



AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER BİRLİĞİ

PSİKOSOSYAL UYGULAMALAR

KATILIMCI KİTABI

2011

PSİKOSOSYAL UYGULAMALAR**İÇİNDEKİLER**

- Giriş
- Kısaltmalar
- Tablolar Dizini

1. BÖLÜM: AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER BİRLİĞİ GENEL BİLGİLER

- 1.1. KURULUŞ
- 1.2. ÇALIŞMALAR
- 1.3. ULUSAL VE BÖLGESEL YAPILANMA
- 1.4. İŞLEYİŞ

2. BÖLÜM: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

- 2.1. AFET VE ACİL DURUM KAVRAMI
- 2.2. AFET TÜRLERİ VE AFETLERİN ETKİLERİ
- 2.3. AFET YÖNETİMİ
- 2.4. TÜRKİYE'DE AFET YÖNETİMİ
- 2.5. AFETLER VE PSİKOSOSYAL UYGULAMALAR

3. BÖLÜM: AFETLERDE PSİKOSOSYAL GEREKSİNİM VE KAYNAK BELİRLEME*

- 3.1. DEĞERLENDİRME SÜRECİNİN KOŞULLARI- DEĞERLENDİRME ARACI
- 3.2. TEMEL KAYNAKLAR
- 3.3. VERİ TOPLAMA EKİBİ
- 3.4. YÖNTEM
- 3.5. VERİ TOPLAMA VE BİLGİ KAYNAKLARI
- 3.6. DEĞERLENDİRME RAPORU
- 3.7. SONUÇ
- 3.8. DEĞERLENDİRME ARACI

4. BÖLÜM: RUHSAL TRAVMA

- 4.1. RUHSAL TRAVMA KAVRAMI
- 4.2. RUHSAL TRAVMATİK OLAYLAR VE İLİŞKİLİ HASTALIKLARIN EPİDEMİYOLOJİSİ
- 4.3. RUHSAL TRAVMA VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR
- 4.4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN OLUŞUMUNU VE SÜRMESİNİ KOLAYLAŞTIRAN ETMENLER
- 4.5. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA KLİNİK GİDİŞ

- 4.6. AKUT STRES BOZUKLUĞU
- 4.7. TRAVMATİK YAS
- 4.8. KARMAŞIK TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
- 4.9. MAJÖR DEPRESYON (MD)
- 4.10. TSSB VE TRAVMATİK STRESLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA AYIRICI TANI
- 4.11. TRAVMATİK STRES VE FİZİKSEL SAĞLIK
- 4.12. RUHSAL TRAVMANIN DEĞERLENDİRMESİ
- 4.13. TRAVMAYA VERİLEBİLECEK DİĞER YANITLARIN / EŞLİK EDEN BELİRTİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ
- 4.14. PSİKOFARMAKOLOJİ
- 4.15. TRAVMA SONRASI GELİŞEN RUHSAL BOZUKLUKLARDA UZMANA DANIŞILMASI GEREKEN DURUMLAR

5. BÖLÜM AFETTEN ETKİLENENLERE YARDIM VE YÖNLENDİRME

- 5.1. BİREYSEL
- 5.2. AFET SONRASI PSİKOLOJİK İLK YARDIMDA GRUP UYGULAMALARI
 - 5.2.1. GRUP ÜYELERİNDE ARANAN ÖZELLİKLER
 - 5.2.2. AFET SONRASI GRUP TÜRLERİ
 - 5.2.3. BÜYÜK GRUP UYGULAMALARI (MİNİ-MARATON)
 - 5.2.4. OKUL TEMELLİ GRUP UYGULAMALARI
 - 5.2.5. ÇOCUKLAR VE AFET GRUPLARI
- 5.3. TOPLUM
- 5.4. ÇOCUK VE AİLE

6. BÖLÜM: ETİK /İNSAN/ÇOCUK HAKLARI

- 9.1. ETİK KURALLAR
- 9.2. ETİK İKİLEMLER
- 9.3. SONUÇ

7. BÖLÜM: AFET ZARARLARINI AZALTMA, ÖNLEME, HAZIRLIK VE ÖRGÜTLEME

- 7.1. GİRİŞ
- 7.2. AFET ZARARLARINI AZALTMADA HALK KATILIMI VE PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN ÖNEMİ
- 7.3. HALK EĞİTİMİ
- 7.4. SONUÇLAR

8. BÖLÜM MEDYA VE DİĞER KURULUŞLARLA İLETİŞİM VE BİLGİ AKTARIMI

- 8.1. AFET SONRASI BİLGİ VERME SÜRECİ:
- 8.2. AFETZEDELERE VERİLEBİLECEK BİLGİLER:

**9. BÖLÜM HİZMET VERENLER İÇİN TÜKENMİŞLİK, TRAVMA SONRASI
BÜYÜME VE GELİŞME,**

STRES YÖNETİMİ VE ÖZ BAKIM

9.1. TRAVMA SONRASI GELİŞİM

9.2. TÜKENMİŞLİK

9.3. STRES YÖNETİMİ VE ÖZ BAKIM

X. Bölüm EKLER

Ek 1. APHB Protokol

Ek 2. APHB İşleyiş Yönergesi

Ek 3.

X. Bölüm SÖZLÜK

X. Bölüm KAYNAKLAR

Giriş

Afetler ve Psikososyal Uygulamalar

Afetlerin en açık ve en bilinen etkileri politik, sosyal, fiziksel ve ekonomik yıkımlar ya da kayıplar olarak görülmektedir. Afetlerle birlikte toplumda gelenek ve göreneklerin sarsılması, paylaşımın azalması, aile ilişkilerinin bozulması, iş veriminin düşmesi, eğitim ve öğretimde yaşanan aksaklıklar, suça yönelik eylemlerin artması, ruh sağlığının bozulması, yardım sağlayan kişi/organizasyonlara öfke ve suçlayıcı yaklaşımların ortaya çıkması gibi toplumsal hareketler görülür.

Kişilerde ise; duygusal olarak korku, kaygı, suçluluk, öfke, gerginlik, güvensizlik, terkedilmişlik, umutsuzluk, çaresizlik duyguları; davranışsal olarak aşırı uyarılma durumu, uyku sorunları, iştahta değişimler, konuşma bozuklukları, yakınlarından kopma ve ilgilenmeme, iş ve okul sorunları, alkol ve ilaç kullanımında artış, intihar girişimleri; bilişsel olarak dikkat sorunları, afetle ilgili tekrar eden düşünceler ve hayaller, yabancılaşma nöbetleri gibi tepkiler görülmektedir.

Afetlere maruz kalmak sadece doğrudan afetten etkilenenler için değil bütün toplum için ağır yükler ve sorunları beraberinde getirir. İşte psikososyal hizmetler bu yükler ve sorunların ortadan kaldırılması, toplumun yeniden inşa edilmesi, toplum kaynaklarının tekrar işler hale getirilmesi, etkilenen bireylerin ve onlara yardım eden çalışanların bir an önce normal yaşantılarına dönmeleri için desteklenmesi ve psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasının önlenmesini içerir.

Psikososyal hizmetler; afet sonrası ortaya çıkabilecek psikolojik uyumsuzlukların ya da bozuklukların önlenmesi, aile ve toplum düzeyinde ilişkilerin kurulması/geliştirilmesini, etkilenenlerin 'normal' yaşamlarına geri dönmesi sürecinde kendi kapasitelerini fark etmeleri ve güçlenmelerinin sağlanmasını, toplumda gelecekte ortaya çıkması muhtemel afet ve acil durumlarla başa çıkma/iyileşme/ toparlanma becerilerinin arttırılmasını, yardım çalışanlarının desteklenmesini içeren ve afet döngüsünün her aşamasında yürütülen çok disiplinli hizmetler bütünüdür.

BU KİTAP;

Afetlerde psikososyal hizmetlerin uygulanmasında yol gösterici ve kaynak oluşturması amacıyla hazırlanmıştır.

Kısaltmalar:

APHB Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği

Tablolar

- Tablo 1.** APHB uygulamaları
Tablo 2. APHB Bölge Komiteleri
Tablo 3. Afetlerin Etkileri
Tablo 4. Türkiye’de Afet Yönetimi Birimleri

1. BÖLÜM

AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER BİRLİĞİ

Meriç Gözden, Serap Arslan Tomas, Eylem Şavur
Türk Kızılayı Psikososyal Destek Birimi

1.1.Kuruluş

26 Aralık 2004 tarihinde meydana gelen Güney Asya Felaketi sırasında Sivil Toplum Kuruluşları ile yürütülen ortak çalışmalar doğrultusunda, ilerleyen zamanda çalışmaların şeklinin belirlemek amacıyla bir protokol imzalanmasına karar verilmiş 11 Haziran 2005 “Ulusal ve Uluslararası Afet Yönetiminde Türk Sivil Toplum Kuruluşları İşbirliği Protokolü” (Türkiye Kızılay Derneği, Türk Psikologlar Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği, Türk Tabipler Birliği, İstanbul ODTÜ Mezunları Derneği, Ankara ODTÜ Mezunları Derneği) imzalanmıştır. Bu protokolle işbirliğinin amacı, hizmetlerin alanları ve kuruluşların protokol içerisindeki yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. “Ulusal ve Uluslararası Afet Yönetiminde Türk Sivil Toplum Kuruluşları İşbirliği Protokolü”ne ek protokol olarak, 16.08.2006 tarihinde Türkiye Kızılay Derneği, Türk Psikologlar Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneğinin katılımı ile toplum psikolojisini olumsuz etkileyen afetler ve kriz durumlarında psikososyal müdahalelerin yürütülmesinde tarafların sorumluluklarını ve işbirliği ile ilgili esasları düzenlemek amacıyla “Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği Protokolü” imzalanmış ve “ Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği” kurulmuştur.

APHB protokolü, afetlerin psikososyal etkilerinin azaltılması konusunda afet öncesi, sırası ve sonrasında yürütülecek psikososyal faaliyetler ile ilgili işbirliği konularını, birlikte çalışma esas ve usullerini içermektedir. APHB protokolü Ek 1’de sunulmaktadır.

1.2. Çalışmalar

Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği çalışmaları kapsamında afet öncesi olağan dönemde ve afet sırasında yapılması hedeflenen çalışmalar şöyledir.

Olağan Dönem Psikososyal Hizmet Çalışmaları:

- Ortak materyal ve eğitim çalışmaları

- Psikososyal hizmetlerin gelişimine katkı sağlamak amacı ile ortak araştırma, yayın çalışmaları
- Bilgi, bilinç arttırma, deneyim paylaşımlarına yönelik kongre, seminer, sempozyum çalışmaları
- Ortak psikososyal projeler
- Stajyer yönlendirme çalışmaları

Afet Dönemi Psikososyal Hizmet Çalışmaları:

- Afet bölgesinde çalışmalara katılım
- Afet sırasında, durum değerlendirmesi ve psikososyal müdahale planının oluşturulması.

Kuruluşundan bu yana APHB çalışmaları kapsamında birçok afet ve acil durumda APHB uygulaması gerçekleştirilmiş (Tablo 1' e bakınız) , birliğe üye derneklerin temsilcilerinin kapasitelerinin arttırılmasıyla ilgili hazırlık çalışmaları yapılmış, birliğin çalışmalarını nasıl yürüteceğini tanımlayan “İşleyiş Yönergesi” oluşturulmuş ve ülke genelinde APHB çalışmaları yürütecek yapılanma belirlenmiştir. Birlik çalışmaları kapsamında çalıştaylar, bilimsel toplantılar, olağan toplantılar düzenlenmeye devam edilmektedir.

Tablo 1. APHB Uygulaması Gerçekleştirilen Afetler ve Acil Durumlar

Pakistan Depremi	Güney Asya Tsunami
İzmir Zafer İlköğretim Okulu Kazası	Konya Bina Çökmesi
Ankara Anafartalar Çarşısı Bombalama Olayı	Antalya Serik Yangını
Ankara Bala Depremi	İzmir Aliğa Trafik Kazası
Mersin Gülnar Yangını	İstanbul Güngören Bombalama Olayı
Davutpaşa İşyeri Patlaması	Mardin Bilge Köyü Silahlı Katliam
Batı Marmara Seli	Bursa Kemalpaşa Grizu Patlaması
Zonguldak Maden Ocağı Grizu Patlaması	

Güney Asya Tsunami Felaketi:

26 Aralık 2004 tarihinde meydana gelen Tsunami ve Deprem felaketinde etkilenen Sri Lanka ve Endonezya'da Türk Kızılayı tarafından psikososyal proje başlatılmıştır. Güney Asya İnsani Yardım Operasyonu Kapsamında çalışmaların etkinliğini değerlendirmek amacıyla Birlik Üyeleri tarafından değerlendirme yapılması amacıyla bir ekip gönderilmiştir.

Pakistan Depremi:

8 Ekim 2005 Pakistan'da meydana gelen depremin ardından, bölgede yürütülen Türk Kızılayı psikososyal proje başlatmıştır. İslamabad ve Muzaffarabad şehirlerinde, alanda çalışan yerel ruh sağlığı uzmanlarına toplamda uzmanlar tarafından 76 kişiye, 5 günlük travma eğitimleri verilmiştir.

Anafartalar Çarşısı Bombalı Saldırı:

22.05.2007 tarihinde Ankara/Ulus Anafartalar Çarşısı'nın önündeki otobüs durağında bomba patlaması sonucu altı kişi yaşamını yitirmiş, yaklaşık 100 kişi yaralanmıştır. İhtiyaç tespit çalışmaları yürütülerek, esnaf ve kuruluşlara ziyaretleri gerçekleştirilerek, ihtiyaç sahibi kişiler sevk ve yönlendirme yapılarak, ücretsiz danışmalık sağlanmıştır. Basın bildirisi ve halka yönelik duyurular hazırlanmıştır.

Bala Depremi:

20.12.2007 tarihinde saat 01:48 de merkez üssü Ankara ili Bala ilçesi olan 5.5 büyüklüğünde deprem meydana gelmiştir. İhtiyaç ve kaynak tespiti yapılmış, çadır ziyaretleriyle bilgilendirme broşür dağıtımı, sevk ve yönlendirme çalışmaları yürütülmüştür.

Zafer İÖ. Trafik Kazası:

10.09.2007 İzmir'de bir okul servisinin yaptığı kazada 4 öğrenci vefat etmiş, 24 öğrenci ve 1 veli yaralanmıştır. Psikososyal çalışmalar kapsamında okulda ihtiyaç ve kaynak tespiti yapılarak, Öğrencilere yönelik psikoeğitim programının sunulması ve öğretmenlerin krize müdahale konusunda bilgilendirilmesi çalışmaları yürütülmüştür.

Davutpaşa Patlaması:

31.01.2008 İstanbul/Davutpaşa'da meydana gelen Patlamada 18 işçi yaşamını kaybederken, çok sayıda işçi yaralanmıştır. Ailelerle bilgilendirme toplantıları düzenlenerek, yönlendirme çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

Mersin-Gülnar Orman Yangını:

07.07.2008 Mersin'in Gülnar Orman Yangını, 2 kişi hayatını kaybetmiş ve yaklaşık 30

kişi yoğun duman nedeniyle zehirlenmiştir. Birçok kişi evsiz kalmıştır. İhtiyaç ve psikososyal değerlendirme, sevk ve yönlendirme hizmetleri ve yetişkinlerle paylaşım grupları düzenlenmiştir.

Güngören Bombalı Saldırı:

27.07.2008 İstanbul Güngören ilçesinde 21.55' te patlama meydana gelmiş, 17 kişi hayatını kaybetmiştir. Hastanelerde yaralılar, kayıp yakınları ve esnaf ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Bölgede psikososyal destek merkezi oluşturularak görüşme ve yönlendirmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmalar 53 gönüllü ile 1 ay boyunca sürdürülmüş ve yaklaşık 350 kişiye ulaşılmıştır.

Konya Kız Öğrenci Yurdunda Patlama:

01.08.08 Konya Taşkent İlçesi Balcılar Beldesi'nde Kız Öğrenci Yurdunda gaz sıkışması sonucu bir patlama meydana gelmiş, 18 öğrenci vefat etmiş, 27'si yaralanmıştır. İhtiyaç tespit çalışmaları yürütülerek, kayıp ve yaralı yakınları ziyaret edilerek, psikolojik ilkyardım bilgisi verilmiştir.

Manavgat Yangını:

01.08.2008 Antalya Manavgat Orman Yangını, 5 yerleşim birimini doğrudan etkilemiş ve iki mahalle yanmıştır. İhtiyaç ve kaynak tespitinin yapılmış. Kamu kurum ve kuruluşlarıyla görüşmeler yapılmıştır. Psikososyal bilginin yayılması amacıyla yetişkinlerle oturumlar düzenlenmiştir.

Bilge Köyü Silahlı Katliamı:

04.05.2009 Mardin Mazıdağı Bilge Köyü'nde 44 kişinin ölümüyle sonuçlanan bir silahlı saldırı gerçekleştirilmiştir. İhtiyaç ve Kaynak Değerlendirmesi yapılmıştır. Çocuklar, yetişkinler ve çalışanlara için psikososyal müdahaleler gerçekleştirilerek, grup paylaşımları, çocuklarla etkinlikler ve toplum harekete geçirme çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

Batı Marmara Seli:

09.09.2009 tarihinde meydana gelen ve İstanbul, Tekirdağ çevresinde etkili olan yağışlar sonucu 33 kişi yaşamını kaybetmiştir. Bölgede ihtiyaç tespit çalışmaları yürütülmüş, toplu kalınan alanlarda ailelerle görüşülmüş, çocuklara yönelik etkinlikler düzenlenmiş, Silivri'de Psikososyal Destek Merkezi oluşturulmuştur.

Mustafa Kemalpaşa Grizu Patlaması:

10.12.2009 tarihinde Mustafa Kemal Paşa İlçesi Devecikonağı Köyü'nde meydana gelen meydana gelen grizu patlamasında 19 işçi yaşamını yitirmiştir. Psikososyal çalışmalar kapsamında kayıp yakınları ve maden çalışanları ile görüşülerek, psikolojik ve psikiyatrik destek için yönlendirmelerde bulunmuştur. İdari makamlar çalışmalar hakkında bilgilendirilmiştir.

Elazığ Depremi:

08.03.2010 tarihinde Elazığ'da 6.0 büyüklüğünde meydana gelen depremde 42 kişi hayatını kaybetmiş ve çok sayıda kişi evsiz kalmıştır. Bölgede çalışmaları yürüten gönüllülere yönelik psikoeğitim, krize müdahale eğitimleri düzenlenmiş ve çalışmalar kapsamında köylerde APHB tarafından ihtiyaç tespit çalışmaları gerçekleştirilmiş, çocuklara yönelik etkinlikler düzenlenmiş ve yetişkinlerle paylaşım grupları oluşturulmuş, sevk ve yönlendirmeler gerçekleştirilmiştir.

1.3. Ulusal ve Bölgesel Yapılanma

APHB ulusal ve bölgesel yapılanması içinde, ulusal çapta ve genel merkezler düzeyinde yapılacak çalışmaların karar organı “Yürütme Kurulu” dur. Yürütme Kurulu üye derneklerin her birinden en az 2 “genel merkez temsilcisi” nin katılımı ile oluşur. Yürütme

Kurulu'nun çalışmaları "Genel Sekreteryaya" tarafından düzenlenir. Birlik çalışmalarının tamamı Yürütme Kurulu'nda oylanır ve onaylanır.

APHB çalışmalarının bölgesel düzeyde yürütülmesinden ise "Bölge Komiteleri" sorumludur. Bu komitelerin sekreteryaya işlemleri "Bölge Sekreteryalari" tarafından yürütülür. APHB bölge komiteleri ve bölge sekreteryalariından sorumlu dernekler aşağıda sıralanmıştır.

Tablo 2. APHB Bölge Komiteleri

Bölge Komiteleri	Bölge Sekreteryası (Sorumlu Dernek)	Bağlı İller
Adana	Türkiye Kızılay Derneği	Karaman, Niğde, İçel, Osmaniye, Kahramanmaraş, Gaziantep, Kilis, Hatay
Ankara	Türk Psikologlar Derneği	Çankırı, Yozgat, Eskişehir, Kırıkkale, Kırşehir
Antalya	Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği	Burdur, Isparta, Afyon
Bursa	Türk Psikologlar Derneği	Çanakkale, Balıkesir, Bilecik, Yalova,
Diyarbakır	Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği	Şanlıurfa, Adıyaman, Mardin, Malatya, Elazığ, Batman, Tunceli, Bingöl
Erzurum	Türkiye Psikiyatri Derneği	Erzincan, Ardahan, Iğdır, Gümüşhane, Kars, Bayburt, Ağrı, Sivas
İstanbul	Türk Kızılayı	Edirne, Kırklareli, Tekirdağ
İzmir	Türkiye Kızılay Derneği	Manisa, Uşak, Kütahya, Aydın, Muğla, Denizli
Kocaeli	Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği	Düzce, Sakarya, Bolu, Zonguldak, Bartın, Karabük
Konya	Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği	Kayseri, Nevşehir, Aksaray
Samsun	Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği	Amasya, Tokat, Çorum, Sinop, Kastamonu
Van	Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği	Hakkâri, Siirt, Muş, Bitlis, Şırnak

Bölge komiteleri üye derneklerin her birinden en az 1 "Bölge Temsilcisi"nin katılımıyla oluşur. Bununla birlikte derneklerin kapasiteleri ölçüsünde 81 ilde il temsilcileri öngörülmüştür. Bölge temsilciliği için o bölgede bulunan illerden birinin temsilcisine görev verilebileceği gibi ayrıca bölge temsilcisi de seçilebilir.

APHB kapsamında her düzeyde (Türkiye geneli, bölge, il) temsilciler i Derneklerin kendileri tarafından belirlenir.

1.4. İşleyiş

APHB organları olan Yürütme Kurulu, Bölge Komiteleri, Genel Sekreteryası ve Bölge Sekreteryalarının kuruluş ve görevleri ile her düzeyde (genel merkez, bölge ve il) temsilcilerin görevleri “İşleyiş Yönergesi”nde tanımlanmıştır. Yönergeye göre;

“**Genel Sekreteryası**” APHB çalışmalarının ulusal ve uluslararası çapta düzenlenmesinden ve eşgüdümünden sorumlu organı

“**Yürütme Kurulu**” APHB’nin ulusal ve uluslararası çalışmalarına karar veren, planlayan, yürütülmesini sağlayan ve Genel Merkez Temsilcilerinden oluşan kurulu

“**Genel Merkez Temsilcisi (Yürütme Kurulu Temsilcisi)**” Üye Derneklerden her birinin Genel Merkez Yürütme Kurulunda temsil edilmesini sağlayacak kişileri

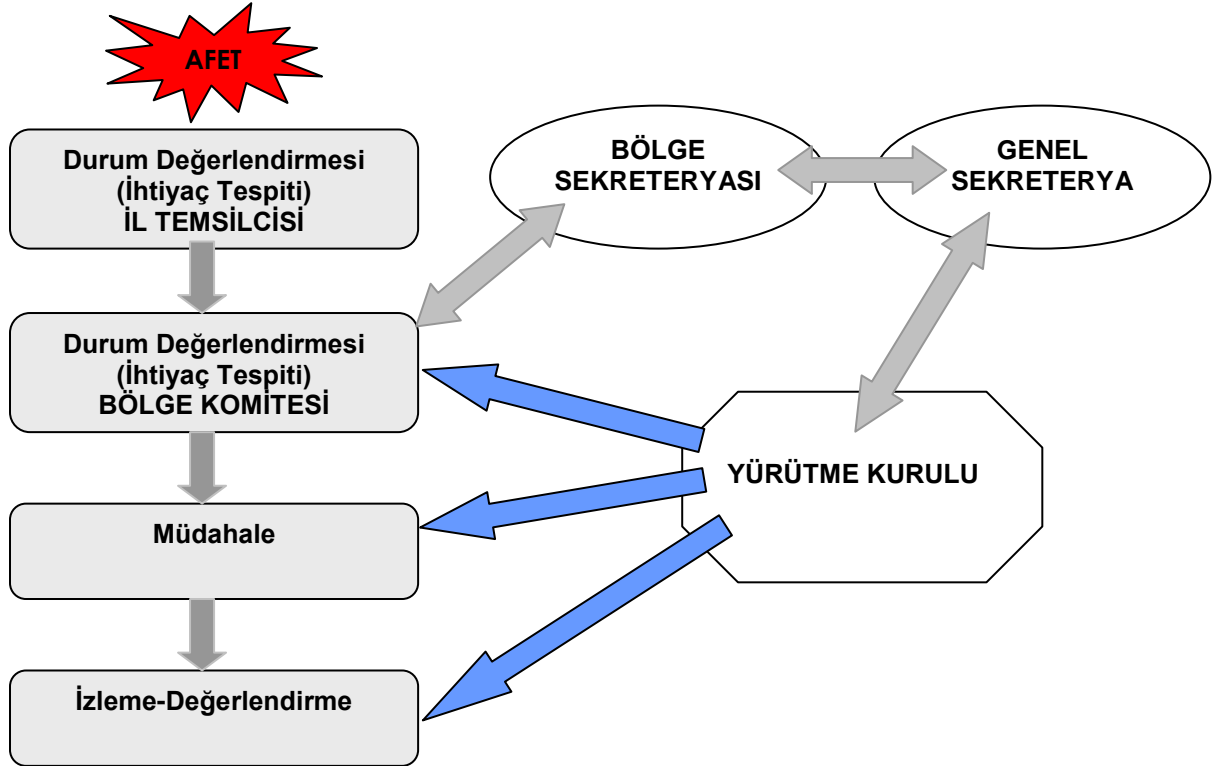
“**Bölge Sekreteryası**” APHB’nin bölgesel organizasyonu ve koordinasyonundan sorumlu olan organı

“**Bölge Komitesi**” APHB’nin bölgesel çalışmalarına karar veren, planlayan, yürütülmesini sağlayan ve bölge temsilcilerinden oluşan komiteyi

“**Bölge Temsilcisi**” Üye dernekler tarafından APHB Bölge Komitesinde temsilen görevlendirilmiş dernek üyelerini

“**İl Temsilcisi**” Üye dernekler tarafından il düzeyinde temsilen görevlendirilmiş dernek üyelerini ifade etmektedir.

APHB çalışmalarına ilişkin genel esaslar, uygulamalarda uyulması gereken etik ilkeler de İşleyiş Yönergesi içinde belirtilmektedir. İşleyiş Yönergesi ek 2’de sunulmaktadır. Yönergeye göre afet ya da acil durumlar APHB işleyiş süreci şöyle tanımlanmıştır.



2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Meriç Gözden, Serap Arslan Tomas, Eylem Şavur
Türk Kızılayı Psikososyal Destek Birimi

2.1. Afet ve Acil Durum Kavramı

Afet; insanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen ve etkilenen

topluluğun kendi imkân ve kaynaklarını kullanarak üstesinden gelemeyeceği, doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylardır. Afet olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçlardır.

Acil durum; İnsan hayatı, refahı, mülk ve çevre açısından doğrudan tehdit oluşturan her tür durumu ifade eder. Bu kapsamda çok sayıda insanda olumsuz psikolojik sonuçlar doğuran trafik kazaları gibi olaylar düşünülebilir.

2.2. Afet Türleri ve Afetlerin Etkileri

Afetler kökenleri ve meydana geliş hızlarına göre türlere ayrılır.

Kökenlerine göre afetler:

- Doğal Afetler (Deprem, Sel, Heyelan, Yangın vb.)
- Teknolojik Afetler (Nükleer patlamalar vb.)
- İnsan Kökenli Afetler (Savaşlar, Terör Olayları vb)

Meydana geliş hızına göre afetler:

- Ani Gelişen Afetler (Deprem, Çığ, Hortum vb.)
- Yavaş Gelişen Afetler (Kuraklık, Erozyon, Küresel Isınma vb.) olarak sıralanmaktadır.

Afetlerin büyüklüğünü tespit etmek için; can kaybı, etkilenen nüfus, etkilenen coğrafi alan, yapısal hasarlar, sosyal ve ekonomik kayıplar ölçüt olarak kullanılır. Afetlerin etkileri doğrudan ve dolaylı etkiler olarak ele alınabilir. Tablo 3’de bu etkilerden bazıları sıralanmıştır.

Tablo 3. Afetlerin Etkileri

Doğrudan Etkiler	Dolaylı Etkiler
Can kayıpları	İşyeri ve üretim tesislerinin geçici veya sürekli kapanması nedeniyle uğranılan üretim kayıpları
Yaralanmalar	Sağlık, eğitim ve diğer devlet hizmetlerinin kesilmesi veya aksaması nedeniyle uğranılan hizmet kayıpları

Alt yapı hasarları	Üretim, turizm, ticaret ve hizmet sektörlerindeki kısa veya uzun süreli işletme kayıpları nedeniyle uğranılan gelir kayıpları
Eşya ve malzeme kayıpları	Üretim veya hizmet yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan fiyat artışları
Hayvan ve tarım ürünleri kayıpları	Tüm kaynakların, kurtarma, ilk yardım ve geçici barındırma çalışmalarına yoğunlaştırılması nedeniyle, diğer alanlarda görülen yatırım ve hizmet azalması ve bunların alternatif maliyetleri
Kültür mirası ve müzelerdeki kayıplar	Üretim veya arz kaybının yol açtığı pazar kaybı
Kurtarma, ilk yardım ve geçici barınma çalışmaları giderleri	Tüm kaynakların depremden etkilenen bölgelere yoğunlaştırılmasının neden olabileceği aşırı talep ve fiyat artışları
Tedavi, beslenme ve yedirme, giydirme giderleri	Eğitimin ve genel kalkınma programlarının aksamasının doğuracağı ilave maliyetler
Alt yapı, haberleşme ve ulaştırma tesislerindeki hasarların onarım giderleri	İşçilik, göç, yaralı insanlar ve kimsesiz kalanların yol açtığı diğer sosyal maliyetler
Yapılardaki çeşitli hasarları onarım giderleri	Yıllık bütçe giderlerinin aşırı artması, parasal kaynakların azalması ve ödemeler dengesinin bozulması

2.3. Afet Yönetimi

Afet Yönetimi; afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla afet öncesinde, anında ve sonrasında yapılması gereken çalışmaların planlanması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi, desteklenmesi ve uygulanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, kaynaklarının bu ortak hedefler doğrultusunda yönetilmesidir. Bu çerçevede afet yönetiminin evreleri aşağıda sıralanmaktadır.

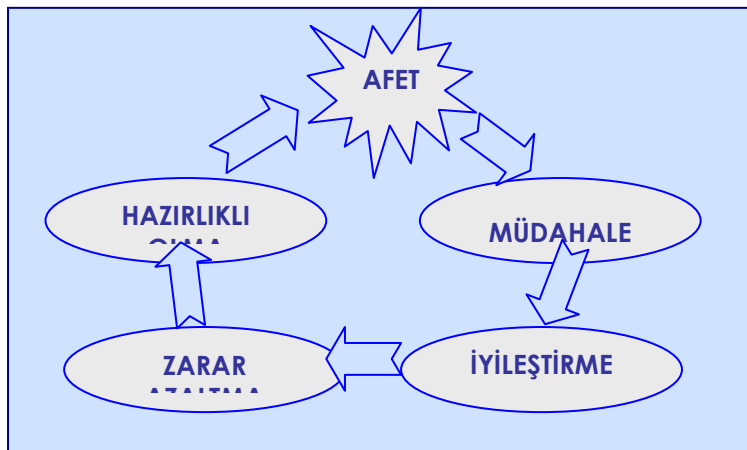
Zarar Azaltma: Toplumun fiziki altyapısını oluşturmada, yer seçimi ilkelerinden başlayarak yapılaşmada daha yüksek standartların belirlenmesi, bunları sağlamak üzere yasal ve ekonomik yöntemlerin geliştirilmesi; toplumun her kesiminde bireylerin, yerel toplulukların ve kuruluşların olası afet zararlarını azaltmak amacıyla alabilecekleri önlemlerin tanımlanması ve bu yatırımları yapmalarının kurumsal düzenlemelerle ve bir toplumsal kültür oluşturma yoluyla sağlanmasıdır.

Hazırlıklı Olma: Hazırlık; tehlike ve risklerin olumsuz etkilerini mümkünse önlemek, mümkün değil ise etkilerini azaltmak ve afet meydana geldiğinde zamanında hızlı ve etkili bir müdahaleyi başarmak için önceden yapılması gereken tüm faaliyetlerdir. Hazırlıklı olma, bu amaçlarla hazır tutulacak eğitimli kadroların, malzemenin ve araç gerecin doğru noktalarda konumlandırılması işlerini kapsar.

Müdahale: Bir afetin/acil durumun oluşunu takip eden ve afetten hemen sonra başlayarak, afetin büyüklüğüne bağlı olarak genellikle 1-3 aylık bir süre içerisinde sürdürülen etkinlikleri ifade eder. Bu etkinlikler; haber alma ve ulaşım, ihtiyaçların belirlenmesi, arama ve kurtarma, ilk yardım, tedavi, tahliye, geçici barınma, yiyecek, içecek, yakacak temini, güvenlik, çevre sağlığı, hasar belirleme, tehlikeli yıkıntıların kaldırılması şeklinde özetlenebilir.

İyileştirme: Etkilenenlerin tüm gereksinimlerinin afetten önceki düzeyden daha ileri bir düzeyde karşılanabilmesi hedefiyle toplumun afet nedeniyle bozulmuş olan ekonomik, sosyal ve psikolojik bütünlüğünün yeniden sağlanmasına yönelik etkinlikleri içerir. Müdahale etkinliklerinin ardından toplumunun afet öncesi yaşam koşullarına kavuşturulması sürecinin kısılması iyileştirme etkinliklerin başlıca çabasıdır.

Birbiriyle iç içe girmiş, birbirini takip etme zorunluluğu olan, bir önceki safhada yapılanların bir sonraki safhada yapılacak olanları büyük ölçüde etkilediği ve süreklilik göstermesi gereken tüm bu etkinlikler, afet halkası veya afet zinciri olarak düşünülebilir. Aşağıdaki şemada bu zincir görülmektedir.



2.4. Türkiye’de Afet Yönetimi

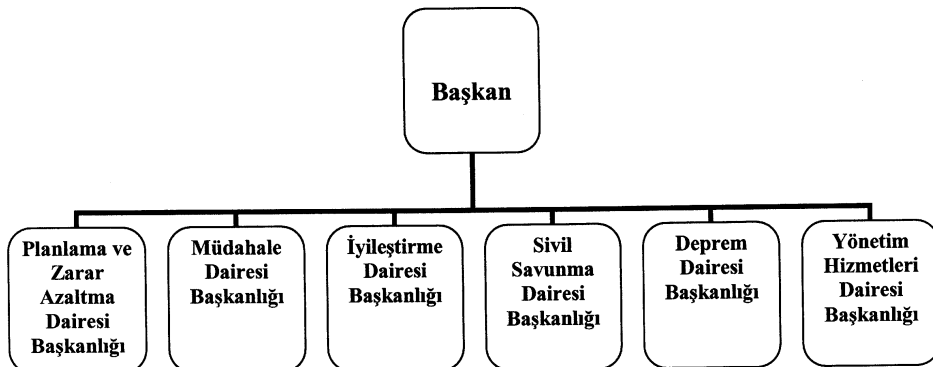
Türkiye’de afet yönetim sistemi yapılanması özellikle 7269 sayılı “*Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara İlişkin Kanun*” ve bu kanun kapsamında çıkarılmış 88/12777 sayılı “*Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik*” kapsamında tanımlanmıştır.

Yine, 29/5/2009 Tarih 5902 sayılı ‘Afet Ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile kurulan Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı kurularak Kanun çerçevesinde;

- İçişleri Bakanlığına bağlı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü,
- Başkanlık Afet İşleri Genel Müdürlüğü ile
- Bayındırlık ve İskân Bakanlığı Afet İşleri Genel Müdürlükleri lağvedildi.

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının görevleri; Afet ve acil durumlar ile sivil savunmaya ilişkin hizmetlerin ülke düzeyinde etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve olayların meydana gelmesinden önce hazırlık ve zarar azaltma, olay sırasında yapılacak müdahale ve olay sonrasında gerçekleştirilecek iyileştirme çalışmalarını yürüten kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanması ve bu konularda politikaların üretilmesi ve uygulanması hususlarını kapsar.

AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ BAŞKANLIĞININ TEŞKİLAT YAPISI



Bu yapılanmayı oluşturan birimler aşağıda özetlenmektedir.

Afetlere ilişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmeliğe göre Türkiye’de afet yönetimi birimleri:

Tablo 4. Türkiye’de Afet Yönetimi Birimleri

İlçe düzeyinde afetler	İl düzeyinde afetler	Büyük çaplı afetler
İlçe Kurtarma ve Yardım Komiteleri	İl Kurtarma ve Yardım Komiteleri	Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulu
Kaymakam başkanlığında; Belediye Başkanı İlçe Jandarma Bölük Komutanı Emniyet Amiri/Baş Komiseri İlçe Sivil Savunma Müdür/Memuru İlçe Mal Müdürü İlçe Milli Eğitim Müdürü İlçe Bayındırlık Müdürlüğü Temsilcisi İlçedeki sağlık kuruluşlarından birinin amiri Kızılay Şube Başkanı Garnizon Komutanı/ mahallin en büyük askeri birlik temsilcisi	Vali/ Vali Yardımcısı Başkanlığında; Belediye Başkanı İlçe Jandarma Alay Komutanı Emniyet Müdürü Sivil Savunma Müdürü Milli Eğitim Müdürü Bayındırlık Müdürü Sağlık Müdürü Tarım Müdürü Orman Müdürü Kızılay Temsilcisi Garnizon Komutanı/ mahallin en büyük askeri birlik temsilcisi	Bayındırlık ve İskân Bakanlığı Müsteşarının başkanlığında; Milli Savunma Dış İşleri İç İşleri Maliye ve Gümrük Milli Eğitim Gençlik ve Spor Sağlık Ulaştırma Tarım Orman Çalışma ve Sosyal Güvenlik Sanayi ve Ticaret, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlıkları Müsteşarları Kızılay Genel Başkanı/ Genel Müdürü

Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulu; genel hayatı geniş ölçüde etkileyen, il sınırlarını aşan afetlerde kurulur.

İl ve İlçe Kurtarma ve Yardım Komiteleri ise başkanın çağrısı üzerine, büyük afetlerde ise çağrı beklemeksizin toplanır ve görevleri aşağıda özetlenmektedir:

- Acil yardım planlarının yapılması, uygulanması, onaya sunulması
- Planlarda belirlenen yapının kurulması, görev alacakların belirlenmesi, eğitim ve tatbikatlar düzenlenmesi
- Hizmet Gruplarının göreve çağırılması, kararların alınması, uygulanması
- Yapılacak yardımların prensiplerinin belirlenmesi ve ihtiyaçların temini
- Acil yardımda görevli kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyon sağlanması
- Yapılan çalışma ve uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesi
- Gerekli personel, araç ve gerecin temini, ikmali ve takibi ve koordinasyonu
- Acil yardım çalışmaları İl ve ilçe yardım komitelerinin hizmetleri 9 ana grupta ele alınır.

Bunlar:

1. Haberleşme Hizmetleri
2. Ulaşım Hizmetleri
3. Kurtarma ve Yıkıntıları
Kaldırma Hizmetleri

4. Güvenlik Hizmetleri
5. İlk Yardım ve Sağlık
Hizmetleri
6. Ön Hasar Tespit ve Geçici
İskan Hizmetleri

7. Tarım Hizmetleri
8. Satın Alma, Kiralama, El
Koyma ve Dağıtım
Hizmetleri
9. Elektrik, Su ve Kanalizasyon
Hizmetleri

Bununla birlikte;

1. Yurt dışında Türkiye'nin toprak bütünlüğüne, egemenlik haklarına, milli hedef ve çıkarlarına tehdit emarelerinin belirmesi ve gelişme göstermesi
2. Yurt içinde Anayasa ile kurulan hür demokrasi düzenini, temel hak ve hürriyetleri ortadan kaldırmaya yönelik yaygın şiddet hareketlerine ait ciddi belirtilerin ortaya çıkması veya şiddet olayları nedeniyle kamu düzeninin bozulması (Terör olayları, kanunsuz grev, lokavt, iş bırakma eylemleri, etnik, din ve mezhep farklılıklarından kaynaklı olaylar)
3. Doğal Afetler (Deprem, Sel, Çığ, Toprak Kayması, Kaya Düşmesi, Büyük ölçekli kazalar ve diğer meteorolojik afetler)
4. İltica ve nüfus hareketleri
5. Tehlikeli ve salgın hastalıklar

6. Büyük Yangınlar
7. Nükleer ve kimyasal kazalar
8. Ağır ekonomik bunalımlar gibi hallerde “**Başbakanlık Kriz Yönetim Merkezi**” kurulur. 1 ve 2. maddede belirtilen kriz hallerinin koordinasyonundan Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği, 3, 4, 6 ve 7. maddelerde belirtilen kriz hallerinin koordinasyonundan **Başbakanlık Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü**, 8. maddede belirtilen kriz halinin koordinasyonundan Ekonomiden sorumlu Devlet Bakanlığı, 5. maddede belirtilen kriz halinin koordinasyonundan ise Sağlık Bakanlığı sorumludur.

Başbakanlık Kriz Yönetim Merkezi; Kriz Koordinasyon Kurulu, Kriz Değerlendirme ve Takip Kurulu ve Sekreteryaya olmak üzere 3 organdan oluşur. Kriz Koordinasyon Kurulu Başbakan veya yetki vereceği bir Devlet Bakanı başkanlığında ve krizin cinsine göre; ilgili bakanlıkların bakan, müsteşar ve makam başkanlarından oluşur. Kriz Değerlendirme ve Takip Kurulu Başbakanlık Müsteşarı başkanlığında ve krizin cinsine göre; ilgili bakanlık müsteşarlarından, kurum başkanlarından oluşur. Sekreteryaya ise Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği bünyesinde çekirdek olarak kurulur ve kriz durumlarında personeli tamamlanır.

3. BÖLÜM

AFETLERDE PSİKOSOSYAL GEREKSİNİM VE KAYNAK BELİRLEME*

Yrd. Doç. Dr. Banu Yılmaz
Türk Psikologlar Derneği,
Ankara Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Her afetin sonuçları, büyüklüğüne, yayılımına, ortaya çıktığı bölgeye, etkilediği toplumun kültürüne ve başka pek çok özelliğe göre çeşitlenir. Ancak bazı sonuçlar, her afette ortaktır ve bu ortak sonuçlardan biri de psikososyal sonuçlardır.

Afetlerin ardından sürdürülen çalışmalarda psikososyal desteğin önemi giderek daha fazla kabul edilmeye başlanmıştır. Özellikle son on yılda tüm dünyada yaşanan büyük felaketler sonrasında afetzedelerin psikososyal gereksinimlerinin çok büyük boyutlarda olduğuna yönelik saptamalar yapılmıştır. Örneğin Bam depreminin ardından, İran Sağlık Bakanlığı ve UNICEF'in yaptığı bir gereksinim belirleme çalışmasının sonunda 25.000 depremzedenin psikolojik destek gereksinimi duyduğu belirlenmiştir.

Afetlerin ardından diğer tüm alanlarda olduğu gibi psikososyal boyutta da değerlendirmenin hızla ve kapsamlı bir biçimde yapılması önem taşımaktadır. Afet sonrası çalışmaların bir bütün olarak ele alınması ve psikososyal destek çalışmalarının da bu sistemde, yer alması gerekir.

* Bu bölüm, Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu ve South Dakota Üniversitesi Afet Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından, mülteci, yerinden edilmiş ve çatışmalardan etkilenmiş diğer toplulukların ruh sağlığı gereksinimleri ve uygun kaynakların değerlendirilmesi amacıyla hazırlanan teknik belge [Rapid Assessment of Mental Health Needs of Refugees, Displaced, and Other Populations Affected by Conflict and Post-Conflict Situations and Available Resources (RAMH) (Petevi, Revel ve Jacobs, 2001)] temel alınarak yazılmıştır. Bölümün sonunda verilen değerlendirme aracı da bu teknik dokümanın bir ekidir.

Büyük toplumların afet sonrası psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesinde kesin strateji ve planlara ihtiyaç vardır. Afetin hemen ardından yapılmaya çalışılan, önceden planlanmamış düzenlemeler ve uygulamaların güvenilir bir zemin sağlamayacağı deneyimlerle görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü, acil durumlarda, ilk günlerden yeniden

yapılanmaya kadar geçen sürede toplum temelli psikososyal yaklaşımın uygulanması gerekliliğini savunmaktadır. Önceden belirlenmiş bir plan çerçevesinde elde edilen bilgi, afetin hemen ardından ve uzun dönemde kullanılacak toplum temelli ruh sağlığı programlarının geliştirilmesine hizmet eder.

Afet sonrası psikososyal gereksinimlerin değerlendirilmesinin, acil dönemde olabildiğince hızlı bir biçimde organize edilmesi gerekir. Böyle bir değerlendirme aracı, gereksinimlerin ve uygun kaynakların belirlenmesinde kullanılabilir. Bu araçla, ilk yedi ila on günde, acil durum çalışmalarının tasarlanmasında ve başlatılmasında gerekli bilgileri sağlayacak niteliksel ve temel niceliksel veri toplanmalıdır. Bu acil değerlendirmenin yalnızca değerlendirme ile sınırlı kalmaması gerektiği akılda tutulmalıdır. Elde edilen bulguların süreç içinde yenilenmesi gereklidir. Bunun ardından, incinebilirliği yüksek gruplar için daha ayrıntılı bir gereksinim belirleme süreci başlatılmalıdır.

Bu araçla toplanan toplum temelli veri temelinde, uygun bir acil durum psikososyal müdahale programı başlatılabilir. Bu program toplumun gereksinimlerine ne kadar uygun ve kültürüne ne kadar duyarlı bir program olursa, o kadar etkili olacaktır. Periyodik değerlendirmeler, uygulamalarda sağlanan ilerlemeleri ve değişen gereksinimleri ortaya koyacaktır. Bu tür bir değerlendirme süreci, herhangi bir kriz durumunda gereklidir ve bu sürecin başlatılmasına yönelik talep, bu durumdan etkilenen toplumun yöneticilerinden, bir sivil toplum örgütünden ya da dünya sağlık örgütü gibi uluslar arası bir kuruluştan gelebilir.

Bu değerlendirme sürecinin amacı

- Olayın bölgeyi ve toplumu nasıl etkilediğini tanımlamak
- Etkilenen toplumu tanımlamak (tahmini sayı, cinsiyet ve yaş dağılımı, ailesini kaybeden çocuk sayısı, yaşlılar, sokak çocukları vb. durumu)
- Afetten etkilenenler için en yaygın hastalık ve ölüm nedenlerinin belirlenmesi
- Afetzedelerin deneyimledikleri travmatik olayların belirlenmesi
- Afetten etkilenen toplumun temel dini, kültürel ve sosyopolitik özelliklerinin belirlenmesi

- Toplumun üyelerinin, bir birey, aile ya da daha büyük bir grubun maruz kaldığı travmanın sonuçlarına nasıl karşılık verdikleri ve bu başa çıkma mekanizmalarının yeni durumdan ne düzeyde ve nasıl etkilendiğinin anlaşılması
- Bir ruh sağlığı politikası ve eylem planı olup olmadığının anlaşılması ve ruh sağlığı uzmanlarının, potansiyel yarı uzmanların ve diğer kaynakların belirlenmesi
- İncinebilirliği yüksek grupların, örneğin, çocukların ve engellilerin özel gereksinimlerini karşılamaya yönelik bir programın geliştirilmesi için toplanan bilgiler temelinde önerilerde bulunulması

3.1. Değerlendirme Sürecinin Koşulları- değerlendirme aracı

Değerlendirme sürecinin dikkatle hazırlanması, bilgi toplama, toplanan bilginin analizi ve uygulamanın hızla yapılabilmesi için çok önemlidir. Bu nedenle, hazırlanacak kapsamlı bir rehber, değerlendirme ekibinin olabildiğince hızlı harekete geçmesine yardımcı olur. Rehberde yer alması gerekli temel konular:

- Değerlendirmenin yürütülmesine kim ya da hangi kuruluşun karar vereceği,
- Çalışmanın maddi desteğinin hangi kuruluş tarafından sağlanacağı,
- Değerlendirmenin amaçlarının ne olduğu,
- Çalışmanın yürütülmesine hangi kuruluşun öncülük edeceği,
- Çalışmayla ilişkili resmi kurumun (örneğin Sağlık Bakanlığı) rolünün ne olduğu,
- Değerlendirmenin amacının ne olduğu,
- Değerlendirme ekibindeki her üyenin rolünün ne olduğu,
- Öngörülen zamanlamanın ne olduğu,
- Bildirilen gereklilikler
 - a) Değerlendirmenin amaçlarını kapsayan bir içerik
 - b) Verilerin sahibi
 - c) Verilerin gizliliği
 - d) Verilerin alanda ve raporlamanın ardından korunması
- Değerlendirme sürecine katılan kuruluşların bir psikososyal müdahale uygulamasına katılımları konusunda kısa ve uzun dönemli bağlılıklarının belirlenmesi

3.2. Temel kaynaklar

Aşağıdaki insan kaynakları ve maddi kaynaklar değerlendirmeyi kolaylaştırabilir:

İnsan kaynakları

- Yerel yönetici / temas kişisi
- Diğer yerel uzmanlar (çeşitli alanlardan)
- Çevirmenler
- Şoförler

Maddi / Fiziksel kaynaklar

- Alanda iletişimi sağlamaya elverişli ekipman
- Uluslar arası ve alan içi ulaşım
- Taşınabilir bilgisayar vb.

3.3. Veri Toplama Ekibi

Değerlendirme sürecinin aciliyeti nedeniyle, yerel ve uluslar arası uzmanlardan oluşan bir isim havuzunun önceden hazırlanması kolaylaştırıcı olacaktır. Değerlendirme ekibinin çeşitli disiplinlerden uzmanları barındırmasında yarar vardır, ancak özellikle önemli olan, ruh sağlığı uzmanlarının bilgi ve deneyimidir. Afet durumları beklenmeyen etkiler yaratabileceği ve deneyimli uzmanlar her zaman ulaşılabilir olmayabileceği için, bunları göz önünde bulundurarak büyük bir havuz oluşturmak gerekebilir. Her ekipte en az bir uzmanın kriz durumlarında deneyimli olmasında yarar vardır. Değerlendirme ekibinin hizmet verilecek bölgede yaşayan toplumun kültürü, dini, dili, yaşanan afetin / krizin yapısı vb. konularda değerlendirme sürecinin başlamasından önce bilgi sahibi olması gerekir.

Değerlendirmenin, temel yaşamsal gereksinimlerin karşılanmasının ardından olabildiğince çabuk başlatılması gerekir. Yaşanan krizin özelliklerine ve ekip üyelerinin uygunluğuna göre, gereken sayıda uzman önceden hazırlanan isim havuzundan seçilerek harekete geçirilir. Ekip üyelerinden biri ekip lideri olarak belirlenir.

Değerlendirme çalışması boyunca, tüm afet durumlarında olduğu gibi, çalışanların fiziksel ve psikolojik bakımı çok önemlidir. Ekip üyeleri, travmatik sahnelere, öykülere, sağlıksız fiziksel koşullara, bürokratik engellere maruz kalabilirler. Afet koşullarında

çalışanların korunmasına ilişkin tüm ilke ve öneriler değerlendirme ekibinde yer alanlar için de geçerlidir. Ekibin alana gönderilmesinden önce, ekibin güvenliği için gereken bilgilerin edinilmesi gerekir (Ulaşım sırasında karşılaşılabilecek engeller, salgın hastalıklar, iletişim kanalları, resmi belgeler, uluslar arası yardım ilkeleri vb.). Değerlendirmenin sonunda, ekibin tüm süreci gözden geçirebileceği bir toplantının düzenlenmesi gereklidir.

3.4. Yöntem

Değerlendirmenin, yalnızca resmi kurumlar ve / veya sivil toplum örgütlerinden alınan bilgilere dayanması yeterli veriyi sağlamaz. Değerlendirme ekibinin afetzedelerin yaşadığı yerleri ziyaret etmesi ve afetzedelerin durumunu doğrudan gözlemlemesi gerekir. Etkilenen bölgede yaşayan halkın değerlendirme sürecinde yer alması çok önemlidir.

3.5. Veri Toplama ve Bilgi Kaynakları

Afetin ilk günleri son derece karmaşıktır ve bu aşamada veri toplama adım adım yürütülemeyebilir. Yine de, veri toplama ve analiz için yapılmış iyi bir plan, daha güvenilir bir raporun ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Başlangıçta, en güvenilir bilgiyi sağlayabilecek kişilerin belirlenmesi için yeterli zaman tanınmalıdır. Bu tür bir değerlendirme çok boyutlu bir yaklaşımı gerektirir. Değerlendirmenin tüm düzeyleri kapsamalıdır. Veri toplama merkez ve kırsal düzeyde, ulusal ve uluslar arası kaynaklardan yapılmalıdır. Etkilenme düzeyi fazla olan bölgelerde yaşayan topluluklara öncelik verilmelidir. Var olan dokümanlardan yararlanılabileceği gibi, görüşmeler vb. de kullanılabilir.

Hızlı bir değerlendirme, uygun kaynakların, sınırlılıkların ve gereksinimlerin uzlaşmasını gerektirir. Pek çok nedenle, aşağıda yer alan tüm bilgi kaynaklarına başvurmak mümkün olmayabilir. Ancak, başvuru bilgi kaynaklarının sayısı arttıkça, toplanan verinin nesnellüğünün ve kalitesinin yükseleceğini de unutmamak gerekir.

Bu nedenle, en uygun bilgi kaynaklarına ulaşmak ve doğru kaynakları seçmek için düşünmek gerekir.

- Merkezi ve bölgesel ulusal otoriteler (Sağlık Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı, afet sonrası oluşturulan resmi makamlar, Sosyal Hizmetler vb.)
- Birlik, Dernek, Üniversite temsilcileri (sivil toplum örgütleri, üniversitelerin ilgili bölüm ve birimleri vb.)

- Yaşamsal sektörler
- Eğitim
- Kültürel, gençlik, spor, sosyal gruplar
- Güvenlik güçleri, ordu, vb.

Etkilenen bölgelere ziyaretler sırasında dikkatli bir gözlem bile yanlış izlenimlere neden olabilir. Ziyaret edilen alan, kalan bölgeden daha az ya da fazla etkilenmiş olabilir. Ayrıca, en fazla etkilenmiş kişiler genellikle en az göz önünde olanlardır. Yaralanmış, hasta ya da psikolojik olarak travmatize olmuş afetzedeler temastan kaçınabilir ve değerlendirmelerde gözden kaçabilir. Kişisel izlenim ve notlar kullanışlıdır ancak bunların nesnel verilerden ayrı tutulması gerekir.

Değerlendirme çalışmasından sorumlu olan kurumun başlangıçtaki temasları kurması ve hazırlıkları yapması süreci hızlandırır. Bunun en iyi yolu, yerel eş kurumla çalışmaktır. Afet bölgesinde, değerlendirme ekibi kendini tanıtmalı ve değerlendirme koşullarını ve değerlendirme yöntemini anlatmalıdır. Gereksiz bilimsel terimlerin kullanılmaması gerekir. Karşılanamayacak beklentiler oluşturulmamalıdır. Herkese saygı ile davranılmalıdır. Toplanan bilgilerle ne yapılacağı açıklanmalıdır. Değerlendirme ekibinin çalışmaları, tüm insani yardım çalışmalarının ilkelerine ve genel etik ilkelere dayandırılmalıdır. Aynı anda yardım çalışmalarında bulunmak üzere afet bölgesinde bulunan ve aynı işi yapan birden fazla organizasyon olabilir. Değerlendirme ekibi, bunların arasından en uygun olanla temas kurup desteğini sağlamalı ve aynı işin iki kez yapılmasını engellemek için işbirliği yapılmalıdır. Eşgüdüm ve kaynakların paylaşımı, daha bütünlüklü ve uygun bir değerlendirmenin ortaya çıkmasını ve maddi kaynağın uygulamaya ayrılabilmesini sağlayacaktır.

Ekipte yer alan kişilerin kişisel, kültürel ve etnik stereotipleri ya da önyargı ve beklentileri, verilecek kararları etkileyecektir. Belli bölgelere ulaşımın zorluğu en önemli sıkıntılardan biri olarak belirir. Bu nedenle yardım çalışmalarının sürdürüleceği bölgenin bir haritasının çıkarılması ve az bilinen ve hiç bilinmeyen alanların bu harita üzerinde belirlenmesi değerlendirmenin durumu ne derece yansıttığına ilişkin bilgi verir.

3.6. Değerlendirme Raporu

Raporun da veri analizi ile aynı şekilde standardize edilmesi gereklidir. Amaçlarda belirtilen bölümlere uygun bir raporlama yapılmalıdır. Ayrıca aşağıda belirtilen bilgilerin de rapora eklenmesi gerekir:

- Ulusal ruh sağlığı politikası ile ilgili dokümanlar
- Diğer ruh sağlığına ilişkin raporlar
- Etkin yardım örgütleri ve anahtar kişi/kurum listesi
- Psikososyal projelerde yer alan yerel ve uluslar arası kuruluşların listesi

Raporun açık bir dille yazılması gerekir. Öncelikli gereksinimler belirtilmeli, bunların toplum temelli aşamaya özgü programda ne şekilde yer alacağı açıklanmalıdır. Afetten bağımsız psikososyal gereksinimler afete bağlı olanlardan ayrı tutulmalıdır. En iyi yaklaşıma, stratejiye ve programa ilişkin öneriler vurgulanmalıdır. Mümkünse, bir en iyi ve en kötü durum senaryosu hazırlanmalı ve izleyen 3-6 aylık dönem için bir plan önerilerek bu dönemdeki psikososyal öncelikler belirtilmelidir. Raporun dağıtımı ile ilgili sorumluluk, bu değerlendirme sürecini talep eden kuruma ait olmalıdır.

3.7. Sonuç

Afet sonrası psikososyal değerlendirme, afetten etkilenen toplumun psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi için önemli bir araçtır. Bu araç, acil durum ve bunu izleyen değişken dönemde kullanılabilir. Değerlendirme raporu, toplumsal temelli, aşamaya özgü bir psikososyal programın geliştirilmesi için önerileri içerir. Aynı zamanda uygun bireysel, ailesel ve toplumsal güçleri, insan kaynağını ve maddi kaynakları tanımlar. Afetzedeler için elverişli kültürel, dini, etnik öğeleri vurgular. Kısa ve uzun dönemli çalışmalar arasındaki köprünün kurulması işlevini gerçekleştirir. Bu tür bir rapor, daha ayrıntılı ve kapsamlı bir değerlendirme için ilk adım olarak da düşünülebilir.

3.8. Değerlendirme Aracı

Psikososyal Gereksinimlerin ve Uygun Kaynakların Belirlenmesi

Toplanacak Veri

Bölüm I.

DURUMA İLİŞKİN GENEL BİLGİ**Afetin, etkilenen bölgenin ve topluluğun tanımlanması**

1. Etkilenen bölgenin coğrafi ve çevresel (doğal) özellikleri
2. Etkilenen bölgenin afet öncesi koşulları
3. Afetin özellikleri
4. Temel yaşamsal durum ve gereksinimler
 - Ölüm oranı ve nedenleri
 - Yiyecek kaynakları ve beslenme gereksinimi
 - Su kaynakları
 - Barınma koşulları
5. Ekonomik özellikler: İstihdam ve gelir dağılımı, kaynakların dağılımı
6. Toplumsal özellikler: Dayanışma, süregiden politik, etnik ve diğer gerilimler, sorun gruplar
7. Eğitim
 - Afetten etkilenen topluluğun eğitim düzeyi
 - Eğitim olanaklarının etkilenme düzeyi
 - Öğretmenlerin afet sonrası rol ve etkinlikleri

Bölüm II. ETKİLENEN TOPLULUĞUN TANIMI

Kriz durumlarında istatistik her zaman elverişli olmayabilir. Bu nedenle bu bölümde toplanan veri basit çıkarımlar olabilir.

1. Afetten etkilenen topluluğun yaş, cinsiyet, incinebilirlik düzeyi dağılımları
2. Yaşlılar, engelliler, kimsesizler ve sokak çocukları
3. Kronik psikiyatrik hastalığı olanlar
4. Afetten etkilenen topluluğun yerleşimi: Yerleşim türü (çadırkent, geçici merkezler vb.), yerleşim merkezi (kırsal, kent, orman vb.), ulaşılabilirlik (kolay, zor, tehlikeli vb.)

Bölüm III. RUH SAĞLIĞI GEREKSİNİMLERİ

Afetten etkilenen topluluğun travmatik olaylara maruziyeti ve afet sonrası yaşam

1. Travma sonrası stres tepkileri
2. Afet sonrası süreçten kaynaklı travmalar
3. Geleneksel rollerin değişmesinden kaynaklı çatışmalar
4. Mahremiyetin yitirilmesi
5. Statü kaybı

Bölüm IV. KÜLTÜREL, DİNİ, POLİTİK VE SOSYOEKONOMİK KONULAR

1. Afet öncesi ve sonrası toplumsal özellikler
2. Sosyal yapı
3. Psikolojik destek ağı
4. Aile yapısı
5. Ekonomik yapı (üretim biçimi, kaynakların yönetimi)
6. Dini inanç ve gelenekler
7. Yeni yaşam düzeninde ortaya çıkan sosyal yapı
8. Afet sonrası ortaya çıkan sosyal yapı

Bölüm V. ÖNEMLİ KÜLTÜREL ÖZELLİKLERİN TANIMI

Afetten etkilenen topluluğun travmanın etkileriyle başa çıkma yollarının belirlenmesi ve bu başa çıkma yollarının yeni durumdan nasıl etkilendiğinin tanımlanması

Bölüm VI. RUH SAĞLIĞI POLİTİKASI VE KAYNAKLAR

Ruh sağlığı politikası ve eylem planına ilişkin genel bilgi

1. Afet öncesi ruh sağlığı politikasının olup olmadığının belirlenmesi
2. Bu yaklaşımın afet durumlarına uygulanabilir yanlarının belirlenmesi

Afetten etkilenen topluluk için elverişli ruh sağlığı kaynaklarının belirlenmesi

- i. Afetten etkilenen topluluğun ruh sağlığına ilişkin bir veri toplama, bilgi yayma ve güncelleme sistemi var mı?
- ii. Başka herhangi bir değerlendirme çalışması yapılıyor mu? Yapılıyorsa, bu çalışmanın amaçları neler? Bu çalışmanın raporlarına nasıl ulaşılabilir?
- iii. Acil durumlara uyarlanabilir bir ruh sağlığı yaklaşımı var mı?
- iv. Afetten etkilenen bölgede bir ruh sağlığı uzmanı var mı?
- v. Ne tür psikososyal eğitim etkinlikleri kim tarafından düzenlenebilir?

Bireysel ve toplumsal düzeyde güçlendirici kaynaklar ve başa çıkma yolları

1. Genel dayanıklılık (resiliency) ve toplumun işlevselliği
2. Toplumsal dayanışma ve birlik var mı?
3. Resmi eğitim sürdürülebiliyor mu?

Bölüm VII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Değerlendirme çalışması temelinde, kısa ve uzun dönemli toplum temelli bir psikososyal yaklaşım için öneriler

1. İncinebilirliği en yüksek gruplar için öneriler
2. Belirlenen en ciddi sorunlara yönelik öneriler
3. Kapasite oluşturmaya yönelik öneriler
4. Ruh sağlığı programının kısa ve uzun dönemde uygulanmasına ilişkin öneriler
5. Elverişli kaynakların tanımlanması / Gerekli kaynakların tanımlanması
6. İşbirliği yapılacak kuruluşların listesi
7. En önemli sorunların tanımlanması (psikososyal programın uygulanmasını güçleştirebilecek engeller)
8. Elverişli yerel kaynakların kullanılmasına ilişkin öneriler

4. BÖLÜM

TRAVMA TANIMI, TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI, ADAPTASYON, TRAVMA SONRASI BELİRTİLER, KAYIP VE YAS

RUHSAL TRAVMA KAVRAMI

Ruhsal travma (rt) kişinin yaşamsal bütünlüğüne yönelik bir tehdit olayı yaşamasıdır. Burada yaşamsal bütünlükten kasıt, insanın bedensel ve ruhsal birlikteliğidir. Kişiler bu tür bir olayı üç şekilde yaşantılayabilir; i. Travmatik olay, doğrudan kişinin kendi başına gelmiştir, ii. Kişi, travmatik bir olaya tanık olmuştur, iii. Kişi, travmatik bir olayın sevdiği ve kendisi için önemli bir kişinin başına geldiğini öğrenmiştir. Aynı zamanda, bu tür yaşantıları sırasında kişide korku, dehşet, çaresizlik gibi tepkiler de gelişmiştir (Tablo 1).

Ruhsal travmaya yol açabilecek olayların Travmatik Olaylar (TO) , bir TO'nun korku, dehşet, çaresizlik gibi tepkiler uyandırdığı yaşantıların Ruhsal Travma (RT) olarak adlandırılması bu bölüm için ve genel olarak ülkemizdeki yazında kullanılmak üzere önerilmektedir. Yine de yazı boyunca zaman zaman travmatik olay, travma ve ruhsal travma terimleri birbirinin yerine kullanılmaktadır.

Tablo 1: Ruhsal Travma Tanımı (DSM-IV, APA)

- | |
|--|
| (1) kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin veya başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir |
| (2) kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Not: Çocuklar bunların yerine dağınık (dezorganize) ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler |

TRAVMATİK OLAYLARIN SINIFLANMASI

Ruhsal travmaya yol açabilecek olayları çeşitli şekillerde sınıflamak mümkündür. En yaygın olarak kullanılan sınıflamalarda bu tür olaylar üç başlık altında toplanır; i. İnsan elinden kasıtlı olarak çıkan olaylar, ii. Doğal afetler / olaylar, iii. Kazalar. Travmatik olayları bireysel ya da toplumsal, tekil veya çoğul ya da süregen olarak sınıflamak da mümkündür

(Thabet, Abu Tawahina, El Sarraj ve Vostanis, 2008; Galea, Ahern, Tracy, Hubbard, Cerda, Goldmann ve Vlahov, 2008; Rosenberg, Heimberg, Solomon ve Levin, 2008).

Afetler, bu tanıma uygun olarak ruhsal açıdan insanı örseleme / yaralama riski bulunan olaylardır. Afetleri de kendi içlerinde doğal, teknolojik ve karmaşık olarak sınıflamak mümkündür. Karmaşık afetler insani aciller olarak da belirtilmektedir; savaşlar, çatışmalara bağlı kitlesel göçler, etnik arındırma gibi uzun süreli yaşantıları ifade eder (Hearns ve Deeny, 2007; Lautze ve Raven-Roberts, 2006; Aker, Ayata, Özeren, Buran ve Bay, 2002).

RUHSAL TRAVMATİK OLAYLAR VE İLİŞKİLİ HASTALIKLARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

I. Travmatik olaylar oldukça yaygın yaşanır

RT'lerden sonra en çok karşılaşılan hastalıklardan birisi olan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve ilişkili fenomenolojilerin yaygınlığı konusunda bir miktar fikir sahibi olabilmek için travmatik etkileri olabilecek olayların (TO) yaygınlığından bahsetmek yararlı olacaktır. Bu bölümde epidemiyolojik bilgiler aktarılırken özellikle afetler üzerinde durulacaktır. Ayrıca, alt başlıklarda yer alan cümleler konunun önemli yönlerini vurgulamak için kullanılmıştır.

II. Afetler Yıllar Geçtikçe Daha Fazla Sayıda İnsanı, Dünya'nın Daha Yoksul Bölgelerinde Etkilemektedir

2004 yılında yayınlanan Dünya Afet Raporu'na göre, 1994-1998 yılları arasında yılda ortalama 428 afet meydana gelmiş, bu oran 1999-2003 yılları arasında büyük bir artışla 707'ye çıkmıştır. 2005 yılında doğal afetlerde ölen kişi sayısı 77000'dir ve bu sayı, 2002 yılındaki ölüm sayısının ortalama 3 katıdır. 2003 yılı ve sonrasında, Avrupa'da afetlerde ölen kişi sayısı 31000, İran Depreminde ölen kişi sayısı 26000, Güney Asya'da yaşanan deprem ve tsunamide ölen kişi sayısı 283.100 (<http://earthquake.usgs.gov/eqcenter/eqinthenews/2004/usslav/eqsummary.html>), Pakistan Depremi'nde ise en az 86.000'dir (http://earthquake.usgs.gov/regional/world/most_destructive.php). Doğal afetlerde oluşan ölümlerin yarısı gelişmekte olan veya yoksul ülkelerde gerçekleşmiştir. Yoksulluk ve eğitimsizlik daha fazla afet ve travmatik yaşantı ile karşılaşmaya zemin hazırlamaktadır.

Bununla birlikte, doğal afetlerin sayısı artmış olmasına rağmen, yıllık ortalama ölüm sayısı 75000'den (1994-1998), 59000'e (1999-2003) düşmüştür. Ancak, afet sayısı arttığı için, afetlerden etkilenen kişi sayısı da artmıştır. Bu 10 yıllık periyodun ilk beş yılında bir yılda etkilenen kişi sayısı ortalama 213 milyon iken, son beş yılda bu ortalama %40 artışla 303 milyona yükselmiştir. (Dünya Afet Raporu 2004)

ABD'de yapılmış olan bir çalışmaya göre, dünyada 3 milyar insan çeşitli afetlerden etkilenmiştir. İnsan eliyle yaratılan travmalar ve afetler ise beklenildiğinden daha yaygındır. Örneğin, II. Dünya savaşından beri 127 savaş ve savaşa bağlı yaklaşık 22 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Bir diğer düşündürücü veri ise, afet olarak tanımlanmamasına karşın dünyada cinsel saldırıya uğradığını bildiren kadınların yüzdesinin ortalama 1.1 olmasıdır (Perkonigg ve ark. 2000).

III. Kadın ve Erkeklerin Karşılaştıkları Travmatik Olaylar ve Bu Olaylara Verdikleri Yanıtlar Farklıdır.

Çeşitli kültürlerde yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha fazla sayıda travmatik olayla karşılaştıkları saptanmıştır. Travmatik olaylarla yaşam boyu karşılaşma oranları erkekler için %61 ve %83 arasında değişirken, aynı oranlar kadınlar için %51 ve %74 arasındadır. Kadınlar daha sıklıkla cinsel travmalar ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ile karşılaşırken, erkekler yangın, kaza, fiziksel saldırı, kaçırılma, tehdit ve savaş gibi olaylar yaşamaktadır (Breslau ve ark. 1997)

Dünya Afet Raporu'nda da (Dünya Afet Raporu 2004), kadın ve erkekler arasında fark olduğu belirtilmiştir. Buna göre, kaza yaşama oranı erkeklerde daha fazla iken (%25 ile %13,8), kadınlarda tecavüz ve cinsel travma yaşama oranı daha fazladır (%9,2 ve %0,7). Genel kanı doğal afetlerle karşılaşma riskinin her iki cinsiyet için eşit olduğu yönündedir. Afetlerin travmatik yönlerine maruz kalma açısından cinsiyetler arası farklılığa ilişkin tutarlı bir bilgi yoktur. Çeşitli çalışmalarda, erkeklerin arama, kurtarma, yardım çalışmalarına katılmak gibi etkinliklerle daha ön plana geçerek afete ilişkin daha fazla sayıda TO ile karşılaştıkları öne sürülmüştür (Helzer ve ark. 1987).

Travmatik olaylarda, kadınların tehdit altında hissetme algısının erkeklerdekinden daha yoğun olduğu saptanmıştır. Deprem gibi bir doğal afetten bir gün sonra kadınların

travmatik stres belirtileri erkeklerden daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, kadınların depremin sürekli devam edeceğine ilişkin kabulleri daha fazladır. Afet yaşayan kadınların öznel bildirimleri olayı daha yoğun duygularla ve daha olumsuz yaşadıkları yönündedir. (Helzer ve ark. 1987).

Bu bilgilere karşın, cinsel travmalarda, öznel yanıt açısından kadın ve erkek cinsiyetleri arasında belirgin bir fark olmadığı öne sürülmektedir. Bu nedenle, travmatik olayların nitelik farklılığı ve özellikle cinsel travmaların çok belirgin olumsuz etkileri nedenleriyle kadın ve erkeğin genel olarak travmalardan ne oranda etkilendiklerini söylemek güçleşmektedir (Davidson ve ark. 1991).

IV. Farklı Travmatik Olaylar Değişik Yoğunluk ve Şiddette Sorunlara Yol Açabilirler.

Değişik travma gruplarında farklı yaygınlıklar elde edilmiştir. TSSB'nın bir tanı kategorisi olarak DSM'ye alınmasına sebep olan Vietnam savaşının askerler üzerindeki etkisine bakıldığında, bu kişilerde yaşam-boyu TSSB tanısı oranı %15 ile %31, şimdiki TSSB tanısı oranı %2 ile %39 arasında değişmektedir (Helzer, Robins ve McEvoy, 1987; Card, 1987; Snow, Stellman ve Stellman, 1988). Tanı alma riski çatışmalara katılmak ve Vietnam'da aktif olarak görev almakla doğru orantılıdır (Card, 1987). Yugoslavya'daki iç savaşın ruh sağlığı üzerindeki etkilerini araştıran Belgrad, Sarayevo, Banja Luka, ve Rieka merkezli bir çalışmada TSSB oranı %20 olarak tespit edilmiştir (Başoğlu, Livanou ve Cronabarich, devam ediyor). Politik yaşamları nedeniyle işkenceye uğramış mağdurlar arasında yaşam boyu ve şimdiki TSSB oranları Türkiye'de %33 ve %11 (Başoğlu, Parker, Parker, Özmen, Marks, İncesu, Şahin ve Sarımurat, 1994) , Almanya'da %59.6 ve % 31 (Maercker ve Schutzwohl, 1997), cezaevinde işkence görenler arasında Türkiye'de %39 Parker, Parker ve Yüksel, 1992), Almanya'da %22 (Bauer, Priebe, Haring ve Adamczak, 1993) siyasi olmayan mülteciler arasında %79 ve siyasi mülteciler arasında %90 olarak bulunmuştur Mollica, McInnes, Pham, Fawzi, Murphy ve Lin, 1998). Tecavüze uğrayan kadınlarda TSSB %12.4 oranında seyretmektedir (Resnick, Kilpatrick ve Dansky, 1993). Geniş kitleleri etkileyen çeşitli doğal afetler sonrası TSSB yaygınlığı volkan patlamasında %3 (Shore, Tatum ve Vollmer, 1986) fırtınalarda %21 ile %59 (Steinglass ve Gerrity, 1990; Madakasira ve

O'Brien, 1987) ve sel felaketinde %14.5 (Steinglass ve Gerrity, 1990) olarak bulunmuştur. Büyük bir deprem yaşayan kişilerde TSSB oranı 1985 Meksiko depremleri sonrası %32 (De La Fuente, 1990), 1988 Ermenistan depremi sonrası 67% (Goenjian, Najarian, Pynoos, Steinberg, Manoukian, Tavosian ve Fairbanks, 1994), 1989 Avustralya depremi sonrası 18.3% (Carr, Lewin, Webster, Hazell, Kenardy ve Carter, 1995), 1998 Güney Çin depremi sonrası %24 (Wang, Gao, Shinfuku, Zhang, Zhao ve Shen, 2000), olarak tespit edilmiştir (Başoğlu, Şalcıoğlu ve Livanou, 2002; Şalcıoğlu, 2003). Bu farklı oranlar çok fazla değişkenden etkilenebileceği gibi kulalnılan araştırma yöntemlerine bağlı olarak da değişmektedir.

V. TSSB Kadınlarda Daha fazla Görülür.

Ruhsal Travma (RT) sonucu gelişen ruhsal sorunlar bakımından cinsiyetler arasında farklılıklar vardır. Cinsiyet farklılıkları sorusuna, özellikle, TSSB'yle ilgili yaygınlık çalışmalarıyla yanıt aranmıştır. Kadınlarda TSSB görülme riski erkeklere göre iki kat fazladır. Farklı çalışmalarda bu oranlar kadınlarda %10.4 ve %19, erkeklerde ise %5 ve 10 arasında bulunmuştur. TSSB'nin gerek yaşam boyu gerekse noktasal (kesitsel) yaygınlıkları kadınlarda daha fazladır. Hastalığın süregenleşmesi ise yine kadınlarda daha belirgindir (Breslau ve ark. 1997). Doğal afetler sonrası yapılan TSSB yaygınlık çalışmalarında da hastalığın kadınlardaki sıklığı daha fazladır (%3.5 - 20 / %0.8- %6) (Helzer ve ark. 1987).

VI. Ruhsal Travmalardan Sonra Ortaya Çıkan Hastalıklar Önemli Bir Halk Sağlığı Sorunudur.

Belirli travmatik olayların yarattığı hastalık yaygınlıkları dışında, toplum temelli ya da toplumu temsil eden yaygınlık çalışmaları da bulunmaktadır. Dünyada TSSB yaygınlıkları ile ilgili bilgileri toplumu temsil eden çeşitli araştırmalarla özetleyebiliriz. St. Louis bölgesinde 2493 kişiyle yapılan bir çalışmanın bulgularına göre; toplumda TSSB görülme oranı yaşam boyu %1,35'tir. Bu oran kadınlarda %1,3 ve erkeklerde %0,5'tir. Duke bölgesinde 2985 kişilik bir örnek grubu ile yapılan bir diğer çalışmaya göre, yaşam boyu TSSB yaygınlığı %3,5'tir. Detroit'te 1007 kişi ile yapılan çalışmada, travmatik olaylara

maruz kalma sıklığı %39, toplumda yaşam boyu TSSB görülme oranı ise %9,2 olarak bulunmuştur. Travmatik olaylara maruz kalanlarda TSSB oranı ise %23,5'tir. Bu oran kadınlarda %30,7, erkeklerde ise %14'tür (Breslau ve ark. 1991).

ABD toplumunu temsil eden 8098 kişilik örnekte ise toplumda yaşam boyu TSSB görülme oranı %6,5 olarak bulunmuştur. Kadınlarda oran erkeklerin iki katıdır. Kadınlarda TSSB geliştirme oranları cinsel saldırılar ve tecavüz sonrası, erkeklerde ise savaş, ölüme tanıklık ve ciddi yaralanmalar sonrasında artmaktadır (Kessler ve ark. 1995).

Mültecilerle yapılan bir meta analiz, çalışma sonuçlarında farklılıklar olmasına karşın, mültecilere ortalama %9 oranında TSSB tanısının konulduğunu göstermektedir (Fazel ve ark. 2005).

Doğal afetler sonrası TSSB yaygınlığı, genel olarak insan eliyle yapılan travmalardan daha düşüktür. Ancak, doğal afetleri inceleyen çalışmalar, afetten etkilenen daha büyük grupları kapsamakta ve doğrudan etkilenenlerin yanı sıra daha az şiddetteki travmatik olaylara maruz kalan grupları da içermektedir. Bu sebeple, doğal afetlerde bulunan TSSB yaygınlığının örnek seçimi sebebiyle daha düşük bulunabileceği vurgulanmaktadır (Galea ve ark. 2005).

VII. Marmara Depremlerinden Sonra Bölgede Yaygın Oranda TSSB ve Diğer Ruhsal Sorunlara Rastlanmıştır.

Türkiye'de Marmara Depremi sonrası afetin ruhsal etkileri ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. 17 Ağustos ve 12 Kasım 1999 Marmara Depremleri, afetlerin yarattığı olumsuz ruhsal etkilerin araştırılması açısından uyarıcı olmuştur. 17 Ağustos'tan sonra Kocaeli ve komşu illerde önemli epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda çeşitli yöntemsel farklılıklar olmasına karşın, deprem sonrası gelişen ruhsal sorunların oldukça yaygın olduğu ve yıllar boyu sürebildiği gösterilmiştir. Gerek toplum tabanlı çalışmalarda, gerekse yüksek riskli topluluklarla yapılan çalışmalarda TSSB'na ve Majör Depresyon'a (MD) sık rastlanmaktadır. Marmara Depremi sonrası çeşitli zaman dilimlerinde yürütülen toplum tabanlı çalışmalarda, TSSB oranları % 8 - % 63, MD oranları ise % 11 - %42 arasında değişmektedir. Sağlık çalışanları, yardım ekipleri gibi yüksek risk altındaki topluluklarda bu oranlar TSSB için % 2.7 - % 8.5, MD içinse % 1 - % 4.5'tir. Epidemiyolojik verilerin

gösterdiği en önemli sonuçlardan biri deprem gibi doğal afetlerden etkilenen bölgelerde yıllar boyu çalışma gerekliliğidir. Ayrıca gerek toplumun, gerekse çeşitli kurum ve meslek çalışanlarının eğitimden psikolojik desteğe kadar farklı ihtiyaçlarının olabileceği görülmektedir. Bu çalışmalar deprem sonrası oluşturulan veya planlanan ruh sağlığı hizmetlerinin ve politikalarının geliştirilmesi konusunda yol gösterici olacaktır (Aker, 2006). Marmara Depremleri sonrasında yapılan yaygınlık çalışmaları Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2. Türkiye’de TSSB Ve Majör Depresyon Yaygınlığı İle İlgili Yapılmış Araştırmalar

Araştırmacı	Yer	Zaman	Örnek Grubu	Kişi sayısı	Sonuç
Başoğlu, Şalcıoğlu, Livanou	Gölcük çadırkent ve prefabrikleri	8 ay sonra	Çadırkent ve prefabriklerde hane görüşmesi	1000	%43 TSSB %22 MD
Livanou, Başoğlu, Şalcıoğlu ve ark.	Değirmendere ilçe merkezi, Gölcük Çadırkent ve Prefabrikleri	14 ay sonra	Tedavi-danışmanlık başvuruları	1027	%63 TSSB %42 MD
Başoğlu, Kılıç, şalcıoğlu ve Livanou	Değirmendere ve Avcılar	14 ay sonra	Rastgele seçilmiş örnek grubu	530	%23 TSSB %16 TSSB+MD
Tural, Coskun, Önder ve ark.	İzmit Çadır Kent	18 ay sonra	Rastgele seçilmiş örnek grubu	910	%25 TSSB
Şalcıoğlu, Başoğlu ve Livanou	Gölcük Prefabrikleri	20 ay sonra	Prefabriklerde hane görüşmesi	586	%39 TSSB %18 MD
Önder, Tural, Aker ve ark.	İzmit İl Merkezi	36 ay sonra	İl merkezini temsil eden tabakalandırılmış basamaklı rastgele seçilmiş örnek grubu	683	%11.7 TSSB %10.5 MD, %4.4 TSSB+MD
Aker, Acicbe, Sorgun ve ark.	TÜPRAŞ	36 ay sonra	Kurum çalışanlarını temsil eden rastgele seçilmiş örnek grubu	422	%7.6 TSSB, %4.4 MD
Acicbe, Aker, Özten ve ark.	Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Hastanesi	36 ay sonra	Hekimler dışında kalan tüm kurum çalışanları	413	%2.7 TSSB, %1 MD
Duruduygu, Aker ve Acicbe	İzmit büyükşehir Belediyesi İtfaiye Müdürlüğü	36 ay sonra	Tüm çalışanlar	71	%8.5 TSSB MD Saptanmadı

RUHSAL TRAVMA VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Travmaya verilen yanıtlar tekil bir bozukluktan çok bir durumlar yelpazesidir. Bir ucunda yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirtilerinin olduğu akut stres bozukluğu ve TSSB gibi genellikle tek bir olaya verilen yanıt; diğer ucunda tekrarlayan, çoğu kez insan eliyle oluşturulmuş tecavüz, işkence, çocukluk çağı istismarı gibi travmatik olaylara maruz kalma sonucu kendilikte ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalarla ortaya çıkan daha karmaşık sendromlar yer alır.

Ruhsal travmalar çeşitli psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırırlar. Bazı hastalıkların ortaya çıkması için gerekli, diğerlerinin ortaya çıkması için tetikleyici bir rol oynarlar .

1. Ruhsal travmanın **gerekli ama yeterli olmadığı durumlar;**

Akut stres tepkileri, Akut Stres Bozukluğu (ASB), Eşik altı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Akut TSSB, Kronik TSSB, Geç Başlangıçlı TSSB, DESNOS – Felaket sonrası kalıcı kişilik değişikliği – Karmaşık TSSB, Travmatik Yas

2. Ruhsal travma yaşamının **gerekli olmadığı ama tetikleyici olabildiği durumlar;**

Kişilik Bozuklukları, Majör Depresyon (MD), Diğer Anksiyete Bozuklukları, Diğer Duygudurum Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar, Dissosiyatif Bozukluklar, Cinsel İşlev Bozuklukları, Uyku Bozuklukları, Ağrı Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar

Bu bölümde özellikle ASB, TSSB, MD, Travmatik Yas ve Karmaşık TSSB üzerinde durulacaktır.

TSSB

RT sonrası verilen tepkiler genellikle dissosiyasyon (yabancılaşma, küntlük, derealizasyon, depersonalizasyon, disosiyatif amnezi), yeniden yaşama (flashback, kabuslar,

zorlayıcı düşünceler), ve artmış uyarılma (uyku ve dikkat problemleri, aşırı irkilme, tetikte olma hali, sinirlilik) tepkileri ile çökkün duygudurumdur.

TSSB belirlilerini 3 ana kümede toplanmak mümkündür;

1. Travmatik olayı **yeniden yaşama**
2. Travmaya eşlik etmiş uyaranlardan **kaçınma** ve genel tepki verme düzeyinde azalma (**küntleşme**)
3. **Artmış uyarılmışlık** belirtileri

Belirtiler, bir aydan uzun süre devam ederlerse TSSB'a dönüşür. Akut TSSB (belirtiler 3 aydan daha kısa süre devam ederse), kronik TSSB (belirtiler 3 aydan uzun süre devam ederse), geç başlangıçlı TSSB (belirtiler travmadan 6 ay sonra ortaya çıkarsa) TSSB'nin diğer alt tipleridir.

Tablo 5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (DSM-IV, APA)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri
A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:
1. kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin veya başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir
2. kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Not: Çocuklar bunların yerine dağınık (dezorganize) ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler
B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:
(1) olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. Not: Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler
(2) olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: Çocuklar, içeriğini tam

anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler
(3) travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları ve dissosiyatif geriye dönüş epizodlarını kapsar)
(4) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
(5) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme
C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)
(1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
(3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
(6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)
(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)
D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekli olması:
(1) uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
(2) tahammülsüzlük (irritabilite) ya da öfke patlamaları
(3) düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme
(4) tetikte olma hali (hipervijilans)

(5) aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C ve D Tanı Ölçütlerindeki belirtiler) bir aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN OLUŞUMUNU VE SÜRMESİNİ KOLAYLAŞTIRAN ETMENLER

Risk etmenlerini saptamak, verilecek psikososyal hizmetler anlamında hangi olgu veya topluluklara öncelik verilmesinin gerekliliği konusunda yol göstericidir.

Yukarıdaki bilgilerden de izlenebileceği gibi, ruhsal açıdan travmatik olan olayların (RT) toplum içinde görülme yaygınlıkları oldukça yüksektir. Buna karşın, başta TSSB olmak üzere travmatik stresle ilişkili olan diğer hastalıkların görülme oranları ise bu yüksekliğe göre daha düşüktür. RT yaşantısı sonrası hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştıran etmenler bu bölümde özellikle TSSB bağlamında özetlenecektir. Bu etmenler, travmatik olaya maruz kalmayla ilişkili risk etmenleri ve TSSB oluşumu ve sürmesinde rol oynayan risk etmenleri olmak üzere iki grupta incelenebilir. Travmatik olaya maruz kalmayı artıran risk etmenleri, erkek cinsiyet, çocukluk davranış sorunları, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, kişilik özellikleri (nörotisizm ve içe dönüklük), önceki travma deneyimi, majör depresyon öyküsü, şehirde yaşıyor olmak ve düşük eğitim seviyesi olarak özetlenebilir. Şiddete maruz kalma risk etmenleri ise, azınlık statüsü, düşük sosyal sınıf, erkek cinsiyeti, geç ergenlik/erken yetişkinlik döneminde olmak olarak özetlenebilir (Lee ve Young 2001; Aker ve Önen, basımda). Bu grupların, yaşamları boyunca travmatik bir olay yaşama riskleri daha yüksektir (Aker ve Önen, basımda).

TSSB oluşumu ve süregelenleşmesinde rol oynayan bazı yatkınlık ve risk etmenleri ise, travma ve strese ilişkin etmenler, kişisel özellikler ve çevresel etmenler gibi çeşitli başlıklar altında incelenebilir (King ve ark. 2004; Aker ve Önen, basımda). (Tablo 4)

Tablo 4. Risk etmenleri

Travma ve stres	<ul style="list-style-type: none"> • Travmatik olayın şiddeti, özellikle yaşamı tehdit etmesi, fiziksel yaralanma ve kayıpların yoğunluğu • Travmatik olayın süregen olması • Basın yayın aracılığıyla travmatik görüntülere maruz kalmak. • İnsan eliyle yaratılan travmatik olaylar • Travma sırasında yaşanan belirtilerin niteliği ve şiddeti • Travmaya karşı verilen öznel yanıtın şiddeti • Travmatize olmuş bir toplumun üyesi olmak • Akut veya süregen ikincil stresler
Kişisel özellikler	<ul style="list-style-type: none"> • Kadın cinsiyet • Bekar, dul ya da boşanmış olmak • Orta yaş yetişkinlik (40-60 yaş) • Azınlık üyesi olmak • Yoksulluk veya düşük sosyoekonomik düzey • Düşük eğitim düzeyi • Kişisel veya ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü • Çocukluk çağı ruhsal travmaları • Dayanıklılıkta (resilience) yetersizlik • Bazı kişilik özellikleri (içer dönüklük ve dışsal kontrol odağının yüksek olması gibi) • Öfke, suçluluk gibi psikolojik etkenler • İşlevsel olmayan başa çıkma çabaları
Çevresel etkenler/kaynaklar	<ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi, psikolojik ve sosyal yardım servislerine ulaşımın yetersizliği • Sosyal kaynakların ve desteğin azlığı • Az gelişmiş / gelişmekte olan bir ülkede yaşamak • Göçmen veya mülteci olmak

Travmatik olayla ilgili değişkenler, olayın özellikleri ve kişinin olay anındaki tepkilerini içerir. Travma şiddeti, TSSB risk etmenleri içinde en güçlü olan etmenlerden biridir. Örneğin, bu deprem için merkez üssüne yakın olmaktır. Bu sınıflamadaki bir diğer etken algılanan şiddettir. Kişinin tepkileri arasında korku, hissettiği tehlike, tehdit gibi etkenler sayılabilir. Bunların dışında, kişilerin travma nedeniyle oluşan maddi kayıpları ve yakınlarının yitimi de TSSB oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, tekrarlayan travmatik etmenler de TSSB'nin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (Aker ve Önen, basımda).

İşkence ve tecavüz gibi insan eliyle kasıtlı olarak gerçekleştirilen TO'ların TSSB gelişimini kolaylaştırdığı bilinmektedir (King ve ark. 2004; Aker ve Önen, basımda). Doğal afetler gibi TO'lar, genellikle toplumda travma mağdurları ve kahraman kurtarıcılara karşı çok empatik/eşduyumsal ya da acıma, kollama, destekleme gibi tepkiler doğururken, tecavüz, işkence gibi bazı travmatik olaylarda, aynı empatik yaklaşım ve sosyal destek görülmeyebilir. Bu olaylar kişiyi çok yalnızlaştıran, toplumdaki uzaklaştıran deneyimler olabilir ve kişinin ruhsal yardım alma olasılıklarını azaltabilir (Wilson ve ark. 2000; Aker ve Önen, basımda).

Doğal afetlerin etkilerine dair bilgiler daha çok gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalara dayanmaktadır. Ancak gelişmiş ülkelere göre, afet sonrası yaşam koşullarının daha kötü olduğu ve toparlanma sürecinin daha yavaş olduğu gelişmekte olan ülkelere, doğal afetlerin olumsuz etkileri daha fazladır. Doğal afetler, her ne kadar doğal olaylardan kaynaklansa da, afetlerdeki yıkımın ve sonraki süreçteki koşullarda insan etkisinin payı her zaman bulunmaktadır. Bu insan etkisinin gelişmekte olan veya yoksul ülkelere payı daha büyüktür (Norris ve ark. 2002; Aker ve Önen, basımda).

Travmatik olaya doğrudan maruz kalan bireylerde, travmatik olaya tanık olan bireylerden daha yüksek oranlarda TSSB görülür. Ayrıca, travmatik olay sonrasında medya yayınları aracılığıyla olayların görüntü ve seslerine daha çok maruz kalan kişilerin TSSB geliştirme riski daha fazladır (Eriksson ve Lundin, 1996; Aker ve Önen, basımda).

Travmatik olay sırasında veya hemen ardında yaşanan dissosiyasyon, TSSB gelişiminde yordayıcı etmenlerdendir (Eriksson ve Lundin 1996, Shalev ve ark. 1996; Aker ve Önen, basımda). Buna karşın, travmatik olay sırasında yaşanan bilinç kaybı, TSSB gelişimi açısından koruyucudur (O'Brien ve Nutt 1998; Aker ve Önen, basımda). Ayrıca, mağdurun travmatik olayla ve kendi davranışları ile ilgili atıfları önemlidir (Özer ve ark.

2003; Aker ve Önen, basımda). Akut TSSB belirtilerinin şiddeti de süregelen TSSB gelişimini kolaylaştırmaktadır. Özetle, travmatik olayın nesnel ve öznel özellikleri, TSSB gelişimi ile yakından ilişkilidir (Aker ve Önen, basımda).

Diğer yatkınlık etmenleri arasında önceki travmatik deneyimler, psikiyatrik hastalık öyküsü, kişilik özellikleri ve demografik değişkenler sayılabilir (Ballenger ve Davidson 2000; Aker ve Önen, basımda). İkizlerle yapılan çalışmalar, TSSB’de genetik bir yatkınlığa (True ve ark. 1993; Aker ve Önen, basımda), Yahudi soykırımı kurbanlarıyla yapılan çalışmalar, kuşaklar arası bir aktarım olabileceğine işaret etmektedir (Yehuda ve ark. 1998; Aker ve Önen, basımda).

Kişilik özelliklerini inceleyen çalışmalar, yüksek nörotisizm ve içe dönüklüğün, TSSB gelişimini yordayıcı olduğunu göstermektedir (Schnurr ve ark. 1993, Bramsen ve ark. 2000; Aker ve Önen, basımda). Ayrıca, yeni ve itici uyarana aşırı duyarlılık, acıdan kaçınma, tanıdık olmayan veya belirsiz durumlardan kaçınma gibi kişilik özellikleri olanlarda TSSB kolay gelişebilmektedir. Dışsal kontrol odağı ve baş etme becerilerinin yetersizliğinin de TSSB gelişiminde yatkınlık yaratabileceğine dair çalışmalar vardır (Gil 2005; Aker ve Önen, basımda).

Travmanın şiddeti ile öncesinde psikiyatrik bozukluğun varlığı, TSSB gelişiminde çok önemli iki faktördür. Ancak, TSSB gelişimi için, travmatik olayın şiddetinin çok büyük olması veya kişinin öyküsünde psikiyatrik bozukluk bulunması şart değildir. Psikiyatrik öyküsü olan kişilerde, travmatik olayın şiddeti az olsa dahi TSSB gelişebilmektedir. Stresörün şiddeti arttıkça, önceki psikiyatrik bozuklukların etkisi azalmaktadır. Bir diğer deyişle, çok şiddetli travmatik olaylarda, kişinin travma öncesi psikiyatrik hastalığı olsun olmasın, TSSB gelişebilmektedir (Aker ve Önen, basımda).

Travma sonrası risk etmenleri arasında olumsuz yaşam olayları, temel yaşam değişiklikleri, işsiz kalma riski, göç veya mültecilik statüsü gibi faktörler, hatalı baş etme yöntemleri ve sosyal destek azlığı sıralanabilir. Hatalı baş etme yöntemleri arasında kaçınma davranışının TSSB oluşumuna etki ettiği gösterilmiştir. Sosyal destek yetersizliği ise hem travma sonrası fiziksel koşullardan ötürü hem de travma yaşamış kişilerin ruhsal durumlarından kaynaklı olarak ortaya çıkabilir. Özellikle tüm toplumun etkilendiği toplumsal afetlerde, kişiler sosyal destekten yoksun kalabilir. Kültürel baş etme yolları, kültürel inanç ve değerler de yatkınlık açısından önemlidir. Bazı kültürlerdeki alışkanlıklar, travma sonrası

iyileşmeyi hızlandırabilir. Mahremiyet, kendini ifade etmenin teşvik edilmemesi, toplumsal cinsiyet rolleri, utanç ve suçluluk; kültür ile travma ilişkisindeki bazı ara değişkenlerdir (Wilson ve ark. 2000; Aker ve Önen, basımda).

TSSB başlangıcı ile süregen TSSB gelişiminin yordayıcıları farklı olabilmektedir. Örneğin, bir araştırmada, deprem sırasındaki fiziksel yaralanmanın derecesi ve sosyal desteğin yetersizliği, TSSB başlangıcını yordarken, süregen TSSB gelişimini açıklamamıştır. Bu anlamda, süregen TSSB gelişiminde, travma öncesi risk etmenlerinin öneminden bahsedilebilir (Altındag ve ark. 2005; Aker ve Önen, basımda).

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA KLİNİK GİDİŞ

Klinik gidiş ya da seyir belirleyicileri temel olarak risk etmeleri ile hemen hemen aynıdır. Bu örtüşme nedeniyle bu ve önceki bölümün birlikte okunması ve anlaşılması yararlı olacaktır.

I. TSSB Uzun Sürebilen ve Yeti Yitimine Yol Açabilen Bir Hastalıktır

TSSB süregen ve yeti yitimine yol açabilen bir hastalıktır. Sendrom düzeyinde olmayan TSSB belirtilerine de travmatik olaylardan sonra sıkça rastlanır ve bu belirtiler kısa zamanda düzelme gösterir. Ancak, bazı kişilerde TSSB süregen bir hale gelir.

TSSB'nin seyrini araştıran az sayıda izlem çalışması bulunmaktadır. Ancak, genel olarak çalışmalar, TSSB'nun uzun süreli bir hastalık olduğunu göstermektedir. TSSB geliştiren kişilerin çoğunluğunda, sendrom süregen veya tekrarlayıcıdır. Kişilerin %74'ünün, travmatik olaydan sonraki 6. ayda, %60'ının travmatik olaydan sonraki 12. ayda, tanı ölçütlerini karşıladığı belirtilmektedir. Ortalama remisyon süresi 24.9 ayken, 60 ay sonunda kişilerin 1/3'ünün hala tanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır (Breslau ve ark. 1998). Başka bir çalışmada, terörist saldırıya maruz kalan öğrencilerin %18'ine 6. ayda TSSB tanısı konmuştur (Gil 2005). Savaş travmasıyla ilişkili TSSB'nin çok uzun yıllar sonra dahi ortalama %50 oranlarında devam ettiğine dair çalışmalar bulunmaktadır (Speed ve ark. 1989).

Çeşitli çalışmalar TSSB yaygınlığının zamanla azaldığını göstermiştir. Tecavüze uğrayan kadınlarda TSSB olayın olduğu ilk haftada %94 oranında iken ilk ayın sonunda %65'e, 3. ayın sonunda %47'e düşmüştür (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock ve Walsh, 1992). Üçüncü aydan sonra anlamlı bir düşüş gözlemlenmemiştir. Avustralya'da 1983 yılında meydana gelen büyük yangınları söndürmede görev alan gönüllüler arasında TSSB oranı olaydan 4, 11, ve 29 ay sonra hemen hemen aynı kalmıştır (%32, %27, %30) (McFarlane, 1989; Şalcıoğlu, 2003).

Belirtilerin ortalama süresinin tedavi alan hastalarda 36 ay, tedavi almayan hastalarda ise ortalama 64 ay olduğu belirtilmektedir. TSSB tanısı almış hastaların ortalama 1/3'ü, tam olarak iyileşme gösterememiştir (Kessler ve ark. 1995).

II. İnsan elinden bilerek ve kasıtlı çıkan travmalara bağlı TSSB daha uzun sürme eğilimindedir.

Travmanın şiddeti, TSSB oluşumunun yanı sıra, belirtilerin süregenleşmesi ve bireyin sonraki travmalara verdiği tepkiler üzerinde de etkilidir. İnsan eliyle oluşturulmuş travmaların süregenleşme olasılığının daha yüksek olduğu, travmatik olay sonrası oluşan öfke, uyarılmışlık ve düşmanca duyguların azalmaktan öte süreklilik kazanabildiği veya kötüleşebildiği belirtilmiştir (Breslau ve ark. 1999).

II. Olay sırasında verilen tepkinin yoğunluğu TSSB süregenleşmesini kolaylaştırabilir.

Olay sırasında oluşan şok ve korku gibi tepkilerin şiddeti, belirtilerin süregenleşmesi veya alevlenmesi üzerinde rol oynar (Goenjian ve ark. 1999).

III. Pozitif Belirtilerin Baskın Olduğu TSSB'nin seyri daha iyidir.

Zorlayıcı düşünceler, kabuslar, uyarılmışlık, öfke patlamaları gibi pozitif belirtilerin yoğunlukta olduğu TSSB tablosunda seyir, küntleşme, kaçınma davranışları ve yabancılaşma gibi negatif belirtilerin yoğunlukta olduğu TSSB tablosuna göre daha iyidir (Davidson 1995).

IV. Hastalığın uzun sürmesi, belirtilerin niteliği ve şiddeti, eşlik eden diğer psikiyatrik ve tıbbi hastalıklar hastalıklar, öncesinde ASB'nin varlığı TSSB'nin süregelenleşmesini kolaylaştırır.

Sendromun üç aydan fazla sürmesi süregelenleşmeyi kolaylaştıran bir durumdur. Ayrıca, belirtilerin şiddeti ve yoğunluğu , duygudurum bozuklukları gibi diğer psikiyatrik sendromların varlığı ve tabloya eşlik eden diğer tıbbi bozukluklar süregelenleşmeyi kolaylaştırır (Norris ve ark. 2002). Belirtiler travmatik olaydan sonraki 6 ay içinde başladığı zaman, gidiş geç başlangıçlı TSSB'ye göre daha iyidir (Khouzam ve Donnelly 2001). ASB tanısının konulduğu olgularda hastalığın daha kötü seyrettiği de belirtilmiştir (Marshall, Spitzer & Liebowitz, 1999).

V. Olay öncesinde ruhsal yapıdaki olumsuzluklar, sosyal destek eksikliği, kayıplar hastalığın süregelenleşmesini kolaylaştırabilir.

Ayrıca, hastanın olay öncesi ruhsal yapısı dengeli ise ve hasta yeterli derecede sosyal destek ağlarına sahip ise, gidiş genellikle iyidir. (Khouzam ve Donnelly 2001). Aile bireylerinden ayrı kalma, ailenin dağılması, maddi kayıplar, ev ve benzeri kaynakların kaybı, yaşam koşullarının bozulması, işsizlik, yardım ve sağlık hizmetlerinin aksaması, temel yaşam gereksinimlerinin kaybı gibi travma sonrası döneme ilişkin etkenler, belirtilerin süregelenleşmesi veya alevlenmesi üzerinde etkilidir (Goenjian ve ark. 1994).

VI. Travmatik yaşantının öncesinde ve sonrasında yaşanan travmatik olaylar ve diğer yaşam olayları da hastalığın süregelenleşmesini etkiler.

Travmatik deneyimden sonraki yaşam olaylarının, TSSB gelişimi ve sürmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Bosna'da görev yapmış askerlerle yapılan uzunlamasına bir çalışmada, Bosna'da travmatik olaylara maruz kalmış ve sonraki bir yıl içinde stresli yaşam olayları yaşamış askerlerin ruhsal sağlığı en bozuk olan grup olduğu belirtilmiştir (Michel ve ark. 2003).

Travmatik olayın yıl dönümünde TSSB tepkilerine benzer tepkilerin verilebileceği gözlemlenmektedir. Ayrıca, olaydan sonraki yeni travmatik olayların, gecikmiş başlangıçlı TSSB'ye yol açabileceği veya travmatik tepkileri tetikleyebileceği saptanmıştır. Bazen, travmatik bir olay kişide duyarlılaşma yaratabilir ve daha sonra gerçekleşen, şiddeti çok daha az bir travmatik olayda kişinin ruhsal travma tepkileri vermesine yol açabilir.

Sonuç olarak, TSSB'nin seyrine ilişkin net tanımlamalar yapmak güçtür. Travma tiplerinin çeşitliliği, travma öncesi ve sonrası etmenler ve izlemin yapıldığı sürelerle göre çalışmalar farklılaşmaktadır ve karşılaştırılmaları güçtür. Ancak, bu gidişi olumlu ve olumsuz etkileyen bir takım faktörlerden bahsetmek söz konusudur.

AKUT STRES BOZUKLUĞU

Akut stres bozukluğu (ASB), iki ile 30 gün arasında ortaya çıkıp kaybolan stres belirtileri ile tanımlanmıştır ve ASB tanısı koyabilmek için travma sonrasında beş dissosiyasyon belirtisinden en az üçünün bulunması gerekmektedir. Dissosiyasyon belirtilerinin ayırıcı tanıya girmesi, uygulamada bir takım sorunlar yaratmaktadır; çünkü klinikte, TSSB belirtilerini karşılayan ancak dissosiyasyon belirtisi olmayan hastalarla karşılaşılmakta, ancak bu hastalara herhangi bir tanı konulamamaktadır.

Tablo 6. Akut Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri

Akut Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri
A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:
(1) kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir
(2) kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır
B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki dissosiyatif belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

(1) öznel uyuşukluk, dalgınlık duyumları ya da duygusal tepkisizlik
(2) çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn. "afallama").
(3) derealizasyon
(4) depersonalizasyon
(5) dissosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)
C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler, tekrarlayan düşünceler, rüyalar, yanılsamalar, geriye dönüş epizodları, o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma.
D. Travma ile ilgili anıları uyandıran uyaranlardan belirgin kaçınma (örn. düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar)
E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık belirtileri (örn. uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, tetikte olma hali, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk).
F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak şeklinde yapılması gerekenler peşinde koşma yetisini bozar
G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar
H. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, Kısa Psikotik Bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir.

TRAVMATİK YAS¹

Yasın normal gidişinin değişmesine komplike yas, patolojik yas, uzamış yas, çözülmemiş yas, kronik yas, abartılı yas gibi pek çok farklı isim verilmektedir ve araştırmacıların üzerinde uzlaştığı bir terim ya da tanım henüz bulunmamaktadır (Worden, 2002). Yoğunluğunun bireyi aştığı, kişide uyum sağlamayı güçleştiren davranışların ortaya çıkmasına neden olan, sonu gelmez bir matem havasının sürdürülmesine neden olan bir yas varlığında artık normal yastan söz etmek mümkün değildir (Horowitz ve ark., 1980).

“Travmatik yas” terimi ,, deprem, saldırı gibi travmatik yaşantılar sonucunda ölümün gerçekleşmesini takiben, travmatik stres fenomeni ile yas fenomeni arasındaki etkileşimden doğan kliniği tarif etmek için kullanılmaya başlanmıştır (Raphael ve Martinek, 1997).

Travmatik yasta; birey özlem duygusuyla kaybına, kaybıyla ilgili anılara doğru çekilirken, öte yandan, kaybın travma bileşeniyle ilişkili korku ve sıkıntı hissiyle kayıbdan ve anılarından uzaklaşma ihtiyacı hisseder. Böylelikle bu iki kuvvet arasında sıkışan birey yasını tamamlamasını sağlayacak yas ödevlerini yerine getirememekte ve yas hali normal seyrini izleyemediği için sonlanamamakta ve devam etmektedir (Tablo 1). Dahası, travmaya maruz kalmış olan bireyde yastan bağımsız olarak da TSSB tablosu gelişebilmekte ve yasın çözümlenmesini güçleştirebilmektedir (Rynearson ve ark., 2006).

Tablo 7. Travmatik Yasın Yas ve Travma Bileşenleri²

	Yas	Travma
Biliş	Odak ölende, ölenin görüntüsü	Odak ölümden, dehşetin görüntüsü
Duygudurum	Ölene hasret, ayrılma anksiyetesi, öfke, üzüntü	Güvene hasret, tehlikenin anksiyetesi, öfke, tahammülsüzlük, hissizlik
Uyarılmışlık	Öleni arama	Tehlikeden korunma

¹ Aker, A.T. ve Alsan, E. (basımda). Travmatik yas.

² Travmatik yasın yas ve travma bileşenleri (adaptasyon: Rynearson EK ve ark. Restorative retelling after violent dying. Ed. Rynearson EK. Violent Death Resilience and Intervention Beyond the Crisis Routledge Kitapevi; 2006: 6-7.)

Travmatik ölümlerde yas tutmak daha güçtür. Kaybedilen kişinin kayıp şeklinin feci oluşu yasla birlikte travmatik stresin yükünü de getirmektedir (Rynearson ve ark., 2006; Worden, 2002). Sevilen 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. Ölümün şekli nedeniyle sıklıkla tıbbi ve hukuki kurumların araya girmesi, travmatik ölümün örneğin özkıyımında olduğu gibi bazı inanç gruplarının üyeleri için yas tutulmasını olanaksız kılması ya da travmatik ortamdan kaçma gereksinimi kişinin kendi kültürü ile uyumlu yas uygulamalarını yerine getirmesini engelleyebilmekte ve yasinin çözülmesi güçleşebilmektedir (Rynearson ve ark., 2006). Ölüme neden olan travmatik koşulların sağ kalanın yaşadığı yeri değiştirmesine neden olduğu durumlarda kültüre özgü yas uygulamaları gerçekleştirilemediği gibi kimi zaman yaşlı kişinin içine girdiği ve kişinin yas kültürüne yabancı olan yeni ortam yanlış psikiyatrik tanımların almasına neden olabilmektedir. (Schreiber, 1995).

Travmatik ölümlerde ölümün haberi aileye travmatik bir şekilde gelir ve otopsi ya da soruşturma gibi yasal bir süreç gündeme gelebilir. Kimi zaman medyanın ilgisi de aileye odaklanabilir. Ailede inanamama, hissizlik, şaşkınlık hali izlenebilir. Aile bireyleri rahatsız edici düşünce ve imgeler (intruzif imajlar), kabuslar yaşantılayabilir. Kimi zaman suçluluk duyguları kimi zaman da bir suçlama ihtiyacı görülebilir. Ölümün ani oluşu kaybedilen kişiyle sağ kalan arasında sonuçlanmamış meseleler olması ihtimalini doğurur. Geride kalanlarda bir anlam arayışı olmaktadır (Rynearson ve ark., 2006; Worden, 2002, Elbedour ve ark., 1999).

Kadın olmak, ölümün beklenmedik ve travmatik olması gibi bazı özelliklerin yasa yatkınlık yarattığı düşünülmektedir (Worden, 2002). Sezgin ve arkadaşlarının birinci derecede bir yakınının, ani ve travmatik bir biçimde ölümünün ardından farklı ruhsal bozukluklarla psikiyatri polikliniğine başvuran kişiler ile yürüttükleri çalışmalarında klinik yardım talep edenlerin önemli bir bölümünün kadın olması ülkemizde de bu risk etmenlerinin geçerli olabileceğini düşündürmektedir (Sezgin, 2004).

Kişinin geçmiş deneyimleri, bireysel özellikleri ve yas kavramına yaklaşımı da travmatik yas belirtileri açısından belirleyici olmaktadır (Rynearson ve ark., 2006). Boelen ve arkadaşlarının bir çalışmada yas kavramına ve kendi yas tepkisine olumsuz yaklaşan, yas karşısında gerek davranışsal gerekse bilişsel olarak kaçınma stratejisi benimseyen bireylerde travmatik yas belirtilerinin daha şiddetli olduğu bildirilmiştir (Boelen ve ark., 2003; Boelen ve

ark., 2003). Aynı araştırmacılar kayıp sonrasında diğer insanların davranışları hakkında olumsuz fikirlere sahip olmanın da belirtileri ağırlaştırıcı bir etmen olduğunu bildirmektedir. Bu bulgular hem psikolojik travma hem de yas süreçlerinde olay sonrasında bireylerin aldıkları destek hakkındaki algılarının olumlu olmasının daha iyi başa çıkma ve daha iyi sonuç elde etme ile uyumlu olduğu yönündeki çalışmalar ile tamamlanmaktadır (Ryneckson ve ark., 2006; Madison ve Walker, 1967; Stroebe ve ark., 2001).

Doğal afetler çok kısa bir sürede çok sayıda insanın travmaya maruz kaldığı ve sevdiklerini ani ve feci şekillerde kaybettikleri büyük ölçekli travma ortamlarıdır. Tural ve arkadaşlarının Marmara Depremzedeleri'nde TSSB'na eşlik eden ruhsal hastalıkları inceledikleri çalışmalarında MD'un TSSB ile eş zamanlı olarak gelişiminin yordayıcıları arasında birinci dereceden yakın kaybının olması afet sonrasındaki girişimlerde travmatik yas tanısının önemine dikkat çekmektedir (Tural, 2001).

Ayrıca, travmatik yas bedensel ve ruhsal hastalıkların oluşması için bir risktir (Sezgin, 2004) ve eşlik eden ruhsal bozukluklar arasında en sık olarak MD ve TSSB'na rastlanmaktadır (Mehlem ve ark., 2001).

Travmatik Yasa Tanı

Travmatik yas, TSSB'dan ve yas'tan farklı bir fenomendir (Blum, 2003). Yas Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı'nın (DSM-IV) sınıflamasında klinik ilgi odağı olabilecek ek kodlarda yer alır ve aşağıdaki şekilde tarif edilmiştir:

“Sevilen birinin ölümüne gösterilen tepki klinik ilgi odağı olduğunda bu kategori kullanılabilir. Bazı yas tutan bireyler kayba tepkilerinin bir parçası olarak üzüntü ve uykusuzluk, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi majör depresif epizoda özgü belirtiler sergilerler. Yas tutan kişi depresif duygudurumu “olağan” kabul eder, ancak uykusuzluk ya da iştahsızlık gibi eşlik eden belirtilerden kurtulmak için profesyonel yardım arayışında olabilir. “Olağan” yasin süresi ve dışavurumu değişik kültürel gruplar arasında oldukça değişkenlik gösterir. Belirtiler kayıptan sonra iki ay sürmedikçe genellikle MD tanısı konmaz. Ancak “olağan” bir yas tepkisine özgü belirli bir takım belirtilerin varlığı yasin majör depresif epizoddan ayırt edilmesine yardımcı olabilir. Bunlar arasında, 1) sağ kalanın, ölüm sırasında yaptığı ya da yapmadığı şeyler için duyduğu suçluluk; 2) sağ kalanın, ölmüş olsaydı daha iyi olurdu ya da

keşke ölenle birlikte ölseydi duygularının dışında kalan ölüm düşünceleri; 3) değersizlik düşünceleriyle hastalık derecesinde uğraşp durma; 4) belirgin psikomotor retardasyon; 5) işlevsellikte uzun süreli ve belirgin bir bozulma olması; ve 6) ölmüş olanın sesini duyuyor olma düşüncesi ya da gelip geçici olarak görüntüsünü görme dışında kalan halüsinatuar yaşantılar vardır” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

DSM-IV ‘de travmatik yası oluşturan belirtiler için yeterli ampirik veri olmadığı düşünülerek ayrı bir tanı kategorisi açılmamış ve yas TSSB tanısının A ölçütü içinde yer almıştır (Horowitz, Siegel ve Holen ve ark., 1997; Sezgin, 2004).

Travmatik yasin tanı kriterlerinde henüz uluslararası kılavuzlara yansımış bir fikir birliğine varılamamıştır. Ancak Jbu konuda yapılmış çalışmalar sürdürülmekte ve çeşitli tanı ölçütleri önerilmektedir (Jacobs, 1999; Sezgin, 2004):

A ölçütleri bir yakının ölümü ve ayrılık kaygısının belirtilerinden oluşmaktadır:

- 1) Kişinin bir yakını ani, beklenmedik, vahşet içeren şekilde ölmüş olmalıdır.
- 2) Kişi yitirdiği kişiyle ilgili uğraşlar içindedir.

B ölçütleri ölümle travmatize olmanın yasa özgün belirtileridir:

Geleceğe ilişkin anlamsızlık hissi, duygusal tepkisizlik, kopukluk, donukluk hissi, şok, taşlaşma hissi, ölümü kabulde güçlük, hayatın anlamsız ve boş olduğu hissi, ölen olmadan da yaşamın anlamlı olabileceğini hayal edememe, bir parçasının yok olduğu hissi, dünyanın darmadağın olduğunu düşünme, emniyette olmama, güvensizlik hissi, ölen kişiye zarar verdiğiine ilişkin gerçek olmayan düşünceler, ölümle ilgili aşırı öfke, acı ve huzursuzluk hissidir.

C ölçütü süreye ilişkindir:

Tanı koymak için sayılan belirtilerin en az iki ay sürmesi gereklidir.

D Ölçütü psikososyal işlevlerdeki aksama ile ilgilidir:

A, B ve C belirtileri sosyal, mesleki, ve yaşamın diğer önemli alanlarında işlev bozukluğuna neden olmalıdır.

Prigerson ve ark Örneğin Prigerson ve ark.’ları travmatik yasla ilgili üzerinde uzlaşmış tanı kriterleri önermişlerdir. Standardize edilmiş tanı kriterlerinin oluşturulmasının bu bozukluğu taşıyan bireylerin tanınması ve erken tedavi edilmesini de beraberinde getireceği düşünülmüştür. Travmatik yasin uzlaşmış tanı kriterleri Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8- Travmatik Yasın Gözden Geçirilmiş Kriterleri**A Ölçütü**

1. Birey kendisi için önemli bir yakınının ölümünü yaşamıştır.
2. Bu kayba yanıt olarak aşağıda sıralanan 4 belirtiden 3'ü en azından bazı zamanlarda bulunmalıdır:
 - a) kaybedilenle ilgili zorlayıcı düşünceler
 - b) kaybedilenin özlemini duymak
 - c) kaybedileni aramak
 - d) ölüm sonucu oluşan yalnızlık

B Ölçütü

Ölüme yanıt olarak aşağıdaki 8 belirtiden 4'ü çoğunlukla yaşanmıştır:

- 1) geleceğin amaçsız ve boşuna olduğu hissi
- 2) öznel uyuşukluk, kopma yada duygusal yanıt kaybı.
- 3) ölümü kabullenmede zorlanma (inanmama)
- 4) hayatın boş ve anlamsız olduğu hissi
- 5) kişinin bir parçasının öldüğünü hissetmesi
- 6) dünya görüşünün dağılması (emniyet, güven, ve kontrol duygusunun kaybı)
- 7) kaybedilen kişiye ait ya da onunla ilgili belirtileri veya zarar verici davranışlar sergileme
- 8) ölümle ilgili aşırı sinirlilik, acı yada öfke duyma

C Ölçütü

Bozukluğun (belirtilen semptomlar) süresi en az iki aydır

D Ölçütü

Sosyal, mesleki ve diğer önemli işlevsellik alanlarında klinik olarak ciddi bozulmaya neden olur

KARMAŞIK TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU³

Savaş, doğal afet, kaza gibi iyi tanımlanabilir ve sınırlandırılabilir travmatik olayların mağdurlarının gözlenmesiyle TSSB'nin bugünkü tanısal formülasyonu ortaya çıkarılmıştır.

³ Aker, A. T. Ve Boşgelmez, Ş. (basımda). Karmaşık travma sonrası stres bozukluğu.

TSSB'nin bugünkü formülasyonu, tekrarlayan uzamış travmaların oluşturduğu kişilerarası ilişkilerde sorunlar ve kimlikte oluşan değişiklikler gibi kalıntıları saptamakta yetersizdir. Sınırlı travmatik olayların tersine, tekrarlayan, uzamış travma kurban tutsaklık durumunda olduğunda, kaçamadığı ve failin kontrolü altında olduğunda oluşur. Bu tür durumların örnekleri toplama kampları, çalışma kampları, cezaevleri, bazı dini mezhepler, bazı aileler ve genelevler gibi cinsel ve fiziksel sömürünün olduğu kurumlardır (Herman 1992).

Klinik gözlemlerde tedavi arayışında bulunan travma mağdurlarının çoğunda TSSB tanısı içinde yer almayan çok çeşitli psikolojik sorunlar fark edilmiştir. DSM-IV alan çalışması, tedavi arayışında bulunan TSSB'li hastaları, tedavi arayışı olmayan toplum örneğinden ayırmanın depresyon, öfke patlamaları, kendine zarar verici davranışlar, utanç duyguları, kendini suçlama ve güvensizlik gibi belirtiler olduğunu ortaya koymuştur (Van Der Kolk, 2001).

DSM-IV'teki TSSB tanımlamasının gözden geçirilmesi için yapılan hazırlıklar sırasında ağır, uzamış, erken yaşta maruz kalınan insan eliyle oluşturulmuş travmalarla bağlantılı psikolojik sorunların oluşturduğu bir sendrom belirlenmiştir. Bu belirti kümesi "Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu" (KTSSB) (Complex Traumatic Stress Disorder), "Yoğun Stres Bozuklukları" (Disorders of Extreme Stress - DES) ya da "Başka Türü Adlandırılmayan Yoğun Stres Bozuklukları" (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified-DESNOS) olarak adlandırılmıştır (Herman 1992, van der Kolk, 2001). Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar, işkence, ev içi şiddet, ensest, tecavüz, tutsaklık gibi süregelen ve insan eliyle oluşturulan travmatik olaylar sonucu ortaya çıkan KTSSB'nin kapsadığı belirtiler altı başlık altında toplanmıştır (Herman 1992):

1. Öfke kontrolünde zorluk ve kendini yaralama davranışını da içeren duygulanımı düzenlemede değişiklikler
2. Amnezi, dissosiyasyon ve depersonalizasyona neden olan bilinç ve dikkatte değişiklikler
3. Süregelen sorumluluk ve suçluluk duygusu, utanç gibi kendini algılamada değişiklikler
4. Güvensizlik, yakınlık kuramama gibi başkalarıyla olan ilişkilerde değişiklikler
5. Tıbbi bir nedenle açıklanamayan somatik yakınmalar
6. Yaşamını ve dünyayı anlamlandırmada değişiklikler

Bu kavrama çok yakın bir başka sınıflama ise DSM sisteminde yer alan Başka Türlü Adlandırılmayan Yoğun Stres Bozuklukları'dır (Tablo 9).

Tablo 9. “Başka Türlü Adlandırılmayan Yoğun Stres Bozuklukları” (DESNOS) Ölçütleri

I. Duygulanım ve dürtü kontrolünde değişiklikler (A ve B-F'den 1 tanesi)
(A) Duygulanım kontrolsüzlüğü
(B) Öfke kontrolsüzlüğü
(C) Kendine zarar verme
(D) İntihar düşünceleri
(E) Cinsel ilgiyi kontrol etmede güçlük
(F) Aşırı risk alma
II. Dikkat ya da anlamada değişiklikler (A ya da B)
(A) Amnezi
(B) Geçici dissosiyatif dönemler ya da depersonalizasyon
III. Kendilik algısında değişiklikler (A-F'ten 2 tane)
(A) Verimsizlik, yetersizlik
(B) Kalıcı ruhsal hasar
(C) Suçluluk ve olumsuz sorumluluk düşünceleri
(D) Utanç
(E) Anlaşılamazlık
(F) Küçümseme
IV. Faili algılamada değişiklikler (tanı için gerekli değil)
(A) Çarpık inançları benimsemek
(B) Failin idealize edilmesi(yüceleştirilmesi)
(C) Faile zarar verme düşünceleri
V. Başkalarıyla ilişkilerde değişiklikler (A-C'den 1 tane)
(A) Güvensizlik
(B) Yeniden mağdur olma dürtüleri
(C) Başkalarını mağdur etme dürtüsü
VI. Somatizasyon (A-E'den iki madde)
(A) Sindirim sistemi şikayetleri
(B) Kronik ağrı
(C) Kardiyopulmoner belirtiler
(D) Konversif belirtiler
(E) Cinsel belirtiler
VII. Anlamlandırmada değişiklikler (A ya da B gerekli)
(A) Ümitsizlik, karamsarlık

(B) Daha önceki inançların kaybı

KTSSB'ye benzer bir kavram ICD-10'da (DSÖ, 1992) da yer almıştır. Uzun süre yaşamı tehdit eden koşullarda bulunmanın (rehin alınma, terör, uzun süre her an öldürülme olasılığı ile esir tutulmak) kalıcı kişilik değişikliklerine yol açtığı belirtilmiştir. Bu durumlar, "Felaket yaşantısı sonrası kalıcı kişilik değişikliği" tanı başlığı altında ele alınmıştır. Bu bozukluğun tanı ölçütleri şöyle bildirilmiştir:

- a. Dünyaya karşı düşmanca ya da güvensiz bir tutum
- b. Sosyal çekilme
- c. Boşluk ve umutsuzluk duyguları
- d. Sürekli tehdit ediliyormuş gibi süregelen bir sinirlilik hissi
- e. Yabancılaşma.

"Felaket yaşantısı sonrası kalıcı kişilik değişikliği" tanısında KTSSB'na göre kişilik değişikliğine daha fazla vurgu yapılmış olsa da bu iki tanının örtüştüğü söylenebilir (Kaptanoğlu, 2003).

MAJÖR DEPRESYON (MD)

Depresyon belirtileri ruhsal bozuklukların hemen hepsinde görülebildiği gibi travmalardan sonra da sık olarak ortaya çıkar. Ayrıca, TSSB'ye de en sık eşlik eden psikiyatrik durum MD'dir. Diğer bir ruhsal hastalığa eşlik eden depresyon belirtileri, depresyon tanı ölçütlerini karşılayacak düzeyde şiddetli ve süreklilyse, depresyon ikinci ruhsal hastalık tanısı olarak var olan tanıya eklenir.

Majör depresyon en az iki hafta süren depresif duygudurum ya da ilgi kaybının yanı sıra diğer depresif belirtilerin en az dördünün bulunması şeklinde tanımlanır (Tablo 10).

Tablo 10. Majör Depresif Epizod İçin Tanı Ölçütleri

Majör Depresif Epizod İçin Tanı Ölçütleri
A. İki haftalık bir dönem sırasında, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.:
(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli depresif duygudurum
(2) Tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma
(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere)
(4) insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması
(5) psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (Sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir.)
(6) yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması
(7) değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması (- Hezeyan düzeyinde olabilir - Sadece hasta olmaktan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)
(8) düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık
(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

2-B TANI ÖLÇÜTLERİ: Bu belirtiler bir karma epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

3- C TANI ÖLÇÜTLERİ: Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

4-D TANI ÖLÇÜTLERİ: Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

5-E TANI ÖLÇÜTLERİ: Bu belirtiler yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler iki aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

TSSB VE TRAVMATİK STRESLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA AYIRICI TANI

Ayırıcı tanı özellikle, TSSB özelinde tartışılacaktır. TSSB tanısını koyarken en önemli konulardan birisi travmatik stres ve belirtilerini diğer hastalıklardaki belirtilerden ayırabilmektir. TSSB tanı ölçütlerindeki pek çok belirti, anksiyete ve duygudurum bozuklukları tanı ölçütlerindeki belirtiler ile örtüşmektedir. Rahatsız edici anı ve düşünceler obsesif kompulsif bozukluk; korku veren özgül bir uyarana karşısındaki fiziksel ve davranışsal tepkiler özgül fobi; insanlardan kaçınma sosyal fobi; tahammülsüzlük, aşırı uyarılmışlık ve artmış irkilme tepkisi yaygın anksiyete bozukluğu ile karışabilen belirtilerdir. TSSB ile panik bozukluğunun örtüşen belirtileri fizyolojik etkinlik veya kaçınma davranışlarıdır. Ayrıca, TSSB'nin bazı belirtileri majör depresyon belirtileri ile de benzeşmektedir; uyku sorunları, duyguları yeterince yaşayamamak, geleceğe ilişkin beklentisizlik, yoğunlaşma sorunları ve daha önceden zevk veren etkinliklere karşı ilgisizlik bu benzeşmeye örnek olarak verilebilir.

Ayırıcı tanıda, TSSB'nin en önemli göstergelerinden olan yeniden yaşantılamaya belirtilerinin araştırılması önemlidir. Değerlendirmede, temel ölçüt, belirtilerin travmatik olayla ilişkisi olmasıdır. Örneğin, obsesif kompulsif bozuklukta da, kişi TSSB'de olduğu gibi rahatsız edici düşüncelere sahiptir, ancak bu düşünceler OKB'de saçma ve anlamsız olarak değerlendirilir ve travmatik bir olayla ilişkisi yoktur. Benzer şekilde, TSSB'de kaçınma davranışı, travmatik olayla ilişkilidir. Son olarak, TSSB'deki geriye dönüşlerin (flashback), şizofreni veya diğer psikotik bozukluklardaki varsanı ve sanrılardan ayrılması gerekmektedir.

TSSB belirtileri ile kişilik bozuklukları tanı ölçütleri arasında da örtüşen belirtilere rastlanır. Örneğin, yabancılaşıma ve sosyal içe çekilme, kaçınan kişilik bozukluğunun bazı özellikleri ile örtüşen belirtilerdir. Sınır (borderline) kişilik bozukluğu TSSB ile karışabilir. Özellikle öfke patlamaları gibi duygulanımın dengelenmesindeki bozukluklar ve dissosiyatif deneyimler her iki durumda da gözlenir. Sınır kişilik bozukluğu olan kişilerde çocukluk travmalarının sıklığı, TSSB'nin sınır kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu tartışmalarını gündeme getirmiştir. Ancak, bu iki hastalığın tek başına görülebiliyor olması, sınır kişilik bozukluğu olan ve olmayan TSSB hastalarında öykü ve klinik görünüm açısından pek çok farklılıkların bulunması, sınır kişilik bozukluğunun TSSB örüntüsünü etkilemediğine dair bulgular, sınır kişilik bozukluğu ve TSSB'nin ayrı sendromlar olduğunu göstermektedir (Cloitre ve ark., 2002).

Ayrıcı tanı açısından, karmaşık TSSB'nin, TSSB'den daha farklı ele alınması gereken bir konumu bulunmaktadır. Karmaşık TSSB, kişilik bozukluklarına daha yakın bir yerde durmaktadır. Karmaşık TSSB, yeniden yaşantılama belirtilerini kapsamaz; kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerine yapılan vurgu daha azdır. Karmaşık TSSB'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet gibi uzamış ve süregelen bir travma yaşantısı vardır ve genellikle insan eliyle yapılmış travmalar söz konusudur. Özellikle dürtüsellik, saldırganlık, kendine zarar verici davranışlar, geçici dissosiyatif ataklar ve depersonalizasyon, ilişkilerde güçlükler gibi belirtileriyle, sınır kişilik bozukluğuna da benzemektedir. Ancak yine de, karmaşık TSSB'yi, sınır kişilik bozukluğundan ayıran etken, ciddi bir travmatik stresörün varlığıdır (Cloitre ve ark. 2002).

Afetler esnasında yakınlarını kaybeden insanlar yas tepkileri geliştirirler.. Kişilerin ölüme karşı verdikleri bazı ortak tepkiler, ölümden sonra geçirdikleri bazı *yas dönemleri* vardır. Kişiler bu dönemleri çoğu zaman birlikte yaşarlar. Yas çoğunlukla yarattığı çökkünlük, hayattan zevk alamama, ilgisizlik, isteksizlik, karamsarlık gibi belirtileri nedeniyle MD'la karışabilir. Yas sürecinin oldukça uzun sürmesi, bu süreç içinde yoğun suçluluk ve intihar düşüncelerinin bulunması akla MD hastalığını getirmelidir (Aker, 2000).

Travmatik yasta bir "ayrılık travması" söz konusu olduğu için öleni görmeye can atma veya arama gibi ayrılıkla ilişkili belirtiler gözlenir. Kaçınma ve aşırı uyarılmışlık çok baskın belirtiler değildir. Travmatik yasta travmatik olayın yeniden yaşanmasından çok ölenin olmaması sıkıntının kaynağıdır. Aşırı uyarılmışlık belirtileri özellikle ölüyle ilişkili durumlarda ortaya çıkar.

Ayırıcı tanı travmatik stres ve ilişkili sendromlar için önemli bir sorundur. TSSB vakalarının bir kısmına yanlış tanı konulmakta ve yanlış tedavi uygulanmaktadır. Belirtilerin başlangıç zamanı kadar alınan öyküdeki bulgular, TSSB'yi diğer hastalıklardan ayırt etmeye yardımcı olabilir.

TRAVMATİK STRES ve FİZİKSEL SAĞLIK

Travmatik stres ve fiziksel hastalıklar arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. Kronik ağrı, spastik kolon sendromu ve fibromiyalji bu tür örneklerdendir. Ayrıca kronik pelvik ağrı yakınmalarıyla başvuran kadın hastalarda çocukluk ve erişkinlikte travmaya maruz kalma oranı yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte kanser, AIDS gibi hayatı tehdit eden hastalıkların varlığı da travmatik strese yol açabilir. Travmatik stres kalp krizi, erken doğumlar, menstrüel düzensizlikler gibi risklerin artmasına yol açabilir. Bu yakın ilişki nedeniyle felaket bölgesinde stresle alevlenebilecek hastalıkları olan kişilere özel bir önem verilmelidir. Stres tepkilerini en kısa sürede kontrol altına almak olası bir tıbbi sorunu büyümeden engelleyebilir. Bu kişileri yakından izlemek yararlı olacaktır (Aker, 2000).

Kalp Hastalıkları: Erkeklerle yapılan araştırmalar TSSB'nun kalp hastalıklarını arttırdığını belirtmektedirler. Özellikle, yaşlı erkeklerde bu risk daha belirgindir (Aker ve Amasyalı, basımda).

Gastrointestinal Bozukluklar: Erkek savaş gazilerinde ve eş şiddetine maruz kalan kadınlarda gastrointestinal bozukluk görülme oranının arttığı belirtilmiştir. Özellikle irritabl barsak sendromu dikkat çekici bir tanı olarak öne çıkmaktadır (Aker ve Amasyalı, basımda).

Ağrı Bozuklukları: Fibromiyalji tedavisi gören kadın ve erkeklerle yapılan bir araştırmada %56'sının TSSB tanısını karşıladıkları görülmüştür. Fibromiyalji dışında, kas iskelet ağrıları, sırt ağrıları ve migren ağrıları TSSB'li kişilerde sıklıkla görülmektedir (Aker ve Amasyalı, basımda).

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar: HIV üzerinde odaklanan cinsel yolla bulaşmış hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalarda bu hastalarda şiddet öykülerine rastlanmaktadır. Bir çalışmada HIV'li kadınların hayat boyu cinsel saldırıya uğrama oranları %43 olarak bulunmuştur (Aker ve Amasyalı, basımda).

Üreme ve Jinekolojik Bozukluklar: Çocukluk çağında maruz kalınan ruhsal travmatik olaylar jinekolojik bozukluklar (cinsel yolla bulaşan hastalıklar, aşırı kanama, vaginitis,

dismenore ve kısırlık gibi) ile ilişkilendirilmiştir. Hamilelik sırasında eşin şiddetine uğramak annenin az kilo alması, enfeksiyonlar, kansızlık ve erken doğum gibi sorunlarla ilişkilendirilmiştir (Aker ve Amasyalı, basımda).

RUHSAL TRAVMANIN DEĞERLENDİRMESİ

Değerlendirmelerde tanı ve tedavi süreçlerinde bir psikiyatri uzmanının veya hekimin yer alması ve yol gösterici olması gerekir. Değerlendirme yapan ruh sağlığı çalışanlarının ölçek ya da görüşme çizelgeleri kullanmaları çok yararlı olacaktır.

Değerlendirme sırasında öyküyü ayrıntılandırma ve belirtileri araştırmada kullanılan bazı soru tipleri aşağıda verilmiştir. Sorular depresyon yaşayan kişilere göre uyarlanmıştır.

1. Açık uçlu sorular

Başlangıçta açık uçlu sorularla yaklaşmak yararlı olacak ve daha geniş bir bilgiye ulaşmamızı sağlayacaktır.

- Deprem öncesi sorunsuz bir şekilde yapabildiğiniz halde, halen deprem korkusu nedeniyle yapmakta güçlük çektiğiniz veya yapamadığınız davranışlarınız var mı? Varsa nelerdir, örnek verebilir misiniz?
- Uykularınız nasıl?
- Gelecekle ilgili neler düşünüyorsunuz?

2. Kapalı uçlu sorular

Bazı yerlerde ise açık uçlu sorulardan sonra konuyu biraz daha somutlaştırmak veya özgüleştirmek gerekebilir. Bu gibi durumlarda kapalı uçlu sorular yardımcı olacaktır.

- (Depremden sonra) Evinize rahat girebiliyor musunuz? Girdiğiniz zaman ne kadar kalıyorsunuz? İçeride ne yapıyorsunuz? Bu size ne derece sıkıntı veriyor?
- Yatağınıza yattıktan ne kadar süre sonra uyuyabiliyorsunuz?
- Böyle yaşamaktansa ölsem de kurtulsam türü düşünceleriniz oldu mu?

1. YAŞANILAN TRAVMANIN ÖĞRENİLMESİ

Değerlendirmede, öncelikle kişinin travma yaşayıp yaşamadığı, yaşadığı ne tür bir travmaya (deprem, yangın, ölü – yaralı görmek, sevdiği birini kaybetmek vb.) maruz kaldığı öğrenilmelidir. Kişiler yaşadıkları travmalardan kolaylıkla bahsedemeyebilirler. Çeşitli somatik ve psikolojik yakınmalarla başvuran kişilerde de travma öyküsüne rastlanabilir. Kişiler genellikle kendilerine doğrudan sorulmadığı takdirde bu tür yaşantılarını anlatmama eğilimindedirler. Bu nedenle travmatik yaşantı görüşme sırasında araştırılmalı ve konuşulmalıdır. Bunu güven veren, kişiyi rahatsız etmeyen, anlaşıldığını hissettiren bir ortam içinde yapmak yararlı olacaktır.

a. Travmatik Yaşantının Öğrenilmesinin Önündeki Güçlükler (**Aker ve Acicbe**)

Hastanın / danışanın travmatik yaşantısına yönelik bilgi toplamak ruhsal travmanın değerlendirilmesi için temeldir. Ancak bu durum klinik açıdan bir ikileme yol açabilmektedir. Travmaya yönelik bilgi almak için travmatik yaşantıya ilişkin özgün soruların sorulması gerekirken aynı zamanda kişinin verdiği bilgilerin mümkün olduğunca doğru olması gerekir ki tedavi planı verimli bir şekilde yapılabilir.

Öznel Algı: Görüşme dedektiflik çalışmasına dönüşmemelidir. Yani olayın ayrıntılarını tespit etmek yerine, hastanın algısını ortaya çıkarmak amaçlanmalıdır. Hastanın travma öyküsünü alan terapist olayın doğruluğundan çok hastanın hafızasındakiyle ilgilenmelidir. Örneğin; gerçeği değerlendirme yetisi yeterli olan bir hasta, kendisine saldıran bir kişinin elinde bir silah gördüğünü söylüyorsa, olayda gerçekten bir silah kullanılıp kullanılmadığını araştırmanın hiçbir terapötik önemi yoktur. Terapötik anlamda önemli olan hastanın silahın var olduğuna ilişkin bir algısının olması ve yaşamsal bir tehdit algılamış olmasıdır. Terapist; travmatik olayı tam doğru olarak öğrenerek, olayla hastanın belirtileri arasında bir ilişki kurmak isteyebilir. Ancak bir neden sonuç ilişkisi kurmakta başarılı olunmayabilir. Çünkü travmaya verilen yanıt etkileyen sayısız etmen vardır. Bir hasta için belirtilerin hangi durum ve olay sonrasında ortaya çıktığına ilişkin bir neden sonuç ilişkisi yakalansa bile, bunu genellemek mümkün olmaz. Belirtilerin ortaya çıkışında etkili olan şey; olayın kendisinden çok, kişinin algısıdır.

İnanırlılık: Travmatik yaşantının inanırlığına ilişkin tartışmalar özellikle yetişkinlikte ifade edilen, çocukluk çağı cinsel istismarına yöneliktir. İstismar sonrasında amnezinin ortaya çıkmasının, yetişkinlikte olayı anımsamanın mümkün olup olmayacağı tartışmanın odağını oluşturmaktadır. Kimi klinisyenler bu kadar süregen bir travmada amnezinin mümkün olamayacağını ifade etmektedirler.

Çocukluk çağı cinsel istismarına ilişkin kuşkulu yaklaşımların bir diğer nedeni ise, diğer travmatik yaşantıların aksine cinsel istismarda herhangi bir kanıtın bulunmamasıdır. Trafik kazası ya da doğal afet gibi travmatik yaşantıların aksine cinsel istismar kapalı kapılar ardında, mahremiyet içerisinde ortaya çıkar ve ardında hemen hiç fiziksel ipucu bırakmayabilir. Bazen aile de, bir üyeyi korumak ya da böylesi bir utancın aile içerisinde var olduğunun ortaya çıkmasını önlemek adına durumu inkâr edebilir, gizleyebilir. Böylesi bir durumda travmatik yaşantının inanırlığına ilişkin kuşkular beslenmiş olur.

Ailenin inkârının yanı sıra, bazen kişinin kendisi de olayı inkâr edebilir, bastırabilir. Zaman içerisinde, savunmaları zayıfladığında olayı yavaş yavaş hatırlamaya başlayabilir. Bu nedenle kişinin verdiği ifadeler zaman içerisinde değişebilir. Olağan bir süreç olmasına rağmen söz konusu durum da, olayın inanırlığını zedeleyebilmektedir.

Yönlendirme: Bazı durumlarda terapist farkında olmadan kişiyi yönlendirebilmektedir. Mağdur için de terapistin açtığı yoldan gitmek daha güvenilir ve kolay gelebilmektedir. Yönlendirmelerin uzmanlaşmış kişilerde daha çok görüldüğü belirtilmektedir. Özellikle ‘belirti yakalama’ gözlüğü ile bakmanın yönlendirmeyi beraberinde getirdiği ifade edilmektedir.

Abartma / İfade etmeme: Ruhsal travmanın değerlendirilmesinde, hastayla klinisyen arasındaki yanlış anlama ya da anlamama nedeniyle travmanın abartılması ya da ifade edilmemesi söz konusu olabilmektedir. Travmanın ifade edilmemesi sorunun çok genel sorulmasından kaynaklanabilmektedir. Örneğin; değerlendirme yapan bir klinisyen hastaya “olağan insan yaşantısı dışında” bir yaşantısının olup olmadığını sorar. Eşini kaybetmiş ya da

çocukluğunda sürekli olarak tacize uğramış bir hasta bu soruya “hayır” cevabını verebilir. Çünkü söz konusu olayları “olağan insan yaşantısı dışında” olarak değerlendirmez.

Travmatik yaşantının gözden kaçmasının, ifade edilmemesinin söz konusu olabileceği bir diğer durum ise, kişiye özgül olarak travmatik yaşantıya yönelik soru sorulmamasıdır. Sorulmadığı takdirde kişilerin kendiliklerinden travmatik yaşantılarına ilişkin bilgi vereceklerini öngörmek doğru değildir. Çünkü kişiler var olan sıkıntılarının yaşadıkları travmatik yaşantıyla bağlantılı olabileceğini düşünemeyebilirler. Utandıkları ya da konuştukları an ortaya çıkacak sıkıntıyı önlemek istedikleri için travmatik yaşantı hakkında konuşmak istemeyebilirler. Bazı durumlarda ise bir travmatik olaydan söz ederken diğerini anlatmayabilirler. Bunun nedeni kaçınma olabileceği gibi amnezi de olabilmektedir.

b. Güçlüklerle Başa Çıkma:

Daha önce de belirtildiği gibi kişiler kolaylıkla yaşadıkları travmalardan bahsedemeyebilirler. Çeşitli somatik ve psikolojik yakınmalarla başvuran kişilerde de travma öyküsüne rastlanabilir. Genellikle kendilerine sorulmadan bu tür yaşantılarını anlatmama eğilimindedirler. Bu nedenle “*Başınızdan unutmak istediğiniz çok acı verici bir olay geçti mi?*” gibi yol gösterici veya çoğu zaman da “*Başınızdan deprem, yangın, fiziksel veya cinsel saldırı, şiddete maruz kalma, çatışmaya katılma, bir kişinin öldüğüne veya yaralandığına tanık olma gibi çok acı verici bir olay geçti mi?*” şeklinde doğrudan sorularla yaşadığı travmayı paylaşabilmesi için kişiyi desteklemek ve iyi bir güven ilişkisi kurmak gerekir.

c. Travmatik Olayı Öğrenirken Unutulmaması Gerekenler:

Ruhsal açıdan travmatik olayları çeşitli şekillerde sınıflamak mümkündür. Öykü alınırken bu sınıflamalar göz önünde tutulmalıdır. Olayın oluş şekli ve sıklığı ya da tek veya süregelen oluşu, nedeni, kasıtlı ve bilerek yapılması, herhangi bir kayıp, hastalık, sekel veya yer değişikliği ile sonuçlanması üzerinde durulması gereken önemli noktalardır. Kişi travmatik olayı doğrudan kendisi yaşayabileceği gibi, böyle bir olayın yaşandığına tanıklık edebilir veya sevdiği bir kişinin başına bu tür bir olayın geldiğini de öğrenebilir.

Travmatik olayın nesnel özelliği kadar olay sırasında kişinin verdiği öznel yanıtın ya da ruhsal tepkilerin de önemli olduğunu unutmamak gerekir. Korku, dehşet, utanç ve çaresizlik olay sırasında kişilerin verdiği yanıtlar arasındadır. Bu yanıtın kendisi ruhsal açıdan bir yaralanmayı da gösterir.

Travmatik olayı yaşamış olmak değerlendirme yapan kişiyle ilişkiyi ve bu nedenle de değerlendirmeyi etkiler. Kişilerin sıklıkla yaşadıkları güvensizlik, yalnızlık, yabancılaşma, kırılma, güçsüzlük, anlaşılma, ilgilenilmeme, yargılanma gibi duygu ve düşünceleri bu ilişkinin kurulmasını güçleştirirler.

Değerlendirme bir anlamda çıkabilecek olası sorunları kestirebilmek ya da risk etkenlerini öğrenebilmek amacıyla da yapılır. Bu amaçla travmaya ilişkin risk etkenlerin araştırılması değerlendirmenin önemli bir parçasıdır. Elde edeceğimiz bilgiler psikiyatrik bir sorun geliştirme olasılığı yüksek olan kişileri tanımamızı kolaylaştıracak, tedavi yaklaşımımızı şekillendirecektir. Risk etmenleri (hastalık ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı etmenler veya yatkınlık yaratıcı etmenler) bu bölümde 'TSSB'nin oluşumunu ve sürmesini kolaylaştıran etmenler' bölümünden farklı sınıflandırılacaktır. Okuyucu ortak özellikleri olan bu sınıflama sistemlerinden yatkın olduğuna yoğunlaşabilir.

- 1. Travma öncesi etkenler:** Demografik özellikler, psikiyatrik öykü, ailede psikiyatrik bir hastalık olup olmadığı, boşanma, işsiz kalma, adli bir sorun gibi yaşam olayları, doğal afete maruz kalmak, çatışmaya katılmak, fiziksel veya cinsel saldırıya uğramak gibi travmatik olaylar;
- 2. Travma sırasındaki etkenler:** Maruz kalınan felaket (deprem, yangın, trafik kazası, işkence, saldırı, tecavüz, yaralılara ilk yardım, kurtarma çalışmalarına katılma gibi), maruz kalınan felaketin yaşamı ne ölçüde tehdit ettiği, olay sırasında yaşanan korku ve dehşetin şiddeti, kişinin kontrol düzeyi ve zihinsel hazırlığı;
- 3. Travma sonrası etkenler:** Temel ihtiyaçlar, başlangıçtaki stres düzeyi, stresli yaşam olayları, fiziksel veya ruhsal kaynakların kaybı, başa çıkma yöntemleri (kişinin sorunlarına nasıl katlandığı veya sıkıntısını nasıl hafiflettiği), toplumsal destek gibi boyutlar değerlendirilmelidir.

2. RUHSAL BELİRTİ VE BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

a. Ruhsal Belirti ve Bulguların Değerlendirilmesinin Önündeki Güçlükler:

Belirtilerin kendisi nedeniyle kişiden bilgi almak güçleşebilir. Yani; kişi yaşadığı travmatik olay sonrasında, olayla ilgili konuşmak, düşünmek istemeyebilir. Başka bir deyişle kaçınma davranışları olabilir. Olaya ilişkin her türlü düşünce ve konuşmadan kaçınan bir kimsenin travma yaşantısını değerlendirmek zor olacaktır.

Ayrıca, kişilerin yanıtlarını etkileyen başka bir dizi neden daha olabilir;

1. Soruyu anlamayabilir.
2. Değerlendirmeyi yapan kişinin tepkisinden korkabilir.
3. Dikkati çekmek isteyebilir.
4. “Depersonalizasyon” gibi belirtilerin “delilik” için delil olacağından korkabilir.
5. Değerlendirmeyi yapan kişinin sempatisini kazanmak isteyebilir.
6. Hukuki ve ekonomik nedenlerle doğruyu ifade etmeyebilir.

b. Güçlüklerle Başa Çıkma:

Bu güçlükleri aşmak için uygun ortam ve güven ilişkisi esastır. Eğer iyi bir ilişki kurulursa, aşağıdaki sorular kişinin psikolojik durumuyla ilgili yol gösterici olabilir. Her belirtiyi değerlendirirken sorunun ne derece rahatsızlık yarattığı, kişinin iş, aile yaşantısı, insanlarla ilişkileri üzerindeki etkileri ve sıklığı ve bu belirtinin ne kadar sürdüğü de araştırılmalıdır. Sorunlarla başa çıkmanın ve doğru bilgi almanın bir yolu da açık, net, kesin sorular sormaktır. Bu sorular, uzmanlar tarafından geliştirilmiş olan çeşitli ölçekler yardımıyla da sorulabilir.

- Bu olayla (yaşanılan travma; deprem, yangın, ölümler gibi) ilgili kabuslarınız veya sıkıntılı rüyalarınız oluyor mu?
- İstemediğiniz halde ya da ortamda size olayı hatırlatacak herhangi bir neden yokken olayla ilgili düşünceler, görüntüler, hayaller aklınıza takılıyor mu?
- Bunları düşünmemeye çalışıyor musunuz?
- Size olayı hatırlatan durumlarla karşılaştığınızda bunlardan uzaklaşmaya çalışıyor musunuz?

- Kendinizi duygularını yaşayamayan biri gibi taşlaşmış, künt, donuk veya başkalarından, çevrenizden, çeşitli etkinliklerden uzak ve ayrı hissediyor musunuz?

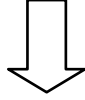
Yukarıdaki sorular, görüşmenin seyri açısından da yol gösterici olacaktır. Bu sorulardan sonra çeşitli sorunların varlığından kuşkulaniyorsanız aşağıdaki belirtiler de araştırılmalıdır:

- Travmatik olay sırasındaki düşünce, duygu, algı ve duyumları yeniden yaşıyor gibi olma
- Olay tekrarlanacak korkusu ile eskiden yapabiliş te şimdi kolaylıkla yapamadığı davranışlar (örneğin deprem yaşayan birinin karanlıkta kalamaması, işkence gören bir kişinin yalnız dışarı çıkamaması gibi)
- Yaşama karşı olan ilgi azlığı, uyku sorunları, çabuk sinirlenme veya öfkelenme ile ilgili sorunlar
- Unutkanlık ve dikkatini toplama güçlüğü
- Her an olay tekrarlayacak kaygısıyla tetikte bekleme
- Travma ile ilgili yaşadıklarını hatırlayınca fizyolojik tepkiler yaşama
- Suçluluk düşünceleri, üzüntü, keder, hayattan alınan zevk, gelecekle ilgili umutsuzluk
- İntihar düşünceleri

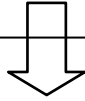
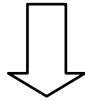
TRAVMAYA VERİLEBİLECEK DİĞER YANITLARIN / EŞLİK EDEN BELİRTİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Travmatik yaşantı sonrasında verilen tek tepkinin TSSB olmadığı; kişilerde farklı belirtilerin ve tanıların gözlenebileceği bilinmektedir. Bu nedenle geniş bir psikopatoloji yelpazesini değerlendirmek yararlı olacaktır.

DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Yaşanılan travmanın öğrenilmesi**Belirli bazı travma sonrası stres belirtilerinin kısaca taranması**

- kabus veya sıkıntılı rüyalar
- elde olmadan, davetsiz bir şekilde akla gelen düşünceler
- bu düşünceleri bastırmaya, yok saymaya çalışma
- travmayı hatırlatan durum, yer ve olaylardan kaçınma
- küntleşmiş veya duygusuz hissetme

**Travma sonrası ortaya çıkabilecek diğer belirtilerin araştırılması****Travma öncesi, travma sırası ve travma sonrası öykünün derinleştirilmesi ve risk etkenlerinin saptanması**

- Değerlendirmede başlangıçta açık, öykünün derinleşmesi gerekiyorsa kapalı uçlu sorulardan yararlanılabilir
- Her belirtinin niteliği kadar, ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verici olduğu, ne kadar sürdüğü, işlevselliği ve günlük etkinlikleri ne oranda etkilediği de araştırılmalıdır.

PSİKOFARMAKOLOJİ

Travmatik stresle ilişkili hastalıkların tedavisinde psikofarmakolojik ajanlar yaygın ve etkili olarak kullanılmaktadır.

İlaç tedavisinin uygunluğu 4 etkene bağlıdır;

- I) doğru tanıyı koymak,
- II) doğru ilacı kullanmak,
- III) uygun doz vermek,
- IV) yeterli süre kullanmak.

Tedavinin Amaçları

Travma sonrası ortaya çıkan psikolojik sorunlar için çeşitli amaçlarla ilaç tedavisinden yararlanılmaktadır.

1. Hastalığın uzun süre devam etmesini, ilerleyerek kötüleşmesini ve kronik sorunların ortaya çıkmasını engellemek,
2. Belirtilerin uzun sürmesi ve şiddetli olması durumunda kişinin uyumunu, anlama ve kavrama yeteneğini artırmak,
3. Kişide belirtileri yenebileceği ve kontrol edebileceği düşüncesini uyandırmak,
4. Uykusuzluk, kabuslar gibi belirtilere karşı semptomatik tedaviyi kolaylaştırmak,
5. Nüksü önlemek, mevcut tedaviyi sürdürmek,
6. Komorbidite veya eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığa karşı önlem almak,
7. Yaşanılan yoğun sıkıntıyı azaltmak ve bu sıkıntının kişinin günlük işlerini, işlevselliğini önemli ölçüde engellemesinin önüne geçmek için ilaç tedavisinden yararlanmak.

İlaça uyum

Travmatize kişilerde ilaç tedavisine uyum zaman zaman ciddi bir sorun olabilmektedir. Bu güçlüğü aşmak için çeşitli yöntemler denenebilir. Tedaviyi seçerken hastanın tercihini de

almak yararlıdır. Kişiler ilaç kullanımını bir zayıflık ya da delilik belirtisi olarak kabul edebilirler. İlacın bağımlılık yapma, sağlığa zarar verme olasılıkları ve maliyetinin yüksekliği gibi nedenlerle kullanmak istemeyebilirler. İlacın kendilerini uyutacağı, uykularında depreme yakalanıp uyanamayacakları gibi kaygılarından ötürü ilaçlarını almak istemeyebilirler. Bu nedenlerle, ilacın verilmiş nedeni, beklentilerimiz ve yan etkileri hakkında kişiyi bilgilendirmek ve psikolojik eğitim vermek önemlidir. Tedavi rasyonelini sık sık gözden geçirmek, tedavi konusunda hasta yakınından destek almak gerekebilir. Hekime güvenin olmaması, ilaç kullanım şeklinin karmaşıklığı, sosyal destek ve eğitim eksikliği, alkol - madde kullanımı ilaç uyumunu bozan diğer etkenlerdir. Bu etkenler değerlendirmede göz önüne alınmalıdır. Kişinin fizik durumu, mesleği, yaşı, bedensel hastalıkları, daha önceki psikiyatrik hastalık öyküsü ve kullandığı ilaçlar, ilacın yan etkileri ilaç seçimini etkileyen faktörlerdir. Daha az yan etki sergileyen ilaçları seçmek, düşük dozda başlamak ve yavaş yavaş artırmak tedaviye uyumu kolaylaştıracaktır.

TRAVMA SONRASI GELİŞEN RUHSAL BOZUKLUKLARDA UZMANA DANIŞILMASI GEREKEN DURUMLAR

- İlk değerlendirmeyi yapan ruh sağlığı uzmanı veya hekim tereddüt ettiği herhangi bir noktada psikiyatri uzmanına danışmalıdır.
- Hastanın özel ihtiyaçlarına ve mevcut hizmetlerin durumuna göre **herhangi bir anda** uzmana danışılabilir.
- Bununla birlikte aşağıdaki durumlarda da danışılması gereklidir:
 - Yeterli doz ve sürede (8 hafta) en az bir sistematik ilaç tedavisine yanıt verilmemesi,
 - İntihar düşünce ve davranışlarının bulunması
 - İlaç yan etkileri ile sürekli olarak sorun yaşanması
 - Tedaviyle düzelmeyen depresyon ve anksiyete hastalıkları gibi komorbid bir psikiyatrik sorunun bulunması
 - Madde – alkol kullanım sorunu olması
 - Psikotik belirti ve bulguların bulunması veya dissosiasyon bozukluğunu düşündürecek belirtilerin olması

- Başka stresörlerin yaşanması ve / veya sosyal desteğin az olması, prognozu olumsuz olarak etkileyecek çok çeşitli etkenlerin bulunması

KAYNAKLAR

Aker T, Ayata B, Özeren M, Buran B ve Bay A. (2002). Zorunlu iç göç: Ruhsal ve toplumsal sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3: 97-103.

Aker T. (2006). 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(3): 204-212.

Başoğlu M, Livanou M, Cronabarich C. Psychological responses to impunity for perpetrators of human rights violations in survivors of war and torture: A multi-site longitudinal study. Devam ediyor.

Başoğlu M, Paker M, Paker Ö, Özmen E, Marks I, İncesu C, Şahin D, Sarımurat N. (1994). Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. American Journal of Psychiatry, 151: 76-81.

Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M. (2002). Traumatic Stress Responses in Earthquake Survivors in Turkey. Journal of Traumatic Stress, 15(4): 269-276.

Bauer M, Priebe S, Haring B, Adamczak K. (1993). Long-term mental sequelae of political imprisonment in East Germany. Journal of Nervous and Mental Disease, 181: 257-262.

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of General Psychiatry, 48: 216-22.

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. (1997). Sex differences in post-traumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry, 54: 1044-8.

Card JJ. (1987). Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. Journal of Clinical Psychology, 43: 6-17

Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, Hazell PL, Kenardy JA, Carter GL. (1995). Psychological sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. Psychological Medicine, 25: 539-555.

Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med*, 21: 713-21.

De La Fuente R. (1990). The mental health consequences of the 1985 earthquakes in Mexico. *International Journal of Mental Health*, 19: 21-29.

Dünya Afet Raporu (World Disaster Report). Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu, 2004.

Fazel M, Wheeler J, Danesh J. (2005). Prevalance of serious mental disorder in 7000 refugees in Western countries: a systematic review. *Lancet*, 365: 1309-14.

Galea S, Nandi A, Vlahov D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*, 27: 78-91.

Galea S, Ahern J, Tracy M, Hubbard A, Cerda M, Goldmann E ve Vlahov D. (2008). Longitudinal determinants of posttraumatic stress in a population-based cohort study. *Epidemiology*, 19: 47-54.

Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Manoukian G, Tavosian A, Fairbanks LA. (1994). Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *American Journal of Psychiatry*, 151: 895-901.

Hearns A ve Deeny P. (2007). The value of support for aid workers in complex emergencies: a phenomenological study. *Disaster Manag Response*, 5: 28-35.

Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *New England JMedicine* 1987; 317:1630-4.

Kessler RC, Sonnega AS, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 1048-60.

Lautze S ve Raven-Roberts A. (2006). Violence and complex humanitarian emergencies: implications for livelihoods models. *Disasters*, 30: 383-401.

Madakasira S, O'Brien KF. (1987). Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175: 286-290.

- Maercker A, Schutzwohl M. (1997). Long-term effects of political imprisonment: a group comparison study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32: 435-442.
- Mollica R, McInnes K, Pham T, Fawzi M C S, Murphy E, Lin L. (1998). The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 543-553.
- Paker M, Paker Ö, Yüksel Ş. (1992). Psychological effects of torture: an empirical study of tortured and non-tortured non-political prisoners. *Torture and Its Consequences*. Ed. M. B. 72-82. Cambridge: Cambridge University Press.
- Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 101(1):46-59.
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS. (1993). Prevalence of civilian trauma and post traumatic stress disorder in a representative national sample of woman. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 984-991.
- Rosenberg A, Heimberg RG, Solomon Z, Levin L. (2008). Investigation of exposure-symptom relationships in a context of recurrent violence. *J Anxiety Disord*, 22:416-28.
- Şalcıoğlu E. (2003). Travma sonrası stres bozukluğu: ampirik bulgular. *Psikolojik Travma ve Sonuçları*. Ed. T. A. & E. Ö. 65-79. İstanbul: 5US Yayınları.
- Shore JH, Tatum E, Vollmer WM. (1986). Psychiatric reactions to disaster: the mount St. Helens experience. *American Journal of Psychiatry*, 143: 590-595.
- Snow RB, Stellman JM, Stellman SD. (1988). Posttraumatic stress disorder among American Legionnaires in relation to combat experience in Vietnam: associated and contributory factors. *Environmental Research*, 47: 175-192.
- Steinglass P, Gerrity E. (1990). Natural disasters and posttraumatic stress disorder: Short term versus long term recovery in two disaster affected communities. *Journal of Applied Social Psychology*, 20: 1746-1765.
- Thabet AA, Abu Tawahina A, El Sarraj E, Vostanis P. (2008). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17: 191-9.

Wang X, Gao L, Shinfuku N, Zhang H, Zhao C, Shen Y. (2000). Longitudinal study of earthquake related PTSD in a randomly selected community sample in North China. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1260-1266.

<http://earthquake.usgs.gov/eqcenter/eqinthenews/2004/usslav/eqsummary.html>

http://earthquake.usgs.gov/regional/world/most_destructive.php

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Oluşumunu Ve Sürmesini Kolaylaştıran Etmenler

Aker T ve Önen P. (basımda).

Altındag A, Ozen S, Sir A. (2005). One year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comp Psychiatry*, 46: 328-33.

Ballenger JC, Davidson RT (2000). Consensus statement on post traumatic stress disorder from international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 61; 60-6.

Bramsen I, Dirkzwager A & Van-der-Poloeg H. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1115-9.

Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. (1999). Previous experience to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit area survey of trauma. *Am J Psychiatry*, 156: 902-7.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD et al 1998, Trauma and post traumatic stress disorder in the community: 1996 Detroit area survey of trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 626-32.

Davidson JRT. Anxiety disorders. Kaplan H, Sadock BJ (ed.) (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6. Baskı. Baltimore; Lippincott Williams & Wilkins, s.1227-36.

Eriksson N-G, Lundin T. (1996). Early traumatic stress reactions among Swedish survivors of the Estonia disaster. *Br J Psychiatry*, 169: 713-6.

Gil S. (2005). Pre traumatic personality as a predictor of post-traumatic stress disorder among undergraduate students exposed to a terrorist attack: A prospective study in Israel. *Personality and Individual Differences*, 39: 819-27.

Goenjian AK, Armen K, Louis M ve ark. (1999). PTSD in elderly and younger adults after the 1998 earthquake in Ermenia. *Am J Psychiatry*, 151: 895-901.

Khouzam HR, Donnelly NJ. (2001). Posttraumatic stress disorder. Safe, effective management in the primary care setting. *Postgrad Med*, 110: 60-2, 67-70, 77-8.

King DW, Vogt DS & King LA. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. Litz BT (ed.) *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss*. New York; Guilford Press.

Lee D, Young K. (2001). Post-traumatic stress disorder: diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International Review of Psychiatry*, 13: 150-8.

McFarlane AC. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154: 221-228.

Marshall RD, Spitzer R, Liebowitz MR. (1999). Review and critique of the new DSM-IV Diagnosis of Acute Stress Disorder. *Am J Psychiatry*, 156: 1677-85.

Michel P, Lundin T, Larsson G. (2003). Stress reactions among swedish peacekeeping soldiers serving in Bosnia: A longitudinal study. *J Traumatic Stres*, 16: 589-93.

Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. (2002). 60.000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65: 240-60.

Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65: 207-39.

O'Brien M, Nutt D. (1998). Loss of consciousness and post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*, 173: 102-4.

Özer E, Best S, Lipsey T & Weiss D. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129: 52-73.

Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh WA. (1992). Prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5: 455-475.

Schnurr PP, Friedman MJ & Rosener SD. (1993). Preliminary MMPI scores as predictors of combat-related symptoms. *Am J Psychiatry*, 150: 479-83.

Shalev AY, Peri T, Canetti L, Schreiber S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *Am J Psychiatry*, 153: 219-25.

Speed N, Engdahl B, Schwartz J, Eberly R. (1989). Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. *J Nerv Ment Dis*, 177: 147-53.

Şalcıoğlu E. (2003). Travma sonrası stres bozukluğu: ampirik bulgular. *Psikolojik Travma ve Sonuçları*. Ed. T. A. & E. Ö. 65-79. İstanbul: 5US Yayınları.

True, WR, Rice J, Etsen SA. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to liability of posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 257.

Wilson JP, Raphael B, Meldrum L, Bedosky C, Sigman M. (2000). Preventing PTSD in trauma survivors. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 64: 181-96.

Yehuda R, Schmeidler J, Giller EL. (1998). Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring. *Am J Psychiatry*, 155: 841-3.

Travmatik Yas

Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001: 288.

Blum HP. (2003). Psychic trauma and traumatic object loss. *J Am Psychoanal Assoc*, 51(2): 415-32.

Boelen PA ve ark. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, Sep-Dec;34(3-4):225-38.

Boelen PA ve ark. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behav Res Ther*, Oct;41(10):1123-36.

Elbedour S ve ark. (1999). Psychological responses in family members after the Hebron massacre. *Depress Anxiety*, 9(1):27-31.

Horowitz MJ ve ark. (1980). Pathological Grief and the Activation of Latent Self Images. *American Journal of Psychiatry*. s. 1157-1162.

Horowitz MJ, Siegel B, Holen A ve ark. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*, 154:904-910.

Jacobs S. (1999). *Traumatic Grief, Diagnosis, Treatment and Prevention*. Brunner/ Mazel Inc.

Madison D ve Walker W. (1967). Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 113: 1057-1067.

Melhem NM ve ark. (2001). Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *J Clin Psychiatry*, Nov; 62(11): 884-7.

Prigerson HG ve ark. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry*, 174:67-73.

Raphael B. Martinek N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. Wilson J. ve Keane T. Editörlüğünde *Assesing psychological trauma and PTSD*. New York, Guilford Yayınevi. s. 373-395.

Rynearson EK ve ark. (2006). Restorative retelling after violent dying. Ed. Rynearson EK. *Violent Death Resilience and Intervention Beyond the Crisis* Routledge Kitapevi. s. 6-7.

Schreiber S. (1995). Migration, traumatic bereavement and transcultural aspects of psychological healing: loss and grief of a refugee woman from Begameder county in Ethiopia. *Br J Med Psychol*, 68:135-42.

Sezgin U ve ark. (2004). Ne Zaman Travmatik Yas Tanısı Konur? Ne Zaman Tedavi Başlar? *Klinik Psikiyatri*, 7:167-175.

Stroebe ve ark. (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Tural Ü. ve ark. (2001). Marmara Depremzedelerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Eşlik Eden Başka Bir Ruhsal Hastalık Gelişiminin Yordayıcıları *Klinik Psikiyatri*, 12:175-183.

Worden JW. (2002). Attachment Loss and the Experience of Grief. Grief Counseling and Grief Therapy. Springer Kitapevi. s. 7-50.

Karmaşık TSSB

Herman, JL (1992). Travma ve İyileşme. Literatür Yayıncılık, Birinci Basım. (2007). New York.

Kaptanoğlu C (2003). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikler. Psikolojik Travma ve Sonuçları, T Aker, E Önder (Ed), 5US Yayınları, s.79-87.

Van der Kolk BA (2001). The Assessment and Treatment of Complex PTSD. Traumatic Stress, R Yehuda (Ed), American Psychiatric Press, s.2-13.

5.BÖLÜM

AFETTEN ETKİLENENLERE YAKLAŞIM VE YÖNLENDİRME

5.1. BİREYSEL

5.2. AFET SONRASI PSİKOLOJİK İLK YARDIMDA GRUP UYGULAMALARI

Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri olan depresyon, kaygı ve somatik şikâyetler afet sonrası en sık görülen psikolojik sorunlardır (Leon, 2004). Ayrıca, yakın birinin kaybı veya zarar görmesi, evin zarar görmesi, geçici yerleşimler, ekonomik durumun bozulması, sosyal bağların kopması gibi afet sonrası sık yaşanan durumlar da insan psikolojisini olumsuz etkileyen ve strese sebep olan etmenlerdir (Ronan, Crellin, Johnston, Finnis, Paton, Becker, 2008). Afet sonrası yaşanan bu tür sorunları önleme ve iyileştirme çalışmaları grup müdahaleleri ve bireysel müdahaleler olarak gerçekleştirilir. Bireysel ve grup olarak sunulan psikolojik ilk yardım müdahalelerinin temel amaçları şu şekilde örneklendirilebilir:

- 1- Kişilerin olayı, olaya verdikleri tepkileri anlamlandırmalarını ve bu durumla baş etmelerini kolaylaştırmak
- 2- Afet sonrası yaşanan psikolojik tepkileri normalleştirmek
- 3- Afet ve afetin neden olduğu krizin etkilerini en aza indirmek
- 4- Normal yaşama dönmeyi hızlandırmak
- 5- Afeti yaşayanların sahip oldukları güçlü yanları ortaya çıkartarak krizle baş etmelerini kolaylaştırmak

Bununla beraber grupla psikolojik yardım hizmetlerinin bireysel yardım hizmetlerine göre bazı üstünlükleri vardır. Afet sonrası çok sayıda insana olabildiğince erken psikolojik ilk yardım götürebilme ve uzun süreli yardıma gereksinimi olanları belirleyebilme grupla psikolojik yardım hizmetlerinin en önemli üstünlüklerindedir. Grup ortamında bireylerin normal yaşamlarına dönmelerini kolaylaştıracak iyileştirici etmenler şöyle özetlenebilir:

- 1- Kendini yalnız hissetmeme

- 2- Başkalarının başa çıkma yollarından öğrenme
- 3- Benzer sorunları olan bireylerle sosyal bağlar kurabilme
- 4- Psikolojik arınma (katharsis)
- 5- Güvenli bir ortamda kendini açabilme
- 6- Yeni öğrenilmiş edimleri ve sosyal becerileri test edebilme
- 7- Afetin yol açtığı “güven duygusu” yitiminin yeniden kazanımını kolaylaştırma
- 8- Grup liderinin yönlendirmesiyle diğer grup üyelerinin benzer deneyimlerinden yola çıkarak güçlükleri aşmak için cesaret ve umut geliştirebilme
- 9- Empati ve yapıcı geri bildirim becerilerini geliştirerek başkalarına yardım edebilme olanağı bulma

5.2.1. Grup Üyelerinde Aranılan Özellikler

Grupla verilecek psikolojik yardım bilişsel, duygusal ve davranışsal düzeyde istenilen değişimler hedefler (Gilbert ve Shmukler, 2003). Ancak, grupla psikolojik yardım hizmetlerinin iyileştirici özelliklerinden faydalanarak hedeflenen kazanımların sağlanması için *planlama* aşamasından itibaren bazı noktalara dikkat edilmelidir. Bu noktalar grup üyelerinin yaşı, afete maruz kalma derecesi, grup üyelerinin seçimi, yaşanan afetin niteliği (insan yapımı veya doğal afetler), afetten ne kadar süre sonra grup çalışmalarının başladığıdır. Tüm bunlar grup çalışmasından elde edilecek faydanın belirleyicileridir. Örneğin, afet nedeniyle hem yakınlarını kaybetmiş hem de maddi kayıp yaşamış bireylerin yaşayacağı sorunlar doğal olarak daha ağır olacaktır. Bu tür bireylerin afetten daha az etkilenmiş olanlarla aynı grupta yer almalarının sakıncaları olabilir. Afeti görece olarak hafif atlatmış üyeler ağır travmatik yaşantıları dinleyerek ikincil travma belirtileri gösterebilirler. (Kaplan, Iancu ve Bodner, 2001).

Afet sonrası grup çalışmalarına katılacak olan grup üyeleri için istenen özellikler diğer tüm gruplar için istenen özelliklerle benzerdir. Bu özelliklerden önemlileri gruba katılacakların istekli, motivasyonu yüksek, yapılandırılmış grup kurallarına uyabilecek, diğer grup üyelerine saygı göstererek olumlu geribildirim yapabilecek, dinleme becerisine sahip bireyler olmalarıdır. Bu özelliklere sahip olan grup katılımcıları aynı zamanda belli bir işlevsellik

düzeyine de sahip olmalıdır. Yoğun psikolojik sorun yaşayanlar örneğin; ağır depresyon ya da anksiyete belirtileri olanlar grup çalışmalarından kendileri yeterince yarar sağlayamayacakları gibi grup sürecini de olumsuz etkileyebilirler. Grup üyelerinin ayrıca belli bir süre başkalarını dinleyememe, oturum boyunca yerinde oturamama, saldırgan olma, intihar eğilimi veya düşüncesi olma, aktif madde bağımlısı olma, zihinsel engeli olma, aşırı duygu patlamaları yaşama ve psikotik sorunları olma gibi bireysel özellikleri göstermemesi istenir (Corey, 2004).

Grup Lider(ler)inde Aranılan Özellikler

Afet gruplarını yönetecek liderlerin sahip olması gereken bazı özellikler grup liderlerinin rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için gereklidir. Grup uygulamalarını yönetecek olan liderin, grupta psikolojik yardım çalışmaları, travma psikolojisi, krize müdahale yöntemleri, kayıp ve yas, gelişim dönemleri, iletişim becerileri gibi konularda bilgi ve deneyiminin olması beklenir (Starr, 2002). Afet gruplarını yönetenlerin psikolojik belirti tarama ve tanılama becerileri ve kısa dönemli travma sağaltım becerilerine sahip olması ise grup üyelerinin seçilmesi aşamasından başlayarak hem süreç içerisinde grup üyelerinin gelişimlerinin izlenmesi hem de grubun etkililiğinin değerlendirilmesine kadar bir çok konuda gerekli olacaktır. Liderin kendi özellikleri, değerleri ve tepkileri hakkında farkında olması ve kendi sınırlarını biliyor olması da grup atmosferini olumlu etkileyecektir (Corey, 2004). Grup liderlerinin tükenmişlik, ikincil travma veya eşduyumu yorgunluğu yaşamamaları için öz bakım becerilerine sahip olması gerekir (Figley, 2005). Ayrıca model olma sorumluluğu gereği grup liderinin duygu ve düşüncelerini yerinde, zamanında ve doğru bir şekilde ifade edebilme ve çatışma çözme becerisine sahip olması beklenir (DeWolfe, 2000).

Eş-liderin olması afet sonrası grup uygulamaları için istenilen bir durumdur. İki liderin birbirlerine yardım etmesi ve birbirlerini tamamlaması grup sürecinde olumlu etki yaratacaktır. Ayrıca, liderler temel süreç ve içerik konularında hemfikir ve işleyişe göre esnek olmalıdırlar (Ulman, 2004). Grup uygulamalarında süreklilik ve güven oluşumunun sağlanması ve devamı için aynı eş-liderlerin aynı grup üyeleri ile devam etmesi gerekmektedir. Tüm bu uyarılara ek olarak eş-liderlerin her bir grup oturumuna başlamadan

önce, birlikte oturumları planlamaları ve görev bölümü yapmalarında fayda vardır (MEB-UNICEF, 2001).

Yargılayıcı olmama, farklılıkları kabul edebilme, olumlu enerjiye sahip olma, destekleyici, koruyucu ve işbirlikçi olma, kendi kendini ve başkalarını kolay motive edebilme gibi özellikler grup liderinde aranmaktadır. Bunun yanında kişisel ihtiyaçlarını karşılama, din veya politik görüş propagandası yapma, fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları olma, ticari yatırım arayışında olma gibi özellikler ise grup liderlerinde istenmeyen özelliklerdir (Kalayjian, 1995).

Afet sonrası grup çalışmalarının gerçekleştirileceği mekân seçimi ve düzenlenmesinde grup liderine sorumluluk düşebilir. Jagodic, Kontac ve Zubenko (2000), afet sonrası yapılan grup uygulamalarının yapılacağı alanın ve yerin özelliklerini şu şekilde açıklamıştır: Grup çalışmasının yapılacağı mekân katılımcılara yakın olmalıdır. Grup uygulamaları okul, halk merkezleri, hastane, barınak ya da kütüphanelerde yapılabilir. Grup oturumlarının aynı yerde, aynı saatte, aynı günlerde yapılmasına dikkat edilmelidir. Grup oturumu sayısı ve her bir oturumun süresi ve katılımcı sayısı grubun türüne ve amacına göre farklılık gösterebilir. Örneğin, psikolojik anlamlandırma grupları genellikle tek oturumdur ve yaklaşık 3 saat sürer. Katılımcı sayısı 8-12 arasında değişebilir. Çocuklarla yapılan çalışmalar genellikle 45 dakikadır ve 6 ile 10 arasında katılımcı olmalıdır.

5.2.2. Afet Sonrası Grup Türleri

Afetlerden sonra yapılan psikolojik ilk yardım amaçlı grup çalışmalarını farklı şekillerde sınıflandırmak mümkündür. Aşağıda afet sonrası için en sık önerilen grup türleri amaçlarına göre özetlenmeye çalışılmıştır. İlk olarak *Destek Grupları ve Kendi Kendine Yardım Grupları* kısaca özetlenmiştir. Daha sonra yaşanan afetin hemen ardından uygulanabilecek *Psikolojik Anlamlandırma (Debriefing)* ve daha çok kişiye ulaşabilmek için *Büyük Grup Uygulamaları* anlatılmıştır. Son olarak, afetin neden olduğu ilk kriz atlatıldıktan sonra uygulanan psikoeğitim ağırlıklı *Okul Temelli Grup Müdahaleleri* özetlenmiş ve çocuklarla gerçekleştirilecek olan gruplar için bazı öneriler sunulmuştur.

A) *Destek (sosyal ve duygusal) grupları*

Destek grup uygulamaları katılımcıların afete ilişkin duygularını, düşüncelerini, yaşadıkları endişe ve sorunları paylaşarak, birbirlerine yardım ettikleri bir grup türüdür. Destek grubu üyeleri birbirlerinin başatma becerilerinden öğrenme fırsatı elde ederler. Bu tür gruplarda lider göreceli olarak pasiftir ve daha çok süreci kolaylaştırma rolünü üstlenir (Jacobs, Masson ve Harvill, 1997). Lider özellikle üyeler arası paylaşımları cesaretlendirmeyi amaçlar. Bu tür grupların odağı olayın detaylarından ziyade olayı yaşayanların öznel yaşantıları ve bu yaşantılara verilen tepkilerdir. Foy, Eriksson ve Trice (2001), afet sonrası destek grubu çalışmalarında, grubun iyileştirici özelliklerinden olan normalleştirme ve uyum öğelerinden yararlanılarak grup üyelerinin baş etme becerilerinin güçlendirildiğine işaret eder. Diğer bir deyişle, lider her bir üyenin öznel tepkilerinin açığa çıkartılarak değerlendirme sürecinde işlenmesini kolaylaştırır. Lider özellikle incinmişlik, hayal kırıklığı, hüsrana ya da mutluluk gibi duyguların paylaşılması için katılımcıları cesaretlendirir. Destek grup uygulamaları genellikle açık gruplardır. Grup üyeleri istedikleri zaman gruba katılır veya ayrılır (Foy, Eriksson ve Trice, 2001).

b) Kendi kendine yardım grupları (Self-help group)

Kendi kendine destek grupları aynı endişeleri yaşayan kişilerin oluşturdukları gruplardır. Bu gruplarda bilindik anlamda bir lider yoktur. Grup üyelerinin kendi içlerinden birisinin liderlik ettiği bir grup türüdür (Jacobs, Masson ve Harvill, 1997). Bu grup uygulaması özellikle afet sonrası hizmet verenlerin (psikolojik yardım ekipleri, arama-kurtarma ekipleri v.b.) yaşadıkları stresli ortamdan dolayı yaşadıkları çaresizlik ve bıkkınlık duygularından kurtulmalarına yardımcı olur. Bu grup uygulamasında belli bir lider yoktur ve her oturumda lider grup üyelerinden biri olabilir. Kendi kendine yardım grupları afetten sonra hizmet verenlerin her akşam veya 2-3 akşamda bir düzenli olarak buluşmaları, yaşadıkları zorlukları paylaşmaları ve bu zorluklara karşı üretilebilecek çözüm yolları üzerine konuşmaları halinde devam etmektedir.

Grupla Psikolojik Anlamlandırma (Psychological Debriefing)

Psikolojik anlamlandırma grupları, afet sonrası olaya ve olayın etkilerine ilişkin bilgilendirme yaparak, afet olayını, duygu, düşünce ve davranış bazında detaylı olarak gözden geçirmek ve afet yaşantılarını yeniden anlamlandırmak üzere yapılandırılmıştır (Dyregrov,

2003). Psikolojik anlamlandırma gruplarının etkili olup olmadığı tartışmalı bir konu olmakla birlikte hemen her ülkede hâlihazırda afet sonrası uygulanmaktadır. Bu grup türü ile özdeşleşmiş bir isim olan Dyregrov (2003) psikolojik anlamlandırma gruplarının 2,5 saat süren yapılandırılmış bir grup olduğunu ifade eder. Ona göre psikolojik anlamlandırma uygulamasının altında yatan mantık beklenmedik olayın yol açtığı güvensizlik ve kontrolü kaybetme duygularıyla kendini gösteren bilişsel yapılardaki denge yitiminin yeniden kazandırılmasıdır. Bu tür müdahale sağaltım amaçlı olmaktan çok önleyicidir. Ayrıca daha yakın psikolojik desteğe gereksinimi olanların belirlenmesi amaçlanır. Duygusal rahatlama için güvenli ve onaylayıcı bir ortam oluşturulması en önemli koşuldur. Genellikle uzun ve tek bir oturumdan oluşan bu müdahalenin diğer önemli amaçları ise, afetzedelerin tepkilerini normalleştirmek, afetlerden sonra yaşanan normal psikolojik tepkiler hakkında bilgi vermek, baş etme yollarını grup içinde öğrenmek ve harekete geçirmektir (Chemtob, Tomas, Law ve Cremniter, 1997). Afetin hemen sonrasında 24-72 saat içinde uygulanabilir (Stallard ve Salter, 2003).

Dyregrov (2003) ideal grup üye sayısının 8-12 kişi arasında olmasını ve mümkün olduğunca iki liderin grubu yönlendirmesini önerir. Liderlerden birisi grubu yönlendirirken diğeri her bir üyeyi ve süreci dikkatlice izler. Her bir üyenin katılımının sağlanmasına çalışır. Psikolojik anlamlandırma travma (afet, kaza, saldırı, savaş, işkence, aile içi şiddet, yangın) mağdurları, travma mağduru yakınları, travma mağdurlarına hizmet veren yardım personeli (tıbbi personel, itfaiye ekibi, polis, kurtarma ekipleri), okul yönetimi ve öğretmenler gibi afetten doğrudan veya dolaylı olarak etkilenenlere önerilir. Bu gruplar koruyucu ve önleyici gruplar olmakla beraber aşırı semptom gösteren kişiler için uygun değildir, bu kişilere sağaltım amaçlı bireysel danışma yoluyla yardım önerilir. Bu gruplara alınacak üyelerin bireysel özellikleri ve afetten nasıl etkilendikleri önceden araştırılmalıdır. Birbirlerini önceden tanıyan bireylerden oluşan gruplarda, grup üyeleri arasında var olan bir anlaşmazlık grubun başarısını düşürebilir. Dyregrov (2003)'un tanımladığı grupla psikolojik anlamlandırma uygulamaları 7 aşamadan oluşmaktadır. Her ne kadar yapılandırılmış aşamalar öngörülse de Dyregrov bu aşamalar arasında geri dönüşlerin olabileceğini ifade eder:

1.Giriş aşaması: İlk aşamada lider kendini, grubun kurallarını ve işleyişini tanıtır. Lider grup üyelerine psikolojik anlamlandırmanın psikoterapi olmadığını vurgular. Bu aşamada liderin amacı güven ortamı oluşturmak, grubun amaçlarını özetlemek, grup üyelerini

gruba katılması için motive etmek ve grup üyelerinin olası kaygılarını azaltmaktır. Lider katılımcılara psikolojik anlamlandırma grubunun amaçlarını, afetin neden ve nasıl olduğunu, afet sonrası yaşanan tepkilerin nedenlerini, afet sonrası yaşanan tepkilerin normal olduğunu, herkesin benzer tepkiler verebileceğini ve bu tepkilerle nasıl başa çıkılabileceğini tartışmak olarak açıklayabilir. Lider söylenenleri dikkatlice dinlemeye, herkesle göz teması kurmaya ve katılımcıların sözel olmayan ifadelerine dikkat etmeye çalışır. Ayrıca, lider anlaşılır bir dil kullanır ve olumsuz içerikli kelimeleri kullanmamaya çalışır.

2. Olay aşaması: Bu aşamada, üyeler olay anını en başından itibaren adım adım anlatır. Duygular ve düşüncelerden ziyade afete ilişkin olaylar üzerinde durulur ve tamamen olay anına odaklanılır. Bu aşamadaki amaç, olay ile ilgili genel bir anlayış oluşturmaktır. Lider katılımcılara ne söyleyeceği ve onlardan neyi anlatmalarını isteyeceği konusunda net olmalıdır. Uzun anlatımlardan ve tekrarlardan kaçınmalıdır.

3. Düşünce aşaması: Bir önceki aşamada her bir üyenin afet olayına ilişkin kendi hikâyelerini paylaşmalarının ardından lider “peki şimdi de olay anına ilişkin ilk düşüncelerinizi konuşalım. Olaya ilişkin aklınızdan geçen ilk düşünceler nelerdi” gibi bir cümleyle düşünce aşamasına geçiş yapabilir. Lider böyle bir soruyu tüm gruba yöneltir ve paylaşımaya hazır ve istekli olan üyeye başlanır. Bu aşamada, katılımcıların olay anı ve sonrası ile ilgili düşünceleri ve kararları hakkında konuşmaları sağlanır. Olay hakkında düşünceler anlatılırken, paylaşılan düşüncelerin zaman sırasına göre (olay anı, olaydan hemen sonra ve şu anda) anlatılmasına dikkat edilir. Lider ve eşlider düşüncelerin paylaşımı sırasında grup üyelerinin kendilerine sakladıkları düşünceler de dahil olmak üzere her tür düşüncenin ifade edilmesine yardımcı olur. Bu sayede grup üyelerinin olaya ilişkin oluşturdukları bilişsel yapılar gözden geçirilir. Örneğin, olay anında bir başkasına yardım edemediği için suçluluk duyan üye bu paylaşımın ardından aslında yardım edebildiğini ya da yardım etmesinin olası olmadığını görebilir. Bu aşama aynı zamanda grup üyelerini travmatik tepkilerin gözden geçirileceği aşamaya hazırlamayı da hedefler.

4. Duyusal izlenimler aşaması: Bu aşamada afet sırasında ortaya çıkan yoğun duyuşsal uyarıların (görsel, duyuşsal, koku ve dokunma) neden olduğu bilişsel imgelemleri açığa çıkarmayı hedefler. Duyusal uyarılar çoğunlukla zihinde belirsiz izlenimler ya da imgelemler olarak kümelenir ve olaya ilişkin duygu ve düşüncelere eşlik eder. Afet anında duyumsanan koku, renk gibi uyarılar afetin gündüz zihinsel resimler halinde gece ise

rüyalarda yeniden yaşanmasına sebep olur. Bu aşamada bu tür duygusal izlenimlerin gözden geçirilmesi afete ilişkin anılar ve bu anıların neden olduğu rahatsız edici tepkilerin gözden geçirilerek yeniden işlenmesini sağlar. Bu aşamada, tüm duyular tek tek gözden geçirilmelidir. Hangi duygudan başlanacağına grup kendisi karar verir. Bu aşamada lider(ler) tetikte olmalıdır. Çünkü örneğin kötü görsel sahneler bazı grup üyelerini rahatsız edebilir. Lider(ler) bu rahatsızlığı gidermek için gereken bilgi ve becerilere sahip olmalıdırlar. Aşırı rahatsız edici duygusal uyarılara maruz kalmış grup üyelerine bireysel destek verilmesi daha uygun olabilir. Afete maruz kalma derecesine göre grup üyelerinin seçilmesi ve benzer yaşantıları olanların aynı gruba dahil edilmesi bu aşamanın daha verimli geçirilmesine yardımcı olur.

5. Tepki aşaması: Bu aşama, olay sırasında, olaydan hemen sonra ve şu an gösterilen duygusal, bedensel ve davranışsal tepkilerin ayrıntılı konuşulduğu aşamadır. Afete gösterilen duygusal tepkilerin aslında düşünce ve olay aşamasında da konuşulmuş olabilir. Bu aşamada, tepkilerin temalar halinde belli zaman sırasıyla gözden geçirilmesi gerekir. Grup desteğini de harekete geçirerek konuşulması zor duygulara yer verilir ve normalleştirilir. Bu aşamada hiçbir üye üzerinde uzun süre durulmaması ve her üyeye eşit imkân tanınması önerilir. Yoğun duygulanımlar yaşayan grup üyesine lider ve diğer grup üyeleri tarafından destek sağlanır. Lider açık uçlu sorularla tepkilere odaklanmayı sağlarken somut örnekler kullanılmasını sağlamaya çalışır.

6. Normalleştirme ve kabul aşaması: Bu aşamaya kadar grup üyeleri destekleyici ve olumlu bir ortamda paylaşımlarda bulunmuşlardır. Bu paylaşımların ardından grup üyelerinin afet sonrası yaşantılarına dair yeni bakış açıları kazanarak rahatlamış olmaları beklenir. Bu aşamada lider şimdiye kadar paylaşılan yaşantılara dair bir değerlendirmede bulunur. Grup üyelerinin afete gösterdikleri tepkilere ilişkin benzerlikleri yeniden vurgular. Afetzedelerin gösterdikleri tepkilerin anormal bir duruma gösterilen normal tepkiler olduğu hatırlatılır. Afet sonrası yaşananlarla baş etmek için nelerin yararlı olduğu üzerinde durulur. Bu aşamada etkili baş etme becerileri, stres yönetimi, duygu kontrol stratejileri ve grup sonrası yapılabilecekler hakkında sözel veya yazılı öneriler verilir. Hangi durumlarda nerelerden ve nasıl yardım alabileceklerine dair bilgiler sunulur. Ayrıca daha sonra neler yaşayabilecekleri, sonradan gelişebilecek sorunlar için nelerin risk faktörleri olabileceği tanımlanır. Bu aşamanın sonunda, katılımcıların aklına takılan ya da cevaplanmadığını

düşündükleri konular için zaman ayrılır. Bu aşama, aynı zamanda daha uzun süreli yardıma gereksinim duyanların veya risk grubunda olan grup üyelerinin belirlenerek gereken yönlendirmeler için planlama yapma aşamasıdır.

7. Gelecek planı ve sonlandırma aşaması: Bu aşamada psikolojik anlamlandırma süreci genel olarak gözden geçirilir, öğrenilen bilgiler özetlenir, izleme çalışması ve gerekli olan ek planlar hazırlanır. Grup üyelerinin ek olarak konuşmak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur ve varsa soruları yanıtlanır. Risk altındaki ve daha uzun süreli yardıma gereksinimi olanlarla bu aşamada iletişime geçilir ve gereken bilgilendirme ve yönlendirmeler yapılır. Bu aşamada mümkün olduğunca olumlu bir hava yaratılmalıdır. Ancak kayıpların söz konusu olduğu gruplarda olumlu hava yaratmanın hayatını kaybedenlere yönelik bir saygısızlık olarak algılanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocuklar ve ergenlerle grup anlamlandırması. Çocuk ve ergenlerle gerçekleştirilecek olan psikolojik anlamlandırma grupları amaç olarak farklılaşmamakla beraber uygulanacak yöntem ve teknikler yaş grubuna göre farklılık gösterir. Plummer, Cain, Fisher ve Bankston (2008), çocuklar için grupla psikolojik anlamlandırma müdahalelerinde, çocukların duygularını ifade edebilmesi için uygun sözel ve yazılı iletişim becerileri, sanat teknikleri, rahatlama teknikleri ve hayal etme egzersizleri kullanmanın faydalı olduğunu belirtmişlerdir.

Stallard ve Salter (2003)'a göre çocuklarla yapılan grupla psikolojik anlamlandırmada ilk aşamayı grup çalışmasının amaç ve formatı hakkında bilgi verilmesi oluşturur. Çocuklar, afet sırasında ne olduğunu ve nasıl tepki verdiklerini somut olaylar halinde sözel olarak anlatmaları için cesaretlendirilir. Sözel anlatımların ardından lider çocuklardan afet yaşantılarına dair bir resim çizmelerini isteyerek ya da cümle tamamlama gibi aktivitelerden faydalanarak duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine yardımcı olur. Tüm sözel ve resimle anlatımlar sırasında, lider çocukların afeti nasıl algıladıkları ve ne gibi anlamlar yüklediklerine odaklanır. Çocukları düşünceleri ve duygusal tepkileri hakkında konuşutmak psikolojik anlamlandırmanın temelini oluşturur. Bu arada her duyuya (koku, duyma ve görme v.b.) ilişkin yaşantılara da yer verilir. Bir sonraki aşamada lider çocukların paylaştıkları afet yaşantılarının birbirine benzer olduğuna ve afet sonrası ortaya konan tepkilerin normalliğine işaret eder. Sonlandırma aşamasında, lider tüm grup sürecini özetler. Çocukların daha sonra yapacaklarını planlaması için yardımcı olur. Cevaplanmamış soruları cevaplamaya çalışır.

5.2.3. Büyük Grup Uygulamaları (Mini-maraton)

Terr (1992) afet sonrası daha çok kişiye ulaşma amacıyla mini-maraton gruplarının uygulanabilirliği üzerinde durmuş ve aşamalarını detaylı bir şekilde anlatmıştır. Terr (1992)'e göre, bu tür gruplar travmatik yaşantıya maruz kalmış kişilerin, lider (ve eş-lider) eşliğinde bir grup içerisinde duygu ve düşüncelerini anlatma, dinleme ve bilgilenme yoluyla bozulan anlamlandırma süreçlerini düzene koyma veya yeniden yapılandırma çalışmalarıdır. Mini-maraton grupları çok sayıda insanı etkileyen geniş çaplı afetlerden (örn. deprem) sonra önerilir. Bu gruplar afetten hemen sonraki ilk saatlerde çok sayıda insanı bir araya getirip birliktelik oluşmasını ve böylece bireysel iyileşme sürecinin başlamasını sağlar. Bu tür gruplar sağaltımdan ziyade grup üyelerini psikolojik sağaltım alacakları bireysel ya da grup psikoterapi hizmetlerine hazırlamayı hedefler. Katılımcı sayısı 30 ila 300 arasında değişebilir. Geniş sayıda katılımcıyla gerçekleştirildiğinde paylaşım ve bilgilendirme sürecinin sağlıklı yürüyebilmesi için grubun gerçekleştirileceği mekân büyük önem taşır. Büyük mekânlarda mikrofon kullanımı gerekebilir. Katılımcı sayısının 50 kişiden fazla olduğu durumlarda ek liderlerin olması faydalı olabilir. Genellikle mola verilmez ancak grup oturumu süresince katılımcılar istedikleri zaman bireysel ara alabilirler. Katılımcılar için yaş sınırlaması yoktur ama çocukların konuşabilir ve kendini ifade edebilir bir yaşta olması önemlidir. Mini-maraton grupları yaklaşık üç saat sürer ve üç aşamadan oluşur: Hikâye paylaşma, belirti paylaşma ve güçlendirme.

Hikâye paylaşma: Lider grup katılımcılarının olay anındaki yaşantılarını öyküleştirerek paylaşımları için yönlendirici sorular sorarak grubu açar. İlk 90 dakikada öyküler paylaşılır. Her bir öykünün önemli olduğu vurgulanır. Yaşanılan duygular üzerinde durulur. Yanlış ya da yalan öykü olmadığı ve her öykünün anlam ve önemini kişiden kişiye farklılaşabileceği vurgulanır. Yaşanan olaya veya sorumlularına karşı oluşabilecek öfke patlamalarından mümkün olduğunca kaçınılmaya çalışılır.

Belirti paylaşma: Bu aşama yaşanan ve yaşanabilecek afet sonrası belirtiler hakkında yaklaşık bir saat süren bir paylaşım sürecini içerir. Grup üyelerinden doğrudan yaşadıkları belirtileri tanımlamaları istenebileceği gibi lider tarafından afet sonrası en sık yaşanan olası

belirtiler sıralanarak grup üyelerinin de bu belirtilere sahip olup olmadıkları sorulabilir (Örneğin, “aranızdan kaç kişi depreme ilişkin kötü rüyalar görüyor” gibi). Bu paylaşımlar katılımcıların yaşantılarını normalleştirmelerini, yaşadıklarını anlamlandırmalarını ve gerektiğinde profesyonel yardıma başvurmalarını kolaylaştırır.

Güçlendirme: Bu aşamada amaç katılımcıların psikolojik olarak güçlendirilmesidir. Grup üyelerinden kullandıkları baş etme yollarını paylaşmaları istenir. Bu paylaşımlar sayesinde katılımcıların kendi baş etme yollarını ve etkililiklerini gözden geçirmeleri istenir. Bu arada grup lider(ler)i de paylaşılan baş etme yolları üzerine değerlendirmelerde bulunur ve henüz konuşulmayan işlevsel baş etme yollarını tanıtır. Mini-maraton grup uygulaması sırasında, grup lideri tüm katılımcıların paylaşımlarına koşulsuz kabul ve hoşgörüyü yaklaşır. Mini-maraton grup uygulamasına katılan üyelerin grup çalışması bitiminde başkalarıyla paylaşmadıkları rahatsız edici duygu ve düşüncelerini gözden geçirip değerlendirmeleri, ileride ortaya çıkabilecek psikolojik belirtileri tahmin edebilmeleri, afet sonrası yardıma gereksinimi olacak akraba veya aile üyelerinin farkına varabilmeleri beklenmektedir.

Mini maraton grupları psikoterapi amaçlı yapılan bir çalışma değildir, ama afet sonrası oluşabilecek semptomlarla baş edebilmeleri için grup katılımcılarına yardım etmede önemli bir rol oynar. Ayrıca, mini-maraton grup çalışması afet sonrası her tür hizmet verenler ve kurtarıcılar için de uyarlanabilir.

5.2.4. Okul Temelli Grup Uygulamaları

Okullar, gerek sosyal rolü gerekse barındırdığı çocuk sayısı bakımından afet öncesi önlemlerin alınacağı ve afet sonrası çok sayıda afetzedeye kolayca ulaşılarak ilk ve sonraki müdahalelerin gerçekleştirilebileceği yerlerdir. Williams (2006), okulların afet çalışmalarında önleme ve iyileştirme uygulamalarında bilgi ve iletişim ağının kurulup sağlıklı işleyişinde önemli görevler üstlenmesi gerekliliği üzerinde durur. Afet sonrası kontrol ve güven duygusunun yitimi afete maruz kalanların baş etmek zorunda oldukları önemli sorunlardandır. Kontrol ve güven duygusunu yeniden kazanmanın en kısa ve etkili yolu ise bilgi edinmedir. Afete hazırlık ve afet sonrasında okullar veliler ve halk için önemli bir bilgi kaynağıdır.

Özellikle okullarda eğitime alınacak öğretmenler aracılığıyla ailelere, aile ve öğretmenler aracılığıyla da çocuklara afet sonrası yardım ulaştırılabilir. Psikolojik yardım ekipleri öğretmenlere ve ailelere çocuklara nasıl yaklaşılmalı, neler söylenmeli, çocukların soruları nasıl cevaplanmalı ve çocukların yaşadığı stresi çözmeye yönelik yöntemler neler olmalı gibi konularda eğitim ve rehberlik sağlayabilir. Psikolojik sorun yaşayan ve yaşaması olası öğrencilerin belirlenerek yönlendirilmesi de okul temelli çalışmaların önemli işlevleri arasındadır. Ayrıca okullar RAM'lar ve diğer destek kuruluşlar arasında oluşturulacak destek ağı sayesinde afetzedelere daha iyi yapılandırılmış psikolojik destek verilmesini sağlar (MoNE-UNICEF, 2001)

Okul temelli grup çalışmalarında sık başvurulan yöntem *psikoeğitim*dir. Psikoeğitim ortaya çıkabilecek psikolojik ve somatik belirtiler ve problem çözümü hakkında bilgi verme, yaşanan tecrübeleri paylaşma, destek sunma ve bireylerin grup dışında kendi destek sistemlerini nasıl oluşturacaklarına dair bilgi ve beceri edindirmeyi amaçlar ve her yaş grubuna uygundur (Corey ve Corey, 1997). Okul temelli psikoeğitim çalışmaları öğretmen-veli ilişkisini güçlendirme ve çocuklar için de eğitsel grup etkinliklerini kapsar. Erken dönemde verilen psikolojik eğitim, hem ebeveyn ve çocuk için hem de öğretmenler için ortaya çıkacak problemlerin yaşanmasında önleyici bir adım niteliğindedir. Anne-babalar, çocuklar ve öğretmenler için hazırlanan psikoeğitim gruplarının temel hedefleri aşağıdaki gibidir (Öztan, Aydın ve Eroğlu, 2000, akt. MoNE-UNICEF, 2001):

- afetlerden sonra yaşanabilecek doğal psikolojik tepkilere dair bilgilerin, öğretmenlere, öğrencilere ve ebeveynlere aktarılması
- grup üyelerine kendi yaşadıklarını başkaları ile paylaşma fırsatı vererek, tepkilerinin normal olduğunu görme imkânı sağlanması
- aile ve okul arasındaki bağların kurulması ve güçlendirilmesi
- etkili başa çıkma yöntemlerinin vurgulanması ve katılımcıların bunları uygulaması için yönlendirilmesi
- çocuklara tepkilerinin normalleştirileceği bir ortamın sağlanması ve bu şekilde, öğrenme ve gelişim kapasitelerinin artırılması

Okullarda yapılacak çocuklara yönelik eğitimler 2-3 ders saati süresince, ebeveynlere yönelik eğitimler ise 1-2 saat sürebilir. Çocuklar için hazırlanan psikoeğitim programlarına çeşitli alıştırmalar ve oyunlar, ebeveynlerin programlarına ise farklı tartışma konuları eklemek

faydalı olabilir. Yazılı materyallerin kullanılması katılımcılara aktarılmak istenen her tür bilginin daha kalıcı olmasını sağlar. Psikoeğitim gruplarına anne-babaların katılımlarını sağlamanın önemli faydaları vardır. Bu faydalardan bazıları a) ailelerin kaybettiklerini düşündükleri kontrolü yeniden kazanmaları, b) çocukların evdeki problemlili davranışlarının belirlenebilmesi ve c) çocukların afete ilişkin yaşantı ve duyguları hakkında anne-babalarıyla iletişim kurabilmesidir.

5.2.5. Çocuklar ve Afet Grupları

Afetten en çok etkilenen ve acil müdahale edilmesi gereken gruplardan biri çocuklardır. Çocukların kendileri için en güvenli yer olarak gördükleri “ev” afetten sonra artık güvensiz bir yer olarak algılanabilir. Çocuklar kendilerinin, ailelerinin ve diğer sevdiklerinin güvende olmadığını düşünerek bazı kaygı ve korkular geliştirebilirler. Bu nedenle çocuklara verilecek olan psikolojik ilk yardım müdahalelerinde öncelikli amaç güven duygusunun yeniden kazandırılmasıdır. Böylece, psikolojik ilk yardım grupları çocukların kendi dünyalarının kontrol altında olduğunu hissetmelerine odaklanır (Starr, 2002).

Çocuklarla yapılacak grup çalışmalarında, destekleyici ve rahat bir ortam sağlanarak a) çocukların duygularını ifade etmeleri, b) yaşadıkları zorlukları paylaşmaları, c) akranlarıyla sosyal ilişkiler içine girmeleri ve d) gereksinim duydukları bilgi ve becerileri edinmeleri amaçlanır (Jagodic, Kontac ve Zubenko, 2000). Bu amaçlar çocukların duygu ve düşüncelerini kelimelere dökmeleri güç olabileceğinden oyun, sanat, müzik, dans, drama ve yazma aktiviteleri aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Yaratıcı atölye çalışmaları özellikle önerilen çalışmalardır. Jagodic, Kontac ve Zubenko (2000) atölye çalışmalarında çocukların kendilerini ifade edebilmek için şekilleri, renkleri ve çeşitli nesnelere farklı yollarla kullanabileceklerini ifade eder. Bu etkinlikler hem çocukların motor becerilerini geliştirir hem de dayanmayı, sabretmeyi ve devam etmeyi öğretir. Yaratıcı atölye çalışmalarında çocuklar origami, oyun kartları, rüzgârgülü, uçurtma v.b. yapabilirler. Yaratıcı yazma atölyeleri de çocuklarla yapılabilecek çalışmalara iyi bir örnek olabilir; konuşma yerine çocukların duygu ve düşüncelerini yazı yolu ile ifade etmeleri sağlanabilir. Hikâye yazmaları ve yazdıklarını canlandırmaları için cesaretlendirilebilir. Üstelik bu canlandırmalarda kendi yaptıkları kuklaları ya da hazır kuklaları kullanabilirler (Jagodic ve ark., 2000).

Çocuklarla afet sonrası yapılan grup uygulamalarında aynı yaş gruplarının bir araya gelmesine dikkat edilmelidir (Plummer, Cain, Fisher ve Bankston, 2008). Çocukların bakış açısıyla afetleri anlamak etkili bir müdahale için oldukça önemlidir. Bu nedenle, çocukların gelişim dönemlerine göre yaşanan olayı nasıl algıladıklarını bilmek başarılı bir grup uygulaması için önemlidir (Deering, 2000).

Ebeveynler, çocukların afet ve afetin sonuçları ile başa çıkmalarında önemli bir kaynaktır. Bu nedenle, ebeveynlerle gerçekleştirilecek oturumlarda çocuklarda ortaya çıkabilecek travmatik tepkiler ve bu tepkileri normalleştirebilmek için neler yapılması gerektiği hakkında bilgi vermek hem çocuklar için hem de ebeveynler için oldukça yararlı olacaktır. Ebeveynler ile çalışırken, çocuklarının sorunlarını aşmada onlara nasıl yardım ettikleri, hangi baş etme yollarının işe yaradığı, çocuklara yardım edilirken karşılaşılan güçlüklerin neler olduğu ya da olabileceği üzerine beyin fırtınası çalışmaları gerçekleştirilebilir (MEB-UNICEF, 2001). Çocukları hakkında endişelenen anne babalar ise nereye başvuracakları konusunda yardıma gereksinim duyabilirler. Son olarak anne-babaların kendi öz bakımları konusunda bilgilendirilerek cesaretlendirilmeleri ve kendi destek gruplarını oluşturmalarına yardımcı olunması hem çocukların hem de diğer aile üyelerinin afetin yarattığı kriz ortamını daha kolay atlatılmasına yardımcı olur (MEB-UNICEF, 2001).

Özet olarak, afetin doğrudan veya dolaylı olarak etkilediği çok sayıda insana en erken ve ekonomik olarak yardım götürme yolu grupla müdahaledir denilebilir. Grup olarak sunulan afet sonrası psikolojik ilk yardım, hem afet sonrası krizin atlatılmasını kolaylaştırır hem de afetten sonra etkilenen bireylerin taranması ve uzun dönemli bireysel ya da medikal yardıma gereksinimi olanların belirlenerek yönlendirilmesini sağlar. Grup sürecini kolaylaştıracak ya da zorlaştıracak bazı etmenleri akılda tutarak hazırlıklı olmakta fayda vardır. Afet gruplarını yönetecek liderlerin sahip olması gereken bazı özellikler vardır. Afet gruplarını yönetecek olan grup liderlerinin stres altında çalışabilmesi gereklidir. Afet sonrası yaşanan kriz ortamında grup için gerekli mekânın oluşturulması, kısa sürede potansiyel grup üyelerinin değerlendirilerek seçilmesi, yönlendirilmesi ve izlenmesi grup liderinin sorumlulukları arasındadır. Yaşanan afetin nitelik ve niceliği, grup üyelerinin özellikleri gibi etmenler farklı tür grup hizmetlerinin verilmesini gerektirebilir. Bu farklı gruplar benzer ilke ve amaçlar

etrafında birleşmekle beraber gruptan faydalanacak olan bireylerin özelliklerine göre farklı etkinlikler öngörürler. Farklı afet gruplarının örtüştükleri noktalar şunlardır:

- 1- İşlevsel olmayan düşünce ve davranım örüntülerini fark ederek daha işlevsel olanlarla değiştirebilme
- 2- Afet sonrası oluşabilecek psikolojik ve fizyolojik tepkileri kontrol edebilme
- 3- Duygu ve düşünceleri birbirinden ayırt ederek tanıma ve dışı vurabilme
- 4- Bozulan anlamlandırma sistemini yeniden yapılandırma
- 5- Travmatik bir yaşantıyı takip eden düşünceleri, izlenimleri ve tepkileri detaylı bir şekilde gözden geçirme
- 6- Yaşama sevincinin desteklenerek korunmasını sağlama
- 7- Aşırı uyarılmışlık belirtilerini azaltabilme
- 8- Davranışsal, bilişsel ve duygusal tepkilerle baş edebilme
- 9- Olası TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu)'yi önleyebilme
- 10- Olası kriz anları ve travmatik durumlar için hazırlıklı olmayı sağlayabilme

Afet sonrası uygulanacak grup müdahalelerinin temeli ilk kez Yalom (1995) tarafından vurgulanmış ve daha sonra genel kabul görmüş grup çalışmalarına özgü üç iyileştirici ögeyi işaret etmiştir. Bu üç öge travmatik yaşantı geçiren bireylerin en sık karşılaştığı yalnızlık, dışlanmışlık duygularıyla, “neden ben” gibi düşüncelerin eşlik ettiği suçluluk duygularının giderilmesinde önemli rol oynar. Bu ögeler evrensellik, özgeci davranım ve bilgi transferidir. İlgili alan yazın ayrıca grup türü ne olursa olsun grup uygulamalarında bazı söylemlerin kullanılmamasına ilişkin bazı önerileri içerir. Bu tür söylemler grup üyelerinin kendilerini yalnız, anlaşılmamış, kırılmış ve durumunun küçümsendiğini hissettirebilir. Örneğin, DeWolfe (2000), grup uygulamalarında liderin söylememesi gerekenler arasında şunlara yer verir: “Her şey eskisi gibi olacak”, “Daha kötüsü olabilirdi”, “Başka araba, ev vb. alabilirsin”, “Nasıl hissettiğini biliyorum”, “Yaşamına devam etmen gerekiyor”, “Kendini meşgul etmen en iyisi olur”.

Sonuç olarak insanlar aynı olaya farklı düzeylerde, farklı tepkiler verebildikleri gibi farklı baş etme yollarına da başvurabilirler. Bazıları için afet, güvenliklerinin tehdit altında olması, bazıları için günlük rutinlerinin yitilmesi ve yaşam kontrolünün kaybedilmesi, bazıları içinse sevilenlerin kaybıdır. Kimileri için afet, yaşam ereklerinin ve önceliklerinin yeniden gözden geçirilmesi için bir fırsat da olabilir. Bu fırsat onlara bireysel büyüme ve gelişme sağlar. Afet sonrası yardım hizmeti sunanlar tüm bu tepkilere hazırlıklı olmalıdır. Grup, afete maruz kalmış bireylerin afete ilişkin deneyimlerini yeniden anlamlandırarak bilişsel, duygusal ve davranışsal tutarlılık ve bütünlüğün yeniden kazandırılması için ortam ve fırsat sağlar.

5.4.ÇOCUKLAR VE ERGENLERDE TRAVMATİK YAŞANTILAR VE BAŞETME

Gülşen Erden, Hakan Erman ve Nedret Öztan

5.4.1. GİRİŞ

Doğal bir afetin yaşanması sırasında ya da sonrasında her çocuk ve genç kendisinin ya da yakınlarının hayatta kalma mücadelesine, yakın ya da uzak çevrede ölümlere, hatta en yakınlarının kaybına tanık olmaktadır. Birçok çocuk ve genç, doğal afetler sırasında güvendikleri, alıştıkları ve sevdikleri ne varsa ayaklarının altından kaydığını hissetmiştir. Oysaki güvenli yetişkinler olabilmeleri için çocuklar ve gençler evlerinde, okullarında, işyerlerinde, ülkelerinde, dünyaya ve yetişkinlere güven duyarak güven içinde olduklarına inanarak büyümek ve olgunlaşmak gereksinimi duyarlar. Çocuk ve gençlerin normal koşullarda sağlıklı ve güvenli olarak büyüüp gelişebilmeleri için onlara bakım veren kişilerin tutum ve davranışları ile çocuk ve gençlerin sosyalleşmeleri, olgunlaşmaları, dayanıklı ve üretken olabilmeleri arasında yadsınamaz bir ilişki vardır. Doğal afetler ya da insan eliyle ortaya çıkarılan felaketler, çocuklar ve ergenler için onları, evlerinden ailelerinden ayıran, yurtlarda, kamplarda ya da sokaklarda yaşamaya sürükleyen ve belirsizlik içinde bırakarak yüksek risk yaratan durumlardandır (Ajducović, 1998). Birçok ülkede, sel, deprem gibi doğal afetler, iç savaş, terör eylemleri, ülkelerin karşılıklı çatışmaları gibi silahlı çatışmalar ya da şiddet, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar gibi olaylar sıklıkla görülmektedir. Bugün milyonlarca çocuk ve ergen doğal afetler nedeniyle açlık, eğitimsizlik, yoksulluk ve yoksunluklarla karşı karşıyadır ya da savaş kurbanıdır(Dyregrov, Gjestad ve Raundalen, 2002). Giderek çocuklar ve ergenler kurban olarak, daha fazla hedef haline gelmektedir.

Okullarında, evlerinde, hastanelerde deprem- heyelan-sel gibi doğal afetlere uğramakta ya da bombalanmaktadırlar. Yüz binlerce çocuk ve ergen kamplarda, hatta ailelerinden ayrı, kimlik kartları olmadan yalnız ve çaresiz yaşamaktadırlar. Kendi ülkelerinde ya da sığınabildikleri yerlerde, doğal afetler ya da savaş yüzünden sürekli travmaya uğrarken, hastalıklara, tehlikelere, eğitimsizliğe, cinsel ya da diğer istismarlara karşı da savunmasız kalmaktadırlar (Ajducović, 1998; Barenbaum, Ruchkin, ve Schwab-Stone, 2004).

Tüm bu yaşantılar, çocukların ve ergenlerin yaşamlarını altüst ederek, belirsizlik, tehlike ve sevdiklerini kaybetme duygusu ile karşı karşıya bırakır (Barenbaum, Ruchkin, ve Schwab-Stone, 2004; Cantenbury, ve Yule, 1999). Travmatik olaylar, kişinin kendine ve çevresine olan güvenini sarsar. Psikolojik, fiziksel ve sosyal bütünlüğünü bozar. Travmatik olaylar sadece o zaman diliminde değil gelecekte de çocukların ve gençlerin ruh sağlığını ciddi bir biçimde bozar (Cantenbury, ve Yule, 1999; Kar, 2009). Doğal afetler sırasında ya da sonrasında yapılan değerlendirmelerde çocuk ve gençlerin çok korktukları, acı çektikleri, karmaşık duygu ve davranışları bir arada yaşadıkları, umutsuzluğa ve çaresizliğe kapıldıkları gözlenmiştir. Benzer bulgular diğer travmatik yaşantılarda da bildirilmiştir (Pynoos ve ark.1987).

Travmatik bir olay "herhangi bir kişi için, aşın derecede örseleyici veya başa çıkması zor olan, kişinin varlığını tehdit eden, hatta öleceğini düşündürebilen, normal yaşamın dışındaki herhangi bir olay" olarak tanımlanır. Şiddetli bir deprem, travmatik olayın tipik bir örneğidir ve depremi yaşayan herkes bu olayın ne kadar korkutucu olduğu hakkında bir fikir sahibidir. Çocuklar açısından bakıldığında, normal zamanlarda da trafik kazası geçirmek, bir kazaya tanık olmak, tacize uğramak, bir yakının ölümünü görmek, yaralanmak veya yaşamı tehdit eden başka bir olaya maruz kalmak gibi olaylar travmatik olaylar olarak nitelendirilebilir.

Bu bağlamda travmatik olayların;

- Çocuk ve gençlerin alışageldiği düzenini bozduğunu, inanç sistemlerini sarstığını,

- Bugüne olduğu kadar geleceğe ilişkin korkuların ve endişelerin oluşmasına neden olduğunu,
- Yeterlik duygusunun zedelediğini, kendilik değerlerinin, öz saygı ve güvenin sarsılmasına, suçluluk duymalarına,
- Yoğun üzüntü, güçsüzlük ve kontrol kaybı yaşamalarına neden olduğu görülmektedir.

Bu bilgiler göz ardı edilmeksizin, ruh sağlığı alanında çalışan her uzmanın, yaşanan travmaların boyutları ve süresi kadar bireysel ve gelişimsel özelliklerin de farkında olarak çocuk ve gençlerin sağlıklı ve güvende yaşama haklarını korumaya ilişkin bilinç ve farkındalıkla hareket etmesi gerekmektedir.

Travma Sonrasında Çocuk ve Gençlerde Gözlenen Belirtiler

Akut ve sürekli travma nedeniyle çocuk ve ergenlerin normal gelişimsel süreci engellenmekte ve kesintiye uğramaktadır. Bir çocuk toplumunda travma/travmalarla karşılaştığında güvenli, şefkatli ve istekli olarak bakım veren bir yetişkine her zamankinden daha çok gereksinim duyar. Ancak bir travmatik yaşantının hemen sonrasında travma ortamı henüz normale dönememişken çocuk ve gençler gereksinimlerini yeterince elde edemezler. Bu süreç içindeyken zihinleri korkutucu ve kötü imgelerle dolar ve karışır. Bazen bu durum onların içe çekilmesine, pasifleşmelerine ve sosyal yalıtıma neden olur (Dyregrov, 2000). Bazen de çocuk ve ergenlerin kendilerini koruma ve yaşamaları adına aktif saldırganlığa döner.

Doğal afetler, kaza, ölüm gibi travmatik olayların ardından çocuklarda yaygın olarak görülen iki grup tepki vardır. Bunlardan birincisi, doğrudan doğruya travmaya maruz kalmaktan kaynaklanır ve çocukların kendilerini tehlikede hissetmeleri, dramatik olaylara tanık olmaları gibi yaşantılar içerir (Dyregrov, Gupta, Gjestad, ve Mukanoheli, 2000). Bu tip yaşantılar travma tepkileri dediğimiz tepkileri ortaya çıkarırlar. Tamamen normal kabul edilmekle birlikte, bu tepkiler bireyler için çok şiddetli ve korkutucu olabilirler. Yetişkinler gibi çocuklar da travma tepkileri gösterebilirler. Bu tepkiler travma sonrasında koşulların düzelmesine bağlı olarak zamanla azalır, ancak bazı çocuklar uzun bir süre bu tepkileri vermeye devam edebilirler.

İkinci grup tepkiler ise travma sırasında ve sonrasında oluşan anne-baba, diğer aile üyeleri, arkadaş ve yakınların kaybedilmesiyle ve ev, ailenin malvarlığı gibi diğer kayıplarla bağlantılıdır. Kayıplarla sonuçlanan travmatik yaşantıdan sonra şiddetli üzüntü tepkileri

hissetmek normaldir, bazı çocuklarda bu tepkiler epey uzun sürebilir ve hatta depresif tipte bazı tepkilere de yol açabilir(Dyregrov, Gupta, Gjestad, ve Mukanoheli, 2000)..

Travma Sonrasında Çocuklarda ve Gençlerde Gözlenen Duygular

Çocuk ve gençleri, değişen düzenleri ve alışkın oldukları şeyleri yapamama beraberinde evinden, okulundan, sokağından uzaklaşmış olmanın sıkıntıları giderek daha çaresiz, güçsüz ve güvensiz hale getirir. Böylece kayıplara, ölüm ve yıkıma yönelik olarak duyulan üzüntü ve suçluluk duyguları yoğunlaşır. Yakın bir aile üyesinin, akrabanın, arkadaş ya da öğretmenin kaybı söz konusu ise, üzüntü ve yas daha da kaçınılmazdır. Bu duygular ölen kişinin yakınlık derecesi söz konusu olmaksızın hissedilir ve uzun süre devam edebilir (Newman,1976).

Hiçbir neden olmasa da kendini suçlama, sık rastlanan duygulardandır. Sıklıkla "bunu (olayı) önlemek için bir şeyler yapmalıydım" düşüncesi gözlenir. Aynı zamanda diğerlerinin öldüğü bir durumda kurtulmayı başaran çocuk ya da genç de bu durum için kendini suçlayabilir.

Öfke ve huzursuzluk da travma sonrasında görülen olağan tepkilerdendir. Öfke, olayda etkinliğini göstermek durumunda olan ya da eksikliği gözlenen sorumlulara yönelebileceği gibi kimseye yöneltilememiş yoğun öfkeler de yaşanabilir. Çoğu zaman da bu öfke en yakındaki yetişkinlere (anne, baba vb.) yansıtılabilir.

Anlaşılmama duygusu yine çocuk ve gençlerin zorlu bir yaşam olayı sonrasında sıklıkla yaşadıkları bir başka duygudur. Travmatik olay veya kayıptan sonraki ilk dönemde çocuklar ve özellikle gençler, aile bireyleri ve arkadaşlarının kendilerini anlamadıklarını düşünürler. Gerginlik, sinirlilik ve kişiliğin ayrışması da yaşanan duygular arasında yer alır. Çocuk ve gencin neredeyse tüm dünyaya güvenini sarsan zorlu bir olay sonrasında yaşadığı gerginlik ve sıkıntı onu kabına sığamayan bir hale getirir. Yetişkinler bir yandan yaşadıkları ile baş ederken öte yandan yaşamlarını düzene koymak, sorumluluklarını yerine getirmek gibi ödevlerinin arasında çocuk ve gençleri sakinleştirmek ve huzura kavuşturmak da olduğunu görürler. Bu noktada travma yaşantısının ardından ortaya çıkan psikososyal etkileri anımsamak, travmaya maruz kalan bireylere yardımda önemli hale gelmektedir.

Travmanın psikososyal etkileri:

- Yer ve düzen değişiklikleri,
- Yaralanma ve ölümle ortaya çıkan kayıplar,
- Ev, iş ve okul kaybı,

- Komşuluk ve arkadaşlık kaybı,
- Maddi kayıplar,
- Alışkanlıkların kaybı,
- Okulda performans kaybı ve başarısızlık.

Doğal afetler ve savaşlar sırasında yaşanan travmanın etkisi, en fazla olayın yaşandığı yerleşim yerlerinde yaşayan aileler tarafından hissedilir. Bunu yakın arkadaşlar ve komşular, kıl payı kurtulanlar, komşu ülkeler izler. Ancak günümüzde bu etkiyi yaygınlaştıran, süreci uzatan görsel basın faktörü, özellikle çocuk ve ergenler için travmanın etkileri bakımından göz ardı edilmemesi gereken bir başka faktördür.

5.4.2 AFET SONRASI TEPKİLERİN DERECESİNİ ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Çocuklar zihinsel, duygusal, ve sosyal olarak gelişmekte oldukları için travmayla başa çıkmada yetişkinlere oranla daha az iç desteğe sahiptirler. Ayrıca, gelişme süreci gelişmeyi ketleyici faktörlere oldukça duyarlıdır. Deprem, sel, yangın, ölüm gibi travmatik yaşantılar sonucunda ortaya çıkan TSS tepkileri çocukların gelişimini engelleyebilir ve ilerde, sosyal, akademik ve duygusal yaşamlarında bazı sorunlara yol açabilir(Dyregrov, Gupta, Gjestad, ve Mukanoheli, 2000). Ancak travmatik yaşantılara karşı verilen duygusal tepkilerde önemli bireysel ayrılıklar olduğu da bilinmektedir. Bu bireysel ayrılıklar çocukların yetiştirilme biçimlerine, anne-baba tutumlarına, içinde yaşadıkları kültürün hatta belli bir bölgenin kültürel özelliklerine ve daha pek çok faktöre bağlı olarak çeşitlenebilmektedir.

Çocuklarda bu bireysel ayrılıklara, bir de içinde bulunulan gelişim döneminden kaynaklanan bazı farklılıkların da eklenmesiyle durum daha da karışık olabilmektedir(Carr, 1999). Dolayısıyla çocuklar travmatik olaylardan şöyle ya da böyle etkilenirler diyebilmek için her çocuğun gelişim özellikleri yanısıra kişilik ve kültürel özelliklerinin, yani yetiştirildikleri kültürün de bilinmesi gerekmektedir. Durum bu denli karmaşık olunca her çocuğun bireysel olarak ele alınması, örseleyici olaydan önce bu gibi olaylarla başa çıkma için gerekli fırsatları veren çevresel şartların var olup olmadığının değerlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda değişik yaştaki çocuklarda görülebilecek olan bu tepkilerin görülme sıklığı konusunda %32–92 arasında değişen oranlar rapor edilmiştir. Ancak bu belirtilerin hiçbir psikolojik destek verilmeksizin şartların düzelmesine bağlı olarak ilk bir kaç ay içinde kendiliğinden ortadan kalktığı da belirtilmiştir.

1. Tanık olunan olayın derecesi

Olay anında çocuk/ergen neredeydi, kiminleydi ve neler yaşadı? Olayı kontrol etme gücü var mıydı? Yaşadığı tehditler nelerdi ve olay anında kimleri kaybetti? Yaşadığı dehşetin boyutları ne idi? Hangi beklentileri yok oldu? Bu soruların yanıtları o çocuğun ya da gencin ne kadar etkilendiğini de gösterecektir.

2. Hazırlıksız olmak

Önceden ne olacağını bilmiyor olmak ve böyle bir duruma hazırlıksız olmak. Yapabildiğinden fazlasını yapamayacak olmak.

3. Başa çıkma tarzı, ego gücü

Çocuk ve ergenin önceki yaşamında kullandığı başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemleri gerektiğinde yeni durumlara genelleme yetisi (Erol, ve Öner, 1999).

4. Önceki kaynaklar ve tutarlı kullanımları

Arkadaş ilişkileri ve aile desteği, yakın sosyal çevre desteği, sportif etkinlikler (yürüyüş, koşu, yüzme, futbol, jimnastik vs.)

5. Afetle karşı karşıya gelme ölçütleri**A. Yakınlık;**

a.Fiziksel yakınlık: Çocuk/ergen afet ortamına ne kadar yakınsa etki o kadar fazla olur.

b.Psikolojik yakınlık: Çocuğun/ergenin duygusal bağ kurduğu kişi ya da nesnelerin kaybı çocuğun olaydan etkilenmesini artırır.

B. Süre,

Çocuk ve ergenin travmatik durumlarla karşı karşıya gelme süresi

6. Çocuğun/ ergenin yaşamındaki stres deneyimleri

Daha öncesinde travmatik yaşantısının olup olmaması

7. Sosyal desteğin derecesi

Olaydan hemen sonra çocuk ve gence ya da ailesine ulaşan sosyal destek var mı? Çocuk ve genç bu yardıma ne kadar açık?

Sistemin desteği, devlet, yerel ve sivil yönetimlerin desteği

Çocuğun/gencin ailesinin yardımcı olma ve destek sağlama derecesi ile çocuğun/gencin sevdiği ile iletişim kurmaya açık olması

8. Travmatik olaydan sonra ortaya çıkan fizyolojik sorunların niteliği ve süresi

9. Çocuğun yaşı ve cinsiyeti(yaşı küçük olanların ve kız çocuklarının daha çabuk etkilenmesi)

10. Anne babanın etkilenme düzeyi, tepkilerinin türü ve derecesi

Çocuklar anne-babanın ne kadar etkilendiğine ve bu etkiye tepkilerini ne kadar açık gösterdiklerine bağlı olarak travmadan daha çok etkilenirler.

5.4.3. ÇOCUKLARDA GELİŞİM DÖNEMLERİ VE TRAVMA TEPKİLERİ

Travma sonrası stres tepkileri çocuklarda yetişkinlerde olduğundan biraz daha farklı biçimde ortaya çıkabilir. Çocukların yaşı büyüdükçe TSSB belirtileri erişkine benzer.

Ayrıca, farklı yaş ve farklı gelişim dönemlerindeki çocuklar farklı travma tepkileri gösterebilirler (Green, Korol, Grace ve ark. 1991).

Travmatik Yaşantının Çocuk ve Gençlerin Gelişim Evrelerine Göre Etkileri

Çocuklar hangi yaşta olurlarsa olsunlar çevrelerinde yaşananları ve yaşadıklarını algılamaktadırlar. Anne karnındaki bebeğin sesleri algılayabildiği, ayırt edebildiği, annesinin fiziksel ve bedensel sağlığı kadar ruhsal durumundan da etkilendiği bilinmektedir. Dünyaya geldiklerinde de işitme, görme, tatma, dokunma duyarları bebeklerin dünyayı tanıma anlama ve anlamlandırmalarında etkin olarak işlev görmektedir. Ayrıca bebeklerin seçici bir şekilde kendilerine bakım veren kişilerin duygularını da algılayabildikleri bilinmektedir. Bebekler için travmatik olabilecek her tür yaşantıda, (doğal afet, kaza, savaş ve benzeri) kendisine bakım veren kişilerin alışageldiği tutum ve davranışlarında ciddi değişimler ortaya çıkabilir (Barenbaum, Ruchkin, ve Schwab-Stone, 2004). Ayrıca bebek ve çocukların kendilerinin de canları yanabilir, yaralanabilir, kendisine bakım veren kişiyi kaybedebilirler. Bu koşullar

altında günlük rutinlerinde ve çevrelerinde değişiklik ve karmaşa yaşayan bebekler ve çocuklar etkilendiklerini, daha fazla huzursuzlaşarak, ağlayıp mızıldanarak, uyku ve yeme düzenleri bozularak gösterirler (Coates,ve Schechter, 2004). Zorlu yaşam olayları sürecinde bebeklerin ve çocukların bu olumsuz algılarını en kısa sürede değiştirmek için, ona temel bakım verecek kişi ya da kişilerin kendi bakımlarını ve yaşantılarını olabildiğince çabuk düzenleyerek bebeklerin ve çocukların tepkilerine duyarlı ve onların gereksinimlerini doyurucu hale dönmeleri gerekmektedir. Anne çocuk ya da bakım veren kişi ile çocuğun ilişkisinin çocuğun uyku, beslenme davranışlarının düzenlenmesinde, çocuğun yatışıp sakinleşmesi ya da aşırı uyarılmasındaki önemi bilinmektedir. Özetle koşullar ne denli zorlayıcı olursa olsun duruma müdahale eden uzmanların, anne baba ya da çocuğa bakım verebilecek yakınların yaşamlarını olabildiğince çabuk normale döndürmelerinde yardımcı olmalıdırlar. Çünkü bebekler ve tüm çocuklar alıştıkları normal düzene, onları rahatlatan sevecen, ilgili ve duyarlı bakıma zorlu koşullarda daha çok gereksinim duyar ve ararlar. Bu düzenli bakım onların yaralarını çabuk ve en az zararla sarmalarına yardımcı olur. Eğer bir bebek ya da çocuk en yakınlarını kaybetmek gibi bir travma ile karşılaştıysa kendisine sürekli bakım veren, annelik edecek bir yetişkine gereksinim duyar. Bebeğe ya da çocuğa bakabilecek bu kişi olabildiğince onun en yakını ve gelecekteki ebeveyni olmalıdır. Travmatik yaşantıların ardından bebeklerin ya da çocukların gelişimini destekleyecek bakımı verirken yararlanılabilecek ipuçları aşağıda anlatılmıştır.

0-3 Yaş: Normal Gelişim Özellikleri

Bu dönem bebek ve anne etkileşiminin çok yoğun olduğu dönemdir. Bu dönemde bebeğin, temel gereksinimlerinin karşılanması için ait olduğu ortam ve kişilerin değişmezliklerine gereksinimi vardır. Temel güven duygusu bu dönemde kazanılır. Temel güven duygusu sürekli bakım veren anneye yönelik olarak kazanılır. Bebek için annenin sıcak, sevecen, kollayan tutumu ile onun isteklerini (gereksinimlerini) anlayıp, bu isteklere zamanında ve yeterince doyum veren tepkileri önemlidir. Özetle annenin yakınlığı ve duyarlılığı, bebeğin temel güven duygusunu kazanmasında önemli rol oynar.

Bebekler de tıpkı küçük çocuklar ve yetişkinler gibi travmatik olaylardan etkilenirler. Travmatik yaşantılardan etkilendiklerini huzursuzluk göstererek, ağlayarak, uykularındaki düzensizlikler, iştahsızlıklar ve anneden ayrılmaya daha fazla tepki göstermeyle belli ederler (Almqvist ve Brandell-Forsberg, 1997).

0 – 3 yaş arası: Bebekler ve yeni yürümeye başlayan çocuklarda TSS tepkileri

- Kolay şaşırma, kaygılı görünme.
- Yatak ıslatma, konuşma problemleri gibi gerileme davranışları.
- Ana-babaya yapışma ve onlardan ayrılmama.
- Uyku sorunları ve kâbuslar.
- Çevreyle ilişkilerde tutukluk ve ürkeklik.
- Kontrol edilemeyen saldırganlık.
- Travmayla ilgili tekrarlanan oyunlar

4–6 yaş: Normal gelişim özellikleri

Hızlı öğrenme ve oyun çağı olan bu dönemde, çocuklar bağımsızlığa doğru adımlar atarken ailelerinin kendilerini her tür tehlikeye karşı koruyan ve gözeten yetkin kişiler olduklarına inanırlar. Buldukları ortamlar, evleri, güvenlidir, onları her türlü tehlikelere karşı korur, sayılısı ile düşünürler. Yaşamı, oyunları ile keşfederler. Sorunlarını da oyun yolu ile dışa vururlar. Duygusal gelişimlerini bu oyunlar destekler. İçlerindeki gücü ve baş etme yollarını da bulmaları oyunların aracılığı ile olur.

Genel olarak doğal afetler korku, şaşkınlık ve güvensizlik yaratır. Çocuklar, travmayı bizzat yaşamış ya da görsel basın ve çevre aracılığı ile izlemiş olabilirler. Her iki durumda da travmaya bağlı tepkiler verebilirler. Bu tepkilerin ortaya çıkış süresi ne kadar süreceği ve yoğunluğu çocuktan çocuğa değişir. Hemen her çocuk ve gençte yaşamı tehdit eden bir olaydan sonra vücudun kendini yeniden dengelemesini sağlayan otonom sinir sisteminin aktivitesi sonucunda fiziksel tepkiler de (tek bir belirti ya da çoklu belirtiler) görülür. Yeme ve uyku düzeninde bozulma, yatak ıslatma, bağırsak kontrolünü kaybetme, karanlıktan korkma, dikkatsizlik, az ya da fazla hareketlilik, seslere duyarlılık, fiziksel bir nedeni olmayan ağrı ve acılar, bunlara örnektir.

Bu dönemde çocuklarda gözlenebilecek tepkiler arasında;

- Yaşam koşullarındaki değişime uyum güçlüğü,
- Kayıp durumlarında güvensizlik ve suçluluk,

- Canavarlardan, karanlıktan korkma- gerçekçi olmayan korkular,
- Afetle ilgili abartılı öyküler, sürekli afetle ilgili sorular sorma ve konuşma,
- Şiddet ya da travmayı içeren oyunlar,
- Saldırganlık ya da içe kapanma,
- Daha önceki bir gelişim evresine geri dönme, -bebeksi konuşma, yeniden bezlenme, vs.
- Kabuslar ve gece korkuları
- Konuşma bozuklukları yer alır.

4- 6 Yaş : Okul öncesi çocuklarda TSS tepkileri

- Yatak ıslatma, parmak emme, ani heyecanlanma, ana-babaya yapışma, tik, uyku sorunları.
- Kaçınma davranışı ve içe kapanma.
- Genel bir kaygı hali, hayvanlardan ve yabancılardan korkma. Tekrarlanan oyun ve ritüeller (belirli davranışları saplantılı bir şekilde tekrarlama)
- Kendi hayal ettikleri şeylerle (örneğin, kendilerine ait saldırgan fantazilerle) gerçek olanları karıştırma. Bu yaş grubundaki çocuklar kötü olayların kendi kötü düşüncelerinden kaynaklandığını düşünüp üzülebilirler. Bu tip bir hayalci düşünce zihinsel bulanıklık, utanç, kaygı ve dünyayla ilgili yanlış yorumlar yapmaya yol açabilir.

7-12 yaş: Normal Gelişim Özellikleri

Özellikle 6-7 yaşlar çocukların çok soru sordukları, kısa yalın ve doğru yanıtlar bekledikleri dönemdir. Hayal güçlerini kullanmayı, şaka ve komiklik içeren oyunlar oynamayı sever, yaratıcı fikirler üretirler. Henüz uzun süreli dikkat yoğunlaştırmayı başaramasalar da, akılları daha çok oyunda kalsa da okuma, yazma ve aritmetik becerilerini geliştirmeye isteklidirler. 9-10 yaşa doğru bilimsel düşünce ve bilimsel konulara ilgi artar. Oyunlarda bilimsel temalar görülür. Düşünceler daha mantıklı ve sıralıdır. Kurallar ve düzenlemeler, programlar gereklilikleri ile anlaşılmaya ve uygulanmaya başlar. Ahlak ve sosyal kurallar anlaşılmaya ve incelenmeye başlar. Başarıya ilişkin kaygılar ortaya çıkar. Bu çağda günlük yaşam için gerekli

kavramlar ve kurallar gelişirken, ahlaki ve vicdani değerler de gelişir. Ancak halen somut düşünce hâkimdir.

Çocuklukla yetişkinlik arasında kalan bu yaşlarda olgun ilişkiler kurabilme, dinlenme ve kabul görme, duygusal ve sosyal bağımsızlık göstergeleri, görev ve sorumluluklara yönelik farkındalık artışı ve sorumluluk üstlenebilme, ben merkezli düşünme ve davranışlar ortaya çıkar. Yaşıt ilişkileri çok önem kazanmıştır. Bu dönem kimliğini bulma ve ortaya koyma evresidir. Duyarlılık ve alınganlıkta artış, aynı zamanda da karşıt davranışlar sergileme, yapıp bozma, isteyip vazgeçme, ani duygu değişimleri ve kendini atak biçimde ortaya koymalar gözlenir.

Bu dönemde çocuklarda yaşanan travma sonrasında gözlenebilecek çeşitli tepkiler şunlardır:

-Korku ve kaygılar;

Kendilerine, ailelerine ve arkadaşlarına yönelmiş gerçek tehlikelerden korkarlar. Alınmış bir hediye, bir oyuncak, sevdiği bir giysi ya da daha fazlası gibi kazanılmış birçok şeyin kaybı yaşanmıştır. Oysa bunların çocuklar için özel anlamları ve önemi vardır. Bu yaş çocuklarının travmatik yaşantı sonrasında çevrenin bozulmasına ilişkin de korkular yaşadıkları görülür. Ayrıca bir önceki yaş dönemine ilişkin korkular da ortaya çıkabilir (hayali şeylerden korkma vb.). Travmatik olayla ilişkilendirilebilecek herhangi bir olay da -anımsatıcı- çocukların korkularını yeniden alevlendirir (Newman, 1976).

-Yatak ıslatma, yalnız yatamama ve kâbuslar,

Okul öncesi grupta olduğu gibi, önceki yaşlara ait davranışlara gerileme görülebilir.

- Huzursuzluk, huysuzluk, inatlaşma, depresyon, baş ağrısı, görsel ya da işitsel sorunlar,

- Okula gitmeyi reddetme ya da okulda davranış sorunları gösterme,

- Dikkatlerini toplama ve yoğunlaştırmada güçlük gözlenir.

- Aileyi kaybetme korkusu,

- Kendi bedenleri ve dokunulmazlıklarına ilişkin kaygılar, bağımsızlığa karşı tehdit,

- Bir arada olma baskısı- erken dönemlerdeki bağıllık ayrılık çatışmalarına ilişkin anıların canlanması gözlenebilir. Geri çekilme, yalnızlığa yönelme, fiziksel yakınmalar, baş ve karın

ağrıları gibi, neşe kaybı, depresyon, keder, gerginlik, özkıyım düşünceleri, antisosyal davranışlar, karşı çıkma, saldırganlık, başarısızlık, uyku sorunları, uykusuzluk, kâbuslar, gece terörü, konfüzyon vb. belirtiler ortaya çıkabilir.

7 - 12 yaş: Okul çağındaki çocuklarda TSS tepkileri

- Okul öncesi dönemdeki davranışlara gerileme ve buna bağlı akranları tarafından reddedilme ile yeterlik ve özerklik duygularının ortaya çıkmasının engellenmesi,
- Okula gitmek istememe ve okul başarısının düşmesi
- Tekrarlanan oyunlar, saldırganlık, çok konuşma
- Erkek çocuklarda özellikle silahlara, savaş oyunlarına vb.'ye ilgi gösterme.
- Kâbuslar, uyku sorunları, vücutta ağrılar, ayrılık kaygısı,
- Dikkat ve konuşma sorunları, isyankâr davranışlar,
- Doğal olaylardan (yağmur ve rüzgâr gibi) korkma

13–18 Yaş: Ergenlik Dönemi Gelişim Özellikleri

Ergenlik travmatik bir yaşantı olmadan da yaşamın zor ve çalkantılı bir dönemidir. Genç bir yandan bedensel değişimleri yaşarken bir yandan da sosyal değişimlere uyum sağlaması ve kişilik gelişiminde (kim oldukları, yaşamdaki hedefleri, yapabildikleri ve sınırlılıkları ve toplumdaki rolleri gibi önemli konularda) önemli adımlar atması gerekmektedir. Bütün bunları yaparken de ebeveynlerinin ve toplumdaki diğer rol modellerinin (öğretmen gibi) yardımına gereksinim duyacaktır. Ev ve okul yaşamlarında karşılıklı güven, devamlılık ve yapılandırma önemlidir (Berger, Pat-Horenczyk, ve Gelkopf, 2007).

Doğal afetler gibi travmatik olaylar sonucunda ergenler aile üyelerini kaybedip, yakınlarından uzağa düşebilirler ya da toplumdan kopabilirler. Ayrıca yaşamlarındaki alışageldikleri yapılanmışlık, güven ve devamlılık ortadan kalkmıştır. Bu durum ergenlerin travma ile başa çıkmasını daha da zorlaştırır.

13- 18 Yaş: Ergenlerde TSS tepkileri

Ergenlerde yaşanan travma sonrasında gözlenebilecek çeşitli tepkiler şunlardır:

Aşırı üzüntü, hareketsizlik

Dalgınlık, yoğunlaşamama

Heyecan ve yerinde duramama

Sürekli değişen ruh hali

Baş ve karın ağrıları

Sinirlilik

İlişki kuramama içe kapanma ve bağımlılık

Halüsinasyonlar

İntihar girişimleri yer alır.

Ayrıca,

- Dünya ve kendi gelecekleri hakkında olumsuz tutumlar.
- Kendi korkulan ve travmaya verdikleri tepkilerle ilgili endişe; özellikle kendilerini suçlu ve çaresiz hissetme gibi tepkilerinin anormal olup olmadığını merak etme.
- Risk-alma veya duygularını davranışlarla dışa vurma davranışları (örneğin okuldan kaçma, rastgele cinsel birliktelik, madde kullanımı).
- İştah ve uyku sorunları, günlük etkinliklere karşı ilgi kaybı, okul sorunları.
- Travmatik yaşantıdan sonra almak zorunda kaldıkları sorumluluklar nedeniyle yetişkinliğe erken girme.
- Anne-babalarla çatışma ve tartışmaların artması.

TSSB Seyri ve Görülme Sıklığı (Epidemiyolojisi):

TSSB ya da Akut Stres Bozukluğu için yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığa ilişkin farklı rakamlar bildirilmektedir. Bu bilgiler yaşam boyu TSSB gözlenme yaygınlığının %1 ile %14 gibi geniş bir aralıkta olduğuna işaret etmektedir (Davidson,1993). Yaşam boyu görülme sıklığı genel nüfus için %1-14 arasında değişirken, risk altındaki çocuklar ile yapılan çalışmalarda %3 ila 100 arasında değişen oranlardan söz edilmektedir (Kar, ve Bastia,2006).

Özellikle doğal afetler sonrasında post travmatik stres tepkileri yüksek oranlara ulaşmakta ve belirli süreler için bu oranlarda kalmaktadır. Çocuklara yönelik müdahalelere bağlı olarak bu oranlar durumsal değişimler göstermektedir. Görülme sıklığının araştırmalarda bu denli değişim göstermesinin PTSS'nin ortaya çıkmasını etkileyen faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu faktörler afetin doğası, süresi, destek mekanizmaları, yaş ve benzeri faktörler olarak sayılabilir. Ayrıca yetişkinlere yönelik tanı ölçütleri çocuklar üzerinde yeterince hassas olmayabilir.

TSSB belirtilerinin seyrine bakıldığında, birçok belirtinin zorlayıcı olayı izleyen günlerde ya da haftalarda görülmektedir. En sıklıkla ilk üç ay içinde ortaya çıktığı bilinmektedir. Daha seyrek olarak aylar hatta yıllar sonra belirti çıkartan kişiler de olabilir. Zaman içinde belirtiler hafifleyip şiddetlenebilir. Olayın yıl dönümlerinde belirtiler ortaya çıkabilir. Özellikle zamanında uygun psikososyal destek almamış bireylerde belirtilerin süreğenlik kazanabileceği unutulmamalıdır. Süreğen belirtilerin sağaltımı daha uzun süreli ve zor olacağı için, belirtiler süreğenlik kazanmadan önce uygun girişimin yapılması çok önemlidir.

Travma sonrası stres bozukluğunun süreğenlik kazandığı durumlarda depresyon belirtileri de sıklıkla tabloya eklenir. Çocuk ve ergende ilgisizlik, isteksizlik, kendini değersiz hissetme, ders başarısında düşme, arkadaş ilişkilerinde bozulma, sinirlilik, uyku ve iştah bozuklukları görülür. Bu durum çocuğun hem ruhsal hem de fiziksel gelişimini sekteye uğratar. Bu nedenle en kısa sürede tanı konulması ve uygun biçimde tedavisi gereklidir.

Çocuk ve Ergenlerde TSSB Değerlendirilmesi

Aileler ve öğretmenler, çocukların yaşamış oldukları örseleyici olayı yansıtan farklı davranışlar gösterdiklerini evde ve okulda kolayca gözleyebilirler. Çocukların çoğunda bu tepkiler zamanla azalır, ancak bazı çocuklar afetten sonra altı ay gibi uzunca bir süre geçmesine rağmen bu tepkilerden bazılarını göstermeye devam edebilirler. Çocuklarda etkilenmeyi ve derecesini belirlemek amacıyla kullanılacak ölçeklerin listesi aşağıda verilmiştir.

ÖLÇEK ADI	Türkçe çalışması	Zaman	GELİŞTİRENLER	MADDE SAYISI	TARİH
Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği	Erden ve arkadaşları	1999	Pynoos ve arkadaşları	20	1987
Çocuk ve Gençler için Klinikyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği(TSSB-ÖÇE)	I Karakaya, NÇ Memik, B Ağaoğlu, AT Aker, ŞG Şişmanlar, ÖY Öç, A Coşkun	2007	Nader ve arkadaşları	36	1996
Çocukluk Örselenme yaşantıları ölçeği	SH Aslan, ZN Alparlan	1999	Bernstein ve arkadaşları	40	1994
Çocukluk Örselenme yaşantıları ölçeği	SH Aslan, ZN Alparlan	1999	Bernstein ve arkadaşları	40	1994
Okul Çağı Çocuklar için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu şekli(ÇDŞG-ŞY) Travma Sonrası Stres Bozukluğu Eki	Gökler ve arkadaşları	2004	Kaufman ve arkadaşları	Yarı yapılandırılmış	1997

5.4.4. RUHSAL TRAVMAYA UĞRAMIŞ BİR ÇOCUĞA NASIL YAKLAŞMAK GEREKİR?

Çocuklarda ruhsal dengenin yeniden kazanılması, sağlıklı ruhsal, zihinsel, sosyal ve hatta bedensel gelişmenin korunması bakımından çok acil ve önemlidir. Yetişkinler çoğunlukla, çocukları, başlarından geçen travmatik yaşantıları hakkında konuşmaya teşvik etmenin uygun olmadığını düşünür ya da çocukların olan biteni anlama kapasitelerini yetersiz buluyor olabilirler ve onları kendi hallerine bırakırlar. Hatta çocuktan gelen konuşma

gereksinimine ilişkin mesajı göremeyebilirler. Oysaki çocuklar, yaşamış oldukları acı ve kayıplardan kendilerini koruma gereksinimiyle böyle davranıyor olabilirler. Çocuklar genellikle acı veren yaşantılarıyla ilgili olarak kendilerini ifade edemeyebilir veya etmek istemeyebilirler. Ancak karşılarındaki kişinin kendileriyle ilgilendiğini ve onu dinleyip anlayabileceğini açık bir biçimde hissederseniz yaşantılarını paylaşmaya daha çok gönüllü olurlar.

Çocuklarla çalışmalarda temel ilkeler:

- Öncelikle, çocuğun içinde yaşadığı koşulların kısa sürede düzeltilmesi, barınma, beslenme, sağlık gibi temel gereksinimlerinin karşılanması için gerekli düzenlemelere yardım, işbirliği ve desteğin sağlanması (Psychological First Aid,2006),
- Çocuğun bu dönemde yakınları ya da kendisini seveceğine, bakım vereceğine ve koruyacağına güvendiği kimselerle birlikte olmasının sağlanması, özellikle anne veya babasını ya da her ikisini birden kaybeden çocuklara dikkat edilmelidir. Eğer travmatik olay sırasında çocuk ailesinden ayrı kalmışsa olabildiğince hızlı bir biçimde ailesiyle buluşturulmalıdır.
- Çocukların olay öncesi günlük yaşam biçimlerine en yakın koşullara olabildiğince çabuk kavuşturulmaları amacıyla eğitim, oyun, spor ve sanat olanaklarının sunulması,
- Çocukların konuşmama, sessiz kalma, içe kapanma durumlarının gözlenmesi ve nedenlerinin araştırılması gerekir.
- Çocuklar kendileri ve özel yaşantıları hakkında konuşmaya pek alışık olmamaları, daha önce, bu gibi konularda kendilerini ifade etmek için hiç cesaretlendirilmemiş olmaları, duygularını tanımlamakta zorlanmaları, travmatik olayı konuşmanın acı vermesi, yetişkinlerden çekinme, onlara güvenmeme, yetişkinlerin kendilerini anlamayacaklarını düşünme ya da yetişkinleri üzme ya da endişelendirmek istemediklerinden konuşmuyor olabilirler.
- Çocuklarla travmatik olay hakkında onların sarsılan güvenlerini onaracak biçimde konuşulması, sorularına yaşa uygun yanıtlar verilmesi konusunda aileye destek olunması,

- Kendisinin veya kendisi için önemli olan bir yakınının yaşamını tehdit eden bir olayı yaşayan her çocuğun güven duygusu ciddi boyutlarda sarsılır, kaygılanır ve korkar. Ancak, çocuğun bakımından sorumlu yetişkinler, belki biraz da kendi endişelerini bastırmak için çocuklarıyla travmatik olaylar hakkında pek de konuşmak istemezler; sanki o olay hiç olmamış ya da önemli değilmiş gibi davranırlar. Bu durum, çocukların olaylar hakkında kendi senaryolarını, kendi varsayımlarını üretmelerine neden olur. Ancak, çocuğun kendi kafasında kurguladığı durum belirsizlikler taşıdığı, tahminlere dayandığı için çocuğu çok rahatsız eder. Travmatik bir yaşantıdan sonra çocukla konuşmak, onun bu olayı zihninde şekillendirip belli anlamlar yükleme sürecini olumlu yönde etkiler (Banyard, Englund, ve Rozelle, 2001).

Örneğin, evi yanan bir çocuk düşünelim. Ailesi bu çocukla, olaydan sonra konuşmaz ve sadece yeni bir ev aramanın telaşına düşerse, çocuğun zihninde olayın gerçeklere uygun bir açıklaması olmayabilir. Annesinin, kendisinin yaramazlık yaptığı bir gün “Evi de başımıza yıktın” dediğini hatırlar ve evin yanması ile kendi davranışları arasında bir bağlantı olduğuna inanmaya başlayabilir. Belli bir süre sonra da evin yanmasının kendi suçu olduğunu düşünür. Öte yandan, anne-baba, olaydan sonra çocukla konuşup, yangının bir elektrik kontağı sonucu çıktığını, şu anda zor bir dönemden geçtiklerini, bir süre için büyükanneyle oturacaklarını ve en kısa zamanda yeni bir ev kiralayıp oraya taşınacaklarını anlattıklarında çocuk, kendini çok daha rahatlamış ve güvende hissedecektir.

Okul çağı çocuklarının başa çıkma mekanizmaları ve bunları kullanma biçimleri farklılık gösterir. Bilgi edinmeye çalışma, olumlu biçimde kendi kendine konuşma (ben cesur bir kızım, akıllıyım, deneyeceğim), dikkatin korku uyarısından başka yöne çevrilmesi, gevşeme egzersizleri ve düşünceleri durdurma gibi yöntemleri kullanan çocukların daha az endişe yaşadığı görülmüştür. Çocuklarda birincil ve ikincil başa çıkma modelleri vardır. Birincil baş etme modelinde, çocuk rahatsızlık veren uyarıyı doğrudan değiştirmeye çalışır (örneğin kaçar). İkincil baş etme modelinde ise rahatsızlık veren uyarının varlığı kabul edilir ve en az rahatsızlık hissedilecek davranış seçilmeye çalışılır. Birincil başa çıkma yöntemleri

genelde yetersiz kalır ve yaşın ilerlemesiyle paralel olarak ikincil başa çıkma yöntemlerinin kullanımını artırır.

Fiziksel çevre tamamen denetlenemez (örneğin, fırtına, deprem). Ancak, çocuklarda korku yaratacak diğer durumlar kontrol edilebilir. Örneğin, televizyon programları gibi. Çocuklardaki patolojik korkuların oluşumunda öğrenilen deneyimlerin de önemli rolü olduğu açıktır. Birinci derece korumayla yeni korkuların gelişimi engellenmeye, ikinci derece korumayla ise oluşan korkuların ilerlemesi engellenmeye çalışılır. Korkulara karşı kullanılan savunmalar çocuk için anlamları bilinirse azaltılabilir. Bu savunmalar koruyucu olarak görülüp ihtiyaç duyulmazsa ortadan kalkabilir. Anne babalar, çocuğun duygusal doğallığını kısıtlayan yoğun korku ve kaygıların nedenlerinin farkına vardıkça onu azaltmak için adımlar atabilirler.

Bireyler, çocuk, genç ve yetişkin hangi yaşta olursa olsun, bir afet ya da acılı yaşantı sonrasında deneyimlerini, yaşadıklarını sözcükler, davranışlar, duygu yoğunluğu ya da farklı tepkileri (sessizleşip susarak, ağlayarak, donakalarak ya da huzursuz, sıkıntılı, öfkeli davranışlarla dışa vururlar (Van der Kolk, 1987). Bireyin yaşadıklarını paylaşması, yazarak ifade etmesi, ya da ağlayarak, susarak, bağırıp çağırarak, kontrolsüz duygu iniş çıkışları göstererek ortaya koyması travmatik yaşantılar sonrasında yaşadığı duygu ve düşünceleri için çıkış yolu olmaktadır (Caffo,ve Belaise, 2003). Birey bu paylaşım ve aktarım yolu ile yaşadıklarını kabul edebilir, tepkilerini anlamlandırabilir, olanları kavrayıp, çıkış yollarını arama ve denemeye yönelebilir. Dışa vurumlar çoğu zaman acı verir. Fakat zaman içinde sıkıntıların azalmasına, bedenin direnç sisteminin daha iyi işlemesine, sağlığa ve yaşamı sürdürmeye ilişkin olumlu gelişmelerin ortaya çıktığı görülür. Bu nedenle, travmatik yaşantılar sonrasında birlikte acı deneyimler yaşamış insanların yaşadıklarını ilişkilendirmelerine, dışa vurmalarına, olaylar sırasında ve sonrasında katlanmak zorunda kaldıkları düşüncelerini, dışa vurmalarına ve fiziksel ve duygusal tepkilerini de anlatmalarına olanak verilmelidir. Çocuk/genç kendini ve yaşadıklarını ifade ederken en derin duygu ve düşüncelerini aktarabildiği sürece yararlı etkileri gözleyecektir. Bu süreçte çocukla/gençle yardım ekiplerinde yer alan işinin uzmanı donanımlı meslek elemanlarının görüşme yapması gerekir. Bu görüşme ya da görüşmeler ister bireysel yapılsın isterse de grupla yapılsın travmatik bir olay ya da yaşantıya ilişkin olarak bir çerçeve yapısı olmalıdır. Aynı zamanda

çocuk ve gençlerle çalışma konusunda deneyimli çocuk ve gençlerin gelişim evrelerini bilen uzmanlar tarafından yapılması gerekir. Travma sonrasında yapılan görüşmeler arasında psikolojik bilgilendirmeye yönelik görüşmeler önem kazanır.

Psikolojik bilgilendirme, bireylerin bir travmatik yaşantı sonrasında, izleyen olayları, yaşantıları, düşünceleri, izlenimleri ve tepkileri ayrıntılı bir şekilde gözden geçirmeleri için düzenlenen paylaşma ve normalleştirmeyi de içine alan bireysel ya da grupta yapılan görüşme biçimidir.

Amacı, travmatik yaşantılar sonrasında ortaya çıkabilecek istenmeyen etkilerin önlenmesi, normalleşmenin hızlanması, duygu ve tepkilerin anlamlandırılıp, fark edilmesi grupta kaynaşma ve yaşam bağlarının güçlenmesi ile yaşama sevincinin desteklenmesi ve korunmasıdır. Birincil önem taşıyan amaç ise, bireyin grupta yaşadığı paylaşımlar sırasında tepkilerinin normalleştirilmesidir. Görüşmelerde travmatik olay ve yaşantılar bilişsel düzeyde anlaşılması ve duygusal rahatlamanın desteklenmesi gerekmektedir.

Görüşme sırasında, çocuk ve gençlere deneyimleri hakkında konuşma fırsatı verilirken, yaşanan önemli kayıplara ilişkin düşünce ve tepkilerin de dışavurumu da sağlanır. Bu aşamada çocuk ve genç uygun tepkilerle rahatlatılırken, uygun baş etme becerileri buldurulmaya çalışılır.

Bilgilendirme sırasında,

-Çocuklar genellikle acı veren yaşantılarıyla ilgili olarak kendilerini ifade edemeyebilir veya etmek istemeyebilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır.

-Çocuklar karşısındaki kişinin kendileriyle içtenlikle ilgilendiğini ve onu dinleyip anlayabileceğini açık bir biçimde hissedersen yaşantılarını paylaşmaya daha çok gönüllü olacakları unutulmamalıdır.

-Yetişkinler çoğunlukla, çocukları, başlarından geçen travmatik yaşantıları hakkında konuşmaya teşvik etmenin uygun olmadığını düşünmekte ve onları kendi hallerine bırakmaktadırlar. Yetişkinlerin bu varsayımı her zaman doğru olmayabilir, hatta bazen bu durum, çocukların, yaşamış oldukları acı ve kayıplardan kendilerini koruma ihtiyaçlarına

dayanıyor olabilir. Bazı yetişkinler de çocukların olan biteni anlama kapasitelerini yetersiz buluyor olabilirler.

Çocuk ve gençlere ilişkin bu bölümün devamında, travma sonrası durumların ayrıntılı olarak ele alınmasında gereken detaylı bilgiler verilecektir (Bebeklerin (0-3 yaş) Deprem Sonrası Gereksinimleri Broşürü, 1999; Psychological First Aid (2006)).

5.4.5. GELİŞİM DÖNEMLERİNE GÖRE ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN YAPILABİLECEKLER

BEBEKLER (0-2 Yaş)

- **Bebeğin, tüm zor koşullara karşın günlük düzeni olabildiğince sürdürülmelidir.**
- **Bebeğin temel bakım veren kişilerin, sık sık değişmemesi önemlidir.**

Bebek 'küçük ve anlamaz' diyerek bakım veren kişi ya da kişilerin sıklıkla değiştirilmesinden kaçınılması ve bakım veren birincil yetişkin sayısının 1–2 kişiden fazla olmaması gerekir. Çevrede bulunan her yetişkin bebeğe ve ailesine yardımcı olmak isteyebilir. Ancak bebeğin bakım veren kişilerin sık sık değişiyor olması ve aynı kişiyi uzun süre ve gereksinimi olduğunda yakınında görememesi, bebeği fazladan huzursuzlaştırıp, kaygısının artmasına neden olabilir. Bebekler ancak gerçekten alışık oldukları, ona sürekli temel bakım veren kişinin yanında kendini rahat ve güvende hissedebilir. Ayrıca yanlarında anneleri ya da ona bakım veren kişiler yoksa, alışık olmadıkları ya da kendilerine yabancı olan birilerine kısa süreli de olsa bırakılmamalıdır. Zorunlu durumlarda annesi ya da onun yerini alan kişi, bir süre bebeğiyle birlikte geçici bakım verecek olan kişinin yanında kalarak, onun bu yeni kişiye alışması sağlanmalıdır.

- **Bebeğin bulunduğu yeni ortama alışmasını kolaylaştıracak yastık, battaniye, oyuncak benzeri objelerden yararlanmak yararlı olabilir.**

Bebekler travmatik bir yaşantı sonrasında ev ya da ortam değişikliği kaçınılmaz olduğunda “tanıdık” bir ortama gereksinim duyarlar. Onları yeni ortama alıştırmak için çevrelerine tanıdık ya da yeni olan ancak değişmeyecek yastık, battaniye ya da

oyuncak benzeri nesnelere koymak işe yarar. Aynı zamanda bu yeni ortamı birlikte keşfetmek, onlara odayı, eşyaları, yatacağı yeri tanıtmak onları rahatlatır.

- **Bebeğin alışageldiği yeme düzenini sürdürebilmek önemlidir.**

Bebeğin beslenmesini alıştığı tarzda sürdürmek onun değişikliklere uyum sağlamasında yardımcı olur. Eğer anne sütüyle besleniyor ise özellikle ilk altı ayda mümkün olduğunca anne sütünden yararlanmasını sağlamak önemlidir. Ancak travma nedeniyle beslenmeye ilişkin sıkıntılar doğmuşsa, gerekli gıdalar bulunamıyorsa bebeği 6 aydan sonraki aylarda da anne sütüyle beslemeyi sürdürmek yararlı olur. Bir yaşını aşmış bir bebek bile gereken gıdasının üçte birini anne sütü ile alabilir. Özellikle büyük afetler sonrasında hijyen ve barınma koşulları yetersiz olduğunda en sağlıklı bebekleri emzirmeye devam etmektir. Çünkü mamalar ya da ek gıdalar yeterince hijyenik ve sağlıklı olmayabilir hatta düzenli gelmeyebilir. Bebeğini anne sütü ile besleyen annenin dinlenmesi, bol su içmesi, iyi beslenmesi, gerekiyorsa demir ilacı alması uygundur. Annenin kendisine bakımı ya da annelere verilecek bakım ve destek, annenin sağlığını olduğu kadar bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkiler.

- **Bebeğin sağlık kontrolü ve aşıları ihmal edilmemelidir.**

- **Bebeğin özellikle zihinsel ve duygusal gelişimini destekleyen küçük ve basit anne-bebek oyunlarını ihmal etmemek önemlidir.**

- **Bebeğin annesine yakın olmasına izin vermek, ayırmak için zorlamamak, bebeğin bu dönemde anneden ayrılmaya gösterdiği şiddetli tepkiyi hoşgörüle karşılamak gerekir.**

- **Bebekleri, diğer çocuklar ve bebeklerle birlikte olabilecekleri ortamlara götürmek, oyun oynamasına olanak sağlamak yararlı olacaktır.** Bu ortamlarda temizlik ve güvenlik koşullarına dikkat edilmeli, bebekler oyun alanlarında yalnız ya da kendilerinden sadece birkaç yaş büyük kardeşlerinin gözetimine bırakılmamalıdır.

- **Bebeğin motor becerilerinin sağlıklı gelişebilmesi için, korunaklı ortamlarda emeklemesine, adımlamasına ve yürümesine izin vermek gerekir** (yakınındaki oyuncuğa uzanabilmesi, destekle ayağa kalkabilmesi ve tırmanması, koşması, atlayıp zıplaması için fırsat yaratma, eline yiyecek – oyuncak verme vb.).

- **Çevredeki işitsel ve görsel uyaranları aza indirmek, bebeklerle yumuşak bir sesle konuşmak, yumuşak fiziksel temas onu rahatlatır.**

OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLAR (3-6 yaş)

- Tüm zor koşullara karşın, çocukların günlük düzeninin beslenme, uyuma, oynama vb. sağlanmasına olabildiğince özen gösterilmesi gerekir.

- Sözel olarak güven duygusu desteklenmelidir. Ayrıca fiziksel temasla (sarılma, okşama, sallama vb.) rahatlamaı sağlamak gerekir.

Annelerin yaşadıkları ortam ne olursa olsun “Çocuğumu/çocuklarımı besleyip büyütebilecek miyim, onun/onların gereksinimlerini karşılayabilecek miyim? Çocuğuma yetecek miyim?” ve benzeri kaygıları olabilir. Özellikle zor ortamlarda bu kaygıların arttığı gözlenir. Bu kaygıları çocuğun babası, başka anneler, yakınlar ve anneye destek olabilecek diğer kişilerle paylaşmak gerekir. Bu paylaşım rahatlamaı yardımcı olur. Küçük çocuklar en yakınlarının duygularına çok duyarlıdır. Ne hissettiklerini tam olarak anlatamadıkları için yakınlarındaki yetişkinlerin onları dikkatle izlemeleri gerekir. İştahsızlıkları, huzursuzlukları, uykusuzlukları sadece yaşanan travma ile değil annenin ya da bakım veren kişinin kaygısı, üzüntüsü ve umutsuzluk duyguları ile çok yakından ilgili olabilir. Bebeklerin ve çocukların sağlıklarını korumak, gelişimlerini destekleyebilmek için anne, baba ya da bakım veren kişilerin öncelikle kendi ve aynı zamanda da bebek ve çocukları için psikolojik destek hizmeti almaları uygun olur.

- Ani ve yüksek sesler, yoğun görsel uyarıcılar olabildiğince azaltılmalıdır, çocukların uyuyabilecekleri dinlenebilecekleri sakin bir yer sağlamalıdır.
- Sorularına açık ve anlaşılabilir yanıtlar vermek, sorularına sorduğu kadarı ile yaşına ve gelişim düzeyine uygun yanıtlar vermek, sakin bir ses tonuyla yüz yüze çocuğun boyuyla aynı hizada konuşmak önemlidir.
- Küçük çocuklar travmatik bir yaşantı sonrasında, annelerine ya da kendilerine bakım veren kişiye öncekinden çok yapışabilirler, kucaktan inmek, yanından ayrılmak yalnız uyumak istemeyebilirler. Bu davranışlar travmatik yaşantı sonrasında doğaldır. Yaşadıkları, korku, karışıklık ve güvensizliği aşabilmeleri için bebeklerin olduğu kadar küçük çocukların da anne-babasına ya da bakım veren kişiye yakın-fiziksel temas içinde olması gerekir. Alışageldiği düzeni ve ilgiyi buldukça kendine,

yetişkinlere ve çevreye güveni geri gelecektir. Habersizce yanından ayrılmak, ayrılabilmesi için zorlamak, onları daha da korkutur, güvensiz hale getirebilir. Hırçınlıklarını ve yapışmalarını arttırır.

- Küçük çocukları normal yaşantılarına döndürebilmek için, oyuncak, oyun, kitap bakma, kitap okuma, masal anlatma, oyun parkına götürme, yaşlılarıyla bir araya getirmek işe yarar. Oyunlar, masallarla birlikte yeniden keyif alma onların gelişimi ve ruh sağlıkları açısından yararlıdır.
- Küçük çocukların travmaya bağlı sıkıntıları aşmalarına yardımcı olurken, onların güvenliğinin sağlanması da hayati önem taşır. Farkına varamayacağı tehlikeler için kalabalık yerlerde yalnız bırakmamak, yabancılara emanet etmemek, bulunulan ortamda güvenliğini sağlamak, küçük çocukların kendilerine değer verildiğini, önemsendiğini hissetmesine yardımcı olur. Bu onların ruh sağlığı için en temel gereksinimdir.
- Yaşlılarıyla birlikte oyun ortamlarında olmasını sağlamak, duygularını ifade etmesini kolaylaştıracak hamur, resim ve benzeri etkinlikleri yapmasına olanak sağlamak gerekir.
- Geçici olarak anne-baba yanında yatmasına izin vermek, anne-babadan ayrılmakta çektiği güçlüğü anlayışla karşılamak ve bu aşamada ona yardımcı olmak gerekir.

OKUL ÇAĞI (6–9 yaş)

- Tüm zor koşullara karşın, çocukların günlük düzeninin beslenme, uyuma, oynama vb. sağlanmasına olabildiğince özen gösterilmelidir. Çocukların normal koşullar altında da belirli bir yeme, uyku, ders çalışma ve oyun düzeninin olması beklenir. Travmatik yaşantılar sonrasında bu düzenin bozulması doğaldır. Ancak olabildiğince çabuk çocukların alışkın oldukları düzene kavuşturulması beklenir. Çocukların beslenmesine, uyku ve oyun düzenine, ders çalışma rutinlerine travmatik yaşantılar sonrasında özellikle dikkat edilmelidir. Erken acıkıp, çabuk doymaları nedeniyle ara öğünlerle beslenmelerinin desteklenmesinde yarar vardır. Olabiliyorsa beslenme saatlerini onların gereksinimlerine göre düzenlemek uygun olur.

Sözel olarak güven duygusu desteklenmelidir. Yaşça daha büyümüş olsalar da hala fiziksel temasla (sarılma, okşama, sallama vb.) rahatlamalarını sağlamak gerekir. Bakım veren kişilerin olayın tekrarlaması, çocuklarının sağlığı ve güvenliği hakkındaki kaygıları olabilir. Bu kaygıları çocukların anne babaları, çocuklarıyla değil, başka yetişkinlerle paylaşabilmeleri gerekir. Bu paylaşım rahatlamaya yardımcı olur. Ebeveynlerin kaçınma davranışları ve şiddeti, problem çözmedeki yetkinlikleri, babanın aile içindeki konumunun özellikle ilkokul çağı çocuklar için önemli olduğu vurgulanır.

Okul çağı çocukları da anne-babalarının kaygılarına çok duyarlıdır. Anne babalarının hissettiklerini tam olarak anlamlandıramadıkları için kendi kaygıları artabilir. İştahsızlıkları, huzursuzlukları, uykusuzlukları sadece yaşanan travma ile değil annenin ya da bakım veren kişinin kaygısı, üzüntüsü ve umutsuzluk duyguları ile çok yakından ilgili olabilir. Çocukların sağlıklarını korumak, gelişimlerini destekleyebilmek için anne, baba ya da bakım veren kişilerin öncelikle kendileri için psikolojik destek hizmeti almaları uygun olur.

- Çocukların uyuyabilecekleri dinlenebilecekleri sakin bir yer sağlamalıdır. Okul çağında çocukların 8–9 saatlik düzenli uykuya gereksinimleri vardır. Travmatik yaşantılar nedeniyle seslere, çevresel değişikliklere duyarlılıkları arttığı için uyku süreleri kısalabilir ya da uykuları sık sık bölünür. Bu nedenle uyuyacakları yer olabildiğince sessiz ve hareketsiz bir yer olmalı ve çocuklar uykuya yollanırken rahatlatılmış (anne ve babanın yakınlarda olduğu, güvende oldukları, koruma altında oldukları vb. paylaşımlarla) olmalıdırlar.
- Sorularına açık ve anlaşılabilir yanıtlar verilmelidir. Okul çağı çocukları yaşamları ve gelecek hakkında düşünürler ve sorular sorarlar. Sorularına yaşına ve gelişim düzeyine uygun yanıtlar verilmelidir. Sakin bir ses tonuyla yüzüne bakarak konuşmak gerekir.
- Ayrılık kaygısı gösterdiklerinde anlamaya çalışmak sabırlı ve yumuşak davranmak onlara iyi gelecektir. Okul çağındaki çocuklar da travmatik bir yaşantının ardından ayrılma kaygısı gösterebilirler. Bu travmatik yaşantı sonrasında doğaldır. Yaşadıkları, korku, karışıklık ve güvensizliği aşabilmeleri için bu çağdaki çocukların da anne-babasına ya da bakım veren kişiye yakın olmaları gerekebilir. Gerekiyorsa geçici olarak anne-baba yanında yatmasına izin vermek, anne-babadan ayrılmakta çektiği güçlüğü anlayışla karşılamak ve bu aşamada ona yardımcı olmak gerekir. Belirsizlikler azaldıkça, alışageldiği düzeni ve ilgiyi buldukça kendine, yetişkinlere ve çevreye güveni geri

gelecektir. Habersizce yanından ayrılmak, ayrı durması için zorlamak, onları daha da korkutur, güvensiz hale getirebilir. Hırçınlaşmalarına ve kapanmalarına neden olabilir.

- Okul çağı çocuklarını normal yaşantılarına döndürebilmek için, oyun, kitap okuma, günlük tutma, öykü anlatma, spor etkinlikleri, duygularını ifadesini kolaylaştıracak hamur, resim ve benzeri etkinlikler, oyun alanlarında yaşlılarıyla bir araya gelmelerini sağlamak işe yarar. Yaşlıları ile birlikte oynanan oyunlar, bu oyunlara zaman zaman büyüklerin eşlik etmesi, birlikte yeniden keyif almayı sağlar. Böylece onların gelişimi ve ruh sağlıkları desteklenmiş olur.
- Okul çağı çocuklarının travmaya bağlı sıkıntıları aşmalarına yardımcı olunurken, güvenliklerinin sağlanması da önemlidir. Farkına varamayacağı tehlikeler için kalabalık yerlerde yalnız bırakmamak, yabancılara emanet etmemek, bulunulan ortamın güvenliğini kontrol etmek çocukların kendilerinin önemsendiğini hissetmesine yardımcı olur. Bu onların ruh sağlığı için en temel gereksinimlerden biridir.
- Duygularını ifade etmelerine yardım edilmeli, sabırlı, ilgili ve esnek davranılmalıdır.
- Dikkatleri kolayca dağıtabileceğinden okulda ve evde fazla çalışmaları beklenmemelidir.
- Basit ve yapılandırılmış görevler, ufak sorumluluklar almalarına fırsat verilmelidir (Coates, ve Schechter, 2004)
- .

ERGENLİK ÖNCESİ (10–14 yaş)

- Eğer gereksinim duyulursa 6–9 yaş çocukları için yapılabilecek girişimler bu çağıdaki çocuklar için de etkili olur. Ayrıca ergenlik çağına yakın ve ergen olma yolunda ilerleyen bu çağ çocukları için ergenlerle çalışma koşulları da geçerli olacaktır.
- Çocukların deneyimleri ile ilgili sözel ve beden dili ifadelerini güçlendirmek için resim çizim teknikleri, drama etkinlikleri ve grup çalışmaları uygun olur.
- Okula dönüş, ve sınıflarında öğretmenlerinin de katılımıyla yaşadıkları travmaya ilişkin çalışmalar yapılması çok yararlı olacaktır. Küçük grup etkinlikleri, mektuplaşma, paylaşımcı ritüeller (anma törenleri vb.) kaybedilen eski sosyal ilişkileri ve sosyal destek ağını canlandırır Berger, Pat-Horenczyk, ve Gelkopf,2007).

ERGENLER (14-18 yaş)

- Bütün etkinliklerde onlara karşı toleranslı olunmalıdır.
- Onlara ders vermek ya da yorumlar yapmak yerine, kendi görüşlerini geliştirmelerine destek olunmalıdır.
- Aile ve arkadaşlarıyla duygularını paylaşmalarına ve ifade etmelerine yardım edilmelidir.
- Bireysel destek kadar yaşlıları ile yapılacak grup çalışmaları da onlar için hem paylaşım hem de sosyal destek alma açısından uygundur.
- Spor günlük yaşamlarının bir parçası haline gelmelidir.
- Bunun dışında ergenlerin zorunlu göç veya fakirlik nedeniyle ailelerinden ayrı kalmaları, topluluk içindeki rollerinin değişmesi ya da erkenden yetişkin sorumluluklarını üstlenmeleri gibi durumlarda gençlerin işini zorlaştırır.
- Güven oluşturmak, kontrol duygusunun kazandırılması, farkındalığın oluşturulması, olanları kabule ve uygun baş etme yöntemlerini kullanabilir hale gelmesine yardım edilmesi gerekir.
- Tepkilerini anlama ve anlamlandırmalarına yardımcı olunmalıdır.
- Okul başarılarıyla ilgili beklentileri azaltmak gerekir.
- Varsa travma sonrası yeniden yapılandırma çalışmalarına katılmaları ve başkalarına yardım etmeleri için onları teşvik etmek çok yararlı olacaktır. Gönüllü olarak çalışmak genelde anlamsızlık duygusundan kurtulmaları ve kendilerini önemli ve yararlı kişiler olarak görmeleri için yeterli olabilir.
- Gelecek planları yapmak için düşünmelerine yardım edilmelidir.

Refakatsiz Çocuklar

Çocuklar için ebeveyn ve bakım veren kişilere yakın olmak güven duygusu açısından çok önemlidir. Çocuklar bu kişilerden uzak düşmüşlerse yakınları ile bir an önce bağlantı kurulması öncelik taşınmalıdır. Bu süre içinde onlarla kimin ilgileneceği ve ondan sorumlu olacak kişiye nasıl ulaşacağı belirlenmelidir. Bu dönemde “yakınlarına kısa zamanda

kavuşacağı gibi” tutulamayacak sözler verilmemelidir. Ayrıca çocuklarına duygusal olarak ya da yaşadıkları olayların etkisiyle yardımcı olamayacak ailelerin çocukları konusunda dikkatli olmak gerekir. Çocuk dostu ortamlar oluşturulması yararlı olabilir:

- Bir odanın köşesi ya da geçiş trafiğinin fazla olmadığı alanlarda,
- Çocuklarla çalışmaya alışık ya da bilgili/tecrübeli kişilerin rehberliğinde,
- Bu alanlara kimlerin girip çıktığı ve yetkisiz kişilerin çocuklara ulaşmamasına dikkat edilerek,
- Tüm yaş gruplarına uygun materyaller (oyuncak, oyunlar, top,kağıt, boya, küpler,...) bulundurularak,
- Bakım veren kişilerin olabildiğince sürekliliği sağlanarak,
- Çocukların düzenli beslenmelerine özen göstererek,
- Sağlık tarama kontrol ve aşıları unutulmadan,
- Büyük çocuklar ve ergenlerin rol model ve yardımcı olarak (grup terapileri ve çocuklarla oyun aktivitelerinde, kitap okuma gibi etkinliklerde) bulunmasını sağlayarak,
- Ergenler için yaşıt gruplarıyla endişelerini ya da farklı konularda sohbet edebilecekleri, oyun veya farklı etkinlikler yapabilecekleri zamanlar ve alanlar organize edilerek çocuk dostu alanlar oluşturulmalıdır.

Travmatik yaşantılar travmayla yüz yüze gelen çocuk ve gençlerin, onların ailelerinin ve öğretmenlerinin kısa ya da uzun süreli olarak normal yaşantılarını kesintiye uğratmak ve olumsuz etkiler yaratmakla kalmaz gelecek yaşantılarını da gölgeleyebilir. Bu nedenle çocuk ve gençlerin bakım, eğitim ve sağlıklı gelişmelerinde payı olabilecek herkesin travma ve etkileri konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Yukarıda sözü edilenler çocuk ve gençlere onlardan sorumlu olanlara ve genç meslek elemanlarına yol göstermek amacıyla derlenmiştir. İzleyen bölümde ise çocuklar ve ergenlerin yaşadıkları travmatik yaşantılar sonrasında anne babalarının, öğretmenlerinin ve ruh sağlığı uzmanlarının hatırd tutmaları gerekenler ve yapılabilecekler aşağıda tümüyle özetlenmiştir.

Travmatik Yaşantılar Sonrasında Anne Babalarının, Öğretmenlerinin Ve Ruh Sağlığı Uzmanlarının Hatırda Tutmaları Gerekenler ve Yapılacaklar

Çocuklar ve ergenler, özellikle travmatik bir olay sonrasında daha çok duygusal desteğe, güvенеbilecekleri birinin kendilerini dinlemesine ve yaşadıklarını paylaşabilmeye gereksinim duyarlar. Çocuk ve ergenlerin yanında yakınında bulunan yetişkinlerin, bu gereksinimi anlayarak onları iletişim kurma konusunda cesaretlendirmeleri gerekebilir. Çocukların duygularını başkalarına anlatmaları onların, acı veren olayı ya da durumu daha kolay kabul etmelerini sağlayabilir. Çocuklara arkadaş desteği sağlamak ve kendilerini ifade etmelerine imkân tanımak açısından grup çalışmaları yararlıdır. Çocukları kendi yaşantıları hakkında iletişim kurmak için teşvik etmek önemlidir, çünkü çocuklar kendi yaşantılarını başkalarıyla paylaştıklarında, anlaşıldıklarını ve dinlendiklerini gördüklerinde kendilerini daha iyi hissetmeye başlar ve olan bitene ilişkin farklı bir bakış açısı edinirler. Ayrıca başkalarının da kendilerinininkine benzer tepkileri olduğunu öğrenmeleri, onların kendileri hakkında geliştirebilecekleri olumsuz düşünceleri engelleyerek kendileriyle ve gelecekleriyle ilgili daha olumlu bir bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olur (Erden, 2000). Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını korumaya ve iyileştirmeye yönelik girişimlerde, aile ile işbirliği yapılması aile desteğinin sağlanması kadar aile bütünlüğü içindeki zorlukların aşılması için de aileye yardımcı olunması gerekir. (Öztañ ve ark.,2003). Çocuklarda stres tepkilerinin uzaması, annenin stres belirtileri, ailenin bütünlüğü ve çocuğun kişiliği gibi etmenlerle ilişkilendirilmektedir (Kılıç, Uslu, Erden ve Kerimoğlu1999). Buna bağılı olarak çevresel stresi düzenleyen sosyal, fiziksel, ailesel ve kişisel uyum mekanizmalarının birlikte çalışmasından oluşan bir koruyucu ağdan söz edilir. Ailenin problem çözme becerilerinin iyi olmasının, çocuğun kendini aile içinde güvende hissetmesini ve travmayla baş etmesini kolaylaştıracağı düşünülmektedir (Banyard, Englund, ve Rozelle, 2001). Ayrıca ağır streslere karşı çocukların dayanıklılığını/güçlülüğünü arttıran etkenler arasında geleceğe olumlu bakış, tutarlı, uygun ve işe yarar aile disiplini, dengeli ve olumlu bir aile çevresi de yer almaktadır (Kılıç, Uslu, Erden ve Kerimoğlu1999)..

AİLENİN ROLÜ

Çocuktan gelen mesajların doğru anlaşıldığı ve uygun yanıtlandığı, sıcak ve yakın ilişkilerin sürdüğü olumlu bir aile ortamının çocuklar açısından koruyucu önemi olduğu bilinmektedir. Aile bireyleri birbirlerini çok iyi tanıdıkları, birbirlerinin ruh hallerindeki en ufak değişimleri bile hemen fark edebildikleri için, travmatik bir olay sonrasındaki zorluklarla baş etmede öncelikli yardım ve destek kaynağını oluştururlar (Banyard, Englund, ve Rozelle, 2001; Kılıç, Uslu, Erden ve Kerimoğlu1999). Travmatik bir yaşantının ardından şefkatli, destekleyici ve açık iletişim sağlandığında, çocukların büyük bir çoğunluğunun stresle daha iyi başa çıkabildikleri bilinmektedir. Ancak travmatik durumlarda sıklıkla anne ve babaların nasıl davranacaklarını bilemedikleri görülmüştür. Oysa ki çocukların başından travmatik bir olay geçtiğinde ya da travmatik bir duruma hep birlikte maruz kaldığında, çocuğun/çocukların bu beklenmedik ve acı veren olayı nasıl algılayacağı, nasıl yorumlayacağı ve nasıl bir tepki oluşturacağı, büyük ölçüde öncelikle anne-babaya, sonra da çevredeki yetişkinlere bağlıdır. Anne babaların uyum sorunları ne kadar fazla ise çocukların uyum sorunları da o kadar fazla olmaktadır. Çocuklarla birlikte tüm aile üyeleri aynı felakete karşılaşmış ise genelde anne babalar kendi sorunları ile uğraşırken çocuklara destek olamamaktadır. Buna ilişkin olarak doğal bir afet sonrasında aileden ayrılma, annenin olayla ilişkili sıkıntılarının sürmesi, annenin kaygı düzeyi ve olay sonrası aile işlevlerindeki değişiklikler de belirtilerin oluşumunda travmayla karşılaşma ya da kaybın kendisinden daha etkili faktörler olarak belirtilmektedir. Ailenin tepkilerinin ve aile bütünlüğünün çocukların belirtileri üzerinde travmanın kendi etkisine eşdeğer veya daha önemli düzeyde etkisi olduğu da ileri sürülmektedir (Banyard, Englund, ve Rozelle, 2001).

Yaşanan acı olay, büyük bir ihtimalle çocuğun ilk kez karşılaştığı bir olaydır. Bu nedenle de zihninde olayla ilgili herhangi bir davranış kalıbı bulunmamaktadır. Bu durumda çocuk öncelikle anne ve babasını nasıl davrandıklarını neler yaptıklarını yakından gözler. Çocuğun yaşanan acı olaydan olumsuz etkilenmesini ve geleceğe dönük olarak travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin belirtiler çıkarmasını önlemek için aşağıda listelenmiş olan stratejilerin stres yaratan pek çok koşula uyum sağlamakta yarar sağladığından söz edilmektedir.

Travmatik yaşantılar ve stresle başarılı bir şekilde başa çıkan ailelerin özelliklerinin incelendiği araştırmalarda ortaya çıkan özellikler şunlardır (Öztan ve ark.2003):

(1) Stres yaratan durumu kabul edebilme

Stresle başarılı bir şekilde başa çıkan aileler problemin varlığını inkar etmekten ziyade onunla doğrudan yüzleşirler. Ailede sorunlarla başa çıkmak ve problemleri çözmek için gösterilen aktif çabaların, sorunlardan kaçınmaktan veya bunların kendiliğinden çözülmesini beklemekten çok daha fazla işe yaradığı bilinmektedir.

(2) Sorunları hep birlikte uğraşarak çözme

Travmatik bir olay, ailedeki her bireyi farklı etkilemekte ve ailenin bu güçlüklerin üstesinden gelebilmesi ve normal yaşama geri dönebilmesi için tüm aile bireylerinin hep birlikte uğraşması gerekmektedir. Stres verici durumlarla başarılı bir şekilde başa çıkan aileler, problemin kimden kaynaklandığı ile suçlayacak birini aramak veya bir günah keçisi bulmaya çalışmaktan çok, çözümü ile ilgilenirler. Özetle aile bireyleri zorlayıcı yaşantı sırasında aile içinde birlik, beraberlikle birbirlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü olarak sorunların üstesinden gelirler.

(3) Yaşamla ilgili yeni ve olumlu bir bakış açısı geliştirme

Aile bireyleri travmatik yaşantılara karşı daha iyimser bir bakış açısı geliştirmek için de birbirine yardımcı olmalıdır. Travma nedeniyle incinmiş kişiler zaman zaman olaya ilişkin suçluluk duyabilir ya da "Keşke daha farklı davranmış olsaydım" diye düşünebilirler. Bu tür suçlanmalarda aile üyeleri birbirlerine yardımcı olmalıdır; çünkü herhangi birinin başına gelecekleri bilmesinin mümkün olmadığını ve olayları kontrol edemeyeceğini görmek olayın dışında kalmış olanlar için daha kolaydır. Anne babalar çocuklarda ortaya çıkan suçlanma düşüncelerini ya da hatalı inançları onlarla açıkça konuşarak ya da oyun ve sanat etkinlikleri yoluyla düzeltebilirler. Ayrıca, travmadan sonra çocuklarda neyin gerçek neyin hayal, neyin doğru neyin yanlış olduğu konusundaki denge bozulduğunda, bu dengeyi yeniden oluşturma çabalarında çocuklarına yardım edebilirler.

(4) Aile içinde birlik ve şefkat ortamı oluşturma

Travmatik bir olaydan sonra ortaya çıkan tüm zorluklara rağmen, eğer aile bireyleri birbirlerini destekler ve onaylarsa, stres yaratıcı olayların üstesinden daha kolay gelebilirler. Stresle daha iyi başa çıkan ailelerin birbirlerine sevgi ve şefkatle davrandıkları bilinmektedir. Genellikle birbirlerine sevgi ve destek verebilen aileler, stresle "benden uzak dur, beni rahat bırak, yalnız kalmak istiyorum" gibi mesajlar veren ailelerden daha kolay baş edebilmektedir. Bazen anne-babalar çocuklarının iyiliğini düşünerek travmatik bir olaydan sonra çocuklarını

bir akraba veya tanıdığın yanına başka bir yere gönderirler. Fakat travmatik bir yaşantıdan sonra önemli olan aile bireylerinin mümkün olduğunca birlikte kalması, özellikle küçük çocukların aileyle birlikte kalmasıdır.

(5) Aile içinde açık ve etkili iletişim kurma:

Ailelerin birlikte kalmaları kadar birbirleriyle açık ve etkili bir şekilde iletişim kurabilmeleri de stresle baş edebilmelerinde önemlidir. Açık iletişim, zor duyguları aile bireyleriyle paylaşabilmeyi ve gerektiğinde onlardan yardım ya da destek isteyebilmeyi içermektedir. Aynı zamanda aile bireylerinin birbirini dinlemeyi ve birbirlerini anladıklarını göstermeyi de gerektirir.

(6) Ailede içi rol ve beklentilerde esneklik olması

Yardım aramaya, yeni şeyler denemeye, rollerini ve alışkanlıklarını geçici olarak da olsa bir kenara bırakabilmeye, önceliklerini değiştirmeye ve daha düşük beklentiler oluşturmaya gönüllü olan aileler zorluklar ve güçlüklerin üstesinden daha kolay gelebilirler. Travma öncesinde katı kuralları olan aileler travma sonrasında eskiden uyguladıkları katı kuralları mevcut şartlarda uygulayamayacakları için, travmatik olayın yarattığı strese karşı özellikle korunmasız kalabilirler. Buna karşın, travmatik olayla olumlu bir şekilde baş etmek için geçmişte yaşananlardan dersler çıkarmak, bunları paylaşmak, ailede herhangi bir krizin ortaya çıkmasını engelleyecek planlar yapmak ve açık iletişim kurmak gerekir. Aile içi rol ve beklentiler açısından esnek olan aileler, hem aile içinde hem dışında ulaşabilecekleri tüm olanakları en iyi biçimde kullanabilen ailelerdir.

(7) Aile de güven verici bir ortam oluşturulması

Geçirilen yaşantılar ne kadar örseleyici olursa olsun, aile üyeleri birbirlerine ya da kendilerine zarar verici davranışlardan kaçınmalıdırlar. Aile içinde hiç bir biçimde şiddet ya da saldırganlığa izin verilmemelidir. Sağlıklı bir ailede, sıcak ve kabul edici ana- baba - çocuk ilişkilerinin yanı sıra, aile içindeki yetişkinler arasında da sağlıklı ilişkiler olması gerekmektedir. Anne-babalar ailede olan geçmişteki tatsızlıkları önleyemediklerini, bunları silip atmalarının da mümkün olmadığını, ancak bundan sonra çocuklarını güven içinde tutmaya çalıştıklarını çocuklarına açıkça ve mümkün olduğunca somut bir şekilde anlatmalıdırlar. Özellikle travmatik bir olay sırasında çocuklar, gelişim özelliklerine uygun somut açıklamalardan yararlanırlar. Aynı zamanda anne-babaların bu davranışları aile

üyelerinin birbirlerine karşı hoşgörölü olmasın ve zorluklarla başa çıkmada birbirlerine yardımcı olmalarını kolaylaştıracaktır. Böylece aile bireyleri geçirmiş oldukları olumsuz yaşantıyı olumlu dersler çıkaracakları ve zorlukların üstesinden gelebildiklerini gördükleri önemli bir yaşantı olarak görebilirler. Çocuklarının sorunlarını dinlemek, olan bitenleri yok saymadan ve çocuğun kaldırmabileceğinden daha fazla ayrıntı vermeden onlara bilgi vermek anne-babaların özellikle dikkat etmelerini gerektiren davranış ve tutumlardır.

Lütfen Unutmayın!

- En sevgi dolu ailelerde bile aile üyeleri travmatik yaşantılar yüzünden zaman zaman kendilerini tükenmiş ya da duygusal olarak bitmiş hissedebilirler ve birbirlerini desteklemede yetersiz kalabilirler. Böyle zamanlarda sabırlı olmak ve olumlu yaşantıları vurgulamak iyi olabilir.
- Bazen aileler kısa vadede işe yarayan ama uzun vadede olumsuz sonuçları olan ve daha fazla soruna yol açabilen çözümler (örneğin alkol alma, ilaç kullanma gibi) üretebilirler.
- Bazı aileler travmatize olmuş aile bireyelerine ihtiyaçları olan desteği sağlayacak iç ve dış kaynaklardan yoksun olabilirler
- Bu gibi durumlarda bir psikolog veya psikiyatristin desteği gerekebilir. Toplumda yardımcı olabilecek kişi ve kuruluşlara ulaşmakta gecikmemelidir.
(Öztañ ve ark.2003)

Neler yapılmalı?

1. **Çocuklar ile geçirdikleri üzücü olay hakkında konuşmaktan kaçınılmamalıdır.** Çocuklara üzücü olaydan bahsetmeyerek yaşadıkları unutturulamaz. Çocuk konuşmak istediğinde, üzücü olayla ilgili bir şey söylediğinde bu konu üzerinde konuşulması gerekir. Ancak önce çocuğun dinlenmesi, sorularına cevap verilmesi ve konuşularak rahatlatılıp destek olunması iyi olacaktır. Çocuklar konuyu açtıklarında duymazlıktan gelinmemelidir. Üzüntü verici olay hakkında konuşmak istediklerinde daima onları dinlemek için yanlarında olunmalıdır. Yalnız, konuşmak istemeyen çocukları da zorla konuşurmaya çalışılmamalıdır. Zaman zaman çocuğun en yakınındaki yetişkinler de üzüntülerini çocukla açıkça paylaşabilir. Çocuk yalnız olmadığını hissettiğinde daha rahat olacaktır.

2. Dürüst, açık ve anlaşılır olunmalıdır.

Yaşadıkları olayla ilgili olarak çocuklara gerçekler onları telaşlandıracak, kaygılandırarak abartılı ifadelerden kaçınılarak söylenmelidir. Ayrıntılarda konuşulabilir çünkü çocuklar kendi hayal güçlerini kullanıp olaya ilişkin ayrıntıları kendileri yaratırlar. . Yetişkinler herhangi bir soruya yanıt veremediklerinde bilmiyorum diyebilmelidirler.

3. Olaya ilişkin ayrıntılar çocukların aklına tekrar tekrar gelecek ve bunu sorgulayacaklardır. Bu duruma hazırlıklı olunması sabırla doğru bilgilerin/gerçeklerin tekrarlanması gerekebilir. Çocuklar, zaman zaman da travmatik yaşantıya ilişkin şeyler görüp duyabilirler. Travmatik bir olaydan sonra altı aya kadar çocuklar kaybedilen kişi veya kişilerin seslerini duyabilirler veya kalabalıkta onları görebilirler. Bu normaldir (Caffo, ve Belaise, 2003).

4. Açıklamalar çocukların yaşlarına uygun ifade ve sözcüklerle yapılmalıdır. Açıklamaların hem zamanlaması, hem de kelimelerin seçimi büyük önem taşır. Yaşanan üzücü olayın hemen ardından çocukların bilgiyi almaları hem de bu bilgiyi analiz etmeleri isteği azdır. Vakit geçtikçe daha fazla bilgi alabilirler, hazmedebilirler ve anlayabilirler. Aynı zamanda verilen bilgilerin yaşanan olaylardan sonra değişik zamanlarda aynı çocuklar tarafından farklı şekilde yorumlanabileceği, değişik yaşlarda çocuklarda farklı tepkiler/düşünceler olacağı hatırd tutulmalıdır. Çocukların olayları nasıl algıladığını iyi anlamak gerekir (Geldard, ve Geldard, 1999).

5. Ölümün veya olayların neden olduğuna ilişkin yanlış/hatalı yorumları çocuğun değiştirmesine yardımcı olunmalıdır.

Çocuklar, özellikle de daha küçük yaşta, üzücü olayların neden olduğuna dair yanlış kanılar üretirler. Olayların kendi yaptıkları bir yaramazlığın sonucunda ortaya çıktığına inanabilirler(Erden, 1999). Bu onların kendilerini suçlu hissetmelerine neden olur. Çocukları dinlemek, bu konudaki açıklamalarını öğrenmek ve yanlış algılamalarını düzeltmek gerekir. Bazı olayların neden olduğunu yetişkinlerin de anlamadığı söylenebilir. Bu hem doğrudur hem de çocuğu rahatlatır.

6. Çocuklar travmatik yaşantı sonrasında derin üzüntü hissedebilirler. Derin üzüntü, kızgınlık, üzüntü, korku, uyumakta zorluk çekme, kâbus görme, uykuda çılglık atma, iştahsızlık, mide ağrısı, aile fertlerinden uzaklaşmak, yatağı ıslatmak, aşırı hareketlilik gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Bazen de çok belirgin değildir; örneğin, daha sessiz olup

daha fazla okumak veya ergenlik çağındakiler için arkadaşlarıyla sık görüşmemek, çıkmamak gibi. Dikkat edilmesi gereken, belirgin olmayan derin üzüntü belirtilerinin çoğu zaman anne ve babalar tarafından olumlu hareketler olarak algılandıkları için önemsenmemesidir.

Derin üzüntü normaldir ama bunun uzun süre devam etmesi normal değildir. Yukarıda sözü edilen belirtiler 6 aydan fazla kendilerini göstermeye devam ederlerse veya çocukların hayatlarındaki diğer alanlarda (okul, oyun, spor) olumsuz etkileri oluyorsa, bu konuda uzmanlardan yardım alınması gerekmektedir (Davidson, 1993).

7. Çocuklarla birlikte vakit geçirilip şefkatle yaklaşılmalı, kendilerini güvenli hissetmeleri sağlanmalıdır.

8. Çocuğun çevresindeki kişilerin, bilgilerini artırmaları çocuğa daha fazla yardımcı olmalarını sağlar. Çocuklara karşı daha sabırlı veya anlayışlı davranırlar. Bu da çocuğun bu olayla daha iyi başetmesine ve üzerinden çabuk atmasına yardımcı olur.

9. Tüm olanak ve koşullardan faydalanılmalıdır. Çevrede bulunan, ulaşılabilen tüm profesyonel insanlardan yardım alınmalıdır (Haizlip, ve Corder,1996; Pfefferbaum, 1997; Psychological First Aid ,2006;Yule, Perrin, ve Smith,1999;).

HANGİ DURUMLARDA ÇOCUK RUH SAĞLIĞI UZMANINA BAŞVURULMALI

Bazı çocuklar travma sonrası dönemde kendiliklerinden bir iyileşme gösterirken, bir çoğu travmatik olayın üzerinden uzun bir zaman geçse bile, travma sonrası stres belirtileri göstermeye devam ederler. Bu nedenle, olayın boyutları normal insan yaşantısının çok ötesinde olarak düşünülüyorsa, olaydan sonra derhal profesyonel bir yardım almakta yarar vardır. Eğer olayın boyutları yetişkinler tarafından tam olarak anlaşılammışsa ve çocuk olaydan 6–12 ay sonrasında bile davranış değişiklikleri, travmatik stres bozukluğu belirtileri göstermeye devam ediyorsa yine bir uzmana başvurmak gerekli olabilir.

1. İlk müdahalenin yapılmasına rağmen belirtiler çocuğun normal günlük işlevlerini bozacak kadar şiddetli düzeyde sürmekte ise,

2. Çocuğun kendine ya da başkalarına zarar verme davranışları ortaya çıkmışsa,

3. Çocukta travma tepkilerine ek psikiyatrik bozukluk belirtileri ortaya çıkmışsa (örneğin depresyon, madde kullanım bozuklukları gibi ...),

4. Risk faktörlerinin fazla olmasına karşın, sosyal desteğin yetersiz kaldığı durumlarda ailenin ruh sağlığı uzmanına yönelmesinde yarar vardır. Aile tek başına bu karara varmakta zorlanırsa yakındaki diğer destek birimlerinin aileyi yönlendirmesi gerekir. Ancak **ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevkın gerekliliği, aileye daha fazla incinmemeleri için özenle anlatılmalıdır.**

Aileye ve çocuğa:

- Çok zor günler geçirmekte oldukları,
- Bu kadar büyük sıkıntıları yaşamakta olan herkesin benzer ruhsal belirtiler gösterebildikleri (kendi belirtileri sıralanabilir),
- Ruhsal belirtilerin günlük işlevleri engellemeye başladığı noktada artık mutlaka tedavi gerektirdikleri,
- Birçok kişinin yaşadıkları travmanın etkilerine bağlı olarak bu günlerde tedaviye başvurmakta oldukları ve yarar gördükleri,
- Tedavinin görüşmeler ve gerektiğinde ilaç yoluyla olacağı aktarılmalıdır.

OKULUN ROLÜ

Özellikle toplu olarak yaşanan ve daha çok doğal afet grubunda yer alan travmatik olaylardan sonra, çocukların duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri ve yeniden günlük düzene geçebilmelerinde öğretmenlere çok büyük bir rol düşmektedir (Berger, Pat-Horenczyk, ve Gelkopf, 2007). Bu nedenle yapılacak çalışmalarda okulda yapılacak psikososyal çalışmalar önemli olmaktadır (Öztan ve ark., 2003) Okulun bu rolü üç ana başlıkta toplanabilir:

1. Tüm okul öğrencilerine yönelik olarak hem hafif düzeyde etkilenmiş çocuklara yardımcı olmayı, hem de çocukları ve aileleri felaket durumlarıyla başa çıkma konusunda eğitmeyi amaçlayan programlar uygulamak.
2. Felaketten ciddi şekilde etkilenmiş ve şiddetli düzeyde belirti gösteren çocukları belirlemek ve çocuk ruh sağlığı kliniklerine yönlendirmek.
3. İleriye yönelik olarak çocukları travmatik yaşantılardan en az etkilenecek özelliklerde donatılmış bireyler olarak yetiştirmek.

Ülkemizde yaşanan 1999 Marmara depreminden sonra yapılan Psikososyal Okul Programı toparlanmada çok yararlı olmuştur. Bu durumlarda öğretmenlere şunlar önerilebilir:

1. Doğal afetlerin yapısı ile ilgili bilgilerin anlaşılmasını sağlama.

Bu hedefe yönelik olarak afet konusu ders programına eklenmelidir. Bu bir dersten çok, ortak çalışma etkinliği şeklinde biçimlendirilebilir. Böylece çalışmaya çocukların aktif olarak katılımı sağlanır. Bu amaçla oluşturulacak kümeler içinde çocuklar travmatik olayı farklı yönlerden ele alabilirler (örn: depremin nedenleri, tarihte yaşanan depremler, gelecekte olabilecek depremlerle ilgili bilim adamlarının tartışmaları, depremle ilgili alınacak önlemler, ilk müdahalelerin nasıl planlanması gerektiği gibi şu anda toplumda da yaygın olarak tartışılan konular, çocukların üzerinde araştırma yaptığı, kendi aralarında tartıştığı ve hazırladıkları raporları arkadaşlarına sunduğu bir bilişsel etkinliğe dönüştürülebilir) . Bu konuda verilecek ev ödevleri, aile içinde de bu konuların gündeme gelmesini sağlayacak, ailede de konunun bilişsel anlamda ele alınmasına yardımcı olacaktır. Travmatik olay konusunda bilgilenmek kontrol hissinin artmasını sağlayacak, korkuyu azaltacaktır, unutulmamalıdır ki bilgi güçtür.

2. Kendilerini güvene alma konusunda planlar oluşturarak kontrol hissi sağlama, planlama ve problem çözme becerisi kazanması.

Felaket durumunda alınacak önlemler üzerinde çalışılmalıdır. Okul olarak olası bir afet durumunda nasıl hareket edileceğine dair bir plan yapılması, bu planın çocuklarla paylaşılması ve prova edilmesi gereklidir. Bu aşamada çocuklara verilecek ev ödevi, ailenin de benzer bir plan hazırlaması ve bu planların okulda paylaşılmasıdır(Berger, Pat-Horenczyk, ve Gelkopf, 2007).

(Benzer planlar yangın gibi olası başka felaket durumları temelinde de yapılmalı ve prova edilmelidir.)

3. Duygu ve düşünceleri ifade etme, bu korku ve endişelerin nedenlerini anlama.

Çocuklarla ilgili yazı, resim ve drama etkinlikleri yapılarak, resimleme ve oyun yoluyla duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri sağlanabilir. Yazılar ve resimler sergilenir, sınıfta birlikte incelenir, okunur, üzerinde konuşulur. Böylece çocuklar, arkadaşlarının da kendilerine

benzer duygular içinde olduğunu fark ederek, duygularını ifade edebilirler ve bu duyguların normal olduğunu görmek onları rahatlatır.

4. Öğretmenler ve yardım edebilecek diğer büyüklerle konuşabilmeyi başarma.

Çocuklar yaşadıkları duygu ve düşüncelerin normal olmadığı, bunları anlattıklarında anne babalarını üzecekleri gibi kaygılarla, ya da büyüklerin kendilerini dinlemediği düşüncesiyle anne babalarıyla ya da öğretmenleriyle konuşmaktan kaçınabilirler. Oysa büyüklerden gereğinde yardım alabilmeleri için bu önemlidir. Anne babalar ve öğretmenler kendi duygularını çocukların anlayabileceği bir dille ifade ederek, çocukların anlattıklarını kesmeden dinleyerek, anlamak için aktif bir çaba göstererek bu ortamı sağlayabilirler.

5. Gereksinim duydukları anlarda güvence isteme:

Çocuklar kaygılı ve sıkıntılı olduklarında kimlere güvenebilecekleri ve kimlerden yardım isteyebilecekleri üzerine eğilmelidir. Anne babaların çocukların zor anlarında onların yanlarında olacakları hatırlatılmalı, ailenin bir arada zorlukları aşma gücü vurgulanmalıdır.

6. Çevreleriyle ilgili olumlu şeyleri hatırlama, kendini bütünün bir parçası olarak görme.

Bir felaket sonrasında en çok gereksinim duyulan şeylerden biri, olay öncesine ilişkin olumlu anıları hatırlayabilmektir. Bu, çevredeki yetişkinlerin birlikte davranabilmeleri, dostluklarını ve anılarını canlandırmaları ve olayların üstesinden gelinebileceğini göstermeleri ile mümkündür. Ayrıca çocukların, aynı olayı televizyonlarda defalarca izlemesine engel olunmalı, bunun yerine iyileştirme çabaları ve olumlu sonuçlar çocuklarla paylaşılmalıdır. Travmatik olayı tekrar tekrar izlemek, çocuğun travmayı tekrar tekrar yaşamasına ve zarar görmesine neden olabilir. Okulda sınıf içinde zaman zaman, konu ile ilgili tartışmalar yapılabilir, ancak kimse bu tartışmalara katılmaya mecbur tutulmamalı ve çocuklar sınıftan kötü anılarla çıkarılmamalıdır. Bu bağlamda afet bölgesinde yaşayan çocuklara yardım etmeye yönelik çalışmalar, felaket durumlarında çocukların çevrelerine karşı azalmış güven duygusunu yerine getirecek, yaşanan çaresizlik ve çözümsüzlük duygularını aşmanın uygun yöntemlerinin neler olabileceğini çocuklara gösterecektir.

Hazırlıklı Olmanın Önemi

Toplum olarak kaderci bir anlayışa sahip olmamız karşımıza çıkacak olumsuzluklarla baş etmenin bizim elimizde olmadığı düşüncesine kapılmamıza neden olmaktadır. Hayatta beklenmedik olumsuz olaylarla karşılaşabiliriz ama bu durumlara hazırlıklı olur, ne yapacağımızı önceden planlamış olursak, bu olumsuzluklardan en az zararla kurtulmamız mümkündür (Canterbury ve Yule, 1999). Çocuklarımız şu bilinçle yetişmelidir: “Dünyada kötü şeyler olabilir ve bunlardan korkmak normaldir. Bunların neler olabileceğini biliyorum. Kötülüklerden korunmak için neler yapılması gerektiğini ve kötülüklerle karşılaşarsak neler yapmamız gerektiğini biliyorum. Ailem ve okulum da bunları biliyorlar. Kendilerini ve beni nasıl koruyacaklarını biliyorlar. Kötü şeyler olsa bile hepimiz hazırlıklıyız ve bunlarla başa çıkabiliriz!”

DONANIMLI BİREYLER YETİŞTİRMEK

Yapılan çalışmalar, bazı çocukların strese daha dirençli olduğunu, zedeleyici yaşam olaylarıyla karşılaşsalar bile daha az etkilendiklerini göstermiştir. Bu çocuklar özerk davranabilen, çevredeki kişilerden yardım isteme becerisi olan, çevrelerini değiştirmede aktif rol alan, problem çözme becerisi olan çocuklardır (Öztañ ve ark., 2003). Çocukların bu özellikleri geliştirebilmeleri için şunlar gereklidir:

1. Çocuk ortaya çıkabilecek sorunları kontrol edebilecek ve çözebilecek becerilere sahip olduğuna güvenmelidir.
2. İçinde yaşadığı çevreyi olumlu algılamalı, anlaşılabilir bulmalıdır.
3. Sıcak ve yakın aile ilişkilerine sahip olmalıdır.
4. Çevreden olumlu tepki alacak yeterli sosyal becerileri olmalıdır.
5. Olumlu bir okul ortamı olmalıdır.

TRAVMATİK OLAYLARA DAYANIKLI BİREYLERİN ÖZELLİKLERİ:

- Kendine ve örseleyici yaşam olaylarıyla baş etme gücüne sahip ve güvenli olma
- Bağımsız düşünebilme ve davranabilme yetisine sahip olma
- Başkalarıyla almaya ve vermeye dayalı olumlu ilişkiler kurabilme
- Bireysel disiplin ve sorumluluk duygusuna sahip olma

- Açık fikirlilik ve esnek olma
 - Kendisinin ve başkalarının duygu ve düşüncelerini tanıma ve anlama
 - Bu duyguları başkalarına iletebilme
 - Stres verici olaylara toleranslı olma
 - Yaşama anlam verecek bir yaşam amacı ve felsefesine sahip olma olarak tanımlanabilir.
- (Özta ve ark.,2003)

ANNE – BABALAR KENDİLERİNE YARDIMCI OLMAK İÇİN NELER YAPABİLİRLER?

Anne ve babaların çocuklarıyla yeterince ilgilenebilmeleri için önce kendi duygusal ihtiyaçlarını göz önüne almaları ve güçlenmeleri gerekir. Bunun için de toplantılara katılan anne-babaları kendi ihtiyaçlarını da karşılama açısından uyarmak ve onların stresle başa çıkma yöntemlerini keşfetme ve uygulama yönünde destek olmak ön planda gelmelidir. Aşağıda anne-babaların izleyebilecekleri bazı yöntemler önerilmektedir (Özta ve ark.,2003). Bunları toplantılarda tartışabilir, onların bulacakları yeni yöntemleri de bu listeye ekleyebilirsiniz:

- ▶ Yaşanan travmatik olayı düşünmeye ara vermek
- ▶ Varsa yaşanan belirsizliği/karmaşayı kabullenmek
- ▶ Yeniden yapılandırma, yardım ve düzeltme etkinliklerine katılmak
- ▶ Başkalarına yardım etmek
- ▶ Gelecek hakkında düşünüp, plan yapmak
- ▶ Aktif olmak, aile ve arkadaşlarla yapılacak şeyleri planlamak
- ▶ Rahatlama yöntemleri bulmak ve uygulamak
- ▶ Sosyal destek almak, arkadaşlarla görüşmek
- ▶ Espri ve şaka yapmak, eğlenmek ve dinlenmek

(Özta ve ark.2003)

Ek 1

Ailelere Öneriler:

- Çocuklarınıza yardımcı olabilmeyizin ilk koşulu sizin, duruma hakim, sakin, güven verici, tutarlı bir tutum içinde olmanızdır.
- Çocuklarınızı yanınızdan uzaklaştırmayın, beslenme, barınma, ilgi gereksinimlerini doğrudan siz karşılayın.
- Çocuklarınızın sizin yakınlığınıza her zamankinden daha çok ihtiyacı olduğunu unutmayın (bedensel yakınlığı, elini tutmayı, sarılmayı ihmal etmeyin).
- Öte yandan bu yakınlığınızı aşırı bir koruyuculuğa dönüştürmeden sürdürmelisiniz. Çocuklarınıza yaşlarına uygun ve yapabilecekleri işler, sorumluluklar vermeniz onların yararına olduğunu akılda tutun.
- Travma sırasında ve sonrasında yaşadıklarını anlatması yönünde ona destek verin, anlatmaya yöreklendirin, ama anlatmak istemezse zorlamayın.
- Korku, kızgınlık gibi duygularını ifade etmelerine izin verin hatta yöreklendirin, ağlamalarını önlemeyin, tekrarlayan sorularına yanıt verin.
- Yaşadıklarının son derece doğal olduğunu, bir hastalık olmadığını anlatın.
- Çocuklarınızı rahatlatmak için "Geçti." ya da "Bir şey olmaz" demek yerine olası olumsuz durumlarda yapması gerekenler konusunda bilgi verin.
- Çocuklarınızın yanında travma ile ilgili konuları konuşmaktan kaçınmayın. Çocukları travmadan ya da sıkıntıdan korumak için olanları gizlemek doğru değildir. Çocukların da neler olduğunu bilme ve anlamaya gereksinimleri vardır. Anlatırken onların anlama düzeylerine uygun bir ifade kullanmanızda yarar vardır.
- Çok fazla etkilenen, davranış değişiklikleri azalmayıp süren ya da gittikçe artan çocuklarınızı en yakın ruh sağlığı uzmanına(klinik psikolog veya psikiyatrist) mümkünse çocuk ruh sağlığı uzmanına götürün.
- Çocuk ve ergene olup bitenleri açıkça ve anlayabileceği biçimde anlatmak yakınlarının görevidir.. Çocuğun hayatında ilk kez gördüğü ve tanımadığı bir profesyonel, bu işi için çok uygun değildir. Ama siz hazır hissetmiyorsanız bir başkası anlatabilir. Olayın ne olduğu kısa, ama doğru bir şekilde iletilmelidir. Çocuğa, bu konu ile ilgili yalan söylemek ya da geçici öyküler anlatmak yerine, gerçek olanın anlatılması çok önemlidir.
- Çocuğa, konu ile ilgili soru sorması için fırsat verilmeli, sorduğu sorulara da elden geldiğince doğru cevaplar verilmelidir. Eğer cevabı bilmiyorsanız bunu da belirtmelisiniz. Çocuk, sık sık kendi ölümüyle ve sizin ölümünüzle ilgili sorular sorabilir. Bu sorulara da doğru yanıtlar vermek önemlidir. Çocuklara herkesin bir gün öleceği, ama şu anda bunu düşündürecek bir neden olmadığı anlatılmalıdır. Güven içinde olduğu ve yalnız olmadığına dair çocuğu rahatlatmalıdır.
- Çocuk ve ergenin duygularını ifade etmesine izin vermelidir (çocuklar duygularını sözcükler kadar, davranışlar, oyun ve resim gibi yollarla da anlatabilirler), Çocuklarının anlattıklarını dinlemeli, duygularını anladığını belirtmelidir. Anne baba ya da çevredeki büyükler kendi duygularını, korkularını, kaygılarını anlattıklarında çocuklar da kendi korku ve kaygısının normal olduğunu düşünerek rahatlayabilecektir.

- Çocuklar konuşma gereksinimlerini çeşitli biçimlerde (ör. sorularıyla, oyunlarıyla, davranışları ve imalarıyla) belli ederler. Yaşananları konuşmak için çocuğu zorlamamak, uygun zaman ve zemin kollamak gerekebilir.
- Çocuğun, olay yerinden uzaklaştırılması, çocuğun daha sonra uyum sağlamasını güçleştirir. Çocuğun, mümkünse alışık olduğu yerde kalması, ancak yaşam koşullarının bir an önce normale döndürülmesi çok önemlidir.
- Çocuk, özellikle 10 – 12 yaşından büyükse, cenaze törenine katılabilir. Eğer çocuk katılmaya karar verirse, tören ile ilgili ayrıntılar da kendisine anlatılmalıdır.
- Aile zor günlerle baş etmek için yaptığı planları çocuğuyla paylaşmalı, ve eğer yaşı büyükse çocuğun da fikrini almalıdır.
- Becerebileceği işlerde çocukların da yardımı istenmelidir. Bu onun kendine güvenini arttıracak ve çaresizlik hissini aşmasına yardımcı olacaktır.
- Yaşanan zorlukların aşılabacağına dair umut aşılacak, geçmişteki güzel anıları konuşmak ve tekrar güzel günler yaşanacağını hatırlatmak yararlıdır.
- Çocuğu olası tehlikelere karşı korumak ve kendini nasıl koruyacağını anlatmak gerekir. Bunu yaparken çocuğun kaygılarını arttırıp, aileye yapışmasını destekleyici biçimde davranmamaya dikkat edilmelidir. Alınması gereken önlemlerin çocukla birlikte planlanması uygun olacaktır. Örneğin: okula gittiğinde deprem olursa nasıl davranmalıdır, ailesi kendisine en kısa sürede nasıl ulaşacaktır, onları nerede beklemelidir, bu sırada kimlerden yardım isteyebilir gibi konuları çocukla açıkça konuşmakta yarar vardır. Yine benzeri biçimde yabancılara karşı nasıl davranması gerektiği, kendisini nasıl koruyacağı, bir problem olduğunda ailesinden yardım istemesinin önemi çocuğa anlatılmalıdır.
- Kaybı yaşayan kişilerin duygularını göstermeleri gerekir. Sürekli mantıklı olmak ve hiçbir şey olmamış gibi davranmak, çocuğun kendi içinde bir çok duygusunu bastırmasına neden olur ve iç huzursuzluğuna yol açar. Duyguların ifade edilebileceğini görmek çocuğu rahatlatır. Ama bunu yaparken de abartmamak, çocuğun önünde sürekli haykırarak ağlamamak ya da düşüp bayılmamak gerekir. Bu gibi davranışlarda çocuk kendisini güçsüz hissedeceğinden yetişkinin onu koruyamayacağını, kendine bile bakmaktan aciz olduğunu hatta kendisinin ona bakması gerektiğini düşünebilir.

Ek2

📖Çocuğa yaşanan olayla ilgili olarak, yaşına uygun olmak kaydıyla, elden geldiğince ayrıntılı bilgi verilmelidir.

📖Çocuğun durumu tam olarak algılamayacağı ya da etkilenmeyeceği düşünülmemeli, ona zaman ayrılmalıdır.

📖Çocuğun olayla ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verilmelidir, “Sakin üzülme, kuvvetli olmamız gerekiyor” şeklinde bir konuşma yerine, “Evet, üzülüyorsun, anlıyorum” şeklinde bir konuşma, çocuğu daha çok rahatlatacaktır.

📖Çocuğunuzun olay sonucu geliştirdiği duygu ve düşüncelerin “normal” olduğunu kendisine anlatın.

- 📖Çocuğunuzla fiziksel temasta bulunmak çok önemlidir.
- 📖Çocuğa oyun oynama ve resim yapma fırsatı verilmeli, onun yaşadıklarını dışa vurması sağlanmalıdır.
- 📖Çocuğın, yaşanan durum ile ilgili sorularına mutlaka bir yanıt bulunmalıdır. Bu yanıt “Bilmiyorum, öğrendiğim zaman seninle paylaşırım” da olabilir, duymamazlıktan gelmek çocuk açısından en rahatsız edici durumdur.
- 📖Çocuğunuza onu sevdiğinizi ve desteklediğinizi sıklıkla söyleyin. Bu günlerin geçici olduğunu ve işleri en kısa zamanda yoluna sokmak için çalıştığınızı vurgulayın.
- 📖Çocuğunuzu en kısa sürede günlük hayatın içine katın, ona belli sorumluluklar verin.
- 📖Çocuğunuzun birlikte olduğu, diğer yetişkinlere, örneğin öğretmene de durumu anlatın ve onun da desteğini isteyin.

Kaynaklar:

- AACAP Official Action (1998) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37:10, Supp: 4-26.
- Ajducović, M. (1998). Displaced adolescents in Croatia: sources of stress and posttraumatic stress reaction. *Adolescence*, 33 (129), 209 – 217.
- Banyard, V. L., Englund, D. W. ve Rozelle, D. (2001). Parenting the traumatized child: attending to the needs of nonoffending caregivers of traumatized children. *Psychotherapy*, 38 (1), 74 – 87.
- Barenbaum, J., Ruchkin, V. ve Schwab-Stone, M. (2004). The psychological aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (1), 41 – 62.

- Bebeklerin (0-3 yaş) Deprem Sonrası Gereksinimleri Broşürü. (1999). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., Bebek Birimi yayını. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Berger, R., Pat-Horenczyk, G. & Gelkopf, M. (2007). School-based intervention for prevention and treatment of elementary-students' terror-related distress in Israel: a quasi-randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 541 – 551.
- Caffo, E, ve Belaise, C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, ;12:493-535.
- Cantenbury, R. ve Yule, W. (1999). Post-traumatic stress disorders in children and adolescents akt. *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (ed. William Yule), John Wiley and Sons Ltd, West Sussex, England.
- Coates, S., ve Schechter, D. (2004). Preschoolers traumatic stress post-9/11: relational and developmental perspectives. *Psychiatr Clin North Am*, 27,473-489.
- Davidson J (1993) Issues in the diagnosis of post traumatic stress disorder. *American Psychiatric Press, Review of Psychiatry* cilt: 12, Bölüm 2. Post Traumatic Stress Disorder, ed: Robert Pynoos, s: 141-155
- Dyregrov, A. (2000). Çocuk, kayıplar ve yas: Yetişkinler için el kitabı (G. Güvenç, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Dyregrov, A., Gjestad, R. ve Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (1), 59 – 68.
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. ve Mukanoheli, E. (2000). Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (1), 3 – 21.

- Erden, G. (2000). Çocuklara yönelik afet sonrası müdahaleler. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3 (5), 49 – 61.
- Erden, G. (1999) Çocuklarda intihar girişimleri ve cana kıyım davranışları: Ölüm kavramının gelişimi, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(1): 41–51.
- Erol, N. ve Öner, Ö. (1999). Travmaya psikolojik tepkiler ve bunlara yaklaşım. *Türk Psikoloji Bülteni*, 5 (14), 40 – 49.
- Geldard, K. ve Geldard, D. (1999). *Counselling children: A practical introduction*. London: SAGE Publications.
- Green BL, Korol M, Grace M ve ark. (1991) Children and disasters: age, gender and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 945-951.
- Haizlip TM, ve Corder B (1996) Coping with natural disasters. *Severe Stress and Mental Disturbance in Children* da. Ed: Pfeffer CR. American Psychiatric Press. s:131-152.
- Kar, N. (2009). Psychological impact of disasters on children: Review of assessment and interventions. *World Journal of Pediatrics*, 5 (1), 5 – 11.
- Kar, N. ve Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: A study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology In Mental Health*, 2, 17.
- Kılıç EZ, Uslu Rİ, Erden GE, ve Kerimoğlu E (1999). Çocuklarda travma sonrası stres belirtilerini sürdüren ailesel etmenler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, Cilt 6, sayı: 3, S. 150-158.
- Newman, J (1976) Children of disaster: Clinical observations at Buffalo Creek. *Am J Psychiatry* 133: 3, 306–312.

Öztan, N. ve Gözden, M (2009). Travma Sonrası Çocuklarla Çalışma: Uygulama el kitabı, Türkiye Kızılay Derneği, Ankara

Öztan, N, Aydın, G ve Eroğlu, Ç (2003) Travma Sonrası Normal Tepkiler: Psikoeğitim Elkitabı, MEB/UNICEF, Ankara.(3. Baskı)

Pfefferbaum B (1997) Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 36: 1503–1511.

Psychological First Aid (2006) . National Child Traumatic Stress Network. National Center of PTSD.

Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, Nunez F ve Fairbanks

L (1987) Life threat and posttraumatic stress in school-age children. Arch Gen Psychiatry. 44: 1057–1063.

Van der Kolk B (1987) Psychological Trauma. American Psychiatric Press.

Yule, W., Perrin,S., R. ve Smith, P. (1999) Post –traumatic stress disorders in children and adolescences akt. Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy (ed. William Yule), John Wiley and Sons Ltd, West Sussex, England.

6. BÖLÜM

ETİK /İNSAN/ÇOCUK HAKLARI

GİRİŞ

Türkiye dünyanın önemli deprem kuşaklarından birinin üstündedir; bu nedenle deprem riskini en fazla taşıyan ve deprem zararlarından çok etkilenen bir ülke konumundadır. Depremlerin meydana geldiği bölgelerde yerleşim yerlerinin olması ve buralardaki yoğun nüfus nedeniyle çok sayıda insan yaşamını yitirmekte ve ekonomik zararlar meydana gelmektedir.

Deprem yer içinde birikmiş gerilme enerjisinin aniden boşalmasıdır (Taymaz, 1999). Depremler insanlar tarafından hissedilmeyip, yalnız sismograflarla kaydedilen “duyulmayan” kategoriden başlayarak, çok hafif, hafif, orta şiddetli, şiddetli, çok şiddetli, hasar yapıcı, yıkıcı, çok yıkıcı, ağır yıkıcı, çok ağır yıkıcı ve yok edici kategoriye doğru şiddeti artan bir sıra ile ele alınmaktadır (Tabban ve Gençoğlu, 1975).

Türkiye “Akdeniz, Alp, Himalaya Kuşağı”ndadır ve bu büyük deprem kuşağının bir bölümünü oluşturan “Akdeniz Deprem Kuşağı”nda Portekiz, İspanya, İtalya, Yunanistan, İran gibi ülkelerle birlikte yer almaktadır. Dünyada meydana gelen tüm depremlerin % 15’i bu bölgede gerçekleşmektedir. Türkiye’de dört ana deprem bölgesi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi ülkenin kuzey kısmını yaklaşık doğu-batı doğrultusunda kateden ve toplam uzunluğu 1.600 km olan “Kuzey Anadolu Zonu”dur. Bu zon, fazla hareketli olması nedeniyle dikkat çekmektedir. İkinci bölge ise; Türkiye’nin batı kısmını kapsayan ve Akdeniz’e kadar uzanan “Batı Anadolu Zonu”dur. Üçüncü deprem bölgesi Lübnan ve Suriye üzerinden ülkemize ulaşan, Antakya Amik Ovasını kapsayan, Bingöl ve Karlıova boyunca uzanan ve Kuzey Anadolu Zonu ile birleşen “Doğu Anadolu Zonu”dur. Bunların yanı sıra “Yerel Episantr Zonları” olarak adlandırılan deprem bölgeleri vardır. Bunlar Şanlıurfa, Afyon-Akşehir, Çukurlu, Kırşehir, Yerköy, Kayseri ve Isparta-Burdur illerini kapsamaktadır (Şahin, 1991).

Yukarıda sıralanan deprem bölgeleri dikkate alındığı zaman Türkiye nüfusunun neredeyse tamamının deprem riski altında olduğu ve yaklaşık yarısının da birinci derecede deprem tehlikesi olan bölgelerde yaşadığı söylenebilir.

Türkiye topraklarının gerek yüzyıllardır aktivitesini sürdüren Akdeniz-Alp-Himalaya deprem kuşağında olması, gerekse arazi eğiminin yer yer ortalama % 70'lere varması çeşitli doğal

afetlerle, özellikle depremlerle karşı karşıya kalınmasına neden olmaktadır (Şengün, 2001). Yazılı tarihin başlangıcından itibaren Anadolu topraklarının büyük deprem afetlerine maruz kaldığı ve Pamukkale (Hierapolis), Truva, Efes örneklerinde olduğu gibi bazı medeniyetlerin tarih sahnesinden silindiği veya yerleşim yerlerinin değiştirildiği anlaşılmaktadır. Çeşitli kaynaklardan (Tükel, 1949; Çuhadaroğlu, Kara ve Ustaoglu, 1992; Bağcı, Yatman, Özdemir ve Altın, 1994; Öztin, 1994; Kalafat, 1996; Deprem Araştırma Bülteni, 1998; Aycan, Soydal, Kakillioğlu ve Özkan, 1999; Borduroğlu, Ergünay, Gündoğdu ve Tezcan, 1999; Demirtaş, 2000) elde edilen bilgiler ışığında Türkiye’de meydana gelen önemli depremler ve bunların kimi sonuçları kronolojik olarak Tablo 1’de gösterilmiştir.

Erkan (2001), Marmara Bölgesinde yüzyıllardır deprem meydana geldiğini vurgulamaktadır. Cumhuriyet öncesinde yaşanan depremlerden üçü meydana gelen can ve mal kaybı açısından dikkat çekmektedir. Bunlardan birincisi “küçük kıyamet” olarak adlandırılan ve 14 Eylül 1509 tarihinde İstanbul’da meydana gelen depremdir. Bu depremle ilgili kaynaklarda 13 bin insanın öldüğü; cami, okul gibi binaların da içinde yer aldığı yaklaşık 1150 yapının yıkıldığı bildirilmiştir.

Özellikle İzmit’te ağır hasar yapan ve 4000 kişinin ölmesine neden olan bir diğer deprem 24 Mayıs 1719’da meydana gelmiştir. 7.7 şiddetindeki bu depremde İzmit’in yanı sıra Yalova’nın yarısı önemli ölçüde hasar görmüş ve Sapanca ve Düzce’de yaşayan halk depremden büyük ölçüde etkilenmiştir. İzmit’te önemli hasar yapan ve İstanbul’da da hissedilen bir diğer deprem 2 Eylül 1754 tarihini taşımaktadır. Bu depremden sonra 22 Mayıs 1766 tarihindeki deprem Büyük ve Küçük Çekmece ile Burgaz adasında oldukça ağır hasara neden olmuştur.

Tablo 1. Türkiye’de Meydana Gelen Önemli Depremler ve Sonuçları

Tarih	Yer	Şiddeti	Ölü Sayısı	Hasarlı Bina
14 Eylül 1509	İstanbul	8.0	13000	1150
24 Mayıs 1719	İzmit-Yalova	7.7	4000	Bilinmiyor
24 Nisan 1903	Patnos	6.3	3560	12000
28 Nisan 1903	Malazgirt	6.7	2626	4500

3 Ekim 1914	Burdur	7.1	4000	17000
18 Kasım 1919	Soma	6.9	3000	16000
6 Mayıs 1930	Hakkari	7.2	2514	3000
27/28 Aralık 1939	Erzincan	7-8	33000	116.720
20 Aralık 1942	Niksar-Erbaa	7.0	3000	32.000
27 Kasım 1943	Tosya-Ladik	7.2	4000	40.000
1 Şubat 1944	Bolu-Gerede	7.2	4000	21.000
19 Ağustos 1966	Muş Varto	6.9	2396	20.000
28 Mart 1970	Gediz	7.2	1076	9452
6 Eylül 1975	Diyarbakır-Lice	6.6	2385	8.149
24 Kasım 1976	Van-Muradiye	7.5	3840	9.232
30 Ekim 1983	Horasan	6.9	1155	3.241
17 Ağustos 1999	Marmara Bölgesi	7.4	16000	100.000

İstanbul'dan Adapazarı'na kadar uzanan geniş bir alanda hasar yapan 10 Temmuz 1894 depremi belki de üzerinde en çok çalışma yapılmış bir depremdir. Depremin merkezi Marmara Denizi'dir. Aletsel büyüklüğünün 6.5-7.0 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Depremin neden olduğu can kayıpları, bazı araştırmacılar tarafından 2000-3000 olarak ifade edilmişse de kesin ölü sayısı 474, yaralı sayısı ise 482 olarak belirlenmiştir. Depremden büyük ölçüde etkilendiği bilinen Yalova'daki ölü sayısı hakkında hiçbir bilgi elde edilememiştir. Bu deprem nedeniyle İstanbul'da 387 dayanıklı yapı (cami, mescit, kilise, okul vb), 1087 ev ve 299 dükkan orta veya ağır hasar görmüştür. Söz konusu depremden İstanbul'a su veren Bahçeköy'deki Topuzlu, Valide ve Sultan Mahmud Bentlerine ait kemerin önemli ölçüde hasar gördüğü, Kartal civarında denizaltı telgraf kablosunun kesildiği kayıtlara geçmiştir. 10 Temmuz 1894 depremi İstanbul'un fiziksel, sosyal ve ekonomik hayatını önemli ölçüde etkilemiştir. Depremin yol açtığı ekonomik kayıplar konusunda herhangi bir bilgi ve belgeye rastlanmamış olmasına karşın, hasar gören yapıların onarılması ve yeniden yapılanmasının uzun süre aldığı bilinmektedir.

Yirminci yüzyılın başlarında da ülkemiz önemli kayıpların yaşandığı depremlerle karşı karşıya gelmiştir. Erzurum (1901), Malazgirt (1903), Patnos (1903), Göle (1903), Burdur (1914), Tokat (1916), Soma (1919) bu depremlerden bazılarıdır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında, 22 Ekim 1926 tarihinde Kars'ta 6.0 şiddetinde deprem olmuş ve 355 kişi yaşamını kaybetmiş ve 1.100 bina hasar görmüştür. Bu depremden yaklaşık 4 yıl sonra 6 Mayıs 1930'da Hakkari'de 7.2 büyüklüğünde bir deprem meydana gelmiş ve 2.514 kişi ölmüştür.

Erzincan Ovası'nda Türkiye'nin hemen hiçbir yerinde rastlanmayacak kadar sıklıkla deprem meydana gelmiştir. Bu depremlerden en şiddetlilerinden birisi 27/28 Aralık 1939 tarihinde gece saat 2.00'da meydana gelen ve 7-8 şiddetindeki depremdir. Bu deprem sonuçları açısından dünyadaki en ağır depremler arasında sayılmaktadır. Bu deprem sonucu Erzincan ve çevresinde yaklaşık 33.000 kişi hayatını kaybetmiş ve binlerce kişi yaralanmıştır. Hemen hemen bütün binalar yıkılmış ve kullanılamaz hale gelmiştir. Depremden sonra pek çok vatandaş kendi veya Devlet olanaklarıyla Türkiye'nin batı ve güney illerine göç etmiştir.

Bu depremden sonra ülkemizde kısa aralıklarla çok sayıda deprem meydana gelmiştir. Şiddeti 6'dan büyük olan ve can kayıplarının yanı sıra önemli maddi kayıplara neden olan depremlerden bazıları Niksar-Erbaa (1942), Adapazarı-Hendek (1943), Tosya-Ladik (1943), Bolu-Gerede (1944), Karlıova (1949), Varto (1966), Amasra-Bartın (1968), Demirci ve Alaşehir (1969), Gediz (1970), Burdur ve Bingöl (1971), Lice (1975), Muradiye (1976), Erzurum-Kars (1983) şeklinde sıralanabilir. Bu depremlerde meydana gelen toplam can kaybı 25.000 civarında iken, yaralananların sayısı tam olarak bilinmemektedir. Bu depremler sonucunda sayısız bina tamamıyla oturulamaz hale gelmiştir.

Son on beş yıla bakıldığı zaman ülkemizde önemli can ve mal kayıplarına neden olan depremlerin meydana geldiği görülmektedir. Erzincan (1992), Dinar (1995) ve Ceyhan (1998) depremleri bu depremler arasındadır. Son olarak 1999 yılında Marmara Bölgesinde ve Düzce'de meydana gelen depremler sonuçları nedeniyle "yüzyılın felaketi" olarak tanımlanmaktadır. Bu depremlere ilişkin kimi bilgiler aşağıda verilmiştir:

13 Mart 1992 tarihinde yerel saatle 19.19'da Erzincan'da meydana gelen deprem önemli hasarlara yol açmıştır. Bu deprem Tunceli, Gümüşhane illerini de etkilemiş; ancak en ciddi can ve mal kayıpları Erzincan merkez ve köylerinde meydana gelmiştir. Deprem sonucunda

kentin haberleşme, su, elektrik, ulaşım gibi temel alt yapısı devre dışı kalmıştır. Erzincan depremi 653 can alırken, 850'si hastane tedavisi gerektiren 3850 kişinin yaralanmasına ve 3 trilyon lirayı aşan doğrudan ekonomik kayba neden olmuştur.

Türkiye'de son 10 yılda meydana gelen bir diğer deprem Dinar depremidir. Bu deprem 1 Ekim 1995 tarihinde yerel saatle 17.57'de meydana gelmiş ve aletsel büyüklüğü 5.9 olarak hesaplanmıştır. Afyon ili Dinar, Başmakçı, Evciler, Dazkırı, Kızılören ilçeleri ve köylerinde meydana gelen depremde 94 kişi hayatını kaybederken, 250 kişi de yaralanmıştır. Depremde 4340 bina oturulamaz duruma gelmiş; 3712 bina orta, 6104 bina da hafif derecede hasar görmüştür. Dinar depreminde binaların yaklaşık % 30'u tamamen yıkılırken, en fazla hasar tek kattan fazla ve betonarme binalarda meydana gelmiştir. Hasar ovalık bölgede fazla, kayalık bölgelerde çok azdır

1998 yılında ülkemizdeki büyük depremlerden birisi Ceyhan'da meydana gelmiştir. 5.9 şiddetindeki bu depremde 145 kişi yaşamını yitirmiş ve 1338 bina hasar görmüştür.

17 Ağustos 1999 tarihinde saat 3.02'de merkez üssü Kocaeli ili Gölcük ilçesi olan ve Sakarya, Kocaeli, Yalova, Bolu, İstanbul, Bursa ve Eskişehir illerinde de etkili olan 7.4 büyüklüğünde bir deprem olmuştur. Bu depremde 15.000'in üzerinde kişi yaşamını yitirmiş ve 30.000'den fazla kişi yaralanmıştır. Depremde 100.000'den fazla binanın hasar gördüğü ve maddi kaybın 10 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Bu deprem çok geniş ve yoğun bir alanı etkilediği için hasarın yaygınlığı ve boyutu da o ölçüde büyük olmuştur. Bu nedenle yüzyılın en büyük deprem felaketi olarak değerlendirilmektedir.

Ülkemizde meydana gelen depremlerin sonuncusunun bu deprem olmadığı bilinmektedir. Şöyle ki bu depremden sonra 12 Kasım 1999'da Düzce'de ve daha sonra Çankırı ilinde 2 önemli deprem daha meydana gelmiştir.

Buraya kadar verilen bilgilere bakıldığında, ülkemizdeki depremlerin, büyük ölçüde can ve mal kaybına yol açan özelliği öne çıkmaktadır. Depremlerin insanlar üzerindeki etkisini ele alan çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır. Oysa, can ve mal kaybı, depremi yaşayan insanların ruh sağlığını doğrudan etkileyen bir yaşam olayıdır.

9.1. ETİK KURALLAR

Türk Dil Kurumu'nun Türkçe Sözlük'ünde (1988) etik, töre bilimi, ahlak bilimi, ahlaki, ahlakla ilgili, şeklinde tanımlanmaktadır.

Etik iyiyle kötünün ayrılabilmesi için ölçüler koyan bilim. Yunan kökünden gelen "ethique" sözcüğüyle Latin kökünden gelen "morale" sözcüğü Osmanlıcada "ahlak" ve Türkçede "törebilim" sözcükleriyle karşılanmıştır (Hançerlioğlu, 1973). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Bürosu'na (1987) göre etik, diğer insanlarla çalışırken herkes tarafından kabul edilen bir dizi prensip, uygulama kriteri ve karar verme sürecinde insanlara rehberlik eden düzenlemelerdir.

Bir mesleğin ahlak kuralları, mesleğin teminatıdır ve meslek bu yolla toplumun kendisine olan güveninin sürekliliğini sağlar. Böyle bir güvenden yoksun olması, mesleki tekelciliğini muhafaza etmesini engeller. Mesleki ahlak kuralları açıktır, sistematiktir ve bağlayıcıdır. Bu kurallar, müracaatçı-meslek elemanı ve meslektaşlar arasındaki ilişkileri tanımlar(Kut, 1988).

Etik kurallar; hizmet veren personelin müracaatçılarına, meslektaşlarına, uygulama ortamına, meslek elemanı olmasına, mesleğe ve topluma karşı sorumluluklarını kapsamaktadır. Etik kurallar, hizmet veren personelin mesleki çalışmalarını yürütürken bir rehber olması ve etik konusunda sorunlarla karşılaştığı zaman bir temel oluşturması için hazırlanmaktadır.

Mesleklerin değerlerinde dikkate değer ölçüde bir değişmezlik vardır, ancak bu durum personelin karşılaştığı etik sorunların değişmez olduğu anlamına gelmemektedir. Tersine, toplumsal, siyasal, ekonomik ve teknolojik değişmelere bağlı olarak bazı değişiklikler kaçınılmaz olarak ortaya çıkmaktadır. Bu değişiklikler personel, müracaatçılar, sistem, kurum, işveren, diğer meslek elemanları ve toplum çerçevesinde çeşitli etik sorunları beraberinde getirmektedir. Personelin hem yardım edici hem de kontrol edici olarak işlev görmesi, gizlilik, müracaatçıya doğruyu söyleme; korumacılık ve kendi kararını kendisinin vermesi; yasalar, politikalar ve düzenlemeler; bildirim; sınırlı kaynakların dağılımı; kişisel ve mesleki değerler arasındaki çelişkiler gibi konularda kararlar almasını gerekli kılmaktadır.

Bu sorunlara çözüm getirebilmek ve mesleki uygulamalara yardımcı olabilmek için etik ilkelerin ve standartların ortaya konulması gerekmektedir. Etik Kuralların çeşitli işlevleri bulunmaktadır:

1. Etik kurallar hizmet misyonunun kökeni olan temel değerleri tanımlar,

2. Etik kurallar mesleğin temel değerlerini yansıtan yaygın etik ilkeleri özetler ve uygulamalarda rehber olarak kullanılabilir ve kültürel ve toplumsal yapılara uyarlanabilecek bir etik standartlar takımı oluşturur,
3. Etik kurallar uygulamalarda etik açıdan sorunlu alanların saptanmasına ve uygulayıcılara mesleki yükümlülüklerde etik belirsizlikler ya da çatışmalar meydana geldiği zaman uygun olan yaklaşımın ya da yöntemin belirlenmesine yardımcı olur,
4. Etik kurallar uygulamaların toplumun geneli tarafından anlaşılabilmesi için etik standartlar sağlar,
5. Etik kurallar alanda yeni olan uygulayıcıları görevleri, değerleri, etik ilkeleri ve etik standartları konusunda sosyalleştirir,
6. Etik kurallar uygulayıcıların etiğe uygun olmayan uygulama yapıp yapmadığını değerlendirmede kullanabileceği standartları ifade eder.

Yukarıda sıralanan işlevler çerçevesinde hazırlanan etik kuralları, etik sorunlar ortaya çıktığında karar verebilmek ve işlem yapabilmek için rehber olabilecek bir değerler, ilkeler ve standartlar takımı sunmaktadır. Ancak uygulayıcıların çeşitli durumlarda nasıl davranacağını reçetesini sunan bir kurallar bütünü sağlamamaktadır. Spesifik uygulamaların hangi çerçevede ele alındığına bağlı olarak, Etik kuralların değerleri, ilkeleri ve standartları arasında çatışma olabileceği olasılığı da göz önünde tutulmalıdır. Etik sorumluluklar kişisel ve ailevi ilişkilerden başlamak üzere sosyal ve mesleki ilişkilere kadar uzanan tüm insani ilişkilerden kaynaklanmaktadır.

Etik karar verme bir süreçtir. Karşılaşılan karmaşık etik sorunların çözümü için basit cevapların olmadığına ilişkin pek çok örnek vardır. Etik değerlendirmenin gerekli olduğu bir durumda burada yer alan bütün değerlerin, ilkelerin ve standartların dikkate alınması gerekmektedir. Alınan kararlar ve gerçekleştirilecek eylemler etik kuralların ruhu ve anlamı ile uyumlu olmalıdır.

Uygulayıcılar genel olarak etik kuram ve ilkeleri göz önünde bulundurmalı ve yasalar, düzenlemeler, kurum politikaları ve diğer etik kuralları dikkate almalı, ancak Etik Kuralları temel başvuru kaynağı olarak görmelidir. Uygulayıcılar etik kararlar alırken, müracaatçılarının ve kendilerinin kişisel değerleri, kültürel ve dinsel inançları ve

uygulamalarının etkisinin farkında olmalıdırlar. Kişisel ve mesleki değerleri arasında bir çatışma olduğunu fark ettiğinde bunu sorumlu bir biçimde çözümlmelidir. İlave rehberlik için mesleki etik konusundaki literatürü incelemeli ve etik ikilemlerle karşılaştığı zaman uygun danışmanlık almak için kurumda yer alan etik kurul, bilgili meslektaşlara başvurmalıdır.

Uygulayıcıların etik yükümlülükleri; kurumların politikaları, ilgili etik kurallar ve düzenlemeler ile çatışması durumunda, uygulayıcılar çatışmayı değerler, ilkeler ve standartlar ile tutarlı bir biçimde çözebilmek için sorumlu bir çaba harcamak zorundadır. Çatışmanın akılcı bir çözümü olası görünmüyorsa, karar vermeden önce yukarıda belirtilen yapılarla etkileşime girmelidir.

Dikkate alınması gerekli olan önemli bir konu, etik kuralların belirlenmesinin uygulayıcıların etiğe uygun davranış göstermelerini garanti altına almayacağıdır. Ayrıca burada belirtilen değerler, ilkeler ve standartlar karşılaşılan etik sorunların tümünü çözemeyebilir; toplumun ahlaki değerleriyle uyuşmayabilir. Bu durumda sorumlu seçimler yapma girişimlerinde yeterli zenginliği ve karmaşıklığı yakalayamayabilir.

Etik Kurallar meslek elemanları için değerler, etik ilkeler ve etik standartlar oluşturur. Bununla mesleki uygulamalar değerlendirilebilir. Etik davranış, etik uygulama yapma taahhüdünün bir sonucudur. Bu nedenle etik kuralların altına imza atan meslektaşlar bunun uygulanmasına kaktı vermek, mesleğin değerlerine ve etik olarak davranmaya bağlı kalmak zorundadır. İlkeler ve standartlar, ahlaki soruları ayırt edebilen iyi karakterli, iyi niyetli ve doğru etik kararları vermek isteyen kişiler tarafından uygulanmalıdır.

Uygulayıcılar müracaatçılara, işverenlere, meslektaşlara, mesleğe ve topluma karşı sorumluluklarını yerine getirirken çeşitli etik ikilem veya açmazla karşı karşıya gelmektedir. Buna ilişkin etik ikilem veya açmaz alanları aşağıda sıralanmıştır.

9.2. ETİK İKİLEMLER

Reamer (1982) etik ikilemleri veya açmazları yedi başlık altında ele almaktadır. Bunlara ilişkin sorular aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. Gizlilik: Ne gizli tutulacak?, 3. şahıslara karşı sorumluluklarımız? konusu bir açmaz olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda elde edilen bilgi mesleki nedenlerle açıklanabilir mi? sorusunu da sorarak duruma açıklık getirmek gerekmektedir.

2. Doğruyu Söyleme: Bu duruma özellikle sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için daha sık karşılaşılabilmektedir. Teşhis, tedavi, bakım ve bunun sonuçları konusunda yapılması gereken ne olacaktır?

3. Korumacılık ve Kendi Kararını Kendisinin Vermesi: Koruyuculuk nereye kadar sürdürülecek? Hata yapmaya izin verilecek mi?

4. Yasalar, Politikalar ve Düzenlemeler: Bir çocuğun istismar edilmesi durumunda yasalar işletilecek mi? Dayak konusu ne olacak? Bu gibi durumlarda çocuk evinden uzaklaştırılacak mı?

5. İhbar Etme (Bildirme): Bir başka meslek elemanının yaptığı yanlış ihbar edilecek mi? Bir müracaatçıdan elde edilen bilgi, gizlilik ve ihbar etme konusu nasıl halledilecek?

6. Sınırlı Kaynakların Dağılımı: Yiyecek, ev, program fonları, rehabilitasyon programlarına alınma ve zaman nasıl paylaşılacak?

7. Kişisel ve Mesleki Değerler: Uygulayıcının kişisel değerleri ile meslek değerleri arasındaki çelişkiler ortaya çıktığı zaman nasıl halledilecek? Müracaatçının değerleri ile çelişki olduğu zaman nasıl çözümlenecek?

9.3. SONUÇ

Etik kurallar uygulayıcının; müracaatçıları ve meslektaşları ile kuracağı ilişkilerde, bir takım davranış standartlarını kapsar. Bu kurallar, mesleki çalışmalarını yürütürken rehber olma ve etik konusunda sorunlarla karşılaştığı zaman bir temel oluşturma işlevi görmektedir.

Etik kurallar uygulayıcıların hizmet verdikleri müracaatçılar, meslektaşları, işveren veya işveren kuruluşlar ve meslek elemanlarıyla, toplumla bir bütün olarak ilişkilerindeki etik davranış standartlarını kapsamaktadır. Buna karşın etik kuralların da bazı açmazları veya ikilemleri bulunmaktadır.

7. BÖLÜM

AFET ZARARLARINI AZALTMA, ÖNLEME, HAZIRLIK VE ÖRGÜTLEME

Nuray Karancı

Orta Doğu Teknik Üniversitesi

Psikoloji Bölümü

E-posta: karanci@metu.edu.tr

Özet

Bu bölümde toplumda afet zararlarını azaltmak ve hazırlıklı olmak , toplumun afetler konusunda bilinç düzeylerini arttırmak ve gerekli davranışların geliştirilmesi üzerinde durulacaktır. Ayrıca halk eğitimi programlarının temel özellikleri ulusal ve uluslararası literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Afetlere hazırlıklı olmak, zarar azaltma, toplum katılımı ve örgütlenmesi

7.1. Giriş

Afetlerle karşılaşmamak için, afet öncesi dönemde zarar azaltma ve hazırlıklı olmak çok önemlidir. Yerel halkın katılımı olmadan afet zararlarının etkin bir şekilde azaltılmasının ve hazırlıklı olmanın mümkün olamayacağı da bir gerçektir. Bu bölümde afet zararlarını azaltmak ve hazırlıklı olmak için halkın farkındalığını ve katılımını sağlamak , gerekli örgütlenmeyi teşvik etmek için önemli olan psikolojik faktörler üzerinde durulacaktır.

7.2. Afet zararlarını azaltmada halk katılımı ve psikolojik faktörlerin önemi

Afetler beklenmedik şekilde ortaya çıkan ve toplumun kaynaklarını, dolayısıyla sosyo-ekonomik yaşantısını sekteye uğratarak, toplumları olumsuz etkileyen olaylar olarak ele alınabilir. Sosyal bilimlerin doğal afetlere yaklaşımına göre fiziksel çevre ve sistemler, toplum sistemi ve yapılandırılmış çevrenin dinamik ve karşılıklı etkileşimi sonunda afet olayı ortaya çıkar. Bu açıdan bakıldığında, örneğin fay hatlarında meydana gelen bir kırılma olayı yani depremler tek başlarına afet değildirler. Afet olarak sınıflanabilmesi ancak yapılandırılmış ya da doğal çevre ve toplum üzerindeki etkileri ile belirlenebilir.

Afetler, yukarıda verilen tanımda da değinildiği üzere, beklenmedik şekilde ortaya çıkarlar. Bu yüzden bireylerdeki, “başkalarına olabilir ama bana bir şey olmaz”, “benim olduğum yerde olmaz”, “olursa bile bana bir şey olmaz” şeklindeki yaygın ve yanlış varsayımların aksine ne zaman, nerede gerçekleşeceği tam olarak kestirilemeyen olaylardır. Bu nedenle iyimserlik yanlılığına kapılmadan afetlere sürekli hazırlıklı olmak ve zarar azaltıcı önlemleri daima işler tutmak gerekir. Bu hazırlık için valiliklerin, belediyelerin ve diğer kuruluşların çalışmalarına halkın katılımı sağlanmalıdır. Halkın katılımını sağlayabilmek için kişilerin, tehlikeler ve zarar görübilirlikleri konusundaki farkındalık derecelerini, yerel sahiplenme duygularını, beceri ve yeterlik algılarıyla kendilerine olan güvenlerini artırıp, böylece zarar azaltma ve hazırlıklı olma planları gerçekleştirmeye teşvik edilmeleri gerekir.

Uzun vadede deprem zararlarının azaltılması için önlemler alınması ve olası depremlere hazırlıklı olmanın gereği ortadadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde afet zararlarının azaltılması ve hazırlıklı olma davranışlarının geliştirilmesi ve pekiştirilmesinde yerel toplumun katılımı son yıllarda üzerinde önemle durulan bir konudur (FEMA, 2000). Erzincan ve Dinar’da yapılan iki çalışma bu konularda ilginç bulgular ortaya çıkarmıştır (Karancı, 1997; Karancı ve Akşit, 2000; Rüstemli ve Karancı, 1999). Sonuçlar, genelde halkın önlem alınabileceğine ve hazırlıklı olunabileceğine inandıklarını, ancak hazırlıklı olma davranışlarının yaygın olmadığını göstermiştir. Burada önemli olan sivil toplum kuruluşları ile bu sorumluluğun halk tarafından üstlenilmesinin sağlanmasıdır.

Afetlere hazırlıklı olabilmek için birey ve aile düzeyinden başlayarak, yerel ve merkezi düzeyde hatta uluslararası düzeyde yapılması gerekenler bulunmaktadır. Örneğin, depremler doğa olaylarıdır. Ancak, depremlerin afete dönüşmelerinde mevcut toplumsal ve fiziksel yapılar rol oynamaktadır. Dolayısıyla, farklı alanlardan katılım ile ülkemizin afetlere hazırlıklı olabilmesi ve zararları en aza indirebilmesi mümkündür. Bu anlamda risk yönetimi kavramı önem kazanmaktadır. Halkın tehlikelerin ve zarar görübilirliklerinin farkına varması ve tehlike etkilerini azaltmak için bir şeyler yapmaları gerekir. Bunun için halk bilinçlendirilmeli, risk yönetimi çalışmalarına ağırlık verilmeli,

halkın katılımları sağlanmalı ve bu şekilde tehlikenin farkına varılarak afetlerin yaratabileceği zararlar en aza indirilip toplum afet anı ve sonrası için hazır hale gelebilmelidir.

Zarar azaltma ve hazırlıklı olma davranışının gerçekleşmesi için öncelikli olarak iki bilişsel değerlendirme süreci aşılmalıdır. Birincil değerlendirmede, birey kendine tehlikenin olup olmadığını (örneğin; depremin olup olmayacağı ya da ne zaman olacağı ve olursa can-mal kaybının olup olmayacağını) sorar. Bir anlamda kritik farkındalık ya da tehlike algısı söz konusudur. Kritik farkındalığın ardından ikincil değerlendirme gelir. Tehlike ile başa çıkılabilir mi, birşeyler yapılabilir mi, kaynaklar neler ve yeterli mi gibi sorular sorulur. Bireysel düzeyde başa çıkma becerileri, sosyal destek, kontrol inancı ve öz-yeterlilik vb. ikincil değerlendirmede etkilidir. Hazırlıklı olma ve zarar azaltma davranışı ancak algılanan bireysel başa çıkma becerileri ve kaynakları algılanan tehdidi karşılamaya yeterli ise gündeme gelmektedir. Yani önlem almaya yönelik sorumlu davranışın ortaya çıkması için, bireyin kendi kaynaklarını zarar azaltma ve hazırlıklı olmak için yeterli olarak değerlendirmesi gerekir.

Yukarıda sözü edilen değerlendirme aşamalarını ülkemizde yapılan araştırmalardan elde edilen birtakım bulgular açısından değerlendirdiğimizde ortaya ilginç sonuçlar çıkmaktadır. İstanbul-Bakırköy’de, 2005 yılında yapılan ve 369 binanın yer aldığı Dünya Bankası destekli 8 aylık binaların güçlendirilmesine yönelik fizibilite çalışmasında yüksek riskli olarak tespit edilmiş bu binalarda oturan yaklaşık 4000 kişiye anket uygulanmıştır. Sonuçlar çoğunluğun deprem olgusunu zihinlerinde ertelediklerini ve ancak 2 ile 5 yıl, veya daha sonra deprem olabileceğine inandıklarını göstermiştir. Depremle ilgili konuşma ve buna ilişkin kaygı düzeyinin orta ve yüksek düzeyde olduğu ve algılanan tehdit/zarar beklentisinin de yüksek olduğu bulunmuştur. Yani birincil değerlendirmede tehlike ve zarar görülebilirlik algısının olduğu ancak tehlikenin daha uzak bir zamana konulduğu (2-5 yıl) görülmüştür.

İkincil değerlendirmede, başka deyişle zararı azaltma ile ilgili olarak genel yeterliliği belirlemede “genel olarak deprem zararlarını azaltmak için önlem alınabilir mi

?” sorusuna çeşitli illerde yürütülen çalışmalarda Erzincan’da % 82, Dinar’da % 71 ve İstanbul’da (Bakırköy) % 84’ü evet derken, “Siz zarar azaltmak için bir şeyler yapabilir misiniz ?” (öz-yeterlilik) sorusuna Erzincan ve İstanbul’da % 47 ve Dinar’dakilerin % 46’sı olumlu yanıt vermişlerdir. Dolayısıyla genel olarak zarar azaltılabileceğine inanılmakla birlikte, bireylerin kendi kaynakları ve becerileri konusunda daha çekimser oldukları gözlenmiştir. Bunun için halkın becerilerini ve kaynaklarını artırıcı programların uygulanması önem taşımaktadır.

Hazırlıklı olma davranışı gösterenlerin oranı ise ülkemizde oldukça düşüktür. Erzincan (Karancı ve ark., 1993), Dinar (Karancı ve ark., 1997), Çankırı (Karancı ve ark., 2005) ve İstanbul’da (Fişek ve ark., 2002) yapılan çeşitli araştırmalarda insanların sadece % 2 ile % 30 unun deprem çantası hazırlama, ev taşıma ve sağlamlaştırma, yiyecek-giysi stoğu ve sigorta yaptırma gibi çeşitli biçimlerde hazırlık yaptıkları bulunmuştur. Karancı ve Şakiroğlu’nun 2005’te İstanbul’da yaptığı araştırmada ise katılımcıların sadece % 19’u yeterli hazırlığı yaptıklarını belirtmiştir. Yine yapılan araştırmalarda genel olarak eğitim, gelir, kontrol algısı ve korku/kaygı arttıkça hazırlıklı olma davranışında da artış olduğu bulunmuştur.

Zarar azaltma davranışlarının önemli bir belirleyicisi de sorumluluk duygusudur. Sorumluluk alanların daha çok zarar azaltma/hazırlıklı olma davranışı gösterdikleri bilinmektedir. Karancı ve ark., (1994, 1996) ve Kasapoğlu ve Ecevit (2004) bu konuda yürüttükleri çalışmalarda , “zarar azaltmak için önlem almak kimin sorumluluğudur?” sorusunu sormuşlardır. Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi devlet ve belediye büyük oranda sorumluluk odağı olarak görülmektedir. Dolayısıyla, toplumda sorumluluk algısının içselleştirilmesi yönünde çalışmalar gereklidir.

Tablo 1. Zarar azaltmak için önlem almak kimin sorumluluğudur ?

	Erzincan Karancı ve ark., 1994 (%)	Dinar Karancı ve ark ,1996 (%)	Marmara Kasapoğlu ve Ecevit, 2004 (%)
Devlet	49	46	81.7
Belediye	31	39	
Vatandaş	33	26	
Valilik	23	7	
Müteahhit	14	6	

Buraya kadar tartışılan konular ışığında ülkemizde halkta zarar azaltma ve hazırlıklı olma davranışlarının oldukça düşük olduğunu söyleyebiliriz. Bu konuda gerekli olan kritik farkındalığın (afet tehlikelerinin farkında olunması) olduğunun ancak öz-yeterlilik ve kaynaklar konusunda halkın olumlu olmadığı ortaya çıkmaktadır. Bunların yanı sıra sorumluluğun dışsallaştırılarak devlet, belediye gibi kurumlara yüklenmesi sorun yaratabilmektedir. Sorumluluğun içselleştirilebilmesi, becerilerin geliştirilebilmesi ve uygulanabilmeleri için halk eğitim, bilinçlendirme ve örgütlenme çalışmalarının uzun soluklu ve yaygın olarak yürütülmesi önemlidir. Hazırlıklı olma davranışlarının en önemli belirleyicileri eğitim düzeyi, gelir, korku/kaygı ve kontrol algısıdır. Bu değişkenler göz önünde tutulunca afet zararlarını azaltmanın genel olarak kalkınma planlarının bir parçası olarak geliştirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

7.3. Halk Eğitimi

Bu bölümde afet zararlarını azaltmak için gerekli olan halk eğitiminin nasıl olabileceği ve bazı sorunlar üzerinde durulacaktır. Bunu yaparken Çankırı'da

yürüttüğümüz “Afetlere Hazır Olma Yerel Eğitici Eğitimi” programı tartışılacaktır (Karancı ve ark, 2005).

Bu çalışmada, Çankırı’da olası doğal afetlerin sel, toprak kayması ve depremler olduğu göz önünde tutulmuştur. Yerel düzeyde afetlere hazırlıklı olma eğitimi verebilecek eğitici kapasitesini arttırmak için öncelikle çeşitli kesimlerde ve görevlerde çalışan gönüllü 95 kişi hazırlanan eğitici eğitimi kitabı kullanılarak eğitilmiştir. Daha sonra bu eğiticilerin halktan 4750 yetişkine afetlere hazırlıklı olma eğitimini vermeleri amaçlanmıştır. Eğitim tamamlandıktan bir yıl sonra Çankırı’da yerel eğiticilerden eğitim alanlar izlenmiş ve verilen eğitim değerlendirilmiştir (Karancı, Akşit ve Dirik, 2005). Eğitim alanlardan 400’ü tesadüfi yöntemlerle seçilmiş ve kontrol grubu olarak 400 eğitim almayan yetişkin belirlenmiştir. Eğitim programından bir yıl sonra değerlendirme amaçlı seçilen bu 800 kişiye (eğitim ve kontrol grubu) anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçları eğitim alanların almayanlara oranla, daha fazla risk algısına sahip olduklarını, deprem olmasından duyulan endişenin, kayıp beklentisinin ve zarar azaltma /önlem alma inancının ise daha yüksek olduğunu göstermiştir. Eğitim alanlar % 26 oranında hazırlıklı olma davranışları sergilerken eğitim almayanlarda bu oran % 13’tür. Eğitim esnasında öğretilenleri uygulamama gerekçeleri sorulduğunda ise katılımcılar, ihmal (% 36), zamansızlık ve iş yoğunluğu (% 26), ekonomik yetersizlikler (% 13), eğitimin yetersizliği (% 12), ev sahibi olunmadığından değişiklik yapılamaması (% 5), gerek duyulmaması (% 5), uygulamanın fayda sağlamayacağına duyulan inanç (% 2.5) ve ekonomik krizin etkisinden (% 0.5) söz etmişlerdir. Hazırlıklı olma davranışlarının yordayıcılarına bakıldığında ise cinsiyet (erkek olma), eğitim, evin sahibi olmak, afetlere hazırlık eğitimi almış olmak ve afetlerle ilgili kaygının hazırlıklı olma ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

7.4.Sonuçlar

Sonuç olarak, tehlike algısı, yani deprem ve zarar beklentisi önemli bir faktördür. Aşırı kaygı ise savunucu bir tutuma yol açabilmektedir (örn: binam sağlam). Türkiye’de yapılan çalışmalardan, zarar azaltmada, genel yeterliliğin yeterli düzeyde olduğu ancak öz-yeterliliğin görece daha düşük olduğu söylenebilir. Halkın Devlet, Belediye ve Dünya

Bankası gibi kurumlara sorumluluk yüklediği ve zarar azaltma sorumluluğunu dışsallaştırdığı gözlenmektedir. Eğitim düzeyi, gelir, öz güven ve kontrol algısı gibi kaynakların zarar azaltmanın mümkün olduğuna inanma ve hazırlıklı olma davranışlarını yapmada önemli olduğu belirtilebilir.

Afetlere hazırlık konusunda eğitim endişeyi, kayıp beklentisini, hazırlıklı olma tutumunu ve risk algısını etkilemektedir. Ancak, davranış değişikliği daha güç elde edilmektedir. Eğitim yöntemleri, malzemesi ve sürekliliği, eğitim sonrası izleme ve değerlendirme de önem arz etmektedir. Öte yandan, toplumun her kesimine ulaşmak (örn., kadınlar), aşağıdan yukarıya yaklaşım (yani yerel toplum-sivil toplum örgütleri), toplumda başa çıkma tutum ve davranışları, kontrol ve öz-yeterlilik duygularının güçlendirilmesi, maddi destek, yasal revizyonlar, güven ve politik kararlılık, sadece afet sırası ve sonrası değil, öncesi döneme de odaklanmak, sorumluluk ve sahiplenmeyi arttırmak, örgütlenme (bireyden-yerel toplum-merkezi idare), süreklilik-kurumsallaşma bu konuda özen gösterilmesi gereken konular arasında yer almaktadır.

Kaynaklar

Bolin, R. (1989). Natural disasters (Doğal Afetler). In R.Gist & Lubin (Eds). *Psychosocial aspects of disaster* (pp. 61-85), (Afetlerin Psiko-Sosyal Yönleri). New York: John Wiley & Sons.

Drabek, T.E. (1986). *Human system responses to disaster: An inventory of sociological findings (Afetlere insanların tepkileri)*. Springer-Verlag: New York

DSM-IV (1994). DSM-IV Tanı Ölçütleri: Başvuru Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Medikomat.

Ergünay, O. (1996). Afet yönetimi nedir? Nasıl Olmalıdır?. Erzincan ve Dinar Deneyimleri Işığında Türkiye'nin Deprem Sorunlarına Çözüm Arayışları TÜBİTAK Deprem Sempozyumu, Ankara.

FEMA (Federal Emergency Management Agency) (2000). <http://www.fema.gov>

- Jenkins, S.R. (1997). Coping and social support among emergency dispatchers: Hurricane Andrew (Acil yardım Çalışanlarında başa çıkma ve sosyal destek). *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 201-216.
- Karanci, N. A. (1997). Erzincanlıların afet yönetimi ile ilgili değerlendirmeleri ve beklentileri. Dördüncü Ulusal Deprem Mühendisliği Kongresi El Kitabı, 691-698, Deprem Mühendisliği Ulusal Komitesi, Ankara.
- Karanci, N. A., Alkan, N., Akşit, B., Sucuoğlu, H., & Balta, E. (1999). Gender differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinar (Turkey) earthquake (Dinar depremi sonrası stres tepkileri, başa çıkma ve sosyal destek: Cinsiyet farklılıkları). *North American Journal of Psychology*, 1(2), 189-204.
- Karanci, N.A., & Akşit, B. (2000). Building disaster resistant communities: Lessons learned from past earthquakes in Turkey and suggestions for the future (Afete dayanıklı toplumlar geliştirmek: Türkiye’de geçmiş depremlerden çıkarılan dersler ve ileriye yönelik öneriler). *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 18(3), 403-416.
- Karanci, N. A., Aksit, B. & Dirik, G. (2005). Impact of a community disaster awareness training program in Turkey: Does it influence hazard related cognitions and preparedness behaviours. (Türkiye’de yürütülen afet bilincini artırma programının etkileri: Risk algısı ve hazırlıklı olma davranışlarını etkiliyor mu ?) ,*Social Behavior and Personality*,33(3), 243-258.
- Karanci, N. A., & Rustemli, A. (1995). Psychological consequences of the 1992 Erzincan (Turkey) earthquake.(1992 Erzincan depreminin psikolojik etkileri). *Disasters*, 19(1), 8-18.
- Mileti, D.S. (1999). *Disasters by design* (Afetler). National Academy of Sciences. Washington, DC: Joseph Henry Press.
- Quarentelli, E.I., & Dynes, R.R. (1972). *Images of disaster behavior: Myths and consequences* (Afet İmgeleri: Söylenceler ve Sonuçlar). Newark: The University of Delaware, Disaster Research Center.
- Rüstemli, A., & Karanci, N. A. (1999). Correlates of earthquake cognitions and preparedness behavior in a victimised population (Deprem geçirmiş bir grupta depreme

ilgili beklenti ve algılar ve hazırlıklı olma davranışları). *The Journal of Social Psychology*, 139(1), 91-101.

Tierney, K.J. (1989). The social and community contexts of disaster (Afetlerin sosyal ve toplumsal boyutları). In R.Gist & Lubin (Eds). *Psychosocial aspects of disaster* (pp. 11-39). New York: John Wiley & Sons.

Van den Eynde, J., & Veno, A. (1999). Coping with disastrous events: An empowerment model of community healing (Afet olayları ile başa çıkmak: Güçlendirme ile toplumu iyileştirme modeli). In Gist, R., & Lubin, B. (Eds.). *Response to disaster: Psychosocial, community and ecological approaches* (pp. 167- 192). Ann Arbor :Braun-Brumfield.

8. BÖLÜM

MEDYA VE DİĞER KURULUŞLARLA İLETİŞİM VE BİLGİ AKTARIMI

Çoğu afet doğası gereği öngörülemediği ve kontrol edilemediği için engellenemez.

Ancak afetlerin yıkıcı etkilerinin önüne geçmek veya en aza indirmek için hazırlanacak olan bir afet yönetim planıyla mümkün olabilir. Etkili afet yönetimi, krizlerde (öncesi, kriz anı ve sonrası) neler yapılması gerektiğinin bilinmesini ve bireysel, kurumsal ve ulusal düzeyde gereken hazırlıkların yapılmasını gerektirir. Afet planı, afetin türüne göre gerekli ön hazırlıkları, kriz anında yapılması gerekenleri, kriz hali sonrasındaki değerlendirme ve takip süreçlerini ve tüm bunların kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceğini tanımlar.

Yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde etkili afet yönetiminin planlanması ve uygulanması için medya ve diğer ilgili kurumlar arasında işbirliği ve eşgüdüm esastır. Afet yönetiminin koordine edildiği merkezin en önemli sorumluluğu polis, kıyılay, itfaiye, hastaneler ve medya gibi ilgili tüm taraflara sağlıklı bilgi akışının doğru zamanlamayla gerçekleştirilmesini sağlamaktır. İyi zamanlanmış, doğru ve kesintisiz bilgi akışı aynı zamanda halkın da bilgilendirilmesini sağlayarak oluşabilecek paniğin, gereksiz ve yanlış söylentilerin önüne geçmede önemli rol oynar. Gereğinden az ya da fazla bilgi, henüz doğruluğu onaylanmamış veya çarpıtılmış bilgi afet anlarında çok kritik kararların yanlış verilmesine ve ilgili kurum ve kuruluşların yanlış yönlendirilmesine neden olacaktır. Ayrıca, afetten etkilenen halkın krizi yöneten ve karar verenlere yönelik güvenlerini sarsacaktır. Genellikle afet anlarında gözetilmesi gereken dört bilgi akışı tanımlanır (Sagun, Bouchlaghem, ve Anumba, 2009);

- a) Afet yönetimine katılan kurum ve kuruluşların iç bilgi akışı
- b) Kurumlar arası bilgi akışı
- c) Halktan kurumlara gelen bilgi akışı

d) Kurumlardan halka yönlendirilen bilgi akışı

Bilgi akışının sürekli olması ve gereksiz kesintilere uğramaması için gelişmiş bilgi ve iletişim teknolojilerinden faydalanılmalıdır (Sagun, Bouchlaghem, ve Anumba, 2009). Bu nedenle afet öncesi bu teknolojinin alt yapısı hazırlanmalı, kimler tarafından, nasıl ve hangi kapasiteyle kullanılacağı önceden planlanmalıdır. Bilgilerin toplumun geri kalanı ile paylaşılabilmesi için bir web sitesinin hazırlanması düşünülebilir.

İlgili kaynaklar (örn., Hoffman ve Kleinman, 1996; Murrell, 2001; Roughton ve Awadalla, 1998; Wenger, 1985) yapılacak bilgilendirme süreçlerine ilişkin bazı öneriler sunmaktadır. En sık tekrarlanan önerileri şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Doğru bilgiler mümkün olduğunca ilk elden toplanmalı ve doğrulukları teyit edilmeli,
- Halk planlı ve kesintisiz olarak bilgilendirilmeli,
- Doğru bilgiler gerekli kişi ve kurumlara olabildiğince hızlı iletilmeli,
- Dedikodunun/yanlış söylentilerin önüne geçilmeli,
- Kullanılan dil anlaşılır olmalı,
- Afetten etkilenenlerin kimler olduğu ve ne oranda etkilendikleri sansasyonlara yol açmadan ve özel yaşamları ihlal edilmeden açıklanmalı,
- Afetin tam olarak nasıl ve nerede gerçekleştiği belirtilmeli,
- Afete doğrudan maruz kalanların yanı sıra dolaylı olarak etkilenebilecekler de belirtilmeli,
- Tehlike/tehditin devam edip etmediği (özellikle çocuk, yaşlı, engelli ve diğer yardıma gereksinim duyanlar için) açıklanmalı,
- Yaşanan afetin hangi olayları tetikleyebileceği öngörülme çalışılmalı,

- İletişimin sağlanacağı haberleşme zincirleri oluşturulmalı,
- Gerekli iletişim bilgileri ve telefon numaraları herkes tarafından kolayca ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı,
- Kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde iletişim ağları oluşturulmalı,
- Bilgiler bir merkezde toplanmalı, gerekli açıklama ve bilgilendirme bu merkezce belirlenmiş eğitimli kişilerce yapılmalıdır.

Afet yönetiminde sağlıklı iletişim ve eşgüdümün yürütülmesi gereken en önemli kurumların başında medya gelmektedir. Çünkü, afet yönetiminde iletişim ve bilgi aktarımının önemli bir kısmı medya yolu ile gerçekleşmektedir. Afet durumlarında medyanın en sık tartışılan rolleri a) medyanın toplumda olan biteni izlemesi ve duyurmasıyla, b) kendi yarattığı söylemlerle topluma bakış açısı kazandırmasıdır. Bu rollerden hareketle ilgili alan yazın, medya ve afet yönetimi ilişkisini en az iki farklı şekilde yorumlar (Vasterman, Yzermans, ve Dirkzwager, 2005; Murrell, 2001; Wenger, 1985). Birinci görüş medyanın afet yönetimine zarar verdiğini ileri sürerek medyanın kontrol edilmesi gerektiğini savunur (Wenger, 1985). Örneğin, tahliye ve arama – kurtarma gibi çalışmalar sırasında medya üyeleri işlerin aksamasına neden olabilir. Bu nedenle çoğu yetkili medyanın afet bölgesinde olmasının engellenmesi gerektiğine inanır. Medyanın afet çalışmalarına olumsuz etkilerine dair diğer bir örnek muhabirlerin detayları öğrenmeye yönelik tutumları olabilir. Medya üyelerinin “neden, nasıl, kim, nerde, ne zaman...” gibi soruları henüz afet hakkında net bilgilere ulaşılmadan ısrarla sorma eğilimleri yetkililer üzerinde baskı yaratabilir. Yetkililer de çoğu kez bu baskının etkisiyle uygun olmayan ve henüz teyit edilmemiş cevaplar verebilir.

Medyada afetin ve afetzedelere ilişkin görsel öğelerin sunuluş biçiminden kaynaklanan olumsuzluklardan da söz edilebilir. Medyadaki görüntüler nedeniyle afetzedeler hakkında

yanlış izlenimler ya da önyargılar oluşabilmektedir. Örneğin, afetzedelerin bir kısmının şok olmuş, şaşkınlık içerisinde donup kalmış görüntüleri aslında afetzedelerin çoğunluğunun durumunu yansıtmamaktadır. Hayatta kalanların çoğunluğu anında arama-kurtarma çalışmalarına özverili bir şekilde katılmaktadır (Salzer ve Bickman, 1999). Medyada yer alan haberler ve bu haberlerin verilmiş biçimi afet bölgesine gönderilen yardımları da etkilemektedir (Wenger, 1985). Yanlış bilgilendirme nedeniyle bazı yardım malzemeleri gereğinden fazla gönderilirken (özellikle giyecek ve malzeme yardımları) ihtiyaç duyulan bazı malzemeler ise hiç gönderilmemektedir.

Öte yandan, medya ile ilişkilerin olumlu bir biçimde kurulmasının afet yönetiminde çok önemli etkileri de olabilir. Örneğin afet öncesinde halkı afet ve afet yönetimi konusunda bilgilendirme ve yönlendirme çalışmaları sırasında medya aracılığıyla çok sayıda kişiye kısa sürede ulaşmak mümkündür. Afet sırasında ya da hemen sonrasında özellikle gelişen teknoloji sayesinde, medya organları hem toplum için önemli birer uyarı ve bilgilendirme aracı hem de afet çalışmalarına katılacak olan kurum ve kişilerin yerel, ulusal ve uluslararası düzeylerde organize olmalarına yardımcı olabilir.

Medyanın rolü bu kadar belirginken kriz müdahale ekibinin içinde iletişim ve medya koordinatörünün olmasının gereği de açıktır (Delude, 1996; OVC, 2003). İletişim ve medya koordinatörü; medya ile iletişim kuran, kurum personeline ve çevreye bilgi yaymak için rapor hazırlayan, polis, acil servis, hastane ve bölge yöneticisi ile iletişimi sağlayan ve mevcut durum hakkında bilgi veren kişidir. Bu kişi medyadan gelen tüm bilgi taleplerini yönetir ve diğer kriz yönetim ekibi üyeleri ile iletişime geçerek medya taleplerine cevap verir.

Medyanın izinsiz olarak afet alanına girmesinin önlenmesi için medya üyelerinin yetki sınırları önceden belirlenmelidir. Yerel, bölgesel ve ulusal muhabirler genellikle afetten kısa

bir süre sonra olay yerine ulaşırlar. Bu muhabirler için düzenli basın toplantıları yapılmalı ve bu toplantılarda “yorum yok” gibi açıklamalarda bulunmak yerine gerekli ve yeteri kadar bilginin verilmesi sağlanmalıdır. Gayri-resmi açıklamalardan kaçınılmalıdır. Medyaya söylenen her şeyin tekrar edilebilir ve belgelenebilir olması gerekir. İlk önce hangi medya kuruluşu ile konuşulacağına karar verirken sağduyulu davranılmalı ve öncelik, sırasıyla yerel basına, sonra ulusal basına ve sonra da uluslararası basına verilmelidir. Afete hazırlık planları medya temsilcilerinin çalışabilecekleri fiziksel ortamın oluşturulmasını ve medya üyelerinin temel gereksinimlerinin nasıl sağlanacağını da içermelidir. Afet yönetim planının hazırlanması ve uygulanması sürecine bir medya temsilcisinin de dahil edilmesi afet sırasında medya yönetimini kolaylaştırabilir.

Afet gibi toplumun genelini ilgilendiren bir kriz anında, medyanın ilgisi yoğun olacaktır. Kısa bir zaman içinde mümkün olduğu kadar çok hikaye toplamayı hedefleyen medya üyeleri, bilgi almak için pek çok kişiye danışabilir. Önceden hazırlanmış bir kriz planı ve kriz müdahale ekibi sayesinde, medyanın taleplerini karşılayacak bir yetkilinin olması önemlidir. Medyaya bilgi akışı ise tek bir kişi tarafından gerçekleştirilmelidir. Bilgi isteyenler medya koordinatörüne yönlendirilerek, haberin tek ve doğru kaynaktan alınması sağlanmalıdır. Eğer medyaya bilgi akışı yetkililerce sağlanmazsa, medya açıklama yapacak başka birilerini mutlaka bulacaktır.

Tek kaynaktan bilgi edinilmesi alınan bilginin güvenilirliği açısından önemlidir. Medya koordinatörünün kesinleşen bilgiler vermesi, spekülasyonlara yol açacak “yorum yok” gibi söylemlerden kaçınması gerekir. Medyanın yetkisiz kişilerden bilgi almasının önlenmesi için medya koordinatörünün medya üyeleri ile iyi bir iletişim kurması gerekmektedir (Murrell, 2001; Wenger, 1985).

Medya koordinatörü öncelikle medyaya olay hakkında bazı kısa bilgiler vermelidir. Bu bilgiler “olay ne, nerde, nasıl, neden ve ne zaman oldu, kimler etkilendi, (varsa) hasar ve/veya ölü/yaralı durumundaki son gelişmeler neler” şeklinde sıralanabilir. Medya koordinatörünün bu bilgileri verirken bazı etik ilkeleri göz ardı etmemesi gerekir. Bu basit ilkelerin başında kriz mağdurları ile empati kurarak hareket etmek, gerekmediği sürece isim vermeden açıklamada bulunmak, ölen/yaralanan kişiler hakkında bilgi verirken mümkün olduğu kadar medyadan önce o kişilerin ailesine haber vermeye çalışmak yer alır.

Medya koordinatörünün dikkat etmesi gereken bir başka nokta ise resmi olmayan bilgiler vermemektir. Eğer sorulan bir konu hakkında bilgisi yoksa bunu açıkça belirtmeli ve o konu hakkında bilgi toplayıp medyayı aydınlatacağı konusunda medyayı ikna etmelidir. Medya üyelerinin başka kaynaklara yönelmeyeceğinden emin olduktan sonra medya koordinatörü sorulan sorular hakkında detaylı bilgi edinmeli ve bunları en kısa süre içinde medya ile paylaşmalıdır. Böylece iletişim ve medya koordinatörü ile medya üyeleri arasında bir güven ilişkisi kurulacaktır. Medya koordinatörü, medyadan talep gelmesini beklemeden gelişmeleri onlarla paylaşmalıdır. Medyaya bilgi veren koordinatörün olay yerinde olması önemlidir. Afetin yaşandığı yerde verilmeyen bilginin daha az inandırıcı olduğu ve toplumda “önemsenmiyor” izlenimi uyandırdığı saptanmıştır (Murrell, 2001).

Koordinatör dinleyicilerin tepkilerini de dikkatle incelemeli ve aktarılan bilginin anlaşılır olmasına özen gösterilmelidir. Sorulan soru korku ya da tehdit içeriyorsa cevaplayan kişinin açıklama yapması ve ikna etmesi gerekir. Şüpheleri önlemek için doğrudan ve eksiksiz olmak önemlidir.

Medya koordinatörünün gülümseme ve dostça jestler gibi olumlu beden dili ipuçları vermesi gerekir. Bilgilendirme sırasında güvenilir bir izlenim uyandırması açısından medya koordinatörünün seçiminde iletişim becerilerinin iyi olmasına ve kameralar ve diğer medya

kanalları önünde kendisini iyi ifade edebilecek olmasına dikkat edilmelidir. Medya koordinatörü ayrıca kurumu ya da afetin yaşandığı bölgeyi iyi temsil edebilir olmalıdır (örn; vali, belediye başkanı, şirket yöneticisi gibi).

Medya ile iletişim kuracak kişinin önceden neleri nasıl aktaracağına dair bir eğitim alması sağlanabilir. Eğer önceden alınmış herhangi bir eğitim yoksa, örnek olması açısından medya koordinatörünün yapması ve yapmaması gerekenler şöyle özetlenebilir (“Crisis Management Tip Sheet”, 2006; Hoffman ve Kleinman, 1996; Murrell, 2001; Roughton ve Awadalla, 1998; Wenger, 1985).

- Medyanın tepkilerini ve sorularını önceden tahmin ederek gereken hazırlıkların yapılması olası söylentilerin önlenmesine yardımcı olabilir.
- Gerekli güncel bilgiler yetkililerce yazılı olarak medya koordinatörüne ulaştırılmalıdır.
- Medya ile konuşmadan önce, yaşanan kriz ile ilgili temel bilgileri içeren sorular ve bu soruların cevapları hazırlanabilir.
- Medyayla en kısa sürede, olumlu bir yaklaşımla iletişime geçilmelidir.
- Bilgilerin belli aralıklarla güncellenmesi medyanın kendi kaynaklarını bulup yanlış ve tahrik edici haber yapmasını engelleyebilir.
- Medya üyeleri için mümkün olduğu kadar ulaşılabilir olmakta fayda vardır.
- “Yorum yok” gibi cevaplar vermekten kaçınılmalıdır, çünkü bu tür cevaplar şüpheyi arttırabilir. Bazı konular açıklanamaz ise bunun nedenini bildirilmelidir. “Bilmiyorum ama en kısa zamanda öğrenip sizi de bilgilendireceğim” demek daha ikna edici olabilir.

- Kötü haberlerin yanı sıra iyi haberler de paylaşılmalıdır. Kötü haber bir şekilde yayılacağı için iyi gelişmelerin vurgusu yapılmalıdır.
- Bir sorunun farklı biçimlerde yeniden sorulmasına dikkat edilmeli ve bu sorulara aynı yanıt verilmelidir.
- Gayri-resmi bilgi verilmemelidir.
- Söylenen her şeyin haber başlığı olabileceği unutulmamalıdır.

8.1.Afet sonrası bilgi verme süreci:

Afetin neden olduğu kriz durumu atlatıldıktan sonra da medya belli aralıklarla bilgilendirilmelidir. Kriz atlatıldıktan sonra kriz müdahale ekibi üyeleri bir araya gelmeli ve durum değerlendirmesi yapmalıdır. Medya ve diğer kuruluşlara bilgi verme sürecinde yaşananlar detaylı bir şekilde gözden geçirilmelidir. Bu süreçte çalışmalarını olumlu veya olumsuz etkileyen etmenler ve başarılı ya da başarısız olunan noktalar belirlenmelidir. Kriz planının bilgi verme bölümünde değiştirilmesi uygun görülen noktalar varsa en iyi seçenekler bulunarak plana dahil edilmelidir. Krize müdahale ekibi belirli aralıklarla bir araya gelerek, yeni ve farklı kriz durumları için müdahale planının yeterliliği üzerine tartışılmalıdır. Böylece plan sürekli güncellenmelidir. Medya ve toplumla iletişimde teknolojik gelişmeler takip edilmeli ve kullanılmalıdır.

Afet durumlarında medya afetzedelerle de görüşmeler yapmak isteyecektir. Bu durumda afetzedelere de bazı öneriler sunmak faydalı olabilir.

8.2.Afetzedelere verilebilecek bilgiler:

Afetzedelere medya hakkında ve medya üyelerinin röportajlarında nelere dikkat edilmesi gerektiği konusunda bilgi verilmesi de gerekebilir. Bu durumda afetzedelere aşağıdaki gibi bazı tavsiyelerde bulunmak faydalı olabilir (ISTSS, 2009).

- Medyanın sürekli hızlı haber peşinde olduğu unutulmamalıdır. Eğer medya üyeleri telaşlı ve kaba görünürlerse bu işlerinin kısa sürede yapılması gereğindedir. Mümkün olan en kısa süre içinde hikayeyi almaya çalıştıklarını unutmayın.
- İstemediğiniz takdirde kendinizi medyaya açıklama yapmak zorunda hissetmeyin.
- Vereceğiniz bilginin toplumu aydınlatıcı etkisi olacağını unutmayın.
- Özel detayları vermek zorunda değilsiniz. Neler hakkında konuşup neler hakkında konuşmayacağınızı röportajı yapan kişiye önceden belirtin.
- Eğer toplumun gözünün önünde olmak istemiyorsanız sizinle röportaj yapılmasına izin vermeyin.
- Yaptığınız görüşmeyi istediğiniz zaman bitirebileceğinizi unutmayın.
- Görüşmenin yerini, zamanını ve içeriğini siz belirleyebilirsiniz.
- Görüşme sırasında yanınızda ailenizden veya arkadaşlarınızdan birinin olması özellikle duygusal konular sırasında kendinizi daha rahat hissetmenize yardımcı olabilir.
- Kim, ne, nerede, ne zaman, neden, nasıl gibi sorulara ve daha detaylı bilgi taleplerine hazırlıklı olun.
- Sorulan herhangi bir soru sizi rahatsız ediyorsa yanıtlamayın. Başka bir soruya geçmek istediğinizi belirtin.
- Sorular karşısında kendinize düşünebilmek için yeterince zaman ayırın.

- Görüştüğünüz kişinin söylediklerinizi tekrarlamasını isteyin (söylediklerinizi doğru anladığından emin olmak için).
- Bir afetzede olarak, diğer afetzedelere saygı gösterin ve onlar hakkında konuşmayın.
- Bir kez açıklama yaptığınızda bu konuşmalarınızın yazılı ve görsel basında yer alacağını unutmayın. Yaptığınız görüşme ne kadar uzun olursa olsun, medyanın sadece 2-3 dakikalık bir bölümüne yer verebileceğini göz önünde bulundurun.
- Açıklamalarınızın yazılı basında sizin söylediğiniz sıradan farklı bir sırada verilebileceğini unutmayın.

Sonuç olarak, afetler doğası gereği önceden tahmin edilemez ve bu nedenle afetin yaratabileceği olumsuz etkileri en aza indirmek için mümkün olduğu kadar iyi bir afet yönetimi hazırlığının yapılması gerekir. Yaşanılan bir kriz sırasında bilgi verme süreci başta olmak üzere, kriz yönetiminin en iyi biçimde yapılabilmesi için afet öncesinde birtakım hazırlıkların yapılması gerekir. Polis, askeriye, itfaiye, acil servisler, hastaneler, sivil toplum kuruluşları, arama kurtarma ekipleri ve medya gibi kurumlar afet yönetim sürecinde yer alması gereken kurumlardır. Yaşanan afetin boyutları ne olursa olsun toplumu afetten haberdar etmek ve bilgilendirmek, bu süreçte de medya başta olmak üzere diğer tüm kurum ve kuruluşlar ile iletişim halinde olmak afet yönetiminin bir parçasıdır. Kurumlar arası iletişim ağının kurulması ve bilgi akışının en hızlı ve güvenli biçimde gerçekleşmesi için teknolojiye yararlanılması önemlidir. Bilgi verme sürecinde en çok dikkat edilmesi gereken kurum medyadır. Çünkü toplumun afet hakkında bilgi almak için en çok kullandığı kanal olan medya, afet yönetiminde olumlu bir etken olarak kullanılabilir gibi iyi bir iletişim kurulmazsa istenmeyen olumsuz sonuçlara da yol açabilir.

Kaynakça

Crisis management tip sheet. (2006). 10 Ocak 2009,

www.marketingscoop.com/Article_Tools/Crisis%20Management%20Tip%20Sheet.doc

Delude, R. (1996). Dealing with disaster: most schools will have to handle tragedies; Ontario Central's crisis teams have proved their mettle. *School Planning and Management*, 35 (2), 35-37.

Hoffman, K. ve Kleinman, S. J. (1996). The "press"ure cooker: Are you ready to manage the media? *Parks ve Recreation*, 31 (7), 48-55.

ISTSS (2009). Victims' guide to the media helps victims of trauma deal with media questions. 30 Ocak 2009, http://www.istss.org/resources/victim_guide.cfm.

Murrell, T. (2001). *Crisis and emergency media management media plan! What media plan?* 29 Ocak 2009, <http://ezinearticles.com/?Crisis-And-Emergency-Media-Management-Media-Plan!-What-Media-Plan?veid=59421>.

OVC (2003). A model for school-based crisis preparedness and response. 17 Kasım 2006, <http://ovc.gov/publications/bulletins/schoolcrisis/pg3.html>.

Roughton, J. E. ve Awadalla, C. A. (1998). Communicating during crisis. *Professional Safety*, 43 (5), 39-41.

Sagun, A., Bouchlaghem, D., ve Anumba, C. J. (2009). A scenario-based study on information flow and collaboration patterns in disaster management. *Disasters*, 33 (2), 214-238.

Salzer, M. S., ve Bickman, L. (1999). The short and long term psychological impact of disasters: Implications for mental health Interventions and policy. In R. Gist, & B.

Lubin (Eds.) **Response to Disaster: Psychological, Community, and Ecological Approaches**. PA: Brunner/Mazel.

Vasterman, P., Yzermans, C. J., ve Dirkzwager, A. J. E. (2005). The role of the media and media hypes in the aftermath of disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 107-114.

Wenger, D. (1985). *Mass media and disaster*. 12 Şubat 2009,

<http://dspace.udel.edu:8080/dspace/bitstream/19716/568/3/PP180.pdf>.

9. BÖLÜM

HİZMET VERENLER İÇİN TÜKENMİŞLİK, TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE GELİŞME, STRES YÖNETİMİ VE ÖZ BAKIM

Afet sonrası psikolojik hizmet verenlerin, gerek gönüllü gerekse görevli olarak orada bulunmaları, onların psikolojik yardım konusunda eğitilmiş ve deneyimli olmalarını gerektirir. Afetlerin insan ruh sağlığına etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları onlardan beklenen diğer önemli bir konudur. Peki zor yaşam şartları ve bu şartların getirdiği psikolojik sorunlarla başetme konusunda yardım hizmeti sunanlar nasıl etkilenmektedirler? Onlar afetin ve afetzedelere sundukları hizmetin neden olduğu stresten korunaklı mıdır? Hizmet verenlerin eğitim ve deneyimlerinden edindikleri donanımla, travmatik durumlardan etkilenme düzeyleri ve başetme stratejileri ilişkili midir? İlgili alan yazını hizmet verenlerin afet sonrası gösterdikleri tepkileri iki temel gruba ayırmaktadır. Buna göre, hizmet verenler bir yandan sundukları hizmetin sonucu bir doyum elde ederken diğer yandan da kendi yaşam tarzlarını ve yaşamdaki önceliklerini yeniden değerlendirmektedir. Bunun sonucu olarak afet sonrası hizmet verenler, edindikleri deneyimlerin kendilerini olgunlaştırdığı, hayata ve insanlara daha farklı açılardan ve daha hoşgörüyü bakabildiklerini ifade etmişlerdir.

Öte yandan, bazı araştırmacılar travma ile çalışmayı diğer yardım süreçlerinden ayırıştırarak bu alana özel bir yer vermektedir (örn, Deighton, Gurriss ve Traue, 2007). Bazı çalışma bulguları, afetzedelere ruh sağlığı hizmeti veren grubun psikolojik sıkıntı düzeylerinin, afet bölgesinde çalışmayanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (örn, Collins ve Long, 2003). Hizmet verenlerin profesyonel donanımları onların psikolojik sağlıkları için koruyucu olsa da, hizmet verenler de afete doğrudan maruz kalanların gösterdikleri olumsuz tepkilere benzer tepkiler göstermektedir. Örneğin, Dyregov, Kristofferson ve Gjestand (1996) tarafından gerçekleştirilen çalışmada profesyonel yardım ekipleriyle gönüllü yardım ekiplerinin afet sonrası (tur otobüsü çarpışması) gösterdikleri travmatik tepkilerle baş etme yolları karşılaştırılmış ve çalışma bulguları, eğitim ve deneyimin koruyucu etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, her iki ekibin üyeleri de olaydan etkilenmiş ve benzer tepkiler ortaya koymuşlardır. Ancak, profesyonel yardım ekibinden olanların etkilenme düzeyleri daha az ve kullandıkları başetme yollarının

daha etkili olduğu gözlenmiştir. Öte yandan, psikolojik yardım hizmeti verenlerin sahip oldukları deneyim süresi Moran'a (1998) göre tartışmalı bir konudur. Moran (1998), uzun yıllar afetin neden olduğu travmatik yaşantılara dolaylı da olsa maruz kalmanın, bu alandaki profesyonelleri daha dayanıklı kılabileceğini ancak uzun süreli maruz kalan hizmet verenleri risk grubuna sokabileceğini belirtmektedir. Bu iki karşıt varsayımın test edildiği Moran'ın çalışması ilginç bir sonuç ortaya koymuştur. Buna göre, yeni başlayanlar ile uzun süreli çalışanlar daha korunaklı, orta süreli çalışanlarsa daha fazla psikolojik sorun yaşamaktadırlar. Diğer bir değişle, hizmet verme süresiyle travmatik tepkiler gösterme arasında doğrusal bir ilişki saptanmamıştır.

Kısacası, afet sonrası psikolojik yardım hizmeti verenler sahip oldukları eğitim ve deneyime rağmen kendileri de afetlerden ve afet sonrası sundukları hizmetlerden kaynaklanan bazı psikolojik sorunlar yaşamaktadır (Collins ve Long, 2003). Öte yandan, afet çalışmalarına katılarak psikolojik hizmet verenler, yaşamlarını ve önceliklerini yeniden gözden geçirme olanağı bulduklarında olumlu kazanımlar da elde edebilmektedirler. Elinizdeki el kitabının bu bölümünde afet sonrası psikolojik hizmet verenlerin ortaya koydukları olumlu ve olumsuz tepkiler ve olumsuz tepkilerle nasıl baş edebilecekleri ana hatlarıyla tartışılmaktadır.

9.1. Travma Sonrası Gelişim

Günümüzde bir çok insan yaşadıkları travmatik olayları, kalıcı ve olumsuz etkiler vermeden atlatabilmektedir (Bonanno, 2004). Travmaya maruz kalanlar arasında, kısa dönemli psikolojik sıkıntı yaşayarak eski hallerine dönenler olduğu gibi travmanın olumsuz etkilerini olumluya çevirerek bazı değişimlerle süreci atlatanları da görmek mümkündür. Son yıllarda alan yazında, bu değişimlere karşılık gelen *travma sonrası gelişim* kavramı ortaya atılmıştır. Bu kavramda belirgin olan özellik; travma ile karşılaşan bireylerin, travma öncesi durumuna dönmenin ötesinde, travma yaşantılarının onları daha iyiye, gelişim ve büyümeye sevk etmesidir (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998). Travma sonrası gelişimde, kişinin bilişsel ve duygusal bir bedel ödeyerek travma yaratan yaşantılarla baş etme sürecinden olumlu psikolojik değişimle çıktığı görülmektedir. Bu yaklaşıma göre, travma sonrası yaşanan durum, kişinin amaçlarını, inançlarını, psikolojik sıkıntıyla başetme biçimini zorlayarak kendinde ve dünya görüşünde bir gelişim ortaya çıkarır ve bu durum kişide oluşan olumlu

değişimlerle sonuçlanır. Burada belirleyici olan, kişilerin zor yaşam olayları karşısında etkin bir rol alarak, travmatik olayla mücadele etmeleri sonucunda, olumlu bir dönüşümün gerçekleşmesidir (Karancı, 2006). Bu anlamda, bu dönüşüm sadece bir sonuç değil bir süreçte tanımlar.

Psikolojik yardım hizmeti verenler için travma sonrası gelişim, sunulan hizmetin bir sonucu ya da afet bölgesinde yaşanan koşulların etkisiyle oluşturulan kişisel baş etme süreçlerinin bir dönüşümü olarak oluşabilir. Afet alanında tanık oldukları ve yaşadıkları olaylar sonucunda hizmet verenler, kendilerini büyümüş ve olgunlaşmış hissedebilirler. Bu durum kimi zaman kendi yaşamına farklı bir bakış açısı kazandırırken kimi zaman da sahip olunanların daha fazla takdir edilmesini sağlayabilir. Diğer yandan, ihtiyacı olan afetzedelere yardım etmekten ve onların yaşamında değişiklikler yapabilmekten alınan yaşam doyumu hizmet verenlere yeni bir bakış açısı kazandırabilir. Zamanla, kendilerini ve dünyayı farklı algılamaya başlayabilir, yaşamı daha dengeli ve daha geniş açıdan görmeye başladıklarını fark edebilirler. Bu yolla başkalarını daha iyi anladıklarını dolayısıyla da empati yeteneklerinin daha da geliştiğini görebilirler. Bunun yanı sıra, daha önce farkedilmeyen kişisel güçlü yönlerle ilgili farkındalık artabilir. Karancı (2006) travma sonrası gelişim alanlarını kişilerin kendilik algısı, kişiler arası ilişkiler ve yaşam felsefesi olmak üzere üç grupta toplamaktadır. Bu alanlardan ilki olan *kendilik algısında* kişilerde, öz-güven, öz-yeterlilik, başa çıkma becerileri, zarar görebilirlik algısı, anı yaşama ve güçlenme alanlarında olumlu değişimler gözlenebilir. İkinci alan olan *kişiler arası ilişkiler* boyutunda ise başkalarına duyulan sevgi-şefkat ve yakınlık hissi, empati düzeyi, fedakarlık, yardım ve destek sağlama kapasitesinde artış görülür. Travma sonrası gelişim alanlarından bir diğeri olan *yaşam felsefesine* ilişkin; önceliklerde değişimler, yaşama verilen değerde artış, yaşamı bir hediye olarak algılama, anlam ve amaçlarda değişimler, maneviyat ve bilgelik gibi gelişimler gözlenebilir. Özetle, travmaya ilişkin eğitimlerde sadece olumsuzluklara odaklanmanın bir karşıtı olarak gelişen bu yaklaşımın en önemli katkısı, travmatik olayların uzun vadeli etkilerine yeni bir yön kazandırmasıdır. Böyle bir yaklaşımın varlığı psikolojik yardım hizmeti verenlerin herhangi bir travmatik olay sonucunda, hem kendilerinde hem de hizmet verdikleri kişilerde doğrudan olumsuz tepki beklentisine girmeden, olumlu tepkileri de fark etmelerini ve bunları güçlendirmeyi hedefleyen bir yaklaşımı benimsemelerini getirecektir.

9.2. Tükenmişlik

İlgili alan yazını, psikolojik yardım hizmeti sunanların sıklıkla gösterdikleri stres tepkilerini kısa dönemli ve uyum sorunlarından kaynaklanan stresten, ikincil travma sendromuna kadar geniş bir yelpazede görülebileceğini ortaya koymaktadır. Aşağıda özetlenen çeşitli risk etmenlerinden kaynaklanan her hizmet verenin etkilenme derecesi, ortaya koyduğu psikolojik belirtiler ve başatme yolları farklılaşabilmektedir. Alan yazını hizmet verenlerin başatmek durumunda kalacağı stres/anksiyete tepkilerini *eşduyum yorgunluğu* (compassion fatigue), *dolaylı travma* (vicarious trauma), *ikincil travma* (secondary trauma) ve *tükenmişlik* (burnout) olarak adlandırmaktadır (örn, Collins ve Long, 2003). Alan yazarları bu kavramların farklılıklar taşıdığına işaret etse de, çoğu zaman bu kavramların birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Uzmanlara göre *eşduyum yorgunluğu* daha çok travmatik yaşamları olan danışanlarla yoğun empati kurma sonucu yaşanan bir durum olarak tanımlanmaktadır. *Dolaylı ve ikincil travma* belirtileri ise yardım hizmeti sunan bireylerin dolaylı yoldan olsa da, maruz kaldıkları travmatik yaşam olaylarından etkilenerek, travmaya doğrudan maruz kalmış bireylerin gösterdikleri tepkilere benzer tepkiler olduğu ifade edilmektedir. Bu tepkiler sıklıkla depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine benzer tepkiler olabilmektedir. Hizmet verenlerin tepkileri yaşadıkları strese uyum sürecinden de kaynaklansa, ikincil travmatik stres bozukluğu da olsa, dozuna bağlı olarak hizmet verenlerin yaşayabilecekleri olası tükenmişliğe katkısı olabilmektedir.

İnsanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde sıklıkla görülen *tükenmişlik*, sürekli ve şiddetli strese maruz kalmanın bir sonucu olarak hissedilen boşluk, umutsuzluk ve çaresizlik duygusunun eşlik ettiği motivasyon kaybı olarak kendini göstermektedir (Maslach ve Pines, 1997). Maslach ve Jackson (1985)'a göre tükenmişlik, işe bağlı tutum ve değişikliklerle kendini gösteren duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve başarısızlık duygusuna ilişkin duyguların sınıflandırıldığı üç bileşene sahiptir ve tükenmişliği belirleyen en önemli bileşen duygusal tükenmedir. *Duygusal tükenme*, bireyin kendisini tükenmiş hissetmesine yol açan, artan duygusal ve ruhsal gereksinimlere bağlı olarak gelişmektedir. Bunun yanı sıra *duyarsızlaşma*, kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlarda bulunmasıdır. *Başarısızlık duygusu* ise hizmet verenin, işle ilgili konularda yetersizlik ve başarısızlık hissetmesi durumudur.

1-Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik farklı şekillerde kendini belli edebilir. Her hizmet veren tükenmişliği aynı düzeyde ve aynı tepkilerle yaşamayabilir. Hizmet verenin kişisel özellikleri, yaşanan afetin niteliği, çalışma ortamı gibi bir çok etken tükenmişlik belirtilerinin türünü ve düzeyini farklılaştırabilir. Bazı hizmet verenler çoğunlukla fizyolojik sorunlar (yorgunluk ve bitkinlik hissi, kronik soğuk algınlığı, sık baş ağrıları ve uyku ve yeme düzensizlikleri, gastrointestinal bozukluklar v.b.) yaşarken kişiler arası ilişkilerde veya duygu kontrolünde, diğer bazı hizmet verenler daha çok güçlük yaşabilir. Sıklıkla karşılaşılan tükenmişlik belirtilerini bazı başlıklar altında özetlemek mümkündür (Yassen, 1995). Tükenmişlik, psikolojik hizmet verenlerin iş performanslarında, morallerinde, kişiler arası ilişkilerinde ve davranışlarında etkileri olabilir. Örneğin, iş performanslarına ilişkin, hizmetin niteliği ve niceliğinde düşme, motivasyonda azalma, işten kaçma, yapılan hatalarda artış söz konusu olabilir. Moral açısından ise, özgüvende azalma, ilgide düşüş, doyumsuzluk, kayıtsızlık, moral bozukluğu, dalgınlık ve eksiklik hissi yaşanabilir. Kişiler arası ilişkilerde ise meslektaşlardan soyutlama, sabırsızlık, ilişkilerin niteliğinde düşüş, kötü iletişim, kendi ihtiyaçlarına kapanma, çalışanlarla çatışma sayılabilir. Davranışlara ise tükenmişlik devamsızlık, tükenme, hatalı yargılara varma, ve sinirlilik olarak yansiyabilir. Özetle, tükenmişliği işaret eden en önemli belirtiler olarak özellikle ümitsizlik ve çaresizlik hissi, duygusal bitkinlik, çabuk öfkelenme, bilişsel becerilerde (karar verememe, odaklanamama v.b.) güçlük yaşama, hayal kırıklığı, çökkün duygu durum, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında düşme, değersizlik, ve eleştiriye aşırı duyarlılığa dikkat edilmelidir. Alanyazında farklı kaynaklar taranarak (örn, Kaçmaz, 2005; Kahil, 1988; Colling ve Long, 2003) gruplandırılmış olan tükenmişliğe işaret eden belirtiler Tablo1 de sunulmaktadır.

Tablo1

Tükenmişliğe işaret eden bazı belirtiler

Psikofizyolojik Belirtiler	Psikolojik Belirtiler	Davranışsal Belirtiler	İşle ilgili Belirtiler	Kişiler arası ilişkilerle ilgili Belirtiler
Yorgunluk	Duygusal bitkinlik	Öfkeli davranışlar	Hatalar yapma	İlişkilerde bozulma
Bitkinlik	Kronik sinirlilik hali,	Vurdumduymazlık	Kaza ve yaralanmalarda artış	İletişim yetersizliği
Kronik soğuk algınlığı	Çabuk öfkelenme	Kötümserlik	Sürekli erteleme	Odaklanamama,
Sık baş ağrıları	Bilişsel becerilerde güçlük yaşama	Madde kullanımı	Sürekli geç kalma	Çalışanlardan uzaklaşma
Uyku bozukluğu	Hayal kırıklığı	Hatalı yargılarda bulunma	İşi bırakma eğilimi	İnsancılıktan uzaklaşmak
Yeme bozukluğu	Çökkün duygu durumu	Dalgınlık	Hizmet niteliğinde bozulma	
Mide ile ilgili şikayetler	Anksiyete	Saldırganlık	Meslektaşlara karşı alaycı tavır	
Kilo Kaybı	Huzursuzluk, Sabırsızlık			
Solunum güclüğü	Benlik saygısında düşme			
	Değersizlik			
	Eleştiriye aşırı duyarlılık			
	Karar vermede yetersizlik			
	Boşluk ve anlamsızlık hissi			
	Ümitsizlik			

2-Psikolojik Hizmet Verenlerde Tükenmişliğe Yol Açabilecek Stres ve Risk

Kaynakları

Afet sonrası hizmet verenler, yaptıkları işin doğası gereği olağandışı bir strese maruz kalmaktadır. Bu stresin etkileri normal hayatlarına döndüklerinde dahi devam etmektedir.

Ancak bir çok farklı etmen, hizmet verenlerin yaşadıkları stres ve sonrasında gelen tükenmişliğe farklı tepkiler vermelerine neden olmaktadır. Bu etmenler, hizmet verenleri risk grubuna dahil edebileceği gibi koruyucu rolde oynayabilir.

İnsanların stresten etkilenmelerine neden olan en önemli unsur, yaşanmışlıklarını nasıl algıladıkları ve değerlendirdikleridir. Bazı insanların en kötü koşullara bile diğer insanlardan daha olumlu bakabildikleri gözlenmiştir. Örneğin; iyimserlik ve mizah duygusu hem kişilik özelliği hem de başetme stratejisi olarak ele alınabilir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001). İyimserlik ve mizah duygusu hizmet verenleri olumsuz duygu durumlarından uzaklaşabilmelerine yardımcı olabilir. Sosyal etkileşimi ve sosyal desteği güçlendirebilir. Bununla birlikte kontrol edebilme duygusu, hizmet verenler için özellikle önemlidir. Yaptıkları işin sonuç vermeyeceğini düşünen ve kendi yeterliliğinden kuşku duyanlar daha kolay karamsarlığa, umutsuzluğa sürüklenebilir. Afet sonrası verilen psikolojik hizmet, normal zamanda verilen psikolojik hizmetten bir çok yönden farklılık gösterecektir. Afet sonrası, çok kısa zamanda çok sayıda kişiye zor koşullarda yardım edebilmeyi gerektirir. Böylece psikolojik hizmet verenler normal koşullardan farklı olarak afet anlarında kendilerinden, öncelikle kriz yönetimi ve psikolojik ilk yardım hizmeti beklendiğini kendilerine sürekli hatırlatmalıdır. Yaşanacak her hangi bir rol karmaşası ve ne tür bir yardım hizmeti sunulacağı konusunda açık ve net bir fikre sahip olamama, doğal olarak stres ve tükenmişliğe neden olacaktır.

Tükenmişliğe götüren en önemli etmenlerden bir diğeri, çok çalışmaya rağmen takdir görememektir. Çok çalışmaya rağmen takdir edilmediği, hatta yanlış anlaşıldığı duygusu özellikle afet sonrası psikolojik hizmet verenler için en başta gelen risk etmenlerindedir. Afet sonrası insanlar, hayatlarının kontrollerini kaybettiklerine inanırlar. Kendilerini güvensiz hissederler ve başkalarına da güvenemezler. Afete maruz kalanlar özellikle resmi hizmet kurum ve kuruluşların gereken yardımları yeterince, zamanında ve adil bir şekilde yapmadıklarına dair sürekli artan oranlarda öfke duyarlar. Psikolojik yardım hizmeti verenlerin de bu öfkeye maruz kalmaları olasıdır. Psikolojik hizmet alanın bu tür duygu ve düşünceleri psikolojik hizmet vereni de güç durumda bırakabilir. Psikolojik hizmet veren çabalarının takdir edilmediğini, yardım edemediğini, yanlış anlaşıldığını hisseder ve bir süre sonra bu durum hizmet vereninde öfkelenmesine neden olabilir. Bu nedenle afet sonrası

psikolojik hizmet verenler özellikle afetin insanlar üzerindeki etkilerini ve yardım sürecine etkilerini çok iyi bilmelidir.

Öte yandan, psikolojik yardım hizmeti sunanların kişilik özelliklerinin de risk ya da koruyucu etmenlere katkısı olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu etmenler hizmet verenin kendi geçmişi, kendi gereksinimleri, değer yargıları, mükemmeliyetçi yaklaşımları, kendi öfkeleri, bitmemiş yasları, korkuları, kendi incinmişlikleri olabilir (McCann & Pearlman, 1989). Travmatik durumlarda hizmet verenlerin kendilerini, danışanlarıyla fazlaca özdeşleştirmeleri sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Bu duruma bir de hizmet verenin kendisinden ve yaptığı işten gerçekçi olmayan beklentileri eklendiğinde hizmet verenin ikincil travma ya da eşduyum yorgunluğu yaşama olasılığı artacaktır. Oysa ikincil travma, eşduyum yorgunluğu ve dolaylı travma kendi başlarına bir stres olabildiği gibi tükenmişlik için de risk etmenleridir.

Bazı durumlarda hizmet verenlerin kendileri ve/veya aileleri de afete maruz kalanlardan olabilir. Bu durumda kendi kayıplarına dayalı olarak kendi gereksinimleri ve bu gereksinimleri gidermekteki güçlükte stres düzeylerinin artmasına neden olacaktır. Daha önce de ifade edildiği gibi, afet sonrası yapılan hizmet doğası gereği streslidir. Böyle bir ortamda hizmet verenin kendi ailesinden ve sosyal destek ağından uzakta olması, kendi özbakımını ihmal etmesi (uykusuzluk, yorgunluk, kötü beslenme, v.b.) hizmet vereni risk grubuna sokabilir.

Son olarak psikolojik hizmet vermeyi zorlaştıran durumsal etmenleri özetlemekte fayda vardır. Bu etmenler tahmin edilebileceği gibi, afetin büyüklüğü ve afetten etkilenenlerin niceliği, gerekli yardımların yetkililerce yeterince ve zamanında sağlanamaması, bürokratik engeller, kurum ve kuruluşlar arasındaki eşgüdüm yokluğu veya aksaklığı olarak örneklendirilebilir.

3-Tükenmişlik Nasıl Ortaya Çıkar

Uzun dönemli iş stresinin neden olduğu düşünülen tükenmişlik, dört evrede ortaya çıkmaktadır. Şevk ve coşku evresi, Durağanlaşma evresi, Engellenme evresi ve Umursamazlık evresi olarak adlandırılan bu evreler aynı sırada yaşanamayabilir (Maslach, 1996, akt. Collins ve Long, 2003). Buna göre *Şevk ve Coşku Evresi* olarak adlandırılan ilk evrede ileri derecede umut duygusu, enerjide artış, gerçekçi olmayan boyutta mesleki beklenti duyguları görülmektedir. Bu evrede kişi için mesleği ve o anda orada bulunuş amacı

herşeyden önemlidir. Kişi uykusuzluğa, gergin çalışma ortamına rağmen kendine zaman ayırmadan tüm enerjisini yaptığı işe aktarmaktadır. İkinci evre *Durağanlaşma Evresi* olarak adlandırılmaktadır. Bu evrede, birinci evrede hissedilen yoğun istek ve umut düzeyinde azalma görülmektedir. Kişi, önceleri yadırgamadığı güçlüklerden rahatsız olmaya başlar. *Engellenme Evresi* olarak adlandırılan üçüncü evrede ise başka insanlara yardım ve hizmet etmek için çalışmaya başlamış olan kişi, insanları, sistemi, olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin zorluklarını farkeder. Bu evrede yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşanır. Hizmet veren kişi uyumlu savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, uyumsuz savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği ilerletme ya da durumdan kendini çekme veya kaçınma stratejilerinden birini seçmek durumundadır. Son evre olan dördüncü evre *Umursamazlık Evresi* olarak adlandırılmaktadır. Bu evrede ileri derecede duygusal kopma ya da kısırlaşma, inançsızlık ve umutsuzluk gözlenmektedir. Hizmet veren, yaptığı işten zevk almamaktadır. Böyle bir durumda yaptığı iş, doyumdan ziyade kişide sıkıntı ve mutsuzluğa dönüşecektir (Maslach, 1982 aktaran, Kaçmaz, 2005).

9.3. Stres Yönetimi ve Öz Bakım

Daha önce de belirtildiği gibi afet durumlarında, afetten doğrudan etkilenenlerin yanı sıra, müdahale ve iyileştirme etkinliklerinde görevli psikolojik yardım hizmeti verenler de duygusal olarak etkilenebilmektedirler. Psikolojik yardım hizmeti verenler, yaptıkları işten yüksek düzeyde doyum sağlayacakları gibi, bazı duygusal sorunlar da yaşayacaklardır. Tükenmişlik yaşanan bu sorunların en önemlilerindedir.

Tükenmişliğe neden olan ve şiddetini arttıran en önemli etkenlerden birisi afet sonrası yardım hizmeti verenlerin kendi ihtiyaçlarını sıklıkla göz ardı etme eğilimleridir. Oysa yardım hizmeti verenlerin kendi stresini yönetebilmeleri ve öz bakımlarına önem vermeleri sadece kendileri için değil, ondan yardım bekleyen afetzedelere sunacakları hizmetin niteliği için de önemlidir. Kısaca, afet sonrası psikolojik yardım hizmetlerinin etkililiğini artırmak için, hizmet verenlerin, stres yönetimi ve öz bakım konularını iyi bilmesi ve uygulaması gerekmektedir (Figley, 2005, 2007).

1-Stres Yönetimi

Stres yönetimi öğrenilen ve geliştirilebilen bir beceridir. Bilişsel-transaksiyonel stres modeline göre (Lazarus, 1991), herhangi bir sebeple stres yaşandığında, bireyler stres yaratan olayı değerlendirme biçimlerine bağlı olarak değişik tepkiler ortaya koyarlar. Diğer bir deyişle, kişi yaptığı değerlendirmeye bağlı olarak, durumun stresli olup olmadığına karar verir ve duruma vereceği tepkiyi belirler. *Birincil değerlendirme* olarak tanımlanan bu süreçte, kişinin etrafındaki olayları algılama ve yorumlama biçimi stresi nasıl ele alacağı ile yakından ilişkilidir. Stresi değerlendirdikten sonra, stres yaratan olay ile başa çıkmaya ilişkin verilen karar süreci ise *ikincil değerlendirme* olarak adlandırılır (Lazarus ve Folkman, 1984). Bireyler, yaşamlarında bu iki sürece bağlı olarak bazı başa çıkma stratejileri geliştirir. Bu stratejiler içersinde, stres karşısında ortaya koyulan tepkiler işlevsel olabilir ya da olmayabilir. İşlevsel tepkiler, kişinin yaşam akışını bozmayan tepkiler olarak adlandırılırken, işlevsiz tepkiler kişinin yaşam akışını olumsuz yönde etkileyen ya da yanlış olarak nitelendirilen tepkilere karşılık gelmektedir. Aynı süreç psikolojik yardım hizmeti sunanlar için de söz konusudur (Moran, 1998). Bu yüzden psikolojik hizmet verenlerin öncelikle kendilerini tanımaları ve stresle başa çıkma stratejilerini bilmeleri önemlidir.

Hizmet alanlar için önerilen bazı işlevsel başa çıkma stratejileri psikolojik yardım hizmeti verenler için de yararlı olabilmektedir. Bu stratejiler arasında, sosyal paylaşımlarda bulunmak, egzersiz yapmak, stres yaratan durumdan uzaklaşmak ve olaylara daha olumlu bakabilmek sıklıkla yer alır (Ruzek ve arkadaşları, 2007). Bu ve benzeri stratejiler stres yönetimi içerisinde yer almaktadır. *Stres yönetimi*, stres yaratan zorlukları ya da olayları kişinin kendini geliştirmesi ve daha iyiye götürmesi için kullanabilmeyi içerir. Kişi bunu doğal bir yol olarak kendi öz bakımını güçlendirerek ve güçlü yanlarını fark ederek yapabilir. Böyle bir stres yönetimi, stresin kontrol edilerek, olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olabilir.

Psikolojik yardım hizmeti verenlerin bazı yanlış inançlarının da gözden geçirilmesinde fayda vardır. Bu inançlar hizmet verenin kendisi ve sorumlulukları hakkında aşırı ve gerçekçi olmayan beklentilerine neden olabileceği gibi hizmet verenin yardım istemesini de engelleyebilir. Aşağıda psikolojik yardım hizmeti verenlerin genel olarak yardım istemesini engelleyen yaygın ancak işlevsel olmayan inançlara örnekler verilmiştir [Reproductive Health Response in Conflict Consortium (RHRC Consortium), 2009]:

a. Psikolojik yardım hizmeti sunanlar kişisel sorunlar yaşamamalıdır.

- b. Kişisel sorunlar yetersizlik ya da başarısızlık işaretidir.
- c. Yardım alınabilecek güvenli bir ortam yoktur.
- d. Hizmet verenler zaten yardım becerilerine sahiptir ve yardım istemelerine gerek yoktur.
- e. Meslektaşlardan yardım istemek hoş bir durum değildir.

Bu gibi yanlış inançlar, hizmet verenlerin, kendilerine yardım sunacak insanların yardımına izin vermenin, diğer insanlara göre daha uzun zaman almasına ve kendi iyileşmelerinin engellenmesine yol açabilir.

2-Öz bakım

Öz bakım, stresle başa çıkma ve stres yönetiminin en önemli bölümlerinden birini oluşturmaktadır. Öz bakımın içeriği çok kesin çizgilerle belirlenmemekle birlikte, belirlenmiş ilkeleri bulunmaktadır. Öz bakım ilkelerine örnek teşkil edebilecek olan, Amerikan Green Cross Travma Akademisi tarafından yayınlanmış öz bakım ilkeleri Ek 1’de örnek olarak sunulmaktadır. Bu ilkelere göre, öz bakımın ilk koşulu, hizmet verenlerin kendi bakımlarının önemini kabullenmeleridir. Çünkü uzun vadede etkili hizmetler sunabilmenin ön koşulu kendimizi iyi, güçlü ve enerjik hissetmemizdir. Kişinin kendi güçlü yanlarını ve gereksinimlerini bilmesiyle yakından ilişkili olan *öz bakım* tanım olarak, fiziksel ve psikolojik sağlığı destekleyici, kişinin kendi tarafından yapılan davranışları içermektedir (Newsome, Christopher, Dahlen ve Christopher, 2006).

Psikolojik yardım hizmeti verenlerin öz bakımında önemli olan diğer bir nokta, çoğu hizmet verenin, travma sonucu ıstırap çeken insanlarla çalışmak üzere yeterli donanıma sahip olmamalarıdır. Bu doğrultuda, travmatik stres konusunda yeterli bilgiye olmama psikolojik yardım hizmeti sunarlarda ek bir strese yol açabilir. Hizmet verenlerin az bir kısmı, kendileri ve aileleri üzerinde varolan, işlerinden kaynaklı bir psikolojik sıkıntı ve stresin tamamını fark eder. Hizmet verenlerin bu gibi konularda yeterli bilgiye sahip olmaları ve gerekli yardımın alınabileceği kaynakların olması; tükenmişlik, eş duyum yorgunluğu gibi olumsuz sonuçların önlenmesini ya da kolaylıkla iyileştirilebilmesini sağlar. Diğer bir deyişle, etkili öz bakım uygulamaları yoluyla hizmet verenlerin maruz kaldığı ikincil travmanın stres sonrası travma bozukluğuna dönüşmesi engellenebilir.

Öz bakım, afet bölgesinde psikolojik hizmet verecek olanları koşullar elverdiği ölçüde çalışmalara ve afet bölgesine hazırlamaya başlar. Bunun için, bu çalışmalarda görev alacak

kişilere afet hakkında, afet sonrası ortaya çıkan tepkiler ve afet bölgesi hakkında eğitimler ve yazılı kaynakların (kitap, kitapçık ya da makaleler gibi) verilmesi önerilmektedir (Kalayjian, 1995). Buna ek olarak hizmet verenlerin, acil durumlarda aileleri ile haberleşme yolları, ya da kiminle iletişime geçmeleri gerektiğine ilişkin gerekli bilginin verilmesi de önemlidir.

3-Afet Çalışmaları Sırasında Yapılabilecekler

Afet çalışmaları sırasında yapılabilecek öz bakım uygulamalarını kapsayan kesin olarak belirlenmiş etkinlikler bulunmasa da; iyi bir öz bakım planının, bütüncül yaklaşımda önerilen fiziksel, duygusal, zihinsel/bilişsel, manevi, sosyal ve mesleki alanların tümünü kapsayacak şekilde planlanması önerilmektedir. Alan yazına göre bu alanları içeren etkinlikler temel olarak üç ana başlık altında toplanabilir. Farkındalık kazanma, sosyal destek alma ve denge sağlama olarak adlandırılabilir olan bu üç ana alan, kişinin tükenmişlik duygusu karşısında dayanıklılık ve sağlamlığını artıracaktır (McKay, 2009 ; RHRC Consortium, 2009).

a) Farkındalık Kazanma

Farkındalık kazanmanın temelde iki şekilde fayda sağladığı bilinmektedir. Hizmet verenin farkındalık kazanması, öncelikle, kendi ihtiyaçlarını ve tepkilerini fark etmesini ve anlamasını sağlayacaktır. İhtiyaçların, sınırlılıkların, duyguların ve kaynakların farkında olunması, kişinin kendini tanımasını ve kendini olduğu gibi kabullenmesini gerektirir. Afet sonrası farkındalık kazanma ayrıca, travmaların etkisinin, fiziksel ve psikolojik olarak nasıl hissedildiğinin fark edilmesini sağlar. Bütün bu süreç, hizmet verenin kendi bakımının sorumluluğunu alması anlamına gelir. İçinde bulunulan anın farkındalığını arttırmaya yönelik olarak uygulanacak olan etkinlikler arasında yoga, meditasyon ve rahatlama egzersizleri sıklıkla önerilenler arasında yer almaktadır (Newsome, Christopher, Dahlen ve Christopher, 2006). Bu tür etkinlikler rahatsız edici duyguların yanı sıra psikolojik hizmet verenin kendini tanımasına da yardımcı olabilir. Kişinin vücut farkındalığında artış, zorlayıcı beden hareketlerini yapabilmekten aldığı doyum ve kişinin enerji, esneklik kapasitesi, zihinsel berraklığında ve odaklanmasında artış yoganın faydalarından bazılarıdır.

Benzer olarak, meditasyon uygulamasında kişi, dikkatini yönlendirme ya da odaklama egzersizi yapar. Meditasyonda yapılan, kişinin dikkatinin değişmeden tekrarlanan bir uyarıcıya yönlendirmesini ve bunu belirli bir süre için sürdürmesini içerir (Onbaşıoğlu, 2004).

Çok özel bir yer gerektirmeden uygulabilen meditasyon için hizmet verenin sakin ve sessiz bir yer bularak, sessizce oturup dikkatini kalp atışına, saat tik-takı ya da çevreden gelen sesler gibi tek ve belli bir uyarıcıya yönlendirmesi gerekmektedir. Çevrede bir miktar ses ya da gürültü olsa bile meditasyonda önemli olan, sadece nesnelere odaklanıp, neler olup bittiğini düşünmeksizin sesleri dinlemektir, diğer bir deyişle akışa bırakmaktır. Meditasyonun faydaları arasında; kişinin içinden yükselen duygu ve düşüncelere kulak vermesi ve hem duygusal hem de zihinsel olarak kendini şimdiki ana odaklaması sayılabilir. Meditasyonun, ayrıca, zor duygularla ilgilenmeye zaman tanıyarak kişinin bu duyguları daha nesnel bir boyutta izlemesini sağlayacak bir “terapi odası” yarattığı söylenebilir. Meditasyonun özgüveni olumlu şekilde etkilediği ve sabırlı olmayı arttırdığı da bilinmektedir. Meditasyon esnasındaki oturuş biçimi, kişinin fiziksel olarak çok rahat olmamaya tahammülünü yükseltir. Yoğun olumsuz duygularla (öfke, suçluluk v.b.) başetmek için bir araç olarak kullanılabilir. Meditasyon, kişinin kendini kabul etmesini ve iç görü kazanmasını artırır. Meditasyon yapanlarda, korku, kaygı, şüphe gibi kötü duyguları kabullenme ve bu duyguların üstesinden gelinmesinde artış saptanmış, yoga ve meditasyonun bağışıklık sistemini güçlendirdiği ve hastalıklara direnci arttırdığı bulunmuştur. Kişisel faydalarının yanı sıra, terapi esnasında, psikolojik danışmanların sessizliği karşılama daha iyi oldukları, danışanlarına ve terapi sürecine daha fazla odaklanabildikleri ve terapi ve iyileşme sürecine daha farklı bir bakış açısı kazandıkları görülmüştür.

Aşağıda, alan yazını taraması sonucunda belirlenmiş farkındalık kazanmaya yönelik stratejiler sıralanmıştır (Bober, Regehr ve Zhou, 2005; Hunter & Schofield, 2006):

Farkındalık kazanmaya yönelik stratejiler:

- Kendinizde tükenmişlik belirtileri gördüğünüzde göz ardı etmeyin, hissettiklerinizi yaşamaya izin verin ve tanımlamaya çalışın.
- Bu kapsamda anlamlandırma (debriefing) seansları alabilirsiniz. Hizmet verenlerin çalışmaları sonrasında, anlamlandırma ve destek oturumları yapılması önerilmektedir. Anlamlandırma, yapılandırılmış bir şekilde kişinin yaşadığı travmatik olayla ilgili tüm ayrıntıları anlatma olanağı sağlayarak, olaya ilişkin tüm ayrıntıları gözden geçirmesini içerir. Bu, kişinin yaşadıklarını ve tepkilerini anlamasını sağlamak için yapılan bir etkinliktir. Genelde grup oturumu şeklinde yapılmaktadır (Kalayjian, 1995). Uygun olduğu durumlarda anlamlandırma oturumları, ekiptekilerin bütünüyle yapılabileceği

gibi, bireysel ya da telefonla da yapılabilir. Ayrıca izleme seansları da yapılabilir. Bu seanslar yoluyla duygusal boşalma, destek, daha fazla bilgi verme, karşı aktarım ve iyileşme sağlanabilir (Kalayjian, 1995).

- Danışanların sağlam (resilient) ve güçlü yönlerine odaklanın. Bu, özellikle kendinizi değerlendirmenizde ve hizmet sunarken bakış açınızın önemini görmeyenizde yardımcı olacaktır. Çünkü içinde bulunduğunuz durumu nasıl gördüğünüz ve durumla ilgili inançlarınız, stresi yaşama ve kontrol etme düzeyinizde oldukça etkilidir.
- Bilgi birikimini etkin bir şekilde artırarak, stres ve travmanın etkisini azaltmak için sürekli eğitimlere devam edin. Bu sayede, bazı hizmet verenlerin yaşadığı gibi, travma konusunda bilgi eksiklikleriniz olduğu için hizmet verirken kontrol duygusunu yitirerek yetersizlik ve de tükenmişlik duyguları hissetmeniz önlenmiş olur.
- Kendi geçmiş travma yaşantınız var ise bunu göz ardı etmeyin ve bunun sizin çalışmalarınızı ya da duygusal durumunuzu etkileyip etkilemediğinin dikkatlice bir değerlendirmesini yapın.
- Yaptığınız çalışmaların hizmet sunduğunuz insanlar için önemini göz önünde bulundurmanız sizin mesleki doyumunuzu arttıracaktır.
- Yapabilecekleriniz ve yapamayacaklarınız konusunda sınırlarınızın farkındalığını arttırmaya çalışıp gerçekçi bir bakış açısı geliştirin. Yapamayacağınız şeyleri sunmaya çalışmak uzun vadede yetersizlik duygusunun artmasına ve tükenmişliğe yol açabilir.
- İhtiyaçlarınızın farkına varın ve bunun için yardım kaynaklarınızı araştırın.
- Öz bakım uygulamalarınızı gözden geçirin çünkü öz bakım uygulamalarınız stresin, psikolojik sıkıntıya, bu psikolojik sıkıntının da tükenmişliğe dönüşmesini önler.

b) Sosyal Destek Alma

Varolan sosyal destek kaynaklarının kullanılması öz bakımın önemli bir bölümü oluşturmaktadır. Sosyal destek kapsamında iletişim yoluyla, kişinin göz ardı ettiği sıkıntı verici duygu ve düşünceler ortaya çıkar. Mesleki ve kişisel boyutta yaşanabilen sosyal destek kaynaklarının soyutlanmayı engellediği ve umudu arttırdığı bilinmektedir.

Aşağıda, alan yazını taranması sonucu oluşturulmuş etkili sosyal destek stratejileri sıralanmıştır (Collins ve Long, 2003; O'Halloran ve Linton, 2000).

Sosyal Destek Stratejileri:

- Varolan kişisel destek kaynaklarını sürdürmeye ve geliştirmeye çalışın. Aile, arkadaşlar ve yakın ilişki içinde olduğunuz diğer kişilerle yapacağınız etkinlikler sizin rahatlamanız için önemli araçlar olabilir. Afet çalışmaları sırasında yakınlarınızla yapacağınız telefon konuşmaları buna örnek olabilir.
- Psikolojik hizmet veren olarak kendi kişisel sorunlarınızın çözümü için, gizliliğin temin edildiği psikolojik danışma seanslarını kullanabilirsiniz.
- Çalışma arkadaşlarınızla yaşadıklarınızın ve olayların değerlendirmesini yapabilirsiniz. Özellikle, iş arkadaşlarınızla mizah içeren sohbetler olumsuz duygulardan kurtulmak için iyi bir yol olabilir.
- Mümkün olduğu ölçüde düzenli süpervizyon almaya çalışın. Meslekte yeni olan psikolojik danışmanlar için haftada bir süpervizyon almak özellikle önerilmektedir. Güven duygusu uyandıran, ihtiyaç duyduğunuz bilgiyi alabileceğiniz, hem güçlü yanlarınızı vurgulayan hem de yapıcı eleştirilerde bulunan bir süpervizyon almak sizin karşılaştığınız vakalarla başa çıkmanızı kolaylaştıracaktır. Bu biçimde alınacak olan bir süpervizyon, sizin vakalarınızı etkili bir şekilde yönetmenizde yol gösterici olacağı gibi; vakanın hikayesiyle ilgili olarak sizde ortaya çıkmış olan herhangi bir travmatik durum ya da kişisel tepki üzerinde çalışmanız için de olanak sağlayacaktır.
- Profesyonel danışma ve müşavirlik destek ağları geliştirmeye çalışın.
- Mesleki yeterlik duygunuzu güçlendirmek için çalışma arkadaşlarınızdan gerek duyduğunuz desteği alın.
- Mümkün olan durumlarda destek gruplarının düzenlenmesi konusunda talepte bulunun. Bu konuda, travma ile çalışma ve travmanın etkileri konusunda deneyimli hizmet verenler tarafından yönetilen destek grupları düzenlenebilir.
- Çalıştığınız vakaları grupla gözden geçirmek için fırsatlar yaratın. İş arkadaşlarınız ile vaka tartışması oturumları yapmak, hizmet sunma kapasitenize olumlu etkiler yapabilir.

c) Denge Sağlama

İş, eğlence ve dinlenme etkinlikleri arasında denge kurmanın ve bu dengeyi koruyabilmenin öz bakım kapsamında önemli bir yeri bulunmaktadır. İşin kişiden talep ettikleri ile kendi kişisel ihtiyaçları arasında denge kurmak kadar; çalışma planı oluştururken

işin yorucu bölümleri ile daha az yorucu bölümleri arasında denge kurmak da gereklidir. Bu süreçte, dinlenme, rahatlama, yemek ve egzersiz için kişi kendine zaman ayırmalıdır.

Aşağıda, alan yazını taraması sonucu oluşturulmuş etkili denge stratejileri sıralanmıştır (Bober, Regehr ve Zhou, 2005; Hunter & Schofield, 2006).

Denge Stratejileri:

- İş dışı zamanlarınızda, sizin bakımınıza ya da yardımınıza ihtiyacı olmayan insanlarla vakit geçirmek için fırsatlar yaratın.
- Çalıştığınız travma vakalarının iş yükünün izlenmesi ya da vaka sayısının sınırlandırılmasını sağlayın.
- İkincil travmaya karşı koruyucu görevi görecektir başka ilgi alanları geliştirmeye çalışın. Bunlar aynı zamanda, psikolojik ve fiziksel iyilik halinin desteklenmesi ve sürdürülmesinde de fayda sağlayacaktır. Bunlar arasında, yaratıcı faaliyetlere katılım, dinlenme, fiziksel ve sosyal etkinlikler sayılabilir.
- Rahatlama için koşullarınıza uygun etkinlikler bulmaya çalışın. Bu tür etkinliklerde önemli bir nokta, herhangi bir etkinliği düzenli ve sürekli olarak yapmaktır. Örneğin meditasyonun günlük düzenli olarak yapıldığı takdirde olumlu etkiler ortaya çıkardığı bulunmuştur (Onbaşıoğlu, 2004).
- Rahatlama için mola odası oluşturabilirsiniz.
- Koşulların imkan verdiği ölçüde yürüyüş gibi fiziksel egzersizler yapabilirsiniz.
- Müzik dinlemek, çevre gezileri yapmak, ya da kitap okumak gibi düşüncelerinizi yaptıığınız işten uzak tutmaya yarayacak etkinlikler bulmaya çalışın.
- Günlük, haftalık, aylık ve yıllık düzenli dinlenme aralıkları verin.
- Ailenize, diğer yakın ilişkilerinize, sosyal etkinliklerinize ve hobilerinize daha fazla zaman ayırın.

Bunlara ek olarak, kendine has öz bakım yolları geliştirebilirsiniz. Moralinizi yüksek tutma, olumsuz düşünceleri kafanızdan uzaklaştırma, mizah, iyimserlik, kendi güvenliğinizi temin etmeniz ve günlük tutmanız önerilebilecek etkili yollar olarak sayılabilir. Günlük tutmak özellikle kendinizi tanımak açısından iyi bir öz bakım yoludur. Günlüğünüze, duygularınızı ve deneyimlerinizi, rüyalarınızı ve yaşadığınız olayları yazabilirsiniz. Günlük

tutma, çalışılan vakalarla ilgili notların tutulma aracı olabileceği gibi, hizmet verenlerin kendileri için anlamlandırmanın (debriefing) bir yolu da olabilir (Kalayjian, 1995).

Son olarak, öz bakımı destekleyici kurumsal/örgütsel özelliklere değinmek yerinde olacaktır. Karşılıklı değer vermenin ve öz bakımın teşvik edildiği, her zaman destek verileceği ve destek kaynaklarına kolaylıkla ulaşılacağı temin edilen bir çalışma ortamı sağlanması, psikolojik yardım hizmeti verenlerin öz bakımı için önemli bir etkidir (Collins & Long, 2003). Kendi benliğinin bilinmesi, duygu ve düşüncelerin benzersizliğinin takdir edilmesinin güç göstergesi olduğu tüm çalışanlara vurgulanarak özümsetilmesi gerekmektedir. Özetle, öz bakımı destekleyici ve teşvik edici bir örgüt/ kurum kültürü yaratılmalıdır (Hunter ve Schofield, 2006). Bunlar için kurumsal olarak yapılabilecek olanlar arasında süpervizyon verme, tükenmişlik yaşayan ya da başa çıkma konusunda sıkıntı yaşayan çalışanlar için destek sağlama, çalışanların iş yükünü dengeleme, kişisel terapiyi teşvik etme ve anlamlandırma oturumları düzenlenmesi önerilebilir.

Kaynakça

- Austin, D. R. (2004). *Therapeutic recreation process & techniques*. IL: Segamo publication.
- Bober, T., Regehr, C., & Zhou, Y. R. (2006). *Development of the coping strategies inventory for trauma counselors*. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 71-83.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? . *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers- a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417-424.
- Deighton, R. M., Gurriss, N., & Traue (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 63-75.
- Dyregrov, A. (1997). The process in psychological debriefing. *Journal of Trauma Stres*, 10, 589-605.
- Dyregrov, A., Kristoffersen, J. I. & Gjestad, R. (1996). Voluntary and professional disaster-workers: similarities and differences in reactions. 9(3), 541-555.
- Figley, C. (2005). *Compassion Fatigue: An Expert Interview With Charles R. Figley, MS, PhD*. 5/2, 2009 tarihinde , from <http://www.medscape.com/viewarticle/513615> adresinden indirilmiştir.

Figley, C. (2007). The art and science of caring for others without forgetting self-care. 6/2, 2009 tarihinde, <http://www.giftfromwithin.org/html/artscien.html> adresinden indirilmiştir.

Hunter, S. V., & Schofield, M. J. (2006). How counsellors cope with traumatized clients: personal, professional and organizational strategies. *International Journal of the Advancement of Counselling*, 28(2), 121-138.

Kaçmaz, (2005). Tükenmişlik (Burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68, 29-32.

Kahill, S. (1988). Interventions for burnout in the helping professionals: A review of the empirical evidence. *Canadian Journal of Counseling Review*, 22, 310-342.

Kalayjian, A. S. (1995). *Disaster and mass trauma: global perspectives on post disaster mental health management*. Long Branch, NJ: Vista Publishing.

Karancı, N. (2006). *Afetle yaşamak ya da afet yaşamamak*.14. Ulusal Psikoloji Kongresinde sunulmuş bildiri. 12/02, 2009 tarihinde, www.library.atilim.edu.tr/kurumsal/pdfs/kongre_2006kon.ppt adresinden alınmıştır.

Koeske, G. F., & Koeske, R. D. (1989). Work load and burnout: Can social support and perceived accomplishment help? *Social work*, 243-248.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of gender and family variables in burnout. *Gender Roles*, 12(7), 837-851.

- Maslach, C., & Pines, A. (1997). The burnout syndrome in day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, P. M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McCann, I. L., & Perlman, L. A. (1989). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. In M. C. Horowitz's (Ed) *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp. 499-517). New York University Press.
- MacKay, L. (2009). *Helping the helpers: understanding, assessing, and treating humanitarian workers experiencing acute stress reactions*. 16/2, 2009 tarihinde, www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=1335 adresinden indirilmiştir.
- Moran, C. C. (1998). Stress and emergency work experience: a non-linear relationship. *Disaster Prevention and Management*, 7(1), 38-46.
- O'Halloran, T. M. & Linton, J. M. (2000). Stress on the job: Self-care resources for counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 354-364.
- Onbaşıoğlu, M. (2004). *Stresle başetmede zihinsel yöntemler*. Türk Psikoloji Bülteni, 34-35, 103-127.
- RHRC Consortium. (2009). *Self-care and managing stress*. 15/2, 2009 tarihinde, <http://www.rhrc.org/resourcesgbr/comm-manual/day4.pdf> adresinden indirilmiştir.
- Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M. & Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*. 29(1), 17-49.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: conceptual issues. In I. B. Weiner (Ed.), *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 1-22). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. In C. Figley's (Ed.) *Compassion Fatigue: Secondary Traumatic stress disorders in those who treat the traumatized* (pp. 178-208). New York: Routledge.

Ek 3.

Bu bölüm Green Cross Academy of Traumatology (www.greencross.org) 'den izin alınarak tercüme edilmiş ve eklenmiştir.

Green Cross Academy of Traumatology Tarafından Önerilen Öz Bakım Standartları

I. Kuralların amacı

Herhangi bir alanın uygulama standartlarında olduğu gibi, bir uygulayıcının öz bakımın standartlarına uyması gerekmektedir. Bu Adımlar (guidelines) Green Cross'un tüm üyeleri tarafından kullanılabilir. Bu Adımların iki amacı bulunmakta: Birincisi, görev sırasında başkalarına yardım ederken hizmet verenlerin kendilerine zarar vermemeleri. İkincisi ise, bir insan olarak sizden yardım bekleyen insanlara sunduğumuz hizmetin kalitesinden emin olmak için hizmet edenlerin kendi fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi ihtiyaçlarına kulak vermeleridir.

II. Uygulamada Öz bakımın Etik İlkeleri

Bu ilkeler bir uygulayıcı olarak kendi öz bakımınızla ilgilenmemenizin etik olmadığını beyan eder çünkü yeterli öz bakım, hizmet verdiğimiz kişilere zarar görmesini engeller.

1. **Kendi itibarına ve değerine saygı gösterme:** Bir ihlal itibarınızı ve güveninizi düşürür.
2. **Öz bakım sorumluluğu:** Kendinize bakmak sonuçta sizin sorumluluğunuz ve bunu ihmal etmenizi kimse haklı gösteremez.
3. **Öz bakımı ve görevinizi yerine getirme:** Bir yardım veren olarak yerine getireceğiniz görevin, aynı zamanda, öz bakım görevinizi de yerine getirmediğiniz sürece tamamlanmış olamayacağını kabul etmelisiniz.

III. Öz Bakım Uygulamasının Standartları:

1. **Evrensel sağlık hakkı:** Her yardım veren pozisyonu ve işvereninden bağımsız olarak öz bakım ilgili sağlık hakkına sahiptir.

2. **Fiziksel dinlenme ve beslenme:** Her yardım veren dinlendirici bir uykuyu ve onların iş yerinde üstlendikleri rollerinde kalmasına destek olan işten fiziksel olarak ayrılmayı hak eder.
3. **Duygusal dinlenme ve beslenme:** Her yardım veren duygusal ve manevi yenilenmeyi hem iş hem de iş dışındaki ortamlarda hak eder.
4. **Yiyecek ayarlaması:** Her yardım veren yiyecek olarak (örneğin, yiyecek, içecek, ilaçlar ve uyarım) neyi, ne kadar tüketeyeğine ilişkin kendi sınırını koymalıdır çünkü bu yardım veren olarak yeterliliklerinden ödün vermelerine yol açabilir.

IV. Takdir ve Karşılık Beklentisine İlişkin Standartlar

1. **Süpervisör ve danışanların takdirini istemek, bulmak ve hatırlamak:** Bu ve benzeri etkinlikler çalışanların doyumunu artırır ve yardım verirken onları duygusal ve manevi olarak destekler.
2. **Hizmetinizin fark edilmesi istediğinizi bilinir kılın:** Fark edilmek de çalışan doyumunu artırır ve bu da onları destekler.
3. **Takipçiler seçin:** Bunlar sizi kişi olarak ve yardım veren olarak bilen meslektaşlarınız ve öz bakıma dair çabalarınızı izlemeyi üstlenirler.

V. Sağlık Temin Etme Ve Sürdürme Standartları

Bölüm A. Öz Bakım taahhüdü

1. **Resmi, yazılı bir taahhüt yapın:** Yazılı, aleni, belirli ve ölçülebilir öz bakım sözü verin.
2. **Belirli süreler koyun ve amaçlar belirleyin:** Öz bakım planı belirli öz bakım etkinlikleri ile bağlantılı süreler ve amaçlar belirlemeli.
3. **İşleyecek stratejiler oluşturun ve bunları izleyin:** Böyle bir plan erişilebilir ve büyük bir bağlılıkla izlenebilir olmalı ve öz bakım takipçiniz tarafından denetlenmelidir.

Bölüm B: İşten uzaklaşmak için stratejiler

4. **Resmi, yazılı bir taahhüt yapın:** Çalışma saati dışındaki saatlerde işyerinden çıkacağımıza ve eğlendirici, canlandırıcı, güçlendirici, ve yaşama sevinci veren

tazeleyici etkinliklerinde bulunacağınıza dair yazılı, aleni, belirli ve ölçülebilir söz verin.

5. **Belirli süreler koyun ve amaçlar belirleyin:** İşten kendinizi uzaklaştırmak için yapacağınız plan öz bakım ile ilgili özel etkinliklerle bağlantılı belirlenmiş sürelerin ve amaçların koyulmasını içermeli.
6. **İşleyecek stratejiler oluştur ve bunları izle:** Böyle bir plan ulaşılabilir olmalı ve büyük bir bağlılıkla izlenmeli ve öz bakım takipçileriniz tarafından izlenebilmeli.

Bölüm C. Bir öz bakım başarısı duygusu elde etmeye dair stratejiler

7. **Yeterli rahatlama ve dinlenme elde etme ile ilgili stratejiler:** Sizin kendi ilgi ve yeteneklerinize göre şekillendirilmiş stratejiler çoğu zaman dinleme ve rahatlama ile sonuçlanır.
8. **Günlük stres giderme yöntemlerinin uygulanmasına dair stratejiler:** Bu stratejiler, çalışma saatleri süresince ve çalışma saatleri dışında stresinizi etkin bir şekilde yönetebileceğiniz kendi beceri ve yeteneklerinize göre biçimlendirilmiş ve diğerlerinden farklılığını fark edebileceğiniz stratejilerdir.

VI. Öz Bakım Uygulama Envanteri- Kişisel

Bölüm A: Fiziksel

1. **Vücut çalışması:** Vücudunuzun her bir bölümünü gergin olup olmadığı yönünden etkili bir şekilde gözden geçirme ve bu tür gerginlikleri azaltmaya ya da ortadan kaldırmaya yönelik teknikleri kullanma.
2. **Dinlendirici bir uykunun başlatılması ve sürdürülmesi:** Gürültü, koku ve ışık gibi uyaranların olduğu çeşitli ortamlarda uykuya dalmayı ve uykuya dönmeyi sağlayan bir dizi sağlıklı yöntemler.
3. **Uygun bir beslenmeyi temin eden etkili yöntemler:** Aldığımız ve almadığımız tüm yiyecek ve içecekleri, bunların sağlık ve işleyiş açısından sonuçlarının farkında olarak, etkili bir şekilde gözden geçirmek.

Bölüm B: Psikolojik

4. İş ve eğlence arasındaki dengeyi korumaya yönelik etkin davranış ve uygulamalar
5. Etkili rahatlama süresi ve yöntemleri
6. Doğayla ve diğer rahatlatıcı uyaranlarla sık temas kurmak
7. Etkili yaratıcı ifade yöntemleri
8. Süreğen öz bakım için etkili beceriler
 - a. Girişkenlik (assertiveness)
 - b. Stresi azaltma
 - c. Kişiler arası iletişim
 - d. Bilişsel yeniden yapılandırma
 - e. Zaman yönetimi
9. Meditasyon ve rahatlatıcı diğer manevi uygulamalara ilişkin etkili beceri ve yeterlilik
10. Öz değerlendirme ve öz farkındalık ile ilgili etkili yöntemler

Bölüm C: Sosyal/kişiler arası

11. **Sosyal destekler:** En az ikisi iş ortamından olmak üzere arandığında yüksek derecede destek verebilecek olan en az 5 kişi.
12. **Yardım alma:** Hem kişisel hem de mesleki olarak ne zaman ve nasıl yardım alabileceğinizi ve bu yardımın hızlı ve etkili bir şekilde yapılacağını bilme.
13. **Sosyal konularda aktif olma:** Daha iyi bir dünya ve bunu gerçekleştirmeye çalışmaktan duyulan tatmin duygusu ile sonuçlanacak olan sosyal adaleti işaret etmek ya da koruma ile ilgili olmak.

VII. Öz Bakım Uygulama Envanteri- Mesleki

1. **İş ve ev arasında denge kurma:** Hiçbirinden ödün vermeksizin her ikisini de yeterli zamanı ayırmak.
2. **Sınırlar/limit belirleme:** Aşağıdaki konulara ilişkin taahhütte bulunmak ve buna bağlı kalmak:
 - a. Zaman sınırları/fazla mesai yapma
 - b. Terapi süreç/mesleki sınırlar

- c. Kişisel sınırlar
 - d. Birden fazla rolü üstlenme (hem sosyal hem de mesleki olarak)
 - e. Değiştirebileceği şeyleri ayırt etmede ve kabulleneceklerinde gerçekçi olma
- 3. Aşağıdakiler yoluyla işyerinde destek/yardım alma:**
- a. Çalışma arkadaşlarının desteği
 - b. Süpervizyon/müşavirlik/terapi
 - c. Role modelleri/akıl hocaları
- 4. İş doyumunu sağlama:** İşle ilgili zevkleri ve başarıları fark ederek ve hatırlayarak.

VIII. Önleme Planı Geliştirme

- 1. Varolan öz-bakım ve önleme işleyişini gözden geçir**
- 2. Her bir gruptan 1 amaç seç**
- 3. Bu amaca ulaşmada kaynakları ve dirençleri incele**
- 4. Destek kişi ile amacı ve uygulama planını tartış**
- 5. Planı uygulamaya geçir**
- 6. Destek kişiyle planı haftalık, aylık ve yıllık olarak değerlendir**
- 7. Değişimleri fark et ve takdir et.**