

## FELAKETLERİN PSİKOLOJİK ETKİLERİ VE HEMŞİRELİK UYGULAMASI

Fahriye OFLAZ\*

### ÖZ

Sağlık hizmetinin önemli bir bölümünü oluşturan hemşirelik hizmetleri felaketler ve savaşlar gibi bireyler ve toplum üzerinde travmatik etki yaratan olaylar yaşandığında da devam etmektedir. Hemşirelerin travmatik olaylar yaşandığında ilk yardım ve fiziksel bakım dışında zarar gören kişilerin sıkıntı ve acılarını tanıma, ruhsal bozukluklar açısından risk altında olan grupları tanımlama ve koruyucu tedbirler alma sorumluluğu da vardır. Bu makalede felaketler ortaya çıktığında görülebilecek psikolojik tepkiler hakkında bilgiler özetlenmiş olup, felaketlerden sonra travmatik stresin etkisini azaltabilecek hemşirelik uygulamaları konusunda farkındalık kazandırmak hedeflenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Felaketler, travmatik stres, hemşirelik uygulaması

### ABSTRACT

#### **The psychological Impact of Disasters and Nursing Practice**

Nursing services constitute an important part of health care delivery and continue during and after the traumatic events such as disasters or wars which have traumatic impact on people and the entire community when it occurred. Nurses have responsibility for recognition the distress and pain of affected people, taking preventive measures, to assess the risk groups in terms of mental disorders except first aid and physical care. In this article psychological responses after the disasters have been summarized and aimed to increase awareness of nurses in terms of the interventions which can have an impact on traumatic stress.

**Key Words:** Disasters, traumatic stress, nursing practice

### GİRİŞ

Felaketler doğal ya da insan eliyle ortaya çıkabilen, şiddeti ve büyüklüğü itibariyle rutin işlemler ve devletin kaynakları ile çözümlenemeyen, fazla sayıda ölüm, yaralanma ve çevre zararına yol açan durumlardır. Bir felaket ya da afet durumunda toplumun tümü ya da çoğunluğu durumdan etkilenmiştir, olağan hizmetler cevap vermeye yetmemektedir ve dışarıdan yardım gerektirmektedir. İster insan kaynaklı ister doğal olsun günümüz dünyasında felaketlerin sıklığı artmış görünmektedir. Eskiyle karşılaştırıldığında farklı olan bir durumda bir yerde bir felaket ortaya çıktığında dünyanın diğer bölümlerinin de bundan etkilenmesidir. Günümüzde

bu tür olaylarda etkili bir yanıt oluşturabilmek için çalışmaların ve planlamaların sektörler arası, disiplinler arası ve ülkeler arası işbirliği sağlayacak nitelikte olması gerekmektedir (Noji, 1997; Ofraz, 2007; Uzun ve ark., 2000).

Felaketler yaşandığında sağlık hizmetleri de en iyi şekilde sürdürülmesi gereken hizmetlerden biridir. Felaketin tipi ve süresi, sağlık hizmetleri bakış açısıyla ortaya çıkan hastalık ve yaralanmaların göstergesi olması açısından önemlidir ve sunulacak hizmetin niteliği ve hızı konusunda bilgi vermektedir.

\* Yrd.Doç.Dr., GATA HYO Psikiyatri Hemşireliği AD, Ankara

Felaketlerin öncesinde ve sonrasında yaşanan farklı fiziksel sorunlar ve hastalıklar olmakla beraber (sellerde boğulmalar, bulaşıcı hastalıklar; depremlerde yaralanmalar, kırıklar vb) aşırı stresle ilgili belirtiler her tür felakette ve felaketlerin her aşamasında görülebilmektedir. Travmatik stres, felaket sırasında ve sonrasında maruz kalanların ve hizmeti sunmaya çalışanların işlevselliğini ve hizmetin niteliğini önemli ölçüde etkileyen, üzerinde durulması gereken önemli bir durumdur. Bu nedenle felaketler öncesinde psikolojik hazır oluşluğu sağlayacak bilgiler ve eğitimler, hizmetin sunumu sırasında işlevselliğin devamını sağlamak açısından önemlidir (Noji, 1997; Oflaz, 2001; Oflaz, 2007).

#### **Ruhsal Travma ve Travmatik Stres**

Doğal afetler (deprem, sel vb), savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrama, işkence görme, kaçırılma, trafik kazaları, yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısının konulması, ölü bir vücut ya da vücut parçasını görme gibi zorlayıcı ve kişinin baş etme yeteneğini aşan olaylar, ruhsal açıdan travmatik olaylardır. Bu tür olaylar, insanın gündelik deneyimlerinin dışında kalan, belirli bilişsel şemalara oturmayan, dolayısıyla da anlaşılabilir olan olaylardır. Bu nedenle yaşandığında kişi ve toplumlarda kısa ya da uzun dönemli psikolojik etkiler bırakırlar (Aker, 2000; Çervatoğlu-Geyran, 2000; Foa, 1999).

Ruhsal travma yaratan olaylar, kişinin yaşamı ve fiziksel bütünlüğü yanında dünyadaki yeri ve kendisi ile ilgili değerlerini de tehdit eder, insanın kendine ve evrene duyduğu temel güven duygusunu sarsar. Felaket öncesinde kendini yeterli ve etkili hisseden bir insan felaket sonrası özsaygı ve güven duygularında ani bir aşınma yaşar. Kendini değerli ve güvende hissetme, dünyayı anlamlı ve kabul edilebilir görme, diğer insanları iyi ve yardımsever bulma, kırılmazlık ve incinmezlik gibi duygular tehdit altında kalır. Birey dünyayı tehlikeli, kendisini de yetersiz olarak algılamaya başladığında bu düşünce "kontrol kaybı" algısına neden olur. Kontrol kaybının neden olduğu korku, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ise depresyon ve anksiyete ile birlikte tablonun süregelenleşmesine neden olmaktadır (Çervatoğlu-Geyran, 2000; Epstein, 1989; Sercan, 2000; Şahin, 1995; Yiğit, 2000).

Felaketlerden hemen sonra bireysel özelliklere göre değişse de genel olarak "anormal durumlara verilen normal yanıtlar" olarak kabul edilen ortak bazı reaksiyonlar yaşanmaktadır (Bremner, 1999). Ortaya çıkan ilk tepkiler bir hastalık belirtisi değildir travmatik yaşantı sonrasında görülebilecek doğal reaksiyonlardır ve fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtiler olarak sınıflandırılabilirler:

<b>Fizyolojik belirtiler</b>	<b>Bilişsel belirtiler</b>	<b>Emosyonel belirtiler</b>	<b>Davranışsal belirtiler</b>
Yorgunluk	Hafıza kaybı	Anksiyete	Uyku bozuklukları
Bulantı, Kusma	Konsantrasyon güçlüğü/dikkat dağınıklığı	Üstesinden gelememe duygusu	Kolayca ağlama
Baş ağrısı	Objeleri isimlendirememesi	Yas	Madde kötüye kullanımı
Aşırı terleme	(Anomia)	Kurbanlarla özdeşleşme	Uyumsuz espriler (ölüm hakkında)
İnce motor tremorlar	Dikkat süresinin kısalması	Depresyon	Yürüyüşünde/hareketlerinde değişiklik
Titreme, Tikler	Karar verememe	Kendine ve başkalarına zarar geleceği beklentisi	Aşırı tedirginlik
Diş gıcırdatma	Hesap yapamama	İrritabilite	Ritüeller
Kas ağrıları	Önemli sorunlar karşısında normal durumlanmış gibi davranma	Suçluluk hissetme	Olay yerini terk etmeye isteksizlik
Baş dönmesi	Konfüzyon		

Normal sayılmakla beraber bu belirtiler dikkatle izlenmeli ve belirtileri gösteren kişiler yardım almaya yönlendirilmelidir. Araştırmalar travmatik olayları yaşayanların yaklaşık olarak %80'inin baş etmeyi başardığını, %10-30 gibi az bir grupta bazı bozuklukların ortaya çıktığını göstermektedir (Brom ve ark., 1993; Özcankaya, 1996; Smith, 1990). Farklı çalışmalarda toplumun %5-15'inin hastalığın subklinik formlarını yaşadığı; travmatik olay yaşamış risk gruplarında, yaşam boyu prevalansın %5-75 arasında değiştiği belirtilmektedir (Breslau ve ark., 1991; Breslau ve Davis, 1992; Davidson ve Connor, 1999; North ve ark., 1999; Özcankaya ve Acar, 1996; Perkonig, 2000).

Stresörün kişi için öznel bir anlamının olması, stres kaynağı ile karşı karşıya kalma süresinin uzaması, stresörün ani ve katastrofik olması, insanlar tarafından oluşturulması, ölüm tehdidi içermesi, fiziksel yaralanma ile birlikte olması, gaddarlık ve insanlık dışı bir olayı içermesi, çok sayıda kişinin maruz kalması; başka birinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına, yaralanmasına ya da yaralanma tehdidi altında kalmasına şahit olma; aile üyelerinin şiddete maruz kalarak öldürülmesi, ağır yaralanması, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenme gibi özellikler *travmanın şiddetini arttıran etkenler* olarak sayılmaktadır (Başoğlu, 1992; Carlier, 2000; Çervatoğlu-Geyran, 2000; Joy ve ark., 2000).

Travma sonrasında gelişen olumsuz yaşam olayları da travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riskini artırmakta ve belirtilerinin direnç kazanmasına neden olmaktadır. Bunlar travmanın tekrarlanması, aileden ayrılma, yeni bir yere yerleşme, barınma sorunları, işsizlik, sosyal çevrenin ve sunulan hizmetlerin kaybı gibi sorunlardır. Toplumun destek hizmetlerinin yetersizliği, yaşanan felaketten bir biçimde kişinin sorumlu tutulması ve travmaya uğramış kişinin yaşadığı felaketten dolayı kendini suçlaması gibi inanç ve düşünceler de uyum sağlamayı zorlaştırır. Ayrıca, kültürel faktörler de TSSB'na yakalanma olasılığında, ifade edilmiş ve tedaviye cevabında önemli rol oynamaktadır (Boscarino, 1995; Çervatoğlu-Geyran, 2000; Erol ve Öner, 1999; Özcankaya, 1996; Sungur, 1999).

Yılmaz'ın (1995) çalışmasında, toplumumuzda TSSB tanısı alan kişilerde, olayı hatırlatan durumlarda

sıkıntı hissetme, her an tetikte hissetme, çabuk sinirlenme ve öfke patlamaları ile olayın tekrar tekrar hatırlanmasının en fazla görülen belirtiler olduğu belirtilmektedir. En erken ortaya çıkan belirtiler, uykuya dalma güçlüğü, çabuk sinirlenme ve öfke patlamaları, her an tetikte hissetme ve uykuyu sürdürme güçlüğüdür. Geç ortaya çıkan belirtilerin ise olayın önemli yönünü hatırlamama, insanlardan uzaklaşma ve geleceğinin kalmadığı duygusu olduğu belirtilmiştir. Bu belirtilerin önemi, kişiyi en fazla rahatsız eden, sorunları ile baş edemediğini, yardıma ihtiyaç duyduğunu gösteren ve kliniğe başvurmalarına neden olan belirtiler olmasıdır.

TSSB'ü olan kişiler yaşamlarını karşılaştıkları olumsuz deneyim ve onun sonuçlarına göre düzenlemeye başladıkları için giderek yaşam kaliteleri bozulmaktadır (Aker, 2000; Erol ve Öner, 1999). Klinik tabloda belirtilerin bireyden bireye ve zaman içinde aynı kişide farklılık gösterdiği bilinmektedir. TSSB gelişiminde ve seyri sırasında zamanla ortaya çıkan değişikliklerin baş etme stratejilerindeki değişim ile bağlantılı olduğu ileri sürülmektedir (Eriksson ve Lundin, 1996). Akut dönemde probleme dönük yöntemler, destek arama, kendini suçlama ve olumluya yönelme gibi baş etmeler kullanılırken, kronik TSSB' da daha çok gerilimi azaltan tekniklerin kullanılmaktadır (Bremner, 1999; Kuiper ve ark., 1989; Spurrell ve McFarlane, 1993).

Kronik ve gecikmiş biçimleriyle önemli bir psikososyal sorun oluşturan TSSB uygun şekilde tedavi edilmediğinde, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, yeme bozuklukları, kompulsif kumar oynama, fobiler, suç davranışları, depresyon, bayılma nöbetleri, obsesif kompulsif bozukluk ve psikotik ataklar ile maskelenebilmektedir. Ayrıca kişiyi olduğu kadar çevresindeki kişileri de olumsuz etkilediğinden erken dönemde uygun ve yeterli bir biçimde ele alınması önemlidir (Clark, 1997; Çorapçoğlu-Özkürkçügil, 2000; Davidson ve Connor, 1999; Fortinash ve Holoday-Worret, 1999; Kaya ve Sungur, 1997).

### **Felaketlerde Hemşirelerin Psikolojik Yardım Sorumluluğu**

Hemşireler, felaketler olduğunda normal koşullarda olduğu gibi hasta ve yaralılara birebir bakım sağlamanın yanında triaj, hizmetlerin organizasyonunda liderlik etme, güvenliği sağlama, eşgüdüm sağlama, psikolojik yardım

sağlama ve risk faktörlerini belirleme ve önleme gibi önemli rol ve sorumluluklar taşımaktadır. 250.000 kişinin evsiz kaldığı Andrew kasırgası sırasında ve sonrasında afet planını ve personel kaynaklarını en iyi kullanabilen profesyonel grubun, hemşireler olduğu; boşaltılmayan hastanede hastalarla birlikte kalan hemşirelerin, korkularını kontrol altında tutabildikleri ve hastaların sakin kalmasını sağladıkları belirtilmiştir (Florida Nurses Association, 1992; Of laz, 2007). Bu bağlamda bakıldığında hemşirelik ekibinden bir ya da birkaç kişinin hastane afet planlaması komitesinde yer alması ve hemşirelik ekibinin kendi içinde de felaket ya da kriz durumları için planlarının olması ve krize yanıt ekiplerinin belirlenmiş olması hizmetlerin devamı için önemlidir (Kalayjian, 1994; Vanarsdale, 2000).

Hemşireler felaketten zarar görmüş bireyler için doğru bilginin elde edileceği potansiyel bir kaynak olduklarının farkında olmalı ve bu nedenle de felaket hazırlığı ve yanıtı için gereken basamakları öğrenmelidirler (Kalayjian, 1994; Uzun ve ark., 2000). Hemşirelerin fiziksel bakımın gereklerini bilme uygulama yanında diğer bir sorumluluğu da felaket anında ve hemen sonrasındaki kurtarma ve ilk yardım faaliyetleri sırasında ve sonrasında felaketten zarar gören bireylerin yaşadığı sıkıntı ve acıları tanıma, psikolojik ilk yardım yapma ve psikiyatrik belirtileri tanımlamadır (Of laz, 2007; Stanley, 1990). Önceden hazırlıklı olmak, yani olabilecek ya da karşılaşılabilecek güçlükleri bilmek ve onlara karşı donanımlı olmak, kontrol duygusu sağlayan ve yardım etmeyi kolaylaştıran en önemli faktördür. Bu nedenle bir felaketin psikolojik tepkileri, davranışları ve müdahale tipini değiştiren aşamalarının özelliklerini bilme, her aşamada uygulanabilecek girişimler konusunda hazırlıklı olma ve hizmeti planlayabilme için önemlidir (Barash, 1990; Campion, 1999; Ragaisis, 1994; Rose, 1995):

Felaketin yaklaştığı haberinin olduğu aşama *uyarı aşamasıdır*. Bu aşamada bireysel algılara göre davranılır ve koruyucu tedbirler hazırlanır. Ancak deprem gibi felaketlerde önceden bir uyarı olması olanaksızdır. Önceden uyarısı olan felaketlerde *tehdit aşaması*, bireylerin direktiflere göre hareket etmeye başladığı dönemdir. Bu dönemde direktiflere uygun davranılmasını sağlamak ve paniği önlemek önemlidir. Uyarı ve tehdit aşamalarında tepkiler apatiden paniğe kadar değişebilmektedir. Bu aşamalarda doğacak olumsuzlukları

önlemek için gerçeğe yakın egzersizler yaptırma, liderlik eğitimleri önemlidir.

*Keşif aşaması* ise hizmet sağlayıcılar ve felaketi yaşayanların yıkımın derecesinin farkına vardığı ve verilecek hizmetin hızla planlandığı, koordinasyonun yapıldığı dönemdir. *Kurtarma aşaması* ise birçok kişinin travmatik stres tepkileri göstermeye başladığı dönemdir. Bu aşamada görülen reaksiyonlar "felaket sendromu" olarak adlandırılır ve girişim olarak bireyin izolasyonu önlenerek söylentiler kontrol edilmeye çalışılır. Felaketin olduğu anda ve hemen sonrasındaki bu iki aşamada fedakârca ve kahramanca davranma yaygındır.

*Düzeltilme aşaması* uzun vadede tekrar yapılandırmayı içerir. İyileştirme ve normalizasyon çalışmalarını kapsar. Bu aşamada (bir haftadan 3-6 aya kadar olan süre) yardımlaşma ve paylaşma artar. Sosyal bağlanmaların en yüksek olduğu dönemdir (balayı dönemi). *İyileşme aşaması* ise teknik olarak, hayatta kalanlar için hatıraların oluşturulması ve var olmayı sürdürmeyi kapsar. Bu aşamada daha çok duygusal gerginlik yaşanır. Girişim olarak ruh sağlığı hizmetlerinden konsültasyon alma önerilmektedir. Öfke, huzursuzluk, keskinlik-sertlik ya da iyileşme ve destek beklentilerinin karşılanamaması gibi durumlar ortaya çıkar. *İyileşme sonrası aşamada* yas sürecinin tamamlanması beklenir. Birey felaket öncesine göre yeni bir tarzda ve farklı seviyede işlev görmeye başlar. Bu aşamada uygun destek kaynaklarının sağlanması önemlidir. Fiziksel olduğu kadar duygusal yatırımların yeniden düzenlenmesi ve oluşması (felaketten birkaç yıl sonra) söz konusu olur.

Bu aşamalarda her bireyin kendi hızında ilerlediği ve tepkilerin kişiden kişiye değiştiği unutulmamalıdır. Felaketlerden sonra erken değerlendirme ve çabukluk anahtar faktörlerdir. Zaman geçtikçe topluluk ruhu parçalanırken kaynaklar boşalmakta, değişim motivasyonu azalmakta ve hafif belirtiler kronikleşmektedir. Olaydan hemen sonra, kayıp yaşayanlar, yaşlılar, ağır şekilde yaralananlar, psikiyatrik öyküsü olanlar, çocuklar, düşük sosyoekonomik durumu olanlar, çoğul travmaya maruz kalanlar ve sosyal destek sistemleri zayıf olanlar gibi yüksek riskli grupları tanımlamak yararlı olacaktır. Yardımcı olabilmek için toplumun içinde yer alan güçleri tanıma ve kullanabilme de önemlidir. Bir toplum ne kadar fakir ya da hazırlıksız olursa olsun kendine özgü güçlere

sahiptir. Bu güçleri tanımlamak ve toplumu güçlendirmek için kullanmak, sağlık çalışanlarının sorumluluğudur. Örneğin, güçlü aile bağları, mizahın terapötik kullanımı, geleneksel törenler-cenaze vs- gibi faktörler yardım sağlamada önemlidir (Oflaz, 2007).

Deprem gibi büyük felaketlerin ardından yaşanan kayıplar tek yönlü değildir. Bunlar sevilen kişilerin, yuvanın ve alışılan günlük ortamın kaybıdır. Her şeyden önce kişinin varlığını sabit kılan ve insana bir tarihi olduğu ve dolayısıyla yaşam duygusu sağlayan mekan duygusu yok olduğunda, birey kendini boşlukta hisseder (Akşit ve ark., 1997; Bland, 1997; Erol ve Öner, 1999; Şahin, 1994). Bu nedenle, felaketin hemen ardından, kişiler uyumaya, dinlenmeye ve kendilerini rahat ifade edecekleri arkadaşları ve aile üyeleri ile birlikte olmaya teşvik edilmeli, normal günlük yaşam aktiviteleri sürdürülmelidir. Bu noktada, hemşirelerin sağladığı bakım ve destek, tıbbi tedavi kadar önem taşımaktadır (Buck, 1991; Jabez, 1993; Stanley, 1990). Bireyin emosyonel tepkilerini anlamak ve kabul etmek iyileşme süresini kısaltan ve doğal iyileşmeyi hızlandıran önemli faktörlerdir. Travma yaşamış birey, ağlamaya ve duygularını ifade etmeye cesaretlendirilmelidir. Felaket sonrasında yapılacak olan rahatlama (debriefing) grupları toplumsal duyarlılık ve destek sağlar, kendi kendine yardım teknikleri için malzeme oluşturur ve ruhsal bakım ihtiyacını tanımlamaya yardım eder. Ayrıca kişilerin destek ve yardım sağlayacak olan ilişkilerin başlatılmasına ve eski ilişkilerin yeniden düzenlenmesine ve bu konuda cesaretlendirilmeye gereksinimi vardır. Hemşireler sahip oldukları iletişim bilgi ve becerisi ile travma yaşantısı ile ilgili duygu ve düşüncelerin ifade edilmesini sağlayarak, bireyin bu yaşantıları içe almasını ve böylece yaşamda tekrar ilerleyebilme becerisini kazanmasını sağlayabilirler.

Travma ile ilgili durum ele alınırken sadece travmayı konuşmak yeterli değildir. Zaman zaman buna ara verilmeli ve günlük yaşamında, kişi için stres kaynağı olan kişiler arası ilişkileri ya da işle ilgili problemler gibi durumlarda ele alınmalıdır. Kişiler, anksiyeteleri ile baş etmelerine yardım edecek yöntemler konusunda eğitime ihtiyaç duyarlar. Baş etmenin kolaylaştırılması için ilk basamağın bilgilendirme olduğu unutulmamalıdır. Diğer bir girişim de baş etme yöntemlerinin tanımlanmasıdır. Bireyin daha önceki baş etme yöntemlerini hatırlamasına ve bu konuda bilinçlenmesine yardım etmek ve yeni

durumlar için kullanılabilir hale getirmek önemlidir. Hastanın uyuma dönük baş etme davranışları cesaretlendirilmeli, alkol alma gibi uyuma dönük olmayan baş etme davranışları desteklenmemelidir. Bu yaklaşım, felaket yaşayan kişinin güçlü yönlerini hatırlamasına ve onları tekrar kullanmasına yardım eder. Patolojik belirtiler ortaya çıksa da çıkmasa da travmaya maruz kalan bireylerin dikkati anlamlılık duygusuna yönelmekte ve bir amaç bulmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle tam olarak ne olduğunu ortaya çıkarmak ve tepkileri bir başkası ile paylaşmak kişinin uyumunda önemli bir fark yaratmaktadır (Buck, 1991; Decker, 1993; Erol ve Öner, 1999; Sercan, 2000).

Travmatik olay yaşayan kişilerle çalışacak kişilerin unutmaması gereken önemli konulardan biri de bu kişilerin, yardım arama ve sunulan yardım tekliflerini kabul etmekte güçlük yaşama özellikleridir. Bu nedenle iletişimde öncelikli olan güven ilişkisinin kurulmasıdır. Ancak güven oluşturmak kişinin kaçınma, yabancılaşma ve hatta başkalarından şüphe duyma davranışları nedeniyle zor olabilir. Yargılayıcı olmayan ve olayı, olayın olduğu koşullar içinde değerlendiren bir yaklaşıma gereksinim duyarlar. Yaşanan travmanın doğasına göre hemşirenin kendini büyük yaralanmalar, büyük yıkımlar ve acı içeren korkutucu öyküler dinlemeye hazırlaması gerekmektedir. Hemşire bunları tolere edemediğinde kişi, travma nedeniyle yaşamında ortaya çıkan kayıp ve değişiklikler ile ilgili olarak çalışamayacaktır. Eğer kişi, travma yaratan olay ve belirtiler arasındaki bağlantıyı kuramıyorsa hemşire, semptomların olayla bağlantısını açıklamalıdır. Travma yaşayan kişinin diğer bir özelliği de öfke gibi duygularını sözel ifade etme ihtiyacı duymasındır. Bu duygular uzun bir süre görmemezlikten gelinir ya da bastırılır ve birey bunlarla yüzleşmekten korkabilir (Kalayjian, 1994).

Travma yaşamış kişi ile çalışırken amaç, kişinin kurban rolünden, yaşamına devam edebilen birisi konumuna geçmesini sağlamaktır. Başka bir deyişle "bu olay yüzünden artık her şey bitti" konumundan "bu olay bana bir şeyler öğretti ve yaşamıma devam edebilirim" konumuna geçmeyi sağlamaktır. Problem çözme davranışlarının geliştirilmesi ve bu davranışların gündelik stres durumlarının çözümünde kullanılması, kişinin çevresi üzerindeki kontrolünü artırabilir. Bu nedenle travma sonrasında kişinin olayları önceden kestirebildiği bir ortam

içinde bulunması önemlidir. Bu kontrol sosyal ve duygusal desteklerin olduğu ve kontrol edilebilir bir çevrede sağlanabilir. Destekleyici bir çevrenin kişinin yaşamını stabilize edebileceği, beklenmedik ek streslere tampon oluşturacağı belirtilmektedir. Literatürde travma sonrasında destekleyici bir ortamda bulunmanın travmanın etkilerini hafiflettiği ve travma öncesinde var olan sosyal desteğinde koruyucu etkisi olduğu belirtilmektedir. Ancak travma sonrası psikolojik sorunları olan kişilerin kendilerine sunulan sosyal destekten yararlanamamaları ya da sorunları nedeniyle bu desteği kaybetmeleri de söz konusu olabilir. Ayrıca karmaşık sosyal ilişkiler yapısı içinde sosyal desteğin her zaman yararlı olmayabileceği de unutulmamalıdır (Aker, 2000; Başoğlu, 1992; Erol ve Öner, 1999; Sungur, 1999).

Sonuç olarak, krize yanıt ekiplerinde yer alan hemşirelerin travmatik olaylara maruz kalmış kişilerde görülebilecek psikolojik reaksiyonları tanınması, uygun girişimlerde bulunabilmesi ve psikolojik ilk yardım yapabilmesi gelişebilecek riskleri ve travmatik reaksiyonların kronikleşmesini önlemede önemli bir katkı sağlayacaktır. Felaketten zarar görmüş kişileri tedavi etmede etkili birçok yöntem tanımlanmışsa da, hayatta kalanların çoğunluğunun "yanlarında birilerinin olduğunu hissetmenin", "ilgilenmenin" ve "dinlemek için hazır oluşun" çok yarar sağladığını, ifade ettiği unutulmamalıdır.

#### KAYNAKLAR

- Aker AT** (2000) *Travma sonrası stres bozukluğunun bilişsel ve davranışçı tedavileri*. 3P Dergisi, 8 (1): 38-46.
- Akşit B, Karancı AN, Balta E** (1997) Ekim 1995 Dinar depremi ve godot beklentisi. 3P Dergisi, 5 (Ek sayı):51-55.
- Barash D** (1990) *The San Francisco earthquake: then and now*. *Perspect Psychiatr C*, 26(1): 32-36.
- Başoğlu M** (1992) *Psikolojik travma sonrası stres hastalığı- psikobiyolojik kuramlar, tedavide yeni gelişmeler ve güncel konular*. *Türk Psikiyatr Derg*, 3 (1): 9-19.
- Bland SH, O'leary ES, Farinano E, Jossa F, Krogh V, Violanti JM, et al.** (1997) *Social network disturbances and psychosocial distress following earthquake evacuation*. *J Nerv Ment Dis*, 185(3):188-194.
- Boscarino JA** (1995) *Post-traumatic stress and associated disorders among vietnam veterans: the significance of combat exposure and social support*. *J Trauma Stress*, 8(2):317-36.
- Bremner JD** (1999) *Acute and chronic responses to psychological trauma: where do we go from here?*. *Am J Psychiat*, 156(3):349-51.
- Breslau N, Davis GC** (1992) *Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity*. *Am J Psychiat*, 149(5): 671-675.
- Buck C** (1991) *Treating the individual*. *Nursing*, 4 (32): 24-25.
- Campion B** (1999) *Grief encounters*. *Nursing Times*, 95 (49): 32-33.
- Carlier IVE, Voerman BE, Gersons BPR** (2000) *Intrusive traumatic recollections and comorbid posttraumatic stress disorder in depressed patients*. *Psychosom Med*, 62:26-32.
- Clark CC** (1997) *Posttraumatic stress disorder: how to support healing*. *Am J Nurse*, 97(8): 27-33.
- Cervatoğlu-Geyran P** (2000) *Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme*. *3P Dergisi*, 8(Ek Sayı 1): 9-12.
- Çorapçioğlu-Özkürkçügil A** (2000) *Post travmatik stres bozukluğu*. *3P Dergisi*, 8 (Ek Sayı 1):13-20.
- Davidson JRT, Connor KM** (1999) *Management of posttraumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues*. *J Clin Psychiat*, 60 (Suppl 18):33-38.
- Epstein R** (1989) *Posttraumatic stress disorder: a review of diagnostic and treatment issues*. *Psychiat Ann*,19(10): 556-563.
- Eriksson NG, Lundin T** (1996) *Early traumatic stress reactions among swedish survivors of the M/S Estonia disaster*. *Brit J Psychiat*, 169:713-716.
- Erol N, Öner Ö** (1999) *Travmaya psikolojik tepkiler ve bunlara yaklaşım*. *Türk Psikoloji Bülteni*, 5(4).
- Foa EB, Davidson JRT, Frances A** (1999) *Treatment of post traumatic stress disorder*. *J Clin Psychiat*, 60 (suppl 16):10-19, 71-75.
- Fortinash KM, Holoday-Worret PA** (1999) *Anxiety and related disorders*. *Psychiatric Mental Health Nursing*, Mosby Inc., 227-45.
- Joy D, Probert R, Bisson JI, Shepherd JP** (2000) *Post traumatic stress reactions after injury*. *The Journal of Trauma*, 48 (3): 490-494.

**Kalayjian AS** (1994) *Mental health outreach program following the earthquake in armenia: utilizing the nursing process in developing and managing the post-natural disaster plan. Issues Ment Health Nurs, 15(6):533-550.*

**Kaya B, Sungur MZ** (1997) *Travma sonrası stres bozukluğu. Psikiyatri Dünyası, 40-43.*

**Kuiper NA, Olinger NJ, Air PA** (1989) *Stressful events, dysfunctional attitudes, coping styles and depression. Person Individ Diff, 10(2): 229-37.*

**Noji EK** (1997) *The public health consequences of disasters, Oxford University Press, Inc. New York.*

**North CS, Nixon SJ, Shariat S, Mallonee S, McMillen JC, Spitznagel EL, et al.** (1999) *Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. JAMA, 282 (8):755-762.*

**Oflaz F** (2007) *Nursing involvement in extraordinary situations. Balkan Military Medical Review, 10: 172-177.*

**Özçankaya R, Acar A** (1996) *Isparta Senirkent sel felaketinden etkilenen kişilerde ruhsal belirtilerin dağılımı. Kriz Dergisi, 4(1): 57-62.*

**Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU** (2000) *Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence and comorbidity. ACTA Psychiat Scand, 101: 46-59.*

**Ragaisis KM** (1994) *Critical incident stress debriefing: a family nursing intervention. Arch Psychiat Nurs, 8 (1): 38-43.*

**Rose S** (1995) *Traumatic stress: A nurse therapist role?. Nursing Standard, 9(31): 32-34.*

**Sercan M** (2000) *Felaket sonrasında ruh sağlığı hizmetleri ve psikososyal destek yöntemleri. 3P Dergisi, 8 (Ek Sayı:1): 29-37.*

**Spurrell MT, McFarlane AC** (1993) *Post-traumatic stress disorder and coping after a natural disaster. Soc Psych Psych Epid, 28: 194-200.*

**Stanley SR** (1990) *When the disaster is over: helping the healers to mend. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 28 (5):12-16.*

**Steinglass P, Gerrity E** (1990) *Natural disasters and post-traumatic stress disorder: short-term versus long-term recovery in two disaster-affected communities. J Appl Soc Psychol, 20: 1746-1765.*

**Sungur M** (1999) *İkincil travma ve sosyal destek. Klinik Psikiyatri, 2:105-108.*

**Uzun Ş, Oflaz F, Arslan F** (2000) *Afet ve sahra koşullarında hemşirelik hizmetleri. Hemşirelik Forumu, 3(4): 34-37.*

**Vanarsdale S** (2000) *Earthquake: how will you respond?. Am J Nurse, 100 (2), 24A-24-D.*

**Yılmaz UR** (1995) *Travma sonrası stres bozukluğunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Ankara, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*

**Yiğit S** (2000) *Depremden etkilenme şiddeti ile kronik TSSB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Şefliği.*