

# Deprem Sonrası Erken Dönemde Koruyucu ve Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmeti-Türkiye Psikiyatri Derneği Uzman Görüşü



Mevhibe İrem YILDIZ<sup>1</sup>, Ayşe Devrim BAŞTERZİ<sup>2</sup>, Ejder Akgün YILDIRIM<sup>3</sup>, Şahika YÜKSEL<sup>4</sup>, Ahmet Tamer AKER<sup>5</sup>, Bengi SEMERCİ<sup>6</sup>, Süleyman ÇAKIROĞLU<sup>7</sup>, Yankı YAZGAN<sup>8</sup>, Mustafa SERCAN<sup>9</sup>, Burcu Rahşan ERİM<sup>10</sup>, İlker KÜÇÜKPARLAK<sup>11</sup>, Münevver HACIOĞLU YILDIRIM<sup>12</sup>

## ÖZET

Kahramanmaraş'ta Altı Şubat 2023 tarihinde iki büyük deprem oldu. Depremler 15 milyon kişinin yaşadığı bir alanı etkiledi, 40.000'in üzerinde can kaybına, on binlerce kişinin yaralanmasına, insanlığın kadim kentlerinin harap olmasına neden oldu. Türkiye Psikiyatri Derneği hemen deprem sonrasında, bu çapta büyük afetlerde travmaya yaklaşım ile ilgili doğan ihtiyaca yanıt olması amacıyla bir eğitim programı düzenledi. Elinizdeki gözden geçirme uzman eğitmenler tarafından depremden etkilenenlere ruh sağlığı hizmeti verirken rehber olabilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Yazıda afetler sonrası erken dönem belirtilerin özellikleri ele alınmış, psikolojik ilk yardım ilkeleri, afet sonrası yaklaşım, planmalar ve triaj ilkeleri, psikososyal destek örgütlenmesinin nasıl oluşması gerektiği, erken dönemde psikofarmakolojik uygulama ilkeleri için bir çerçeve çizilmiştir. Yazı kapsamında afet etkilerinin nasıl değerlendirileceği, psikiyatrik değerlendirme ve uygulamaların psikososyal müdahale ilkelerine uyarlanması, ilk dönem danışmanlık becerilerinin nasıl artırılacağı, afet sonrası zihni anlamak için yöntemler ele alınmıştır. Çocuklara ayrılan yazılarda, depreme çocuk ruh sağlığı açısından sistematik bir bakış getirilmiş, çocuklarda erken dönemde görülen ruhsal belirtiler ve psikolojik ilk yardım ve müdahale ilkeleri detaylandırılmıştır. Son olarak deprem bölgesine gidecek psikiyatrların karşılaşabileceği adli sorunların neler olabileceği, kötü haber vermenin ilkeleri ve alana giden yardım ekiplerinin ve ruh sağlığı uzmanlarının dikkat etmesi gereken bir durum olarak tükenmişlik sendromu ve tükenmişlik yaşanmaması için dikkat edilmesi gerekenler ele alınmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Afet, travma, psikososyal destek, psikolojik ilk yardım, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu

## ABSTRACT

### Preventive and Therapeutic Mental Health Care after the Earthquake- Expert Opinion from the Psychiatric Association of Turkey

Two major earthquakes hit Turkey at the Kahramanmaraş region on February 6th 2023. The earthquakes affected almost 15 million individuals, resulting in more than forty thousand deaths, thousands of wounded and the destruction of ancient cities of humankind. Immediately after the earthquakes, the Psychiatric Association of Turkey organized an educational event to address the needs for a guidance on how to approach a trauma of such a big scale. The experts in this educational event summarized their presentations and prepared this review to guide the mental health professionals serving victims of this disaster. The review summarizes the early symptoms of trauma, and puts a framework on the principles of psychological first aid, the approach at the initial stages of the disaster, principles of planning, triage, and psychosocial support systems and the proper use of medications. The text covers the evaluation of the impact of trauma, aligning psychiatric practice with psychosocial interventions, the improvement of counseling skills and methods to better understand the mind during the acute post trauma phase. A set of presentations highlight the challenges in child psychiatry, brings a systematic overview to the earthquake and discuss the symptomatology, first aid and intervention principles in children and adolescents. Last, the forensic psychiatric perspective is presented, followed by a piece on the essentials of delivering bad news and the review is concluded with the emphasis on burnout, a syndrome to avoid particularly for field professionals, and possible preventive measures.

**Keywords:** Disaster, trauma, psychosocial support, psychological first aid, acute stress disorder, post traumatic stress disorder

**Geliş Tarihi:** 22.02.2023, **Kabul Tarihi:** 27.02.2023, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 03.03.2023

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniv. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara, <sup>2</sup>Doç.Dr. Serbest Psikiyatrist, İstanbul, <sup>3,12</sup>Prof., Sağlık Bilimleri Üniv. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bl., İstanbul, <sup>4</sup>Prof., Emekli Öğretim Üyesi, Serbest Hekim, İstanbul, <sup>5</sup>Prof. Dr. İstanbul Bilgi Üniv. Psikoloji Bl., Travma ve Afet Sağlığı Yüksek Lisans Programı, İstanbul, <sup>6</sup>Prof., Bengi Semerci Enstitüsü, İstanbul, <sup>7</sup>Doç., Altınbaş Üniv. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., İstanbul, <sup>8</sup>Prof., Emekli Öğretim Üyesi, Yale Child Study Center, New Haven, ABD, <sup>9</sup>Prof., Emekli Öğretim Üyesi, İstanbul, <sup>10</sup>Doç., İstanbul Gedik Üniv. Psikoloji Bl., İstanbul, <sup>11</sup>Dr., Serbest Psikiyatrist, İstanbul.

**Dr. Münevver Hacıoğlu Yıldırım, e-posta:** hmunevvery@gmail.com

## GİRİŞ

Altı Şubat'ta Kahramanmaraş merkezli yaşanan büyük depremler sonrası ülkemizde ve Suriye'de yaklaşık 15 milyon kişinin yaşadığı pek çok şehri etkileyen çok büyük bir yıkım yaşadık. Deprem sonrası ruh sağlığı hizmeti sunan meslek gruplarından afet sonrası erken dönemde yaşanacak zorluklara yaklaşım konusunda bilgi, belge ve eğitim talebi oluştu. Sağlık hizmeti ve psikososyal destek sunan tüm kurumlar yaraları sarmak amacıyla derhal harekete geçti. Afetler ve diğer kitlesel travmalar konusunda birikimi olan Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) de ilk harekete geçen kurumlardan oldu. TPD Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi 1999 yılında Marmara bölgesinde yaşanan iki büyük deprem sonrasında kuruldu. O günden bu yana yaşanan pek çok kitlesel afet sonrasında TPD ruh sağlığı hizmeti sunanlara yönelik raporlar, yol gösterici eğitim materyalleri ve afetlerden etkilenen tüm kişilere yönelik bilgi verici belgeler oluşturdu ve ilgililerin erişimine sundu. Bu yazı da altı Şubat depreminden sonraki ilk hafta içerisinde tüm ruh sağlığı profesyonellerine rehber olmak amacıyla düzenlenen bir eğitim programının önemli noktalarının özetlendiği bir gözden geçirme niteliği taşımaktadır. Yazıda afetler sonrası erken dönemde yaşanan ruhsal belirtiler, psikolojik ilk yardım ilkeleri, depremden hemen sonra psikiyatriklere düşen görevler, afet sonrası erken dönemde ilaçla tedavi ilkeleri, afet sonrası çocuklarda ortaya çıkabilecek belirtiler ve çocuklarda psikolojik ilk yardım ilkeleri, afet bölgesinde ruh sağlığı hizmeti sunanların karşılaşılabileceği adli sorunlar, ölüm haberi verme ve sağlık çalışanlarında tükenmişlik başlıklarıyla 12 sunumun özetleri yer almaktadır. Yazının tüm ruh sağlığı uzmanlarına erken dönemde karşılaşılabilecek güçlükler, ilk yardım ilkeleri ve yaşanabilecekler konusunda rehber olmasını ümit ediyoruz.

### **Afetler Sonrası Erken Dönem Belirtiler ve Psikolojik İlk Yardım**

Münevver Hacıoğlu Yıldırım

Altı Şubat Kahramanmaraş depremi, bekleniyor olunmasına karşın hazırlıksız yakalanılması, dehşet verici ve çok yıkıcı olması nedeniyle ruhsal etkilenmenin fazla olması beklenen bir kitlesel travmadır. Afetler sonrası erken dönem ortaya çıkan psikolojik belirtiler çoğunlukla anormal bir olaya verilen normal bir tepki olarak değerlendirilmelidir (Ehlers ve Clark 2000). Bu nedenle de bu tür travmalardan sonra çok yoğun olumsuz duygular hissedilmesi beklenen bir durumdur. Başlangıçta, sanki olay tekrar yaşanmış gibi hissetme, tekrarlayan kabuslar, 'flashback' dediğimiz olay anına ait tekrarlayan görüntüler gibi belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtilere kaygı, bunaltı, endişe, korku gibi duygular ve bedensel olarak da çarpıntı, nefes alma güçlükleri gibi belirtiler eşlik edebilir. Bu belirtiler var olan olumsuz duyguların artmasına ve çok daha ağır psikolojik bir sorun yaşandığı endişesine neden

olabilir. Zamanla, kaçınma belirtileri de eklenebilir; kişi olayı hatırlatan yerlerden durumlardan mümkün olduğunca uzak durmaya çalışır. Ayrıca duygusal donukluk, dikkatini toplayamama gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Bu belirtilere irkilme, her an tetikte olma, öfke kontrol güçlükleri gibi aşırı uyarılmışlık belirtileri eşlik edebilir. Yaşanan olay sonrası kayıpların acısı yoğun bir depresif duyguduruma neden olabilir. Bütün bu belirtiler olay sonrası ortaya çıkabilecek belirtilerdir.

Kişilerin olaydan ne boyutta etkileneceği genellikle olayın merkezine ne kadar yakın oldukları ile paraleldir. Depremde yaralanan, sevdiklerini kaybeden, evi yıkılan, göçük altında kalan, yaşadığı ortam, mahallesi kalmayanlar duygusal olarak çok daha yoğun etkilenirler (Yıldırım 2021). Afetlerden sadece olayı yaşayanlar etkilenmez; aynı zamanda olaya tanık olanlar, sevdiği insanlar afeti yaşayanlar ve olayın hemen sonrası görevi gereği ortamda bulunanlar yaşananlardan etkilenmektedir (APA 2013). Altı Şubat Kahramanmaraş depremi bu anlamda afeti yaşayan, bölgede bir yakını olan, bölgeye yardıma giden ve bütün bu yaşananlara tanık olanlar dikkate alındığında neredeyse tüm ülkenin etkilendiği bir olay olmuştur.

Afetten ruhsal olarak hemen herkes az ya da çok etkilenir. Belirtiler başlangıçta yaygın görülse de kişilerin büyük bir bölümünde zaman içinde kendiliğinden azalacaktır. Toplum temelli çalışmalarda afeti yaşayanlar içinde bir psikiyatrik bozukluk gelişenlerin oranı %10-30 arasında değişmektedir. Marmara depreminden (1999) 4-12 ay sonra yapılan bir araştırmada travma sonrası stres bozukluğu görülme oranı %25 olarak saptanmıştır (Tural ve ark. 2004). Bir bozukluk gelişse de belirtilerin zamanla azalma eğiliminde olması beklenir. Bir kaç ay sonra hala ruhsal bozukluk tanı ölçütlerini karşılayacak düzeyde belirti varsa belirtilerin kendiliğinden düzelme olasılığı düşüktür, tedavi başlanmalıdır. Travmayla ilişkili ruhsal bozukluklarda temel tedavi yöntemi psikoterapidir. İlaçlar ile olumlu etki gösteren çalışmalar olmakla beraber ilaçların etkinliği sınırlıdır.

Travmadan sonra erken dönemde travmayla ilişkili bozukluk belirtileri ortaya çıkarsa öncelikle psikolojik ilk yardım uygulanmalıdır. Kişiyeye özel terapi teknikleri, yapılandırılmış terapi yöntemleri ve ilaç tedavisi mümkün olduğunca uzak durulması gereken yöntemlerdir (Yıldırım ve İskender 2021).

Psikolojik ilk yardımda öncelikli olan kişinin güvenliğinin sağlanmasıdır. Kendisini güvende hissetmeyen birinin ruhsal bakımdan iyi olmasını sağlamak mümkün olmayacaktır. Sonrasında en önemli müdahale kişiyi bilgilendirmektir. Belirtilerin anormal bir olaya verilen normal tepkiler çerçevesinde olduğunun açıklanması önemlidir. Sosyal çevrenin düzenlenmesi, destek olabilecek yakınları ile ilişkilerinin gözden geçirilmesi, duygu ifadesine olanak tanınması önemlidir (Ruzek ve ark. 2007).

Travmatik bir olay, herhangi bir olay gibi zihne kaydedilmez; daha duygusal, başı sonu belli olmayan bölük pörçük bir anı

olarak kaydedilir. Bu duyusal amigdalar kaydın kortikal kayıt haline gelmesine katkı sağlayacak etkinlikler desteklenebilir (Andrewes ve Jenkins 2019). Olayla ilgili konuşmak, yazmak, ses kaydı yapmak ve kaydı dinlemek ya da resim yapmak gibi olayın anısının işlenmesini artıran etkinlikler önerilebilir. Bedensel etkinlikler önerilmesi, mümkün olduğunca günlük rutinlerin devam etmesinin sağlanması önem taşır.

## **Depremden Hemen Sonra Psikiyatristler Ne Yapar?**

### **Ayşe Devrim Başterzi**

Travma literatüründe depremler 'doğal afet' olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de ise 'insan eliyle' olan yıkımın, hasarın ve kaybın da ruhsal açıdan yoğun olarak yaşandığı; depremin daha ilk gününden itibaren 'önlenebilir ve kimsenin sorumluluğunda olmayan, Allah ya da bir başka gücün sorumlu tutulduğu ve çabuk toparlanılması beklenen' bir ruh halinde yaşanmadığı söylenebilir (Başterzi 2021). İnsan eliyle olan bir kitlesel travma olarak bina güvenliğini sağlamayanlar başta olmak üzere pek çok kişinin sorumluluklarını yerine getirmediği bu durum, önlenebilir nedenlerle pek çok ölümün gerçekleştiği, yoğun bir ruhsal acıya yol açan, insanların öfke içinde suçlayacak birilerini aradığı bir ruhsal atmosfer oluşmasına yol açmaktadır.

Altı Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi, hastanelerin yıkılmasına ya da zarar görmesine yol açmış; pek çok ruh sağlığı çalışanı ve yakını depremden doğrudan etkilenmiştir. Bu nedenle ilk andan itibaren tüm ülkede, özellikle depreme yakın kentlerdeki psikiyatri hizmetlerinin acil olarak yapılandırılması gerekli hale gelmiştir. Sahada çalışacak tüm sağlık çalışanlarının psikolojik ilk yardımın farkında olması, ve özellikle ilk yardımın temel ilkesi olan afetten etkilenenlerin yakınları ile 'ilişkilendirilme'sinin öneminin kurtarma ekiplerince fark edilmesi çok önemlidir. Görülen her kişinin yapılandırılmış şekilde kayıt edilmesi ve acil sağlık hizmetlerinin triajı içinde aşırı stres tepkisi vermeleri nedeniyle kendilerinin ve diğer insanların canını riske atan kişilerin tespit edilmesi önemli yer tutmaktadır. İnsanların bu yıkıcı olayla baş etmekteki zorlukları ve tedavi altındaki kişilerin tedaviye erişimlerinin kısıtlanması nedeniyle akut psikotik alevlenme ve mani başta olmak üzere görülebilecek acil durumlar için ruh sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesi gerekmektedir. Bu hizmetlerin verilebilmesi için acil değerlendirme, müdahale ve sevk hizmetlerini organize edebilecek ruh sağlığı ekipleri oluşturulmalıdır.

Türkiye Afet Müdahale Planı'nda psikososyal hizmetlerin pek çoğunun Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmesi planlanmıştır (AFAD 2022). Öte yandan ruh sağlığı hizmetleri sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı organizasyonu ile ilerlemektedir. Psikiyatri uzmanları Kuruluşlararası Daimi Kuruluş'un ruh sağlığı ve psikososyal hizmet ilkelerine uygun şekilde afet ve kitlesel travmalarda hem psikososyal hizmetlerin organize edilmesinde hem de

ilk andan itibaren topluluğa ve bireylere psikososyal hizmetlerin sunulmasında görev almalıdır (IASC 2007). Psikiyatri uzmanlarının psikososyal hizmetlerin ekip lideri olmaları ve topluluk ve kuruluşlarla işbirliği içinde ekipler arası koordinasyonu sağlama ve eşgüdüm kurma konusunda etkin bir rol oynamaları önerilmektedir. Psikiyatristler koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini öncelikle, cinsiyet başta olmak üzere etnik, dini azınlıklar ve mültecilere karşı ayrımcılığa duyarlı olmalı, kültüre hassas bir bakış açısıyla hizmet vermelidir.

Kitlesel travma ve afetlerde ruh sağlığı hizmetlerinin temel paradigması 2000'li yılların başlarından itibaren güvenliğin tesis edilmesini, yasın tutulmasını, toplumsal yapının yeniden işlevsel şekilde olması için gerekli sosyal, eğitimsel ve ekonomik onarımın sağlanmasını esas almıştır. Koruyucu önlemlerle topluluğa yönelik çalışmalar yürütülmesi, topluluktaki riskli bireylerin saptanması ve bu bireylerin özenle takip edilmesi benimsenmiştir. Schauer ve Schauer kitlesel travmalardan sonra ruh sağlığı hizmetlerinin amacının ruhsal acıyı azaltmak, kişilerin kendileri için anlamlı ve üretken yaşamlarına geri dönebilmelerine aracılık etmek, afetzedelerin kendilerine ve ötekilere karşı öfkeli, saldırgan davranışlarını azaltmak, ruhsal travmanın kuşaklararası aktarımını önlemek ve tüm bunlar aracılığıyla az gelişmişlik ve şiddet döngüsünü kırmak olduğunu söylemektedir (Schauer ve Schauer 2010).

Sahada ve acil müdahale ortamlarında çalışan psikiyatristler değerlendirildikleri kişilerin görünümü, davranışı ve konuşmasına dikkat etmeli, olağan kabul edilen akut stres belirtileri dışında şiddetli ruhsal belirtiler yaşayan kişileri tespit etmeli, ruhsal etkilenme nedeniyle kendine veya başkasına yönelik şiddet davranışları olan bireyleri -bu bireylerin bedensel sağlıklarını da dikkate alarak- ruhsal hastalıklar açısından değerlendirmelidir.

Hastane ortamında ise psikiyatri uzmanları tedavi edici yönlerinin yanında önemli sorumlulukları yüklenebilir. Psikiyatristler psikososyal müdahalenin bir bileşeni olarak etkilenen kişilerin yakınları ile iletişim kurmasını sağlayacak sistemleri harekete geçirmelidir. Başvuran kişi ve tedavi alanların güvenlik, barınma, beslenme, tuvalet, giysi gibi temel ihtiyaçlarının farkında olmalı, kişilerin ulaşmasını organize eden sistemlerle irtibat kurmalıdır. Psikiyatristler kötü haberlerin verilmesini diğer sağlık ekipleri ve tedavi eden hekimlerle işbirliği içinde organize etmeli; hastaları, yakınlarını ve hatta müdahale eden sağlık ekiplerini dikkatle izleyip, risk gruplarını saptayarak belirgin şekilde etkilenen bireyleri takibe almalıdır. Psikolojik ilk yardım ilkelerini bilmeli ve psiko eğitimlerle toplumu ve etkilenmiş kişileri bilgilendirmelidir.

## **Deprem Sonrası Erken Dönemde İlaçla Tedavi İlkeleri**

### **M. İrem Yıldız**

Deprem gibi ruhsal travmalarda akut dönemde stres yanıtı için ilaçla tedavi endikasyonları kısıtlıdır (APA 2017, Martin

ve ark. 2021). Akut stres yanıtı kişinin güvenliğini ve kendini koruma yetisini bozabilecek, fiziksel yaralanmalarla ilgili tedavisine engel olabilecek şiddette ise psikolojik ilk yardım uygulamalarına ek olarak ilaçlar kullanılabilir. Ajitasyon, şiddetli yeniden yaşantılama belirtileri, psikoz ve ağır disosiyasyon durumlarında atipik antipsikotikler düşük dozlarda tercih edilebilir (Nasrallah ve Sarihan 2018). Akut dönemde benzodiyazepinlerden kaçınılmalıdır. Benzodiyazepinlerin akut dönemde kullanılması kişinin sağlıklı bir yas yanıtının oluşumuna engel olabilir; kişinin koşullara uyum sağlayabilmesi, kendini koruma becerisi ve kendini kontrol hissinde azalmaya yol açabilir ve böylece stres yanıtını şiddetlendirebilir. Benzodiyazepinler ile ilgili bir diğer risk disinhibisyona neden olmalarıdır. Benzodiyazepinlerin travmatik beyin hasarı, solunum problemleri olan kişilerde kullanımı sakıncalıdır (Aggarwal ve Tucker 2017).

Deprem gibi doğal afetlerden sonraki erken dönemde uyku bozukluklarının önemli bir kısmı güvenlik hissini azaltması ve kaçınma davranışı ile ilgili olabilir. Öncelikle kişiyi güvende hissettirecek bir mekanın sağlanması, uyku hijyeni ile ilgili uygun koşulların yaratılması önerilmektedir, gevşeme egzersizleri de uykuya yardımcı olabilir. Eğer bu yöntemler ile bir fayda sağlanamazsa benzodiyazepinler dışında hipnotik ajanlardan faydalanılması uygundur (Weber ve Wetter 2022). Prazosin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişmiş hastalardaki diğer tedavilere dirençli kabuslar için kullanılmakla birlikte travma sonrası akut dönemdeki uyku bozuklukları için etkinliği araştırılmamıştır. Sık bildirilen yan etkileri olan hipotansiyon, sersemlik hissi, baş ağrıları ve senkop nedeniyle kas iskelet sistemi yaralanmaları ve kan dolaşımıyla ilgili sorunların sık karşılaşıldığı depremzedelerde erken dönemde kullanımı güvenli değildir (Geldenhuys ve ark. 2022).

Deprem gibi TSSB gelişimi için ikincil risk etkenlerini de barındıran travmatik olaylarda TSSB riskini azaltmak için etkinliği ve güvenilirliği tutarlı şekilde gösterilmiş bir ilaç henüz yoktur (Wright ve ark. 2019, Geoffrion ve ark.2020). Esitalopram, imipramin, kloral hidrat, propranolol, oksitosisin, gabapentin, morfin ve deksametazonun TSSB yaygınlığı ve belirti şiddetini azaltmayla ilgili etkinlikleri randomize kontrollü çalışmalarla araştırılmış, sayılan ilaçların plasebodan farkı bulunmamıştır (Astill Wright ve ark. 2019).

Enkaz altında kalanlarda ve kurtarma çalışmalarına katılanlarda gelişen kas-iskelet yaralanmaları şiddetli ağrıyla ilişkilidir. Ağrıya etkin müdahale ilk dönemde morfin gibi opioid grubu ilaçlarla yapılabilir de uzun süreli ağrı tedavisi gerektiğinde opioidlere bağımlılık riski nedeniyle duloksetin, pregabalin, gabapentin, trisiklik antidepresanlara geçişi planlamak gereklidir. Kontrollü olmayan çalışmalarda ilk 48 saatte şiddetli ağrı kontrolü için morfin kullanımının TSSB belirti şiddetini azaltıyor olabileceğini düşündüren çalışma bulguları bildirilmiş de, bu kişilerde TSSB riskinin azalması ağrının etkin

bir biçimde kontrol edilmesi ile ilişkili olabilir (Holbrook ve ark. 2010, Norman ve ark. 2008).

Kas ezilmesi (crush) sendromu nedeniyle görülen rabdomiyoliz ve böbrek fonksiyon bozuklukları başta antipsikotikler olmak üzere tüm psikotropaların dikkatli kullanımını gerektirmektedir. Böbrekten atılan ilaçların dozlarının ayarlanması, gerektiğinde karaciğerden metabolize olan ilaçlarla değiştirilmesi uygun olabilir. Soğuk havada uzun süre kalma, susuzluk ve açlığa bağlı yetersiz kalori alımı nedeniyle gerçekleşebilecek hipotermide görülebilen bilişsel bozulma deliryumla karışabilir. Deliryum ön tanısı ile endikasyon olmaksızın antipsikotik kullanımından kaçınılması, antipsikotik ve antidepresanların ısı regülasyonunu bozabileceği akılda tutularak psikotrop tedaviler için acele edilmemesi önerilir (Aggarwal ve Tucker 2017). Enkazdan çıkarılan kişilerde şiddetli hiperkinetik deliryum durumlarında alkol yoksunluğu ayırıcı tanıda düşünülmesi ve yoksunluk tedavisi etkin biçimde düzenlenmeli; açlık ve susuzluk nedeniyle Wernicke ensefalopatisi riskinin artmış olacağı akılda tutularak tiamin replasmanı ihmal edilmemelidir.

## **Afet Ardından Değerlendirme: Psikiyatrik Açıdan Psikososyal Müdahale İlkeleri**

**Ejder Akgün Yıldırım**

Türkiye büyük depremler üreten iki büyük fay hattı üzerine kurulu, doğal afetler açısından oldukça riskli bir ülkedir. Yirminci yüzyılda yüzbinden fazla insanını deprem nedeniyle kaybetmesine rağmen ne kurumlarında ne de sosyal yaşam içinde deprem kültürü tam olarak gelişmemiştir. Bu durum yerleşkinin hazırlıksız olması yanında insanların ve toplumların da zihinsel olarak deprem gerçeğine uzak olmalarına, ruhsal etkilenmede ve sosyal toparlanmada önemli olumsuz etkileri olacak şekilde depremi beklenmedik bir olay olarak karşılamalarına neden olmaktadır.

Deprem, olduğu anda binalara ve bedenlere zarar verdiği kadar, olduktan sonra da yıkıcı etkisini insan faktörüne bağlı olarak sürdürür (Yıldırım 2005). Yıkılan bir ev ya da terk edilmek zorunda kalınan yaşam alanı, en temel gereksinimlerin bile zor ulaşılır olmasına, kişinin kendisine ve çevresine yetemediği bir travma sarmalına kapılmasına, toplumsal rollerin değişmesine neden olabilir (Yıldırım ve Kaya 2018). Bu açıdan psikososyal değerlendirmede psikiyatrist sadece yıkılan binaları değil yıkılmayan binaları da dikkate almalıdır.

Doğal afetlerde yaşamsal gereklilikleri sağlamada zorluk oluşturan etmenler psikososyal desteğin uygulanmasını sınırlayabilir (Rao 2006, Reyes ve Elhai 2004). Bu yönü ile Altı Şubat Kahramanmaraş Depremi, zor mevsim koşulları, ağır yıkım, ulaşımın kesilmesi, etkilenen geniş coğrafya, yetersiz kurtarma ve destek çalışmaları gibi neredeyse tüm olumsuz etmenleri bir arada yaşatmıştır.

Deprem gibi yıkıcı ve etkisi büyük travmalar, bireysel travmadan farklı olarak kişinin bağlı bulunduğu topluluğun grup olarak çaresiz kaldığı felaketlerdir. Psikososyal müdahalenin temel stratejilerinden biri bireyin sosyal ve filogenetik güven sınırı olan 'grubun' ikame edilmesidir (Yıldırım ve Kaya 2018).

Psikososyal müdahalede en önemli girişimlerden biri güvenliğin tesisidir. Güvenlik her şeyden önce yeni bir travmanın artık yaşanmadığı, somut tehdidin ortadan kalktığı bir ortamı gerektirir. Travmanın yarattığı belirsizlik hızla giderilmeli ve gelecek tanımlanabilir olmalıdır (Tol ve ark. 2011). Afet sonrasında belirsizliğin sürmesi 'devam eden travmaya ruhsal tepki' diye adlandırılan bir tabloya yol açar. Bu da travmaya verilen ruhsal tepkilerin sönmesini güçleştirir ve bazı durumlarda artırır (Tol ve ark. 2011).

Afetten etkilenmiş bireylerin yalnızlık ve çaresizlik hisleri yönünden gözetilmesi ve bu hisler mevcutsa hızla müdahale edilmesi gereklidir. Doğal afetin gerçekleştiği anda fiziksel tahribata karşı yapılacaklar sınırlıdır. Ancak, afetin ikincil sonuçları kurtarma, ihtiyaçları karşılama ve yaşamın yeniden restorasyonu ile yani psikososyal destek ile azaltılabilir (Lima ve ark. 1990). Diğer bir deyim ile doğal afet bireyin çaresiz kaldığı yaşantıdır, afet sonrası çaresizlik ise önlenebilir bir durumdur (Morganstein ve ark. 2016).

Psikososyal destek bu üç ruhsal değişken düşünülerek kurgulanmalı, sosyal doku analizinden ihtiyaç ve kaynak analizine kadar, sosyal destek sistemleri ve grup kohezyonunu belirleyecek ayrıntılı saha değerlendirmeleri ile planlanmalıdır. Örneğin yalnızlığı azaltma adına insani temasın ve dayanışmanın tesisi; çeşitli destek ve rehabilitasyon yol haritalarının belirlenmesi, eğer ruhsal belirtiler varsa psikolojik ilk yardım uygulanması; çaresizliği azaltacak ancak otonomiye koruyacak ruhsal ve sosyal destek programları şeklinde kurgulanabilir (Yıldırım ve İskender 2021). Psikososyal destek ruhsal sağlık kavramı ile iç içedir (IASC 2007). Psikiyatrist psikososyal desteğin her aşamasında yer alabilir; önleyici-koruyucu ruhsal sağaltım yapar ve en zorlu olguların müdahalesinde bazen tek yetkili olarak çalışabilir (Norwood ve ark. 2000). Psikiyatrist, hastalık merkezli yaklaşım yerine olağanüstü olaya ruhsal tepkileri olağanlaştırmayı ve yerinde müdahale ederek sosyal ve ruhsal işlevleri düzenlemeyi hedefler (Yıldırım ve İskender 2021).

Psikososyal müdahalenin bir parçası paydaşların değerlendirilmesidir. Sahada yardım ekiplerinin durumu da ele alınmalı, yapılan analizler geçici ve kalıcı yerleşim bölgelerinin sosyal organizasyon planına ışık tutmalıdır. Sosyal yaşamın yeniden kurulması, sosyal bağların oluşturulması ve grubun güçlendirilmesi için kalan nüfusun yapısı, destek sistemleri, yaşam alanlarının durumu, incinebilir gruplara özgü yapılacaklar planlamada gözetilmelidir (Yıldırım ve Kaya 2018). Görevlilerin ikincil travmadan korunmasına

önem verilmelidir. Acil Durumda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destekler Rehberi, afetler, savaş, kriz gibi acil durumlar için Birleşmiş Milletler'in 46/182 sayılı kararı ile Kuruluşlar Arası Daimi Komite (IASC) tarafından hazırlanmış Türkçe ulaşılabilen bir kılavuzdur. Bu rehberde göre 'önce zarar verme' ilkesi ile tüm paydaşların katılımı ve ekip çalışmasıyla insan haysiyeti ve otonomisi korunarak ve yardım etmek isteyenlerden azami ölçüde yararlanılarak yapılır (IASC 2007). Kişilere seçim hakkı sağlanmalı, özne oldukları, destek hizmetinin bir lütuf değil devletin yükümlülüğü olduğu hissettirilmelidir (Yıldırım ve İskender 2021).

Afet sonrası yaralar sarılırken, hızlı, nesnel ve etkili müdahale yapılmadığında grupların toparlanmayla ilgili rasyonel olmayan eğilimleri ortaya çıkabilir. Söylentiler bu aşamada ciddi olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu durum öngörülmesi ve oluşumu engellenmelidir (Guerin ve Miyazaki 2006).

## **Afetlerde İlk Dönem Danışmanlık Becerilerini Arttırmak**

**Şahika Yüksel**

Kitlesel travmalar ve afetlerde ilk hafta ve ilk ay içinde psikiyatristlerin yapabilecekleri vardır; ancak bu uygulamalar alışlagelmiş mahrem ikili ilişkiden farklı olacaktır. Psikoterapi ve klinik görüşmelerden edinilen kanıta dayalı bilgi ve deneyim kriz durumuna uyarlanmalıdır. Zor koşullarda danışmanlıkta yönlendirme ön planda olmalı, koşulların etik ilkeleri zorlamasına izin verilmemelidir. Zaten mağdur olmuş kişilere etkinliği kanıtlanmamış tedaviler uygulanmamalıdır. Kılavuzlarda ilk ay içinde geleneksel psikoterapilerin uygulanmayacağı konusunda uzlaşma mevcuttur. Afetlerde ilk dönemde ruh sağlığı çalışanları herhangi bir tipte analitik terapi, uzamış alıştırma terapisi, zihinsel işleme terapisi, EMDR / yeniden işleme terapisi uygulamamalıdır (Bisson ve ark. 2019, Halpern ve Vermeulen 2017, NICE 2018).

Ne iyi ki, ilk bir hafta içinde kendiliğinden iyileşme doğal bir gidiştir. Kişilerin doğal uyum sürecine izin vermek, saygı göstermek gerekir. Yaşanan olaylara bağlı zorlukları olan kişilerle çalışıldığı, hedefin bir patolojinin tedavisi olmadığı hatırlanmalıdır. Bu amaçla ev, iş, yakın kaybı gibi, çoğul kayıpların olduğu, krizin süregelen hale geldiği durumlarda temel ihtiyaçlar ve güvenlik sağlandıktan sonra, daha yoğun destek gerektiren durumlarda, olaya bağlı zorluklarla başa çıkmaya ve devam eden sıkıntıları yatıştırmaya, işlevselliği arttırmaya yardımcı olacak becerilerin kazandırılmasına yönelik müdahaleler olarak Psikolojik Bilgilendirme, Psikolojik İyileştirme Becerileri (PİB), Psikolojik İlk Yardım (PİY) uygulanır (Başterzi ve ark. 2021, Yüksel 2020).

Psikolojik ilk yardımda, olumlu başa çıkma yolları desteklenir, olumsuz olanlara dikkat çekilir. Yardım, bu konuda eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından yapılır. Erken ruhsal müdahalelerin beş temel ilkesi; önce güvenliği sağlamak,

kişinin yakınlarıyla ilişki kurmasını sağlamak, ihtiyacına göre ilgili kaynaklara yönlendirmek, öz-yeterliliğini desteklemek biçimindedir. Kişinin olumsuz duyguları düzenleme ve pratik sorunları çözme becerisini yeniden düzenleyerek başlanabilir. Umut bir kişinin eylemlerinin olumlu sonuçlanacağına dair inancıdır. Gerçekçi olmayan umut verici vaatlerde bulunulmamalıdır.

Psikolojik İyileştirme Becerileri içeren müdahaleler, afetlerin farklı aşamalarda fiziksel, duygusal, davranışsal ve zihinsel birtakım tepkilere yol açabileceği anlayışı temelinde geliştirilmiştir. Bu müdahalelerde kişinin sorunları psikopatolojiyle ilişkilendirmez ve kişiye kontrolünü ve yeterliğini yeniden kazandırmak hedeflenir.

Afet koşullarında bir kişiyle ortalama üç ile beş görüşme yapılması önerilir. Gereksinime göre tek görüşme de yeterli olabilir. Görüşme sayısını belirlemek için kişi ile ilk temasın ne zaman yapıldığı önemlidir. Afetin başlangıcından ne kadar süre geçtiği, zorlayıcı durumun ortaya çıkmasından ne kadar süre sonra kişi ile görüşülebildiği görüşme kararını etkiler. Örneğin, kişinin olaya ilişkin hatırlatıcılardan kaçınma ihtiyacı sürecin başlarında ilerleyen aşamalardakinden farklıdır. Dolayısıyla kaçınmaya müdahale kararında, maruz kalmanın üzerinden ne kadar zaman geçtiği belirleyici olacaktır.

Kişiye ne tür becerilerin öğretileceği de zamanla ilgilidir. İlk aşamada hedefler daha basit günlük yaşama ait pratik problemleri çözme becerilerine sınırlıdır. İlerleyen dönemde hedefler farklılaşır; örneğin tepkileri yönetmek, işlevsel olmayan düşüncelerle başa çıkmak, ihtiyaçları netleştirmek, acil ihtiyaçlar arasında öncelikli olanları seçmek de gündeme eklenir.

Afetlerde ve kitlesel travmalardaki zorlayıcı koşullara rağmen uygulamalarda temel tıp etik ilkelerinden olan travma mağdurlarının güçlendirilmesi ve zarar verilmemesi özenle uygulanmalıdır.

### **Afetler Sonrası Zihni Anlamak, Anlamlandırmak ve Yaklaşmak**

**Tamer Aker**

Dünya üzerinde en fazla güvenebileceğimiz yegane nesne 'toprak ana'dır. Deprem insanı toprak anasından vuran bir olgudur. Dolayısıyla tüm bildiklerimizi, inanç sistemimizi, güven duygumuzu tamamen yerinden söküp atar.

Dünyanın batısına doğru gidildikçe, doğuya göre insanı etkileyen felaketlerin daha az sayıda yaşandığını görebiliyoruz. Batıdaki afetlerle ilgili çalışan görece çok fazla uzman olduğu kolaylıkla fark edilebilmektedir. Doğuya doğru gittiğimizde ise felaketlerin insanın peşini bırakmadığı, çok daha az sayıda uzman olduğu ve uzmanların yeterli bilgi ve beceri donanımına sahip olamayabildikleri gözlenmektedir. Sonuç olarak afetler insanın güvenini yerle bir eden, insanın büyük oranda neden olduğu adaletsiz olaylardır.

Topluluklara ya da bireylere yaklaşıırken zihnimizi ne şekilde kurgulayacağımızı basit bir piramit üzerinde canlandırabiliriz. Piramidin zemininde genellikle "ruh sağlığı çalışmaları ya da psikososyal çalışmalar temel ihtiyaçların karşılanmasından sonra başlar" tartışmasının olduğunu öteden beri görebiliriz. Fakat yaşanan onca deneyimde gördüğümüz üzere aslında bu tür çalışmalar sıfırinci saniyeden bile önce başlamaktadır. Çok daha öncesinden gerekli hazırlık çalışmaları yapılmalıdır. Ruh sağlığının yerinin sıfırinci saniye olmadığını kabul etmeli, hazır olmalıyız (Aker 2012).

Piramide tepeden başlandığı zaman bir takım travmatik stres tepkileri ile karşılaşılacaktır. Örneğin korkular, kabuslar, kaçınma davranışları, çökkünlük tepkileri, somatizasyon tepkileri, disosiyatif tepkiler, cinsel işlev sorunları ile karşılaşılabilir. Aslında psikiyatride bildiğimiz neredeyse bütün hastalık ya da sorunlar karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle afet ya da travma eşittir TSSB bilgisi çok yetersiz kalacaktır (Aker ve ark. 2014).

Piramidin üst tarafında, bir birey için uygulayabileceğimiz yöntemler; ilişkilenecek, bağ kurmak, ilk yardımı yapmak, açıklamak, kişinin anlam dünyasını düzenlemesine katkı sunmak, yönlendirmek, ilişkilendirmek, ortaya çıkan bazı belirtileri düzenlemeye çalışmak olmalıdır. Ortaya çıkan belirtileri anlamlandırmak önemlidir. Yeniden yaşantılamaya ile karşımızdaki zihin konuşmak ve dertleşmek istemektedir. O zihni güven içerisinde konuşarak, dertleşerek bir şekilde boşaltmak ve sağıltmak gerekir. Ruh sağlığı profesyonelleri tedavinin her aşamasında becerilerine ilişkin alt yapıyı sergilemeye çalışmalıdır. Psikiyatristler yatkın oldukları, kullanışlı buldukları, etkili olabilecek, bilimsel buldukları alanlardan ve yaklaşımlardan vazgeçmemelidir. Tüm bunları yaparken de öz bakımlarına son derece dikkat etmelidirler (Aker 2012).

Afette çalışan psikiyatristler zihinlerinin ortaya çıkardığı tepkileri olağanlaştırmalı ve farkına vararak gerekirse azaltmaya çalışmalıdır. Yalnız olmadığımızı, yan yana olduğumuzu bilmeli, güven duygusunu tekrar tekrar birbirimize vermeye çalışmalıyız. Bireylerin öfkelerinin bir anlamda korkudan, kaygıdan, çaresizlikten kaynaklandığını bilmeliyiz. İnsanların birbirine anlatımlarına da olanak tanımamız, en önemlisi de onları dinlememiz çok kıymetli olacaktır. Zihin piramidinin tepelerinde çalışırken insanın derin, kadim ve toplumsallaşmaya dair özelliklerini de unutmamalıyız.

### **Depreme Çocuk Ruh Sağlığı Açısından Sistemantik Bakış**

**Yankı Yazgan**

Kitleleri etkileyen afetlerde ruh sağlığı hizmetleri bildiğimiz modellerin dışına çıkmak zorunda kalır. Kamunun barınma, beslenme ve güvenlik görevlerini yerine getirmesini sağlamak ruh sağlığına dönük çalışmaların temel adımıdır. Ruh sağlığı hizmeti psikiyatristin doğrudan hastasıyla yaptığı çalışmanın

ötesinde ögeler içerir. Çoğu kez anormal bir duruma normal reaksiyonlardan oluşan travma sonrası stres belirtileri toplumsal destek ve dayanışma ölçüsünde hafifler. Psikiyatristin rolü bu örgütlenmelerin işleyişini sağlamak ile etkinleşir.

Risk etkenlerinin başında depremin hemen sonrasındaki saatler ve günlerde, aç, açıkta ve güvenliksiz ortamda kalmak gelmektedir. Enkaz altında kalmış olmak, ölümlere tanık olmuş olmak, kayıpların ve geçmiş yaşantıda travmatik deneyimlerin varlığı ve depresyon öncesindeki işlevsellik düzeyi riskleri etkilemektedir. Bu risk etkenlerine göre yapılacak bir sınıflandırma, öncelikle ağır Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) (kendiliğinden yatışma olasılığı düşük, hızlı müdahale gereği yüksek) olasılığını yordamaya yarar (Laor ve ark. 2002).

Çocuk ve ergenlerin duyu ve davranış düzenlemesi içinde oldukları bağlama bağlıdır. Travma sonrasındaki dönemde yalnız kalmamak, temel ihtiyaçların karşılanmış olması, kayıpların azlığı yas ve travmatik stresin ruhsal bozukluğa dönüşme riskini azaltır. Okulların ve çocukların doğal yaşam alanlarının açılması en öncelikli gündelik rutindir. Bu kapsamda çocukların hayatında birincil rol oynayan öğretmen ve annelerin psikolojik ilk yardım becerileriyle güçlendirilmesi önleyici bir ruh sağlığı müdahalesidir (Wolmer ve ark. 2003).

## Çocuklarda Psikolojik İlk Yardım

Bengi Semerci

Travmalar çocukların ve gençlerin alışık oldukları düzenlerinin bozulmasına, güven sistemlerinin sarsılmasına, geleceğe ilişkin endişelerinin artmasına, yeterlilik duygularının zedelenmesine, suçluluk duymalarına, derin üzüntü ve kontrol kaybı hissi yaşamalarına neden olabilir. Erken dönem yaşanan kayıplar (ebeveyn ve diğerleri), yaşanan ve tanık olunan fiziksel sorunlar, yaralıları ve ölüleri görme gibi bütün olaylar çocukların duygusal bağlanmalarını kesintiye uğratabilir. Bu durum ilk aşamada iyi ele alınmazsa gelecekte ruhsal ve sosyal sorunlara yol açar (Terr 2003).

Çocuklar yaşlarına, gelişim dönemlerine, maruz kaldıkları travmanın niteliğine (sadece depresyon yaşamak, enkaz altında kalmak, ebeveyn-kardeş kaybı, ölümlere tanık olmak vb) göre farklı şekilde etkilenebilir. Etkilenen her çocukta görülen tepkiler aynı olmayabilir. Bu nedenle etkilenen çocuklara farklı müdahaleler gerekebilir.

Çocuklarda psikolojik ilk yardım için ilk basamak temel ihtiyaçların karşılanmasıdır. Çocukların beslenmeleri, barınmaları, uyku düzenlerinin sağlanması travmanın kalıcı etkilerinden korumanın temelini oluşturur. Bebelerin anneleri varsa emzirmeye devam etmelerini sağlamak gerekir.

İkinci önemli adım güvenliğin sağlanmasıdır. Güven duygusunun sağlanması için çocukların anne öncelikli olmak üzere ebeveynleri ile birlikte olmaları önemlidir. Bu nedenle çocukları aileleri, yakınları, tanıdıkları ile birleştirmek gerekir.

Bunu sağlamak için gerekli kurumlarla işbirliği yapılmalıdır. Ailelerin birleştirilmesi ebeveynlerin ve erişkinlerin ruh sağlığı açısından da önemlidir. Diğer bir seçeneğin bulunmadığı krizlerde ve acil durumlarda, uzun dönemli bir çözüm sağlanana kadar ayrı düşmüş çocukları koruyacak geçici merkezler açmak gerekebilir. Aileleriyle bir araya gelmeyi bekleyen ayrı düşmüş çocuklarla, uygun bakım ve korumayı sağlayabilecek bir birey ya da ailenin ilgilenmesi mümkündür. Genellikle uygun destek sağlamak konusunda yetersiz kaldıkları için kurumları son çare olarak görmek gerekir (IASC 2007).

Çocuklarla ilgilenecek kişilere travmaya bağlı ortaya çıkabilecek bulguların anlatılması, bunların normal tepkiler olduğunun, hastalıkla ilişkili olmadıklarının belirtilmesi eğitimin bir parçası olmalıdır. Travmaya karşı oluşan tepkiler yaşa göre değişir. İdrar kaçırma, yeme bozuklukları, mide-bağırsak sistemi sorunları, uyku bozuklukları, korkular, huzursuzluk, hırçınlık okul öncesi ve okul dönemi çocuklarında görülebilen ortak sorunlardır. Ayrıca okul döneminde bunlara konsantrasyon sorunları, içe kapanma eklenebilir. Her iki dönemde en önemli sorunlardan biri ayrılık kaygısıdır. Anneden ya da bakımveren kişiden ayrılmak istememe, sürekli birlikte olma isteği önemli ve kalıcı olma riski olan sorunlardandır.

Ergenlik döneminde ise bu bulgulara ek olarak riskli davranışlar ve intihar girişimi açısından dikkatli olmak gerekir (Cohen ve ark. 2010, Deykin 1999). Çocukların ve gençlerin kısa sürede günlük rutinlerine dönmeleri onarıcıdır ve travma etkilerinin uzamasını engelleyicidir. Çocukların depreme ilişkin duygularını dinlemek, konuşmayan çocuklarla konuşarak, gerekirse oyun oynayarak ilişki kurmak, şarkı söylemek, resim çizdirmek ilk yardım için kullanılacak uygun yöntemlerdir (Terr 2003).

Rutin içine en kısa zamanda okul sistemini sokmak gerekir. Bu hem eğitimden uzak kalmaya ilişkin endişeleri azaltır hem de çocukların yaş grupları ile birlikte olmalarını sağlayarak adeta grup terapisi etkisi görür. Öğretmenlerin eğitilerek çocuklara yapacakları katkılar da çocukları travmanın etkilerinden koruyucudur. Ayrıca ergenlerin depresyon sürecinde bazı yardımlar yapmalarına, çalışmalara katılmalarına izin vermek onların kontrolü ele aldıkları ve yararlı oldukları duygusunu pekiştirir.

## Çocuklarda Erken Dönemde Ruhsal Belirtiler ve Müdahale

Süleyman Çakıroğlu

Doğal afetler ve travmalar sonrasında erken dönem ilk bir ayı kapsayan süre olarak değerlendirilir (Başterzi ve ark. 2017). İlk birkaç gün kriz dönemi olarak ayrıca ele alınabilir. Olaylar sonrasındaki erken dönemde ortaya çıkan yanıt bir yanı ile sağlıklıdır ve zihnin, bedeninin yaşamda kalma çabasının sonucudur. Akut stres yanıtı olarak ele alınabilecek bu dönem ICD-11'de travma sonrası iki hafta içinde yatışması beklenen

geçici bir tepki olarak tanımlanmıştır (DSÖ 2018a). Bu tanım ruhsal bir bozukluğu tarif etmemektedir ve bu tanım sonraki problemler için ön görücü değildir. Bu dönemde görülmesi olası belirtiler; olayla ilgili duygu, düşünce ve konuşmalardan kaçınma (%51), gerçeklik algısında değişme (%42), rahatsız edici anıları yeniden yaşantılama (%40) şeklindedir (Kassam-Adams ve ark. 2012). Ek olarak çocuklarda erken dönemde gözden kaçmaması gereken önemli bir belirti ayrılık kaygısıdır. İlk ay çocukların konuşamamalarına, az veya çok konuşmalarına izin vermek gerekir, zorlamamak önemlidir. Empatik bir tutumla destek sunmak, tehdit ve tehlike hislerini uyardırmadan gerekli bilgileri edinmek gereklidir. Mümkünse travmatik olayı ve ayrıntılarını konuşmamak uygundur. Çocuğun güvenliğini tesis etmek değerlidir; çocuğun yanında kimlerin olduğu dikkatle incelenmelidir. İnsani temas, duygusal destek ve diğerleri ile bağlantı kurulmasının sağlanması ilk yapılacak müdahaledir. Çocuğun psikoeğitsel bir yaklaşımla bilgilendirilmesi ve bu dönemde yaşadığı duyguların normal bir süreç olduğunun çocuğa uygun bir dille izah edilmesi gereklidir. Ailelerin çocukları ile ilişkili olarak neler yapabileceğine dair temel bilgilerin ailelere yeniden sunulması ve tarif edilmesi uygun olacaktır. Eğer etkilenen kişi bebek ise şefkatle kucaklanması, sarılınması, ek olarak eğer mümkünse, düzenli bir şekilde beslenmesi ve uyutulması önemli olacaktır.

Küçük çocukların medyadan uzak tutulması, olaylardan onların sorumlu olmadığını açıklanması ve gerekirse hatırlatılması önemlidir. Çocuğa olayın ne olduğu hakkında korkutucu ayrıntılar vermeden, basitçe çocuğun sorularının cevaplanması isabetli bir yöntemdir. Çocukların bu dönemde verdikleri tepkiler konusunda ailelerin sabırlı olması önerilir; yatak ısıtma, parmak emme, tırnak yeme, yemek yememe vb. durumlarda sakin kalınmalıdır. Daha büyük çocuklar ve ergenlerin duygularını akranları ve güvendiği yetişkinler ile paylaşması teşvik edilmelidir (Bonanno ve ark. 2006, Briere ve Scott 2016, De Wolfe 2000, Walsh 2007, Zara 2011).

### **Kitlesel Travma ve Afetlerde Psikiyatrik Kayıtlar ve Adli Psikiyatri**

**Mustafa Sercan**

Doğal afetlerde ihmal ya da kasıtlı doğan zararlar nedeniyle suçlanan sanıklar bulunabilir. Afet sonrası mağdurların uğradığı zararların saptanması ve kanıtlanması, zararlarının tazmin ve telafi edilmesi gerekebilir. Ruh sağlığı çalışanlarının tutması gereken kayıtlarla ilgili hazırlıklarda adli psikiyatrik bakış açısının özü şudur: Kayıt sistemi bir yargılamaya belge sağlayacağı düşünülerek kurulmalı, kayıtlar bir gün adli psikiyatrik belge olacağı düşünülerek tutulmalıdır.

Afet ortamlarında verilecek sağlık ve psikososyal destek hizmetlerinin ön çalışmaları kayıtların düzenlenmesini kapsamalı, uygun özelliklerde kayıt sistemi (defter ya da bilgisayar dosyası) içermelidir. Psikososyal destek çalışmalarında tutulacak

kayıtlar süreçle ilgili bütün evreleri kapsamalıdır. Kayıtlar yardım çalışmalarının planlanma ve uygulanmasıyla ilgili süreç ve ayrıntıları, psikososyal destek verenler ve alanlarla ilgili verileri içermelidir (Babalıoğlu 2001).

1. Yapılacak müdahalenin zararını önleyici ve yarar sağlayıcı olması için hizmet verilecekleri toplumsal, kültürel ve demografik yönden tanımak zorunludur.
2. Yalnızca hizmet verilenlerden toplanan verilerin değil uygulamanın bütün süreçlerinin, olumlu gelişmeler kadar aksamaların da kaydedilmesi gerekir.
3. Hizmet vericilerin profesyonel yönden ve hizmetin örgütlenmesi bakımından eğitilmesi ve bu süreçlerin kaydı zorunludur.
4. Hizmet projesinin eşgüdümü planlanmış olmalı ve planın işleyişi eşgüdüm bakımından denetlenmelidir (HHS 2009, IASC 2007).
5. Müdahale sırasında destek önceliği için bir sistem kurulmalı ve kayıtlar bu sisteme göre tutulmalıdır.

Kayıtların tutulmasında şunlara dikkat edilmelidir: Muayene ayrıntılı yapılmalı ve kaydedilmelidir. Kısa kayıtlar tutulurken muayene edilen yetilerde bozukluk olmadığında yetilerin adı anılarak belirtilmeli, bozulmuş yetiler için bozulmanın ne olduğu anılmalı, tanı ya da olası tanı yazılmalıdır. İnsan eliyle oluşmuş travmalarda kişilerin İstanbul Protokolü (BM 2009)'ne göre muayene edilip kaydedilmesi önemlidir. Kayıtlar sürekli bir kurum adına hizmet verilmişse kurumun arşivinde, gönüllü ve geçici bir kurum adına hizmet verilmişse, yerel otorite (Sağlık Müdürlüğü)'nin kararıyla gösterilen bir kurumun (tercihen bir hastanenin) arşivinde saklanmalıdır.

Kayıtlar yargılama gerektiğinde bir kanıt niteliği kazanır. Kayıtların zarar görmesi hak kaybına yol açabileceğinden aynı zamanda insan hakları yönünden de sonuçları olacaktır (Bulling ve Abdel-Monem 2009).

Sonuç olarak iyi tutulmuş ve iyi saklanmış bir kayıt afetzedeleri ikincil ya da üçüncül travmalardan korumanın yollarından biri olarak düşünülebilir.

### **Kötü Haber ve Ölüm Haberi Verme**

**Burcu Rahşan Erim**

Kötü haber “ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini alt üst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj” olarak tanımlanmaktadır (Ptacek ve Eberhardt 1996). Kötü haber bu anlamda hem bildirimde bulunan hem de bildirim yapıldığı kişi açısından ciddi bir duygusal zorlanma içerir. Kötü haber, haberi alan kişi için hayatın sonu gibi hissettiren, umudunu, geleceğe yönelik planlarını yok eden bir haberdir (Harman ve



Arnold 2023, Tanrıverdi 2021). Bu yönüyle tıbbi ve ruhsal iyileşme sürecine etkileri göz önünde tutulduğunda haberin verilme şeklinin öneminin daha da arttığı anlaşılır.

Tıbbi kötü haberin normal şartlarda hastayı takip eden, tanıyı koyan ve tıbbi uygulamayı yapan doktor tarafından verilmesinin uygun olduğu konusunda görüş birliği vardır (Tanrıverdi 2021). Ancak afet ve kitlesel travmalar sonrasında, tıbbi müdahaleyi yapan acil servis hekimleri ya da cerrahlar ardışık çok sayıda müdahalede görev aldıkları için tedavi ekibinin kötü haber veya ölüm haberi vermesi mümkün olmayabilecektir. Bu nedenle kitlesel travmalarda ruh sağlığı profesyonellerinin yapması gerekenler genişleyebilir (Başterzi ve ark. 2017). Böyle süreçlerde kötü haberin, özellikle de ölüm haberinin hasta ve hasta yakınına uygun biçimde verilmesini sağlamak psikiyatristin rehber ve lideri olduğu psikososyal destek ekibinin ödevi olabilir.

Tıbbi kötü haber çerçevesinde uygulanacak tıbbi işleme dair tedavi ekibinden bir hekim hastaya, hastalık süreciyle ilgili olarak ne durumda olduğu, sonraki adımda onu neler beklediği, ne yapması gerektiği, nereden ve kim tarafından izleneceği gibi konularda bilgilendirilme yapılmalıdır. Bu süreçte psikososyal destek ekibinin de eşlik ederek hastaya tıbbi işlemin ardından kendisinin yeniden ziyaret edileceğini söylemesi ve planlı ziyaretler gerçekleştirilmesi hem tıbbi hem de ruhsal iyileşme süreci açısından katkı sağlayacaktır.

Kötü haber ve ölüm haberi mümkünse yüz yüze verilmelidir. Ancak haberin kaçınılmaz olarak telefonla da verildiği durumlar olacaktır. Bu durumda, haberi alacak kişiye o sırada uygun olup olmadığının sorulması, mümkünse sessiz ve dikkat dağıtıcı unsurların olmadığı bir yere geçmesi ve oturması önerilerek, mümkünse kendisine destek olabilecek bir kişinin eşlik etmesi istenmeli, ardından haber kendisine verilmelidir.

Ölüm haberi verirken önerilen işleyiş özetle aşağıdaki gibidir (Baile 2015, Demirkol ve Koç 2018, Tanrıverdi 2021, Yiğiter Şenol ve Yardim 2018):

- Öncelikle hakkında haber verilecek ve haberi alacak kişinin kimlik bilgileri teyit edilmelidir.
- Ölüm hakkında bilgi toplanarak sorulacak sorular için hazırlık yapılmalıdır.
- Kişiye ismiyle, göz teması kurarak hitap etmek ve ses tonunu konuşma içeriğine göre ayarlamak gereklidir.
- Kişiye kötü haber alacağını iletterek başlamak gerekir.
- Varsa destek verebilecek yakın akrabaları belirlemek ve iletişim bilgilerinin bulunması yararlıdır.
- Haberi verirken soyut, muğlak ya da kafa karışıklığına yol açabilecek deyimler kullanılmadan net, teknik olmayan, kolay anlaşılır, somut bir dil uygun olacaktır.

- Bilgilendirme yaparken kişinin yaşı, sosyokültürel düzeyi, inanç sistemleri gibi özelliklerinin dikkate alınması önemlidir.
- Haberi verdikten sonra kişinin verilen haberi anladığından emin olunmalı, kişiye haberi algılaması ve tepki vermesi açısından zaman tanınmalıdır.
- Kişide bu sırada hissizlik, şok, şaşkınlık, inanmama, inkâr etme, öfke ya da acı, suçlama, üzüntü, suçluluk hissi gibi tepkiler görülebilir.
- Acele edilmemeli, anlaşılamayan ya da hatırlanamayan bilgileri tekrarlamaya ve sorulacak soruları yanıtlamaya hazırlıklı olunmalıdır.
- Bilgi sahibi olunmayan şeyler konusunda açık davranılmalıdır.
- Tedavi görürken ölen kişinin yakınları sonraki adımda yapılacaklarla ilgili bilgilendirilmeli ve cenaze işlerine bakan hastane personeliyle temas kurmaları için uygun şekilde yönlendirilmelidir.

Kötü haber vermenin bir formülü ya da tamamıyla başarılı bir yolu yoktur! Empatik olmak, kişinin özerkliğine saygı duymak, içinde bulunulan şartlarda en uygun biçimde bu haberi vermek temel amaçtır.

## Afetlerde Tükenmişlik

### İlker Küçükparlak

Tükenmişlik ciddi yaşamsal krizlere neden olabilen bir durumdur. ICD-11'e göre tükenmişlik "başarılı biçimde yönetilmemiş kronik işyeri stresi sonucu" ortaya çıkmaktadır (DSÖ 2018b). Bu bağlamda tükenmişlik için çalışma koşullarıyla ilgili bazı risk etkenleri tanımlanmıştır. Bunlar rol karmaşası, iş yükü, iş güvencesi ve kontrol algısıyla ilgili sorunlar takdir ve değer uyumsuzluğu olarak sıralanabilir.

Afet gibi hızlı biçimde yeni bir organizasyona girilen ve yoğun iş yükü barındıran bir ortam tükenmişlik açısından fazladan riskler içerir. Çalışanla ilgili mükemmeliyetçilik, karamsarlık, kontrolçülük, sosyal destek eksikliği gibi risk etkenleri de afet dönemlerinde belirginleşebilmektedir. İkincil travmatizasyon da tükenmişlik için risk oluşturmaktadır (Küçükparlak 2021). Sayılan bu unsurlar afetleri tükenmişlik açısından ileri derecede riskli hale getirmektedir.

Örgütsel düzlemde tükenmişlikten korunmak için afet ve sonuçlarının, çalışılan projenin veya afetten etkilenen yakınlar ya da meslektaşların durumlarının güncel biçimde takip edilebilmesi gereklidir. Bunun için de iyi iletişim esastır. Ayrıca hizmet sunumu ve çalışma koşullarının netleşmesi için düzenli multidisipliner takım toplantıları da önerilir. Deneyimli bir çalışanla deneyimsiz bir çalışanın eşleştirildiği ve çalışanların

birbirlerinin bedensel ve ruhsal iyilik hallerini gözettikleri “badi sistemi” de öneriler arasındadır (DSÖ 2018b).

Tükenmişlikten bireysel düzlemde korunmakla ilgili en önemli unsur duruma dair bilgilenmek olabilir. Tükenmişlikle bozulan performansın, kişinin kendilik temsilini çok olumsuz biçimde etkileyebileceği bilinmektedir (Maslach ve Jackson 1981). Bu durumun depresyonla ilişkili klinik özellikleri daha da alevlendirebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Afet durumlarında afetten birincil derecede etkilenen kişilerle aşırı özdeşimin, baskıcı bir süperego varlığında tükenmişlikten korunmayı umursamamaya, hatta bilinçdışı biçimde tükenmişliğe girerek hayatta ve sağlıklı oluyor olmanın “kefareti” ödeme arzulamaya kadar varabileceği düşünülebilir.

Tükenmişlik geliştikten sonra ise öncelikle bozulan kendilik imgesini hızla restore etmek amacıyla psikoeğitim uygulanabilir. Beraberinde “hasta eden ortam” yaklaşımı ile çalışma koşulları ele alınmalı ve gerekiyorsa tıbbi istirahat raporu vermek de dahil olmak üzere çalışma koşullarının değiştirilmesi için harekete geçilmelidir. Son olarak uyku bozuklukları, dürtüsellik, kaygı gibi belirtiler psikofarmakolojik açıdan ele alınmalıdır.

## SONUÇ

Ruh sağlığı çalışanları Türkiye’de yıllardır yaşanan kitlesel travmalar ve büyük ölçekli afetlerde büyük bir gayretle bilgi ve becerilerini ortaya koymaktadır. Afetlerde edindikleri deneyim ruh sağlığı çalışanlarını da geliştirmektedir. Afet şartlarında uygulama çok kez en ideal şekilde olmayabilir ancak karşındakine zarar vermemek öncelik olmalıdır. Bu yazı da afet dönemlerinde olabildiğince yaygın ve uygun şekilde psikolojik ilk yardım uygulanabilmesi, yapılacak düzenleme ve uygulamaların afetlerden etkilenenlere zarar vermeyecek şekilde planlanabilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Emegimizi, bilgimizi birleştirerek dayanışma içinde daha uygun ve yararlı olacak yaklaşımları birlikte geliştirmek dileğiyle.

## KAYNAKLAR

- AFAD (2022) Tamp Türkiye Afet Müdahale Planı. Ankara, TC İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı.
- Aggarwal P, Tucker R (2017) Psychiatric Aspects of Medical–Surgical Disaster Care. Textbook of Disaster Psychiatry, R Ursano, C Fullerton, L Weisaeth ve ark. (Ed), Cambridge University Press, s. 124-39.
- Aker T (2012) Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Aker T, Aydın N, Beşiroğlu L ve ark. (2014) Van-Erciş 2011 Depremleri Tpd Etkinlikleri Ve Deneyimleri. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Andrewes DG, Jenkins LM (2019) The Role of the Amygdala and the Ventromedial Prefrontal Cortex in Emotional Regulation: Implications for Post-Traumatic Stress Disorder. *Neuropsychol Rev*, 29: 220-43.
- APA (2013) Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

- APA (2017) Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. APA GDP for the treatment of PTSD in adults (ed), Washington DC, American Psychological Association. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- Astill Wright L, Sijbrandij M, Sinnerton R ve ark. (2019) Pharmacological Prevention and Early Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Transl Psychiatry* 9: 334.
- Babalioğlu N (2001) Afetlerde Ruhsal Yardım. Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi (24-28 Ekim 2000-Yalova) Kurs Notları. Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Baile WF (2015) Giving Bad News. *Oncologist* 20: 852-3.
- Başterzi A (2021) Kitlesel Travmalarda Akut Dönemde İl Ruhsal Değerlendirme Ve Müdahale. Kitlesel Travmalar Ve Afetlerde Ruhsal Hastalıkları Önleme, Müdahale Ve Sağlık Kılavuzu. Ş Yüksel, A Başterzi (Ed), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Başterzi A, Yılmaz B, Yüksel Ş (2021) Süreğiden Bir Travma Olarak Covid-19 Pandemisi Sırasında Ruhsal Değerlendirme Ve Müdahale Rehberi. Kitlesel Travmalar Ve Afetlerde Ruhsal Hastalıkları Önleme, Müdahale Ve Sağlık Kılavuzu. Ş Yüksel, A Başterzi (Ed), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Başterzi A, Yüksel S, Aker A ve ark. (2017) İnsan Kaynaklı Kitlesel Travmalar Sonrası Ruhsal Açından Değerlendirme Ve İl Müdahale Rehberi. [30 Eylül 2018 tarihinde <http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2132017203938-Insan-Kaynakli-Kitlesel-Travmalar-Sonrasi-Ruhsal-Acidan-Degerlendirme-Ilk-Mudahale-Rehberi.pdf> adresinden indirildi]
- Bisson JI, Berliner L, Cloitre M ve ark. (2019) The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *J Trauma Stress* 32: 475-83.
- BM (2009) İstanbul Protokolü: İşkence Ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele Veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması Ve Belgelenmesi İçin Kılavuz. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A ve ark. (2006) Psychological Resilience after Disaster: New York City in the Aftermath of the September 11th Terrorist Attack. *Psychol Sci* 17: 181-6.
- Briere J, Scott C (2016) Travma Terapisinin İlkeleri Belirtiler, Değerlendirme Ve Tedavi İçin Bir Kılavuz-DSM-5 İçin Güncellenmiş. İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s. 89-117.
- Bulling D, Abdel-Monem T (2009) Disaster Mental Health. *Wiley Encyclopedia of Forensic Science*, 2 (C-E), A Jamieson, A Moenssens (Ed).
- Cohen JA, Bukstein O, Walter H ve ark. (2010) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49: 414-30.
- De Wolfe D (2000) Field Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters. Washington DC, Washington Center for Mental Health Service, s. 1-28.
- Deykin EY (1999) Posttraumatic Stress Disorder in Childhood and Adolescence. *Medscape General Medicine*, 1.
- DSÖ (2018a) . Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması, Dünya Sağlık Örgütü. Cenevre.
- DSÖ (2018b) Occupational Safety and Health in Public Health Emergencies: A Manual for Protecting Health Workers and Responders. Cenevre.
- Ehlers A, Clark DM (2000) A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder. *Behav Res Ther* 38: 319-45.
- Geldenhuis C, van den Heuvel LL, Steyn P ve ark. (2022) Pharmacological Management of Nightmares Associated with Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Drugs* 36: 721-37.
- Guerin B, Miyazaki Y (2006) Analyzing Rumors, Gossip, and Urban Legends through Their Conversational Properties. *The Psychological Record*, 56: 23-33.
- Halpern J, Vermeulen K (2017) Disaster Mental Health Interventions: Core Principles and Practices. Routledge/Taylor and Francis Group.
- Harman SM, Arnold RM (2023) Discussing Serious News. Uptodate, SD Block (Ed).

- HHS (2009) Practice Guidelines: Core Elements for Responding to Mental Health Crises. Rockville, MD, Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Holbrook TL, Galarneau MR, Dye JL ve ark. (2010) Morphine Use after Combat Injury in Iraq and Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med* 362: 110-7.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC. 2007.
- Kassam-Adams N, Palmieri PA, Rork K ve ark. (2012) Acute Stress Symptoms in Children: Results from an International Data Archive. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 51: 812-20.
- Küçükparlak İ (2021) Kitlesel Travmalarda İkinci Travmatizasyon Ve Tükenmişlik. *Kitlesel Travmalar Ve Afetlerde Ruhsal Hastalıkları Önleme, Müdahale Ve Sağaltım Kılavuzu*, A Başterzi, Ş Yüksel (Ed), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Laor N, Wolmer L, Kora M ve ark. (2002) Posttraumatic, Dissociative and Grief Symptoms in Turkish Children Exposed to the 1999 Earthquakes. *J Nerv Ment Dis* 190: 824-32.
- Lima BR, Pai S, Lozano J ve ark. (1990) The Stability of Emotional Symptoms among Disaster Victims in a Developing Country. *J Trauma Stress* 3: 497-505.
- Martin A, Naunton M, Kosari S ve ark. (2021) Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review. *J Clin Med* 10.
- Maslach C, Jackson SE (1981) The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior* 2: 99-113.
- Morganstein J, West J, Huff L ve ark. (2016) Psychosocial Responses to Disaster and Exposures: Distress Reactions, Health Risk Behavior, and Mental Disorders *J Shigemura, RK Chhem (Ed), s. 99-118.*
- Nasrallah HA, Sarihan P (2018) The Use of Antipsychotics in Ptsd. *Post-Traumatic Stress Disorder, C Nemeroff, C Marmar (Ed), New York, Oxford University Press.*
- NICE (2018) Post-Traumatic Stress Disorder -NICE Guideline [Ng116].
- Norman SB, Stein MB, Dimsdale JE ve ark. (2008) Pain in the Aftermath of Trauma Is a Risk Factor for Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychol Med* 38: 533-42.
- Norwood AE, Ursano RJ, Fullerton CS (2000) Disaster Psychiatry: Principles and Practice. *Psychiatr Q* 71: 207-26.
- Pracek JT, Eberhardt TL (1996) Breaking Bad News. A Review of the Literature. *JAMA* 276: 496-502.
- Rao K (2006) Psychosocial Support in Disaster-Affected Communities. *Int Rev Psychiatry* 18: 501-5.
- Reyes G, Elhai J (2004) Psychosocial Interventions in the Early Phases of Disasters. *Psychotherapy* 41: 399.
- Ruzek JI, Brymer MJ, Jacobs AK ve ark. (2007) Psychological First Aid. *Journal of Mental Health Counseling* 29: 17-49.
- Schauer M, Schauer E (2010) Trauma-Focused Public Mental-Health Interventions: A Paradigm Shift in Humanitarian Assistance and Aid Work. *Trauma Rehabilitation after War and Conflict, E Martz (Ed), New York, Springer.*
- Tanrıverdi E (2021) Tıpta Kötü Haber Verme Ve Hayatı Değiştiren Bilgilerin Paylaşılması. *İletişimi Temel Prensipleri, K Taştan (Ed), İstanbul, Eğitim Yayınevi s. 195-208.*
- Terr LC (2003) Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Focus* 1: 322-34.
- Tol WA, Patel V, Tomlinson M ve ark. (2011) Research Priorities for Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings. *PLoS Med* 8: e1001096.
- Tural U, Coskun B, Onder E ve ark. (2004) Psychological Consequences of the 1999 Earthquake in Turkey. *J Trauma Stress* 17: 451-9.
- Walsh F (2007) Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience. *Fam Process* 46: 207-27.
- Weber FC, Wetter TC (2022) The Many Faces of Sleep Disorders in Post-Traumatic Stress Disorder: An Update on Clinical Features and Treatment. *Neuropsychobiology* 81: 85-97.
- Wolmer L, Laor N, Yazgan Y (2003) School Reactivation Programs after Disaster: Could Teachers Serve as Clinical Mediators? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 12: 363-81.
- Yiğiter Şenol Y, Yardim S (2018) Kötü Haber Vermede İletişim Becerileri. *Tıp Eğitimi Dünyası* 17: 60-8.
- Yıldırım E (2005) Marmara Depreminin Toplumsal, Ekonomik Sonuçları Ve Adapazarı Bir Depremden Sonra...Bir Depremden Önce, Ş Yüksel, M Sercan, U Sezgin ve ark. (Ed), İstanbul, İletişim Vakfı Yayınları s. 20-38.
- Yıldırım E, İskender G (2021) Akut Dönemde Ruhsal Yaklaşımlar. *Kitlesel Travmalar Ve Afetlerde Ruhsal Hastalıkları Önleme, Müdahale Ve Sağaltım Kılavuzu*, Ş Yüksel, A Başterzi (Ed), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Yıldırım E, Kaya N (2018) Kitlesel Travmada Etkilenmiş Grupların Sosyal, Psikolojik Analizi ve Psikososyal Müdahaleler. *Psikiyatride Güncel* 8: 9-21.
- Yıldırım M (2021) Kitlesel Travmalarda Erken Dönem Etkilenme. *Kitlesel Travmalar Ve Afetlerde Ruhsal Hastalıkları Önleme, Müdahale Ve Sağaltım Kılavuzu*, Ş Yüksel, A Başterzi (Ed), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Zara A (2011) Yaşadıkça: Psikolojik Sorunlar Ve Başa Çıkma Yolları. Ankara, İmge Kitapevi Yayınları s. 101-121.

---

Yavuz Ayhan ve Koray Başar tarafından tashih edilmiştir.