KİTLESEL TRAVMALARDA HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMI

Prof. Dr. Feride Aksu Tanık*, Doç. Dr. Aslı Davas*

*** TİHV Akademi**

1. Kitlesel Travma Tanımı, Yaygınlığı, Etkileri

Travma maruziyeti dünyada çok yaygındır ve bireylerin ve toplumların üzerinde sarsıcı etkileri vardır. DSÖ'nün erişkinlerde yürüttüğü Dünya Ruh Sağlığı Araştırmalarında, erişkinlerin yaşamlarının herhangi bir zamanında kitlesel travmaya maruziyet deneyimi %9, kişiler arası şiddet %17, şiddet tanıklığı %26, cinsel ya da partner şiddeti %23, kaza ve yaralanmalar %36, diğer tür travmalar %41 olarak bildirilmiştir (Kessler ve Üstün 2008). Tüm travmalar göz önünde bulundurulduğunda Dünya Ruh Sağlığı Araştırmalarına yanıt verenlerin %70'inin en az bir tür travma deneyimi vardır.

Kitlesel travma yoksul ülkelerde zengin ülkelere kıyasla on kat daha yüksektir (Harbom ve ark. 2008, WHO 2002). Örneğin 2007 yılında silahlı çatışmaların %88'i yoksul ülkelerde gerçekleşmiştir. 2011 yılında 45,2 milyon yeni yerinden olmuş kişinin ezici çoğunluğu yoksul ülkelerdendir (UNHCR 2011).

Literatürden yararlanılarak yapılan tahminlere göre afetler ve büyük olaylarda doğrudan ya da dolaylı etkilenen kişilerin %80'i kısa dönemli hafif stres yaşarken, %15-40'ı orta vadeli, orta veya daha ciddi düzeylerde stres, %20 ila 40'ı orta vadede bir ruhsal bozukluk veya fonksiyon kaybıyla ilişkili psikolojik morbidite ve %0,5 ila%5'i uzun süreli bir ruhsal hastalık yaşayabilir (NHS 2009). Savaş veya zorla yerinden edilme nedeniyle başka bir ülkede yaşamak zorunda olan mülteciler için durum daha da karmaşıktır ve kültürel farklılıklar gibi metodolojik sorunlar nedeniyle ruhsal sorunların sıklığı tam olarak bilinmez (Silove 2017).

İnsani krizlerde travma tüm toplumsal katmanları etkilemektedir (Bowden 2003). Uzamış şiddet giderek daha yüksek oranda sivilleri ve çocukları hedef almaktadır. Çocukların kitlesel travmaya maruz kaldıkları en toksik ortam savaşlar ve terörizmdir. Böylesi durumların en çarpıcı örnekleri Belfast, Mozambik ve iç savaşlar sonucu oluşan mülteci kamplarıdır. Bu koşullarda bir de çocukların askere alınması söz konusudur ki, bu ise gelecek kuşakların da travmatizasyonu anlamına gelmektedir.

Travma sadece bireyler için değil toplumlar için de sorun oluşturmaktadır (Ajduković 2013). Olağandışı durumlar[1], terörizm ve silahlı çatışmalar toplumların sosyal dokusunu, halk sağlığı alt yapısını ve travma sonrasında en çok gereksinim duyulacak sistemleri bozar. Yurtlarındaki tehlikeli ve savunmasız yaşam koşulları nedeniyle travma maruziyeti sıklıkla insanların göç etmek zorunda kalmalarına neden olur (Turner 2015). Kitlesel travmanın;

- Sosyal ağların çözülmesi,
- Sosyal hizmetlerin sunumunun kesintiye uğraması,
- Sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimin azalması,
- Sosyal sermayenin erozyona uğraması,
- Üretkenliğin düşüşü ile ortaya çıkan çok ciddi toplumsal, sosyal bedelleri vardır (Kawachi ve

[1] Bu makalede olağandışı durumlar doğal afetler, felaketler yanı sıra, çatışmalar, terör saldırıları vb insan eliyle gerçekleşen ve kitlesel travmaya yol açabilen tüm olayları ve durumları kapsayan bir kavram olarak kullanılmaktadır.

Subramanian 2006, Zwillich 2006).

Terör saldırıları toplumda şok yaratmak, medyanın dikkatini çekmek ve bu yolla politik amaçlarına ulaşmayı hedefler (Hoffman 1999). Terör saldırısının hedefi doğrudan etkilenen kişilerden öte, toplumda politik bir değişiklik yaratmaktır. Norveç'te 22 Temmuz 2011'deki saldırıyı yapan terörist, Norveç'in en büyük gazetesinde "operasyon sadece bir formaliteydi, pragmatik bir amacım vardı, yeterince insan öldürürsem manifestom dünya basınında yer alabilirdi" demişti (aktaran Magruder ve ark. 2016).

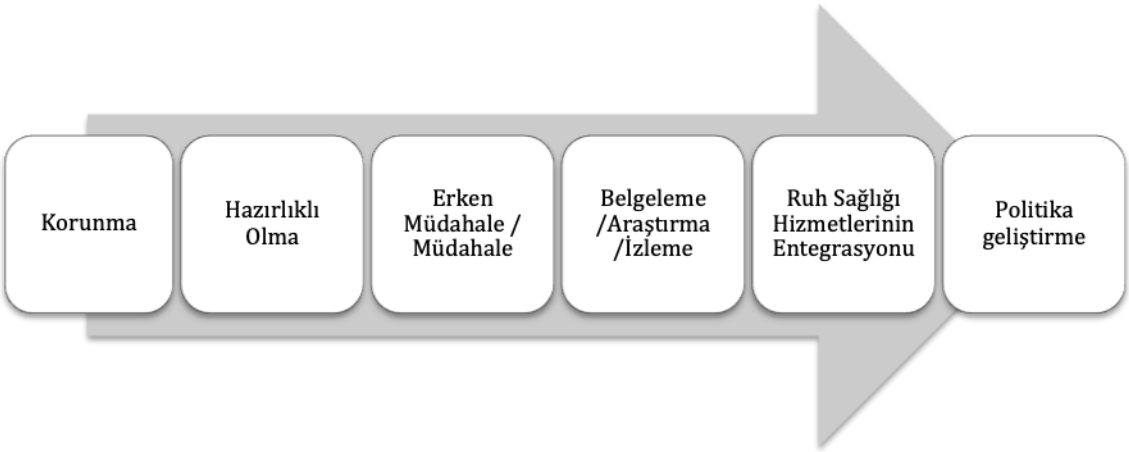
2. Kitlesel Travmada Halk Sağlığı Yaklaşımı

Halk sağlığında zaman içinde, sağlığı etkileyen biyolojik, bireysel etmenler yanı sıra, sosyal ve ekonomik etmenleri de içeren, çok katmanlı bir yaklaşım gelişti (Susser ve ark. 2006, Susser 1998, Krieger 1994). Çok katmanlı yaklaşım sağlığın temelinde yer alan sosyal ve yapısal faktörlerin rolünü anlamaya, hastalıkların nedenlerini belirlemeye ve sonuç olarak da ortaya çıkmalarını engellemeye, bu amaçla müdahale araçları geliştirmeye odaklanır. Olağandışı duruma verilen yanıtlar da ve iyileşme toplumun kültürel, sosyal, ekonomik ve politik yapısına ve süreçlerine de bağlıdır. Kitlesel travmaya maruz kalanların travmaya yanıtları da bu bağlamda birbiriyle bağlantılı ve bir diğerine bağımlı bu değişkenlerden etkilenmektedir. Travmayla ilintili sorunlarda en önemli bileşenler,

- Travmatik olayın kendisi,
- Travmaya maruz kalanlar ve ilişkileri,
- Travmanın oluşumunda ve sonuçlarında rol oynayan ve travmaya müdahale olasılığını da belirleyen çevresel faktörlerdir.

Bu çok katmanlı yaklaşım travmanın oluşumunu ya da sekellerini engellemeye yönelik bir dizi strateji geliştirmeye de yardımcı olacaktır. Aynı zamanda bu katmanlar korunma ya da müdahale fırsatları olarak da değerlendirilebilir.

İster doğa olayları nedeniyle ister insan eliyle oluşan olağandışı durumlarda temel yaklaşım; mümkünse oluşmasını engellemek, olabildiğince hazırlıklı olmak, erken müdahale edebilmenin koşullarını yaratmak, olan biteni belgelemek, bilimsel yöntemle, bütünlüklü bir bakış açısıyla araştırmak, hizmetlerin entegrasyonu ve sürecin izlenmesi ve politika geliştirilmesidir. Kitlesel travma için de benzer bir yaklaşım geçerlidir. Şekil 1'de halk sağlığı bakış açısıyla kitlesel travmaya yaklaşım sunulmuştur. Halk sağlığı yaklaşımı mümkün olduğunca verilere, kanıtlara dayalıdır, kaynakların gereksinimi olanlara yönlendirilmesinde nesnel bir zemin oluşturmayı hedefler.

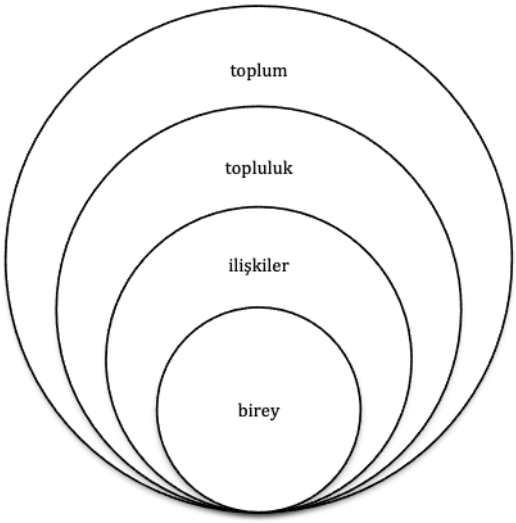


Şekil 1. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Kitlesel Travmaya Yaklaşım

2.1. Korunma

Korunma kavramının geniş yelpazesi içinde; birincil korunma travma maruziyetinden korunmayı hedeflemelidir. İkincil korunma travmayla ilişkili sekellerin, özellikle travma sonrası stres bozukluğunun önlenmesini hedeflemelidir. Üçüncül korunma ile hedeflenen ise travmayla ilintili hastalık ve engelliliklerin gelişiminin yavaşlatılması olmalıdır.

Şekil 2'de sunulan, ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi'nin benimsediği korunma için sosyo-ekolojik model; risk faktörlerini çok düzeyli bir biçimde vurgulamaktadır (Dahlberg ve Krug 2002). Modelin çekirdeğinde birey ve onun kişisel özellikleri bulunmaktadır. İkinci düzeyde aile, evlilik, eş ve diğer insan ilişkilerini kapsayan ilişkilere ait faktörler yer almaktadır. Topluluk düzeyindeki riskler yakın çevredeki yoksulluk, güvenlik gibi faktörleri içermektedir. Toplumsal düzeyde ise toplumun belirgin bir sorun karşısında ek risk oluşturabilecek ya da koruyucu olabilecek normları ve tolerans düzeyi yer almaktadır.



Şekil 2. Korunma için bir çerçeve: Sosyo-ekolojik model (Dahlberg ve Krug 2002).

Sosyo-ekolojik modelin önemli bir özelliği, her düzeydeki risk faktörlerini hedefleyerek korunma ve erken müdahaleyle ilgili stratejiler sunmasıdır. Bu kavramsal çerçeve farklı düzeylerde farklı korunma fırsatlarını ve müdahaleleri olanaklı kılmaktadır.

Sosyo-ekolojik model kapsamında birincil, ikincil ve üçüncül korunmaya ilişkin yaklaşımı farklı düzlemlerden örneklerle açıklamak olanaklıdır.

Travma, şiddete maruziyet, afetler, terör saldırıları konularında yapılan araştırmaların çoğu, bireyin maruziyetine ve travma sonrasında ruh sağlığına odaklanır. Bireyin sosyal çevresi ve ağları, içinde yaşadığı toplum etkin bir korunma için anahtar özellikte olabilir. Sosyo-ekolojik model, korunma ve araştırma etkinlikleri için dikkatimizi farklı düzeylere yönlendirmektedir (Dahlberg ve Krug 2002). Ek 1'de sosyo-ekolojik model ile irdelenen Norveç'teki Utoya saldırısı olgusu sunulmuştur.

Üçüncül korumada yaklaşımlar çok boyutlu ve kapsamlı olmak zorundadır. Klinik müdahaleler semptomların azaltılmasını ve eşlik eden hastalıkların gelişiminin önlenmesini hedeflemektedir. Ancak Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanı kriterlerine uyan kişilerin yarısına yakın bir kısmının birinci basamak sağlık kuruluşlarında fark edilmediği bildirilmektedir (Magruder ve ark. 2005). Birinci basamak sağlık çalışanlarının tanı kriterleri ve sevk konusunda eğitilmesi ve onların katkılarıyla tarama programlarının yürütülmesi daha geniş toplum kesimlerine erişimi sağlayacaktır. Güvenilir e-sağlık portalları ve mobil uygulamalar da yararlı olabilir. Yolunda gitmeyen ilişkilerde sorunların ilerlemesini önlemek için çift terapileri uygulanabilir. Topluluk düzeyinde stresle bağlantılı koşulların algılanması, kabul edilmesi ve desteklenmesi konusunda yürütülecek programlar, travmadan etkilenenleri, tedavi taleplerini dile getirebilmeleri için yüreklendirecektir. Toplum düzeyinde ise barışı korumak için harcanan çaba, verilen mücadele uzun bir yol kat etmek gerekse de yeniden travmatize olmayı azaltacaktır.

Tablo 1. Sosyo-ekolojik model kapsamında birincil, ikincil ve üçüncül korunmaya ilişkin yaklaşım örnekleri

	Birincil koruma	**İkincil koruma**	**Üçüncül koruma**
Bireysel	Kadınlara yönelik cinsel şiddetin, kriz dönemlerinde ve çatışmalarda bir araç olarak kullanıldığına ilişkin farkındalık yaratmak amacıyla, üniversite öğrencilerine yönelik eğitim programları düzenlenmesi	Psikolojik ilk yardımın etkilenen bireylere sağlanması	Travmadan etkilenenlere uzun dönem psikososyal destek sunulması
İlişkiler	Okul çocuklarına verilecek eğitimlerde saygın akran ilişkilerinin teşvik edilmesi, akran zorbalığının ve ileride cinsel şiddetin önlenmesinde kullanılması	Ayrı düşmüş ailelerin birbirlerini bulmasını sağlayacak müdahaleler	Aile terapileri, grup terapileriyle ilişkileri güçlendirmek
Topluluk	Sokakların ve kamp bölgelerinin yeterli aydınlatılmasıyla saldırıları, cinsel şiddet girişimlerini önlemek	Olağandışı durum ya da kitlesel travma sonrasında etkilenen insanların ve ailelerinin düzenlenecek gece nöbetleriyle güvenliklerinin sağlanması	Travmadan etkilenenleri, tedavi taleplerini dile getirebilmeleri için stresle bağlantılı koşulların algılanması, kabul edilmesi ve desteklenmesi konusunda yürütülecek programlar
Toplum	Ateşli silahlar konusundaki sınırlamalar, kadına yönelik cinsel şiddet konusundaki cezai yaptırımlar	Travma yaşayanlara ücretsiz ilaç sağlanması için yasal düzenlemeler	Barışın inşasına yönelik politikalar geliştirmek

2.2. Hazırlıklı Olma

Ruh sağlığı sorunları olağandışı durumlar sonrasında hem erken dönemde hem de daha uzun dönemde sık görülür ve müdahale gerektirir (WHO 2006). Krizin neden olduğu strese çok farklı yanıtlar gelişebilir. Travma açısından daha fazla risk altında olan ve psikososyal destek açısından risk grupları:

- Zorla yerinden edilmiş kişiler,
- Aile üyelerinden ayrılmışlar,
- Şiddete maruz kalanlar,

- Daha önce ruh sağlığı sorunları ve nörolojik problemleri olanlar,
- Madde bağımlıları olan,
- Ayrımcılığa uğrama ihtimali yüksek olan kişiler (LGBTİ bireyler ve belli politik grup üyeleri vb. (Sphere 2018)
- Kadın
- Çocuk
- Yaşlılar (IASC 2007).

Kitlesel travmaya neden olan, insan eliyle ya da diğer yollarla gelişen olağandışı durumlara hazırlıklı olma, planlama yoluyla gerekli hazırlığı yapmak anlamına gelmektedir. Hiçbir plan bir felakete tam olarak hazırlıklı olmayı sağlayamaz. Ama belli bir düzeyde hazırlık yapılması olağandışı durumun etkilerini önemli ölçüde azaltabilir (Suzuki ve ark. 2012). Hazırlıklı olmanın önemli bir aşamasını erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi oluşturur.

Psikolojik yanıt sosyal yanıttan ayırt edilemez bu nedenle planlama aşamasında risk gruplarını gözeten, eşitsizlikleri ve duyarlılıkları gidermeyi hedef alan bir yaklaşım şarttır. Kadınların yardım süreçlerinde planlama aşamasından itibaren aktif rol alması risk gruplarına daha iyi bakım sağlanmasını kolaylaştırmaktadır. Yardım görevlilerinin seçimi, yardımı kimin, kimlere nasıl ve nerede dağıtacağı konularındaki karar süreçlerine kadınlar mutlaka dahil edilmelidir. Özellikle barınmanın belirlenmesi, gıda yardımlarının dağıtılması durumlarında risk grupları ayrımcılığa uğrayabilmekte, bu da olumsuz psikolojik yanıtı daha da arttırmaktadır. Gıda dağıtım mekanizmaları felaketten etkilenen kişilerin, yiyecek için mücadele etmesine gerek kalmadan veya dilenci gibi hissettirmeden onurlarına saygı gösterecek şekilde planlanmalıdır (IFRC 2010). Erkeklerin alkole erişim gibi nedenlerle gıda yardımlarını satabileceği önceki deneyimlerde gösterildiği için, yardımların mümkünse doğrudan kadınlara verilmesi önerilmektedir. Yardımların organizasyonunun olabildiğince siviller tarafından yürütülmesi, kolluk kuvvetlerinin sayısının sınırlanması önemlidir. Olağandışı durumlarda kamplar gibi barınma yerlerinin nasıl düzenleneceği konusunda şiddet ve güvenlik kaygıları gibi psikososyal riskler göz önünde bulundurulmalıdır. Katrina Kasırgası'nda her yedi kadından birinin şiddete maruz kaldığı raporlanmıştır (Richter ve Flowers 2010). Planlama aşamasında yerleşim alanları cinsiyete duyarlı bir şekilde düzenlenmeli, tuvalet ve banyoların uzaklığı, aydınlatılması ve güvenliği kontrol edilmeli kadınlarda ek bir strese neden olması önlenmelidir. Tuvaletler erkek tuvaletlerinden uzakta, sağlam kilitlenebilen bir kapıya sahip olmalıdır (Pincha 2008).

Psikososyal hizmetler olağandışı durumlara hazırlık aşamalarında genelde ihmal edilir. Çünkü karmaşık ve çok bileşenlidir. Ayrıca bir bombalama olayıyla, yüzlerce ölüme neden olan bir depremin yarattığı travmatik etki farklıdır. Japon araştırmacılar tam da bu nedenle ruh sağlığı çalışanlarının olağandışı durumlara karşı hazırlıklı olma için yapılan planlama toplantılarına katılmasını önermektedir (Suzuki ve ark. 2012).

Sağlık hizmetlerinde afet sonrası dönem için planlama yaparken gruplara psikososyal desteğin sağlanmasının ve kendi kendine yardım becerilerinin öğretilmesinin; etkilenenlerin sosyal ve duygusal iyileşme konusunda birbirlerine yardım etmelerini sağlayacak koruyucu bir ortam yarattığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Klinik müdahaleleri de içeren, olağandışı duruma odaklanmış bireysel, grup ve aile terapilerinin sunulması için hazırlık yapılması önemlidir. Bu hizmetlerin özellikle doğal afetler ya da çatışma ortamları gibi durumlarda sayıları sınırlı olan ruh sağlığı uzmanları tarafından sunulması güçtür ve zorunlu da değildir. Hizmet bu alanda eğitilmiş kişilerce de verilebilir. Çünkü kitlesel travmanın söz konusu olduğu durumlarda psikososyal destek klasik hizmet sunumundan farklıdır, alanda ve bir ekiple çalışmayı gerektirir. Geleneksel ruh sağlığı çalışması, başvuran merkezli olma ve duygusal durumlara odaklanma eğilimindedir. Afet durumlarında ise görev odaklı olma ve acil ihtiyaçlara odaklanma ön plandadır (Sandström 2015). Aynı zamanda gereksinim duyan bireylerin taranarak bulunması gerekmektedir. Bu nedenle hazırlıklı olma çalışmaları alanda işlev görecek ruh sağlığı çalışanlarını bu bağlamda eğitmeyi de kapsamalıdır.

Hizmet sunumunda sosyal ve kültürel kabul edilebilirliğin nasıl sağlanacağı ekiplerle tartışılmalıdır (IASC 2017). Örneğin kitlesel travmadan etkilenen gruplarda manevi ya da dini bir gruba aidiyet sık rastlanır ve

sıklıkla kendilerini inançlarını paylaşan bir topluluğa daha yakın hissederler. Bu ise başa çıkma stratejilerinin önemli bir parçasıdır ve birçok sektör tarafından sunulan uygun çözüm arama çabalarını da etkilemektedir. (Sphere 2018).

Hazırlıklı olmanın bir parçası olarak psikososyal çalışma grubu kendi bölgelerinde gerek alanda doğrudan bilgi toplayarak gerekse var olan kaynakları kullanarak risk grupları ve yaşadıkları bölgeler, toplumun sosyal ve kültürel değerleri, alışkanlıkları, ölüm ve yas pratikleri ve ruh sağlığı sorunu yaşayanlara karşı toplumun yaklaşımları ile ilgili bilgi toplamalıdır. Acil durumların toplumda nasıl algılandığı, sonuçlarıyla ilgili kaygı ve beklentiler, ruhsal sorunların toplumda nasıl ifade edildiği ya da gösterildiğiyle ilgili bilgiler önemlidir (IASC 2012). Bu bilgiler doğrudan bireylerle ya da sosyolog, antropolog, sağlıkçılar, dini görevliler gibi uzmanlarla görüşülerek toplanabilir. Konuyla ilgili kitaplar, geçmiş araştırmalar, tezler, internet taramaları da faydalı olabilir (IASC 2012).

Dikkat edilmesi gereken diğer bir önemli konu da özellikle yerinden edilmiş topluluklara hizmet verilirken tercüman kullanılması gerekliliğidir. Hazırlıklı olmanın bir boyutu da farklı dillerde tercüman listelerinin önceden hazırlanması, tercümanların dil yeterliliği, siyasi aidiyetleri ve cinsiyetleri dikkate alınmalıdır.

Yasal olarak birçok ülkede afetler için acil durum planları hazırlanmakta, kriz masalarının bileşenleri tartışılmakta ve ekipler oluşturulmaktadır. Bu ekiplere, genellikle ihmal edilen psikososyal hizmetlerin tanıtılması ve duyarlılığın önceden oluşturulması gerekmektedir. Uluslararası alanda yetkinliği kabul edilen, birçok ülkede faaliyet gösteren, çok sektörlü çalışma deneyimi olan kurumların psikososyal müdahale ve kurtarma faaliyetlerinin entegrasyonunu kolaylaştırdığı görülmüştür (Refails 2013). Hazırlıklı olma aşamasında kitlesel travma durumlarında kanıta dayalı müdahaleler konusunda uzmanlaşmış kişilere erişim planlanmalıdır (Refails 2013). Ülke genelinde acil durumlarda bu tür müdahalelerde deneyimli psikiyatrist ve psikologların hangi bölgede hizmet vereceği önceden bilinmelidir.

Hazırlıklı Olma Eğitimleri

Tüm süreçte olduğu gibi hazırlık aşamasında da planlama farklı kültürel ve sosyal değerler göz önünde bulundurularak yapılmalı ve alanda çalışacak olan gönüllü ya da profesyonellere bilgilendirme ve eğitimler yapılmalıdır (IASC 2017). Eğitimlerde hizmet sunumunda hak temelli yaklaşımın esas olduğu vurgulanmalıdır. İnsani yardım gerektiren durumlarda, insanların yardım etme hakkına, onurlu yaşama hakkına, korunma ve güvenlik hakkına ve kendi iyileşmeleriyle ilgili kararlara tam olarak katılma hakkına sahip olduğu unutulmamalıdır (Sphere 2018).

Olağandışı durumlarda ilk yanıtın olabildiğince kısa sürede verilmesi psikolojik komplikasyon riskini azaltmaktadır. Psikososyal müdahalelerin daha önce planlanmış olması, psikolojik bir triyaj sonrasında uygulanması, kanıta dayalı ya da bir uzman grubunun onayladığı müdahaleler olması ve mümkünse tek elden yürütülmesi bu nedenle de çok önemlidir (Sandström 2015).

Avrupa Birliği ve Hollandalı sağlık çalışanlarıyla yürütülen bir çalışmada, afetlere erken dönem müdahalelerin amacı sorgulandığında üç temel hedef belirtilmiştir.
Doğal kaynakları kullanarak doğal yollarla iyileşmenin teşvik edilmesi, akut psikolojik yardıma ihtiyacı olanların belirlenmesi ile etkilenenlerin belirlenmesi, akut psikososyal yardıma ihtiyaç duyanların gerekirse tedavi edilmesi ve sevk edilmesi (Te Brake ve Dückers 2013). Bu nedenle öncesi hazırlıklarda gönüllülere ve uzmanlaşmamış sağlık çalışanlarına verilen eğitimlerde yer alması önerilen başlıklar:

- Strese verilen doğal yanıtlar,
- Psikolojik ilk yardımın ilkeleri,
- Afetlerin psikolojik sonuçları,
- Afetlerde psikososyal hizmetlerin işlevleri ve uygunluğudur (Cox ve Danford 2014).

Ayrıca eğitimin farklı yöntemlerle yapılması canlandırma tekniklerinin kullanılması, el kitapçıklarının basılması önerilmektedir. Eğitimlerin sahaya özgü, kısa olması ama sık sık tekrarlanmasının faydaları vurgulanmıştır.

Eğitimlerde kitlesel travmadan etkilenenlere dinlendiklerini hissettiren bir destek ve rahatlık sunmanın, acil pratik ihtiyaçlarına duyarlı olmanın, travmaya neden olan olayla ilgili güncel bilgi vermenin, mağdurların kendi sosyal ortamlarından gelebilecek desteği harekete geçirmenin, en yakınlarıyla ve aileleriyle birlikte kalmalarını sağlamanın, normal stres reaksiyonları sergileyen mağdurlara güven vermenin önemi vurgulanmalıdır (Te Brake ve Dückers 2013). Psikolojik ilk yardımda kişilere mevcut kaygıları ve fiziksel durumu müdahaleci olmayan bir şekilde sorulabilir ama psikolojik sorunlar hakkında ilk saatlerde doğrudan soru sorulması tavsiye edilmemektedir (WHO 2011). Psikolojik triyaj yapacak yardım görevlilerine psikolojik bozuklukları ve / veya ciddi klinik rahatsızlıkları olan mağdurları ayırt etmeleri, tanı ve / veya tedavi gerektiren belirtileri olanları sevk etmeleri gerektiği eğitimlerde yer almalıdır.

Tablo 2. Hazırlık Eğitimlerinin Aşamaları ve Hedef Kitleleri (NHS 2009)

Aşama	Eğitim başlığı	Hedef kitle
Birinci aşama	Doğal stres yanıtı, psikolojik ilk yardım konusunda temel bilgi, tutum ve becerilerle ilgili genel eğitim	Olağandışı durumlar ve kitlesel travma bağlamında çalışan gönüllü ya da profesyonel tüm çalışanlar
İkinci aşama	Başvuranın ruh sağlığı uzmanı gereksinimini değerlendirilmesi	Psikolojik ilk yardım sağlayacaklar, terapi uygulayabilecekler
Üçüncü aşama	İlk iki aşamada ruh sağlığı uzmanı olmayanlara eğitim verecek ve bu düzeyde hizmet verenlere gözetmenlik ve danışmanlık verebilecek profesyonellere verilecek eğitim.	Eğitim ve danışmanlık verecek psikoloji uzmanları
Dördüncü aşama	Afet yönetimi, liderlik, iletişim, medya yönetimi vb. başlıkları da içeren bir eğitim	Stratejik, operasyonel ve taktiksel seviyelerde çalışan afet koordinatörlerine danışmanlık yapacak psikiyatri uzmanlarına

Planlamada diğer bir başlıkta ruh sağlığı profesyonellerinin kişisel hazırlıkları olmalıdır. Kişisel özellikler nedeniyle şefkat ve başkalarına bakma istekliliği afet durumlarında iyi yönetilmezse tükenmişlik yaratabilir. Temel kişisel beceriler arasında stres yönetimi yer almalı yüksek stresli ortamlarda çalışma teknikleri tartışılmalıdır. Ruh sağlığı çalışanlarının kendi sağlıklarına dikkat etmesi, etkili ve aktif bir ekip üyesi olmaları ve birbiriyle ilgilenmeleri önemlidir. Afetlerde çalışan personelin güvenliği ve sağlığıyla ilgili önlemler hazırlık planında yer ayrılmalı, makul çalışma koşulları, sürekli danışmanlık sağlanmalı, dinlenme amaçlı alanlar önceden belirlenmeli ve sağlık kontrolleri periyodik olarak yapılmalıdır (Suzuki 2012).

Afetlerde topluma ulaşmak için medya kullanımı çok önemlidir. Medya yardıma nasıl ve nerede ulaşabilecekleri gibi çok önemli bilgilere ulaşım kaynağıdır. Bununla birlikte yersiz korkulara ve paniğe de yol açabilir. Hayatta kalanların medyanın müdahaleci etkilerinden korumak da psikolojik sağ kalım için önemlidir. Afet öncesinde mutlaka bir medya planı hazırlanmalı, medya görevlilerine olası olumsuz etkileri ve ilk dönemde kişisel bilgiler içeren yayınlar yapmamalarıyla ilgili bilgilendirme yapılmalı, tüm süreçte haber öncesinde kişilerin rızasının alınma zorunluluğu hatırlatılmalıdır (Suzuki 2012).

2.3. Erken Müdahale / Müdahale

Halk sağlığı yaklaşımının kitlesel travma alanına uygulanmasında temel hedeflerden birisi de travma sonrasında etkilenen topluluklara erken müdahale edilebilmesidir. Zamanında önlenemediğinde ya da uygun biçimde tedavi edilmediğinde travmatik stresin kronikleşmesi ve bireylerin iyilik halini ve gündelik yaşamlarındaki işlevlerini olumsuz etkilemesi söz konusudur (Goldberg ve ark. 2014). Nüfus tabanlı bir yaklaşımla, kırılganlıkların en aza indirgenmesi, olumsuz sağlık etkilerinin azaltılması ve toplumun hızla yeniden işler hale getirilmesine odaklanılmalıdır (Norris ve ark. 2008).

Hizmet sunumunun planlanmasında önceden var olan, acil durumun tetiklediği ve insani yardımın tetiklediği sosyal sorunlar olabileceğini bilmek önemlidir. Tablo 3'te olağandışı durumlarda ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmeti sunacakların hizmeti planlamak için ilgili topluma dair bilmeleri gereken temel noktalar özetlenmiştir (IASC 2010).

Bir travmatik olaya sistematik ve başarılı bir yanıt vermenin en önemli bileşenlerinden biri, kaosun dışında bir düzenin sağlanmasıdır (Keane 2003). Kısa vadede güvenlik, gıdaya erişim, barınma, sanitasyon, ilaç sağlanması gibi, travmatik olayda sağ kalanların çok temel yaşamsal gereksinimlerinin karşılanması gereklidir. Ancak bu gereksinimlerin karşılanması bireylerin topluma yeniden entegre olmasında yeterli değildir. Bireylerin ve toplumların psikososyal gereksinimleri, travma sonrasındaki uyum sürecinde çok kritik bir önem taşımaktadır. Ağır insan hakları ihlallerinin söz konusu olduğu zorla yerinden olma, zorunlu göç gibi durumlarda hizmetlerin bağımsız uluslararası ya da sivil kuruluşlar tarafından sunulması müdahalenin etkinliğini arttırabilmektedir (Silove 2017).

Tablo 3. Hizmet sunacakların ilgili topluma dair bilmesi gerekenler

	Sosyal sorunlar	**Psikososyal sorunlar**
Önceden var olan (acil durum öncesi) sosyal sorunlar	Örneğin, ayrımcılığa uğramış veya marjinalleşmiş bir grubun ya da politik olarak baskı altında olan kişilerin sorunları	Ağır psikiyatrik hastalıklar, depresyon, alkol istismarı vb sorunlar
Acil durumun tetiklediği sosyal sorunlar	Ailelerin ayrılığı; güvenlik sorunları; damgalanma; sosyal ağların bozulması; geçim kaynaklarının, topluluk yapılarının, kaynakların ve güvenin imha edilmesi; seks işçiliğine zorlanma vb	Yas, somatizasyon; alkol ve diğer madde kullanımı; Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) da dahil olmak üzere depresyon ve anksiyete bozuklukları
İnsani yardımın tetiklediği sosyal sorunlar	Aşırı kalabalık ortamlar, kamplarda mahremiyet kaybı, topluluk yapılarının veya geleneksel destek mekanizmalarının zarar görmesi; insani yardım bağımlılığı	Gıda dağıtımı konusunda bilgi eksikliği nedeniyle kaygı vb.

Flannery ve Everly (2000) krize müdahalenin acil ve akut bir psikolojik müdahale olarak düşünülmesi gerektiğini belirtmektedir. Yazarlara göre bu müdahale doğrudan, yakın, umut veren ve öz olmalıdır. Müdahalenin amaçları; tırmanan stresin stabilizasyonu, akut bulgu ve belirtilerinin azaltılması, mümkünse uyum sağlayarak bağımsız işlev görme yetisinin onarımı ya da daha yetkin bir tedaviye erişimin sağlanmasıdır. Bu kapsamda şu temel ilkeler göz önünde bulundurulmalıdır.

1. **Hemen müdahale:** tanımı gereği krizler duygusal yönden zararlı durumlardır. Etkilenenlerde uyumsuz başa çıkma ya da donup kalma söz konusu olabilir. Bu nedenlerle alanda olabilen en kısa zamanda ruh sağlığı çalışanlarının bulunması çok önemlidir.
2. **Stabilizasyon:** çok önemli bir orta vade hedefi, kaynakların harekete geçirilmesi ve destek ağları aracılığıyla biraz da olsa düzenin ve rutin işleyişin sağlanması ile etkilenen kişi ya da topluluğun stabilizasyonudur.
3. **Anlayışı kolaylaştırmak:** etkilenen kişilerin kriz öncesi dönemdeki konumlarına geri döndürülebilmeleri için olan biteni anlamaları önemlidir. Bu amaçla ne olduğuna ilişkin gerçeklerin bir araya getirilmesi, etkilenen kişilerin anlatılarının dinlenmesi, zor duyguların ifade edilmesinin yüreklendirilmesi ve kritik olayların etkilerinin anlaşılması konusunda yardımcı olunması yararlıdır.
4. **Sorun çözmeye odaklanma:** etkilenen kişilere sorunların çözümünde yardımcı olunması bağımsız işlev görebileceklerini hissetmelerini sağlayacaktır.
5. **Özgüvenin desteklenmesi:** özgüvenin onarımı da bağımsız işlev görmeyi destekleyecektir. Etkilenen kişilerin eldeki sorunların değerlendirilmesi, pratik stratejiler geliştirilmesi ve uygulanması konusunda desteklenmeleri daha normal bir dengenin oluşumu için yararlı olacaktır.

Son yıllarda kitlesel travma ve olağandışı durumlardan sonra sosyal ve davranışsal işlevlerin onarımı, üzerinde çok çalışılan konulardan biri olmuştur (Hobfoll ve ark. 2007). Kitlesel travmalarda kırılgan toplulukların, risk gruplarının korunması için bazı temel müdahaleler ile; etkilenenlerin teskin edilmesi, güvenlik, öz yeterlilik ve kolektif yeterlilik duygularının geliştirilmesi, bağların güçlendirilmesi, umut aşılanmasının önemli olduğu bildirilmektedir (Ungar ve ark. 2013). Tablo 4'de kitlesel travmaya yaklaşımda halk sağlığı önlemleri; güvenlik, teskin edilme, öz yeterlilik ve kolektif yeterlilik, bağların güçlendirilmesi, umut aşılama başlıkları altında sunulmuştur.

Tablo 4: Kitlesel Travmaya Yaklaşımda Halk Sağlığı Önlemleri (Hobfoll ve ark. 2007)

Güvenlik

- İnsanların olabildiğince güvenli bir yere nakledilmesi
- Doğru ve örgütlü bir biçimde bilgi verilmesi
- Toplumsal güvenlik ve iyileşmenin sağlanmasında, medyanın sorumluluk ve rolü konusunda medyanın bilgilendirilmesi
- Bireylerin sürekli haberlere maruz kalmayı sınırlandırmaları ve etkilenmeyi arttıran görsel malzemeye maruz kalmaktan kaçınmaları için yüreklendirilmeleri
- Eğer kişinin stresini arttırıyorsa travmaya ilişkin konuşmanın miktarını sınırlamanın tavsiye edilmesi
- İnsanlara, savaş ve terörizm konusundaki politik propaganda ile daha gerçekçi bilgiler arasındaki farkı ayırt etmelerinin öğretilmesi
- Ebeveynlere çocukların haberlere maruziyetinin sınırlandırılması ve yönetilmesinin öğretilmesi

Teskin Edilme

- İlk olarak ve öncelikle insanların kaygılarını doğrudan çözümleyen eylemliliklerin içinde olunması
- Aile ve arkadaşların güvende olup olmadığına ve yeni tehlikelerin varlığına ilişkin bilgi verilmesi
- Aşağıdaki başlıklarda ve toplumun geneline ulaşabilecek medya sunumları, etkileşimli web siteleri ve bilgisayar programları hazırlanması

1. Olağandışı durum sonrası tepkiler; kişilerin kendi tepkilerinin beklenen tepkiler olduğunu anlayabilmeleri için
2. En sık görülen travma sonrası sorunlar konusunda anksiyete yönetimi teknikleri (uyku sorunları, anımsatan olaylara tepkiler, olaya özgü yeni korkular vb)
3. Ağır fonksiyon bozukluklarının belirtileri; kişilerin kendi belirtilerini doğru değerlendirebilecekleri ve ne zaman profesyonel değerlendirme ve tedavi isteyeceklerini anlayabilmeleri için
4. Orta düzeyde anksiyete sorunu olanlar için medya maruziyetinin sınırlandırılması
5. Aile ya da arkadaşlara ilişkin haberlerin mümkün olduğunca görsel malzeme ve abartı olmaksızın verilmesi

- Toplulukların, ya da kurtarılan bir grup insanın sakinleştirilmesi için doğru olmayan bir bilginin çarpıtılması güvenilirliği zedeler ve yapılmamalıdır

Öz Yeterlilik ve Kolektif Yeterlilik

- İnsanların kayıp döngüsünü kıracak, onları güçlendirecek ve haysiyetlerinin onarılmasına yardımcı olacak kaynakların sağlanması
- İnsanların bireysel ve çevresel kaynaklarının yönetilmesi için yolların yaratılması
- Gereksinimleri gözeterek karar süreçlerine etkilenen bireylerin olabildiğince katılımının sağlanması, bu yolda öz ve kolektif yeterliliğin yeniden kazanılmasına çalışılması
- Toplum tarafından belirlenen ve uygulanan etkinliklerin desteklenmesi (dinsel etkinlikler, toplantılar vb.)
- Toplumların;
  1. Yurttaşların iyiliğinin desteklenmesi
  2. Güvenliğin sağlanması
  3. Yeniden bir düzen kurulması için kaynak sağlanması
  4. Gelecek için umut taşımak ve paylaşmak
  5. Ailelerin desteklenmesi
  6. Kırılganlık algısının azaltılması
  7. Bireylerin uyum etkinliklerine katılımları için yüreklendirilmeleri konularında teşvik edilmesi
- Kırsal kalkınma ve mesleki beceri eğitimleri konusunda iş birliği
  1. Yerel toplulukların hayatta kalma kapasitelerini geliştirmelerine yardım edilmesi
  2. Yaşam kalitesinin ve çabuk iyileşmenin geliştirilmesi
  3. Psikolojik dalgalanmalardan korumak için umut aşılamak ve kitlesel travmadan etkilenenlerin egemenlik ve kontrol duygusu kazanmalarına yardım edilmesi
- Çocuk ve ergenler için
  1. Aşırı koruyucu olmanın tehlikelerinin ayırdında olunması
  2. Toplumsal iyileşmenin bileşeni olmalarının sağlanması
  3. Okul topluluklarının yenilenen öğrenme olanakları, yaşa uygun, erişkinlerin rehberlik ettikleri anma törenleri, okulun öncülük ettiği öğrenilmiş çaresizliğin öğrenilmiş yardımseverliğe dönüştürüldüğü etkinliklerle onarımının sağlanması

Bağların Güçlendirilmesi

- Bireylere sevdiklerini bulma ve onlarla bağlantı kurma konusunda yardım edilmesi
- Çocukların anne babalarla ya da ebeveyn özelliğindeki kişilerle yeniden bir araya getirilmesi
- Travma mağdurları ve onları sosyal olarak destekleyenlerin iletişimlerinin nicel ve nitel ve sıklık açısından geliştirilmesi
- Geçici barınma yerlerini köyler gibi düşünerek; köy konseyi, karşılama komitesi, ibadet mekânı, hizmet alanları, eğlence, spor, rekreasyon etkinlikleri, ergenlerin danışmanlık alarak bir araya geldikleri mekanlar, din-okul-toplum dayanışma ağları, toplumsal dayanışma

etkinlikleri vb yapılanma ve etkinliklerin mümkün olduğunca gerçekleştirilmesi
- Etkinlikleri düzenlerken olabildiğince; güvensizlik, grup içi-grup dışı dinamikler, iyileşme konusunda sabırsızlık, tükenme gibi olası olumsuz sosyal etkilerin farkında olunması

Umut Aşılama

- İnsanlara yaşamlarını yeniden kurmaları için barınma, iş, yerleşme, ev eşyalarının yerine konması, temizlik, onarım, sigorta geri ödemeleri gibi hizmetlerin sunulması
- Kitlesel travma sonrasında etkilenenlerin hayatlarını kurmaları için gerekli olabilecek bürokratik ve karmaşık işlemler açısından destek programlarının geliştirilmesi
- Bireylerin günlük mesleki etkinliklerini sürdürebilmeleri ve süregiden kaynak kaybından korunmaları için yerel ekonomilerin yeniden yapılandırılması için destek verilmesi
- Medya, okullar, üniversiteler, toplumun doğal liderlerin, insanları; kaynaklara erişimi, benzer travmaların iyileşme süreçlerinde etkili olmuş sistemlerin kurulması, anma ve anlamlandırma, yaşamlarının ve çevrelerinin değiştiğini kabullenme, daha doğru risk tahminleri yapma, kendini suçlamayı azaltma, problem çözme ve olumlu hedefler koyma gibi konularda desteklemesi
- Bireysel ve toplumsal güçlü yanların üzerine bir yaşam inşa edilmesi

Travmatik stresin kültürel farklılıkları da gözeten biçimde yönetiminde bazı temel ilkeler ortaya çıkmaktadır.

a) Toplumların psikososyal sorunları zamanı ve nesilleri aşabilir ve şiddetin tekrar etmemesi için müdahaleler gerekebilir;

b) Travmatik strese maruz kalanların sorunları tehdidin ağırlığına ve maruz kalanın biyolojik, bilişsel özelliklerine bağlı olmak üzere kültürler arası ortak özellikler gösterir;

c) Stresle baş etmek için beceri geliştirmeye yönelik müdahaleler, evrensel olarak ortak kabul görmektedir;

d) Erken müdahale strese verilen tepkilerin ağırlığını azaltabilir ve bireyin psikolojik durumunun bozulmasını engelleyerek iyileşme umudu sağlayabilir;

e) Hizmetlerin sunumunda sağlık çalışanları ve toplum liderleri uygun seçeneklerdir;

f) Eğiticilerin eğitimi modeli dışardan gelen desteğin ve yerel hizmet sunucuların rollerini tanımlamada yararlıdır;

g) Stresin kültüre özgü dışavurumunu ve kültürel olarak kabul edilebilir müdahale tekniklerini olabildiğince saptayabilmek, en uygun yaklaşımları planlamak için yardımcı olacaktır;

h) Özellikle dışardan gelen yardım ve kaynaklar çekilmeye başladığında, etkilenen topluluklarla iş birliği yapmak, uzun erimdeki yaklaşımların etkinliği açısından kritik öneme sahiptir (Keane 2003).

2.4. Belgeleme / Araştırma / İzleme

Ağır kitlesel travma çalışmalarında üç temel yaklaşım vardır. İlk yaklaşım tanımlanmış bir epidemiyolojik alanda belirli bir toplumu temsil eden örneklerle görüşmeyi kapsar. Bu tür çalışmalar oldukça kısıtlı bir veri sağlarlar, çünkü bu alandaki herkes o travmatik deneyimi yaşamamış olabilir. Yine de bu tür çalışmalar bize toplumda TSSB ve bağlantılı hastalıkların prevalansını verir.

İkinci yaklaşım savaş, çatışma, zorla yerinden edilme gibi olaylar nedeniyle travmatize olan ve TSSB geliştirme riski olan kişilerle görüşmektir. Böylesi çalışmalar kitlesel travmadan etkilenen toplumlarda, travmanın sonuçlarına ilişkin bilgi verirler. Ancak çalışmanın zamanlaması, travmadan ne süre sonra gerçekleştirildiği bir kısıtlılık yaratabilir.

Son olarak ise travmatize olmuş bireylerle ilgili olgu çalışmaları yapılabilir. Bu çalışmalar travmanın bireyler üzerindeki etkilerine ilişkin bilgi verirler, bu sayede TSSB belirtileri hakkında daha kapsamlı bilgi elde edilmiştir (Musisi 2004).

Bu üç yaklaşımdan hangisi üzerinden gidilirse gidilsin, araştırma değişkenleri içinde sağlığın sosyal belirleyicilerinin yer alması çok önemlidir. Kitlesel travmaya maruz kalanların güvenlik, çalışma, barınma koşulları, sosyal güvenlik, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma olanakları gibi değişkenler araştırmaların veri setlerinde mutlaka yer almalıdır.

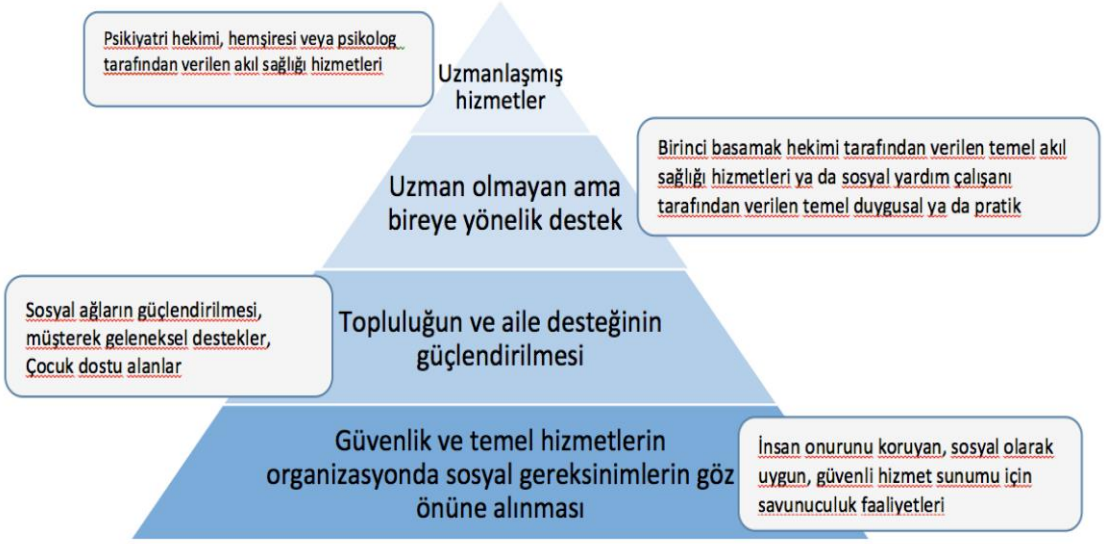
Kuşkusuz kitlesel travma sonrasında korunma ve müdahale uygulamalarının geliştirilmesine ilişkin araştırmalar yapılması çok önemlidir. Öte yandan örneğin savaş sırasında kitlesel travmaya maruz kalmanın uzun erimdeki etkilerinin değerlendirilmesi de çok önemlidir. Bu amaçla temsil eden örnekler üzerinde yürütülecek ileriye dönük, kültürel açıdan uygun ve geçerli ölçüm araçlarının kullanıldığı ve çok kanaldan veri toplayan çalışmalara gereksinim vardır (Werner 2012).

2.5. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Entegrasyonu

Daha önce geçici kaynaklarla alanda, kamp ortamlarında yürütülen psikososyal hizmetin var olan sağlık kurumlarına entegrasyonu, kitlesel travmaya müdahalenin en önemli basamaklarından olmasına rağmen genellikle ihmal edilir. Hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerin bu entegrasyonda önemli sorumlulukları vardır. Savunuculuk, farkındalık arttırma ve zihinsel sağlık programlarının mevcut kurumsal yapı içerisine yerleştirilmesi özellikle yoksul ve sağlık sistemleri gelişmemiş ülkelerde güç olabilir (Silove 2017).

Halen travmatize olmuş topluluklar için, temel sağlık hizmetlerinin içine entegre edilmiş ve yaygın bir ruh sağlığı hizmet sunumu yaklaşımı daha pratik, uygun, karşılanabilir ve erişilebilir olacaktır. Bu kapsamda temel sağlık hizmetleri için ruh sağlığı danışmanlarının yetiştirilmesi ve tüm sağlık çalışanlarına kitlesel travma konusunda farkındalık geliştirme, sorunları ayırt edebilme ve yönetebilme konusunda eğitim verilmesi önemlidir. Tedavi yaklaşımları kültür, toplumsal cinsiyet ve yaş konusunda duyarlı olunmalı ve gerektiğinde yazılan ilaçların ücretsiz olarak karşılanabilir olmasına özen gösterilmelidir.

Şekil 3'te insani yardım gerektiren acillerde ruh sağlığı ve psikososyal müdahale piramidi sunulmuştur. Buradaki temel yaklaşım sağlığın sosyal belirleyicilerinin öncelikle ele alınması, insanların güvenlik ve sosyal gereksinimlerinin göz önünde bulundurulması, sosyal ağların, topluluk ve ailelerin güçlendirilmesi sonrasında bireye yönelik genel ruh sağlığı desteği ve uzmanlaşmış tedavi ve destek hizmetlerinin sunulmasıdır.



Şekil 3: İnsani yardım gerektiren acillerde ruh sağlığı ve psikososyal müdahale piramidi

Hizmetlerin entegrasyonunda kitlesel travmaya uğrayanların kimler olduğu da önemlidir. Göçe zorlananlar, cinsel yönelim, din ve etnik köken gibi nedenlerle dışlanma olasılığı daha fazla olanların damgalanma, kendini güvende hissetmeme, hizmete erişim bilgisinin eksikliği ve dil sorunu gibi nedenlerle ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri daha güç olabilir. Ağır insan hakları ihlallerine maruz kalanlar, özellikle çocuk askerler için uzun süreli özel programlar hazırlanmalıdır.

Kitlesel travma sonrası uzun dönemde hizmetler entegre edilirken planlama yapılmalıdır. Halk sağlığı çalışan ve kurumları bu konuda öncülük yapmalıdır. Periyodik taramalarla ruh sağlığı hizmetlerine erişemeyenlerin belirlenmesi ve hizmete erişimlerinin sağlanması en önemli görevlerindendir. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında dil sorununun çözülmesi, çalışanların eğitilmesi, sağlık kurumu olmayan bölgelerde alan ekiplerinin oluşturulması gibi görevleri vardır. Genel programın başarısı, bir bileşenin başarısı ile değil, tüm katılımcıların, toplumun ve genel sağlık ile ruh sağlığı kurumları arasında ağ kurmayı da içeren kapsamlı, kapsayıcı ve bütünleşik yanıtı oluşturabilmesine bağlıdır. (NHS 2009).

Kitlesel travma sonrası mevcut birinci basamak ve diğer halk sağlığı hizmetlerinde özellikle iyi bir yapılandırma ve kaynak bulunmazsa ruh sağlığı için sunulan hizmetlerde sürdürebilirlik önemli bir sorun olabilir (Silove 2017). Hizmetler rutin sağlık hizmetlerine aktarılırken, afet sonrası dönemde duyarlı grupların vatandaşlık, çalışma izninin olmaması, işsizlik, vb. gibi nedenlerle sosyal güvencelerinin olmayacağı ya da hizmet bedellerini karşılayamayacakları göz önünde bulundurulmalı, hizmetlere ücretsiz erişim sağlanmalıdır.

Tedavi edici sağlık kurumlarının görevleri ise genellikle 28. günden itibaren başlar. Uzamış stres reaksiyonu gösterenler ya da ruhsal rahatsızlıkları olanlar için birinci basamak hizmetleri, ciddi ruhsal hastalığı olanlar için de uzman hekime başvurular planlanmalıdır. Birinci basamakta bireye ve aileye yönelik terapiler vb. sağlamak üzere toplum ruh sağlığı hizmetleri çalışanları ile çalışan temel sağlık ekipleri oluşturulmalıdır. Profesyonellerin gözetiminde eğitim almış terapistlerin de bu ekiplerde görev alabileceği belirtilmektedir. Birinci basamakta görevli hekim ve hemşirelere bir uzmana danışma olanağı sürekli olarak sağlanmalıdır. Birinci basamakta sağlanan hizmetin bir yıl boyunca sağaltıma katkısı olmaması durumunda kişiler mutlaka uzmanlık hizmetlerine yönlendirilmelidir.

Gereksinimi olanların uzman hekimlere ulaşması için yöntemler geliştirilmeli ve bu hem alanda çalışan kurumlarla hem birinci sağlık hizmetleriyle paylaşılmalıdır. İlk dönemde çok az kişide (ilk hafta binde birden az) acil serviste yatış gerektirecek ya da hemen uzman hekime sevk edilmesi gerekecek bir ruh sağlığı sorunu saptanmaktadır. Ciddi rahatsızlıklar için gerekebilecek uzman hekim ihtiyacı da birinci basamak çalışanlarına olduğu gibi 28. günden sonra artmaktadır (NHS 2009, NIMH 2002).

Birinci basamak sağlık çalışanlarıyla uzmanlar periyodik olarak bir araya gelmeli durum değerlendirmesi yapmalı ve yöneticilerle bu bilgileri paylaşmalıdır. Tedaviye zamanında başlanması ve sevklerde gecikme olmaması önemlidir. Tedavi birinci basamakta ya da hastane koşullarında yürütülebilecek bireysel, aile ya da grup psikoterapilerini, ilaç tedavilerini ve kısa ya da uzun dönemli hastane yatışlarını içerir. Tüm birinci basamak çalışanlarının; daha ciddi, kronik şikayetler geliştirme riski olan bireyler konusunda dikkatli olması, bozulmuş bir iyileşme sürecinin açık belirtilerini gösteren ve doğrudan profesyonel bakıma ihtiyaç duyan kişileri erken dönemde saptayıp sevk etmeleri gerekmektedir.

2.6. Politika Geliştirme

Travmatik olayın önlenmesi ya da gelişebilecek doğal afetlere karşı hazırlıklı olma politikaların merkezinde yer almalıdır. Politikalar travmatik olayların önlenmesine odaklanmalıdır (Magruder ve ark. 2017). Politik şiddetin azaltılması, faillerin yargılanacağı savaş mahkemeleri, insan hakları ihlallerini önlemeye yönelik uluslararası yasal düzenlemelerin yapılması yaşamsaldır. Aynı şekilde binaların daha sağlam yapılması ya da sel vb. felaketleri önlemeye yönelik yasal düzenlemeler ile kurumların ve insanların bu konularda bilinçlendirilmesi öncelikle ele alınmalıdır.

Orta ve düşük gelirli ülkelerde travmatik olay oranları çok yüksektir. Travmatik olaylara sık eşlik eden öfke ve adaletsizlik duygusu misillemelere ve şiddetin artmasına neden olur. Olumsuz yaşam deneyimlerinin etkisini travmanın arttırdığı göz önünde bulundurulduğunda; kaynakların genelde göz ardı edilen, mevcut, etkili ve uygulanabilir psikososyal müdahaleler için de ayrılması zorunludur (Bowen ve Murshbid 2016).

Tüm toplumlar kitlesel travmalardan olumsuz etkilenir ancak bazı ülkeler/gruplar/kişiler yer etmiş yapısal sosyal eşitsizlikler nedeniyle daha fazla etkilenirler. Toplumlar içindeki var olan ayrımcılık pratikleri de travma sürecini belirler. Politikalar geliştirilirken bu eşitsizlikler ve ayrımcılık pratikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Sosyal ve insani krizlerin olduğu koşullarda kamusal politikaların en önemli önceliği olabilecek en çok kişiye etkin bir biçimde eğitim ve psikososyal müdahaleler yapmak olmalıdır. Bu tür bir müdahale ters dönmüş piramidin tepesinde yer almalıdır. Eğitilmiş bir psikolog ya da psikiyatrist tarafından verilecek bireysel psikoterapi ve ilaç tedavisi ise daha az sayıda insana sunulabilecektir ve ters dönmüş piramidin tabanında yer alacaktır. Bu nedenle de büyük ölçekli, kitlesel felaketler ve savaş durumunda, bireye yönelik müdahaleler ülkelerin önceliklerinin sıralamasında en önde yer almayacaktır.

Güvenlik, güvenilirlik ve şeffaflık, travmaya karşı geliştirilen programların en önemli bileşenleri olmalıdır. Güvenlik, travmaya maruz kalanları zarar veya tehlikeden makul bir derecede korumak ve daha fazla travmanın ortaya çıkmasını önlemek anlamında fiziksel ve duygusal güvenliğini sağlamak için harcanan çabaları ifade eder. Güvenilirlik ve şeffaflık ise bireyler, topluluklar ve toplumun farklı bileşenleri arasında güven oluşturmak amacıyla uluslararası kurumların/hükümetlerin/kuruluşların politika ve prosedürlerinde açık olmayı ne ölçüde başardığıyla ilişkilidir (Bowen ve Murshbid 2016).

Kaynaklar

1. Ajduković D (2013) Introducing the notion of social context of collective trauma to ESTSS. Eur J Psychotraumatol, 4(1), 21258.
2. Bowen EA, Murshid, NS (2016) Trauma-Informed Social Policy: A Conceptual Framework for Policy Analysis and Advocacy. Am J Public Health Res, 106(2), 223-9.
3. Bowden M (2003) War and Disasters; Trauma Interventions in War and Peace. Prevention, Practice, and Policy BL Green, MJ Friedman, JTVM de Jong, SD Solomon, TM Keane, JA Fairbank, B Donelan ,Frey-Wouters (Ed.), Kluwer Academic Publisher
4. Costello EJ, Angold A. (1995) Developmental epidemiology. D. Cicchetti & D. Cohen (Ed), Cilt 1, Developmental psychopathology, Theory and methods, New York, Wiley s. 23-56.
5. Cox RS, Danford T (2014) The Need for a Systematic Approach to Disaster Psychosocial Response: A Suggested Competency Framework. Prehosp Disaster Med, 29(2):183-189.
6. Dahlberg LL, Krug EG (2002) Violence: A global public health problem. E Krug, LL Dahlberg, JA Mercy, R Lozano (Eds.), World report on violence and health, Geneva, Switzerland: World Health Organization, s. 1-56.
7. Flannery RB, Everly GS (2000), Crisis Intervention: A Review. International Journal of Emergency Mental Health, 2(2), 119-125.
8. Goldberg J, Magruder KM, Forsberg CW ve ark. (2014). The association of PTSD with physical and mental health functioning and disability (VA Cooperative Study #569: The course and consequences of posttraumatic stress disorder in Vietnam-era Veteran twins). Quality of Life Research, 5, 1579-1591
9. Harbom L, Melander E, Wallensteen P. (2008) Dyadic dimensions of armed conflict, 1946-2007. J Peace Res, 45:697-710.
10. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC ve ark. (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid–Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. Psychiatry, 70(4).
11. Hoffman B (1999) The mind of the terrorist: Perspectives from social psychology. Psychiatr Ann, 29:337-340.
12. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.
13. IASC (2010) Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 8.1.2019'da https://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf
14. IASC (2017) Inter-Agency Standing Committee (IASC) Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 8.1.2019'da https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_common_monitoring_and_evaluation_framework_for_mhpss_programmes_in_emergency_settings_2017.pdf adresinden erişilmiştir.
15. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2012). IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide, 8.1.2019'da https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_rg_mhpss_assessment_guide_.pdf adresinden erişilmiştir.
16. IFRC (2010) A practial guide to Gender-sensitive Approaches for Disaster Management. 8.1.2019'da https://www.ifrc.org/PageFiles/96532/A%20Guide%20for%20Gender-sensitive%20approach%20to%20DM.pdf adresinden erişilmiştir.
17. Kawachi I, Subramania S (2006) Measuring and modeling the social and geographic context of trauma: A multilevel modeling approach. J Trauma Stress, 19(2):195-203.
18. Keane TM (2003) Responding to Social and Humanitarian Crises, , Practice, and Policy. Green, BL, Friedman, MJ, de Jong ve ark. (Ed) Trauma Interventions in War and Peace Prevention, Kluwer Academic Publishers.
19. Kessler RC, Üstün B (2008) The WHO world mental health surveys. Global perspectives of mental health surveys (1. Baskı). New York: Cambridge University Press.
20. Krieger N (1994) Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? Social Sci Med, 39:887-903.
21. Magruder KM, Frueh BC, Knapp R ve ark. (2005) Prevalence of posttraumatic stress disorder in VA primary care clinics. Gen Hosp Psychiatr, 27(3): 169-179.
22. Magruder KM, Kassam-Adams N, Thoresen S, Olff M, (2016) Prevention and public health approaches to trauma and traumatic stress: a rationale and a call to action. Eur J Psychotraumatol, 7: 29715.
23. Magruder KM, McLaughlin KA, Borbon DLE (2017) Trauma is a public health issue. Eur J Psychotraumatol, (8): 1375338.
24. Musisi S (2004) Mass trauma and mental health. Afr Health Sci, (4) 2:80-82.
25. National Institute of Mental Health (2002). Mental Health and Mass Violence:Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices. NIH Publication No. 02-5138, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office.
26. NHS (2009) Emergency planning guidance planning for the psychosocial and mental health care of people affected by major incidents and disasters: Interim national strategic guidance. Emergency Preparedness Division, 8.1.2019 tarihinde http://www.dh.gov.uk/publications adresinden erişilmiştir.
27. Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, ve ark. (2008) Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. Am J Community Psychol, 41(1–2):127–50.
28. Pincha C (2008) Gender Sensitive Disaster Management: A Toolkit for Practitioners. Oxfam America & NANBAN Trust. 8.1.2019 tarihinde https://www.gdnonline.org/resources/pincha_gender_sensitive_disaster_management_toolkit adresinden erişilmiştir.

29. Reifels L, Pietrantoni L, Prati G ve ark. (2013) Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: an international perspective. Europ J Psychotraumatol, 4(1):22897.
30. Rubin GJ, Brewin CR, Greenberg N, Simpson J, Wessely S (2005) Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: Cross sectional survey of a representative sample of Londoners. BMJ, 331(7517): 606.
31. Richter R, Flowers T (2010) Gender-Aware Disaster Care: Issues and Interventions in Supplies, Services, Triage and Treatment. Int J Mass Emerg Disasters, 28(2): 207–225.
32. Sandström D. (2015) Psychosocial disaster preparedness a comparison between the literature and the psychiatric units at the hospital district of Helsinki and Uusimaa. Arcada Global Health Care Programı yüksek lisans tezi 8.1.2019'da https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/103610/Master%20Thesis%20klar.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden erişilmiştir.
33. Silove D, Ventevogel P, Rees S (2017) The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. World Psychiatr, 16(2):130-139.
34. Smith DW, Christiansen EH, Vincent R, Hann NE (1999) Population effects of the bombing of Oklahoma City. J Okla State Med Assoc, 92(4):193-198.
35. Susser ES, Schwartz S, Morabia A, Bromet EJ. (2006) Searching for the causes of mental disorders. ES Susser, S Schwartz, A Morabia, EJ Bromet (Ed) Psychiatric Epidemiology. New York: Oxford University Press.
36. Susser M (1988) Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. J Epidemiol **Public Health** Rev, 52:608-611.
37. Suzuki Y, Fukasawa M, Nakajima S, Narisawa, T, Kim Y (2012) Development of disaster mental health guidelines through the Delphi process in Japan. Int J Ment Health Syst, 6(1): 7.
38. Te Brake H, Dückers M (2013). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events: is there a gap between norms and practice in Europe? Europ J Psychotraumatol, 4(1):19093.
39. Thoresen S, Jensen TK, Wentzel-Larsen T, Dyb G (2014). Social support barriers and mental health in terrorist attack survivors. J Affect Disord, 156: 187-193.
40. Turner (2015) Refugee Blues: A UK and European perspective. Europ J Psychotraumatol, 6: 29328.
41. Ungar M, Ghazinour M, Richter J. (2013) Annual research review: what is resilience within the social ecology of human development? J Child Psychol Psychiatry; 54(4):348–66.
42. United Nations High Commissioner for Refugees (2012) A year of crises: UNHCR global trends 2011. 8, 1, 2019'da https://reliefweb.int/report/world/unhcr-global-trends-2011-year-crisis adresinden erişilmiştir.
43. Werner EE (2012) Children and war: risk, resilience, and recovery. Dev Psychopathol, 24(2):553–558.
44. World Health Organization (2002) World report on violence and health 8.1.2019'da https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf adresinden erişilmiştir.
45. WHO (2006) Mass Casualty Management in Disasters. 8.1.2016'da https://www.who.int/hac/events/experts2006/D_Cooper_Mass_casualth_disasters.pdf adresinden erişilmiştir.
46. WHO (2011) PFA (Psychological first aid): Guide for field workers. World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. WHO: Geneva 8.1.2016'da http://www.searo.who.int/srilanka/documents/psychological_first_aid_guide_for_field_workers.pdf adresinden erişilmiştir.
47. Zwillich T (2006) Health care remains basic in New Orleans. Lancet, (367): 637-638.

Ek 1: Sosyo-ekolojik model ve Utoya saldırısı olgusu

Sosyo-ekolojik model terör saldırılarını irdelemek için de uygundur. Bu yaklaşımla irdelenen Norveç'teki Utoya saldırısı olgusu aşağıda sunulmuştur.

22 Temmuz 2011 yılında Utoya adasında İşçi Partisi'nin gençlik kampını basarak çoğu 18 yaş altındaki 69 kişiyi otomatik silahla tarayarak öldüren Anders Behring Breivik, eş zamanlı olarak başkent Oslo'da bir devlet binasının önüne koyduğu düzenekle de sekiz kişinin ölümüne neden olmuştu.

Bu olguda bireysel düzey üç gruptan oluşmaktadır. Oslo'daki devlet binasının önündeki bombalamada hayatta kalanlar, silahla tarama sırasında Utoya adasında bulunan ve hayatta kalan gençler ve yakınlarını yitirmiş aileler. Bu gruplardan ikincisi sosyo-ekolojik model ile irdelenecektir.

Pek çok terör ve afet durumunda araştırmacıların örneklem sorunu olur, Utoya bir ada olduğu için böyle bir sorun olmamış.

Bireyler

Araştırmayı ve klinik yanıtı planlayanlar, hayatta kalanlarla erken dönemde yüz-yüze görüşmeler planlamışlar, yardıma gereksinimi olanların hizmete erişimi de sağlanmış.
Utoya saldırısı sonrasında hayatta kalanların 4-5 ay sonraki ilk değerlendirmelerinde TSSB toplumun geneline göre 6 kat yüksek bulunmuş.

İlişkiler

İlişkiler düzeyinde anne babalar, kardeşler, arkadaşlar, meslektaşlar ve Utoya saldırısında kurtulanlara yakın kişiler yer almaktadır. Gençlerin anne babalarının ruh sağlığı semptomları ve baş etme süreçleri çalışılmış ve ağır travmaya maruz kalan gençlerin anne babalarının kırılgan bir grup olarak erken müdahale ve izlem stratejilerinin hedefinde yer alması gerektiği saptanmıştır.

Topluluk düzeyi

Bu olguda topluluk düzeyi okullar, kolejler, üniversiteler, iş yerleri ve yerel yönetimin sağlık birimleridir. Niteliksel araştırma projeleri ile okulların hayatta kalan bireylerle ve genel olarak okuldaki kişilerle nasıl başa çıktıkları, onlara nasıl çare bulmaya çalıştıkları ortaya konmaya çalışılmıştır.

Toplum düzeyi

Ayrı bir çalışma ile genel olarak Norveç toplumunun durumu değerlendirilmiştir. Gerek Utoya saldırısında gerekse Oklahoma kenti bombalaması (Smith, *Christiansen*, Vincent, Hann 1999), 11 Eylül saldırıları (Schlenger et al. 2002), 2004 Madrid tren saldırısı (Miguel-Tobal et al., 2006), 2005 yılındaki Londra bombalamaları (Rubin, Brewin, Greenberg, Simpson, Wessely, 2005) gibi terör saldırıları sonrasında yapılan çalışmalarda; terör saldırılarının toplumların güvenlik algısını, iyilik halini ve ruh sağlığını etkilediği gösterilmiştir.
Sosyo-ekolojik modelde düzeyler birbiriyle etkileşim içindedir (Magruder ve ark. 2016). Örneğin sosyal destek kısmen ilişkiler kısmen de toplum düzeyindeki etmenlere bağlıdır. Etraf olup bitenden çok etkilendiğinde sosyal desteğe ne olur? Estonya feribot felaketinden sağ kalanların 15 yıl süreyle izlendiği ve sosyal desteğin araştırıldığı bir çalışmada (Arnberg, Hultman, Michel, Lundin 2013), araştırma ekibi "sosyal destek bariyerleri" adını verdikleri bir ölçü geliştirmişler. Thoresen ve arkadaşları Utoya'dan sağ kurtulanların; insanların bu konudan artık yorulduğunu düşündüklerini, bu konuya takılıp kaldıkları kanısında olduklarına inandıklarını ve bu nedenle yardım ve destek istemekten kaçındıklarını saptamışlardır (Thoresen, Jensen, Wentzel-Larsen, Dyb 2014). Bu tür bariyerler ilerde görülecek ruh sağlığı sorunlarında algılanan sosyal destekten daha belirleyici olmaktadır.