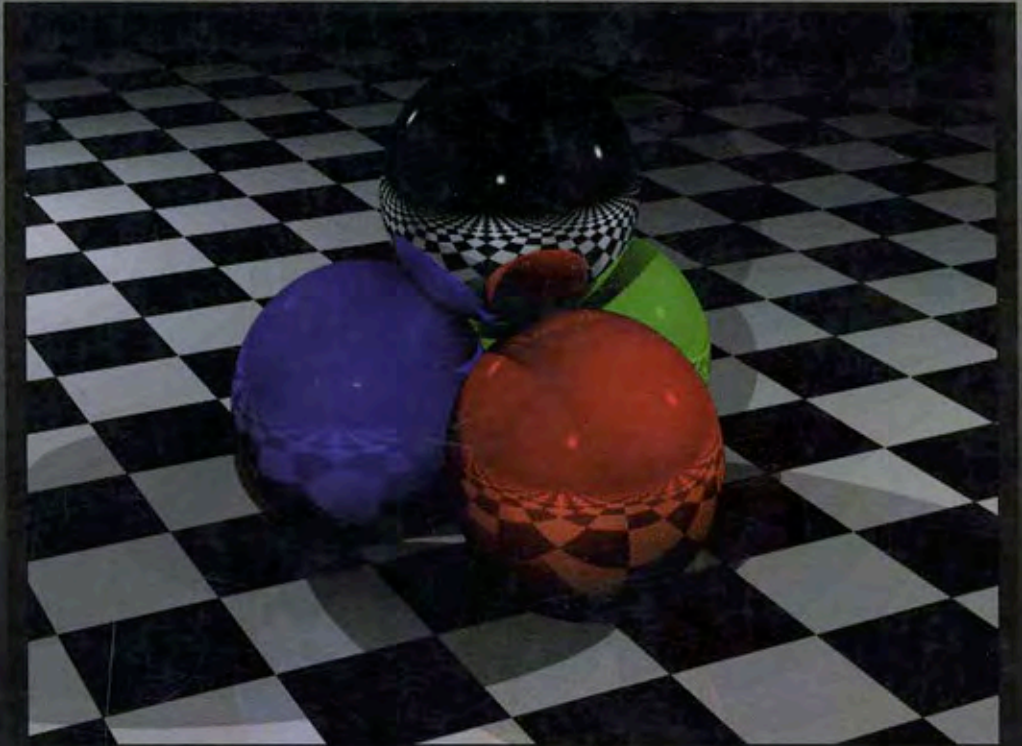


Olağanüstü Durumlarda Sağlık Hizmetleri

Sağlık Çalışanının El Kitabı



Türk Tabipleri Birliği
1996

ISBN 975 - 95666 - 3 - X

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık Çalışanının El Kitabı

Editörler

**Zuhal AMATO
Ömür Çınar ELÇİ**

Yazarlar

**AMATO Zuhal
ELÇİ Ömür Çınar
FOWLER John
KARABABA Ali Osman
SAÇAKLIOĞLU Feride
SOYER Ata
UÇKU Reyhan**

*Türk Tabipleri Birliği - Avrupa Birliği
1995*

ISBN 975-95666-3-X

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
• Sağlık Durumu Değerlendirmesi Reyhan UÇKU	1-6
• Tıbbi Gereksinimlerin Belirlenmesi ve Yardımların Organizasyonu Ömür Çınar ELÇİ	7-13
• Olağanüstü Durumlarda Çevre Sağlığı Yönetimi Ali Osman KARABABA	14-21
• Bulaşıcı Hastalıklara Yaklaşım Reyhan UÇKU	22-24
• Olağanüstü Durumlarda Risk Grupları Feride SAÇAKLIOĞLU	25-33
• Olağanüstü Durumların Ruh Sağlığına Etkileri Zuhal AMATO	34-38
• Kamp Koşullarında Çevre Sağlığı Hizmetleri Ali Osman KARABABA	39-44
• Olağanüstü Durumlarda Beslenme Zuhal AMATO	45-47
• Olağanüstü Durumlara Hazırlık Planları John FOWLER	48-51
• Olağanüstü Durumlarda Tıbbi Etik Ata SOYER	52-55
• Uluslararası Örgütleri Tanıyalım Zuhal AMATO	56-59
• Ekler	60-70
Ek 1. Ölülerle İlgili Sorunlar	
Ek 2. Birleşmiş Milletler Tıp Ahlakı İlkeleri	
Ek 3. Silahlı Çatışma Dönemlerine İlişkin Kurallar	
Ek 4. Olağanüstü Durumlarda Dünya Hekimler Birliği'nin Tıbbi Etik Konusundaki Önerileri	
Ek 5. Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Örgütü'nün ve Hükümet Dışı Yardım Kuruluşlarının Olağanüstü Durumlarda Çalışma Kuralları	

Dizgi, Tasarım, Kapak



Açılım Yayıncılık
San ve Tic Ltd Şti

Şaireşref Blv. 22/103 (35230)

Çankaya / İZMİR / TÜRKİYE

Tel: (232) 446 01 41 - 42

Fax: (232) 445 19 26

446 11 24

Neden Olağanüstü ya da Olağan Dışı Durumlar?

Sağlık hizmetlerinin sunumu bir örgütlenme işidir; planlama, yürütme ve değerlendirme aşamaları kendi haline bırakılamaz. Çağdaş sağlık hizmeti sunumunun vazgeçilmez öğeleri olan ekip hizmeti yaklaşımı ve daha sorunlar oluşmadan önlemlerini almak anlayışı ne yazık ki "olağan" hizmetlerimize yansımamışken "olağan dışı" bir durumda bu anlayışa uygun hizmet sunumunu gerçekleştirmek günümüz koşullarında uzak bir hayal gibi görünmektedir. Her "olağan dışı" durum sonrası yaşanan "kaos"da bu kaygıları desteklemektedir. Sadece insangücü ve maddi kaynak aktarımı ile birçok sorunu geçiştirmeye çalışmak, toplumun tüm kesimlerini üzen olaylarda keskin görüşler üretip sonra bunu yaşama geçirememek ülkemizin değişmez "afet, felaket ya da olağan dışı durum" politikası olmuştur. Resmi ya da sivil, konuyla ilgili herkes bu durumdan yakınsa da bilimden, kurumlar arası işbirliğinden, planlı ekip hizmetinden yararlanma konusunda somut adımlar atılamamakta, atılmamaktadır. Sağlık çalışanları, bu gibi durumların en yakın tanığı ve hizmet sunan kesimin önemli bir bölümü olmalarına rağmen, bu konularda hem hazırlıklı hem de eğitilmiş değildir. Türk Tabipleri Birliği'nden üniversitelere, ilgili bakanlıklardan yerel yönetimlere kadar bütün resmi ya da sivil oluşumların öncelikle sağlık personelini ve sonra okullardan başlayarak halkı eğitmeleri geç kalınmış ama vazgeçilmez bir zorunluluk olarak karşımızda

durmaktadır. Bu süreci sağlam temelli bir binaya benzetirsek, elimizdeki bu alçak gönüllü el kitabı binanın inşası için bir tuğla gibi ele alınabilir. Bu alandaki epidemiyolojik çalışmalar, dünyanın değişik yörelerinden elde edilen birikim, yapılan kurslar ve eğitim çalışmaları binanın yükselmesi için gerekli yapı taşları olacaktır. Vurdum duymazlığın aşılması, planlı ve örgütlü çalışma ise, "insana" verdiğimiz önem doğrultusunda bizi amacımıza yaklaştıracak ve ölümlerin, acı çekenlerin sayısını azaltacaktır.

"Sağlıkta olağan dışı durum nedir?" sorusuna yanıt aramak gerekirse; beklenmedik bir biçimde oluşan ve sağlık sorunlarına neden olan olaylar sonucunda karşılaşılan durumdur diyebiliriz. Her ne kadar bizim gibi ülkelerde özellikle "insan eliyle" oluşan felaketler her zaman "beklenmedik olaylar" sınıflandırılmasına girmese de -çünkü birçok felaket geliyorum diyerek oluşmaktadır- normal işleyişi bozan her türlü olay sağlık çalışanı için olağan dışı çalışma koşullarını getirir. Bu olağan dışılık bazen **bulaşıcı hastalık salgınında**, bazen **yoğun göçlerde**, bazen de **doğal afet** ya da **savaşlarda** karşımıza çıkar. Bu gibi olaylara hazırlık, hizmeti sunma ve planlama bugün dünyada içinde birçok disiplini barındıran ayrı bir bilim olma yolundadır. İngilizcede "Disaster Medicine" denilen, bizde de "afet hekimliği" diye çevrilen alan, aslında dünyada da yeni sayılabilir. Bilimsel ve örgütsel çalışmaların gelişmesi son birkaç on yılda olmuştur. Biz "afet"

kavramını yetersiz gördüğümüzden 1992'den beri "olağanüstü veya olağan dışı durumlar" deyimini yerleştirmeye çalıştık ve sanıyoruz ki bu değişiklik oldukça fazla kabul gördü.

Terminolojideki bu ısrar, bu alana geniş bakma isteğimizin bir göstergesi olup, konumuz deprem, sel gibi doğal kıranlar olduğu gibi büyük insan hareketleri, kimsayal kazalar, büyük taşıt kazaları, savaşlar ve sayısız diğer olağan dışı durumlarda çağdaş sağlık hizmetleri sunumudur.

Bu çalışmaya hekimin el kitabı değil de "**sağlık çalışanının el kitabı**" dememiz de bir başka yaklaşımı dile getirmek isteğimizden kaynaklanmaktadır: sağlık hizmetleri bir ekip işidir ve en temel bazı konular hekimleri olduğu gibi başta hemşire ve eczacılar olmak üzere sağlık ekibinin tüm üyelerini ilgilendirmektedir. Her meslek ve

uzmanlık grubunun ayrıca daha kapsamlı el kitaplarının olması da ayrı bir dileğimizdir. Elinizdeki el kitabı öğrencilerin ve farklı mesleklerdeki sağlık çalışanlarının da yararlanabilmesi açısından karmaşık tıbbi olgulara girmeden daha çok da bu alanda karşılaşılan halk sağlığı sorunlarını vurgulayacak şekilde hazırlanmıştır.

Diğer alanlarda olduğu gibi olağanüstü durumlarla ilgili konularda da eğitimin sürekliliğinin ne kadar önemli olduğunun bilincinde olarak hazırladığımız bu kitabın, konuyla ilgili tüm sağlık çalışanlarına yararlı olmasını diler, emeği geçen tüm arkadaşlarımıza teşekkür ederiz.

Zuhal AMATO

SAĞLIK DURUMU DEĞERLENDİRMESİ

Reyhan UÇKU

Bu bölümde değinilen konular;

- Sağlık durumu değerlendirmesinin amacı,
- Değerlendirmede ele alınacak konular.

Giriş

Olağanüstü durum ortaya çıktıktan sonra bir taraftan acil tıbbi yardım yapılırken diğer taraftan hayatta kalanlar felaket bölgesinde veya bu bölge dışında geçici yerleşim yerlerinde yaşamını sürdürmeye devam etmektedir. Bu geçici yerleşim yerlerindeki toplumun veya göçmen olarak başka bir bölgeye yerleşen insanların hızlı bir şekilde sağlık durumunun değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme yapılacak her türlü yardımın planlanmasında, risk gruplarının belirlenmesinde, önemli sağlık sorunlarının ortaya çıkarılıp önlemler alınmasında yardımcı olacaktır. Bu değerlendirme sırasında öncelikle toplumun demografik özellikleri, daha önceki sağlık durumu, beslenme durumu, mortalite ölçütleri, morbidite ölçütleri ile ilgili bilgiler toplanmalıdır.

Demografik Özellikler

- Acil sağlık yardımı planlamak, ilaç, besin, araç-gereç gibi yardım malzemesini sağlamak, daha sonraki dönemlerde ölüm, yaralanma ve

hastalık hızları ile ilgili tahminler yapabilmek, riskli grupları belirleyebilmek için toplumun demografik özellikleri bilinmelidir.

- Bu konuda toplanması gereken temel bilgiler şunlar olmalıdır;
 - a. Toplam nüfus
 - b. Nüfusun yaş ve cinsiyet yapısı (Ör. 0-4 yaş, 5 yaş ve üzeri nüfus sayısı).
 - c. Risk grupları ve toplam sayısı (Ör.0-4 yaş çocuk, gebe / emzikli kadın vb.)
 - d. Ortalama aile büyüklüğü.
- Bu bilgileri toplamak için hızlı ve küçük bir araştırma yapılabilir. Bunun için bir örneklem seçilir, genellikle 50 veya 100 hane / çadır / yerleşim birimi yeterlidir. Her beş veya onuncu yerleşim birimi örneğe alınarak gerekli bilgiler elde edilip,

yerleşim bütünü için tahminler yapılabilir.

- Bölgeye sürekli yeni yerleşenler oluyorsa, yeni gelenler için de bir kayıt sistemi oluşturulmalıdır.

Daha Önceki Sağlık Durumu

- Sağlık hizmetlerinin planlanmasında, toplumun daha önceki sağlık durumu ile ilgili bilgi gereklidir. Aynı zamanda gelenekler, inançlar, tabular ile ilgili de bilgi sahibi olunmalıdır.
- Bu konuda toplanması gereken temel bilgiler şunlar olmalıdır;
 - a. Daha önceki temel sağlık sorunları,
 - b. Daha önceki sağlık hizmeti kaynakları,
 - c. Önemli sağlık inançları, alışkanlıkları,
 - d. Daha önceki koruyucu sağlık hizmetlerinin niteliği (Ör. aşılama oranları).
- Bu bilgiler elde kayıt var ise bu kayıtlardan elde edilebileceği gibi, toplum liderleri ve sağlık çalışanları ile görüşülerek de toplanabilir.

Beslenme Durumu

- Beslenme durumu kişilerin yaşam olasılığı ile oldukça yakından ilgilidir. Bu nedenle hızlı bir şekilde bilgi toplanıp gerekli yardım ve beslenme programlarının planlanması gerekir.
- Bu konuda toplanması gereken temel bilgiler şunlar olmalıdır;
 - a. 0-4 yaşta ağırlık kaybı prevalans
 - b. Daha önceki beslenme durumu,
 - c. Vitamin-mineral eksikliği prevalansı.
- Bu bilgiler, halen yeni yerleşenler varsa, olanaklar da yeterli ise her çocuğa veya her üçüncü veya dördüncü çocuğa antropometrik ölçümler yapılarak toplanabilir. Zaman ve kaynak varsa, boya göre ağırlık ölçülüp sınırların altındakiler, şiddetli anemi, A, B ve C vitamin yetersizliği olanlar belirlenir.
- Yerleşim yeri oluşmuş ise 50 veya 100 yerleşim birimindeki çocuklarda ölçüm yapılarak bilgiler elde edilebilir.

Mortalite (Ölümlülük) Ölçütleri

- Mortalite verileri sağlık durumundaki iyileşme ve kötüleşmenin temel göstergesidir. Başlangıç döneminde ölümlülük ölçütleri, her gün 10.000 nüfus başına düşen ölüm sayısı göz önüne alınarak hesaplanır.
- Bu konuda hesaplanması gereken temel ölçütler şunlar olmalıdır;
 - a. Kaba Ölüm Hızı,
 - b. Yaşa Özel Ölüm Hızları (Ör. Bebek Ölüm Hızı, 5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı),
 - c. Nedene Özel Ölüm Hızı,
 - d. Olgu Fatalite Hızı.
- **Kaba Ölüm Hızı** temel göstergedir. Hesaplanırken öncelikle nüfus ve günlük ölüm sayısı belirlenmelidir. Günlük ölüm sayısı belirlenirken, bir hafta boyunca günlük ölüm sayıları toplanıp, ortalaması alınarak, bir günlük ortalama ölüm sayısı bulunmalıdır.
- 20.000 nüfuslu bir yerleşim yerinde ortalama günlük ölüm sayısının beş olduğunu varsayarsak;

$$\text{Günlük Kaba Ölüm Hızı} = \frac{5}{20.000} \times 10.000 = 2.5/10.000$$

olarak hesaplanır.

- Pek çok gelişmekte olan ülkede günlük kaba ölüm hızı on binde 0.5 dir. Gelişmiş ülkelerde ise on binde 0.2 dir. Olağanüstü durum sonrası değerlendirmede günlük kaba ölüm hızları şöyle yorumlanabilir;
 - < 1.0 / 10.000 nüfus / gün **kontrol altına alınabilir.**
 - > 1.0 / 10.000 nüfus / gün **çok ciddi düzeyde.**
 - > 2.0 / 10.000 nüfus / gün **kontrol edilemeyecek düzeyde.**
 - > 5.0 / 10.000 nüfus / gün **büyük bir felaket.**
- 5 yaş altı çocuk ölüm hızı için, kaba ölüm hızı ile ilgili belirtilen değerlerin yaklaşık iki katı göz önüne alınmalıdır. Ör. < 2.0 / 10.000 nüfus / gün kontrol altına alınabilir.
- Ölümlerle ilgili bilgi toplamak için. 24 saat izlem şansı olan tek bir gömme yeri oluşturulabilir. Bunun dışında standart bir kayıt sistemi oluşturularak 50 veya 100 aile izleme alınıp, bu bilgiler ile toplum geneline yönelik tahminler yapılabilir.

Morbidite (Hastalık) Ölçütleri

- Koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin planlanması, gerekli tıbbi malzemenin belirlenmesi ve personel eğitimi için hastalıklar ile ilgili bilgilere ihtiyaç vardır.
- Bu konudaki bilgi toplama yöntemi sağlıklı olan kaynak kişilerle görüşme, basit bir surveyans sistemi oluşturma veya hızlı bir araştırma planlama şeklinde olabilir.

- Toplumda sık görülen hastalıklar ve bu hastalıkların sıklıkları ölçülürken iki hız kullanılır;
 - a. **İnsidans**; Belirli bir süredeki yeni olgular veya olayların toplam sayısıdır. Ör; Her ay görülen kızamıklı çocuk sayısı, her hafta olan yeni doğum sayısı gibi. İnsidans toplumda hangi değişiklikler olduğunun değerlendirilmesinde iyi bir ölçüttür. Daha çok kızamık, ishal gibi akut hastalıkların sıklığını belirlemede tercih edilir.
 - b. **Prevalans**; Belirli bir sürede görülen toplam olgu veya olay sayısıdır. Ör; Belirli bir dönemde toplam malnütrisyonlu çocuk sayısı gibi. Prevalans, sorunun büyüklüğü ile ilgili daha detaylı bilgi verir. Genellikle uzun süreli tüberküloz, malnütrisyon gibi hastalık sıklığını belirlemede tercih edilir.

Surveyans

- Surveyans düzenli bilgi toplama sistemidir. Bu bilgi toplama toplumun önemli sağlık sorunlarını, ölümleri, doğumları, sağlık hizmetinin kullanımını içerebilir. Bu veriler yalnızca sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarla ilgili olmamalı, topluma dayalı bilgileri içermelidir. Bilgi toplama sırasında (günlük veya haftalık olarak düzenlenebilecek) standart bir bilgi formu geliştirilmelidir.
- Rutin bilgi toplama sistemi şu konuları içerebilir;
 - a. Sık karşılaşılan sorunlar: ishal, akut alt solunum yolu enfeksiyonları, malnütrisyon vb...
 - b. Potansiyel salgın hastalıklar: kızamık, sıtma, kolera, tifo vb...
 - c. Sağlık hizmet kullanımı ile ilgili bilgiler: haftalık poliklinik sayısı, ev ziyareti sayısı, aşılanan çocuk sayısı, haftalık yeni gebe sayısı vb...

Haftalık Surveyans Bilgi Formu

.....Kasaba / Köy / Kamp

I. Nüfus

Ay Başında:..... Ay Sonunda:.....
 Doğum Sayısı:..... Ölüm Sayısı:.....
 Gelen:..... Giden:.....
 Toplam 5 yaş altı çocuk sayısı:.....

II. Mortalite

<u>Ölüm Nedeni</u>	<u>5 yaş altı</u>	<u>5 yaş üstü</u>	<u>Toplam</u>
Diyare :			
Solunum Sistemi Hst. :			
Sıtma :			
Kızamık :			
-----	-----	-----	-----
Toplam :			
Ortalama Günlük Ölüm Hızı :			
(ölüm sayısı / 10.000 Nüfus)			
Ortalama 5 yaş altı ölüm Hızı :			

III. Morbidite

<u>Semptom/Tanı</u>	<u>5 yaş altı</u>	<u>5 yaş üstü</u>	<u>Toplam</u>
İshal / Dehidratasyon :			
Öksürük / Ateş :			
Ateş / Titreme :			
Kızamık :			
-----	-----	-----	-----
Toplam :			

IV Düşünceler



Özet;

- Olağanüstü durum sırasında ve sonrasında bir taraftan acil yardımlar yapılırken, diğer taraftan hızlı bir şekilde toplumun sağlık durumu değerlendirilmelidir.
- Bu değerlendirme toplumun temel sağlık sorunlarına yönelik önlemler alınması, riskli grupların belirlenmesi ve yapılacak yardımların planlanmasında son derece önemlidir.
- Değerlendirme demografik özellikler, beslenme sorunları, daha önceki sağlık durumu, mortalite ve morbidite ölçütlerini içermelidir.
- En kısa zamanda bir bilgi formu oluşturularak düzenli bilgi toplama sistemine başlanmalıdır.
- Mortalite verileri sağlık durumundaki değişmenin temel göstergesidir. Kaba ölüm hızı günlük on binde birin üzerinde ise çok ciddi düzeyde sorun olduğu düşünölmelidir.

TIBBİ GEREKSİNİMLERİN BELİRLENMESİ VE YARDIMLARIN ORGANİZASYONU

Ömür Çınar ELÇİ

Bu bölümde değinilen konular;

- Herhangi bir olağanüstü durumda erken dönem gereksinimlerinin belirlenmesi,
- Ulusal ve uluslararası yardımların organizasyonu.

Giriş

Bir yazar olağanüstü durumu, "müdahale edebilmek için eldeki kaynaklardan daha fazlasına gerek duyulan aciller" olarak tanımlamaktadır. Herhangi bir olağanüstü durum haberi alınır alınmaz bu tanıma uygun olarak gösterilen ilk tepki, o ülkenin farklı bölgelerinden ve yakın uzak diğer ülke kuruluşlarından yardım konvoylarının gönderilmeye başlanmasıdır. Ülkenin resmi ve özel kuruluşları, uluslararası örgütler ve hatta gönüllüler bölgeye özellikle tıbbi yardım göndermek için yarışır. Temelde çok insancıl amaçlar güden bu çabalar, pratikte tam bir kaos nedeni olabilir. Bunun en iyi örneklerini Körfez ve Bosna savaşlarına yapılan yardımlar sırasında görmek olası. Körfez savaşı sırasında Kuzey Irak'tan Güneydoğu Anadolu'ya göç eden insanların inançları, beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzları dikkate alınmadan yapılan giyecek ve yiyecek

yardımlarının hiç kullanılmadığı ve sadece bölgesel bir çevre kirliliği nedeni olduğu bilinmekte. Bosna'ya gönderilen yardımların ana dağıtım merkezi olan Zagreb'de de, savaşın başından bu yana gönderilen tıbbi yardımlar tam bir kaos nedeni olmuş. Yerel yöneticiler çareyi, savaş nedeni ile yapımı yarım kalan üniversite hastanesi inşaatını yardımlar için depo haline getirmekte bulmuşlar ve 400'ü aşkın sağlık personelinin gelen yardımların tasnifi ile görevlendirmişler. Deponun yöneticileri, yardım kolilerinden çıkan, insülin gibi ancak özel koşullarda taşınabilecek, son kullanım tarihi birkaç yıl önce dolmuş veya sadece yardımı gönderen ülkenin dilinde açıklamalar içeren, bu nedenle de kullanılmayan ilaç ve benzer maddeleri, depoyu ziyaret edenlerin dikkatini çekmek üzere ayrı bir bölümde sergileme kararı almışlar !.

Yardımların Amacına Ulaşmasını Engelleyen Nedenler

- Bölgenin ve yaşayan insanların özelliklerinin ve olağanüstü durumun boyutlarının bilinmemesi, yeterli değerlendirmenin yapılmaması,
- Erken dönem gereksinimlerin bilinmemesi, iyi bir planlama ve organizasyonun yapılmaması ve bu amaçla yerel yöneticilerle yeterince iletişim kurulamaması,
- Gereksinimler ve öncelikler dikkate alınmadan olabildiğince kısa sürede ve fazla yardımın bölgeye gönderilmeye çalışılması,
- Yardım miktarından daha önemli olan dağıtım organizasyonunun iyi yapılmaması,
- Yardımların belirlenmesi, hazırlanması ve gönderilmesinde belli uluslararası standartlara dikkat edilmemesi.



Olağanüstü Durumlarda Gereksinimlerin Belirlenmesi

- Olağanüstü durumlarda yapılacak girişimlerde **temel amaç, morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır**. Bu nokta dikkate alınmazsa, ilk bir hafta ve daha sonraki dönemdeki gereksinimlerin belirlenmesi kolaylaşır.
- Olağanüstü durumdan sonraki ilk bir hafta, acil tıbbi müdahaleler ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik **ilaç ve tıbbi malzeme** gereksinimi vardır.
- Sanitasyon malzemesi, gıda, giysi, inşaat araç ve gereçleri gibi yardımlar ise ilk bir haftadan sonraki dönemlerde gerekebilecek yardımlardır.
- Gereksinimlerin olağanüstü durum öncesinde, yerel ve ulusal sağlık sistemi yöneticileri tarafından bölgesel özellikler ve sorunlar da dikkate alınarak belirlenmesi, sorun ortaya çıktığında girişim yapabilme ve hızlı hareket edebilme şansı sağlar.
- Bu amaçla **hedef kitlenin** tam olarak bilinmesi büyük önem taşır. Her koşulda etkin bir hizmet ancak nüfusa dayalı bir örgütlenme ile verilebilir ve gereksinimlerin

belirlenmesini örgütlenmeden ayrı düşünmek olası değildir.
Gereksinimler belirlenirken;

- a. Öncelikler saptanmalıdır,
- b. Eldeki kaynaklar ve etkinlikleri değerlendirilmelidir,
- c. Eldeki kaynakların önceliklere göre hızlı ve etkin kullanımı amacı ile planlama yapılmalıdır,
- d. Uygulamaya ancak iyi bir planlamadan sonra geçilmelidir,
- e. Her uygulama, yapılacak değerlendirmelerle yeniden ele alınmalıdır.

Her olağanüstü durum halinde, bu aşamalar yeni baştan gözden geçirilmelidir.

Olağanüstü Durumlarda Gerekli İlaç ve Malzemenin Belirlenmesi

- Yukarıda belirtilen ilkeler paralelinde gerekli ilaç ve malzemenin belirlenmesi amacı ile, Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF ve benzeri birçok kuruluş tarafından belirlenen ilaç ve malzeme listeleri temel alınabilir.
- Gereksinimlerin belirlenmesinde bu uluslararası listelerin temel alınması, uluslararası bir standardın kullanılması ile yukarıda değinilen aksaklıkları önlemiş olacaktır.

- Konuyla ilgili birçok kaynakta olduğu gibi bu bölümde de adı geçecek olan "**Yeni Acil Sağlık Paketi - The New Emergency Health Kit**" içindeki listeler, bölgesel gereksinimlerin belirlenmesinde kullanılabileceği verilecek sağlık hizmetlerinin organizasyonuna da yardımcı olabilir.

Yerel Kaynakların Kullanımı

- Erken dönem gereksinimleri öncelikle, yerel kaynaklardan, yakın bölgelerdeki kuruluşlardan sağlanmalıdır. İyi bir bölgesel koordinasyon ile yerel kaynakların etkin kullanımı olasıdır.
- Diğer ülkelerden gönderilecek yardımların ana dağıtım merkezine ulaşması en az 24 saati bulacaktır. Ardından, boşaltma, yeniden düzenleme ve dağıtım organizasyonu ile yardımların hedefine ulaşması zaman alacaktır.
- Her türlü olağanüstü durumun erken döneminde, ülkenin kendi olanakları ve yerel kaynaklarını kullanması ile, ulaşım, gönderilecek yardımın niteliği, dağıtımdaki organizasyon aksaklıkları ve insan gücü kayıpları gibi olumsuzluklar engellenmiş olur.
- Yerel kaynaklardan sağlanacak malzemenin dağıtımına kadar, bu malzemenin kullanacak sağlık personeli ve bunların organizasyonu da önemlidir.

- Sağlık hizmetlerinin, bölgesel bir merkezden (ör. ; bölgedeki devlet hastanesi) başlayarak en uç noktaya dek yaygınlaştırılması veya bölgedeki kuruluşların organizasyonlarının gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi, yardımlar ve sağlık personelinin dağıtımını kolaylaştırdığı gibi,
 - a. bölgede yaşayan insanların hizmetlere ulaşabilirliğini kolaylaştıracak,
 - b. basit sağlık sorunlarının uç birimlerde çözülmesi ile, merkezdeki yığılmaları önlemiş olacaktır.
- En uçtaki sağlık birimleri ve çalışanların organizasyonun, ender görülen hastalıklar ve büyük cerrahi sorunlar yerine, bölgesel özellikler de dikkate alınarak **en sık görülen**

sağlık sorunlarını çözümlenmeye yönelik yapılması ve yardımların dağıtımında da bu noktaya dikkat edilmesi alınacak sonuçları olumlu etkileyecektir.

- İnsan gücü gereksinimi belirlenmeden, yardım amacı ile bölgeye gidecek veya gönderilecek sağlık personelinin, hele bir de olağanüstü durumlarda hizmet vermeye yönelik eğitim ve deneyimleri yoksa, yardım etmekten çok yardıma gereksinimleri olacağı ve yeni bir kaosa neden olabilecekleri unutulmamalıdır.

Böyle bir kaosu önleyebilmek için, olağanüstü durum bölgesine gidecek gönüllülerin yola çıkmadan önce, kendi gereksinimlerini karşılayabilecek hazırlıkları yapmaları gerekir.

Olağanüstü Durum Bölgesine Gideceklerin Yanlarında Bulundurmaları Gereken Malzeme

- Çadır ve uyku tulumu, ısınma ve yemek pişirme gereçleri
- Naylon torbalar, yakıt, tabak, çatal, kaşık, bıçak, bardak
- Kuru gıda, konserve,
- çay, elbise, palto, çizme, yağmurluk
- Fener, mum, kibrit, kazma, kürek, levye, ip
- Sabun, deterjan, leğen, iğne, iplik

İlaç ve Malzeme Ambalajlarının

<u>Renk Kodu</u>	Standart olarak konmalı:-
	KIRMIZI Gıda
	MAVİ Giysi, Ev Araç-Gereci
	YEŞİL Tıbbi Malzeme, İlaç

Etiketlendirme : Ambalaj etiketleri;
İngilizce olmalı. İkinci bir dil eklenebilir.
Etiketler, renk koduna uygun renkte olmalı.
İlaçların ismi, son kullanım tarihi, saklanmaları gereken ısı, alıcı ve gönderici hakkında ayrıntılı bilgiler olmalı.

Boyutu : Bir kişi taşıyabilmeli (25 - 50 kg)

İçeriği : Farklı tip malzemeler farklı ambalajlara konmalı.

Ek Dokümanlar : Ambalajla birlikte gönderilecek belgelerde;
göndericinin adı,
alıcının adı,
ulaşım ile ilgili bilgiler (tarih, uçuş no., havaalanı, vb.)
ayrıntılı içerik listesi,
alıcı ülkenin para birimi ile değeri,
sigorta kayıtları,
taşıyıcı kuruluş ve kişi ile ilgili bilgiler,
tahmini ulaşım süresi,
gerekli özel bilgiler olmalı.

Alındı Belgesi : Alıcı ülke tarafından düzenlenip gönderilmeli.

Uluslararası Yardım

- Erken dönemde gereksinimler ve öncelikler belirlendikten sonra, yapılacak uluslararası yardım istekleri, daha etkili ve daha yararlı olacaktır. Yararlanımı daha da arttırmak için;

- a. Uluslararası iletişimler, tek bir resmi kanaldan

yapılmalıdır. Ancak böylece karışıklıklar, iletişim kopuklukları önlenebilir ve yardımın daha hızlı ulaşması sağlanabilir.

- b. Yardım etmek isteyen ülkelerden, sınırlı kalem malzemedен, gereksinimleri karşılayacak miktarda göndermeleri istenmelidir.

- c. İstek yapılırken, öncelikler, istenen ilaç veya malzemenin miktarı ve jenerik ismi açık olarak belirtilmelidir. İstekleri açık olarak belirtmeyen "antidiyareik ilaç" veya "antibiyotik" gibi ifadelerden kaçınılmalıdır.
- d. İstekler, öncelikler ve gereksinimleri en ucuz karşılayacak şekilde yapılmalıdır.
- e. Gerekli soğuk zincir organizasyonu sağlanmadan aşı gibi bozulabilecek malzeme isteği yapılmamalıdır.
- f. Aynı listelerin farklı ülke veya kuruluşlara gönderilmesinin duplikasyonlara yol açabileceği unutulmamalıdır.
- Yardımların etkin olabilmesi için yardım yapmak isteyen ülkelerden;
 - a. Alıcı ülkenin isteği olmadan hiçbir ilaç veya malzeme gönderilmemelidir.
 - b. Alıcı ülkenin "gerekli ilaç listesi" veya "Dünya Sağlık Örgütü Gerekli İlaçlar Listesi"nde olmayan hiçbir ilaç veya malzeme gönderilmemelidir.
 - c. Son kullanım süresine dek bir yıldan az süresi olan hiçbir ilaç veya malzeme kesinlikle gönderilmemelidir.
 - d. İlaç, malzeme ve ambalajların etiketlenmesi Dünya Sağlık Örgütü standartlarına uygun olarak yapılmalıdır.
 - Dünya Sağlık Örgütü başkanlığında birçok kuruluşun işbirliği ile ilaç ve tıbbi malzeme gereksinimlerini karşılayıp, standart, hızlı ve etkin bir yardım sağlamak amacı ile hazırlanan "**Yeni Acil Sağlık Paketi - The New Emergency Health Kit**", erken dönem sonrası gereksinimleri karşılamaya yönelik ilaç ve tıbbi malzemeyi içermektedir.
 - Bu paket, 10,000 (on bin) kişinin gereksinimlerini üç ay süre ile karşılayabilecek şekilde düzenlenmiş, standart, güvenilir, ucuz ve kolay ulaştırılabilir bir ilaç ve malzeme kaynağı olarak, Dünya Sağlık Örgütü bölgesel merkezlerinden 48 saat içinde sağlanabilir.
 - Paketin ulaşmasından önce, "yerel kaynakların kullanımı" başlığı altında belirtilen sağlık örgütlenmesinin yapılmış olması, gelen ilaç ve malzemenin dağıtımını kolaylaştırabileceği gibi, etkin kullanımını da sağlayacaktır.

Özet;

- Olağanüstü durumlarda yapılacak girişimlerde temel amaç, morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır.
- Gereksinimlerin belirlenmesi için öncelikle olağanüstü durum öncesinde iyi bir planlama yapılmalıdır. Bu amaçla;
 - a. Öncelikler saptanmalıdır.
 - b. Eldeki kaynaklar ve etkinlikleri değerlendirilmelidir.
 - c. Eldeki kaynakların önceliklere göre hızlı ve etkin kullanımı amacı ile planlama yapılmalıdır.
 - d. Uygulamaya ancak iyi bir planlamadan sonra geçilmelidir.
 - e. Her uygulama, yapılacak değerlendirmelerle yeniden ele alınmalıdır.
- Olağanüstü durumdan sonraki ilk bir hafta, acil tıbbi müdahaleler ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik ilaç ve tıbbi malzeme gereksinimi vardır.
- Hedef kitlenin tam olarak bilinmesi büyük önem taşır
- Erken dönem gereksinimleri öncelikle, yerel kaynaklardan, yakın bölgelerdeki kuruluşlardan sağlanmalıdır. İyi bir bölgesel eşgüdüm ile yerel kaynakların etkin kullanımı sağlanabilir.
- Yerel kaynaklardan sağlanacak malzemenin dağıtımı kadar, bu malzemeyi kullanacak sağlık personeli ve bunların organizasyonu da önemlidir.
- Erken dönemde gereksinimler ve öncelikler belirlendikten sonra, yapılacak uluslararası yardım istekleri, daha etkili ve daha yararlı olacaktır.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA ÇEVRE SAĞLIĞI YÖNETİMİ

Ali Osman KARABABA

Bu bölümde değinilen konular;

- Olağanüstü durumların çevreye etkileri,
- Acil önlemlerin sınıflandırılması.

Giriş

Felaketler çevre koşullarında önemli bozulmalara neden olurlar ve çevre üzerindeki etkilerinin şiddeti göreceli olarak değişir. Özellikle enerji, ulaşım, gıda üretim ve dağıtım, su şebekesi (sistemi) gibi yaşamsal çevre sağlığı hizmetlerinin kısmen veya tamamen bozulması beklenir. Felaketlerin etkilerinin şiddeti bir yandan da nüfus yoğunluğuna bağlıdır. Artan nüfus yoğunluğu, sağlıkla ilgili koşulları kötüleştirerek normal toplum yaşamını bozar ve çevre sağlığı hizmetlerine gereksinimi artırır.

Doğal Felaketlerin Çevre Sağlığına Verdikleri Zararlar

Deprem, fırtına, sel gibi doğal felaketlerin verdikleri zararlar;

- **Binaların zarar görmesi:** En çok depremlerde olmakla birlikte, inşaat özellikleri ve nüfus yoğunluğuna

bağlı olarak tüm doğal felaketlerde görülür.

- **Su, elektrik, gaz, kanalizasyon sistemlerinin zarar görmesi:** En çok depremlerde görülür.
- **Biyolojik ve kimyasal kontaminasyon:** Depremlerde sıklıkla karşılaşılmasına karşın, fırtına ve sel felaketlerinde önemli düzeyde kontaminasyon beklenir.
- **Su ve gıda kontaminasyonu:** Özellikle sel felaketlerinden sonra ciddi sorunlara yol açması beklenir.
- **Su, toprak ve hava kirliliği:** Tüm doğal felaketlerde karşılaşılan bir sorundur.
- **Vektör üreme alanlarının çoğalması:** Tüm doğal felaketlerden sonra uzun vadede önemli sorunlar yaratabilir.
- **Ulaşım ve iletişim kesintisi:** Tüm doğal felaketlerde önemli bir sorundur.

- Nüfus hareketlerine (göç) bağlı olarak gereksinimlerin artması: Özellikle fırtına ve sel felaketlerinde görülür.

Felaketlerin Etkisi

- Felaket ve sonucundaki göçe bağlı olarak ortaya çıkan yüksek nüfus yoğunluğu, felaketlerin çevre sağlığı koşullarını ve hizmetlerini, özellikle yeterli hazırlığın bulunmadığı koşullarda çok olumsuz etkiler.
- Araç, gereç ve insan gücü yetersizlikleri nedeni ile, birincil sağlık hizmetlerinden çok ikincil (sağaltıcı) acil sağlık hizmetleri verilebilmektedir. Sonuç olarak da gerçekte var olan acil durum çözümü için daha çok zaman ve kaynak gerekmektedir.
- Su sağlama (depolama) sistemleri, sıvı taşıma ve katı atık depolama sistemlerinin zarar görmesi veya aşırı yüklenmesi de doğal felaketlerin sonucudur ve su ve gıda kaynaklı hastalıkların artmasının en önemli nedeni olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle öncelikle yapılması gereken, insanların tüketimi için yeterli miktarda su sağlanmasıdır.



- Katı atık depolama sisteminin bozulmasıyla sanitasyon azalır, su ve gıda stoklarının kontaminasyonu ve

vektörlerin çoğalması sonucu hastalık riski artar. Öte yandan bu sorunun yol açacağı psikik stres ve nüfusun yoğun olduğu alanlarda olası yangın riski diğer sorunlardır.

- Malarya, sarı humma, tularemi ve tifüs gibi hastalıklara neden olan vektörlerin sayısının artması doğal felaketlerin çok bilinen sonuçlarından (özellikle bu hastalıkların, bölgede endemik olarak bulunmaları halinde).



- Sonuçta, çevre sağlığı koşulları ve hizmetleri kadar, kişisel hijyen ve ev sanitasyonu standartlarının da azalması felaketlerin en bilinen etkilerindedir. Özellikle uygun giyinme, sabun, deterjan, basit temizlik ve yıkama araçlarının yoksunluğu alışılmış kişisel hijyen koşullarını sağlamada güçlük yaratır ve sonuç olarak ishali hastalıklar, tifüs gibi vektörle bulaşan hastalıklar ve uyuz gibi felaket öncesi dönemde önlenebilen hastalıklar artar.

Etkin Çevre Sağlığı Yönetimi İçin Gerekli Faktörler

- Çevre sağlığı kontrol ölçümleri felaket öncesinde, sonrasında ve olanaklıysa felaket sırasında yapılmalıdır.

- Eylem kararı verirken çeşitli çevre sağlığı hizmetleri açısından öncelikli gereksinim ve insan gücü gibi farklı faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Müdahale için karar vermede en etkili ve önemli faktör, bölge insanlarında hastalıklarla ilgili risklerin varlığıdır. Buna özellikle kent merkezlerinin çevresinde, kamplarda ve diğer geçici yerleşim yerlerinde dikkat etmelidir.
- Çevre sağlığı hizmetlerinde özellikle dikkat edilmesi gereken noktalar;
 - a. Yeteri kadar barınak,
 - b. Yeterli miktarda ve kolay elde edilebilir nitelikte su,
 - c. Atıklarının zararsız hale getirilmesi,
 - d. Gıda stoklarının kontaminasyona karşı korunması,
 - e. Bireylerin vektör kaynaklı hastalıklara karşı, vektör kontrolü yöntemleri ve kemoprofilaksi yoluyla korunması.
- İkinci olarak, felaket oluştuğunda ya da olaydan sonra ilk yedi gün içinde çevre sağlığı kontrol ölçümleri yapılmalıdır. Bu amaçla olay anında ve ilk üç gün içinde yapılacak ölçümler, daha sonra yapılacak kontrol ölçümleri ile desteklenmelidir.
- Bir sonraki adım, çevrenin rehabilitasyonudur ve acil ölçümler yapıldıktan hemen sonra başlatılmalıdır. Bu dönemde de kısa ve uzun erimli ölçümlere devam edilmelidir.
- Uzun erimli ölçümlerin, felaketin oluşumundan sonraki üç hafta içinde yerine getirilmesi önerilmektedir.

Dışarıdan gelen uzmanlar genellikle felakete uğrayan alanın önceki çevre sağlığı standartlarını ve felaket öncesi koşullarını bilmeyen kişilerdir. Onların bilgi eksiklikleri, kurtarma işlevinin başarısını önleyebilir. Bu yüzden yabancı uzmanlara gerekli ön bilgiler verilmelidir.

Acil Önlemlerin Zamanlaması

- İlk olarak, bir felaketin başlamasından önce gereken ölçümlerin yapılması gerekir. Planlama doğal felaket riskinin yüksek olduğu bilinen alanlar (daha önce felaket görülmüş veya görülme olasılığı yüksek bölgeler) üzerine yoğunlaşmalıdır.

Felaket Öncesi Önlemler

- Felaket öncesi çevre sağlığı önlemlerinin temel amacı, felaket gerçekleşikten sonra etkilenen alanlarda çevre sağlığı tehlikelerini ortadan kaldırmak veya azaltmaktır. Bunu başarmanın yolu çevre sağlığı kontrolü için bir plan geliştirmek, çevre sağlığını koruyacak sürekli önlemleri saptamak. Sağlık çalışanları ve toplum için acil durum

eğitimi ve bilgi akışı sistemini geliştirmektedir.

Acil Çevre Sağlığı Uygulama Planı Nasıl Yapılmalıdır ?

Acil plan;

- Anlaşılır ve açık olmalıdır,
- Çalışanları koruma ve uyumlarını sağlamaya yönelik olmalıdır,
- Çalışanların (giyim ve yıkanma olanakları) sağlanmalıdır,
- Ekibin üyeleri, araç-gerecin uygun kullanımı konusunda eğitilmelidir.

- Felakete etkili yanıt acil çevre sağlığı uygulama planının güçlü olmasına bağlıdır. Öncelikle felaket öncesinde bir plan hazırlanmalı ve 5-10 yılda bir tartışılarak güncelleştirilmelidir.
- İyi hazırlanmış basit ve açık olarak yazılmış, felaket gerçekleştiğinde, var olan yerel kaynakları kullanarak, kimin, ne zaman, hangi işlevi yerine getireceğini tanımlayan, bir plan yapılmalıdır.

Plan kapsamında:

- Felaketin tipine göre beklenen hasarın düzeyinin bölgelere göre belirlenmesi,
- Felaket oluştuğundan sonra uygulanacak acil işlemlerin belirlenmesi,
- Felaket oluştuğundan sonra geriye kalacak olası kaynakların miktarının belirlenmesi,

- Etkilenmiş olan toplumun gereksiniminin hesaplanması,
- Eldeki kaynaklarla gereksinimlerin ne ölçüde ve nasıl karşılanabileceğinin belirlenmesi amaçlanmalıdır.

Koruyucu Önlemler

- Öncelikle tüm felaket tiplerinde ortak olan ve en sık görülen ardından da yalnızca yöreye özgü sorunlar veya özgün felaket tipleriyle ilgili önlemlerin göz önünde bulundurulması gerekir.
- Eğer eldeki kaynaklar kullanılamaz haldeyse alternatif güvenilir su ve gıda kaynakları belirlenip kontaminasyonun etkisini engelleyecek ek önlemler alınmalıdır. Ekonomik uygunluğu halinde, kirleticilerin (kontaminant) gücünü azaltmak için suyu süzmeli veya tüketim düzeyini olabildiğince hızla azaltmalıdır. Kaynağın korunması amacı ile kontaminasyona karşı düzenleme yapılması gereklidir.
- Felaket sonrasında, taşıma hatlarının, enerjiyle ilgili yapı ve araçların hasarına sıklıkla rastlanır ve bu kaynakların yokluğu yaşamsal hizmetlerin sağlanması konusundaki sorunları daha da ağırlaştırır. En sık neden olduğu sorunlar;
 - a. Pompalama işlemlerinde, akaryakıt pompalamada aksaklıklar,
 - b. Gıdaların güvenlik içinde saklanması gereken soğutma işlevinin bozulması,

- c. Hastanedeki sağlık hizmetlerinin kısıtlanması.
- Bu sorunları ortadan kaldırmak amacıyla güç kaynakları, kesinti olduğunda hizmetin tümden bozulmasını önleyecek şekilde düzenlenmelidir. Taşınabilir jeneratörlerin kullanımı, yedek jeneratörlere göre daha kullanışlıdır. Yedek güç için 3-5 gün yetecek kadar yakıt depolanmalıdır. Ayrıca olabildiğince elektrik gerektirmeyen araçların kullanımına öncelik verilmelidir.
 - Ulaşımın aksaması, özellikle su gıda dağıtımı, katı atık depolama gibi yaşamsal hizmetlerin sağlanmasını engeller.
 - Ulaşım sorunlarının olası etkileri, su depolama sistemi gibi yaşamsal noktalara giden alternatif yolların yapılmasıyla azaltılabilir.
 - Hayvanlar tarafından çekilen engebeli arazi araçları kullanılabilir.
 - Olası ulaşım sorunlarına karşı acil bir durumda gerekebilecek kimyasal maddeler, yakıtlar, yedek parçalar ve gıda gibi temel malzeme stoklanmalıdır.
 - Felakete açık olan bir bölgede, gerek personelin gerekse toplumun eğitimine özellikle önem verilmelidir.
 - Bu amaçla yılda en az bir kez düzenlenecek kursların içeriği genel bir çerçevede;

- "ne olabilir",
- "kiminle birlikte yapılabilir",
- "nasıl yapılabilir" gibi sorulara yanıtlar sunulmalıdır.
- Bu kurslara ek olarak, acil durumlarda önemli görevler alacak olan seçilmiş personele yönelik daha ayrıntılı kurslar da düzenlenmelidir.

Acil Çalışma Planı Geliştirme

• Adım 1 : Örgütsel Kaynakların Tanımlanması

Çevre Sağlığı acil çalışma planı oluşturmada ilk basamak; acil çalışmalara katılacak örgütlerin envanterini çıkarmaktır. Bu amaçla, yerel olaylarla ilgili planlarda rol alması gereken gruplar arasında iletişim kanalları oluşturulmalı, isim, adres ve telefon numaralarını içeren bir liste hazırlanmalıdır.

• Adım 2 : Eksikliklerin ve Zayıf Yönlerin Analizi

Olası felaketin hizmetler üzerindeki etkileri değerlendirilmelidir. (Örneğin, eğer felaket olduğunda özel bir alanda hizmet veren su iyileştirme fabrikasının % 50'si zarar görürse, sonuçta etkilenen popülasyonun yalnızca % 15'ine güvenilebilir su sağlanabilir). Daha sonra, hizmet kapasitesinin bu gereksinimleri karşılayıp karşılayamayacağı tahmin edilmeli, olası önlemler belirlenmelidir.

• **Adım 3 : Kaynak Sağlanması**

Önceliklerin belirlenmesi ve kaynak kullanımını açısından en iyi program yapılmalıdır.

• **Adım 4 : Personelin Korunması**

Personelin korunması için araç gereçler sağlanmalıdır. Personeli hazırlamak için plan geliştirilmelidir. Barınma yeri sağlama programları ile personel için güvenilir koşullar sağlanmalıdır.

• **Adım 5 : Destek ve Donanım Envanteri**

Acil durumlarda gerekli olacak destek, donanım ve diğer malzemenin değerlendirilmesi gerekir. Bu amaçla olan kayıtlar;

- Harita ve imar planları,
- Temel ve yardımcı personel listesi,
- Acil gereksinimlerin listesi, bunların nasıl sağlanabileceği ve kullanılacağı,
- Stoktaki malzemelerin envanteri,
- Acil girişim yöntemlerinin ve işlemlerinin tanımlanması.

• **Adım 6: Eşgüdüm Anlaşması**

Karşılıklı yardım anlaşması ve diğer işbirliği çalışmaları başlatılmalıdır. Anlaşmalar envanter hazırlama, standardizasyon, eğitim vb. konularda eşgüdümü amaçlamalıdır. Sorumluluklar tanımlanıp

belirlenmeli, ilişkinin yasal sınırları tartışılmalıdır.

• **Adım 7 : Acil Önlemlerin Kesin Olarak Belirlenmesi**

Acil durum sırasında yapılacak eylemler belirlenmelidir.

• **Adım 8 : İyileşme (normale dönüş) Önlemlerini Belirleme**

Bu konuda yapılacak girişimler şunları içermelidir;

- Felaket örgütlenmesinin etkin hale getirilmesi,
- Ekibin asil ve yardımcı üyelerini harekete geçirme,
- Personelin korunmasıyla ilgili işlemleri yapma,

Daha sonra, yapılacak girişimlerin başarılı olabilmesi için şu eylem aşamaları izlenmelidir:

- Alanda keşif yapma,
- Hasarın belirlenmesi,
- Önceliklerin belirlenmesi,
- Kontaminasyonun engellenmesi ve temizlik,
- Yaşam desteğiyle ilgili işlemlerin başlatılması.

• **Adım 9 :Yeteneklerin Geliştirilmesi**

Son adım eldeki olanaklarla verilecek hizmetin geliştirilmesini amaçlar.

Özet;

- Olağanüstü durumlar, çevre sağlığı alt yapısını farklı boyutlarda bozarak insan sağlığını olumsuz yönde etkiler.
- Bu etkileşim özellikle su ve gıda kontaminasyonu ve buna bağlı hastalıkların artmasına neden olmaktadır.
- Bunların yanısıra olağanüstü durumlar nüfus hareketlerine ve kısıtlı bir geçici yerleşim yerinde yoğun nüfus birikimine neden olmaktadır.
- Bu birikim, olağanüstü durum öncesi dönemde yeterli hazırlığın bulunmaması durumunda çevre sağlığı koşullarını ve hizmetlerini olumsuz yönde etkileyerek bulaşıcı hastalıklarda artışa neden olur.
- Olumsuzlukların giderilebilmesi, önceden hazırlanmış "**Acil Çevre Sağlığı Uygulama Planı**"nın ve bu konuda yetişmiş elemanların varlığına, ayrıca toplumun olaya hazır olmasına bağlıdır.

BULAŞICI HASTALIKLARA YAKLAŞIM

Reyhan UÇKU

Bu bölümde değinilen konular;

- Olağanüstü durumda bulaşıcı hastalık riski,
- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü.

Giriş

Olağanüstü durumlar sonrasında ortaya çıkan sorunlardan birisi de bulaşıcı hastalık riskidir. Bu risk olağanüstü durumun özelliğine göre değişmektedir. İnsan eli ile oluşan patlama, yangın, uçak kazası gibi olaylarda risk oldukça azdır. Ancak yine insan eliyle oluşan biyolojik savaşta bulaşıcı hastalık riski yüksektir. Genellikle doğal kaynaklı olağanüstü durumlarda bulaşıcı hastalık riski şu koşullardan etkilenmektedir:

- Hastalığın daha önceki durumu önemlidir. Hastalık riski, bölgede bu hastalığın endemik düzeyiyle orantılıdır. Daha önce bölgede bulunmayan bir enfeksiyon etkenine bağlı hastalık riski hemen hemen yoktur.
- Çevrede oluşan ekolojik değişiklikler bulaşıcı hastalık riskini artırır veya azaltabilir. Bu durumdan özellikle vektör ve su kaynaklı hastalıklar önemli derecede etkilenir.

- Olağanüstü durum sonrası oluşan nüfus hareketleri, hastalıkların başka bölgelere taşınmasına veya yer değiştirenlerin o bölgedeki endemik hastalıklara yakalanmalarına yol açabilir.
- Nüfusun normalden daha kalabalık koşullarda yaşaması ile özellikle kişiden kişiye temas ve hava yolu ile bulaşan hastalıklar daha sık görülür ve hızlı yayılırlar.
- Alt yapının zarar görmesi özellikle su ve besin kaynaklı hastalıkların riskini artırır.
- Aşılama, çevre sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerindeki duraklama da bulaşıcı hastalık riskini arttıran önemli etmenlerdendir.

Salgın Kontrolü

- Salgın; bilinen veya şüphelenilen bir enfeksiyon hastalığının belirli bir yerde ve zamanda normalden

fazla veya beklenmedik sayıda ortaya çıkmasıdır.

- Salgın kontrolünde enfeksiyon zincirinin kaynak, bulaş yolu ve sağlam kişiden oluşan üç basamağına yönelik önlemler alınmalıdır.
- **Kaynağa yönelik önlemler,** olgu/taşıyıcı bulunması ve tedavisi, olgu izolasyonu, bildirim ve, hayvan rezervuarı kontrolünü içermektedir.
- **Bulaş yoluna yönelik önlemler,** sağlıklı çevre koşulları, kişisel temizlik, vektör kontrolü, dezenfeksiyon/sterilizasyon, nüfus hareketinin ve yoğunluğunun azaltılmasını kapsamalıdır.
- **Sağlam kişilere yönelik ise;** aşılama, kemoprofilaksi, kişisel korunma ve yeterli dengeli beslenme gibi önlemler alınmalıdır.

Sık Görülen Hastalıklar

- Şimdiye kadarki deneyimler kalabalık yaşamın sürdürüldüğü geçici yerleşim koşullarında bulaşıcı hastalık riskinin çok yüksek olduğunu ve ciddi salgınlara yol açtığını göstermiştir.
- Geçici yerleşim yerlerinde dört haftadan daha uzun kalanlarda yerleşim yerinin koşullarına, yerel halkın sağlık sorunlarına bağlı olarak pek çok bulaşıcı hastalık görülebilir, çünkü sık olarak görülen hastalıkların kuluçka süresi genellikle dört haftadan kısadır.
- Bu koşullarda en sık görülen ve sıklıkla ölüme yol açan hastalıklar;

diyareli hastalıklar (kolera ve basilli dizanteri dahil), **kızamık, akut alt solunum yolu enfeksiyonları ve sıtma**dır.

- **Shigella dizanteri** tip 1 en virulan, infektivitesi yüksek, antibiyotik direncinin en yaygın olduğu ajandır. Kişiden kişiye temas veya su ve besinlerle kolaylıkla geçer. Pek çok gelişmekte olan toplumda endemiktir ve kalabalık yaşam, yetersiz çevre sağlığı koşullarında salgınlar oluşturur. Antibiyotik tedavisi ile hastalığın şiddeti azalır, mikroorganizmanın dışkı ile atılış süresi kısalmır. Ancak seçilecek antibiyotiğe direnç göz önüne alınarak lokal özelliklere göre karar verilmelidir. Kitle profilaksinin veya aile üyelerinin profilaksisinin kontrol önlemleri içinde yeri yoktur.
- **Kolera,** çok hızlı yayılıp bir kaç saat içinde, ağır dehidrasyona yol açabilir. Bu nedenle hazırlıklı olmak çok önemlidir. Dışkı/kusma ile kontamine su ve besinler temel bulaşma yoludur. Oral veya IV sıvı ve uygun antibiyotik tedavide kullanılır. Kontrolde kitle kemoprofilaksisi önerilmez. Ancak kaynaklar yeterli ve bulaş hızı da yüksek ise olguların ailelerine tek doz doxycyline verilebilir.
- **Kızamık;** geçici yerleşim yerlerinde en önemli ölüm sebeplerinden biridir. Etkili bir tedavisi yoktur. Olguların izolasyonu hastalığın yayılmasında etkili bir önlem değildir. En temel yaklaşım komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi, beslenme desteğinin sağlanmasıdır. Tek etkili korunma

yöntemi ise **aşılama**dır. Salgının önlenmesinde risk altındaki grubun %95'inin aşılması gerekir.

- **Akut alt solunum yolu enfeksiyonları**; bu grup hastalıkların büyük çoğunluğu bakteriyeldir ve kızamığın sık görülen bir komplikasyonudur. Aynı zamanda kalabalık ve sağlıklı yaşam koşullarının bir sonucudur.
- **Sıtma**; endemik bölgede önemli salgınlar oluşturur. Kontrol programı aşağıdaki dört yöntemi içermelidir;
 - a. Sivrisinek üreme yerlerinin azalması,
 - b. İnsektisid uygulanarak erişkin vektör kontrolü,
 - c. Kişisel korunma önlemlerinin (Ör:cibinlik) alınması,
 - d. Kemoterapi ile hasta tedavisi
- Geçici yerleşim yerlerinde sık görülen bu hastalıklar dışında karşılaşılabilecek hastalıklar ve temel nedenleri şunlardır;

Hastalık

- Menenjit
- Tüberküloz
- Helmint, özellikle kancalı kurt
- Skabies
- Körlük (bebekte)
- Anemi
- Tetanoz

Temel Neden

- Kalabalık Yaşam
- Kalabalık Yaşam
- Kalabalık yaşam, yetersiz sanitasyon
- Kalabalık Yaşam, yetersiz vücut hijyeni
- Vit. A yetersizliği
- Sıtma, Kancalı kurt, demir ve folat eksikliği
- Aşısız popülasyonda yaralanma,sağlıksız doğum eylemi.

Bulaşıcı Hastalık Kontrolü

Olağanüstü durumlarda bulaşıcı hastalık kontrolü dört başlık altında toplanabilir: çevre sağlığı çalışmaları, bağışıklama, ilaçla koruma, karantina ve izolasyon.

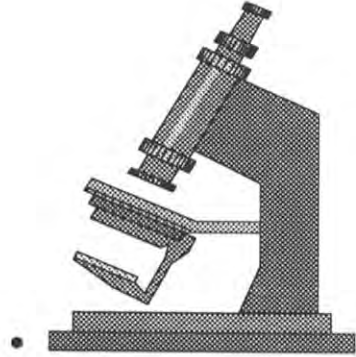
- **Çevre Sağlığı çalışmaları**, temel sanitasyon hizmetleri ve barınak sağlanmasını içermelidir. Temel sanitasyon hizmetleri içinde de atık yok edilmesi, temiz su sağlanması, kişisel temizlik, besin sağlanması, vektör kontrolü, ölümlerin yok edilmesi ele alınmalıdır. Öncelik barınak sağlanması, temiz su ve atık kontrolüne verilmelidir. İnsan ve hayvan ölümleri nadiren bulaşıcı hastalık salgılarına neden olur. Bu nedenle ölümlerin yok edilmesine (bulaşıcı hastalık riski açısından değil), kültürel nedenlerle öncelik verilmelidir.



- **Bağışıklama** çalışmalarının, tifo, kolera ve tetanoza karşı kitle aşılama çalışmalarını içermesi etkili ve pratik bir yöntem değildir. Ancak 30 günden daha uzun kalınacak yerleşim birimi ise çocuk ve gebelerin rutin bağışıklama programı başlatılmalıdır. Özellikle kızamık aşılması 6 aylıktan itibaren 12 yaşa kadar tüm çocukları kapsamalıdır. Bağışıklama çalışmaları başlamadan

önce soğuk zincir mutlaka sağlanmalıdır.

- **İlaçla korumada**, kitlesel antienfektif ilaç uygulaması önerilmemelidir. Bütün hastalıklar için etkili tek bir ilaç olmadığı gibi, antibiyotik direnci ve yan etkileri de oluşabilir. Ancak sıtma olmayan bir bölgeden endemik bölgeye gelen kişilere klorokin ile sıtma profilaksisi uygulanır.
- **Karantina ve izolasyon** hastalığın özelliğine göre gerekebilir.



Özet;

- Olağanüstü durumlar sonrasında bulaşıcı hastalık riski artabilir.
- Kalabalık yaşamın sürdüğü geçici yerleşim yerlerinde bu risk çok yüksektir ve ciddi salgınlar görülebilir.
- Özellikle kızamık, akut alt solunum yolları enfeksiyonu, diyareli hastalıklar (kolera ve basilli dizanteri dahil) ve sıtma en sık görülen ve sıklıkla ölüme yol açan hastalıklardır.
- Bulaşıcı hastalıklardan korunmada çevre sağlığı çalışmaları içinde, öncelikle temiz su sağlanması, uygun atık kontrolü ve barınak sağlanması ele alınmalıdır.
- Bağışıklama çalışmaları kitlesel aşılama yerine çocuk ve gebelerin rutin aşılarını içermelidir. Özellikle çocukların kızamık aşısı mutlaka yapılmalıdır.
- Kitlesel ilaç uygulamaları korunmada etkili değildir. Hastaların belirlenip uygun ilaç ile tedavisi sağlanmalıdır.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA RİSK GRUPLARI

Feride SAÇAKLIOĞLU

I. Risk grupları :

RİSK GRUPLARI;

- Yalnız Çocuklar
- Travmaya maruz kalmış çocuklar
- Yalnız genç kadınlar
- İzole kadınlar
- Fiziksel engeli olanlar
- Psikolojik engeli olanlar
- Yalnız yaşlılar
- Destekten yoksun aile reisleri (kadın ya da erkek)
- İşkence ya da şiddet kurbanları
- Sosyal ve etnik azınlıklar, mülteciler

KİLİT NOKTALARI:

- Özel gereksinimleri olan risk gruplarını sistematik olarak belirleyebilecek bir sistem geliştirilmeli.
- Gerekli olduğu anda bu grupların gereksinmelerini karşılayacak önlemler alınmalı.
- Risk gruplarına verilecek hizmet olabildiğince toplum tabanlı olmalı.
- Risk gruplarına yönelik hizmetler olabildiğince kendi gereksinmelerini karşılayabilmeleri için kapasitelerini geliştirmeye yönelik olmalı.
- Risk gruplarını toplumun genelinden izole etmekten kaçınmak gerekir.
- Kişilerin bir yerden diğerine nakledilmesi gerektiğinde risk gruplarına (gebe kadınlar, yaşlılar, özürlüler) uygun taşıma sistemi oluşturulmalı.
- Aile desteği ya da özel destek olmadan yaşamını sürdüremeyecek olanlara ailenin bir araya getirilmesi konusunda ayrıcalık sağlanmalı.
- Risk gruplarının günlük yaşam gereksinmelerini karşılayıp karşılayamayacakları değerlendirilmeli.
- Bilinen uç noktalarda risk gruplarının sorunlarını dinlemek ve

çözümlemek üzere sosyal hizmet uzmanları bulundurulmalı.

- İzole kişilerin ve grupların bulunmasına ve bu kişilere ulaşılmasına özen gösterilmeli.
- Şu an bu yardımın tüm bireylere ulaştığından emin olunmalı.
- Mülteci katılımının toplumun alt gruplarını kapsamasına özen gösterilmeli.

II. Olağanüstü durumlarda risk gruplarına yaklaşım nasıl olmalı?

1. DEĞERLENDİRME :

- Kim için, ne yapılmalı soruları yanıtlanmalı.

2. TARAMALAR :

- Olabildiğince kısa sürede acil yardıma gereksinmesi olanlar belirlenmeli (yalnız çocuklar, hasta ve malnütrisyonlular, şiddet kurbanları, ileri derecede özürlü olanlar)
- Daha sonra izlemeye alınacaklar saptanmalı (tek ebeveynli aileler, yalnız kadınlar, yaşlılar, rehabilitasyon gerektiren özürlü olanlar)

3. YARDIM :

- Günlük temel gıda gereksinmesi, giysi ve barınma,
- Özel tıbbi bakım,

- Yaşlılara, malnütrisyonlu bebeklere, emzikli annelere, gebe kadınlara özel diyet,
- Hastaların, yaşlıların ve sakatların bir yerden diğerine taşınması,
- Kimsesiz çocukların bakımı.

4. TOPLUM TABANLI DEĞERLENDİRME :

- Gereksinmesi olanlar toplum liderleri ve yetiştirilmiş sosyal görevliler tarafından belirlenmeli. Kültür ve dil engelleri aşılmaya çalışılmalı.

Toplum Risk Haritaları

- Toplum risk haritaları yerel sağlık çalışanları ve toplum tarafından çizilen şemalardır.
- Risk haritaları en fazla riske maruz kalan bölge ve kişilerin belirlenmesinde yardım ve boşaltma işlemlerinin hızlı ve etkin biçimde yürütülmesinde yardımcıdır.
- Genellikle toplumun içinden gönüllü bir grup risk haritası çiziminde yardımcı olur, haritası çizilecek alan önceden bölüşülmüşse zarar ve gereksinmelerin boyutu daha kolay ve hızlı belirtenebilir.

5. PLANLAMA İLE İLGİLİ NOKTALAR :

- Uzun erimde kendi kendine yeterlilik

- Toplumun entegrasyonu
- Danışmanlık

6. AİLE TABANLI BAKIM :

- Özel gereksinmesi olan kişilere olabildiğince kendi aileleri içinde bakım sağlanmalı,
- Yalnız olan sakat, yaşlı, kronik hasta ve çocuklara koruyucu aile sağlanmalı,
- Aile bakımının avantajları:
 - a. sürekli bireysel özen gösterilebilmesi,

- b. kültürel olarak uygunluk,
- c. sosyal entegrasyona yardımcı olması
- d. dış kaynaklara daha az bağımlı olması

7. KURUM BAKIMI :

- Yalnız yaşlılar, sakatlar gibi aile desteğinden yoksun kişilere kurum bakımı sağlanmalı. Kurum bakımı öncesinde farklı seçeneklerin değerlendirilmesi gerekir.
 - a. aileler bir araya getirilebiliyor mu?
 - b. yaşlı ve sakatlara kendi evlerinde bakım sağlanabiliyor mu?
 - c. koruyucu aile sağlanabiliyor mu?

BU SORULARI MUTLAKA YANITLAYIN

1. Ailede ya da çevrede tedavi gerektiren bir hastalığı ya da yaralanması olan birisi var mı?
2. Kendisine bakım konusunda zorluğu olan birisi var mı?
3. Besin maddesi, su ve yemek pişirmek için ocak sıkıntısı olan var mı?
4. Gümrük yaşamını sürdürmede gerekli olan kap-kacak, ocak, giysi, battaniye vb. şeylere gereksinmesi olanlar var mı?
5. Yaşamak için yeterli yeri olmayan, çadırını kuracak yer bulamayan var mı?
6. Anne-babasından ayrılmış çocuklar var mı?
7. Günlük yaşam aktivitelerini yapamayacak durumda olan, yürüyemeyen kollarını kullanamayan, görmeyen, işitmeyen, yaşlı ve desteği olmayanlar var mı?
8. Sorunları olup normalden farklı davrananlar var mı?
9. Ara sıra konvülsiyon geçirenler var mı?
10. Ailedeki birisinin eksikliği nedeniyle zor bir dönemde olan kişiler var mı?
11. Sadece baba ve beş yaşından küçük çocuklardan oluşan aileler var mı, çocuklara kim bakıyor?
12. Tek ebeveynli ailelerde anne ya da baba duruma kendi başına hakim olabiliyor mu, yoksa toplumun desteğine gereksinmeleri var mı?
13. Gereksinmelerin ve kaynakların değerlendirilmesi için ne tür önlemler alınmış?
14. Kamplar veya yerleşim yerleri farklı gruplar arası çatışmaların en aza indirgeneceği biçimde örgütlenmiş mi?



II.A. Uzun Süreli Kamplarda Çocuklara Yaklaşım

KİLİT NOKTALARI:

- Geleneksel çocuk bakımı uygulamalarına saygılı ol.
- Çocuklara ulaşabilmek için toplum tabanlı stratejiler geliştir.
- Çocuklar için etkinlikler geliştirmek için yerel kaynakları belirle ve kullan.
- Çocukların çocukluklarını yaşamalarına olanak sağla.
- Travmaya maruz kalmış çocuklara yardımcı olmada geleneksel toplum liderlerinden yararlan.
- Özellikle tek ebeveynli çocukların sorunlarına yoğunlaş.
- Ailelerin çocuklarına bakabilme kapasitelerini arttıracak yollar ara.
- Çocukların sağlık, beslenme, fiziksel ve emosyonel gereksinmelerinin karşılandığından emin ol.
- Uygun tarama yöntemleriyle travmaya maruz kalan, psikolojik sorunları olan çocukları belirle.

- Özürlü çocukları belirle.
- Özürlü çocuklara ve ailelerine yardımcı olmak için toplum tabanlı ve kültürel olarak kabul görececek bir hizmet geliştir.
- Doğumların kaydedildiğinden emin ol.

ÇOCUKLARLA İLGİLİ OLARAK ŞU SORULARI MUTLAKA YANITLAYIN (Özellikle mülteci kampları için)

1. Çocukların sosyal gereksinmelerini karşılamaya yönelik özel etkinlikler var mı?
2. Travmaya maruz kalmış çocukların belirlenmesi ve desteklenmesi için kültürel açıdan kabul gören bir yapılanma var mı?
3. Apatik bebek, çocuk ve annelerin desteklenmesi için bir yapılanma var mı?
4. Mülteci çocuklar gündelik yaşamda ne gibi zorluklarla ve tehlikelerle karşılaşmaktadır?
5. Toplum ne tür kaynaklara sahip?
6. Mülteci çocukların psikososyal çevresini geliştirmek için neler yapılmış?

II.B. Yalnız Çocuklara Yaklaşım

KİLİT NOKTALARI:

- Yalnız çocuk terimi ailesinden ayrı düşmüş çocuklar için kullanılır.
- Yalnız çocukların saptandığından, öncelikli olarak kayda geçip belgelendiğinden emin olmalı.

- Fiziksel ve emosyonel gereksinmelerinin karşılanabilmesi için kültürel olarak kabul edilebilecek ve toplum tabanlı bir bakım sağlanmalı.
- Her yalnız çocuk mutlaka bir sağlık taramasından geçirilmeli.
- Her çocuk için dosya açılmalı ve bilgiler güncel olarak kaydedilmeli.
- Bu çocuklara bakabilecek aileler araştırılmalı ve bu amaçla bir çizelge geliştirilmeli.
- Gerekirse yalnız çocuklara bakan ailelere destek verilmeli.
- Yalnız çocuğun bakıldığı yerdeki durumunun iyi olup olmadığını izlemek için birisi görevlendirilmeli.
- Çocuğun bakımını üstlenenlerle çocuktan sorumlu olan kurum arasında bir anlaşma imzalanmalı.
- Yalnız çocuğun ailesinin bulunmasına ve ailenin tekrar bir araya getirilmesine çaba harcanmalı.
- Ailenin tekrar bir araya getirilmesini engelleyebilecek tüm hareketlerden kaçınılmalı.
- Yalnız çocukların korunmasını sağlamak amacıyla politika belirlenmeli ve yayınlanmalı.

**YALNIZ ÇOCUKLARLA İLGİLİ
OLARAK ŞU SORULARI
MUTLAKA YANITLAYIN**

1. Yalnız çocuklar belirlenmesi, kaydedilip belgelenmesi için geliştirilmiş bir sistem var mı?
2. Bu çocukların bakımları için gereken düzenlemeler yapılmış mı?
3. Anne babalarından ayrı kalmış çocukların bakımını kimler üstlenir?
4. Yalnız çocukların bakımı için geleneksel yöntemler nelerdir?
5. Eğer geleneksel yapı bozulduysa toplum liderleri, din adamları, eğitimciler ve çocuk gelişim uzmanları bu çocukların bakımı ile ilgili nasıl bir tavır alırlar?
6. Toplum bu çocukların yerleştirilmeleriyle ilgili nasıl bir program yürütebilir?
7. Toplumun içinde çocukların bakımını üstlenebilecek nitelikli kişi ya da gruplar var mı?
8. Kendi çocuğu olmayan çocuklara bakmayı üstlenebilecek sorumlu erişkinler var mı? Eğer varsa bu bakım desteklenebilir ve süreklilik kazanabilir mi?

II.C. Mülteci Kadınlara Yaklaşım

KİLİT NOKTALARI:

- Kadınların özel gereksinimleri belirlenip, değerlendirilmeli.
- Kadınlar acil yardım programlarının planlanması ve uygulanmasına

katılmalı.

- Kültürel olarak kabul edilen yerlerde su, sanitasyon ve yemek pişirme yerleri düzenlenmeli.
- Kadınların birbirlerini destekleyecek mekanizmalar oluşturmaları sağlanmalı.
- Mülteci kadınların topluma sunulan hizmetlerden yararlanabildiğinden emin olunmalı.
- Cinsel taciz kurbanı olan kadınlar belirlenmeli.
- Cinsel taciz olgularının bildirilmesi için bir mekanizma oluşturulmalı.
- Fiziksel ve cinsel taciz kurbanı olan kadınların gereksinmelerine yanıt verebilecek, kültürel olarak ses getirebilecek etkinlikler düzenlenmeli.

II.D. Tek Ebeveynli Ailelere (Destekten Yoksun Aile Reisleri) Yaklaşım

KİLİT NOKTALARI:

- Gereksinmesi olan tek ebeveynli aileler belirlenmeli.
- Ailelerin bölünmesi önlenmeye çalışılmalı.
- Destek gruplarının oluşumu sağlanmalı.
- Gönüllüler, komşular ya da akrabaların ev içi yardımları düzenlenmeli.
- Özellikle babanın yalnız olduğu tek ebeveynli aileler daha fazla parçalanmaya adaydır, bu nedenle öncelikle yardım görmeli.
- Destekten yoksun, annenin yalnız olduğu tek ebeveynli ailelerde fiziksel güvenlik sağlanmalı.

MÜLTECİ KADINLARLA İLGİLİ OLARAK ŞU SORULARI MUTLAKA YANITLAYIN

1. Risk altındaki kadınların gereksinmelerini belirlemeye yönelik ne tür adımlar atıldı?
2. Mülteci kadınları cinsel tacizden korumak amacıyla ne tür önlemler alındı?
3. Risk altındaki kadınlar genel acil yardımdan yararlanabiliyorlar mı?
4. Acil yardım programı çerçevesinde risk altındaki mülteci kadınların özel gereksinimleri nasıl karşılanmakta?
5. Geleneksel destek sistemleri risk altındaki mülteci kadınların gereksinmelerini karşılamak amacıyla yeniden düzenlendi mi?

TEK EBEVEYNLİ AİLELER DESTEKTEN YOKSUN AİLE REİSLERİ İLE İLGİLİ OLARAK ŞU SORULARI MUTLAKA YANITLAYIN

1. Tek ebeveynli aileler ne tür sorunlarla karşılaşılıyorlar?
2. Aileye yardımcı olabilecek bir arkadaş akraba ya da komşu var mı? Eğer yoksa ne tür bir destek sistemi oluşturulabilir?
3. Ailedeki bireyler kayıp aile fertlerini araştırabilmek için gerekli bilgiyi verebilirler mi?
4. Şu anda aile ile birlikte olmayan kadına ya da erkeğe ne olmuş?
5. Çocuklar ve anne ya da baba, sağlıklı, yeterince beslenmiş, yeterli giyeceğe sahip görünüyor mu?
6. Anne/babanın ya da ailedeki çocuklardan birinin aileyi desteklemek amacıyla çalışmak için kullanabileceği bir yeteneği var mı? Aile var olan hizmetlerin ve olanakların farkında ve bunları kullanabilecek durumda mı?
7. Hiç kimse hastalanmış mı, hastalanmışsa nasıl tedavi edilmiş, hastalığı neymiş, hangi ilaçlar verilmiş, halen ilaç kullanan var mı?
8. Çocuklar genel bağışıklama programına uygun biçimde tam aşı mı?
9. Eğer ebeveyn anne ise emzikli bebeği var mı, gebe mi? Eğer böyle ise gereksinmesi olan sağlık bakımına ulaşabilir mi?

II.E. Yaşlılara Yaklaşım

KİLİT NOKTALARI:

- Yaşlıların toplum içinde çok önemli bir rolleri vardır ve bu rol desteklenmelidir.
- Yalnız yaşlılar ek bir desteğe gereksinme duyarlar.
- Yaşlılara yönelik destek programları toplum tabanlı olmalıdır.
- Kurum uygulamalarından kaçınılmalıdır.
- Yalnız yaşlılar belirlenmeli kapasiteleri değerlendirilmeli ve günlük gereksinimleri karşılanmalıdır.
- Besin maddeleri dağıtımında yaşlıların gereksinimleri öncelikle karşılanmalıdır.

YAŞLILARDA İLGİLİ OLARAK ŞU SORULARI MUTLAKA YANITLAYIN

1. Risk altındaki yaşlılar sistematik olarak belirleniyor mu? Kriterler neler?
2. İzole yaşlıların aile bireylerini bulmak için çaba harcanıyor mu?
3. Yaşlılar besin maddesi, giysi, barınak, su, sağlık hizmetleri gibi genel yardım hizmetlerinden yararlanıyorlar mı?
4. Günlük yaşamlarını sürdürebilmek için ek bir yardıma ihtiyaçları var mı?
5. Topluma hangi alanlarda yardımcı olabilirler?
6. Yaşlılara yardım edebilecek arkadaş, akraba, komşu, dini ya da sosyal gruplar var mı?
7. Günlük yaşamlarının sürdürmede zorluklarla karşılaşılıyorlar mı? Ne tür zorluklarla karşılaşılıyorlar?

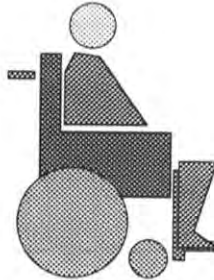
II.F. Özürlülere Yaklaşım

KİLİT NOKTALARI:

- Yeterli beslenme, Temel sağlık hizmetleri, bağışıklama, sanitasyon ve sağlık risklerinin azaltılması yoluyla, sakatlıkların önlenmesi sağlanmalı.
- Olağanüstü durumun erken evrelerinde özürlülerin gereksinmelerinin belirlenmesi sağlanmalıdır.
- Özürlülerin sağlanan yardımlardan eşit pay aldığından emin olunmalı.
- Özürlülere yöneltilen yardım hizmetleri olabildiğince toplum tabanlı olmalı, bu amaçla aile üyeleri eğitilmeli ve hizmete katkıda bulunmalı.
- Özürlülerin toplumla sosyal olarak bütünleşmeleri için toplumsal etkinliklere katılmaları desteklenmeli.
- Tıbbi yardıma ihtiyacı olan özürlüler durumlarının daha da kötüleşmemesi için olabildiğince çabuk bu yardıma ulaştırılmalı.
- Özürlü kişilerin hareketlilikleri artırılmalı ve kendi kendilerine yetecek duruma gelmelerine destek olunmalı.
- Özürlülerin rehabilitasyon ve destek gereksinmelerini karşılamak üzere uygun bir sevk sistemi oluşturulmalı.

ÖZÜRLÜLERLE İLGİLİ OLARAK ŞU SORULARI MUTLAKA YANITLAYIN

1. Tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri sunacak bir kuruluş var mı? Varsa özürlüler bunlara ulaşabiliyor mu? Ulaşamıyorlarsa ne tür çözüm önerileri olabilir?
2. Özürlü kişi sayısını ve özür türlerini belirlediniz mi?
3. Belirlenen özürlüler arasında ne kadarı özel bir hizmete gereksinme duyuyor?
4. Ortaya çıkan özür olağandışı durumla mı ilgili?
5. Sakatlıklara engel olmak için bağışıklama, gıda yardımı, A vitamini dağıtımı vb.. önlemler alınıyor mu?



Özet;

- Olağanüstü durumlarda risk grupları şunlardır:
Yalnız çocuklar
Mülteci çocuklar
Mülteci kadınlar
Destekten yoksun aile reisleri
Yaşlılar
Özürllüler
- Olağanüstü durumlarda risk gruplarına yaklaşım:
Öncelikle bir değerlendirme yapılmalı
Taramalarla acil yardıma gereksinimi olanlar belirlenmeli
Toplum tabanlı değerlendirme yapılmalı
Uzun erimde kendi kendine yeter bir sistem planlanmalı

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARIN RUH SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Zuhal AMATO

Bu bölümde değinilen konular ;

- Olağanüstü durumların yol açtığı ruh sağlığı sorunları,
- Bu durumlarda genel yaklaşım önerileri

Giriş

Olağanüstü durumlarda ve sonrasında en çok ihmal edilen sorunlardan biri, felakete uğrayanların ve yakınlarını kaybedenlerin ruh sağlığı sorunlarıdır. Belki ilk bakışta haftalar, aylar sonra günlük yaşam normale dönmüş gibi gözükebilir; ancak özellikle uzun dönemde etkili olan ruh sağlığı sorunlarını çözmek anlayış, sabır, emek ve zaman işidir. Bireylerin geçirdikleri şokların yakın ve uzak etkileri dışında, olağanüstü durumların neden olduğu sosyoekonomik sorunları ve bunların ruh sağlığına olan etkilerini unutmamak gerekir. Ruh sağlığını olumsuz etkileyen durumlar:

- işsizlik,
- evsizlik,
- çevrenin yok olması,
- yönetim boşluğudur.

Bir olağanüstü durum sonrasında oluşan psikolojik yanıt üç ana unsura bağlıdır :

Olağanüstü durumun özellikleri:

- şiddeti
- sıklığı
- aniden oluşu
- tipi

Toplumun özellikleri:

- hazırlıklı olup olmaması
- sosyal dayanışmanın bulunması
- daha önceki deneyimler
- önderlerin varlığı

Bireyin özellikleri:

- yaş
- medeni durum
- öğrenim durumu
- kişilik yapısı
- fiziksel durum
- sosyal destek
- kaybın boyutu

Stres

Stres olağanüstü durumlarda normal bir tepkidir. Her insan normal olmayan bir durumda, kişiden kişiye türü ve şiddeti değişen tepkiler verir. Stres bazen olumlu işlev görüp kişiyi aktive eder. Aktivasyon, kurtarma işlemleri ve sosyal dayanışma için gereklidir.

- Stresin fiziksel belirtileri:
- göğüs ağrıları
 - bulantı, kusma
 - ishal
 - kardiyovasküler yakınmalar
 - genel ağrılar
 - terleme, titreme
 - baş ağrıları
 - susuzluk hissi
 - dil kuruması

savaş alanında askerlerin ishal olduğu tüm dünyada bilinir



Duygusal belirtiler:

- suçluluk hissi
- korkular
- kızgınlık duygusu
- saplantılar
- yinelenen kabuslar
- apati
- konfüzyon
- depresyon

felakete uğramış veya tanık olmuş her bireyin az ya da çok bu belirtileri göstermesi beklenen bir durumdur.

Sosyal belirtiler :

- sigara, tütün, alkol kullanımı
- aşırı ilaç kullanımı
- hiperaktivite
- dinlenmek istememe
- antisosyal davranışlar
- aileden ve arkadaşlardan kopma

insanca olan bu tepkiler, sağlık personeli için de geçerlidir! Önemli olan tanı koymaktır!

Sağlık çalışanının ruh sağlığı sorunları :

Özellikle çok fazla ölü ve yaralı gören, bu işe alışık olmayan ya da aşırı yorulan kurtarma ekiplerinin ve sağlık çalışanlarının bazı sorunları olabilir. Alanda çalışanların ruh sağlığını etkileyen en önemli faktörler :

- yüksek fatalite (ölümlülük hızı)
- hayal kırıklıkları (kaynak yetersizliği, ölümlere seyirci kalma durumu gibi)
- aşırı iş yükü
- yönetim boşluğuna bağlı organizasyon bozukluğu
- halkın olumsuz tepkileri

İnsanlar ani felaketler ve kayıplar karşısında nasıl tepki verirler ?

- *ilk birkaç dakika ;*

Büyük bir panik olmaz, ancak sinema ve okul gibi kalabalık yerlerde karmaşa olabilir. Genellikle korku, durgunluk getirebilir. İnsanların adeta kımıldamadan durduğu bu evre kısa sürer.

- *birkaç saat sonra ;*

İnsanlar birbirlerini aramaya başlarlar. Genellikle bürokratik ve politik engeller ortadan kalkar ve kendiliğinden bir dayanışma duygusu ortama egemen olur. Deneyimli sağlık personeli,

kendileri de etkilense bile bu olumlu tepkiden yararlanmayı bilmelidir.

- *günler sonra ;*

Günler geçtikçe, gerek dışarıdan gelenlerin, gerekse bölgede yaşayanların aktiviteleri azalır, zamanla ortamda sessizlik başlar. İnsanlarda genel bir üzüntü hali, yorgunluk ve güven yitimi vardır. Günlük yaşamla ilgili sosyal uyumsuzluk, hayal kırıklığı başlayabilir. Bu uyumsuzluklar toplumda kendini aşırı şüphencilik ve bencillik olarak gösterir. Özellikle yardım malzemeleri konusunda olumsuz durumlarla karşılaşılabilir.

- Yıllarca süren psikosomatik bozukluklar (terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi), uykusuzluk, çocuklarda yatak ıslatma çok sık karşılaşılan durumlardır.
- Bunlar içinde en önemlisi depresyondur ve erken tedavi edilmelidir.
- Özellikle uzun dönemde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunlarında eğitimli sağlık personeli çok yararlı olabilir. Sosyal danışmanların rolü de yadsınamaz.
- Önceden ruh sağlığı sorunları olanların durumlarının ağırlaştığına ilişkin elimizde yeterli kanıt

yoktur. Akıl hastalarının hatta sakatların (!) kapatılıp hapsedilmesini sağlık çalışanları engellemelidir.

- Büyük felaketlerden aylarca sonra kafa travmalarına bağlı geçici konfüzyonlar görülebilir.

Özel risk grupları:

Biyolojik olarak zayıf olanlarla (çocuklar, gebeler gibi), ani yer değiştirme ve uzun yolculuklardan olumsuz etkilenenler risk grubudur. Olağanüstü durumların getirdiği ahlaki çöküntü, sosyal olarak risk altında olanları (kimsesizler, işsizler gibi) etkileyebilir. Suç işleme oranının artması, şiddete başvurma, çeteler, yağmalama gibi durumlar sağlık çalışanlarının işlerini zorlaştırabilir.

Çocuklar çok önemli bir risk grubudur. Yatak ıslatma, korkular, konsantrasyon güçlüğü sık görülebilir ve özel ilgi gerektirir.

Yaşlılar, özellikle yalnız olanlar yoğun bir yalnızlık duygusu yaşayabilirler. Olağanüstü durumlarda en çok unutulmuş, hastalık ve açlıkla baş başa kalanlar bu gruptur.

- Doğal afetlerde dayanışma duygusu daha fazladır.
- Savaş ve iç çatışma durumlarında sağlık çalışanlarının tarafsız olduğunu bilmek toplumu rahatlatır.

Nasıl bir hizmet sunmalı ?

- Bireylerin günlük yaşama uyumu önemlidir. Apatik, maskeli bir yüzle dolaşan bu kişilere uğraş bulmak, olumlu faaliyetlere yönlendirmek gerekir.
- Deneyimli gönüllüler, her türlü sağlık hizmetinde olduğu gibi, ruh sağlığı sorunlarında da beklenenin üstünde yarar sağlayabilirler.
- Kişilerin kararlarını kendilerinin vermelerine yardımcı olunması, yitirilen güven duygularının geliştirilmesi açısından önemlidir.
- Yardım sadece yiyecek ve ilaç demek değildir. İnsan ilişkileri en büyük gereksinimdir.
- Eğitilmiş kişiler özel risk gruplarına destek tedavisi verebilirler.
- İlaçlarla çözüm en son başvurulacak yöntemdir.
- Bireysel ve toplumsal paranoid reaksiyonları önlemeye çalışmak sağlık çalışanlarının yükümlülüklerinden biridir.

Sabırlı olalım!

- ani kayıplardan sonra herkes değişik tepkiler verir.
- Gerçeği yadsıma, aşırı kızgınlık gibi tepkilerin geçiçi olduğu unutulmamalıdır.

PANİK, KAOS ve DEDİKODULARA KARŞI İKİ ÖNLEM VAR :

- 1) HAZIRLIKLI OLMAK,**
- 2) ÖRGÜTLÜ OLMAK.**

Özet;

- Olağanüstü durumlarda bireylerin ve toplumun psikolojik tepkiler vermesi çok doğaldır; önemli olan sabırla doğru tanıyı koymak ve uygun yaklaşımı sergilemektir.
- Ruh sağlığı sorunları sadece felaketin kendisi ve kaybedilenlerle ilgili değildir; dolaylı sosyal sorunlar göz ardı edilmemelidir.
- Biyolojik ve sosyal olarak risk altında olanlara özen gösterilmelidir.

KAMP KOŞULLARINDA ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Ali Osman KARABABA

Bu bölümde değinilen konular;

- Kamp koşullarında olası çevre sağlığı sorunlarına karşı alınacak önlemler

Giriş

Felaket sonrası dönemde, evleri zarar gören insanların sağlıklı ve güvenli koşullarda barınmalarının sağlanması, daha sonraki dönemlerde çıkabilecek sorunların önlenmesi ve özellikle de hastalık ve ölümlerin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle kamp koşullarında yapılacak işlemlerin ve alınacak önlemlerin bilinmesi gerekir.

Acil Hallerde Tablet, Toz ve Sıvı Dezenfektan Kullanım Kılavuzu

- Bu tip dezenfektanlar, sınırlı ve kontrol edilebilen popülasyonlarda, az miktarda suyun acilen dezenfeksiyonu amacı ile, bireysel bazda ve yalnızca 1-2 haftalık kısıtlı süreler için kullanılmalıdır.
- Ancak şu koşullar sağlandığında güvenli kullanımları olasıdır:

- İnsanlara kullanımları konusunda iyi bir sağlık eğitimi verilmiş ise,
- Su depolarının dağıtımı yapılmışsa,
- Tabletlerin uygun ve sürekli kullanımının güvenceye alınması için gerekli olan izlem ve kontroller sağlık personeli tarafından yapılıyorsa,
- Gereken destek ve dağılım ağı kurulmuşsa.

- Bütün uygulamalar, normal klorlama sisteminin düzeltilmesi ve su kaynaklarının korunması çabası göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.
- Bir acil durumda dezenfeksiyona yönelik çalışmalar yapılırken;
- Çöktürerek veya kumaş

katmanlarından geçirip süzerek suyun bulanıklığı ve rengi olabildiğince izin verilen düzeye indirilmelidir,

- Önceden dezenfekte edilen su, temiz, kapalı ve çürümeyen konteynerlerde depolanmalıdır,
- Herhangi bir dezenfektan kişilere dağıtılmadan önce, sağlık personeli suyun kullanılıp kullanılmayacağından, önceden klorlanmamış olduğundan emin olmalı, sudaki klor kalıntıları kontrol edilmelidir.
- Acil koşullar altında küçük miktarlardaki suyun dezenfeksiyonunda en yaygın olarak kullanılabilen ajanlar klor, iyot, potasyum permanganat' dir.

Klor Bileşikleri

Tablet

- En çok bilinen klor bileşiği kullanımda bilinen adıyla **Halazon** tabletleridir. Bir tablet (4 mg.) 1 litre su için kullanılır. Eğer su bulanık ve fazlaca renkli ise miktar iki katına çıkarılır. Su tüketilmeden 10 dakika önce içinde bulunduğu kap çalkalanmalı ve kurutulmalıdır. Halazon tabletleri, ambalajı açıldıktan sonra hızla gücünü kaybeder. En kısa zamanda kullanılmalı ve iki kullanım arasında şişe kapalı tutulmalıdır.

- Halazon (160 mg.) tabletler, 40 litre temiz suyun veya 20 litre bulanık ve aşırı renkli suyun dezenfeksiyonunda kullanılabilir. 160 mg'lık tabletlerin 4 mg'lık tabletler için geçerli olan dozda kullanılmaması sorun yaratabilir. Personel, dağıtım sırasında bu konudan haberdar olmalı ve kullanıcıyı eğitmelidir.

Granüler Kalsiyum Hipoklorit

- **Perkloran** olarak adlandırılan bu kuru toz %60-70 klor içerir. Ağzı sıkıca kapalı kaplarda, karanlık, kuru ve serin ortamlarda saklandığında oldukça stabildir. Kap açıldıktan sonra 40 günde klor düzeyinin %5'ini yitirir. Tozun, yağ ve yanıcı organik maddelerle karışmamasına dikkat etmek gerekir. **Karışması halinde yangına neden olabilir.** Granüler kalsiyum hipoklorit 8 litre suya bir silme çay kaşığı eklenerek çözüldürüldüğünde 500 mg/lt stok solüsyonu elde edilmiş olur. Dezenfeksiyon sırasında 100 kısım suya bu stok solüsyondan 1 kısım eklenir ve 30 dakika beklenir. Sudaki klor tadı fazlaysa birkaç saat bırakılarak veya kaptan kaba aktarılarak havalandırılır. Stok solüsyon, hazırlandıktan sonraki iki hafta içinde tüketilmelidir.

Sodyum Hipoklorit Solüsyonu (çamaşır suyu) veya "Javel Suyu"

- Evde kullanılan çamaşır suyu bu bileşiği içerebilir. Acil hallerde bu sıvı, dezenfektan olarak kullanılabilir. Klor içeriği genellikle %3-10 arasındadır. Sodyum hipoklorit solüsyonu suya aşağıdaki tabloya göre eklenmelidir :

Var olan klor düzeyi (%)	Temiz suya damla/litre	Bulanık suya damla/litre
1	10	20
4 - 6	2	4
7 - 10	1	2

- Eğer çamaşır suyu içindeki klor düzeyi bilinmiyorsa 10 damla/ litre eklenmelidir. İşleme tabi tutulan su karıştırma sonrası 30 dakika bekletilir. Hafif bir klor kokusu olmalıdır. Olmazsa dozu yineleyip 50 dakika bekletmek gerekir.

İyot

Tablet

- En uygun ve güvenilir iyot tableti formu 8 mg elementer iyot içerir. Bu tabletler 20^o C'de 1 dakikadan az zamanda çözünür. Bu miktar 1 lt doğal suyu 10 dakika içinde dezenfekte eder.

Solüsyon

- Evde ecza dolabı veya ilk yardım kitinde bulunan iyot eriyiği (%2'lik iyot eriyiği) su dezenfektanı olarak kullanılabilir. 5 damla iyot eriyiği 1 lt temiz suyun dezenfeksiyonu için yeterli olacaktır. Su bulanıksa miktar 10 damla olmalı, en azından 30 dakika bekletilmelidir.

Potasyum Permanganat

- Daha çok kuyu, kaynak, depolama tankları gibi fazla miktarda sular için kullanılır. Potasyum permanganat vibriyo kolera dışında patojen organizmalara karşı kuşku bir etkinliğe sahiptir. 1 lt ılık suya 40

mg eklenerek kullanılır. Bu solüsyon 1 metreüp suyu 24 saatte dezenfekte edecektir.

Doğal Afetlere Karşı Alınacak Çevre Sağlığı Önlemleri Teknik Rehberi

Bunlar tahliye ve kurtarma operasyonları sırasında alınacak önlemler olarak sınıflandırılabilirler.

Boşaltma

- Boşaltma sırasında, kuşku kaynaktan alınan su soğutulmadan önce bir dakika kaynatılmalıdır. Veya klor, iyot potasyum permanganat (tablet, kristal, toz veya sıvı) ile dezenfekte edilmelidir. Sağlanması gereken en az su miktarları:
 - soğuk ılıman iklimlerde, 3 litre/kişi/gün,
 - sıcak iklimlerde, 6 litre/kişi/gün
- Gıda maddeleri kolay bozulmayan ve pişirilmesi gerekmeyen türden olmalıdır.
- Atıkların zararsızlaştırılması, yüzeysel, çok amaçlı, 1000 kişi için 10 santim derinliğinde, 45 santim genişliğinde ve üç metre uzunluğunda çukurlarda olmalıdır.

İdeal Çadır Kamplar

- Kurtarma operasyonu sırasında, çadır kampı için, eğimli arazide, doğal toprak yapısı drenaja uygun ve ters etkilerden korunma olanağı olan bir yer seçilmiş olmalıdır. Bu yer sivrisinek üreme alanlarından, çöp toplama alanlarından, ticari ve sanayi alanlarından uzakta olmalıdır. Alanın düzenlenmesinde aşağıdaki özellikler göz önünde bulundurulmalıdır:

- 3-4 hektar alan,
- 10 metre genişliğinde yol,
- Çadırlarla yolun kenarı arasında en az 2 metre uzaklık,
- Çadırlar arasında en az 8 metre uzaklık,
- Her bir çadır için en az 3 metrekare alan,

- Kamp alanındaki su dağılımı aşağıdaki gibi olmalıdır:
 - Su tanklarının kapasitesi en az 200 litre olmalıdır,
 - Kişi başına günde en az 15 litre su sağlanmalıdır,
 - En uzaktaki çadırdan bir tankın uzaklığı en fazla 100 metre olmalıdır.
- Çadırlı kamptaki katı atık toplama konteyneri suya, böceklere, kemiricilere karşı korunaklı olmalıdır. Atıklar plastik veya metalden, sıkıca kapanabilen kaplarda saklanmalıdır. Son zararsızlaştırma şekli yakma veya toprağa gömme olmalıdır. Katı atık ünitelerinin kapasitesi şöyle olmalıdır:

1 litre/4-8 çadır veya
50-100litre/25-50 kişi

- Kampta uygun tuvalet çukurları açılmalıdır. Bu çukurların özellikleri:
 - Çadırlardan 30-50 metre uzakta olmalıdırlar,
 - 10 kişi için 1 tuvalet çukuru açılmalıdır

Binalar

- Yapılacak binaların özellikleri:
 - En küçük taban alanı, 3,5 metrekare/kişi olmalı,
 - Kişi başına en az 10 metreküp hava bulunmalı,
 - En az hava dolaşımı 30 metreküp/kişi/saat olmalı.
- Erkekler ve kadınlar için ayrı yıkanma yerleri olmalıdır. Yıkanma amacı ile sağlanması gerekenler :
 - 1 leğen/10 kişi veya,
 - 1 yıkanma sırası 4-5 metre/100 kişi ve 1 duş/50 kişi (ılıman iklimlerde),
 - 1 duş/30 kişi (sıcak iklimlerde).
- Yapılacak binalardaki tuvalet şu özellikleri taşımalıdır :
 - 1 oturma yeri/25 kadın veya
 - 1 oturma yeri ve pisuar/35 erkek bulunmalı,
 - Binalardan en fazla 50 metre uzakta olmalı.

- Çöp konteynerleri kapaklı plastik veya metal olmalı. Özellikleri :
 - 1 konteyner 50 - 100 lt kapasiteli/ 25 - 50 kişi başına olmalı.

Su sağlama

- Günlük su tüketimi şöyle olmalıdır:
 - Alan hastanesinde, 40-60 lt/kişi,
 - Toplu beslenme merkezlerinde 20-30 lt/kişi,
 - Geçici barınma yerleri ve kamplarda 15-20 litre/kişi,
 - Yıkama tesislerinde, 35 lt/kişi
- Su dezenfeksiyonu kuralları :
 - Günlük serbest klor düzeyi 0,7-1 mg/lt olmalı,
 - Boruların dezenfeksiyonu için, 50 mg/lt, 24 saat sürekli, veya 100 mg/lt 1 saat
 - Kuyu ve kaynakların dezenfeksiyonu için 50-100 mg/lt, 12 saat
- Dezenfekte edilen sudaki yüksek klor düzeyinin giderilmesi için :
 - 0,88 gr sodyum tiyosülfat/1000 mg klor
- Suyu korumak için, su kaynağı ile kirlilik kaynağı arasında en azından 30 mt olmalı. Kuyular su tablası, hela çukuru ve lağımların 1,5 - 3 mt üstünde tutularak korunabilirler. Ayrıca, su sızdırma iç yüzey toprak düzeyinden 30 santim yukarda ve üç düzeyinden 30 cm yukarda ve üç

metre aşağıda olmalıdır. Kuyunun çevresinde 1 mt yarıçaplı sızdırmaz beton platform olmalı ve 50 mt yarıçaplı alan dikenli tellerle çevrilmeli.



Kamp Tuvaletleri

- Yüzeysel çukurlar şöyle olmalı :
 - 90-150 cm derinlik, 30 cm genişlik (veya olabildiğince dar kazılabilir), 3-3,5 mt uzunluk /100 kişi.
- Derin çukurlar şöyle olmalı :
 - 1.8-2.4 mt derinlik, 75-90 cm genişlik, 3-3.5 mt uzunluk / 100 kişi
- Oyularak açılan çukurlar şöyle olmalı :
 - 5-6 mt derinlik, 40 cm çap / 20 kişi

Çöp Depolanması

- Çöp depolamak için hazırlanacak çukurlar :
 - 2 mt derinlik, 1.5 mt genişlik, 1 mt uzunluk / 200 kişi olmalı.
- Çukurlar, 40 cm kalınlığında sıkıştırılmış toprakla örtülmelidir. Bu

boyutlardaki çukurlar bir haftada dolabilir. Çukurdaki çöplerin dekompozisyonu için gerekli süre 4-6 haftadır.

Yemek Kapları

- Yemek kapları aşağıdaki gibi dezenfekte edilmelidir :
 - Kaynayan suyla 5 dakika veya 100 mg / lt klor solüsyonuyla 30 dakika
 - % 25'lik amonyak bileşiğiyle: 200 mg / lt- 2 dakika

Önemli Araç, Gereç ve Donanım

- Acil çevre sağlığı açısından önemli ekipman ve donanımlar :

- Milipar sanitasyon kitleri
- Serbest klor düzeyi belirleyen komperatörler
- Cep tipi el feneri ve yedek bataryalar
- Su basıncı ölçeri (negatif-pozitif)
- Hızlı fosfataz tayin kitleri
- Seyyar klorlama veya hipoklorlama aygıtları
- Seyyar su temizleme üniteleri, 200-250 lt / dakika kapasiteli
- Su tankı taşıyıcısı 7 metreküp kapasiteli
- Parçaları kolay birleştirebilen taşınabilir saklama tankları

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA BESLENME

Zuhal AMATO

Bu bölümde değinilen konular;

- Sık görülen beslenme sorunları,
- En çok karşılaşılan hatalar

Giriş

Beslenme, olağan dışı koşullarda hemen el atılması gereken alanlardan biridir. Sanılanın aksine, çok özel durumlar hariç (büyük kuraklıklar, savaş ve ani mülteci akımları gibi) insanların aç kalmaları için hiçbir neden yoktur. Genelde bizim gibi ülkelerin böyle bir sorunu olmayacağı gibi dış yardımlar da 24-48 saat içinde bölgeye ulaşmaya başlar. Asıl sorunlar ulaşım araçları, dağıtım ve depolamada ortaya çıkar. Her konuda olduğu gibi yiyecek dağıtımında da organizasyon bozukluğu ve fırsatçılar nedeniyle gereksinimi olanlara ulaşılamayabilir. İlk şok geçtikten sonraki dönemde risk grupları iyi belirlenmeli (çocuk, yaşlı, gebe gibi) ve gıdalar günlük gereksinimleri hesaplanarak ailelere verilmelidir.

Yiyecek Dağıtırken Gözönüne Alınması Gereken Noktalar

- **Fizyolojik durum:** hasta, gebe ya da emzिकlilerin özel ilgi görmesi gerekir.
- **Aktivite düzeyi:** uzun süre yürümek zorunda kalmış yorgun insanların daha çok enerjiye gereksinimi vardır.
- **İklim:** soğuk iklimde daha kalorili yiyecekler gerekebilir. Sıcak ise besinlerin daha çabuk bozulmasına neden olur.
- **Kültürel özellikler:** kültürel özellikler gözönüne alınmadan gönderilen yiyecekler israfa neden olur. Genelde açlıktan ölüm derecesinde değillerse insanlar alışmadığı yiyecekleri yemezler.
- **Gıda güvenliği:** çabuk bozulmayan yiyeceklerden oluşan yardımlar kabul edilmelidir. Et, balık, süt çabuk bozulabilir ve özellikle sahra mutfağı kullanılıyorsa barsak enfeksiyonları kaçınılmaz olabilir. Soğuk hava depoları ve buz dolapları çok önemli işlev görürler.
- **Ulaşım ve dağıtım:** gerek yardımları

alan, gerekse yardımları gönderen ilgililerin organizasyona önem vermeleri, gereksinime göre talepte bulunmaları ve ellerindeki olanakları iyi değerlendirmeleri gerekir.

- **Diğer araç ve gereçlerin sağlanması:** besinin yanısıra yemek pişirmek ve saklamak için gerekli olan araç ve gereçlerin gönderilmesi genellikle unutulur. Bunlar;

- Pişirme kabı,
- Yakıt,
- Kibrit,
- Öğütme makinası,
- Pişirmek için su,
- Buzdolabı olabilir.

Gıda Yardımlarının Gruplandırılması

Temel Besinler:

- Tahıllar
- Yağlar
- Proteinden zengin sebzeler
- Konserve et veya balık
- Kurutulmuş et veya balık
- Şeker
- Tuz

Ek Besinler:

- Taze sebze ve meyva
- Taze et ve balık

Bilinen nedenlerle öncelik taze besinlere verilmez. Acil durumlarda kişi başına düşük kalori hesaplanır.

Kişi başına 1900 Kkal/gün (UNHCR standardı) bu da çok kabaca kişi başına günde yarım kilo tahıl demektir (bir kişiye ayda en az 15 kg tahıl gerekir)



Malnütrisyon

- Çocuk ölümlerinin esas nedenidir ve riskli gruplar gözden kaçabilir. Sağlık çalışanları tarafından özel beslenme programı uygulanmalıdır. Bu çocukların dirençleri düşük olacağından kızamık, diyare, pnömoni gibi hastalıklara kolay yakalanırlar.

- Çocukların dışında gebe, yaşlı ve kronik hastalar da iyi izlenmelidir.

Anemi

- Özellikle mülteciler arasında ve uzun süren kamp koşullarında gebe, çocuk ve emziren kadınlar arasında demir eksikliği anemisi yaygındır.
- Dağıtılan yiyeceklerde yeterli demir bulunmalı, gerekirse gebe, emzikli ve çocuklara demir preparatı dağıtılmalıdır.

Skorbüt

- Ülkemizde bir sorun oluşturmayan skorbüt, özellikle Bosna savaşında gündeme gelmiştir. C vitamini eksikliği, savaş koşullarında yaşayan tüm gruplar için geçerlidir. Taze meyva ve sebze bulunamıyorsa C vitamini tabletleri dağıtılmalıdır.

Kseroftalmi

- Yine ülkemizde önemli bir sorun oluşturmayan A vitamini eksikliği körlüğe neden olabildiğinden uzun süren olumsuz koşullarda akla gelmelidir.

Beslenme sorumlusunun gözleyip değerlendirmesi gereken unsurlar:

- Populasyonun normal beslenme alışkanlıkları,
- Tabu sayılan yiyecekler,
- Çocuk beslenmesi ile ilgili gelenekler,
- Pişirme alışkanlıkları,
- Yerel olarak elde edilebilecek yiyecek kaynakları,

- Yiyeceklerin satılıp satılmadığı (yerel olarak satın alınabilecek yiyecekler, yardımların satılıp satılmadığı).

Sonuç olarak beslenme ilkeleri normal zamanlarda olduğu gibidir ancak, olumsuz koşullarda özellikle risk gruplarının hemen etkileneceği gözönüne alınarak iyi bir örgütlenme ve dağıtım planı yapılmalıdır. Gereksiz ve kültürel alışkanlıklara uymayan yiyeceklerin gelmesi engellenmelidir.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARA HAZIRLIK PLANLARI

John FOWLER

Bu bölümde değinilen konular;

- Olağanüstü durumlara yönelik hazırlık planlaması sırasında karşılaşılan sorunlar,
- Planlama aşamaları

Giriş

Önümüzdeki yıllarda, bir yandan nüfus artışı, öte yandan gelişen teknolojiye bağlı olarak olağanüstü durum görülme sıklığında bir artış beklenmektedir.

Özellikle büyük kentlere göç, plansız kentleşme ve yüksek teknolojiye bağımlılık, hem doğal, hem de insan eliyle olan olağanüstü durumlara yönelik riski artırmaktadır.

Öte yandan, bu konuda yeterli veri bulunmaması, eldeki verilerin ise, birbirinden farklı ve düzensiz kaynaklardan toplanmış olması, geçmişteki olağanüstü durum ve sonuçlarının, yapılan eski planların olumlu ve olumsuz yanlarının dikkate alınmamış olması önemli sorunların başında gelmektedir.

Bölgeye özel riskler ve önceki veriler değerlendirilmeden yapılacak bir planlamanın başarılı olma olasılığı çok düşüktür.

Planlama Öncesinde Karşılaşılan Sorunlar

- Bir bölgede yaşayan insanlar, doğal veya teknolojik risk ne kadar fazla olursa olsun, bireysel ekonomik kaygılarına öncelik verme eğilimindedirler.
- Risklere kayıtsız kalma yada önemsememe yönündeki sosyal baskılar çok etkili olabilmekte, kişilerin cesaretlerini gereksiz yere arttırmaktadır(örneğin; tehlikede olsa bile evini terk etmeme gibi).
- Yüksek teknolojiye aşırı güven riski artıran bir diğer etkidir ve insanların olağanüstü durumlara kayıtsız kalmasına neden olabilmektedir.

- Toplumun kayıtsızlığı, yöneticilerin de konuya olan ilgilerini azaltmaktadır. Yöneticiler, bir olağanüstü duruma yönelik plan yapmak yerine getirisi daha fazla olan, daha kısa vadeli projelere para harcamayı yeğlemektedirler.
- Özellikle merkezi yönetimde olağanüstü durumlara yönelik bir lobi faaliyetinin olmaması, konuyla daha çok yerel yönetimlerin ilgilenmesini zorunlu kılmaktadır.

Planlama Yaparken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

- Parasal kaynakların yetersizliği nedeni ile olağanüstü durumlara karşı planlama yapılırken olabildiğince tutumlu davranılmalı ve önceliklere uygun harcamalar yapılmalıdır. Bunu bir "para triaji" olarak da özetleyebiliriz. Özellikle eğitim, malzeme ve personel konusunda olabildiğince esnek davranılmalıdır.
- Orta büyüklükte bir olağanüstü durum olma olasılığı daha fazladır. Genel bir kural olarak özellikle yaralı sayısı 120'yi geçince kurumlar arası eşgüdüm bir zorunluluk haline gelir. Farklı durumlarda uygulanabilecek bir plan hazırlanırken kurumlar arası eşgüdüme dikkat edilmelidir.
- Olağanüstü durum planında kullanılacak yöntemler ve izlenecek yollar olabildiğince günlük rutin uygulamalara benzer olmalıdır. Böylece sorumlu sağlık personelinin alışkanlıklarından yararlanılabileceği

gibi, planın uygulanabilirliği de artar.

- Olağanüstü durumlara yönelik toplumsal ve yönetsel kayıtsızlıkları ortadan kaldırmak için;
 - a. Sorumluluk alınabilir: Özellikle yöneticilerin bu konuda sorumlu davranması, diğer çalışanları motive eder.
 - b. Geçmiş sorunlar değerlendirilebilir. İyi bir değerlendirme en iyi motivasyon kaynağıdır. Özellikle planlamaya yönelik finans sağlamak için en iyi zaman bir olağanüstü durumun hemen sonrasındır.
- Toplumun eğitimi ve medyanın kullanılması, kayıtsızlıkları ortadan kaldırmak için en etkin yollardan biridir. Özellikle orta öğrenim düzeyindeki öğrencilere yönelik eğitim çalışmalarının aileler üzerinde de çok olumlu etkisi olduğu bilinmektedir.
- Eğitim ve uygulamalarla desteklenmemiş planlar başarısız olmaya mahkumdurlar. Bunun en önemli nedeni sorumluların plan konusunda yeterince bilgi sahibi olamamalarıdır. Özellikle kurumlar arası eşgüdümün aksamasının en önemli nedeni, üst düzey yöneticiler dışındaki çalışanların planın ayrıntılarından haberlerinin olmamasıdır.
- Yapılacak bir plan, "insanlar ne yapmalıdır?"dan çok "insanlar

genellikle nasıl davranırlar?" sorusunu yanıtlayacak şekilde hazırlanmalıdır.

- Planda, uygulamadan sorumlu yönetim birimi olabildiğince yüksek düzeyde belirlenmelidir. Bu hem kaynakların kullanımını, hem de kurumlar arası eşgüdümün sağlanmasını kolaylaştırır.
- Plan, uygulamaya katılacak insanlar tarafından yapılmalıdır. Personel ve kaynaklar alternatifleri ile belirlenmeli ve yeterince hazırlık uygulamaları yapılmalıdır.



Masa Başı Alıştırmalar

- Yapılan planın olağanüstü durum öncesinde, büyük ya da küçük ölçekli bir alıştırmaya ile masa başında uygulanmasının ve bu uygulamaların tekrarlanmasının, başarı olasılığını arttıracakları unutulmamalıdır.
- Burada 6 saatlik uzun bir masa başı alıştırmaya örneği verilmiştir:
 - Önce, bölgesel veya il düzeyinde 4-5 kişilik bir komite seçilir ve alıştırmaya konusu (senaryo) belirlenir. Belirlenen senaryo, yapılan toplantılarla masa başı

alıştırmaya uygun hale getirilir.

- Alıştırmaya katılacak kişiler belirlenir. Önerilen katılımcılar: her bir hastaneden; bir yönetici, acil servis sorumlu hekimi ve baş hemşiresi, güvenlik şefi, atölye şefi, halkla ilişkiler uzmanı, bir servis hemşiresi ve hastanenin seçtiği üç kişidir.
- Olabildiğince gerçekçi bir alıştırmaya için; Belediye, Sivil Savunma, Polis, İtfaiye, Sağlık Müdürlüğü, Hızır Acil, TEK, Su İşleri, Kızılay, PTT, Ulaştırma ve Doğal Gaz Şirketi yetkililerinin de katılımı sağlanmalıdır.

Yapılacak alıştırmaya, beş bölüme ayrılmıştır:

1. Bölüm: Planlamayı yapanlardan birisi olay hakkında genel bir bilgi verir. Bu arada gerçek olaylarla ilgili deneyimlerin aktarılması yararlı olabilir.

2. Bölüm: Her bir grup bir lider belirler ve verilen rehber bilgiler yardımı ile ön eylem planı hazırlarlar. Bu bölümde, personel, hastane yatak kapasiteleri, devre dışı kalan sistemler, su sorunları, alternatif kaynaklar, organizasyon sorunları, yönetim örgütlenmesi, iletişim gibi konular tartışılıp her biri ön eylem planı içinde değerlendirilir.

3. Bölüm: Her grup kendi ön eylem planını diğerleri ile karşılaştırıp değerlendirir.

4. Bölüm: Her bir gruba ikinci bir sorun verilir ve kurumlar arası eşgüdüm dikkate alınarak yeni bir eylem planı hazırlanır. Olası sorunlar ve çözüm yolları belirlenir.

5. Bölüm: Yapılan planlar birlikte değerlendirilir, eksikler, kazanımlar ve öğrenilenler gözden geçirilir.

Olağanüstü Durumlara Yönelik Toplum Eğitim Planları

- Toplumun olağanüstü durumlar konusunda bilinçlenmesi, hazırlıklı olması ve sorunlarla başa çıkması amacı ile eğitilmesi planlamanın önemli bir basamağıdır.
- Böyle bir eğitimin programının basamakları:

1. Toplumsal risklerin ve olası zararların tanımlanması,
 2. Toplumsal profilin çıkarılması,
 3. Hedef kitlenin belirlenmesi,
 4. Eğitim içindeki etkinliklerin belirlenmesi,
 5. Planlama ekibinin organizasyonu,
 6. Toplumun bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi,
 7. Bilgi aktarım kaynaklarının ve yollarının belirlenmesi,
 8. Eğitim programının oluşturulması,
 9. Finans ve kaynak gereksinimlerinin belirlenmesi,
 10. Tüm başlıkların birlikte değerlendirilmesi,
 11. Eğitim planının uygulamaya konması,
 12. Değerlendirme ve yeniden gözden geçirme.
- Toplumun olağanüstü durumlar konusunda bilinçlenmesi amacı ile planlanan bu eğitim programı, etkin bir şekilde uygulandığında, kişisel kazanımların ötesinde toplumun karşı karşıya kalacağı riskleri azaltmak yönünde de önemli adımlar atılacağı unutulmamalıdır.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA TIBBİ ETİK

Ata SOYER

Hekimler mesleklerini farklı gereklilik ve zorunluluk düzeylerindeki yasal ve etik ilkelere göre icra ederler. Bazı ülkelerde, tıp eğitimi tıbbi pratik ve çalışma koşullarının çeşitli yönlerini düzenleyen bir dizi yasa vardır. Ek olarak, doğrudan meslek örgütleri aracılığı ile tıp mesleği ve tıbbi pratiğin pek çok yönünü düzenlemeyi amaçlayan kurallar geliştirilir. Bu durum, özellikle hekimlerin başkalarının haklarını etkileyebilecekleri alanlarda, yani insan hakları ve hekimlik ilişkisinin yoğun olduğu alanlarda söz konusudur. Bu düzenlemeler, 1970'li yıllarda yoğunluk kazanmıştır ve insan hakları ihlallerine hekimlerin ve tıbbin karışmasının uluslararası düzeyde bir sorun olması ile yakından ilişkilidir.

Tıbbın insan hakları ihlallerine karışması gerek ülkemiz, gerekse dünyadaki birçok ülke için önemli bir sorundur. Son 20 - 30 yılda bu sorun dünyanın birçok yerinde gündemin başlarına yerleşmiştir. Tıp özellikle gözaltı sürecinde rapor verilmesi, otopsi raporları, psikiyatrik sorunlar, açlık grevlerinde tıbbi müdahale, bedensel cezalara onay, ölüm cezası uygulaması, zorla medikasyon gibi alanlarda insan hakları ihlallerine katılmaktadır. Tıbbın ve hekimlerin insan hakları ihlallerine karışmasının yoğunlaşması, çeşitlenmesi ve incelikli hale gelmesi, ulusal ve uluslararası düzeyde meslek kuruluşlarını harekete geçmeye, bölgesel ve uluslararası düzeylerde ortak ilkeler oluşturulmasına zorlamıştır. Özellikle uluslararası düzeydeki etik ilkeler bir "konsensus"u

ifade etmektedir. Bu etik ilkeler, hukuksal bakımdan bir zorlayıcılıkları olmamasına karşın, etkin bir moral güç oluşturması açısından anlamlıdır.

Uluslararası düzeyde oluşturulan, insan hakları ile ilgili tıbbi etik standartları arasında en önemlilerinden birisi, tıbbin işkenceye karıştırılması konusunda net bir tutum içeren Dünya Hekimler Birliği'nin yayınladığı "Tokyo Deklarasyonu"dur. 1975 yılında kabul edilen ve insan hakları ve hekimlik etiği ile ilgili en önemli metinlerden birisi olan bu deklarasyon, bu alanda kendisinden sonraki gelişmeleri büyük ölçüde etkilemiştir. Bir diğer önemli belge de, Tokyo Deklarasyonu sonrasında Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi ile Uluslararası Tıp Bilimleri Örgütleri Konseyi (CIOMS) tarafından hazırlanıp, 1982'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilen "Birleşmiş Milletler Tıp Etiği İlkeleri"dir. Tokyo Deklarasyonu ile benzer ilkeleri kapsamakla birlikte, sadece hekimleri değil tüm sağlık çalışanlarını ilgilendirmesi açısından önem taşımaktadır.

Avrupa Tabip Birlikleri, Ocak 1988'de "Avrupa Tıp Etiği İlkeleri" isimli belgeyi kabul etmişler, İslam ülkeleri Tabip Birlikleri ise Ocak 1981'de "Kuveyt Deklarasyonu"nu yayınlamışlardır.

Dünya Psikiyatri Birliği tarafından 1977 yılında, psikiyatrinin insan hakları ihlallerine katılımı konusunda yayınladığı Hawaii Deklarasyonu yanı sıra,

Uluslararası Hemşireler Konseyi gibi bazı sağlık meslek gruplarının hazırladıkları etik belgeleri vardır.

Tüm bu belgelerin temelinde Hipokrat'ın ünlü ilkesi yatmaktadır; "**primum non nocere**" (önce zarar verme).

Meslek birliklerinin hazırladığı etik belgelerinin dışında, uluslararası insan hakları belgelerinde de sağlık çalışanlarına göndermeler yapılmış ve ağırlıklı olarak mahkum ya da tutukluların diğer insanlarla eşit tıbbi bakım görme hakları üzerinde odaklanmıştır. Ancak bu belgelerin tıbbi etik ile ilgili diğer belgelerden en önemli farkı, tıbbin bu tür ihlallere katılımının uluslararası hukuka aykırı olduğunu açıkça vurgulamasıdır.

Bu uluslararası belgelerin bazıları şunlardır;

- 1949'da kabul edilen dört Cenevre Konvansiyonu ve 1977 tarihli ek iki protokol.
- 1966'da kabul edilen Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Antlaşması.
- 1985'de kabul edilen İşkence ve Diğer Zalimce, İnsanlıkdışı ya da Aşağılayıcı Muamele ya da Cezaya Karşı Birleşmiş Milletler Konvansiyonu.
- 1988'de kabul edilen Her Türü Tutukluluk ya da Mahkumiyet Biçimi Altında Bulunan Bütün Kişilerin Korunması İçin Birleşmiş Milletler İlkeleri.

- 1955'de kabul edilen Birleşmiş Milletler'in Mahkumlara Yapılacak Muamele Konusundaki Asgari Kuralları.
- 1991'de kabul edilen Kişilerin Akıl Hastalığından Korunması ve Tıbbi Sağlık Bakımının İyileştirilmesi İçin İlkeler.

Başta silahlı çatışma dönemleri olmak üzere, olağanüstü durumlarda hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına yol göstermeyi amaçlayan uluslararası insan hakları ve tıbbi etik belgeleri de vardır.

Silahlı çatışma dönemlerinde sağlık çalışanlarının hak ve sorumlulukları konusu savaşların tarihi kadar eskidir. Ancak bu konunun ele alınması, 1859'da İsveçli Henry Dunant'ın çabaları ile başlatılmış, "Yaralılara Yardım Komitesi" ve "Uluslararası Kızılhaç Komitesi" girişimleri ile devam etmiştir. Bu çabalar çerçevesinde uluslararası insancıl hukukun en önemli belgeleri olarak kabul edilen Cenevre Konvansiyonları imzalanmıştır. İlk Cenevre Konvansiyonu, 22 Ağustos 1864'de imzalanmış, dördüncüsü ise 1949'da yürürlüğe girmiştir. Bugün dördü birlikte Cenevre Konvansiyonları adıyla bilinen bu belgeler şunlardır:

1. "Yaralı ya da Hasta Silahlı Kuvvetler Mensubunun Durumunun İyileştirilmesi",
2. "Deniz Kuvvetleri Mensubu Hasta ve Yaralıların Durumunun İyileştirilmesi",
3. "Savaş Esirlerinin Bakımı İle İlgili Konvansiyon",

4. "Savaş Sırasında Sivil Halkın Korunması İle İlgili Konvansiyon".

1949 yılında bu konvansiyonların yürürlüğe girmesinden sonra silahlı mücadelelerin sayısı, etkilenen nüfus artmış, savaşlar artık iki ya da daha fazla ülke arasında değil ülkelerin kendi içlerinde yaşanmaya başlamıştır. Bu gelişmeler karşısında 1949 Cenevre Konvansiyonlarına 8 Haziran 1977'de, silahlı çatışma dönemlerinde sivil halkın korunmasını amaçlayan iki protokol daha eklenmiştir.

Bu konvansiyon ve protokoller ilke olarak, hekimler ve sağlık çalışanlarının yaşama mutlak saygı göstermelerini, önyargısızca vicdanlı ve saygılı hizmet etmelerini, temel ilgi alanı olarak hastanın sağlığını ele almalarını, tıbbi bilgilerini tehdit altında bile olsalar insanca olmayan bir biçimde kullanmamalarını öngörmektedirler. Özet olarak bu belgeler, uluslararası ve iç çatışma durumlarında hekimler ve sağlık çalışanlarına şu görevleri yükler:

1. Hasta ve yaralı asker ve siviller korunmalı, insanca davranılmalı ve gecikmeden tıbbi bakım sağlanmalıdır.
2. Sağlık çalışanları tıbbi görevlerini yerine getirirken, saygı gösterilmeli, korunmalı ve desteklenmelidir.
3. Yaralı ve hastalara, sadece tıbbi temelde ayırım yapılmalı, tedavi sırasında diğer özellikleri, bağlantıları dikkate alınmamalıdır.
4. Tıbbi personel, yaralanan kişilere tıbbi etik doğrultusunda tıbbi bakım

sağladıkları ya da tıbbi etik ilkelerine aykırı tıbbi davranışı reddetmeleri için cezalandırılmamalıdır.

5. Yaralı, hasta, savunmasız asker ve sivillere yapılan saldırılar yasaklanmıştır. Gözaltında bulundurulduklarında bile tam ve mükemmel tıbbi bakım ve inceleme sağlanmalıdır.
6. Özellikle sivil tıbbi hizmetlerin aksadığı bölgelerde, tıbbi bakıma gereksinim duyulduğu hallerde, sağlık çalışanları bu bölgelere girebilmelidir. Benzer biçimde, tıbbi bakım gereksinimi olan kişiler bu hizmetleri talep edebilmelidirler.
7. Kime hizmet ettiğine bakılmaksızın tıbbi olanaklar, araçlar, ihtiyaçlar korunmalı ve yok edilmemelidir.
8. Bütün tıbbi birimlerde tanınabilir bir tıbbi amblem (Kızılhaç veya Kızılay gibi) bulunmalı, personel ve ulaşım olanakları yalnızca tıbbi amaçlarla kullanılmalıdır.
9. Silahlı çatışmanın tarafları yaralı ve hastaların bakımı için, pratik antlaşmalar yapma ve destekleme konusunda işbirliği yapmalıdır.
10. Vicdani, ahlaki ve hukuki ilkeler üzerinde yükselen bu yasayı çiğneyen silahlı çatışma taraflarından biri bunu yaptıktan sonra vatandaşların çıkarlarına hizmet etmeye çalıştığını meşru bir biçimde iddia edemez.

Bu alanda Dünya Hekimler Birliği de bir etik belge düzenlemiştir. "Silahlı Çatışma

Dönemlerine İlişkin Kurallar" adıyla anılan bu belge, ilk kez 1956'da Havana'da Dünya Hekimler Birliği 10. kurultayında benimsenmiş, 1957'de İstambul'daki 11. kurultayda düzeltilip, 1983'de Venedik'te 35. kurultayda geliştirilmiştir. Belgenin özü, "Silahlı çatışma dönemlerinde tıp ahlakı, ... barış dönemlerinden farklı değildir. Hekimin birincil yükümlülüğü, mesleki görevidir. Mesleki görevini yürütürken, hekimin en başta gelen yol göstericisi vicdanıdır" şeklinde özetlenebilir. Hekimlere düşen görevler de, "sağlığı korumak ve yaşamı sürdürmek" başlığı altında özetlenmiştir.

Dünya Hekimler Birliği'nin silahlı çatışma dönemleri dışında, kimyasal ve biyolojik silahlar ile ilgili bir belgesi ve doğal afetlerde tıbbi müdahale ile ilgili de bir belge taslağı bulunmaktadır.

Tüm bu belgelerin amacı, hekimlere karşılaştıkları durumlar ve mesleki görevleri hakkında yol göstermektir. Bunca belgeye karşın, olağanüstü durumlarda hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirmeleri her zaman mümkün ol(a)mamaktadır. Bu noktada önemli olan, bu belgelerin yaygınlaşmasını, hekimlere ulaşmasını, zorlayıcı olmalarını ve uygulanıp uygulanmadıklarının denetlenmesini sağlamak; bu çerçevede yeni araçlar geliştirmektir.

Hekimlerin her koşulda mesleklerini yapabilmeleri, ancak bu belgeler konusunda tutarlı ve ısrarlı çaba içerisinde olan meslek örgütlerinin varlığı ile ilişkilidir.

ULUSLARARASI ÖRGÜTLERİ TANIYALIM

Zuhal AMATO

Birleşmiş Milletler - BM (United Nations - UN)

Birleşmiş Milletlere kimler üye ?

Yeryüzündeki hemen tüm ülkeler, bu da 180 civarında ülke demek...

Birleşmiş Milletler ne zaman kuruldu?

24 Ekim 1945'te, İkinci Dünya Savaşının yıkımlarından sonra böyle bir uluslararası örgüte gereksinim oldu.

Birleşmiş Milletlerin merkezi nerededir ?

New York'dadır. Ancak çeşitli alt örgüt ve organların merkezleri değişik yerlerde olabilir. Örneğin; Uluslararası Adalet Divanı merkezi Lahey'de, Dünya Sağlık Örgütü merkezi ise Cenevre'de bulunmaktadır.

Birleşmiş Milletlerde resmi dil nedir?

Çince, İngilizce, Fransızca, Rusça ve İspanyolca. Bazı büyük organlarda bunlara Arapça da eklenmiştir.

Birleşmiş Milletler gelirini nereden sağlıyor ?

Üye ülkelerin ödentilerinden. Miktarları ülkelere göre değişen bir skala ile belirlenmiştir. Bunun dışında birçok BM etkinliği, normal bütçenin dışında yapılan bağışlar ve yardımlarla sürmektedir. Örnek

olarak; UNICEF (BM Çocuk Örgütü), UNHCR (BM

Mülteciler Yüksek Komiserliği), UNDP (BM Kalkınma Programı), UNPF (BM Nüfus Örgütü), WFP (Dünya Gıda Programı) etkinliklerini bu tür gelirlerle sürdürmektedirler.

Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi nedir ?

Uluslararası güvenlik ve barışın sürdürülebilmesi için kurulmuş bir konseydir. 15 üyesi vardır. Bunların beşi (Çin, Fransa, Rusya Federasyonu, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri) daimi üyelerdir; diğer üyeler ise, iki yıllığına seçilirler.

Birleşmiş Milletler içinde hükümet dışı kuruluşların (NGO) yeri nedir ?

BM esas olarak, üye ülkelerin resmi politikalarını temel alarak çalışır. Ancak özellikle BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi gerek gördüğü zaman hükümet dışı kuruluşlara, sivil toplum örgütlerine danışır. Bu kapsamda 900'den fazla örgüt vardır ve bazı toplantılara gözlemci gönderebilirler.

WHO (Dünya Sağlık Örgütü)

Türkiye DSÖ'nün hangi bürosuna bağlı?

Merkezi Kopenhag'da bulunan

Avrupa Bölge Bürosu
DSÖ çalışmalarının özelliği nedir?
DSÖ, fon sağlayan bir örgüt değildir, genellikle sanıldığı gibi aksine malzeme ve ekipman sağlamaz. Buna rağmen ülkenin acil gereksinimi olan konularda bir miktar malzeme de sağlamıştır (afet veya sıtma gibi durumlarda).
Programların çoğu diğer BM Örgütleri veya gönüllü kuruluşlarla işbirliği şeklinde yürür.

DSÖ, Türkiye’de hangi konulara öncelik verir?

- Ana çocuk sağlığının geliştirilmesi(aşı, emzirme ve bakım)
- Aile planlaması
- Sağlık politikaları ve reformların sunulması
- Birincil sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesi
- Bulaşıcı hastalıkların denetlenmesi
- Çevre sağlığının korunması programlarının geliştirilmesi
- Sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi
- Sağlıklı kentler
- Akıl sağlığı

UNDP (BM Kalkınma Programı)

UNDP Türkiye’de hangi alanlardaki programlarda işbirliği yapmaktadır?

- Küresel kalkınma gündeminin uygulanmasına destek sağlama (örneğin 1992 BM Çevre ve

Kalkınma Konferansı, 1995 Dünya Kadın Konferansı gibi)

- Kentleşme ve çevre
- Sosyal kalkınma ve gelişme farklılaşmalarının azaltılması
- İnsani yardım programları
- Projeler

UNICEF (BM Çocuklara Yardım Fonu)

UNICEF’in Türkiye’deki faaliyet alanları nelerdir?

1950’lerde Türkiye’de sağlık hizmetleri ve malzemeleri alanında yardımcı olup bu hizmet ve malzemelerin ülkenin yoksul bölgelerine ulaştırılması gibi bir hedef seçen UNICEF, 1960’larda ana çocuk sağlığı ve sıtma, verem ve trahom gibi hastalıklara karşı mücadelede yer aldı. Şu anda yürütülen altı ana program şunlardır:

1. Temel sağlık
2. Temel eğitim
3. Kadının statüsü ve gelişimi için iletişim ve destek
4. Kalkınmada öncelikli illerde kadınlara ve çocuklara yönelik temel hizmetler
5. Gecekonduarda yaşayan annelere ve çocuklara yönelik temel hizmetler
6. Çocuklara yönelik bilgilendirme, tanıtım ve planlama.

UNHCR (BM Mülteciler Yüksek Komiserliği)

UNHCR nedir?

BM tarafından kurulmuştur ve 1951'de faaliyetlerine başlamıştır. Amacı, dünya mültecilerini koruma, yardım etme ve sorunlarını çözmedir. Türkiye dahil 100'ün üstünde ülkede temsilcilikleri vardır.

Uluslararası koruma nedir?

Mülteci, kendi ülkesinin korumasından yararlanamayan kişi olduğuna göre, UNHCR mültecilerin terkettikleri ülkeye arzuları dışında geri gönderilmelerini engellemeye çalışır. UNHCR, aynı zamanda devletlerin uluslararası hukukun belirlediği standartlara uyup uymadığını gözlemler.

Yardım ve çözüm geliştirme:

Sadece uluslararası koruma yeterli değildir. Bu kişilere son derece zor koşullarda gıda, su, sağlık, barınma gibi yardımların sağlanması gerekebilir. Hükümetlerin ve gönüllü kuruluşların yeterli olamadığı durumlarda UNHCR, ek yardım projeleri hazırlar. Evlerine geri dönmek isteyen mültecilerin güvenli bir şekilde geri dönmelerine de yardımcı olur.

Avrupa Konseyi

Avrupa Konseyi ne zaman kuruldu, merkezi neresidir ?

1949'da kurulmuştur ve merkezi Fransa'nın Strasbourg kentidir.

Avrupa Konseyine kimler üye ?

İlk on üyeye (Belçika, Danimarka, Fransa, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, İsveç, İngiltere) sonradan diğer ülkelerin de eklenmesi ile üye sayısı artmıştır. Türkiye de üyedir.

Avrupa Konseyi ile Avrupa Birliği aynı kuruluşlar mıdır ?

Hayır.

Avrupa Konseyinin temel ilgi alanları nedir ?

Hükümetler arası eğitim, kültür ve sosyal sorunlar konularında işbirliği ve planlama, insan hakları, işkencenin önlenmesi, halk sağlığı, gençlik sorunları, hukuksal işbirliği, vb...

Avrupa Konseyinin temel organları nelerdir ?

En önemli iki organı Parlamento ve Bakanlar Komitesidir. Avrupa Konseyi Parlamentosu, ulusal meclisler tarafından seçilmiş 170 üyeden oluşur. Bakanlar Komitesi ise üye ülkelerin dışişleri bakanları ve yardımcılarından oluşur. Diğer organlar içinde en önemlileri, Avrupa İnsan Hakları Komisyonu ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesidir.

Uluslararası Af Örgütü (Amnesty International)

Ne zaman kuruldu, merkezi nerededir?

1961'de bir İngiliz avukatın çabaları ile çalışmaya başladı, merkezi Londra'dadır. Birçok ülkede ulusal birimleri ya da

yerel temsilcilikleri vardır. Tüm dünyada 500 binden fazla üyesi olan örgüt, ağırlıklı olarak üye ödentileri ile çalışır.

Uluslararası Af Örgütü'nün amacı nedir ?

İnsan hakları ile ilgili uluslararası sözleşme ve bildirgelerin uygulanabilmesi için baskı oluşturma, inançlarından dolayı cezalandırılan kişilerin haklarını koruma, işkenceyi önleme, ölüm cezasına karşı çıkma, vb...

Kızılhaç ve Kızılay Örgütleri

Ne zaman, hangi amaçla kuruldu ?

Kızılhaç örgütü, ilk olarak İsviçreli Dunant tarafından öngörülen biçimi ile 1863'te çalışmaya başladı. Bugün merkezi İsviçre'nin Cenevre kentinde olan örgüt, Uluslararası Kızılhaç Komitesi (International Committee of the Red Cross) adını taşımakta ve çalışmalarını ağırlıklı olarak, savaş

kurbanlarına yardım amacı ile yürütmektedir.

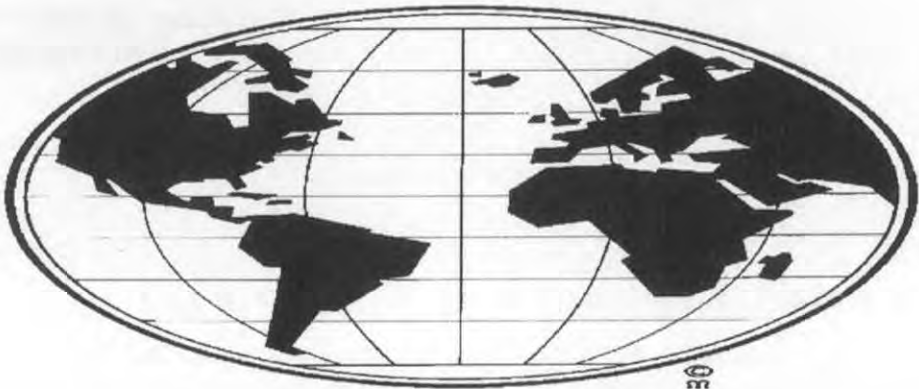
Ayrıca 1919'da kurulan Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Örgütleri Birliği (LRCRCS), ülkelerdeki örgütlerin işbirliği yapmalarını sağlamak ve her türlü felaket koşulunda yardım sağlamak amacı ile çalışmaktadır. Uluslararası Kızılhaç Örgütü bu iki organı içerir.

Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Örgütleri Birliğinin temel çalışma alanı nedir ?

Cenevre Sözleşmesi şartlarının yerine getirilmesi ve savaş kurbanlarına yardım edilmesi, barış zamanlarında ise aynı amaçla kurslar düzenlenmesi, kan bankaları kurulması, doğal felaketlerde insanlara yardım, mültecilere yardım alanlarında çalışır.

Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Örgütleri Birliği resmi bir kuruluş mudur ?

Hayır. Bu örgütler bağımsız ve gönüllülük esası ile çalışmaktadır.



Ek 1

ÖLÜLERLE İLGİLİ SORUNLAR

Hekimleri yakından ilgilendiren ölümlerle ilgili ana konular:

- Ölülere ulaşım
- Kimlik belirleme
- Ölüm nedeninin belirlenmesi (doğal afetlerde gelecekte alınacak önlemler açısından bu konu önem taşır,ama insan eliyle oluşturulan olağan dışı durum ölümlerinde daha da önemlidir).
- Ölülerin güvenli, temiz ve serin bir yerde toplanması
- Yakınların bilgilendirilmesi
- Kayıtların tutulması
- Definle ilgili sorunlar

***Unutulmamalı!**

- Ölülerin defnedilmesi işi hekimleri de ilgilendirir!
- Toplu mezarlardan kaçınılmalı (kültürel, sosyal ve dini nedenlerle halk tarafından hoş görülmez)
- Yakınların bilgilendirilmesi tüm sağlık personelinin olduğu kadar hekimlerin de görevidir! Özellikle sağlık kuruluşlarında cenazeleri bulunanların hekimlere gelip soru sorması normaldir. Aile veya kişilerin yakınlarının cenazelerine sahip çıkma hakkı vardır!
- Kayıt bir angarya değil, olmazsa olmaz bir işlemdir!

Teknik Bilgiler:

1. Mezarlar yeraltı ve yerüstü sularına kontaminasyona izin vermeyecek özellikte olmalı.
2. Mezarlar yeterince derin olmalı
3. Toplu mezar kaçınılmaz olmuştaysa, cesetlerin üzeri sönmemiş kireç ile örtülmeli.

BİRLEŞMİŞ MİLLETLER TIP AHLAKI İLKELERİ

1. Tutuklu ve gözaltında bulunanların tıbbi bakımı ile görevli sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin, anılan kişilerin bedensel ve ruhsal sağlıklarını korumak ve hastalıklarının tedavi etmek, tutuklu ya da gözaltında bulunmayanlara sağlanan nitelik ve düzeyde ödevidir.
2. Sağlık çalışanları özellikle hekimler için, işkence ya da başka zalimce, insanlık dışı, onur kırıcı davranış ya da cezaya katılma, ortaklık etme, kışkırtma veya kalkışma niteliğindeki eylemlerde doğrudan ya da dolaylı olarak rol almak, uluslararası belgelere göre bir suç olduğu gibi, tıp ahlakının ağır biçimde çiğnenmesidir.
3. Sağlık çalışanları özellikle hekimler için tutuklu ya da gözaltında bulunanlarla salt onların bedensel ve ruhsal sağlığını değerlendirmek, korumak iyileştirmek dışında bir amaçla herhangi bir mesleki ilişkiye girmek tıp ahlakına aykırıdır.
4. (a) Tutuklu ya da gözaltında bulunanların bedensel ya da ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek ve ilgili uluslararası belgelere uygun düşmeyecek biçimde bu kimselerin sorgulamalarına yardımcı olmak için bilgi ve becerilerini kullanmak,
(b) Bedensel ya da ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek ve ilgili uluslararası belgelere uygun düşmeyecek biçimde tutuklu ya da gözaltında bulunanların herhangi bir davranış veya cezaya uygunluklarını onaylamak ya da onaylanmasına katılmak, ya da ilgili uluslararası belgelere uygun düşmeyen herhangi bir davranış ya da cezanın uygulanması herhangi bir biçimde katılmak, sağlık çalışanları , özellikle hekimler için tıp ahlakına aykırıdır.
5. Tutuklu ya da gözaltında bulunan bir kişinin kendisi, tutuklu ya da gözaltındaki arkadaşları ya da gardiyanların bedensel ya da ruhsal sağlığı ve güvenliği için gerekli olduğu salt tıbbi ölçülerle belirlenip ilgilinin bedensel ve ruhsal sağlığına hiçbir zarar vermeyeceği saptanmadıkça, tutuklu ya da gözaltında bulunan bir kişiye herhangi bir zor uygulama işlemine katılmak, sağlık çalışanları, özellikle hekimler için tıp ahlakına aykırıdır.
6. Kamu güvenliği dahil, hangi gerekçelerle olursa olsun, yukarıdaki ilkelere aykırı davranılamaz.

Ek 3

SİLAHLI ÇATIŞMA DÖNEMLERİNE İLİŞKİN KURALLAR

Silahlı Çatışma Dönemlerine İlişkin Yönerge

1. Silahlı çatışma dönemlerinde "**tıp ahlakı**", Dünya Tabipler Birliğinin "**Uluslararası Tıp Ahlakı Yasası**"nda da saptadığı gibi barış dönemlerinden farklı değildir. Hekimin birincil yükümlülüğü mesleki görevidir. Mesleki görevini yürütürken hekimin en önemli yol göstericisi vicdandır.
 2. Tıp mesleğinde birinci görev **sağlığı korumak ve yaşamı sürdürmektir**. Bu nedenle hekimlerin şunları yapmaları olanaksız sayılır;
 - a. Hastanın yararına olmayan koruyucu, tanı koyucu veya iyileştirici işlemleri uygulamak ya da önermek,
 - b. İyileştirici bir etki sağlamadan kişinin fiziksel veya zihinsel gücünü zayıflatmak,
 - c. Bilimsel bilgiyi, sağlığı tehlikeye atmaya veya yaşamı ortadan kaldırmaya yönelik olarak kullanmak.
 3. Silahlı çatışma dönemlerinde de, insanlar üzerinde deney yapmakla ilgili yasa barış döneminde olduğu gibi aynen geçerlidir. Özellikle sivil ya da askeri tutsaklar ile, ele geçirilmiş ülkelerin halkları gibi özgürlüklerinden yoksun kişiler üzerinde **deney yapmak bütünüyle yasaktır**.
 4. Acil durumlarda hekim **yansız** olarak, cinsiyet, ırk, ulus, din, politik görüş ve benzeri ölçütlere bakmaksızın gereksinimi olanlara sağlık hizmeti vermeli ve bu hizmeti gerekli ve uygulanabilir olduğu sürece sürdürmelidir.
 5. Mesleki uygulamalar sırasında **tıbbi gizlilik** hekim tarafından korunmalıdır.
 6. Hekime sağlanan ayrıcalıklar ve kolaylıklar, mesleki amaçlar dışında kullanılmamalıdır.
- Hasta ve Yaralıların Özellikle Çatışma Sırasındaki Bakımlarını Düzenleyen Kurallar**
- A.**
1. Koşullar ne olursa olsun, asker veya sivil her kişi, cinsiyet, ırk, ulus, din, politik görüş ve benzeri ölçütlere bakılmaksızın gereksinimi olan sağlık hizmetini almalıdır.
 2. İyileştirici olmadığı sürece kişinin sağlığına, fiziksel ya da zihinsel bütünlüğüne zarar veren bütün işlemlerin uygulanması yasaktır.

B.

1. Acil durumlarda hekimlerden ve yardımcı sağlık çalışanlarından verebilecekleri **en iyi acil sağlık hizmetini** sunmaları istenir. Tıbbi yönden acil olanlar dışında hastalar arasında herhangi bir ayırım yapılmayacaktır.
2. Tıp mesleğinin ve yardımcı mesleklerin üyelerine, mesleki etkinliklerini özgürce yürütebilmeleri için gereken **güvence** sağlanmalıdır. Sorumluluklarını yerine getirmeleri için zorunlu olan yardımlar yapılmalıdır. Yardımlaşmaları gerektiğinde **özgür dolaşma hakkı** tanınmalıdır. Mesleki olarak tam
- bağımsız bir ortamda bulunmaları sağlanmalıdır.
3. Tıbbi görev ve sorumlulukların yerine getirilmesi hiçbir koşulda suç sayılmayacaktır. Hekim hiçbir zaman mesleki gizliliği gözetmesi nedeni ile kovuşturulmayacaktır.
4. Görevleri başındaki sağlık tüm çalışanları, **beyaz zemin üzerine kırmızı yılan ve asa amblemi** ile ayırt edilirler. bu amblemin kullanılışı özel bir yönerge ile düzenlenmiştir.

Ek 4

**OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA DÜNYA HEKİMLER BİRLİĞİNİN
TIBBİ ETİK KONUSUNDAKİ ÖNERİLERİ***

Triaj

1. Ciddi olarak yaralanmış, çok sayıda yaralı varsa ve hemen sağlanabilecek tedavi kaynaklarının eksikliği söz konusu ise, yaralıların sınıflandırılması öncelikli bir etik sorun olarak ortaya çıkar. Triaj, acil tıbbi bakım gereksinimi ile ilgili tanı ve prognoz ile ilgili tıbbi kararlar verebilmenin bir yöntemidir. Bu işlemi, olay yerinde ya da bir acil yardım biriminde verilecek tıbbi bakım için gereken kaynakların belirlenmesi izler.

Resüsitasyon ve triaj eş zamanlı yapılmalıdır.

2. Triaj, bu konuda eğitimli bir görevlinin yardımı eşliğinde deneyimli bir hekim tarafından yürütülmelidir.
3. Hekim yaralıları aşağıdaki gruplara ayırmalıdır:
 - a. Yaşamsal tehlikede olan ve acil tedaviye gereksinimi olanlar,
 - b. Acil tedaviye gereksinimi olmayanlar,
 - c. Gözetim altında olması gereken, fiziksel travmalılar,

- d. Ciddi durumda olup, eldeki tedavi kaynakları ile iyileştirilmesi mümkün olmayacak kadar ağır yaralılar (ümitsiz olgular).

4. (a) Etik kurallar bakımından yaralıların gruplandırılmasında ümitsiz olgulara yaklaşım, terminal dönemde olan hastalara yaşam desteği sağlama konusundaki yaklaşıma benzer. Hekimlerin, ümitsiz olguları tedavi etmeye çalışarak diğer olgular için kullanılacak kaynakları harcamaları etiğe aykırıdır. Buna rağmen hekim ümitsiz olgulara karşı insancıl davranmalı, onları diğerlerinden ayrı tutup acılarını dindirerek bakımlarını ve rahat etmelerini sağlayarak, özel yaşamlarına saygı göstermelidir.

(b) Hekimin önceliği iyileşebilecek düzeyde yaralanmış, mümkün olduğu kadar çok sayıda kişiyi kurtarmak olmalıdır.

Hasta ve Yaralılarla Olan İlişkiler

1. Olağanüstü durumda hekim gereksinimi olan herkese yardım istemelerini beklemeden tıbbi yardım sağlamalıdır.

* Özetlenerek alınmıştır.

2. Kurtarılacak olan hasta ve yaralıların seçiminde, hekim yalnızca aciliyet durumunu göz önüne almalı ve ırk, milliyet, din, görüş, yaş, cinsiyet veya özel veya silahlı bir gruba üye olması üzerine kurulmuş tüm ön yargılardan uzak kalmalıdır.
3. Acil tıbbi girişimden önce hastanın onayının alınması gerekli değildir.
4. Hekimlerin hasta ve yaralılarla olan ilişkileri, ölenlere saygı ve yaşayanlara desteği de içerir.
5. Hekim yaralı veya hastanın geleneklerine ve inançlarına saygı göstermeli ve politik tarafsızlığını korumalıdır.

Üçüncü Kişilerle İlişkiler

1. Üçüncü kişilerle olan ilişkilerinde de hekim, yaralı ya da hastaya bir insan olarak saygı duymalı, mesleki güvenilirliğini korumalı, mesleki ve etik olarak bağımsız kalmalıdır.
2. Hekim medya ile ilişkisinde hastaları ile ilgili bilgilerin gizliliğini garanti altına almalıdır.

Diğer Sağlık Çalışanlarının Görevleri

- Bu alanda hizmet veren diğer sağlık çalışanları için de hekimler için geçerli olan etik kurallar geçerlidir.

Eğitim

- Dünya Hekimler Birliği, olağanüstü durumlar hekimliği eğitiminin tıp eğitimi programına alınmasını ve hekimlerin sürekli eğitim kurslarına katılmalarını önermektedir.

Sorumluluk

- Dünya Hekimler Birliği, tıbbi hizmet sağlamakta olan hekimlerin olağanüstü durum sırasında hizmet verirken haklarının gözetilmesi ve çalışmalarını yürütürken uğradıkları kişisel zararlardan korunmaları gerektiğini savunur.
- Dünya Hekimler Birliği devletlerden;
 1. Bu tür durumlarda din, ırk ve benzeri temelde ayırım gözetmeksizin yabancı hekimlerin yardımlarını kabul etmelerini,
 2. Bu yabancı hekimlerin din, ırk ve benzeri ayrımlara karşı korunmalarını,
 3. Tıbbi bakım hizmetlerinin, protokol kuralları ve yüksek düzeyde görevlilerin ziyaretlerine göre öncelikli hizmetler olarak kabul edilmesini talep eder.

Ek 5

ULUSLARARASI KIZILHAÇ ve KIZILAY ÖRGÜTÜNÜN ve HÜKÜMET DIŞI YARDIM KURULUŞLARININ OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA ÇALIŞMA KURALLARI*

Bu kurallar, yardım ve kurtarma çalışmalarının ayrıntıları ile ilgili olmayıp davranışlara bir standart getirmek amacı ile hazırlanmıştır. Bunu yaparken amaçlanan: bağımsız ve etkin çalışma koşullarının sağlanmasıdır. Bu kurallar, tamamen gönüllülük çerçevesinde ve tek tek örgütlerin kararlılığı ile güçlenecektir.

Genel Kurallar

1. İnsani zorunluluklar önde gelir. Yapılan insani yardım partizanca ya da politik bir eylem değildir, böyle de görülmemelidir.
2. Yardım, herhangi bir ayırım olmaksızın ırk, düşünce veya ulus farkı gözetilmeden verilir. Yardımların önceliği yalnızca gereksinime göre belirlenir.
3. Yardımlar, özel politik veya dini bir amaç için kullanılamaz.
4. Yardım örgütleri, devletlerin dış politikalarının bir parçası olamaz.
5. Yardım örgütleri, kültür ve geleneklere saygı gösterirler.
6. Yardım örgütleri, yerel olanakların kullanımını teşvik ederler.
7. Yardım örgütleri, yardım alan toplulukların bu çalışmalara katılımlarını sağlamak için çaba gösterirler.
8. Yardımlar, acil temel gereksinimleri karşılamak yanında, gelecekte oluşabilecek zararları da azaltmaya yönelik olmalıdır.
9. Yardım örgütleri, kendilerini hem yardım ettikleri topluluklara, hem de kaynak aktaranlara karşı sorumlu hissederler. bu ilişkilerde açıklık ve saydamlık temel çalışma anlayışı olmalıdır.
10. Bilgilendirme, tanıtım ve basın ile ilgili çalışmalarda felakete uğrayanlar acınacak kesimler olarak değil, saygın bireylerden oluşan topluluklar olarak tanınmalıdır.

Felaketten Etkilenen Ülkelerin Resmi Otoritelerine Öneriler

1. Devletler, hükümet dışı yardım örgütlerinin bağımsız ve insancıl

* Başta Uluslararası Kızıllaç ve Kızılay Örgütü olmak üzere birçok hükümet dışı yardım örgütünün birlikte hazırladığı broşürden özetlenerek alınmıştır.

- | | |
|--|---|
| çalışmalarını tanımalı ve saygı göstermelidir. | örgütlerini önemli eşdeğerleri (partner) olarak kabul ederler. |
| 2. Zarar gören ülkenin hükümeti, felaketten etkilenenlere hızlı ulaşım konusunda insani yardım örgütlerine kolaylık göstermelidir. | 2. Uluslararası resmi kuruluşlar, uluslararası ve yerel yardım ve kurtarma çalışmaları için etkilenen devletlere yardım etmelidirler. |
| 3. Resmi otoriteler, yardım malzemesinin ve bilgi akışının zamanında sağlanabilmesini kolaylaştırmalıdır. | 3. Birleşmiş Milletler Kuruluşları için sağlanan güvenlik ve koruma önlemlerinin hükümet dışı kuruluşlara da sağlanması konusunda uluslararası resmi kuruluşlara aracı olmalıdır. |
| 4. Resmi otoriteler, eşgüdümlü bilgilendirme ve planlama hizmetleri sağlamaya yardım etmelidirler. | 4. Uluslararası resmi kuruluşlar, hükümet dışı kuruluşlara da Birleşmiş Milletler kuruluşlarına sağlanan bilgilerin aynısını sağlamalıdır. |
| 5. Silahlı çatışma dönemlerindeki çalışmalar, uluslararası insancıl hukuk esaslarına göre yapılır. | |

Yardım Yapan (donör) Devletlere Öneriler

1. Donör devletler, hükümet dışı yardım örgütlerinin bağımsız ve insancıl çalışmalarını tanımalı ve saygı göstermelidir.
2. Donör devletler, maddi kaynak sağlarken, yardım örgütlerinin çalışma bağımsızlığını garanti eder.
3. Donör devletler, yardım örgütlerinin zarar görenlere ulaşımında her türlü olanağı kullanıp yardımcı olurlar.

Uluslararası Resmi Kuruluşlara Öneriler

1. Birleşmiş Milletler ve diğer uluslararası resmi kuruluşlar yerel ya da yabancı hükümet dışı yardım

Ek 6.

GEREKLİ ADRESLER:**Türk Tabipleri Birliği ve Tabip Odaları**

		Tel	Fax
Türk Tabipleri Birliği	Mithatpaşa Cad. No:62-18 06420 Ankara	(312) 418 31 56 418 39 63	(312) 417 26 72
İzmir Tabip Odası	Nusret Fişek Cad. No:5 Alsancak	(232) 422 10 44 421 97 78	(232) 421 70 51
İstanbul Tabip Odası	Türkoçağı Cad. No:19 Cağaloğlu	(212) 513 37 35	(212) 513 37 36
Ankara Tabip Odası	Hanımeli Sok. No:16-2 Sıhhiye	(312) 229 55 70	(312) 229 15 50
Adana Tabip Odası	Prof. Nusret Fişek Cad. No:41	(322) 453 47 67	(322) 458 00 01
Diyarbakır Tabip Odası	Vilayet Civarı Özel İdare İşhanı Kat:6	(412) 224 64 31	(412) 224 64 31

Bazı Birleşmiş Milletler Kuruluşlarının Türkiye Temsilcilikleri

WHO	Atatürk Bulvarı No:197 Kavaklıdere-Ankara	(312) 428 40 310	(312) 467 70 28
UNHCR	Abidin Daver Sok. No:17 Çankaya-Ankara	(312) 439 66 15 439 66 18	(312) 438 27 02
UNICEF	İran Cad. No:35 Ankara	(312) 427 85 61 427 85 63	(312) 427 57 40
UNDP	Atatürk Bulvarı No:197 Kavaklıdere-Ankara	(312) 426 54 85	
KIZILAY Genel Başkanlığı	Karanfil Sk. No: 7 00650 Kızılay-Ankara	(312) 431 76 80	(312) 417 76 82
Sağlık Bakanlığı	Sıhhiye-Ankara	(312)435 64 40	(312) 435 78 40

Notlar

Notlar