

DERLEME

**TRAVMA SONRASINDA
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YAKLAŞIMI**

Olca ÇAM* Ayşe BÜYÜKBAYRAM Emel ÖZTÜRK TURGUT*****

Alınış Tarihi: 08.06.2015

Kabul Tarihi: 29.08.2016

ÖZET

Günümüz dünyasında yaşanan hastalık, deprem, sel, tsunami gibi doğal kaynaklı; savaş, terör, ev içi şiddet, tecavüz, işkence, tutsaklık gibi insan kaynaklı travmalar, küreselleşmenin de etkisiyle bireyleri ve toplumları doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemekte ve beraberinde travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu, depresyon gibi ruhsal hastalıklara neden olabilmektedir. Travmadan etkilenen bireylerde ruhsal belirtilerin tanınması, tedavisi ve geleceğe dair olumlu, umutlu beklentilerin, hedeflerin oluşturulması ve yaşama yeniden uyum sağlayabilmeleri açısından ruh sağlığı hemşirelerinin yaklaşımları oldukça önemlidir. Özellikle ruh sağlığı hemşirelerinin birey, aile ve toplum ruh sağlığını koruyabilmeleri için; risk gruplarına yönelik travma sonrası hizmetlerde ve travma sonrası stres bozukluğunda, bireylerin tedavi ve iyileşme sürecinde her alanda aktif olarak yer almaları gerekmektedir. Bu derleme de travma sonrasında yaşanan ruhsal sorunların üstesinden gelme sürecinde, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin profesyonel yaklaşımındaki temel özelliklerin sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler; Travma; ruh sağlığı; psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

The Mental Health and Psychiatric Nurses' Approach in After Trauma

Nowadays, with the effect of globalism, natural traumas such as epidemic, earthquake, flood and tsunami and social traumas such as war, terror, domestic violence, rape, torture and captivity influence individuals and societies directly or indirectly and could cause psychological problems such as post-trauma stress disorder, anxiety and depression. The approach of the psychiatric and mental health nurses is of great importance in terms of diagnosis of psychological problems, their treatment and developing positive and hopeful expectations for patients' and their reintegration. Particularly for mental health nurses to protect the individual's, family's and society's mental health, they must have an active role in the post-trauma services for risk groups and in post traumatic stress disorders and the process of treatment and recovery period.

Key words: Trauma, Mental Health, Psychiatric Nursing

GİRİŞ

Travma, kişinin bedensel ve ruhsal varlığına çeşitli şekillerde zarar veren her türlü deneyimdir. Bu deneyim kişi için oldukça ağırdır. Benlik baş edebileceğinden fazla düzeyde, içsel ya da dışsal uyarana maruz kalmakta, etkisiz baş etme sonucunda ise travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon, madde kullanımı, kişilik bozukluğu gibi ruhsal sorunlar ve fiziksel hastalıklar yaşanmaktadır. Bu durumu sadece travmatik olayı yaşayan kişiler değil, aynı zamanda tanık olan ve olayı medyada gören, travmaya maruz kalmış kişilerle yardım amaçlı çalışanlarda yaşayabilirler (Güloğlu ve Kararımak 2013; Woods and Wineman 2004). Travmatik olayın etkilediği

insan sayısı, yaralanmaların ve/veya ölümlerin olması, insan kaynaklı olması, olayın ani ve beklenmedik olması, kişi için öznel anlamının olması, başkalarının tehdidi altında kalınması, uzun sürmesi, sosyal desteğin yetersiz olması, kadın olma ve kişinin kendini sorumlu tutması, travma öncesi yaşantı, psikiyatrik öykü gibi nedenler, hatta kültürel faktörler de yaşanan sorunların şiddetini arttırmakta ve uzun sürmesine neden olmaktadır (Yılmaz 2007; Güloğlu ve Kararımak 2013; Oflaz 2008; Sungur 1999; Erden ve Gürdil 2009).

Travmanın Etkileri

Travma sonrası stres bozukluğu, ani doğrudan/dolaylı ya da kronik büyük bir stres

* Prof.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

**Öğr. Gör. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD e-posta:abayram35@gmail.com

***Arş. Gör. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği AD

faktörüyle karşılaşmanın ardından, organizmanın verdiği biyolojik ve psikolojik yanıt olarak tanımlanmaktadır (Herman 2011; Ray 2008; Oflaz 2008). Travmatik olay sonrasında; kişi yaşadığı olayları uykuda ve uyanırken tekrar tekrar yaşayabilir, kişinin yaşadığı ruhsal sıkıntılar zamanla kronik bir duruma dönüşebilir. Olayın üzerinden ne kadar süre geçmiş olursa olsun, travmanın bu etkileri tekrar tekrar yaşanabilmektedir (Herman 2011).

Travmatik olaylar kişinin kendine, dünyaya ve geleceğe dair algılarını olumsuz etkilemekte ve temel güven duygusunu zedelemektedir. Kişi için artık, dünya tehlikeli ve gelecek karanlıktır. Kişi otonomisini kaybedebilir, kendini; yalnız, güçsüz, çaresiz, cezalandırılmış, insani ve ilahi koruma sistemlerinin dışına itilmiş, yetersiz, aşağılanmış olarak algılayabilir. Bununla birlikte değersizlik, utanç ve suçluluk duygusu içinde olan kişi; kendine ve başkalarına karşı kuşku ve öfke hissedebilir. Ayrıca yaşadığı travmatik olayı hatırlatan durumlardan kaçmak isteyen kişi, sosyal olarak geri çekildiği için giderek yalnızlaşabilir. (Woods and Wineman 2004; Herman 2011; Oflaz 2008; Ray 2008; Tel 2002; Townsend 2015).

Kişinin uyku, beslenme ve cinsellik gibi fizyolojik gereksinimlerinde bozukluklar ve duygularında küntleşme görülebilmektedir. Bu semptomlar aile içi şiddette, tutsaklıkta, toplama kampında olduğu gibi uzun süreli ve yoğun travmaya maruz kalan kişilerde daha ağır olarak yaşanmaktadır. Özellikle çeşitli şekillerde dış dünyayla ilişkisinin koptuğu ve yalnızca faille ilişki kurma şansı verildiği durumlarda kişi; duygularından, düşüncelerinden, insiyatiflerinden ve yargılarından vazgeçmeye başlar. Zaman içinde kişi sadece hayatını sürdürmek için değil, bilgi sağlamak için de duygusal olarak faille bağımlı hale gelir, dış dünyaya failin gözünden bakar. Yani kişi ve fail arasında travmatik bağ gelişir. Bu bağ, o kadar güçlü bir hal alabilmektedir ki travmatik olayın ardından, kişi hiçbir şekilde başkalarıyla, faille kurduğu kadar sağlam bir bağ geliştirememektedir. Böylece travmatik bağ, kişinin toplumla yeniden uyum sağlamasını ve iyileşmesini olumsuz etkilemektedir (Woods and Wineman 2004; Herman 2011; Oflaz 2008; Tel 2002).

Günümüzde sıklıkla yaşanabilen savaş, terör, ev içi şiddet, tecavüz, işkence gibi insan nedeni travmalar ve hastalık, depresyon, sel gibi doğal travmatik olaylar bireylerin ve toplumun

ruh sağlığını doğrudan/dolaylı olarak her açıdan olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle özellikle ruh sağlığı hemşirelerinin birey, aile ve toplum ruh sağlığını koruyabilmeleri için; risk gruplarına yönelik hizmetlerde, bireylerin tedavi ve iyileşme sürecinde aktif olarak yer almaları gerekmektedir (Oflaz 2008; Tel 2002; Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015).

Travma Sonrasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Travma yaşamış kişi ile çalışırken amaç, kişinin yaşamına devam edebilen birisi konumuna geçmesini; başka bir deyişle “bu olay yüzünden artık her şey bitti” konumundan “bu olay bana bir şeyler öğretti ve yaşamıma devam edebilirim” konumuna geçmeyi sağlamaktır (Oflaz 2008). Bireyin kendisiyle ve diğer insanlarla barışması, geleceğe dair olumlu ve umutlu beklentilerin, hedeflerin oluşturulması önemlidir.

Ruh sağlığı hemşiresi, hastanın; travmatik hatıraların duygusal baskısına dayanabilmesi, başa çıkabilmesi, olaylara yönelik tutarlı anlam ve inanç geliştirmesi, doyum verici kişilerarası ilişkiler yaşaması için çaba göstermelidir (Herman 2011; Oflaz 2008; Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015).

Travma yaşamış bireylerle çalışırken dikkat edilmesi gereken ilkeler;

- Travmayı izleyen ilk birkaç hafta içerisinde sadece kişilerin öncelikli gereksinimleri karşılanmalı, duygusal destek olunmalı ve güvenlikleri sağlanmalıdır (Blizzard, Kemppainen and Taylor 2009; Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015).
- Travma sonrası yüksek riskli grupların tanınması, travmanın erken belirtilerinin fark edilmesi ve tedavinin hızlı başlatılması; bireyin motivasyonunun sağlanması ve hafif belirtilerin kronikleşmemesi açısından önemlidir (Oflaz 2008; Oflaz, Özcan, Taştan, Çiçek, Aslan ve Vural 2010).
- Bunun için; kayıp yaşayanlar, yaşlılar, çocuklar, ağır şekilde yaralananlar, psikiyatrik öyküsü olanlar, düşük sosyoekonomik durumu olanlar, çoğul travmaya maruz kalanlar ve sosyal destek sistemleri zayıf olanlar gibi yüksek riskli gruplar tanımlanmalıdır (Oflaz 2008; Blizzard, Kemppainen and Taylor 2009; Oflaz, Özcan, Taştan, Çiçek, Aslan ve Vural 2010)

- Bireyin fizyolojik gereksinimlerinin (uyku, beslenme, hijyen vb.) farkında olunmalıdır (Oflaz 2008; Towsend 2015).
- İyileşme sürecinde her bireyin kendi hızında ilerlediğini ve tepkilerin kişiden kişiye değişebileceği unutulmamalı ve beklenen sonuç kriterlerine ulaşabilmek için bireye yeterli süre tanınmalıdır (Oflaz 2008; Muskett 2014; Dülgerler, Engin ve Çam 2005).
- Psikolojik bakım sağlarken tekrar travmatizasyonu önlemek için; bireylerin ve toplumun güçlerinin, kültürel değer ve inançlarının farkında olunmalı ve kullanılmalıdır (Oflaz 2008; Oflaz, Özcan, Taştan, Çiçek, Aslan ve Vural 2010; Muskett 2014). Örneğin, mizahın kullanımı, bireylerin ve toplumun sahip olduğu güçlü aile bağları, geleneksel törenler-cenaze vb. gibi faktörlerin kullanılması önemlidir (Oflaz 2008; Öz ve Hiçdurmaz 2010).
- Ekip ile işbirliği içerisinde çalışılmalı, hastaların yasal hakları konusunda bilgi sahibi olunmalı, kişiler bilgilendirilmeli ve gerektiğinde yasal girişimler başlatılmalıdır (Oflaz 2008; Oflaz, Özcan, Taştan, Çiçek, Aslan ve Vural 2010).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişen hastaya kaliteli ve etkili hasta bakım hizmeti sunabilmesi için hemşireler; hasta bakımının amacını belirlemeli, hemşirelik girişimleri planlamalı, uygun girişimleri yerine getirmeli ve bu girişimlerin sonuç kriterlerine uygunluğunu değerlendirebilmelidir (Moyet-

Carpenito 2005; Varcarolis and Halter 2010; Blizzard, Kemppainen and Taylor 2009; Towsend 2015). Tablo'1 de travma sonrası stres bozukluğu olan hasta için olası hemşirelik tanıları, Tablo 2' de travma sonrası stres bozukluğu olan hasta bakımında beklenen olası sonuç kriterleri belirtilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresinin Yaklaşımı;

1.Hastanın iyileşme sürecini hızlandırmak için hasta ve hasta yakınlarından bilgi toplanmalı: Ruh sağlığı hemşiresi, hastanın travma sonrası ajitasyon, uyarılmış olma hali, korku, tepkisizlik gibi klasik belirtilerin yanında; travmayla ilgili açıkça ifade edilmeyen, duyguların yerine geçebilecek baş ağrısı, mide-bağırsak şikâyetleri, cilt hastalıkları vb. fiziksel belirtilerin de farkında olmalı, travmanın etkilerini değerlendirebilmek için kapsamlı bir fiziki muayene yapmalı ve öykü almalıdır (Blizzard, Kemppainen and Taylor 2009; Oflaz, Özcan, Taştan, Çiçek, Aslan ve Vural 2010).

Bilgi toplama sürecinde hemşire; hastayı kendi travmasıyla ilgili konuşması için cesaretlendirmeli, hastanın duygularını kabul etmeli ve onaylamalıdır. Hastayı, yaşadıklarının normal tepkiler olduğunu anlaması için desteklemeli, tehditkar olmayan özel bir çevre sağlamalı ve eğer hasta isterse başka bir kişi de bu çevreye dahil edilmelidir. Hasta konuşmak istemiyorsa ya da bazı soruları yanıtlamıyorsa zorlanmamalıdır (Herman 2011; Oflaz 2008; Yüksel 2006; Varcarolis and Halter 2010; Oflaz, Özcan, Taştan, Çiçek, Aslan ve Vural 2010; Towsend 2015).

Tablo 1. Travma sonrası stres bozukluğu olan hasta için olası hemşirelik tanıları (Moyet-Carpenito 2005; Varcarolis and Halter 2010; Towsend 2015)

- Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık	- Rol Performansında Etkisizlik
- Beslenmede Dengesizlik	- Anksiyete
- Cinsel Örüntülerinde Eksiklik	- Etkisiz Bireysel Baş Etme
- Bellekle Bozulma	- Korku
- Benlik Kavramında Rahatsızlık	- Post- Travma Sendromu/ Riski
- Durumsal/ Kronik Düşük Benlik Saygısı	- Tecavüz Travma Sendromu
- Güçsüzlük	- Kendine Zarar Verme Riski
- Ümitsizlik	- İntihar Riski
- Sosyal Etkileşimde Bozulma	- Başkalarına Yönelik Şiddet
- Yalnızlık Riski	- Disfonksiyonel Yas
- Sosyal İzolasyon	

Tablo 2. Travma sonrası stres bozukluğu olan hasta bakımında beklenen olası sonuç kriterleri

- Hasta yaşadığı olay ve travmayı kabul edebilmeli.
- Hasta yaşadığı olayı kabulünde kabuslarını ve tekrarlayan hatıralarını (flashbeck).. daha az yaşıyor olmalı.
- Adaptif baş etme stratejilerini gösterebilmeli (müzik, sanat, rahatlatma teknikleri, mental imajinasyon vb.)
- Konsantre olabilmeli ve gelecek için gerçekçi planlar yapabilmeli.
- Tedavi sürecine kendisi için önemli kişileri dahil edip, onların desteğini istekli bir şekilde kabul edebilmeli.
- Kendine zarar vermeyle ilgili düşüncelerini konuşmalı.
- Hayatta kalmayla ilgili suçluluk duygusu çalışılmış olmalı.
- Yaralanma riskini azaltmak için yeteri kadar uyuyabilmeli.
- Hasta stresli zamanlarda arayabileceği toplumsal kaynaklarını konuşmalı.
- Benzer travmalar yaşamış kişilerden oluşan destek gruplarına katılmalı.
- Hasta yaşam sürecinde ve geçmişte yaşamış olduğu travmaya karşı koyma arzusu konuşmalı.

2.Hastalara gerçekçi bilgiler verilmeli: Patolojik belirtiler ortaya çıksa da çıkmasa da travmaya maruz kalan bireylerin dikkati, anlamlılık duygusuna yönelmekte ve bir cevap bulmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle hastaların tam olarak ne olduğunu anlamaları için bilgi almaya gereksinimleri vardır (Oflaz 2008; Varcarolis and Halter 2010; Blizzard, Kemppainen and Taylor 2009; Muskett 2014).

TSSB’da hastaların kendilerine, dünyaya ve geleceğe yönelik temel inançları büyük oranda parçalanır. Bu nedenle olayları kendi iç dünyalarında değerlendirmeye gereksinim duyar. Eğer birey travmaya neden olan olay ve yaşadığı semptomlar arasındaki bağlantıyı kurmakta zorlanıyorsa, bu bağlantı açıklanmalı; bireyle kendine ve dünyaya ve geleceğe yönelik düşüncesi, nasıl etkilendiği ve temel inançları içinde olayları nasıl anlamlandırdığı ve duyguları konuşulmalıdır (Oflaz 2008; Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015). Bu sayede birey yaşantısıyla ilgili hatalı varsayımlarını düzeltme, baş edebilme ve kendisini bekleyen gelecekle ilgili daha gerçekçi bilgiler edinme olanağı bulur (Erden ve Gürdil 2009).

3.Hastayla güvene dayalı bir ilişki kurulmalı: Hasta-hemşire arasındaki güvene dayalı bir ilişki, psikiyatrik bakımın kalitesi ve etkinliğinin en önemli göstergesidir (Muskett 2014). Travmatik olay yaşayan kişiler, yardım arama ve

sunulan yardım tekliflerini kabul etmekte de güçlük yaşayabilirler. Bireyin kaçma, kaçınma, yabancılaşma ve hatta başkalarından şüphe duyma davranışları nedeniyle, iletişim kurmak zor olabilir. Bunun için; hastaya olabildiği ölçüde aynı hemşire bakım vermeli; tehditkar olmayan, gerçekçi bir şekilde, arkadaşça yaklaşılmalı; hastanın karşı cinsiyetlerle etkileşimiyle ilgili isteğine saygı duyulmalı (tecavüz olayı yaşayanlara özellikle), verilen sözler tutulmalı, tutarlı olunmalı, hastaya kabulü iletilmeli, hastayla zaman geçirilmelidir (Ray

2008; Ofaz 2008; Varcarolis and Halter 2010; Yüksel 2009). Örneğin, hemşire hastanın kâbusları ve flasbeckleri sırasında yanında kalmalı, bu belirtilerin yaşanılan travma ile ilgili olduğu ve olağandışı bir durum olmadığı güvencesini vermelidir (Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015).

4.Travmatik olay sonrasında hastanın yaşadığı duygu ve tepkilerin farkında olunmalı ve hastanın yaşadığı duyguları tanımlamasına yardımcı olunmalı: Travmanın çeşitlerine göre hastaların tepkileri farklıdır. İnsan eliyle yapılmış travmalarda, doğal olan travmalara göre semptomlar daha ağır olmakta ya da başkalarının öldüğü bir travmada hayatta kalmayla ilgili daha fazla suçluluk ve aşağılanma duygusu daha fazla yaşanmaktadır. Bu nedenle hemşire öncelikle travma ve hastanın özellikli tepkileri hakkında hasta yakınlarından bilgi toplamalı; hastanın ifade ettiği suçluluk, çaresizlik vb. duyguların farkında olmalı ve hastanın da bu duyguları tanımasına yardımcı olmalıdır (Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015).

5.Hastalar, duygu ve düşüncelerini ifade edebilmeleri konusunda cesaretlendirilmeli: Travma yaşayan kişilerin özellikle öfke, suçluluk vb. duyguları uzun süre görmezlikten gelinirse; daha sonra hastalar bu tür duygularla yüzleşmekten korkabilirler. Bu nedenle hemşire duygularını ifade edebilmeleri konusunda hastaları cesaretlendirmelidir (Oflaz 2008; Varcarolis and Halter 2010).

Hastaların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmeleri, travmatik anının yeniden canlandırılmasını sağlayarak; yaşananların kabul edilmesine, travmanın çözümlenmesine, tepkilerin anlamlandırılmasına, yaşanılan olaydan bireyin olumlu anlamlar çıkarmasına, sorunlara çözüm yollarının aranması ve denenmesine imkan sağlamakta ve iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (Oflaz 2008; Erden ve Gürdil 2009; Varcarolis and Halter 2010). Ayrıca duyguların dışa vurumu içsel rahatlatma

sağlamakta, ruhsal sıkıntılara eşlik eden bedensel yakınmaları da azaltmaktadır (Oflaz 2008).

Hastaların travmaya ilişkin duygularını tanımları ve semboller yoluyla ifade edebilmelerini kolaylaştırmak amacıyla oyun, resim, müzik, öykü anlatımı, yazı yazma, kitap okuma, belli konular üzerinde tartışma, dans, drama ve rol yapma gibi çeşitli iletişim araçları ve yaratıcı yöntemleri kullanılabilir (Herman 2011; Erden ve Gürdil 2009; Davis 2013; Çam, Öztürk Turgut ve Büyükbayram 2014).

6.Hastanın yaşadığı yasin aşaması değerlendirilmeli, yasin aşamalarıyla ilgili duygu ve davranışlar konuşulmalı: Travmatik olay ve beraberinde yaşanan kayıplar, hastanın yas tepkilerinin çözülme süresini uzatmakta, günlük işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle hemşire, hastanın içinde olduğu yas sürecini tanımlamalı ve bu süreci sağlıklı bir şekilde yaşaması için hastayı desteklemelidir. Bunun için hastanın kaybın gerçek olduğunu anlaması sağlanmalı; duygularını tanıması ve ifade etmesi, yaşanan olay ve/veya kayıp hakkında konuşması ve anılarını paylaşması konusunda hasta cesaretlendirilmeli; bu sürecin geleceğe yönelik plan ve etkinlikleri olumsuz şekilde etkilemesini önlemek için hastanın hayatla yeniden bağ kurmasına odaklanılmalıdır (Herman 2011; Of laz 2008; Dülgerler, Engin ve Çam 2005; Bildik 2013; Townsend 2015).

7.Güvenli çevre oluşturulmalı: Travma yaşayan kişiler için sevilen kişilerin, ailenin ve alışılan günlük ortamın kaybı çok önemlidir. Kişinin varlığını sabit kılan ve insana, geçmişi olduğunu hatırlatan ve yaşam duygusu sağlayan mekan algısı yok olduğunda, birey kendini boşlukta hisseder. Bu nedenle hastanın zarar görmesinin engellendiği, kendini ifade edebildiği, otonomisinin desteklendiği ve fizyolojik gereksinimlerinin düzenli olarak karşılandığı, aile üyeleri ile birlikte oldukları bir ortam sağlanmalıdır (Of laz 2008; Varcarolis and Halter 2010; Yüksel 2009).

8.Hastanın sosyal destek sistemleri tanımlanmalı: Sosyal desteğin tanımlanması ve destek kaynaklarından verimli bir şekilde yararlanması; hastanın yalnızlık duygusunun azaltılması ve dünyada güvenilecek insanların olduğunu fark etmesi açısından tedavinin her aşamasında önemlidir. Hastayı, tüm yaşadıklarıyla kabul eden, yargılamayan, empati kurabilen, otonomisini destekleyen, yardım etmeye istekli ve iletişime açık olan bir sosyal

çevre, iyileşmeyi hızlandırabilir (Herman 2011; Of laz 2008; Sungur 1999; Muskett 2014). Travmadan sonrasında hayatta kalanların çoğu, “yanlarında birilerinin olduğunu hissetmenin”, “ilgilenmenin” ve “dinlemek için hazır oluşun” tedavi için çok yarar sağladığını belirtmişlerdir (Of laz 2008). Ayrıca gerekirse diğer toplumsal destek sistemleri de harekete geçirilmelidir (Of laz 2008; Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015). Tam tersi şekilde kişiyi suçlayan, cezalandıran, yaşadıklarına duyarsız kalan sosyal çevre, hastanın da kendisini suçlamasına ve ikincil travmaya neden olabilmektedir (Herman 2011; Of laz 2008; Sungur 1999; Muskett 2014).

9.Hasta ile sadece travma konusunda değil, yaşanan günlük sorunlar hakkında da konuşulmalıdır (Of laz 2008; Erden ve Gürdil 2009; Varcarolis and Halter 2010).

10. Hasta travma riski açısından değerlendirilmeli: Travma sürecinde yeteri kadar uyuyamama, problem çözme, dikkat ve konsantrasyon becerilerinde yetersizlik gibi nedenlerle, hastaların fiziksel yaralanma riskleri yüksektir. Hemşire, hastanın günlük aktivitelerini güvenli bir şekilde yapabilmesi için, travmaya neden olabilecek risk faktörleri değerlendirmeli ve en aza indirmelidir (Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015).

11.Hemşire hastanın kendisine zarar verici düşünce ve davranışlarını değerlendirmeli: Travma sonrasında genellikle hastaların umutsuzluk, değersizlik, çaresizlik ve suçluluk duyguları nedeniyle intihar riskleri yüksektir. Hemşire hastaların bu duygularını ifade etmesini sağlamalı, kendisine zarar vermeye yönelik düşüncelerini açıkça konuşmalı ve risk faktörlerini en aza indirmelidir (Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015).

12.Hastanın baş etme stratejileri tanımlanmalı ve geliştirilmeli: Travma sonrası tepkilerin çözümü, büyük bir oranda baş etme stratejilerinin etkili bir şekilde kullanımına bağlıdır. Hemşire hastanın geçmişte kullandığı baş etme stratejilerinin yanı sıra travmaya tepki olarak kullandığı baş etme stratejileri ifade etmesi konusunda cesaretlendirmeli; bu stratejileri tanımlamalı (adaptif, maladaptif), gelecek için alternatif adaptif baş etme stratejiler geliştirmeli (nefes alma ve gevşeme egzersizleri gibi) ve hastaya uygun destek girişimleri (kültürel değerler, inanç gibi) programına dahil etmelidir (Of laz 2008; Varcarolis and Halter 2010; Townsend 2015).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Travma sonrasında hastaların, kendilik değerlerini ve geleceğe dair umutlarını artırmak ve içinde yaşadıkları çevre hakkındaki çarpıtılmış yorumlarını düzelterek daha gerçekçi ve olumlu bakış açılarını geliştirebilmelerini sağlamak önemlidir.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda akut ve kronik TSSB'ya yaklaşım ve tedavide bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının en iyi yöntem olduğu (Blizzard, Kemppainen and Taylor 2009; Gillespie, Duffy, Hackmann and Clark 2002; Baxter 2004; Allison, Harvey Bryant and Tarriern 2003) ve TSSB semptomlarını % 70'ler oranında iyileştirdiği (Sütçigil ve Aslan 2012), hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerini azalttığı (Ehlers, Clark, Hackmann, Mcmanus and Fennell 2007) belirtilmektedir. Bununla birlikte bu hastalara yönelik yapılan grup destek programları (rahatlama grupları/debriefing), grup terapileri ve psikodrama gibi uygulamaların da; kişilerin yardım ve destek sağlayacak ilişkiler kurmalarına, yalnız olmadıklarını anlamalarına, sorunlarının çözümü konusunda cesaretlenmelerine ve alternatif çözüm yolları geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Ray 2008; Oflaz 2008; Ünal ve Çam 2005; Dülgerler, Engin ve Çam 2005; Kessler, White and Nelson 2003). Ayrıca ruh sağlığı hemşirelerinin klinikte ve sivil toplum kuruluşları gibi sosyal ortamlarda bu hastalara yönelik, hemşirelik yaklaşımlarının planlanması, uygulanması ve sonuç kriterlerinin değerlendirilmesi aşamalarında, bilişsel davranışçı terapi tekniklerini kullanmalarının ve diğer grup çalışmalarını yapmalarının daha etkili ve gerekli olduğu belirtilmiştir (Ray 2008; Muskett 2014; Ünal ve Çam 2005; Dülgerler, Engin ve Çam 2005; Mealer, Jones and Moss 2007; Gillespie, Duffy, Hackmann and Clark 2002).

Yaşanan travmanın doğasına göre, hemşirelerin kendilerini büyük yaralanmalar,

büyük yıkımlar ve acı içeren korkutucu öyküleri dinlemeye hazırlamaları, kendilerini ikincil travmadan koruyabilmeleri; risk gruplarına yönelik hizmetlerde ve hastaların tedavi ve iyileşme sürecinde aktif olarak yer almaları önemlidir (Oflaz 2008; Tel 2002; Varcarolis and Halter 2010; Beck 2011; Townsend 2015). Bu nedenle ruh sağlığı hemşirelerinin özellikle; her türlü travmaya yaklaşım, travma belirtilerini tanıma, uygun girişimleri planlama, terapötik güvenlik ve sınırları oluşturma, özel iletişim becerileri geliştirme, psikoterapi ve psikodrama tekniklerini kullanabilme, sosyal destek sistemlerini harekete geçirebilme, hastaların yasal haklarını koruyabilme gibi bir çok konuda eğitim almaları gerekir (Ray 2008; Muskett 2014; Ünal ve Çam 2005; Mealer, Jones and Moss 2007; Baxter 2004; Beck 2011; Sütçigil ve Aslan 2012; Lee and Santacroce 2007; Vilija and Romualdas 2014; Frueh, Knapp, Cusack, Grubaugh, Sauvegeot and Cousins 2005). Ayrıca ruh sağlığı hemşirelerinin konuyla ilgili hazırlanan her türlü panel, sempozyum, konferans gibi etkinliklere katılımlarının; kliniklerde konu ile ilgili çalışan hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesinin; psikiyatri hemşireliğinde travma sonrası bakımla ilgili standartların oluşturulmasının ve farkındalığın artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmasının önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak; küreselleşen dünyada artan bir hızla yaşanan her türlü travma, toplumumuzda ve tüm dünyada insanları dolaylı/dolaysız olarak etkilemektedir. Travma sonrası yaşanılacak olumsuz durumlara karşı hazırlıklı olmak, belirtileri erken dönemde tanımak, önlem almak ve rehabilite edebilmek için her türlü müdahalede ruh sağlığı hemşirelerine büyük sorumluluklar düşmektedir.

KAYNAKLAR

Allison G, Harvey AG, Bryant RA, Tarriern N. Cognitive Behaviour Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review* 2003;23(3):501-22.

Baxter A. Posttraumatic Stress Disorder and the Intensive Care Unit Patient. *Dimens Crit Care Nurs.* 2004; 23(4):145-52.

Beck CT. Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing* 2011;25(1):1-10.

Bildik T. Ölüm, Kayıp, Yas ve Patolojik Yas. *Ege Tıp Dergisi* 2013;52(4):223-29.

Blizzard SJ, Kemppainen J, Taylor J. Posttraumatic Stress Disorder and Community Violence: An Update for Nurse Practitioners. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners* 2009;21(10):535-41.

Çam O, Öztürk Turgut E, Büyükbayram A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Dayanıklılık ve Yaratıcılık. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014;5(3):160-63.

Dülgerler Ş, Engin E, Çam O. Çocuklarda Ölüm Kavramı ve Yas Sürecinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21(1):197-09.

- Davis N.** Çocuklar İçin İyileştirici Hikayeler Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Maral VC çev, Demirci H Derleyen). Yediveren Matbaacılık: İzmir 2013, s.27-30.
- Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, Mcmanus F, Fennell M.** Cognitive Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: Development and Evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 2005;43(3): 413–31.
- Erden G, Gürdil G.** Savaş Yaşantılarının Ardından Çocuk ve Ergenlerde Gözlenen Travma Tepkileri ve Psiko-Sosyal Yardım Önerileri. *Türk Psikoloji Yazıları* 2009; 12(24): 1-13.
- Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvegeot JA, Cousins VC et al.** Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services* 2005; 56(9):1123-33.
- Gillespie K, Duffy MA, Hackmann A, Clark DM.** Community Based Cognitive Therapy in The Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Following the Omagh Bomb. *Behaviour Research and Therapy* 2002;40(4): 345–57.
- Güloğlu B, Kararımak Ö.** Güneydoğu Gazilerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013;14(3):237-44.
- Herman J.** Travma ve İyileşme Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre (Tosun T, çev.). 2. Baskı, İstanbul: Literatür Yayınları 2011, s. 67-125, 175-255.
- Kessler MRH, White MB, Nelson BS.** Group Treatments for Women Sexually Abused as Children: A Review of The Literature and Recommendations for Future Outcome Research. *Child Abuse and Neglect* 2003;27(9): 1045–61.
- Lee YL, Santacroce SJ.** Posttraumatic Stress in Long-Term Young Adult Survivors of Childhood Cancer: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44(8): 1406-17.
- Mealer M, Jones J, Moss MA.** Qualitative Study of Resilience and Posttraumatic Stress Disorder in United States ICU Nurses. *Intensive Care Med* 2012; 38(9): 1445–51.
- Moyet-Carpenito LJ.** Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (Erdemir F, Çev.) Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. Türkçeleştirilmiş 3. Baskı, 2012, s.296-303.
- Muskett C.** Trauma-Informed Care in Inpatient Mental Health Settings: A Review of the Literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 2014;23(1): 51–9.
- Oflaz F.** Felaketlerin Psikolojik Etkileri ve Hemşirelik Uygulaması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(3):70-6.
- Oflaz F, Özcan CT, Taştan S, Çiçek H, Aslan Ö, Vural H.** Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010;1(1):1-6.
- Öz, F, Hiçdurmaz D.** Stresle Baş Etmede Önemli Bir Yol: Mizahın Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13(1):83-88.
- Ray SL.** Evolution of Posttraumatic Stressdisorder and Future Directions. *Archives of Psychiatric Nursing* 2008; 22(4):217–25.
- Sungur MZ.** İkincil Travma ve Sosyal Destek. *Klinik Psikiyatri* 1999;2(2):105-8.
- Sütçügil L, Aslan S.** Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Prolonged Exposure Terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012(1); 98-104.
- Tel H.** Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6 (2):1-9.
- Towsend MC.** Trauma-and Stressor- Related Disorder. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, 8th Edition, Copyright 2015, s.559-578.
- Ünal G, Çam O.** Affektif Bozukluklarda Psikoterapötik Girişimler ve Psikiyatri Hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21(1):175-87.
- Woods SJ, Wineman NM.** Trauma, Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters, and Physical Health Symptoms in Postabused Women. *Archives of Psychiatric Nursing* 2004;18(1): 26-34.
- Varcropolis EM, Halter MJ.** Trauma Interventions. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 6th Edition, Copyright 2010, s.527-625.
- Vilija M, Romualdas M.** Unhealthy Food in Relation to Posttraumatic Stress Symptoms Among Adolescents. *Appetite* 2014;74: 86–91. doi: 10.1016/j.appet.2013.12.002.
- Yılmaz B.** Yardım Çalışanlarında Travmatik Stres. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10(3): 137-47.
- Yüksel Ş.** Travmatik Yaraların Açığa Çıkmasında ve Onarılmasında Görüşme Ortamı. *Klinik Gelişim* 2009;22(4):11-7.