

# Afetlerde Psikolojik İlk Yardım ve Hemşirelik Uygulamaları

## Psychological First Aid and Nursing Practices in Disasters

İB Ebru AKGÜN ÇİTAK<sup>a</sup>,  
İB Tuğçe UÇGUN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Başkent Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Hemşirelik Bölümü,  
Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Ebru AKGÜN ÇİTAK  
Başkent Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Hemşirelik Bölümü,  
Ankara, Türkiye  
citak@baskent.edu.tr

**ÖZET** Son yıllarda sayısı ve şiddeti artan afetlere insanlar hazırlıksız yakalanmakta ve afetlerin etkileri nedeniyle hem fizyolojik hem de psikolojik etkiler yaşayabilmektedirler. Afetlerden etkilenimi en aza indirmek için tasarlanmış müdahalelerden biri de Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Psikolojik İlk Yardım'dır. Psikolojik ilk yardım başlangıçtaki sıkıntıyı azaltmayı, mevcut ihtiyaçları (psikolojik ve fiziksel) karşılamayı, esnek başa çıkmayı teşvik etmeyi ve güvenlik, sakinlik duyguları oluştururken uyumu teşvik etmeyi amaçlayan bağlılık ve umut içeren kısa süreli bir müdahale olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler sağlık sistemi içerisinde koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon olmak üzere sağlığın üç boyutunda da anahtar rol oynamaktadırlar. Hemşireler; afetlerin birey, aile ve toplum üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerini belirleyebilir ve afetin her aşamasında bireylerin fiziksel ve duygusal güvenliğini koruyabilir. Psikolojik ilk yardımın uygulayarak yaşanan travmatik olayın psikolojik etkisini en aza indirebilir, bireyin iyileşme sürecini hızlandırabilir, bireylerin ve toplumların dayanıklılığını artırabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşireler; psikolojik ilk yardım; doğal afetler

**ABSTRACT** People are caught unprepared for disasters, the number and burden of which have increased in recent years, and they can experience both brain and psychological effects due to the consequences of disasters. One of the interventions to minimize exposure to disasters is Psychological First Aid which is defined by the World Health Organization. Psychological first aid is comprehensive as a hopeful short-term intervention aimed at limiting initial restraint, meeting current needs (psychological and physical), promoting coping, and encouraging adaptation while creating safety, calmness and influence. Nurses play a key role in three aspects of health, namely preventive, curative and protective. Nurses study the physical and psychological benefits of disasters on the individual, family and society and carry the physical and emotional security of each individual of the disaster. They can minimize the psychological traumatic events, accelerate the recovery of the person, and support the resiliency of individuals and society by psychological first aid.

**Keywords:** Nurses; psychological first aid; natural disasters

Afetler, zamansız ölümlere yol açan, sağlığın ve yaşam kalitesinin bozulmasının en önemli sebepleri arasında yer almakla birlikte toplumsal yıkıma neden olan önemli olaylardır. Son yıllarda sayısı ve şiddeti artan doğal ve insan kaynaklı afetler nedeniyle binlerce insan yaşamını kaybetmiş ve ekonomik sıkıntılar yaşamıştır.<sup>1</sup> Bu konuyla ilgili istatistikler incelendiğinde, iklim değişikliğinin bir sonucu olarak doğal afetlerin sayısı ve şiddetinin önemli ölçüde arttığı, 2010 ile 2021 yılları arasında iki binden fazla iklimle ilgili aşırı hava felaketi meydana geldiği ve binlerce insanın öldüğü belirtilmektedir. Örneğin 2021 yılında 432 afetin rapor edildiği, bu afetlerde 10.492 ölüm olduğu, 101.8 milyon insanın etkilendiği belirtilmiştir.<sup>2,3</sup> Afetler, bireylerin yaşamlarında silinmez izler bırakan hem fiziksel hem de psikolojik travmalara neden olan durumlardır.<sup>4,5</sup> Afeti deneyimleyen insanlar bir kriz yaşamakta ve yaşanan bu krize savunmasız yakalanmaktadır. Afetler beklenmedik, acımasız ve önemli mental sağlık sorunlarını beraberinde getiren olaylardır. Afetlerden sonra farklı yaş gruplarındaki

### KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Akgün Çitak E, Uçgun T. Afetlerde psikolojik ilk yardım ve hemşirelik uygulamaları. Keskin G, editör. Afetlerde Ruhsal Sorunlar ve Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.40-5.

bireylerde farklı bilişsel, duygusal ve sosyal tepkiler görülebilmekte, etkili müdahale edilmezse post travmatik stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir.<sup>6</sup> Afet yaşantılarının olumsuz sonuçlarının önüne geçebilmek için afetin her aşamasında bireylere uygun psikolojik destek tedavileri sağlanmalıdır. Afetlerin ruh sağlığı ve esenliği üzerindeki etkisini hafifletmek için tasarlanmış bu tür müdahalelerden biri de Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Psikolojik İlk Yardım (PİY)'dir.<sup>7</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre psikolojik ilk yardım "ciddi kriz yaratan olaylar sonrasında, maruz kalan insanları desteklemek için insani, destekleyici, pratik yardımdır".<sup>7</sup> PİY, başlangıçtaki sıkıntıyı azaltmayı, mevcut ihtiyaçları (psikolojik ve fiziksel) karşılamayı, esnek başa çıkmayı teşvik etmeyi ve güvenlik, sakinlik duyguları oluştururken uyumu teşvik etmeyi amaçlayan bağlılık ve umut içeren kısa süreli bir müdahale olarak tanımlanmaktadır.<sup>8,9</sup>

PİY afetten hemen sonra yapılan ilk tedavi olduğu ileri sürülmektedir. Bir afetten sonraki ilk birkaç dakika ve saatte, hayatta kalanların tıbbi, maddi, sosyal ve duygusal ihtiyaçları olabilir. Fiziksel güvenliği garanti etmeye yönelik geleneksel adımlardan sonra, acil psikososyal destek de sunmak yaygın bir uygulama haline gelmiştir.<sup>8</sup> Psikososyal desteğin çağdaş bir tanımı, Uluslararası Kırmızıhaç Dernekleri (2011) tarafından "bireyler, aileler ve topluluklar içinde dayanıklılığı kolaylaştırma süreci" olarak verilmektedir.<sup>9</sup> Bu, insanların bir felaketin veya bir sıkıntının etkisinden kurtulmak için kendi güçlerine güvenebilecekleri fikrine dayanmaktadır.

PİY; basitçe akut sıkıntıyı dengelemek ve hafifletmek ve ayrıca sürekli bakıma erişimi kolaylaştırmak için tasarlanmış destekleyici ve şefkatli bir girişim olarak tanımlanabilir. PİY teşhis veya tedavi gerektirmez. George ve ark. 2017 yılında Hopkins Hızlı PİY modeli denilen bir model tanımlamışlardır.<sup>8</sup> Bu modele göre PİY'in hedefleri aşağıdaki gibidir;

1. Temel ihtiyaçları karşılamak;
2. Akut psikolojik ve/veya davranışsal reaksiyonları dengelemek;
3. Bir dereceye kadar uyarlanabilir işlevselliğin (esneklik) iyileşmesine yardımcı olmak için akut sıkıntı, bozulma veya işlev bozukluğunu hafifletmek;
4. Doğal başa çıkma ve dayanıklılık mekanizmalarını teşvik etmek;
5. Belirtilmişse, sürekli desteğe veya daha yüksek düzeyde bakıma erişimi kolaylaştırmak.

Afetzedelerin ruh sağlığı sorunlarını hafifletmeye yönelik erken müdahaleler, onların günlük yaşamlarına dönmelerine yardımcı olur.<sup>10</sup> PİY, travmanın neden olduğu ilk stresi azaltan ve kısa ve uzun vadeli adaptasyonu ve başa çıkmayı destekleyen önlemleri ifade eder. Bir afet anında mağdurların acil psikolojik ihtiyaçları ile ilgilenilmesinde ve bir ruh sağlığı destek planının oluşturulmasında faydalıdır. PİY, afetzedelerin başlangıçtaki zihinsel sıkıntılarını azaltmak ve travma sonrası stres bozukluğunu önlemek için tasarlanmıştır. Psikolojik rahatlık, pratik yardım, başa çıkma hakkında bilgi ve sosyal desteklerle bağlantı sağlamaya odaklanır.<sup>10</sup> PİY ilke ve basamakları aşağıda yer almaktadır.

## PİY'İN İLKE VE BASAMAKLARI

PİY uygulamaları ilk müdahale ekibinin afet bölgesine gelmesiyle birlikte başlamaktadır. PİY'in etkili uygulanabilmesi için rol ve sorumlulukların belirlenmiş olduğu acil durum planlarının bulunması önemlidir.<sup>11,12</sup> Bu duruma ek PİY uygulayıcısının afet alanına gelmeden önce afetin şiddeti, bölgede uygulanan güvenlik önlemleri, erişilebilir destek sistemleri ve kendi sorumluluklarını bilmesi PİY'in etkinliğini arttırmaktadır.<sup>7,13</sup> Elde edilen bilgiler, PİY uygulayıcısının afetin neden olduğu stresle etkili baş etmesine ve net düşüncelere sahip olmasına yardımcı olabilir. PİY uygulayıcısı afet alanına geldikten sonra afetten etkilenen kişilerin davranışları, tepkileri ve etkileşimlerini gözlemleyerek yardıma ihtiyacı olan kişileri belirlemelidir.<sup>7,12</sup> Özellikle panik halinde, ajite, dürtüsel veya saldırgan davranan, dezoryante, konfüze, apatik ya da aşırı içine kapanan, aşırı endişeli ve özel risk grubunda olan (çocuklar, ruhsal bozukluğa sahip kişiler, fiziksel engelli ya da kronik hastalığı olan kişiler, hamileler, adölesanlar gibi) kişileri triyaj ilkelerine göre tespit ederek gerekli uygulamaları gerçekleştirmelidir.<sup>12,13</sup> PİY uygulayıcısı risk altında bulunan kişilerin güvenliklerinin, mahremiyetlerinin ve ayrımcılığa uğramadan hizmet alma haklarının korunduğundan emin olmalıdır.<sup>7,14</sup>

PİY'in nasıl, nerede ve kim tarafından gerçekleştirilmesine dair temel ilkeler, çeşitli uluslararası ve ulusal kurumlar tarafından yayınlanan kılavuzlarda yer almaktadır.<sup>15,16</sup> Bu kılavuzlarda PİY uygulayıcısı olmak için sadece ruh sağlığı profesyoneli olmasıyla sınırlandırılmamış, PİY eğitimi alan herkes tarafından uygulanabileceği bildirilmiştir.<sup>7,12,17,18</sup> DSÖ tarafından PİY temel uygulama prensipleri izleme, dinleme ve bağ kurma olarak üç basamak ile açıklanmıştır.<sup>7</sup> PİY'in üç temel uygulama basamakları, Hobfoll ve ark. 2007 yılında afete pozitif uyumu kolaylaştırıcı beş temel ilke şeklinde tanım-

lanmıştır. Bu ilkeler; emniyet/güvenlik duygusunu geliştirme, sakinleşmeyi destekleme, öz yeterlilik ve toplumsal yeterlik duygusunu sağlama, diğer kişilerle bağlantıda olma ve umut aşılama olarak ifade edilmiştir.<sup>16,19</sup> PİY basamakları Brymer ve ark. tarafından ise sekiz basamakta gruplandırılmıştır. Bu basamaklar; ilişki ve bağ kurma, güvenlik ve rahatlama, denge sağlama, bilgi edinme (mevcut sorunlar ve ihtiyaçlar), pratik yardım, sosyal destek kaynaklarıyla bağ kurma, baş etme becerileri hakkında bilgilendirme ve iş birliği kurulabilecek diğer hizmetlerle bağlantı kurmak şeklindedir.<sup>12</sup> PİY uygulamasında tercih edilen bir diğer kılavuz ise John Hopkins PFA RAPID Modelidir.<sup>20</sup> Bu model; yakın ve yansıtımlı dinleme (R-Rapport and reflective listening), değerlendirmenin gerçekleştirilmesi (A-Assessment), Önceliklerin sıralanması (P-Prioritisation), Müdahalenin uygulanması (I-Intervention), İyileşme ya da yönlendirme gerekliliğine dair sonraki eğilimlere karar verilmesi (D-Disposition) şeklinde beş basamaktan oluşmaktadır.<sup>8,20</sup>

PİY uygulamaları genellikle afet bölgesinde, olay yerinde gerçekleştirilir. Bu duruma ek, PİY kişilerin ihtiyaçlarına göre hastane, okul, tedavi merkezleri, ev, iş yerleri gibi çeşitli yerlerde de uygulanabilir.<sup>21,22</sup> Uygulama yeri seçiminde göz önünde bulundurulması gereken en önemli nokta, uygulama her nerede yapılacaksa, kişiler için güvenli, mahremiyetin ve güvenliğin sağlanabildiği, kişinin kendisini rahat hissedebileceği bir ortam olmasıdır. PİY ile ilgili yayınlanmış kılavuzlar dikkate alındığında PİY basamakları üç aşamada ele alınabilmektedir. Bu aşamalar; PİY hazırlıklarının yapılması, talep ve gereksinimlere göre öncelik sıralamasının gerçekleştirilmesi için triyaj yapılması ve sekiz basamaktan oluşan PİY modelinin uygulanmasıdır.<sup>18</sup>

#### A. HAZIRLIK

PİY uygulayıcısı afet bölgesine gitmeden önce hem kendi psikolojisini koruyabilmesinde hem de verilecek olan PİY hizmetlerinin niteliğinin artırılmasında önemli bir adımdır. Hazırlık aşaması bireysel ve olaya özgü olmak üzere iki alt başlıkta incelenebilmektedir.<sup>22,23</sup> *Bireysel hazırlık aşamasında*; PİY uygulayıcısının afet bölgesine gitmeden önce kendisini çeşitli alanlarda değerlendirmesi, mental bir hazırlık sürecine başlamasında önemlidir. Hazırlıklı olmak PİY uygulayıcısının olası travmatik durumlara, stres etkilerine karşı koruyucu; karşılaşılabileceği zorluklara karşı ise kolaylaştırıcı bir faktördür. Bu alanda görev alacak kişinin bireysel hazırlık aşamasında “Daha önce benzer bir olayda görev aldım mı?”, “Olaydan etkilenen grupla çalışmanın zorlayıcı bir yönü var mı?”, “Şu anki sağlık durumum bu olay için uygun mu?”, “Bu olayda çalışırken psikolojik öz

bakım konusunda dikkat etmem gereken noktaları biliyor muyum?” gibi soruları sorarak bir öz değerlendirme yapması önemlidir.<sup>23</sup> *Olaya özgü hazırlık aşamasında*; PİY uygulayıcısı değerlendirme yapabilmesi için “Gerçekleşen olayla ilgili yeterli bilgiye sahip miyim? Ne zaman, nerede, ne oldu? Olaydan kaç kişi etkilendi?”, “Olaydan etkilenen kişilerin sosyokültürel özellikleri nedir?”, “Olay sonrasında yürütülecek olan psikososyal hizmetler hangi kurum tarafından yönetilmektedir? Dahil olan ve eş zamanlı çalışacak kurumlar hangileridir? Bağlı bulunduğum organizasyon bu planlamanın neresinde yer almaktadır? Görev ve sorumluluklarımız nedir?” gibi soruları sorarak öz değerlendirme yaparak hazırlık aşamasını tamamlayabilmektedir.<sup>23</sup>

#### B. TRİYAJ

Afetten etkilenen kişiler akut dönemde şok tepkisi verebilmekle birlikte, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu gibi sorunlar yaşayabilmektedir.<sup>5,24</sup> Bu belirtiler kişilerde farklı şekillerde ve şiddette görülebilmektedir. Özellikle çok şiddetli belirtilere sahip olan kişilerin farkına varılıp yönlendirilmesi oldukça önemlidir.<sup>21,22</sup> Psikolojik triyaj, afetten etkilenen çok sayıda kişinin, kısıtlı koşullarda, şiddetli psikiyatrik tepkileri bulunan kişilerin farkına varma, öncelik sırasına koyma ve böylelikle mümkün olan en fazla kişiye, en hızlı ve etkili yardımı sağlamaktadır.<sup>23,25</sup> Özellikle dezoryante, konfüze, ajite, şiddetli öfke tepkileri olan, şiddetli düzeyde kaygılı ya da panik düzeyde olan, kendine zarar verme riski olan, alkol ya da madde kullanım bozukluğu olan kişiler psikolojik triyajda acil olarak değerlendirilmektedir.<sup>13,26</sup> Psikolojik triyajla acil müdahale gerektiren kişilerin belirlenmesi zaman kaybetmeden gerekli müdahalelerin yapılmasına ve gerekli hekim desteğinin sağlanmasına olanak sağlamaktadır.

#### C. SEKİZ BASAMAKLI PSİKOLOJİK İLK YARDIM MODELİ

**İlişki ve Bağ Kurma:** Bu aşamada, PİY uygulayıcısı ile etkilenen kişi arasındaki ilk iletişimin başladığı evredir. Bu eylemde afetten etkilenen kişi ile mücadele etmeyen, yardımsever ve şefkatli bir tutumla iletişime geçme amaçlanmaktadır.<sup>12,13</sup> PİY uygulayıcısının afet sonrasında kişilerin gereksinimleri ve endişeleri hakkında uygun soru sorabilme, aktif dinleme, kişiyi yargılamadan ve yeni bir travmaya sebep olmadan uygun cevap verebilme yeteneğine sahip olmalıdır.<sup>11,12,14,17</sup> Afet sonrası dönemde bazı kişiler sergilenen davranışlar için kendini suçlayabilir.<sup>7,11</sup> Bu neden stres altındaki kişilerle sakin, saygı gösterilen, önemsendiğini hissettiren etkili bir iletişim kurabilme çok önemlidir.<sup>13,27,28</sup> Afet ortamı çok iyi bilinen bir alan olmadığı için PİY uygulayıcısının hızlı iletişim ve olumlu işbirliği geliş-

tirmesi önemlidir. Etkili bir iletişim için PİY uygulayıcısı afet bölgesinde yaşayanların kültür, cinsiyet, yaş ve gelecek gibi çeşitli kişisel özelliklerini göz önünde bulundurmalıdır.<sup>12,13</sup> Ayrıca PİY uygulayıcısı kişilerle iletişime geçerken kişilerin hazır oluşuklarını da dikkate almalıdır. Afetten etkilenen kişilerle ilk temas kurulurken kişinin izni alınmalı ve PİY uygulayıcısı kendini tanıtmalıdır.<sup>7,13,27,28</sup>

**Güvenlik ve Rahatlama:** Bu aşamada, afet ortamında kişinin güvenliğinin sağlanmasına ek fiziksel ve duygusal rahatlığın oluşturulması da amaçlanmaktadır.<sup>7,12,13,27,28</sup> PİY uygulayıcısı, afetten etkilenen kişilerin güvenli bir yere transferi, afet alanındaki tehlikelerden ve risklerden uzaklaştırılmaları, güvenli bölgelerde toplanmalarına yardımcı olma, sosyal ilişkilere teşvik etme, herhangi bir tıbbi sorunun farkında olma, fiziksel rahatlıklarının sağlanması gibi can güvenliği önlemlerini alabilir.<sup>7,27</sup> Ayrıca afetzedelere kayıplarını aramalarına yardımcı olma, sevdiklerinin kaybına yönelik destek sağlama, ölen kişilerin kimlik tespitlerine ya da ölüm ilanlarına yardım etme duygusal rahatlık ve destek için önemli bir role sahiptir.<sup>12,13</sup> Pratik yardımın sağlanabilmesi için öncelikli olarak fiziksel ve psikolojik güvenlik ve duygusal rahatlığın sağlanması gereklidir.

**Denge Sağlama:** Afet sonrası kişilerden farklı şiddette akut travmatik stres belirtileri gözlenebilmekte ve yoğun şiddette olan belirtilere müdahale edilmesi gerekmektedir. Bu aşamanın amacı da özellikle duygu yönetiminde zorluk yaşayan kişilerin stres düzeyini dengelemek ve kişileri sakinleştirmektir.<sup>11,28</sup> Afetten etkilenen çoğu kişi herhangi bir müdahaleye, dengelemeye ihtiyaç duymayabilir. Çünkü verilen bu tepkiler afet sonrası normal kabul edilir.<sup>12,13</sup> Travma sonrası kontrol edilemeyen tepkiler, kişinin işlevselliğini olumsuz etkilemeye başladığında dengelemenin gerçekleştirilmesi gerekir.<sup>11,12,27</sup> Dengeleme gereksinimi olan kişilere anda kalma, çevresini gözden geçirmesini sağlama, görebildikleri bazı nesnelere tarif etme, sakin bir yere götürme, konuşmaya zorlamama ve birlikte olmak istediği kişilerle buluşturma gibi basit dengeleme teknikleri uygulanabilir.<sup>11,12</sup> Bu teknikler, kişide duygusal dengelemeyi sağlamadığında ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirmek gerekebilir.<sup>11,12</sup>

**Bilgi Edinme:** Kişiyile temas sonrası hemen başlayan ve PİY süresince devam eden bu basamakta kişinin acil ihtiyaçları ve endişelerini belirlemeye yönelik bilgi toplama amaçlanmaktadır.<sup>11,12,17</sup> Afet öncesi kişinin sahip olduğu sosyal destek kaynakları, kronik hastalık bilgisi, düzenli kullandığı ilaçlara ek olarak acil fiziksel ve ruhsal bakım gereksinimleri, kendine ya da çevresine zarar verme düşüncesi, travma öyküsü, kayıp öyküsü gibi bilgilere de

ulaşmak önemlidir. Çünkü elde edilen bu bilgiler PİY uygulayıcısının afetten etkilenen kişinin gereksinimlerini belirleme ve etkili bir yardım hizmeti sunabilmesinde anahtar bir role sahiptir.<sup>11-13</sup> Bu basamakta önemli olan bir diğer nokta ise PİY uygulayıcısının ne kadar ve nasıl bilgi toplayacağını bilmesidir. Bilgi toplarken kişide daha fazla strese neden olacak travmatik olaylarla ilgili detaylı sorular sorulmamalıdır.<sup>12,13</sup>

**Pratik Yardım:** Bu basamakta amaç, bilgi edinme basamağında elde edilen bilgiler doğrultusunda acil ihtiyaç ve kaygılarını öncelik sırasına göre plan yapmak ve pratik çözümler geliştirmektir.<sup>12,13</sup> Afet sonrası kişilerin karar verme yetisinde ve problem çözme yeteneklerinde güçlük yaşamaları, stres düzeyinin yüksek olması öz bakım eksikliğine sebep olabilmektedir. Bu nedenle kişilerin yaşadığı sorunların çözümü; güvende hissetmesine, umut duygusunun aşılmasına, stres düzeyinde azalmasına, güçlenmelerine ve çevresinde olup biteni kontrol edebilmesine olanak sağlar.<sup>11,12</sup> Kişilerin afetin sebep olduğu sorunların çözümünde kısa sürede çözülmesi PİY'in en önemli amaçlarından biridir.<sup>27</sup>

**Sosyal Destek Kaynaklarıyla Bağ Kurma:** PİY'in önemli hedeflerinden biri de afet sonrası hayatta kalan kişilerin en kısa sürede sosyal destek kaynakları ile tekrardan temasa geçebilmeleridir.<sup>12,28</sup> Sosyal destek kaynakları, travmanın olumsuz etkileriyle baş etmede, gündelik yaşamlarına geri dönmeye ve iyileşmeye oldukça önemlidir.<sup>13</sup> Bu nedenle PİY uygulayıcıları afetten etkilenen kişileri; toplumla bağ kurmak için cesaretlendirme, pratik problem çözümü, travma deneyimlerini paylaşma gibi sosyal destek kaynaklarını harekete geçirecek pratik yardımda bulunabilirler.<sup>27,29</sup> Afetten etkilenen kişiler için en acil gereksinim eş, anne-baba, çocuk, kardeş gibi birincil destek kaynaklarıyla iletişime geçmektir.<sup>12</sup> Ayrıca kişilerin paylaşımlarını arttırmak için yeni sosyal kaynaklara teşvik etme, hobi grupları oluşturma, paylaşım toplantıları, spor aktiviteleri ve sürdürülebilir yeni sosyal destek mekanizmalarına teşvik etmek yararlıdır.<sup>12,23</sup>

**Baş Etme Becerileri Hakkında Bilgilendirme:** Bu basamakta temel amaç; afetten etkilenen kişinin strese verdiği tepkiler hakkında bilgi verme, stresle baş etme becerisini geliştirme ve kişinin eski yaşantısına dönüşünü hızlandırmaktır.<sup>11,12,28</sup> PİY uygulayıcısı, afetten etkilenen kişiye stres tepkileri, travma sonrası görülen psikolojik tepkiler, etkili ve etkisiz stresle baş etme yöntemleriyle ilgili çözümler hakkında bilgi vermektedir.<sup>27</sup> Planlanan psiko eğitimler, kişinin yaşadığı olayı ve sonuçlarını anlamlandırılmada, kaygıyı azaltmada ve baş etme becerilerinin gelişmesinde destekleme yöntemidir.<sup>11,12</sup> Etkili baş etme

becerilerine sahip olan kişilerin öz yeterlilikleri de olumlu etkilenmektedir. Olumlu öz yeterliliğe sahip olan kişiler stresli olaylar üzerinde kontrol hissine sahip olur ve iyileşme süreci hızlanır.<sup>12</sup> Ayrıca PİY uygulayıcıları kişilerin ihtiyacına göre öz bakım, gevşeme egzersizleri, uyku hijyeni, öfke problemleri, alkol ve madde bağımlılığı gibi konularda da eğitimler planlayabilir.<sup>13,27</sup> Pratik uygulamalara rağmen, kişilerin stres tepkilerinin bir aydan uzun sürmesi ve işlevselliğini olumsuz etkilemesi sonucunda ruh sağlığı profesyonellerine başvurması gerektiği bilgisi kişilerle paylaşılmalıdır.<sup>11,12</sup>

**İş Birliği Kurulabilecek Diğer Hizmetlerle Bağlantı Kurmak:** Bu basamakta, kişilerin şimdi ve gelecekte ihtiyaçları olabilecek hizmetlerle temas kurması ve ihtiyaçların karşılanması amaçlanmaktadır.<sup>7,27</sup> PİY, eş zamanlı ilerleyen, aşamalı ve çok yönlü psikososyal bir müdahale olması nedeniyle PİY sürecinin başından sonuna kadar her basamakta uygulanabilmektedir.<sup>18</sup> Birçok kişi, afet sonrasında ek bir yardıma gereksinim hissetmesine rağmen yaşanan stres nedeniyle yardım arayışında bulunmayabilir. Böyle bir durumda PİY uygulayıcısı, kişilerin ihtiyaç duydukları yardım hizmetleri ve kuruluşlarla temasa geçmelerine yardımcı olmalıdır.<sup>11,13</sup> Kişilere sağlanan kişisel yardımlar ve erişilebilir hizmetle sağlanan iletişim, ruh sağlığı için önemlidir.<sup>27</sup> Kişiler yardım kurumlarına yönlendirilirken gereksinimler ve problemleri net bir şekilde

açıklanmalıdır.<sup>12</sup> Kişilerde terk edilmişlik, reddedilmişlik gibi olumsuz duyguların engellenmesi için yardım kuruluşlarındaki yeni kişilerle tanıştırılmalı, süreç hakkında bilgi verilmelidir.<sup>11-13</sup> PİY sürecinin sonlandırılması veya görev değişimi gibi durumlar hakkında yardım sürecinin hangi kurum ya da kişiler tarafından yürütüleceği bilgisinin kişilere verilmesi kolaylaştırıcı bir faktördür.<sup>7</sup> Bu ilişkilendirme eylemleri, kişilerin uyumunu sağlama ve hizmetin devamlılığı için oldukça önemlidir.

## SONUÇ

PİY, hemşirelerin afetlere karşı hazır oluşuklarını güçlendirmek ve afet durumunda en iyi uygulamaları toplumun ihtiyaçlarına hizmet edecek şekilde düzenlenmek için mevcut bir uygulamadır. Özellikle hemşirelerin, problem çözme ve etkili iletişim becerileri sayesinde afetten etkilenen kişilerin stres yönetiminde, anksiyete ve stres düzeylerinin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca hemşirelerin, stresli, zor ve travmatik durumlara uyum sağlamları sonucunda risk faktörlerinin belirlenmesi, tehdit edici faktörlerin en aza indirilmesinde, kişilerin ihtiyaçlarının belirlenmesinde liderlik rollerini gerçekleştirebilmektedir. Bu nedenle afet sonrası dönemde hemşireler tarafından uygulanan PİY, yaşanan travmatik olayın olumsuz etkileri azaltabilir, kişilerin iyileşme sürecini ve psikolojik dayanaklıklarını olumlu etkileyebilir.

## KAYNAKLAR

1. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). (2020). (Cited: January 29, 2023) Available from: <https://media.ifrc.org/ifrc/world-disaster-report-2020>
2. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. The International Disasters Database (EM-DAT). (Cited: January 29, 2023) Available from: <https://www.emdat.be/>
3. Natural disasters - statistics & facts. (Cited: January 29, 2023) Available from: <https://www.statista.com/topics/2155/natural-disasters/2021>
4. Özkan B, Çetinkaya Kutun F. Afet psikolojisi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2021;8(3):249-56.
5. Özyer Y, Dinçer S. Afetlerde hemşirelerin psikolojik ilk yardım rolleri. İBAD Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;7:198-206.
6. Yorulmaz DS, Karadeniz H. Afetlerin mental sağlığa etkileri, Doğal Afetler ve Çevre Dergisi. 2021;7(2): 392-398
7. World Health Organization. Psychological first aid: guide for field workers. Geneva: WHO; 2011. (Cited: January 28, 2023) Available from: [http://www.searo.who.int/srilanka/documents/psychological\\_first\\_aid\\_guide\\_for\\_field\\_workers.pdf](http://www.searo.who.int/srilanka/documents/psychological_first_aid_guide_for_field_workers.pdf).
8. Everly Jr S. Psychological first aid to support healthcare professionals. Journal of Patient Safety and Risk Management. 2020;25(4):159-62.
9. Dieltjens T, Moonens I, Van Praet K, De Buck E, Vandekerckhove P. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. PLoS One. 2014;9(12):e114714.
10. Birkhead GS, Vermeulen K. Sustainability of psychological first aid training for the disaster response workforce. American Journal of Public Health, 2018;108(5):381-2.
11. Ruzek RI, Brymer MJ, Jacobs AK, Layne CM, Vernberg EM, Watson PJ. Psychological first aid. J Ment Health Couns 2007;29:17-49.
12. Brymer MA, Layne C, Jacobs A, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, et al. Psychological first aid: field operations guide, 2<sup>nd</sup> ed. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006.
13. Pekevski J. First responders and psychological first aid. Journal of Emergency Management 2013;11:39-48.
14. Snider L, Chehil S, Walker D. Psychological first aid. Pan American Health Organization Mental Health and Psychosocial Support in Disaster Situations in the Caribbean: Washington, 2012.
15. Sim T, Wang A. Contextualization of psychological first aid: An integrative literature review. Journal of Nursing Scholarship. 2021;53(2):189-97.
16. Wang L, Norman I, Xiao T, Li Y, Leamy M. Psychological first aid training: a scoping review of its application, outcomes and implementation. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(9):4594.
17. Gispen F, Wu AW. Psychological first aid: CPR for mental health crises in healthcare. Journal of Patient Safety and Risk Management, 2018;23(2):51-3.

18. Demircioğlu M, Seker Z, Aker AT. Psychological first aid: objectives, practicing, vulnerable groups and ethical rules to follows. *Current Approaches to Psychiatry*. 2019;11(3):351-63.
19. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70:283-315.
20. Everly GS, Lating JM. *The Johns Hopkins Guide to Psychological First Aid*. Baltimore, MD, USA: JHU Press; 2017.
21. Everly Jr GS, Lating JM. Psychological first aid (PFA) and disasters. *International Review of Psychiatry*. 2021;33(8):718-27.
22. Australian Psychological Association. *Psychological First Aid: A guide to supporting people affected by disaster* Melbourne: Australian Psychological Society; 2013.
23. Demircioğlu M. Olağandışı koşullarda psikolojik ilk yardım. *Türkiye Psikiyatri Demeği* 21. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu. Antalya: Türkiye Psikiyatri Demeği; 2017. p.66.
24. Liao J, Ma X, Gao B, Zhang M, Zhang Y, Liu M, et al. Psychological status of nursing survivors in China and it sassociated factors:6 years after the 2008 Sichuan earthquake. *Neuro psychiatric Disease and Treatment*. 2019;15:2301-11.
25. Stroud ML. Psychological triage in general practice. *Aust Fam Physician*. 2012;41:508-12.
26. McCabe OL, Everly Jr GS, Brown LM, Wendelboe AM, Abd-Hamid NH, Tallchief VL, et al. Psychological first aid: a consensus-derived, empirically supported, competency-based training model. *Am J Public Health*, 2014;104:621-28.
27. Shannon MER. Early psychosocial intervention after disaster: psychological first aid. *Health Emergency and Disaster Nursing*. 2015;2(1):3-6.
28. Cho JHY. *Disaster Relief and Psychological First Aid [Dissertation Thesis]*. Loma Linda: Loma Linda University; 2015.
29. Norris FH, Bellamy ND. Evaluation of a national effort to reach Hurricane Katrina survivors and evacuees: The crisis counseling assistance and training program. *Administration and Policy in Mental Health*. 2009;36:165-75.