

SEMPOZYUM

DEPREME ÖZGÜ SORUNLAR VE OLASI ÇÖZÜMLER-2

DEPREMDE ACIL TIP UYGULAMALARI



İSTANBUL DEPREMİNE YÖNELİK SAĞLIK HİZMETİNİN YAPILANMASI ÇALIŞMA GRUBU

İSTANBUL TABİP ODASI | HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ
SUALTI VE HİPERBARİK TIP DERNEĞİ | TÜRK ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON DERNEĞİ
TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ | TÜRK GÖĞÜS CERRAHİSİ DERNEĞİ
TÜRK JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK DERNEĞİ | TÜRK TORAKS DERNEĞİ
TÜRKİYE ACIL TIP DERNEĞİ | TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ

SEMPOZYUM

**DEPREMDE ACİL TIP UYGULAMALARI:
DEPREME ÖZGÜ SORUNLAR VE OLASI ÇÖZÜMLER - 2**

09 MART 2024
İSTANBUL TABİP ODASI
SEVİNÇ ÖZGÜNER KONFERANS SALONU
CAĞALOĞLU, İSTANBUL

**İSTANBUL DEPREMİNE YÖNELİK
SAĞLIK HİZMETİNİN YAPILANMASI ÇALIŞMA GRUBU**

İSTANBUL TABİP ODASI | HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ
SUALTIVE HİPERBARİK TIP DERNEĞİ | TÜRK ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON DERNEĞİ
TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ | TÜRK GÖĞÜS CERRAHİSİ DERNEĞİ
TÜRK JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK DERNEĞİ | TÜRK TORAKS DERNEĞİ
TÜRKİYE ACİL TIP DERNEĞİ | TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ

Sempozyum:
Depremde Acil Tıp Uygulamaları: Depreme Özgü Sorunlar Ve Olası Çözümler -2

Yayına Hazırlayan:
Dr. Hasan Oğan

Sayfa Düzeni ve Kapak Tasarımı:
Alaattin Timur

1. Baskı
Temmuz 2024, İstanbul

ISBN: 978-605-9665-94-0

© İstanbul Tabip Odası
Türkocağı Cd. No: 9

© Hüseyin Gültepe
Ceylan Matbaa
Sertifika No: 75144

Ceylan Matbaa
Maltepe Mah Davutpaşa Cad. Güven İş Merkezi No:83/2 İç Kapı No: 319
Zeytinburnu-İstanbul
Tel: 0 212 613 1079

İÇİNDEKİLER

AÇILIŞ KONUŞMALARI.....	5
Prof. Dr. Betül Yalçınar	7
Dr. Ertuğrul Oruç	9
 PANEL: DEPREMDE TRİYAJ VE ACİL MÜDAHALE.....	 11
Triyaj II: 4N 1K (Nerede, Nasıl, Neden, Ne Zaman ve Kim)	13
<i>Prof. Dr. Serkan Yılmaz</i>	
Deprem Sonrası Cerrahi Ekip Nasıl Oluşturulmalı Çalışma Şartları Nasıl Olmalı?.....	23
<i>Doç. Dr. Ahmet Deniz Uçar</i>	
İstemsiz Hipotermi Tanısı, Önemi ve Tedavisi.....	31
<i>Doç. Dr. Ahmet Kemalettin Koltka</i>	
Depremde Hiperbarik Oksijen Tedavisi	37
<i>Prof.Dr. Şamil Aktaş</i>	
 PANEL: İHMAL EDİLEN KONULAR (II)	 49
Afetlerde Üreme Sağlığını Korumak İçin Nasıl Hazırlanmalıyız, Afetin Erken Döneminde Yapılması Gerekenler.....	51
<i>Prof. Dr. Türkan Günay</i>	
Psikiyatrik Olguların Takip ve Tedavisi Nasıl Olmalı?	59
<i>Uzm. Dr. Rümeysa Taşdelen</i>	
Afetlerde Yaşlı Dostu Yaklaşım ve Yaşlı Bireylerin Değerlendirilmesinde Dikkat Edilmesi Gerekenleri	67
<i>Dr. Öğr. Üyesi Filiz Demirdağ</i>	
 PANEL: DEPREMDE OBSTETRİK SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	 81
Depremde Gebe Takibi ve Normal Doğum Koşulları.....	83
<i>Doç. Dr. Oya Soylu Karapınar</i>	
Deprem ve Afet Koşullarında Yenidoğan Takibi ve Tedavisi.....	89
<i>Prof. Dr. Nejat Narlı</i>	
Doğum Analjezisi ve Sezaryen Gereken Olgularda Anestezi Yönetimi	95
<i>Prof. Dr. Mukadder Orhan Sungur</i>	

PANEL: GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ	
PERSPEKTİFİNDEN DEPREM	109
Türk Toraks Derneği Gözlemler ve Deneyim Paylaşımı	111
<i>Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu</i>	
Depremin Akciğer Sağlığına Akut Dönemdeki Etkileri	117
<i>Doç. Dr. Haluk Çalışır</i>	
Depremin Akciğer Sağlığına Uzun Dönemdeki Etkileri	125
<i>Prof. Dr. Hasan Bayram</i>	
Depremde Göğüs Acilleri, Gözlem ve Deneyim Paylaşımı	131
<i>Uzm. Dr. Selime Kahraman</i>	

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Dr. Betül Yalçın

İstanbul Depremine Yönelik Sağlık Hizmetinin Yapılanması Çalışma Grubu

Merhaba. 6 Şubat depreminden sonra, yaklaşık bir yıl kadar önce İstanbul Tabip Odası'nda İstanbul depremini karşılamaya yönelik, ona hazırlıklı olmaya yönelik bir çalışma grubu kuruldu. Başta İstanbul Tabip Odası olmak üzere bölge tabip odaları, meslek örgütleri, sivil toplum örgütleriyle birlikte bir çalışma yürütmeye karar verdik ve o çalışma grubunun faaliyetlerinden ilki 23 Aralık'ta depremde acil tıp uygulamaları konulu bir sempozyum düzenlemek olmuştu.

Bu sempozyumda onun devamı, tamamlayıcısı. Belki tamamlayıcısı demeyelim çünkü bu sempozyumları ihtiyaç olan noktalarda sürdürmeyi planlıyoruz. İlk sempozyum oldukça dolu, yoğun anlatımlarla ve tartışmalarla geçmişti.

Bu sempozyumun da bu şekilde geçmesini ümit ediyorum. İyi bir toplantı diliyorum. Hoş geldiniz tekrar.

Dr. Ertuğrul Oruç

İstanbul Tabip Odası Genel Sekreteri

Öncelikle İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu adına herkese hoş geldiniz diyorum. Bugün sempozyumumuzun ikincisini yapacağız. Ayrıca sempozyum 14 Mart Tıp Haftamızın da ilk etkinliği.

O vesileyle de 14 Mart Tıp Bayramımızı kutlamak isterim. Konumuz tabii ki deprem. Geçen sene hatırladığınız gibi bir deprem yaşamıştık ve geçen seneki 14 Mart'ta aslında bir bayram şeklinde kutlamama kararı almıştık. Dikkat çekmek, deprem bölgesindeki yaraların sarılması için protesto yürüyüşü yapmıştık.

Bir yıldan fazla zaman geçti ve ne deprem bölgesinde ne de İstanbul'da çok istenilen adımlar atılmış değil. Belki takip ettiniz ya da edemediniz bilemiyorum. Bölgede yaşanan depremin birinci yılında Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve değişik odalardan, farklı illerden oda temsilcilerinin olduğu bir ziyaretler yapıldı. Bölgede ki tabip odaları, hastaneler, diğer sağlık merkezleri ziyaret edildi, gözlemlerde bulunuldu. Raporlar yayınlandı.

Deprem bölgesindeki durum da bir yıl sonra aslında çok da değişmiş değil. Dönüp bakıyoruz İstanbul'a. İşte seçim arifesinde olduğumuz bir yılın geçtiği dönemde ne yapıldı?

Pek bir şey yapılmadı. Hatta hiçbir şey yapılmadı. O anlamıyla 14 Mart tıp haftasında böyle bir etkinlik koymanın da tabii ki koymamız tesadüf değil. Hala unutmadığımızı, dikkat çekmemiz gerektiğini hatırlatıyoruz aslında iktidara, bakanlıklara.

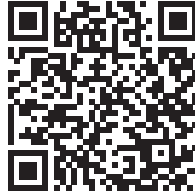
İlk sempozyumla ilgili çok olumlu geri bildirimler aldık. Dedik ki orada yer alamayan konuları mutlaka ikinci sempozyumumuzda koyalım, yer alsın. Bu arada kongreyi de yapmıştık. Ona da gerçekten çok katkı sunuldu. Olumlu geri bildirimler aldık.

Bu sempozyumunda çok verimli geçeceğine inanıyorum. İstanbul'daki olası bir depremde yaşanacak afet açısından şimdiden sunduğunuz katkılar için İstanbul Tabip Odası olarak teşekkür ediyoruz.

Kişileri, kurumları tek tek saymadan İstanbul dışından gelen, odalardan gelen temsilcilere, aslında İstanbul halkı için İstanbul Tabip Odası Yönetim Kuruluna adına tekrar teşekkür ederiz. Kolaylıklar dilerim.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

PANEL

DEPREMDE TRIYAJ VE ACİL MÜDAHALE

Oturum Başkanı
Prof. Dr. Ahmet Serdar Karaca
Türk Cerrahi Derneği

Triyaj II: 4 N 1 K
(*Nerede, Nasıl, Neden, Ne Zaman ve Kim*)
Prof. Dr. Serkan Yılmaz
Türkiye Acil Tıp Derneği

Deprem Sonrası Cerrahi Ekip Nasıl Oluşturulmalı
Çalışma Şartları Nasıl Olmalı?
Doç. Dr. Ahmet Deniz Uçar
Türk Cerrahi Derneği

İstemsiz Hipotermi Tanısı, Önemi ve Tedavisi
Doç. Dr. Ahmet Kemalettin Koltka
Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

Depremde Hiperbarik Oksijen Tedavisi
Prof. Dr. Şamil Aktaş
Sualtı ve Hiperbarik Tıp Derneği

Dr. Hasan Oğın

Herkese merhaba oturma başkanımız önemli bir toplantısı nedeniyle bugün gelemedi. Yedek güç olarak her zaman birileri olur. Bu panelde beraber yürüteceğiz.

Yaklaşık iki saatlik bir süremiz var. Tabii ki sonunda yarım saatlik de bir soru cevap bölümü yapacağız. Konuşmacılar bu süreye uyarıya sevinirim. Konuşmacıları tek tek davet edeceğim.

Daha sonra da hep birlikte burada birlikte sorularınıza cevaplamaya çalışacağız. İlk konuşmacımız geçen birinci sempozyumda da aramızdaydı. Türkiye Acil Tıp Derneği'nden Kocaeli'nden geldi. Profesör Doktor Serkan Yılmaz.

Triyaj II: 4N 1K

(Nerede, nasıl, neden, ne zaman ve kim?)

Prof. Dr. Serkan Yılmaz

Türkiye Acil Tıp Derneği

Aslında Hasan abi bu konuşmayı geçen sempozyumun başında istemişti. Triyajla başlayalım demişti. Ama ben orada hastaları görmeden önce yapılması gereken bazı şeyler var diye düşünmüştüm. Hastaların kendilerinin ya da halkın kendisinin yapması gereken bazı şeyler var diye düşünmüştük.

Karşılıklı bir fikir alışverişinden sonra o zaman ona öncelik vermiştik. Ama bugün yeri geldi ve artık triyaj konuşacağız. Biraz karmaşık duygular içerisindeyim. İstanbul Tabip Odası'nın değerli yöneticilerine, sevgili hocalarıma, değerli meslektaşlarıma önce günaydın diyerek başlamak istiyorum. Teşekkür ediyorum bu hassasiyetleri için.

Konuşmama başlamadan bir saygı iletmem gerekiyor. Dün Dünya Emekçi Kadınlar Günü'ydü. Bütün gün boyunca özgür ve güçlü kadını kutladık.

Ancak dün akşam Gaziantep'in Nizip Devlet Hastanesi Başhekim Yardımcısı bir acil tıp uzmanı meslektaşım eşi tarafından kurşunlanarak hayata veda etti. Çok ironik oldu bizim açımızdan. Bütün gün yaptığımız o sözlü güzel kutlamaların arkasından açıkçası toplumda sürekli olarak eleştirdiğimiz çürümüşlük biraz yüzümüze vurulmuş oldu. Dünden beri boğazıma düğümlenen yumruğu böyle direne edip rahatlatabilecek kelime bulmakta çok zorlanıyorum.

Bunu açıkçası yine ifade etmekte çok zorlanacağım ama sizlerle paylaşmak istedim. Huzurunuzda kendisine saygılarımı iletiyorum. Nurlar içinde yatsın. Bir gün kutlamakla bu toplumsal şiddeti engelleyebilmemiz veya cinsiyet eşitliğini sağlayabilmemiz mümkün değil.

Bütün yıl devam etmesi gereken bir mücadele olduğunda sanırım bu olay bize göstermiş oldu. Tekrar yaşanmaz diye temenni edelim, yaşanacağını bile bile diyerek başlayayım.

14 Mart Tıp Haftası Tıp Bayramı olanca tüm sorunlarıyla beraber devam eden meslek yaşantımız. Bunun içerisinde de Tıp Bayramınızı kutluyorum.

Sorunlarımızı konuşmak için tekrar yüksek sesle dile getirmek için bir fırsat olarak bu haftayı değerlendireceğiz. Ama deprem de bizim açımızdan son derece büyük bir sorun olarak ortada duruyor. Türkiye Acil Tıp Derneği'nin son kongresine Naci Görür Hoca gelmişti ve hani herkes beka beka diyor ama aslında Türkiye'nin bir beka sorunu

varsa İstanbul depremidir gibi bir cümleyle başlamıştı. Bu kadar önemli bir sorunla ilgili bugün sizlerle konuşacağız ve açılış da triyajla yapılıyor.

4N1K triyajda neden, ne zaman, nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacak? Bunlarla ilgili kısaca bilgi paylaşmaya çalışacağım.

2000'lerin başından beri Kocaeli'ndeyim. Kocaeli'nde ve bir acil tıp uzmanı olduğum için de doğal olarak afetten uzak durmak mümkün değil ve sürekli olarak burada hem ilde, AFAD'la, İl Sağlık'la, üniversitede, afete hazırlıkla ilgili özellikle de İstanbul depremine hazırlıkla ilgili çalışmalarını yürütüyoruz. Aynı zamanda dernekte de afet komisyonunda yürütücüyüm. Maraş depremleri zamanında dernek başkanlığı yapıyordum. Orada da açıkçası yıllarca biriktirdiğimiz deneyimi sahada gözleme şansımız oldu. Maalesef ama sadece gözleyebildik. Yani çalıştıklarımızı yapabildik diyemiyorum burada. En azından İstanbul'da onu yapmamamız için bu toplantılar çok değerli.

Triyaj hasta ve yaralıları mevcut kaynaklarına göre önceliklerini belirlemek için geliştirilen bir sistem. En fazla sayıda kişinin hayatta kalmasını hedefliyor ve bu amaçla yıllardan beri kullanılıyor. Bu Napolyon'un savaş cerrahına kadar giden bir süreçte tarihlenir.

Gerçi orada biraz daha mantık daha farklıdır savaş alanlarında. Napolyon bunu hafif yaralıların bir an önce iyileşmesi ve savaş alanına geri dönebilmesi için planlamıştı. Böyle bir şey istemişti. Biz daha çok insanı hayatta tutabilmek için hastaları sınıflıyor ve ayırıyoruz. Fransızca trier kelimesinden türetilmiş bir şey.

Peki neden? İlk N'miz. Afetlerin tanımlarından bir tanesi toplumların acil ihtiyaçları mevcut kaynakları aştığında bu kaynakları bu kişilere düzgün kullanılabilmek ve en fazla sayıda kişiyi hayatta tutabilmek için bu triyajı gerçekleştiriyoruz.

Burada sınırlı kaynakları doğru kişilere ihtiyaç sahiplerine tahsis etmeye çalışmak temel hedef. Niye böyle bir şey yapma ihtiyacı hissediyoruz? Yani Türkiye'de son Maraş depremlerinde 200 bin yaralı olduğu söylendi. Türkiye bu 200 bin yaralıyı eritemez mi? Eritebilir. Nitekim bakanlıkça çok da güzel eritildiği söylendi ama şöyle bir gerçek var. Sizin majör travmalı bir hastada o majör travmanın hastayı öldürmemesi için birkaç saatlik altın bir saatiniz var.

Özellikle bu bir masif kanamaysa bu kalbin durduğu bir an. Birinci dakikaya itibaren ölüm başlar ve hatta beşinci dakikaya geldiği anda o kalbi çalıştıramazsanız bu hasta ölür. Soluğun durduğu durumlarda belki biraz daha fazla var. Çocuk hastalarda solunum durmuş kalp devam ediyor ama biraz daha uzun bir süre var. Masif bir kanamanız varsa 15. dakikadan itibaren mortaliteniz başlar ve birinci saate yaklaştığınızda bu masif kanamayı kontrol edemediyseniz bu hastaların mortalitesi çok yüksektir. O yüzden biz deprem gibi majör travmalı bir olayda hastaları doğru zamanda uygun merkezlere yönlendirebilirsek eğer o zaman hayatta kalmayı arttırabiliyoruz. O 200 bin yaralıya Türkiye'nin çeşitli yerlerine, tarihin en büyük yatay transportlarından bir tanesi yapıldı. Mersin'e, Adana'ya, İzmir'e, İstanbul'a ve Ankara'ya hava yolu, deniz yolu, kara yolu her yol kullanılarak nakledildi.

Ama bugün o verilere sahip değiliz. Bu hastaların ne kadarı hayatta kaldı? Ne kadarına düzgün müdahale edildi? Bu verilere sahip değiliz. 200 bin hastayı transfer ettik. Çok güzel. Sonuç? Yaptığımız tüm sağlık uygulamalarının temel amacı insanların

hayatta kalması, sağlığına kavuşması üzerine kurgulanmıştır. Bu veri henüz elimizde yok. Umarım vardır.

O yüzden de bu altın saat içerisinde bu hastaları uygun merkezlere göndermeliyiz. O yüzden triyaj önemli. Ne avantajı var?

Tıbbi önceliği belirliyor. Hastaya kimin bakacağını, nerede bakacağını belirliyor. Hastanenin ve acil servisinin işleyişini kolaylaştırıyor. Son depremde gördük ki alanda ve hastanenin önünde triyaj yapmadığımız dönemde binlerce insan hastanelerin içerisine girdi. Geçen toplantıda da sanırım söylemiştim.

Ben pazartesinden itibaren Maraş şehir hastanesindeydim. Bakanlık beni üniversite hastanesine koordinatör başhekim olarak gönderdi. Hani ben Kocaeli Tabip Odası Başkanlığı yapmış, yıllarca Kocaeli Tabip Odası yönetimlerinde çalışmış ve hani bir şekilde bakanlığın muteber adamlarından değilim ama beni bir üniversite hastanesine koordinatör başhekim olarak göndermek zorunda kaldılar, onu yönetemiyorlardı ve bu yetkiyi de kullanarak ben hemen dedim ki hastanede saat 4 ile 8 arasında Acil servis giriş kayıtlarını görebilir miyim? Video kayıtlarını istedim. Nasıl geldi bu hastalar? Hani görmek istediğim şey buydu ve triyaj yapmadığımızda yani tüm hastalar akın akın hastaneye gittiğinde yüzlerce kişinin aynı anda o kapıdan içeriye girmesini hayal etmeye çalışın.

Herhangi bir sağlık sisteminin, nasıl bir isterseniz Bilkent'in iki katı bir hastane kurun bir şekilde o sağlık sisteminin o yükün altından o anda kalkmasına imkân yok. O yüzden hastaları tasnif etmeli, belli bir sırayla bu hastaneye göndermeli ve bu hastaların önceliklerine göre tedavi edilmelerini sağlamalıyız. Yoksa hayatta tutabilme şansına sahip değiliz. Bu yüzden de kimin ve nerede bakacağını ve hastanelere yığılmaları engellemeliyiz. Bu yüzden biz triyaj yapmalıyız. Ne yapıyoruz orada? Neden de vermek istediğimiz birkaç tane soru.

Hangi hastaya önce bakılacak? Nerede bakılacak? Hangi hızla nakledilecek ve hangi hastaneye nakledilecek? Bunların kararlarını biz alanda yapacağımız bir triyajla belirlemek zorundayız.

Peki, ne zaman triyaj? Biz, kaynaklarımızın mevcut hasta yükünün altında kaldığı anda triyaj yapmaya başlamalıyız. Bunun herhangi bir zamanı olabilir ve herhangi bir yerde olabilir. Bugün Bilkent Şehir Hastanesi'nin yaklaşık olarak günde 3-4 bin hasta aldığı söyleniyor. Acil servisinden bahsediyorum. Kocaeli Şehir Hastanesi'ni biliyorum ki şu anda 2000'li rakamlara yaklaşmış vaziyette. 20 kişi nöbet tutsa bölün işte saatlere vesaire. Yani orada triyaj yapmazsanız zaten işe yaramaz. Yani o kurduğunuz hastaneler de işe yaramaz. O yüzden sizin kaynağınız hasta sayısına göre sınırlıysa bu triyajı yapmak zorundasınız. Bunun zamanı açıkçası sadece afet, sadece savaş durumları vs. değil. Tüm hallerde bunu yapmamız gerekiyor. Aramızda cerrah arkadaşlarımız var. Bir trafik kazası olup 20 tane yaralımız geldi mi, hangi hastanın önce ameliyata girmesi gerektiğini tamamen o hastanın hemodinamik durumuna göre karar veriyoruz. Bu yaptığımız da bir triyaj aslında.

Peki, nerede yapacağız triyajı? İlk triyaj alanımız primer olay yeri, olay yerinde yaptığımız triyaj olmalı. Yaralıların hangi sırayla sağlık testlerine gideceğine karar vereceğiz.

Burada tıbbi müdahale neredeyse hiç yapılmıyor. Sadece çok temel şeyler, biraz sonra yapacağımız uygulamalarda göreceğiniz çok temel şeyler yapılabilir. Ama o da hasta sayısı ile sınırlıdır. Maraş depremi gibi bir depremde binlerce yaralıyı aynı anda gördüğünüzde onları da yapamayabilirsiniz.

Burada primer triyaj yeri olay yeri. Sekonder triyaj daha çok hastane önlerinde yaptığımız triyaj veya bazen ülke bunu tıbbi uç noktalarda yapıyor. Sekonder triyaj dediğimiz yerde de hastane acil servislere girmeden veya girişlerinde yaptığımız triyaj. Burada daha farklı alanda yaptığımızdan biraz daha farklı uygulamalarla hastaları kırmızı, sarı, yeşil diye sınıflıyoruz. Bazen siyahlar da buraya da gelebiliyor. Bu triyaj alanında da daha çok hekimler yapıyorlar. Biraz önceki primer triyajı kimin yaptığına biraz sonra geleceğim.

Üçüncü triyaj, kimin ameliyata gireceğini, önce gireceğini, kimin yoğun bakıma önce gireceğini hedeflediğimiz travma cerrahları ve yoğun bakım uzmanları tarafından gerçekleştirilen bir triyaj. Bu aslında bugünümüzde çok konuştuğumuz bir olay değil ama hatırlarsınız pandemi sırasında bazı hastaların yoğun bakıma girememesiyle ilgili sorunlar yaşamıştık. O zaman Türk Tabipleri Birliği'nin pandemi çalışma grubu içerisinde de bu konu çok konuşulmuştu. O zaman İtalyanların başına gelenlerden ortaya çıkardıkları yoğun bakıma kim girecek algoritmaları geliştirilmişti ve biz de bunu hekimlerimizi korumak, hastalarımıza bilgi vermek için Türkiye'ye uyarlamış ve çevirmiştik. Böyle bir durumla da karşılaşabiliriz. Buna da üçüncül triyaj veya tersiyer triyaj diyoruz.

Nerede yapılacağını içerisinde birkaç şey daha söylemek lazım. Özellikle olay yeri ve alan için. Türkiye Acil Travma ve Cerrahi Derneği Başkanı Mehmet Eryılmaz Hoca var. Sanırım bazılarımız tanır Mehmet Eryılmaz Hocayı. Mehmet Eryılmaz Hoca bir seneden beri herkes triyaj yapmalı ve öğrenmelidir diyor. Bunu primer triyajı kimin yapacağıyla ilgili tartışmaya belki bir ışık tutabilmek için söylüyorum. Herkes yapmak zorunda kalabilir. Geçen oturumda birinci sempozyumumuzda alanda mahalle sakinlerinin belli sorumluluklar alması gerektiğiyle ilgili konuşmuştuk. Primer triyajı onlar bile yapmak zorunda kalabilirler. Mehmet Eryılmaz Hoca da onu söyler. Yani herkes bir şekilde o triyajı yapmak zorunda kalabilir. İki gün Defne'ye hiç kimse giremediyse, bu Defnelilerin bazılarının bir afet eğitiminin olması, hangi hastaları önce göndereceklerine karar vermeleri gerekir.

Belki bir daha yaşamayacağız. Türkiye Cumhuriyeti tarihinde böyle bir şey bir daha olmayacak ama yaşanan örnek gösterdi ki böyle bir şeye de ihtiyaç var. Hiç kullanmak gerek olmasın ama bu insanlar bunu öğrenmek zorunda kalabilirler. Öğrenirken de dikkat etmeleri gereken şeylerden bir tanesi triyaj yapacakları alanın özellikleri veya onlar yapmıyor bizim acil sağlık hizmetlerinin en uç görevlileri ambulans çalışanları alana gittiler. Orada dikkat etmeleri gereken birkaç tane şey var.

Burası güvenli bir yer mi? Güvenli bir ortam mı? Ortamda beni rahatsız eden başka bir şey var mı? Örneğin gaz sızıntısı gibi kimyasal bir maruziyet. İnşaat yıkıntıları gibi kendi güvenliklerini alacakları, böyle bir riskten uzak olacakları bir alan seçecekler. Bu alanın temel olarak lojistiğini sağlamak o anda zor olabilir ama eğer imkân varsa ışıklandırması, ısıtması, çevre güvenliği vs. alınmış bir alan ortaya olması gerekiyor. Peki, ek ihtiyaçların neler bunlara karar vermek durumunda. Buraya ne kadar insan gelecek,

ne kadar daha ihtiyacım var gibi görevler bizi bekliyor olabilir. Bu alanı seçerken böyle bir seçim yapmak zorundayız.

Kim yapacak? Nasılı sona bıraktım. Ne, neden, ne zaman ve nerede yapılacak konusuna cevap verdikten sonra nasıl en sonunda kalsın, kim yapacak? Alanda dediğim gibi herkes yapmak zorunda kalabilir. O yüzden ben de Mehmet Eryılmaz Hocaya katılıyorum. Biz halk eğitimlerinde bile temel bir triyajı yani kimin öncelikli olacağı konusunda bir bilgi vermeliyiz. Onlar yapsın diye değil ama bilgi vermeliyiz. Alana giden Ambulans görevlilerinin tamamı bu triyajı bilmek zorundalar. Özellikle sorumlu bir pozisyonda çalışıyorsa ve alan yöneticisi olacaklarsa bunu çok iyi uygulamaları gerekir.

Hastane önlerinde ve hastanede acil servislerin içlerindeyse en tecrübeli insanın yapması gerekiyor. Bunun için ya acil servisten sorumlu doktorun veya travma cerrahımız varsa onunla beraber triyaj yapmalıyız ki hangi hastayı ameliyata göndereceğiz. Hangisini şu anda operable değil ve şurada takip edilecek gibi çok majör kararlar vereceği için en tecrübeli insanlar yapsın denir.

Mesela Kocaeli Üniversitesi'nde triyaj alan sorumlusu acil tıp ana bilim dalı bölüm başkanımızdır. Yani onun yapmasını isteriz. Yani o yapsın, düzgün ayırabilsin diye. Hızlı karar veren, tecrübeli, lider özellikleri olan, stres altında çok paniklemeyecek, net ve problemleri hızlıca çözebilecek bir karaktere ihtiyacımız var bu esnada. İşlerin akışkanlığını sağlayabilmek adına. Sadece yapan kişi değil, triyaj alanındaki herkesin de belli bir iş bölümünün olması gerekiyor. Kim sorumlu, emir komuta nasıl? Kim neden sorumlu, ne yapacak? Hasta mı nakledecek? Orada triyaj alanı yeşil alan sorumlusu mu olacak? Temel müdahaleleri mi gerçekleştirecek? Başka burada kimlerin olması gerekiyor gibi alanda bu iş bölümünün çalışılmış olması gerekiyor.

Parça parça ben Kocaeli Üniversitesi'nde burada gönüllерimizi eğitiyorsak gönüllер içerisinde yapacağımız takımlarda biz bunları belirlemeliyiz.

Gelelim son N'ye, nasıl meselesi.

Triyajı yaparken belli araçlar var. Bunlardan bazıları triyaj etiketleri yani hastaları kimliklendirme.

Türkiye Acil Tıp Derneği birinci yıl raporunu yayınladı. Bu birinci yıl raporunda şöyle bir şey var. Yaklaşık olarak bütün bölgelerle ve bütün hastanelerle saatler süren tek-rar görüşmelerinin ardından sorun neydi? Hala daha devam eden sorunlar var mı diye.

99 depreminde Ahmet Hoca bu bir renal afettir der. Acil tıp uzmanlarının sahadan verdikleri bilgi bu bir iletişim afetiydi. Açıkçası yani kimse kimliklendirmede bu kadar çuvalayacağımızı düşünmedi. Onlarca kimliksiz hasta, sevk edildiği yer belli değil. Ölen hasta, yakınlarında kaybetmiş kimliği belli değil. Hala sahipsiz mezarlar var, hala aranan insanlar var. Tam bir iletişim afeti yaşadık.

O yüzden etiketlendirme bizler açısından son derece önemli. Daha önce de çalış-tığımız bir şeydi ama ne hikmetse bunu gerçekleştiremedik. Bununla ilgili de çalışıyo-ruz. Neden yapamadığımızla ilgili bir çalışma yürütüyoruz şu anda.

Triyaj kategorilerini belirlemek için çeşitli farklı renk kodları kullanmamız gere-kiyor. Bu bazen balonlar olabilir. Burada görüldüğü gibi. Bazen çeşitli şeritler olabilir ama bir şekilde etiketini belirtmemiz gerekiyor. Belli algoritmalar kullanarak herkesi standart bir şekilde değerlendirmemiz gerekiyor.

Triyaj kitleri var. Bu triyaj kitleri de temel müdahaleleri yapmak için o şurada gördüğünüz çantaların içerisinde yer alabiliyor ve o triyaj alanına gittiğimizde bu çantayı açarak hemen kullanmaya başlıyoruz. Bu araçları kullanıyoruz triyajı yaparken. Kimliklendirme için uzun süreden beri, daha önce de sanırım görmüşsünüzdür, triyaj kartları kullanılıyor. Ben Maraş'ta çalıştığım yaklaşık bir 10 günlük süre içerisinde hiç kimse de triyaj kartı görmedim. Yani bunun neden işlemediği konusunu çalışmak lazım gerçekten. Ortalıkta hiç triyaj kartı yoktu. Bu şeritlerden kullanabiliriz. Yapışkanlar kullanabiliriz. Islanmayan yapışkanlar, ıslanınca erimeyen yapışkanlar gibi. Bir şekilde hastaları kimliklendirmemiz gerekiyor. Çok fonksiyonel gözüküyor ama afet anında ortada olmayınca bu fonksiyonel olmaları bir işe yaramıyor. Hastanın yaralanmasının yerini göstermek, triyaj seviyesini göstermek, hangi şekilde nakledileceğini göstermek gibi birçok özelliğe sahip bu kartlar. Bunların bir şekilde kullanılabilir halde olması lazım ama hani neredeyse bütün deprem illerini gezdiğimi söyleyebilirim. Hiçbirinde kullanıldığına şahit olmadım.

Nasıl da birçok farklı sistem var. Daha önce triyaj dersi dinleyenler bazılarını dinlemiş olabilirler.

Amerika'da, Avustralya'da, Kanada'da, İngiltere'de farklı farklı sistemler oluşturmuşlar. Sağlık Bakanlığı 1900-2005'ten itibaren yaptığı afet eğitimlerini tamamında START dediğimiz Simple Triyaj Entropic Treatment dedikleri bir yöntemi kullanıyordu. Bununla beraber çocuklar da Jumpstart'ı kullandılar. Son zamanlarda daha rağbet gören SALT dediğimiz bir triyaj sistemi daha var. Daha var ama özellikle bu üçü sık kullanılan triyaj yöntemleri. En doğrusu hangisi? Açıkçası en doğruyu belirleyecek şey hem bizim bu konuyla ilgili bilgimiz, pratiğimiz hem olayın natürü. Mesela şunu net söyleyebilirim. Maraş için işleyecek yöntem SALT'tır. Herhangi bir kimseyi tedavi etme şansınız yoktur. Alanda müdahale edebilme şansınız da yoktur. Hatta acilde bile bırakın alanı, acil servise gelen ve solunumu olmayan hastaları bile bırakarak ölü kabul ettiler. Önemli bir sürede yapılması gerekiyordu. Doğruydı. Ama bunu yapmak zorundaydılar.

Ama Gar Patlamasını düşünün Ankara'da yaralı sayısı 150. Bu durumda alanda da belli şeyler yapılabilir. Ve acil servis içinde de yapılabilir. O zaman belki SALT uygulaması son derece daha uygun bir hale gelebilir. Önemli olan şey bunu yapacak olan kişilerin bununla ilgili bütün veriye sahip olmaları, bütün bilgiye sahip olmaları belki de kendimize özgü yeni yöntemler geliştirmek zorunda kalabiliriz.

Startla birkaç bilgi vereyim. 1980'lerden itibaren dünyada yaygınlaşan bir şeydir. 8 yaş üstü tüm hastalarda çok kısa süreli hastaların yürüyebilmelerini, solunum, kapiller dolum, radial nabız ve komutlara uymalarına bakarak yapılan yaklaşık 60 saniye içerisinde, ideali 30 saniye içerisinde bitirilen bir yöntem.

Hastalara bir komut veriliyor. Yürüyebilen herkes bir nokta tarif edilerek buraya gelsin deniyor. Yürüyebilenler zaten minör olarak kabul ediliyor. Ve orada tekrar değerlendirilmeleri gerekiyor. Sekonder triyaj meselesini orada unutupyoruz.

Yürüyebilen oraya geçiyor, orada bir daha değerlendiriyor. Ama yürüyebilene, ilk anda yürüyebilene biz yeşil kodunu veriyoruz. Ondan sonra önümüze gelen ilk hastadan itibaren triyaja başlıyoruz. Öyle ayırma yapmadan bir sort yapmaya gerek yok orada.

Spontan solunumu var mı yok mu? Yoksa basit bir hava yolu açma manevrası. Jav trust yapıyoruz hastaya. Eğer hala apnesi devam ediyorsa solunumu yoksa bu hastayı ölü olarak kabul ediyoruz. Spontan solunumu hava yolunu açtıktan sonra varsa bu kırmızı kod alıyor ve hızlıca nakledilmesi gerekiyor. Acil veriyoruz. Eğer spontan solunumu varsa dolaşımını değerlendiriyoruz. Solunumunu değerlendiriyoruz. Solunumu 30'un üzerinde mi? Solunumun 30'un üzerinde olması veya çok bradikardik olması, 10'un altında solunumu olması, bu hastanın solunumla ilgili taşıması veya bradipnesi varsa acil kodu vererek gönderiyoruz. Hastanın solunumunu değerlendirdikten sonra, havayolu solunum ve dolaşım diye gidiyor. Dolaşımda da kapiller dolumuna bakıyoruz.

2 saniyenin üzerindeyse kırmızı veriyoruz. 2 saniyenin altındaysa hastayı bu sefer basit komutlar veriyoruz. Kolunu bacağına kaldır gibi mental durum değerlendirmesi. Hasta komutlara uymuyorsa kırmızı, uyuyorsa sarı alıyor.

Yukarıdan aşağı hızlıca basitçe hava yolu, solunum, dolaşım ve komutlara uyma değerlendirdiğimiz 4 tane şeyle hastayı 30 saniye içinde değerlendirebiliyoruz.

Çocuklarda jumpstart yapılıyor. 8 yaş altında bu komutlar uyma vesaireler her zaman düzgün olmayabileceği için veya çocuklarda solunum aresleri olup hastaların kalp atımları sürdürülebileceği için jumpstart'ın daha uygun olduğu ortaya konmuş. Burada bir tane fark var. Eğer hastanın hava yolu açma manevrasını yaptığımızda hasta hala solunumu yoksa burada kurtarma nefesi veriyoruz. Bu aradaki işlem kurtarma nefesini verip hastada solunumu olup olmadığını değerlendiriyoruz eğer varsa kırmızı yoksa bu hastayı da ölü kabul ediyoruz diğer taraflar olarak birbirine çok benziyor. Bilinci değerlendirirken de yani hastada komutlar veriyoruz elini kolunu kaldır burada da hastaların sadece alert sözlü veya ağırlı uyanılara yanıtı olup olmadığını görüyoruz. Hastaların iyice kapalı, sözlü veya ağırlı uyanıklara yanıtı yoksa bu hastayı da kırmızı olarak gönderiyoruz. Sadece uyanıkları geciktiriyoruz.

Son sistem SALT triyaj Sistemi. SALT CDC tarafından geliştirilmiş. Amerika'daki toplu yaralanmalar daha fazlaca görüldüğü için olay yerine de basit müdahaleler yapıyor. Bu müdahalelerin kastı da aslında çok ileri şeyler değil, basit hava yolu açma manevraları. Bir zehirlenme ise antidotun uygulanması, işte tansiyon pnömotoraksı varsa bu tansiyon pnömotoraksı açık hale getirilmesi için basit bir iğne dekompresyon uygulaması gibi alanda yapılacak bazı uygulamaları triyaj algoritması içerisine koymuş.

Önce hastaları bir tasnif ediyoruz, yürüeyebilen hastalar, komutlara uyan hastalar veya bir şekilde yanıtsız olan hastalar gibi. Yanıtsızlar belirgin yaşam tehdidi olan değerlendiriliyor ve ilk olarak değerlendirilmeleri gerekiyor. Burada hayat kurtarıcı işleme ihtiyacı var mı?

Varmış.

Majör kanama, hava yolu sorunu, döviz yapım dekompresyonu veya antidot ihtiyacı gibi şeyler var. Bunlara bakıyoruz. Eğer hastanın bunları da uyguladıktan sonra solunumu yoksa öyle olarak kabul etmemiz gerekiyor. Varsa ondan sonra solunumu, hastanın komutlara uyması, periferik nabızı, solunum sıkıntısına bakıyoruz. Eğer hepsi varsa hasta minimaldir, geciktirilir veya sarı veya yeşil olarak kodlanabilir. Eğer bunlardan bir tanesi varsa hastayı kırmızı olarak tutup hızlıca nakletmemiz gerekiyor. Tüm uygulamalar aşağı yukarı bu hastada eğer bir şey yoksa hani bir dekompresyon yapmamız veya kanama kontrolümüz gibi bir şeyimiz yoksa bir dakikanın altında hastayı

tasnif edebiliyoruz.

Oradan çıkıyor hastalar ve acil servisin önüne geliyorlar. Acil servisin önünde aslında bugün acil servislerde de kullandığımız triyaj algoritmasının biraz alana uygulanmışlığını biz kullanmaya başlıyoruz. Burada yaptığımız şey yine bir öncelik belirlemek. Birkaç tane şeyle yaşamı tehdit edecek kanama, üst solunumun obstrüksiyonu, stridor tıkanıklığı, tansiyon pnömotoraks gibi şeyler doğrudan geliyor.

Yanıktan örnek vererek ağırlıkları söyleyebiliriz. %50'nin üzerinde bir üçüncü derece yanık ölü olarak kabul edilirken %30-50 arası bir üçüncü derece yanık kırmızı alır ve doğrudan naklidir. Açık büyük kemik kırıkları kırmızı alır. Devam edelim. Bunlar hayatı tehdit edeceği için hızlıca acil servisi içerisine alınan hastalar.

Acil servisinin önünde hastanın kırığı var ama açık değil, kapalı. Yüzde otuzdan daha az üçüncü derece yanık. Bunlar sarı olarak bekletilirler, kırmızılar biter ondan sonra alınırlar ve son şey, burada tehlike hayatı tehlikesi o an için yoktur ama o alanda değerlendirilmesi gerekir.

En çok yaptığımız hatalardan biri bir kere tasnif edip hastaya bir daha bakmamak. Hastayı tasnif ettikten sonra alan sorunlarınca tekrar değerlendirmeleri gerekiyor.

Üçüncüsü daha küçük yanıklar, basit kırıklar, basit kapalı kırıklar, temiz kesiler, majör kanamalar yok. Bunları da hafif olarak sınıflıyor ve diğerleri bittikten sonra içeri alıyoruz.

Belli bir grup hastayı %50'den fazla yanık, serebral laserasyon gibi, ateş-silah yaralanması ve bilinç kaybı koma gibi şeyler varsa ve bu acil servisin koşullarının üzerindeyse bu hastaları ölü olarak kabul etmek gerekiyor. Mevcut tüm triyaj sistemleri incelendiğinde ülkelerin dinamikleri, olayların natürleri kendi içinde değerlendirilmeli ve uygun triyaj sistemi seçilmeli.

Söylemesi kolay, yapması zor, yaşaması zor bir işten bahsettiğimi farkındayım. Küçük bir örnekle aslında bunun ne kadar zor olabileceği ilgili size göstereceğim. Bu Pearl Harbor filmi.

Yaralılar hastaneye geliyor. Kaynaklar tükendi artık, kalem de yok.

Rujunu kullandı.

Bazılarının sadece ağırlarını kesiyorlar, M'ye yazıyorlar. Turnike kalmamış.

Çok kritik kelime.

Herkese yardım edemeyiz, onları ayırmalısın.

Kritiklere "C" yazıyor, içeriye alıyor.

Ama buna "F" yazdı, fatal yazdı.

Onu içeriye almayacak.

Bu da en yakın arkadaşlarından bir tanesi. En yakın arkadaşı da olsa onu içeriye alma önceliği yok. Acımasız, kuralları katı ama maksimum insanı hayatta tutabilmek için uygulanması gereken bir yöntem. Birkaç tane örnek senaryo var ama uzatmayacağım.

Son bir anıyla bitireyim. Hayatın her alanında triyaj yapmak zorunda kalabiliyoruz. Bazen işimizi önceliyoruz, ailemizi geride bırakıyoruz. Bazen ailemizi öncelemek zo-

runda kalıp işimizi geride bırakıyoruz.

Hayatta triyaj her alanda var ve meslek hayatımız boyunca da var. Ama bu acımasız triyajı umarım kimse yapmak zorunda kalmaz.

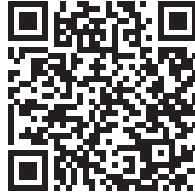
2002 yılında Erzurum'dayım. Kars Selim'den bir trafik kazası geldi. 13 yaralı aynı anda geldi. Ben de bir acil tıp uzmanıyım. Yeni uzman olmuşum. Yanımda bir tane fizik tedavi hekimi var. Dahiliyeyi o, cerrahiyi ben tutuyorum. Hala eski sistem gidiyoruz. İyi niyetli bir arkadaş olmasından eminim. Travma konusunda çok bilgili değil. Tek başımayım. On üç yaralı. Beşinin aynı anda entübasyon ihtiyacı var. Bilinçleri kötü, solunumları kötü. Bu beşin dördü çocuktı. Gebe var, yaşlı var içerisinde önüme gelen ilk hasta on üç yaşında bir dizaltı amputasyonu olan kafasında burnundan veya ağzından kan gelen bir çocuktı. Entübe etmek için laringoskopi tam ağzının içerisine sokarken hemşire arkadaşlar monitörüne ettiler. Baktım kalbi 30 atıyor. Diğer 4 tane daha entübe etmem gereken hasta var. 3'ü çocuk onların da. Laringoskopi geri çektim. Çocuğu bıraktım. Diğerlerini tek tek entübe ettim ve birineambu, birine makineye bağla sonra da diğer hastalara bakmak zorunda kaldım. O 30 atarken bıraktığım çocukla ilgili hala çok doğru bir karar verdiğimi düşünüyorum. Tek başımaydım. 22 sene geçti üzerinden. Çocuğun yüzü hiç aklımdan gitmez. Ama bu kararı vermek zorunda kalan hekimleriz bizler. Umarım hiçbiriniz böyle bir karar vermek zorunda kalmazsınız ve afetsiz güzel günler geçiririz. Teşekkür ederim.

Dr. Hasan Oğan

Serkan Hocama çok teşekkür ediyorum. Depremle ilgili olarak işimizin çok zor olduğunu, nelerle karşılaşacağımızı ortaya koydu. Şimdi ikinci konuşmacı olarak Türk Cerrahi Derneği'nden Doçent Doktor Ahmet Deniz Uçar. Deprem sonrası cerrahi ekip nasıl oluşturulmalı? Çalışma şartları nasıl olmalı?



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

Deprem sonrası cerrahi ekip nasıl oluşturulmalı çalışma şartları nasıl olmalı?

Doç. Dr. Ahmet Deniz Uçar

Türk Cerrahi Derneği

Sayın meslektaşlarım hepinize günaydın. İstanbul Tabip Odası'nın nazik daveti için teşekkür ediyorum. 30 yıl önce buralarda tıp öğrencisi olarak çok bulundum. O da ayrı bir değerdir benim için. Tıp Öğrencileri Komisyonu'nu Ejderlerle beraber burada kurmuştuk. Tüm Sağlık Sen, ilk sağlık sendikasıdır 12 Eylül sonrası kuruluş toplantısı burada olmuştu. Katılmıştım. Anısı da çok bu binanın benim için.

Teşekkür ediyorum.

Şimdi deprem sonrası cerrahi ekip nasıl oluşturulmalı? Çalışma şartları nasıl olmalı? Biz bunu yerinde görmek değerlendirmek için Türk Cerrahi Derneği adına dernek başkanı ve ben gittik orada uzun bir süre çalıştık ama tabii biz şey yapmadık hani orada sağlık hizmeti sunmadık. Birazdan göstereceğim. Tüm deprem sahasını gezdik, tespitlerde bulunduk. Benim depremle deprem sonrası sağlık hizmeti sunumuyla ilgili tecrübem ta körfez depremine dayanır. O zaman çömez asistandım. Biz sabah helikopterle İzmir'den apar topar gittik. Üç gün orada Gölcük Devlet Hastanesi'nde çalıştık. O zamandan travma cerrahisine ilgim fazladır benim. Bizim genel cerrahlar genelde tümör cerrahisini severler. Hem çok prestijli bir iştir hem de maddi getirisi de yüksektir. Böyle özelde muayenehanesi olan hocaların hepsi de tümör cerrahisi yapmak isterler, onkolojik cerrahi yapmak isterler. Ama bence travma cerrahisi hem sağ kalımı çok daha iyi olan, maliyeti çok daha düşük olan, çok daha yaptığından keyif aldığım bir iş. Tek zorluğu zamanı belli değildir. Para kazanamazsınız. Bir de ciddi bir cerrahi özgüven gerektirir. Çünkü tümör cerrahisi mide işte açarsınız kitapta antrum tümörü nasıl çıkarılacak yazar 3 aşağı 5 yukarı ayındır ama travmada kurşun nereden girmiş, nereden çıkmış, nereye yaralanmış, senin alanın dışında olabilir. Aort yaralanmış olabilir, mesane parçalanmış olabilir. Zor bir iştir. O yüzden o zamandan beri travma cerrahisiyle ilgiliyim ben.

Körfez depremine gittik. Daha sonra Düzce depreminde de çalıştım ben. Bir üç beş ay sonra Düzce'de de deprem olmuştu. Tabii orada o zaman çömez asistanken gördüm. Deprem hazırlığı, depremden önce başlamalı. Bunları uzun uzun konuşmayalım. İşte önlemler, bina güvenlikleri, şunlar bunlar. Bizim ülkemizde maalesef bunları istediğimiz kadar konuşalım. Bir sonuç alamayız, etkimiz de olmaz. Buradaki insanlar biz konuşuyoruz. Dolayısıyla biz bu bozuk sistemde biz neyi daha iyi yapabiliriz ona bakalım.

Mesela ben yanık cerrahisiyle ilgileniyorum. Türkiye yanık cerrahisi açısından bir cerrah için en iyi ülke. Neden? Gelişmiş ülkelerde insanlar pek yanmıyor. Çünkü önlem var, bilinç var, tedbir var. Şu var, bu var. Amerika’da yanık yatakları kapatılıyor. Belki Şamil abi de bilir. Zamanında bu, işte bu Körfez Savaş zamanlarında açılan, sanayinin hızlı ve kontrolsüz geliştiği dönemlerde açılan ve kazanın, yaralanmanın çok olduğu dönemde açılan yataklar yavaş yavaş başka servislere dönüştürülüyor.

Gelişmemiş ülkelerde de yanık az oluyor. Çünkü yanacak bir şey yok. Yani geri kalmış bir Afrika ülkesi düşün. Elektrik yok, radyatör yok, kalorifer yok, mangal yok, tiner yok, şu yok, bu yok bizim en çok gelen hastalar. Ama bizim ülkemizde bu çok. Biz İzmir’de bunun için acaba nasıl önleyebiliriz, bir çalışma yapalım dedik. Örneğin Çay poşetlerinin üzerine çocuklarınızı çayla yakmayın yazın dedik. Mümkün değil dediler. Sizi topuklarınızdan çay üreticileri vurur dediler. Olmadı. Biz de o zaman biz ne yapabiliriz geldik. Ben bu deprem o zaman da onu gördüm. Yani cerrah olarak gittiğimizde ya da sağlıkçı olarak gittiğimizde orada ne yapabiliriz? Tamam, binalar çürükmüş, önlem yokmuş, bir şu yokmuş bir yokmuş. Biz ne yapabiliriz onu tartışalım isterim.

Bu Maraş depreminden 2-3 ay önce ben oraya gittim. Bir eğitim vardı, 2-3 günlük. Bu da inerken uçaktan çektiğim Antakya fotoğrafıdır bu. O zaman her şey güllük gülistanlıktı. Güzel bir şehirdi. İşte yiyecekleriyle, içecekleriyle, şununla bununla. 2-3 ay önce her yerini gezdim de aynı zamanda. Oralı bir doktor arkadaşla. Fakat böyle tarihi çok eski şu bu filan. Ersin’e dedim ki ya dedim güzel dedim böyle çok eski tarihi bina pek yok. Çok eskiye gidilmiyor tarih olarak. Ya Deniz dedi burası dedi deprem bölgesi. Hiç abartmıyorum böyle 200-250 yılda bir deprem olur burada dedi. Her şey bir sıfırlanır dedi. O yüzden çok bulamazsın dedi. Dedim en son deprem ne zaman oldu? Valla bu aralar olur dedi. Ersin yaşıyor, canını kurtardı. Bu aralar olur dedi, o kadar olmuş dedi. Böyle güldük, geçtik.

Bu da Kayıkçı Kharon’nun dağ başındaki heykeldir. Kayıkçı Khoran’nun hikayesini belki bilirsiniz mitolojide. Ölülerini kayığıyla alıp Sticks Nehri’nden geçirir. Hades’e verir. O da yerin dibine gömer. Bir papel alır her birinden. O yüzden ölümlerin dışlarının arasına para konulmuş eski zamanlarda. Çıktım dağ başında onu bile gördüm. Şimdi de eminim her şey yok olmuştur. Bir tek Khoran’nın heykeli duruyordur orada. Bu canını kurtarmıştır. Taş bir heykel.

Deprem öncesinde Hatay’da işte toplantılar şunlar bunlar ne güzel bina içimiz gitti biz o zaman Bozyaka Eğitim Araştırmadayız eski SSK binası kaç yıllık köhne böyle yıkıldı yıkılacak diye bakıyoruz insanların ne güzel binaları var dedik ama şimdi bakın şu fotoğraf şu fotoğraf şuradan çekilmiş şu giriş bina hala çok güzel mükemmel görünüyor.

Şimdi gittik orada başhekimle falan konuştuk. Ama yaklaşınca bakıyorsunuz, bina bir iki metre aşağı inmiş. Yani zemininden iki metre aşağı inmiş. İçine girmek yasak ama başhekimden rica ettik, girdik.

Böyle ben çok kötü afet fotoğrafları pek koymadım. Böyle ölümler, yaralar, kanlar bilmem neler koymadım. İçerisi daha da bir çökmüş. Başhekimi de yani o zamanki başhekimi de tanıyorum. Ya dedim ben 5 yıl başhekimlik yaptım. İlçe sağlık müdürlüğü yaptım. Ayrıldıktan sonra 7 lira 65 kuruş zimmet çıktı bana. Zimmetin sebebi de bir tane ray bıçağı eksikmiş, yani bulunamamış. Onu sağlık kurumları, saymanlık müdür-

lüğüne götürdüm, yatırdım, makbuza aldım. Sağlık müdürlüğüne verdim ve o zimmetten kurtuldum. Şu bina yeni, güzel, en pahalısının, en kalitelisinin, en lüzumsuzundan araç gereçle donatılmış bina, çok da yeni bir bina, şu anda kullanım dışı. Herhalde belki de şu anda yerinde yoktur. Bunu da söylemeden geçemeyeceğim.

Çadırlarıda gördük. Bu da Antakya Devlet Hastanesi, burayı da bir gezmiştik öncesi. Ben kendi elimdeki fotoğraflar, çünkü bunu şeyden aldım, Google haritalardan aldım. Hala girdiğinizde böyle görebiliyorsunuz. Yeni hali yok. Bu da sonrası. Aynı yerden aynı fotoğraf. Yani ışıklardan çok net görünmüyor ama... Ya tamam, bir bina yıkılır da en azından bir kolon sütun falan görünür. Toprak gibi yani toprak gibi, resmen bildiğiniz toprak gibi. Burada çok önemli olanı bulmuş. Hele birinci depremde değil, ikinci depremde. Bu işte hastanenin görüntüsü.

Burada var ya, insan, bilmiyorum siz de bunu gitmişsinizdir, orada bulunmuşsunuzdur. Şu sanki böyle dünya dışı bir yere gitmişsiniz ya da böyle dünya dışı canlılar gelmiş bir şeyler yapıyor gibi. Şu kepçeler böyle insan o kadar kendinden kopuyor ki yaşanmışlıktan. Yani hayatın pratiğinden o kadar kopuyorsunuz ki sanki böyle film setinin içindesiniz. Bir Mad Max filmine gidiyorsunuz gibi. Antakya sokaklarında insanlar böyle her biri bir yıkıntının başında böyle bekliyorlar. İçeride canlı ya da yarı canlı, ölü canları var içeride. Böyle bekliyorlar. Yani çok ilginç bir histi o. O yüzden bunu koymak istedim.

Gittiğimiz her yerdeki üç gün boyunca deprem bölgesinin tamamını gezdik. Her yeri gezdik. Bütün şehirleri gittik. Yol üstündeki bütün ilçelere gittik. Oradaki bütün genel cerrahları bulduk. Ne yaptın ne yapıyorsun ne yapacaksın ne ihtiyacın var? Kişisel olarak ben Türk Cerrahlar Derneği yönetim kurulu üyesiyim. Aynı zamanda saymanım, para bende. Paramız var. Sizin için ne yapabiliriz dedik.

Burada bir içimizde genel cerrah var mı başka? Güzel, arkaalarından atabilirim. Şimdi yanlarında konuşamam. Derneğimizin, şimdi biraz da kendimize yine kendimize bakalım. Devlet yapamıyor, ödemiyor, şu bu filan diyoruz ama devlet dediği şeyi biz oluşturunuz. Yani kendimizi soyutlayamayalım onunla.

Yıllık 50 lira aidat gelir. Yani yıllık 50 lira aidat ödemesi gerekiyor genel cerrahlara. Yaklaşık 4 bin tane üyemiz var. Türkiye’de de 4 bin 600 kayıtlı cerrah var zaten. Ama 1 milyon 400 bin lira aidat alacağımız var. Yıllık 50 liradan kaç kişi ne kadar süreyle ödememeli ki 1 milyon 400 bin lira olsun? Demek ki hiç kimse senelerdir hiç ödemiyor. Ben de dedim ki saymanım, kökenim de Kayseri’dir benim, İzmir’de doğdum büyüdüm ama dedim ki bütün üyelere biz bir mail atalım, mesaj atalım aidat borcunuzu ödeyin. Biz bu parayı depremde kullanacağız. Bakın hem de depreme yardımınız dokunacak. Çünkü birazdan bahsedeceğim. Neler eksik? Ona göre ne alacağız? Saptadık. Herkese yazdık, mesaj attık. Telefonlarını, şunlarla bizim derneğin iletişim ağı çok iyidir, çok iyi çalışır. Bir milyon dört yüz bin liradan otuz dört bin lira toplayabildik sadece. Yani sadece otuz dört bin lira yatırıldı. Bizim tabii çok daha fazla masrafımız oldu.

Adana’da indik, ilk gün ilk gün güneyi gezdik. Sonra Malatya’ya kadar çıktık, Urfa’ya gittik. Urfa’dan tekrar alalım, oradan uçaktan tekrar döndük. Her yeri gördük.

Çok da bir şey tespit edemedik açıkçası. Birazdan bahsedeceğimi de tespit edeceğim. Cerrahi örgütlenme nasıl olmalı? Yani o kadar yıkımın içinde, tabi asrın felaketi şu ayrı bir tartışma konusu ama çok da yapacak bir şey olmadığını gördük.

Yani böyle insanın kilitlenip kaldığını gördük. Bize ya da bizim dışımızdaki sebeplerden.

Ama her yere gittik. Hakikaten gittik. Korka korka gittik. Çünkü yol gidiyorsunuz, böyle çok hızlanamıyorsunuz o şehirlerarası yollarda. Bir bakıyorsunuz, yol iki metre aşağı inmiş, öyle devam ediyor. Ya da böyle giden yol bir anda böyle iki üç metre bu tarafa kaymış. Yani böyle tehlikeli de bir şey. Hele o viyadükler bilmem neler, tehlikeli oluyor. Özellikle gece gidiyorsanız. Malatya'ya gittik, Maraş'a gittik, birçok yere yürüdük. Çok sevindiler arkadaşlar. Sırf gidip orada ne yapıyorsunuz, iyi misiniz demek bile onlara hakikaten çok iyi gelmiş. Ben bu kadar sevineceklerini tahmin etmiyordum. Gitmişiz, ne yapıyorsunuz falan filan demişiz.

Şimdi deprem öncesinde yapılması gerekenler var. Şeyden bahsetmeyeceğim. Binolar sağlam olmalı. Mesela o Antakya'daki eğitim araştırma hastanesi bilinmiyor ama ben bu işlerden iyi kötü anlıyorum. Bir hastanenin kolonları 30 paskal dayanıklılığında olmak zorunda. 9 şiddetindeki depremde yıkılmamalı. Hani belki kullanılmaz hale gelebilir ama yıkılmamalı. İnsanlar çıkabilmeli, hastalar çıkartılabilmeli.

Yani orada ne biçim zimmet çıktı bilmiyorum. Ben 7 lira 65 kuruşumu paşa paşa yatırdım bilmiyorum. O binayı yapanlara, o paraları harcananlara ne olur hiç bilmiyorum.

Ben bunu aslında İzmir'de asistanken Düzce'ye gittiğimde bunlar aklımdaydı. Şimdi burada sizinle paylaşıyorum. Bence bunu tabip odası yapabilir, Sağlık Bakanlığı üzerinden yapılabilir. Onlar ikna edilebilirse. Kardeş şehirler, hastaneler ilan etmeliyiz. Sadece Cerrah için söyleyemiyorum. Cerrah'a artık ekip işi tek başına yapacağın bir şey değil. İşin içinde işte anestezi olacak, hemşiresi olacak, ekip, ekipmanı olacak. Öyle tek başına herhalde pansumandan başka bir şey yapamazsınız.

Bir depremde aynı deprem merkezinde olmayacak kadar uzak fakat karayoluyla ulaşabilecek kadar yakın kardeş şehirler hastaneler ilan edilmeli. Örneğin Maraş'ın kardeş yeri Malatya olmamalıymış. Demek ki aynı deprem kuşağı fay attı üzerindeler. Ama mesela Bursa, İzmir olabilir mi? Bilemiyorum. Belki olabilir. Deprem, jeolog değilim. Bunu çok iyi bilmiyorum. Ve hastaneler ilan edilmeli.

Deprem bölgesi dışında depremden etkilenmemiş hastanenin rolünü üstlenecek ekip ve yetenekte hastaneler eşleştirilmeli. Örneğin 2000 yataklı İzmir Şehir Hastanesi ile Malatya Pötürge Devlet Hastanesi eşleştirilmemeli. Yani birbirine eşit olmalı, gidip onun işini sahiplenebilecek yetenekte olmalı ve belli aralıklarla ulaşım görevi devralma falan bir bakılmalı.

Yani örneğin Bursa Şehir Hastanesi ile biz eşleştiresek, bizi bir 2-3 yılda bir gidip oraya nasıl ulaşıyor, ameliyathanesi nerede, yoğun bakımı nerede, ben gittiğimde böyle far görmüş tavşan gibi kalmamalıyım. O binayı iyi kötü bilmeliyim. Nereden giriliyor, nasıl ulaşıyor ekip olarak görmemizde fayda var. Hem de böyle birbirimizi tanıma açısından ve bunu ilk o Düzce'de gördüm. Ben insanlar ağlaya ağlaya sağlık hizmeti sunuyordu. Yaralı şusu busu daha göçük altındayken. Deprem bölgesindeki sağlık çalışanından hizmet beklenmemeli arkadaşlar.

Onlara hadi siz gidin işinize bakın. Ne yapıyorsanız yapın. Gidin yıkıntının arasın-

daki evlilik fotoğraflarınızı kurtarın. Bunun için bile bırakmak lazım onları. Onlardan iş beklenmemeli ve deprem sonrasında şunu gördük. Sağlık hizmeti sunumu çok değişiyor.

Az önceki acil tıp uzmanı arkadaş bahsetti. Uzun uzun bahsetmeyeyim. Enkazda sağlık hizmeti sunmak. Mesela Düzce depreminde bir göçüğün içinde aşağıda bir diş hekimi vardı. Bizim Semih abi, bizim anesteziye 9 Eylül’de böyle ufak tefekte bir hocaydı. Ona ip bağlayıp aşağıya indirdik elinde şeyle, buranülle, serum setiyle. İndi orada damar yolu açtı. Hani üzerindeki şeyler, betonların falan çıkarılması, alınması çok uzun sürece için orada sağlık hizmeti sunma önemli. Bunun için genel cerrah olmaya gerek yok. Bunun için hekim, hatta hekim olmaya bile gerek yok. Oradaki sağlık hizmeti sunumu için.

Hastanede ilk müdahale sevk triyaj ve ayaktan tedavi. Bunları çok ayrıntılandırabiliriz.

Tam cerrahinin konusu değil ama yani bir cerrah da buna müdahil olabilir. Biz Libya’dan bir gemi dolusu yaralı gelmişti Çeşmeye. Onların triyajını yaptık. 900 kişi gelmişti. Bir anda gemi geldi. 900 kişi birden yaralı geldi. Onun triyajında 6 tane çadır vardı. Mesela her birine bir dahiliye bir cerrahi branş konuldu. Çok da güzel olmuştu hatırlıyorum orada.

Adıyaman’a gittik şimdi Adıyaman’a geleceğim. Çünkü orada çok güzel bir örnek gördüm. Size ondan bahsedeceğim. Biz şimdi gittik. Daha ikinci üçüncü gün Adıyaman’da eğitim araştırma hastanesi. Tertemiz enkaz yok bir şey yok ya dedik ne kadar hızlı çalışmışlar. Nasıl hemen temizlemişler? Meğer aylar önce o bina yıkılmış, yok edilmiş. Biz çok şaşırmıştık önce. Bu “See You In Hell” yazan arkadaş da onu, bilmiyorum depremden sonra mı yazdı, çok nükteden bir arkadaşmış.

Şimdi Samsun’la Adıyaman, Samsun’daki sağlık hizmet yöneticilerini takdir etmek lazım hakikaten. Çok güzel bir şey yapmışlar. Ne yapmışlar? Samsun’da yüz yataklı bir hastaneyi işletecek gerekli branşlarda hekim, hemşire, tekniker, eczacı, sekreter, taşıma hepsini içeren 180 kişilik bir ekip kurup Adıyaman’ı eğitim araştırmaya gelmişler. Demişler ki siz çekilin bu hastane bizde. Aynı hastaneden birbirini tanıyan, bilen kişiler hemşiresi, eczacısı, teknisyeni, personeli, güvenlik. Her şeyiyle. Bu güzel bir şeydir. Gelmişlerdi siz gidin burayı zaten belki siz de bunu tespiti yapmışsınızdır. İlk baştaki o kol bacak kesmeler, şunlar bunlardan sonra bir nüfus bir kalmıyormuş. Yani söyledikleri orada bizim cerrah arkadaşları söylüyordu. Yani çok bir şey kalmıyor. Ne geliyor? Bıçaklanma kurşunlanma gelmeye başlıyor. Millet kafayı yiyor. Birbirlerine şiddet uygulama. Biz mesela Hatay’a gittiğimizde Orada Serdar’la geziyorken ya dediler buna ne yapacağız? Ne bu dedi? Kurşunlanma. Yani depremin üzerine birbirlerini kurşunlamışlar. Ne yapmak lazım falan filan. Hemen ameliyata aldık onu, işte bir şeyler yaptık ve bu 180 kişi mesela onlar dediler ki biz 3 günlüğüne geldik. 3 gün sonra bir başka 180 kişi gelecekti Samsun’a ama dedik ki ya biz iyiyiz daha devam edebiliriz. 5’e çıkardık 6’ya çıkaracağız. Hani böyle bir yine aynı hastaneden, Samsun’dan bir yüz seksen kişi gelecek, o yüz seksen kişi gidecek. Böyle kesintisiz bir hizmettir.

Bence çok mantıklı. Bunun üzerinde durmamız lazım. Biz tabii Türk Cerrahi Derneği olarak hemen dediğim gibi bizim örgütlenmemiz çok iyi. İki tane WhatsApp grubu kurduk. Çok işe yaradı. Hakikaten çok işe yaradı. Hani ne işe yaradı? Çok şey

öğrendik ama faydalı olma konusunda özellikle cerrahi açıdan çok da öyle yani mal bu mal müdürü ne yapsın demiş ya Konya mal müdürü bir hesap yapmış 50 kuruş açık çıkmış bakanlık geri gönderiyormuş maliye tekrar yapıyormuş gönderiyormuş tekrar açık soruşturma açmışlar adama demiş ki ben demiş şehirdeki bütün şeylerin defterdarlıklardan alıyorum hesabı topluyorum size veriyorum demiş adamlar demiş yapamıyorsa hesabını hani malımız buysa mal müdürü ne yapsın demiş hani sistem bu, toplum bu, yapı bu ne yapabiliriz biz de çok bir şey yapamadık Depremle birlikte tabi cerrahinin iş yükü, iş gücü değişiyor artık.

Tümör cerrahisi şu bu geliyor. Adam diyor ki ben depremden 3 gün önce mide kanseriydim. Bana mide ameliyatı olacaksın dediler. E geldim ya ortalık kan, kol, bacak şu bu bilmem ne. Mide kanseri. Şimdi haksız mı? Haklı.

Bunun triyajı, sevki, ambulans yok, uçak yok yani onu bekletebiliriz. Ama ortalığı birbirine katıyor. Böyle bir hastayla karşılaştık. Tespitler değişiyor. Daha çok acil cerrahi, amputasyon, pansuman, ya çok ilginç, çok utanç verici bir durum. Oradaki hekim, hemşire kim olursa olsun pansumandan kaçıyor insanlar. Neden biliyor musunuz? Bizim hastanede bir yanık merkezi açılmış. Hiç kimse çalışmak istememiş. Dediler ki ya biz bir yanık merkezi açtık, sahiplenecek hekim bulamıyoruz. Var mı? Gittik baktık, tamam biz yaparız dedik. Niye kaçıyor insanlar yanık tedavisine? Çünkü pansuman yıkıyorsun, ediyorsun falan zor iş. Emek, iş yükü fazladır. Bu çok önemlidir. Yani en basit şeydir ama gayet önemlidir. Salgın hastalıkları artıyor, psikolojik destek gerekiyor. Günler sonra bile enkazda müdahale hemen böyle bir iki günde bitmiyor hakikaten. Çok uzun süre enkazda da bir sağlık lisansı yerinin bulunması gerekiyor.

Hastaneler kullanılmaz hale gelmiş, çadırlar da. Çadırda kalmak, çadırda sağlık hizmeti sunmak hakikaten çok zordur. Yağmur, çamur falan belki konteyner çok zor da yapılan bir şey değil. Biz bunu denedik ve sağlık personeli kalıcı yere. Bizim belki de tek tespitimiz o kadar yer gezdik 3 gün boyunca. Bütün cerrahlar bizden tek şey istediler, konteyner. Başka bir şey istemediler. Çadırda olmuyor, kalamıyoruz. Geçici görevle gelmiş ya da orali. Hastanesinde çalışmaya devam ediyor. Hava soğuktan da o zaman. Yaz olsa da sıcak olacak. Çadırda hiç yazın kalamıyor. O da kötüdür. Konteyner istediler. Biz de tek yapabildiğimiz şey 18 tane yanılmıyorsa konteyner yaptırarak, banyolu, tuvaletli, iki kişilik. Onları bütün hastanelerde, ikişer tane, dört kişi kalacak şekilde. İkisinde kadın cerrah varsa kalır ya da işte bölüşürler, kalırlar dedik. Çadırda çünkü olmuyor, onu gördük ve bilmiyorum burada konuşulur mu bilmiyorum ama şey konteyneri niye Diyarbakır'da yaptırdınız diye bile laf işittik. Niye İstanbul'da, Ankara'da değil Diyarbakır'da yaptırdınız diye. Niye orada yaptırdınız? Çünkü yakın. Transferi çok kolay, hızlı oluyor. Yani çok basit bir sebep. Ta İstanbul'dan, Ankara'dan ya da İzmir'den götürmek orası yakın. Onun bile lafını işittik.

Bir Adıyaman-Malatya arasındaydı galiba. Bir benzinlikte durduk benzin almak için. Soğuktan tabi ama yani orada durduk biraz Serdarla ağlamaklı olduk. Çünkü o insanın oralarda şey durması gerekiyor. O insanların arasında biraz böyle metanetli durmanız gerekiyor. Yalnız kalınca biraz ağlamaklı olduk. Benzinlikteki adama dedim ki, geçmiş olsun ya da başınız sağ olsun, ölü yaralı. Var hocam dedi, şuyumuz öldü, buyumuz öldü, evimiz gitti, mahvolduk falan. Tedbirsiziz hocam dedi, hiç önlem yok dedi. Hiç dedi, aklımız çalışmıyor dedi. Sonradan çalışıyor kafamız dedi. Ama dedi he-

pimiz dersimizi aldık. Şimdi bizim burada herkes birbirini tanır. Eş, dost, akrabamız biz burada. Artık hepimiz dersimizi aldık beş vakit namazımızı kılıyoruz artık hocam dedi hiç dedi şey yapmıyoruz yani tedbirliyiz dedi tamam yapsın ona ona bir itirazım yok şimdi içimizde belki müteinyin arkadaşlar da vardır ama böyle bir sonuç beklemiyordum ben hani tedbirimizi önlemimizi aldık derken böyle bir şey beklemiyordum mola yerinde çektiğim fotoğraf benim söyleyeceklerim bu kadar çok cerrahi olmadı belki ama sorusu ya da katkısı olmak sonradan mı alacağız? Onları herhalde.

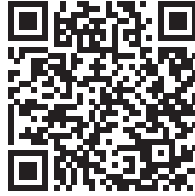
Dr. Hasan Oğan

Ahmet Hocama da çok teşekkür ederim. Gerçekten önemli deneyimler. İşin teknik detayları oldukça fazladır. Burada sorunu tespit edip çözebilmek, bu yönde bir bakış açısı oluşturabilmek oldukça önemli.

Şimdi üçüncü konuşmacı. İstemsiz hipotermi tanısı, önemi ve tedavisi konusunda Doçent Doktor Ahmet Kemalettin Koltka'yı davet ediyorum. Kendisi aynı zamanda çalışma grubumuzun önemli bir aktivisti, çalışma grubu yönetim kurulu üyesi.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

İstemsiz hipotermi tanısı, önemi ve tedavisi

Doç. Dr. Ahmet Kemalettin Koltka

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

Sayın başkanlar, saygıdeğer hocalarım, değerli meslektaşlarım. Ben de Deprem Çalışma Grubu'nun üyesiyim. Bayağı emek vererek hazırlıyoruz. Bu işin lo-komotifliğini de Hasan Bey ve Betül Hoca yapıyor. Onlara şahsına, tabip odasına ve emeği geçen herkese teşekkür ederim. Ben burada Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği'nin temsilcisi olarak bulunuyorum. Onların da saygı ve selamlarını size iletıyorum.

Bu benim kullanmayı çok sevdiğim bir slayt. William Mayo, Mayo Klinik'te görev yapan ikinci kuşak hekimdir. Babaları doktor, ağabey ve kardeş doktorlar. Birinci Dünya Savaşı'nda da Amerikan ordusunda görev yapıyorlar. Ona göre savaşın tek galibi tıp oluyor.

Çünkü biz pek çok şeyi savaş koşullarından öğreniyoruz. Örneğin masif kan transfüzyonu nasıl yönetilir gibi. Biliyorsunuz Kartacalı Hannibal'in ordusu Alpleri aşmıştır. Kartaca ordusu ağırlıklı olarak paralı askerlerden oluşmaktadır ve ordudaki Afrikalılar Alpelerde donarak ölmüştür. Tıpkı Hannibal'in filleri gibi. Ama İtalya'ya ulaşır savaşı-bildiğine göre yeterli sayıda askerini de hayatta tutmayı başarmış ve kendisi de asker-leriyle aynı koşullarda yaşamıştır. Kendisine özel çadır kurdurmamıştır. Askerleri açıkta yattıysa Hannibal de açıkta yatmıştır. Hannibal'in mezarı bulunduğu gibi Gebze'dedir. Bu sunumda ağırlıklı olarak askeri literatür kullanacağım. Bunun nedeni işin doğası gereği, asker hekimlerin çok ciddi sayıda vaka biriktirebiliyor olmasıdır. Bu bir askeri kaynak bir anda 25 bin yaralıyı kapsayan bir çalışma yapabilmışler. Bu çalışmada olguların %10'u hipotermik (American Journal of Emergency Medicine 2020; 38: 2343–2346).

Hipotermiyi klasik sınıflamadan daha farklı sınıflamışlar:

1. Santral ısısı 34–36°C arasında olanları hafif hipotermik olarak kabul etmişler.
2. Santral ısısı 32–34°C arasında olanları orta derecede hipotermik olarak kabul etmişler.
3. Santral ısısı 32°C'nin altında olanları ciddi hipotermik olarak kabul etmişler.

Hayatta kalma oranlarına baktıklarında ciddi hipotermik grupta bu oran hemen %60'ın altına düşmüş. Benzer yaralanma skorlarına sahip ama orta derecede hipoter-mik olgularda bu oran hemen %80'lere çıkmış. Hipotermik hafif yaralılarda ise hayatta

kalma oranı %90'lara çıkmış. Hasta hiç hipotermik değilse %97'nin üstünde hayatta kalmış. Masif transfüzyon (MT) ihtiyacına bakıldığında hipotermik grupta MT olasılığı normotermik grubun neredeyse 3 katı.

Klasik tanıma baktığımızda klasik tanıma göre vücut sıcaklığının istemsiz olarak 35°C'in altına düştüğünde bunu hipotermi kabul ediyoruz. Ben kişisel olarak buna karşıyım. Vücut sıcaklığı 36° C'in altına indiği anda bir yaralı için ya da ameliyathane-deki bir hasta için alarm zilleri çalması gerekiyor.

Peki, klasik koşullarda istemsiz hipotermiyi biz ne zaman görüyoruz? Tabii ki soğuk ortama maruz kalan kişilerde. Bir de sekonder grup var: çoklu hastalıkları olanlar, kanser olguları mesela, zehirlenmeler, travma vb. koşullarda da istemsiz hipotermiyi görüyoruz.

Terapatik hipotermi de var ama bu konumuz olmadığı için ondan hiç bahsetmeyeceğim. Tarihçesine bakarsak her türlü afet durumunda hipotermi görüyoruz. Son iki yüzyılı düşündüğümüzde benim aklıma en sık savaş koşulları geldi. 19. yüzyılda mesela Napolyon Rusya'yı işgal etmiş ve kötü kış koşulları ile karşılaşmıştır. Savaşa 680.000 kişi girmişler 90.000 kişi hayatta kalmış ama ölenlerin çoğu yaz dönemindeki savaşlarda ölmüş.

Bizim ülkemizin de acı bir deneyimi var. Sarıkamış Harekatı'nda 100.000 kişilik ordu savaşa giriyor, 10.000 kişi geri dönüyor. 25.000'in soğuktan öldüğü, bir kısmının esir düştüğü ve ciddi bir kısmının da tifüsten öldüğü söyleniyor. İkinci Dünya Savaşı'n-da da Almanlarla Ruslar arasındaki savaşta, işte ilk kış Alman tarafında 135.000 kişide donma saptandığı biliniyor.

Gelişmiş ülkelere bakıldığında primer hipotermiyi esas olarak açık havada yaşayan, çalışan ya da eğlenen insanlar da evsizlerde görüyoruz. Daha az gelişmiş ülkelerde evsizler, toplu kaza geçiren insanlar, çığ kurbanları ve dağlık bölgelerdeki köylerde yaşayanlar ve gezginler etkileniyor. Geçen seneki deprem şubat ayında olduğu için tabii ki deprem kurbanları içinde de hipotermiden etkilenen ciddi bir popülasyon olmuştur. Sıcaklığın azalmasıyla veya beraber tabi ki sıklık artıyor ama bir evsiz birey hava çok soğuk değilken bile hipotermiye maruz kalabiliyor. Ilıman iklimlerde de hipotermi görülebiliyor. Üstelik de her mevsim görülüyor. Hipotermi sadece kışın ya da sonbaharın problemi değil yaz döneminde de meydana geliyor. Çocuklar ve vücut kitle alanı düşük insanlar hipotermiye daha duyarlılar.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) istatistik verileri izleme ve kullanma açısından çok meraklı bir ülke. Her şeyin istatistiğini bulabilmek mümkündür. Hipotermiye bağlı olarak yılda 1500 ölüm bildirmişler. Polonya 100 bin nüfusa 5 ölüm bildirmiş. Polonya'nın nüfusu 38 milyon. Bu ne demek? Polonya'da her yıl 1900 kişi hipotermiden ölüyor demek. İskoçya'da yılda 100 bin nüfus için 2 ölüm bildirmiş.

Başka bir askeri literatürde hemen hemen 6000'e yakın hasta çalışmaya dâhil edilmiş. Yaklaşık 750'si hipotermik. Mevsimlere bakarsak hipotermik olguların aşağı yukarı yarısı yazın, yarısı kışın meydana gelmiş. Kimlerde hipotermi gelişim olmuş diye bakıldığında ABD askerleri ve koalisyon güçleri arasında benzer dağılımlar var. Savaş bölgesi lokalizasyonuna bakarsak hipotermi gelişen olguların %80'inden fazlası Afganistan'da savaşanlar. Bu iklimin farklılığının bir sonucu, Afganistan'da karasal iklim görülmektedir. Hipotermi gelişen olguların %17'si Irak, Suriye'de savaşanlar. Yani çöl

koşullarında da yaralanınca da hipotermi olmuş (Mil Med. 2023 Nov 28:usad451).

Baş boyun bölgesi yaralanmalarında daha fazla hipotermi gelişmiş. Toraks yaralanmalarındaki olgular daha fazla hipotermik olmuş. Batın yaralanmaları da daha fazla hipotermik olmuş ve mekanizmaya bakarsak da patlama kurbanları da, burada hem künt travma hem penetran travma söz konusu olabilir, daha fazla hipotermik olmuş.

Klasik tanım, hipotermiyi 4 evrede inceliyor:

Evre 1, hafif hipotermi. Santral sıcaklığın $35-32^{\circ}\text{C}$ arasında olduğu söyleniyor. Şuur açık ve titreme var. Titreme başka nedenlerle ortadan kalkabilir. Şuur, örneğin travma varsa ya da ilaç kullanımı varsa kapalı olabilir.

Evre 2, 32°C ile 28°C arasında bir santral sıcaklık var, şuur kapanmaya başlıyor. Titreme olabilir de olmayabilir de deniyor.

Evre 3, 28°C 'ın altı, şuur kapalı ve yaşamsal belirtiler var deniyor ama şuur başka nedenlerle etkilenebilir ya da açık olabilir.

Evre 4, Çok ağır, klasik olarak 24°C altında bir santral sıcaklık var Ölmüş ya da yaşamsal belirtiler yok diye kabul ediliyor. Ama 24°C altında santral bir sıcaklığa sahip olan ve yaşamsal belirtileri olan olgular da saptanmış.

Sekonder hipotermi ise daha ziyade yaşlı nüfusta daha sık görülen bir olgu. Dünyada en çok Japonya'da gözüktüyor. Çünkü 100 yaşın üzerinde en fazla kişi Japonya'da bulunuyor. Nüfusu giderek yaşlanmakta olan ülkeler içinde bir sorun olacağı söyleniyor. Türkiye'de nüfusu yaşlanmakta olan ülkeler arasında yer alıyor. Muhtemelen biz de daha fazla karşılaşacağız. Nedenlerine bakarsak termoregülasyon bozuklukları, ısı üretimin azalması ve ısı kaybının artması gibi ana başlıklar altında toplanıyor. Isı kaybının arttığı durumlara bakarsak yanıklar önemli bir neden. Soğuk sıvılarla tedavi, çoklu travma, şok gibi durumlar da depremi ilgilendirebiliyor. Malnütrisyon ve hipoglisemide ısı üretiminin azalmasına neden olarak 2. istemsiz hipotermi sıklığını arttırabiliyor.

Biz normalde homeotermik canlılarız. Vücut sıcaklığımızın $37^{\circ}\text{C} \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ civarında tutulması gerekiyor. Hem santral hem de periferik termoregülasyon mekanizmalarımız var. Vazokonstriksiyon ve vazodilatasyon sıcaklığı ayarlıyor. Ayrıca davranış, egzersiz ve giyimle de biz bilinçli olarak merkezi sıcaklığımızı etkileyebiliyoruz.

Isı normalde metabolizmanın bir sonucudur. Kas aktivitesiyle artıyor. Konveksiyon, kondüksiyon, radyasyon ve terleme ile azalıyor. Dengeyi korumak için sürekli birtakım verileri beynimize gönderiliyor. Isı kaybı gerekiyorsa ya terliyoruz ya da ciltteki kan akımını arttırıyoruz. Isı kaybı fazla ise o zaman titremeye başlıyoruz. Kas aktivitemizi arttırıyoruz. Cilt kan akımını azaltıp ısı kaybını azaltmaya çalışıyoruz. Ve hem periferik hem santral sıcaklıklar var. Periferde vücut biraz daha esnek davranıyor ama santral sıcaklığı korumaya çalışıyor. Bu nedenle periferik kompartımanlar santral kompartımanlarımızı göre 2 ila 4°C daha soğuklar ve bu nedenle de sıcaklığı santralden ölçmemiz gerekiyor.

Nasıl ısı kaybediyoruz gelince.

Biyokonveksiyon bütün cisimlerin etrafında olduğu gibi vücudumuzun etrafında da bir miktar sıvı ve gaz bulunuyor ve bunlar bizden ısı absorbe ediyorlar ve ısıyorlar. Daha sonra bu ısıyan havanın yerini daha serin olan sıvı ya da gaz alıyor. Bu ısı alışverişi normal koşullarda pek önemli değilken rüzgâr, suya girme, ıslanma gibi durumlarda bu

yoldan çok fazla ısı kaybetmeye başlıyoruz.

Kondüksiyon birbirine değen iki cisim arasında ısı alışverişi. Yani ben çıplak ayakla taşa bastığım zaman ayağımla taş arasında ısı alışverişi oluyor. Sıcak havada suya girdiğimde de bu meydana geliyor. Belki bizim için en önemli mekanizma bu. Ameliyathanelerde bizim hastalarımız en çok kondüksiyonla ısı kaybediliyor. Bu durumda hem dış ortamdan ısı alıyoruz hem dış ortama ısı veriyoruz. Ameliyathanenin ısıtılması o anlamda hastanın ısı kaybını azaltabiliyor ya da alttan ısıtmalı sistemlerin kullanılması hastanın ısı kaybını azaltabiliyor.

Evaporasyonla da ciddi miktarda ısı kaybı oluyor. Buharlaşıma yoluyla her 1 gram su için 0,54 kcal'lik bir enerji meydana geliyor. Çöl koşulları veya tropikal koşullarda bunun etkisi artıyor. Çevre sıcaklığı, vücut sıcaklığına yaklaştığı zaman ya da bunu aştığı zaman evaporasyon yolu ile ciddi olarak ısı değişimini olmaktadır.

Cam termometreleri artık hemen hemen hiç kullanmıyoruz. Elektronik ya da tek kullanımlık termometreleri kullanıyoruz. Ölçüm yerlerine bakarsak en ideal ölçüm metodu pulmoner arter kateteri. Ama pulmoner arter kateteri ne anestezi pratiğinde ne de yoğun bakım pratiğinde kullanılmıyor. Bunun yerine kullanılan aksiller yol çok güvenilir değil. Nazofaringeal, özefageal, timpanik membran, rektal yol ve mesane ölçümlemlerini kullanıyoruz.

Saydığım bu yollar pulmoner arter kateterinden yapılan ölçümlemlerle iyi korelasyon gösteriyor. Yani özefageal yoldan, mesaneden, rektumdan ya da nazofaringeal yoldan sıcaklığı ölçmek uygun ama hızlı sıcaklık değişimini varsa yani benim hastam çok hızlı soğuduysa ya da çok hızlı ısınıyorsa bu yollar sıcaklık değişimini yansıtmada geri kalıyorlar.

Eğer elinizde termometre yok ve dışarıdasınız, çıplak elinizle hastanın göğsüne dokunun, eğer soğuk hissediyorsanız hastanız hipotermiktir deniyor.

Entübe olmayan olgularda eğer alet varsa timpanik ölçümlemler, entübe olan olgularda de özefageal yoldan ölçümlemler öneriliyor.

Evre bir olgular genellikle uyanık oluyor. Şuuru hızlıca değerlendirmek için AVPU skalası kullanılabilir: bu skalada A alert yani uyanık, V verbal uyarına yanıt, P ağrılı uyarına yanıt ve U ise yanıtsız anlamına gelmekte. Evre I olgularda kardiyak sorun riski düşük. Ek oksijen vermek yararlı. Sıcak şekerli çay vermek, çikolata ya da şekerleme vermek öneriliyor. Aktif hareketler teşvik edilmeli ve pasif ısıtma yapılmalı. Aktif ısıtma yapabiliyorsa bunun yapılması da öneriliyor.

Evre 2 olgularda sesli uyarana yanıt alınabilir. Kardiyak arrest riski orta derecede artmıştır. Oksijen verilmesi, intravenöz ya da intraosseöz yoldan şeker verilmesi uygun. Pasif ısıtma ve aktif ısıtma yapılabilir. Hasta transport edebiliyorsa transport edilmesi uygundur. Defibrilasyon pedlerinin yapıştırılması öneriliyor.

Evre 3 olgularda sadece ağrılı uyarana yanıt alınabilir. Bu hasta hipotermik olup vital bulguları mevcuttur. Bu olguda kardiyak areste gelişme riski yüksektir. Entübasyon düşünülebilir, intravenöz glikoz verilebilir, defibrilasyon pedlerinin yapıştırılması önerilmektedir. Ekstrakorporeal destek ünitesi olan bir hastaneye transport edebiliyorsanız transport edin.

Evre 4 burada kardiyopulmoner resüsitasyona başlanması öneriliyor: standart kardi-

yopulmoner resüsitasyondan birtakım farklılıkları vardır. Hastane öncesinde bir hastayı ısıtmak hemen hemen imkânsız gibi bir şeydir. Önemli olan ısı kaybını minimize etmek, o ısyı korumak.

Burada önemli olan vital bulguların olup olmaması ve şuur durumu. Şuur, vital bulguları yok ve kişi çığ altında kalmış. Kurtarıcı için güvensiz durumlar var ya da ölümün bulguları gerçekleşmiş. Burada kardiyopulmoner resüsitasyona son verin deniyor. Vital bulgular olmayan ancak yukarıdaki koşulların hiçbirisini karşılamayan bir olguda ise kardiyopulmoner resüsitasyona başlanması önerilmektedir. Bu kardiyopulmoner resüsitasyon standart resüsitasyondan daha farklıdır.

Birtakım pratik bilgiler var. Eğer hastanız titreyebiliyorsa, santral vücut sıcaklığı $> 30^{\circ}\text{C}$ kabul edilmelidir. Mental durumu bozulan hipotermik bir olguda amprik olarak glikoz başlanması uygundur. Titremesi mevcut, ayakta ya da yürüyebilen bir hastada aktif hareketlere izin verilebilir. Hastanın sıcaklığı $< 30^{\circ}\text{C}$ olan olgularda en fazla, 3 kere şok uygulanması önerilmekte olup santral sıcaklık $> 30^{\circ}\text{C}$ çıkana kadar defibrilasyonun durdurulması öneriliyor.

Epinefrin ve amiodoron sıcaklığı $< 30^{\circ}\text{C}$ olan olgularda kullanılmamalıdır. $30-35^{\circ}\text{C}$ santral sıcaklığı olan olgularda adrenalinin uygulama aralığının 6 ile 10 dakikaya kadar çıkarılması öneriliyor. Dolaşımı stabil olan olgularda pasif, aktif ya da eksternal yeniden ısıtma yöntemleriyle kişinin ısıtılmaya başlanması önerilmektedir. Kardiyak arrest riski taşıyan ya da dolaşımı stabil olmayan hastalarda da ekstrakorporeal yaşam desteği hazır bulundurmak gereklidir, deprem koşullarında bunu sağlayamayacağımızın farkındayım. Bu algoritma esas olarak çığ altında kalanlar ya da savaş alanında hipotermi yaşayanlar için geliştirilmiştir. Hastayı ıstımayı en iyi ECMO sağlayabiliyor.

Hastaları ne kadar ıstıtmamız gerektiğini tam olarak bilmiyoruz. İyi nörolojik prognoz için bunun 2°C civarında olması önerilmektedir. Bu ısıtmanın kesinlikle 5°C 'ın altında tutulması önerilmektedir. Kardiyopulmoner bypass da bir seçenek olup bu iş için ECMO daha uygun bir araçtır. Diğer ısıtma teknikleri ancak bu tekniklere ulaşamıyorsa ya da 6 saat içerisinde ulaşamayacaksa kullanılmalıdır; ancak bu konuda da net bir algoritma sahibi değiliz.

Kullanılan ısıtma yöntemleri hastaların hipotermik olmasını önüyor mu diye baktarsanız özel ısı koruma kitleri hipotermik olgularda kullanılmış ama onların hipotermik olmasını önleyememiş. Isıtıcı battaniye kullanımı da hipotermi gelişimini önleyememiş. Hastane öncesinde ne yaparsanız yapın maalesef hastaları ıstıtmıyoruz ve ekstrakorporeal yaşam destek sistemleri dışındaki tüm ısıtma yöntemleri evre 3 ve evre 4 hipotermi için yetersiz kalmaktadır.

Bir de ameliyathanede karşılan hipotermi olguları var. Biz anestezi pratiğinde vücut sıcaklığının $< 36^{\circ}\text{C}$ olmasını hipotermi olarak kabul ediyoruz. Sıklığı da tahmin edilenden çok fazla olup %70 kadar popülasyonu etkiliyor. Isı monitörizasyonunun ne kadar kullanıldığı araştırılırsa bu oranı %25 civarında olduğu bulunmuştur, yani her 4 hastadan birine ısı monitörizasyonu yapıyoruz (Türk J Anaesthesiol Reanim 2017; 45: 124-6). Kullandığımız intravenöz sıvılar, irigasyon sıvıları, batının açılması, anestetik ajanlar ve rejyonal anestezi gibi anestetik tekniklerin hepsi titremeyi ve vazokonstriksiyon mekanizmalarını bozuyor ve ısı kaybını artırıyor. Anestezi skoru aç-

sından riskli hastalar, kaşektik olgular, yanıklar, hipotiroidisi olanlar ya da kortikoadrenal yetmezlikli hastalar hipotermiye daha duyarlı.

Hipotermi olumsuz etkileri arasında cerrahi yara enfeksiyon sıklığında artış vardır. Uyanırken meydana gelen titreme, miyokart oksijen tüketimini artırıyor ki bu artışın %400'e kadar olabileceği söyleniyor. Titreyen hastanın iskemik kalp hastalığı riski varsa bu %400'lük artışı tolere edemeyecek ve miyokart iskemisi meydana gelecektir. Trombosit fonksiyonları hipotermiden olumsuz etkilenir. Koagülasyon faktörleri en iyi 37°C'ta etki göstermekte olup vücut sıcaklığında her 1°C düşmede koagülasyon mekanizması kabaca %10 efektifitesini yitirir. Bunun sonucu olarak kanama ve transfüzyon ihtiyacı artar. Hipotermide anestetik ilaçların etki süreleri ciddi olarak uzamakta ve öngörülemez hale gelmekte olup bu durum yaşlı hastalarda daha da belirgindir.

Hipotermiyi önlemek için ameliyata alınacak kadar sürede bir koridorda ya da uyanma odasında bekliyorsa orada hastayı aktif olarak ısıtmaya başlamak yararlıdır. Ameliyathanenin sıcaklığının 18-22°C arasında tutulması uygundur. Pasif olarak hastanın yalıtımı sağlanmalıdır. Yani açıkta kalan, örtebileceğimiz her alanı örtülmelidir. Düşük akım anestezi uygulanması ve kapalı anestezi devrelerinin kullanılması önerilmektedir. Elektrikli battaniler, ılık su donanımlı battaniler, yataklar ve sıcak hava üflemleri sistemler ve bütün sıvıların ısıtılması gibi yöntemler kullanılabilir.

Dr. Hasan Oğan

Kemalettin Koltka'ya çok teşekkürler. Bu kış mevsiminde depremin ortaya çıkması ya da Antakya'daki binanın elektrik devresinin devre dışı kalması ve hastaların soğukla karşı karşıya kalması deprem koşullarında hipotermi'nin önemini bir kez daha ortaya koyuyor.

Şimdi de depremde hiperbarik oksijen tedavisi Profesör Doktor Şamil Aktaş kendisi Sualtı ve Hiperbarik Tıp Derneği Başkanı aynı zamanda.

Depremde hiperbarik oksijen tedavisi

Prof.Dr. Şamil Aktaş

Sualtı ve Hiperbarik Tıp Derneği

Sayın Başkan, değerli meslektaşlarım, Sualtı ve Hiperbarik Tıp Derneği adına bizde depremden, özellikle bu son depremden deneyimlerden, çıkardığımız derslerden daha fazla konuşacağım. Teorik bir anlatım olmayacak. Depremde hiperbarik oksijen tedavisiyle bizim uyguladığımız bu tedavi biçimi de kullanılıyor. Şimdi kısaca hemen girmek istersek, hiperbarik oksijen tedavisi bizim uyguladığımız bir tedavi biçimi, kapalı bir basınç odasının içinde, böyle tek kişilik de olabilir, böyle çok kişilik de olabilir, kapalı bir basınç odasının içine hastaları alıyoruz. Burada aralıklı veya sürekli bir biçimde, maskeden veya tüpten veya ortamdan yüzde yüz oksijen solutuyoruz. Kabaca amaç burada yüksek basınç altında solutmuş olduğumuz oksijenin çözünmüş oksijen miktarını artırarak dokulara daha fazla oksijen taşınması. Yani konu aslında temelde, başka etkilerini karıştırmıyorum hiç, konu temelde çözünmüş oksijen ile dokuların oksijenlenmesi. Yani antihipoksik bir tedavi.

Eğer dokudaki patoloji hipoksiye ki bunun tabii yüzlerce sebebi olabilir, çok geniş bir endikasyon listesi var. Yardımcı bir tedavi olarak kullanıyoruz. Bazı hastalıklarda vurgun gibi, yani bu dalgıçların hastalıkları gibi, bazen karbon monoksit zehirlenmesi gibi hastalıklarda birincil tedavi olabilir. Ama diğer hastalıkların büyük çoğunluğunda yardımcı tedavi yöntemidir.

Çok endikasyon listesi çok geniş ama depremlerde biz en azından crush yaralanması, kompartman sendromu gibi durumlarda yani bu ezilme yaralanmalarında, sonra buradan gelişecek kronik yaralanmalarda, depremine göre karbon monoksit zehirlenmesi veya reimplantasyonlar, kopmuş organlar, sonradan gelişecek bir kronik osteomyelite, o anda ortaya çıkan bir nekrotizan enfeksiyon, o koşullarla ilgili veya ortamın etkisine bağlı olarak yanık, donuk, yani afetin veya depremin olduğu yere göre yanık, donuk gibi durumlarda kullanıyoruz. Ama en çok kullandığımız durum tabii crush yaralanması. Hiperbarik oksijen tedavisini diğer depremlerde de kullandık. Yani diğer depremlerde kullanmanın, hatta hiperbarik oksijen tedavisinin Türkiye’de gelişmesinin bir sebebi de bir taraftan bu depremlerde kullanılması oldu.

Mesela Erzincan depreminde, 92’deki Erzincan depreminde, Erzincan’daki bir hasta hiperbarik için Erzurum’dan İstanbul’a, Çapa’ya bize geldi, yollandı. İlk deprem has-tamız buydu. Sonra 99 Gölçük ve Düzce depremlerinde zaten o zaman bir ÇAPA bir

GATA vardı hiperbarik uygulayabileceğimiz. İstanbul'a getirilen hastalardan da hem ÇAPA'da hem GATA'da çok sayıda hastayı hiperbarik oksijen tedavisine aldık.

Van depremi sırasında Van'daki basınç odası henüz faaliyette değildi. Ama Van'daki hastalar da Erzurum ve Diyarbakır'daki basınç odasına yollandı. Ki Van'da da bir basınç odası bir hiperbarik merkez kurulması fikri de Bakanlık tarafından zaten depremden sonra atıldı.

Bu Kahramanmaraş depremindeki verileri de ben şimdi size biraz sunacağım. Burada mesela o Erzincan depreminde sonradan da Mucize Hemşire, bizim de bir meslektaşımız, Nurcan Hemşire bize yollanmıştı, tedavi edilmişti. O bir bilinirlik yarattı. Yani basınç odası böyle bir tedavi var, burada havuz mu var, yüzüyorlar mı, dalıyorlar mı, çıkıyorlar mı, bunlar ne yapıyorlar burada denirken. Ya işte böyle deprem hastaları da burada tedavi ediliyormuşa döndü ve bu bir bilinçle oluşturdu. Yani bu hastanın böyle bu kadar popüler bir kişi olması, gazeteler işte basın falan. Basınç odalarının kurulumunu da bu deprem bir şekilde pozitif olarak etkiledi aslında deprem hastalarını alıyor olmamız.

Şimdi burada bir karışıklık oluyor bazen yani konuyla alakalı olarak. Crush sendromu, ezilme yaralanması eğer böbreklerle alakalı bir durumu tutarsa biliyorsunuz Crush sendromu ama işte birden fazla ekstremitenin yüksek enerjili travmayla yaralanması, parçalanması, ezilmesi, kopması, crush yaralanması. Ama bir de kompartman sendromu var ki depremden aslında bunlar hastanelere daha sonra kompartman sendromları geliyor. Çünkü crush yaralanmaları büyük ihtimalle çoğu enkaz sırasında zaten eziliyor, ölüyor, kalıyor. Hastanelere gelenler aslında sonradan çıkartılan işte 8 saat, 10 saat, 2. gün, 3. gün çıkartılanların büyük kısmı aslında kompartman sendromu. Bunlar birbiriyle biraz karışıyor.

Evet, temelde aynı, elbette travmatik bir problem, travmatik iskemi, travmatik yaralanma ama yaklaşımlar birbirinden farklı. Esasen birtakım değişiklikler var. Sunumlarda bile her hasta crush sendromu diye anlatılıyor. Mesela değil aslında crush sendromu olması için biliyorsunuz ki yani böbrekle de ilgili problemlerin olması lazım. Şimdi biz bunların her birini de aldık yani hem crush sendromu hem crush yaralanması hem kompartman sendromu ama büyük çoğunluğu tabii kompartman sendromu olup aynı zamanda crush sendromuna dönenlerdi.

Fasyotomi ile ilgili burada değil belki ama mutlaka cerrahi toplantılarda, ortopedi toplantılarında cerrahi toplantılarında Deniz'e de söyleyeyim bunu da dernek olarak da çok konuşmaları lazım fasyotomi ile ilgili. Çünkü fasyotomi kompartman sendromunda tabii ki kompartman içi basıncı azaltmanın en iyi yolu, böyle çalışmalarımız da var. En iyi yolu fasyotomi. Fasyaları açtığınız zaman, dekompresyon yaptığınız zaman kompresyon da ortadan kalkıyor. En iyisi bu. Ama ne zaman, nasıl, kime yapılması gerektiği konusunda çok büyük problemler var. Hayati ve uzun hayatını da uzun yaşamasını da etkileyen bir durum bu. Daha önceki Gölçük ve Düzce depremlerinde şöyle bir sıkıntı vardı. Periferde kompartman sendromu bilinmediği için fasyotomi de yapılmıyordu. Yani hastalar fasyotomi yapılmadan veya yetersiz fasyotomilerle geldi. Çapa, GATA tabii buradaki Kartal şu bu büyük hastanelerde hep refasyotomiler ve gecikmiş fasyotomiler yapıldı.

Sonra gördük ki özellikle Düzce depreminden sonra gördük ki geç fasyotomi ve rutin fasyotomi de aslında iyi bir şey değil. Evet, kompartman içi basıncı azaltabiliyorsunuz ama zaten üstünden şimdi bu normalde de biliyorsunuz kompartman sendromu trafik kazalarında şurada burada oluyor ama o zaman hemen yani elektif şartlarda hemen götürülmüş hastaneye gitmiş iki saat üç saat içinde gitmiş bir hastayla zaten üç gün göçük altında bası altında kalmış bir ekstremitenin çıkartıldıktan sonra fasyotomisi farklı bir şey tabii. Gereksiz de fasyotomiler. Bu seferki depremde yani ikinci depremde maalesef bu sefer de bunu gördük. Yani bu sefer de hani bir yandan bir yana savrulmuş gibi oldu. Bu sefer de rutin bir biçimde her kompartmana fasyotomi yapıldı. Bu da çok yanlış bir şey oldu. Çünkü fasyotomi gereksiz, rutin, gecikmiş fasyotomiler ekstremitte kaybına yol açan bir durum. Basıncı düşürüyorsunuz, ekstremitte enfeksiyon veya işte diğer nedenlerle kayboluyor. Cerrahi kongrelerinde bence bunu çok tartışmaları lazım. Verileri değerlendirerek tabii.

Şimdi hiperbarik oksijen tedavisi bilmeyenler için söyleyeyim. Hiperbarik oksijen tedavisi bir basınç odası merkezi gerekiyor bunun için. Türkiye diğer ülkelerle karşılaştırıldığında karşılaştırılmayacak kadar iyi durumda olan bir ülke. Şimdi başka konuları bilmem ama hiperbarik açısından çok çok çok ileri bir durumda. Ne açısından ileri bir durumda? Hem ülkedeki dağılım, yani şu kırmızılarda hiperbarik oksijen tedavisi merkezi var. Bu da her yerde olması gereken bir şey değil zaten. Her hastanede olması gereken bir şey değil ama bunlar bizim için yeterli. Bir planımız var, bir programımız var. Yaklaşık 15-20 yıldır hazırlamış olduğumuz, derneğimizin hazırlamış olduğu planı bir şekilde bakanlığa da ikna ettik ve bakanlık da bu plana göre hiperbarik oksijen tedavisini yaygınlaştırıyor.

Şöyle bir yaygınlaşmış ağımız var. Hiperbarik oksijen tedavi. İkincisi, hep iyi hastanelerde. Yani eğitim araştırma şehir hastaneleri, üniversite hastanelerinde, bir de tabii özel merkezler hariç.

Hep iyi hastanelerde. Çünkü bizim tedavimiz dediğim gibi birçok endikasyonda yardımcı tedavi. Yani başka iyi branşlar olacak ki, iyi cerrahi, iyi ortopedi, iyi bilmem ne olacak ki siz orada hizmet verin. Başlı başına bir devlet hastanesinde, tek başımıza bir işe yaramayan bir tedavi.

Üçüncüsü, ülkemizde basınç odası üretimi de ülkemizde 4-5 firma tarafından yapılıyor. Bütün Avrupa'ya, dünyaya da bu firmalar yapıp satıyor. O yüzden basınç odalarımız da iyi. Dördüncüsü de bizde bu bir uzmanlık dalı. Hava Uzay Hekimliği Uzmanları ve Sualtı Hekimliği Uzmanları tarafından yapılan bir uzmanlık branşı olduğu için de uygulamalarda daha nasıl diyeyim uygun. Alan dışından buraya girmek isteyenler de var ama engelliyoruz. Yoksa öbür türlü ozon tedavisine dönerdi. Yani ona buna her şeye ozon olurdu. Allah'tan hiperbarikte böyle bir durum yok. Yani bilimsel endikasyonları uyguluyor. Yok mu? Öyleleri var ama dernek olarak gerekli mücadeleleri yapıyoruz.

Şimdi deprem sırasında 2024 itibarıyla şu anda 57 basınç odası merkezimiz var ve bunlar işte aşağı yukarı koltuk sayısı olarak bunların bir kısmı bizdeki gibi tek kişilik basınç odalarını saymazsak onları düşersek, 7-8'e öyle düşse 50 tanesi büyük merkez. Yani büyük, aynı anda çok kişinin hasta alabildiğimiz. Yani sonuçta 650 koltuk hastalık bir kapasitemiz var ve yaygınlaşmış.

Gördüğünüz gibi deprem bölgesinde de aslında iyi bir şey var, yayılım var deprem bölgesine baktığımız zaman fakat daha önceki konuşmacıların da söylediği gibi, o bölgeyi düşünmemek lazım. Yani deprem bölgesini düşünmemek lazım. Ne oldu? İskenderun'daki basınç odamız; basınç odaları etkilenmez, yani depremden etkilenmez. Çelik yapıda şeyler oldukları için ezilmez. Ama hastane çöktü. Hastane çokünce basınç odası kullanılmaz oldu.

Gaziantep'teki keza öyle, hastane kullanılmaz olunca basınç odası kullanılmaz oldu. Ne kaldı elimize? Antep'te bir özel merkez. Malatya'daki sağlamdı fakat Malatya'daki doktorun kendisi hasar gördü, o doktor devre dışı kaldı. Bu durumda elimizde sağlam Adana'da bir şehir hastanesi, Mersin'de bir şehir hastanesi, Adana'da bir özel merkez, Mersin'de bir özel merkez ve Gaziantep'te bir özel merkez, tabi bir de Diyarbakır kaldı. Biz plan olarak yani hastaların hemen bu yoğun, bu büyük etkilenmeden dolayı aşağı yukarı tecrübeye sahip olduğumuz için hastaların ikinci günden itibaren hiperbarik merkezlere cerrahi klinikler tarafından yollanacağını biliyorduk. Ona göre de organize olduk. Organizasyon aşamasında bu aşamada emir komuta gerçekten önemli. Yani nasıl bir şekilde düzenleniyor. Biz de dernek olarak hemen emir komuta ve iletişim ağlarını kurduk ve tek bir merkezden yönetilebilecek şekilde, bütün ihtiyaçların tek bir merkeze gelmesi, burada görevli birkaç arkadaş çalıştık tek bir merkezden de çözülmesi, yani bakanlıkla ilişkiler, işte ihtiyaçların belirlenmesi, işte o bölgelerin halledilmesi şeklinde. Tabii personel, malzeme, doktor aktarımı. Çünkü bu merkezlerde genellikle bir doktorumuz, çok bilemediniz iki doktor oluyor. Onlar da tabii 24 saat çalışmayla ancak birkaç gün çalışabiliyorlar. Bunları çözmeye çalıştık. Bu şekilde bir dağılımımız var.

Sonuç olarak yaklaşık 30 merkezden derlediğimiz verilere göre, daha fazla merkezimiz var ama bizim sorduğumuz kısa bilgileri, hasta bilgilerini bize yollayan merkezlerden aldığımız bilgilere göre; bunlar burada, şey dağılımları, il dağılımları da burada. 1046 hasta tedavi edilmiş. Yani bize daha doğrusu 1046 hasta bilgisi geldi, hiperbarik oksijen tedavisi alan. Fakat 104 hasta 2 merkezden birbirlerine nakledilmiş. Önce biri başlamış sonra diğer tarafa. 11 hasta da 3 merkezde tedavi olduğu için bunları çıkarttığımızda net gerçek hasta 921. Diğer merkezleri de katsak bilgiler demek ki aşağı yukarı 1000 civarında bir hastaya hiperbarik oksijen tedavisi hizmeti vermişiz bu deprem sırasında.

Yaş ortalaması 25-26 civarında. 9 aylığı da var, 86 yıllığı da var. Tabi bu kadar yaş ortalamasının düşük olmasının nedeni çocuk hasta sayısının çok yüksek olması. Kadınlar %54, biraz yüksek erkeklere göre.

Hasta sayısına bakarsak en fazla hastayı İstanbul almış. Normal, çünkü gördüğünüz gibi İstanbul burada, İstanbul hem özel merkezler, yukarıda Çapa'dan başlayarak aşağıya kadar inersek hem özel merkezler hem de birçok büyük hastanemizde, işte Bağcılar'dır, Kartal'dır vs. çok büyük hastanelerimizde, Çamsakura da hep hiperbarik merkezimiz var. Özel merkez de var o yüzden İstanbul olmuş. Sonra tabii Adana bölgede en yakın en çok hastanın yollandığı yer. Ankara, Ankara'da da birçok merkezimiz var. Mersin, Gaziantep bunlar da bölge yeri olduğu için hasta tedavi edilen hastalar. Diğerleri de etmiş ama bu en yüksek eden illeri aldım ben buraya.

Hasta-seans olarak da İstanbul neredeyse 4000 seans yapmış, hasta-seansı yapmış en fazla yine. Onu Ankara izliyor. Hastaların yollanması, sonrası ikinci tedaviler daha

uzun sürüyor. Adana, Mersin, Kayseri ve Gaziantep de bunu izliyor. Sonra daha az alan illerimiz de var.

Toplam 921 hasta elimizdeki verilere göre. 12.701 hasta-seans yapmışız. Ortalama seans sayımız 14 civarında. En az 1 seans tedavi yapmışız. Bu hasta 1 seans amputasyona gitmiş olabilir, 1 seans ölmüş, 1 seans başka yere gitmiş olabilir. En fazla 78 seans yapılmış. Tedaviye en erken başlama 1 gün. Yani 6 Şubat ise 7 Şubat'ta başlamış en erken.

Biz bunu biliyorduk. Zaten ilk gün tedaviye başlama diye bir durum olmaz. Çünkü bir vurgun olsa ilk gün hemen vurgun gider. Bir karbon monoksit zehirlenmesi de ilk gün hemen gider saat düzeyinde, ama bu depremde bizim tedavi edeceğimiz yaralanma bize ilk gün gelmez. Çünkü bu böyle bir endikasyon değil. Cerrahi kliniklere gidecek. Orada işte amputasyonu yapılacak, fastomisi yapılacak. Stabilize edilecek. Ondan sonra da birinin aklına işte buna yardımcı tedavi olarak da hiperbarik uygulayalım diyecek. Oraya yollanacak.

Birinci gün biz bunu biliyorduk. Arkadaşlar da çünkü deprem olunca herkes yazmaya başladı. Ya biz burada boş duruyoruz. Kimse bize hasta yollamıyor. Dedik, sakın. Birinci gün gelecek. İkinci gün şışeceksiniz zaten. Gerçekten de öyle oldu. İlk gün yani yedisinde, bir gün sonra Adana, Kayseri Bağcılar'da ilk hastalar alındı, İstanbul'da bakın görüyorsunuz. İkinci günde yani sekizinden itibaren de Mersin, Diyarbakır bunlar şey yakınlar zaten. Sonra Konya ikinci planda Konya, Kayseri'ye yollandı hastalar. Sonra da işte Ankara'da Akyurt, Gülhane İstanbul'da da Çapa, eski GATA ve Kartal'da ikinci günden itibaren de hastalar alınmaya başlandı.

Tedavi ortalama başlama süresi hastalarımız için 10 gün. 10 gün boyunca başladı. Şimdi, hep burada organizasyon konularından bahsediyoruz. Ben şunu söylüyorum, organizasyonda biz ne kadar çuvalı şeyi, iğneyi, çuvaldız hikayesi kendimize ne batırır sak batıralım, biz aslında çok iyiyiz. Yani sağlık sistemi, sağlık sektörü, sağlık çalışanları aslında çok organize. Yani toplumun diğer kısımları ile karşılaştırdığımız zaman biz üzülüyoruz niye iyi organize olamadık diye.

Hep şöyle söylüyorum, nöbeti olan sektörler organize. Yani nöbeti olan asker organize, hemen çıkıp organize olabiliyor. Polis organize olabiliyor, itfaiyeci de olabiliyor ama mal müdürlüğündeki bir tane bile memuru bulamazsınız bir hafta depremde. Yani bir berber bulamazsınız, kasap bulamazsınız. Organize olabilmek için nöbeti olması lazım. Ya zaten şu anda hastanede biri duruyor mu benim yerime ben burada konuşurken? Evet, biliyorum ki biri var. Herkes bu şekilde biliyor. O yüzden biz, yani bizim sektör, bizim sağlık çalışanlarımız, doktorlarımız, hemşirelerimiz, deprem olunca ilk aklımıza gelen hastaneye hemen gideyim, hastaneye telefon edeyim, oradaki bir doktoru bulayım falan. O yüzden biz organize olabiliyoruz ve gerçekten de belki işte madenciler, kurtarıcılar, oradan buradan gelen kurtarma ekipleri kadar fazla bir sesimiz soluğumuz çıkmıyor ama şöyle bir fotoğrafları koyuyoruz. Bu savaş fotoğrafı da olabilir, deprem fotoğrafı olur, sel olur, tsunami olur, ne olursa olsun. Kaç tane afet fotoğrafı koyarsanız koyun. Hep köşede, kenarda köşede, bir ambulans, bir işte sağlık memuru, bir hemşire, bir doktor, bir şey görüyorsunuz. Geri planda gözüküyoruz ama esasen her afette de hem organize olarak hem de işin içinde olarak çalışıyoruz.

Daha iyi nasıl yapabiliriz diyoruz. Tabii böyle büyük bir afette bakın, şimdi Çapa'da bizim gece hiperbarik değişme saati yani seans değişme anı. Hastalar çıkıyor, öbür has-

calar giliyor. Hepsini bizde yatmıyor, hepsi çapa’da kalmıyor. apa’da kalan var ama dış hastanelerden de gelenler, gidenler. Bunları ayarlamak daha zor. Yani ambulansları ayarlamak, onların diyalizini ayarlamak, refasyotomileri var, amputasyonları var, pansumanları var. Bunlarla sizin seanslarınızı ayarlamak daha zor. Çünkü uğraştığımız hastalar, uğraştığımız hasta grubu böyle basit bir gir-ık hasta değil, basınç odasına girip çıkan basit bir hasta değil. Bunların, böyle hastaların birçok cerrahi ve birçok dahili başka işleri de var. Onların da yapılması lazım hastanelerde. Yani bunları organize etmek daha büyük bir vaktimizi aldı bizim tedavi yapmaktan.

Soldaki Akyurt. Bakın kaç ambulans var. Seansa gelmiş bunlar. Bir kısmı da seans bitmiş hastaları götürecek. şimdi arkadaş bunu çekmiş. Diyor ki işte bir seans sırasında ki durum. Bu kadar ambulans. Akyurt Ankara’nın tamamen dışında kk bir hastane. Yani kendi kapasitesi düşük olan bir hastane ama merkezi oraya kurmuşlar. Yanık için düşünmüşler. O da bir tuhaf.

Hastaların tamamı neredeyse Ankara’dan işte Hacettepe, Ankara tıp, Numune, şu bu falandan gidiyor ve oraya geliyor. Yani tekrar taşınıyor Numune’ye. Tabii böyle bir transfer problemi, bunu çözmesi lazım. 24 saat çalışıyor basınç odası çalışması, ama transfer daha büyük bir problem oluyor. Bu problemini Whatsapp’tan koyunca arkadaş şeydeki de Adana’daki de hemen hava olsun diye, bize de hastalar böyle geliyor demiş. şehir hastanesindeyiz ya. O da hemen çekmiş. Biz de böyle alıyoruz. Helikopterlerle falan.

şimdi bu Adana’da bizim uzman arkadaşımız, Adana’daki uzman arkadaşımız fotoğrafı çekmiş, çökmüş adamağız artık 2-3 gün sonra. Tek uğraştı hangi hasta nereye girecek? Yani şurada seansları ayarlamaya alışıyor. İçeriye alacağımız hasta sayısı belli. Herkes yığılmış, her yerden benim hastamı önceye al baskısı var. Bir taraftan da tedaviye girsin dediğiniz o sırada diyalize giliyor. Bilmem ne dediğiniz gelemiyor. Öbürünün işi çıkıyor. Bu ameliyata giliyor falan. Adamağız da kaç sedye, iki tane sedye, bir tane oturur falan diye yer kaplama durumuna göre de basınç odası seansını ayarlıyor. Tek başına hem tedavi yapıyor hem bu işleri yapıyor. şimdi böyle olunca tabii bir anda arkadaşlarımız arasında ve bunu bu tedavileri emir komutayla tek yerden, tek merkezden yönetme durumu olunca arkadaşlarımız hemen müsait durumda olanlar gnllklerini bildirdiler. Biz gideriz dediler. Mersin’e, Adana’ya, Diyarbakır’a, Konya’ya, Kayseri’ye. Buralarda tek hekim var. Buraya gideriz dediler. Biz de bunları tek elden organize ettik. Allah’tan bakanlıkta bu işle uğraşan, bizle ilgilenen bölümle aramız iyi. Onlarla da koordinasyon kurarak, çünkü enteresan da bir durum var. Hasan Bey’e de daha önce söylemiştim. Taşra Teşkilatı, yani bütün hastaneleri vesaireleri, şunları bunları, ambulansları, Umkesi mumkesi, gece gündüz çalışırken Sağlık Bakanlığı’nda, Sağlık Bakanlığı cuma akşamı kapıyı kapatıyordu, pazartesi sabah açıyordu. Yani bakanın kendisi sağlık şeyinde, sakallı bir vaziyette, tıraşlı bir vaziyette, aylarca oralarda dolaşırken genel müdürleri, şunları bunları, bakanlık memurları, cuma akşamı kapıyı kapatıp gidiyordu. Yani hiçbir böyle bir afet varmıyor, şuymuş, buymuş gibi. O yüzden cuma günü, mesai bitene kadar siz doktor ihtiyaçlarını, doktor transferlerini falan yazmanız lazım ki izin çıksın, emir çıksın, işte görevlendirme çıksın. O yüzden doğrudan daire başkanıyla gece, gündüz telefonlarla görüşerek, sağ olsun kendisi de çok katkıda bulundu ve bu transferleri yaptık. Yani hekim arkadaşlarımızın buraya transferlerini gerekleştirebildik.

Bakın bu bir Adana'daki hastane şey Mersin'deki hastane. Bu da gelen hekimler. Yani oraya gelen gönüllü hekimler bu şekilde şey yapıyorlar. Benimki uzamadı diğerlerinki uzun o yüzden oraya geçtiniz ama bitirene kadar konuşurum. Bu da bir basınç odası. Basınç odasının içinde yer sınırlı. Şimdi bu hastalar hep sedyeli olduğu için bunların nasıl konması da bir problem oldu. Yani hastaları nasıl alacağız? Bir, iki, üç. Hadi iki de çocuk böyle tamam. Hemen, bunun üzerine her hemen fikirler çıktı. Acaba böyle bir şeyli sedye olabilir mi? Nasıl? Ranzalı sedye. Olacak iş değil ama hemen çizildi falan. Bir arkadaşımızın babası metalürji mühendisleri odasında uzun yıllar görev almıştı. Yeni ölmüştü. Arkadaşları hemen böyle bir şey çizdiler ve bunu hemen Konya'da ürettirler. Denediler Konya'da denendi bakıldı oluyor içeriye giriliyor çıkılıyor falan sonra da seri üretime geçtiler ve talep olan yerleri de hemen anında daha birinci hafta bu sedyeler üretilip yollandı.

Hastalar tabii ki işi bittikten sonra, hastaların işi bittikten sonra siz de bir şekilde ilişki içindesiniz. Mesela bizim 99 depreminde Kocaeli'de o zaman henüz ufak bir çocuk olan bir hastamız, ama koca delikanlı oldu ama ayağındaki deformitesi, şusu, busu, en ufak başka bir problemi olduğu zaman da sizi bırakmaz, devamlı size gelir.

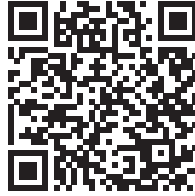
Bu mesela, yine depremde aldığımız bir genç kızımız, 17 yaşında. Evet, tedavi ettik, uğraştık. Dirsek altı amputasyonu indirdik, kol amputasyonunu. Elimizden gelen en iyisi buydu ama tabii ki bu protezi de yapmak zorundaydık. O yüzden de eş, dost, tanıdık, parası olan zengin arkadaşlarımızı falan devreye sokup bu biyonik protezi de uygulattık veya bu genç çocuğumuzda sağ dizüstü yüksek bir amputasyonu var. İyi bir protez bu çocuğa da uygulanması gerekiyordu. Onun için de yardım kanallarını, bağış kanallarını arkadaşlarımızı, eşimizi, dostumuzu devreye soktuk. Onu da amputasyonu olan hastalarımızı da çoğu hastayı amputasyondan kurtuldu ama amputasyon yaptırdığımız, yaptırmak zorunda kaldığımız hastalarımıza da en azından bir protez sağlamak durumunda kaldık.

Şimdi iki hafta kadar sonra, yani depremden iki hafta kadar sonra bir gece ne yiyorsunuz ne içiyorsunuz muhabbeti üzerine meslektaşlarımız bu fotoğraflarını çektiler, yolladılar. 2 hafta sonra bile belki herkes hani deprem bitti gitti falan gibi duruyor ama bizim hiperbarik üniteler 24 saat çalışıyordu.

Her birine şükranlarımı sunuyorum.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

Soru-cevap

Dr. Ertuğrul Oruç

Bütün sunumlarda deneyimler de aktarıldı. Bölgedeki sağlıkçıların hizmet vermemesiyle ilgili çokça söylendi. Biz de İstanbul Tabip Odası ve Türk Tabipler Birliği olarak O dönemde çokça basın açıklamasında da dile getirdik. Kesinlikle katılıyoruz bu konuda. Keşke Türkiye'nin genelini bir rotasyonla meslektaşlarımız, biz de dahil olmak üzere gönüllü olan böyle bir organizasyon yapılabilseydi ki oradaki meslektaşlarımız çekilebilseydi. Bunun eksikliğini gerçekten biz de çok hissettik. Bunun için çok çabaladık ama yapamadık. Burada bakanlığın gerçekten kusuru oldu.

Kardeş şehirler vurgulandı. Gerçekten çok önemlidir. Biz de deprem çalışma grubu olarak hem Marmara bölgesi içinden hem de dışından kardeş şehirler tespit ettik. İstanbul Tabip Odası ve Türk Tabipler Birliği de bu bölüşmeyi yapmıştı. Biz örneğin Hatay'la Adıyaman'ı kardeş şehir olarak seçmiştik. Bunun da çok yararını gördük. Bu da işleyen şeylerden bir tanesidir.

Bugün için acillerin durumu ortada. Biz zaten günlük olarak bile şiddetle çok karışıyoruz. Acilde çalışan hekimler, özellikle acilde çalışan hekimler ve cerrahlar. Bunlarla çok yüz göz oluyorlar. Ben triyaj deyince ilk aklıma güvenlik sıkıntısı geldi açıkçası. Orada bunu nasıl sağlayacağız? Nasıl sağladınız? Hani bununla ilgili örnekler belki deneyim aktarımı olabilir? Artı ben yasal mevzuatı da hani bu bizim Türkiye'deki yasal mevzuatın triyajlı olan kısmını da ben merak ettim açıkçası. Bununla ilgili sorayım.

En sonunda şöyle bitireyim. Burada hocalarımız deneyimlerini aktardılar. Gözlemlerini çeşitli çözümlerini aktardılar. Mutlaka bunu aslında UDEK düzeyinde her bir dernekten alıp bir çıktıya da buradan sağlamak, sağlamamız gerekiyor diye düşündüm ben açıkçası.

Prof. Dr. Serkan Yılmaz

Sondan başlayayım isterseniz. Aynı zamanda UDEK Yürütme Kurulu üyesiyim. UDEK içerisinde de böyle bir talebi son UDEK Genel Kurulu'nda dile getirdik. Şu anda bildiğim kadarıyla depremle ilgili çalışmaları olan büyük derneklerimiz var. Türkiye Acil Tıp Derneği'nin böyle bir afet okulu projesi var. TOTBİD'in kardeş hastaneler üzerinden yaptığı bir hazırlık var. Biz onu UDEK çatısı altında dernekleri bir araya getirerek organize edelim, birlikte hareket edelim gibi bir önerimiz olmuştu. Şu anda Türk Tabipler Birliği uluslararası da bir proje kapsamında neredeyse bir afet akademisi

kuruyor ve bu UDEK'ten biraz önce bahsettiğiniz talebi çok büyük ihtimalle bu afet akademisi kapsamında karşılayacaklar. Afet Akademisi'nin hazırlıklarının bittiğini söylemişti Merkez Konsey Genel Sekreterimiz Vedat Bey. Yani yakın zamanda sanırım bununla ilgili özellikle derneklerin çalışmalarında organize eden bir akademi göreceğiz. Bu iyi bir çıktı olacak diye düşünüyorum.

Triyajla ilgili yasal bir düzenleme yok. Hani özellikle hani bu triyajda siyah kod verdiğimiz hastalar ne olacaklar? Hatta bununla ilgili şu anda yürüyen davalar var. Yani benim hastam getirildi ama bakılmadı davaları var. Bu acil tıp uzmanı aynı zamanda Hatay Üniversitesi başhekim yardımcısı arkadaşına açılmıştı mesela. Bu davalar var. Çok büyük ihtimalle o dönemki şeylerden dolayı hali hazırda o binaları yapan arkadaşların bir ceza almadığı bir dönemde böyle bir şey olmayacaktır ama hak arayanlar da haklılar tabi ki. Ama verilen kararların çoğu doğru.

Ben Maraş Üniversitesi'ne en son gittiğimde nasıl yönettiniz, neden sorunlar yaşadığınız gibi bir bilimsel araştırma, nitel araştırma için gittim. Orada saat 11'e kadar, ilk dörtten 11'e kadar gelen hastaları resüte etmeye çalıştıklarını daha sonra artık resüte edemediklerini ve etmemelerin daha uygun olduğunu kendi kendilerine karar verdiklerini söylediler. Yani şu benim bırakmamız lazım, ölü siyah kod verelim dediklerimi artık yaşayarak öğrenmek zorunda kalıp bıraktıklarını söylediler. Hani verilen o kararın kesinlikle doğru olduğunu düşünüyorum. Ama yasal bir koruyucu şemsiye yok. Triyajdaki sadece zaten acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinde bir şöyle yapın geçiyor başka bir yerde geçmiyor. Güvenlik önemli bir sorun alanda boş.

Acil servislerde biz onun için de hani şu alanı seçeceğiz buranın güvenliğini alacağız gibi lokal güvenlik önlemleri öneriyoruz.

Dr. Nihat Özaydın

Hipotermi konusu anlatılınca aklıma geldi de bu hasta hipotermiye girmesin diye ısıtıcı malzemeler kullanılıyor. Bu sefer de hastada yanık oluyor. Onlar da gazetede haber oluyor. O konuda fikrinizi alabilir miyiz?

İkincisi de bu triyaj, bu CPR yapılıyor hastaya. Şimdi iki yıl önce eksternal otomatik defibrilatörler çıktı. Dolayısıyla otomatik defibrilatör var mı yok mu bilmiyorum ama kıyamet gibi hasta gelirken o da yetersiz olur. Otomatik defibrilatör yoksa da CPR bir işe yaramıyormuş gibi biliyorum.

Bu konudaki fikrinizle ilgili hocamıza soruyorum. Teşekkür ederim.

Doç. Dr. Ahmet Kemallettin Koltka

Dediğimiz olay herkesin başına gelebilecek bir şey. Zaman zaman ameliyathanede biz de yaşıyoruz. Sıcak torbaları koymak, sıcak serumu ısıtıp koymak, böyle durumlarda araya bir yeşil uygulamak olabildiğince hepimiz zaman zaman biliyorsunuz yapıyoruz, improvize sistemler geliştiriyoruz eksik malzeme için, bundan kaçınmak gerekiyor. Ameliyathanede en çok olabilecek yanık şey esasında koter yanıklarıdır. Bunun için de hem cerrahi ekibinin hem anestezi ekibinin personeli yakından takip etmesi gerekir. Bunun için sadece bu kadar söyleyebileceğim.

Prof. Dr. Serkan Yılmaz

Otomatik eksternal defibrillatörler genellikle şoklanabilir ve kardiyak nedenli arestlerin tedavisinde kullandığımız şey. Travmatik arestlerde genellikle gördüğümüz tablolarda çok işe yaramıyorlar zaten. Ama eksternal defibrillatör yaygınlaştırılması çok önemli bir sorun. Hatta bunu İstanbul Büyükşehir Belediyesi ile İstanbul'un tüm meydanları, spor salonları, gösteri merkezleri vesaireleri yaygınlaştırmak için bir çalışmamız var. Böyle bir şey yapabilirsek çok büyük bir katkı sağlayacağını düşünüyorum. Hissedilebilir bir sağ kalım arttırımı sağlayabileceğimizi düşünüyorum. Umarım onu başarırız.

Dr. Selin Gamze Sümen

Kardeş hastane örneği verdiniz Deniz Hocam. Samsun'dan bölgeye giden yüzün üzerindeki personelin oradaki konaklama ve ulaşım ile ilgili diyelim masrafları konusunda nasıl bir yol izlenmiş biliyor musunuz? Konaklamayı nasıl sağlamışlar?

Doç. Dr. Ahmet Deniz Uçar

Biz bölgedeki bütün hastanelerin tamamını gezdik. Birçok ilçe hastanesini gezdik. Tek sağlam hastane Adıyaman Şehir Hastanesi Eğitim araştırımaydı hakikaten. Hastane-nin içinde yatıp kalkıyorlardı. Ama onların şansı hastane sağlam olduğu için servislerde yatabiliyorlardı. Örneğin Malatya'da ne bileyim Maraş'ta insanlar çadırlarda kalıyorlar-dı. Bu önemli bir konu aslında. Oraya giden, orada çalışan sağlık personelinin konforu-nu da düşünmek lazım. Bu bir bencillik değil. Çok zor şartlarda, soğuk, yağmur, çamur altında çalışıyorlar, yiyecek içecek.

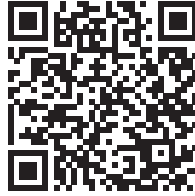
Ben Gölcük'e gittiğimde mesela asistanken gittiğimde biz Gölcük'te o hastanenin bahçesinde yatıp kalkmıştık. Gece bir soğuk oldu, yazdı ama soğuk oldu. Üzerimize 3 kişi böyle 3 asistan yan yana yattık. Sabah bir kalktık ki üzerimize örttüğümüz bat-taniye sırf kanmış. Yani tamamen kana bulanmış battaniyeymiş. Gece bir biz onu ılık, elektrik de yoktu. O yüzden konteyner bence önemli. Yani konteyner çok çabuk yapı-labilen bir şey. Hemen bitirilebilen bir şeydir. Çadırdan belki biraz daha zor kurulumu taşınması ama Adıyaman dışındaki bütün hastanelerde ya da işte sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerdeki insanlar çok kötü şartlarda sağlık hizmeti sunuyordu. Bunun üze-rinde durmak gerekir. Biz dernek olarak elimizden geleni yaptık ama ne kadar işe yaradı bilmiyorum. Teşekkürler.

Dr. Hasan Oğan

Peki, son söyleyeceğiniz bir şey yoksa kapatalım. Dinlediğiniz için çok teşekkürler.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

PANEL

İHMAL EDİLEN KONULAR (II)

Oturum Başkanı:

Uzm. Dr. Aytül Gürbüz Tükel

İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu

**Afetlerde Üreme Sağlığını Korumak İçin Nasıl Hazırlanmalıyız,
Afetin Erken Döneminde Yapılması Gerekenler**

Prof. Dr. Türkan Günay

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 9 Eylül Üniv. Halk Sağlığı AD

Psikiyatrik Olguların Takip ve Tedavisi Nasıl Olmalı?

Uzm. Dr. Rümeysa Taşdelen

Türkiye Psikiyatri Derneği

**Afetlerde Yaşlı Dostu Yaklaşım ve Yaşlı Bireylerin Değerlendirilmesinde
Dikkat Edilmesi Gerekenler**

Dr. Öğr. Üyesi Filiz Demirdağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi İç Hastalıkları AD

Uzm. Dr. Aytül Gürbüz Tükel | Oturum Başkanı

Herkes merhaba. Depreme özgü sorunlar ve olası çözümler etkinliğinin ikinci panelini açıyorum. Kolaylaştırıcı dahil üç kadın panelistle birlikte toplam dört kadın bu panelde olmaktan dolayı çok mutluyum ve dört koldan polis ablukasına rağmen meydanları doldurup feminist gece yürüyüşünü yapan kadınları buradan selamlıyorum ve bu vesileyle tüm kadınların Dünya Kadınlar Günü'nü kutluyorum.

Evet, panelimiz depremde ihmal edilen konular. Gerçekten üç alanda hem kadın sağlığı, üreme ve cinsel sağlık hem ruh sağlığı alanı hem de yaşlı sağlığı ihmal edilen alanlar ama bir yanıyla da aslında Türkan hocamın biraz biliyorum sunumunu. Geçen hafta Eskişehir'de Türk Devletler Birliği Kadın Hekimlik Kongresi vardı. Orada da aslında bir yanıyla da bütün bu alanların belki bu depremde farklı olarak belki bu çalışmaların da ürünü olarak hızla harekete geçip neredeyse bir hafta içinde çalışmalarına da başladığını da görüyoruz. Burada arkadaşlarımız bunlarla ilgili sunumları gerçekleştirecek. Birinci Konuşmacımız Türkan Günay. Kendisini kısaca tanıtayım.

1989 yılında Ege Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1998 yılında 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim dalından doktorasını aldı. Aynı kurumda öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Halk Sağlığı alandaki çalışmaları daha çok kadın sağlığı, cinsel sağlık, üreme sağlığı, çocuk sağlığı, okul sağlığı, sağlığın geliştirilmesi ve bütün kontrolüne odaklanmaktadır.

2017 yılından beri UNFPA ve Sağlık Bakanlığı'yla afetlerde üreme sağlığı konusunda çalışmaktadır. HASUDER toplumsal cinsiyet kadın ve üreme sağlığı çalışma grubu yürütücüsüdür. İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı ve Kadın Hekimlik komisyonlarında, Türk Tabipler Birliği Okul Sağlığı, Türk Tabipler Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı komisyonlarında çalışmaktadır. Türkan Hocama konuşmasını yapmak üzere sözü veriyorum.

Afetlerde üreme sağlığını korumak için nasıl hazırlanmalıyız, afetin erken döneminde yapılması gerekenler

Prof. Dr. Türkan Günay

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Dokuz Eylül Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Teşekkür ederim sayın başkan. Ben de İstanbul Tabip Odası'na davetleri için çok teşekkür ediyorum. Başlarken de aslında bugün hep depremi konuşacağız ama bizim her yıl çok büyük bir depreminiz var. Dün de aslında bir hekim arkadaşımızla tekrar bunu hatırladık. Her yıl 400'ün üzerinde kadınıımızı biz kadına yönelik şiddet ve partner şiddetine/ cinayete kurban veriyoruz. Onu da hatırlatarak başlamak istiyorum. Sevgili arkadaşımıza da ışıklar içerisinde uyusun diyorum. Keşke bu ülkede olmasaydı. Böyle şeyleri yaşamasaıydık ama belki de bu da kadına yönelik şiddet, kadının statüsünü yükseltilmesi, kadının toplumdaki yerlerinin tekrar düşünülmesi konusundaki mücadeleyi bir kez daha hatırlatacak bir şey oldu. Bizler bazen toplumda bazı konuları biraz daha geriye atabiliyoruz günlük koşuşturmacalarımızın arasında.

Ben bu sunum başlığında sizlerle afetlerin ilk döneminde yapılması gereken bir müdahaleyi konuşacağım. Bu Birleşmiş Milletler kuruluşlarının geliştirdiği bir müdahale. Biraz o müdahaleye yönelik tanışıklığınızı arttırmak ve ardından da Hatay'da bu müdahaleyi nasıl yaptık onu sizinle paylaşmak istiyorum.

Öncelikle hazırlıklı olmak diyoruz. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği "Afetlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığına Yönelik Yapılacaklar" konusunda hazırlıklıydı. 2017 yılında Halk Sağlığı Uzmanları Derneği afetlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı yönelik ilk yapılması gerekenlerle ilgili bir eğitim konusunda bir eğitim ekibi oluşturdu, ardından eğitimler vermeye başladı. Yüz yüze kurslar, online kurslar derken şu anda 4-5 tane tıp fakültesinin intörn eğitiminde, yüksek lisans ve doktora eğitiminde yürüyen bir eğitim haline geldi.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Halk Sağlığı Okulu altında ücretsiz olarak online devam eden bir kurs şeklinde eğitim var. Pek çok bu konuyla ilgili kaynak var. Benim de size aktarmaya çalışacağım şeyler bu kaynaklardan. Şimdi neden önemli ne yapmalıyız? Başlığını açmak istiyorum. Neden önemli?

Çünkü afet anında biz hemen karşımızdaki sorunla baş etmeye çalışıyoruz ama toplumun içerisinde aynı zamanda cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik sorunlar da önemli bir pay kaplıyor. Çünkü sosyal istikrarsızlık ortamı, kalabalık ortamlar, yetersiz beslenme, barınma, su, tuvalet yokluğu, gebeliği önleyici yöntemlerin yetersizliği, acil

doğum hizmetlerine erişimlerindeki yetersizlik, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hizmetlerinin olmaması gibi durumlar toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti artırıyor, çocuk evlilikleri artırıyor, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları artırıyor, gebelerde doğumda sorunlar yaşanmasını sağlıyor, istenmeyen gebelikleri artırıyor ve karşınıza depremde kaybetmediyseniz de ardından anne ve bebekle ölümleri olarak yeni kayıpları çıkarıyor. Şöyle bir şey var, bir afetle karşılaştığınız zaman karşınızdaki grubun nüfusu-nu biliyorsanız karşınıza çıkacak birtakım tahminlerde bulunabilirsiniz.

Bu nüfusun %20'sini erişkin erkekler, %25'ini üreme çağındaki kadınlar oluşturur. Bu nüfusun %4'ü gebedir. Bu gebelerin %20'sinde düşükler olur. Gebelerin %5-15'inde sezeryan doğuma ihtiyaç olacaktır.

Buradaki üreme çağındaki kadınların %2'sinde tecavüzle karşılaşacaksınız. Ve kadın-ların %15'i afet öncesi dönemde herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanıyor olacaktır. Yani gebeliği önleyici yöntemlere ihtiyaç var. Ben İstanbul için sizinle şöyle bir tahmin yapmak istedim. Nüfusunuz 15.6 milyon diyelim. Şu anda bir afet yaşarsak 4 milyon üreme çağındaki kadını var. Peki, bu neden önemli?

Sizin depremden ya da yaşadığınız acil durumdan sonraki bir ay içinde 20 bin doğumunuz olacak ve bu doğumlara yönelik hizmetleri düşünmeniz lazım. Yine üç bin güvenli olmayan düşüğünüz, kürtajınız olacak. Önümüzdeki ay dört tane de anne-yi birtakım hizmetlerin eksikliği nedeniyle kaybedeceksiniz. Bu hesaplamaları "MISP Calculator"dan yapıyoruz.

MISP (Afet ve Acil Durumlarda Asgari İlk Hizmet Paketi) afet ve acil durumlar sonrası ilk 48 saat içerisinde cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik yapmamız gereken müdahaledir. İlk üç ay bu müdahalenin yapılması öneriliyor.

Ben birinci yıl anmasına gittim Hatay'a. Bir yılın sonunda hala kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetlerine geçilememiş durumda. Aslında üç aydan sonra normal hizmetlere geçilmeli diyor kaynaklar ama bunu göremiyoruz. MISP ilk kırk 48 saatte başlamalı, bunun için önceden hazırlık yapmamız lazım. Neyi öneriyor? Diyor ki pek çok şey için koordinasyon, koordinatör kurumlar belirliyorsunuz. Mutlaka cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleriyle ilgili ilk yapacağımız şey koordinasyon mekanizmalarını oluşturmak. Bunu yaparken de cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine yönelik ayrı bir koordinasyon birimi ve ayrı bir koordinatör belirleyin. Cinsel şiddeti önleme ve sonuçları yönetme, cinsel yolla bulaşan hastalıklarının hızını azaltma, doğum sonrası anne yeni doğan hastalık ve ölümlerini önleme ve istenmeyen gebelikleri önleme olarak altı basamağı var. Koordinasyonda yapılması gereken; Sağlık Bakanlığı esas ko-ordinatör kurum ama eğer Sağlık Bakanlığı o anda hiçbir şey yapamıyorsa o zaman mümkün olduğunca daha üst bir kurum koordinatör olmalı. Hiç kimse olamıyorsa Türk Tabipleri Birliği koordinasyonu yapabilir. Son depremde de gördük ki kim işi sahipleniyorsa o yapıyor.

Bir koordinatör belirlemek lazım ve bu koordinatör 3 ay sadece bunu düşünmeli. Sadece işi bu olmalı. Yani her şeye koşmamalı. Sadece cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili sorunlara yönelik çalışmalı.

Yapacağı şey tüm kurumlarla iletişim sağlamak, var olan sorunları saptamak, lojistik destek için iletişimlerini kurmak. Onların gelmesini sağlamak ve bir an önce var olan sistemin içerisinde oluşan sorunları engellemeye çalışmak. İkincisi cinsel şiddet hiç

düşünmüyoruz. Cinsel şiddet sanki afet durumunda gelen herkes yardımcı ve kesinlikle olmayacak, ama bu konudaki kaynaklar diyor ki yüz kadından ikisi cinsel şiddet görecek. O zaman cinsel şiddeti önlemek için kampların oluşturmaktan başlayarak önlemler almalıyız. Burada koordinatörünün müdahil olması gerekiyor. Kamp düzenini planlayacak. Kadın erkek ayrı tuvalet, banyo alanları, risk gruplarının belirlenmesi, hem dağıtımda hem güvenlikte her yerde kadın çalışan olması çok önemlidir. Yardıma gidecek ekiplerde de, çadır kentlerde çalışacaklar içerisinde de kadınların olması, toplumun cinsel şiddet olabileceği ile ilgili bilgilendirilmesi, yani tecavüzle karşılaşabilirsiniz, burada şöyle destek alabileceğiniz yerler var denmesi gerekiyor. Tabi dil engeline yönelik çözümün mutlaka düşünmesi gerekiyor.

Deprem bölgesinden bir çadırkent fotoğrafı paylaşmak istiyorum:

Bu AFAD'ın çadırlarının fotoğrafı. AFAD'ın çadırları bir kere kesinlikle hiçbir çadır kent teoriğimize uygun bir şekilde yerleştirilmemiş. Yani AFAD bunu bilmiyordu sanırım, bilmesi gerekiyordu. Ama cinsel şiddet için de riskli bir düzenleme bu. Evet, sadece kendileri için kolayca gidip gelebilecekleri bir alan yapmışlar. Olması gereken yönetim birimlerinin ortada olması, çadırların etrafta olmasıdır. Bu çadırlarda kadınları, yaşlıları, tek başına kalanları yani daha dezavantajlı, riskli göreceğiniz grupları da nereye yerleştireceksiniz? Daha görülebilir alanlara. Yani hemen sizden destek alabilecekleri alanlara yerleştireceksiniz. Ayrıca çok iyi bir ışıklandırma olacak. Banyolar, tuvaletler, erkek ve kadın banyoları, tuvaletleri ayrı birbirinden farklı yerlerde olacak. Çünkü en çok cinsel şiddet riski altında olunan yerler banyolar, tuvaletler. Kadınlar ve toplum da bu risk konusunda bilgilendirilmiş olacak. Tabi ben burada çiti gösterememişim ama mutlaka o çadır kent alanının bir çitle çevrilmiş olması tek giriş kapısının olması gerekiyor. O tek giriş kapısında da gönderdiğiniz jandarmanın, polis bu işten haberdar olması yani çay kahve içmek için giriş kapısını denetimsiz bırakmamaları gerekiyor.

Peki, bunları yaptık ama cinsel şiddeti önleyemedik, o zaman ne yapacağız? Mutlaka cinsel şiddete maruz kalan kişiye destek mekanizmaları oluşturmak lazımdır. Bunu da düşünmemiz gerekli sağlık sistemini planlarken. Ne olacak? Nereye gidecek? Tecavüz sonrası ulaşılacak kurumlar nereler? Klinik hizmetleri verecek ekibi yakın bir yerde konuşlandırmanız gerekli ve özellikle gebeliği önlemek için ilaçlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisi, maruziyet sonrası verilebilecek HIV'e yönelik tedavi, yara bakımı, tetanoz aşısı burada bulunması gerekiyor.

Eğer hemen bizim ilimizde, deprem bölgesinde bunu yapamıyorsak da mutlaka nereye gönderebileceğimizi bilmemiz lazım. Ve 7-24 hizmet verecek bir kurum oluşturulması lazım burada. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi içinde Amerika'dan gelen yardım ekibinin kurduğu Sahra Hastanesinin Kadın Doğum Polikliniğinde "Tecavüze Yaklaşım Kiti"ni gördük. Adli örnekleri toplayacağınız kâğıt torbalar, kaydedeceğiniz kartlar, örneği alacağınız malzeme, her şey bir kutunun içerisinde. Bunları planlamamız lazım.

Deprem bölgesinde kadınlarda çok yaygın gördüğümüz bir başka sorun cinsel yolla bulaşan hastalıklardı, bunu önlemek için genital hijyene destek olmak çok önemli. Bunun için temiz iç çamaşırı, ped desteği ve vajinal akıntı tedavisinin bulundurulması lazım. Ayrıca cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik de ücretsiz kondom bulundurmanız lazım ve her yerde ulaşılabilir olmasını sağlamanız gerekiyor. Ped konusunda bir

gözlemimizi paylaşmak istiyorum: Kadınlar kanamalı olduğunu gösteren pedi ortak tuvaletlerde değiştirip ortak çöpe atmaya çok çekiniyorlar. O yüzden konteyner tuvaletlerine pedlerin atıldığını ve tuvaletlerin tıklandığını gözlemledik. Bu pedlerin içine konacağı şeffaf olmayan torbalar bulundurmayı da düşünmelisiniz.

Güvenli kan transfüzyonu konusunda daha iyi durumdayız.

Deprem anında nüfusunuzun yüzde dördü gebe olacak, bu gebelerinizin de yüzde yirmi beşi son trimesterde olacak. Aynı zamanda deprem stresi de doğumu başlatabilir. Acil durumlarda görünür durumda gebe olan kadınlara temiz doğum kiti dağıtmak gerekli.

Nereye sevk edilecek, sezaryen hangi hastanede olacak? Doğumu nerede yapacaksınız? Bunların hep planlanması lazımdır. Ayrıca kadınların %15'i de ciddi komplikasyon yaşayacak.

Yeni doğanların da %15'i, %9-15'i acil bakıma gereksinim duyacak. Yani anne ve yeni doğanın ölümlerini önlemek istiyorsak bu planı da yapmamız gerekiyor. Üç gecikme vardı biliyorsunuz anne ölümlerinde, bu hizmet almaya karar vermede gecikme, sağlık kuruluşuna ulaşmada gecikme, uygun tedavi almada gecikme.

Hemen hizmet almaya karar vermede gecikme, gebenin sağlık personeline ulaşmasındaki gecikme. Acil durumda geleneksel ebelere birtakım eğitimler vererek onlardan yararlanabiliriz gereğinde. Gebeliğin tehlikeli işaretlerini gebelere ve yakınlarına öğretmemiz gerekiyor.

Temiz doğum kiti içerisinde doğuma yardım edecek kişinin elini yıkayabilecek bir kalıp sabun, kadının altına sereceğimiz plastik çarşaf, bebeği saracağımız bir pamuklu bez havlu, göbek kordonunu keseceğimiz steril bir jilet. Böyle bir paket hazırlayıp hemen son trimesterdeki gebelerin eline vererek doğum başladığında hangi ortamda olursa olsun daha temiz koşullarda doğumun gerçekleştirilmesini sağlayabiliriz.

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi, etkili gebeliğe önleyici yöntemlerin bölgede ulaşılabilir olmasının sağlanması ile mümkündür. Ülkemizde yaklaşık on yıldır gebeliğe önleyici yöntemlere ulaşmada problem var, deprem sırasında da gebeliği önleyici yöntemler ulaşılabilir değildi. Birinci basamak kurumlarımıza, aile hekimlerimize Sağlık Bakanlığı tarafından kondom dahi gönderilmiyordu. Şimdi yavaş yavaş iller kendileri bunu temin etmeye başladı. Çünkü Sağlık Bakanlığı dedi ki ben bunu artık merkezden yapmıyorum. Her il kendi başının çaresine bakacak. Deprem bölgesinde de istenmeyen gebelikleri önlemek için gerekli gebeliği önleyici yöntemler, siz eğer dışarıdan götürmüyorsanız, yoktu. Özellikle de burada korunmasız cinsel ilişkiden sonra kullanılması gereken, acil kontraseptif yöntemlerden ertesi gün hapı çok önemli. Toplumun gebeliği önleyici yöntemler konusunda hizmet alabileceği kurumların olması, istenmeyen gebeliklerin oluşmasının engellenmesi için çok önemli. İstenmeyen gebelikler önlenmediyse de oluşan gebeliğin sağlık koşullarda sonlandırılması için verilecek sağlık hizmetinin de planlanması gerekli.

Erkekleri ve gençleri de unutmamak gerekiyor. Erkekler ve gençlere yönelik verilecek cinsel sağlık, üreme sağlığı hizmetlerinin onların koşullarına göre uyarlanması çok önemli.

Deprem sonrası hazırlanan raporlarda; HASUDER, kadın sağlığı için önceliğin

doğum hizmetlerine verildiğini; Türk Tabipler Birliği, kadınların güvenliğini artıracak şekilde güvenli yerleşim planları hazırlanmadığını, birçok kadının tuvalete daha az gitmek için daha az su içtiğini, daha az yemek yediğini, kadınlarda idrar yolu enfeksiyonunun salgın boyutunda olduğunu, hava karadıktan sonra kadınlar tuvaletleri kullanmadığını, güvenliğin önemli bir sorun olduğunu, üreme sağlığı hizmetlerinde ciddi aksamalar olduğunu belirtilmiştir. Özellikle kadınlar için bu ortamda yaşamının ne kadar zorluğunu raporlarımızda gördük: Kadınların kıyafet değiştirmek için çocuklarını çadırın girişine bekçi olarak koymak zorunda olduklarını dinledik.

Afetlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına yönelik MISP yaklaşımını biliyorduk. Deprem sonrası bunu nasıl hayata geçirebiliriz diye düşünürken bir olanağımız oldu. Hatay Büyükşehir Belediyesi, Halk Sağlık Uzmanları Derneği'yle beraber IPPF mali desteğiyle Mart-Haziran 2023 tarihlerinde ilk üç ayda yapılması gereken MISP müdahalesini gerçekleştirdi. Şu anda hala hizmet sürüyor. Hızlı bir şekilde örgütlendik. Çünkü IPPF Türkiye'de bu işi yapacak, MISP'yi uygulayacak bir kuruluş arıyordu. Biz de hızlı bir şekilde bu işe giriştik. MISP ekibi zaten vardı. Hazırlıklıydık dediğim bu. Dernek yöneticilerimiz bu müdahaleyi yapmak için proje hazırladığımızı Sağlık Bakanlığını, UNFPA'ı ziyaret ederek bildirdiler ve desteklerini istediler. Hatay Büyükşehir Belediyesi ile bağlantıyı Hatay'daki halk sağlığı hocamız kurdu. Yerel yönetimin desteği çok önemliydi. Hizmet verilecek alanın belirlenmesi ve altyapının hazırlanması, konteynerlerin yerleştirilmesi gibi işler Belediye tarafından sağlandı. Malzemeler sağlandı. 14 Mart'ta ben Adana'daydım. Adana Tabip Odası'na çok teşekkür ediyorum. Lojistik desteğimiz oradaydı zaten. TTB koordinasyon merkezi olarak çalışan Adana Tabip Odası'ndan malzememizi yükleyerek Hatay'a geldik. Rahim içi araç takacağımız, jinekolojik muayene yapacağımız jinekolojik masamız konteynirimizi böyle döşedik. Birimizde doğum kontrol hapsi, kondom, rahim içi araç, ertesı gün hapsi, gebelik testi, ped, iç çamaşırı, RİA uygulaması için gerekli araçları mevcuttu.

İlk gün hemen malzemeleri derledik, topladık ve koordinasyon için kurumları gezmeye başladık.

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nü ziyaret ettik, biz buradayız, malzemelerimiz böyle, bu hizmeti vereceğiz, her yerde beraber çalışabiliriz dedik.

Hemen ardından Türk Tabipleri Birliği'ni ziyaret ettik. Ve Üniversite Sahra Hastanesi, MOZAİK, Hatay Barosu, Cumhuriyet Savcılığı,...Neden bun kurumları tek tek ziyaret ettik. Hem buradayız dedik hem de şunu söyledik: Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmet Birimi'ni kurduk, elimizde malzeme var, danışmanlık yapabiliriz, hizmet sunabiliriz, size malzeme verebiliriz, bizim mobil hizmetimiz çok sınırlı, hizmetin yaygınlaşması için desteğe ihtiyacımız var.

Mobil hizmetimiz sadece Hatay Büyükşehir Belediyesi'nden sağlayabileceğimiz bir araç. O araçta zaten o kadar çok işi var ki yani bir de onu meşgul etmedik. Cep telefonu ile her ilçede ve çadır kentte çalışan Türk Tabipler Birliği, Kadın Dayanışma Ağı, Dünya Doktorları, Yeryüzü Doktorları daha aklıma şu anda gelmeyen pek çok sivil toplum kuruluşuyla hemen iletişime geçtik ve organizasyonlar yaptık. TTB kadın toplantılarına hemşire ve doktor arkadaşlarımız katıldı.

Hatay'da tek hastane vardı. Özel Mozaik Hastanesi, yıkılmamıştı. Benim gittiğim 14-15 Mart gününe kadar ücretsiz hizmet veriyormuş ama sonra malzemesi kalmadığı

için ücret almaya başlamışlar. Ama en azından buradaki kadın doğumcu arkadaşlarımız dedi ki biz burada doğumları yaptırabiliyoruz. Biz kürtaj yapabiliyoruz.

Hatay'da tüm doğumlar ilk zamanlar Adana'ya gönderiliyordu sonrasında da Dört Yol Hastanesi'ne gönderildi. Ama kürtajı yapacak sağlık kurumu yoktu. Mozaik hastanesinde kürtajın yapılabilir olması önemliydi. Ücret için bir çözüm bulursak gereğinde ilde kürtaj yapacak kurumumuz olacaktı. Bunun üzerine hemen Mor Çatı ile bağlantı kurduk. Mor Çatı da bize dedi ki, ayda iki tane kürtajın parasını gönderebiliriz. Koordinasyon, özellikle hep vurgulamak istediğim konu koordinatör ve koordinasyon. Eğer koordinasyonu yapacak bir kişi varsa kurumlararası iletişimi sağlayarak çözümler üretebilir.

İskenderun'da İstanbul Büyükşehir Belediyesi gemisini, Expo alanında Hatay milletvekili Sn. Suzan Ateş'i ziyaret ettik.

Bu ziyaretler hep biz buradayız bilgisini vermek içindi. İlçe Sağlık Müdürlüklerine onların elinde olmayan malzemeleri verdik. Buradaki halk sağlıkçı arkadaşlarımızla görüştük.

Ve 25 farklı kurumla koordine olduk.

Bu arada Hatay Büyükşehir Belediyesi'nin sağlık işlerinden bir grupla çok yakın çalıştık. Hemen yanımızda bir konteyneri revir yaptılar. Bu revirde gönüllü çalışan gençler çok aktif ve orada kendi insanlarına hizmet etmek isteyen gençlerdi. Onların eğitimlerini yaptım. Onlar da ambulansla gittiği her yerde yanlarına gebeliği önleyici yöntemler, gebelik testi, ertesi gün hapını götürdüler.

Slaytta hizmet birimimizin olduğu çadırkenti görüyorsunuz. Mersin Büyükşehir Belediyesi'nin hemen gelip kurduğu çadırlar, depremin ilk günlerinde kurulmuş. Bu çadırkentte standartlara uygun değil. Ancak söylememize rağmen çadırkentte yaşayanları ikna ederek daha güvenli bir hale getirmek mümkün olmadı burayı.

Hizmet birimimizde gönüllü pek çok hekimimiz oldu. Hizmet biriminde çalışan iki hemşiremiz projeden desteklendi. Fakat çalışacak hekim bulamadık. Projenin şartı, hekimin hiçbir sosyal güvenlik kurumuyla bağlantısı olmamasıydı. Onun üzerine biz girdik polikliniğe. Halk Sağlığı asistan arkadaşlarımız, Halk Sağlığı hocalarımız, Aydın, İstanbul, Mersin ve Mustafa Kemal Üniversitesi bu şekilde gönüllü hekimlerle hizmet verdik.

En çok şu sorunlarla baş etmeye çalıştık:

Bebek izleme, bebek aşılarını yapması için sağlık müdürlüğüyle beraber çalıştık. Ve tabii ki savunuculuk çalışmaları vardı. Ziyaretçilerimiz oldu. Bölgeye giden bütün halk sağlıkçılarımız bizim birimi de ziyaret ettiler. Bu ekibimiz için çok büyük bir motivasyon oldu.

Bu arada savunuculuk da yaptık. Yani kendi çadır kentimiz belki ama kadınlar şu şekilde bulaşık yıkıyorlardı. Adana'dan bir iş adamı bize bulaşık yıkayacakları mutfak bankolarını yapıp gönderdi.

Üçüncü ayın sonunda hizmet birimi farklı kurumların desteğiyle güçlendirildi. Şu anda İki konteyner kentte hizmet birimi var ve iki tane araç var. Mobil hizmet sürüyor. Her bir ekipte bir doktor, bir hemşire, bir ebe, bir şoför bulunuyor. Bütün çadır kentleri dolaşıyorlar.

Hem eğitimler yapıyorlar hem de gittikleri yerde hekim arkadaşımız muayenele-
rini yapıyor.

İki gruptaki proje çalışanlarımız bu şekilde diyerek teşekkür ediyorum.

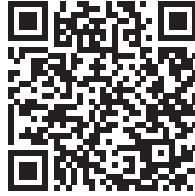
Dr. Aytül Gürbüz Tükel

Gerçekten de Türkan Hoca'nın da önderliğinde ya da hep birlikte diyelim, o kolektif çalışmayla Hatay'da yaptıkları çok kıymetliydi. Elinize sağlık. Yani hayatın durduğu bir yerde üreme ve cinsel sağlıkla ilgili hizmetlerin olduğu ve gerçekten TTB ile birlikte de o işbirliğinin çok iyi kurulduğu portakal rengi konteynerde hangi tarafta hangi malzeme eksik gibi böyle dayanışmayla çok güzel gitti. Çok teşekkürler.

Başka bir dernek daha çok hızlı bir refleks göstererek orada yine ihmal edilen bir konu olan ruh sağlığı alanında çok önemli ve uzun süre o bölgede de gönüllü hizmetlerle kalarak çalışmalar yaptı. Türkiye Psikiyatri Derneği. Onu Rümeysa Taşdelen aktaracak. Ben kendisini kısaca tanıtayım. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. Uzmanlık eğitimini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Erenköy Ruh Sinir Hastalıkları ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görev yaptıktan sonra hala kendi özel ofisinde çalışmalarına devam etmekte ve bir yandan da Galata Üniversitesi'nde doktor öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin afet müdahale ekibinde olup depresyon sonrası Hatay Bölge Koordinatörlüğü yapmıştır. Sözü Rümeysa'ya veriyorum.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

Psikiyatrik olguların takip ve tedavisi nasıl olmalı?

Uzm. Dr. Rümeysa Taşdelen

Türkiye Psikiyatri Derneği

Herkese merhabalar, bugün burada birlikte olmak gerçekten çok keyifli, sunumumda çok bilmediğimiz şeylerden bahsetmeyeceğim ancak bildiklerimizi hatırlamak da önemli. Biz Türkiye Psikiyatri Derneği olarak depremde çok daha önce Büyük İstanbul depremine hazırlanmak üzere Afetlere müdahale ve hazırlık birimini kurmuş meslektaşlarımıza birtakım eğitimler planlamıştık ki, deprem olunca oluşturduğumuz planı hızlıca eyleme geçirebildik. Deprem sonrası hızlı bir şekilde koordine olup bölgeye ulaşip ihtiyaçları tespit ettik ve farklı bölgelerde yaklaşık altı ay kadar gönüllü meslektaşlarımızın da desteğiyle bölgede görev yapmaya çalıştık, bölgeden fotoğrafları sunum sonunda paylaşacağım.

Bugün ben sunumumda afet sonrası yaşanan ruhsal zorluklardan bahsedeceğim ve bunların müdahalesinde neler yapılması gerektiğinden bahsetmeye çalışacağım. Geniş bir konu olduğundan sunumumu ikiye ayırmak istedim. İlk toplantıda da genel toplumda afet sonrası ruhsal zorluklardan bahsedilmişti. Ben de ilk bölümde geçmişte bir psikiyatrik hastalığı olmayan ve böyle büyük bir travmatik olayla karşılaştığında ortaya çıkan ruhsal belirtiler ve bunlara yapılması gerekenleri özetleyeceğim. Ardından daha incinebilir kesimlerde nasıl müdahale edilmeli kısmını anlatacağım.

Böylesine bir büyük afette akut dönemde kişileri değerlendirirken kimsenin ruhsal olarak etkilenmediğini ve herhangi bir şekilde zorlanmadığını söylemek mümkün değildir ancak çok sayıda kişinin etkilendiği durumlarda ilk saatlerden itibaren ilk yapılması gereken kimin daha çok etkilenerek, kime nasıl müdahale yapılması gerektiğinin planlanmasıdır. Hepimizin bildiği gibi travmatik olaylar olağan dışı, beklenmedik bir şekilde meydana gelen ve kişinin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü kaybetme tehdidiyle karşılaştığı olaylardır. Bu olay ölümle, ağır yaralanmayla ya da saldırıyla doğrudan karşılaşma gibi olabileceği gibi tanık olma, böyle bir büyük olaya tanık olma ya da bir yakınının başına geldiğini öğrenmeyle gerçekleşebilir. Travmatik olaylar depremde olduğu gibi doğal olaylarla ortaya çıkabileceği gibi insanlar tarafından da gerçekleştirilebilir. Bu yaşadığımız deprem her ne kadar doğal bir afet gibi gözükse bile, sonrasında sürece müdahale ve sürecin getirdiği zorluklarla başa çıkmada birtakım yönetsel eksiklikler nedeniyle sadece depremin yarattığı yıkımla değil, sosyal desteğin eksikliğiyle de süregelenleştirilen bir travmatik olay haline gelmiş, dolayısıyla ruhsal zorluklar daha

da şiddetli olarak yaşanmıştır.

Hepimizin günlük hayatta yaşadığımız streslerle başa çıkabilmek üzere geliştirdiğimiz strateji birikimimiz vardır ve bu birikimler ışığında zorlukların üstesinden gelmeye çalışırız. Ancak ani biçimde ortaya çıkan, olağan dışı, beklenmedik, karşı konulamaz, şiddetli bir olay kişinin o zamana kadar bildiği bütün bu bilgi dağarcığını alt üst ederek hayatında öncesi ve sonrası diye bir milat haline gelir ve yaşama verdiği anlamı değiştirir. Hepimiz zorlayıcı travmatik olayların, hastalıkların, ölümün başımıza gelebileceğini, kendimize veya sevdiğimizimize dair kayıplar yaşayabileceğimizi bilerek günümüze devam ederek yaşıyoruz. Ancak bu gerçeği inkar ederek her sabah, yarın, sonraki gün, bir ay sonra, yıllar sonra için planlar yapıyoruz. Böyle bir gerçekle, ölümle, tehditle karşılaştığımızda hayatımız üzerindeki bütün o kontrolü kaybetmiş olduğumuzu fark ediyoruz ve dünyanın artık güvenilebilir, huzurlu, rahat, planlı, adaletli bir yer olduğu düşüncesinden daha tehlikelerle dolu, güvenilmez, her gün istemediğimiz tehditlerle yüz yüze devam etmek zorunda olduğumuz gerçeğiyle devam etmek zorunda kalıyoruz. Bu milat önemli bir kırılmaya yol açıyor ve kişinin hem kendine, hayatın verdiği anlama dair hem de ilişkilerindeki dengelere dair inancın derinden sarsılmasına neden oluyor. Dolayısıyla bu milattan sonra hiçbir şey bir önceki günkü gibi devam etmiyor. Hayat birtakım yeni zorluklarla geliyor ve kişi bunlarla baş edebilmek için eski kullandığı başa çıkma stratejileriyle devam edemiyor ve ruhsal zorluklar yaşamaya başlıyor. Bu zorluklar aslında hepimizin çok uzak olmadığı ve bizim böyle travmatik olaylardan sonra, travma sonrası stres bozukluğu kapsamı içerisinde değerlendirdiğimiz belirtiler. Bu yeniden yaşantılama belirtileri, kaçınma belirtileri, çözülme belirtileri, aşırı uyarılmışlık belirtileri ve olumsuz duygu durum belirtileri olmak üzere beş ana grupta değerlendirilir. Kişinin yaşadığı olayla ilgili anının sık sık aklına gelmesi, yeniden yaşıyormuş gibi hissetmesi, birtakım fiziksel anksiyete belirtileri yaşaması, kabuslar görmesi gibi yeniden yaşantılama belirtileri, olayı hatırlatan durum, kişi, yerlerden kaçınma, anlatmak ve dinlemekten kaçınma gibi kaçınma belirtileri, gerçeği algılayamama, dışarıdan bakıyormuş gibi, orada değilmiş gibi, kendine yabancılaşma durumu, şaşkınlık durumu, zamanı fark edememe, zamanın yavaşlaması ya da hızlanması, olayın hatırlanamaması gibi çözülme belirtileri, sürekli yeniden yaşayacakmış gibi tetikte olma, irkilme, sinirlilik, uyku bozukluğu, dikkat bozukluğu gibi aşırı uyarılmışlık belirtileri, olay sonrası sürekli olarak mutsuzluk, çökkünlük, olumlu duyguları artık hissedememe, olumsuz duygu durum belirtileri altında sınıflandırılmıştır.

Bütün bu ruhsal belirtiler aslında böyle büyük, olağan dışı bir durumda bizim o genel rutin sürecimizden çıktığımız için verdiğimiz olağan tepkilerdir. Dolayısıyla böyle bir deprem sonrası bu belirtilerin tamamının veya bir kısmının görülüyor olması pek mümkün değildir. Dolayısıyla böyle büyük travmatik yaşantılarda buna verilen reaksiyonlar, bu olağan dışı koşullara verilen normal tepkilerdir. Yaşanan öznel bir deneyimdir ve kişiden kişiye değişir. Birisi için daha yoğun, diğeri için daha az hissedilebilir olabilir ve normaldir. Hatta kişinin kendi hayatında farklı dönemlerinde bile aynı olaya verdiği tepki farklı olabilir. Biz buna ne zaman bir psikiyatrik hastalık diyoruz ve müdahale ediyoruz? Burada dikkat edilmesi gereken unsurlar travmatik olaydan sonra geçen süre, kişinin buna uyum sağlamakla ilgili zorlukları, aslında tehlike geçtiği ve uyum gerekli süre geçtiği halde kişinin hala bu döngünün içerisinde çıkamaz hale gelmesi ve işlevselliğinin etkilenmesidir.

Kimler daha fazla etkileniyorlar? Travmatik olayı çok şiddetli yaşayanlar, bu depresimde olduğu gibi ölüm tehlikesi, tehdidi, buna şahit olmak, yakınlarını kaybetmek olay etkisini arttırıyor. Ayrıca olayla ilgili yaşantıya çok uzun süre maruz kalmak, öncesinde veya olaydan sonra birtakım bedensel zorlukların ortaya çıkması, tıbbi hastalıkların olması, geçmişte bir psikiyatrik hastalığının olması ve travma sonrası bireylerin yeterli destek alamaması, güvenliğinin sağlanamaması etkilenmeyi arttırmaktadır.

Travma sonrası müdahale için daha önce bahsettiğimiz gibi olaydan sonra geçen süre önemlidir. İlk bir ay toparlanmak için gerekli. Sonrasında aslında iyileşme kişinin normal hayatına dönebilmesi, yani bu travmatik olaydan bir şekilde uzaklaşıp güvenliğini, bedensel ve ruhsal olarak bütünlüğünü sağlayabildikten bir ay sonra gibi başlıyor. Dolayısıyla bu şiddette bir depresim sonrası, yeterli destek ve güvenli ortam sağlanamadığında normal bir travma sonra stres bozukluğu gibi depresimden bir ay sonra herkes toparlanıp iyileşecektir gibi bir söylem doğru olmayacaktır. Kişilerin hala güvenliği, barınması, tıbbi bakım gibi birtakım eksiklikleri devam ederken iyileşmeye ruhsal olarak başlayabilmeleri çok kolay olmadı ve zorluklar uzun süre devam etti.

İlk dönem ne yapıyoruz? İlk dönem aslında tek önerilen teknik psikolojik ilk yardımdır (PİY). Dünya Sağlık Örgütü öneriyor. PİY'ı sadece ruh sağlığı çalışanları değil, bütün hekimler, sahada çalışan bütün görevlilerin bilmesini ve uygulamasını önermektedir. Psikolojik ilk yardım kaotik, kriz yaratan olaylar sonrasında kişileri ve toplumu desteklemek için insani destekleyici bir pratik yardım programıdır. Psikolojik ilk yardımda yapılan kişilerin güvenliğini sağlamak, onlarla ilişki kurmak, nasıl hissettiklerini sormak, bir ihtiyaçları olup olmadığını sormak ve bu aslında genel temel ihtiyaçların karşılanması ve o desteği hissetmelerini, daha zorlanan kişilerde birtakım başa çıkma yollarıyla ilgili konuşmak, birlikte çözüm yolu bulmasına yardımcı olmak, yaşadıklarıyla bilgi edilmesini sağlamak, sosyal desteği sağlayacak ortamları yaratmak, birtakım bu ruhsal belirtilerle ilgili bilgilendirmenin yapılması ve bunların normal olduğunu ve bir süre sonra büyük oranda azalacağını bilgisinin verilmesi ve ihtiyaç dahilinde orada olduğumuzu ve ulaşılabilir olduğumuzu göstermektir.

Böylesi büyük nüfusu etkileyen olayları sadece travmatik bir olay gibi algılamak ve buna yönelik bir şeyler yapmak yeterli değildir. Çünkü bu bir taraftan da bu travmatik olay ile milyonlarca kişinin çeşitli kayıpları oldu. Kayıp ve yas ile sadece kişinin sevdiklerinin vefatı sonrası ortaya çıkmaz. Aslında kişinin kendi eski hayatının kaybı, fiziksel sağlığının kaybı, organ uzuv kayıpları gibi ya da yaşadığı şehrin kaybı, anılarının kaybı, eşyalarının kaybı gibi birçok kayba da aslında yas tepkisi veriyoruz. Yas sürecinde travma sonrası verdiğimiz tepkilere ek olarak ortaya çıkan yoğun olumsuz duygular, yoğun özlem duyguları, kayıpla ilgili aşırı zihinsel meşguliyet uyum sağlamayı güçleştirir. Yas hem ayrılığa hem de strese yanıt öğelerini içerir. Kişinin bu yas sürecinde de yasın tamamlanması ve uyum sağlanmaya başlanması zaman alır ve yine bu süre ve şiddeti kişiden kişiye göre değişir.

Yas ile ilgili de fiziksel ve duygusal bir takım belirtiler tanımlanmıştır. Birtakım düşüncelerin yoğun biçimde zihinden uzaklaştırılamaması, bunu düşünmeye engel olamama, kendini suçlama, kendine kızma, tekrar tekrar yaşantılama, dikkat sorunları, bellek sorunları, kafa karışıklıkları gibi belirtiler bu süreçte sıklıkla görülür. Ancak belirtir çeşitliliği de değişkendir. Yaslarımız da aslında parmak izlerimiz kadar kişiseldir. Ne

kadar süreceği, kişiyi ne kadar etkileyeceği, ne kadar çeşitli belirtilerle ortaya çıkabileceği değişir ve bunun farkında olmak önemlidir. Yine biliyoruz ki zamanla yas tepkisinin yoğunluğu azalır, kaybı yaşayan kişi bu sürecin kesinliğinin, artık değiştirilemez olduğunu ve sonuçlarını kabullenmeyle birlikte uyum sağlamaya başlar ve yas tepkisi büyük oranda sosyal bakım ve destekle birlikte zamanla toparlanır. Sadece bireylerin %10'unda daha uzun süreli kalıcı bir rahatsızlığa ilerleyebilir. İlerleyenler de aslında yası daha travmatik olarak yaşayan kişilerdir. Yine depremde olduğu gibi dehşet uyandıran kayıplar ya da çok önemli ve çok sayıda kişilerin kaybıyla ilgili yaslar daha zorlayıcı olabilir.

Buraya kadar erken dönemde hem travma sonra stres bozukluğunun hem de yasa dair belirtileri konuştuk ve ilk dönemde bu belirtilerin normal olduğunu ve kişilere destek olmamız gerektiğini konuştuk. Peki, böyle bir olay sonrası kişileri ne zaman psikiyatrik destek için yönlendirmeliyiz? Bu kadar kalabalık bir popülasyonun etkilendiği travmada kimler aslında daha riskli ve daha erken müdahale, daha yoğun müdahaleye ihtiyaç duyuyorlar? Burada bu belirtilerin kişinin hayatını, fiziksel sağlığını, ilişkilerini ne kadar etkilediği önemlidir. Bu belirtiler kişinin hayatını gerçekliğe uygunsuz bir şekilde etkileyecek boyutta ise, kendisine veya başkalarına zarar verebilecek boyutta zorlanıyorsa, kendisini tehlikelerden koruyamıyorsa, belirtiler azalsa dahi, tehlike ortadan kalksa bile, hayatını kısıtlayacak şekilde belirtiler şiddeti devam ediyorsa mutlaka ruhsal destek için yönlendirmek gerekiyor. Deprem özelinde ise enkaz altında kalanlar, tıbbi olarak zorluk yaşayan, yaralanmış olanlar, çok yakınlarını kaybedenler, büyük maddi kayıp yaşayanlar, göç etmek zorunda kalanlar, daha önceden bilinen ruhsal hastalığı olanlar, azınlıklar, düşük sosyal desteği olanlar, incinebilir gruplar gibi riskli grupların desteğe yönlendirilmesi önemlidir.

Bunları da bilerek biz dernek olarak ilk haftalardan itibaren bölgede, farklı illerde konumlanarak gereken psikiyatrik ilk yardımı ve desteği sağlamak konusunda elimizden geleni yapmaya çalıştık. Zorluklar sadece bölgede kısıtlı değildi, bölgeden büyük bir göç ve sevk vardı. Bütün Türkiye genelindeki meslektaşlarımıza ve halka yönelik eğitimler vererek en azından bu geniş popülasyona ilk safhada verilmesi gereken psikolojik ilk yardımın bilgilendirme ile ilgili kısmını tamamlamaya, elimizden geleni yapmaya çalıştık.

Psikiyatrik destek sürecinde etkilenen kişileri ilk değerlendirmede gördük, psikolojik ilk yardım yaptık ya da ruhsal desteğe yönlendirdik. Ruhsal muayenede daha riskli ve acil müdahale edilmesi gereken intihar ya da psikotik belirtiler gibi durumlar da değerlendirildi, tedavisi başladı. Daha sonra bu kişileri ne sıklıkta ve nasıl izleyelim? Genelde çok zorlanan kişilerin ilk bir hafta içerisinde yeniden değerlendirilmesi öneriliyor. İlk safhada herkese psikolojik ihtiyacın ve destek öneriliyor. Kişi eğer konuştuğumuz birtakım zorluklar nedeniyle sevk ve tıbbi tedavilere maruz kaldıysa mümkünse hastanede ilk değerlendirme, taburculuk esnasında aynı doktor tarafından tekrar değerlendirme, bir ay sonra yeniden bir psikiyatrik değerlendirme öneriliyor. Değerlendirme sonucunda kişinin bu bir aylık değerlendirme sonucu eğer kendisine ve çevresine bir tehlikeliliği yoksa ruh sağlığı belirtileri azalmaya başlamışsa, işlevselliğini toparlamaya başlamışsa 3-6 ay sonra ve daha sonra yıllık takiplerle gidilmesi öneriliyor. İlk ayda bu ruhsal belirtiler için farmakoterapi mecbur kalınmadığı sürece önerilmiyor.

Bütün bu belirtileri saydığımızda aslında depresyon, kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, travmatik yas ve bir sürü psikiyatrik hastalıklarının kriterlerini dolduracak şiddette ve çeşitlilikte belirti varken bile ilk zamanlar ilaç başlamıyoruz çoğunlukla. Eğer bir ayın sonunda hala belirtiler şiddetliyse öncelikle psikoterapi, gerektiğinde ek olarak farmakoterapi öneriliyor.

Süre ilerlemesine rağmen kişinin uyum sağlaması için uygun ortam varlığında hala anlamlı olarak travma sonra stres bozukluğu belirtileri devam ediyor ve kişinin işlevselliğini etkiliyorsa tedavi ve uzun süreli izlem planlanmalıdır. Yakınlarını kaybetmiş ve bu travmatik yas süreci zaman geçse de devam ediyorsa, daha öncesinde bilinen psikiyatrik bozukluk hikayesi varsa, olay sonrası tıbbi veya cerrahi müdahale ihtiyacı olduysa yine daha uzun süreli izlem (en azından yılda bir gibi) ve tedavi planlanmalıdır.

Uzun dönemde travmatize kişilerde hangi psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkıyor? Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu, yas, alkol madde kullanımı, psikotik bozukluklar görülebilir. Dediğimiz gibi genellikle ilk 1 ay içerisinde belirtiler gerilemeye başlar ve 12 ay içerisinde birçok belirti tamamen düzelir. Ancak özellikle böyle büyük seyirli travmatik olaylardan sonra vakaların yaklaşık üçte birinde belirtiler kronikleşebiliyor. Prevalans yapılan çalışmalar ve süreler çok farklı olduğu için değişken olsa da ortalama %10 vakada TSSB belirtileri bir yıldan sonra da devam ediyor.

TSSB gelişimi için birtakım riskler tanımlanmıştır. Bunlar kadın cinsiyet, daha ileri yaş, daha düşük sosyoekonomik durum, daha düşük eğitim seviyesi, daha önce psikiyatrik hastalık varlığı, maddi kaybın fazla olması, deprem sonrası göç etmek zorunda kalmak, destek alamamak ve geçici konutlarda yaşamak zorunda kalmaktır. TSSB’de öncelikle tedavide psikoterapiler olsa da, eğer belirti şiddeti çok fazla, terapiye ulaşım az veya mümkün değilse farmakoterapi de önerilebilir.

Sadece TSSB değil, aslında anksiyete bozuklukları ve depresyon da üç kişiden birinde ortaya çıkabilir. Alkol kullanımı, intihar sıklığı genel topluma göre artar. Depresyon ve kaygı bozukluğu sıklığı artışında da kadın olmak, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük ekonomik durum yine riski arttırmaktadır. Ayrıca afet sonrası kadınlardaki depresyonun veya diğer psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmemesi veya şiddetli biçimde devam etmesi, uzun sürede düşük doğum ağırlıklı bebeklere sahip olmak, tıbbi hastalıkların ortaya çıkması ve intihar artışı ile ilişkili bulunmuştur.

Bunun dışında psikiyatrik hastalık hikayesi olanlarda afet sonrası psikiyatrik destek çok önemlidir. Özellikle acilde kişiler geldiğinde geçmişte şizofreni, bipolar bozukluk, alkol madde kullanım bozukluğu veya diğer anksiyete, depresyon gibi daha sık gördüğümüz bozuklukları tanıları olan hastalarda daha ayrıcalıklı bir müdahale gereklidir. Neden? Çünkü şizofreni, bipolar bozukluk gibi hastalıklar daha kronik zeminde ilerleyen ve kişilerin düzenli takibe, tedaviye, ilaca, kontrole ihtiyacı olduğu hastalıklardır. Özellikle şizofreni hastaları önemsenmelidir, çünkü tabii ki hastalığın şiddetine, kişinin öz bakım düzeyine, eşlik eden bedensel hastalıkların varlığına, bilişsel kognitif bozulmanın düzeyine, yargı ve içgörü düzeyine ve genel aile desteğine göre değişmekle birlikte şizofreni hastaları daha incinebilir ve destek isteyen bir gruptur. Mutlaka bu hastaların böyle durumlarda daha erken müdahaleye ihtiyaçları vardır. Hastalığın doğası gereği kişilerin içgörüsü yoksa ve bilişsel işlevleri bozursa tedavi ihtiyacının da farkın-

da olamayacak, tıbbi sorunlarını tanıyamayacak, tıbbi bakım aramakla ilgili ya da temel ihtiyaçlarını karşılamakla ilgili böyle kaotik durumlarda ihtiyaçları çok daha belirgin hale gelecektir. Dolayısıyla bu kişilerin hem hastalığın alevlenmesinin engellenmesi, hem günlük hayatlarına devam edebilmesi, hem diğer genel hijyen ve enfeksiyondan korunma gibi genel tıbbi hastalıkların ortaya çıkmasının engellenmesi için onların tedaviye başvurmaları beklenmeden bulunması, tanınması, tedavisinin ve bakımının desteklenmesi gereklidir.

Aslında Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri bir süredir bu özellikle kronik psikiyatrik hastalıklarda iyi bir kayıt sistemi ve takiple bu hastaların tutulmasını sağlayan yerler ancak depremde birçok merkez hasar gördü, yıkıldı, çalışanlar etkilendi, özellikle Hatay’da kullanılamaz hale geldi. Bu yüzden hastalara ulaşmakta çok zorlanıldı. Ama yine de bölgeye giden ekiplerimizin ilk uygulamalarından birisi toplum ruh sağlığı merkezlerinin kayıtlarına ulaşabilmek ve hastaları tek tek arayıp tedaviye biz buradayız gelin takibinizi yapalım diye ulaşmak olmuştur. Çünkü kendileri gelemiyorlardı ve zamanla başka yerlerden, burada böyle kendi başına gezen evsiz sahipsiz hasta var diye aranmaya başlanıyordu. Böylelikle durumları yatarak zorunlu tedavi ihtiyacına kadar ilerleyen süreçlere ilerliyordu. Kaos ve stres, ilaçların kesilmesi bu hastalıklarda alevlenmeye yol açabiliyor ve hastalığın alevlenmesi kişinin kendisine veya çevresine zarar verme riski arttırabilir.

Şizofreni hastalığı olan kişileri değerlendirirken ne yapıyoruz? Bir hastanın hastalık belirtileri, şiddeti, kullandığı tedavi işlevselliğinin değerlendirilmesini değerlendiriyoruz. Afetin hasta ve ailesi üzerindeki etkilerini değerlendiriyoruz. Şu anki yaşam koşulları, aile desteği, olası tıbbi sorunları değerlendiriyoruz ve en önemlisi aslında sağlık kurumuna ve ilaçlara ulaşılabilirliğini değerlendiriyoruz. Düzenli ilaç takibi ve kullanımı önemli, birçok bölgede bununla ilgili de aslında ilk günden itibaren çok zorlanıldı ve her yerden ilaçlar yollanmaya çalışıldı. Böyle durumlarda mümkünse kişilerin tedaviyle ilgili ellerine fazla fazla ilaç vermek veya bu mümkün değilse bazen depo antipsikotiklere geçiş yapmak gerekebilir. Takiplerin sıklaştırılması, tedavinin düzenlenmesi önemlidir. İlk atak veya alevlenme dönemindeyse yatarak tedavi ve sevk zinciri için müdahale edilmesi gerekebilir.

Bipolar bozuklukta da değerlendirme ve takipte benzer şeyler geçerlidir. İlaç temini yanında hastalığı tetikleyebilecek uyku hijyeni, beslenme gibi durumlara dikkat edilmesi konusunda eğitilmesi gerekir.

Alkol-madde kullanım bozukluklarına da dikkat etmek önemlidir. Hem daha önceden buna dair zorluğu olanlarda, hem de olmasa bile deprem sonrası yaşadıkları ruhsal zorlukları aslında kendini tedavi etmek için, uygun başa çıkma stratejilerini bulamadıklarından alkol maddeyle sıkıntıdan kurtulmaya çalışanlarda kullanım sıklığının arttığını biliyoruz. Dolayısıyla bunun da kişilere sorulması ve konuşulması önemlidir. Yapılan çalışmalarda da aslında gerçekten de hiç içmeyenlerin bile bu dönemde içmeye başladığı ve başlayanların da ileride alkol madde kullanım bozuklukları riskinin, bağımlılık risklerinin arttığını biliyoruz. Yine acilde kişi başvurduğunda alkol ve madde hem intoksikasyon hem de yoksunluğu açısından değerlendirmek önemlidir.

Ve son olarak derneğimiz ile bölgeye giden gönüllü meslektaşlarımızın fotoğraflarıyla bitirmek isterim. Bu Hatay’daki ilk haftadan itibaren ilk baştaki çadırımız, son-

rasında yer değiştirmek zorunda kalınca geçtiğimiz diğer çadır ve en son konteynere geçildi. Bu İskenderun'daki ekibimiz, bu da Adıyaman ve Maraş'taki ekiplerimiz. Her birine ve bölgede onlara destek olan TTB'ye teşekkürlerimi iletiyorum. Sunumumu tamamlarken sabrınız için teşekkür ediyorum.

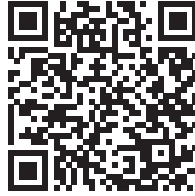
Dr. Aytül Gürbüz Tükel

Çok teşekkürler Rümeyza. Gerçekten orada her şeyden önce burada birçok özellikle Hatay'da hastaneler yıkılmışken orada çalışan ruh sağlığı hastalıkları uzmanı arkadaşlarımız kendileri de depremden etkilenmiş, birçoğunun evi yıkılmışken hizmet vermekle ilgili tabii ki zorluklar varken Türkiye Psikiyatri Derneği'nin orada olması çok anlamlıydı. Yani oradaki halka da güven veren bir şeydi. Bunu görüyorduk. Devam ettikleri ilaçlara ulaşım falan bu her açıdan çok önemli oldu.

Evet, üçüncü bir alan afetlerde ihmal edilen, afetlerde yaşlı dostu yaklaşımı ve yaşlı bireylerin değerlendirilmesinde dikkat edilmesi gereken konularla ilgili sunumunu Filiz Demirdağ yapacak. Kendisini çok kısaca tanıtayım. 2003 İstanbul Tıp Fakültesi mezunu. Uzmanlık eğitimini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde iç hastalıkları ve geriatri alanında yaptı. Halen Medeniyet Üniversitesi'nde iç hastalıkları ve geriatri uzmanı olarak çalışmakta. Kendisine sunumunu yapmak üzere sözü veriyorum.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

Afetlerde yaşlı dostu yaklaşım ve yaşlı bireylerin değerlendirilmesinde dikkat edilmesi gerekenler

Dr. Öğr. Üyesi Filiz Demirdağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi İç Hastalıkları AD.

Afetlerde ortaya çıkan ekonomik, fiziksel ve sosyal kayıplar sonucu imkânlar yetersiz kalır ve insanların normal yaşantısını kesintiye uğrar. Binlerce kişiyi etkileyen olağanüstü yıkıcı olaylardır. Dünya Afetler Raporunda, son on yılda afetlerde yüzde 60'lık bir artış olduğu belirtilmiştir.

Afetler bireylerin fiziksel, duygusal ve psikolojik sağlıkları üzerinde önemli etkilere sahip olup, çok sayıda ölüm, yaralanma ve ekonomik kayıpla sonuçlanmaktadır.

Yaşlıların sayısı son 50 yılda 3 kat artmıştır ve önümüzdeki 50 yılda da 3 kattan fazla artması beklenmektedir. 2020 yılında 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısı 5 yaş altı çocukların sayısını geçmiştir. 2050 yılına gelindiğinde ise 60 yaş üstü dünya nüfusunun üçte ikisi düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacaktır.

Ülkemizde ise 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi (%8,3) olan 65 yaş ve üzeri nüfus son 6 yılda % 30 artarak 2022 yılında 8,5 milyona (%9,9) ulaşmıştır. Başka bir dille ülkemizdeki her 10 kişiden birisi 65 yaş ve üzerindedir.

Dünyamız giderek kentleşiyor ve 2030 yılına kadar dünya nüfusunun %66'sından fazlasının şehirlerde yaşaması bekleniyor. Kentleşme ve hızlı nüfus artışı çoğu zaman daha fazla insanın güvenli olmayan alanlarda ve konutlarda yaşamasına yol açmaktadır. Afetlerde güvensiz binalar ölüm ve yaralanmaların çok büyük olabileceği yerlerdir. Yaşlanan dünya nüfusu ile beraber artan kentleşme ve afet oranları, alınan yetersiz önlemler neticesinde daha çok yaşlı birey afetzedede olarak karşımıza çıkacaktır.

Afetler bireylerin fiziksel, duygusal ve psikolojik sağlıkları üzerinde önemli etkilere sahip olup, çok sayıda ölüm, yaralanma ve ekonomik kayıpla sonuçlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü yaşlı yetişkinleri, afet durumunda daha büyük risk altında olma olasılığı daha yüksek olan savunmasız bir nüfus olarak tanımlamıştır. Afet istatistikleri sıklıkla yaşlı yetişkinlerde nüfusun geri kalanıyla karşılaştırıldığında daha yüksek ölüm ve hastalık oranları bildirmektedir. Dolayısıyla afetlerden olumsuz etkilenecek yaşlı yetişkinlerin sayısı artmaya devam edecektir. Afet durumlarında sağlık, sosyoekonomik, tahliye ve yerleşim, bilgi, iletişim ve kültürel ihtiyaçlar temel ihtiyaçları oluşturmaktadır.

Geriatric, tıbbın yaşlılıkla ilgilenen bir dalıdır. Yaşlı yetişkinlerin sağlığını ve yaşa bağlı sorunlarını değerlendirir, önler, tedavi eder ve yönetir. Yaşlı yetişkinlerin fiziksel,

bilişsel, psikososyal ve fonksiyonel ihtiyaçlarını dikkate alarak bireyselleştirilmiş sağlık hizmeti sunmayı amaçlar. Geriatri, yaşlı yetişkinlerin sağlık ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için multidisipliner bir yaklaşımı benimseyen bir bilim dalı olarak kabul edilmektedir. Geriatri, yaşlanmanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkilerini anlamak için multidisipliner bir yaklaşımı benimser. Hekim, gerontolog, geriatri hemşireleri, fizyoterapistler, beslenme uzmanları, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar ekibin birer parçasıdır. Bu ekip, yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesini artırmak, bağımsızlıklarını desteklemek, hastalıkların yönetimi ve yaşa bağlı sağlık sorunlarının en iyi şekilde ele alınmasını sağlamak için birlikte çalışır.

Çok yönlü geriatrik değerlendirme tıbbi, fonksiyonel, mental ve psikolojik değerlendirme ile beraber sosyo-ekonomik değerlendirmeyi içerir. Yaşlı hastada, çoğunlukla atipik semptomlarla kendini gösteren ve hastalık tanımı ile tam olarak açıklanamayan klinik durumları ve semptomları tanımlamak için geriatrik sendrom terimini kullanılmaktadır. Geriatrik sendromlar yaşlı hastalarda sık olarak görülen, yaşam kalitesini bozup, morbidite ve mortaliteyi arttırabilen klinik durumları ifade etmektedir.

Kırılgnalık, istemsiz kilo kaybı, kas güçsüzlüğü, bitkinlik-tükenmişlik hissi, yavaş yürüme ve fiziksel aktivitede azalma ile karakterize bir geriatrik sendromdur. Kırılgnlık yaşlılar geriatrik problemler açısından yüksek risklidir ve prevelans toplumda yaşayanlarda % 4-5, hastanede yaşayanlarda %18-40 ve 85 yaş üzerinde ise %26'lara çıkmaktadır. Kırılgnlıkla ilişkili risk faktörleri arasında en iyi bilinenleri yaş ve kadın cinsiyettir. Kırılgnlık yaşlılar fiziksel ve psikolojik stresörlere karşı savunmasızdır. Kırılgnlık, fiziksel, bilişsel ve sosyal alanları kapsayabilir. Fakat kırılgnlık esas olarak hastanın fiziksel aktivite düzeyi ve beslenme durumuyla değerlendirilir. Kırılgnlığın varlığı travma sonrası kötü hastaneye yatış sonuçları için önemli bir risk faktörüdür. Travma sonrası kırılgnlık yaşlılar sarkopeni ve bağımlılık açısından yüksek risklidir. Tüm bu faktörler bir araya geldiğinde, bu yaşlı hastalarda fiziksel iyileşme için büyük bir engel oluşturur. Kırılgnlık travmayı takiben hem kısa hem de uzun vadede morbidite ve mortalitenin kronolojik yaştan daha iyi bir öngörücüsüdür. Hastanın kırılgnlığı ve travma sonuçları üzerindeki etkisini anlamaya yönelik birkaç skor geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden biri olan Travma Özgül Kırılgnlık İndeksi (TSFI), kırılgnlık puanı oluşturmak için komorbiditelerin, günlük aktivitelerin ve fonksiyonun, sağlık tutumunun ve beslenmenin bir kombinasyonunu kullanan bir ölçüm aracıdır.

Yaşlanmayla beraber ilerleyici bir şekilde fonksiyonel rezervler azalır. Yaşlılar, hipovolemiye fizyolojik yanıtı daha az verebilir ve travmaya bağlı kanamalardan kaynaklanan stresi daha zor telafi ederler. Sağlıklı yaşlılar günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yeterli rezervlere sahipken, akut travma ve sonrasındaki yaralanmaya bağlı akut stres durumlarında, fizyolojik rezervdeki azalma doku hipoperfüzyonuna ve organ yetmezliğine yol açabilir. Bu durum yaşlı travma hastalarında yaygın bir ölüm nedenidir.

Yaşla birlikte solunum rezervini azalması küçük bir travmayı bile tolere etme yeteneğini sınırlar. Hipoksiye, hiperkarbiye ve asidoza verilen yanıtlar genellikle yaşlı erişkinlerde küntleşmiştir. Metabolik bozukluklara daha duyarlıdır. Hipoksik ve hiperkarbik olmalarına rağmen solunum hızları normal olabilir ve bu da klinik değerlendirmeyi zorlaştırır. Klinik gözlemler, genç hastalara kıyasla, yaşlı yetişkinlerin solunum

sıkıntısı ve aspirasyona daha yatkın olduğunu desteklemektedir. Travma ile ilişkilendirilen hiperdinamik yanıt, kas yıkımına yol açar ve bu da solunum fonksiyonunu daha da tehlikeye atabilir.

Yaşlanmayla beraber miyokardiyumu elastikiyeti azalır. Buna bağlı olarak kardiyak debi azalmıştır ve katekolaminlere karşı daha az hassastır. Bu da genellikle travmayı takiben hemorajiye, ağrıya veya kaygıya daha zayıf bir taşikardik yanıt oluşmasına neden olur. Baskılanmış yanıt nedeniyle mutlak bir taşikardi olmaması, klinisyenler tarafından yanlış değerlendirmelere yol açabilir. Sistemik vasküler direnç artar, bu durum genellikle bazal hipertansiyona katkıda bulunur. Şokun başlamış olmasına rağmen beklenen düşüşler ortaya çıkmadığından travmayı takiben kan basıncının yanlış yorumlanması neden olabilir. Başka bir deyişle, vital bulgular için anormal kabul edilmesi gereken değerler yaşlı hastalarda farklıdır.

Bireyler yaşlandıkça, deride yapısal ve fonksiyon kayıp meydana gelir. Derinin yaşlanması nörosensör duyuumsal algıyı bozar, geçirgenliği artar ve yaralanmaya karşı yanıtını ve onarım kapasitesini azaltır. Yaşlanma ayrıca yara iyileşmesinin tüm aşamalarını, hemostazdan iltihaba ve proliferasyona ve çözünmeye kadar değiştirir. Epidermal yenilenme hızı 65 yaşından sonra %50 azalır. Bu da yara iyileşmelerinde gecikmelere yol açar.

İleri yaş bireylerde vücut suyu genç popülasyona göre %10-15 daha azalmıştır. Transepidermal su kaybı artışı ile hissedilmeyen kayıplar daha fazladır. Yaşlı bireylerde deri, gastrointestinal sistem ve akciğerler yoluyla sıvı kaybı günlük 0,8-1 litreye ulaşabilir. Toplam vücut suyunun %2'sinden az sıvı kaybı bile fiziksel, görsel, motor, psiko-motor ve bilişsel performanslarda önemli bozulmaya neden olur.

Glomerüler skleroz nedeniyle kreatinin klirensinde azalma meydana gelmektedir. Morfolojik değişiklikler diyabet ve hipertansiyon varlığında hızlanır. Su ve sodyum tutma yeteneğinin bozulması yaşlıları sıvı ve elektrolit bozukluklarına yatkın hale getirir. Stres koşullarına adaptasyon yetersizdir. Azalan GFR böbrekleri, sepsis, akut böbrek yetmezliği ve kritik hastalık sırasında gelişebilecek çoklu organ disfonksiyonu gibi komplikasyonlara karşı duyarlı hale getirir. Ayrıca, tübüler fonksiyon kaybı böbreğin idrarı konsantre etme yeteneğini azaltarak potasyum ve hidrojen atılımının da bozulmasına neden olur. Özellikle travma veya cerrahi gibi fizyolojik stress durumlarında böbreğin su, elektrolit dengesini kontrol etme yeteneğinin kaybolması önemli bir risk faktörüdür.

Yaşlanmayla beraber hem doğal hem de edinilmiş bağışıklık fonksiyonlarını değiştirmektedir. İnflamminging adını verdiğimiz Kronik bir inflammatuar durum ortaya çıkar ve enfeksiyonlara yatkınlığa yol açar. Travma ve sepsis kombinasyonu, çoklu organ disfonksiyon sendromu ve ölüm için güçlü bir risk faktörüdür.

Genç erişkinlerde, hipotansiyon, taşikardi ve ağrı gibi birçok yaralanma belirtisi ve semptomu, yaşlı yetişkinlerin çoğunda hafif olarak görülebilir veya görülmeyebilir. Normal vital bulgular güvenilir değildir, çünkü ciddi şekilde yaralanan yaşlı yetişkinlerde genellikle hemodinamik yanıt gecikmiş olarak ortaya çıkar. Çok sayıda gözlemsel çalışma yaşlı hastalarda triyaj problemi olduğunu göstermektedir. 65 yaşından büyük hastaların %49'unun triyajının hatalı olduğunu bildirilmiştir.

Afet bölgesinde yaşlı hasta ile karşılaşıldığında hızlı ve kısa bir anamnez alınarak kimlik tespiti, nereden geldiği, enkaz altında ne kadar süre kaldığı, gelmeden uygulanan tedaviler, kan grubu, önceki hastalıklar ve kullandığı ilaçlarla ilgili bilgi edinmeye çalışılmalıdır. Birincil yaklaşım ABCDE Algoritması uygulanmalı, vital bulguların kontrolü (solunum, nabız, kan basıncı) sağlanarak penetran veya künt travma mevcutsa cerrahi konsültasyonu yapılmalıdır. Aktif majör kanama olup olmadığı kontrol edilmeli, damar yolu açılmalı, havayolu açıklığı ve solunumu değerlendirilmeli, batın muayenesi ve kısa nörolojik değerlendirme yapılmalıdır. Yaşlı hastaların genel yönetimi, genç hastalarda izlenen stratejilere benzer şekilde ilerler; ancak, fizyolojik farklılıkları yönetim zorluklarına neden olur. Yaşlı hastalar sınırlı kardiopulmoner rezervlerinden dolayı aşırı veya yetersiz sıvı replasmanı tolere edemezler. Gecikmiş yara iyileşmesi ve komplikasyonlar genellikle yaşlı travma hastasının hastanede kalış sürecini uzatır.

Ezilme (crush) sendromu kas travmasına bağlı rabdomiyoliz sonrasında ortaya çıkar. Rabdomiyolizde çizgili kas hücresi (miyosit) içinde bulunan laktik asit, tromboplastin, kreatinin kinaz, nükleik asitler, fosfat, kreatinin, miyogloblin ve potasyum gibi maddeler kan dolaşımına geçer. Kalsiyum, su ve sodyum gibi maddeler ise kas hücresi içine girer. Bu olaylar ezilme sendromuna ve akut böbrek yetersizliğine (ABY) zemin hazırlar. Rabdomiyoliz seyrinde ABY ortaya çıkmasında birçok faktör bulunmaktadır. Bunların içinde en önemlisi kompartman sendromuna sekonder gelişen hipovoleminin böbrek kanlanması bozmasıdır. Bunun dışında, kaslardan açığa çıkan miyogloblin hem doğrudan toksik etki ile hem de tübüler tıkaçlara yol açarak ABY patogeneziye katkıda bulunur. Rabdomiyolizde Kreatin fosfokinaz (CK) düzeyi artmaktadır. Hiperpotasemi önemli bir laboratuvar bulgusudur. Ayrıca laboratuvar olarak hiperfosfatemi, hipokalsemi, hipoalbuminemi görülebilir. Rabdomiyolize bağlı ortaya çıkan ABY, diğer etyolojilere bağlı olanlara göre çok daha komplikedir. Hem cerrahi (örneğin; kanamalar, travma ve ameliyatlara bağlı diğer problemler), hem de medikal komplikasyonlar (örneğin; değişik infeksiyonlar, hiperpotasemi ve hipokalsemiye bağlı kardiyak aritmiler, diğer organ ve sistem yetersizlikleri) morbidite ve mortalitenin yüksek olmasına yol açar. ABY'li hastalarda en sık görülen medikal komplikasyon infeksiyonlardır. Crush sendromuna bağlı ABY'de mortalite oranı %15 ile %40 arasında değişmektedir. Hasta akut dönemde hiperpotasemi, kalp yetersizliği ve infeksiyonlar gibi komplikasyonlar sonucunda kaybedilmezse kronik dönemde genelde böbreklerde kalıcı bir hasar beklenmez.

Yaşlı hastalarda sıvı replasmanı dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Aşırı sıvı verilmesinden kaçınılmalı, 500-1000 ml arasında yavaş infüzyon yapılmalı, KKY'li hastalarda dekompanasyon açısından dikkat edilmelidir. Ancak hipotansiyon veya hipoperfüzyon belirtileri derinleşirse, kan ürünlerinin transfüzyonuna erken başlamak esastır. Kurtarma sırasında sıvı infüzyonuna devam edilmeli. Replasman hızı her afetzedeye ve afetin özel şartlarına göre ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Kurtarma süresi 2 saat > fazla ise sıvı infüzyon hızı 500 ml/saatten başlanabilir. Yaş, kilo, travmanın ağırlığı (hasarlanmış kas kitlesi küçük ise daha az), hava sıcaklığı (soğuk havada daha az), idrar miktarı (oligo-anüride daha az), fizik muayene bulgularını dikkate (dehidrate olanlarda daha fazla) alınmalıdır. Gereken sıvı miktarını belirleyebilmek için hidrasyon durumu değerlendirilmelidir.

dirilmelidir. Eğer kurtarma öncesinde hiç IV sıvı verilmemişse, kurtarılmayı takiben, mümkün olur olmaz, erişkinler için 1000 ml/saat hızında izotonik NaCl başlatılması, 6 saat süresince, toplam 3-6 L sıvı vermeye devam ederken hastayı düzenli olarak kontrol edilmesi önerilir. Potasyum içeren sıvılardan kesinlikle kaçınılmalıdır. Hiperpotasemiği önleyebilmek için, eğer afet sahasında iseniz, oral yoldan ilaç alabilecek tüm hastalara ampirik olarak ağızdan 3X5 gr kaykışalat başlanması önerilmektedir.

Volüm replasmanı ve ABH önlenmesi için izotonik NaCl etkindir. Kitlesel felaketlerin kaotik ortamında az yan etki riskini taşır. Ayrıca, çoğu kez en kolay ulaşılabilen solüsyon olma özelliğine sahiptir. Bu nedenle sıvı seçiminde öncelikle izotonik NaCl'ü seçilmesi önerilir. Yan etkileri arasında volüm yüklenmesi, hipertansiyon, konjestif kalp yetersizliği ve asidoz bulunur. Eğer elde varsa izotonik NaCl + %5 dekstroz solüsyonu daha da iyidir. Kalori de sağlar, hiperpotasemi riskini azaltır. Yan etki profili izotonik NaCl ile benzerdir. Rabdomiyoliz tedavisinde hipotonik solüsyonlara bikarbonat eklenmesi onları neredeyse izotonik hale getirir. % 0.45 hipotonik NaCl'e eklenecek sodyum bikarbonat myogloblin ve ürik asidin tubuluslara çökmesini önler, metabolik asidozu düzeltir ve hiperpotasemi riskini azaltır. Hasta normotansif ise ideal sıvı hipotonik NaCl'dür; hipotansif ise izotonik NaCl'ü tercih edilmesi daha uygun olur.

Eğer hastaya mannitol verilecekse 1gr/kg ile başlanır (30 dak içerisinde verilir). 4 saatte bir 0,25 gr/kg (30-60 dk). 60 kg hasta için 30 dk içinde %20 lik mannitol 150 ml den 2 tane verilir. Mannitol çoğu kez alkali ile birlikte verilir (mannitol-alkali solüsyonu). Bu solüsyonda temelde %0.45 NaCl kullanılır. Her litresine 50 mmol bikarbonat ve %20'lik solüsyondan 50 ml mannitol eklenir. Mannitol'ün diüretik, antioksidan ve vazodilatör etkileri vardır ve tonisitesi nedeniyle, kaslardaki kompartman içi basıncı düşürür. Ancak, yan etkilerini göz önünde bulundurunca (fazla dozda konjestif kalp yetersizliği ve potansiyel nefrotoksisite) ve travmatik rabdomiyolizdeki etkinliğine ilişkin çelişkili bildirimler mevcuttur. Mannitolü sadece yakın izlem şansınız varsa düşünün. İdrar çıkışında anlamlı bir artış olmaz ise mannitole devam etmeyin. Ancak idrar çıkışı bazalden en az 30-50 ml/saat artış gösterirse, mannitol eklenebilir.

Ezilme Sendromlu hastalarda daima pozitif sıvı bilançosu şarttır. Çünkü travmatize kaslar içine aşırı miktarda sıvı sekestre olabilir. 24 saatlik süre içerisinde sıvı dengesi yönünden 4-4,5 lt kadar önde olmak hedeflenmelidir. Ancak tedavi sırasında hastanın volüm durumu yakından izlenmeli, hipervolemi bulgularına mutlaka dikkat edilmelidir.

İdrar miktarı tayini için foley sonda takılmalı, böbrek fonksiyonları düzelince sondayı hemen çıkartılmalıdır. Pelvis kırığı, bilinç kaybı, üretra obstrüksiyonu gibi durumlar ve herhangi bir sebeple immobilizasyon söz konusuysa kateteri daha uzun süre yerinde bırakılabilir.

Hipovolemi bulunmadığı halde anüri sürüyorsa ve sıvı tedavisine idrar yanıtı yoksa verilecek günlük sıvı miktarını bir önceki gün ölçülen (veya tahmin edilen) tüm sıvı kayıplarına ek olarak, 500-1000 mL/gün ile sınırlanması önerilir.

Ezilme sendromlu hastalarda hipokalsemi sıktır. Tetani, konvülziyon ve hiperpotasemiye bağlı kardiyotoksik etkilerin artmasına yol açabilir. Ancak zedelenmiş kas dokusunda kalsiyum çökmesi ve buna bağlı daha fazla hücrel harabiyetin ortaya çıkması riski nedeni ile asemptomatik hipokalseminin tedavi edilmesi önerilmez.

Malnütrisyon, besin öğelerinin alımındaki azalmaya bağlı olarak vücut kompozisyonundaki değişme ve vücut kütlelerinde azalma sonucu, fiziksel ve mental fonksiyonlarda ve klinik durumdaki bozulmadır. Sıklığı, toplumda yaşayan % 5-15, Hastanede yatan % 20-65, Bakımevinde % 25-85 arasında değişmektedir. Yaşlı hastalarda yutma bozukluğu artmış aspirasyon riski ile birlikte. SVH veya nörodejeneratif hastalık öyküsü olan hastalar yüksek risklidir. Malnütrisyon sarkopeni ve malnütrisyon gelişimi ile yakından ilişkilidir ve yara iyileşmesinin tüm yönlerini olumsuz etkiler. Klinik olarak, yetersiz beslenmiş yaşlı travma hastaları, iyi beslenmiş hastalara kıyasla belirgin şekilde daha uzun hastanede kalma süresine ve yüksek mortalite oranlarına sahiptir.

Yaşlı hastanın günlük ihtiyaçlarını belirlerken 25-30 kcal/kg/gün, sepsis durumunda 35-40 kcal/kg/gün enerji, 1,2-1,4 g/kg/gün (travma, akut hastalık) 1,4-1,8 g/kg/gün (sepsis) protein, 30 ml/kg/gün sıvı şeklinde hesaplanmalıdır. Travmanın neden olduğu hipermetabolik tepkinin neden olduğu katabolik durumu hafifletmek için; erken beslenme desteğinin sağlanması, uygun ortam sıcaklığı, enfeksiyonun kontrolü önemlidir. Bu önlemler yanık yaralanması sonucu ortaya çıkan hipermetabolik yanıtın da azaltılmasına yardımcı olur. Yaş tek başına akut resüsitasyonu ihmal etmek için bir kriter olmamalıdır. Her hasta, sağkalım ve rehabilitasyon potansiyeli için bireysel olarak değerlendirilmelidir. Yaşlı resüsitasyonlarına rehberlik etmek için özel veriler olmadığından, sıvı resüsitasyonunu kilo ve yanık büyüklüğüne göre standart tahminlere göre tüm yetişkinler için başlatılmalı ve sonrasında bireysel hasta yanıtına dayalı olarak ayarlamalar yapılmalıdır.

Yaşlı hastalarda farmakolojik ağrı tedavisi, genç yetişkinlere kıyasla daha küçük dozlarda başlatılmalı ve dikkatlice titrasyon yapılmalıdır. Akut ağrı için başlangıç opioid analjezik dozu genç yetişkinlere kıyasla %25 ila %50 olmalı ve rahatlık sağlamak için dikkatlice yukarı doğru titrasyon yapılmalıdır. Nonsteroidal antiinflatuar ilaçların yaygın yan etkileri gastrointestinal kanama ve böbrek toksisitesidir. Ağrının yetersiz tedavisi akut deliryum ve postoperatif bilişsel bozukluk (POCD) için bir risk faktörü olduğundan, titrasyon büyük önem taşır.

Akut deliryum, ağrı, enfeksiyon, yetersiz sedasyon ve demans gibi hastalıklar nedeniyle hastanede yatan yaşlı bireylerde sık (%18-35) görülmektedir. Sıklıkla gözden kaçmaktadır. Deliryumu olan hastaların, taburculuktan 6 ve 12 ay sonra daha uzun hastanede kalma ve artmış mortalite oranları vardır. Geleneksel farmakolojik tedavilerin yan etkileri göz önüne alındığında, yaşlı hastaların bakımını iyileştirmek için farmakolojik olmayan yaklaşımlar öncelikle denenmelidir.

Afetler veya rutindeki herhangi bir değişiklik, alzheimer veya diğer bunamaya ilişkin hastalıklar için afet tek başına kaygı verici, üzücü ve kafa karıştırıcı olabilmektedir. Demansı olan kişilerde kaygı veya ajitasyon belirtilerinin farkında olunmalı, stres zamanlarında onları sakinleştirecek stratejilerle hazırlıklı olunmalıdır. Demansı olan kişiler amaçsız gezinebilir ve kolayca kaybolabilirler. Bu nedenle demanslı kişi rutini veya ortamı bozulduğundan yalnız bırakılmamalıdır.

Yaşlı hastalarda ihtiyaçların karşılanmasında güçlükler mevcuttur. Farklı ihtiyaçlar arasındaki ilişkilerin anlaşılmasının eksikliği, yardımın koordinasyonunda zorluklar doğurur. Yardımın farklı ihtiyaçlara düzensiz bir şekilde yönlendirilmesine yol açar. Stan-

dart felaket yanıtı genellikle yaşlılara uygun olmayan yardım sağlar ve bu da onların rahatsız ve eşitsiz hissetmelerine neden olur. Genellikle beklentiler ile afet müdahalesi arasında bir uçurum vardır. Bu da yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde yaşlıların ihtiyaçlarının felaket yanıtına yeterince dahil edilememesine neden olur.

Yaşlı insanların iyileşme sonuçları, felaket öncesindeki sağlık ve refah düzeyiyle yakından ilişkilidir. Ancak, iyileşme sürecinde bireysel sağlık ihtiyaçlarının nasıl ele alındığı, felaket sonrası temel yeteneklerin sürdürülmesi ve bağımsızlığın teşvik edilmesi açısından önemlidir. Bir felaket sonrası, temel günlük aktivitelerin yeniden kurulması, alışveriş yapma, egzersiz sınıflarına katılma, yürüyüş yapma veya sosyal gruplara katılma, dini ibadetlere katılma yaşlı bireylerin fiziksel ve zihinsel refahı için temel önem taşır. Sağlıklı yaşlı bireylerden oluşan bir ağ kurularak ve bu ağ üzerinden diğerlerine pratik ve duygusal destek sağlamalarını koordine edilebilir. Yaşlı insanların toplum etkinliklerinin yeniden düzenlenmesi ve katılımlarına olanak tanınması, daha izole yaşlı insanlara ise uzaktan hizmet veren toplum ve sağlık hizmetleri ile destek sağlanabilir. Düzenli sosyal rutinlere geri dönme, dayanıklılığı teşvik eder.

Sosyal toplanılarda, güvenli alanlarda hafif egzersiz fırsatları sunmak ve besleyici yemeklerin sunulması gibi, toplum tabanlı günlük sağlık ve sosyal aktiviteler, tüm topluluğu bir araya getirme konusunda önemli bir rol oynar. Yaşlı insanlar, iyileşme döneminde güçlü bir sosyal bağlantı motivasyonu sergilerler. Günlük sağlık ve sosyal aktiviteler, bütün toplum tarafından düzenlenebilir ve yönlendirilebilir. Sağlık ve toplum hizmetleri kuruluşları, yaşlı insanlar için temel iletişim noktaları olacaktır. Bu tür hizmetler, felaketin etkisiyle izole olan yaşlı insanlar da dahil olmak üzere, yaşlı bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını desteklemek için uygun kaynaklara sahip olmaya çalışılmalıdır.

Yüksek kaliteli konut, ulaşım ve sosyal hizmetlere erişim, iyileşme sonuçlarını iyileştirmekle güçlü bir şekilde ilişkilidir. Daha az ekonomik kaynağa sahip bireyler için, afet sonrası iyileşme süreci, daha büyük ekonomik kaynaklara sahip topluluklardan daha uzun sürebilir. Savunmasız yaşlı insanlar, günlük faaliyetleri gerçekleştirmek ve olayla başa çıkmak için dış yardıma artan bir ihtiyaç duyabilirler. Görme veya işitme bozuklukları, hareket sorunları ve sosyal destek eksikliği, yaşlı insanların mevcut hizmetler hakkında bilgi edinmelerini veya erişimlerini engelleyebilir. Yaşlı insanlar, felaket sonrası hangi yardımı alacakları ve hükümet hizmetlerinin onlara iyileşme konusunda yardımcı olup olmayacağı konusunda da endişe duyabilirler. Japonya'daki Kobe depremi sonrası (tüm ölümünün yarısından fazlası 60 yaşın üzerinde) Hyogo Eyaletinde, sürekli sağlık hizmeti ve sosyal refah desteğinin devamlılığını sağlamak için yaşlılar ve engelliler için bir yardım hizmetleri kurulmuş ve yalnızlığı azaltmak için toplum etkinlikleri düzenlenmiştir.

Sosyal toplanılar, sağlık danışmanlıkları ve diğer etkinlikler, yaşlıların destek ağlarını yeniden kurmalarına ve yaşam kalitelerini artırmalarına yardımcı olur. Yaşlı insanlar, bir felaket sonrası özellikle yüksek düzeyde ekonomik zorluklarla karşı karşıya kalabilirler. Etkilenen mülklerden elde edilen gelir kaynaklarına erişimlerini kaybedebilir, ayrıca ailelerinden ve diğer destek ağlarından ayrılmak zorunda kalabilirler. Dışarıdaki kişilerden yardım almak yaşlılar için daha zor olabilir. Yaşlı insanlar, felaket iyileşmesinde gençlere göre daha az şikayet ederler, bunun yerine aldıkları yardım için minnettarlık ifade ederler. Benzer şekilde, genellikle yardım kaynaklarını yetersiz kullanırlar, gele-

neksel olarak daha az destek talep ederler. Felaket iyileşme hizmetlerini yerel toplum temelli hizmetlere entegre etmek, yaşlı insanların bu temel yardım önlemlerini daha fazla benimsemesini sağlayabilir.

Toplum direncini yaşlı insanlarla nasıl güçlendirmek için çeşitli alanlarda destek verilebilir. Yaşlı insanları afetler ve acil durumlar konusunda bilinçlendirmek ve eğitmek, onların hazırlıklı olmalarını sağlar. Bunlar, tahliye prosedürleri, acil iletişim yöntemleri ve gerekli hazırlıklar gibi konuları içerir. Toplulukta yaşlı insanlar için destek ağları oluşturmak veya var olanları güçlendirmek önemlidir. Bu ağlar, komşular arası dayanışma ve yardımlaşma organizasyonları gibi kaynakları içerebilir. Yaşlı insanlara yönelik evde bakım hizmetlerini güçlendirmek, onların ihtiyaçlarını karşılamada ve toplumda bağımsız bir yaşam sürdürmelerinde önemlidir. Bu hizmetler, sağlık hizmetleri, temel bakım, günlük aktivitelerde destek ve sosyal bağlantıları içerebilir. Afet durumlarında yaşlı insanlara yönelik iletişim kanallarını ve bilgi aktarımını güçlendirmek önemlidir. Bu, kolay anlaşılır bilgi broşürleri, telefon hatları, internet siteleri ve sosyal medya gibi çeşitli araçlarla sağlanabilir. Yaşlı insanları afet hazırlığı ve toplu iyileşme süreçlerine aktif olarak katılmaya teşvik etmek, onların toplumda değerli birer kaynak olarak görülmelerini sağlar. Onların deneyim ve bilgilerinden yararlanmak, toplum direncini artırabilir.

Yaşlı insanlarda sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılabilir, düzenli sağlık kontrolleri, egzersiz ve aktiviteler yapılması toplum direncini güçlendirir. Yaşlı insanların sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşabilmeleri için fiziksel olarak erişilebilir sağlık merkezleri ve evde bakım hizmetleri gibi kaynaklar sağlanmalıdır. Yaşlı insanlar için düzenli sağlık kontrolü yapılmalı ve herhangi bir sağlık sorunu hızlı bir şekilde tespit edilmelidir. Bu, kronik hastalıkların yönetimi ve erken teşhisi için önemlidir. Yaşlı insanlar için düzenli egzersiz ve aktivite programları düzenlenmeli ve teşvik edilmelidir. Fiziksel aktivite, kas gücünü artırır, dengeyi sağlar ve genel sağlığı destekler. Yaşlı insanların sosyal izolasyondan kaçınmaları ve sosyal bağlantılarını güçlendirmeleri teşvik edilmelidir. Toplu etkinlikler, kulüpler ve gruplar aracılığıyla sosyal etkileşim sağlanabilir. Stresle başa çıkmayı öğretme, destek gruplarına katılma ve gerektiğinde psikolojik danışmanlık gibi hizmetler sunulabilir.

Soru-cevap

Dr. Aytül Gürbüz Tükel

Teşekkürler.Yoğun bir konuyu size biraz koşturarak anlatmaya çalıştık. Bütün konuşmacıları buraya davet edeyim. Belki sorular ve... Siz de böyle alalım. Evet, salondan soru ve katkı var mı acaba?

Dr. Sosin Fisli

Cinsel şiddete veya tecavüze uğrayanlar sadece genç yetişkin kadınlar gibi anlatılır. Ama burada çocuklar da var. Hani böyle bir vakayla karşılaştığımız zaman ya da deprem sahasında bulundum açıkçası. Nasıl yaklaşmalıyız? Sonrasında nerelere yönlendirmeliyiz? Serkan hocanın da değindiği gibi özellikle verilerde ciddi bir eksiklik var.

Yüz elli bine yakın kayıt başvurusu var. Bunlarla ilgili bir açıklama yok. İki yüz bine yakın kendisinin belirttiği gibi sevk olduğunu söyledi. Hastanelerde tedavi altına alınan çocuklara ne oldu? Bunlarla ilgili bir çalışmamız var mı? Sosyal hizmetlerle nasıl bir ağ içerisine girmeliyiz? Benim kafamda birkaç soru var da özellikle çocuklarla ilgili. Cinsel şiddete uğrayan çocuklar ne yapıldı? Tespit edildi mi? Veriler var mı elimizde hocam?

Prof. Dr. Türkan Günay

Şu anda çok büyük bir belirsizlik var. Kimsenin elinde hiçbir veri yok. Depremde her şeyin sahibi AFAD'dı. AFAD bizim çadır kentin nüfusunu bile paylaşmadı bizimle.

Yani ben bir liste istedim. Hani gebelerimi tespit edeyim, vermediler. Sonunda çıktık, kendimiz tek tek dolaştık. Çocuklarımızı, gebelerimizi tespit ettik. Öncelikli yaşlarımızı, öncelikli gruplarımızı belirledik. Tabii böyle olmaması lazım. AFAD sosyal çalışmacıları ile bu veriyi güncelleyerek topluyordu zaten, ilgili kurumlarla paylaşarak daha güçlü bir yanıt verebilirdi sorunlara. Afet, sadece devletin baş etmesi gereken bir durum değil. Devlet baş edemiyor zaten. Depremde devlet koordinatör olacak. Bütün buradaki işleri koordine edecek ve şeffaflıkla yapacak bunu. Kadına yönelik şiddetten bahsettim, çok haklısınız çocuk ihmali, yaşlı ihmali, çocuk istismarı mutlaka oldu. Benim bilgim şimdilerde enstest ve çocuk istismarının daha çok arttığı yönünde. İlk dönemde bizim çadır kentimizde yaşadığımız bir kadına yönelik şiddet olgusunda sistemi çalıştırmaya çalıştık. Ancak var olan koruyucu mekanizmalar çöktüğü için sorun daha

da artıyor. Sistem şöyle çalışıyor; önce emniyete kadının şiddet nedeniyle başvurması gerekiyor. Kadın diyor ki, ben bunu yaparsam şu anda aynı çadırdaki kalıyorum, akrabalarım da yan tarafta, ben bunu yapamam diyor. Biz sosyal hizmetler müdürlüğünü arıyoruz onlar diyorlar ki Mersin’de sığınma evi var, biz kadın başvurursa Mersin’e sığınma evine götürebiliriz. Tabii ki kadın susuyor. Yani o kaotik süreç her durum için aynı.

Tabii öncesinde bu sistemlerin afet anında nasıl çalışacağı belirlenmesi gerekiyor. Son ziyaretimde hizmet birimine enstest ve çocuk istismarıyla ilgili annelerden ve çevreden gelen bildirimleri öğrendim. Onlar bir sistem oluşturmaya çalışıyor ama hala sistem yok. Hala özellikle Hatay’ı söyleyeyim. Diğer yerler biraz daha şanslı olabilir. Hala sistem yok. Belki Hatay’dan gelen arkadaşımız varsa katkı verebilir.

Dr. Rümeyza Taşdelen

Birkaç ay oldu hastanenin hemen yakındaki konteynerler dolu olduğu için onlara başka bir şey yapmışlar. Çünkü çocuğu burada okuyordu, devam ediyor. Kendi tek başına gitti ama. Yani hala mesela bir sağlık çalışanı bile şey güvenlikle kalabilecek. Çünkü korkmuş ışık yoktu diyor. Etrafında hiçbir şey yoktu. Hani alelacele daha işte arabasını falan da götürüp dedi daha uzaktan bir yerden şey yapayım. Çünkü hiç güvenilir değildi. Yani şu an bir doktorun bile kalacağı ortam sanırım o şekilde.

Dr. Muhsin Öznaneci

Adıyaman’ı söyleyebilirim. Hani ben. Hala Adıyaman’da merkez mahalleye yakın bölgelerde aile hekimliğinin yetişemediği konteyner kent bölgeleri var, Sağlık Bakanlığı’nın yetişemediği. Yerli doktorları, Sınır Tanımayan Doktorlar gibi ben de MFF’in ve YER’in ortak bir kurduğu aile hekimliğine rotasyon olarak gittim. 15 Ocak-23 Ocak arası. Ve hiçbir biçimde bir sistem yok, herhangi bir elektronik araca ulaşmanız mümkün değil. Ben kendi laptopumla gidip orada bir hastane anamnezi muayene sistemi oluşturdum. Benden sonra gelen hekim arkadaş a aynı sistemi devrettim. Aynı biçimde devir devam ediyormuş. Şu an benim ilk yarattığım sistem ve herkes gidiyor. Yarattığım sistem de çok ilkel bir sistem bu arada. Sadece basit Word dosyaları açtım. Onların hepsini oluşturabilecek bir de veri tabanı Access’ten ürettim. Ki o da yani çok çok basit bir sistem. Sadece TC kimlik numaralarından hastaları buluyorum ya da kod veriyoruz. Bende gözlemleri şöyle söyleyeyim, şu an elimde sadece 3 haftalık veri var, 21 günlük. Ondan sonrasını hekim arkadaş yarın gönderecek bana. Son gelen hekim arkadaş 3 haftada bir biz verileri güncelleyelim diye karar aldık.

Oraya giden bizim yerimize olur da bakanlıkta biri atanır aile hekimi olursa diye. 182 kadın hastanın, 182 evli kadın hastanın 63’ü eşinden şiddet görüyor ve bu şiddet görenlerin 54’ü de aldatmayla sonuçlanmış durumda. 182 evli kadının 3’te 1’inin bir yıl içinde aldatıldığını, eşinin dışarı gittiğinde o tip bir şey yaşadığını düşünün ve ciddi manada büyük bir ertesi gün hapi sonrasında sorulma hikayesi çok fazla mevcut. Benim elimde de, ben de olabildiğince kendimi o bir hafta içinde materyali sağladığım fakültede eğitim alanlardan biriydim bu konuda. Ve yaşlı istismarı, hani şansa Filiz ablam benim fakültede hocamdı. Yani yaşlılığı da ciddi manada bir yaşlı istismarı hikayesi var. Vücutları morluklarla gelen kaç yaşlı hasta hakkında adli rapor tuttum. 182 hastayı

7 gün içinde gördüysem 54 tane adli hastam vardı.

Tabii 54 tane adlim var. Benden sonra gelen hekim arkadaş Marmara'dan yeni mezun bir arkadaşımız da Emre. O da 14 adli rapor eklediğini söyledi, 92 hasta içinde. O tip bir devamlılık var, ciddi bir özellikle erkek çocuğa karşı istismar var, fiziksel istismar, iş için kullanılma istismarından bahsediyoruz. Şansa benim bulunduğum bölge, biraz daha hep sonradan gelen öğretmenler için falan kurulmuş, Koç'un kurduğu bir konteyner kenti, Umut kenti. O yüzden ciddi manada bir jandarma ve güvenliğe sahiptik. Yani bendekei tecrübeler bu biçimde hatta belki sonraki sempozyumda istenirse ilk bireyi onaylar tekim arkadaşlar bir tek merkez tecrübesi diye sunabilirim. Adıyaman Altınşehir tecrübesi diye.

Prof. Dr. Serkan Yılmaz

Çocuklarla ilgili çok kabaca ilk hafta bilgileri orada çünkü sahipsiz anne babası olmayan birkaç tane çocuk hastamız olmuştu. Onları Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yetkilileri gelmişlerdi, onlara teslim etmiştik. O dönemde bakanlığın ilk açıklaması yaklaşık 1600 kadar anne babasını kaybetmiş çocuğu işte güvenli şekilde tutuyoruz gibi bir açıklama daha sonra da farklı başka bir açıklama yaptılar şu anda, tarikat yurtlarında şurada burada herhangi bir çocuk yoktur gibi bir açıklama. Yarın öbür gün 500 tane var deseler, doğru mu olacak bilmiyoruz şu anda öyle bir güvensiz veri akışı var. Hiç kimsenin gerçekten elinde bir veri yok.

Ben bu unutulmuş gruplar içerisinde bir başka hatırlatma yapmak istiyorum. Kronik hastalıklar. Yani yaşlılar çok büyük bir gruplar. Evet, ama işte orta yaş ve gençlerde var. Ve kronik hastalıklar unutulmuş bir şey. Türkiye Acil Müdahale Planında halk sağlığı hizmetleri psikososyal destek hizmetleri işte aciller gibi yapılsa bile kronik hastalık hizmetleri ile ilgili çok net bir planlama yok. Şimdi burada anlattığımız bir sürü handikaplı durum var. Bu hastalar gerçekten kırılmalı. Fakat bunlara nasıl bir hizmet verileceği ile ilgili bir planlama da yok. Mesela bilgiye erişimle ilgili önemli bir problem var. Evler yıkılıyor, kendi ellerindeki veriler kayboluyor. Bu verilerin bir şekilde korunabilmesi için hasta eğitimleri gerekiyor. Endokrin metabolizmanın çok net biliriz hani diyabet eğitimleri vardır. Aslında onun gibi. Yaşlı insanların o hasta bilgilerini nasıl koruyacaklarının bir bilgisine sahip olmaları gerekiyor. Bilgiye erişim sıkıntılı çünkü hastane bilgi işlem sistemleri çalışmıyor. Bir alternatifini üretmek lazımdır. Sağlık hizmetine erişim sıkıntılı. Çünkü poliklinikler hemen açılmıyor. Kabaca şöyle hesaplayalım. AFAD'ın verileri Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'ne ilk gün 7000 hasta geleceği öngörülüyor. Kocaeli içerisinde 150 bine yakın bir deprem hastası olacak planlaması var. Bütün servisleri boşaltıp depremle ilgili yaralıları kullanıracaksınız. Diğer kronik hastalıklar ne olacak? Biraz önce hocam söyledi işte hani ikinci üçüncü günden sonra anca küçük bir dalgalanma oluyor. Arama kurtarma faaliyetleri arttığı zaman depremede bir geliyor ama üç dördüncü günden sonra tekrar eski hastalar geliyor.

Ben bir gece nöbetçi nöbeti tutuyordum. Hastaneden taburcu edilmiş perikardiyosentez yapılmış, perikardiyosentez kateteri elinde bulunan bir hasta geldi, "Beni çıkarmışlardı ama ben kendimi çok kötü hissediyorum" dedi. Var mı kardiyolog? Yok. Servis açık mı? Yok. Bunların bir an önce temin edilmesi gerekiyor. Nerede temin edeceğiz? Bütün servislerde zaten yaralılar yatıyor. Yani bizim sağlığa erişimlerini sağlamamız

gerekiyor. Ya evde bakımı kuvvetlendirmemiz gerekiyor, ya telemedisini kuvvetlendir-memiz gerekiyor, bir şekilde sağlığa erişim şartlarını da geliştirmemiz gerekiyor.

İlaçlar da ayrı bir konu. Onlar zaten eczacılarla hani üç dördüncü günden sonra fazlalığı oluyor ama üç dört gün ulaşamıyorlar evlerinde yıkılan ilaçlara vesaire. Bu temel birkaç tane sorunla ilgili kronik hastalarla ilgili bir çözüm üretmek, deprem öncesi çözüm üretmek gerekiyor.

Dr. Nihat Özaydın

Bu Türkiye nüfus şey Türkiye İstatistik Enstitüsü'nün yaşlılarla ilgili yayınladığı genelgelerdi. Şu anda 75 yaş üstü nüfus 2019'un altına düşmüş vaziyettedir. Yani 2020'den sonra azalıyordu. Evet, artışa geçti ama hala 2018'in altında dolayısıyla bence ölüyor-lar yani ne oluyor deyince bence cevap onlar geçiş yapıyorlar. Şimdi doktor beyin sunumu çok ilginç geldi bana. Bu psikiyatri konusunu anlatan hocamıza soracaktım. Öğrenciliğimden hatırlıyorum bu yani kişi normal ama çok büyük bir travma yaşadığı zaman şizofreni ortaya çıkıyor dediler. Yani psikotik tablo ortaya çıkıyor ve psikopat oluyor dediler yani şizofreni gibi. Ve şizofrenin oranı da binde bir diye hatırlıyorum öğrenciliğimden. Dolayısıyla mesela bu deprem olduğu zaman bayağı bir psikotik hasta ortaya çıkıyor. Dolayısıyla psikosalüsinasyon, agresite bu yüksek şiddet oranını belki öyle açıklayabilir miyiz? Bir de bu hastalar bize zarar verirler mi deprem ortamında? O konuda sizin fikriniz nedir? Onu soracaktım.

Dr. Rümeysa Taşdelen

Psikotik belirtiler ortaya çıkabilir. Akut travma cevabı içerisinde aslında o çok evresi içerisinde özellikle yer, zaman, oryantasyonun kaybı, travma belirtilerine, dissosiyatif belirti dediğimiz o çözülme belirtilerinin içerisinde bir takım psikotik belirtiler de görülebilir. Ama bunlar genelde geçici olup aslında süreçte yavaş yavaş toparlanıp normale dönüyor. Psikozla ilgili alevlenme riski artıyor böyle stres durumlarında ve tabii ki ilaç-lara ulaşamama gibi aslında uzun zamandır tedavi ile remisyonda aktif psikotik belirtisi olmaksızın işlevselliği iyi şekilde hayatına devam eden kişiler böyle dönemlerde gerek tedaviye gerek hekime ulaşamadıklarından aktif bir döneme girebilirler ve dolayısıyla kendilerine ve çevreye zarar verme saldırganlıkla ilgili risk bir miktar artabilir ama bu genel toplumdaki travma cevabı içerisinde birtakım öfkenin artışı, sinirliliğin artışı işte o travmanın normal ya da yas sürecinin normal cevabı içerisinde birtakım suçluluk, öfkeyle ilgili belirtilerle kıyaslandığında aslında şizofreniden ziyade toplumda genel olarak aslında ihtiyaçlarının karşılanmaması ile ya da sürecin anlamlandırılması ile ilgili belirgin şiddet davranışı da artıyor. Sadece onlara özel onlar yapıyor gibi değil, genel toplumda da bir adaletsizliğe karşı ya da güvenliğin sağlanamamış olması ile ilgili çıkan öfke, yani o sadece travmatik olaya değil, yaşanan kaosa da aslında cevaben çıkan öfke, yine saldırganlığı çok arttıran bir durum.

Uzun vadede çalışmalara bakıldığında, aslında Japonya'daki çalışmalarda genelde şeye bakılmış, şizofreni gelişiminde stresörler önemli. Bu ortamda şu anda şizofreniye sıklığını arttırıyor demek için yeterli veri yok elimizde. Ama uzun vadede yani işte ço-cukluk döneminde böyle travmatik bir olaya maruz kalmak ya da annenin gebeliğinde

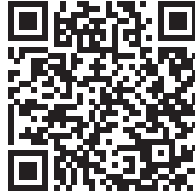
bile depresyon gibi çok kaotik bir travmaya maruz kalması bu çocukların ileride şizofreni ile ilgili riskini diğer ruhsal hastalıkların riskini arttırdığı gibi bir miktar arttırdığı gösterilmiş ama bu çok yüksek oranlardan bahsetmiyoruz. Yani toplumda yüzde bir görülen bir hastalığın aslında bir buçuk aralığına çıkması gibi çok küçük bir orandan bahsediliyor uzun vadede. Kısa vadedekine aslında direkt şizofreni demek değil, daha psikotik belirtilerin ve belki toplumda ortaya çıkan o ruhsal travmaya, ruhsal cevabını artış gibi değerlendirmek lazım.

Dr. Aytül Gürbüz Tükel

Evet, teşekkürler bütün panelistlere ve katılımcılara. Panelimizi sonlandırıyoruz.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

PANEL

DEPREMDE OBSTETRİK SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Oturum Başkanı

Uzm. Dr. Ayşen Yavru
İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu

Depremde Gebe Takibi ve Normal Doğum Koşulları

Doç. Dr. Oya Soylu Karapınar
*Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
HMKU Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.*

Deprem ve Afet Koşullarında Yenidoğan Takibi ve Tedavisi

Prof. Dr. Nejat Narlı
Çukurova Ünv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. AD Başkanı, Neonatoloji Bilim Dalı Öğr. Üyesi

Doğum Analjezisi ve Sezaryen Gereken Olgularda Anestezi Yönetimi

Prof. Dr. Mukadder Orhan Sungur
*Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği
İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.*

Uzm. Dr. Ayşen Yavru | Oturum Başkanı

Hem odamıza, hem de sempozyuma hoş geldiniz. Maalesef kanayan yarayı yine didikle-mek zorunda kaldığımız bir sempozyumdayız. Bir yılı geçti ama hala demin Türkan Hoca'nın da söylediği gibi henüz hiçbir çözüm gelmedi.

Bu oturumda bir yaşamın olmazsa olmazı doğumdan bahsedeceğiz. Deprem de olsa sel de olsa yangın da olsa o çocuklar doğacak. Özellikle bu sosyal sağlık politikalarının güzelliğinden sonraki doğum kontrolünün yapılamaması, kürtajın yasaklanması gibi nedenlerle de ve muhtemelen şu anda deprem alanındaki işte birtakım cinsel tacizler sonucu da istenmeyen gebelikler de olacak diye düşünüyorum ve bu çocuklar bir şekilde doğacaklar.

İlk konuşmacımız Mustafa Kemal Üniversitesi'nden Kadın Doğum Ana Bilim Dalından Oya Soylu Karapınar. Kendisine çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten zorlu bir yolculuktan sonra bize katıldı. Ricalarımı kırmadı. Kendisi de bir depremzede dolayısıyla Hataylı olmak suretiyle. Bize şimdi hem deneyimlerini hem de olası çözümlerden bahsedecek. Buyurun.

Depremde gebe takibi ve normal doğum koşulları

Doç. Dr. Oya Soylu Karapınar

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, HMKU Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

Evet, herkese merhabalar. Ben bugün sizlere depremde gebe takibi ve normal doğum koşulları nasıl olmalı, bunlardan bahsedeceğim. Ayşen Hanım'ın da dediği gibi Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi'nden katılıyorum.

Kendi yaşadıklarımın da alıntılar yaparak sunumu yapmaya çalışacağım. Bildiğimiz gibi Kahramanmaraş merkezli deprem 11 ili etkiledi ve dünyada ve ülkemizde görülen 100 yılın en büyük depremiydi. Deprem meydana geldiği bu coğrafyada 23 milyonluk bir nüfusu etkiledi. Bu da önemli halk sağlığı sorunlarına sebep oldu.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerinde de olduğu gibi kadınlar, çocuklar doğal ya da insan kaynaklı afetler karşısında erkeklere göre daha savunmasızdırlar. Güvenlik sorunlarından sağlık sorunlarına uzanan olumsuzluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Ve özellikle de kadının yaşam döneminde bir kriz dönemi olarak görülen gebeliğin depremin yıkıcı etkilerinden çok daha fazla düzeyde etkilendiği bilinmektedir. Afet sonrası veriler incelendiğinde de yine kadınların yüksek mortalite oranları, yüksek hastalık oranları ve daha fazla şiddet ve taciz mağduru oldukları bilinmektedir.

Bu büyük depremin ardından verilere bakıldığında üreme çağındaki olan 4,1 milyon kadının olduğu ve bunların 226 bininin gebe olduğu ve yaklaşık 25 bininin de bir ay içinde doğum yapmasının beklendiği Birleşmiş Milletler tarafından bildirilmiştir. Afet ortamına baktığımızda doğurganlık çağındaki her beş kadından birinin gebe olduğu biliniyor. Burada, böylesine büyük afet durumlarında yaşanan gözlem şu; özellikle arama kurtarma çalışmalarına odaklanılıyor ve ihmal edilen bir konu olan cinsel sağlık ve üreme sağlığı daha geri planda kalıyor ve kadın sağlığı sorunları ile karşı karşıya kalınıyor.

Yakın bir geçmişe kadar kadın sağlığı geri planda idi fakat Birleşmiş Milletler tarafından 1995'te kurulan Krizlerde Üreme Sağlığı Üzerine Kurumlar Arası Çalışma Grubu; bir toplulukta cinsel sağlık ve üreme sağlığı ihtiyaçlarını göz ardı ettiğimizde ciddi sonuçlara yol açabileceğini bildirmiştir. Bu sorunlar arasında anne ve yeni doğan morbidite ve mortalitesinin artması, erken doğum riski, fetal büyüme ve gelişme kısıtlılık, düşük doğum ağırlıklı yeni doğan, emzirme sorunları, yetersiz doğum öncesi bakım alma, takiplere ulaşamama, gidememe, sağlık tesislerine, spontan düşük riskleri,

istenmeyen gebeliklerin güvenli olmayan yollarla sonlandırılması, enfeksiyonlar, cinsel şiddet sonucu istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların oranında artış, HIV bulaşlarında artış, travma, depresyonun sekelleri dahil olmak üzere tüm birçok ruh sağlığı sorunları yer almaktadır.

UpToDate'den de taradığımda ve Türkiye'deki Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği'nin verilerine göre de gebelikte yaşanan komplikasyonlar yukarıdaki paragrafta bahsettiklerimden farklı değil. Sadece, farklı olarak kronik hipertansif ya da pregestasyonel diyabeti olan, kronik hastalığı olan gebelerin hastalık takibinin zorlaşması sebebiyle hastalık riskinin, hastalığın ağırlaşma riskinin arttığını görmekteyiz. Bizde yine klinikte pek çok fazla intrauterin fetal ölüm ile gelen kronik hipertansif ya da gestasyonel diyabet olup kontrolsüz bir şekilde kan şekerleri ve tansiyonu tavan yapan ve bebek ölümlerine giden vakalarla karşılaştık ve yine erken gebelik kontrollerine gelmeyip ektopik gebelik rüptür vakalarının da sayıları yine artmakta.

Bir diğer önemli konu, yine adrenal bezden stres durumunda kortizol ve epinefrinin fazla salgılanması, plasental damarlarda daralma ve ötesi kan akışında azalma yapmakta. Bu da preeklampsi riskini ve yine plasental perfüzyonun azalması sonucunda da fetal kalp hızında değişiklikler ve fetal ölüme kadar giden komplikasyonlarla karşı karşıya kalınmakta.

Gebelikte fiziksel travmaya değindiğimizde eğer gebelik durumunda depremi yaşıyorsanız ve üçüncü trimesterdeyseniz daha çok depremin yıkıcı etkilerine maruz kalınıyor ve gebe olmayan travma hastalarına oranla iki kat daha fazla ölüm oranlarının olduğu biliniyor.

Gebeyken depremi yaşıyorsak, cenin pozisyonunda yaşam üçgeni oluşturabilecek bir pozisyon alınması, karın bölgesinin büyük bir bölümünün korunması için ideal bir yöntem. Yine özellikle abdomen travması gebe ve fetus için tehlike arz ettiğinden abdomen bölgesinde morluk, kızarıklık, sertlik, şişlik açısından da dikkatli bir değerlendirmeye yapılmalı ve travmanın potansiyel etkileri olan annenin yaralanması, ölümü, şok, iç kanama, doğrudan fetal yaralanma, intrauterin fetal ölüm, uterus rüptürü ve ablasyo durumlarına karşı da dikkatli olunması gerekiyor.

Böylesine yaşanan büyük bir kriz ve afetten sonra tabii Hatay'da olduğu gibi sağlık altyapısının zarar görmesi durumunda gebelik komplikasyonlarının ve doğumda ölüm oranlarının arttığını biliyoruz. Hatay 'da özel hastaneler dahil tüm sağlık tesisleri yıkıldı yada zarar gördü, sadece üniversite hastanesi işler vaziyette idi ve Hatay'da yaşanan 2. depremden sonra üniversite hastanesi de boşaltıldı ve sahra hastaneleri kuruldu. Sahra hastanesinde çalışmak zorunda kaldık, 7 aylık bir deneyimimiz oldu.

İlk etapta deprem bölgesinde gebelerin tespiti ve ihtiyaçlarının belirlenmesi gerekiyor. Bir toplanma merkezine gidildiğinde oradaki görevlilere gebe olduğumuzun bildirilmesi ya da oradaki görevlerin gebe olan kadınları tespiti ve bu gebelerin bilgilerinin paylaşılması, toplanması gerekiyor. Bir diğer önemli konu tetanoz aşısı olmayan gebelerin deprem gibi durumlarda risk arttığı için tetanoz aşısı olduğundan emin olmalı ya da tetanoz aşısı yaptırmama durumu söz konusu olmalı. Üreme çağındaki kadınlarda yine gebelik ve doğum sonu izlem takiplerinin hemen oluşturulması gerekiyor. Acil obstetrik durumlara yönelik uygun ortamların oluşturulması ve hızlı sevk aşamalarının tamamlanması gerekiyor. Çünkü biliyoruz ki gebe bireyler sahra hastanelerinde

tedavi edilen mağdurların yüzde 20 kadarını oluşturmaktadır.

Doğum saha hastanesinin kurulması gerekiyor. Eğer sağlık tesisiniz yıkıldıysa ya da zarar gördüyse yeni bir doğum saha hastanesi kurmak gerekiyor.

Bu durumda ekip ve ekipman kurarken kadın doğum uzmanının liderlik etmesi gerekiyor. Deneyimlerimize göre yine obstetrik eczane ön belleğinde gereken minimum ilaçlar oksitosin, misoprostol, traneksamik asit ve magnezyum sülfat. Temiz su olmadığı için alkol bazlı bir temizleyici ya da benzeri bir temizleyici dahil edilmeli. Taşınabilir ultrason çok değerlidir. Hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır. Bundan dolayı asılabilir ya da dikilebilir tenteler oluşturulabilir. Ortam güvensizse bina ya da yapı, hasta ideal olarak mümkün olduğu en kısa sürede güvenli bir bölgeye nakledilmeli.

Afet ortamında hamilelik ve travma bakımı üzerindeki etkilerine baktığımızda; afetler akut kaynak kısıtlılığına neden oluyor ve bir çaresizlik yaşanıyor. Bundan dolayı da buradaki uzmanların prosedür sonrası bakımı güvenli bir şekilde kolaylaştırmak için kaynakların kullanılabilirliğini dikkate almalıdır. Buna örnek verecek olursak enfeksiyon ve kan kaybı riskinin arttığı ve komplikasyonları çözüme yeteneğinin sınırlı olduğu bir saha hastanesinde sezaryen doğum endikasyonlarımızı azaltmak, daraltmak gerekiyor ve geleneksel uygulamalardan da farklı bir yöneme geçmek gerekebilir. Bu nedenle de klinisyenler öncelikle acil olarak anne hayatı kurtarıcı müdahaleleri öncelik vermeli. Ardından fetal müdahalelere yönelik prosedürlere öncelik vermeleri gerekiyor. Klinisyenlerin yapması gereken bir afet ortamında annenin sağlığı ve refahı öncelikle husus olarak işlemleri yapmaları gerekiyor. Örneğin bunu örnek verecek olursak da makat gelişi olan bir hastanın sezaryen doğum yapma kararı yalnızca karın travması olan gebelerde ve bu işlemin anne resüsitasyonuna yardımcı olacağı sezaryen doğumlar lehine ertelenebilir.

Eylemde olmayan bir gebe hastayı deprem esnasında değerlendirirken ayrıntılı öykü aldıktan sonra gebenin yaşam bulgularının sık sık kontrol edilmesi gerekiyor. Gebe, ağrı, erken doğum ve doğum bulguları açısından kontrol edildikten sonra gebeye abdominal muayene de dahil olmak üzere fizik muayene yapılmalıdır. Yaşam bulguları ve fizik muayene bulguları hakkında olumlu düşünüyorsak, gebe fiziksel travma açısından, yine yukarıda anlattığım slaytlardaki gibi, değerlendirme yapılmalı gebeye.

Gebenin fiziksel sağlığının stabil olduğundan emin olduktan sonra da psikolojik değerlendirmesinin yapılması gerekiyor. Gebeye istirahatinin öneminin açıklanması ve sol yan pozisyonunda bunun için en uygun pozisyon olduğunun bildirilmesi gerekiyor. Ve nihayetinde de anne sağlığının iyi olduğuna kanaat getirdiysek fetal iyilik hali için gerekli testleri, fetal iyilik hali testlerini değerlendirmek, fetal kalp atımını değerlendirmek gerekiyor.

Doğum eyleminde bir gebeyle karşı karşıyaysak mümkünse doğum yapan kadınlar doğum için uygun bir sağlık kuruluşuna yönlendirilmeli. Bu temel acil doğum ve yeni doğan bakımı içeren bir merkez olabilir ya da kapsamlı acil doğum ve yeni doğan bakım birimlerine de gönderebiliriz. Temel acil doğum birimi biriminde 24 saat boyunca doğum görevlilerine ulaşım sağlanmalı. İntramüsküler ya da intravenöz antibiyotiklere, uterotoniklere, antikonvulziflere erişim sağlayan bir bölüm bu. Sağlanan nitelikli hizmetler arasında plasentanın elle çıkarılması, doğum ya da düşük sonrası plasentanın kalması durumunda rahim tahliyesi yapacak, yardımcı vakumla doğum ve temel yeni doğum

resüstasyonu yapacak nitelikte elemanların olması gerekiyor.

Eğer kapsamlı bir hastane göndereceksek de bu hastanelerde şu hizmetleri veriyor. Sevk hastaneleri olarak biliniyor ve yukarıdaki tüm destekleri içeriyor. Bunun dışında sezaryen ve histerektomi olanaklarının olduğu kan transfüzyonu yapılan yeni doğan ünitesi olan yerlerden bahsediyoruz.

Şimdi eylemde anne ile karşı karşıyaysak aşgari olarak şu adımları izlememiz gerekiyor. Mümkün olduğunca gizlilik koruma sağlanmalı. Gebe sıcak tutulmalı. Aile üyelerinin yanında kalmasına izin verilebilir. Oral hidrasyonu teşvik etmemiz gerekiyor. Gebe idrar çıkışını izliyoruz. Mümkünse hastadan her iki saatte bir ölçülü bir idrara ölçülü bir idrar kabına idrar çıkışını tespit etmek için idrar yapması söylenebilir. Fetal iniş ve ağrı kontrolü için gebenin hareket etmesine izin vermemiz gerekiyor.

Nabız, kan basıncı ve sıcaklığını en az 2 saatte bir izlemek gerekiyor. Fetal kalp hızı için Pinart Steteskop ya da Fetal dopplerle izlememiz gerekiyor. Fetal kalp hızı ölçümü sıklığı ile ilgili doğumun evresine göre karar veriyoruz. 6 cm açıklığa ulaştıktan sonra her 30 ila 60 dakikada bir kontrol edilebilir.

Doğumun ikinci aşamasında ise bu 5 dakikada bire çıkarılıyor bu izlem. Bu aşamada klinisyen 60 saniye dinlemeli fetal kalp atımını, ıkmadan önce, ıkmama sırasında ve sonrasında dinlemeli kalp atışlarını. Fetal kalp hızında bir anormallik görüyorsa klinisyen bu anormallığı doğrulamak için sonraki üç kasılmayı da izlemeye devam etmeli. Eğer bu anormallik kalıcıysa uygun adımları atmalı ve doğumu hızlandırması gerekiyor.

Servikal dilatasyonu tabii değerlendirmemiz gerekiyor. Servikal açıklık ölçümü için optimal sıklık nedir? Hasta konforu ve vajinal floradan kaynaklanan enfeksiyon riskini azaltmak için muayeneyi en aza indirmek gerektiğini biliyoruz. Şu zamanlarda özellikle değerlendiriyoruz. Aşağıdaki zamanlarda ilk girişte, ilk aşama yani doğumun ilk evresinde 2 ile 4 saatlik aralıklarla olabilir. Anestezi ya da analjezi uygulanacaksa ondan önce olabilir. Hasta ıkmama isteği geldiğinde yine tespit etmek gerekebilir. İkinci aşamada 1 ile 2 saatli aralıklarla fetal kalp atımında bir anormallik ortaya çıkarsa burada da yine açıklığı değerlendirmek gerekiyor.

Gebelerde IV yol kullanmak gerekebilir. Yani hangi durumlarda, IV yola ihtiyacımız var, IV yol açalım, damar yolu açalım? Uterus atonisi ve doğum sonu kanama riskinin arttığı durumlarda IV yolu kullanmamız gerekiyor. Kan nakli gerektirecek bir anemisi varsa hastanın, hipertansif kriz varsa, magnezyum sülfat ve anti hipertansif ilaç uygulamak için bu gerekli olabilir. Yüksek ateşte IV antibiyotik ihtiyacında, rahim yırtılması riskini artıran daha önceki sezaryen doğumu olan hastalarda IV yolu açmak, kullanmamız gerekebilir. IV yol mümkün olmadığı durumlarda da intraosseus infüzyon bir seçenek olabilir.

Doğum eyleminde gebe, evet ikinci aşamada tam açıklıkla başlayıp doğumla, yeni doğanın doğumuyla sona eren bir evredir. Burada ise mümkün olduğunca epizyotomi açmama yönünde bir yaklaşımımız olmalı. Anal sfinkter laserasyonu ve enfeksiyon riskini artırdığından dolayı rutin olarak epizyotomi uygulamamamız gerekiyor.

Üçüncü evre ise plasentanın doğumu evresidir. Burada da yine doğum sonrası kanama riskini azaltmak için doğumdan hemen sonra uterus masajı ve oksitosinin uygu-

lanması tavsiye ediliyor. Tipik olarak 5 ila 10 ünite intramüsküler yapılabilir veya yavaş IV infüzyon şeklinde de yapılabilir.

Her zaman normal doğum seçenekleri mümkün olmayabilir tabii. Diğer doğum seçeneklerini de akılda tutmamız gerekiyor. Tabii biz bunu yapamadık o şartlarda ama sevk ediyorduk hastaları sürekli. Operatif vajinal doğum gerekebilir. Simfiziyotomi (Pubis simfizinin cerrahi insizyonu) açmak gerekebilir. Artık tüm alternatif seçeneklerimiz tükendiğinde sezaryen doğumun mümkün olmadığı durumlarda bu işlemi yapmak gerekiyor. Sezaryenle doğum yapmak gerekebiliyor. Sezaryen mutlak indikasyonları arasında şiddetli ve kontrolsüz bir doğum öncesi kanama varsa, rotasyonla çözülmeyen malprezentasyon, mutlak bir fetopelvik uygunsuzluk varsa, rahim yırtılması ve 3 veya daha fazla önceki sezaryen doğumu varsa hastanın illaki sezaryenle doğum yaptırmak gerekiyor.

Bir de resüsitatif hysterotomi ya da perimortem sezaryen doğumdan bahsedeceğim. Afet durumlarında acil olarak gerekli olabiliyor. Resüsitatif hysterotomi veya perimortem sezaryen doğum, ağır travma, kalp durması, aktif uterin kanama nedeniyle ekstrem durumlarda gebe bireyler için nadir fakat potansiyel olarak hayat kurtarıcı bir müdahale. Anne resüsitasyonunun kritik bir bileşenidir bu durum. Yalnızca yalnız 24 haftadan büyük uterus boyutları için endikedir ve kalp durmasından sonraki 4 dakika içinde bu işlemi gerçekleştirmemiz gerekiyor.

Yine postpartum dönem ve emzirmenin döneminden bahsedip ben konuşmamı bitireceğim. Afet durumunda postpartum olan kadınlarımız da yine kıymetli ve büyük bir duygusal yükün altındalar ve lohusalık döneminde yine iyileşme ve uterusun involüsyon sürecini olumsuz etkileyebiliyor. Bu dönemde de anne için kanama ve enfeksiyon riski yine ölümcül olabilir. Bunun yanında, anne yetersiz beslenme yapıyorsa, bebek bakımında desteğe ihtiyacı varsa, emzirme bebek altı değiştirmede de sıkıntılar yaşıyorsa ve diğer çocuklarını da düşünüyorsa yine aşırı bir kaygı altına girip olumsuzluklarla karşı karşıya gelebiliyor. Emzirme yine çok önemli. Böylesine büyük afetler durumunda, deprem durumunda. Anne sütünün önemini lohusalarımıza anlatmamız gerekiyor ve buna teşvik etmemiz gerekiyor. Stresten dolayı anne sütü kesilebilir ya da azalabilir. Yine her koşulda emzirmeleri gerektiğini ve en güvenli besinin anne sütü olduğunu söylememiz gerekiyor.

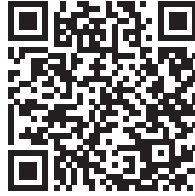
Sabrınız için teşekkür ediyorum.

Dr. Ayşen Yavru

Teşekkürler. İkinci konuşmacımız, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi yeni doğandan Prof. Dr. Nejat Narlı. Kendisi ihtisas ve şu andaki öğretim üyeliğini Çukurova'da yapıyor ve devam ediyor. Neonatoloji Derneği Yönetim Kurulu'ndan bize deprem ve afet koşullarında yenidoğan takibi ve tedavisinden söz edecek. Buyurun hocam.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

Deprem ve afet koşullarında yenidoğan takibi ve tedavisi

Prof. Dr. Nejat Narlı

*Çukurova Ünv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. AD Başkanı,
Neonatoloji Bilim Dalı Öğr. Üyesi*

Sayın Başkan, değerli meslektaşlarım. Öncelikle deprem bölgesinde çalışan bir öğretim üyesi olarak İstanbul Tabip Odası'na bu konuya hassasiyetle yaklaştığı için teşekkür etmek istiyorum. Nazik davetiniz için ayrıca teşekkür etmek istiyorum. Şimdi yeni doğan tabii çok önemlidir. Yani çocuk ölüm hızları içerisinde en fazla bölümü de yeni doğan kapsar. Bir ülkenin de gelişmişlik düzeyi şeyle bağlantılı değildir. Dünyanın en uzun köprüsünü yapmışsınız, en büyük havalimanını yapmışsınız. Bunlarla ölçülüyor. Gayri safi milli hasılayla da ölçülüyor. Çocuk ölümlerine bakılıyor. Çocuk ölümünüz ne kadar azsa o kadar gelişmişsiniz demektir. En fazla da yeni doğan döneminde hassas olduğu için yeni doğan sağlığına ayrıca önem vermek gerekiyor.

Bildiğiniz gibi maalesef 6 Şubat 2023'te sabah 4.17 ve 13.24'te 7,7 ve 7,6 şiddetinde depremler meydana geldi. Ve Almanya'nın boyutu kadar, 350 bin kilometrekarelik bir alanda geniş çaplı bir tahribata yol açtı bu depremler. Ve sonraki 3 ay içerisinde de 6,7'ye kadar, şiddetine kadar 33 binden fazla artçı deprem oldu. 85 milyonluk ülkemizde etkilenen nüfus 14 milyon. Bildirilen, tabii daha fazla olduğunu bildiğimiz toplam ölüm 50 bin 783. 3 milyon nüfus yer değiştirdi ve evini kaybedenlerin sayısı 3 milyon oldu.

Şimdi sevgili Oya bahsetti, gebelerden itibaren yeni doğanlar etkileniyor ve gebeler oldukça duyarlı. Tabii gebeler duyarlı olunca yeni doğan bebekler de duyarlı oluyor ve bunun sonucunda da özellikle erken doğum riski artıyor. Düşük doğum riski artıyor ve epigenetik değişiklikler de oluyor. İleri zamandaki konuşma bozukluğuna kadar bu çocukta sağlığı etkileniyor. Şimdi yeni doğan bebekler artmış risk altındadır. Zaten kendiler fizyolojik olarak immatürdür. Isıyı koruyamama potansiyelleri vardır. Oksijen besin ve fizyolojik destek ihtiyaçları oldukça fazladır ve kardiyolojik ve sonunum sistem sorunları vardır. Bütün bunlardan dolayı afetlerde yeni doğan bebekler daha da bir etkilenir.

Bunun için afetten sonra, depremden sonra Türk Neonatoloji Derneği, Çocuk Nefroloji Derneği ve Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği bir rehber yayınladı. Ve bu rehber de afet durumlarında yeni doğan yoğun bakım ünitesi planlamasını, enkazda kurtarılan yeni doğan bebeklere transportu ve bunların takip ve tedavilerindeki yaklaşımları, sıvı ve elektrolit yönetimi gibi, antibiyotik kullanımı gibi konularla ilgili bir

rehber hazırladı. Ben de sunumumda yer yer bu rehberden faydalandım.

Şimdi öncelikle bütün yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kuvözler arasındaki mesafelere uyulması gerekiyor. Pencerelerden uzak yerleşim sağlanması ve devrilme riski olan bütün cihazların sabitlenmesi gerekiyor. Ve ünite içerisinde özellikle deprem bölgesindeki bütün yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde her an deprem olacaktı gibi transport kuvöz zaten her zaman kullandığımız birçok nedenle kullandığımız transport kuvöz ilaveten taşıma önlükleri birazdan göstereceğim, portable cihazlar, yani yeni doğanın yoğun bakım ünitesi inaktif hale geldiği zaman bu hizmetin taşınarak sürdürülebileceği bir hazırlığın olması, ilaç ve transport çantası olması ve bütün bunlarla ilgili de bataryaların, yedek bataryaların olması gerekiyor.

Şimdi kalite standartlarına göre zaten her hastanede biliyorsunuz bir afet acil durum planı vardır. Bununla ilgili olarak da gene aynı şekilde yeni doğanla ilgili olarak da bunu kapsayacak şekilde tahliyelerin en kısa sürede yapılması ile ilgili bir önceden bir hareket planı ve tatbikatın yapılması ve en az 96 saat boyunca yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bebeklerin ve çalışanların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde bir organizasyon yapılması gerekiyor.

Tahliye sırasında, yenidoğan ünitesinin tahliyesi sırasında en önemli konu aslında bildiğiniz gibi kimlik tespiti. Buna dikkat etmek gerekiyor. Yeni doğan bebekler hipotermiye çok eğilimlidir. Cilt altında yağ dokusu daha gelişmemiştir. Bebekler daha da yani vücut ağırlığı azaldıkça, vücut yüzeyi daha fazla olduğu için göreceli olarak ısı kaybı daha fazladır. Ve hipotermi, bebeklerin yaşam şansını azaltan önemli bir konu. Bebeklerin üşümemesine dikkat edilmesi gerekiyor. Ventilasyon, sıvı elektrolü, o desteklerin yapılması gerekiyor. Eğer solunum desteği olacaksa da birden fazla personelin görev alması gerekiyor.

Bu taşıma önlükleri bu şekilde biz de bunlardan diktirmiştik hani orada gerekebilir diye ama dediğim gibi bu önceden hazır edilmesi gerekiyor. Hasta sayısına göre bu mevcudiyetin hazırlıklarda bunun da olması gerekiyor. Enkaz sırasında eğer bebek doğacak olursa bu durumda göbek kordonunun temiz bir şekilde kesilmesi önemli. Burada bebeğin kir, toz ve toprakta doğum sırasında hava yolunun açılması, kirli bölgelerinin temizlenmesi, yıkanmak yerine temizlenmesi, damar yolu açılması çok önemli ve daha sonra da hipotermiye girmeden hipotermiye girmeyecek önlemleri alacak şekilde bir yeni doğan yoğun bakım ünitesine sevgi sağlanması gerekiyor. Her zaman transport kuvözü olmaz. Ten tene temas ve örtü ile gönderilebilir. Ama tabi eğer transport kuvözü ile gönderilecekse transport kuvözünün önceden ısıtılmış olması gerekiyor. Ve kimlik doğrulamada bilekliklerin kullanılması, bebeğin adı soyadı annesinin, TC numarası anne babanın ve delil niteliği taşıyan başka bilgiler, işte ne bileyim bebekte bir özellik varsa eklenebilir. Bu özellikle bizde çok işimize yaradı bebekleri kabul ettiğimiz zaman. Bebeğin fotoğrafının çekilmesi ve immunoproflaksisinin, k-vitaminin de bu bebeği karşılayan merkezde yapılması, bununla ilgili de not düşülmesi gerekiyor.

Enkazdan bebek çıkarıldığı zaman peki yaklaşım nasıl? Tabii gene hava yolu açıklığı önemlidir. Ağız ve burundan toz kum yabancı isim varsa bunun temizlenmesi gerekiyor. Bir canlandırma gerekecekse uygun canlandırma işlemi gerekiyor ki bizim yeni doğandaki canlandırma en önemli şey maske balonu, yani ambu dediğimiz. Ventilasyon işleminin yapılması gerekiyorsa uygulanması, damar yolu açılması ve eğer şoktaysa

bebek ona göre daha kısa sürede esefle mayi replasmanının başlanması ve transport sırasında da mayi replasmanının devam etmesi gerekiyor.

Enkazdan çıkartılan bebekte de yine hipotermiye dikkat etmek lazım. Eğer hipotermiye girerse bebekte siyanoz olur, takipne olur, apne, aritmi, bradikardi olur, letarji olur. Bunun için tentene temas, battaniye, işte örtü, şapka, kimyasal ısıtıcı battaniye, pilli ısıtıcılarla ısıtma sağlanabilir. Gene transport küvöz varsa onunla gerçekleştirilir. Küvöz ısını da yavaş bir şekilde arttırılmak gerekiyor.

Saatte 1-1,5 derece üzerinde olması gerekir. Bebeğin ısının üzerinde arttırılır ama ısıtma da 15-30 dakika aralıklarla kontrol edilir. Eğer hızlı ısıtılsa çünkü hipotansiyon, bradikardi, aritmi, sonunum sıkıntısı ve metabolik asidos olur.

Acil servise geldiği zaman deprem bölgesinde nakledilen bebeklerde öncelikle triyaja öncelik verilmesi lazım ve hızlı bir değerlendirme yapmak lazım. Değerlendirmede gene kimlik bilgileri, tahmini kaç günlük olduğu, enkazda ne kadar süre kaldığı, enkaz içinde yaşadıkları, beslenme durumu ve transport sırasında uygulanan girişimler değerlendirilir. Bebeğin vücudu, vücut ağırlığı alınır. Çünkü bizim yaklaşımımızda, bütün tedavi yaklaşımımızda ağırlığa göre düzenleyeceğiz. Onun için kilosuna bakılır. Fizik muayenesi ayrıntılı bir şekilde yapılır. Kırıklar açısından bütün kranyum dahil bütün kemikler bakılır. Tanısal olarak da hem hemogram hem biyokimyasal işlemleri, biyokimyasal tetkikleri, pıhtılaşma, koagülasyon faktörleri dahil olmak üzere hepsi tetkikler alınır. Ve tüm vücut grafisi işte ultrason ve gerekirse tomografi ve MR planlanır. Bu genel durumu stabil olan olgulardaki tanısal girişimler acil serviste her zaman mümkün olmazsa yeni doğanlarda da gerçekleştirilebilir. Eğer bu depremdede bebeklerde de gerekli olduğunda çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi, ortopedi gibi branşlardan konsültasyon planlanır. Uygun koşullarda da acilden yeni doğan yoğun bakım ünitesine bebekler transfer edilir.

Uygun monitörizasyon, antibiyotik ve sıvı tedavisi başladıktan sonra tabi sosyal hizmetlerle birlikte çalışılır. Ailesine ve kimlik bilgisine ulaşamayan olgularda DNA analiz için EDTA'lı tüp örneğinde kan alınır. Biz Yalnız Çukurova Üniversitesi'nde bütün gelen bebeklerde anne babası belli olsa bile hepsinden DNA analizi yapmadan hiçbir bebeği anne babasına vermedik. Hepsinden örnekler alındı.

Şimdi depremde en çok yenidoğanın etkilendiği organların başında böbrek geliyor. Zaten yeni doğanda fizyolojik olarak glomerüler filtrasyon hızı düşük ve tübüler immatürite vardır. Ve bildiğiniz gibi bebekler ilk hafta içerisinde kendi kiloların %10'una yakını kaybederler. Ekstrasellüler sıvı atarlar, ödematöz doğar bebek. Hem bu özelliklerin olması hem yeni doğan deprem zamanında vücutta sıvı kaybına yol açan bu fizyolojik olaylarının yanında göçük altında kalması, beslenememesi bütün bunlardan dehidratasyona girme ihtimali vardır.

Ne oluyor? Bir tanımlama hatırlayacak olursak ezilme yaralanması demek, kasların herhangi bir nedenle doğrudan fiziksel olarak ezilme kaynaklı yaralanması. Rabdomiyoliz ise toksik hücre içi materyalin kan dolaşımına yani laktik asit, tromboplastin, kreatin, kinaz, nükleik asitler, fosfat gibi materyallerin kan dolaşımına salgılanmasıyla oluşan patolojik bir durum. Ezilme sendromu da bu doğal afetler sonrasındaki travmatik rabdomiyoliz olarak adlandırılıyor. İskelet kası hücre bütünlüğü bozulur ve içeriği dolaşıma salgılanıyor. Zedelenmede bu rabdomiyolizin yarattığı miyogloblin üreyor

ve üçüncü bölgeye olan sıvı kaybının yol açtığı hipovolemik şoka bağlı akut böbrek hasarı oluşuyor. Bunun dışında metabolik anomalilerle kardiyak etkilenim, mentiküler fibrilasyon, DIC ve diğer kompartman sendromları gelişebiliyor. Bu akut böbrek hasarı oluyor ve bunlar da tipik olarak kreatinin fosfokinaz düzeyleri yükseliyor. 1000'den büyük veya normal sınırında beş katından fazla olması, rabdomiyolizin doğrulanmasında kreatinin fosfokinaz takibi ve bu ilk değerinde 2-3 gün sonra zirve yaptığının ve ardından da 48 saatte bir yarıya düştüğünü tanıda önemli.

En büyük problem hiperpotasemi. Aynı zamanda yüksek ürik asit düzeyleri de böbrek tübüllerini tıkayabilir ve oligo/anürik akut böbrek hasarına yol açabilir. Yeni doğanlar kendi vücut kitlelerinin az olması ve depresyon durumunda da yaşam üçgenini bulma ihtimalleri daha fazla. Bu kısmen akut böbrek hasarını korur. Ama akut böbrek hasarı ne kadar geç kalınmışsa, tabii ki olma ihtimali daha fazladır. Bu bebeklerin takibinde potasyum dışında, ürik asit, üre, kreatinin ve kreatinin fosfat düzeyi ile bebeklerin takibinin yapılması gerekiyor.

Ne yapıyoruz bu depresyonda bebeklere? Bunların yakından izlenmesi, hidrasyon durumuna göre IV sıvının planlanması, şok tablosunun düzeyine göre SF infüzyonunun başlanması, tahmini vücut ağırlığına göre 10-20 mililitre kilogram zaten SF verilir. Ama idrar çıkımı yoksa sıvı kısıtlamasına gidilir ve hipoglisemi yakın takip edilir bu durumda. Özellikle potasyumun konulmamasına dikkat edilmesi gerekiyor. Takipte de gerekirse laboratuvar sonuçlarına göre potasyum düşükse konulur. Hiperpotasemi varsa da acil tedavisi planlanır. Asidoz varsa bunun tedavisi yapılır ve yaklaşımda da bazı antibiyotikler, vankomisin gibi bazı antipiretikler, non-steroid antienflamatuvar gibi ilaçlardan, nefrotoksik ilaçlardan kaçınmak gerekiyor. Tekrarlayan furosemid kullanımından da kaçınmak gerekiyor. Hipernatremik dehidratasyon da bu bebeklerde gelişebiliyor. Böbrek replasman tedavisi, diyaliz tedavisi de eğer ileri evre akut böbrek hasarı varsa, hipervolemi varsa, düzeltilemeyen asidoz, hiperkalemi veya hiponatremi varsa diyaliz gerekebiliyor.

Antibiyotik için de tabi cilt bütünlüğü bozulduğu için ve kirli dış ortam olduğu için cilt ve yumuşak doku enfeksiyonları gelişebildiğinden genellikle de S. aureus ve S. pyogenes ön planda olduğundan Ampicilin veya Fenicilin ve Gentamicin kombinasyonu verilir. Eğer menenjit düşünüyorsa bu antibiyotikler menenjit dozunda çıkılır ve sefotaksim eklenir. Emzirme gene benden önceki konuşmacı Dr. Oya'nın da bahsettiği gibi tabii ki çok önemli. Yeni doğanın korunmasında, beslenmesinde altın standart. Emzirmenin dehidratasyonu önleme yanında ishali, solunum yolu hastalıklarını da azalttığı gösterilmiştir. Emzirme aynı zamanda annenin de hayata tutunmasını, sütün tekrar salgılanmasını ve çocuğun gereksinimlerinin karşılanmasını da sağlar. O nedenle annelerin emzirmeyi teşvik edilmesi ve bu amaçla da uygun alanların hazırlanması gerekiyor.

Bu olamadığı durumlarda mecburen tabii ki formulaların ama temiz su kaynak, temiz su ve kap kullanılarak bebek beslenmesinde gerektiğinde kullanılması gerekiyor. Bunun da yalnız anne sütü yerine kullanılan birleşenlerin miktar ve dağıtımının da sıkı bir şekilde kontrol edilmesi gerekiyor.

KontROLSÜZ mama dağıtımını tabi bu da çok büyük bir problem. Bununla ilgili güzel bir çalışma Endonezya'dan Mayıs 2006'da Endonezya'da olan bir depresimde 0-5 ay arası

bebeklerde mama tüketimi %32 iken bağışlardan sonra mama alışkanlığının artmasıyla bu oran 2 katına neredeyse hatta 2 katından fazla %75'e çıkmış oluyor.

Bununla ilgili olarak Amerikan Pediatri Akademisi'nin afetlerde emzirme ile ilgili algoritmasında da gene tabii öncelikle anne sütü ve anne sütünün desteklenmesi, eğer laktasyon varsa anne emziriyorsa, eğer azalmışsa gene bunun desteklenmesi, anne yok ise o zaman bir donör bulunabiliyorsa, o da bulunamıyorsa o zaman bir standart formülasyona geçilmesi gibi bir algoritması var. Tabip Odası'nın da aynı şekilde Türk Tabipler Birliği'nin de bununla ilgili olarak bilgi notları oldu, broşürleri oldu. Aynı şekilde Sosyal Pediatri Derneğinin de başka derneklerinde emzirmek çok önemli ve bununla ilgili olarak da en büyük tehlike dediğim gibi mama kodunun ihlali. Bu bizim Mustafa Kemal Üniversitesi'nde bizim de destek olmak için gittiğimiz o alandaki bağış olarak gelen mamalar bunların kontrolsüz olması tabii ki büyük bir problem. Bunun yerine annelere emzirme için uygun alanların güvenli anne bebek alanlarının yaratılması ve emzirmenin sürdürülmeye teşvik edilmesi gerekiyor.

Şimdi bizim Çukurova Üniversitesi Fakültesinde durum nasıl oldu? Balcalı Hastanesi. Bizim hastanemiz aslında bölgenin büyük bir hastanesi. 1200 yataklı ve bunun 250 yatağı pediatri. 40 tane yeni doğan kuvöz, 4. düzey, ileri düzey yenidoğan kuvözümüzün olduğu bir hastane. 6 Şubat'ta deprem yaşadıktan sonra tabii bir yandan kendimiz de etkilendik. Akrabalarımızdan kayıplarımız oldu. Ama büyük bir sağlık hizmeti sunmak durumunda olmanın sorumluluğuyla orada biz hızlı bir aksiyon aldık. Ve depremzede çocuklara yer açabilmek için stabil olan bütün çocukları aynı şekilde yeni doğan yoğun bakım ünitesinde de stabil olanları tahliye ettik. Ve bir gün sonra özellikle çok büyük yoğunlukta depremzedeler gelmeye başladı. Toplam 1192 başvuru oldu. Bunların 313'ü çocuktu. Yani neredeyse üçte biri. İlk üç gün gelenlerin toplamı. Yüzde 31'inde, 97'sinde crush sendromu idi ve bunların da yüzde 23'üne yani 22'sine renal replasman tedavisi uygulandı. Maalesef 24 çocuğa amputasyon yapıldı, 34 ekstermite ampute edildi ve 4 çocuğumuzu %1.3 başvuranların hastanede kaybettik, eksik oldu. Bu bizim Balcalı Hastanesi'nin 7 Şubat'ta bölgeden gelen özellikle Hatay, başta olmak üzere Adıyaman o bölgeden gelen depremzedeleri kaybettik.

Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde tabii çok öğrencisinden, hemşiresinden, yeni doğanda çalışmayan birçok kişi, yenidoğanı bilen, destek olmak isteyen bir kısmı bilmeyen, gelerek bize destek olmaya için büyük bir şey oldu. Sağlık çalışanları geldi, destek olmaya geldi. Gördüğünüz gibi gelen çocukların çoğunda isim yoktu. Bir kısmında sadece gönderilen hastane yazıyordu. Biz tabii burada kimlik doğrulamak için çok zorlandık ve bununla ilgili olarak da bir Whatsapp grubu da oluşturduk. Burada işte bir yeni doğan ünitesindeki telaşı görmemiz için şöyle bir...

Oluşturduğumuz WhatsApp grubu Türk Neonatoloji Derneği bünyesinde bölgedeki bütün yeni doğancıları, oradaki bütün çalışan doktorları içerecek şekilde özellikle bu bebeklerin nereye ait olduğunun anlaşılması işte. Bununla ilgili olarak da Hastaneleri tamamen kullanılamaz olan üç şehirden stabil yeni doğanlar ve yüksek riskli gebeler transport edildi. Dediğim gibi bunlar kabul edildi. Bizim hastanemizi biz ikmal hastanesi gibi değerlendirdik. Çünkü gelen hepsini alıp tıkanacaktık. Bir yandan işte Ankara, İstanbul, İzmir 112 ile çok yoğun bir şekilde çalışarak helikopterle bir kısmı nakil ambulans, nakil uçaklarla onlara kuvözler konularak nakil uçaklarla bebekler yo-

gün bir şekilde sürekli yer açtık. Ama ilk gün göreceksiniz yani acilin hani camlarını kırarak şekilde böyle bir yoğunluk vardı. Çukurova'ya gelen hastalarda şehir hastanesi Adana Şehir Hastanesi ve çok yakında olan Çukurova Üniversitesi özellikle 7 Şubat'ta çok büyük bir yani bir sıkıntı yaşadık ve onları aşmak üzere pediatri için önceden yapmış olduğumuz hazırlıklarla belki de ve diğer şehirlerle olan koordinasyonlarla diğer hastanelerin çoğunun hastayı kabul etmesine düzeyine uygun bir şekilde bu bebekleri ikmal ettik.

İkinci günden sonra yeni doğan bebekler ve crush sendromu olan yeni doğanlar değişik şehirlere gönderildi. Dediğim gibi gönüllü pediatrist, neonatolog hemşeriler, deprem bu arada deprem bölgesine gidenler de oldu. Burada işte WhatsApp yazışmalarından gördüğünüz gibi bir destek amacıyla ve herkes durum bildirerek birbirimizden haberdar olduk. Mesela ebeveynlerin çoğu gelmedi. Bunlar ölmüş mü? Ne bileyim işte Suriyeli mi? Tabii sosyal hizmetlerle irtibat anda oldu. Ebeveynleri gelmeyenlerin DNA analizleri yapılarak kendilerine teslim edildi.

Bir yandan böyle biz uğraşırken 21 Şubat'ta bir karar geldi. Hastanemiz kullanılamaz halde boşaltın. Ve 22 Şubat'ta, bakın 21 Şubat'ta biz boşaltırken hatıra çektik. Belki dedik bir daha çalışacağımız alanlara dönmeyeceğiz. Ve maalesef bu hastaneyi boşalttık. Boşaltmak zorunda kaldık. Halen de bildiğiniz gibi istenilen durumda değiliz. Aradan bir yıl, bir yıldan fazla süre geçmesine rağmen.

Türk Neonatoloji Derneği olarak da bu konteynerlerden özellikle yeni doğana hizmet verenlere daha çok olmak üzere daha sonra da başkalarına bunlar aktarıldı. Üç tane konteyner gönderdik. Bu renal etkilenimi olan, yani bu çocuklarımızı, crush sendromlu olanları yayın haline getirdik ve literatüre katkı sunmasını beklediğimiz sonuçlar elde ettik. Bunlardan sonuç olarak kreatinin fosfokinaz yüksekliği ve ezilen vücut yüzey alanının yüzdesinin artmış fosfor seviyesinin diyaliz tedavisi için belirleyici olduğunu enkazda kalma süresinden daha fazla belirleyici olduğunu belirledik.

Hatay'a gittik. Oya'nın da söylediği gibi bu Amerikalıların yaptığı bir sahra hastanesi. Burada pediatri hastalarına bakmak için orada çalışan ve çok yorulmuş arkadaşlarımızı dinlendirmek üzere sırayla biz kendimiz her gün bir öğretim üyesi yanında da asistanlarla pediatriye bir süre polikliniğine destek vermeye çalıştık. Anne sütü önemli gerçekten o mama kodu ihlali nedeniyle bununla ilgili olarak da üniversitede bununla ilgili bilinci arttırmak üzere toplantı yaptık. Bir de biliyorsunuz gene bir özel sektörün de desteğiyle Çukurova Üniversitesi'nde ampute olan ve fizik rehabilitasyon desteği olan çocuklara daha çok hizmet etmek üzere bir çocuk iyilik merkezi yapıldı ve şu anda aktif olarak çalışıyor. Herkes destek oldu. Hem orada yaşayan bir insan hem de doktor olarak hepinize ve tüm gönüllülere biliyorum çoğunuz gönüllü olarak çalıştı. Bölgem adına teşekkür etmek istiyorum.

Dr. Ayşen Yavru

Biz de size hem kapsamlı sunumunuz hem sahadaki çalışmalarınız için teşekkür ediyoruz. Son konuşmacıyı tanıtmaktan mutluluk duyuyorum. Benim can arkadaşım, çalışma arkadaşım, İstanbul Tıp Fakültesi'nden Mukadder Orhan Sungur hem eğitim konusunda hem de kadın doğum anestezi konusunda fakültemizin olmazsa olmazı.

Doğum analjezisi ve sezaryen gereken olgularda anestezi yönetimi

Prof. Dr. Mukadder Orhan Sungur

*Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği,
İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.*

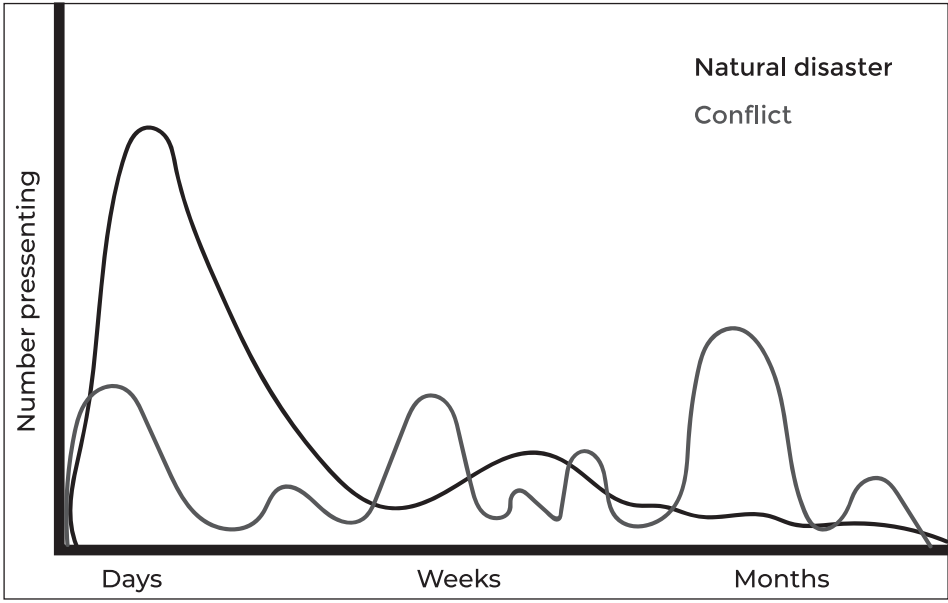
Teşekkür ederim bu nazik tanıtım için. Ben bugün sizlerle doğum analjezisi ve sezaryen gerektiren olgularda anestezi yönetiminden bahsedeceğim. Aslında benden önceki iki konuşmacı hem bunları bile bir yaşayan insanlar kendi deneyimlerini anlattılar hem de bu kadar aktif bir biçimde sahaya emek vermiş olan insanlar. Ne yazık ki benim deprem tecrübem sadece 99'daki asistanlık dönemime dayanıyor. Ama mümkün olduğu kadar size bu konuda neler yapılmış, nelere dikkat etmemiz gerekiyor, onların üzerinde durmaya çabalayacağım.

Felaketlerde obstetrik bakım:

Felaket sonrasındaki hastane başvuruları- bir çatışmadan farklı olarak- travmaya bağlı ortopedik, plastik cerrahi, genel cerrahi ve nöroşirurji girişimleri acil gerçekleştiği için, ilk baştaki hasarla beraber çok yüksek miktarda gözleniyor (Şekil 1) Arkasından haftalar içinde bir ikinci tepe görülebiliyor. Sonuçta felaket, obstetrik bakım gibi hala devam eden kronik süreçleri herhangi bir şekilde değiştirmiyor ve onların getirdiği bu ikinci tepe aslına bakarsanız bazen stres nedeniyle daha da tetikleniyor. Strese bağlı preterm travay ve doğum, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan, yeni doğanda artmış mortalite gibi sorunları artırabiliyor.

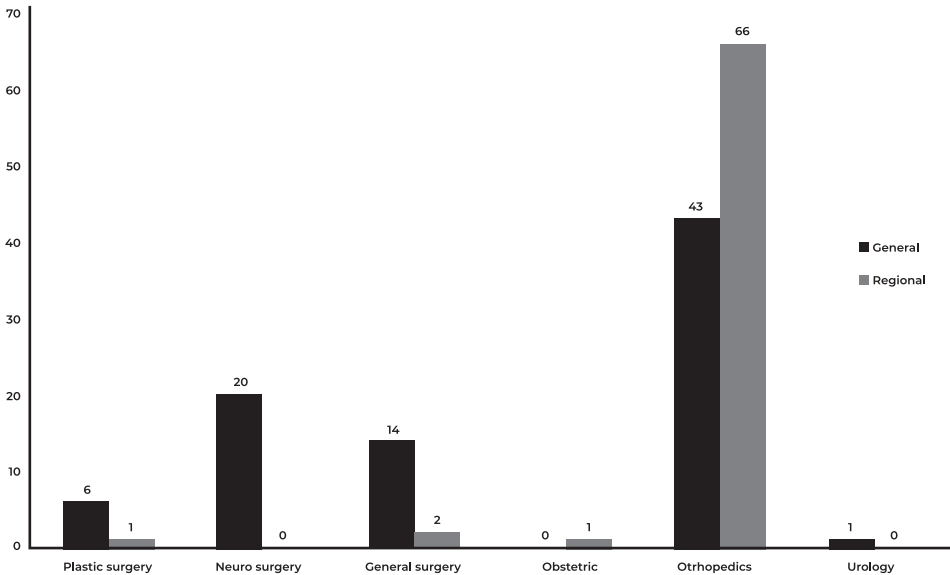
Şu ana kadar depremle ilişkili olarak bildirilmiş olan verilerde, obstetrik anesteziye ilişkin çok fazla bir veri bildirilmemektedir. Ancak depremlerin büyüklüğü ve etki ettikleri bölge ihtiyaç duyulan desteği değiştirmektedir.

Walleoje ve ark. 2018 Haziranında Endonezya'da meydana gelmiş olan bir depremde 153 cerrahilik bir seride sadece %1 oranında sezaryen yapmak durumunda kaldıklarını bildirmişlerdir (Walleoje, Disaster Management, 2022) (Şekil 2). 2010 Haiti depremine ait olan verilerde ise deprem meydana geldikten sonraki ilk 8 hafta içinde sezaryen oranı tüm cerrahiler içinde %7 olarak verilmektedir (Centurion, Curr Anesth Rep 2017). Haiti depreminde ülke, başkent ve ana hastanelerini kaybettiği için, yeniden sağlık hizmetlerini oluşturup, sahra



Şekil 1: Doğal afet ve çatışmalar sonrası hastane başvuruları

hastanelerini kuruyor. Buna kıyasla 2015 Nepal depreminde kırsal alan depremin ana noktası olduğu için sağlık çalışanları pek çok depremezdeyi yada gebe bakımına ihtiyaç duyan insanları transport etmeyi tercih etmişler. Benzer bir durum daha sonra Japonya'daki depremde de yaşanıyor. Bazen iki saatlik transportlarla gebeler başka hastanelere sevk ediliyorlar.



Şekil 2: 2018 Haziran- Endonezya, 153 cerrahi

Bizim ülkemizdeki duruma baktığımızda- ki bu konuda veriye ulaşabilmek çok zor- 2023'te editöre yazılmış bir makalede Türkiye ve Suriye'deki gebe popülasyona dikkat çekiliyor ve deprem nedeniyle 356 000 gebenin riskte olduğu belirtiliyor (Ahmed, Womens Health, 2023). 2023 TC Strateji ve Bütçe Başkanlığı Kahramanmaraş ve Hatay Deprem raporu ise 06-28.02.2023 tarihleri arasında toplamda 31 000 üzerinde gebe izlemi, 24 000 üzerinde lohusa izlemi, 13 000 üzerinde doğum gerçekleştirildiğini belgelemektedir.

Sınır Tanımayan Doktorlar (MSF) sivil örgütünün 2016 yılında yayınladığı, son 6 yıl içindeki anestezi verilerini değerlendirdiği makalede, anestezi altında gerçekleştirilen işlemlerin arasında obstetrik, jinekoloji ve üroloji cerrahisinin %45 oranında yer aldığı gösterilmiştir (Ariyo, Anesthesiology 2016). Bu oran ilginç bir biçimde, yara yeri cerrahisi veya özellikli cerrahi oranlarından daha yüksektir. Aynı şekilde bu tür operasyonlarda da spinal anestezi en sık kullanılan anestezi yöntemi olarak belirtilmiştir. Obstetrik anestezinin yüksek yükü, özellikle kaynakların kısıtlı olduğu ortamlarda kabul edilemeyecek kadar yüksek obstetrik morbidite ve mortalite göz önüne alındığında, özel bir ilgiyi hak etmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre, anne ölümlerinin %90'ından fazlası kaynak açısından fakir ülkelerde gerçekleşmekte ve bunun nedeni de acil obstetrik hizmetlere erişimin kolay olmamasından kaynaklanmaktadır. Deprem gibi felaketlerde travma ile zaten kısıtlı kapasitelerin kullanılması ile bu oranlar daha da artmaktadır.

Olası İstanbul depreminde ne yazık ki bizleri iyi bir tablo beklemiyor. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2022 verilerine göre İstanbul'da hastanelerde gerçekleşen doğum oranı %98,6, sezaryenlerin doğum içindeki oranı ise %63, primer sezaryen oranı %34,7 olarak verilmektedir. Sezaryen oranlarının artması, sonraki doğumlarda sezaryen oranının artmasına neden olmaktadır. Daha önce sezaryen geçirmiş gebeler vajinal yolla doğuracak olsalar bile uterin ruptür riski nedeniyle daha yakından izlenmelidir ve bu da artan hastane kaynak kullanımına yol açmaktadır.

Felaket için hazırlık:

Anestezi Hasta Güvenlik Derneği (Anesthesia Patient Safety Foundation, APSF), afet planlaması sırasında, obstetrik nüfusun en hassas, kırılgan nüfuslardan biri olduğunu vurgulayarak, multidisipliner bir yaklaşım önermektedir. Anestezistler afet sırasında hem travay için, hem de non-obstetrik cerrahi için analjezi ve anestezi, hava yolu sağlamak ve kritik gebeleri izlemeyi gerçekleştirip, transport etmekten sorumlu kişidir. Planlamalar için ilgili formların ve talimatların bulunduğu yazılı bir dosya, el lambaları, pil, el dopleri, kap götür çantalarının bulunduğu afet kutusu oluşturulabilir. Afet rolleri (ünite lideri, asistanı, anestezist, triyaj doktoru/hemşiresi, hemşire ve teknikerler), iş eylem planları

(ivedi(0–2 st); yarı acil (2–12 st); ve ilerleyen zaman(>12 st) yapılacaklar), obstetrik triyaj kuralları ve transport planlaması, anne ve bebek ile ilgili bilgi formu, transfer formu, çevre hastanelerde obstetrik servislerin durumu, taburculuk formu gibi formların oluşturulması önemlidir.

Hastanede yatan antepartum ve travaydaki hastalar için kaynaklara uygun obstetrik triyaj (Obstetric Triage by Resource Allocation for Inpatient (OB-TRAIN)) için önerilenler Tablo 1’de verilmiştir. Buna göre eğer hasta hiçbir şekilde travayda değil ve hareketliyse, epidural kateter takılmamış ve doğum analjezisi uygulanmamışsa, bu hastayı herhangi bir taşıtla başka bir yere doğru transport edebilirsiniz. Ama hastaya epidural kateter takıldıktan sonra ilk bir saat içinde lokal anestetik sistemik toksitesi, anafilaksi, hipotansiyon gibi bir sürü komplikasyonlar gelişebileceği için o bir saat içindeki zaman diliminde çok rahat bir transport meydana gelmeyecektir. Transport sırasındaki gözlem ihtiyacı da hastanın erken doğumda olmasına veya aktif doğuma geçmiş olup olmamasına göre değişecektir. Erken doğumda sadece temel yaşam desteği yeterli olurken, ilerlemiş aktif bir travayda ileri yaşam desteği gerekecektir. Keza eğer bebek çıkımı çok yakın ise, bu hastanın bulunduğu yerde doğum yapması önerilmektedir.

Transport	Araba ile (Taburcu)	Temel Yaşam Desteği (Acil Tıp Teknisyeni kadrolu ambulans)	Gelişmiş Yaşam Desteği (Paramedikal personelli ambulans)	Uzman (Doktor veya Nakil Hemşiresi eşliğinde olmalıdır)	Yerinde barınma
Travay durumu	Yok	Erken	Aktif	Yolda doğum ihtimali	Eğer doğum hemen gerçekleşecekse bulunduğu yerde güvenli barınak bul, doğum sonrası triyaj planla
Mobilite	Hareketli (çömeldiği yerden kalakabilir)	Hareketli veya hareketsiz	Hareketsiz	Hareketsiz	
Epidural analjezi varlığı	Yok	Kateter >1 st önce yerleştirilmiş	Kateter <1 st önce yerleştirilmiş		
Maternal risk	Düşük	Düşük/Orta	Düşük/Orta	Yüksek	

Tablo 1: APSF hastanede yatan antepartum ve travaydaki hastalar için kaynaklara uygun obstetrik triyaj (OBTRAIN) önerileri

Postpartum dönemde sezaryenle doğum yapılmışsa, hasta ancak düşük ya da orta derecede bir riske sahipse, temel yaşam desteği ya da ileri yaşam desteğiyle beraber bu hastayı gönderebilirsiniz. Ama örneğin preeklampsi nedeniyle hastanın hala magnezyum infüzyon ihtiyacı veya diabetik annede insülin infüzyonu ihtiyacı durumunda uzman doktor eşliğinde transport gerekecektir (Tablo 2).

Transport	Araba ile (Taburcu)	Temel Yaşam Desteği (Acil Tıp Teknisyeni kadrolu ambulans)	Gelişmiş Yaşam Desteği (Paramedik personelli ambulans)	Uzman (Doktor veya Nakil Hemşiresi eşliğinde olmalıdır)	Yerinde barınma
Doğum	Vajinal doğum >6 saat veya Sezaryen ile doğum >48 saat	Vajinal doğum <6 saat veya Sezaryen ile doğum <48 saat	Komplikasyonlu doğum	Tıbbi diğer komplikasyonlar	Hasta transportu güvenli değil
Mobilité	Hareketli (çömeldiği yerden kalakabilir)	Hareketli veya hareketsiz	Hareketsiz	Hareketsiz	
Postoperatif	Sezaryen dışı cerrahi >2saat	Sezaryen sonrası >2saat	Sezaryen sonrası <2saat	Tıbbi diğer komplikasyonlar	
Annenin destek ihtiyacı	yok	Düşük	Orta	Yüksek	
Yenidoğan durumu	İyi	Orta	Yoğunbakım ihtiyacı	Kötü	

Tablo 2: APSF hastanede yatan postpartum hasta ve yenidoğan için kaynaklara uygun obstetrik triyaj (OBTRAIN) önerileri

Transport yapan uzman hekimlerin yanlarında “kap götür” (grab and go) çantaları hazırlanması gerekmektedir. Bu çantaların içinde maske kese ventilasyonu için oksijen tankları, laringoskoplar, çeşitli büyüklüklerde bladelar, endotrakel tüpler, geri solumasız maskeler, oral hava yolları, laringel maske airwayler, bujiler, mobil aspiratör ve aspirasyon sondası, propofol ve suksinilkolin, bupivakain, spinal iğne, labetolol, oksitosin ve postpartum hemoraji kitleri bulunması, acil müdahale ilaçları olan epinefrin, atropin, efedrin, noradrenalin gibi ilaçların bulundurulması önerilmektedir. Anestezistlerin özellikle kritik obstetrik hastalara eşlik etmesi istenmektedir.

Bu hastalar:

- Fetal kötüleşme riski olan hastalar: Abruption plasenta, travmaya bağlı abdominal hasar, geç deselerasyonlar
- Postpartum kanama riski olan hastalar: Plasenta previa, plasenta akreata, eski sezaryen +, obezite, fetal makrozomi
- Enfeksiyon riski: Aktif HSV, HIV, antibiyotik yokken bilinen B grubu streptokok +
- Zor havayolu olan hastalar: Obezite, uzamış travay, servikal spinal enstrümantasyon, anatomik havayolu sorunları olan hastalar şeklinde sıralanabilir.

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG) anne bakımının seviye standartlarını şu şekilde belirlemiştir:

Doğum Merkezi- term, tek fetüsü olan ve baş prezentasyonu olan, hiç çok ciddi bir obstetrik müdahaleye ihtiyaç duymayacak olan gebelerin doğumları için kullanılır

Seviye I- Temel bakım (Obstetrisyen, anestezi teknisyeni)- Acil sezaryen gerçekleştirilebilir

Seviye II- Özelleşmiş bakım (MR, BT) – Sürekli anestezi uzmanı bulunmalıdır

Seviye III- Yandal hizmetlerinin olduğu bakım (YBÜ, obstetrik anestezi)

Seviye IV- Bölgesel Hastaneler (Kritik ve kompleks hastalar)

Buna göre Seviye I'den itibaren acil sezaryen gerçekleştirilebilmektedir.

Buna karşın Dünya Sağlık Örgütü farklı bir sınıflandırma kullanmakta ve sezaryenin 2. Seviye Sahra Hastanesinde gerçekleştirilebileceğini belirtmektedir. Bu seviyede cerrahi triyaj, ileri yaşam desteği, yara ve temel kırık idaresi, hasar kontrol cerrahisi, acil genel ve obstetrik cerrahi, travma olmayan aciller için yataklı bakım, basit anestezi servisi, X-ışını, kan transfüzyonu, laboratuvar, temiz ameliyathane ortamı (Her 20 yatağa bir ameliyathane) bulunmalı, 24 saat servis (7 major veya 15 minör operasyon/gün), multidisipliner bakım verilebilmeli, en azından hastaların stabilizasyonu sağlanıp yoğunbakım üniteli olan 3. seviye hastanelere transfer gerçekleştirilebilmelidir (Craven, BJA 2017).

Doğum analjezisi:

Doğum analjezisi için parenteral opioid uygulamaları, istenmeyen solunum depresyonu ile sonuçlanabilir. Yeterli ağrı kesici dozlar yakın izlem gerektirebilir ki kaynak kısıtlamasında bu gerçekçi olmayabilir. Rejyonel anestezi yani kateter veya iğne vasıtasıyla epidural, spinal veya her ikisine bir iki boşluğa lokal anestetik uygulamak ya da doğumun birinci evresinde paraservikal, ikinci evresinde ise pudental blokl veya perineal infiltrasyon yeterli analjeziyi sağlayacaktır. Ancak felaket zamanında, odak birey bakımından ziyade toplum bakımına kaymaktadır. Sınırlı kaynakla çok fazla sayıda hastaya bakmak durumdayız. En fazla potansiyel yararı ne sağlayacaksa ona geçmek durumdayız. Eğer hasta sayısı çok fazla, epidural ve spinal anestezi için donanım kısıtlıysa, doğum analjezisi gerçekleştirilemeyebilir. Ama kritik travay hastalarına, özellikle de daha önceki bir sezaryenden sonra tekrar normal doğum için denettirdiğimiz hastalara ve preeklampsi hastalarına öncelik verilmesi gerekmektedir. Epidural analjezi için izobarik bupivakain, acil sezaryen için doğum analjezisinden anesteziye geçişte %2 lidokain kullanılabilir. Lidokain uzun süre ve miktarda kullanımı ile taşifilaksi gelişebilir. Tıbbi sorunları olan gebelerde ve az miktarda teçhizat/ilâç

varlığında spinal kateter yerleştirilmesi düşünülebilir, ancak hipotansiyon, post-dural ponksiyon baş ağrısı gibi komplikasyonlara dikkat edilmesi gerekir. Ayrıca iyi etiketlenme olamaması halinde total spinal anestezi gözlenebilir. Doğum analjezisi acil servisler veya triyaj yerlerinde uygulanmak zorunda kalınabilir, bu durumda asepsi kurallarına dikkat edilmelidir. Hasta kontrollü analjezi pompaları (PCA) pil veya elektrik gücü sıkıntısı nedeniyle çalıştırılmayabilir, bu durumda aralıklı bolus ile (10-20 mL %0.0625-%0.125 bupivakain +fentanil 2 mikrogr/mL) insan gücü bağımlı olarak analjezi sağlanabilir. Nöraksiyel teknik dışında ilk evre için paraservikal blok- 4 ve 8 hizasında lateral fornikslere lokal anestetik enjeksiyonu ile sağlanabilir fakat fetal bradikardi riski bulunmaktadır. 2. evre için pudendal blok uygulanabilir, bu blokta ise enfeksiyon ve kanama komplikasyonları gerçekleşebilir. Son olarak müdahaleli çıkım analjezisi için tek atımlık spinal analjezi (1-2 mg bupivakain+ 20 mikrogr fentanil) kullanılabilir.

Tıbbi sorunu olmayan gebelerde doğum analjezisi için trombosit sayısına gerek yoktur. Ama travma varlığında koagülopati gelişmiş olabilir. O nedenle böyle hastalarda rejyonel girişimler öncesi koagülasyon için laboratuvar tetkikleri gerekli olacaktır. Nöraksiyel rejyonel tekniklerin diğer problemi postdural ponksiyon baş ağrısıdır. Bu annenin yenidoğan bakımını olumsuz etkileyecektir.

Sezaryen anestezi:

Sezaryen operasyonu için kesin endikasyonlar ağır, kontrolsüz antepartum kanama, rotasyonla kurtarılamayan malprezentasyon, gerçek fetopelvik disproporsiyon, uterin rüptür, ≥ 3 eski sezaryen olarak verilmektedir. Afetlerde ilk planda tüm elektif sezaryenlerin ertelenmesi gerçekleştirilir bunun nedeni hastaların operasyon sonrası gönderilmesinin daha zor olmasıdır. Üstelik eve giden anne, hem kendine, hem yenidoğana bakmak zorundadır. Kaynakların etkin kullanımı için ilk aşamada travma hastalarına öncelik tanınır. Ancak erteleme ile eski sezaryenli olan hastalarda uterin rüptür, iri fetus ile omuz distozisi gibi obstetrik acillerin ihtimali artabilir. Erteleme ile gebenin daha yakın izlemi gerekir (personel, mekan ve teçhizat). Bu nedenle rahat sevk yapılamadığı durumlarda sezaryen operasyonları için gerekli ortamın oluşturulması önemlidir.

Obstetrik anestezi için genel kural genel anesteziden kaçınılmasıdır, genel anestezi ile annede havayolu sorunları, kanama, olası farkındalık yaşanabilir. Tercih edilecek nöraksiyel anestezi için hiperbarik bupivakain, fentanil ve morfin çözeltisidir. Morfin postoperatif analjezi için uzun bir zaman sağlayabilir, doz olarak 50-100 mcg kullanılabilir, >100 mcg ile bulantı kusma ve pruritus sıklığında artış gözlenebilir. Deprem zamanında ilaç sıkıntıları yaşanabilir. 2018 yılında Amerikan Obstetrik Anestezi Derneği (SOAP) ilaç yoklukları nedeniyle, zorda kalınırsa spinal anestezi kullanılabilecek diğer ajanlara dair yayınladığı kılavuzda:

- Izobarik bupivakain 0.5% (12-15 mg)
- Tetrakain %1 (7 -9 mg) (süre>3 st)
- Lidokain (kısıtlı süre!, anestezi<1 st) 5% (50 - 75 mg) önerilmektedir.

Mepivakain (yenidoğanda uzun ömrü) veya prilokain (methemoglobinemi riski) ise tercih edilmez.

Sezaryen aciliyetine göre 4 kategoride incelenmektedir:

1. Acil: Anne veya fetusta yaşamı tehdit eden problem (kordon sarkması vb), endikasyon-operasyon süresi 30 dak
2. İvedi: Geç deselerasyon vb, endikasyon-doğum süresi 75 dak
3. Yarı-acil: Kompanse medikal problemlili gebe
4. Elektif vaka

Elektif sezaryen için spinal anestezi uygularken steril hazırlık, oturur pozisyon, %0.5 klorheksidin ile 2 defa temizlik sonrası antiseptik çözeltinin kurumasının beklenmesi, lidokain ile cilt infiltrasyonunu takiben subaraknoid boşluğa %0.5 bupivakain +opioid uygulanması gerçekleştirilir. Başarı için tekrarlayan denemeler için vakit vardır ve cerrahi öncesi T4 duysal blok seviye kontrolü gerçekleştirilir. Buna karşın acil durumda hızlı sıralı spinal anestezide zaman kazanmak için iv yol başkası tarafından açılır, sadece steril eldiven giyilerek, yatar pozisyonda, tek defa %0.5 klorheksidin ile silme ile antisepsi sağlanır. Cilt infiltrasyonu gerçekleştirmeksizin, %0,5 bupivakain ile spinal anestezi uygulanır, cerrahi öncesi T10 seviye kontrolü ile cerrahi başlatılır. Tekrarlayan denemeler yapılmaz, başarısız kalırsa genel anestezie geçilir.

Deprem durumunda sezaryen anestezisi için genel anesteziden kaçınmasının nedenlerinden en önemlisi oksijen ve inhalasyon ajamı gereksinimidir. Oksijen silindirleri ağırdır ve tekrar doldurmak mümkün olmayabilir. Bundan dolayı pek çok acil ekip, oksijen konsantratörleriyle çalışırlar. Ancak oksijen konsantratörleri elektrik kaynağı gerektirirler ve sadece 1 Bar O2 sağlar ki bu anestezi makinelerinin pek çoğu için vaporizatörlerini kullanmak için yeterli değildir. Dolayısıyla inhalasyon anestetikleri için özel devrelere, kullanımları için ayrı bir eğitim gereken draw over vaporizatörlere ihtiyaç vardır. Genel anestezie geçilmek gerektiğinde ketamin, analjezik etkiyle narkotik ihtiyacını azalttığı, laringeal refleksleri tam olarak baskılamadığı, daha iyi hemodinami sağladığı için tercih edilebilir. Propofol ile total intravenöz anestezi ise hem daha fazla ilaç gereksinimi olduğu, hem hemodinamik istenmeyen etkileri, hem de ilacın ısıdan etkilenmesi nedeniyle tercih edilmez. Üstelik propofol ile apne ve solunum depresyonu gerçekleşir ve bunların tanınması elektrik kesintisi halinde sorun teşkil edebilir. Son olarak batın duvarı blokları, bilateral transversus abdominal plan bloğu (TAP) veya kuadratus lumborum bloğu da analjezi için kullanılabilir. Her ne kadar batın duvarı blokları 20-30 mL %0.125

Bupivakain bilateral verilmesi ile postoperatif analjezi için kullanılsa da, nadir olgularda cerrahi anestezi de sağlayabilecekleri gösterilmiştir ancak bu olgularda veisserral ağrı komponentinin azaltılması önemlidir, cerrahın retraktör veya batin içine gaz koyması sorun teşkil edebilir. Ayrıca bu blokların uygulanması ultrasonografi kılavuzluğundadır.

Son olarak deprem döneminde hastaların en kısa zamanda hastaneden gönderebilecek şekilde anestezi ve analjezi sağlamak ana hedeftir. Bunun için antibiyotik uygulaması, hastaların iyi bir biçimde ısıtılması, nöroaksiyel blok uygulanması, nöroaksiyel opioidlerin kullanılması, multimodal analjezi ile mümkün olduğu kadar paranteral opioidlerden kaçınılması, erken beslenme, mobilizasyon, idrar sondasının erken çekilmesi önerilmektedir.

Dr. Ayşen Yavru | *Oturum Başkanı*

Tüm konuşmacılara teşekkür ediyorum. Soru veya katkı varsa salondan... böyle buyurun.

Soru-cevap

Prof. Dr. Türkan Günay

Depremın bir buçuk ayı geçmişti gittiğimde, doğumlar Mustafa Kemal Üniversitesi'nde yapılmıyordu ve Adana'ya gönderiliyordu, sonra Dörtöl'a. O dönemde tabii işin pratiği sizde ama hani İstanbul için bir hazırlık yapılacak, sabah İzmir için bir hazırlık yapacaksın, kafamda canlandırmak için sormak istiyorum. Yani normal doğumların yapılmama nedeni neydi acaba orada?

Doç. Dr. Oya Soylu Kayapınar

Şimdi ikinci deprem yaşandıktan sonra sahra hastanesi kuruldu. Biraz demoralize olduğu için insanlar...Yarı aylık, bir buçuk aylık sürede yapılmadı. Hali hazırda açıklığı tam olan multiparları alıyorduk aslında. Ama riskli olabilecek primiparlar, sezeryan ihtiyacımız olabilecek vakaları gönderiyorduk. Ben de sahadayken 2-3 tane doğum yaptırdığımı hatırlıyorum. Ama hastalar da öğrenmişti zaten ilçelere gidiyorlardı.

Prof. Dr. Türkan Günay

Yereldeki sağlık çalışanları için söylemiyorum hocam, yani siz zaten depremzedesiniz. Dışarıdan gelen ekipler de bunu yapmıyorlardı.

Doç. Dr. Oya Soylu Kayapınar

Hayır, yapmıyorlardı. Yani Hatay çok kötüydü.

Prof. Dr. Türkan Günay

Herhalde hazırlıklı değiliz böyle bir şeye.

Doç. Dr. Oya Soylu Kayapınar

Hazırlıklı değillerdi ve Hatay çok kötüydü. Yani ilk etapta bir özel hastane, kadın doğum hastanesi açıldı, yıkılmamıştı. Üniversite hastanesi açıldı. İkinci depremde insanlar çok korktular, hasar arttı. Biz de boşalttık 20 Şubat'ta hastaneyi. Kadın doğum hastanesi çalışıyordu. Orada da anestezi problemi vardı. Sezeryan almaları için mesela

anestezi uzmanı olması gerekiyordu. O özel hastanenin de o problemi vardı. Onlar da hani böyle nasıl diyeyim, güvenli doğum yaptırabileceklerini hissettikleri vakaları alıyorlardı bizim gibi. Ama biz de çok fazla hani risk altına girmemeye çalıştık. Zaten çok büyük bir travma yaşanmıştı. Hayatı sorguluyorduk o an. Yani çok kötü şeyler yaşandı. Çok büyük bir çaresizlik yaşadık. Sonra sonra almaya başladık. Acil ünitemiz açıldı yaza doğru, Mayıs ayı gibi.

Mayıs ayında acil servis içinde minik bir oda dizayn edildi. Orada sezeryan bile almaya başladık. İklimlendirme uygun değildi ama bazı hastaları alıyorduk. Yakınınız oluyor ya da gönderemeyeceğiniz kişiler oluyor. Bunları almaya başlamıştık. Zaten ağustos itibarıyla de hastaneye geçtik. Eylül itibarıyla de ameliyatlara başladık. Şu an çok yoğunuz. Bölgedeki tek çalışan hastane, ameliyat alan hastane diyeyim. Büyük bir yoğunluk var.

Dr. Ayşen Yavru

Türkan Hocam bu konuda bir şey daha söyleyeyim. Sezaryen konusunda değil ama ilk bir ay içinde bizim fakülteden asistanlar yönlendirildi destek amacıyla. Bir kısmı Mustafa Kemal'e gitmişti ve bir gün sabah başhekim ben çocukları geri alıyorum dedi. Çünkü gece yine çok sallanmış ve ben bunların hani şeyini göze alamayacağım riskini geri çağırıyorum dedi. Onun için hani bu koşullarda herhalde doğum ve özellikle de sezeryanı göze almak...

Prof. Dr. Nejat Narlı

Yani o dönemde yardıma gidenlerin şunu bilmesi lazım. Kendi yaşamlarını, kendi barınmalarını, kendi imkanlarını kendileri sağlayacak. Mesela biz Çukurova Üniversitesi'nden gittiğimiz zaman şöyle bir şey yaptık. Arabayla sabah gidiyorduk öğretim üyesi olarak iki asistanımızla. O asistanlara orada bir konteyner yer sağlanmıştı. Bazen biz kalıyorduk ve ertesi gün diğer ekip gittiğinde gelip alıyordu. Yani kendi şeyimizi, kendi imkanlarımızı kendimiz sağlamak zorundaydık.

Mesela şimdi ders vermeye ilgili destek olmak istiyoruz. Onu yaparsak da sabah gidip akşam geri geleceğiz şeklinde. Zaten koordinasyonsuzluk falan çok kötüydü. Yani mesela biz Mustafa Kemal Üniversitesi'nde işte arkadaşlarımız ilaç istiyor. İlaç göndereceğiz, gönderemiyorsunuz. İlaç bile bakın. Tabip Odası'nın çok desteği oldu. Ya da işte yolda çeviriyorlar. Başka bir şey göndermek istiyorsunuz. Ben birçok destek şeyini Adana Tabip Odası aracılığıyla gönderdim. Ulaşamıyordu çünkü yerine ulaşamıyordu. Yani engel olundu mu diyeyim, yani hani olmasa bazı anlayın artık kurumlar daha iyiydi yani. Yani mesela 500 yılda bir olan bir deprem Antakya.

Şimdi Belen Geçidi var. Bir tane geçit var. Onun alternatif yolu niye yapılamadı biliyor musunuz? Ve şimdi yol tıkanı falan. Oradaki esnaf etkilenmesin diye. Yani oradaki esnaf baskı yapıyor ve yeni bir yol yapmıyorlar. Yani orada o normal duble yolun devamı planlanan yol yapılmış olsaydı belki birçok insan daha kurtulacaktı. Oradaki sanmıyorum 10 tane 15 tane esnaf vardı. 10 tane esnafı mutsuz etmemek için belki binlerce insan öldü.

Çok basit şeyler var. Şimdi biz orada deprem bölgesindeyiz. Oradaki hastaneler şu

anda o olaydan sonra hepsi acaba planlama yapıyor mu? Bebekleri, kadınları, deprem-zedeleri nasıl alacak? Ne yapacak? Nasıl bir organizasyon yapılacaktır? Yapılıyor mu? Yok. Niçin sahra hastanesini Amerikalılar yaptı? Niçin yani onlar yaptı? Hem de uzun süre sonra. Hani biz 40 günde hastane yapıyorduk, pandemi döneminde. Niçin yapmadık biz onu orada? Niçin halen 4. düzey hizmet veren Çukurova Üniversitesi halen yok? Niçin?

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Merhabalar, sadece teşekkür etmek için sözü aldım. Toraks Derneği adına buradayım. Zeki Kılıçaslan'la İnsev Vakfımız da var. Biz bu bölgede İnsev'le çalışıyoruz. Hem Selahattin Menteş, Tabip Odası Başkanı, inanın hakikaten biz de bölgeye ulaşabilmek için o dönemdeki hala psikolojik destek otobüslerimiz orada çalışıyor. Adana Tabip Odası'nın desteğiyle ulaşabildik. Çünkü arkadaşlar darmadumandı Hatay'da açıkçası. Ben izlerken de gözlerim hakikaten doldu. Sizlere de hizmetleriniz için çok teşekkür ederiz. Burada durup hakikaten konuşmak çok kolay değildir. Ben yani iki kez gittim, biri en son 5 Şubat'ta. Valla değişen bir şey de yok yani. Hakikaten bir hastane var cerrahi yapan. Onun dışında sağlık hizmeti, insanlar sadece çabalyorlar. Hem de kolu kanatları kırıkken çabalyorlar. Bir daha vurgulamakta fayda var.

Çukurova Üniversitesi'nin, İstanbul'da Süreyyapaşa Hastanesi'nin deprem bahanesiyle de diyeceğim. Çünkü taşındıkları yerlerin depreme karşı dayanıklı olup olmadıkları da belli değil bu arada. Yani Süreyyapaşa'ya taşındıkları hastane depreme dayanıklı mı bilinmiyor. Çukurova'nın taşındığı hastaneler öyle değil mi hocam? Depreme dayanıklı mı böyle bir testleri var mı bilinmiyor. Anlık kararlarla yerinde çözüm olabilecekken dağıtılması hakikaten hem insanı üzüyor hem de öfkeliendiriyor. Ben bu koşullarda verdiğin hizmet için teşekkür etmek adına söz aldım. Çok sağ olun.

Prof. Dr. Nejat Narlı

Çukurova Üniversitesi taşındı. Bir hizmet veren hastanesine yarısı taşındı. Sağlık Bakanı dedi ki, Yüreğir Devlet Hastanesi'ne Balcalı Hastanesi taşınacak. Tabii orada yine siyasi karışıklıklar oldu. Ben ona da karşıydım. Yani niçin biz çalışan bir hastaneye gidiyoruz ki? Orada zaten bir hizmet veriyor. Bizim orada hızlı bir şekilde, hızlı bir şekilde prefabrik hastane yapmamız gerekiyordu.

Ben Kocaeli'ni, yeni doğan hocasını aramıştım. Emekli olmuştu. Ayşe Hoca'nın, çünkü biliyorum, deneyimlerinden faydalanmak istedim. Van'ı aradım, oradaki arkadaşlarla konuştum. Dediler ki biz kendimiz hemen prefabrik bir hastane yaptık. Kocaeli bir ay içerisinde, üç hafta içerisinde bir çocuk, iki ay içerisinde de genel hastane yapmışlar prefabrik ve hepsi de bağışlarla. Şimdi o dönem, bakın kriz yönetimi çok önemli. Yani o dönemde böyle bir şeye teşebbüs etseydik biz, parayı bulmak çok kolaydı. İnsanlar, herkes bir yardım etmek istiyor, bir şey yapmak istiyor. Beş tane prefabrik hastane yapacak kadar biz bağış toplardık.

Biz orada üniversitenin yönetiminin yaptığı toplantıda kalktık. Dedik, lütfen prefabrik hastane yapalım. Para da istemiyor, biz yapalım. Biz gitmek istemiyoruz başka bir hastaneye. Biz burada, çadırda çalışalım, gene gitmeyelim. Bakın bir sürü enerji

kaybedildi. Kurumlar karşı karşıya geldi. Üniversite ve bakanlık karşı karşıya geldi. Valilik, üniversite, herkes birbirine girdi. Sonuçta bir orta yol güya bulundu. Hastanenin yarısını devlet kullanıyor, yarısını üniversite kullanıyor. Yani bir evi iki aile kullanıyor. Hatta yeni doğanı aynı koşuğa, yani aynı odayı iki aile kullanır gibi. Kuvözlerin yarısını biz kullanıyoruz. Bizim götürdüğümüz kuvözler aynı alanda. Diğer yarısını da Yüreğir Devlet Hastanesi'nin doktor ve çalışanlarıdır. Yemekhaneler ayrı bilmem ne. Yani böyle aynı evde iki tane aile yaşayabilir mi?

Yani böyle bir çözüm olabilir mi? Hem de o dönemde sıfır yeni açılmaya hazır bir hastane vardı. 5 Ocak Hastanesi, yeni yapılmış hani hiç olmazsa ona taşınalım yani. Yeni yapılan bir hastane varken daha açılmamışken ve bu olaylardan 1-2 ay sonra açılan bir hastane. Yani işin içine hani yardım edelim, bu işi mantıklı çözelim, bilimsel yaklaşalım yerine siyasi ikbal peşinde bir yaklaşım olunca tabii ki sorunlar, çözüm yerine sorunlar artıyor. Sorunlar daha da fazla artıyor, evet.

Dr. Ayşen Yavru

Peki, çok teşekkür ediyorum hem konuşmacılara hem sizlere. İzlediğiniz için teşekkür ederim. İzlediğiniz için teşekkür ederim.

PANEL

GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ PERSPEKTİFİNDEN DEPREM

Oturum Başkanı

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç
Türk Toraks Derneği

Türk Toraks Derneği Gözlemler ve Deneyim Paylaşımı

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroglu
Türk Toraks Derneği

Depremi Akciğer Sağlığına Akut Dönemdeki Etkileri

Doç. Dr. Haluk Çalışır
Türk Toraks Derneği

Depremi Akciğer Sağlığına Uzun Dönemdeki Etkileri

Prof. Dr. Hasan Bayram
Türk Toraks Derneği

Depremde Göğüs Acilleri, Gözlem ve Deneyim Paylaşımı

Uzm. Dr. Selime Kahraman
Türk Göğüs Cerrahisi Derneği

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç | Oturum Başkanı

Herkese merhaba. Depremde acil tıp uygulamaları sempozyumun son oturumu bu. Hepiniz hoş geldiniz. Ekranda olan insanlara da herkese merhaba diyorum. Son panelimiz göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi perspektifinden deprem konulu. Öncelikle İstanbul Tabip Odası'na bu soruna baktığı için ve göğüs hastalıkları göğüs cerrahisi adına bizleri davet ettiği için çok teşekkür ederiz.

İlk konuşmacı Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu. Toraks Derneği deprem bölgesine gitti ve orada bir sürü işler yaptı. Çağlar Hoca'mız Türk Toraks Derneği'nin gelecek dönem başkanı. Ondan dinlemek isteriz. Türk Toraks Derneği ve deprem. Dinliyoruz hocam buyurunuz.

Türk Toraks Derneği gözlemler ve deneyim paylaşımı

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Türk Toraks Derneği

Odamıza çok teşekkür ediyorum. Ben burada bir önceki MYK'mızın etkinliklerinden ağırlıklı olarak söz edeceğim. Dernek olarak beraber yaptık ama onların emeği çok büyük. Yine o yönetim kurulundan Hasan Hocamız da biraz sonra bize seslenecekler.

6 Şubat'ta deprem olduğunda Toraks Derneği'nin biraz sonra göstereceğim çok ciddi bir ülke içinde yapılanması var. Gücünü oradan alıyor. Yaygın bir şube örgütümüz var. Bu tür mesajları bir taraftan ayıp olmasın, bir taraftan geleneksel oldu diye yayınlıyoruz ama bunun arkasında ciddi bir çalışma var.

Biraz örgüt yapımızdan söz etmek isterim. Trakya şubemizin de açılmasıyla 16 bölgede etkiniz ve deprem bizim ağırlıklı Çukurova şubemizin ve Adıyaman'ın da içinde olmasıyla Güneydoğu Anadolu şubemizin çalıştığı alanda oldu. O bölgede güncel il temsilcilerimizi burada aşağıda sundum. Bu bölgedeki temsilci arkadaşlarımız her şehirde var. Bir Kahramanmaraş'ta şu anda yok, o dönemde vardı. Hemen il temsilcilerine ve şube başkanlarına ulaşarak hem gereksinim hem durum, başımıza ne geldi en azından bizim göğüs hastalıkları olarak onu anlamaya çalıştık. O günden bugüne ara ara göndermeler yapacağım.

Bugün aslında anladık ki bölgedeki arkadaşlarımız var. Orada ne olduğunu oradaki şubedeki arkadaşlardan anlamak tamam da oradaki gereksinimler için onlara ulaşmak, bugün düşünüyorum doğru değilmiş. Çünkü zaten hakikaten başlarında bir sürü iş var, sıkıntı var. Oradaki il temsilcinize ya biz şöyle şöyle bir çalışmamız var hemen bağlantı kuralımdan ziyade her bölgenin, belki bugün ona çalışıyoruz. Bir problem olduğunda hemen önümüzde beklenen Marmara depremi var. Orada kim bağlantı kuracak, kim o bölgeden sorumlu olacak? Belki merkezi bir organizasyon daha doğru diye düşünüyoruz. Ne yaptık? O dönemki MYK çok hızla bir WhatsApp grubu kurarak bu gruba oradaki arkadaşlarımız da dahildi, bütün Türkiye de dahildi. Birincisi hem gereksinimleri hem nasıl yardım ulaştırılacak hem gönüllü organizasyon nasıl yapılacak, 2-3 farklı WhatsApp grubu üstünden bunu yaptılar. Ve o süreç içerisinde bugün kaybettiğimiz arkadaşlarımızı rahmetle anıyoruz. Her branştan, her sağlık meslek grubundan insanı yitirdik.

Tekrar söylüyorum bu kendi yaralarını sarmaya çalışan arkadaşlarımız üstünden bir iş yapmak çok zor. O yüzden biz de dernek olarak farklı bir organizasyona gidiyoruz. Çok yoğun bir çalışma gerçekleşti. Ben orada böyle madde madde, bunlar WhatsApp mesajlarından destekler bulunarak hemen arkasında da gerekli destek, istenilen destek ulaştırıldıktan sonra o mesajlardan bunu süzerek buraya getirdim. Ne yaptığımız tek tek bütün gruba bildirildi.

Bu arada bazı teşekkürler de yapmak gerekir. Örneğin ben şaşkınlık içindeydim. 99 depreminde birebir hemen ertesi gün biz de oradaydık ama burada tabii ulaşmak bir taraftan zor. Ama İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin yardımıyla bir iki gün sonra çok büyük ürünler, ilk bir iki gün içerisinde de küçük destek ürünleri oraya taşınabildi. Örneğin biz bundan sonra transport nasıl olacağı düşünmemiz gerekir. Tek tek ben konuşurken buraya bağlı kalmayacağım. Önerilerimi de sunmak istiyorum sayın başkan onay verirse. Sonrasında bunu da tartışalım. İki dakika ayaküstü sevgili Osman Elbek ile konuştuk. Yani her dernek böyle ayrı ayrı çalışarak enerjimizi boşa da harcıyoruz.

Biz örneğin tekrar sayın başkanın izniyle İnsev Vakfı'nda psikolojik destek tamam çok güzel çocuk psikiyatristi lazım oluyor. Hani biz her şeyi biliyoruz ya bir bakıyoruz ki Çocuk Psikiyatri Derneği orada çok aktif olarak çalışıyor. Ne zaman haberimiz oluyor, ihtiyacımız olduğunda haberimiz oluyor. Biraz önce sevgili arkadaşlarımız bölgeden anlattılar. Çok aktif çalışmaları var ama hani biz dernek yönetimiyiz ya, çok hani çalışıyoruz, emek veriyoruz falan ya alanda çalışan başka paydaşlarımız var. Bunların organizasyonunu yapmak gerekir.

Her ne kadar hani bizde kuşak olarak öyle elektronik sistemlere, arayüzlere, uygulamalar falan bir garip gelse de belki Türk Tabipleri Birliği olarak dernekleri nasıl hani UDEK'de bir çalışmamız var, benzeri platformda ne gereksinimiz var, Osman'ın fikridir, bir web arayüzü, belki bir uygulama ile acil olarak ne yapılabileceği planlamak gerekir. Biz dernek olarak bunu yaptık. Fena da bir şeyler yapmadık ama dönüp geriye baktığımızda ya bunun inanın onda bir enerjiyle bunlar yapılır. Bu verilen emekle 10 katı yapılabilir. Nasıl, birlikte çalışarak, onu gördük.

Her dönem, önce 4 gün, sonra haftalık ne yapıldı? Ne gereksinim var? Neye uğraşıldı? Bunların raporları Türk Toraks Derneği tarafından üyelerine duyuruldu. Farklı lokasyonlardan doktor arkadaşlarımızın ne gereksinimi var? O tıbbi olarak ve bireysel olarak onlar toplanarak oraya ulaştırılmaya çalışıldı. Bakın biraz önce sevgili Mukadder anlatırken ağrı pompası ama elektrik lazım denildi. Hakikaten KOAH hastaları, astım hastaları ya bunların tedavileri var, ilaçlara ulaşamıyorlar, akut atak oluyor, nebulizatör lazım. Biz doktoruz yani nebulizatör gerekiyor. E hadi benim biraz yönetici tarafım var. Ya neyle çalışacak bu nebulizatör? Oksijen konsantratörü, oksijen ihtiyaçları. Biz bugün örneğin bununla ilgili o dönemde bir deprem çalışma grubumuz vardı. Bir yönerge hazırladık. Şu anda yönerge kabul vesaire aşamasında ama Türk Toraks Derneği olarak kalıcı bir afet grubu oluşturulması ama işte Çağlar Çuhadaroğlu, Nülfer diye değil de o bölgede ne var? Deprem var, sel var, işte yangın var her neyse, o bölgeye hamilik yapacak, böyle bir destek olacak, yoldaşlık yapacak en yakın grubu oluşturma çabası içerisindeyiz.

Bunlar o dönem orada yapılan çalışmalar ve hemen kısa bir süre sonra MYK bölgeyi ziyaret ederek birebir, ben açıkçası ilk dönemde bölgedeki arkadaşlar hak verirler

mi bilmiyorum ama yani bir sürü de kuru kalabalık oluyor bu deprem bölgesinde. Herhangi bir, yanlış anlamayın yani, işe yaramayacak adamın da orada olmasına gerek yok. 99'da ben heyecanla gittim. Oradaki arkadaş dedi ki, hocam bütün Türkiye'deki doktorlar buraya geldiler. Asla doktora ihtiyacımız yok. Ya dedim arkadaş, ben hani o zaman daha güçlü kuvvetli bir adamdım. Yani yük de taşıyım ne yapayım? Hocam dedi, süt ve su dağıttımda dedi, yolsuzluk oluyor burada. Koordinasyondaki adam. Vallahi kamyonun üstüne çıktım. Su dağıttımı yaptım ya. Yani göğüs hastalıkları uzmanına ihtiyaç yoktu, ne yapayım ben de su dağıttım orada. O yüzden kuru kalabalık yapmamak gerekir. Bizim arkadaşlar da o ilk yangın söndükten sonra alana giderek orta ve uzun vadede neler yapılabileceğini planladılar.

Bunu da tekrar söylemek isterim. Hakikaten birinci aydan sonra falan ortalıkta kimse kalmıyor. Yani tek başımıza kalıyorsunuz. Tabiri caizse vefat edilen bir evdeki gibi değil mi? Önce bir kalabalık oluyor. Sonra insanlar gidiyorlar. Ve siz yalnız kalıyorsunuz orada. Hakikaten ama biz hani akademisyeniz ya böyle ben işte profesörüm falan yurt dışında eğitim gördüm. Hiç bizim öyle bir yeteneklerimiz yok. Onun için ne yapmak gerekir ki biraz becerdik herhalde bu sefer. Yangın söndükten sonra birkaç ay sonra oradaki gereksinimi ve nasıl destek olacağımızı planlayarak da gitmek gerekir. Toraks olarak biraz onu yaptık. Yakın zamanda tekrardan alanda gereksinimlerin neler olduğunu, nelere nasıl destek olabileceğimizi örneğin bölgede asistan arkadaşlarımız hala varlar. Maraş'ta ve diğer taraflarda onların eğitim yükünü nasıl alırsız konuştuk. Örneğin Maraş'taki bir arkadaşımız dedi ki, ya o dönemde 2-3 ay internet üstünden yapılan psikolojik destek toplantıları vardı. Görüşmeler vardı. Üçüncü, dördüncü aydan sonra kesildi. Ama bizim hala posttravmatik stres için desteğe ihtiyacımız var. Böyle bir organizasyonu dernek yaparsa memnun oluruz dediler. O çaba içerisindeyiz.

Tabii 12 Mart'ta, birinci ayında durum nedir raporları yayınlandı. Bunları böyle art arda söylemek istemiyorum. İnternette de ulaşılabilir. Önerilerimiz, neleri ne kadar yapabildik, bu önerileri kimlerle yapabilirizi basın bildirileri olarak da açıkladık. Ve bu çalışmalar basının da ilgisini çekti. Basın aracılığıyla bütün ülkeye duyuruldu.

Biraz sonra konu olacak. Ama başka bir şey vardı. Bizim hakikaten insanlar bir ilginç. Anekdöt olarak söyleyeyim. Bir şehirde kadın sorunlarıyla ilgili belediyenin bölümüne birini atıyorlar, ya adam müteahhit. Şimdi ne yapıyor? Her mahalleye kadın evleri inşa ediyor. Hani Mor Çatı evinin basın davet edilerek açılması yaşanmıştı ya bu ülkede ya da işte hayvanları koruma cemiyeti açılırken kurban kesilmişti ya bu ülkede. Benzeri bir şey. Daha enkaz kalkmadan, bölgede hiçbir koruma olmadan yıkımlar başladı ve ortalığa ki burada biraz sonra Hasan hocamızın da konuşmasını göreceksiniz. Buradaki binalar 2010 yılından önce yapılmış binalardı. Bunlar yıkılırken hiçbir koruma yok. Alanda gönüllüler var, alanda depremzedeler var. İnsanlara hani orada yetmedi ama biz orta ve uzun vadede başınızı iş açmak istiyoruz diye asbest maruziyeti sorunu yaşandı ve daha hemen o dönemde biz en azından ülkeye bilimsel not olsun diye art arda bir tanesini verdim. Gerek webinarlarla gerek fırsat oldukça yüz yüze toplantılarla bunu aktarma çabası içerisine girdik. Biraz önce söz ettiğim Hasan Hoca'nın asbestle ilgili vurgusu.

İyi ki dernek olarak sahip olduğumuz şeyler vardı. Bir örgüt yapısının şubeler bazı kuruluş olması ve o bölgede temas edebileceğimiz ya da yakın bölgede oraya nak-

ledebileceğimiz insanlar.Yine dernek olarak dayanışma kültüründen gelen bir grubuz. Ağırıklı olarak öyledir. Bu yüzden hızla müdahil olabildik.Aynı korona da öyle olmadı mı? Hekimler çok hızla değil mi adapte olabildik olaya, dayanışma kültürü nedeniyle. Motive yönetim yazmak istedim buraya. Bazen tabanınızın içi kaynar ama yönetimden bu yanıtı alamazsınız. Burada öyle olmadı. Motive bir yönetim vardı.Alanda organizasyon için kimse of bile demeden çalıştı.

Keşke neyimiz olsaydı? Bir acil durum planımız olsaydı.Ya tamam egoları güçlü adamlarız, çoğumuz nereye koysak iyi yöneticilik yapabiliyoruz ama yine de böyle bir yazılı plan, bir algoritmik yaklaşım lazım. Çünkü kriz dönemlerinde çok işe yarıyor, bunu yoğun bakımcılar iyi bilirler, yani algoritmik bir yaklaşım olmadığı zaman herkes orada hocaya baktığında olmuyor bu olay. Onun için acil durum planının olması gerektiğini düşünüp buna yönelik bir yönerge hazırlıyoruz. Kimler görevli olacak? Hangi kaynakları kullanacaksınız? Öyle değil mi yani, bazen hocamız biraz önce güzel söyledi, o dönemde kaynak bulmak çok kolay oluyor.

Yine anekdotal bir şey söyleyeyim. Bizim dernekle ilgili değil, vakıfla ilgili, birileri çok yardımcı olmak istedi. Biz de dedik ki ya şu anda ortalık yani mal kaynıyor her tarafta değil mi? Yiyecek, elbise o bu falan ne alaka. O an için biz orta vadeli bir şey yapıyoruz. Kurumsal iletişim sorumlusu diyorlar değil mi? Kız bana dedi ki efendim şu anda popüler. Biz şirket olarak bu dönemde destek olmak istiyoruz. O dönem deprem gündemden gider.Yani bu yapılan harcamanın karşılığını biz kurumsal olarak alamayız. Ya ben bildiğiniz böyle hani Kadıköy’de falan yaşayan tribünden bir adamım.Yani bir de bir Anadolu tarafımız var, kadına küfredemem ama yani o kadar canım küfretmek istedi ki.Yani nedir?Yani siz bu desteği yardımı kurumsal olarak reklamınız olsun diye mi yapıyorsunuz? Evet. Reklamları olduğu için yapıyorlar. O nedenle biz öyle değiliz dernekler olarak ve o da olarak. Bu iş için bir kaynak ayırmamız yani anneannelerimiz, babaannelerimiz hani oğlum bu kefen param, bunu da yıkayana verirsin falan diye para koyarlardı ya bavullarına. O tür bir şeyi bunun için kaynağı ayırmamızda yarar var.Ve bu çatı altında defalarca vurgulayarak söylemek isterim ki işbirlikleri, dernekler arasında bu iş için işbirlikleri yapmamız lazım. Dünyadaki en sıkı tabip organizasyonlarından biriyiz biz. Bunu da bu çatı altında yapmamız lazım. Bizim şimdi Toraks olarak ya da orada isimleri yazılı derneklerle hadi tek tek oturup bir toplantı yapalım değil. Biz buna dernek olarak hazırız. Acil durum planı, yani deprem mi deprem. Biz örneğin çevre felaketi için de böyle bir acil durum planı olmasını isteriz, çalışırız bu işin içerisinde oluruz. Olacak yani, o da olacak, umarım olmaz ama bu yüzden bu tür bir birlikteliğinde olması gerektiğini düşünüyoruz. Onun için keşke olsaydı dedim. Bu saydıklarım yok aslında.

Bakmayın hani biz böyle cevval tipleriz de bir şeyler yapabildik. Dernekler cevval tipler de bir şeyler yapabildi ama bunun eksikliği var. Onu söylemek isterim.

Bu da 29 Ekim’de Hatay’da bir etkinliğimiz sırasında çekilmiş bir fotoğraf. Orada hala bu çocuklar var ve geleceğe umutla bakıyorlar.Yaptığımız şeyler gelecekte de boş gitmeyecektir diye düşünüyorum. Çok teşekkür ederim.

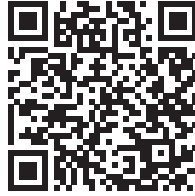
Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Çok teşekkürler Çağlar Hocam. Oturumun sonunda sorular ve katkıları almak isterim. Şimdi ikinci konuşmacımız Haluk Çalışır'ı davet edeyim. Haluk Çalışır, hava kirliliği ve çevre konusunda oldukça çalışmalar yürüten bir hocamız.

Türk Toraks Derneği'nde hava kirliliğinin de mimarı diyebilirim. Depremde tabii bir sürü etkiler oldu. Öncelikle akut etkileri Haluk hocadan dinleyeceğiz. Buyurunuz Haluk hocam.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

Depremi akciğer sağığına akut dönemdeki etkileri

Doç. Dr. Haluk Çalışır

Türk Töraks Derneğı

Teşekkürler, merhabalar. Ben de göğüs hastalıkları perspektifinden deprem sonrası akciğer sağığına olası etkileri anlatmaya çalışacağım. Şöyle bir düşündüm, deprem sonrasında o bölgeyi hayal etmeye çalıştım. Neler olabilir bizim mesleğimiz açısından, uzmanlık alanımız açısından? Bir baktığımızda mekanlar çöküyor. Bu sırada travmalar, ezilmeler, bu tür yaralanmalar söz konusu. Ama bir yandan da çok yoğun bir toz ortama yayılması söz konusu. Gazlar olabilir, tüp gaz olabilir ya da başka tür gazlar olabilir bulunan mekana göre. Yangın, duman ve başka toksik maddelere maruziyet söz konusu olabilir. Kişi o sırada yakınlarını kaybetmiştir, yıkılmış bir vaziyettedir. Hava durumu da çok etkili. Hepimiz aslında 6 Şubat hatta 7-8 ondan sonraki geceler yatarken üzerimize yorgan örtmeye çekindik. Oradaki insanların yaşadığı soğukta. Bu önemli bir sağılık riski yaratıyor. Onu da anlatacağım birazdan. Yağmur, çamur gibi hakikaten oldukça kötü koşullar, barınma sorunu, nerede kalacaksınız gibi bir sürü kaygı var. Bunun dışında gıda, temiz su, tuvalet gibi temel ihtiyaçlara erişim sorunu hemen kendini gösteriyor.

Şöyle bir baktığımda yine meslek açısından baktığımda göğüs hastalıkları perspektifiyle deprem sonrasında neler olabilir diye Bir kere göğüs travmaları olabilir. Arkadaşımız anlatacak, hocamız bizden sonra bu konuyu. Önemli noktalardan bir tanesi inhalasyona bağılı hastalıklar ortaya çıkabilir. Yoğun toza maruziyet önemli bir sorun teşkil ediyor. Biz belki, deprem sonrasında asbeste çok odaklandık. Yani asbestin bir şeyi var, ağırlığı var ifade olarak. Haksız bir ifade değil ama o dönemde çok yoğun insanların toza maruz kaldığını düşünüyorum.

Bir başka şey duman ve gizli risklerden bir tanesi de karbonmonoksit zehirlenmeleri söz konusu olabilir. Yine yıkılan binalardan etrafa saçılan toksik maddeler olabilir o binaların içerisinde olan malzemelerde. Bir başka önemli sağılık sorunu, yani akut dönemdeki sorun yaratabilecek alanlardan bir tanesi hava soğukluğu. Kapalı mekanlar, hava soğukluğu nedeniyle kapalı mekanlarda olmak ve kalabalık olmak. Her zamanki yaşadığımız insan dansitesinden daha yoğun bir arada yaşamak ve burada da değişik yaş gruplarından insanların bir arada olması, bunlar göğüs hastalıkları perspektifinden baktığımızda sorun alanları olarak ortaya çıkıyor.

Bir de bizim hastalığımız olan, hastalarımız olan göğüs hastalıkları ile ilgili tanı

almış KOAH'tı, astım gibi akciğer kanseri gibi ya da ventilatöre bağımlı hastaları düşünürseniz bu hastalarında tedavilerinin sürdürülebilmesi gibi ya da tedavilerinin kesilmesi gibi bir durumla karşı karşıyayız. Oksijene bağımlı, oksijensiz yaşayamayan bir hastanın, çok düşük oksijen seviyesi olan bir hastanın, elektrik olmadığı zaman o hastanın, yani sonu çok kısa bir süre içerisinde gelebilir. Bir başka noktada tüberküloz tedavisi varsa, kronik tedaviler varsa kemoterapi ve buna benzer bunların da aksaması söz konusu olabilir.

Bu şeyde baktığımızda yine solunum yolu enfeksiyonları, özetlersek kabaca toraks travmaları, daha önce konulmuş hastalıkların takibinin kesilmesi, asbestle ilişkili hastalıklar sanıyorum Hasan Hoca bahsedecek ondan, venöz tromboembolizm ve karbonmonoksit zehirlenmesini sayabiliriz.

Şimdi bu afet sonrası ya da deprem sonrası burada çok iyi görünmüyor ama şu sağ tarafta gördüğümüz kısımda enfeksiyonlar hemen arkasından, afetin hemen arkasından enfeksiyonlar ortaya çıkıyor bu bölümde. Daha sonraki dönemde de kronik hastalıklar, kronik enfeksiyöz hastalıkların tekrar sorun olarak karşımıza çıktığını görüyoruz. Şimdi deprem haftasına bakarsanız bu o döneme ait bir hava durumu. Bakın depremin olduğu gün 3 derece. Hatta eksilerde, daha sonraki günlerde eksi derecelerde olduğu söz konusu. Soğuk ve solunum sistemine şöyle bir bakarsak, soğuk işte üşüttüm zatüre oldum filan. Bu biraz hani çok soğukun kendisi tek başına bir akciğer hastalığı yapar mı, tartışılabilir ama birkaç mekanizma var bu şeyle ilgili, onları sizinle paylaşmak istiyorum. Bir kere soğuk havalarda içeri gireriz, kapalı mekanlarda birden fazla insan bir arada yaşarız. Ve bu alanlar içerisinde de şimdi bile olabilir aramızda, solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerin bu kapalı alanlarda bulunması ve alanın kapalı olması nedeniyle de bir solunum yolu viral enfeksiyonların bu mekanlar içerisindeki insanlar arasında bulaşması söz konusu olabilir. Yine bu soğuk ve kuru ortamlarda ağızımızdan çıkan patojen taşıyan küçük aerosollerin havada asılı kalma süresi uzar. Normalde sıcak ortamlarda ve nemli ortamlarda hızla yere çöker bunlar. Bu 1,5 metre mesafe oradan gelmektedir ama hava soğuk olduğu zaman nem şeyi çok düşer, kuru havada ve havada asılı kalır. Bu da vücudun savunma mekanizmasında da eşlik eden birtakım değişiklikler nedeniyle hastalık o topluluk bireyleri arasında sürekli konak değiştirir, bayrak yarışı gibi birbirinin arasından değişir.

Bakın burada nemin etkisini göstermek açısından, şurada en sağda gördüğünüz %95 nem olan bir ortamdaki aerosol çapı %80'e düştüğünde partikül çapı oldukça küçülüyor. Bu küçülme havada uzun süre ve uzak mesafelere yayılma şansını veriyor aerosol açısından.

Yine kuru havada özellikle şurada sağ tarafta gördüğünüz kısımda alveol bronş epitelin üzerinde bir mukosilyer katman var. Burası patojenlerin akciğere ve epitele ulaşmasını önüyor. O katman üzerine patojenler yapışır ve bu sekresyon olarak biz dışarı atarız bunları ve hastalık ortaya çıkmaz. İşte soğuk ve düşük nemde bu katman çok inceliyor ve şurada aşağıda gördüğünüz mukosilyer aktivite de düşüyor. Bunlar böyle bir ortamda hastalığa çok büyük davetiye çıkaran koşullar. İşte küçük mekanlarda böyle bir çadır içerisinde, böyle bir ailenin yaşadığını düşünürseniz çocuklu, ebeveynini, yetişkinini hastalık bütün bu topluluk içerisinde aile içerisinde sürekli dönecektir ve sürekli bir hastalık hali söz konusudur.

Maalesef bir sürü kaynağa baktım, bu alanla ilgili bir verimiz yok. Bu verisizliğe de çok alışmış durumdayız. Covid’le ilgili sağlıklı verimiz yok. İşte solunum yolu enfeksiyonlarıyla ilgili bir verimiz yok. O dönemde hangi hastalıklar ortaya çıktı, hastane başvurularında neler vardı bunları bilmiyoruz. Sanki mesela oradaki insanlar hiç hastalanmamış gibi, bu tür hastalıklara maruz kalmamışlar gibi yapıyoruz ama en büyük çalışmalar aslında gösteriyor ki çeşitli depremlerden sonra yapılan çalışmalarda solunum yolu enfeksiyonları oldukça sık bir şekilde görülebilmekte. El Salvador depreminde, Keşmir depreminde ve daha sonra Haiti depreminde akut solunum yolu enfeksiyonları oldukça sık.

Yani ne olacak akut solunum yolu enfeksiyonu diyebiliriz. Hani ayakta geçiriyoruz bunları. Tabii bir toplumu düşünürseniz burada çocuklar var, yaşlılar var, hassas kırılğan gruplar var. Bir solunum yola enfeksiyonu aslında bir insanın yaşamına mal olabilir. Bizim basit diye düşündüğümüz grip diye düşündüğümüz bir durum böyle bir sona neden olabilir.

Bakın burada yine çalışmaların en büyük kısmı bu Fukushima Santrali’nin patladığı dönemdeki ya da o kazadan önceki oluşan Tohoku depremi sırasında yapılmış çalışmalar. Şurada görüyorsunuz 11 Mart günü oluyor. 2011-11 Mart günü oluyor deprem. Onun arkasından pnömoni vakaları hemen takır takır ortaya çıkıyor ve bunların önemli bir kısmı 65 yaş üzerinde. Hani Japonya’nın demografisi biraz daha yaşlı nüfus falan ama bu nüfus içerisinde bizim pnömönide bildiğiniz gibi 65 yaş üzeri Pnömoni morbitesinde ve mortalitesinde önemli dikkat ettiğimiz alanlardan bir tanesi.

Yine bir başka bildiri de pnömoni, KOAH atak, KOAH atakların da bir kısmı enfeksiyöz nedenlerle ortaya çıkar, astım atak ve akciğer kanseri gibi hastalıkların görüldüğünü gösteriyor. Bizim Toraks Derneği arkadaşlarımızdan Ege Balbay, Peri Arbak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada o bölgedeki çalışan sağlık çalışanları üzerinde solunum yolu semptomlarının ortaya konması oraya yardıma giden insanlar da bir şekilde oradaki depremzedelerin sorunlarına bir şekilde dahil oluyorlar o süreç içerisinde.

Şimdi yoğun toz maruziyeti aslında bu 11 Eylül’de Dünya Ticaret Merkezi’nin çökmesi ve o sırada oraya yardıma giden itfaiye erlerinin yoğun bir şekilde o tozu inhale etmesiyle literatüre birtakım bilgiler kazandırdı. Bu toza maruziyet sonrasında ileri dönemlerde akciğerlerde sertleşme ile giden, fibrozis ile giden bazı hastalıklar ortaya çıktı.

Ama onun ötesinde bir toza girdiğinizde, tozlu bir yerle karşılaştığınızda en basitinden hepimiz bir öksürürüz. Bunun ötesinde eğer alt tarafta bir havayolu hiperektivitesi varsa, astım, KOAH gibi durum varsa o zaman bir atak söz konusu olabilir. Yine bizim alerjik diye düşündüğümüz hani hep alerjik reaksiyon dediğimiz öksürme, aksırma, uzun süre şey yapan hapsirmayla giden bir tablo ortaya çıkabilir. Bir aşırı duyarlılık söz konusu olabilir solunum sistemi açısından.

Şimdi burada bir toz bulutu görüyoruz. Bu toz bulutuna maruz kalan insanlar olabilir, değil mi? Göstereceğim birazdan size örneğini. Böyle bir şeye karşılaştığınızda baktığınızda bu toz bulutunun içindeki tozlardan bizim solunum sistemimize, akciğerlerimize kırmızı çizgi ile çizdiğim kısmın altına sadece 5 mikron ve küçükleri ulaşabilir. Diğerleri daha büyük partiküller ise yukarılarda kalır. Bunlar da daha çok öksürük, sekresyon, işte var olan hastalıkların eksaserbasyonları şeklinde ortaya çıkar.

Ama alt tarafa geçtiklerinde daha ciddi sistemik etkiler yapması söz konusudur.

Şimdi burada Urfa'dan çekilmiş, bir yıkım çalışması sırasında çekilmiş bir videoyu paylaşacağım. Doçent Doktor Tuba Rastgeldi'nin bir projesi nedeniyle kendisini onayıyla. Görüntü gitti tozdan. Yavaş yavaş etraf görünmeye başladı. Bu video yan durduğu için belki tam göremiyorsunuz. Burada normal pozisyonunda gözüküyor enteresan bir şekilde. Oradaki işçilerin önemli bir kısmında hiçbir maske yok. Buradaki öğretim üyesi arkadaşımız da bir maske takıyor. Bir N95 maske takıyor ama yine de onun yanından muhtemelen bazı toz partikülleri, kaçaklar söz konusu olmuş olabilir.

Yani burada, o bölgede çok yoğun bir şekilde binlerce, on binlerce ev yıkıldı. Bu deprem sonrasındaki süreçte, hem orada çalışanlar hem de o bölgede çadır kentlerde yaşayan insanlar buna benzer toz bulutlarının etkisi altında kaldılar. Belki bu yoğunlukta değillerdi ama bunlar biraz daha seyreltilmişlerdi ama çok yoğun bir toz konsantrasyonlarına maruz kaldılar. Burada bizim toz bulutuna baktığımızda, bakın şuradaki partikül madde diye tanımladığımız çok çeşitli kimyasal bileşiklerden oluşabilen ama akciğerlerde bilimsel anlamda bu konuyu incelemek üzere kullandığımız kirleticilerden bir tanesi, çok yoğun bir partikül madde kirleticisine maruz kalmış oluyor. Bu kısım özellikle şu alandaki ve şu alandaki çok sayıda kirleticiye maruz kalıyor kişiler. Çeşitli boyutlarda. Bunların bir kısmı akciğerlerde alveol dediğimiz şurada, şu bölümde alveollere kadar erişiyor küçücük parçacıklar. Hem orada akciğer dokusu üzerinde bir irritasyon, inflamasyon yapıyor, lokal olarak inflamasyon yapıyor. Bu inflamasyonun bir kısmı, inflamatuvar sitokinlerin bir kısmı sistemik dolaşıma geçiyor ve bütün vücutta inflamasyon yapıyor. Ve uzun süreli maruziyetlerde de bunlar hastalıklara neden oluyor. Bir başka etkisi, bu küçücük parçacıklar, çok küçücük parçacıkların bir kısmı alveollere ulaşan, alveol yapısından hemen onun etrafını döşeyen kapillerlere geçiyor, dolaşıma geçiyor. Dolaşımda koroner arter, serebral arter ya da hayati organların damarlarında intinada inflamasyon yapıyor. Eğer orada plaklar varsa plak rüptürüne neden oluyor. Bu ne demektir? Örneğin bu veriyi hiç bilmiyoruz. O dönemde kaç kişi kalp krizi geçirdi? Kaç kişide inme oldu bu deprem sonrasındaki süreçlerde? Bunların çok önemli bir kısmı buradaki toz, yoğun toza maruziyet kalma sonrasında akut etkiler olarak da karşımıza çıkabilir. Belki bunlar gözden kaçıyor.

Şimdi hava kirliliği ya da bu hava kirliliği etkilerini anlatmak için kullandığımız piramit, toz içinde yapabilir zaten toz da biraz evvel anlattığım partikül madde kirliliğinden bahsediyorum. Böyle bir toz ile maruziyet olduğunda önemli bir kısım bakın aşağıda doktor ziyaretleri, astım atakları gibi semptomlarla ortaya çıkıyor. Ama biraz evvel anlattığım mekanizmalardan dolayı işte akut enfaktüsler, kalp yetmezlikleri, bu koroner arterlerin, serebral arterlerin tıkanmasıyla inmeler, şoklar gibi ölüme kadar giden birtakım sonuçları da oluyor. Dediğim gibi maalesef bunların hiçbirisini bilmiyoruz. O dönemde, o işte bir önceki oturumda çocuklar için anlatıldı. Acil servislerin durumu, hastanelerin durumu, oraya gelen kalp kriziyle gelen, inmeyle gelen birtakım insanların arasındaki o hastalığın ya da eğer ölüm gerçekleşiyse bu nedenden dolayı tozla bağlantısı kuracak bir şeyimiz yok. Verimiz ve düşünce şeklimiz yok maalesef. Eğer onları kurmuş olsaydık Bu bağlantıları da görmüş olacaktık.

Şimdi o bölgedeki devletin, Çevre Bakanlığı'nın ölçüm istasyonları ne gösteriyordu? Bakın bu Antakya Hava Kirliliği İstasyonu'nun verileri, buraya kadar geliyor.

Partikül madde 10, 2,5 ve kükürtdioksit. Gördüğünüz gibi 6 Şubat gününde kesiliyor ve bugüne kadar halen veri yok orada.

Bu da Kahramanmaraş. Kahramanmaraş da aynı kent meydanı. Aynen böyle devam ediyor. Burası iki tane en kötü istasyon. Sevgili Nilüfer ve arkadaşları o bölgedeki deprem bölgesindeki bütün hava kirliliği istasyonlarını incelediler. O döneme ait baktılar. Bakın şurada gördüğünüz, şurada gördüğünüz turuncu barlar ölçüm yapılmayan günleri gösteriyor. 183 gün yapılmamış, 140 gün ölçüm yapılmamış. Şanlıurfa'da 50 gün ölçüm yapılmamış. Aslında real time, her saat ölçüm yapılması gereken istasyonlardan bahsediyoruz. O bölgede ölçümlerin yeterince yapılmadığını görüyoruz.

Bu, Türk Tabipleri Birliği ve Temiz Hava Hakkı Platformu'nun o bölgede yaptığı yaklaşık bir aya yakınlık bir ölçüm sonuçları. Burada gördüğünüz kırmızı çizgiler, Dünya Sağlık Örgütü'nün müsaade edilebilir limitleri. Orada yaptıkları ölçümlerde hep şu gördüğünüz üstüne çıkan mavi barlar, onun üzerindeki bir şeyi gösteriyor. Toz yükünü gösteriyor ve hava kirliliğini gösteriyor. Buradaki insanların düşünün çadırda kaldıklarını ve öyle bir koşullarda yaşadıklarını, kalabalıkta yaşadığını bütün bu şeylere maruz kalmaları söz konusu.

Yine Greenpeace'in o dönemde yaptığı bir çalışma var. Onlar ölçmüşlerdi. Bakın orada da, burası yine Dünya Sağlık Örgütü'nün eşik değeri. Bu eşik değerın üzerinde hava kirliliği tespit ettiler. Bunlarla maalesef elimizdeki veriler bunlarla sınırlı. En azından benim erişebildiğim veriler böyle. Tabii bu şey yoğun toz maruziyeti KOAH alevlenmesine KOAH'lı bir şeyiniz varsa, ileri derecede bir KOAH hastalığınız varsa oksijen tedavisini alamamanıza nebulizatör Çağlar Hoca anlattığı nebulizatör kullanamamanıza neden olabilir. Tabii bu biraz evvel başlangıçta anlattığım o enfeksiyon gelişme dinamikleri içerisinde KOAH hastalığınız da varsa sizin şeyiniz yoğun bakıma kadar gidebilecek, entübe olmanıza gidecek bir süreci başlatabilir.

Burada yine Japonya depreminden bir örnek orada da KOAH'ın hastalarda deprem sonrasında yaşadıkları riske ait. Japonya'daki yine depremde ilk bir hafta içerisinde alevlenmeleri, astımlı hastaların alevlenmelerini görüyoruz. Burada kronik tedavi alan KOAH hastaların, oksijen tedavisi alan hastaların, noninvaziv ventilasyon alan hastaların elektrik kesintisi ve benzeri yaşadığı sorunları gösteriyor.

Bir başka önemli nokta deprem ve pulmoner emboli. Bu da oldukça önemli sorunlardan bir tanesidir. Bakın şurada yine Japonya'da Tohoku depreminin sırasında başka bir kentte yapılmış bir çalışma. Yukarıda gördüğünüz iki tane şey, deprem öncesi dönemdeki o bölgedeki pulmoner emboli vakalarını gösteriyor. Aşağıda gördüklerinizler ise deprem sonrası ortaya çıkan pulmoner emboli vakalarını görüyorsunuz. Sağ tarafta da deprem şoklarını görüyorsunuz. Bununla beraber deprem pulmoner emboli ataklarının olduğunu görüyorsunuz.

Ne alaka diyeceksiniz pulmoner emboli ile depremin ne alakası? İşte oradaki doktor arkadaşlarımızla konuştuğumuzda deprem sırasında bize hep dediler, aileyi aldık arabanın içine sığındık, arabanın içindeyiz, sabah akşam arabada oturup kalkıyoruz. Aynen bu uzun yol seyahatlerinde olduğu gibi sürekli dar bir mekânda sürekli oturmak bu vakaları artırıyor. Muhtemelen bu şoklar sırasında insanlar kendilerini arabalarına ya da çok dar bir mekana attılar. Uzun süre hareketsiz oturdukları için de emboli gibi bir durum söz konusu oldu.

Göğüs travması %10 civarında görülüyor. Hocamız anlatacak o yüzden geçiyorum. Bakın bir haber burada, bir can daha gitti sobalar toplatıldı deniliyor. Karbonmonoksit zehirlenmesi de gizli, görülmeyen bir risk. Belki de gizli görülmeyen değil sanki olağanmış gibi bir durum haline geldi. Her sene karbonmonoksit zehirlenmesinden bir sürü insan ölüyor. Böyle bir çadırın içerisinde bakın burada bir çadıra soba koymuşlar, baca koymuşlar. Bu bacanın böyle olmaması lazım aslında. Bu bacanın çadırın boyunun geçmesi lazım normal koşullarda. Eğer burada bir hava durumunda bir terselme oluyorsa, eversiyon dediğimiz bir durum var havada. Hava aşağıya doğru çöküyor bazı durumlarda. O durumlarda işte hani İstanbul'da lodos oluyor. Lodos olduğu zaman böyle durumlarda bu bacadan çadırın içerisine ya da mekanın içerisine ters akım oluyor. O yüzden mutlaka bu bacaların yukarı doğru yapılmış olması lazım. Bakın yine Tohoku depreminde de karbonmonoksit zehirlenmesi böyle zirve yapmış bir vaziyette görülüyor. Çok yoğun bir şekilde orada da görülmüş. Yine aynı bölgede deprem sonrasında yapılmış başka bir çalışmada da şurada gördüğünüz gibi karbonmonoksit zehirlenme vakalarını görüyoruz.

Böyle bir ortam düşünelim. Dışarıda ateş yanıyor. Ateşin yaydığı çok bir kirli hava söz konusu ama bir yandan da ısınacak insanlar. Hani böyle yukarı tükürseniz bıyık, aşağı tükürseniz sakal gidiyor bir durum maalesef. Burada çok yoğun toza, partikül maddeye, bir sürü kirleticiye, dumandan dolayı şey yapıyorlar. İçeri girdikleri zaman da karbonmonoksit şeysi, söz konusu. Bakın burada bir çadırın içerisinde yemek pişiriyor insanlar, yaşıyorlar hayatlarını. Bakın bu çadırdaki da gördüğünüz gibi aynen devam ediyor. Baca meselesi de basit ama önemli. İnsanların hayatını kurtaracak önlemler, eğer o biraz daha yukarıda olsa insanlar ölmeyecek muhtemelen bu nedenden dolayı.

Tabii çok çaresiz bir ortam. Bunu da gördük. Sanki 99 depreminde daha mı farklıydı bilmiyorum, daha mı toplum örgütlüydü ya da daha toplum ele aldı, daha çok iyi şeyler mi yapıldı, bilmiyorum. Hepimiz bu süreç içerisinde, deprem süresi içerisinde büyük bir çaresizlik hissettik. Önümüzde İstanbul depremi görünüyor. Orada ne olacak, gerçekten onu düşünmek bile istemiyorum. Sabrınız için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Haluk Hocam çok teşekkürler sunumunuz için. Tabii deprem bölgesinde hala kronik sorunlara geçemedik. Hala akut sorunlarla ilgileniyoruz. Barınma gibi, yiyecek gibi, su gibi. Biz depremin ilk olduğu dönemde şeyi hatırlıyorum. Hava kirliliğiyle ilgili falan benimle röportaj yapmak istemişlerdi. Ben şu anda bununla ilgili konuşamam dedim. Orada şu anda çok fazla problem var. Ne yazık ki bu problemler hala devam ediyor. Tabii biz alan itibarıyla buraya bakmak durumundayız. Toraks Derneği yılda iki kez toraks bülteni çıkarıyor. Geçen bültende de bu bir dosya hazırladık ve onda da depremi konuştuk. Orada bir yazıda oradaki çalışan hekim arkadaşların yaşadıkları tecrübelerle ilgili bir dosyaydı ve Çağlar Hoca'nın da sunum yaptığı gibi Toraks Derneği'nin bakışını ve yaptıklarını da orada tartıştık.

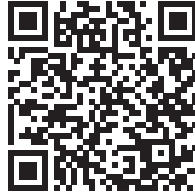
Bir arkadaş şey söylemişti ve çok etkilendim. Yani deprem oldu, işte birinci saatinde falan benim göğüs hastalıkları arkadaşım Süreyyapaşa'dan arkadaşım bana ulaştı ve iki gün sonra bize kıyafet yolladılar dedi. İlk ulaşan odur dedi. Bu anlamda hani biz dernek olarak birbirimizle çok iletişim halinde olan bir derneğiz. Oradaki insanların sorunları, bizim de sorunlarımız. Ben tabii tabip odası, kökenim tabip odasıdır, oradan gelen biriyim. Tabip Odası ve Türk Tabipleri

Birliği'ndeki ilişkiler de çok yakındır ve hep beraberdir. Biz Gölcük Depremi'ni çok yakından biliyoruz ve orada çalıştık. Oradaki çalışmaların, Tabipler Birliği'nin çalışmasını çok yakından biliyorum. Belki o Haluk Hoca'nın biraz önce söylediği şey biraz belki bize uzak kaldığı için olabilir ama İstanbul depremi geliyor ve bu tür dayanışmaya, Çağlar Hoca'nın dediği gibi birlikte bir şeyler üretmeye ihtiyacımız var. Bu anlamda Tabip Odası'na tekrar tekrar teşekkür ediyorum.

Hasan hocamı şimdi kürsüye davet edeceğim. Koş Üniversitesi göğüs hastalıklarından. Hasan hocamız hem pandemi döneminde hem deprem döneminde akciğer etkileri açısından çok fazla çalışması var. Biz de ondan her zaman çok şeyler öğrendik. Aynı zamanda Türk Torax Derneği'nde eski başkanı. Buyurunuz Hasan hocam, sizi dinliyoruz.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

Depremi akciğer sağığına uzun dönemdeki etkileri

Prof. Dr. Hasan Bayram

Türk Töraks Derneğı

Çok teşekkür ederim sayın başkan, sevgili Nilüfer arkadaşım. Ben de öncelikle bu organizasyon için İstanbul Tabip Odası'na çok teşekkür ederim. Gerçekten bizim için çok can yakıcı bir sorun. Şimdiye kadar hani hep böyle sanki bir yerlerde olacak bir şey, biz içinde değilmışiz, olmayacakmışiz gibi hissediyorduk. Ama bu süreçte bunu çok yoğun yaşadık. Mutlaka aile çevremizden, arkadaş çevremizden birileri etkilendi. Ve artık bunun içindeyiz. İşte İstanbul'da yaşıyoruz. Buna daha fazla herhalde bu tehlikeyi içselleştirip ne yapmalıyız noktasında daha fazla üzerinde durmamız gerekir diye düşünüyorum. Bu anlamda İstanbul Tabip Odası'nın bu organizasyonu çok değerlidir. Ben çok teşekkür ederim. Sunumumu açmaya çalışıyorum.

Tabii Haluk Hocam, başlarken çok güzel bir şekilde aslında, iyi bir çerçeve çizdi. Hem akut etkilerden hem nelerin bunlara yol açabileceğinden söz etti. Ben daha çok uzun dönemde neler bekliyoruz, başka örneklerde neler gördük, bizde neler olabilir? Evet, deprem sonrası dönemlere ayrılmış. İşte akut, subakut, kronik gibi bizim tıpkı hastalık yaklaşımında yaptığımız gibi. Ortamda neler oluyor? Biraz önce Haluk Hocam değindi. Bina yıkımı, enkaz vs. ciddi bir sorun. Kalabalık barınma, ısınma ile ilgili sorunlar, hijyen ile ilgili sorunlar, beslenme sorunları, hava ve çevre kirliliğı. Ve bu birtakım orta vadede, uzun vadede sağık sorunlarına yol açıyor. İşte burada bir dizi deprem, yani orada büyük bir travmaya büyük bir yıkıma yol açtı.

İlk yedi günde akut etkileri görüyoruz. Haluk Hoca güzel bir çerçeve çizdi, sundu. Daha sonra sekizinci günden itibaren bir aya kadar subakut etkiler deniyor. Kronik fazda da bir ayın sonunda artık kronik etkiler, uzun dönem etkiler ortaya çıkabiliyor. Akut döneminde biliyoruz bu manzaraları. Ne yazık ki burada hem o an yaşananlar hem o an maruz kalınan ortamın daha sonraki dönemde çıkarabileceğı sorunlar söz konusu. Ve bir yoğun enkaz ortamı oluyor. O bölgede yaşayanlar ya da o arama-kurtarma faaliyetlerinde bulunanlar, biraz önce Haluk Hoca değindi, işte Peri Hoca'nın yaptığı çalışma o anlamda önemli. Ve çevrede yaşayanlar burada hep bir enkaz var, hep süren bir faaliyet var. İşte barınma sorunları var. Yoğun olarak bir arada sıkışık yaşam var ve işte bir hastalığın yayılma sorunu var. Burada hava kalitesiyle ilgili ciddi sorunlar var. Ve işte derken çadır konteyner kentler biraz daha belki yaşanabilir bir ortam ancak oranın da yarattığı ciddi birtakım sorunlar var ve işte yaklaşık, yani bir yılı yeni geçti, hala ciddi

barınma sorunu yaşıyoruz hala. O barınma ortamındaki sorunlar devam ediyor.

Evet, Tuba arkadaşımız, biraz önce Haluk Hoca da değindi. Orada güzel bir proje başlattı. Toz örnekleri topluyorlar. En azından bu tozda ne var, onu görmek çok önemli. Onun üzerinde ne gibi etkiler ortaya çıkabilir, ileri doğru bir çıkarımda bulunulabilir. Bu da bir video göstermeyim artık gerek yok. Gördüğümüz gibi işte büyük bir toz bulutu ve insanlar ona maruz kalıyorlar. Bu çerçevede aslında Türk Toraks Derneği olarak biz Covid döneminde de tamam bir yandan o akut dönemde bir yerlere organize bir şekilde ulaşmaya çalıştık. Ancak bir yandan da bütün dünyada olduğu gibi o dönem hatırlarsınız işte Çin'den, dünyanın her tarafından sağlık verileri toplanmaya çalışıldı, biz de buna çalıştık. Bu hem o anı değerlendirmek müdahale açısından önemli hem ileriye doğru projeksiyon yapmak açısından önemliydi. Şimdi de Türk Toraks Derneği'nde arkadaşlarla toplandık. Neler yapabiliriz? Hala bu yönlü proje çalışmalarımız devam ediyor. Ancak akut dönemde acaba o günlerde resim nedir? Hem olayı duyurmak, dışarının ilgisini toplamak, hem burada gerçekten işte Japonya'dan örnekler, diğer ülkelerden örnekler verdi biraz önce Haluk Hoca. Biz de bu depremden sağlık boyutuyla ne kadar etkilendik, etkileniyoruz, bunun için neler yapabiliriz noktasında bir durum tespiti yapmak lazım.

O dönem Suriye'den bir akademisyen Lazkiye'den, bir iletişim kurduk. Fransa'dan bir akademisyenle beraber o dönemki sorunları bir kısa makale şeklinde bizim alanın önemli bir dergisinde Avrupa Solunum Derneği'nin dergisinde yayınladık. Biraz önce Haluk Hoca da gösterdi. Gerçekten bizim istasyonlardan veri toplamak çok mümkün değildi. İşte istasyonların çoğu çalışmıyordu. Avrupa hava kalitesi analizini yapan, Kopernikus Atmosfer İzleme Servisi var. Bu sertifikalı bir merkez. Uydu görüntülerinden kirlilik analizi yapmaya çalışıyorlar. İtalya'dan bir araştırmacı bu sistemi kullanarak Hatay, Kahramanmaraş, Gaziantep ve Halep'le Hama'yı lokalize ederek bu verileri elde ettiler. Burada iki buçuk mikrondan küçük parçacıklar ve azotdioksit değerlerini görüyorsunuz.

Bakın deprem öncesi dönem, depremden sonra işte ara ara pikler görüyoruz. Gördüğümüz gibi gerek azotdioksit, özellikle de partiküler madde. Yani bu parçacık, tozlardan, o açık ateşlerden vs. ortaya çıkan partiküler maddelerden oluşmaktadır. Nilüfer'in yaptığı gibi bizden bir arkadaş da Özgecan arkadaşımız o bölgede olabildiğince veri toplanabilen istasyonlara baktı. Haluk Hocanın bahsettiği gibi birçoğunda veri yoktu. İşte burada Diyarbakır'da olduğu gibi. Ama elde edilebilen verilerden de gördüğümüz gibi 6 Şubat'tan sonra örneğin Adana'daki bir istasyonda Çatalan ve Çukurova istasyonuymuş. Partiküler madde oranlarının arttığını görüyoruz. Adıyaman'da bir kesinti olmuş ama devamında var. Malatya'da bir dalgalanma var ancak zaman zaman artışları görüyorsunuz. Diyarbakır'da bir kesinti olmuş. Hatay'da elde edilebilen verilerden İskenderun'daki istasyon, bakın 6 Şubat'tan sonra partiküler madde oranında ciddi bir artış var. Osmaniye'deki istasyonun verileridir. Yine Kahramanmaraş'taki Elbistan merkezinde veri yoktu. Haluk Hoca'nın söylediği gibi Elbistan ve bir diğer istasyonda veri var. Kilis'te yine, Şanlıurfa'da gördüğümüz gibi aslında kirlilik oranlarında ciddi bir artış var.

Peki, ne oluyor? İşte o dönem tabii o ortamda Çağlar Hoca çok güzel değindi. Yani insanlar bir anlamda yaşam derdinde, can derdindeyken oradan sizin araştırma verileri-

ni toplamanız çok zor. Ama bir yandan da durum tespit açısından da buna ihtiyacınız var.

Orada bölgedeki arkadaşlarla temas kurmaya çalıştık. Ben Gaziantep'te, güneyde uzun yıllar çalıştım. Kişisel ilişkilerle burada Mustafa Kemal Üniversitesi'nden acil servisinden Yardımcı Doçent arkadaşla Mustafa Polat'la ilişki kurduk. Onlar orada herhalde tek hizmet sunan koordineli merkez, üniversite bünyesindeki acil merkezdi. Orası işte olabildiğince hasta kabul etmeye çalışıyordu. Mustafalar bize 23 Ocak'la 5 Şubat öncesi acil başvurularıyla depremden sonraki iki hafta içindeki acil başvurularının bir dökümünü yapmaya çalıştılar. Ve tabii hastane kabulleri ciddi olarak azalmıştı. Tahmin edebileceğiniz gibi. Ancak kabul edilen hastalara bakıldığında oransal olarak solunum hastalıklarına bağlı başvurunun depremden sonra anlamlı olarak arttığını görüyoruz. Daha önceki dönemde yüzde 0,19'ken sonraki dönemde solunum hastalıklarına bağlı başvuru oranı yüzde 2,19 olmuş. Bu alt dağılıma baktığımızda pnömoni ve alt solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı olarak önceki dönemde 10 hasta kaydı varken 36 olmuş. Tabii bu verilerin güvenliği elbette tartışılabilir ancak bunlar elde edilebilen, ulaşılabilen veriler. Yani hiç yoktan iyidir diyebileceğimiz veriler. KOAH atağında Haluk Hoca değindi, bir artış var. Astım atağında artış var. Yine karbonmonoksit zehirlenmesinde bir artış var. Daha önce 2 olgu bildirilirken 56 olgu bildirilmiş. Yine pulmoner trombo-embolide artış var. Suriye'deki grubun topladığı verilere bakıldığında deprem sırasında beş bin yaralı kayıtlı olduğunu, bunların yüzde 17'sinin solunum sistemi patolojilerinin bağlı olduğunu arkadaşımız bildirdi. Hemotoraks, pnömotoraks ve ARDS ile ilişkili olarak.

Deprem sonrasında oradaki arkadaşımız da Şubat-Mart 2022 dönemleriyle Şubat-Mart 2023 dönemlerini karşılaştırdı. Gördüğünüz gibi toplamda solunum hastalıklarına bağlı kabul oranlarında deprem sonrasında önemli bir artış var. %40'ını oluşturmuş. Tüberküloz dışı solunum yolu enfeksiyonlarının oranında yine artış görüyoruz. Astım ataklarında yine bir artış görüyoruz.

Tabii burada ne var? Biz bir yandan da işte elde de bildiğimiz verileri başka uluslararası dergilerle de paylaşmaya çalıştık. Alerji'de yayınlanan bir yazımız. Tabii diğer çalışmalarda benzerleri de yapılan çalışmalarda görülmüş ki, o bölgede insanlar Haluk hocanın belirttiği gibi yoğun olarak her türden toza dumana maruz kalıyorlar. Hidrojen siyanit gibi kimyasallara, petrol ürünlerine, çeşitli toksik metallere, kurşun, kadmiyum, cıva, arsenik, krom, bakır, demir gibi çeşitli metal iyonlarına maruz kalıyorlar. İnsektisitlere maruz kalıyorlar ki o bölgeyi hatta güneyi orada tarımın yoğun yapıldığı bölgeleri düşünürseniz oradaki insektisit depolarını, tarımsal ilaç satışı yapan yerler yani oralardaki o kimyasalların ilaçların ne olduğunu bilmiyoruz.

Yine çeşitli düzeylerde mikro ve nanoplastikler, çeşitli temizleyiciler, fiberglas, asbestoza maruz kalabiliyorlar ve bu zararlı etkenler aslında başta sinir sistemi, gastrointerstiyal sistem, immün sistem, olmak üzere kardiyovasküler sistem hatta bakan abortuslara bile yol açabildiği gösterilmiş. Konum solunum yolları olduğu için orada da solunum yollarında bir inflamasyona, epitel bariyer hasarlarına, siliyer aktivitede bozulmaya, yine akut akciğer hasarlarına, hücre ölümüne ve uzun dönemde özellikle fibrozise yol açabildiği gösterilmiş.

Ve uzun dönem etkilerine baktığımızda dünyadan yapılan çalışmalar işte gösteril-

miş ki astım prevalansında ve astım semptomlarında bir artış söz konusu.Yine KOAH'a bağlı hastane başvurularında bir artış söz konusu. O bölgede görülen uzun dönemli diffüz interstiyal akciğer hastalıklarının sıklığında artış, solunum fonksiyonlarında bir düşme söz konusu.

Solunum yolu enfeksiyonlarında tüberküloz dahil o bölgede uzun dönemde bir artış olduğu gösterilmiş. İşte posttravmatik stresi konuştuk. Onun dışında asbestoz, akciğer kanseri, mezotelyoma riskinin artabileceğine dair görüşler var. Ancak bu konuda elde net bir kanıt yok.

Bu işte bölgede yürüttüğümüz iki projede toz örnekleri toplayıp asbestoz içeriğini de araştırmaya çalışıyoruz. Gerçekten ne kadar böyle bir risk var? Bunun araştırılması gerekiyor ancak Çevre Mühendisleri Odası'nın yaptığı ilk çalışmada çevrede toplanan örneklerde ciddi oranlarda asbestoz minerali, partikül olduğu gösterildi.

Yine silikozis dünyada çok gösterilmemiş. İnterstiyal fibroz gösterilmiş ama silikozis gösterilmemiş. İşte burada tozlarda yoğun bir silika da olabileceğini düşünürseniz bu betonarme binalarının tozlarında, önümüzdeki yıllarda bölgede ciddi bir silikozis riski de görülebilir. Bu konuda E. Güleç Balbay arkadaşımız çok güzel bir derleme hazırladı.Türk Toraks Derneği'nin Toracic Research and Practice Dergisi'nde yayınlandı. Ve onun da burada çok güzel şematize ettiği gibi işte o ortamda bir yandan yoğun toz maruziyeti var, bir yandan artan bir enfeksiyon riski var, bir yandan işte dış ortam, iç ortam, hava kalitesi bozulmakta, yoğun olarak immün fonksiyonu da etkileyebilecek stres ve anksiyete var. Soğuk hava koşulları bölgede çokça yaşandı. İmmobilizasyon sorunu var.Ve hastaların ciddi ilaca erişim, sağlık sitemine erişim sorunları var. Bütün bunlar solunum yollarının gerek akut olarak gerek kronik olarak görülme riskini ciddi olarak artırıyor.

Peki neler yapılabilir? Biz henüz, tabii başka yerlerde yapılan çalışmaları refere ediyoruz, ben de Haluk Hoca da. Ancak gerçekten biz de o bölgede işte havaya yayılan Tuba Hoca'nın toplamaya çalıştığı tozlarda ne var bilmiyoruz. Bunun araştırılması gerekiyor. Bu defa en azından kısıtlı da olsa oradan veri toplamaya çalışıyoruz.Ve bu ajanlara hangi düzeylerde maruz kalıyoruz? Burada da net bir verimiz yok. Bunun araştırılması gerekiyor. Uzun dönemli ne gibi etkiler var? Birtakım projeksiyonlar yapıyoruz hipotetik olarak ama bunun belki ileriye dönük çalışmalarda, koortlarda ele alınması gerekiyor gerçekten. Hassas gruplar, çocuklar, yaşlılar, kronik hastalığı olanlarda ne gibi sorunlar beklenebilir? Bunun da araştırılması gerekiyor.

Evet, aslında bunlar hep konuşulan şeyler ancak Çağlar Hoca çok güzel vurguladı. Bizim en azından etkin sağlık hizmetinin planlanması için Tabip Odası olarak, uzmanlık dernekleri olarak neler yapmalıyız bunu tartışmamız gerekiyor.

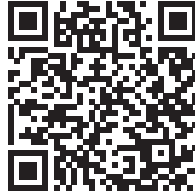
Özetleyecek olursak deprem ne yazık ki büyük bir felaket. Orta ve uzun dönemde özellikle maruz kaldığımız ortam, yaşadıklarımız, nefes aldığımız hava etkiyi belirliyor. Ve bütün bunlar orta ve uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açabiliyor. Sağlık etkilerini belirleyebilmek için gerçekten ciddi veriye ihtiyacımız var. Bu da biz akademisyenlere düşüyor, araştırmak gerekiyor.Ve elde verilerimiz olursa daha etkin koruyucu önlemler almak mümkün olabilir. Ben sabrınız için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Hasan Hocam, yazılarınızla zenginleştığınız sunumunuz için çok teşekkür ederim. Başka bir konuşmacıyı buraya davet edeceğim. Uzman doktor Selime Kahraman, Siyami Ersek Hastanesi'nde göğüs cerrahisi uzmanı. Hem göğüs cerrahisi bakışımı hem de oradaki deneyimlerini bize aktaracak. Buyurunuz hocam.



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

Depremde göğüs acilleri, gözlem ve deneyim paylaşımı

Uzm. Dr. Selime Kahraman

Türk Göğüs Cerrahisi Derneği

Değerli hocalarım ve değerli katılımcılar, öncelikle bu sunumu bana verdiğiniz için çok teşekkür ederim, Türk Tabip Odası'na. Ben Siyami Ersek Göğüs Cerrahisi'nde çalışıyorum. Deprem sırasında, depremin olduğu ilk gün Adana Şehir Hastanesi'ne gönüllü olarak çalışmak üzere gitmiştim. Orada Kahramanmaraş depremi sonrası Adana Şehir Hastanesi'ne başvuran depremzedelerde toraks patolojilerinin değerlendirilmesi konusunu anlatacağım.

Deprem, büyük can ve mal kayıplarının yaşandığı doğal bir afettir. Yakın zamanda ülkemizde gerçekleşen ve merkez üssü Kahramanmaraş'ın Pazarcık ilçesi olan deprem felaketinde Adana Şehir Hastanesi'ne ilk 72 saatte başvuran yaralıların göğüs cerrahisi açısından genel değerlendirilmesini yaptık. Burada Adana Şehir Hastanesi ilk 72 saatte başvuran hasta depremzedelerin göğüs cerrahisinde konsülte edilenlerini çalışmaya dahil ettik. Çalışmamızda kadın, erkek ve çocuk yaş grubundan toplam 189 depremzede vardı. Depremzedelerin demografik verileri, primer patolojik tanılar, göğüs cerrahisi alt patolojik tanılar, ana yaralanmanın tarafı, göğüs patolojisinin tarafı, tedavi yöntemleri, uygulanan girişimsel işlemler, taburculuk süreleri, yoğun bakım yatış süreleri ve mortalite verileri kayıt edildi.

Bulgulara geldiğimiz zaman ortalama yaş 43'tü. Bu 11 yaş ve 90 yaş arası hastaları kapsamaktaydı. Medyan yaş 44'tü. Depremzedelerinin 111'i erkek, 78'i kadındı. En sık tanı %35,9'la pnömotoraks idi. Diğer tanıların sıklık sırasına göre %29,6 ile multipl kot fraktürleri, %16 ile akciğer kontüzyonu, %14 ile hemopnömotoraks, %9 ile pnömomediasten, %6 ile basit kot fraktürleri, %2 ile sternum fraktürü ve %1 ile izole hemotoraksti.

Tabii burada bu patolojileri sıralarken şunu belirtmek lazım, hastaların hiçbiri tek başına bir semptomla gelmedi. Örneğin pnömotoraks olan bir hastada aynı zamanda kot fraktürleri de vardı, aynı zamanda akciğer kontüzyonu da vardı. Hastalar sadece göğüs patolojileriyle de gelmemişti. Yani kol-bacak amputasyonu ile gelen, fasyotomi açılarak Adana Şehir Hastanesi'ne gönderilen hastalar da vardı. Ya da Adana Şehir Hastanesi'ne geldikten sonra amputasyon yapılması gereken birçok hasta vardı. Yaklaşık üçte biri kadar hastaların amputasyona uğramıştı.

Burada bilateral hemotraks ve akciğer kontüzyonu olan bir hastanın grafleri. Burada akciğer kontüzyonu, kot fraktörü ve cilt altı anfizemin birlikte olduğu patolojiler. Pnömooperikardiyum ve pnömotoraks olgusunun birlikte olduğu bir yine hastaya ait görüntü. Multipl kot fraktörü, flail chest ve cilt altı amfizemi olan bir hastanın toraks BT görüntüsü. Hemotoraks ve multipl kot fraktörü olan bir olguya ait yine toraks BT kesiti. Skapula fraktörü olan bir hastanın yine BT görüntüsü, sagittal görüntüsü. Göğüs patolojileri %38,1 ile sağ taraflı, %35,4 ile de sol taraflıydı. %17,5 ile bilateral, %8,5 ile orta hat yerleşimliydı. Hastaların 83'ü, %44,9'u göğüs patolojisinde ek patolojiler mevcuttu. Hastaların 24'ünde, %12'sinde kompartman sendromu vardı. 13'ünde, %6'sında ekstremitte amputasyonu uygulandı. Göğüs tüpü ve kapalı su altı drenaj 69 hastaya, %36,5'e uygulandı. Bir hasta elektif şartlarda deprem felaketinden 2 hafta sonra diyalize bağlı hemotoraks nedeniyle opere edildi. Hastaların 143'ü servis şartlarında yatarak tedavi alırken, bu hastaların %75'ine denk geliyor. Bir kısım da yoğun bakımlarda takip edildi, bir kısım da çevre illere sevk edildi. Servis yatış süresi ortalama 7,2 gündü.

Yoğun bakım yatış süresi ortalama 107 gündü. Mortalite 13 hasta da görüldü. Bu hastaların %6,9'una denk geliyor. En sık mortalite sebebi de crush sendromu.

Eklemek istediğim kısa bir bilgi bu olayı görmüş biri olarak yaklaşık beş gün kadar deprem bölgesinde, Adana Şehir Hastanesi'nde çalıştık ama ben ilk üç günün verilerini aldım. Çünkü hastalar ilk üç günde canlı olarak getirildi ama dördüncü günden sonra gelen hastalar çoğunlukla ardest olarak, entübe olarak ya da mortal geldikleri için sonraki hastaların değerlendirilmesini yapmak daha güçtü. Hastalar geldikleri zaman bir kısmı tabii ki kimlik bilgileriyle geldi, bir kısmı da kimlik bilgileri olmadan geldi. Kimlik bilgileri olmayan hastalara numara verdik ya da işte Türkçe bilmeyen hastalara hasta numarası verdik. Kayıtları Adana Şehir Hastanesi'nin kendi bilgisayarlarından, yani mevcut sistem üzerinden aldım. Çoğunlukla, özellikle Hatay'la Adana Şehir Hastanesi arasındaki mesafe 3 saatlik bir mesafeydi. Ve bu 3 saat içerisinde hastanın acil travma ile gelen hastanın, özellikle mesela hemotoraks olan bir hastanın, büyük damar yaralanması varsa 3 saatlik bir mesafeyi tolere edebilmesi pek de mümkün değil.

Sonuç olarak, deprem, şiddeti ve büyüklüğüyle doğru orantılı şekilde insan hayatını tehdit eden doğal bir afettir. Depremin şiddeti arttıkça yıkım ve kayıplar artmaktadır. Doğal afetler sonrası hekim olarak bize düşen göre öncelikle acil müdahaleleri yapmaktır. Göğüs cerrahisi pratiğinde acil olarak değerlendirilen pnömotoraks ve hemotoraks vakaları deprem felaketinde de en sık rastladığımız durumlarıdır. Acil göğüs cerrahisi operasyonu ile takip ettiğimiz 189 hasta içerisinde hiçbir hastaya uygulanmadı. Yani hiçbir hastayı opere etmedik. Dedğim gibi 69 hastaya tüp torakostomi sistemi uyguladık. Sadece bir hasta depremden 2 hafta sonra diyalize bağlı kanama nedeniyle opere edilmişti. Büyük damar yaralanması hayatı tehdit eden hemotoraks gibi patolojilerde göğüs cerrahisi operasyonunu zaman kaybetmeden uygulanmaktadır. Acil göğüs cerrahisi operasyonları gerektirecek durumların deprem felaketi gibi doğal afetlerde hastaneye ulaşımın uzaması nedeniyle mümkün olmayacağı kanaatindeyiz.

Teşekkür ederim.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

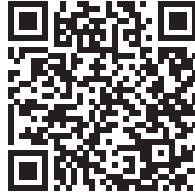
Selime Hocam çok teşekkürler. Özellikle kendi deneyiminiz, oraya gitmeniz, emeklerinize sağlık. Çok teşekkür ediyoruz. Ben tüm konuşmacıları buraya davet edeyim.

Ek olarak bir şey söylemeliyim. İklim krizi artık çok ciddi alanda büyük bir sorun gibi görünüyor. Ve doğal afetler, doğal demek de çok uygun değil belki, ekstrem hava koşulları nedeniyle depremler, seller, tsunamiler çok fazla göreceğiz artık. Bu anlamda da birlikte çalışmaya hep birlikte üretmeye gerek var diye düşünüyorum.

Buyurun lütfen. Şu taraftan. Şöyle bakın. Salondan katkı ya da sorusu olanları alayım. Çok teşekkürler hepinize. Çok güzel bir panel oldu diye düşünüyorum. Salondan soru ve katkı var mıydı?



Sempozyumda yer alan tüm sunumları görmek için
QR Kodu telefonunuza okutun
ya da aşağıdaki linki ziyaret edin.



<https://deprem.istabip.org.tr/acilipuygulamari2>

Soru-cevap

Prof. Dr. Osman Elbek

Yaklaşan Marmara depreminde İstanbul'da göğüs hastalıkları hastanelerinin olası tablosunu nasıl değerlendirmek, önümüzdeki dönemde oda, Türk Toraks Derneği ve iki göğüs hastanesinin başhekimleriyle bir acil durum planı hazırlama konusundaki görüşlerinizi isteyeceğim. Çünkü İstanbul depremindeki transferler göğüs dışında anaşehir hastaneleri ve denizlere yaklaşacak yüzer hastaneler üzerinden planlanıyor. Göğüs hastaları için bu iki hastanenin pozisyonunu bir acil durum eylem planlayarak nasıl düşünüyorsunuz? Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Soruyu doğrudan üstüme alındım. Nilüfer'le beraber aktif MYK üyeleri biziz. Önceki hocalarımız buradalar. Valla Osman iyi ki söyledin, ödev olarak aldık. Hiç bu konuda net bir hazırlığımız yok. Bu dönem içerisinde daha çok odaklandığımız Süreyyapaşa'daki sorundu açıkçası. Onu bizzat sen de yaşıyorsun. Yani hastane 6'ya 7'ye bölündü. Başka bir şey yalnızca süreç içerisinde gördük. Gerek Çam Sakura gerek Kartal'daki göğüs hastalıkları hastaneleri de aldıkları asistan sayılarıyla sayın hocalarım bayağı büyük yerler oldular. Bugün baktığımızda iki büyük göğüs hastanesi diyoruz ama oralar da güçlendiler. Hepsini işin içine katarak bir eylem planı yapmak yararlı olacak. Bunu dürüstçe ödev olarak alıyoruz. Biraz önce hocam da söyledi bu tür toplantıların faydası bir aklımız başımıza geliyor ve sonrası işleri planlamada yararlı oluyor. Bunu özellikle çalışmak gerekecek.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Ben de bir şey söylemek isterim. Uzun dönem etkiler arasında tüberküloz gerçekten başımıza gelecek gibi görünüyor alan itibarıyla. Bir de İstanbul Tabip Odası'nın Genel Sekreteri burada, Ertuğrul Bey. Onun belediyeyle de birlikte, hem İstanbul Tabip Odası'yla birlikte bir sürü faaliyetler olduğunu biliyorum. Bu sizler girişte aldığımız çok güzel bir sempozyum kitapçığı var. Bu bildiğim kadarıyla ikinci sempozyum. Bu sempozyum da kitap haline dönüştürülecek. Belki Genel Sekreterimiz bize İstanbul Tabip Odası'nın yaptıkları ile ilgili birkaç bilgilendirme yapar. Sizi dinliyoruz. Buyurunuz.

Dr. Ertuğrul Oruç

Bugünkü ikinci sempozyumumuz ama üçüncü etkinliğimizdi. Bir tane de kongre yaptık arada. Aslında sempozyumlarımızı daha tıbbi açıdan zengin yaparken kongreleri daha farklı planlamıştık. O anlamıyla katkı veren herkese teşekkür ederiz bir kez daha.

Şimdi İstanbul Büyükşehir Belediyesi ile ilgili şöyle. Aslında ikili gidiyor diyebiliriz. İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin kendisinin organize ettiği bir organizasyonlar var aslında. Ekrem İmamoğlu'nun geldiği ilk andan itibaren açıkladığı bir deprem planlaması oldu. Sonradan birazcık o durulmuştu. Depremden sonra tekrar aktif hale geldi. Onların tabii makro ölçekte yürüttüğü çalışmayı, bizle beraber sağlık ayağını İstanbul Tabip Odası'yla yürüttüğü bir şeye evriltmeye çalışıyoruz aslında. Bu anlamıyla bir protokol de imzalama aşamasındayız. Yani İstanbul'daki sağlık organizasyonunun toplam organizasyon, yani İstanbul'un deprem organizasyonu, diğer başka, lojistik gibi diğer başka yardımlarının yapılması gibi organizasyonun, içerisine yerleştirme çalışmamız var.

Tabi bu çok büyük bir organizasyon. Aslında kamunun da işin içine girmesi gereken bir organizasyon ama bugün için gönülsüz olduğu için Valilik, Müdürlük İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin olanaklarıyla şu an sınırlı diyebiliriz. Tabii çok büyük olanakları var İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin ama tabii ki de devletle kıyaslanamayacak ölçüde.

Bu anlamıyla şöyle aslında İstanbul'u iki yakasında ayrı değerlendiren, deniz çıkışlarının bu yardımla ilgili söyledi hocamız, nasıl yardım getirilebilir konusunda, İzmir üzerinden denizle getirilme olasılığı var, Karadeniz'den yine gelme olasılıkları tartışılıyor. Çünkü karayollarının yine Hatay'daki olduğu gibi tıkanma olasılığı olduğu için depremlerde. Yine havayolu ile ilgili nerelerden gelebileceği ile ilgili çalışmalar var.

Artı aslında uzmanlık dernekleri ile oturup ayrıntılı olarak konuşulması gereken işte Osman Hoca'nın da demin sorduğu soruyla da aslında benzer kritik hastanelerin belirlenip, mesela eğer İstanbul'a ki İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin öngörüsü oydu en son, kuzeyden bir yardım gelme olasılığı yüksekse, örneğin Beykoz gibi yukarıdaki, kuzeydeki hastanelerin belki bu anlamıyla tahkim edilmesi, bu şekilde düşünülen bir stratejiye geçilmesi gerekiyor. Dediğim gibi çok ayrıntı var yani göğüs hastalıkları açısından böyle. İşte psikiyatri, başka diğer alanlardan başka oturup bunların tek tek ele alındığı bir düzleme geçilmesi için aslında bir organizasyon aşamasındayız şu anda.

Dediğim gibi İstanbul Büyükşehir Belediyesi ile bizim deprem çalışma grubunun öncüsü olduğu ve İstanbul Tabip Odası ile yapılan bir protokolün imza aşaması da çok yakında yapılacak. Hani böyle bir şey söyleyebilirim.

Bir katkı sunmak isterim açıkçası bunun dışında. Yani sabahtan bu güne kadar, bu ana kadar geldik. Ben hani hep dinlediğim konuşmalarda şunu hissettim. Depreme vereceğimiz yanıtın aslında bugünkü sağlık sisteminin kapasitesiyle, geldiğimiz noktayla çok ilişkili olduğunu görüyorum ben buradaki konuşmaların hepsinde. Hepsi için ayrı ayrı değerlendirebiliriz. Bu anlamıyla biz çok işledik. İstanbul Tabip Odası, Türk Tabipleri Birliği çok işledi. Zaten sağlığın, mevcut Türkiye'deki sağlığı için söylüyorum şu anda. Türkiye'deki sağlık sisteminin geldiği bu çok iyi bir noktada olmadığı için depreme de aslında sağlık boyutuyla çok iyi cevap verebilmiş değil. Yani veremediğini

söyleyebiliriz organizasyon açısından. İleriki bir dönemde umarız yani bakanlık ve müdürlük işte tüm demokratik kitle örgütleriyle beraber, meslek odası başta olmak üzere, meslek birliği ve odaları başta olmak üzere böyle bir organizasyon içine girilip bir koordinasyon gibi bir kurul kurulmasını biz buradan talep ediyoruz. Ben bu amaçla tekrardan söylemiş olayım. Bunun en başta olacak kişilerinden bir tanesi de uzmanlık dernekleri, UDEK. UDEK'teki derneklere burada çok iş düşüyor gerçekten. Bizim yine Osman Hoca'nın söylediği gibi hocamızın, yani üst bir bu planlamayı yapacak bir masayı kurmamız lazım. Öbür türlü hakikaten işimiz çok zor. İstanbul'da hakikaten Hatay'daki olan manzaranın çok kat kat daha fazlasını burada görebiliriz. Hakikaten Netflix dizilerindeki distopyanın uç versiyonları burada yaşanabilir. O anlamıyla herkesin aklını başını toplaması, hakikaten ne gibi bir felaketin bizi beklediğini bir an evvel anlayıp ben adım atmasını bekliyorum. Bu anlamıyla belki göğüs hastalıklarına dair şey sorabilirim. Hani tüberküloz hep söylenir ama bu çok söylenen bir şey tüberküloz. Bugün için hani sağlıkta göğüs hastalıkları ne konumda, yani bu konu bizi depreme dair çalışmalarımızda nasıl etkiliyor? Ben bunu sormak istedim açıkçası. Genel bir tablo açısından Türkiye'de.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Bu soruyu Haluk Hoca'ya vereyim. Uzun zamandır tüberküloz alanında çalışan biri olarak.

Doç. Dr. Haluk Çalışır

Aslında şu an var olan sistemde tüberküloz kontrolü dediğimiz, yani hastaların tedavisi ve yönetimi konusunda belki sağlık sistemindeki görece en iyi çalışan şeylerden bir tanesi, yapılardan bir tanesi bu. Tabii Türkiye Osmanlı'dan beri tüberkülozla ilgili bir mücadelesi var. Çok kurumsal bir yapısı var. Bunun oldukça önemli bir etkisi var. Bir de salgının seyri var. Salgının eğrisinin pozisyonu var. Onunla da bağlantılıdır. Ama hakikaten şey yapılıyor. Zaman zaman ilaç bulunmada sıkıntılar yaşanıyor, onu biliyoruz. Bu tabii kabul edilemez bir şey, tüberküloz açısından. Burada yaşanan, Hasan Hoca'nın sunumunda da gözükiyordu, tüberküloz hasta sayısı azalmış gibi. Burada tabii azalmasını bekleriz, çünkü hani dedim ya bir şey oluyor, deprem oluyor. Kronik kullandığınız ilaçlar biter, gidemezsiniz. İşte tansiyon ilacı kullandıysanız onlar bittiyse tansiyon tedaviniz aksar. Tüberküloz tedavisi konusunda da böyle bir bu tür durumlarda, kriz durumlarında aksama söz konusu olabilir. Ama bunun bir ülke çapında tehdit oluşturacak boyutlarda olduğunu düşünmüyorum.

Yalnız yine bu kendi sunumumda anlattığım sıkışık yaşama, çadır koşullarında yaşama, beslenme bozukluğu gibi faktörler tüberküloz hastalığının şey olmasında, orta uzun vadede ortaya çıkmasında faktördür. Öyle de düşünmek lazım.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Belki Osman'a söz vermek gerekir. Tüberkülozla ilgili Süreyyapaşa'nın azalan hasta ya-tağı ile ilgili bir şey söylemek isterse dinliyoruz onu.

Prof. Dr. Osman Elbek

Yani onu vurgulamak gerekir gerçekten. Türkiye’de sosyal nedenlerle ve ilaç alerjileri nedeniyle bir grup, bir de üçüncü olarak ilaca dirençli tüberküloz hastalarının gözetim amacıyla yatırıldığı bir yataklı servislere ihtiyaç var. İstanbul için en büyük sorun bu yataklı servislerin hızla azaltılması. Yedikule oldukça azalttı, sıfır noktasına oldukça yaklaştı. Süreyyapaşa Hastanesi de bu deprem nedeniyle taşınması nedeniyle tüberküloz yataklarını üçte bir oranına kadar indirdi. Bugün klinikte yaşanan en büyük sorun bazı hastalara yatak bulamamamız. Türkiye’deki veya İstanbul’daki iki hastanenin de referans hastanesi olduğunu vurgulamak lazım. Yani Türkiye’den farklı illerden de hastalar, sorunlu olan hastalar en azından bu iki hastaneye gönderiyorlar. Ama bu iki hastanenin yatak kapasiteleri şu an mevcut ihtiyacı karşılayabilecek durumda değil. Bu yüzden bugün tüberküloz için yataklı servisler konusunda birlikte bir kamuoyu oluşturmak, talep etmek, bunu sadece Süreyyapaşa’ya bırakmadan hem Süreyyapaşa’yla hem Yedikule’yle birlikte, biri Avrupa’da, biri Anadolu yakasında olarak tahkim etmek yararlı olacak diye düşünüyorum.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Ben bir şey eklemek isterim. Yoğun bakım servisleri içinde keza ciddi bir sorun var. Çünkü biliyorsunuz İstanbul özel hastanelerin çok fazla olduğu bir yer. Ve yoğun bakım ünitesi genellikle özel hastanelerin üzerinden yürüyor. Yani bu anlamda olası bir deprem sorununda burada çok başka sorunlar bizi bekliyor gibi görünüyor. Mutlaka bunların envanteri, yatak sayıları falan Türk Tabirleri Birliği’nde ve İstanbul Tabip Odası’nda vardır. Ama buraya da belki başka bir perspektifle bakmak gerekiyor. Teşekkürler.

Başka soru katkının, Naciye abla buyurunuz.

Dr. Naciye Demirel

Ben birinci basamakta çalışıyorum, İlçe Sağlık Müdürlüğü’ndeyim. Birinci basamak açısından da bir çalışma yapmaya çalışıyoruz. Tabii ki en yatay örgütlenme, aslında en çok da zaafılara örgütlenme olan durumda, ne yazık ki sağlıktaki dönüşümle beraber. Ama yine de hiç vazgeçilmeyecek bir şey. Ben şeyi vurgu yapmak istiyorum, bütün planlar yapılırken aslında her zaman aslında, normal zamanda da en sıkıntı çektiğimiz şey işbirliğidir. Yani sevk zinciri dediğimiz şeydir. O nedenle aslında hani birinci basamak ne kadar olabileceksa örgütlenmesiyle, ikinci basamak hastaneler açısından da çok irtibatla olmamız çok da hayat kurtarıcı olabilecektir muhtemelen. Bir bu yanına vurgu yapmak istiyorum.

Bir başka şey de şimdiden hazırlık çalışması anlamında görüyorum ki uzun dönem sorunlar içerisinde pnömonlar var. Şu anda İstanbul’da erişkinler açısından pnömokok aşılmasına bir kampanya yapmak muhtemelen çok etkili bir şey olacaktır diye düşünüyorum. Hep birlikte bunun için önce bir hazırlığını yapıp Aslında hem depreme dikkat çekme hem de insanları hazırlama açısından topluma yönelik iyi bir çalışma olabilir diye düşünüyorum.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Naciye abla, ödev olarak aldık Toraks Derneği olarak. Belki hep beraber İstanbul Tabip Odası'yla birlikte bir şeyler yapılabilir.

Doç. Dr. Haluk Çalışır

Şu an aile hekimliklerinde aşı var mı?

Dr. Naciye Demirel

Var tabii ki.

Doç. Dr. Haluk Çalışır

Hangisi var? 23'ü olan mı? 13 olan var. Biz göğüs hastalıkları camiası olarak risk grubundakileri çok yönlendiriyoruz aslında. Tedavinin yönetiminde önemli parçalardan bir tanesidir. Tabii deprem falan söz konusu olunca özellikle risk gruplarının aşılması, diğer mesela tetanoz bağışıklamasının da yapılması lazım. 65 yaş üzerinde mutlaka onların da bir yandan el altında olması lazım.

Dr. Naciye Demirel

Pneumo 23 de piyasada çok bulunmuyor.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Başka soru, katkı var mıydı? Sizi tanıyalım isterseniz.

Dr. Munise Güney

Şimdi her şey anlatıldı, her şey çok güzel. Ama biz deprem anında ne yapacağız? Hangi hastaneye kimi göndereceğiz? Yani bir planlama olması lazım. Anadolu tarafında, bu tarafta. Mesela tesadüfen bu tarafta bulunduk. Hekimiz, tabii ki yardım etmek isteyeceğiz. Yani bunların bir listesi verilebilir. Yani bu derneklerin bağlı olduğu... Sempozyum çok güzel. Bayıldım ben. Teşekkür ediyorum ayrıca. Yani bu hekimlerimizin çoğu ne yapacaklarını bilmiyor.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Yani bu konuda hep şey düşünüyorum, yani unumuz var, şekerimiz var, yağımız var. Helvayı herhalde hep beraber yapacağız yoksa her alanda herkes çok fazla çalışıyor zaten ama organizasyon konusuna katılırim evet.

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Hocam, aktif çalışan arkadaşlar için bir kurum içinde çalışıyorlarsa, kurumların as-

İnönü herkesin bilmediği bir acil durum planı var. Hani şu vardı ya yüzüncü yıl şeyleri diye, yüzüncü yıl hedefleri yazdık, böyle şöyle yapacağız böyle yapacağız falan diye. Acil durum planı var. Bakanlık yaz diyor. Orada bir yerde duruyor. Hatta ben uzun dönem yöneticilik de yaptım. Çok havalı da bir şeydir. Başhekim ya da başhekim yardımcılarının biri afet komutanı olur. Çeketleri falan var. Ben çok giydim onlardan. Onlar var. Önce bir onu öğrenmek gerekir.

Kendinizi, ailenizi sağlam aldıktan sonra mesai dışındaysanız görev alanınızı olan hastaneye gitmeniz gerekiyor. O plan onu söyler. Ama hani bu tarafta bir yerdeyseniz, onu da aktarayım, Gezi'den sonra çıkan düzenlemelerle artık böyle hani sokakta bile bir hastaya müdahale ederken ciddi sorumluluğunuz var.

Tabii yani onlarda sıkıntılar olabilir. Bir sürü arkadaşımız deprem bölgesinde işte siz resmen çalıştınız herhalde. Gönüllü gidenler amputasyon yapıyorlar. Şimdi başlarına ne geleceği belli değil yani. Üç tane avukat çıkıp da öyle kafaya göre kolunuz bacağınız kesildiyse doktorunuzu dava edebiliriz dediğinde sıkıntı olabilir. Bakın bu henüz bilmiyoruz. Çok uzatmayayım. Kurumda çalışıyorsanız onu yapmak gerekir. Diğer yani özelde çalışan arkadaşlar için de bu da Tabip Odası'na ödev olsun. Hep biz ödevi alacak değiliz yani burada. Onun için o organizasyonu da öyle yapmada yarar var diye düşünüyorum kişisel görüşüm.

Dr. Hasan Oğan

Şimdi bu çalışma grubumuzun esas amacı hem krize hazır olmak hem de krizi imkanlar dahilinde iyi yönetebilmek. Bir de çok hesap etmiyordum ama kriz sonrası da yani bugün Antakya'da bir sene sonra yaşananları görünce esas mücadelenin krizden sonra da devam edeceği daha yoğun bir şekilde karşımıza çıktı. Tablo ortada. Hazırlık dönemini geçiriyorsunuz, krizi 3-5 gün geçiriyorsunuz ama çok uzun bir dönem, iyileşme dönemi. O açıdan gerçekten yapılması, düşünülmesi gereken çok şey var. Bu örgütlenmeyi büyük ölçüde yapıyoruz.

Şunu söyleyeyim. Şu anda yazılar hazırlandı. Önümüzdeki hafta tamamen gitmiş olacak. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne sorumluluğunu sorumluluk hem mesleki hem idari hem etik açıdan sorumluluğuna atılan, şeydeki yaşananları anlattık, oradaki deprem bölgesindekileri, hastanede hastaların nasıl öldüğünü, sağlık çalışanlarını nasıl bırakıp kaçtığını, özel hastanelerin nasıl yıkıldığını anlattık. Bunlardan HAP çerçevesinde İl Sağlık Müdürlüğü'nün bakanlık düzeyinde de yasal sorumlu olduklarını onayladıkları takdirde, ki 5 Eylül günü oradaki bütün hastanelerin HAP'larının hepsinin onaylanmış olduğu hepimizce bilinen bir şey. Ama 5 Eylül'ün sabahında, 6 Eylül'ün sabahında o HAP'ların hiçbir işe yaramadığını hepimiz gördük. Yani burada da, İstanbul'da da aynı olacak. Özel hastaneler açısından da, bütün özel hastaneleri ve kamu, üniversite, özel, onlara da yazdık bu minvalde. Şunun için yazdık. Bilin, takip ediyoruz ve deprem sonrasında sizin hastaneniz yıkıldığında biz bilmiyorduk, yapımız uygundu, depreme dayanıklılık raporumuz vardı, bunun hiçbir anlamı olmayacağını mutlaka idare karşısında, yasal sorumluluk çerçevesinde de bu sürecin takipçisi olacağımızın altını çizdik. Ve bunu devam ettireceğiz. Yani üç ay sonra, altı ay sonra hani ne oldu, ne bitti

gibi böyle bir şeyimiz var.

Örgütlenme çok önemli. Hesap ettiğiniz birçok şey pratikte yürümüyor. Burada önemli olan gönüllülük düzeyinde bir yapılanma, gönüllülük çerçevesinde bir eğitim düşünüyoruz. Ve yapabilirsek en büyük amacımız o, deprem anında, kriz döneminde, depremden sonra hemen örgütlenip sağlık hizmetinin daha iyi sürdürülmesi açısından ne yapabiliriz? Çünkü burada kamunun yapacakları bellidir. Biz onun yerine bir hizmet sunmamız mümkün değil. Ama sorunları ortaya koyup daha iyi bir işlerlik sağlaması açısından da büyük ölçüde umutluyuz. Böyle bir çalışmanın içerisindeyiz.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Çok teşekkürler. Tabii her iki depremde de ben İstanbul'da, Gölcük depreminde ve Maraş depreminde İstanbul'daydım ve Tabip Odası hızla bir gönüllü listesi oluşturdu. Sanıyorum ikinci günün akşamı bizim artık gönüllüye ihtiyacımız yok. Arkadaşlar çok sıra oldu. Arka sıralara yazalım sizi dediler. Hekim refleksi çok iyidir. Bu çok kıymetlidir. Bir de Tabip Odası'na güven de çok iyi. İnsanlar Tabip Odası'yla birlikte gitmek istediler ve gönüllü gitmek istediler. Hem gidenler hem de organize edenler için ayrıca teşekkürler. Osman bir şey söyleyeceksin diye düşünüyorum.

Prof. Dr. Osman Elbek

Soruyu aslında önümüzdeki dönemde kamu temalarımızda şunu tarif etmek lazım İstanbul için. Birincisi hepimiz depremden olacağımız için kendimizin ve yakın çevremize önce stabilizasyon oluştuk. O yüzden ilk müdahale dışarıdan gelecek. Bu çok net. Ama ondan sonra, hani stabilizasyondan sonra İstanbul'da kamu ve özel hastanelerin tümünün idari tasarrufunun Sağlık Bakanlığı'na, yani İl Sağlık Müdürlüğü'ne geçmesi, iki, mevcut hekimlerin ulaşabildiği en yakın hastaneye başvurması. Çünkü yolların kapanacağını biliyoruz. Diploma numaralarımızdan dolayı komuta merkezlerimize hastaneden bilgi gidecek. Ondan sonra ilgili komuta merkezleri bizi, öncelikle çalıştığımız hastaneye ama eğer onun gidişatı mümkün değilse, en yakın ihtiyaç bulunan hastaneye yönlendirebilmesi lazım. Bu merkezi kurabilirsek, çünkü benim kalkıp buradan işte Sultanbeyli'ne gidebilmem, orada Süreyyapaşa'nın yerini açabilmem fiilen mümkün olmayacak, bunu unutam. En yakın hastaneye başvurup kendimi stabilize aldıktan sonra benim diploma numaram üzerinden nerede göğüs hastalıkları uzmanlığı o lokalizasyonda ihtiyaç varsa o komuta merkezi oranın üzerinden yönlendirecek. Bunun da birimi ister kamu olsun ister özel hastane olsun, orası olması lazım. Böyle bir plana zorlayabilirsek güncel deprem zamanında en yakın hızlı koordinasyonu sağlayabiliriz diye düşünüyorum.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Çok teşekkürler. Belki kardeş iller ve kardeş hastaneler falan yapılmalı diye düşünüyorum. Evet, süreci zamanında bitirdik diye düşünüyorum. Hasan abi son sözü alalım sizden.

Dr. Hasan Oğın

Bu ayın 23'ünde Marmara Bölgesi Tabip Odaları toplantımız var. Bu konuştuğumuz çerçeveyi onlarla birlikte konuşacağız. Marmara bölge tabip odalarını bu sürece katmaya çalışıyoruz. Artı Osman Elbek'e ilaveten şunu söylemek istiyorum. Deprem bize şunu gösterdi. Depreme bağlı afet açısından kamusal sağlık hizmetinin yanı sıra özel sağlık hizmetini de mutlaka değerlendirmelidir. Depremle birlikte özel sağlık hizmetinin birçok kurumu hizmet dışı kaldı. Ayakta kalanlar ve yakın illerdeki özel sağlık kuruluşları çok kısa bir süre ücretsiz hizmet sundu. Ancak afetin akut dönemi bittiğinde özel sağlık sektörü hızla ticari anlayışına geri döndü.

Ekim - Kasım 2024 tarihlerinde çalışma grubu olarak Marmara Bölgesinin sağlık sistemini deprem açısından tartışmaya açacağız. Bu toplantıda özel sağlık sektörü de değerlendirilecek. Bugün İstanbul'da birçok kamu hastanesi hizmet dışı ya da yetersiz hizmet sunuyor. Kamu yeni hastanelerini İstanbul çevresinde, merkeze uzak inşa ederken özel sağlık sektörü giderek merkezi yerleşim alanlarını egemenliğine geçirdi. İnsanlar zorunlu olarak özel sektöre gitmek durumunda olacaklar. Bunları hep o toplantıda konuşacağız.

Doç. Dr. Nilüfer Aykaç

Hepinize çok teşekkür ediyorum.

SEMPOZYUM

DEPREMDE ACİL TIP UYGULAMALARI: DEPREME ÖZGÜ SORUNLAR VE OLASI ÇÖZÜMLER-2

Amaç;

Afet tıbbında karşılaşılan sorunlar ve uygulanabilecek tedaviler normal zamanlardaki hekimlik uygulamaları ile büyük farklılıklar gösterebilir. Farklı afet durumlarında birbirinden farklı yaralı/hasta grupları ve farklı sorunlar ile karşılaşılır. Tıp eğitimi programlarında genel olarak "Afet Tıbbı" dersinin olmaması afet durumlarında sağlık hizmeti süreçlerini daha da zor hale getirmektedir.

Sempozyumda depreme özgü acil tıp uygulamaları ile ilgili tüm hekimlere yönelik teorik, pratik bilgi vermenin yanı sıra birbirimizi anlamamızı kolaylaştırmak ve depremde sağlık hizmetinin kalitesinin artması hedeflenmektedir.