



Afetlerin Psikososyal Etkilerinin Yönetimi

Management of Disaster's Psychosocial Effects

 Yasemin KUTLU,^a
 Özgür Sema ACI^a

^aRuh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD,
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence:

Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD,
İstanbul, TÜRKİYE
kutluy@istanbul.edu.tr

ÖZET Afet; beklenmedik şekilde gelişen ve büyük grupları etkileyen bir durum ya da olay olarak ifade edilmektedir. Afet sonrası bireyler olaylara normal veya patolojik yanıt verirler. Kişi karşılaştığı ani duygusal reaksiyon ile bütünlüğünü kaybeder. Artan duygusal reaksiyonların sonucunda panik veya tükenme dönemi yaşanır. Kişi olayı hatırlatıcı görüntüler ve düşünceler içinde bunalır. Bu süreçte akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, yas, depresyon görülebilmektedir. Bu dönemlerde, bireyler ve topluluklar ruh sağlığı çalışanları tarafından desteklenmelidir. Ruh sağlığı çalışanları afet sürecinde travmadan etkilenen bireylerde ruhsal belirtilerin tanınması, tedavisi ve geleceğe dair olumlu, umutlu beklentilerin, hedeflerin oluşturulması, yaşama yeniden uyum sağlayabilmeleri amacıyla sürecin yönetiminde her türlü müdahalede sorumluluk alabilirler. Bu derlemenin amacı, afetlerin psikososyal etkileri ve bireylere yönelik psikososyal yaklaşımı açıklamaktır.

Anahtar Kelimeler: Afetler; akıl sağlığı

ABSTRACT Disaster is unexpectedly a situation or an influence that develops and influences large groups. Post-disaster individuals respond to events in a normal or pathological way. The person loses integrity with a sudden emotional reaction. As a result of emotional reactions, there is a period of panic or exhaustion. The person displays a reminder of the event and is overwhelmed by the thoughts. In this process, acute stress disorder, post traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, mourning, depression can be seen. In these periods, individuals and communities should be supported by mental health workers. They can take responsibility for all kinds of intervention in the process management in order to recognize the psychological symptoms in the affected individuals during the disaster process, to establish positive and hopeful expectations about the treatment and future, to set goals and to adapt to life again. The purpose of this review is to explain the psychosocial effects of disasters and psychosocial approach to individuals.

Keywords: Disasters; mental health

Afet; yerel imkanlar ile üstesinden gelinemeyen, ulusal ve uluslararası düzeyde yardım gerektiren, insan ve diğer canlıların hayatlarını ve faaliyetlerini aksatan, yıkım, hasar ve insan acılarına sebep olan beklenmedik şekilde gelişen bir durum ya da olay olarak ifade edilmektedir.¹ Tüm dünyada meydana gelen afetler aniden meydana gelme, meydana geldikleri yerde nüfusun çoğunluğunu etkileme, can ve mal kaybına sebep olma ve müdahale ile engellenemez özellikler göstermektedir.² Dünya genelinde 2011 yılında yıllık ortalama 332 doğal afet kaydı yapılmıştır.³ Son on yılda doğal afetlerden en çok etkilenen ilk beş ülke Çin, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Filipinler, Hindistan ve Endonezya'dır.³

Ülkemiz deprem kuşağı üzerinde bulunmaktadır. Zaman zaman meydana gelen şiddetli depremlerin yanısıra toprak kayması, sel, çığ düşmesi gibi doğal afetlere de sıkça rastlanmaktadır. 17 bin kişinin ölümü, 24 bin kişinin yaralanması ve 130 bin

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Kutlu Y, Acı ÖS. Afetlerin Psikososyal Etkilerinin Yönetimi. Öztekin SD, editör. Afet Hemşireliği. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.101-8.

evin hasar görmesi ile sonuçlanan 17 Ağustos Depremi Türkiye'nin yaşadığı en büyük felaketlerden biridir.⁴

Doğal afetlerde bireyler ve topluluklar fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmelidir.¹ Sağlık çalışanları, toplumdaki riskli grupları, birey, aile ve toplumun iyilik hali üzerinde etkisi olan fiziksel ve psikososyal durumların neler olduğunu belirleyebilen ve bu sebeple hızlı müdahale etme şansı olan bir gruptur.⁵

Afetlerde öncelikle fizyolojik ve maddi ihtiyaçların karşılanması gerektiği düşünülmekte olup olayın şoku ile psikolojik ihtiyaçlar arka planda kalmaktadır. Temel fizyolojik ihtiyaçlar ve kaotik ortamın biraz durulması ile psikolojik ihtiyaçlar gözle görünür duruma gelmektedir.¹

Ülkemizde herhangi bir afet durumunda yaşanabilecek psikososyal sorunların neler olabileceği öngörülerek, "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı"nın (2011) "ruh sağlığının geliştirilmesi ve teşviki" hedefleri kapsamında afetlere müdahalede organizasyon ve planlamaların neler olabileceği ve bunların nasıl hayata hayata geçirileceği ile ilgili stratejilerden söz edilmektedir. Bu stratejilerden birisi de "ruh sağlığı çalışanlarının afet ve bireysel veya kitlesel travmalar konusundaki bilgi ve deneyim düzeylerinin artırılması"dır.¹ Ruh sağlığı çalışanları, afet sürecinde travmadan etkilenen bireylerde ruhsal belirtilerin tanınması, tedavisi ve geleceğe dair olumlu, umutlu beklentilerin, hedeflerin oluşturulması ve yaşama yeniden uyum sağlayabilmeleri amacıyla sürecin yönetiminde ve bakım vermede görev almaktadır.⁶ Bu derlemenin amacı, afetlerin psikososyal etkileri ve bu durumda olan bireylere yönelik psikososyal yaklaşımı açıklamaktır.

AFETLERİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNİN YÖNETİMİ

Bireyler stres yaratan durumlar karşısında deneyimleri ve algılama biçimlerine göre farklı tepkiler verebilmektedirler. Afet durumlarında gösterilen tepkiler bireylerin fizyolojik ve psikolojik özelliklerine, yaşadıkları toplumun sosyokültürel, sosyo-ekonomik ve politik yapısına göre değişebilmektedir. Bunun yanı sıra afet durumunda kişiler, etkilere daha açıktır ve psikososyal sorunların oluşumuna daha yatkındırlar.⁷

Uluslararası Kızılhaç Federasyonu, insani koşullarda yaşama kapasitesini tehdit eden en önemli durumlardan birini afetler olarak tanımlamış ve bu durumdan etkilenen bireyleri riskli gruplar olarak belirtmiştir. Bu tanımdan da yola çıkarak afetlerdeki risk grupları ara-

sında yalnız çocuklar, travmaya maruz kalmış çocuklar, ergenler, yalnız genç kadınlar, izole kadınlar, hamile kadınlar, bazı kültürlerde hiç evlenmemiş genç kadınlar, bakmakla yükümlü ailesi bulunan erkekler, suç işleme potansiyeli yüksek erkekler, fiziksel-zihinsel veya gelişimsel engeli olanlar, yalnız yaşlılar, destekten yoksun bireyler, işkence ya da şiddet kurbanları, sosyal ve etnik azınlıklar, izole mülteciler ve yardım çalışanları bulunmaktadır.^{7,8}

Aniden ortaya çıkan, acı verici olan, psişik durumu, güvenliği, sosyal kimliği ve hoşnutluk durumunu tehdit eden travmatik krizlerden birisi olan afetlerde süreç dört dönemden oluşmaktadır.⁹

1. Aşama; Bu evrede birey başa çıkamadığı önemli bir sorunla karşılaşmaktadır. Baş etme mekanizmaları ve destek sistemleri ile bu evreyi atlatabilirse kriz ortadan kalkmaktadır. Eğer sorunlarını çözemezse anksiyete artmakta, çaresizlik, engellenmişlik duygusu ve öfke görülebilmektedir.⁹

2. Aşama; Anksiyetenin artmasıyla birlikte yetersizlik duygusunun yaşandığı evredir. Birey dezorganize olmasına rağmen sorunu çözmek için çaba göstererek yeni denemeler yapmaktadır. Bu denemeler başarı ile sonuçlanırsa kriz ortadan kalkmaktadır. Genellikle bu evrede krizler çözümlenmektedir. Ancak sorun çözülemez ise birey üçüncü evreye geçmektedir.⁹

3. Aşama; Bu evrede sorunu aşamayan birey, ya vazgeçer ya da tüm iç ve dış kaynaklarını kullanarak yeniden sorunu çözmeye çalışır. Birey sorunu çözmekten vazgeçerse ağır psikiyatrik tablolar ortaya çıkabilmektedir.⁹

4. Aşama; Önceki evrenin nasıl geçirildiğine bağlı olan bu evrede kişi baş etme mekanizmalarını keşfetmektedir. Kişi deneyim kazanarak daha sonra oluşabilecek kriz durumlarına yönelik sorun çözme becerisi geliştirmektedir. Eğer birey sorunu çözemez ise anksiyete giderek artar ve panik düzeyine ulaşabilir. Bu dönemde bilişsel fonksiyonlarda olumsuz etkilenmeler, kişilik dezorganizasyonu ve duygusal değişiklikler yaşanmaktadır.⁹

Afet sonrası bireylerde oluşan yanıt normal ve patolojik olmak üzere iki çeşittir. Normal yanıtta, yaşanan olayın ardından korku, üzüntü ve öfke ile karakterize haykırış fazı yaşanmaktadır. Bu fazdan sonra olay inkar edilir. Yaşanan duyguların ağırlığını azaltmak için olay reddedilir. Bu evrede kontrol edilemeyen düşünceler ortaya çıkar. Bu düşünceler ve inkar birbirini izleyerek kısır bir döngü meydana getirir. Normal yanıtta kişi bu

döngüyü kırmakta ve yaşanan gerçekle yüzleşerek olayı kabullenmektedir. Patolojik yanıtta ise normal yanıtta izlenen evreler uzamakta ve çözümlenememektedir. Patolojik yanıtta kişi karşılaştığı ani duygusal reaksiyon ile bütünlüğünü kaybeder. Artan duygusal reaksiyonların sonucunda panik veya tükenme dönemi yaşar. Normal yanıtta yaşanan inkar süreci uzadığında yaşanan olay ile ilgili aşırı kaçınma ortaya çıkabilir. Kişi olayı hatırlatıcı görüntüler ve düşünceler içinde bunalır.⁸

Afet döneminde yaşanan psikososyal sorunlar ile ilgili yapılan çalışmaların büyük bir kısmı akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilgili olmakla beraber yaygın anksiyete bozukluğu, yas, depresyonda görülmektedir.^{8,10,11}

Akut Stres Bozukluğu (ASB): ASB yaşayan birey çok sessiz, durgun ya da şaşkın, ajitasyon içinde olabilmektedir. Bağırıp çağırabilir ya da donakalmış gibi görülebilir. Ağır bunaltı ve panik görünümü vardır. Sempatik sinir sisteminin etkisi ile kalbin hızlı atması, terleme, yüz kızarması, bedende titremeler olabilir. Bilinç bulanıklığına benzer bir şaşkınlık görülür. Dikkat dağınıklığı, uyarınları algılamada güçlük, zaman, yer ve kişi yönelimlerinde bozukluklar olabilir.¹² Genellikle olaydan hemen sonra başlar, bir günden 3-4 haftaya kadar uzayabilir. Bu dönemde bireylere sağlanan destek önemlidir ve bireyin doğal bir yas sürecine girmesine yardımcı olabilir. Ancak bu durum dört haftadan daha uzun sürerse DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders-Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) göre birey TSSB tanısını alır.¹² Ülkemizde yaşanan Marmara depremi sonrasında ASB gelişme sıklığının %18 ile %42 arasında değiştiği bildirilmiştir.¹³⁻¹⁵

Bu bireylerle çalışırken dikkat edilmesi gereken ilkeler şunlardır;

■ Travmayla baş etmek için uygulanacak standart bir yöntem bulunmamaktadır. Travma sonrası yüksek riskli grupların tanınması, travmanın erken belirtilerinin fark edilmesi ve tedavinin hızlı başlatılması; bireyin motivasyonunun sağlanması ve hafif belirtilerin kronikleşmemesi açısından önemlidir.⁵

■ Bireyin kişiliğine ve yaşam biçimine uygun yöntemler kullanılmalıdır.¹⁶

■ İyileşme sürecinde kişinin kendi hızında ilerlediğini ve tepkilerin kişiden kişiye değişebileceği unutulmamalı ve beklenen sonuç kriterlerine ulaşabilmek için kişiye yeterli zaman tanınmalıdır.⁵

■ Afetin hemen sonrasında kişilerin öncelikli gereksinimleri karşılanmalı, kişinin yaşadıklarını ve duygularını rahatça ifade edebilmesine yardımcı olunmalı, zihinsel ve bedensel rahatlama ve dinlenmeye olanak sağlanmalı, ulaşabildiği yakınlarının yardımını istemesi için cesaretlendirilmeli, travmanın yaratabileceği duygusal sorunlar konusunda bilgiler sunulmalıdır.¹⁶

■ Afet sürecini yaşayan kişinin konuşma isteğine saygı duyulmalıdır. Konuşmak istemezse zorlanmamalıdır. Kendisinin istediği bir zamanda duygu ve deneyimini paylaşabileceğini bildirmek, kişinin rahatlamasını sağlayacaktır. Konuşulduğunda, kişinin yaşadıklarını önemsizleştiren, deneyimini anlatmasına ve yaşamasına izin vermeyen, duyguları bastırmaya yönelik yorumlardan kaçınılmalıdır.¹⁶

■ Travma, kişinin yaşamını yeniden düzenleme konusundaki motivasyonunu azaltmış olsa da, bu konuda çaba göstermenin önemini kavraması, psikolojik iyileşme açısından önemlidir.¹⁶

■ Kişi, iyileşmeye, çok zor bir yaşam sürecinden geçtiği gerçeğini kabul ederek başlamalıdır. Afet sonrası keder ve yas kaçınılmaz olabilir. Fakat her travmatik olay gibi, yaşanan yeni sürecin de zamanla etkisini kaybetmeye başlayacağı gerçeği olabildiğince vurgulanmalıdır.¹⁶

■ Travma sonrası stresin yol açabileceği dikkat ve odaklanma sorunları nedeniyle, kaza yapma olasılığı artmış olabileceğinden, motorlu araç kullanma, yemek pişirme gibi güvenlik gerektiren aktivitelerde çok özenli davranılmalı, dengeli beslenme, uyuyabilme ve beynin oksijen kaynağını arttırmayı hedefleyen hafif fiziksel egzersizler, duygu durum düzelmesinde büyük önem taşımaktadır.¹⁶

■ Travmaları önlemek için verilen psikolojik bakımda; bireylerin ve toplumun güçlerinin, kültürel değer ve inançlarının farkında olunmalıdır. Örneğin, bireylerin ve toplumun sahip olduğu güçlü aile bağları, gelecekteki törenler-cenaze vb. gibi faktörlerin kullanılması önemlidir.⁵

■ Travma etkisiyle sinir sistemi ajite olduğu için, çay, kahve, kola ve sigara gibi ajitasyonu arttıracak içeceklerin tüketimi sınırlandırılmalıdır. Yaşanan ruhsal sıkıntının bastırılmasında alkol ve uyuşturucu ilaç kullanımı var ise, kısa ve uzun vadede yeni sorunlara yol açabileceğinden, bunlardan olabildiğince kaçınılmalıdır. Rahatlatıcı müzik dinleme, nefes egzersizleri ve gevşeme çalışmaları, anksiyete ve depresyonu hafifletmede başvurulabilecek yan etkisiz ve faydalı yöntemlerdir.¹⁶

■ Günlük yaşamı düzene koyan bir plan yapılması, belirsizlik endişesini azaltmada yardımcıdır. Rutin çalışma yaşamına dönülemezse bile, gündelik hayata başlamak, boşluk duygusunu ve onun yaratacağı kısır düşünce döngüsünü azaltmada yararlı olacaktır. Kendisinden daha zor durumdaki insanlara yardımcı olunması, yardım alan için yaşamı kolaylaştırmanın yanında yardım edene de yararlı olmanın getirdiği tatmin duygusunu verecek ve kısır düşünce döngüsünün sonlanmasına yardımcı olacaktır.¹⁶

■ Bir günlük tutmak, duygu ve düşünceleri dış vurmanın güvenli bir aracı olmanın yanı sıra kişinin iç dünyasını yazılı bir gerçekliğe dönüştürerek, üzerinde çalışılabilecek, olumlu değişimler yapılabilecek somut bir zemin yaratacaktır. Olay anına zihinsel geri dönüşler yaşamak (flash-backs) ve uykuda kâbuslar görmek sıkça karşılaşılan durumlar olmakla beraber, zamanla bu bulguların azalması beklenmektedir.¹⁶

■ Yukarıda söz edilen yöntemlere rağmen kişi, iki haftayı geçen bir süreden sonra hâlâ yoğun bir biçimde korku ve keder yaşıyorsa, günlük yaşama geri dönmekte zorlanıyorsa, kendisine veya etrafa zarar verme riski taşıyorsa, profesyonel destek alması konusunda yardımcı olunmalıdır.¹⁶

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB);

TSSB, DSM-5'te "Örselenme Sonrası Zorlanma Bozukluğu" olarak adlandırılmakta olup afet yaşayan bireylerin %30-40'ında geliştiği belirtilmiştir.¹² TSSB tanısı almış bireyler aşırı telaş ve korku içinde bulunmaktadırlar. Ellerde kaba titremeler, huzursuzluk belirtileri ve aşırı duyarlılık nedeniyle uyarıcı durumdan kaçınmak istemektedirler. Birey bunaltıyı çok uzun süre yaşarsa çökkünlük geliştirebilir. Sıklıkla insan ilişkilerinde yoksullaşma, duygusal uyuşukluk, çevreye karşı ilgisiz ve tepkisiz olma, yaşamdan haz alamama, öfke patlamaları görülebilmektedir. Travmatik olayla ilgili bazı anılar için bellek çok güçlenmişken olayla ilgili bazı önemli anıları hatırlayamamaktadırlar. En tipik belirti, olayın sık sık hatırlanması ve yeniden yaşanıyor gibi algılanmasıdır (geri dönüşler-flash backs). Olayla ilgili görüntüler, düşünceler, algılar yineleyici niteliktedir. Birey düşlerinde travmatik olayı defalarca görür. Bu durum bireyi çok tedirgin eder. Hasta olayı unutmak ve düşünmemek ister; bunun için çabalar, fakat travmatik olay ayrıntılarıyla tekrarlayıcı olarak yaşamakta olup olayı simgeleyen uyarılarla şiddetlenmektedir.¹² Belirtiler travmatik olaydan bir kaç hafta veya bir kaç ay içinde ortaya çıkar. Bu süre ender olarak 6 ayı geçmektedir. DSM-5'e göre

belirtilerin 6 aydan daha geç başladığı durumlarda geç başlangıçlı TSSB tanısı konulmaktadır.¹²

Ursano ve arkadaşları (1999) Marmara Depremi sonrası 122 kişiyi 1., 3. ve 6. aylarda takip etmişler ve sırasıyla %34.4, %25.2 ve %18.2 oranlarında TSSB tanısı olan hastaya rastlamışlardır.¹⁷ Başka bir çalışmada Marmara Depremi'nin ardından acil bakım alan 967 hastada, 3. ve 12. aylarda sırasıyla %23.1 ve %16.5 oranlarında TSSB tanısı olan hasta belirlenmiştir.¹⁸

NANDA (Norh American Diagnosis Association-Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği), post travma sendromunu, "dayanılamayan içine sindirilemeyen bir ya da daha fazla bunaltıcı olaya karşı bir aydan daha uzun süren devamlı acı veren bir tepki yaşayan bireydeki durum" olarak açıklamıştır. NANDA'ya göre TSSB'de görülen olası sorunlar; uyku örüntüsünde rahatsızlık, beslenmede dengesizlik, cinsel örüntülerinde eksiklik, bellekte bozulma, benlik kavramında rahatsızlık, durumsal/kronik düşük benlik saygısı, güçsüzlük, ümitsizlik, sosyal etkileşimde bozulma, rol performansında değişiklik, anksiyete, intihar riski, kendine zarar verme riski, etkisiz bireysel baş etme, korku, başkalarına yönelik şiddet, disfonksiyonel yas, post-travma sendromu'dur.⁵

Post travma sendromu yaşayan bireye yönelik girişimler ise aşağıdaki gibidir;

■ Bireyi sessiz bir alana alarak birlikte neler olup bittiğini inceleyiniz. Değerlendirme sırasında birey çok tedirgin /korkulu ise, değerlendirmeye devam etmeyiniz.

■ Travmatik olaydan dolayı üzgün olduğunuzu, bu olayların kendisinin hatası olmadığını, yaşadığı için memnun olduğunuzu, burada güvende olduğunu bireye iletiniz.

■ Tekrarlayıcı olarak yaşantılama ve donukluk belirtilerini azaltmak için bireye yardım ediniz

-Kontrolü yeniden kazanabileceği güvenli, teröpotik bir ortam sağlayınız.

-Bireyle birlikte kalarak anksiyete seviyesi yükseldiği sırada destek olunuz.

-Bireye sınırlamalar getirerek enerjisini yönetmeyi sağlayınız. Fazla enerjisini yönetmek amacıyla fiziksel egzersiz aktivitelerine yönlendirilerek (örn; jimlastiğe gitme,yürüyüş, koşu) dürtüsel davranışlarını kontrol etmesine yardım ediniz.

■ Bireye, bu duyguların ve belirtilerin böyle travmatik olaylar yaşayan bireyler tarafından sıklıkla dene-

yimlendiği konusunda güven veriniz.

- Travmatik olay deneyimi hakkında konuşarak korku, öfke, suçluluk gibi duygularını ifade etmesini sağlayınız.

- Travma ile başa çıkması için destekleyiniz.

- Geçmişte yapmış olduğu aktivitelerine devam etmesine ve yeni aktivitelere başlamasına teşvik ediniz..

- Ailenin ve yakınlarına bireye neler olduğunu anlaması için açıklama yapınız.

- Duyguları açığa vurmaları için cesaretlendiriniz.

- Danışmanlık seansları düzenleyiniz. Bireyin uygun toplumsal kaynaklarla bağlantı kurmasını sağlayınız.

- Bireye, ailesine ve yakınlarına travmatik olayın yeniden hatırlanması, kabuslar, kaçınmacı davranışlar, bağlantısız davranışlar, abartılmış irkilme refleksi, sürekli kendini koruyucu davranış/aşırı uyanıklık, öfke patlamaları gibi belirtileri açıklayınız.

- Birey/aile travma ile başa çıkmaya ve deneyimi yeni ego sistemine entegre etmeye uğraşmaya devam ederken, izlem/kontrol tedavisini ayarlayınız ve bunu sağlayınız.¹⁹

Yaygın Anksiyete (Bunaltı) Bozukluğu; Birey bunaltıyı sanki kötü bir haber alacakmış bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılamakta ve tanımlamaktadır. Çok hafif tedirginlik, gerginlik duygusundan panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilmektedir. Ağır derecelerinde bireyin benliği bu ruhsal acı altında ezilir. Hastalar bu acının bedensel ağrılardan çok daha rahatsız edici olduğunu söylemektedir. Yaygın anksiyete bozukluğunun genel nüfustaki yaşam boyu yaygınlık oranı %3-6 olarak bildirilmiştir. Temel sağlık hizmetlerine başvuran bireylerde en sık görülen bunaltı bozukluğudur. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görülmektedir.²⁰ Hindistan'ın doğu sahillerinde meydana gelen kasırga sonrasında ergenlerde yapılan bir çalışmada, TSSB tanısı olan hastaların %12'sinin anksiyete belirtileri gösterdiği saptanmıştır.²¹ Benzer şekilde Wenchuan Depremi'nden bir yıl sonra hayatta kalan kişiler %49.8 oranında anksiyete belirtileri göstermişlerdir.¹⁰ Karancı ve Rustemli (1995) Erzincan'da deprem deneyimi yaşayan 461 kişi ile Ankara'da ikamet eden depremden etkilenmemiş 129 kişiyi karşılaştırmış, Erzincan'da deprem deneyimi yaşayan bireylerde fobik kaygı, yaygın ve şiddetli olarak bulunmuştur.²² Marmara Depremi'nden 1 yıl sonra Kocaeli'nde yapılan bir çalış-

mada katılımcıların %17.24'ünde anksiyete belirlenmiştir.²³ Önsüz ve ark.nın (2009) Marmara Depremi'nden altı yıl sonra Sapanca'da yaptıkları başka bir çalışmada ise katılımcıların %64.5'inde hafif veya minimal anksiyete, %35.5' inde de orta veya şiddetli anksiyete görülmüştür.²⁴

Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireye yönelik girişimler;

- Bireyin kendisini güvende hissedeceği teröpotik ortamın oluşturulması, güven temelli bir ilişkinin yapılandırılması ve özsaygının güçlendirilmesi gerekmektedir.

- Bireyin anksiyöz davranışları hakkında konuşulmalı, bireye yardım etmek için davranışsal tepkileri, duyguları ya da düşünceleri arasındaki ilişki gözlenmeli, bireye anksiyöz davranışlarının erken belirtilerini tanımlamada yardımcı olunmalı, birey duygularını ifade etmesi ve olası anksiyete kaynaklarını tanıması için cesaretlendirilmelidir.

- Bireye ve ailesine, hastalık ve anksiyete semptomları ile baş edebilmek için eğitim verilmelidir.

- Bireyin anksiyete semptomlarını tanıması semptomları kontrol edebileceği duygusu oluşturarak baş etmede kolaylık sağlayacaktır.

- Bireye gevşeme, duygularını ifade etme, problem çözmede ilerlediğinde olumlu geribildirim verilmeli, anksiyete tepkilerini tetikleyebilecek gelecek problemler konusunda bireye yardım edilmelidir.²⁵

Travmatik Yas; Doğal afetler çok kısa bir sürede çok sayıda insanın travmaya maruz kaldığı ve sevdiklerini ani ve feci şekillerde kaybettikleri büyük ölçekli travma ortamlarıdır.²⁶ Normal yas sürecindeki kişinin, kaybın gerçekliğini kabul ederek, kaybın acısını özümsemesi beklenmektedir.²⁷ Duygu yoğunluğunun artarak, uyumsuz davranışların ortaya çıkmasına ve sonu gelmez bir matem havasının sürdürülmesine neden olan bir yas varlığında artık normal yastan söz etmek mümkün değildir. "Travmatik yas" terimi, deprem, saldırı gibi travmatik yaşantılar sonucunda ölümün gerçekleşmesinin ardından birey özlem duygusuyla kaybına, kaybıyla ilgili anılara doğru çekilirken, diğer taraftan travmanın yarattığı korku ve sıkıntı hissiyle kaybindan ve anılarından uzaklaşma ihtiyacı hisseder. Böylelikle yas hali normal seyrini izleyemediği için sonlanamamakta ve devam etmektedir. Ek olarak kişide yastan bağımsız olarak TSSB tablosu gelişebilmekte ve yas sürecinin yaşanması zorlaşmaktadır.²⁸

Travmatik ölümlerde kaybedilen kişinin kayıp şeklinin feci oluşu yaşla birlikte travmatik stresin yükünü de getirmektedir. Kişinin ölüm anında acı çekmiş ve korkmuş olma olasılığı, bir başkasının sevilen kişiye kötü niyetle zarar vermeye kast etmiş olması gibi etmenler ek stresör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum yas sürecini yaşamayı daha da zor hale getirmektedir.²⁷ Bowen'ın aile sistemleri teorisine göre, aile üyelerinden birisinin ölümü ailenin diğer üyelerini de etkiler. Aileden birinin ölümüne şahit olmak ise en acı verici ve en zor yaşam deneyimlerinden birisidir.²⁹ Travmatik ölümlerde ailede ölüme inanamama, hissizlik, şaşkınlık hali gözlenebilir. Aile bireyleri rahatsız edici düşünce ve imgeler, kabuslar yaşantılayabilir. Geride kalanlarda bir anlam arayışı olmaktadır. Ölümün ani olarak gerçekleşmesi sebebiyle sağ kalan ve kaybedilen kişi arasında sonuçlanmamış meseleler kalabilir. Kimi zaman suçluluk duyguları kimi zaman da bir suçlama ihtiyacı görülebilir.²⁶ Tural ve ark.nın Marmara Depremzedeleri'nde TSSB'ye eşlik eden ruhsal hastalıkları inceledikleri çalışmalarında, birinci dereceden yakın kaybı olmasının Major depresyon ve TSSB'nin eş zamanlı olarak gelişimine neden olduğu belirtilmiştir. Bu sebeple afet sonrasındaki girişimlerde travmatik yasa dikkat çekilmiştir.²

Yas yaşayan bireye ve çocuğa yaklaşımda temel ilkeler;

■ Geride kalan kişinin kaybın gerçek olduğunu anlaması sağlanarak, duygularını tanıması ve bunları ifade etmesi kolaylaştırılmalıdır. Geride kalanların kaybın ardından gelişen kendi duygularını paylaşması çok önemlidir.³⁰

■ Kaybedilen kişiye yönelik uygun bir anı formasyonu oluşturularak hayatını devam ettirmesi desteklenmelidir.³⁰

■ Özellikle çocuklara, kaybın ardından gündelik hayatındaki değişimlerin neler olacağı açık bir dille anlatılmalıdır. Böylelikle, çocuğun yas tepkilerini anlamlandırması kolaylaşır. Çocuk ve ergenlerde gelişim dönemleri ile uyumlu yas tepkileri gelişir. Kimi yatak ısılatma, parmak emme vb. regresif belirtiler sergilerken, kimi de öfke patlamaları ve riski davranışlar gösterebilir. Bu süreçte çocukların kayıp/ölüm kavramını anlamaları bilişsel gelişim düzeyine göre değişmektedir. Yas sürecince çocukların soruları yanıtlanırken bu özelliklerine dikkat etmek gerekmektedir. Geride kalan ebeveyn ve diğer aile yakınları, bu yaşam değişimlerine ilişkin çocuğun kaygılarını azaltmalıdır. Hatalı algıları veya duruma uygun olmayan yorumları doğru biçimde düzeltilmelidir. Çocukların normal yas sürecinde suçlu-

luk duygularına kapılması olağandır. Bu nedenle, bu kaybın/ölümün onun davranışlarından bağımsız olduğu ve sorumlu olmadığı özellikle vurgulanmalıdır. Sevilen birinin kaybı sonrasında çocukların yoğun duygular ile baş edebilmesi güçtür. Yas sürecinin gelecek planlarını ve aktivitelerini olumsuz olarak etkilememesi önlenmelidir.³⁰

■ Kayıptan sonraki ilk yıl boyunca kritik zamanlarda geride kalan yetişkinler ve çocuklar için sürekli destek sağlanmalıdır.³⁰

DEPRESYON

Ruhsal bozuklukların çoğunda görülen depresyon belirtileri travmalardan sonra da sık olarak ortaya çıkar.³¹ Afetler sonrasında depresyon belirtileri yıllarca devam edebilmektedir.³² Zhang ve ark. Wenchuan Depremi sonrasında yaptıkları çalışmada, bu felaketten bir yıl sonra hayatta kalan kişilerin % 49.6'sında depresyon belirtileri olduğunu belirtmişlerdir.¹⁰ Nolen-Hoeksema ve ark. 1989'da meydana gelen Loma Prieta Depremi gerçekleşmeden 14 gün önce 137 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin duygu durumunu belirlemişler; aynı grup öğrenciyi deprem sonrası 10. gün ve izleyen 7 hafta boyunca tekrar değerlendirmişler ve öğrencilerin deprem sonrasında görülen depresyon ve stres belirtilerinin deprem öncesine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.³³ Aker'in Marmara Depremi sonrasında yapılan çalışmalarla ilgili derlemesinde, çeşitli zaman dilimlerinde, toplum tabanlı çalışmalarda majör depresyon oranının %11-42 arasında olduğu belirtilmiştir.³⁴ 1999 Marmara depreminin etkilerini araştıran başka bir çalışmada Bolu'nun Gölyaka ilçesinde 1118 çocuk ve ergen taranmış ve ilk ayda depresyon oranı %6 olarak bulunmuştur.³⁵

TSSB'ye eşlik eden psikiyatrik durumlardan birisi olan majör depresyonun tanımlanması ve tedavi edilmesi önemlidir.³⁶ Depresyonda sık karşılaşılan sorunlar, özkıyım riski, karmaşık yas, kronik düşük benlik saygısı, güçsüzlük, manevi sıkıntı(ruhsal/dini), umutsuzluk, düşünce sürecinde bozulma, beden gereksiniminden az beslenme, uyku düzeninde bozulma, özbakımda yetersizlik, bireysel baş etmede yetersizlik, aktivite intoleransı, konstipasyon'dur.³⁷

Depresyon tanılı bireyin bakımında temel ilkeler;

■ Sağlık çalışanları bireyin ruhsal ve fizyolojik durumu ile tedaviye uyumunu kapsamlı olarak değerlendirmelidir. Bireyin tanımlanması aşamasında özkıyım potansiyeli olup olmadığı öncelikli olarak ele alınmalı-

dır. Depresyon tanısında özkıyım olguları gençlerde ve yaşlılarda oldukça yüksek olduğundan bireyin kendine yönelik şiddet riskinin iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Özkıyım amaçlı kullanabileceği için depresif kişinin ilaçlarının kontrolü önemlidir.³⁷

■ Depresyonun yineleyici bir hastalık olduğu, tedaviden beklenen sonuçlar ve uzun süreli ilaç tedavisine uyumlarının tedavideki önemi konusunda eğitim yapılmalı ve hastanın bunları anladığından emin olunmalıdır.³⁷

■ Birey ve ailesine depresyon ve özkıyım düşüncelerinin belirtileri öğretilmelidir. İzlemler sırasında bireylerin endişeleri sürekli olarak değerlendirilmeli, hastanın gereksinimlerine yönelik gerekli bilgiler verilmeli ve ilaç yan etkileri ile baş etmelerinde birey ve ailesine yardımcı olunmalıdır. Gerekli destek, danışmanlık ve izleme hizmetleri verilmelidir.³⁷

■ Depresyon tanılı hastalar genellikle kendilerini değersiz gördükleri için fiziksel bakımlarını ihmal edebilmektedirler. Hastanın fiziksel olarak kendini iyi hissetmesini sağlamak ve kendine olan güveni arttırmak için uygun girişimler planlanmalıdır.³⁷

Sonuç: Afetlerde psikososyal destek, afetin hemen sonrasındaki hafif ve orta dereceli mental sorunları hafifletmeyi, iyileştirmeyi ve toplumun daha geniş kesiminin etkileneceği major sorunların oluşumunu engellemeyi amaçlar. Sağlık çalışanları, afet sürecinde travmadan etkilenen bireylerde ruhsal belirtilerin tanınması, tedavisi ve geleceğe dair olumlu, umutlu beklentilerin, hedeflerin oluşturulması, yaşama yeniden uyum sağlayabilmeleri amacıyla sürecin yönetiminde ve her türlü müdahalede sorumluluk almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bakanlık TS. (2011). Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı.
2. Önsüz MF, Atalay BI. Afet lojistiği. Osmangazi Tıp Dergisi 2015;37(3).
3. Guha-Sapir D, Vos F, Below R, Ponserra S. Annual disaster statistical review 2011: the numbers and trends. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED); 2012.
4. Aker AT. Marmara depremleri: epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;17(3):204-12.
5. Tel H. Olağanüstü durumlar ve hemşirelik. anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi 2016;19(4).
6. Çam O, Büyükbayram A, Turgut EÖ. Travma sonrasında ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği yaklaşımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;19(3).
7. Afetlerde Psikososyal Destek Uygulama Rehberi. 1. Baskı. Ankara. Yorum Basın Yayın Sanayi Ltd. Şti; 2008.
8. Amato Z, Elçi ÖÇ. Olağanüstü Durumlarda Sağlık Hizmetleri. Türk Tabipleri Birliği Yayını; 1996.
9. Karakurt N. Kriz.Gürhan N, editör. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara. Ankara nobel kitapevleri;2016. p. 723-4.
10. Zhang Z, Shi Z, Wang L, Liu M. One year later: mental health problems among survivors in hard-hit areas of the wenchuan earthquake. Public Health 2011;125(5):293-300.
11. Aker T, Erdur-Baker Ö, Gokler-Danisman I, Yılmaz B. Disaster experience of turkey: An Overview from a psychological perspective. Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology 2012;10(2):54-9.
12. Öztürk MO, Uluşahin A. Örselenme ya da Zorlanma Etkisine Bağlı Bozukluklar. Öztürk MO, Uluşahin A, editörler. Ruh Sağlığı ve Bozukluklar. 13. Baskı. Ankara; Nobel Kitap Evleri Ltd Şti; 2015.p. 380-9.
13. Bryant RA, Harvey AG. Acute stress response: A Comparison of head injured and non-head injured patients. Psychol Med 1995; 25:869-74.
14. Bryant RA, Harvey AG. Initial post-traumatic stress responses following motor vehicle accidents. J Trauma Stress 1999;9:223-34.
15. Mayou R, Bryand B, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. BMJ 1993;307:647-51.
16. Nakajima Ş. Deprem ve Sonrası Psikolojisi. Okmeydanı Tıp Dergisi 2012;150-5.
17. Ursano RJ, Fullerton CS, Epstei RS, Crowley B, Kao TC, Vance K, Baum A. Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. Am J Psychiatry 1999;156:589-95.
18. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. J Abnorm Psychol 1999;107:508-19.
19. Carpenito-Moyet, LJ. Post travma sendromu. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Erdemir F (çeviri). 13. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd Şti 2012. p. 357-64.
20. Öztürk MO, Uluşahin A. Bunaltı Bozuklukları. Öztürk MO, Uluşahin A, editörler. Ruh Sağlığı ve Bozukluklar. 13. Baskı. Ankara; Nobel Kitap Evleri Ltd Şti. 2015.p. 338-42
21. Kar N, Bastia BK. Post-traumatic stress disorder, depression, and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. Clinic Practice Epidemiol Mental Health 2006;2:17.
22. Karanci AN, Rustemli A. Psychological Consequences of the 1992 Erzincan (Turkey) Earthquake. Disasters 1995;19:8-18.
23. Tural Ü, Aybar Tolun HG, Karakaya I, Erol A, Yıldız M, Erdoğan S. Marmara depremezdelelerinde travma sonrası stres bozukluğuna eşlik eden başka bir ruhsal hastalık gelişiminin yordayıcıları. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:175-83.
24. Önsüz MF, Topuzoğlu A, İkişik H, Karavuş M. Marmara depreminden altı yıl sonra sapanca'da travma sonrası stres ve anksiyete bozukluklarının değerlendirilmesi. In Yeni Symposium 2009;47;4.
25. Engin E. Anksiyete Bozuklukları. Çam O, Engin E, editörler. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul. İstanbul Medya Yayıncılık;2014. p. 284-8.
26. Çelik FGH, Hocoğlu Ç. Rize'de Heyelan Sonrası Travmatik Yas: Üç Olgunun Sunumu. Klinik Psikiyatri Dergisi 2015;18:130-6.

27. Zaza, A. Kayıplar, Yas Tepkileri ve Yas Süreci. Yaşadıkça. İstanbul: İmge Yayınevi; 2011. p.73-90.
28. Çelik S, Sayıl I. Patolojik Yas Kavramına Yeni Bir Yaklaşım: Travmatik Yas. Kriz Dergisi 2003;11:29-34.
29. Morin SM, Welsh LA. Adolescents Perceptions and Experiences of Death and Grieving, Adolescence 1996;31(123):585.
30. Bildik T. Ölüm, Kayıp, Yas ve Patolojik Yas. Ege Tıp Dergisi 2013;4:52.
31. Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. Öztürk MO, Uluşahin A, editörler. Ruh Sağlığı ve Bozukluklar. 13. Baskı. Ankara; Nobel Kitap Evleri Ltd Şti; 2015. p. 261-96.
32. Karakaya I, Ağaoğlu B, Coşkun A, Şişmanlar ŞG, Yıldız-Öc Ö. Marmara depreminden üç buçuk yıl sonra ergenlerde TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15(4):257-63.
33. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A Prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 loma prieta earthquake. Journal of Personality And Social Psychology 1991;61(1):115.
34. Aker T. 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(3):204-12.
35. Alparslan S, Koçar Aİ, Şenol S, Meral I. Marmara depremini yaşayan çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluklar ve kaygı düzeyleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1999;6(3):135-42.
36. Oflaz F. Afetler ve Psikiyatri Hemşireliği. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics 2016;2(2):24-35.
37. Koç M. Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar. Gürhan N, editör. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara. Ankara Nobel Kitapevleri; 2016. p. 509-10.