



Travmaya maruz kalan bireyler ve sağlık çalışanlarında deprem sonrası ortaya çıkan ruhsal sorunlara yaklaşım

Approach to psychological problems arising after the earthquake in individuals exposed to trauma and healthcare workers

Aybeniz Civan Kahve, Serap Aydın, Dünya Gözde Er

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Beklenmedik şekilde ortaya çıkışı, etkilediği alanın genişliği, çok sayıda insanın etkilenmesine, hayatını kaybetmesine ya da yaralanmasına sebep olması, beraberinde sosyal ve ekonomik kayıplar yaşanması, temel insani gereksinimlerin karşılanamaması afetlerin tüm toplumda değişen derecelerde ruhsal etkilenme yaratmasına sebep olur. Bu dönemde fiziksel olarak yaralanmaları olan, uzuv kaybı yaşayan, önemli sağlık sorunlarıyla hastanede yatarak tedavi altına alınan kişilerde ruhsal sorunlar görülme riski artar. Beraberinde bu kişilerin tedavi ve bakımında görevli sağlık çalışanları da bir anda değişen çalışma düzenleri, artan iş yükleri, travmatik görüntüler ve hikâyelere tekrarlayıcı olarak maruz kalmaları, eşlik eden diğer faktörler sonucu ruhsal olarak olumsuz etkilenebilirler. Bu derlemede; ülkemizde meydana gelen büyük bir depremin ardından yaşanan travmanın hem hastalar hem de sağlık çalışanları üzerindeki ruhsal etkileri ve bunlara yaklaşım güncel literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: afet; deprem; travma; psikolojik sorun; ruhsal hastalık

Disasters that occur unexpectedly, the extent of the area they affect, cause many people to be affected, lose their lives or get injured, experience social and economic losses, and fail to meet basic human needs cause varying degrees of psychological impact on the whole society. In this period, the risk of psychological problems increases in people who have physical injuries, loss of limbs, and who are hospitalized with important health problems. Healthcare workers who are involved in the treatment and care of these people can also be psychologically affected negatively as a result of suddenly changing work patterns, extended working hours, repetitive exposure to traumatic images and stories, and other accompanying factors. In this review, psychological effects of trauma experienced after a major earthquake on both patients and healthcare professionals are discussed in the light of current literature. In addition, the approach to these psychological problems is also evaluated in the review.

Key words: disaster; earthquake; trauma; psychological problem; mental disorder

Ülkemizde 06.02.2023 tarihinde yaşanan Kahramanmaraş merkezli 7,7 ve 7,6 şiddetindeki depremlerde Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Hatay, Kilis, Malatya ve Elâzığ illerinde depremin birinci ayı verilerine göre toplam 44.218 kişi hayatını kaybetmiş, 80.278 kişi yaralanmış, 528.146 kişi güvenli olan diğer illere tahliye edilmiş ve 1.971.589 depremlerde kendi imkânıyla tahliye olmuştur.^[1] Etkilediği alanın büyüklüğü ve yıkıcılığı göz önünde bulundurulduğunda 6 Şubat depremlerinin neredeyse ülkenin tamamını etkileyen toplumsal bir travmaya yol açtığı söylenebilir.

Afetler; insanlığın ilk zamanlarından günümüze kadar her dönemde yaşanan, beklenmedik bir anda meydana gelen ve günlük yaşamı kesintiye uğratan doğasıyla; sosyal ve ekonomik zorluklara yol açarak toplumsal hayatı derinden etkileyen, mevcut kaynaklarla üstesinden gelinemeyen büyük oranda doğa kökenli, bazen insan eliyle olan olaylardır. Beklenmedik şekilde ortaya çıkışı, etkilediği alanın genişliği, çok sayıda insanın etkilenmesine, hayatını kaybetmesine ya da yaralanmasına sebep olması, beraberinde sosyal ve ekonomik kayıpların yaşanması, temel insani gereksinimlerin karşılanamaması afetlerin toplum bel-

İletişim / Contact: Doç. Dr. Aybeniz Civan Kahve • **E-posta / E-mail:** aybeniz.civan@hotmail.com

ORCID ID: Aybeniz Civan Kahve, 0000-0002-0683-5207 • Serap Aydın, 0000-0002-4328-8126 • Dünya Gözde Er, 0009-0006-5722-5552

Geliş / Received: 7 Haziran 2023 • **Revizyon / Revised:** 9 Ağustos 2023, 27 Ağustos 2023 • **Kabul / Accepted:** 30 Ağustos 2023

leğinde derin birçok iz bırakmasına sebep olur. Afetlerde yaşanılan çaresizlik ve çok durumunun ardından kişiler yaşamla ilgili kontrollerini kaybetmiş hissederek, günlük rutinlerin kaybı, değişen rollerle yeni bir sürece girerler.^[2] Yaşanılan bu travmatik deneyimler sonucu ortaya çıkabilecek ruhsal etkilenmeler oldukça geniş bir yelpazede ele alınabilir. Bu derlemede; deprem gibi önemli travmatik deneyimlere sebep olan bir afet sonrasında ruhsal olarak farklı popülasyonlarda ortaya çıkabilecek sorunlar ve bunlara yaklaşımlarla ilgili ruh sağlığı profesyoneli olmayan klinisyenlere bir bakış açısı kazandırılması amaçlanmıştır.

DEPREM SONRASI ORTAYA ÇIKABİLECEK RUHSAL SORUNLAR NELERDİR?

Travma; kişinin kendisinin ya da diğer insanların psikolojik veya fiziksel iyilik hlini tehdit eden durumların ortaya çıkması, bu durumlara tanık olması, duyması veya maruz kalması şeklinde ifade edilirken, bireyi dehşete düşüren herhangi bir olay da travmatik olarak tarif edilmektedir.^[3] Travmanın kaynağı ne olursa olsun; günlük rutini bozan olağan dışı yaşantılar, hem ruhsal hem fiziksel sağlığı olumsuz etkileyen baş edilmesi güç değişikliklere yol açar.

Bir felaket olayında, kişilerin ruhsal etkilenmeleri de genellikle fiziksel etkilenmeleri gibi olay sırasında afet bölgesine ne kadar yakın olduklarıyla ilişkilidir. Depremde yaralanan, yakınlarını kaybeden, enkazda kalan, yaşadığı ortamı değişenlerin ruhsal olarak daha fazla etkilenmesi şaşırtıcı değildir. Ancak afetlerden sadece olayı yaşayanlar değil, afet bölgesinde sevdikleri olan, olayın hemen sonrasında görevi gereği ortamda bulunan ya da travmatik görüntü ve yaşantılara tanıklık eden toplum yeleri de etkilenmektedir.^[4]

Hem doğal hem de insan kaynaklı felaketler sonrası psikolojik etkilenme, yapılan çok sayıda araştırmanın sonucu olarak uzun süre önce tanımlanmıştır.^[5,6] Travmatik olayı takip eden akut dönemde (ilk birkaç gün ile bir ay) ortaya çıkan ruhsal belirtilerin çoğu olağan dışı bir duruma verilen olağan ruhsal tepkilerdir. Bu dönemde kişilerde görülen ve farklılıklar gösterebilen ruhsal belirtilere hemen tanı konulup tedavi başlanması uygun bir yaklaşım değildir. Depresif belirtiler, kaygı, huzursuzluk, tıbbi olarak açıklanamayan somatik şikâyetler (rneğin; yorgunluk, baş ağrıları, kas ve eklem ağrıları), uykuya dalmak veya uykuyu sürdürmekle ilgili güçlükler, alkol-madde kullanımları felaketlerden sonra sık görülebilen ruhsal sorunlar arasında yer alır. Felaket sonrasında gelişen ruhsal bozukluklar yaşanılan travmanın doğrudan sonucu olabileceği gibi felaket ve sonrasında yaşanılan çoğu önlenebilir sosyal stres kaynakla-

rına (barınma, sosyal statü kaybı, gelecek kaygısı, maddi kayıplar vb.) bağlı da gelişebilir. Travmatik olaylardan sonra olayla ilgili anılar istemeden zihne gelir, olay sık sık rüyada görülebilir, sanki yeniden yaşanıyor gibi hissedilip davranılabilir. Olayı hatırlatan herhangi bir uyararla karşılaşmada yoğun bir sıkıntı hissedilebilir ya da terleme, titreme, çarpıntı gibi fiziksel belirtiler oluşabilir.^[7] Kimi zaman travmatik olayı hatırlatan ve kişide sıkıntıya sebep olan bu durumları yaşamamak için farkında olarak ya da farkında olmaksızın kaçınma belirtileri ortaya çıkabilir. Bazı durumlarda yaşanan bu şikyetlerin şiddeti artabilir, süresi uzayabilir ve gündelik yaşam işlevselliğinde belirgin kayıplara sebep olabilen bir ruhsal hastalık olarak karşımıza çıkabilir.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5)'e göre; doğrudan örseleyici olayı yaşama, doğrudan tanıklık etme ya da yakının başına geldiğini renme sürecinin ardından meydana gelen, ilk 30 günlük süre içerisinde başlayan ya da kötüleşen istenç dışı gerçekleşen yineleyici/sıkıntı verici, yeniden oluyormuş gibi hissetme, çözülme (disosiyasyon) tepkileri, örseleyici olayı çağrıştıran, simgeleyen i ve dış uyarılara tepki olarak yoğun ya da uzun süreli ruhsal sıkıntı yaşama, fizyolojiyi ilgilendiren belirtiler gösterme, olayla ilgili sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan uzak durma çabaları, uyku ve odaklanma zorlukları, her an tetikte olma, abartılı irkilme tepkileri gösterme gibi bir dizi akut stres tepkisiyle karakterize durum akut stres bozukluğu (ASB) olarak tanımlanmaktadır. Belirtiler bir aydan daha uzun sürdüğünde, mevcut klinik tablo travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olarak tanılanır. Akut stres bozukluğu veya travma sonrası stres bozukluğu tanılarının konulabilmesi için belirtilerin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olması veya kişinin önemli işlevsellik alanlarında (toplumsal, mesleki vb.) bozulmaya yol aması gerekir.^[4] çalışmalar, afet sonrası erken dönemde ASB olan kişilerin %57-83'nde zamanla TSSB geliştiği ve ASB'nin TSSB için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.^[8,9] Travma sonrası erken dönemde ASB olan hastaları saptamak TSSB gelişiminin önlenmesi veya tedaviye erken başlanması açısından önemlidir.^[9,10] Toplum temelli çalışmalarda afeti yaşayanlar içinde bir psikiyatrik bozukluk gelişenlerin oranı %10-30 arasında değişmektedir. Ülkemizde 1999 yılında yaşanan Marmara depreminden 4-12 ay sonra yapılan bir araştırmada travma sonrası stres bozukluğu görülme oranı %25 olarak saptanmıştır.^[11] Tüm bu araştırmalar sonucu görülmektedir ki; afetten ruhsal olarak hemen herkes az ya da çok etkilenmektedir. Yaşanan ruhsal belirtiler özgül olayın ağırlığına, şiddetine, uzamasına ve doğrudan ya da dolaylı ortaya çıkan birçok sonuca bağlı olarak değişmektedir.

DEPREM SONRASI ORTAYA ÇIKAN RUHSAL SORUNLAR KLİNİKTE NEDEN ÖNEMLİDİR?

Deprem felaketinin ardından ruhsal sorunların türleri ve şiddetinin, farklı sağlık koşulları ve sosyal rolleri olan kişiler arasında değişiklikler gösterebildiği yazının ilk bölümünde açıklandığı üzere uzun süredir bilinmektedir. Klinik pratiğimizde travmaya maruz kalan kişiler ile çalışırken bu etkilenmenin etkileşimli iki boyutu söz konusudur. Birinci boyut; travma sebebiyle beden bütünlüğü bozulur, organ hasarı ya da uzuv kayıpları olan kişilerde eşlik eden ruhsal sorunlar ve klinik sonuçlardır. İkinci konu ise bu kişilerin tedavi ve bakımlarında görev alan kişilerin ruhsal zorlanmaları ve bunların klinik yansımalarıdır. Birbirleriyle son derece önemli bir ilişki içinde olan bu iki boyut aşağıda sırasıyla ele alınmaya çalışılmıştır.

Travmaya Birincil Olarak Maruz Kalan Kişilerde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar

Depremlerden sonra en sık yaralanmanın ortopedik yaralanmalar olduğu bilinmektedir. Depremle ilişkili tıbbi durumları değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, ortopedik yaralanmaların tıbbi bakım hizmetlerinin yarıdan fazlasını oluşturduğu söylenebilir. Yumuşak doku zedelenmeleri, açık ve kapalı kırıklar, ezilme yaralanmaları, kompartman sendromu ve ampütasyonlar büyük bir felaketin ardından ortopedik tedavi hizmetlerinde önemli bir alanı oluşturur.^[12] Aniden ortaya çıkan bir felaketin ardından bir anda ortaya çıkan bu tıbbi durumlar, deprem sebebiyle sağlık hizmetlerinin işlevsiz hâle gelmesi ve hastaları güvenli merkezlere sevk süreci, kişinin bulunduğu yerde yakın/sosyal desteğinin yetersiz olması, tıbbi durumun seyriyle ilgili belirsizliklerle birleştiğinde ruhsal zorlanmaları beraberinde getirmektedir. Özellikle travmatik ampütasyonlar sonrası hastaların büyük bir kısmında anksiyete ve depresif belirtilerin belirgin olarak artış gösterdiği bilinmekte, bu kişilerin tedavi ve bakım planının multidisipliner şekilde planlanarak psikososyal desteğin sürece dâhil edilmesi önerilmektedir.^[9] Acil bir tedavi planı ve tıbbi öncelik sıralamasında dahi özellikle ruhsal olarak yüksek riskli kişiler için psikososyal planlamalar en kısa sürede yapılmalıdır. Afet döneminde zaten kısıtlı olan kaynakların ihtiyaç duyan öncelikli kişilere aktarılmasına yardımcı olabilmek ve ruhsal hastalık gelişimi için risk faktörünün arttığı grupların bilinmesi önem taşımaktadır. Kadın cinsiyet, çocuk ya da yaşlı olma, düşük sosyoekonomik düzey, yaşanan travmatik olayın hayati tehlike içermesi, uzuv kaybı, yakınıni kaybetmiş olmak, öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olması, travmaya verilen akut tepkilerin şiddetli olması, yetersiz sosyal destek ruhsal hastalık gelişimi için önemli risk etkenleridir.

Ruhsal sorunların varlığı; kişide bir komorbidite olmasının yanı sıra yara iyileşmesinde gecikme, tedavi uyumsuzluğu, yatış süresinin uzaması ve dolayısıyla yüksek maliyetli hastane yatışları, sağlık personelinde tükenme ve verimli olamama gibi diğer sonuçlara da yol açar.^[2] Özellikle tıbbi olarak açıklanamayan somatik yakınmaları yüksek olan hastalar, ruhsal hastalık komorbiditesi fark edilip tedavi edilmediğinde, sağlık sistemine sık başvuruda bulunurlar. Kendi hastalık yüklerinin artışına ek olarak sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı ve artan tedavi maliyetleri sebebiyle çok yönlü olumsuz etkilenmeler yaşanabilir.

Depremzedelerde psikolojik stresin yara iyileşmesine etkisi

Yara iyileşmesi genellikle tıbbi fenomenler olarak kabul edilir, ancak son zamanlarda sayıları hızla artan çalışmaların sunduğu kanıtlar; yara iyileşmesinde, psikolojik etkenlerin neredeyse tıbbi fenomenler kadar öneme sahip olduğunu göstermektedir.^[13] Bir yaraya sahip olmanın psikolojik sonuçları arasında stres, uyku bozuklukları, olumsuz ruh hâli, kaygı bozuklukları, depresyon, öz güven kaybı ve sosyal izolasyon sayılabilir. Bu sonuçlar, ağrı veya yüksek düzeyde akıntı gibi yaranın fiziksel etkilerinin bir sonucu olabilir. Yara yeriyle ilgili görüntü, ağrı, akıntı, kötü koku ve hareket kısıtlılığı hastanın psikolojik iyiliğini etkileyebilir. Bu sonuçlar, yaranın iyileşmesi üzerinde önemli etkilere yol açabilir ve bireyin yaşam kalitesini etkileyebilir. Yaşanan büyük deprem felaketinin ardından özellikle fasyotomi ya da geniş yara debridmanları uygulanan kişilerde psikolojik faktörlerin etkisinin daha dikkatli ele alınmasına ihtiyaç vardır. Bu kişilerde psikolojik faktörlerin yara iyileşmesi üzerindeki etkisi ve tedavi bakımından psikolojik etkilenmeler bir arada değerlendirilmelidir. Bu iki bileşen birbirleriyle yakından bağlantılıdır ve her birinin diğeri üzerinde etkisi vardır.^[13,14]

Psikolojik stres, hipotalamik-hipofiz-adrenal ve sempatik-adrenomedüller eksenlerin aktivasyonuna yol açar. Artmış glukokortikoid ve katekolamin üretimi, iyileşme sürecinin çeşitli aşamalarını doğrudan etkileyebilir. Strese bağlı glukokortikoid üretimi, yara bölgesinde sitokin üretimini baskılayarak yara iyileşmesini bozabilir. Hayvan ve insan çalışmalarından elde edilen önemli kanıtlar, fizyolojik stres tepkilerinin yara iyileşmesinin ilk enflamatuvar fazını geciktirebileceğini göstermektedir.^[15] Psikolojik stres; yara iyileşmesini doğrudan etkileyen biyolojik mekanizmalara ek olarak dolaylı şekilde de yara onarımını olumsuz etkileyebilir. Daha yüksek düzeyde kaygı ve stres yaşayan bireylerin, yara bakımıyla ilgili önerilere daha zor uyum sağlama, alkol ve sigara

kullanımını arttırma, egzersiz programlarını sürdürme, uyku bozuklukları yaşama ve kötü diyet seçimleri yapma olasılıkları daha yüksektir. Bu olumsuz sağlık davranışları; stresin, biyolojik iyileşme süreçleri üzerindeki zararlı etkisini arttırmakta ve stresle ilişkili biyolojik mekanizmalara dolaylı şekilde etkilerde bulunmaktadır. Nitekim yara iyileşmesi ve beraberindeki faktörlerle diğer ortopedik cerrahi prosedürlerden önce daha fazla kaygı, huzursuzluk ve korku yaşayanların hastane yatış sürelerinin uzadığı, ameliyat sonrası gelişen komplikasyon oranlarının arttığı, yeniden hastaneye yatış oranlarının yüksek olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir.^[16]

Travmaya Maruz Kalan Bireylerin Tedavi ve Bakımında Görevli Sağlık Çalışanlarında Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar

Sağlık çalışanları çok geniş bir alanda etkili olan ve yüz binlerce kişinin aynı anda değişen derecelerde yaralanmasına sebep olan deprem sonrasında olağanüstü bir çalışma durumuyla karşı karşıya kaldılar. Kimileri kendi yakınları ve sevdiklerinin kaybını yaşarken, kimileri yaşanan büyük acıların belki de tek tanığı oldular. Tedavisinde yer aldığı her kişinin yaşam hikâyesine tanıklık etmek, tekrarlayıcı şekilde travmatik anıları dinlemek ve görüntülere maruz kalmak, artan iş yükü, uykusuzluk, stres ve kaygı düzeylerinin yükselmesi sağlık çalışanlarının bu süreçte ruhsal olarak zorlanmalarına sebep olacak faktörler olarak sayılabilir. Guo ve ark. 7,9 şiddetindeki büyük Wenchuan depreminin ardından sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada afet bölgesi ve afet bölgesi dışında görev yapan tüm sağlık çalışanları için, özellikle küçük hastanelerde çalışan, daha düşük eğitim seviyelerine sahip, genç sağlık çalışanlarına yönelik ruhsal etkilenmelerin azaltılmasında psikolojik dayanıklılığı arttırıcı müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymuşlardır.^[17] Cansel ve ark. ise 2020 yılında ülkemizde Elâzığ'da yaşanan depremin ardından sağlık çalışanlarını ruhsal açıdan değerlendirmiş ve kadınlarda, evli olanlarda, çocuğu olanlarda, ilk kez deprem yaşamış olanlarda, deprem sırasında yakınları ve kendi hayatını kaybetmekle ilgili kaygı yaşayanlarda travma puanlarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir.^[18] Özellikle afetin erken döneminde sağlık sisteminin aniden tıkanmasıyla çalışanların ruhsal-bedensel sağlığının bir anda tükenme riski, bu kişilere yönelik destek sistemlerinin ve planlamaların yapılmasını gerekli kılmaktadır. Öte yandan sağlık çalışanlarının yaşadığı ruhsal sorunlar, tükenmeyle birlikte tedavi/bakımlarında rol aldıkları bireylerin aldığı sağlık hizmetinin de olumsuz etkileneceğini öngörmek zor değildir. Afetzedelerin tedavi ve bakımında görevli sağlık çalışanlarının yaşadıkları deneyimler ve ruhsal sorunlar

aşağıda yer alan üç başlık (empati yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik) altında açıklanmıştır.

Empati yorgunluğu

Empati yorgunluğu; özellikle bazı meslek gruplarında, travmatik yaşantılara yoğun olarak tanıklık etmenin yol açtığı kaçınma, olumsuz duygulanım ve kaygı gibi ruhsal bitkinlik olarak tanımlanır ve zaman içinde meslek elemanlarının görevlerini yerine getirirken zorluk yaşamalarına yol açar. Empati yorgunluğu; onkolojik veya psikiyatrik rahatsızlıklar gibi kronik hastalıklarla çalışan, afetzedelerle yoğun temas hâlinde olan veya sahada aktif rol oynayan hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, arama kurtarma ekipleri gibi meslek üyelerinde sık görülür. Depremde bireyin yaşadığı travmayı empati kurarak dinlemek, yardım etmeye çabalayan personelin kendi yaşadığı deneyim gibi olmaya başlar. Gerçekler ve sınırlar karışmaya başlar ve mağdurun travmasıyla ilgili duygusal aktarımların içsel olarak yoğun bir şekilde deneyimlenmesi sonucu görevli personelde empati yorgunluğu oluşabilir.^[3]

İkincil travmatik stres

Travmaya maruz kalan kişilerin yaşadığı olaya profesyonel görevleri nedeniyle dolaylı olarak maruz kalanlarda meydana gelen ruhsal gerilim "ikincil travmatik stres" olarak tanımlanmıştır. İkincil travmatik stres belirtilerinin psikolojik süreci DSM-5'te tanı ölçütlerinde tanımlanan TSSB belirtilerine benzer. Güncel DSM-5'de yer alan TSSB tanı ölçütleri incelendiğinde; kişinin örseleyici yaşantıya maruz kalma türünü değerlendiren A ölçütünün dört alt bileşenden oluştuğu görülmektedir:^[4]

- o Olaya doğrudan maruz kalma,
- o Olaya tanıklık etme,
- o Aile yakınının ya da yakın arkadaşın başına (kaba güç veya kaza sonucu) travmatik bir olay geldiğini öğrenme
- o Meslek gereği travmatik olayların detaylarıyla tekrarlayıcı bir şekilde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma.

Bu tanımlamadan da anlaşıldığı üzere; travmatik bir olaya dolaylı yoldan maruz kalan bir kişiyle olaya doğrudan maruz kalmış bir kişinin yaşadığı ruhsal belirtiler oldukça benzerdir ve her iki grupta da TSSB gelişebilir. Travma mağdurlarına görevi gereği yardım davranışında bulunan meslek mensuplarının da yaşanan travmaya dolaylı olarak maruz kaldığı, birçoğunun yüksek düzeyde stres belirtileri gösterdiği, bu ruhsal belirtilerin olağan dışı bir yaşantıya verilen olağan tepkiler olarak karşılan-

ması gerektiği ancak ruhsal semptomların belirli bir süre ve düzeyi aşmaları durumunda meslek elemanlarının yaşadığı zorlu sürecin de klinik açıdan gözden geçirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Travma mağdurların yaşadığı olaya profesyonel görevleri nedeniyle dolaylı olarak maruz kalan her meslek mensubunun ruhsal açıdan aynı zorlukları yaşaması ya da benzer tepkileri vermesi gerekmez. Yaşanan zorluklara gösterilen tepkilerde de kişisel farklılıkların olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. İkincil travmaya maruz kalan kişiler incelenirken erken dönem akut ve travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümeyi yordayan değişkenlerin neler olduğu, önceki psikiyatrik öyküsü, geçmiş yaşamındaki zorlanmaları, sosyal desteğinin olup olmadığı, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu, bireyin zorlandığı durumlar karşısında entelektüel ve davranışsal kaynaklarını kullanabilme yeteneği incelenerek ortaya çıkabileceği öngörülen güçlükleri önlemek için hangi başa çıkma becerilerinin kullanılmasının daha yararlı olabileceği iş birliği içinde değerlendirilmelidir. Sağlık çalışanlarında özellikle ekiplerin oluşturulması, ekip liderlerinin birlikte çalıştığı ekip arkadaşlarını iyi gözlemlemesi, öncesinde kişiyle ilgili risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olması önemlidir. Örneleyici olaya maruz kalan kişilerin söz konusu stres belirtilerini gösterdikleri hâlde işlevlerini sürdürebiliyor olmaları ekip arkadaşları ve profesyonellerce göz ardı edilmemeli, işlev kaybına yol açmadan müdahale edilmelidir.

Tükenmişlik

Tükenmişlik ciddi yaşamsal krizlere neden olabilen bir durumdur. İkincil travmatik stresten farklı olarak duygusal olarak çok yoğun durumlar içinde yer almanın sonucunda hem fiziksel hem de ruhsal bitkinlik olarak karşımıza çıkar. Depresif duygu durumu ve çevreye ilginin azalmasına yol açabilir. Tükenmişlik özellikle insana hizmet veren meslek gruplarında sık görülen bir ruhsal tepkidir. Sağlık çalışanları da bu açıdan en riskli gruplardan biri olarak kabul edilir. Yapılan çalışmalarda sonuçlarda farklılıklar olmakla beraber genç yaş, mesleki tecrübenin kısılması, mesleğini isteyerek seçmemek ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olmanın birçok araştırmada ortak olarak tükenmişlik açısından risk faktörleri olduğu bildirilmiştir.^[19,20] Uzun ve yorucu çalışma saatleri, mesai saatleri dışında icap tutuyor olmak, ağır iş yükü, hasta sayısının fazla olması, yoğun bakım ve acil sağlık hizmetlerinde görev yapmak, iş yükünün adaletsiz dağılımının tükenmişliği arttırdığı bulunmuştur. Problem çözme becerisi yüksek, çalıştığı birimde takdir gören, iş doyumunu yüksek, öfke kontrolü sağlayabilen kişilerin tükenmişlikten daha az etkilendiği ve bu özelliklerin tükenmişliğe karşı koruyucu faktörler olduğu belirtilmiştir.^[20]

Afetlere yardım ekipleri kısa süre içinde organize olup hem duygusal yükü hem de iş yükü fazla olan afet ortamına hızlıca girdikleri için tükenmişlik açısından ciddi risk altındadırlar. Çalışanın mükemmeliyetçilik, karamsarlık, belirsizliğe tahammülsüzlük, sosyal destek eksikliği gibi bazı özellikleri de ek risk faktörleri olarak karşımıza çıkar. İkincil travmatizasyon da tükenmişlik için önemli bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan "Halk sağlığı acil durumlarında iş sağlığı ve güvenliği" kılavuzunda afetlerle ilgili olarak sağlık çalışanları için öne çıkan risk faktörlerinde şunlar dikkat çekmektedir:^[21]

- o Kendisi, aile bireyleri ya da çalışma arkadaşlarının iyiliğiyle ilgili afetin direk etkileri sebebiyle kaygılanma,
- o Çalışma koşullarıyla ilgili zorluklar (uzun çalışma süreleri, farklı kültür ve disiplinlerden gelen ekiplerle birlikte çalışırken yaşanan iletişim kurma zorlukları, kendine zaman ayıramama),
- o Sosyal destek sistemlerine erişememe,
- o Kişisel ihtiyaçları karşılamada güçlük (düzenli uyku, egzersiz, iyi beslenme ve dinlenme gibi).

Afetlerde çalışan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada, 2010 Yushu depreminden (Çin) sekiz ay sonra sağlık çalışanları değerlendirildiğinde, 40-50 yaşları arasındaki hemşireler ve olay yeri müdahale ekiplerinde TSSB gelişim riskinin arttığı bildirilmiştir.^[22] De Soir ve ark. Ghiscenghien gaz patlamasına müdahale eden acil durum sağlık personelinin afetle ilgili deneyimlerini değerlendirmiş, olay sırasında fiziksel yaralanma yaşayan, ölümlerle karşılaşan, patlamada yanık sebebiyle acı çeken, çığlık atan ve yardım eden insanların sesini duyan kişilerin ruhsal olarak daha fazla etkilendiğini saptamışlardır.^[23] İki bin yirmi bir yılında yayımlanan ve afetlerde görev alan sağlık çalışanlarının ruhsal sorunlarını araştıran 19 çalışmanın dâhil edildiği sistematik derleme çalışmasında; üzüntü, çaresizlik, korku ve bloklanmış hissetme gibi duyguların, afetlerde görev alan hemşireler ve diğer sağlık çalışanları arasında ortaya çıkan yaygın ruhsal belirtiler olduğu, TSSB gelişimi için bu grupta yer alanların daha yüksek risk altında olduğu vurgulanmıştır.^[24] Tükenmişlik belirtileri her zaman ruhsal tepkiler (depresif duygulanım, anhedoni, çaresizlik hissi, umutsuzluk, öz saygıda azalma) ile karşımıza çıkmayabilir.^[24] Kimi zaman yorgunluk, uykusuzluk, unutkanlık, dikkatini sürdürememe, bedensel şikâyetler (göğüste daralma hissi, çarpıntı, kolay irkilme, kaslarda ağrı, gastrointestinal hassasiyet gibi özgül olmayan somatik belirtiler) olarak ortaya çıkabilir.^[19,20]

DEPREM SONRASI RUH SAĞLIĞINI GÜÇLENDİRMEK VE RUHSAL SORUNLARA MÜDAHALEDE KLİNİSYENLERE ÖNERİLER

Travmadan Doğrudan Etkilenen Kişiler İçin Psikolojik Müdahaleler

Deprem gibi kitlesel travmaların ani gelişen ve büyük kayıplara yol açan doğası nedeniyle depremden etkilenen kişilere yapılacak ilk müdahale insani yardım ve psikososyal destektir. Psikolojik ilk yardım olarak adlandırılan bu süreçte; afetzedenin tıbbi bakıma ulaşma, barınma, ısınma, beslenme gibi pek çok ihtiyacına yardım sağlanırken aynı zamanda kişinin kendisini güvende hissetmesi hedeflenir. Hâlen tehlike altında olduğunu düşünen kişinin ruhsal açıdan iyi olması beklenemez. Güvenlik her şeyden önce yeni bir travmanın artık yaşanmadığı, somut tehdidin ortadan kalktığı bir ortamı gerektirir. Travmanın yarattığı belirsizlik mümkün olan en kısa sürede giderilmeli ve en azından yakın gelecek daha tanımlanabilir olmalıdır. Afet sonrasında belirsizliğin sürmesine bağlı olarak görülen tablo devam eden travmaya ruhsal tepki olarak tanımlanır. Bu durum travmaya verilen ruhsal tepkilerin sönmesini güçleştirir. Depremden hemen sonra mağdurların olanaklar izin veriyorsa bölgeden uzaklaştırılması, temiz su, beslenme, barınma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması, yakınlarının durumuyla ilgili bilgilendirilmesi, mümkünse iletişime geçmelerinin sağlanması, sakinleşmelerine ve güvende hissetmelerine yardımcı olunması, yaşadıkları duyguların anormal bir olaya verilen normal tepkiler olduğunun açıklanması, tıbbi bakım ve sosyal hizmetlere ulaşımın sağlanması gibi müdahaleleri içeren psikolojik ilk yardım; travma sonrası gelişebilecek ruhsal sorunlar için birincil önleme girişimidir.^[25-27]

Psikolojik ilk yardımda travmaya maruz kalan kişi kliniğe alınır alınmaz önce sağlık personeli kendisini tanımalı ve hemen ardından hastaya nasıl olduğu, en son ne zaman yemek yediği, eğer travmanın üzerinden zaman geçmişse uyuyup uyamadığı, su içip içmediği, tuvalete gidip gitmediği sorulur. Kişiler özellikle erken dönemde bazı bedensel ihtiyaçlarını fark edemeyebilir, önemseyebilir ya da yakınlarını kaybettilerse yemek yemekten, kendilerine bakmaktan utanç ve suçluluk duyabilirler. Gereksinimlerini karşılamının ve düzenli beslenmenin, uyumanın iyileşme sürecine katkıda bulunacağı klinisyence açıklanmalıdır.

Eğitilmiş sağlık profesyonelleri tarafından yapılması gereken psikolojik ilk yardımda; olumlu baş etme becerileri desteklenirken işlevsiz olanlar ile ilgili farkındalık oluşturulmaya çalışılır. Kliniklerde ayaktan ya da yatarak tedavi gören depremdede hastalarda gerçekçi olmayan, umut verici vaatlerde bulunulmamalıdır. Deprem gibi

afetler sonrası psikolojik müdahalenin temeli, tanı ve hastalık eksenli bir yaklaşım yerine, yaşanan olağan dışı olaya verilen olağan ruhsal tepkiler olarak değerlendirilme ve destek sağlama yönünde olmalıdır. Erken dönemde öncelikle psikolojik ilk yardım teknikleri uygulanmalı, kişiye özel terapiler, yapılandırılmış terapi yöntemleri ve ilaç tedavisinden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.^[26]

Depremden sonraki ilk günler; yardımın henüz tam anlamıyla ulaşmadığı, yeterli psikososyal desteğin sağlanamadığı ve aynı zamanda hemen her yerde yıkımın acı verici görüntülerinin olduğu kritik bir zaman dilimidir. Bu dönemde mağdurlar, çevredeki enkazları, ilk yardım müdahalelerini, hayatını kaybedenleri görek çok sayıda yeni travmatik olaya maruz kalırlar. Mağdurların yeniden travma yaşamaması için insanların olay yerinden mümkün olduğunca hızlı uzaklaştırılmasına, ilk müdahale ve hastaneye nakil sırasında imkanlar el verdiğince yaralıların birbirlerini görmemesine özen gösterilmelidir. Etkilenen kişiler mümkün olduğunca aileleri ve yakınlarıyla bir arada tutulmalıdır. Yine olağanüstü bir dönem olduğu göz önünde bulundurulduğunda elbette kliniklerde tıbbi güvenlik önlemleri alınarak servis ve hatta yoğun bakım ünitelerinde sosyal destekle ilgili koşullarda esneklik sağlanabilir, özellikle çevrim içi görüntülü görüşmelerle kişilerin yakınlarıyla iletişime geçmelerine izin verilebilir.^[2]

Depremden sonra yaşanan beklenmedik ve ani ortaya çıkan yakın kayıpları, olağan dışı ölüm koşullarının oluşması yas sürecinin kendine has özellikleri ve zorlukları bulunmaktadır. Bu nedenle, bu süreçte hayatlarını kaybeden kişilerin yakınlarında ortaya çıkan yas tepkilerinin diğer yas tepkilerinden farklı zorluklarının olabileceği öngörülmektedir.^[28] Hastanede yatarken yakınlarının vefat haberini almak, cenaze töreni yapılamaması, yas sürecini sevdikleriyle beraber güvenli bir ortamda yaşamamak, cenaze törenlerinin geleneksel uygulamalardan farklı yürütülmesi kişilerin yas süreçlerini sağlıklı şekilde atlatamamalarına neden olabilir. Olağan şartlarda yas evrelerinin tamamlanması ile yas sürecinin sonlanabileceği ve kişinin kayba uyum sağlayarak yaşamına devam edebileceği bilinmektedir. Bu nedenle özellikle yakın kaybı olan kişilerin tedavisini üstlenen klinisyenlerin bu süreçle ilgili bilgisinin olması, kişinin güvendiği, iyi ilişki kurduğu başka yakınları varsa onlarla görüşüp mümkün olduğunca sosyal desteğin sağlanması, gerekli durumlarda psikiyatrik yardım alabileceği hakkında bilgi verilmesi önemli görünmektedir.

Hastalar servise alındıkları sonra acil durum müdahaleleri sırasında dahi kendilerine uygulanacak takip ve tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir. Tıbbi takiplerinin, tedavilerinin ve tedavi gördüğü kliniğin vizit saat-

leri belli edilmeli, hastaya bu bilgiler verilmeli, belirtilen saatlerde, hasta ile iletişime açık şekilde, nasıl hissettiği sorulmalı, varsa hastanın soruları yanıtlanmalıdır. King ve ark. tarafından yayımlanan derlemede, klinisyenin hastasını anlaması, etkin şekilde dinlemesi, hastasıyla ilgili tedaviye karar verme sürecini birlikte sürdürmesinin tedaviye yanıtı ve uyumunu arttırmada pozitif yönde katkı sağladığı bildirilmiştir.^[29] Bunun dışında kliniklerde görev alan sağlık çalışanlarının hastaların ruhsal belirtilerini taramaları, belirtilerin şiddet ve sıklığını takip etmeleri, hangi durumlarda hastanede çalışan ruh sağlığı profesyonellerine danışılması gerektiğini bilmeleri önemlidir.

Yatan hastalarda psikiyatri konsültasyonu istenmesi gereken öncelikli durumlar şu şekilde sıralanabilir:

- o Daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı/tedavi öyküsü
- o Alkol-madde kullanım bozukluğu
- o Disosiyatif belirtiler (kendisine ya da etrafa yabancılaşma, anlamsız konuşma ve davranışlar, yakınlarını tanıyamama vb.)
- o Deliryum
- o Psikiyatrik aciller (eksitasyon, ajitasyon, self mutilasyon ya da hostilete)
- o İntihar düşünceleri
- o Takiplerde gerilemeyen/artan ruhsal şikâyetler (tedavi uyumuna etkisi özellikle değerlendirilmeli)

Deprem sonrası erken dönemde ilaçla tedavi ilkeleri

Deprem gibi afetlerde erken dönemde yaşanan ruhsal gerilim için ilaçla tedavi endikasyonları kısıtlıdır. Kişinin depreme verdiği ruhsal tepkinin kendini koruma ve güvende tutma becerisini azalttığı, fiziki yaralarının tedavi edilmesine engel olduğu durumlarda psikolojik ilk yardıma ek olarak ilaçlar kullanılabilir. Akut stres bozukluğu semptomlarını tedavi etmek ve/veya TSSB gelişimini önlemek için seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ve diğer antidepressanlar, benzodiazepinler, propranolol, morfin, hidrokortizon ile yapılan araştırmalar mevcuttur. Travmatik bir olaya maruz kaldıktan ortalama bir ay sonra TSSB kriterlerini karşılayan 46 kişide essitalopram ile plasebonun karşılaştırıldığı bir araştırmada, iki grup arasında TSSB yaygınlık oranlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır.^[30] Yaşları 4-18 arasında değişen, şiddetli yanıkları takiben ASB semptomları olan 60 çocuğun değerlendirildiği bir diğer araştırmada, fluoksetin, imipramin ve plasebo karşılaştırılmış, özellikle

tedavinin ilk dönemlerinde belirtilerin şiddetindeki gerileme açısından gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı bildirilmiştir.^[31] Akut fiziksel yaralanma yaşayan ve bir cerrahi travma merkezine kabul edilen 48 hastaya, 14 gün süreyle propranolol, gabapentin veya plasebo tedavisi uygulanmış ve gruplar birinci, dördüncü ve sekizinci ayda TSSB ve depresif semptomlar açısından değerlendirilmiştir. Çalışmada TSSB gelişimi açısından plaseboya bir üstünlük bulunamadığı belirtilmiştir.^[32] Benzodiazepinler ile yapılan küçük bir hasta grubunun değerlendirildiği bir çalışmada, travmaya maruz kaldıktan sonraki bir hafta içinde benzodiazepinle tedavi edilen ve edilmeyen kişilerin birinci ve altıncı ayda TSSB şiddetleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir.^[33] Bu araştırmalar bizlere TSSB gelişimini engellemede farmakolojik ajanların belirgin bir üstünlük sağlamadığını göstermesi açısından önemlidir. Yani gereksiz yere TSSB'nin ortaya çıkışını engelleyeceği düşünülerek hastalara ilaç tedavisi uygulanmasının bir tıbbi dayanağı mevcut bilgilerimize göre bulunmamaktadır. Gerekli durumlarda psikotrop tedavi, semptomların şiddetine ve alttaki yatan nedene göre dikkatle değerlendirilerek, psikiyatrik muayene sonrasında seçilmelidir. Ajitasyon, ağır disosiyasyon durumları, psikotik bulguların varlığında atipik antipsikotikler düşük dozlarda tercih edilebilir. Erken dönemde benzodiazepinlerin verilmesi sağlıklı yas tepkisinin oluşmasına engel olabileceği için mümkün olduğunca kullanılmamalıdır. Depremzedelerin; fiziksel travmaya uğramış kişiler olduğu unutulmamalı, olası beyin hasarı ve solunum problemlerinde benzodiazepinler kaçınılmalıdır. Travma hastalarında rabdomyoliz nedeniyle böbrek fonksiyonlarında bozulma olabileceği için antipsikotik vermenin gerektiği hâllerde böbrekten atılan ilaçların doz ayarlanmasının yapılması veya karaciğerden atılan ilaçların tercih edilmesi daha uygundur. Açlık ve soğuğa maruziyet nedeniyle oluşabilecek hipotermi, bilişsel bozukluklara yol açarak deliryumla karışabilir. Psikotrop kullanımının da ısı regülasyonunu bozabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.^[34] Yine enkazdan çıkarılan depremzedelerde hiperkinetik deliryum varlığında etiyojide alkol yoksunluk sendromu akla gelmeli, yoksunluk tedavisi etkin şekilde sağlanmalı, Wernicke ensefalopatisi gelişme riskine karşı tiamin replasmanı yapılmalıdır.

Afetzedelerde erken dönemdeki uyku bozuklukları, çoğunlukla güvenlik hissinin azalması ve kaçınma davranışıyla ilgilidir. Temel yaklaşım; güvenli bir ortamın sağlanması, uyku hijyeni ile ilgili önlemlerin alınması, gevşeme egzersizi verilmesi olmalıdır. Eğer bu yöntemlerle sonuç alınamıyorsa uyku bozukluğunun sebebine yönelik (anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu, akut stres yanıtı, deliryum ya da başka sebepler) ayırıcı tanı

yapılması amacıyla psikiyatri konsültasyonu istenmeli ve uygun tedavi psikiyatrist tarafından düzenlenmelidir.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Psikolojik Müdahaleler

Tükenmişliğin ilk doğrudan etkisi, elbette sağlık çalışanlarının kendi bakımı ve güvenliği üzerindedir. Sağlık çalışanları arasındaki depresif bozukluk oranı, genel popülasyonla karşılaştırıldığında endişe vericidir ve yüksek düzeyde mesleki stresle yakından ilişkilidir.^[35] COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarının ruh sağlığını araştıran meta-analizlerde nispeten yüksek oranda anksiyete (%24,9), depresyon (%24,8) ve uyku bozuklukları (%44,0) bildirilmiştir.^[36,37] Sağlık çalışanları, ruhsal hastalıkla ilişkili olarak algılanan damgalanma ve kariyerleri üzerinde bir etki olacağı korkusu nedeniyle zorluklarını saklama eğilimindedir.^[38] Buna karşılık, bu zorlanmalar, alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı olasılığıyla intihar riskinin artması dâhil olmak üzere pek çok önemli sorunu beraberinde getirmektedir. Dutheil ve ark., hekimlerde ve kadınlarda intihar oranlarının yüksek olduğunu bildirmiş, anestezi uzmanları, psikiyatristler, genel pratisyenler ve cerrahlar için riskin arttığını belirtmişlerdir.^[39]

Tükenmişliğin dolaylı etkisiyle hastalarla iletişimin bozulması, tıbbi hatalar ve hasta sonuçları ve güvenliği açısından sağlık sistemlerinin kalitesinin düşmesini beraberinde getirmektedir. Bu durumda olumsuz ruhsal etkilenme daha çok artmakta ve tükenmişlik kısır bir döngüye girmektedir. Tükenmişlik ve ruhsal sorunlarda öncelikle iş yeri ve çalışma koşulları ile ilgili durumlar gözden geçirilmelidir. Dönüşümlü çalışma saatleri ve dinlenme saatleriyle mesai saatlerinin olağanüstü durumlara göre yeniden düzenlenmesi, ekip içinde adil çalışma koşullarının sağlanması, ikincil travmatizasyon ve ruhsal etkilenmelerle ilgili sağlık çalışanlarına psikoeğitim verilmesi koruyucu ruhsal müdahaleler arasında yer alır. Ruhsal yardım aramaya ilgili damgalayıcı tutumların önüne geçilmesi amacıyla başta ekip liderleri olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına yönelik kurum içi eğitimlerin düzenlenmesi sağlanabilir. Bu eğitimlerde hastaların ruhsal olarak yaşayacağı zorluklar ve onlara yaklaşımla ilgili bilgilerin yer alması, klinisyenlere çalıştıkları ortamlarda daha güvende hissettirebilir. Ekip düzeyinde tükenmişlikten korunmak için iyi bir iletişim sağlanması, afetten etkilenen yakınlarının veya meslektaşlarının güncel durumlarına yönelik bilgilendirilmeleri, rol karmaşasının önlenmesi ve görev dağılımı hakkında takım toplantıları düzenlenmesi önerilir. Sahada çalışırken deneyimli bir çalışanla deneyimsiz bir çalışanın ekip olarak görevlendirildiği ve ekip çalışanlarının birbirlerini fiziksel ve ruhsal olarak gözettilerinde bir çalışma sistemi de öneriler arasındadır.^[40]

SONUÇ

Ülkemizde yaşanan deprem felaketi toplumun hemen her kesimini farklı derecelerde etkiledi. Depremde fiziksel olarak yaralanan, uzuv kaybı yaşayan, hastanede yatarak tedavi gören hastalarda bu etkilenme olasılıkla fazladır. Olağanüstü bir durum karşısında verilen olağan tepkiler olarak ele alınabilecek birçok ruhsal belirtinin yanında psikiyatrik olarak değerlendirme gereken, daha şiddetli ve uzun süreli, belirgin uyum sorunlarına sebep olan durumlar da bu dönemde ortaya çıkabilir. Travmayı yaşayan kişiler kadar onların tedavi ve bakımında görevli kişiler de ikincil travmatik stresi yaşamaları, uzun çalışma saatleri ve düzenleri, yalnızlık ve çaresizlik hisleri ile tükenmişlik belirtileri yaşayabilir. Bu ruhsal sorunların bireylerde ortaya çıkabileceğinin bilinmesi, hangi durumlarda psikiyatrik değerlendirme ve yardım alınması gerektiği hakkında psikoeğitim verilmesi, ruhsal yardım aramanın önündeki damgalayıcı tutumların önlenmesi, emeğin verimli kullanılması hem hastalar hem de sağlık çalışanlarının ruh sağlığının korunması ve tedavi müdahalelerinde bulunulmasında önemli görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. AFAD Başkanlığı, Kahramanmaraş'ta Meydana Gelen Depremler Hk. Basın Bülteni-36. Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/kahramanmaraşta-meydana-gelen-depremler-hk-36>, Erişim tarihi: 01.06.2023.
2. Makwana N. Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *J Family Med Prim Care* 2019;8(10):3090. **Crossref**
3. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol* 2002;58(11):1433-41. **Crossref**
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5). Çev. ed: E. Köroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
5. Bromet EJ, Havenaar JM. Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: A 20-year review. *Health Phys* 2007;93(5):516-21. **Crossref**
6. Rubonis AV, Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. *Psychol Bull* 1991;109(3):384. **Crossref**
7. Greenberg N, Brooks S, Dunn R. Latest developments in post-traumatic stress disorder: Diagnosis and treatment. *Br Med Bull* 2015;114(1):147-55. **Crossref**
8. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry* 1999;156(3):360-6. **Crossref**
9. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(5):748. **Crossref**

10. Brooks SK, Rubin GJ, Greenberg N. Traumatic stress within disaster-exposed occupations: Overview of the literature and suggestions for the management of traumatic stress in the workplace. *Br Med Bull* 2019;129(1):25-34. **Crossref**
11. Tural U, Coşkun B, Onder E, Corapçioğlu A, Yıldız M, Kesepara C, et al. Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *J Trauma Stress* 2004;17(6):451-9. **Crossref**
12. Bortolin M, Morelli I, Voskanyan A, Joyce NR, Ciottoni GR. Earthquake-related orthopedic injuries in adult population: A systematic review. *Prehosp Disaster Med* 2017;32(2):201-8. **Crossref**
13. Aydın S. Kronik yarası olan bireylerde yara iyileşmesine etki eden psikolojik faktörler ve kronik yarayla ilişkili psikolojik sorunlar. Yastı AÇ, Akın M. ed. *Kronik Yara*. Ankara; Akademisyen Yayınevi, 2022. p:385-95.
14. Upton D, South F. The psychological consequences of wounds-a vicious circle that should not be overlooked. *Wounds UK* 2011;7(4):136-8.
15. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nat Rev Immunol* 2005;5(3):243-51. **Crossref**
16. Britton P, Cullum N, Sutton M. Association between psychological health and wound complications after surgery. *Br J Surg* 2017;104(6):769-76. **Crossref**
17. Guo C, Li S, Chan SS. Long-term effects of disaster exposure on health care workers' resilience: A comparison of the Wenchuan earthquake-exposed and unexposed groups. *Int J Disaster Risk Reduct* 2022;67:102658. **Crossref**
18. Cansel N, İlknur U. Post-traumatic stress and associated factors among healthcare workers in the early stage following the 2020 Malatya-Elazığ earthquake. *Konuralp Tıp Derg* 2022;14(1):81-91. **Crossref**
19. Gualano MR, Sinigaglia T, Lo Moro G, Rousset S, Cremona A, Bert F, Siliquini R. The burden of burnout among healthcare professionals of intensive care units and emergency departments during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(15):8172. **Crossref**
20. Chirico F, Afolabi AA, Ilesanmi OS, Nucera G, Ferrari G, Sacco A, et al. Prevalence, risk factors and prevention of burnout syndrome among healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *J Health Soc Sci* 2021;6(4):465-91.
21. World Health Organization. Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514347>, Erişim tarihi: 01.06.2023.
22. Kang P, Lv Y, Hao L, Tang B, Liu Z, Liu X, et al. Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu earthquake: A neglected problem. *Psychiatry Res* 2015;230(2):517-23. **Crossref**
23. De Soir E, Knarren M, Zech E, Mylle J, Kleber R, van der Hart O. A phenomenological analysis of disaster-related experiences in fire and emergency medical services personnel. *Prehosp Disaster Med* 2012;27(2):115-22. **Crossref**
24. Rodriguez-Arrastia M, García-Martín M, Villegas-Aguilar E, Ropero-Padilla C, Martín-Ibañez L, Roman P. Emotional and psychological implications for healthcare professionals in disasters or mass casualties: A systematic review. *J Nurs Manag* 2022;30(1):298-309. **Crossref**
25. Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health* 2014;35:169-83. **Crossref**
26. Direk N, Yüksel Ş. Travma sonrası erken dönemde etkin tedaviler: Psikoterapi ve psikofarmakoloji. *Psikiyatride Güncel* 2018;8(1):37-45.
27. Başterzi AD. Kitleli travmalar sonrası akut dönemde ilk ruhsal değerlendirme ve müdahale. *Psikiyatride Güncel* 2018;8(1):24-36
28. Gesi C, Carmassi C, Cerveri G, Carpita B, Cremone IM, Dell'Osso L. Complicated grief: What to expect after the coronavirus pandemic. *Front Psychiatry* 2020;11:489. **Crossref**
29. King A, Hoppe RB. "Best practice" for patient-centered communication: A narrative review. *J Grad Med Educ* 2013;5(3):385-93. **Crossref**
30. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(2):166-76. **Crossref**
31. Robert R, Tcheung WJ, Rosenberg L, Rosenberg M, Mitchell C, Villarreal C, et al. Treating thermally injured children suffering symptoms of acute stress with imipramine and fluoxetine: a randomized, double-blind study. *Burns* 2008;34(7):919-28. **Crossref**
32. Stein MB, Kerridge C, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pharmacotherapy to prevent PTSD: Results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. *J Trauma Stress* 2007;20(6):923-32. **Crossref**
33. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *J Clin Psychiatry* 1996;57(9):390-4.
34. Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, Raphael B. *Textbook of disaster psychiatry*: Cambridge University Press; 2017. **Crossref**
35. The Lancet. Suicide among health-care workers: Time to act. *Lancet* 2017;389(10064):2. **Crossref**
36. Sahebi A, Nejati-Zarnaqi B, Moayedi S, Yousefi K, Torres M, Golitaleb M. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021;107:110247. **Crossref**

37. Marvaldi M, Mallet J, Dubertret C, Moro MR, Guessoum SB. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2021;126:252-64. [Crossref](#)
38. Brower KJ. Professional stigma of mental health issues: physicians are both the cause and solution. *Acad Med* 2021;96(5):635. [Crossref](#)
39. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019;14(12):e0226361. [Crossref](#)
40. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2017;32:475-82. [Crossref](#)