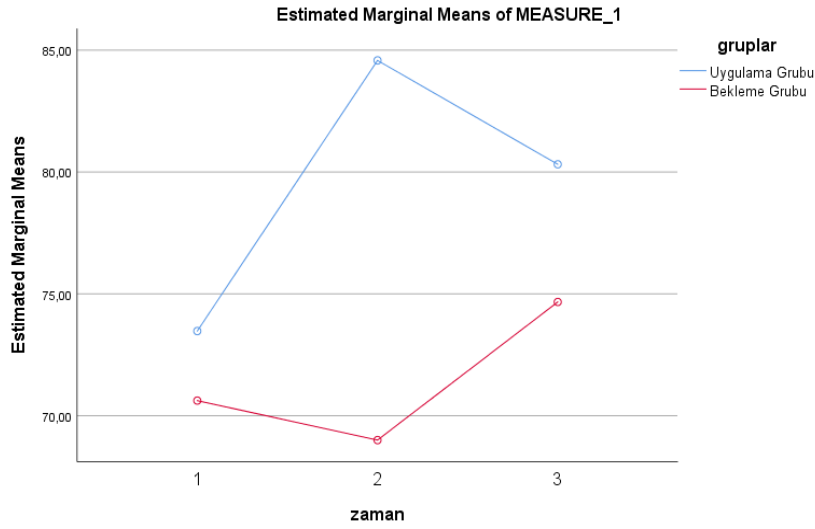
GRUP	ZAMAN								
	Ön-Test			Son-Test			İzlem		
	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$
<u>Deney Grubu</u>									
AÖY	21	7,33	21,27	21	6,15	26,47	19	7,65	24,58
SÖY	21	6,52	26,53	21	5,30	29	19	6,04	28,84
DÖY	21	7,45	25,58	21	5,42	29,10	19	6,44	26,89
ÖYÖtop	21	18,69	73,47	21	15,42	84,58	19	17,76	80,32
<u>Kontrol Grubu</u>									
AÖY	21	7,07	23,33	21	6,45	22,48	21	5,99	23,90
SÖY	21	7,02	24,52	21	5,61	24,71	21	5,44	25,62
DÖY	21	7,44	22,76	21	7,31	21,81	21	6,36	25,14
ÖYÖtop	21	19,19	70,61	21	16,03	69	21	14,90	74,67

Kısaltmalar: AÖY: Akademik Öz-Yeterlik Alt Ölçek Puanı; SÖY: Sosyal Öz-Yeterlik Alt Ölçek Puanı; DÖY: Duygusal Öz-Yeterlik Alt Ölçek Puanı; ÖYÖtop: Öz-Yeterlik Ölçeği Toplam Puanı.

ÖYÖ toplam puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p < .05$) anlamlı olduğu, grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 4,150$; $p = .019$; $\eta^2 = .098$].

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .007$), ancak son-test ve izlem arasında anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubunda müdahale öncesine göre terapinin hemen sonunda alınan Öz-yeterlik

puanlarının anlamlı olarak arttığı, 3 ay sonrasında ise artışın devam etmemekle birlikte son-testlerdeki olumlu değişimin korunduğu bulgulanmıştır. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 9’da verilmiştir.



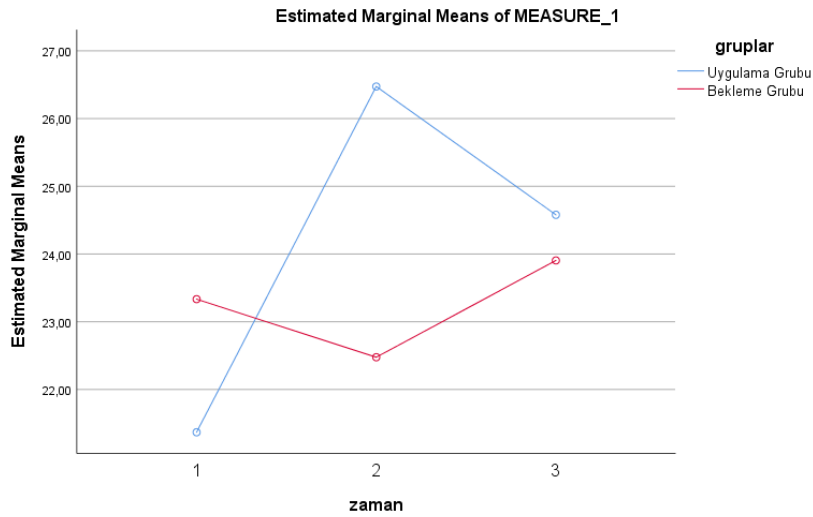
Şekil 9. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından ÖYÖ Toplam Puanları

3.3.3.1. Akademik Öz Yeterlik (AÖY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

AÖY alt ölçek puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p < .05$) anlamlı olduğu, grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 5,461$; $p = .006$; $\eta^2 = .126$]. AÖY alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıdaki Tablo 8’de verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda

ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .001$), son-test ve izlem arasında anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre deney grubunda terapi öncesine göre terapinin hemen sonunda alınan AÖY puanlarının anlamlı olarak arttığı yani katılımcıların kendilerini akademik olarak yeterli bulma durumunun arttığı görülmektedir. 3 ay sonrasında da bu etkinin devam ettiği gözlenmektedir. Grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 10’da verilmiştir.

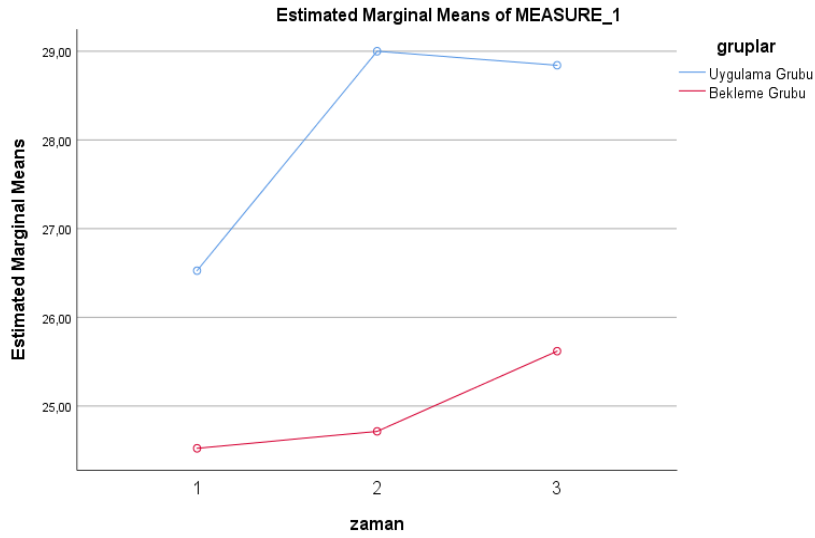


Şekil 10. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından AÖY Alt Ölçeği Puanları

3.3.3.2. Sosyal Öz Yeterlik (SÖY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

SÖY alt ölçek puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$), grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 0,936$; $p =$

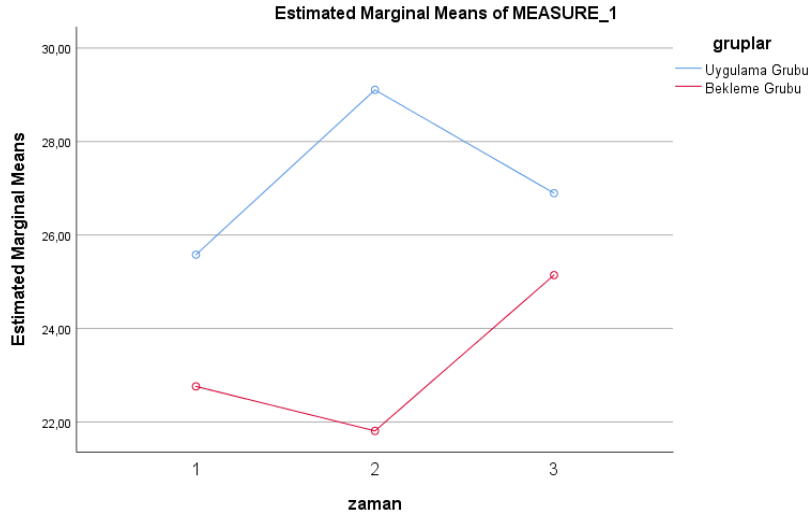
.397; $\eta^2 = .024$]. SÖY alt ölçek puanına ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıdaki Tablo 8’de verilmiş olup, ayrıca grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 11’de sunulmuştur.



Şekil 11. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından SÖY Alt Ölçeği Puanları

3.3.3.3. Duygusal Öz Yeterlik (DÖY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

DÖY alt ölçek puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$), grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 2,033$; $p = .092$; $\eta^2 = .096$]. DÖY alt ölçek puanına ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıdaki Tablo 8’de verilmiştir. Grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 12’de verilmiştir.



Şekil 12. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından DÖY Alt Ölçeği Puanları

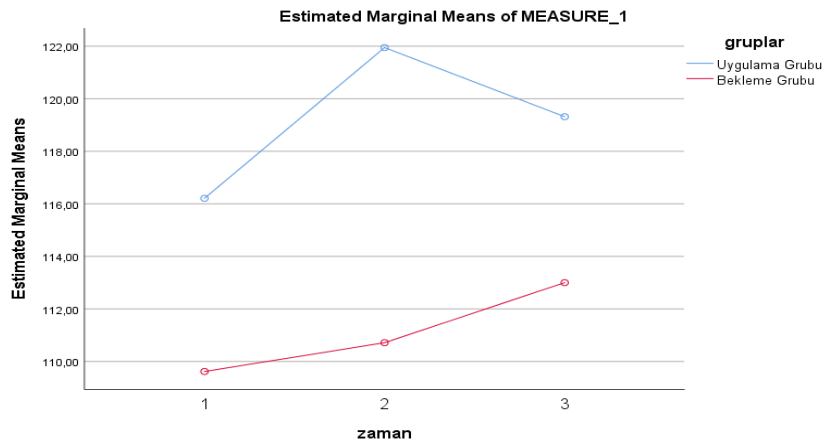
3.3.4. Psikolojik Sağlık Tutum Beceri Ölçeği (PSTBÖ) Toplam Puanının ve Alt Ölçeklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

PSTBÖ toplam ve alt ölçek puanlarına ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri aşağıda bulunan Tablo 9’da verilmiştir. PSTBÖ toplam puanı açısından uygulama ve bekleme grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, grubun ana etkisinin ($p > .05$), zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 0,774$; $p = .465$.; $\eta^2 = .020$]. Ölçek puanına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 9’da sunulmuştur. Ayrıca, grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 13’te verilmiştir.

Tablo 9. Grup ve Zamana Göre PSTBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları Ortalama ve Standart Sapmaları

GRUP	ZAMAN								
	Ön-Test			Son-Test			İzlem		
	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$
<u>Deney Grubu</u>									
İVDO	21	5,96	37,84	21	3,72	39,26	19	6,01	38
İGVY	21	5,03	34,05	21	3,35	35,74	19	4,84	35,95
BVG	21	3,27	27,05	21	2,78	28,79	19	3,34	28,63
MZ	21	2,33	17,26	21	1,34	18,16	19	2,08	17,74
PSTBÖtop	21	14,40	116,21	21	9,22	121,95	19	15,14	119,32
<u>Kontrol Grubu</u>									
İVDO	21	5,30	36,95	21	3,83	37,52	21	5,51	37,52
İGVY	21	4,71	32,71	21	5,18	32,24	21	4,52	33,67
BVG	21	4,65	25,95	21	4,58	25,81	21	4,52	26,95
MZ	21	3,19	14	21	3,99	15,14	21	3,26	14,86
PSTBÖtop	21	15,08	109,62	21	14,15	110,71	21	14,27	113

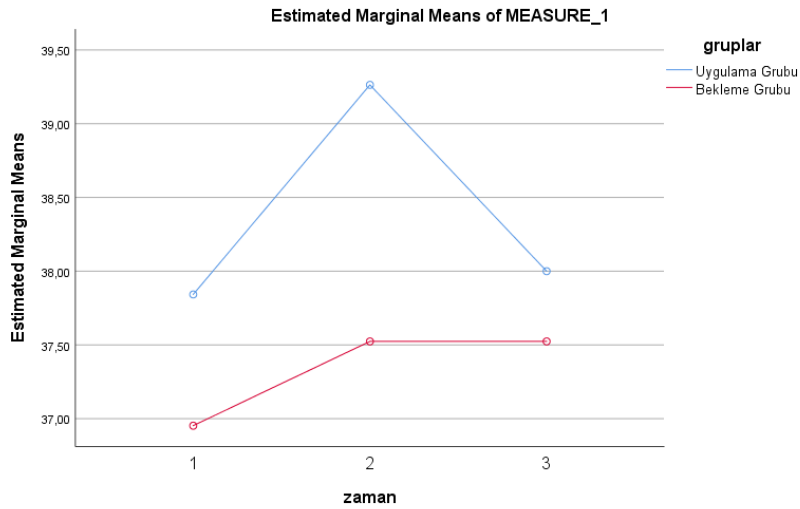
Kısaltmalar: İVDO: İlişkiler ve Değerler Oryantasyonu Alt Ölçek Puanı; İGVY: İçgörü ve Yaratıcılık Alt Ölçek Puanı; BVG: Bağımsızlık ve Girişimcilik Alt Ölçek Puanı; MZ: Mizah Alt Ölçek Puanı; PSTBÖtop: Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği Toplam Puanı.



Şekil 13. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PSTBÖ Toplam Puanları

3.3.4.1. İlişkiler ve Değerler Oryantasyonu (İVDO) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

İVDO alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$), grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 0,310$; $p = .735$; $\eta^2 = .008$]. Katılımcıların İVDO puan ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 9’da verilmiştir. Ayrıca grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 14’te sunulmuştur.

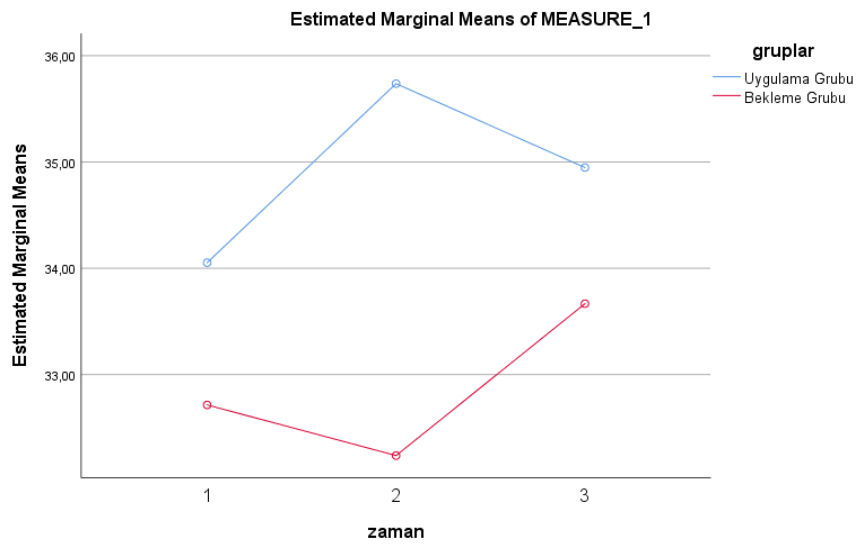


Şekil 14. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem İVDO Alt Ölçeği Puanları

3.3.4.2. İlgörü ve Yaratıcılık (İGVY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

İGVY alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana

etkisinin ($p > .05$), grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 1,532$; $p = .223$; $\eta^2 = .039$]. İGVY alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 9’da verilmiştir. Ayrıca grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 15’te sunulmuştur.

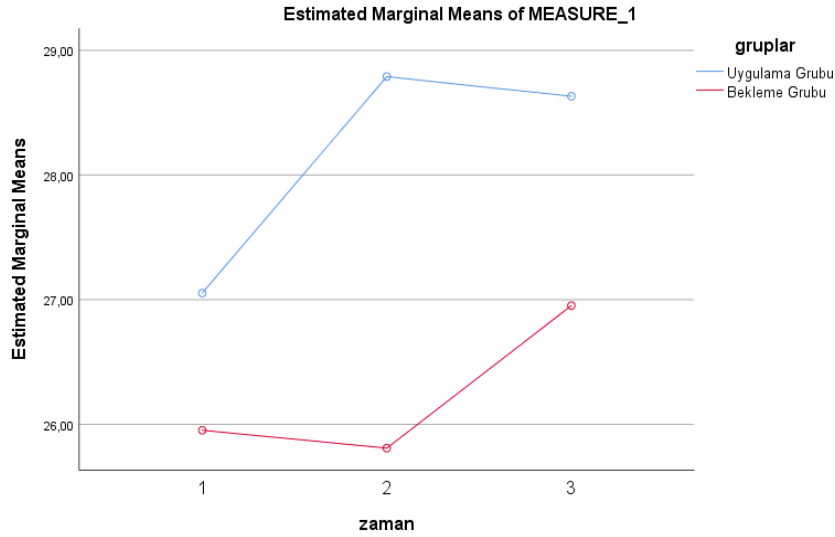


Şekil 15. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından İGVY Alt Ölçeği Puanları

3.3.4.3. Bağımsızlık ve Girişimcilik (BVG) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

BVG alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, grubun ana etkisinin ($p > .05$), zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 0,885$; $p = .417$; $\eta^2 = .023$]. BVG alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart

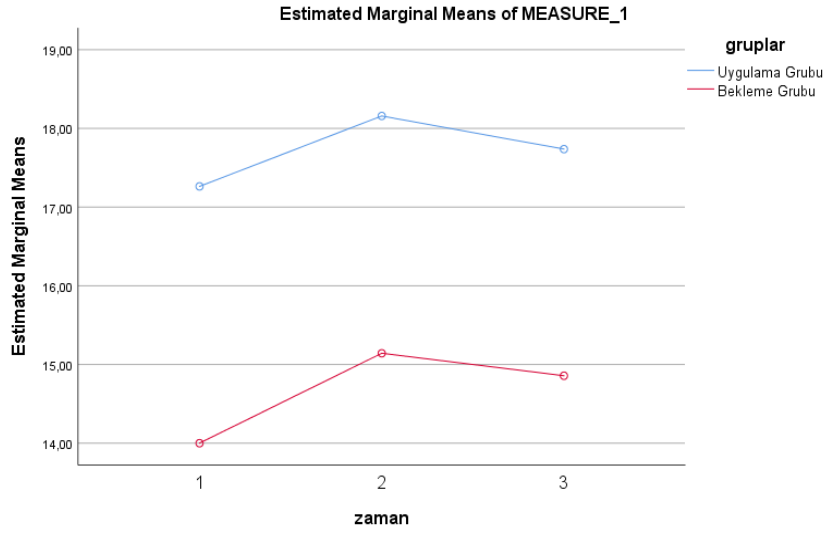
sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 9’da verilmiştir. Grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 16’da sunulmuştur.



Şekil 16. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından BVG Alt Ölçeği Puanları

3.3.4.4. Mizah (MZ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

MZ alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, grubun ana etkisinin ($p > .05$), zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 0,086$; $p = .917$; $\eta^2 = .002$]. MZ alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 9’da verilmiştir. Ek olara, grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 17’de gösterilmiştir.



Şekil 17. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından MZ Alt Ölçeği Puanları

3.3.5. Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ) Toplam Puanının ve Alt Ölçeklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

SBÇÖ toplam ve alt ölçek puanlarına ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri aşağıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir.

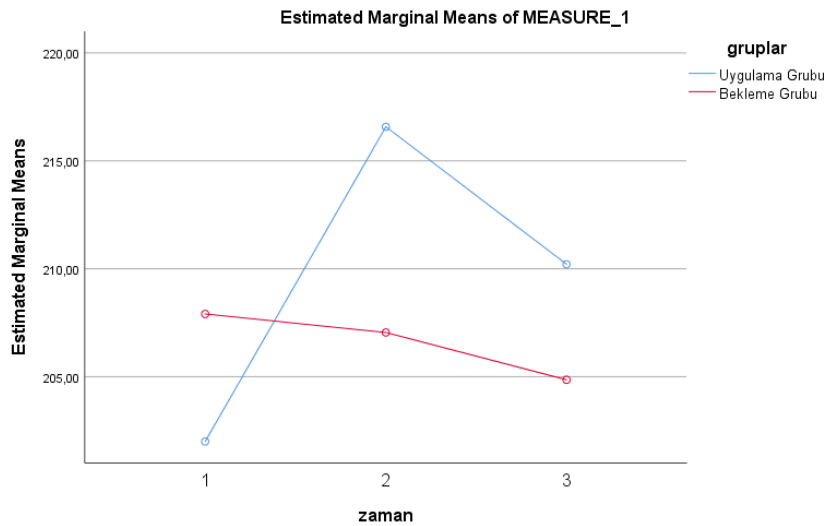
Tablo 10. Grup ve Zamana Göre SBÇÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları Ortalama ve Standart Sapmaları.

GRUP	ZAMAN								
	Ön-Test			Son-Test			İzlem		
	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$
<u>Deney Grubu</u>									
PÇ	21	12,98	52,21	21	9,70	60,63	19	10,93	57,95
AYBÇ	21	10,55	21,42	21	8,90	16,37	19	9,29	18,26
SDA	21	8,27	30,95	21	6,24	36,53	19	7,60	34,53
MİZ	21	4,70	18,26	21	3,82	20,79	19	5,85	19,21
DBÇ	21	4,86	16,84	21	3,23	17,74	19	4,63	16,21
KSo	21	5,40	16,47	21	5,44	16,05	19	6,42	17,21
KSu	21	5,31	10,89	21	3,25	7,84	19	4,53	9,05
PDA	21	3,10	8,58	21	3,67	8,95	19	3,55	8,84
PYY	21	4,19	15,74	21	2,99	18,10	19	3,65	17,10
KAC	21	3,22	10,63	21	3,35	10,86	19	3,20	11,84
SBÇÖtop	21	31,66	202	21	30,05	216,58	19	28,98	210,21
<u>Kontrol Grubu</u>									
PÇ	21	11	54,43	21	11,20	53,71	21	13,77	55,05
AYBÇ	21	7,77	21,09	21	9,38	24,57	21	8,65	20,43
SDA	21	6,87	33,14	21	8,80	32,71	21	9,11	31,95
Miz	21	5,25	15,90	21	5,84	15,33	21	9,98	14,38
DBÇ	21	2,91	17,48	21	2,87	17,38	21	3,34	16,90
KSo	21	4,87	19,09	21	4,88	17,52	21	4,06	19,24
KSu	21	4,90	11,61	21	4,57	10,95	21	4,61	11,43
PDA	21	2,71	7,91	21	3,17	8,19	21	3,83	8,76
PYY	21	3,98	16,81	21	3,53	15,81	21	3,37	16,48
KAC	21	2,89	11,14	21	3,35	10,86	21	3,70	10,24
SBÇÖtop	21	27,94	207,90	21	33,88	207,05	21	34,79	204,86

Kısaltmalar: PÇ: Problem Çözme Alt Ölçek Puanı; AYBÇ: Agresyon Yoluyla Başa Çıkma Alt Ölçek Puanı; SDA: Sosyal Destek Arama Alt Ölçek Puanı; MİZ: Mizah Alt Ölçek Puanı; DBÇ: Dini Başa Çıkma Alt Ölçek Puanı; KSo: Kendini Soyutlama Alt Ölçek Puanı; KSu: Kendini Suçlama Alt Ölçek Puanı; PDA: Profesyonel Destek Arama Alt Ölçek Puanı; PYY: Pozitif Yeniden Yorumlama Alt Ölçek Puanı; KAC: Kaçınma Alt Ölçek Puanı; SBÇÖtop: Stresle Başa Çıkma Ölçeği Toplam Puanı.

SBÇÖ toplam puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin anlamlı olduğu ($p < .05$), ancak grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 1,694$; $p = .191$; $\eta^2 = .043$].

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p = .028$), son-test ve izlem arasında ise anlamlı farklılaşma gözlenmemesine karşın ($p > .05$) ön-testle anlamlı farkın sürdüğü ($p = .048$), dolayısıyla da izlemde değişimin korunduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubunda müdahale öncesine göre müdahalenin hemen sonunda alınan stresle başa çıkma toplam puanlarının anlamlı olarak arttığı yani katılımcıların stresle baş etme becerilerinin arttığı görülmektedir, ek olarak 3 aylık izlemde de bu yükselişin korunduğu anlaşılmaktadır. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 18’de verilmiştir.

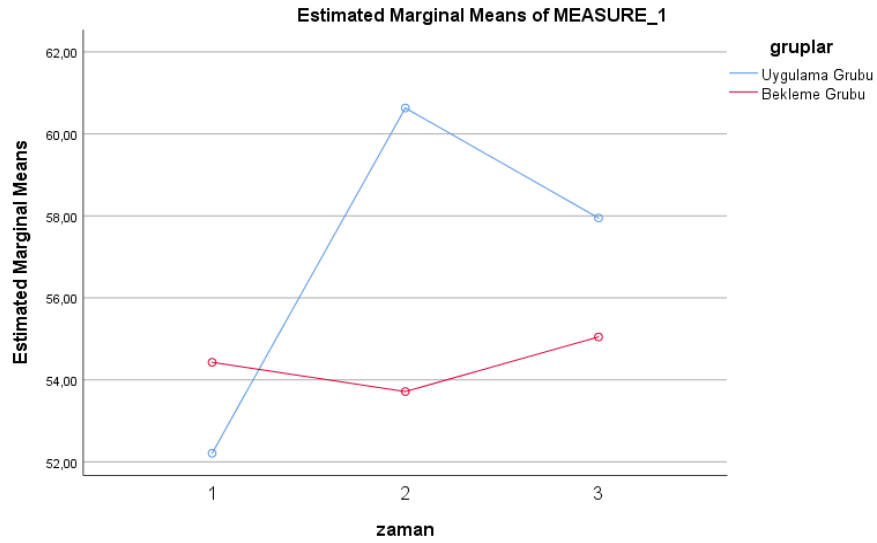


Şekil 18. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından SBÇÖ Toplam Puanları

3.3.5.1. Problem Çözme (PÇ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

PÇ alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı ancak grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 3,516$; $p = .035$; $\eta^2 = .085$]. PÇ alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ve koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ile son-test ve izlem arasında anlamlı bir farklılık olduğunu (sırasıyla $p = .004$, $p = .034$), ancak son-test ve izlem arasında anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($p > .05$). Bu sonuçlara göre deney grubunda müdahale öncesine göre müdahalenin hemen sonunda alınan PÇ alt ölçek puanlarının anlamlı olarak arttığı ve bu artışın 3 aylık izlemde de korunduğu saptanmıştır. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 19’da verilmiştir.

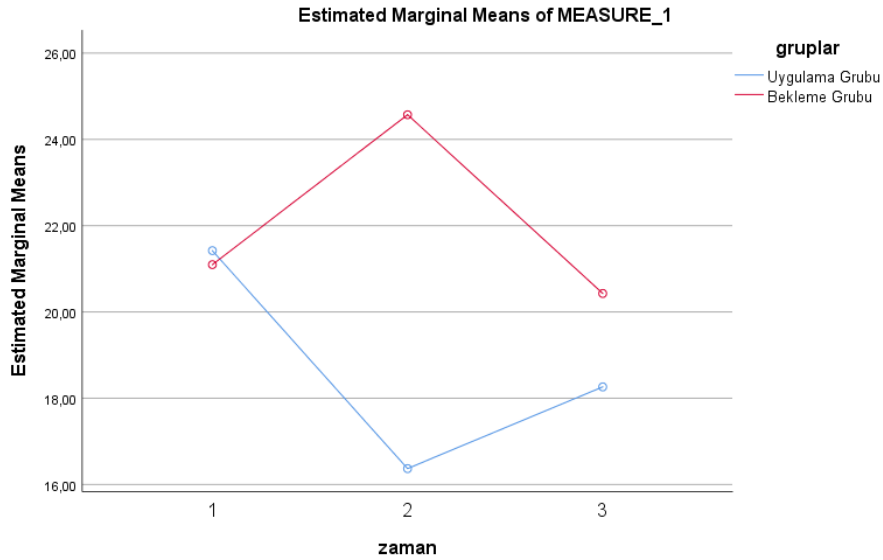


Şekil 19. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PÇ Alt Ölçeği Puanları

3.3.5.2. Agresyon Yoluyla Başa Çıkma (AYBÇ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

AYBÇ alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı ancak grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 5,947$; $p = .004$; $\eta^2 = .135$]. AYBÇ alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ile son-test ve izlem arasında anlamlı bir farklılık olduğunu (sırasıyla $p = .010$, $p = .047$), son-test ve izlem arasında ise anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubunda terapi öncesine göre müdahalenin hemen sonunda alınan AYBÇ puanlarının anlamlı olarak düştüğü yani katılımcıların stresle baş etmede agresyona başvurma eğiliminin azaldığı görülmüş, bu etkinin izlemde de devam ettiği saptanmıştır. Grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 20’de verilmiştir.



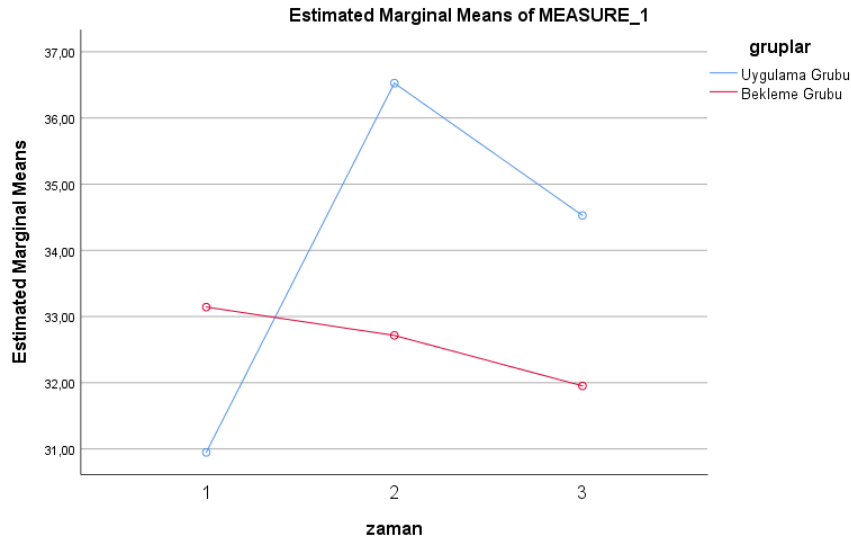
Şekil 20. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem AYBÇ Alt Ölçeği puanları

3.3.5.3. Sosyal Destek Arama (SDA) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

SDA alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı ancak grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 3,585$; $p = .033$; $\eta^2 = .086$]. SDA alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ve koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ile son-test ve izlem arasında anlamlı bir farklılık olduğunu (sırasıyla $p = .006$, $p = .036$), ancak son-test ve izlem arasında anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubunda müdahale öncesine göre

müdahalenin hemen sonunda alınan SDA puanlarının anlamlı olarak arttığı ve bu artışın izlemde devam etmemekle beraber korunduğu gözlenmiştir. Grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 21’de verilmiştir.



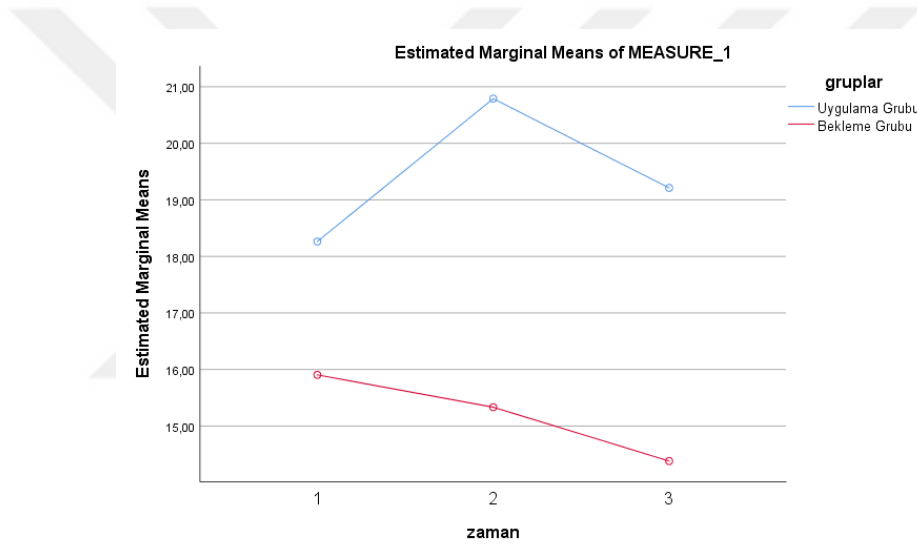
Şekil 21. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından SDA Alt Ölçeği Puanları

3.3.5.4. Mizah (MİZ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

MİZ alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, grubun ana etkisinin ($p < .05$) anlamlı olduğu ancak zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 2,165$; $p = .122$; $\eta^2 = .054$]. MİZ alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .040$), ancak son-test ve

izlem ile ön-test ve izlem arasında ise anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($p > .05$). Bu sonuçlara göre, deney grubunda müdahale öncesine göre müdahalenin hemen sonrasında alınan MİZ puanlarının anlamlı olarak yükseldiği, yani katılımcıların stresle baş etmede mizahı kullanma eğiliminin arttığı, ancak bu değişimin izlem ölçümlerinde korunmadığı gözlenmektedir. Grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 22’de verilmiştir.

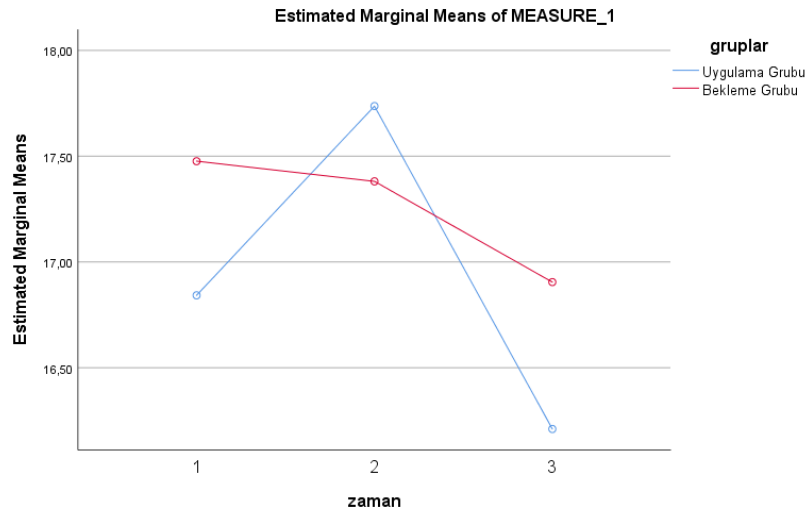


Şekil 22. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Ölçümlerindeki MİZ Alt Ölçeği Puanları

3.3.5.5. Dini Başa Çıkma (DBÇ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

DBÇ alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$), grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76)=$

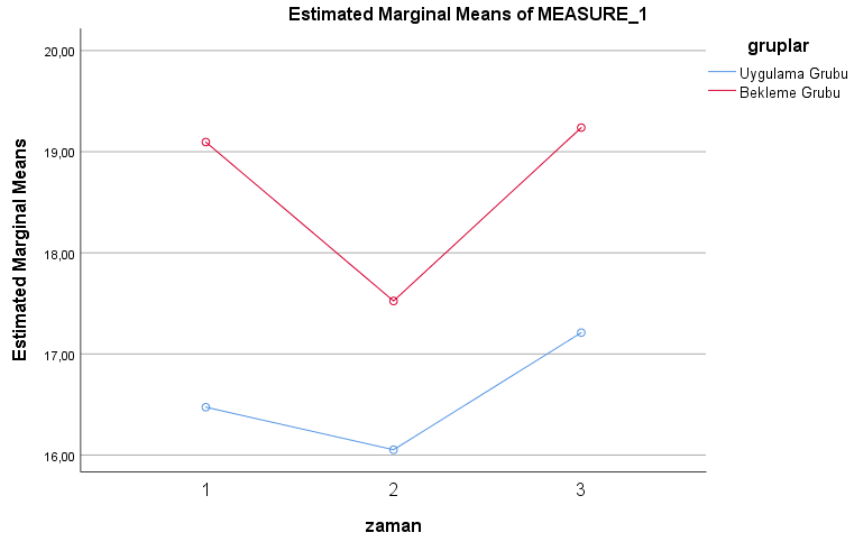
0,596; $p = .554$; $\eta^2 = .015$]. DBÇ alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir. Ayrıca grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 23’te verilmiştir.



Şekil 23. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından DBÇ Alt Ölçeği Puanları

3.3.5.6. Kendini Soyutlama (KSo) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

KSo alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$), grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 0,294$; $p = .746$; $\eta^2 = .008$]. KSo alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir. Ayrıca grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 24’te verilmiştir.



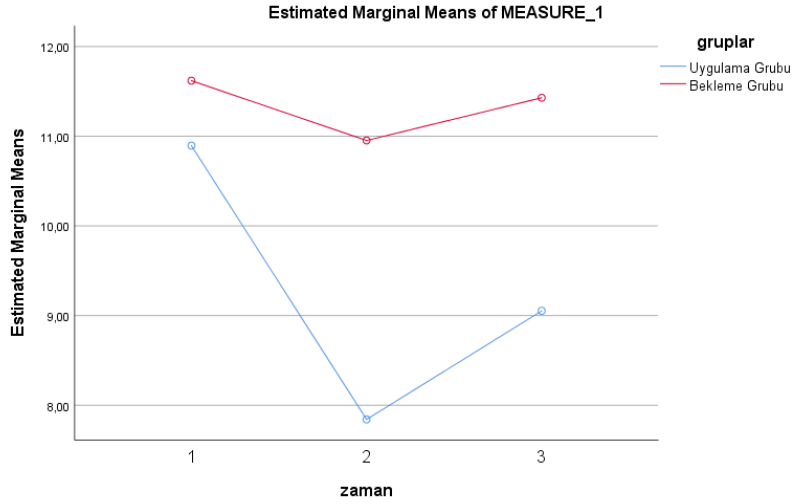
Şekil 24. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından KSo Alt Ölçeği Puanları

3.3.5.7. Kendini Suçlama (KSu) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

KSu alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p < .05$) anlamlı olduğu ancak grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 1,631$; $p = .202$; $\eta^2 = .041$]. KSu alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi yapılmış ve koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ile son-test ve izlem arasında anlamlı bir farklılık olduğunu (sırasıyla $p = .010$, $p = .041$), son-test ve izlem arasında ise anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubundaki katılımcılarda müdahale öncesine göre müdahalenin sonunda kendini suçlama eğiliminin istatistiksel olarak anlamlı

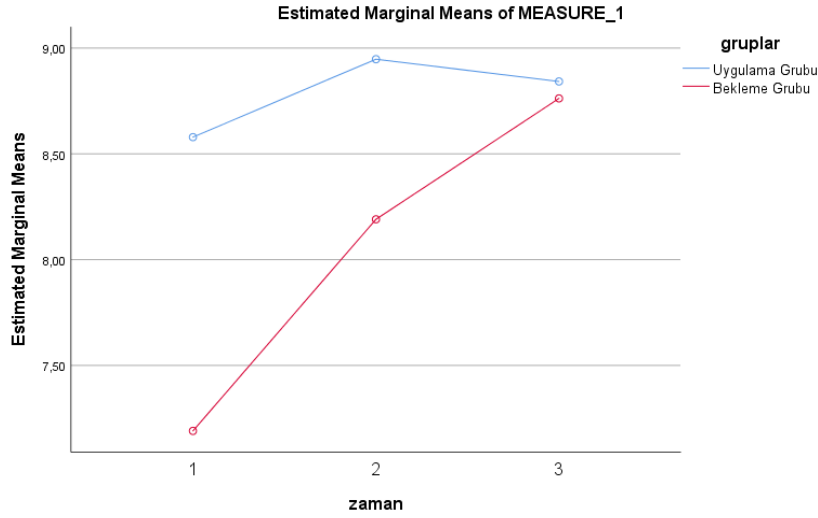
olarak azaldığı, ek olarak bu iyiye gidişin izlemde de korunduğu görülmektedir. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 25’te verilmiştir.



Şekil 25. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından KSu Alt Ölçeği Puanları

3.3.5.8. Profesyonel Destek Arama (PDA) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

PDA alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$), grubun ana etkisinin ($p > .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [$F(2; 76) = 0.634$; $p = .533$; $\eta^2 = .016$]. PDA alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir. Ayrıca grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 26’da verilmiştir.



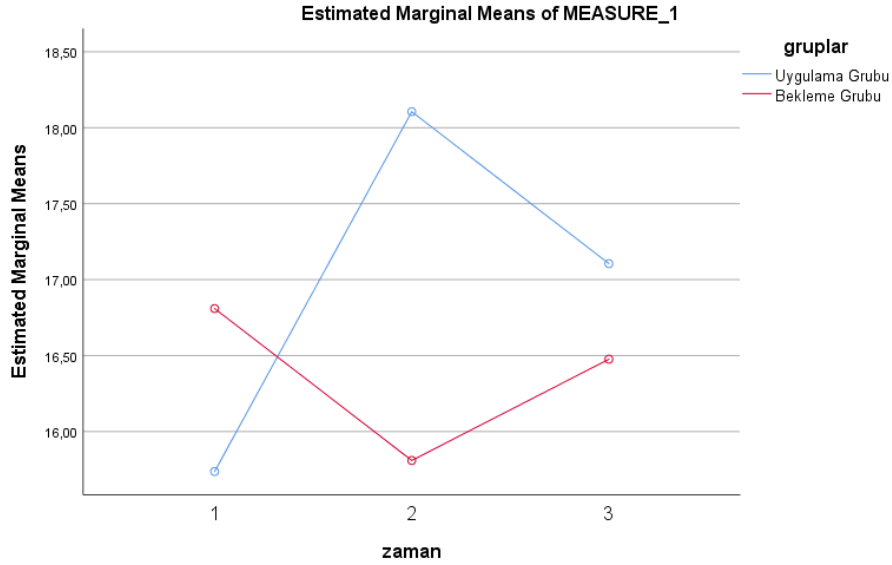
Şekil 26. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PDA Alt Ölçeği Puanları

3.3.5.9. Pozitif Yeniden Yorumlama (PYY) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

PYY alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı, ancak grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 4,970$; $p = .009$; $\eta^2 = .116$]. PYY alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .005$), ancak ön-test ve izlem ile son-test ve izlem arasında anlamlı bir farklılaşmanın olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubunda terapi öncesine göre terapinin hemen sonrasında alınan pozitif yeniden yorumlama puanlarının anlamlı olarak arttığı, ancak

bu artışın 3 aylık izlemde korunamadığı gözlenmiştir. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 27’de verilmiştir.



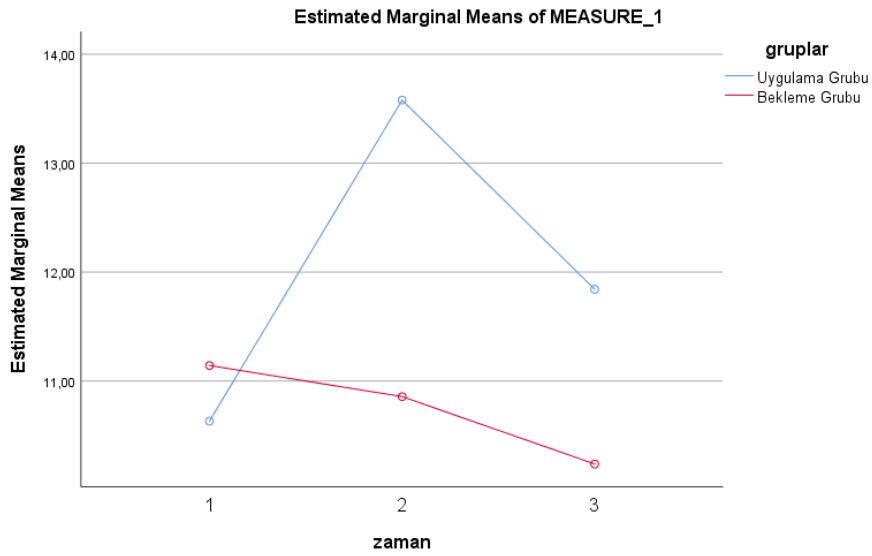
Şekil 27. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PYY Alt Ölçeği Puanları

3.3.5.10. Kaçınma (KAÇ) Alt Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

KAÇ alt ölçeği puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı ancak zamanın ana etkisinin ($p < .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 4,480$; $p = .014$; $\eta^2 = .105$]. KAÇ alt ölçeğine ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri yukarıda bulunan Tablo 10’da verilmiştir.

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ve koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .001$), fakat ön-test ve izlem arasında ise anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda

ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubundaki katılımcıların müdahale öncesine göre müdahalenin hemen sonunda alınan KAÇ puanlarının anlamlı olarak arttığı, ancak izlemde bu artışın korunmadığı, ön-testle farklılaşmanın marjinal düzeyde kaldığı ($p = .072$) gözlenmiştir. Grupların ön test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 28’de verilmiştir.



Şekil 28. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından KAÇ Alt Ölçeği Puanları

3.3.6. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) Puanının Gruplar Arası Karşılaştırılması

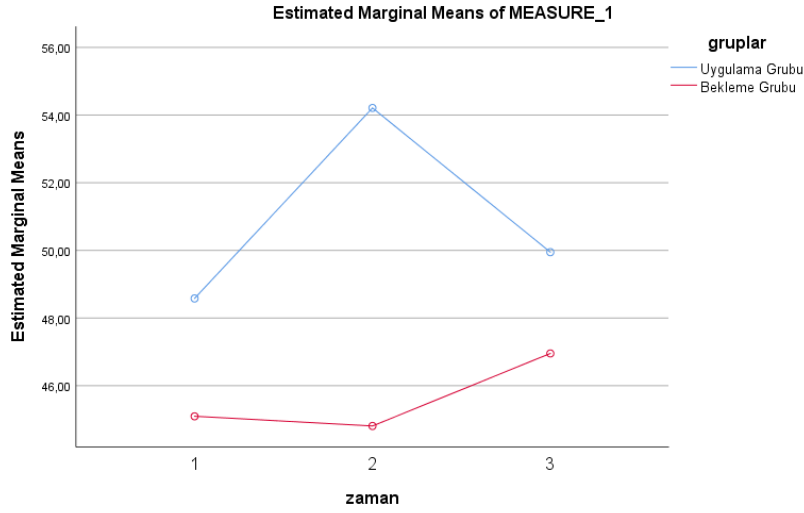
PİÖÖ toplam puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p > .05$) ve grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olmadığı ancak grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 4.465$; $p = .015$; $\eta^2 = .105$]. PİÖÖ toplam puanına ilişkin

gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri aşağıda bulunan Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Grup ve Zamana Göre PİO Toplam Puanı Ortalama ve Standart Sapmaları

GRUP	ZAMAN								
	n-Test			Son-Test			İzlem		
	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$
Deney Grubu	21	9,60	48,58	21	6,24	54,21	19	10,99	49,95
Kontrol Grubu	21	9,75	45,09	21	9,60	44,81	21	10,20	46,95

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi eşliğinde koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ($p = .008$), n test ve izlem arasında ise anlamlı bir fark olmamakla birlikte marjinal bir değişim gözlendiğini ($p = .056$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubunda terapi öncesine göre terapinin hemen sonunda alınan PİO puanlarının anlamlı olarak arttığı yani katılımcıların psikolojik iyi oluşunun yükseldiği görülmektedir. Bununla birlikte, bu yükseliş 3 aylık izlemde anlamlı şekilde korunamamış fakat halen ön-test ile izlem arasında marjinal fark gözlenebilmiştir. Grupların n test, son test ve izlem puanlarına ilişkin grafik şekil 29’da verilmiştir.



Şekil 29. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından PİÖÖ Toplam Puanları

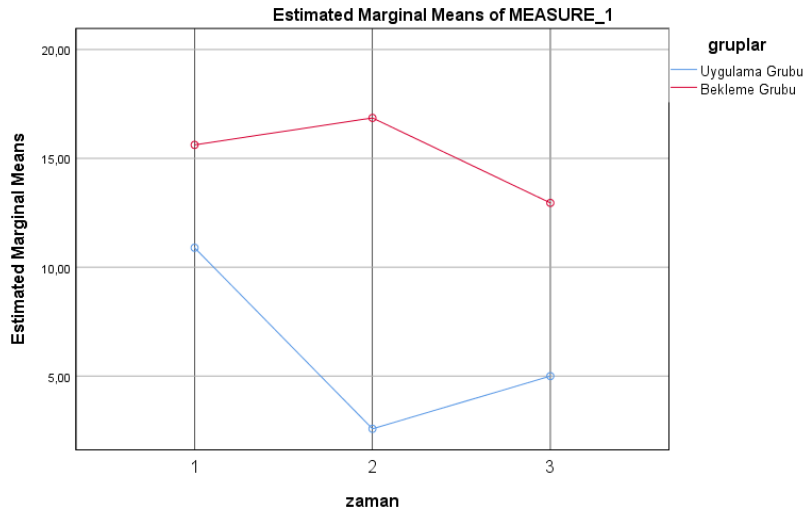
3.3.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

BDÖ toplam puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek maksadıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, zamanın ana etkisinin ($p < .05$), grubun ana etkisinin ($p < .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimsel etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(1,887; 71,704) = 6,835$; $p = .002$; $\eta^2 = .152$]. BDÖ toplam puanına ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri aşağıda bulunan Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Grup ve Zamana Göre BDÖ Toplam Puanı Ortalama ve Standart Sapmaları

GRUP	ZAMAN								
	Ön-Test			Son-Test			İzlem		
	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$
Deney Grubu	21	10,04	10,98	21	3,75	2,58	19	6,54	5
Kontrol Grubu	21	12,14	15,62	21	13,06	16,86	21	9,55	12,95

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ve koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ve son-test ile ön-test ve izlem arasında anlamlı bir farklılık olduğunu (sırasıyla $p = .000$, $p = .021$) göstermiştir. Kontrol Grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubundaki katılımcıların müdahaleden öncesine göre müdahalenin hemen sonrasında alınan BDE puanlarının anlamlı seviyede azaldığı, bu iyiye gidişin 3 aylık izlemde de korunduğu görülmektedir. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 30'da verilmiştir.

**Şekil 30.** Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından BDÖ Toplam Puanları

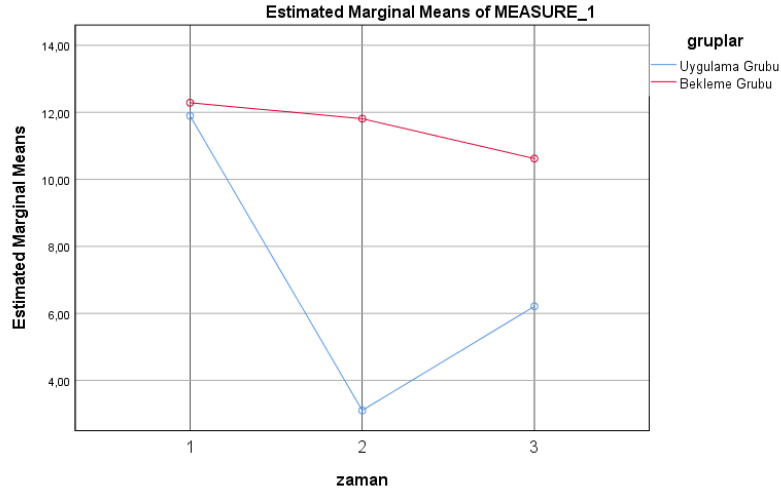
3.3.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanının Gruplar Arası Karşılaştırılması

BAÖ toplam puanı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, grubun ana etkisinin ($p > .05$) anlamlı olamadığı ancak zamanın ana etkisinin ($p < .05$) ve grup*zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2; 76) = 3,352$; $p = .040$; $\eta^2 = .081$]. BAÖ toplam puanına ilişkin gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri aşağıda bulunan Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Grup ve Zamana Göre BAÖ Toplam Puanı Ortalama ve Standart Sapmaları

GRUP	ZAMAN								
	Ön-Test			Son-Test			İzlem		
	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$	N	SS	$\bar{X}$
Deney Grubu	21	12,71	11,89	21	4,99	3,110	19	11,04	6,21
Kontrol Grubu	21	10,55	12,29	21	10,94	11,81	21	9,05	10,62

Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanarak koşullar arasında çoklu kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan analizler, deney grubunda ön-test ile son-test ve izlem arasında anlamlı farklılık olduğunu (sırasıyla $p = .001$, $p = .009$), ancak son-test ve izlem arasında anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$) göstermiştir. Kontrol grubunda ise ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, deney grubunda müdahale öncesine göre müdahalenin hemen sonunda alınan BAÖ puanlarının anlamlı olarak azaldığı, bu azalmanın 3 aylık izlem ölçümlerinde de korunduğu görülmüştür. Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarına ilişkin grafik Şekil 31'de verilmiştir.



Şekil 31. Grupların Ön-Test, Son-Test ve İzlem Açısından BAÖ Toplam Puanları

Tüm gruplararası karşılaştırmalara ilişkin karışık desenler için varyans analizi sonuçlarının özetlendiği sonuç tablosu Tablo 14’te sunulmuştur

Tablo 14. Karışık Desenler İçin Varyans Analizi Sonuçları Özet Tablosu

ÖLÇEK TOPLAM PUAN	ALT ÖLÇEK PUANLARI	GRUP	ZAMAN	GRUP*ZAMAN
BSÖ		✓	-	✓
DDGÖ		✓	✓	✓
	DNE	-	✓	✓
	DFE	-	-	✓
	DKG	-	-	-(marjinal anlamlı)
	DTKE	✓	✓	✓
	AYDBG	-	✓	-
	DDSSE	✓	✓	✓
ÖYÖ		-	✓	✓
	AÖY	-	✓	✓
	SÖY	-	-	-
	DÖY	-	-	-

PSTBÖ		-	-	-
	İVDO	-	-	-
	İGVY	-	-	-
	BVG	-	-	-
	MZ	-	-	-
SBCÖ		-	✓	-
	PÇ	-	-	✓
	AYBÇ	-	-	✓
	SDA	-	-	✓
	MİZ	✓	-	-
	DBÇ	-	-	-
	KSo	-	-	-
	KSu	-	✓	-
	PDA	-	-	-
	PYY	-	-	✓
	KAÇ	-	✓	✓
PİOÖ		-	-	✓
BDÖ		✓	✓	✓
BAÖ		-	✓	✓

Kısaltmalar: BSÖ: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puan; DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam Puan; DNE: Duygusal Netlik Eksikliği Alt Ölçek Puanı; DFE: Duygusal farkındalık Eksikliği Alt Ölçek Puanı; DKG: Dürtü Kontrol Güçlüğü Alt Ölçek Puanı; DTKE: Duygusal Tepkilerin Kontrol Edilememesi Alt Ölçek Puanı; AYDBG: Amaca Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü Alt Ölçek Puanı; DDSSE: Duygu Düzenleme Stratejilerine Sınırlı Erişim Alt Ölçek Puanı; ÖYÖ: Öz-Yeterlik Ölçeği Toplam Puan; AÖY: Akademik Öz-Yeterlik Alt Ölçek Puanı; SÖY: Sosyal Öz-Yeterlik Alt Ölçek Puanı; DÖY: Duygusal Öz-Yeterlik Alt Ölçek Puanı; PSTBÖ: Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği Toplam Puan; İVDO: İlişkiler ve Değerler Oryantasyonu Alt Ölçek Puanı; İGVY: İçgörü ve Yaratıcılık Alt Ölçek Puanı; BVG: Bağımsızlık ve Girişimcilik Alt Ölçek Puanı; MZ: Mizah Alt Ölçek Puanı; SBCÖ: Stresle Başa Çıkma Ölçeği Toplam Puan; PÇ: Problem Çözme Alt Ölçek Puanı; AYBÇ: Agresyon Yoluyla Başa Çıkma Alt Ölçek Puanı; SDA: Sosyal Destek Arama Alt Ölçek Puanı; MİZ: Mizah Alt Ölçek Puanı; DBÇ: Dini Başa Çıkma Alt Ölçek Puanı; KSo: Kendini Soyutlama Alt Ölçek Puanı; KSu: Kendini Suçlama Alt Ölçek Puanı; PDA: Kendini Suçlama Alt Ölçek Puanı; PYY: Kendini Suçlama Alt Ölçek Puanı; KAÇ: Kendini Suçlama Alt Ölçek Puanı; PİOÖ: Kendini Suçlama Alt Ölçek Puanı; BDÖ: Kendini Suçlama Alt Ölçek Puanı; BAÖ: Kendini Suçlama Alt Ölçek Puanı

Profesyonel Destek Arama Alt Ölçek Puanı; PYY: Pozitif Yeniden Yorumlama Alt Ölçek Puanı; KAÇ: Kaçınma Alt Ölçek Puanı; PİOÖ: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puan.

3.4. EMDR TERAPİ SONRASI GERİ BİLDİRİM FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, yalnızca deney (müdahale) grubundaki katılımcılara uygulanmıştır. EMDR gelişimsel protokol bittikten sonra, son-test ölçümleri alınırken ölçeklerle birlikte katılımcılardan doldurmaları beklenmiştir. Soruların cevaplanmasında 0 (hiç) ve 10 (çok) arası bir likert tipi derecelendirme kullanılmıştır.

EMDR Terapi Sonrası Geri Bildirim Formundan elde edilen sonuçlara göre, deney grubundaki katılımcılar yapılan uygulamalardan “güvenli yer” egzersizini ortalama 9.19; “ışık huzmesi” egzersizini ortalama 8.71; “dört element” egzersizini ortalama 8.90; “üçgen-kare nefes egzersizini” ortalama 9.14; “kutu egzersizini” ortalama 8.95; “duyguları tanıma egzersizini” ortalama 9.24; “aşamalı kas gevşetme” egzersizini ortalama 8.71; “sakinleşme anısı” egzersizini ortalama 8.86; “özgürlük botu” egzersizini ortalama 8.95; “güçlü yanlarım” egzersizini ortalama 9.33; “yeterlilik anısı” egzersizini ortalama 9.52; “kaynak geliştirme ve yerleştirme” egzersizlerini ortalama 9.05; “gelecek filmi” egzersizini ortalama 9.33; “umut ağacı” egzersizini ortalama 9.14; “gelecek şablonu oluşturma” egzersizini ortalama 9.19 şeklinde beğendiklerini ve faydalandıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcılar genel olarak görüşme sürecini ise 10 üzerinden ortalama 9.43 şeklinde puanlamışlardır. Ek olarak, görüşmeleri yürüttükleri psikoloğun yetkinliğine ilişkin ortalama 9.95 seviyede yararlı ve memnuniyet verici buldukları belirtmişlerdir. Katılımcılar ayrıca görüşme sürecine başladıkları zamana kıyasla şimdi kendilerini iyi/rahatlamış hissetme puanları ise 10 üzerinden ortalama 9.24 olarak hesaplanmıştır. Son olarak, burada öğrendikleri ve uyguladıkları teknikleri bundan sonraki günlük yaşamlarında kendilerini daha iyi hissetmek için kullanıp kullanmayacaklarına dair bir

puan vermeleri istendiğinde bu ifadeye ortalama 8.19 puan vermişlerdir. Puanlara ilişkin özet tablo, Tablo 15’te sunulmuştur.

Tablo 15. EMDR Terapi Sonrası Geri Bildirim Formuna Ait Bulgular

Değişken	Katılımcı (N)	Ortalama ($\bar{X}$)
Güvenli Yer Egzersizi	21	9.19
Işık Huzmesi Egzersizi	21	8.71
Dört Element Egzersizini	21	8.90
Üçgen-Kare Nefes Egzersizi	21	9.14
Kutu Egzersizi	21	8.95
Duyguları Tanıma Egzersizi	21	9.24
Aşamalı Kas Gevşetme Egzersizi	21	8.71
Sakinleşme Anısı Egzersizi	21	8.86
Özgürlük Botu Egzersizi	21	8.95
Güçlü Yanlarım Egzersizi	21	9.33
Yeterlilik Anısı Egzersizi	21	9.52
Kaynak Geliştirme ve Yerleştirme Egzersizleri	21	9.05
Gelecek Filmi Egzersizi	21	9.33
Umut Ağacı Egzersizi	21	9.14
Gelecek Şablonu Oluşturma Egzersizi	21	9.19
Genel Olarak Görüşme Sürecini Yararlı/ Memnuniyet Verici Bulma	21	9.43
Görüşme Sürecine Başladığı Zamana Kıyasla Şimdi Kendisini İyi/Rahatlamış Hissetme	21	9.24
Görüştüğü Psikologtan Memnun Olma	21	9.95
Burada Öğrendiği Ve Uyguladığı Teknikleri Bundan Sonraki Günlük Yaşamında Kendini Daha İyi Hissetmek İçin Kullanma	21	8.19
Toplam	N=21	$\bar{X}=10$

Uygulama grubundaki katılımcılar, “Görüşme sürecinin sana nasıl yararı olduğunu düşünüyorsun?” sorusuna “Tiklerim azaldı, korkularım ortadan kalktı. Kendimi çok mutlu ve huzurlu hissediyorum.”, “Üzülmiyorum artık daha mutluyum.”, “Mutlu olmamı, huzurlu olmamı, rahatlamamı sağladı.”, “Gece korkularım geçti, uyuyabiliyorum.”, “Uyurgezer bir arkadaşım vardı, bu çalışmanın sonunda o korkumu yendim, işe yaradı.”, “Eskiden canımı sıkın şeyler artık canımı sıkıyor. Aslında hiç inanmıyordum ama sıkıntıları geçti.”, “Daha çok kendime güveniyorum. Gelecekte başarabileceklerimden eminim. Gelecek kaygıları azaldı, korkularımı yendim. Artık hayata daha olumlu bakıyorum.”, “Normalde çok fazla kendimi kontrol edemezdik ama şu an çok rahat sakinleşebiliyorum. Artık kötü şeyler aklımdan neredeyse hiç geçmiyor. Rahatlama hissi verdi.”, “Kendimi daha önemli, daha mutlu hissediyorum, kendime karşı daha duyarlıyım.”, “Eskiden başarılı olamayacağımı düşünüyordum ama şimdi gayet başarılı ve mutluyum. Eskiden çok çabuk her şeyi kafama takıyordum ama şimdi takmıyorum.”, “Geçmişe dair bir anı düşündüğümde çok kolay sinirleniyordum ama seansların sonunda bunun azaldığını fark ettim.”, “Eskiden terapilerin işe yaramadığını düşünüyordum ama şimdi gayet memnunum, kendimi rahatlamış hissediyorum. Hayatta daha mutlu olabileceğimi fark ettim, yararı olduğunu düşünüyorum.”, “Eskiden kendi içime kapanıktım. Eksik yanlarımı, üzüntülü anılarımı, üzgün ve sinirli zamanlarımda hatırlıyor ve kendimi kapatıyordum. Fakat şimdi daha iyiyim, bu seanslar sayesinde daha mutluyum ve sorunlarımı aştım.”, “Her geldiğimde daha iyi yöntemler, deneyimler yapıyoruz ve geliştiriyorum ve bu durum benim için çok etkili ve güzeldi.”, “Daha rahat, daha esprili, daha fazla sosyal, daha az korkan.” “Kendime sinirlenince kontrol edebiliyorum, ani tepkiler vermiyorum”, “Geçmiş anılarımdan eskisi kadar beni rahatsız etmediğini düşünüyorum.” geri bildirimlerini vermişlerdir.

Uygulama grubundaki katılımcıların büyük bir çoğunluğu “Görüşme sürecini bırakmadan son ana kadar devam etmeni sağlayan şeyler nelerdir?” sorusuna araştırmacı/uygulayıcı ile kurulan terapötik ilişkiyi belirten cevaplar verirken, diğer katılımcılar “Burada mutluydum.”, “Keyif aldığım için geliyorum.”, “İşe yaradığı için

devam ettim.”, “Kararlı olduğum için devam etmek istedim. Sorunlarımı çözmekte çok yardımı oldu ve sorunlarımı çözmek daha kolay oldu.”, “Rahatlama hissi verdiği için hep severek geldim.”, “Terapi seanslarımın iyi geçmesi.”, “Geçmişin üstesinden gelebilme duygusu.”, “Sıkıntılarımı anlatmam, üstümdeki yükün kalkması, daha mutlu olmam son seansa kadar devam etmemi sağlayan şeyler bunlar.”, “Psikoloğumun bana davranış şekli, bana sıcak yaklaşımı sayesinde, benim gayretimle devam etti.”, “Yaptıklarımızın işe yaraması, günlük hayata taşıyabilmek.”, “Kendi iç sorunlarım olduğuna dair şüphelerim.” şeklinde geri bildirimlerde bulunmuştur.

Uygulama grubundaki katılımcıların büyük bir çoğunluğu “Görüşme sürecinin seni rahatsız eden ya da hoşuna gitmeyen yanları var mıdır, varsa nelerdir?” sorusuya “Yok.” cevabını verirken, bir katılımcı “Kelebek kucaklaması bana çok rahat hissettirmedi.” tepkisini, bir başka katılımcı ise “Dört element egzersizi ve ılık huzmesi egzersizi beni biraz rahatsız etti.” geri bildirimini vermiştir.

Uygulama grubundaki katılımcıların büyük bir çoğunluğu “.... da olsa iyi olurdu.’ dediğin, görüşme sürecine eklenmesini ya da değiştirilmesi gerektiğini düşündüğün şeyler var mıdır?” sorusuna “Yok.” cevabını verirken, bir katılımcı “Daha çok görüşmek isterdim” ve başka bir katılımcı da “Seansları ara ara açık havada yapmamız daha iyi olabilir.” geri bildirimini vermiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün kurum bakımında kalan ve çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantısı olan 12-17 yaş arası ergenlerde, benlik saygısı, öz-yeterlik, psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma, duygusal ve psikolojik iyi oluş becerileri, duygu düzenleme güçlüğü, depresyon ve anksiyete belirtileri gibi değişkenler açısından etkililiğinin kontrollü randomize bir desenle test edilmesidir.

Çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantısı önemli bir travmatik yaşam deneyimidir. Dolayısıyla bireyin çocukluk yıllarında ihmal ve istismar deneyimiyle yüzleşmesinin, psikolojik, sosyal, duygusal, bilişsel ve akademik açıdan gelişimsel sorunlara yol açması beklenen bir sonuçtur. EMDR Terapisi, son yıllarda travmatik yaşam deneyimi olan bireylerde sıklıkla kullanılan bir psikososyal sağıltım tekniğidir. Ancak Türkiye’de EMDR’a ilişkin yapılmış etkililik çalışmaları incelendiğinde, genellikle olgu sunumları şeklinde araştırmalar yürütüldüğü gözlenmiştir. Daha spesifik olarak, örneklemin çocuk ve ergen olduğu çalışmalar incelediğinde ise, gerek ulusal gerek uluslararası alanyazındaki çalışma sayısının daha da sınırlandığı, bununla birlikte randomize kontrollü bir etkililik çalışmasına rastlanılmadığı dikkati çekmektedir. Ek olarak, kurum bakımında kalan ihmal ve istismar mağduru çocuklarla, doğrudan çocuk ve ergen yaş grubunu hedef alan EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün etkililiğine ilişkin bir çalışmaya da alanyazında rastlanmamıştır. Literatürde yer alan bu boşluktan hareketle, bu tez çalışması kurgulanmıştır. Çalışmada etkililiğin test edilmesi için kullanılan ölçüm araçlarının odaklandığı değişkenler açısından da alanyazındaki çalışmalardan farklılaştığı gözlenmektedir.

Bu bölümde, öncelikle etkililiği test edilen EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolün içeriğinden ve uygulama biçiminden bahsedilmiştir. Sonrasında, bu

çalışmanın örneklem, araştırma deseni gibi yöntemsel özellikleri değerlendirilmiştir. Ardından, benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü, öz-yeterlik, psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma, duygusal ve psikolojik iyi oluş, depresyon ve anksiyete belirtileri gibi değişkenler açısından terapinin etkililiğine yönelik elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda tartışılmıştır. Son olarak programa katılan ve tamamlayan kişilerin programa ilişkin değerlendirmeleri tartışılmıştır.

4.1. EMDR TERAPİSİ GELİŞİMSEL PROTOKOLÜNÜN SÜREÇ VE İÇERİK BAKIMINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öncelikle EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü 12 seans olacak şekilde, kurum bakımında kalan ve çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantısı olan 12-17 yaş arası ergenlere göre uyarlanmıştır. Gelişimsel Protokolün rasyoneli ve müdahale iskeleti yetişkin EMDR uygulamalarına benzerdir. Farklı olarak, gelişimsel protokolde çocuk ve ergenlerin yaşlarına özgü bazı ifade ve yönerge farklılıklarına vurgu yapılmakta, bu gelişim dönemine özgü olabilecek EMDR resyoneline ve sağaltım hedeflerine uygun etkinlik ve metaforlardan bahsedilmekte, seansların süresine vurgu yapılmaktadır. Dolayısıyla hem yetişkin hem de çocuk-ergen için EMDR Terapisi teorik ve süpervizyon eğitimlerinin tümünü tamamlamış olan araştırmacı, süpervizör eşliğinde, örneklemin yaşına ve travma türüne uygun olacak, tamamen Gelişimsel Protokolü temel alarak toplam 12 seanslık bireysel bir müdahale programı oluşturmuştur. Programa ilişkin ayrıntılar tezin işlem kısmında da sunulmuştur.

Morris-Smith (2009), Gelişimsel Protokolde çocukların yaş ve gelişim dönemlerine göre seans süresinin değişkenlik gösterdiğini, yaş küçüldükçe seans süresinin azaldığını belirtmiştir. Buradan yola çıkarak, tez kapsamındaki uygulamalarda seans süresi ortaokul düzeyindeki katılımcılarda 50 dakika, lise düzeyindeki katılımcılarda 60 dakika olarak gerçekleşmiştir. Çocukla yapılan terapi görüşmesinde çocukla ilişki kurmak, EMDR Terapisinin amaç ve mantığını çocuk ile paylaşmak, çocuğu seanslar esnasında kullanılacak olan dur sinyali, tren metaforu ve güvenli yer egzersizi gibi kavramlarla tanıştırmak önemli bir rol oynamaktadır (Adler-

Tapia ve Settle, 2008). Buradan hareketle duygu kartları, araba metaforu, çocuklara EMDR rasyonelini anlatan videolar, güvenli yer, kutu metaforu ve resim çizerek somutlaştırma gibi yöntemlere başvurulmuştur.

Adler-Tapia ve Settle (2008), psikoterapide çocuklarla çalışırken, EMDR terapisinin bir parçası olan kaynak geliştirmenin önemini vurgulamıştır. Buradan yola çıkarak uygulanan terapi programı içinde katılımcıların içsel kaynaklarını geliştirmek hedeflenmiş ve cesaret, özgüven, güç, ögürlük, yeterlilik, başarı, mutluluk, sakinleşme kaynaklarını geliştirme ve yerleştirme her seansta bir kaynak olacak şekilde uygulanmıştır. Katılımcıların benlik sayıgısı, öz-yeterliliği, psikolojik sağlamlığı, duygusal ve psikolojik iyi oluşu üzerine olumlu katkı sağlayacağı düşüncesinden hareketle belirtilen kaynakların geliştirilmesi ve yerleştirilmesi hedeflenmiştir. Çocukların stresle baş etme becerilerini geliştirebileceği düşüncesinden hareketle, ışık huzmesi, aşamalı kas gevşetme ve topraklama egzersizleri de uygulamalı olarak öğretilecek şekilde seanslara konulmuştur.

Özetle, bu çalışmada uygulanan EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü orijinaline uygun şekilde 12 seans olarak planlanmış olup, içerikte uygulanan egzersizler çalışılan örneklemin ihtiyaçlarına uygun şekilde araştırmacı tarafından planlanmıştır.

4.2. ÇALIŞMANIN YÖNTEMSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu kısımda çalışmanın yöntemine yönelik değerlendirmeler yapılacaktır. Çalışma örneklemini incelendiğinde, çalışmaya katılma kriterleri arasında Aydın Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğünde (ÇEKOM) bakım ve koruma altında olmak, 12-17 yaş arasında olmak, psikolojik istismar, fiziksel istismar, psikolojik ihmal ve/veya fiziksel ihmal yaşantısı olduğu kuruluştaki sosyal serviste görevli sosyal çalışma görevlisi ve idare ile yapılan ön görüşmede dosya bilgileri doğrultusunda teyit edilmiş olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak yer almaktadır. Örnekleme ilişkin dışlama kriterleri arasında ise, görüşme veya test uygulamasına engel olacak bilişsel ve fiziksel işlev bozukluğunun olması, psikotik bozukluk tanısı, cinsel istismar

yaşantısı bulunması, madde bağımlılığı olması ile araştırmaya katılmaya istekli olmamak yer almaktadır.

Örneklemin özelliklerinin şekillendirilmesinde ne gibi noktalara dikkat edildiği değerlendirildiğinde, 12 yaşından küçük çocuklarla yapılan EMDR uygulamalarında, oyun, hamur ve kum tepsisi gibi tekniklerin kullanımının gerekli olduğu bildirilmektedir (Adler-Tapia ve Settle, 2008; Gomez, 2013). Bu bilgidен yola çıkarak 12 yaşından küçük çocuklar için daha farklı terapi uygulama tekniklerinin ve planlamasının gerekli olması nedeniyle 12 yaşından büyük, 18 yaşından küçük gençler örneklemin yaş aralığını oluşturmuştur. Ek olarak, istismar ve ihmal mağduru çocuklarda sıklıkla düşük benlik saygısı, öfke patlamaları, depresyon (Davis ve Petretic-Jackson, 2000; Pelcovitz, Kaplan ve Goldenberg, 1994), duygu-durum ve anksiyete bozuklukları (Örsel ve ark., 2011), depresif belirtiler, davranış bozuklukları, öz saygının düşük olması ve benlik algısının olumsuz olması (Güler ve ark. 2002), psikolojik ve sosyal açıdan uyum güçlüğü yaşama (Topbaş, 2004), öfke ve stresle baş etme güçlüğü (Aral,19917) görülebilmektedir. Bu bilgilerden hareketle Gelişimsel Protokolün ihmal ve istismar mağduru katılımcılara uygulanmasına karar verilmiştir. Madde bağımlılığı, psikotik bozukluk ve bilişsel ve fiziksel işlev bozukluğu daha farklı bir uzmanlık alanı gerektirdiği, uygulanacak olan EMDR Gelişimsel Protokolüne uyumu ve çıkacak olan sonuçları belirgin şekilde etkileyecek karıştırıcı değişkenler ortaya çıkabileceği için bu özellikler dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Ayrıca, cinsel istismar öyküsünün varlığı da uygulanacak EMDR seanslarının yapısını değiştireceği, her bir seansta kendine özgü bir planlamayı gerektireceği için uygulanacak müdahalenin standardizasyonun korunması adına bir dışlama kriteri olarak düşünülmüştür. Son olarak, önemli bir etik gereksinim olan katılım için gönüllü olmak, bilgilendirilmiş onam formlarının hem katılımcılar hem de ev sorumluları tarafından doldurulması aracılığıyla sağlanmıştır.

Standardize terapötik müdahalelerin etkililiğinin test edildiği klinik araştırmalarda en iyi araştırma deseninin randomize kontrollü çalışmalar olduğu ve bu şekilde tasarlanan çalışmalardan edinilen verilerin en tatmin edici bulguyu ortaya

koyduğu düşünölmektedir (Moldovan ve Pinte, 2015). Bununla birlikte, Kraemer, Wilson, Fairburn ve Agras’a (2002) göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığı ortaya koyabilecek ölçüde bir örneklem büyüklüğüne sahip olmak, bir ya da daha fazla kontrol veya kıyaslama grubu kullanmak, katılımcıları deney ve kontrol veya kıyaslama gruplarına seçkisiz olarak atamak, çalışmaya başlamadan önce doğru değişkenleri belirlemek, kayıp veri varsa intention to treat analizini uygulamak, istatistiksel açıdan anlamlı fark olup olmadığını tespit etmek için geçerli ve güvenilir ölçekleri ve doğru analiz yöntemini kullanmak, iyi bir randomize kontrollü çalışmada olması gereken özellikler olarak belirtilmektedir (Arıtürk, 2021). Belirtilen kriterler göz önünde bulundurulduğunda, bu tez çalışmasında örneklemin gruplara seçkisiz olarak atanmış olması, 3 aylık izlem verisinin toplanması, değişkenlerin EMDR ve travmaya ilişkin alanyazın detaylı okunduktan sonra, sadece klinik belirtiler değil tanılar üstü ve işlevsellikle ilişkili değişkenlerin belirlenmiş olması, örneklem yaş grubuna uygun geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının kullanılması ile doğru analiz teknikleri ile grupların karşılaştırılması açılarından yukarıda belirtilen kriterlere uygun bir çalışma olduğu söylenebilir. Ek olarak, Kraemer, Wilson, Fairburn ve Agras’ın (2002), “kayıp veri varsa intention to treat analizini uygulamak” şeklindeki kriteri açısından tez verisi değerlendirilmiştir. Ancak sadece izlemde 2 kişiden veri toplanamadığı, onun dışında ön-test, son-test ve izlemde hiçbir kayıp verinin olmadığı gözlenmiştir. Bunun üzerine bir psikometrist uzmana danışılmış ve örneklemdaki iki kişinin sadece izlem verisi için intention to treat analizinin uygulanmasına gerek olmadığı belirtilmiştir. Bu sebeple bu analize başvurulmamıştır. Ancak, Kraemer, Wilson, Fairburn ve Agras’ın (2002) sunduğu liste açısından değerlendirildiğinde, her ne kadar bu tez çalışması randomize ve bekleme listesi kontrollü bir etkililik çalışması olsa da alternatif bir müdahale ya da plasebo uygulaması içeren başka bir kıyaslama grubunun var olmaması, araştırmanın yöntemsel açıdan eksik yanını oluşturmaktadır.

4.3. EMDR TERAPİSİ GELİŞİMSEL PROTOKOLÜN ETKİLİLİĞİNE YÖNELİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma, uygulanan terapi programının etkililiğinin test edilmesi, rastgele atanmış deney grubu (N= 21) ve kontrol grubu (N= 21) koşullarındaki katılımcılardan ön-test, son-test ve 3 aylık izlem ölçümleri alınmış, hipotezler ışığında değişkenlerin gruplar arası karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Bu kısımda sırayla benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü, öz-yeterlik, psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma, psikolojik iyi oluş, depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilgili ölçümlerle yapılan analizler sonucunda ulaşılan bulguların değerlendirmesine yer verilmiştir.

Çalışmanın hipotezlerinin sınanması amacıyla katılımcıların benlik saygısı düzeyi BSÖ ile değerlendirilmiştir. BSÖ toplam puanı açısından, deney grubundaki katılımcıların benlik saygısı düzeyleri son testte anlamlı düzeyde artış göstermiş ve bu artış üç aylık izlem ölçümünde de korunmuştur. Bekleme listesi kontrol grubunda yer alanların benlik saygısı puanlarında anlamlı bir değişme olmadığı görülmüştür. Bu bulgular, araştırmanın birinci hipotezini destekler niteliktedir. İstismar ve ihmal yaşantısıyla doğrudan ilişkili olduğu alanyazında tekrarlı şekilde belirtilen bir değişken olan benlik saygısının (Davis ve Petretic-Jackson, 2000; Güneri Yöyen, 2017; Kulaksızoğlu, 1998; Pelcovitz, Kaplan ve Goldenberg, 1994; Yılmaz-Irmak, 2008), doğrudan travmatik yaşantıyı hedef alan bir EMDR müdahale programı sonunda anlamlı şekilde yükselme göstermesinin, alanyazındaki açıklamaları destekler nitelikte önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü düzeyi DDGÖ ile değerlendirilmiştir. DDGÖ toplam puanı açısından, deney grubunun duygu düzenleme güçlüğü düzeyleri son testte anlamlı düzeyde azalma göstermiş ve bu etki izlemde de korunmuştur. DDGÖ ile değerlendirilen duygusal netlik eksikliği, duygusal farkındalık eksikliği, dürtü kontrol güçlüğü, duygusal tepkilerin kabul edilmemesi, amaca yönelik davranışta bulunma güçlüğü, duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim alt ölçek puanları açısından, deney grubuna katılanların duygusal netlik eksikliği, duygusal farkındalık eksikliği, dürtü kontrol

güçlüğü, duygusal tepkilerin kabul edilmemesi, amaca yönelik davranışta bulunma güçlüğü, duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim düzeyleri son testte anlamlı düzeyde azalma göstermiş ve bu etki üç aylık izlemde de korunmuştur. Bekleme listesi kontrol grubunda yer alanların duygu düzenleme güçlüğü toplam puanında ve tüm alt ölçeklerde anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. Bu bulgular, araştırmanın ikinci ve üçüncü hipotezlerini destekler niteliktedir.

Trentini ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan ve sonuçları yüksek yoğunluklu elektroensefalografi (hdEEG) yöntemiyle ölçülen bir çalışmada, travmatik yaşam deneyimi olan ve TSSB geliştirmiş çocuklarda EMDR'nin duygu düzenlemeyi yeniden sağlaması açısından etkili olduğu, depresif ve travmatik belirtilerin azalmasıyla ve zaman içinde duygusal-uyumsal işleyişin iyileşmesiyle ilişkili bulunduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, van der Hooven ve arkadaşları (2023), kalıcı yerleştirmede ikamet eden çocukluk çağı ihmal ve istismar geçmişi olan çocuklarda bağlanma sorunları, TSSB, davranış güçlükleri ve duygu düzenleme güçlüklerinde azalmaya yol açıp açmadığını incelemeyi amaçlayan Tek Durumlu Deneysel Desen (Single-Case Experimental Design (SCED)) çalışmalarında, analize uygun bulunduğu sekiz vakadan biri hariç tümünün, dört sonuç ölçütünden bir veya daha fazlasında iyileşme gösterdiğini ve grup düzeyinde, müdahale ile bağlanma sorunları, davranışsal zorluklar ve duygusal kontrol güçlüklerindeki değişim arasındaki işlevsel ilişkilere dair kanıtlar bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu bakımdan çalışma sonuçlarının alanyazını destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla katılımcıların öz-yeterlik düzeyi ÖYÖ ile değerlendirilmiştir. ÖYÖ ile değerlendirilen öz-yeterlik toplam puanları açısından deney grubunda son testte anlamlı düzeyde artış gözlenmiş ve bu değişim üç aylık izlem ölçümünde de korunmuştur. ÖYÖ ile değerlendirilen akademik öz-yeterlik alt ölçek puanları açısından da deney grubuna katılanların akademik öz-yeterlik düzeyleri son testte anlamlı düzeyde artış göstermiş ve bu artış üç aylık izlem ölçümünde korunabilmiştir. ÖYÖ ile değerlendirilen sosyal öz-yeterlik ve duygusal öz-yeterlik alt ölçek puanları açısından ise deney ve kontrol gruplarında ne zaman ya

da grup açısından anlamlı herhangi bir farklılaşmaya rastlanılmamıştır. Bu bulgular, araştırmanın dördüncü hipotezinin tamamen, beşinci hipotezinin ise kısmen doğrulandığını göstermiştir.

Janoff-Bulman (1989) ile Van Etten ve Taylor (1998), travmanın örtük bir etki göstererek kişinin öz-yeterliği hakkındaki inançlarını zedelediğini, asıl yıkıcı etkiden bu mekanizmanın sorumlu olduğunu ileri sürmüşlerdir. Shapiro (2001) ise, rahatsızlık veren bilgi dönüştüğünde, bununla beraber bilişsel yapı, davranış, duygulanım, algı ve benzeri şeylerde de değişim olduğunu iddia etmiştir. Dolayısıyla, klinik deneyimlerden yola çıkarak, bazı anıların yeniden işlendiğinde, danışanın öz-değer ve öz-yeterlik düzeylerinin otomatik olarak değiştiğini vurgulamıştır. Bu açıdan, travmayla çalışmanın öz-yeterliğe ilişkin toplam puanlarda deney grubunda anlamlı değişime neden olması, hem travmanın öz-yeterlikle ilişkisine, hem de EMDR uygulamasının öz-yeterliğe etkisine ilişkin alanyazın bilgileriyle tutarlılık göstermektedir. Benzer şekilde, akademik öz-yeterlik alt ölçeğinde de aynı durumun olması, özellikle uygulama sonunda deney grubundaki katılımcılardan toplanan geri bildirim formu bilgileriyle de uyumaktadır. “Daha çok kendime güveniyorum. Gelecekte başarabileceklerimden eminim. Gelecek kaygılarım azaldı, korkularımı yendim”, “Kendimi daha önemli, daha mutlu hissediyorum”, “Eskiden başarılı olamayacağımı düşünüyordum ama şimdi gayet başarılı ve mutluyum” gibi ifadeler, katılımcıların bir şeyleri başarmaya ilişkin öz-yeterlik algılarının arttığına dair subjektif de olsa görüşlerini yansıtmaktadır. Öte yandan, sosyal öz-yeterlik alt boyutu açısından deney grubunda ölçümlerde bir farklılaşmaya rastlanmaması kısmen anlaşılabilir. Çünkü, EMDR Gelişimsel Protokolünde yapılan egzersizler ve çalışma alanları sosyal ilişkilere yönelik değildir. Başka bir deyişle, kısa süreli ve travma odaklı bir müdahalenin istatistiksel olarak anlamlı seviyede sosyal öz-yeterliğe etki etmemesi şaşırtıcı değildir.

Çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla katılımcıların psikolojik sağlamlık tutum beceri düzeyi PSTBÖ ile değerlendirilmiştir. PSTBÖ toplam puanı ve tüm alt ölçek puanları açısından deney grubuna katılanların ön-test, son-test ve üç

aylık izlem ölçümlerinde anlamlı düzeyde artış gözlenmemiştir. Bu bulgular, altıncı ve yedinci hipotezlerin desteklenmediğini göstermektedir. EMDR'ın yaratıcısı Shapiro (2009), travma anılarının etkili ve adaptif şekilde işlenmesi, travmayla ilişkili olumsuzlukların birikmesinin önlenmesinde ve acıya bağlı sonradan ortaya çıkan komplikasyonları azaltmada bu terapi yönteminin etkili olduğunu vurgulamıştır. Ona göre bu müdahale zihinsel gelişimi teşvik etmekte, bireyin sağlıklı şekilde dayanıklılığının artması sağlanmaktadır. Alanyazındaki bu kuramsal bilgiden hareketle, mevcut tezin değişkenlerinden biri olarak psikolojik dayanıklılık seçilmiştir. Ancak, alanyazında vaka çalışmaları dışında çocuklarla yürütülen EMDR etkililik çalışması olmadığı için karşılaştırma verisi bulunamamıştır. Sadece bir adet makalede çoklu vakalı bir çalışma yürütüldüğü gözlenmiştir. Bu çalışmada Zaghrout-Hodali, Alissa ve Dodgson (2008), yedi çocukla birlikte yürüttükleri bir grup temelli EMDR terapisi uygulamışlar ve sonuçlarda psikolojik sağlamlık düzeylerinde yükselme olduğunu bildirmişlerdir. Ancak çalışmanın tartışmasında, psikolojik sağlamlığa ilişkin asıl etkilerin uzun vadede gözlenebileceği, burada yapılan grup uygulamasının bu etkiyi hızlandırdığını (grubun gücü) belirtmişlerdir. Dolayısıyla, mevcut tezin bireysel terapi görüşmeleriyle yürütülmüş olması, bulgularının bu çalışmayla doğrudan karşılaştırılmasını engellemektedir. Ek olarak, Jarero ve Artigas (2010), EMDR terapisine ilişkin yürüttükleri etkililik çalışmalarında değişken olarak psikolojik dayanıklılığı almadıklarını, çünkü deneklerin yaşadıkları ve EMDR ile çalışılan travmaların uzun vadede dayanıklılığı arttıracığını, böylelikle gelecekte yaşayacakları travmatik ve stresli deneyimlerden daha az etkileneceklerini, başka bir deyişle dayanıklılığın ileride yaşanılan travmatik deneyimlerde işleyeceğini belirtmişlerdir. Jeon ve arkadaşları da (2017), feribot kazası kazazedesi olan ve olayın üzerinden belli bir süre geçmiş yetişkinlerle yürüttükleri EMDR uygulamaları sonucunda, travma sonrası büyüme puanları yüksek olan katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin de yükseldiğini, ancak diğer grupta psikolojik sağlamlık düzeyinde belirgin artış olmadığını bildirmişlerdir. Dolayısıyla, mevcut tez çalışmasında psikolojik dayanıklılık değişkeninde anlamlı değişim gözlenmemesinden, EMDR'ın

dayanıklılığı arttırmadığı sonucuna varılmaması gerektiği, deneklerin gelecekteki stresli ve travmatik deneyimlerde bu müdahalenin etkilerini deneyimleyebilecekleri, uzun vadede psikolojik dayanıklılık seviyelerinin artabileceği umulmaktadır.

Çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla katılımcıların stresle başa çıkma düzeyi SBÇÖ ile değerlendirilmiştir. SBÇÖ toplam puanı açısından deney grubunun ön-teste göre son-testte anlamlı düzeyde artış gözlenmiş ve bu artış izlemde de korunmuştur. SBÇÖ ile değerlendirilen problem çözme, sosyal destek arama, mizah ile pozitif yeniden yorumlama alt ölçek puanları açısından deney grubunda son-testte anlamlı düzeyde artış göstermiş ve bu artış üç aylık izlemde de korunmuştur. Yine SBÇÖ ile değerlendirilen agresyon yoluyla başa çıkma, kendini suçlama ile kaçınma alt ölçek puanları ise deney grubunda ön-test ölçümüne göre son-testte anlamlı düzeyde azalma göstermiştir ve bu değişim izlemde de korunmuştur. Son olarak, SBÇÖ ile değerlendirilen dini başa çıkma, kendini soyutlama ve profesyonel destek arama alt ölçek puanları açısından gruplarda ölçümler arasında herhangi bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. Bu bulgular, araştırmanın sekizinci hipotezin tamamen, dokuzuncu ve onuncu hipotezlerin ise kısmen desteklendiğini göstermiştir.

Mevcut çalışmanın stresle başa çıkmaya ilişkin bulgularının beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Çünkü, istismar ve ihmal yaşantısı olan travmatize çocukların psikososyal açıdan bakıldığında en başta etkilenen yapılarının başında stresle başa çıkmanın geldiği, hatta bu sebeple de bu çocuklarda stress anında şiddete başvurma davranışının sık yaşandığı vurgulanmıştır (Polat, 2007). Dolayısıyla, doğrudan travmaya müdahalenin olduğu EMDR uygulamasının, travmatik yaşantıdan olumsuz etkilenmiş olan stresle başa çıkma üzerinde dolaylı olumlu etki yapabileceği oldukça makul bir çıkarımdır. Ancak alanyazında çocuk ve ergenlerle yürütülmüş ve stresle başa çıkma değişkeninin incelendiği bir EMDR etkililik çalışması bulunamadığı için bu bulgu karşılaştırılamamaktadır. Wilson ve arkadaşları (2001), mevcut tezden çok farklı bir örnekleme ama benzer bir müdahaleyle çalışmışlar, yetişkin popülasyonundaki katılımcıları hedef alarak stres yönetimi açısından EMDR uygulamasını ve standart stres yönetimi eğitimi uygulamasını karşılaştırmışlardır.

Sonuçlarda, hem subjektif stres, hem iş stresi yönetimi, hem de öfke denetimi açısından EMDR grubunda farklılaşma bulgulanmıştır. Her ne kadar örneklem farklı bir yaş grubundan oluşmuş ve travma mağdurları hedeflenmemiş olsa da, EMDR uygulamasının stresle başa çıkma konusunda anlamlı etki yaratabildiği bu çalışmada gözler önüne serilmiştir. Dolayısıyla, mevcut tez çalışmasının bulguları için ve gelecekte bu değişken odağında yürütülecek detaylı araştırmalar açısından destekleyici bir araştırma bulgusu olduğu söylenebilir.

Çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla katılımcıların duygusal ve psikolojik iyi oluş düzeyi PİÖÖ ile değerlendirilmiştir. PİÖÖ toplam puanı açısından deney grubunda ön-test ve son-test anlamlı düzeyde farklılaşmış, ortaya çıkan anlamlı artış izlemde de korunmuştur. Bu bulgular, araştırmanın on birinci hipotezini tamamen destekler niteliktedir. Alanyazında doğrudan bu bulgunun karşılaştırılabileceği benzer deney desenine sahip bir çalışma bulunmasa da, bazı vaka çalışmalarında benzer sonuçlar raporlanmıştır. Örneğin, bir vaka çalışmasında, ailesini kazada kaybetmiş ve aynı kazada kendisi de ciddi şekilde yaralanmış bir ergenle EMDR terapi uygulaması yapılmış ve sonuçlarda, deneğin psikolojik iyi oluşunun uygulama sonrasında anlamlı seviyede yükseldiği bildirilmiştir (Avcı ve Karakış, 2022).

Çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla katılımcıların depresyon belirtileri düzeyleri BDÖ ile değerlendirilmiştir. BDÖ toplam puanı açısından karşılaştırıldığında, deney grubunun ön-test ölçümlerine göre son-test ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azamıştır ve bu azalma izlemde de korunmuştur. Bu noktada, çalışmanın on ikinci hipotezi de desteklenmiştir. EMDR terapisinin depresif belirtiler üzerinde etkili olduğunu gösteren ve yetişkin örneklemle yürütülen pek çok etkililik bulgusu mevcuttur (Marcus, Marquis ve Sakai, 1997; Scheck, Schaeffer ve Gillette, 1998). Depresif belirtilere ilişkin çocuklarla yürütülmüş olan sınırlı sayıda çalışma bulgusu da mevcuttur. Örneğin, Chemtob, Nakashima ve Carlson (2002), kasırga mağduru çocuklarla EMDR terapi uygulaması yürütmüşler, sonuçlarda depresif belirtilerin anlamlı seviyede azaldığını rapor etmişlerdir. Benzer şekilde,

Trentini ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, travmatik yaşam deneyimi olan ve TSSB geliştirmiş çocuklarda EMDR'nin duygu düzenleme üzerinden depresif ve travmatik belirtilerin azalmasıyla ve zaman içinde duygusal-uyumsal işleyişin iyileşmesiyle ilişkili olduğunu vurgulamışlardır. Bu bakımdan çalışma sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Son hipotezin test edilmesi amacıyla katılımcıların anksiyete düzeyleri BAÖ ile değerlendirilmiştir. BAÖ toplam puanı açısından grup ve zaman karşılaştırmaları sonucunda, deney grubundaki katılımcıların son-test puanları ön-testlere göre anlamlı seviyede azalmıştır ve bu azalma üç aylık izlemde de korunmuştur. Bu bulgular, araştırmanın on üçüncü hipotezinin desteklendiğini göstermiştir. Depresif belirtilerle benzer olarak, EMDR terapi uygulamasının kaygı belirtilerine iyi geldiği alanyazında vurgulanan bir bulgudur. Örneğin, trafik kazası sonrası TSSB belirtileri geliştirmiş, buna ek olarak yoğun sınav kaygısı yaşayan bir ergenle yürütülen vaka çalışmasında, EMDR uygulamalarının ardından vakanın kaygı seviyesinde anlamlı seviyede azalma gözlemlendiği raporlanmıştır (Kavakçı, Yıldırım ve Kuğu, 2010). Benzer biçimde sunum kaygısı (Barker ve Barker, 2007) ve sınav kaygısı (Bauman ve Melnyk, 1994; Enright, Baldo ve Wykes; 2000) açısından EMDR'ın anlamlı iyileşmelere sebep olduğuna dair çalışma bulguları da bulunmaktadır. Dolayısıyla, mevcut tez çalışmasının kaygı düzeyindeki azalmaya ilişkin bulgusu alanyazındaki geçmiş çalışmalarla tutarlılık göstermektedir.

4.4. EMDR TERAPİ SONRASI GERİ BİLDİRİM FORMUNA İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

EMDR Terapi Sonrası Geli Bildirim Formunda elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların en çok yararlı/memnuniyet verici buldukları egzersizin “yeterlilik anısı egzersizi” olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla, en fazla yararlı bulunan egzersizin bir yeterlilik egzersizi olması ile öz-yeterlik toplam puanındaki anlamlı yükselişin birbirini destekleyen bilgiler olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların en az yararlı/memnuniyet verici buldukları egzersizlerin ise “ışık huzmesi egzersizi” ve “aşamalı kas gevşetme egzersizi” olduğu; bir katılımcının “kelebek kucaklaması egzersizini” hoşla gitmeyen bir egzersiz olarak belirttiği bilgisi edinilmiştir. Bu bulgulara bakıldığında, bu egzersizlerin bedensel gevşeme egzersizleri oldukları dikkat çekmektedir. Çocukluk çağı ihmal ve istismar deneyimleri olan bireylerin bedensel açıdan rahatsız hissetmeleri ve bedenlerine dokunma, temas etme, bedensel egzersizler uygulama konusunda zorlandıkları bilgisinden hareketle bu iki egzersizi memnuniyet verici bulmadıkları düşünülmektedir. van der Kolk (2014), ihmal ve istismar mağduru çocukların yaşadıkları bu olumsuz deneyimi anlatmak yerine enerjilerini yaşananları düşünmemeye, korku ve panik kalıntılarını bedenlerinde hissetmemeye odaklandıklarını belirtmektedir. Buradan hareketle çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantısı olan kişiler için bedenle çalışmak çok kolay olmamaktadır. Levine ve Frederick (1997), bedensel duyumsamalarımızın travmayı nerede yaşadığımızı yansıtan birer rehber olduğunu belirtmektedir. Bu bilgiden hareketle, bedensel gevşeme egzersizlerinin uygulanmasının, katılımcılarda travma ile ilgili bedensel duyumları hatırlatma açısından zorlayıcı bir egzersiz olabileceği, bu egzersizler uygulanmadan önce katılımcılarda daha fazla ego gücü oluşturulmasının yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Selvam (2022), süregelen ya da boğucu duyguların bütün beyin ve beden fizyolojisini kapsadığını, hoş olmayan duyguların beyin ve beden fizyolojisinde stres oluşturduğu için doğası gereği acı verici olduğunu; insanların bu duyguları tolere etme kapasitesinin değişiklik gösterdiğini ve başa çıkmak için birçok psikolojik ve fizyolojik savunma mekanizmasının kullanıldığını ya da onları deneyimlemekten kaçınıldığını belirtmektedir. Bu bilgiden hareketle, bedensel gevşeme egzersizlerini memnuniyet verici bulmamanın bir başka sebebinin zor duyguları hatırlatması nedeniyle bu deneyimden kaçınmak istemeleri olabileceği düşünülmektedir.

Uygulama grubundaki katılımcıların “Görüşme sürecinin sana nasıl yararı olduğunu düşünüyorsun?” sorusuna verdiği geri bildirimler temalar açısından genel

olarak değeriendirildiğinde, uygulamaların kişilerin semptomları (tik, takıntı, anksiyete, depresyon) üzerinde sağaltıcı etkiye sahip olduğu, baş etme becerilerini güçlendirdiği, benlik saygısını arttırdığı, özgüven aşıladığı, kendini olumlu kabulün oluştuğu, travmatik anıya karşı duyarsızlaşıldığı, katılımcıların öz-bildirimlerinden ulaşılabilir sonuçlardır. Ek olarak, terapi sürecinin sonunda bir kişinin psikiyatrik ilaç kullanımının sona erdirildiği katılımcının kendisinden ve aynı zamanda kurum yetkililerinden edinilen bilgiyle doğrulanmıştır. Bu bulgunun da umut vadedici nitel bir sonuç olarak görülebileceği düşünülmektedir.

Uygulama grubundaki katılımcıların büyük bir çoğunluğu “Görüşme sürecini bırakmadan son ana kadar devam etmeni sağlayan şeyler nelerdir?” sorusuna araştırmacı/uygulayıcı ile kurulan terapötik ilişkinin kendilerini bu süreçte tuttuğunu belirtmişlerdir. Gomez (2013), çocukla ilk görüşmede güven ilişkisinin oluşturulmasının ve terapötik ilişkinin kurulmasının oldukça önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, Shapiro ve Maxfield (2002), EMDR Terapisinin 2. aşaması olan hazırlık aşamasının en önemli hedefinin terapötik ilişki kurmak olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda değeriendirildiğinde, uygulayıcının terapötik ilişki kurma becerisinin sürece önemli bir katkı sağladığı ve yarıda bırakmaları büyük ölçüde engellediği söylenebilmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu bölümünde, elde edilen bulguların klinik çıktılarıyla alanyazına sunabileceği katkılara değinilmiş ve güçlü yönleri aktarılmıştır. Son kısımda, araştırmanın sınırlılıkları ve gelecekte yapılması öngörülen çalışmalar için önerilere yer verilmiştir.

5.1. ÇALIŞMA SONUÇLARININ KLİNİK DOĞURGULARI VE GÜÇLÜ YANLARI

Bu çalışmada elde edilen istatistiki bulgular değerlendirildiğinde, EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün kurum bakımında kalan, ihmal ve istismar mağduru gençlerde benlik saygısını arttırdığı, aynı zamanda depresyon ve kaygı belirtilerini anlamlı seviyede azalttığı gözlenmiştir. Ayrıca, duygu düzenleme güçlüğüne azaltmada, öz-yeterlik, stresle başa çıkma ve psikolojik iyi oluş becerilerini artırmada önemli bir etki sağladığı görülmüştür. Dolayısıyla, çocukluk döneminde ihmal ve istismar yaşantısı olan ergenlerin psikososyal sağaltımında EMDR Gelişimsel Protokolünün etkili bir müdahale olduğuna ilişkin destekleyici verilere ulaşıldığı düşünülmektedir.

Adler-Tapia ve Settle (2008), EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün etkiliği çalışılırken kurum bakımındaki çocuklar ve istismar mağduru çocuklar gibi özgün konuların ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. Bu açıdan bakıldığında bu çalışma, alanyazındaki önemli bir eksikliği tamamlaması ve ihtiyacı karşılaması bakımından büyük önem arz etmektedir. Etkililik çalışmasının randomize ve kontrollü bir deney deseni ile sorgulanmış olması, ayrıca ön-test ve son-test dışında üç aylık izlem takip verilerinin de toplanmış olması çalışmanın diğer güçlü yanlarıdır. Denek sayısı her ne kadar çok büyük olmasa da alanyazında EMDR etkililik çalışmaları, özellikle de

çocuk-ergen odaklı araştırmalar bir ya da birkaç vakadan oluşmaktadır. Dolayısıyla, toplam 42 kişilik bir katılımcı grubu, ihmal ve istismar yaşantısı yaşayan ergenlerden oluştukları da düşünüldüğünde kısmen yeterli bir sayıdır. İlâveten, alanyazındaki etkililik çalışmaları incelendiğinde, genellikle klinik belirtiler bazında bir veri toplama sürecinin yaşandığı, bir ya da iki ölçek sonucuna dayandırılarak analizlerin yapıldığı görülmektedir. Mevcut tez çalışmasında ise, sadece klinik belirtilere değil, tanılar üstü yaklaşımla ilişkili, dolaylı olarak travmatik yaşantıların etkileriyle bağlantılı pek çok özgün değişkenin analizlere katılmasının alanyazına önemli bilgiler sunacağı umut edilmektedir.

Ek olarak, grupların çok az sayıda denek kaybına uğramış olması da çalışmanın güçlü yanları arasında sayılabilir. Katılımcıların seanslara düzenli olarak katılım sağladıkları gözlenmiş, yalnızca deney grubundan iki katılımcının izlem verileri alınamamıştır. Bu katılımcılar da isteyerek değil, bir anlamda zorunluluktan (ciddi hastalık teşhisi ve aileye teslim edilme) izlem verilerini dolduramamışlardır. Bu durum, uygulayıcı ile deney grubu katılımcıları arasında güçlü bir terapötik işbirliğinin kurulduğunu ve güven ilişkisinin önemli ölçüde sağlandığını akla getirmektedir. Aynı zamanda nitel verilerin analizi ile de bu tespit desteklenmektedir. Deney grubu katılımcılarından alınan terapi sonu geri bildirim formu nitel verileri de çalışmanın güçlü yönlerinden biri olarak sayılabilir.

5.2. SINIRLILIKLAR

Mevcut tez çalışmasının araştırma deseni açısından en belirgin sınırlılığının deney ve kontrol grubu dışında, karşılaştırma grubu olabilecek alternatif tedavi koşulunun ya da plasebo uygulaması koşulunun desende yer almamasıdır. Bunun en büyük sebebi, tez verilerinin toplanması için izin alınan kurumda sadece iki grup için yeterli bir örneklem sayısına ulaşılabilen olmasıdır. Araştırma bir yüksek lisans tezi olduğu için sınırlı bir zamanda bitirilmesi gerektiğinden, ek izinler alınamamıştır. Ayrıca tek uygulayıcı ile bireysel seanslar yürütüleceği için, yine zaman sınırlamasından ötürü iki gruplu bir desende karar kılınmıştır.

Gomez (2013), çoğunlukla çocuk ile yapılacak ilk görüşmeden önce, terapistin ebeveynlerle ilişki kurmasının gerekliliğini vurgulamış ve kurulan ilişki sürecinde çocuğun gelişimsel öyküsünün, sağlık durumunun, şikayetlerinin titizlikle araştırılması gerektiğini ve görüşme yapılan ailenin sistemik açıdan değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ancak mevcut tez çalışmasında, katılımcıların kurum bakımında kalmaları ve ailelerine ulaşmanın mümkün olmaması nedeniyle ilgili bilgiler çocukların dosyalarından, sosyal servis görevlisinden ve ev sorumlularından alınmıştır. Adler-Tapia ve Settle (2008) terapide ebeveynlerin aktif katılımı olmadığında psikoterapideki araştırmanın eksik olduğunu, terapistin duygu düzenleme stratejilerinin çocuğa öğretirken ebeveynleri de seansa katması gerektiğini belirtmiştir. Bu durum, kurum bakımında kalan ancak çoğunluğunun ailesiyle görüştüğü tespit edilen çocuklarla çalışılan bu araştırmanın önemli eksik yönlerinden birisidir.

Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı terapinin araştırmacının çalışmadığı bir kuruluştaki gerçekleştirilmiş olması ve bu kuruluşunun fiziki imkanlarının terapi odasından farklı olmasıdır. İl Müdürlüğü binası içinde bulunan görüşme odasında gerçekleştiren seanslarda, kapıda bir uyarı yazısının bulunmasına rağmen zaman zaman dışarıdan kişilerin odaya girme girişimi ile seans bölünmüş ve ufak da olsa dikkat dağınıklığı meydana gelmiştir. Uygulamaların okul dönemi içinde gerçekleşmesi ve haftasonu görüşme sağlanacak uygun bir fiziki ortamın olmaması nedeniyle çocukların okula gitmeden önce ya da okul çıkışında görüşmeye gelmiş olmaları da onların fiziki ve zihinsel olarak yorgun olmaları açısından bir kısıtlılık olarak sayılabilir.

Araştırmanın diğer bir sınırlılığı da, kullanılan veri toplama materyallerinin hepsinin öz bildirim ölçeği olmasıdır. Ayrıca, araştırmada etkililiği ölçmek amacıyla sekiz farklı ölçekten ön test, son test ve izlem ölçümünün alınmış olması, çocukların bu ölçeklerde bulunan toplam 256 maddeyi doldururken zaman zaman sıkılmasına neden olması açısından bir kısıtlılık olarak sayılabilir. Bir başka sınırlılık, randomize kontrollü çalışmalarda genellikle kullanılan körleme yönteminin uygulanmamış olmasıdır. Randomize kontrollü çalışmalarda, değerlendirme yapan kişi ile terapiyi

uygulayan kişinin farklı kişiler olması önerilmesine rağmen ön görüşmenin yapılması, ilgili verilerin toplanması ve gruplarda terapinin uygulaması aşamalarının her biri araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır.

5.3. GELECEK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

Bu araştırma, kurum bakımında kalan ihmal ve istismar mağduru gençler için ülkemizde ilk defa etkililiği kontrollü randomize çalışmada yürütülen bir EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü uygulaması olması bakımından önemli bir çalışmadır. Diğer taraftan, ilk defa yapılıyor olması sebebiyle uygulamadaki sınırlılıklar, gelecekte yapılması öngörülen çalışmalar açısından önemli bir veri kaynağı niteliğindedir. Bu çalışmada, EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün kurum bakımında kalan ihmal ve istismar mağduru 12-17 yaş arası gençlerde benlik saygısını artırmada, depresyon ve anksiyete belirti düzeylerini azaltmada etkili olduğu ve olumlu sonuçlar doğurduğu ortaya konmuştur. Ülkemizde yeni yaygınlaşan bir protokol olan EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün çeşitli sorun alanları ve psikiyatrik bozukluklara özgü şekilde uyarlanmasının ve etkililiğinin sınanmasının alanyazın için önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir. Örneklem sayısının daha fazla olduğu çalışmaların uygulanmasının da ulusal ve uluslararası literatüre değerli katkılar sunacağı öngörülmektedir.

Yöntemsel olarak, iyi bir randomize kontrollü çalışmada olması istenen “karşılaştırma grubu kullanmak” ölçütü karşılanmadığı için ileride gerçekleştirilecek olan randomize kontrollü çalışmalara bu ölçütün eklenmesinin daha güçlü sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir. Örneğin, Bilişsel Davranışçı Terapi gibi travmada etkililiği kanıtlanmış alternatif bir tedavi ile karşılaştırıldığı ya da doğrudan terapötik müdahale içermeyen plasebo uygulamasını içeren desenlerle EMDR etkililiğinin tekrar test edilmesinin kıymetli olacağı düşünülmektedir. Ek olarak, verilerin çift kör toplanması ve mümkünse nitel verilerin arttırılmasının da klinik açıdan önemli bulgular sunacağı muhakkaktır. İleride yapılması öngörülen araştırmalara bakım personeli, kurum personeli, aile basamağının da dahil edilmesiyle çocuklar üzerindeki iyileştirici etkilerin daha uzun vadeli olacağı düşünülmektedir.

Araştırmacı tek başına bu süreci yönetirken bu kadar az sayıda deney kaybıyla çalışmayı sonlandırmıştır. Burada en önemli faktör çocukların yaşına inip dinamik davranmış, hareketli egzersizler yapmış, dikkatin dağıldığını fark ettiğinde sürece anında keyifli bir uygulama ile müdahale etmiş, çocukların hobilerine hakim olmak amacıyla gerektiğinde araştırmalar yapmış ve konuşmalar sürdürmüş, çocukların ana dönmesi için yüksel bir çaba sarf etmiştir. Bu örneklem grubuyla çalışırken gerçekleştirdiği çalışmaların diğer klinisyenler için de öneri niteliğinde olacağı düşünülmektedir.

Neticede bu çalışmayla birlikte, kurum bakımında kalan ihmal ve istismar mağduru 12-17 yaş arası gençlerde EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün sınırlı yönleri olmasına karşın, etkili bir protokol olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırma sayesinde EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolünün ihmal ve istismar mağduru çocuklar için uygulanan etkili bir terapi müdahalesi olduğunu göstermesi bakımından alanyazına katkı sağladığı düşünülmektedir. Bu çalışma sayesinde, alanda çalışan klinisyenlerin uygulamaları ve bilimsel araştırmalar için yol gösterici ve umut verici çıktılar ortaya konmuştur.

KAYNAKÇA

- Ahmad, A., & Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 127–132.
- Amaya-Jackson, L. (1995). Post-traumatic stress disorder in adolescents: Risk factors, diagnosis, and intervention. *Adolescent Medicine*, 6(2), 251–270.
- Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2008). EMDR and The Art of Psychotherapy With Children. *Springer Publishing Company*; 1st edition, New York, NY, USA.
- Akar, A. (2018). Psikolojik Sağlamlık Programının Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akar, A. ve Aktan, A. (2020). Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(74), 655-679.
- Akın, A., Yılmaz, S., Özen, Y., Raba, S. ve Özhan, Y. (2016). Stirling Çocuklar için Duygusal ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe Formu'nun geçerlik ve güvenirliği. V. Sakarya'da Eğitim Araştırmaları Kongresi, 14-15 Nisan 2016, Sakarya.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches In Psychiatry*, (1), 95-119.
- Algül, A., Ateş, A. M., Gülsün, M., Darık, A., Semiz, Ü.B., Başoğlu, C., Ebrinç, S. ve Çetin, M. (2009). Antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve disosiyasyon ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, (10), 278-285.
- Altıntaş, I. (2008). Disosiyatif Bozuklukta Psikiyatrik Eş Tanılar. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA: Author.
- Aral N. (1997). Fiziksel istismar ve Çocuk. Ankara: Tek Işık Veb Ofset Tesisleri.
- Aral, G. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151, 36-39.
- Arıtürk, S. (2021). Meme Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesi İçin Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Uyarlanması Ve Etkililiğinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Atamer A. A. (2005). Çocuk İstismarı Tarama Anketi: Geliştirme, Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Attachment Trauma Center of Nebraska. (2011). EMDR integrative team treatment for attachment trauma in children: Manual.
- Avcı, M. ve Karakış, M. (2022). Psikolojik iyi olmayı arttırmada flash EMDR tekniğinin hızlı etkinliği: Travmatik yas olgusu. 4. Uluslararası Pozitif Psikoloji Kongresi 18-19 Mart 2022, İstanbul
- Aydın, B. (1997). Çocuk ve Ergen Psikolojisi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Vakfı Yayınları.
- Barker, R.T. & Barker S.B. (2007). The use of emdr in reducing presentation anxiety. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 100-108.

- Bauman, W. & Melnyk, W.T. (1994). A controlled comparison of eye movements and finger tapping in the treatment of test anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 25(1), 29-33.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beyazova, U. ve Şahin, F. (2001). Çocuğun şiddetten Korunma Hakkı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151. Ankara.
- Bilir, Ş., Arı, M, Atik, B. ve San, N. P. (1987). Konya, Kayseri, Denizli il Merkezlerinde 4-12 Yaş Grubu 4003 Çocuk Üzerinde Dövölme Sıklığı ve Bununla ilgili Bazı Duygusal Sorunların Taranması. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi*, 2, 3-9.
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N. B. ve Güneysu, S. (1991a). 4-12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta, Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme. Çocuk sitismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, 12-14 Haziran 1989, Serbest Bildiriler Kitabı, Gözde Repro Ofset, 45-53.
- Bishop, S.M. ve Ingersoll, M.G. (1989). Effects of marital conflit and family structure on the self-concepts Pre and Early Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 81, 25-36.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD003388. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>. Retrieved July 12, 2011, from <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003388.html>.
- Bowlby, J. (1980). Attaehment and loss: Loss (Vol,3), New York, Basic Books.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.

- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., et al. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*, 197, 20-27.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B. ve Krol, P. A. (1987). Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatry. *Psychological Bulletin*, 99, 66–77.
- Bucan-Varatanovic, A. & Sabanovic, S. (2018). Emdr Therapy In Treating Posttraumatic Stress Disorder In Adolescents: A Case Report. *Psychiatria Danubina*, 30(5), 291-296
- Bulut, I. (1996). Genç Anne ve Çocuk İstismarı. Bizim Büro, Ankara.
- Büyüköztürk, Ş. (2004). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J. ve Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disordersin adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82; 217-225.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J. & Carlson, J.G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal Of Clinical Psychology*, 58(1), 99–112.
- Cilga, İ. (1989). Korunmaya muhtaç gençlerin sorunları ve yetiştirme yurtları. T.C. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Gençlik Hizmetleri Daire Başkanlığı, Ankara.
- Cocco, N., & Sharpe, L. (1993). An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(4), 373–377.

- Cohen, L.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M. ve Murray, L.A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541.
- Colman, R. A. ve Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1133–1151.
- Covington, S. ve Kohen, J. (1984). Women, Alcohol and Sexuality. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4(1), 41-56.
- Crow, T., Cross, D., Powers, A. ve Bradley, B. (2014). Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income African-American sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1590–1598.
- Çeçen, A. R. (2007). Çocuk Cinsel istismarı: Sıklığı, Etkileri ve Okul Temelli Önleme Yolları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 4, 1-17.
- Çelik, F. ve Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- Damon, W. ve Harter, D. (1982). The development of self understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, 53, 841-864.
- Danışman, I. G., Yıldız, N. & Yiğit, İ. (2017) Development of a coping with stress scale for a non-western population of children and adolescents, *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 30(6), 687–701. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1330951>
- Davis, J. L. ve Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggres Violent Behav*, 5, 291-328.

- Enright, M., Baldo T. B. & Wykes, S. D. (2000). The Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing therapy technique in the treatment of test anxiety of college students. *Journal Of College Counseling*, 3, 216-227.
- Erkan, G. (1995). Korunmaya muhtaç çocuklar. Çocuk yuvalarında bir araştırma. *Sosyal Hizmet*, 24-78, Ankara.
- Erkman, F., (1991). Çocukların Duygusal Ezimi. Çocuk sitismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, 12-14 Haziran 1989, Gözde Repro Ofset, 45-53.
- Eroğlu, A.R.Ç. ve Türk, S.B. (2013). Ergenlerde çocukluk örselenme yaşantıları ve öfke ifade tarzları ile benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 10(1), 1422-1439.
- Etain, B., Mathieu, F., Henry, C., Raust, A., Roy, I., Germain, A. ve Bellivier, F. (2010). Preferential association between childhood psychological maltreatment and bipolar disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 376-383.
- Evren, C. ve Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında disosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/ madde kullanımı ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (4), 30-37.
- Ferguson, L. M. (2019). Expectancy-value theory of achievement motivation: How perceived racial prejudice can influence ability beliefs, expectancy beliefs and subject task value of Metis post-secondary students. *Aboriginal Policy Studies*, 8(1), 25-46.
- Fleming, J. (2012). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of traumatized children and youth. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(1), 16–26.
- Garbarino, J. ve Garbarino, A. (1994). Emotional Maltreatment of Children. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse, 2nd Ed.

- Glaser, D. (1991). Treatment issues in child sexual abuse. *Br J Psychiatry*, 159, 769-782.
- Goldbeck, L. ve Jensen, T.K. (2017). The diagnostic spectrum of trauma-related disorders in children and adolescents. Landolt M.A., Cloitre, M. ve Schnyder, U. (Eds.), In evidence based treatments for trauma related disorders for children and adolescents. Switzerland: Springer International Publishing.
- Güçray, S.S. (1989). Çocuk yuvasında ve aile yanında kalan 9, 10, 11 yaş çocukların özsaygı gelişimini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Güleç, H., Topaloğlu, M., Ünsal, D. ve Altıntaş, M. (2012). Bir kısır döngü olarak şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry*, 4(1), 112-137.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z. ve Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 128-134.
- Güner, Ş.İ., Güner, S. ve Şahan, M. H. (2010). Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem: İstismar. *Van Tıp Dergisi*, 17(3), 108-113.
- Güneri Yöyen, E. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 267-282.
- Gürkaynak, İ. ve Gözütok, D. (1998). Yurttaş Olmak İçin. İstanbul: Umut Vakfı.
- Hancı, H. (2002). Adli Tıp ve Adli Tıp Bilimler. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Harford, T. C., Yia, H. ve Grant, B. F. (2014). Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1389–1398.
- Harter, S. (1983). The development of the self system. E.M. Hetherington and P.H. Mussen (Ed.) *Handbook of Child Psychology*.

- Haugaard, J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, 55, 1036-1039.
- Heinicke, M.C. ve Westheimer, J.1. (1965). Brief separation. International University Press Inc., N.Y.
- Helfner, E. R. (1991). Child abuse and neglect assessment, treatment and prevention. *Child Abuse & Neglect*, 15(1), 5-15.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13.
- Hoşoğlu, R. (2009). Engelli öğrencilerin ihmal ve istismar düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- <http://www.shcek.gov.tr>. (2006). Çocuk ihmal ve istismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi (Çocuk Koruma Merkezi)
- Hurtes, K. P. (1999). The development of a measure of resiliency in youth for recreation and other social services. Clemson University, (Unpublished doctoral dissertation), Clemson, SC.
- Hurtes, K. P., & Allen, L. R. (2001). Measuring resiliency in youth: The resiliency attitudes and skills profile. *Therapeutic Recreation Journal*, 35(4), 333-347.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113-128.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(5), 358-368.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136.

- Jarero, I., & Artigas, L. (2010). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148–155.
- Jeon, S. W., Han, C., Choi, J., Ko, Y. H., Yoon, H. K., & Kim, Y. K. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing to facilitate posttraumatic growth: A prospective clinical pilot study on ferry disaster survivors. *Clinical psychopharmacology and neuroscience*, 15(4), 320.
- Jones, E. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 164- 175
- Jongedijk, R. A., van Vreeswijk, M. F., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2023). The relevance of trauma and re-experiencing in ptsd, mood, and anxiety disorders. *Journal of Loss and Trauma*, 28(4), 404-420.
- Joslyn, H., & Shivakumara, K. (2013). Self-esteem and psychological distress among sexually abused and sexually non-abused adolescents. *International Journal of Science and Research*, 6(14), 3105-3108.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222.
- Kara, B, Biçer, Ü. ve Gökalp, A. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2):140-151.
- Kars, Ö., (1996). Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları. Bizim Büro Basınevi, Ankara.
- Kaufman, M. (2008). Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics*, 122(2), 462–470. doi:10.1542/peds.2008-1581.

- Kavakcı, Ö., Doğan, O. Ve Kuğu, N. (2010). EMDR (Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma Ve Yeniden İşleme): Psikoterapide farklı bir seçenek. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 23, 195-205.
- Kavakcı, Ö., Yıldırım, O. Ve Kuğu, N. (2010). Travma sonrası stres bozukluğu ve sınav kaygısı için EMDR: Olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 13, 42-47.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegmueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered child syndrome. *JAMA*, 181, 17-24.
- Kempe, R. S., & Kempe, C. H. (1984). Common Secret-sexual Abuse of Children and Adolescents. United States: W. H. Freeman.
- Kim, T. K. (2017). Understanding one-way ANOVA using conceptual figures. *Korean Journal of Anesthesiology*, 70(1), 22-26.
- Kirk, R.E. (1968). Experimental Desing: Prucedures For The Behavioral Sciences. Calofirnia: Brooks/Cole Publishing Com.
- Klaff, F. (2016). EMDR therapy as portal to a child's processing of a medical condition: A case study and session deconstruction. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 189–198. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.10.3.189>
- Kocatürk, U. (2005). Açıklamalı tıp terimleri sözlüğü, Nobel Tıp Kitapevi, 9. Baskı.
- Kozcu, Ş. (1991). Çocuk istismarı ve ihmali. *Aile Yazıları 3. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Bilim Serisi*, 5(3), 379-390.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 877-883.
- Kulaksızoğlu, A. (1998). Ergenlik Psikolojisi. İstanbul: Remzi Yayınları.
- Kulaksızoğlu A. (2001). Ergenlik Psikolojisi. Remzi Kitabevi. 4. Baskı: İstanbul.

- Loos, M. E., & Alexander, P. C. (1997). Differential effects associated with self reported histories of abuse and neglect in a college sample. *Journal Of Interpersonal Violence*, 12, 340-360.
- Lundahl, B. D., Nimer, J., & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 16 (3): 251-262.
- Lynch, M. (1991). Çocuk istismarı ve ihmali. Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi. Gözde Repro Ofset, 37-44.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L.M., ... ve Somasundaram, D.J. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206.
- Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.
- Martin, J., Bureau, J.F., Yurkowski, K., Fournier, T.R., Lafontaine, M.F., & Cloutier, P. (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. *Journal of Adolescence*, 49, 170-180.
- Moldovan, R., & Pinte, S. (2015). Mechanisms of change in psychotherapy: Methodological and statistical considerations. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 19(4), 299-311.
- Mortan Sevi, O. (2020). Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu ve bilişsel davranışçı terapiler. Arkar, H. (Edt.), *Çocukluk çağı ruhsal bozuklukları ve bilişsel davranışçı terapiler - DSM-5 odaklı içinde* (ss. 189-236). Ankara: Nobel Yayın.

- Mullen, P. E, Mart'in, J. L, Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the psycial, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21.
- National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). Child Maltreatment 2008. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National clinical practice guideline number 26. Wiltshire, United Kingdom: Cromwell Press Limited.
- Noyes, R., Jr., & Hoehn-Saric, R. (1998). *The Anxiety Disorders*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511663222>
- Onat, G., Dinç, H., Günaydın, S. ve Uğurlu, F. (2016). Çocukluk döneminde yaşanan ihmal veya istismarın benlik saygısına etkisinin incelenmesi. *HSP*, 3(1), 9-15.
- Ovayolu, N., Uçan, Ö. ve Serindağ, S. (2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 13-22.
- Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlan-Kahiloğulları, A. ve Akgün-Aktaş, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 130-136.
- Özcan, E. (2022). İstatistiksel Analiz Teknikleri. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Özmert, E.N. (2006). Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-iii: Aile. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (49). 256-273.
- Öztürk, S. (2007). Çocuklarda duygusal istismar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elâzığ.

- Öztürk, S. (2007b). Çocuklarda Duygusal istismar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elâzığ.
- Paavilainen, E. and Tarkka, M.T. (2003). Definition and identification of child abuse by finnish public health nurses. *Public Health Nurses*, 20(1), 49-55.
- Page, Z.A. (2004). Çocuk Cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 103-113.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S. J., Ellenberg, A., Labruna, V., Salzinger, S., Mandel, F. ve Weiner, M. (2000). Adolescent physical abuse: Age at time of abuse and adolescent perception of family functioning. *Journal of Family Violence*, 15(4), 375-389.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., & Goldenberg, B. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 33, 305-312.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldberg, B., Mandel, F., Lehane, J., & Guarrera, J. (1994). Posttraumatic stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33, 305-312.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3-16.
- Peled, E. (1998). The experience of living with violence for preadolescent witnesses of woman abuse. *Youth & Society*, 29(4), 395-430.
- Perry, B. D., & Azad, I. (1999). Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. *Current Opinion In Pediatrics*, 11(4), 310-316.
- Polat, O. (2001). Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 138-150.
- Polat, O. (2007). Tüm Boyutları ile Çocuk istismarı. İstanbul: Seçkin Yayınları.

- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of The American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42, 269–278.
- Ramsay, R. (1990). Invited review: post-traumatic stress disorder; a new clinical entity? *Journal Of Psychosomatic Research*, 34(4), 355-365.
- Richards, F., & O'Keeffe, Z. C. (2004). Resilience and risk factors associated with experiencing childhood sexual abuse. *Child Abuse Review*, 13(5), 338-352.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599–606.
- Rogers, C.R. (1965). Client-centered therapy, Houghton Mifflin Company, Boston.
- Rotter, J. B. (1982). The development and applications of social learning theory: Selected papers". Englewood Cliffs, Prentice Hall, N.J.
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In E.G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B., Zwi, & R. Lozano, (Ed), World report on violence and health. WHO, Geneva.
- Sadock, B. J., & V Sadock. A. (2003). Comprehensive textbook of psychiatry P. Ruiz (Eds.) Philadelphia: lippincott Williams & Wilkins, 1, 938-950.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of EMDR. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Selvam, R. (2022). The practice of embodying emotions: A guide for improving cognitive, emotional, and behavioral outcomes. North Atlantic Books.
- Shapiro, S. (1987). Self-mutilation and self-blame in incest victims. *American Journal of Psychotherapy*, 41(1), 46-54.

- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 211–217.
- Shapiro, F. (2009). Treating victims of trauma worldwide. Paper presented at the Evolution of Psychotherapy Conference, Anaheim, CA.
- Shull, J. R. (1999). Emotional and psychological child abuse: Notes on discourse, history, and change. *Stanford Law Review*, 51(6), 1665-1701.
- Siyez, D. M. (2003). Duygusal istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin benlik algıları ile depresyon ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Smith, P., & Yule, W. (1999). Eye movement desensitisation and reprocessing. In W. Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 267–284). Sussex, United Kingdom: Wiley.
- Swinden, C. (2018). The child-centered EMDR approach: A case study investigating a young girl's treatment for sexual abuse. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12 (4), 282-296.
- Şahin Demirkapı, E. (2013). Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi: Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Şahin, F. (2001). Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde hekimin rolü. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 10(7), 246-249.
- Şirin, E. (2009). Üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışının demografik değişkenler, travmatik yaşantılar ve benlik kapasitesi ile olan ilişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi: Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.

- Telef, B. B. ve Karaca, R. (2012). Çocuklar için öz-yeterlik ölçeği; Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32, 169-187.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Psychiatry*, 148, 10-20.
- Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 3(1), 70-74.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80.
- Torres, J. R. (2011). EMDR and gender violence. Brief and intensive treatment for children exposed to gender violence Paper presented at Annual Meeting of the EMDR Europe Association–Vienna, Austria.
- Trentini, C., Pagani, M., Fania, P., Speranza, A.M., Nicolais, G., Sibilis, A., Inguscio, L., Verardo, A.R., Fernandez, I., & Ammaniti, M. (2015). Neural processing of emotions in traumatized children treated with Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy: A hdEEG study. *Front Psychol*, 6(1662). doi: 10.3389/fpsyg.2015.01662
- Tyler, K. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: a review of the recent research. *Aggression and Violent Behaviour*, 7(6), 567-89.
- Ulusoy, M., Şahin, N. ve Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163–172.
- U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2010). VA/DoD Clinical practice guideline for management of post-traumatic stress. Washington, DC: Author. Retrieved July 12, 2011, from http://www.healthquality.va.gov/Post_Traumatic_Stress_Disorder_PTSD.asp

- U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). Eye movement desensitization and reprocessing. Retrieved July 12, 2011, from <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=199>
- Ünal, F. (2008). Ailede Çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1, 9-18.
- Van der Hoeven, M. L., Plukaard, S. C., Schlattmann, N. E. F., Lindauer, R. J. L., & Hein, I. M. (2023). An integrative treatment model of EMDR and family therapy for children with severe symptomatology after child abuse and neglect: A SCED study. *Children And Youth Services Review*, 152, Article 107064. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107064>
- Van der Kolk, B. A. (2002). Assessment and treatment of complex PTSD. In R. Yehuda (Ed.), *Treating trauma survivors with PTSD* (pp. 127–153). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Van Etten L, & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*, 5(3), 126-44.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Brugha, T. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800.
- Washington, G. (1989). 10-12 Yaş grubu korunmaya muhtaç yuva çocuğu ile ailesiyle birlikte kalan çocukların denetim odağı algısı ve kendine saygı durumu. A. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Ronfeldt, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 361-368. DOI: 10.1037//0022-006x.63.3.361
- Wesselmann, D., Armstrong, S., Schweitzer, C., Davidson, M., & Potter, A. (2018). An integrative EMDR and family therapy model for treating attachment trauma in children: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 196–207. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.196>
- Wesselmann, D., Davidson, M., Armstrong, S., Schweitzer, C., Bruckner, D., & Potter, A. E. (2012). EMDR as a treatment for improving attachment status in adults and children. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 223–230. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.008>
- Wesselmann, D., Armstrong, S., & Schweitzer, C. (2017). EMDR voor kinderen met een hechtingstrauma in pleeg- en adoptiegezinnen. In R. Beer & C. d. Roos (Eds.), *Handboek: EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 399-413). LannooCampus.
- Wesselmann, D., Schweitzer, C., & Armstrong, S. (2014b). Integrative team treatment for attachment trauma in children: Family therapy and EMDR. W.W: Norton.
- Williams, T., Hill, E., Gomez, E., Milliken, T., Goff, J., & Gregory, N. (2013). The resiliency and attitudes skills profile: An assessment of factor structure. *Illuminare*, 11(1), 16-30.
- Williamson, M. L., Stickley, M. M., Armstrong, T. W., Jackson, K., & Console, K. (2022). Diagnostic accuracy of the primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) within civilian primary care sample. *Journal of Clinical Psychology*, 78(11), 2299-2308.
- Wilson, S. A., Tinker, R. H., Becker, L. A., & Logan, C. R. (2001). Stress management with law enforcement personnel: A controlled outcome study of EMDR versus

- a traditional stress management program. *International Journal of Stress Management*, 8(3), 179-200.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L., & Wolfe, D. A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13(4), 359-383.
- World Health Organization. (2006). Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf adresinden 23 Eylül 2008 tarihinde alınmıştır.
- World Health Organization (WHO). (2011). Psikolojik İlk Yardım: Saha Çalışanları İçin Bir Rehber.
- Wylie, R. (1990). Mother's attributions to their young children: The verbal environment as a resource for children's self-concept acquisition. *Journal of Personality*, 58, 419-441.
- Yılmaz, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: Risk faktörleri ve çocukların psiko-sosyal gelişimi üzerindeki etkileri. *Civilacademy Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 63-79.
- Yılmaz-Irmak T. (2008). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir.
- Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P.W. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 106-113.
- Zeytinoğlu, S. (1991). Sağlık, sosyal hizmet ve hukuk alanlarında çalışanların Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. Çocuk İstismarı ve İhmali. Gözde Repro Ofset: Ankara, 147-161.

Zeytinoğlu, S. (1999). Sağlık, sosyal, hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüşleri. Çocuk İstismarı ve İhmali, Ankara, Pelin Ofset.

Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E. ve Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.





EKLER

EK1:

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

(Not: Bu form araştırmacı tarafından doldurulacak olup, buradaki sorular sosyal hizmet çalışmacısından ve katılımcıların dosyalarından alınacak bilgiler doğrultusunda yazılacaktır)

1) Katılımcı No: _____

2) Cinsiyet: _____

3) Yaş: _____

4) Eğitimine devam ediyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

Evet ise kaçınıcı sınıfa gidiyor? _____

Hayır ise kaçınıcı sınıfta okulu bıraktı? _____

5) Akademik başarı durumu?

☐ Kötü

☐ Orta

☐ İyi

6) Kaç yıldır korunma altında kalıyor? _____

7) Kuruma geldiğinde kaç yaşındaydı? _____

8) Çocuğun korunma altına alınma nedeni/nedenleri nedir?

☐ Yoksulluk / Sosyo-ekonomik Yetersizlik

☐ Fiziksel İstismar / Şiddet

☐ Cinsel İstismar

- ☐ Duygusal İstismar
 - ☐ İhmal
 - ☐ Madde Kullanımı
 - ☐ Aile Birliğinin Bozulması
 - ☐ Zihinsel Yetersizlik
 - ☐ Evden Kaçma
 - ☐ Terk / Buluntu
 - ☐ Diğer (açıklayın)
-
-

9) Çocuk kuruluşa ilk nereden getirildi?

- ☐ Ailesinin yanından
 - ☐ Bir başka kuruluştan nakil
 - ☐ Akrabası yanından
 - ☐ Karakol
 - ☐ Terk edilmiş
 - ☐ Diğer
- (açıklayın) _____
-

10) Bu kurum dışında başka kaç değişik yurttta kaldı? _____

11) Aşağıdakilerden hangisi çocuk için uygundur?

- ☐ Biyolojik anne ve babası hayatta
- ☐ Biyolojik annesi hayatta, babası vefat etmiş
- ☐ Biyolojik annesi vefat etmiş, babası hayatta
- ☐ Biyolojik anne ve babası vefat etmiş

- ☐ Biyolojik annesiyle ilgili bilgi yok
- ☐ Biyolojik babasıyla ilgili bilgi yok
- ☐ Biyolojik anne ve babasıyla ilgili bilgi yok
- ☐ Diğer
(açıklayın) _____
-

12) Ailesi ile görüşüyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

13) Çocuğun başka kardeşi var mı?

- ☐ Var
- ☐ Yok

Varsa, kaç kardeş? _____

Varsa, o/onlar da koruma altında mı?

14) Biyolojik anne ya da babasının hapse girme/suç öyküsü var mı?

- ☐ Var
- ☐ Yok

15) Mevcut sağlık sorunu var mı?

- ☐ Var
- ☐ Yok

Varsa? _____

16) Psikiyatrik tanısı var mı?

- ☐ Var

☐ Yok

Varsa ne(ler)dir? _____

17) Düzenli kullandığı herhangi bir psikiyatrik ilaç var mı?

☐ Var

☐ Yok

Varsa ne(ler)? _____



EK 2:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

BENLİK SAYGISI ALT ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

EK 3:
DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz. Değerlendirmenizi uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.

- | | | | | |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|
| ☐ Neredeyse
Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Yaklaşık
Yarı yarıya | ☐ Çoğu zaman | ☐ Neredeyse
Her zaman |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|

5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.

- | | | | | |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|
| ☐ Neredeyse
Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Yaklaşık
Yarı yarıya | ☐ Çoğu zaman | ☐ Neredeyse
Her zaman |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|

10. Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygularımı kabul ederim.

- | | | | | |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|
| ☐ Neredeyse
Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Yaklaşık
Yarı yarıya | ☐ Çoğu zaman | ☐ Neredeyse
Her zaman |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|

15. Kendimi kötü hissettiğimde, uzun süre böyle kalacağıma inanırım.

- | | | | | |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|
| ☐ Neredeyse
Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Yaklaşık
Yarı yarıya | ☐ Çoğu zaman | ☐ Neredeyse
Her zaman |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|

20. Kendimi kötü hissettiğimde, halen işlerimi sürdürebilirim.

- | | | | | |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|
| ☐ Neredeyse
Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Yaklaşık
Yarı yarıya | ☐ Çoğu zaman | ☐ Neredeyse
Her zaman |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|

25. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için suçluluk duyarım.

- | | | | | |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|
| ☐ Neredeyse
Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Yaklaşık
Yarı yarıya | ☐ Çoğu zaman | ☐ Neredeyse
Her zaman |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|

30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendim için çok fazla endişelenmeye başlarım.

- | | | | | |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|
| ☐ Neredeyse
Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Yaklaşık
Yarı yarıya | ☐ Çoğu zaman | ☐ Neredeyse
Her zaman |
|---|-----------------------------|---|----------------------------------|--|

zaman	Yarı yarıya	Her zaman
-------	-------------	-----------

36. Kendimi kötü hissettiğimde, duygularım dayanılmaz olur.				
☐ Neredeyse Hiçbir zaman	☐ Bazen	☐ Yaklaşık Yarı yarıya	☐ Çoğu zaman	☐ Neredeyse Her zaman



EK 4:

ÇOCUKLAR İÇİN ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)

Sevgili öğrenciler, aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup, sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan her soru için sadece bir cevabı işaretleyiniz.

Aşağıdaki sorulara cevabınız “Hiç” ise 1’i, “Biraz” ise 2’yi “Oldukça iyi” ise 3’ü, “İyi” ise 4’ü “Çok iyi” ise 5’i işaretleyiniz. Teşekkürler.

		Hiç	Biraz	Oldukça iyi	İyi	Çok iyi
1.	Sınıf arkadaşlarınız sizinle aynı görüşte olmadığı zaman kendi görüşlerinizi ne kadar iyi ifade edebilirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Çevrenizdeki diğer çocuklarla arkadaşlık kurmada ne kadar iyisiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Sınıf arkadaşlarınız ile ne kadar uyumlu çalışabiliyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Okuldaki derslerin tümünü anlamayı başarma konusunda ne kadar iyisiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Olması muhtemel şeyler için endişe etmeme konusunda ne kadar başarılısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

EK 5:

Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeği (PSTBÖ) (Örnek Maddeler)		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	İleride yaşayacağım zorlukları kendim göğüsleyebilirim.				
5	Davranışlarımın sonuçlarını tahmin edebilirim / kestirebilirim.				
10	Arkadaşlarım bana güvenebileceklerini bilirler.				
15	Başımı derde sokacak insanlardan uzak dururum.				
20	Arkadaşlarımı dikkatli bir şekilde seçerim.				
25	Doğru olduğuna inandığım şeyleri savunurum.				
30	Kötü hissettiğim zamanlarda kendimi neşelendirebilirim.				
34	Arkadaş edinirken zorluk çekmem.				

EK 6:

ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)

İnsanlar, kendilerini üzen ya da canlarını sıkın sorunlar olduğunda bu sorunları çözmek ya da kendilerini daha iyi hissetmek için farklı şeyler yaparlar.

Aşağıda her bir maddede, kişilerin sorunlar karşısında yaptıkları farklı şeyler yer almaktadır. Bu maddelerde yazanların bazıları sana uyuyor, bazılarıysa uymuyor olabilir. Lütfen, her bir maddeyi dikkatlice okuyarak bu maddede yazan ifadenin sana ne kadar uyup uymadığını işaretle.

Eğer maddede yazan şey “**bana hiç uymuyor**” diyorsan **1**’i işaretle.

Eğer maddede yazan şey “**bana pek uymuyor**” diyorsan **2**’yi işaretle.

Eğer maddede yazan şeyin sana uyup uymadığı konusunda kararsızsın ve “**emin değilim**” diyorsan **3**’ü işaretle.

Eğer maddede yazan şey “**bana biraz uyuyor**” diyorsan **4**’ü işaretle.

Eğer maddede yazan şey “**bana tamamen uyuyor**” diyorsan **5**’i işaretle.

Hiçbir sorunun doğru ya da yanlış cevabı bulunmamaktadır. Bizim için önemli olan, senin kendin için en uygun olduğunu düşündüğün seçeneği işaretlemandir.

Beni üzen ya da canımı sıkın bir durum olduğunda...	Bana hiç uymuyor.	Bana pek uymuyor.	Emin değilim.	Bana biraz uyuyor.	Bana tamamen
1. Beni üzen şeyleri zihnimden uzaklaştırmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
5. Olayla ilgili şakalar/ espriler/ komiklikler yaparım.	1	2	3	4	5
10. Benzer sıkıntı yaşıyor olsalardı ne yaparlardı diye çevremdekilerle konuşurum.	1	2	3	4	5
15. Sorunumu çözmek için arkadaşımdan yardım isterim.	1	2	3	4	5
20. Olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
25. Olayın komik yanlarını görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5

30. Benzer sorun yaşayan kişilerle bir arada olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
35. Sessiz bir yere gidip kendimi dinlerim.	1	2	3	4	5
40. Geçmişte işime yaramış olan çözüm yollarını hatırlayıp, onları uygulayım.	1	2	3	4	5
45. Sorunu çözmemde yardımcı olacak beceriler geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
50. Her şeyin kendi hatam olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
55. Profesyonel bir kişi (psikiyatrist, psikolog) ile görüşürüm	1	2	3	4	5
61. Sıkıntımı içime atarım.	1	2	3	4	5

EK 7:

STIRLING ÇOCUKLAR İÇİN DUYGUSAL VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ
(Örnek Maddeler)

Aşağıda son zamanlardaki duygu ve düşüncelerinize yönelik bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.		Asla	Çok az	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Yaşamımda iyi şeyler olacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6	Gurur duyabileceğim çok sayıda şey var.	1	2	3	4	5
11	Çevremde olup bitenler beni neşelendirir.	1	2	3	4	5
12	Kendimi rahatlamış hissediyorum.	1	2	3	4	5

EK 8:

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.



EK 9:

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (Örnek Maddeler)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi.	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım.
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
9. Dehşete kapılma				
15. Nefes almada güçlük				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 10:

EMDR TERAPİ SONRASI GERİ BİLDİRİM FORMU

Öğrenmiş olduğun “Güvenli Yer” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Işık Huzmesi” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Dört Element” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Üçgen-Kare Nefes Egzersizini” ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Kutu Egzersizini” ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Duyguları Tanıma Egzersizini” ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Aşamalı Kas Gevşetme” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Sakinleşme Anısı” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Özgürlük Botu” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Güçlü Yanlarım” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Yeterlilik Anısı Egzersizini” ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Kaynak Geliştirme ve Yerleştirme” egzersizlerini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Gelecek Filmi” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Umut Ağacı” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Öğrenmiş olduğun “Gelecek Şablonu Oluşturma” egzersizini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Genel olarak görüşme sürecini ne kadar yararlı/memnuniyet verici buldun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Genel olarak görüşme sürecine başladığın zamana kıyasla şimdi kendisi ne kadar iyi/rahatlamış hissediyorsun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Genel olarak görüştüğünüz psikologdan ne derece memnundun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

Genel olarak, burada öğrendiğin ve uyguladığın teknikleri bundan sonraki günlük yaşamında kendini daha iyi hissetmek için ne kadar kullanabileceğini düşünüyorsun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Hiç

Çok

1.Görüşme sürecinin sana nasıl yararları olduğunu düşünüyorsun?

2. Görüşme sürecini bırakmadan son seansa kadar devam etmeni sağlayan şeyler nelerdir?

3. Görüşme sürecinin seni rahatsız eden ya da hoşuna gitmeyen yanları var mıdır, varsa nelerdir?

4. “..... da olsa daha iyi olurdu” dediğin, görüşme sürecine eklenmesini ya da değiştirilmesi gerektiğini düşündüğün şeyler var mıdır?

5. Yukarıdakiler dışında eklemek veya belirtmek istediğin başka görüşlerin var ise lütfen yaz.

EK 11:

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(Çocuk İçin)

Sayın Gönüllü,

Bu çalışmada, çocuk ve ergenlerin psikolojik açıdan sağlamlık düzeylerini artırmalarını, sorunlarla baş etme becerileri geliştirmelerini, genel anlamda psikolojik açıdan kendilerini daha iyi hissetmelerini, travmatik deneyimlerle daha kolay başa çıkmalarını sağlamak için tasarlanan ve bireysel olarak uygulanan “EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisi) Gelişimsel Protokol” psikolojik müdahalesinin etkililiği araştırılmaktadır. Çalışma kapsamında ÇEKOM bünyesinde kalmakta olan 12-17 yaş arası ergenler katılımcı olarak davet edilmektedir. **Katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup**, araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa çekinmeden sorunuz ve araştırmacıdan açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışmanın temel amacı, yukarıda kısaca tanımlanan EMDR Gelişimsel Protokol psikolojik müdahalesinin ÇEKOM bünyesinde kalmakta olan ergenler üzerindeki etkilerinin farklı değişkenler açısından (örneğin, benlik saygısı, psikolojik sağlamlık ya da stresle başa çıkma gibi) araştırılmasıdır. Başka bir deyişle, bu çalışma kapsamında EMDR Gelişimsel Protokolü’nün etkili bir terapi yöntemi olup olmadığı sorgulanacaktır. Bu kapsamda, ÇEKOM evlerinde kalan 12-17 yaş arası toplam 40 ergen çalışmaya dahil edilecektir. Bu gönüllü katılımcıların 20’si EMDR Gelişimsel Protokol terapi uygulaması grubuna atanacak ve toplam 12 hafta boyunca görüşmelere katılacaktır. Görüşmeler haftada bir defa ve her biri ortalama 60-70 dakika sürecektir. Kalan 20 katılımcı ise bekleme listesi olarak belirlenecek ve çalışma bittikten sonra onlara da aynı program bireysel olarak uygulanacaktır. Katılımcılardan, hangi gruba gelirlse gelsinler (ister ilk terapi alacak 20 kişilik grup, ister 20 kişilik bekleme listesi grubu) araştırmacıların sunacağı ölçekleri toplam 3 farklı zamanda doldurmaları istenecektir. Her bir ölçek uygulaması yaklaşık 30 dakika sürecek olup, çalışma başlamadan, çalışma başladıktan 3 ay sonra ve çalışma başladıktan 6 ay sonra aynı ölçek grubu tekrarlı şekilde katılımcılara uygulanacaktır.

Görüşmeler esnasında herhangi bir şekilde görüntü ya da ses kaydı talep edilmeyecektir. Ayrıca, görüşme esnasında edinilen bilgiler yalnızca süpervizyon veren öğretim üyesi (görüşmelerde ne yapıldığını denetleyen ve gerektiğinde öneri veren bilirkişi) ile paylaşılacak,

katılımcının kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Elde edilen tüm ölçek bilgileri toplu değerlendirilecek olup, yine aynı şekilde bireysel şekilde kullanılmayacak ve kimlik bilgileri paylaşılmayacaktır. Aynı şekilde, görüşmeler sırasında paylaşılan olaylar, konular, kişiler de hiçbir şekilde kullanılmayacaktır, yayınlanmayacaktır.

Çalışma hakkında merak ettiğiniz ve öğrenmek istediğiniz bilgiler için çalışmanın sorumlu yazarı Psikolog Saliha Büşra Akgün ile iletişime geçebilirsiniz, detaylı sorularınızı çalışmanın herhangi bir aşamasında yüz yüze ya da adresinden yöneltebilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve yanıtlarını aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla toplu olarak sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi bildiririm.

Katılımcının;

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının;

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

EK 12:

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(Kurum Çalışanı İçin)

Sayın Kurum Çalışanı,

Bu çalışmada, çocuk ve ergenlerin psikolojik açıdan sağlamlık düzeylerini artırmalarını, sorunlarla baş etme becerileri geliştirmelerini, genel anlamda psikolojik açıdan kendilerini daha iyi hissetmelerini, travmatik deneyimlerle daha kolay başa çıkmalarını sağlamak için tasarlanan ve bireysel olarak uygulanan “EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisi) Gelişimsel Protokol” psikolojik müdahalesinin etkililiği araştırılmaktadır. Çalışma kapsamında ÇEKOM bünyesinde kalmakta olan 12-17 yaş arası ergenler katılımcı olarak davet edilmektedir. **Katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup, çocuğun araştırmada yer almasını kabul etmeden önce, çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa çekinmeden sorunuz ve araştırmacıdan açık yanıtlar isteyiniz.**

Bu çalışmanın temel amacı, yukarıda kısaca tanımlanan EMDR Gelişimsel Protokol psikolojik müdahalesinin ÇEKOM bünyesinde kalmakta olan ergenler üzerindeki etkilerinin farklı değişkenler açısından (örneğin, benlik saygısı, psikolojik sağlamlık ya da stresle başa çıkma gibi) araştırılmasıdır. Başka bir deyişle, bu çalışma kapsamında EMDR Gelişimsel Protokolü’nün etkili bir terapi yöntemi olup olmadığı sorgulanacaktır. Bu amaçla, ÇEKOM evlerinde kalan 12-17 yaş arası toplam 40 ergen çalışmaya dahil edilecektir. Bu gönüllü katılımcıların 20’si EMDR Gelişimsel Protokol terapi uygulaması grubuna atanacak ve toplam 12 hafta boyunca görüşmelere katılacaktır. Görüşmeler haftada bir defa ve her biri ortalama 60-70 dakika sürecektir. Kalan 20 katılımcı ise bekleme listesi olarak belirlenecek ve çalışma bittikten sonra onlara da aynı program bireysel olarak uygulanacaktır. Katılımcılardan, hangi gruba gelirlere gelsinler (ister ilk terapi alacak 20 kişilik grup, ister 20 kişilik bekleme listesi grubu) araştırmacıların sunacağı ölçekleri toplam 3 farklı zamanda doldurmaları istenecektir. Her bir ölçek uygulaması yaklaşık 30 dakika sürecek olup, çalışma başlamadan, çalışma başladıktan 3 ay sonra aynı ölçek grubu tekrarlı şekilde katılımcılara uygulanacaktır.

Görüşmeler esnasında herhangi bir şekilde görüntü ya da ses kaydı talep edilmeyecektir. Ayrıca, görüşme esnasında edinilen bilgiler yalnızca süpervizyon veren öğretim üyesi (görüşmelerde ne yapıldığını denetleyen ve gerektiğinde öneri veren bilirkişi) ile paylaşılacak, katılımcının kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Elde edilen tüm ölçek bilgileri toplu

değerlendirilecek olup, yine aynı şekilde bireysel şekilde kullanılmayacak ve kimlik bilgileri paylaşılmayacaktır. Aynı şekilde, görüşmeler sırasında paylaşılan olaylar, konular, kişiler de hiçbir şekilde kullanılmayacaktır, yayınlanmayacaktır.

Çocuğun çalışmaya katılmasını kabul ettiğiniz ve bu Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu doldurduğunuz zaman, çocuğun da gönüllü olup çalışmay akatılmayı kabul ettiği taktirde çocuk araştırmacının katılımcı grubuna dahil edilecektir. Sizden bu süreçte çocukla ilgili kurumda ne kadar zamandır kaldığı ya da ne sebeple kurum bakımına alındığı gibi bazı bilgiler istenecek olup, çocuğun dosyasının araştırmacı ile paylaşılması istenecektir. Çalışma hakkında merak ettiğiniz ve öğrenmek istediğiniz bilgiler için çalışmanın sorumlu yazarı Psikolog Saliha Büşra Akgün ile iletişime geçebilirsiniz, detaylı sorularınızı çalışmanın herhangi bir aşamasında yüz yüze ya da adresinden yöneltebilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce kurum çalışanına verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve yanıtlarını aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım. Çocuğun çalışmaya katılmasına izin verip vermeyeceğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, ... isimli çocuğun araştırmaya katılmasına izin verdiğimi, araştırma kapsamında elde edilen çocuğa ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla toplu olarak sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi bildiririm.

Kurum Çalışanının;

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının;

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

EK 13:

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ETİK ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI	Kurum Bakımında Kalan 12-17 Yaş Arasındaki Ergenlerde EMDR Terapisi Etkililiğinin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi
SORUMLU ARAŞTIRMACININ ADI SOYADI	Saliha Büşra AKGÜN
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ KARAR	Bu çalışmada, kuruluş bakımında kalan ergenler için ‘EMDR Terapisi Gelişimsel Protokolü’nün benlik saygısı, duygu düzenleme becerisi, baş etme becerileri, psikolojik dayanıklılık ve öz-yeterlik, öznel iyi oluş düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla ön test, son test ve 3 aylık izlem ölçümlü 2 (grup) X 3 (zaman)’lük randomize kontrollü deneysel desen kullanılacaktır.
ETİK KURUL KARARI	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın / çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen kişilerle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL ÜYESİNİN ADI SOYADI

İMZA/23.09.2021

1. Prof. Dr. Muhsin AKBAŞ
2. Prof. Dr. Özer KÜPELİ (katılmadı)
3. Prof. Dr. Kerem BATIR
4. Prof. Dr. Çiğdem ÜNAL
5. Prof. Dr. Cengiz DEMİR
6. Prof. Dr. Sinan NARDALI (katılmadı)
7. Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL (katılmadı)
8. Doç. Dr. Levent ÇETİN
9. İmge ERCAN DİKÇAM



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: TF3FT93
<https://ubs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

Belge Takip Adresi:

