

Afetlerde Erken Dönem Ruhsal Sorunlar ve Akut Değerlendirme

Early Mental Problems in Disasters and Acute Evaluation

© Satı DOĞAN^a

^aEge Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği ABD,
İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi/Correspondence:
Satı DOĞAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği ABD,
İzmir, Türkiye
sdbozkurt@hotmail.com

ÖZET Afetler, fiziksel çevreden kaynaklanan öngörülemeyen ve hazırlıksız yakalanılan doğal ya da insan kaynaklı durumlardır. Afetlerde yaşama yönelik tehdit, fiziksel yaralanmalar, mal ve can kayıpları ile başetme konusunda zamanında psiko-sosyal destek sağlanmazsa psikiyatrik morbidite riski artar. Afetlerde akut değerlendirilmede; temel ihtiyaçların belirlenmesi, psikolojik ilk yardım, izleme ve yönlendirme önceliklidir. Travma ve kayba normal tepkiler, korku ve güvenlik gereksinimlerinin yanında olası psikiyatrik sorunlar konusunda sağlık profesyonelleri ve psiko-sosyal yardım ekipleri uyanık olmalıdır. Kriz müdahalelerinden sonra, sosyal beceri eğitimi, başa çıkma ve stres yönetimi eğitimi, danışmanlık ve psikoterapiyi teşvik ederek dayanıklılığı ve iyileşmeyi desteklemek önemlidir. Kriz müdahalesi sırasında ruh sağlığı ekipleri, afetten etkilenen kişilerin duygularını hissetmeli ve sadece akademik uzmanlıklarına göre değil, insani hassasiyetleri de dikkate alarak tepki vermelidir.

Anahtar Kelimeler: Afetler; stres bozuklukları, travmatik, akut; psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT Disasters are unpredictable and unprepared natural or man-made situations arising from the physical environment. The risk of psychiatric morbidity increases if psychosocial support is not provided in a timely manner in dealing with threats to life, physical injuries, loss of property and life in disasters. In acute assessment in disasters; determination of basic needs, psychological first aid, monitoring and orientation are priority. Health professionals and psycho-social assistance teams should be alert to normal reactions to trauma and loss, fear and security needs, as well as possible psychiatric problems. After crisis interventions, it is important to support resilience and recovery by promoting social skills training, coping and stress management training, counseling and psychotherapy. During crisis response, mental health teams must feel the emotions of disaster-affected people and respond not only according to their academic expertise, but also by considering humanitarian sensitivities.

Keywords: Disasters; stress disorders, traumatic, acute; psychiatric nursing

Ülkemiz; jeopolitik, jeolojik faktörler, yüzey şekli ve iklim etkileri nedeniyle, öncelikle depremler olmak üzere afet olarak nitelendirilebilecek tüm riskler ve tehditlerle ilgili birçok deneyimlere maruz kalmıştır. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı tarafından 2011 yılında Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı (2012-2023 yıllarını kapsayan) hazırlanmıştır.¹ Hazırlanan bu eylem planı ülkemizde bir ilk olup, hazırlık gerekçesi olarak 1999 yılında yaşanan Kocaeli ve Düzce depremlerindeki yıkıma atıf yapılmıştır. Bu eylem planında, geleneksel yarıları sarma anlayışı yerine olabilecek zararların azaltılmasına odaklanılmıştır. Amaç depreme hazırlıklı ve dirençli bir toplum yaratılmasıdır. Bu amaca yönelik kurumsal alt yapı oluşturularak, AR-GE faaliyetlerinin ve önceliklerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.¹

Bu çalışmalar devam ederken 06.02.2023 tarihinde ülkemiz, Kahramanmaraş ili Pazarcık merkezli 7.7 büyüklüğünde ve Elbistan merkezli 7.6 büyüklüğünde olmak üzere art arda dünyanın en büyük kara depremlerinden birini yaşamıştır. T.C. İçişleri

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Doğan S. Afetlerde erken dönem ruhsal sorunlar ve akut değerlendirme. Keskin G, editör. Afetlerde Ruhsal Sorunlar ve Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.11-5.

Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının 21.02.2023 tarihli basın bültenine göre: Bu depremleri takiben 7.184 artçı deprem olmuştur. “Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Hatay, Kilis, Malatya ve Elazığ illerinde toplam 42.310 vatandaşımız hayatını kaybetmiştir. Bölgeden 448.018 vatandaşımız tahliye edilmiştir”. “AFAD, Emniyet, Jandarma, MSB, UMKE, Ambulans Ekipleri, Yerel Güvenlik, Yerel Destek Ekipleri ve 5.396 gönüllü dâhil olmak üzere, sahada görev yapan toplam personel sayısı 242.392’ye ulaşmıştır”.² Böylesine büyük bir afetin ortaya çıkardığı dinamik ve karmaşık çevrenin yönetimi yeterince zorken, yardım ekiplerinin koordinasyonu da ciddi bir sorumluluktur. Kaynağı veya nedeni ne olursa olsun afetlerde akut değerlendirme ve kriz yönetiminde etkili bir müdahale süreci için iletişim ve koordinasyonun rolü büyüktür.³ Etkili ekip koordinasyonu ve bilgi akışının sağlıklı olması, akut dönemde afetzedelere güven veren ve olası sorunlara karşı onları koruyan bir etkidir. Kriz döneminde sosyal, fiziksel ve duygusal desteğe ulaşan bireyler kontrol duygusunu hızlıca yeniden kazanabilir.

AKUT DÖNEMDE EKİP KOORDİNASYONU VE İLETİŞİM

Afet yönetimi aktörleri büyük bir belirsizliğin hakim olduğu yüksek riskli ortamlarda hızlı hareket etmesi gerekir. Bu konudaki temel zorluklardan biri, mümkün olduğunca etkili iletişim yapı ve süreçlerini tasarlamaktır.⁴ Önceki afet deneyimlerine bakıldığında iletişim yapıları ve süreçlerini etkileyen bazı durumlar tespit edilmiştir. Dünyanın dört bir yanındaki kitlesel kaza veya felaket durumlarından çıkarılan dersleri veya deneyimleri bildiren 20 yayının incelendiği bir makalede, kitlesel afet olaylarını yönetmede operasyonel zorlukları açıklayan beş kategori belirlendi.⁵

1. Durumu Tanımlamak ve Belirsizlikle Başa Çıkmak: Etkilenen kişilerin sayısı ve niteliği ile ilgili doğrulanmamış bilgiler, bilgi eksikliği ve çelişkili bilgiler, karar vermeyi daha zor hale getiren belirsiz bir tablo yaratır.⁵

2. Afet Acil Durum Planı ile Gerçek Arasındaki Uyuşmazlığı Dengelemek: Bazı durumlarda, afet acil durum planlarının kapsamı yeterli olmayabilir (örneğin, öngörülemeyen bir afet büyüklüğü ile karşı karşıya kalınması gibi) veya kitleler kargaşa nedeniyle planda öngörülen şekilde davranamayabilir. Bu gibi durumlarda, olayın beklenmedik bir yönde gelişmesi nedeniyle planlar uygulanamayabilir.⁵

3. İşlevsel Bir Kriz Organizasyonu Oluşturmak: Net bir kriz organizasyonu ve komuta yapısı tasarlamak çok

önemlidir. İletişimin başarısız olması ve işlevsel kriz müdahalesi açısından zorluklara neden olacaktır. Ayrıca elektrik kesintileri veya aşırı yüklenmiş mobil ağlar uygun bilgi yönetimi eksikliği, bilgileri doğrulama olanağı olmaması, söylentiler, dil engelleri ve çeşitli iletişim hataları da ek zorluklara neden olacaktır.⁵

4. Sağlık Hizmetlerini Mevcut Duruma Uyarlamak: Kitlesel kayıp veya afet olayları, sağlık uzmanlarının alışılmadık bağlamlara uyum sağlamasını ve farklı şekillerde çalışmasını gerektirir. Örneğin, enkaz içinde veya riskli ortamlarda hareket etmek ve tıbbi bakım sağlamak veya dışarıda çalışırken prosedürlerin uygulanma şeklini (örneğin, karanlık veya hava koşulları nedeniyle) değiştirmek zorunda kalabilirler. Ayrıca, genellikle bir uzman tarafından yürütülen bazı müdahalelerin diğer sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmesi. Personel sayısının veya ekip üyesinin sayı ve niteliğinin yeniden düzenlenmesi. Ayrıca, tıbbi kayıt ile ilgili güçlükler, çeşitli lojistik güçlükler ve sağlık merkezine nakil problemleri de ortaya çıkabilir.^{5,6}

5. Dayanıklı Bir Yanıt Sağlamak: Çoğunlukla, afet olayları tıbbi organizasyonu beklenen veya planlanandan daha uzun süre etkilemektedir. Genel sağlık hizmeti, rehabilitasyon ve psiko-sosyal destek için gereksinimler birkaç ay veya yıl sürebilir. Olaylardan etkilenenler sadece mağdurlar değildir, sağlık profesyonelleri de etkilenmektedir.⁷ Bir yakını kaybetmek, maruz kaldıkları psikolojik stres olaydan hemen sonra bazen de bir süre sonra işlev görme kapasitelerini düşürebilir. Sağlık çalışanlarının iyileşmesini desteklemek için bazen profesyonel psiko-sosyal yardım alması gerekmektedir.⁸ Sağlık sistemi üzerindeki bu uzun vadeli yük, personel kapasitesinin azalmasıyla birleştiğinde, personel planlaması gerektirmektedir. Şiddetli sarsıntı bazı durumlarda uzun süreli elektrik kesintilerine, sağlık merkezlerinin hasar görmesine neden olarak, örneğin acil durum ve ambulans sevk merkezleri ile bazı bölümlerin tahliye edilmesini gerekli kılabilir. Afet sonrası ilk hafta ve sonrası 2-8 haftalık dönem kritiktir ve bu dönemde koruyuculuk ruh sağlığı ekibinin temel rolüdür.⁹

AFETLERDEN SONRA BEKLENEN RUH SAĞLIĞI SORUNLARI VE AKUT DÖNEM MÜDAHALELER

Afetler genellikle beklenmedik, tehlikeye maruz kalma ve savunmasızlıkla ilişkilidir. Olağanüstü durumlara olağan tepkiler göstermemiz beklenemez. Bu nedenle akut dönemde afetlere karşı beklenen bazı tepkiler normaldir. Bunlar:¹⁰

Duygusal tepkiler: Şok, uyuşma, korku, endişe, çaresizlik, umutsuzluk, hayatta kalanın suçluluğu, kızgınlık, hayattan keyif almamak.

Bilişsel tepkiler: İnanç kaybı, dikkat-konsantrasyon bozukluğu, zihinsel karışıklık, yönelim bozukluğu, düşünceler ve anılara dalma, çözülme, inkar, karar vermede bozulma, özgüven yada benlik saygısında bozulma, aşırı tetikte olma.

Fiziksel tepkiler: Uykusuzluk, baş ağrısı, somatik şikâyetler, iştah, libido ve enerjide azalma.

Sosyal tepkiler: Sosyal geri çekilme, sinirlilik, kişilerarası çatışma, sosyal kaçınma.

Afetlerin hemen sonrasında, afete maruz kalan ve şahit olan insanlar yoğun ruhsal tepkiler yaşar, fakat zamanla bu tepkiler yatıştır. Yaşanmış afetlerle ilgili çalışmalar göstermiştir ki, etkilenen bireylerin çoğunluğu psikolojik olarak dayanıklı ve iyileşebilir durumdadır. Afetlerin hemen arkasından insanların yoğun ruhsal gerilim yaşaması normaldir ve bu tepkiler yas tepkileridir ve her zaman patolojik olmaz. Yas, anormal durumlara verilen normal tepkilerdir.⁹ Araştırmalar, çoğu afetzedenin profesyonel destek hiç almamasına rağmen bir süre sonra iyileştiğini ve işlevselliğinin sağlıklı bir hale geldiğini göstermiştir.

Fakat afetin niteliği ve maddi/manevi destek olanakların yetersizliği durumunda ilk dönem ruhsal tepkilerin bir kısmı ciddi ruhsal sıkıntıya dönüşebilmektedir.^{9,10} Afet sonrası görülebilecek yas intihar riski, olumsuz düşüncelere yoğunlaşma, akut stres tepkileri, fiziksel sağlıkta bozulma, bedensel şikâyetler ve uyku sorunlarının bir kısmı, travma sonrası stres bozukluğu, duygu durum bozuklukları, kaygı bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve komplike yas gibi ruh sağlığı sorunlarına dönüşebilir.^{11,12} Alan yazında incinebilir gruplar, kadınlar, yaşlılar, çocuklar, afete daha fazla maruz kalanlar ve yeterli sosyal desteği olmayanlar, önceki ruhsal sorunlar ve hayatta kalma suçluluğu olanların afet sonrası ruh sağlığı sorunları açısından daha yüksek risk altında olduğu bildirilmiştir.^{9,10,13,14} Afet sonrası devam eden barınma, iş ve maddi kayıplar gibi stresli yaşam olayları da ciddi ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir.^{11,14}

Akut dönem müdahalelerde ruh sağlığını korumak için yardım ekibinin bir parçası olarak davranılmalıdır.⁹ Bu bağlamda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

Akut dönemde Psikolojik Anlamlandırma (Psychological Debriefing)'dan kaçınılmalı: Önceden travmatik olaylarda, olaydan sonraki iki gün içinde psikolojik anlamlandırmanın iyileşmeye yardımcı olabileceği düşünülüyordu. Şimdi ise, yararlı olmadığı ve hatta erken dönemde iyileşme sürecinin doğal akışını bozabileceğini ve kişinin yeniden travmatize olma riski yaşayabileceği görüşü benimsenmektedir ve olayın hemen sonrasında psikolojik anlamlandırma önerilmemektedir.^{7,15}

Kullanışlı bilgi ve kaliteli destek sunulmalı: Kısa dönem içindeki akut stres tepkileri, hemen tedaviye ihtiyaç olacak anlamına gelmez. Birey ilk birkaç hafta gözlenmelidir.¹⁶ Bu bireylerin çoğunluğu, olaydan sonraki erken aşamalarda temel yaşamsal desteğe ve kaynaklara ihtiyaç duyacaktır. Psikolojik güvenliği ve istikrarı yeniden yapılandırmak için öncelikle yiyecek, barınak, para ve iletişim gereksinimlerinin sağlanması gerekir.¹¹ Bu aşamada, ruh sağlığı uzmanlarının tedavi açısından sunacakları çok az şey olacaktır. Bununla birlikte, ruh sağlığı hizmetleri başlatılmalı ve yardım ağlarının kurulması ve planlanması yapılmalıdır.¹⁰ Akut dönemde ruh sağlığı ekibi afetzedelere sadece sağlık bakımı tıbbi ve psikolojik ilk yardım sağlamaz. Bunun yanında duygusal olarak güvende olmalarına yardımcı olurlar; günlük yaşam aktivitelerine destek verirler ve gereksinimlerini nasıl karşılayacaklarına dair bilgilendirme de yaparlar. Normal travma tepkileri ve iyileşme yolları hakkında mevcut koşullarda uygulanabilir bilgiler vererek, kaynaklara ulaşım için desteklerler. Bireyleri umudu koruma, kendine ve insanlara güvenme konusunda cesaretlendirerek, bireysel ve toplumsal yeterlilik hissini destekler. Mevcut afetin ruh sağlığına etkilerini ve kaynakları hızlı bir değerlendirme ile tespit etmeye çalışırlar. Psikolojik etkinin büyüklüğü, etkilenen toplulukta mevcut ruh sağlığı kaynakları, bireyler ve toplumun gereksinimleri, sosyo-kültürel ve inanç/değer sistemlerini analiz ederler.^{9,10} Daha sonra belirlenen öncelikler ve gereksinimler doğrultusunda destek hizmetlerini sağlarlar.

Sosyal destek ağları güçlendirilmeli: Afetlerden sonra sosyal destek psikolojik sorunlara karşı koruyucu bir faktördür.^{17,18} Sosyal destek kaynakları aile, yakınları, komşular, sosyal ve iş arkadaşları, devlet kurumlarının olanakları ve sivil toplum kuruluşları olabilir. Destekleyici gruplar, maddi-manevi yardım, bilgi akışını sağlamak ve yardım kaynaklarına ulaşmak için yararlıdır. Afetten etkilenen bireylere en uygun şekilde bir sosyal ağ kurmaları konusunda destek ve olanak sağlanmalıdır. Yalnız ve desteksiz kalmış kişileri sosyal ağlara katmak ve ağlarını genişletmelerine katkıda bulunmak için daha fazla destek sağlanmalıdır.

Orta vadede, kriz dönemi sona erdiğinde ruh sağlığı riskli bireylere verilen destekler bir adım öteye taşınmalıdır. Bunlar:¹⁹

1. Sosyal yardım programları
2. Problem çözme ve dayanıklılık kazandırma
3. Teknoloji tabanlı ruh sağlığı hizmetleri (mobil uygulamalar ve tele sağlık gibi).

Uzun dönemde ise:

1. Ruh sağlığı desteğinin uzun vadeli sağlandığından emin olunmalı (araştırmalar, afetlerden sonra en az bir yıl

boyunca ruhsal hastalık oranlarının artmaya devam edeceğini gösteriyor).^{12,19,20}

4. Toplumsal katkının devamlılığının sağlanması (ilk dönem yardımlar zamanla azalabilir bunları teşvik edilmeli).¹²

5. Acil durum müdahale ekipleri için destek sistemlerinin oluşturulması (yoğun bir travmaya maruz kaldıklarından acil durum müdahale ekiplerinin sürekli desteğe ihtiyaçları vardır).⁷

PSİKOLOJİK İLK YARDIM

Araştırmalar, afetlerde psikolojik etkilenmenin fiziksel etkilenmeden daha yoğun olduğunu göstermiştir.²¹ Psikolojik ilkyardım, afetlerin ve insani krizlerin hemen sonrasında afetle ilgili acı çeken ve desteğe gereksinimi olan insanları tanıma ve onlara yardım etme uygulamasıdır. İnsanları olumsuz yönde etkileyebilecek sıkıntı ve uyumsuz davranışlarla başetmeyi kolaylaştıran bir grup beceridir.^{22,23} Psikolojik ilkyardım terapiler kadar çok özel bir eğitim gerektirmez ve profesyonel danışmanlık, psikiyatrik müdahale ve psikolojik bilgilendirmeden de farklıdır.²² Tüm sağlık profesyonelleri temel bir eğitim alarak, psikolojik dayanıklılık ve davranışsal iyileşmeyi kolaylaştırıcı psikolojik ilkyardım becerilerini kazanabilir.^{21,24,25}

Psikolojik ilkyarımda insanları konuşmaya zorlamadan dinlemek, bilgi ve hizmetlere ulaşmalarını sağlayarak gereksinimleri ve endişelerini gidermek önemlidir. İnsanlara temel gereksinimlerini karşılamada yardımcı olarak, daha fazla zarardan korumak, isteklerine, kültürlerine, onurlarına ve yeteneklerine saygı duyacak şekilde ilgi ve özen göstermek dikkat edilmesi gereken unsurlardır.^{26,27}

Psikolojik ilk yardım genellikle afet alanı ya da yakınında veya kriz merkezlerinin telefon hatları aracılığıyla yapılabilir.²⁸ Yardım eden ve etkilenen kişi için güvenli olabilecek bir yerde, mümkün olan durumlarda da mahremiyet sağlanarak uygulanmalıdır. Hafif travma vakalarına olay yerinde hızlıca uygulanabilir. Eğer fiziksel ve tıbbi tedavi gerekiyorsa, sonrasında hastanede yapılabilir.²⁵

PSİKOLOJİK İLK YARDIMIN AMACI

Psikolojik ilkyardımın temel amacı, bireyin kriz anındaki stresini azaltmak, mevcut gereksinimlerini karşılamak, esnek başa çıkma ve uyum kapasitelerini arttırmaktır.²³ Bunu yaparken, insani bağ kurarak ve yardım etmek dışında bir çıkar gözetilmeden aşağıdaki önceliklere odaklanılmalıdır:^{10,23}

- İnsanları sakinleştirmek
- Umut vermek ve sıkıntıyı azaltmak

- İhtiyaç ve kaygıların değerlendirilmesi
- Yiyecek, su, battaniye veya geçici kalacak yer gibi acil temel ihtiyaçları karşılamak
- Acil fiziksel bakım gereksinimlerini karşılamak
- Hayatta kalanların destek kaynakları ile bağlantısını sağlamak
- İnsanları daha fazla zarardan korumak
- Duygusal destek sağlamak
- İnsanların bilgiye, hizmetlere ve sosyal desteğe erişmesine yardımcı olmak.
- Bireyin sevdikleriyle yeniden bir araya gelmesine yardımcı olmak
- Deneyimi paylaşmak (zorlama olmadan)
- Kontrolü sağlayabildiği hissini kolaylaştırmak
- Yardım önceliği olanları belirlemektir.

PSİKOLOJİK İLK YARDIMDA EYLEM İLKELERİ

Psikolojik ilk yardımın sağlanmasına yardımcı olmak için üç temel eylem ilkesi (Bak, Dinle ve Bağ kur) geliştirilmiştir. 1. güvenlik.2. bariz acil temel ihtiyaçları olan insanlar. 3. ciddi sıkıntı tepkileri olan insanlar dikkate alınmalıdır.^{22,23}

Hazırlan

- Kriz durumu ile ilgili bilgi edinin.
- Ulaşılabilir hizmetler ve destekler hakkında bilgi edinin.
- Emniyet ve güvenlik endişeleri hakkında bilgi edinin.

Bak^{22,23}

Kendine ve başkalarına zarar verme olasılığını gözeterek; aktif bir çatışma ortamı, hasarlı yollar ve binalar, yangın veya sel baskını riski gibi tehlikeler düşünülmelidir. Kriz sahasının güvenliğinden emin olunmadan alana girilmemeli ve güvenli bir mesafeden iletişim kurulmalıdır.

- Güvenlik açısından etrafı gözlemleyin.
- Acil temel ihtiyaçları olan insanları gözlemleyin.
- Ciddi stres tepkileri olan kişileri gözlemleyin.

Dinle^{22,23}

İnsanları aktif olarak dinlemek, gereksinimlerini doğru saptama ve uygun yardım sağlamak için önemlidir. Kişiye tam dikkat vermek, endişelerini hissetmek, ilgi ve saygı göstererek sakinleşmelerine yardım etmeyi içerir.

- Desteğe ihtiyacı olabilecek kişilerle iletişim kurun.
- İnsanların ihtiyaçlarını ve endişelerini sorun.

- İnsanları etkili bir şekilde dinleyin ve rahatlatın.

Bağlantı kur^{22,23}

İhtiyaçlarını ve endişelerini belirledikten sonra:

- İnsanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına ve hizmetlere erişmelerine yardımcı olun.
- İnsanların sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olun.
- Bilgi sağlayın.

- İnsanları sevdikleriyle ve sosyal destekle bir araya getirin.

Psikolojik ilkyardımanın sekiz temel eylemi vardır; iletişim ve etkileşim, güvenlik ve konfor, istikrar, bilgi toplama, pratik yardım, sosyal desteklerle bağlantı, başa çıkma desteği ve yardım/destek hizmetleriyle bağlantı. Her durumda tüm adımları gerçekleştirmek mümkün olmasa da çoğunlukla bu adımlar izlenir.

KAYNAKLAR

1. Başbakanlık Afet Ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Ulusal Deprem Stratejisi Ve Eylem Planı (2012-2023). <https://www.ahika.gov.tr/assets/upload/dosyalar/ulusal-deprem-stratejisi-ve-eylem-planı-2012-2023.pdf>
2. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının 21.02.2023 tarihli basın bülteni. (Erişim tarihi: 23.02. 2023). <https://afad.gov.tr/kahraman-marasta-meydana-gelen-depremler-hk-34>
3. Celikler JM, Kern EM. Factors influencing communication structures and processes in disaster management teams—Fields of action and design options. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2022;78:103153.
4. Hugelius K, Becker J, Adolfsson A. Five Challenges When Managing Mass Casualty or Disaster Situations: A Review Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3068.
5. Adıgüzel S. Logistics management in disaster. *Journal of Management Marketing and Logistics*. 2019;6(4):212-24.
6. Ottisova L, Gillard JA, Wood M, Langford S, John-Baptiste Bastien R, Madinah Haris A, et al. Effectiveness of psychosocial interventions in mitigating adverse mental health outcomes among disaster-exposed health care workers: A systematic review. *J Trauma Stress*. 2022;35(2):746-58.
7. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1370-6.
8. Math SB, Nirmala MC, Moirangthem S, Kumar NC. Disaster Management: Mental Health Perspective. *Indian J Psychol Med*. 2015;37(3):261-71.
9. Alexander DA. Early mental health intervention after disasters. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11(1):12-8.
10. Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:169-83.
11. Garcia-Ortega I, Kutcher S, Abel W, Alleyne S, Baboolal N, Chehil S. Support for vulnerable groups following a disaster. *Mental Health and Psychosocial Support in Disaster Situations in the Caribbean*, Chapter: 9, Publisher: Washington, 2012. p. 73-89.
12. Orui M, Harada S, Hayashi M; Disaster Mental Health Team of the Sendai City Mental Health and Welfare Center. Practical Report on Long-term Disaster Mental Health Services Following the Great East Japan Earthquake: Psychological and Social Background of Evacuees in Sendai City in the Mid- to Long-term Post-disaster Period. *Disaster Med Public Health Prep*. 2017;11(4):439-50.
13. Arancibia M, Leyton F, Morán J, Muga A, Ríos U, Sepúlveda E, et al. Phyco-logical debriefing in acute traumatic events: Evidence synthesis. *Medwave*. 2022;22(1):e8517.
14. Nomura S, Parsons AJQ, Hirabayashi M, Kinoshita R, Liao Y, Hodgson S. Social determinants of mid- to long-term disaster impacts on health: a systematic review. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2016;16:53-67.
15. Maglione MA, Chen C, Bialas A, Motala A, Chang J, Akinniranye O, et al. Combat and Operational Stress Control Interventions and PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mil Med*. 2022;187(7-8):e846-e855.
16. Kaniasty K, de Terte I, Guilaran J, Bennett S. A scoping review of post-disaster social support investigations conducted after disasters that struck the Australia and Oceania continent. *Disasters*. 2020;44(2):336-66.
17. Kaniasty K. Social support, interpersonal, and community dynamics following disasters caused by natural hazards. *Curr Opin Psychol*. 2020;32:105-9.
18. Özyer Y, Dinçer. Afetlerde hemşirelerin psikolojik ilk yardım rolleri. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;7:198-206.
19. Kotozaki Y. Medium to long-term psychological support for women living in areas affected by the great east japan earthquake: Empirical studies on the impact of horticultural therapy. *Journal Trauma Treat*. 2014;3(187):2167-1222.1000187.
20. Tanaka E, Tennichi H, Kameoka S, Kato H. Long-term psychological recovery process and its associated factors among survivors of the Great Hanshin-Awaji Earthquake in Japan: a qualitative study. *BMJ Open*. 2019;9(8):e030250.
21. Brown LM, Bruce ML, Hyer K, Mills WL, Vongxaiburana E, Polivka-West L. A Pilot Study Evaluating the Feasibility of Psychological First Aid for Nursing Home Residents. *Clin Gerontol*. 2009;32(3):293-308.
22. Sulaiman AH, Ahmad Sabki Z, Jaafa MJ, Francis B, Razali KA, Rizal J, et al. Development of a Remote Psychological First Aid Protocol for Healthcare Workers Following the COVID-19 Pandemic in a University Teaching Hospital, Malaysia. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(3):228.
23. Bajracharya SL, Awale S, Tveit B, Dongol S, Maharjan S. Psychological first aid (pfa). *Tools for wellbeing and dignity II*. 2022. p.147.
24. Forbes D, Lewis V, Varker T, Phelps A, O'Donnell M, Wade DJ, et al. Psychological first aid following trauma: implementation and evaluation framework for high-risk organizations. *Psychiatry*. 2011;74(3):224-39.
25. Allen B, Brymer MJ, Steinberg AM, Vernberg EM, Jacobs A, Speier AH, et al. Perceptions of psychological first aid among providers responding to Hurricanes Gustav and Ike. *J Trauma Stress*. 2010;23(4):509-13.
26. Sijbrandij M, Horn R, Esliger R, O'May F, Reiffers R, Ruttenberg L, et al. The Effect of Psychological First Aid Training on Knowledge and Understanding about Psychosocial Support Principles: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):484.
27. Wang L, Norman I, Xiao T, Li Y, Leamy M. Psychological First Aid Training: A Scoping Review of Its Application, Outcomes and Implementation. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4594.
28. Nusbaum KE, Wenzel JG, Everly GS. Psychologic first aid and veterinarians in rural communities undergoing livestock depopulation. *J Am Vet Med Assoc*. 2007;231(5):692-4.