

# Afet Yaşantıları, Afet Psikiyatrisi ve Bingöl Depremi Sonrası Ruhsal Müdahale Programı

Mehmet UĞURLU \*, Bahadır BAKIM \*\*, Mustafa GÜVELİ \*\*\*,  
K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU \*\*\*\*, Tahir SOYDAL \*\*\*\*\*, Toker ERGÜDER \*\*\*\*\*

## ÖZET

Afetler toplulukların başetme kapasitesini bozan olaylardır. Afetlerin ruhsal sonuçları çok sayıda bireyi etkilemekte ve genelde mevcut ruh sağlığı çalışanları ile tüm mağdurlara hizmet ulaştırılmamaktadır. Birinci basamak ile ruh sağlığı hizmetlerini entegre etmek hem çok sayıda bireye ulaşmayı kolaylaştırmakta hem de hizmet sürekliliğini beraberinde getirmektedir. 1 Mayıs 2003 tarihinde Bingöl ili depremi sonrasında yapılan müdahale programı bu yazıda afet psikiyatrisi nosyonu içerisinde tartışılmaktadır.

Anahtar kelimler: Afet, afet psikiyatrisi, akut müdahale

Düşünen Adam; 2003, 16(4): 203-210

## SUMMARY

Disasters are the events which destroy the coping capacity of communities. Massive amounts of people are influenced by psychiatric consequences of disasters and usually care for all victims are not conveyed by existent psychiatric care personal. Integrating to local primary care units for psychiatric services both facilitate outreach to many people and make it possible to continue posttraumatic care for a long period. The intervention program after the Bingol city earthquake in 1st of May, 2003 is discussed in disaster psychiatry concept in this paper.

Key words: Disaster, disaster psychiatry, acute intervention

### Afet nedir?

Felaket (afet) toplulukların başetme kapasitesini bozan olaylar şeklinde tanımlanmaktadır (1). Taylor'a göre afet bireylerin, ailelerinin, topluluklarının, çalıştıkları kurumların kaynaklarını ciddi bir şekilde yıkan ve bazen ana kültürel gelenekleri tehdit eden tehlikeli olaylardır. Taylor, kurbanı "afete kendilerinin etkileri olsun olmasın, afetin etkilerine doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalarak, hayatları olumsuz olarak etkilenen kişiler" olarak tanımlamıştır (2). Amerikan Federal Acil Müdahale Ajansı'na göre (FEMA) ağır afet "yangın, su baskını ya da pat-

lama gibi sebebi ne olursa olsun, yerel, devlete ait ya da afet yardım kuruluşlarının yardımını gerektirecek düzeydeki doğal olaylardır" ve kaza ile felaket arasındaki fark olayın düzeyi ile ilişkilidir (3).

### Afetin etkileri

Felaket yaşantısında toplumsal yapı ve işleyiş, toplumun işlevselliğini ve varlığını tehdit edecek boyuta ulaşmaktadır. Kaynak gereksinimi kaynakların kullanılabilirliğinden daha büyüktür (4).

Carr felaketleri ani gelişen/ilerleyici ve yaygın/yerel

\*Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gn Md, \*\* Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanı,\*\*\* Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Md. Yrd. ve Ruh Sağlığı Daire Başkanı, Psikiyatri Uzmanı,\*\*\*\*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Şefi,\*\*\*\*\* Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gn Md.Yrd,\*\*\*\*\* Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı Madde Bağımlılığı Şb.Md.

etki şeklinde sınıflamıştır (5). Granot felaketlerin A) sinsi ya da ani başlangıçlı B) kısa ya da uzun süreli C) insan eliyle ya da doğal afetler etkisi ile olabileceği şeklinde bir sınıflama yapmıştır (6).

Afetin birincil kurbanları felaketten doğrudan etkilenenlerdir. Birincil kurbanlardan hayatta kalanlar haftaneden ağıra, ani, gecikmiş, geçici ya da kronik olabilecek şekillerde semptomlar geliştirebilirler. Tümünün afet durumunun algıları ile baş etmek, olumsuz olarak kabul ettiklerini hayatlarına bir an önce uyarlamak yolunda aşamalı bir şekilde cesaretlendirilmeye gereksinimi vardır (7).

İkincil kurbanlar semptom geliştiren birincil kurbanın aile üyeleri ve yakın arkadaşlarıdır. Hayata tekrar sarılmadan önce, öfke, çaresizlik, acı ve elemli kayıplarını ifade edebilmek, yaslarını yaşayabilmek için zaman, fırsat ve cesaretlendirilmeye gereksinimleri vardır.

Başkası için çektikleri acılar kendilerinde daha önce varolan ama o zamana dek sessiz kalan duygusal sorunları da artırabilir. Birincil kurbanlar ile olan duygusal yakınlıklarının yoğunluğuna göre daha uzun süre destek ve dikkat gerektirebilirler (7).

Üçüncül kurbanlar afet sonrasında dönemde görevleri nedeniyle yoğun stres ve tükenme durumu altında kalan çalışanlardan oluşmaktadır. Bu kişiler arasında cankurtaran çalışanları, acil ekipleri, itfaiye, güvenlik kuvvetleri, sivil yardım kuruluşları çalışanları bulunmaktadır (7). Sorunları çok daha kroniktir. Sürekli çevreden gelen istekleri karşılayabilecek yeterli kaynakları bulunmamaktadır. Ayrıca birincil kurbanlar ile kendilerini daha yoğun özdeşleştirebildikleri için daha ağır derecede etkilenebilmektedirler (8). En elverişli koşullar altında bile olsalar, uluslararası acil çalışanları yerel düzeylerde öfke, direnç ve bürokratik sorunlarla karşılaşmış, eğitimini aldıkları kurtarma ve tedavi etme görevlerini yapamayabilirler (9).

Dördüncü grup kurbanlar iyi niyetli ama duygusal açıdan labil kişiler olup, birincil kurbanlar ile kendilerini uygun olmayan bir düzeyde özdeşleştirirler. Kendilerinin ya da başkalarının olanaklarını pek de uygun olmayan gıda, giyecek vb ile seferber ederler. Yardım almaya isteksiz kişilere bile yardım teklif

edebilirler. Sonuçta “merhamet tükenikliği” (compassion fatigue) yaşar ama başka bir felaket sonrası başka kurbanlar ile aynı özdeşim sürecine girerek, düzelme sürecine girerler (7).

Beşinci grup afet kurbanları kontrollerini kaybedebilen patolojik eğilimleri olan sorunlu kişilerdir. Gözetleyici (voyeuristic) uğraşlar içinde olabilirler, vücut parçaları toplayabilir, hatta nekrofilik arzular gösterebilirler. Bazılarında latent veya rezidüel psikolojik sorunlar sorunlar yaşıyor olabilir, bunlar afetin görüntü ya da haberleri ile aktive olabilir (7).

Altıncı grup ise farklı sorunları çözmeye çalışan, çeşitli afet kurbanlarının olduğu gruptur. Bunlar tesadüfen birincil kurban olanları içerebilir, niye böyle bir kaderden kurtarıldıkları şeklinde sorularla acılar çekerler. Bu kişiler arkadaşları ya da çevrelerindeki felakete dönüşecek ortama gitmeyi ikna eden kişiler de olabilmektedir. Ayrıca bu grup içinde felaketi taşıdıklarını düşünebilirler de bulunabilmektedir. Afet sonrası çalışmanın sinsi etkilerinden habersiz olarak çalışan bazı klinik çalışanlar ve araştırmacılar da bu gruba girebilmektedir.

### **Akut stres bozukluğu (ASB)**

DSM-IV tanısal ölçütleri A kümesi belirtilerine göre kişi ölüm tehdidi ya da gerçek ölüm, ciddi şekilde yaralanma veya fiziksel bütünlüğün kaybı tehlikesini yaşamış ya da tanık olmuştur. Kişinin bu duruma yanıtı aşırı korku, çaresizlik, dehşete düşmüşlük şeklindedir. Ayrıca B kümesi belirtileri olay yaşanırken ya da yaşandıktan sonra üç ya da daha çok dissosiyatif belirtinin (subjektif uyuşukluk, diğerlerinden ayrı-farklı hissetme, duygusal tepkisizlik hisleri; çevrede olup bitenlerin farkına varma halinde azalma olması; derealizasyon; depersonalizasyon ve dissosiyatif amnezi gibi) varlığını içermektedir. C kümesi tekrar yaşama belirtilerinden en az birinin (travmatik olayın gözünün önüne tekrar gelmesi, düşünmesi, rüyalarda görülmesi, illüzyonlar, flashback yaşantıları, olayı hatırlatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı hissetme) varlığı gerekmektedir. D kümesi ölçütüne göre travma ile ilgili hatıraları akla getiren uyaranlardan kaçınma (onları düşünmek, konuşmak, o duyguları hissetmek, o olayın benzeri etkinlikler, yerler ve kişilerden uzak durma) gözlenmektedir. E kümesi ölçütü anksiyete veya aşırı uyarılmışlık hali (uyuyamama,

Tablo 1. Doğal afetler sonrası TSSB seyri.

Çalışma	Afet Tipi	İzlem Çalışmasında TSSB %'si
Goenjian ve ark. (1988)	Ermenistan depremi	% 86.7 TSSB 1.5 yıl sonra ve % 73.7 TSSB 4.5 yıl sonra
Lewin ve ark. (1988)	Avustralya depremi	% 33.2 TSSB 9 ay sonra ve % 14.4 TSSB 2 yıl sonra
Wang ve ark. (2000)	Çin depremi	% 22.7 TSSB 3 ve 6 ay sonra
Sharan ve ark. (1996)	Hindistan depremi	% 23 TSSB 1 ay sonra
McFarlane ve ark. (1996)	Avustralya orman yangını itfaiyecileri	% 32; % 27; % 30 TSSB, 4, 11 ve 29 ay sonra
Green ve ark. (1990)	Buffalo Creek sel baskılı	% 44 TSSB 2 yıl sonra ve % 28 TSSB 12 yıl sonra
Duggan ve Gunn (51995)	Çeşitli doğal afetler	% 39 TSSB 1 yıl sonra ve % 23 TSSB 26 ay sonra
Karamustafaloğlu, Güveli, Bakım (2003)	Marmara depremi	% 30.2; % 26.9; % 10.6 TSSB 3.8 ve 20 ay sonra.

irritabilite, konsantrasyon bozukluğu, sese tepkide artış, yerinde duramama) şeklindeki belirtiler görülmektedir. Bozukluk en az 2 gün, en çok 4 hafta sürmeli ve travmatik olayın sonrasındaki ilk 4 hafta içinde gerçekleşmelidir (10).

### Travma sonrası stres bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu travmatik bir olayın mağdurlarında görülebilen, en az 1 ay süren tekrar yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma şeklindeki üç semptom demetinin bir arada bulunduğu bir anksiyete bozukluğudur (10). DSM-IV tanısal ölçütlerine göre A kategorisi semptomlarından her ikisi de birey tarafından yaşanmaktadır. Buna göre kişi ölüm tehdidi ya da gerçek ölüm, ciddi şekilde yaralanma veya fiziksel bütünlüğün kaybı tehlikesini yaşamış ya da tanık olmuştur. Kişinin bu duruma yanıtı aşırı korku, çaresizlik, dehşete düşmüşlük şeklindedir. B kategorisi (yeniden yaşama semptom demeti) ölçütlerinden de en az birisi, C kümesi (kaçınma semptom demeti) belirtilerinden en az üçü, D kümesi (aşırı uyarılmışlık semptomları demeti) ölçütlerinden en az ikisi varolmalıdır. Bozukluk belirgin olarak toplumsal, mesleki veya diğer işlevsellik alanlarında belirgin bozukluk ya da sıkıntıya yol açmalıdır (10).

### Epidemiyoloji

Topluma dayalı çalışmalara göre, travma sonrası stres bozukluğu yaşamı boyunca prevalansının % 1.0 (11)-9.2 (12) arasında değiştiği gözlenmiştir. Sadece kadınların alındığı çalışmalarda bu oran % 12,3 (13) ve 13,8'e (14) çıkmaktadır. Travmatik olayı yaşayan riskli gruplar arasında (Tablo 1) hayat boyu prevalans % 5-75 arasında değişmektedir (2). Buffalo Creek sel felaketi sonrası % 80 oranında akut post-travmatik sendroma rastlanmıştır, Cocoonut Grove

yangınına yaşayanlarda 1 yıl sonrasında prevalans % 57 bulunmuştur (3).

Rubonis ve Bickman'ın metaanaliz çalışmasına göre afeti izleyen dönemde psikopatolojinin %17 oranında arttığı saptanmıştır (15).

Gelişmekte olan ülkelerde yaşanan felaketler sonrasındaki çalışmalar arasında Sri Lanka'daki hortum felaketi mağdurlarında % 75 oranında (16), Kolombiya'da yanardağ felaketi mağdurlarında % 55 (17) ve Ekvador'da yaşanan deprem sonrası birinci basamak sağlık merkezlerine başvuranların % 40'ında psikiyatrik morbiditeye rastlanmıştır (18).

Shore'un doğal felaket sonrası yaptığı çalışmada örneklem grubunda % 12 oranında komorbiditeye rastlanmıştır (19).

Hindistan'da deprem sonrası Sharan'ın 56 deprem mağduru üzerinde yaptığı çalışmada örneklem içindeki kişilerden % 59'unun bir psikiyatrik tanıya sahip olduğu, evlerinin yıkılması ve mal kayıplarının psikiyatrik morbidite ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu tanıları arasında en sık TSSB (% 23) ve majör depresyon (% 21) olarak gözlenmiştir (20).

Doğal felaketleri takiben oluşan ruhsal sorunlara ait veriler farklı şekillerde sonuç vermiştir. Çoğu çalışmada hafif ve geçici tepkiler ağır basmaktaysa da (11-13,21-22), akut faz sırasında şiddetli etkilere (23) ve semptomların ısrarlı devam edişine (24) de rastlanmıştır.

Felakete yanıt zamansal olarak üç ayrı evrede değerlendirilebilir:

**Felaket öncesi dönem:** Toplulukların felakete hazır-

lığını tanımlamaktadır. Felaket sırasında yaşanabilecek ruhsal sorunların biliniyor olması ve yapılabileceklerin planlanması bu anlamda önemlidir.

**Felaket yanıtı dönemi:** Felaketin akabindeki dakikalar içinden koşullara bağlı olarak gün ve aylar sonraya dek olan zaman dilimini kapsamaktadır. Felaket bölgesindeki kurtarma ve tedavi aşamalarını içermektedir. Akut ve postakut dönem şeklinde zaman-sal alttıplere ayrıştırılabilmektedir.

**Felaket sonrası dönem:** Toplumun felaketin uzunermimli olumsuz etkilerini yaşamaya devam ettiği dönemdir. Bu dönemde felaketten etkilenenlerin sağlık sistemi içine alınarak, ruhsal açıdan gerekli eğitimlerinin sağlanması, hayata ve topluma uyumlarının gerçekleştirilmesi hedeflenir. Yapılacak girişimlerle,

1. Normal posttravmatik yanıtın süresi kısaltılabilir,
2. TSSB semptomları azaltılabilir,
3. Kronik TSSB gelişimi önlenir,
4. işlevselliğin tekrar kazanılmasına yardımcı olunabilir,
5. işlevsel bozulma önlenir (25).

### **Travmanın ilk haftası içinde gereken psikiyatrik yaklaşım**

**Akut dönem:** Felaket yanıtı döneminde olaydan dakika, saat ve günler yaşananları içeren süreç akut faz olarak adlandırılır. Bireyler felaketin hemen akabindeki bu aşamada genellikle resmi olmayan ve geçici düzenlemeler içinde görülebilmektedir. Bu dönemde sendromlara odaklanmak yerine, semptomların belirlenmesine odaklanmak ve kullanılabilir, esnek, temel yardımın sağlanması hedeflenmelidir (26).

### **Akut fazda yapılacak psikiyatrik değerlendirmeler için**

- hedef kitle ve destek hizmetlerini içeren çevresel bilgilerin sağlanması
- afetten etkilenen kişilerle iletişim kurulması
- değerlendirmenin kendisinin belirli bir yapısı ve düzeninin olması
- risk etmenlerinin anlaşılması
- afete karşı normal yanıtların bilinmesi

- yaygın semptom ve tanılar hakkında bilginin var olması gereklidir.

Bu aşamada karşılaşılan kişiler felaketten farklı şekillerde etkilenmişler olabilirler. Bu kişiler arasında fiziksel olarak zarar görmüş ya da yaralanma tehditi yaşamış olanlar yanında, afete tanık olmuş ve olasılıkla başkasının yaralanmasına tanık olmuş kişiler bulunabilir. Ayrıca sevdiklerini kaybedenler, mal, ev ve işlerini kaybedenler de bulunabilmektedir. Kurtarma ve tedavi personeli de ikincil kurbanlar olarak afetten etkilenmişlerdir (26).

Akut süreçte her türden yoğun uğraşı yaşanırken, kurbanlarla iletişime girmeye çalışmak kışkırtıcı olabilmektedir. Bu nedenle basitçe ortamı gözlemek sorun yaşayanları ve sorunlu alanları belirleyebilmek açısından faydalıdır (26).

Fiziksel ve tıbbi gereksinimler en önemlilerindedir. Afet hakkında her türden bilgilendirilme ve kendileri için önemli, sevilen kişilerle irtibatın sağlanması konusunda yardıma ihtiyaç duyabilirler. Bu konulara yönelik konuşmak ilişki kurmak açısından birincil odak olabilir.

Akut fazda destekleyici, empatik ve doğrudan, kabul edilebilir, elverişli yanıtlar verilmelidir. Hastanın hissettikleri ve "aklım yitireceği" korkusuna yönelik, yaşananların normal ve beklenen tepkiler olduğu şeklinde güven verici açıklamalarda bulunmalıdır. Bireylere bundan sonraki gün ya da haftalarda yaşayabilecekleri olası sorunlar anlatılarak, bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme kişiden kişiye göre değişmeli, bireyi travmatize etmeyecek uygunlukta olmalıdır (26).

### **Afet sonrası 1hafta-1 ay içinde gereken psikiyatrik yaklaşımlar**

Bu dönem öncesi doğal olabilecek stres tepkileri yerini akut stres bozukluğuna bırakmıştır. Kurbanların çoğunun daha önce bir psikiyatrik başvurusu olmamıştır. Daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü olanlara öncelikle odaklanılmalıdır. Bu aşamada birincil hedef semptomları tedavi etmek olsa da, akut stres bozukluğu, halihazırdaki felaket ile tetiklenen özgeçmişte TSSB öyküsünün getirdiği semptomlar, akut yas, depresif, anksiyöz ya da karışık özellikli uyum

bozuklukları, panik bozukluk, kişilik bozukluklarının alevlenmeleri, kısa psikotik bozukluk, mani ve hipomaniyi içeren psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve tıbbi hastalığa ikincil psikiyatrik bozukluklar hakkında duyarlı olunmalıdır (26).

Kişilerin sahip oldukları mal ve mülklerin hasarı ile akut stres bozukluğu gelişmesi arasında ilişki bulunmaktadır. Evleri yıkılanların yıkılmayanlara göre daha çok ASB geliştirdikleri gözlenmiştir (27). Temel gereksinimlerin sağlanması ve bireylerin olağan gündelik yaşantılarına dönmeleri, afete maruz kalma dönemi sonrası duygusal iyileşme döneminde önemli bir yer tutmaktadır (28).

### **Afet sonrası 1 ay-6 ay içinde gereken psikiyatrik yaklaşımlar**

Felaketin kişiler açısından detayları ve süreci nasıl yaşadıkları riskin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir. Kişi felaket öncesi ne yapmaktadır, afet sırasında yanında kim vardır, yanlarındakilerde can kaybı, çevrelerinde sahip olduklarında yıkım var mıdır araştırılmalıdır.

Bu aşamada vakalarda klasik sınıflamaya yönelik sendrom şeklinde tanı koymak yerine, semptomların saptanarak, bunlara yönelik gereken tedaviler uygulanmalıdır. Bu dönemde semptomlar yoğun, geçici ve değişkendir. İzlenmesi gereken önemli semptomlar arasında anksiyete, ajitasyon, insomni, duygudurum semptomları, psikoz dissosiasyon, özkıyım ve başkasının hayatına kastetme ve somatik yakınmalar bulunmaktadır (26).

Afetten önemli derecede etkilenenler anketlerle izlenerek, ilaç doz-yanıt ilişkisinin değerlendirilmesi, ilaca yanıtızlık durumlarında sebeplerin belirlenmesi önemlidir. Bu dönemde daha önce başvurmamış kişilere ulaşılması hedeflenmelidir. Bu esnada seçilebilecek hastalar arasından grup terapisine istekli olanlar belirlenerek, bu yaklaşım içine girilmeli, anne-babalar ve çocukları ya da sadece eşlerin birlikte katılabilecekleri terapiler düzenlenmeye çalışılmalıdır. Fiziksel, duygusal ya da ekonomik zorluklar ile ilgili gereksinimler TSSB semptomlarına yönelik girişimleri olumsuz etkileyebilmektedir (29,30).

### **Afet sonrası 6 ay-1 yıl içinde gereken psikiyatrik yaklaşımlar**

Görünürde günlük hayatlarına (işleri, aileleri ve evlerine) dönmüşlerdir. Felaketin uzunerimli olumsuz sonuçları görülmektedir. Afetten etkilenen kişiler daha yapılandırılmış koşullar altında (hastane, klinik ya da muayenehane gibi) izlenmektedir. Bu aşamadaki temel hedefler ölçütlere uygun psikiyatrik değerlendirmenin sağlanarak, sendromların belirlenmesi ve uygun girişimler ve sevklerin yapılmasıdır. Psikopatoloji için risk faktörleri arasında geçmiş psikiyatrik öykü, yaşanan travmanın büyüklüğü, felakete değin yaşanan hayat koşulları, psikososyal desteklerin yeterliliği ve uygunluğu önemlidir (26). Alkol ve madde kullanımı varlığı ya da değişikliği belirlenmelidir. Akut fazda olduğu gibi normal tepkiler de göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar arasında bazı psikiyatrik bozuklukların semptomlarına benzeyen ama psikopatoloji ölçütlerini süre, düzey vb nedenlerle karşılamayan ya da dayanılmaz olaylara anlam bulma çabaları şeklindeki tepkiler sayılabilir. Ayrıca acı verici anılar, afetin tekrarlaması korkuları, sağ kalma suçluluğu, felaket sonrası ütopyelerinin başlayıp, sona ermesi ve manevi anlam bulma çabalarının yoğunlaşması da bu türden tepkiler arasında yer alabilmektedir. Bu dönemde TSSB, karmaşık yas, majör depresyon, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve fiziksel hastalığa ikincil psikiyatrik bozukluklar sayılabilir (26). Devam eden TSSB semptomları evlilik sorunları, mesleki ve sosyal işlevsellik gibi ikincil streslere yolaçabilmekte, bunlar da TSSB semptomları ile başa çıkabilme yetilerini baskılayabilmektedir (31-32).

### **BİNGÖL DEPREMİ TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TARAMA, TEDAVİ VE EĞİTİM ÇALIŞMASI**

1 Mayıs 2003 sabah saat 03.27'de Bingöl ilimizde yaşanan Richter ölçeğine göre 6.1 şiddetindeki deprem sonucu 177 kişi hayatını kaybetmiş, 519 kişi de yaralı olarak hayatta kalabilmiştir. Bu ölümlerin yaklaşık 100 kişi kadarını Bingöl iline bağlı Çeltik-suyu köyü yatılı bölge okulu yatahanesinde kalan öğrenciler oluşturmaktaydı.

Bingöl 1971 yılında da bir deprem yaşamış ve bu deprem sonrası yaklaşık 800 kadar can kaybı ver-

miştir. Bu dönem sonrasında yapılan iki ya da üç katlı deprem konutları hala kullanılmaktadır.

Bingöl depremi sonrasında kişiler evlerindeki mevcut hasarın durumu ne olursa olsun çadırlarda yaşamayı yeğlemektedirler. Bingöl ilinde yaşayan bazı kişiler ailelerini civar köylere göndermektedirler.

TC. Sağlık Bakanlığı depremi takiben Bingöl iline gerekli personel ve malzeme destek çalışmalarına başlamıştır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığında görevli 2 psikiyatrist ve 1 psikologdan oluşan ekip 5 Mayıs 2003 tarihinde bölgede acil olarak yapılması gerekli tetkik ve tedavi çalışmalarını başlatmışlardır. 6 Mayıs 2003 tarihinde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Dr.s Tahir Soydal ve Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefi Doç. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu Bingöl'e giderek ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamakla entegre etmek, mevcut mağdurların yerel yerleşimini ve ruh sağlığı hizmetinde kullanılacak birinci basamak ünitelerini tespit etmek üzere durum saptamasını gerçekleştirmişlerdir. Bölgeye intikal etmiş diğer yerli ve yabancı ruh sağlığı gönüllüleri ile temasa geçerek kordinasyonları sağlanmıştır.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı Madde Bağımlılığı Şube Müdürü Dr. Toker ERGÜDER, 1999 Avcılar'dan afet sonrası müdahale konusunda deneyimli İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcısı ve Ruh Sağlığı Daire Başkanı Uz. Dr. Mustafa GÜVELİ ve İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Başasistanı Uz. Dr. Bahadır BAKIM'dan oluşan Sağlık Bakanlığı ekibi 20 Mayıs 2003 tarihinde Bingöl iline ulaşmıştır.

Bingöl ilinde İl Sağlık Müdürü ile görüşülmüş ve ildeki mevcut durum ve yürütülecek faaliyetler gözden geçirilmiştir. Söz konusu toplantıya daha sonra Bingöl ili ruh sağlığı hizmetleri koordinatörü olarak atanan bir sağlık ocağı hekimi de katılmıştır. Toplantıdan sonra Bingöl ilinde ilk incelemeyi yapmak amacıyla 220 çadır bulunan ve 1200 kişinin yaşadığı Mehmetçik I ve 105 çadırın bulunduğu ve 550 kişinin yaşadığı Mehmetçik II çadırkentleri ve yıkımın olduğu bölgeler gezilmiştir. Bu ziyaretler esnasında çadırkentlerde görevli sağlık ekipleri ile görüşülerek Amerika Anksiyete Bozuklukları Birliği'nin TSSB

özbildirim ölçeğinin Türkçe çevirisi (TSSB anketi) nin nasıl uygulanacağı konusunda eğitim yapılmıştır. Daha sonra il sağlık müdürü ile birlikte Bingöl Valisi başkanlığında toplanan il koordinasyon kurulu toplantısına katılmıştır. Toplantıda Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından Bingöl ilinde yürütülecek faaliyetler Bingöl Valisi, 49. İç güvenlik Tugay komutanı, emniyet müdürü ve diğer üst düzey yöneticilere anlatılmıştır. Bu toplantı sırasında üst düzey yöneticilere "TSSB anketi" uygulanmıştır. Deprem felaketine maruz kalan insanlarda görülebilecek ruhsal belirtiler konusunda bilgi verilmiştir. Bu bilgilendirme toplantısının ildeki tüm yöneticilerin katılacağı daha büyük bir oturumda herkese yapılması kararlaştırılmıştır. 21 Mayıs 2003 Çarşamba günü Mehmetçik II Çadırkentine gidilerek çadırkentte görevli Afyon ili sağlık ekibi başkanı koordinasyonunda anket çalışması yapacak çadırkent yaşayan lise öğrencilerine anketör eğitimi yapılmış ve anketle kendilerine ertesi gün toplanmak üzere dağıtılmıştır.

Daha önce 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi'nde Avcılar/İstanbul'da deprem sonrası oluşan TSSB vakalarını tespit çalışması sırasında kullanılan 17 soruluk değerlendirme anketi bu çalışma için de kullanılmıştır. Bu taramada görev almak üzere Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışan 2 hemşire, 6 sağlık memuru, 1 hekim ve bir şoförden oluşan 10 kişilik ekip Bingöl merkezindeki yıkımın olduğu bölgelere kurulan çadırlar yanında Sarıçiçek, Çeltik-suyu, Sancak, Haraba gibi köylerde halka test uygulanması aşamasında görev yapmışlardır.

Elazığ ilinden gelen Sağlık Bakanlığı çalışanları ile Bingöl il sağlık müdürlüğü çalışanlarına anketör eğitimi düzenlenerek anket yapılacak bölgeler belirlenmiştir.

Oluşturulan bir anket ekibi ile yıkımın çok olduğu ve 13 kişinin öldüğü Sancak beldesi ve çevre köylerine gidilmiştir. Deprem neticesinde 13 ölümün olduğu Çimenli köyüne gidilerek, vatandaşlarla görüşülmüş, kendilerine anket uygulanmıştır.

22 Mayıs 2003 Perşembe günü anket çalışmalarında sorunlu olduğu tespit edilen vakalar çadırkentler ve diğer bölgelerde görülmeye çalışılmıştır.

Bölgede hizmet veren 21 pratisyen hekime ağırlıklı olarak TSSB, depresyon, anksiyete, uyku ve cinsel bozukluklar konusunda eğitim verilmiştir. Toplantı sonunda Bingöl Devlet Hastanesi psikiyatri uzmanı ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği katılımcı hekimlerle gerekli koordinasyon için tanıştırılmıştır. 1. basamak hekimlerine tedavide sorun yaşandığı takdirde, hastalarını Bingöl Devlet Hastanesi psikiyatri hekimine sevk etmeleri, yataklı tedavi gerektiren hastaların ise sevk zinciri içerisinde Elazığ Ruh ve Sinir hastalıkları Hastanesi'ne gönderileceği teyit edilmiştir.

Çeltiksuyu ve Haraba köylerinde çocuklarını depremde kaybetmiş olan bireyler değerlendirilerek, tedavileri başlatılmıştır. Mehmetçik çadırkent 1'de kurulmuş olan üniversiteye hazırlık dershanesine gidilerek 40 öğrenciyle yaşanan deprem ve sonrası, ergenlerde gelişebilecek sorunlar ve çözüm yolları hakkında bilgiler verilmiştir.

Ayrıca aynı gün vali, tuğay komutanı, emniyet müdürü ve diğer il üst düzey yöneticilerinin de katıldığı deprem sonrası karşılaşılabilecek ruhsal sorunlar ve baş etme yolları konulu konferans verilmiştir. Bu toplantı sırasında da katılımcılara "Trauma sonrası stres bozukluğu anket"i uygulanmıştır.

20-23 Mayıs 2003 tarihleri arasında toplam 3800 kişiye anket uygulanmış, yapılan genel değerlendirmede 1053 kişinin birinci derecede öncelikli olarak bireysel görüşme yapılmasını gerektirecek boyutta sorunlu olduğu saptanmıştır. Daha ileri düzeyde saptama yapılması için, toplanan veriler değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler sonucu Bingöl İli birinci basamak ruh sağlığı koordinatörüne aktararak her ilgili birinci basamak hekimine kendi sorumluluk alanında olan ve destek gerektiren olgular bildirilmiştir. Aralık 2003 tarihinde 1053 kişi öncelikli olmak üzere yeniden değerlendirme yapılacaktır.

Doğal afetler sonrasında çok sayıda birey ruhsal olarak travmatize olmaktadır. Tüm etkilenmiş bireylere aynı zamanda ulaşmak mümkün değildir. Afet sonrası var olan kaynakları (ruh sağlığı çalışanları) iyi kullanmak üzere koordinasyon içerisinde hizmetleri sürdürmek çok önemlidir. Tüm ruh sağlığı çalışanlarının seferber edilmesi durumunda bile tüm afet mağdurlarına ulaşmak, daha sonra ruh sağlığı hizmet

ve desteğini sürdürmek mümkün değildir. Bingöl ilinde ruh sağlığı için birinci basamak entegrasyonu sağlanarak, ilk tarama itibarı ile 3800 bireye ulaşmak mümkün olmuş, 1053 kişide birinci derecede öncelikli olarak tedavi gereksinimi belirlenmiştir. Hizmet birinci basamak aracılığı ile sürdürüldüğü için hizmetin sürekliliği sağlanmıştır.

## KAYNAKLAR

1. 3rd International Congress on Disaster Psychiatry. Disaster Psychiatry Comes of Age. DPO Disaster Psychiatry Training Course.
2. Taylor AJ: A taxonomy of disasters and their victims. Journal of psychosomatic Research 1987; 31:535-544.
3. FEMA workbook for developing an application for crisis counseling services for disaster victims. FEMA, November Publication 4:229, 1995.
4. Eranen L, Liebkind K: Coping with disaster: the helping behaviour of communities and individuals. In: Wilson JP, Raphael B: Eds. International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum, 1993: 957-64.
5. Carr LJ: Disaster and the sequence-pattern concept of social change. Am J Sociology 38(2):207-218, 1932.
6. Granot H: The dark side of growth and industrial disasters since the Second World War. Disaster Prevention & Management 7(3):195-204, 1998.
7. Taylor AJW: Towards the classification of disasters and victims. Traumatology. Abs. No. a4v5i2 1-14.
8. Asken MJ: Fire psychology: Post-call visits to victims. Firehouse, 1993; June, p. 100.
9. Paton D: International disasters: Issues in the management and preparation of relief workers. Disaster management, 4(4):183-190, 1992.
10. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (DSM-IV) American Psychiatric Press: Washington DC, 1994.
11. Robins LN, Fischback RL, Smith EM, et al: Impact of disaster on previously assessed mental health. In: Shore J ed, Disaster stress studies: new methods and findings. Washington, DC: Monograph Series of the American Psychiatric Press, 1986.
12. Bouroque LB, Aneshensel CS, Goltz JD: Injury and psychological distress following the Whittier Narrows and Loma Prieta earthquakes. UCLA International Conference on the impact of natural disasters. Los Angeles, CA, July 10-12, 1991.
13. Ouarantelli EL: An assessment of conflicting views on mental health: the consequences of traumatic events. In: Figley C ed. Trauma and its wake. New York: Brunner/Mazel, 1985.
14. Raphael B: When Disaster Strikes: A Handbook for Caring Professions, Hutchinson, London. (1986).
15. Rubonis AV, Bickman L: Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. Psychological Bulletin, 109:384-399, 1991.
16. Patrick V, Patrick WK: Cyclone '78 in Sri Lanka-the mental health trail. Br J Psychiatry 138:210-216, 1981.
17. Lima BR, Pai S, Santacruz H, et al: Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Amero, Colombia. Acta Psychiatr Scand 76:561-567, 1987.
18. Lima BR, Chavez H, Samaniego N, et al: Disaster severity and emotional disturbance: implications for primary mental health care in developing countries. Acta Psychiatr Scand 79:74-82, 1989.
19. Shore JH, Vollmer WM, Tatum EL: Community patterns of posttraumatic stress disorders. J Nerv Ment Dis 177:681-685, 1989.
20. Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, et al: Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake.

- Am J Psychiatry 153:6-8, 1996.
21. Perry RW, Lindell MK: The psychological consequences of natural disasters: a review of research on American communities. *Mass Emerg* 3:105-115, 1978.
22. Tierney KJ: Report on the Coalinga earthquake of May 2, 1983, Sacramento, CA: State of California, Seismic Safety Commission, No. SSC 85-01, September 1985.
23. Madakasira S, O'brien KF. Acute posttraumatic disorder in victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:286-290.
24. Carr LJ: Quake impact study, interim report. University of Newcastle, Australia, 1991.
25. Marshall RD, Spitzer R, Liebowitz MR: Review and Critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *Am J Psychiatry* 156:1677-1685, 1999.
26. 3rd International Congress on Disaster Psychiatry. DPO Disaster Psychiatry Training Course.
27. Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, et al: Preliminary Report of Psychiatric Disorder in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry* 153:556-558, 1996.
28. Lechat MF: The public health dimensions of disasters. *Int J Ment Health* 19:70-79, 1990.
29. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, et al: Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry* 151:895-901, 1994.
30. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS et al. Posttraumatic stress reactions after single and double trauma. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90: 214-221.
31. Jordan BK, Marmar Cr, Fairbank JA et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 60:916-926, 1992.
32. Carroll EM, Rueger DB, Foy D, et al: Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: analysis of marital and cohabitating adjustment. *J Abnorm Psychol* 94:329-337, 1985.