

ÇOCUK ACİL SERVİSLERİN DEPREM BÖLGESİNDE ORGANİZASYONU

Amaç

Bu raporda afet döneminde çocuk acil hizmetlerinin etkilenebilen bölgede organizasyonunda yaşanan sıkıntılarının ilk günden itibaren sahada görevli ve desteğe giden çocuk acil yan dal uzmanlarının gözlemleriyle aktarmak, ülkemizde sınırlı sayıda bulunan çocuk acil yan dal uzmanlarının bulunamadığı bölgelerde çocuk bakımı veren çocuk uzmanlarının deneyimlerini çocuk acil organizasyonu açısından değerlendirmek, afet bölgesinde verilen çocuk bakım hizmetlerini değerlendirmek ve gelecekte oluşturulacak planlamalarda çocuk acil servis hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sunmak amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu rapor deprem sırasında ve sonrasında etkilenebilen bölgede çocuk acil servislerde aktif görev alan çocuk acil yan dal uzmanlarının gözlemlerine dayanarak hazırlanmıştır. Tekrarlardan kaçınmak, kritik zaman dilimlerini tanımlamak, bölgede yaşayan ve sonrasında desteğe giden ilk, ikinci ve üçüncü grubun gözlemlerini yansıtabilmek için; 0, 24, 72. saat ve sonrasında olarak çocuk acil hizmetlerinin durumu bölümlere ayrılmıştır. Bu bölümlerde çocuk acil servisin durumu, ekip, hasta profili, başvuru ve sevkler, lojistik ve tıbbi malzeme, tedavi hizmetleri ve zorlayıcı noktalar alt başlıklar olarak incelenmiştir.

Öneriler

Bu bölümde çocuk acil yan dal uzmanlarının saha deneyimlerine dayanarak çocuk acil hizmetlerinin sunumu açısından uygulamada değişiminin yararlı olacağı konulara vurgu yapılmıştır. Çocukların farklı gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bakım kalitesinin artırılması için çocuk acil servis organizasyonunun planlanmasına yönelik öneriler belirtilmiştir. Kritik çocuk hasta bakımı için çocuk acil ve çocuk yoğun bakım yan dal uzmanlarının görevlendirme tanımlarına ve gereksinimlere dikkat çekilmiştir. Hastane afet planlarına çocuk senaryoları eklemenin ve çocuk travma hastalarına çocuk uzmanlarının bakmasının önemine dikkat çekilmiştir.

Sonuç

Yaşanılacak afetlerde çocukların farklı gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır. Çocuk afetzedelerin bakımında sahanın bir çocuk acil triaj alanı olduğu unutulmamalıdır. Kritik çocuk hasta bakımında, yönetimin çocuk acil yan dal uzmanlarında olduğunda, hastaların uygun triajı, uygun alanda ilk bakımı ve doğru gereksinimlerle uygun sevki mümkündür.

ORGANIZATION OF PEDIATRIC EMERGENCY SERVICES IN THE EARTHQUAKE ZONE

Aim

This report discusses the challenges faced in organizing pediatric emergency services during the disaster period. The observations of pediatric emergency subspecialists who have been working in the field since the first day and who went to support are included, as well as the experiences of child specialists who provide child care in regions where the limited number of pediatric emergency subspecialists in our country cannot be found. The report focuses on evaluating the organization of pediatric emergency services in the affected region. The objective is to assess the childcare services provided in the disaster area and contribute to the development of pediatric emergency services in future plans.

Methods

This report presents observations from pediatric emergency subspecialists who were actively involved in providing emergency services for children in the affected region during and after the earthquake. To avoid redundancy, critical periods are defined, and the observations of the first, second, and third groups living in the region and subsequently seeking support are reflected. The status of pediatric emergency services is divided into sections for 0-24 hours, 24-72 hours, and beyond. These sections examine the situation of the paediatric emergency department, the team, the patient profile, requests and referrals, logistics and medical supplies, treatment services, and challenging points under subheadings.

Suggestions

This section highlights changes that would be beneficial to the delivery of pediatric emergency services based on the experiences of pediatric emergency subspecialists. It suggests planning the organization of the pediatric emergency department to evaluate the different needs of children and improve the quality of care. Attention is drawn to the assignment definitions and requirements of pediatric emergency and pediatric intensive care subspecialists for critical pediatric patient care. The importance of adding pediatric scenarios to hospital disaster plans and having pediatric specialists look after child trauma patients was highlighted.

Conclusion

During disasters, it is important to consider the varying needs of children. When caring for child disaster victims, it is crucial to remember that the field is a pediatric emergency triage area. Proper triage of patients, initial care in the appropriate area, and appropriate referral with the necessary resources are possible when management is carried out by pediatric emergency subspecialists trained in pediatrics.

HAZIRLAYANLAR

Türk Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Derneği adına;

Dr. Öğretim Üyesi Sevcan Bilen
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Uzm. Dr. Gamze Gökulu
Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Servisi

Uzm. Dr. Ömerhan Başpınar
Kahramanmaraş Necip Fazıl Kısakürek Şehir Hastaneleri
Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi
Çocuk Acil Servis

Dr. Öğretim Üyesi Ahmet Birbilen
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Uzm. Dr. Pınar Çay
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Uzm. Dr. Emre Güngör
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Uzm. Dr. Orkun Aydın
Ankara Etlik Şehir Hastanesi
Çocuk Acil Servis

Doç. Dr. Murat Doğan
Kayseri Şehir Hastanesi
Çocuk Acil Servisi

Doç. Dr. Sinem Sarı Gökay
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Çocuk Acil Eğitim Kliniği

Doç. Dr. Ayşe Gültekingil
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Doç. Dr. Aykut Çağlar
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Prof. Dr. Eylem Ulaş Saz
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Prof. Dr. Murat Duman
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Prof. Dr. Hayri Levent Yılmaz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Prof. Dr. Alkan Bal*
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

***Sorumlu Yazar: balalkan@hotmail.com**

GİRİŞ

Bu raporda afet döneminde çocuk acil hizmetlerinin etkilenen bölgede organizasyonunda yaşanan sıkıntıların ilk günden itibaren sahada görevli ve desteğe giden çocuk acil yan dal uzmanlarının gözlemleriyle aktarmak, ülkemizde sınırlı sayıda bulunan çocuk acil yan dal uzmanlarının bulunmadığı bölgelerde çocuk bakımı veren çocuk uzmanlarının deneyimlerini çocuk acil organizasyonu açısından değerlendirmek, afet bölgesinde verilen çocuk bakım hizmetlerini değerlendirmek ve gelecekte oluşturulacak planlamalarda çocuk acil servis hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sunmak amaçlanmıştır.

Bu yazı deprem sırasında ve sonrasında etkilenen bölgede çocuk acil servislerde aktif görev alan çocuk acil yan dal uzmanlarının gözlemlerine dayanarak hazırlanmıştır. Deprem sonrası Türk Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Derneği hızlıca aktive olarak, bölgeye gönüllü uzmanların gidebilmesi için yetkili makamlar ile iletişime geçmiştir. Depremden ağır etkilenen illerde uygun çalışma alanları bulunamadığından ya da çeşitli nedenlerle çocuk acil hizmetlerinin başka hekimlerce sağlanabildiği illerde, çalışan kişilerle birebir görüşmelerden elde edilen verilerden yararlanılmıştır. Yazıda tekrarlardan kaçınmak, kritik zaman dilimlerini tanımlamak, bölgede yaşayan ve sonrasında desteğe giden ilk, ikinci ve üçüncü grubun gözlemlerini yansıtabilmek için; 0, 24, 72. saat ve sonrasında olarak çocuk acil hizmetlerinin durumu bölümlere ayrılmıştır. Bu bölümlerde çocuk acil servisin durumu, ekip, hasta profili, başvuru ve sevkler, lojistik ve tıbbi malzeme, tedavi hizmetleri ve zorlayıcı noktalar alt başlıklar olarak incelenmiştir.

Türkiye'nin güneydoğu bölgesinde Kahramanmaraş çevresinde 6 Şubat 2023'te Richter ölçeğinde 7,8 ve 7,5 Mw büyüklüğünde ardışık iki büyük yıkıcı deprem ve sonrasında çok sayıda artçı depremler gerçekleşmiştir. Kahramanmaraş, Hatay, Gaziantep, Osmaniye, Malatya, Adana, Diyarbakır, Şanlıurfa, Adıyaman ve Kilis depremden en çok etkilenen illerimizdir. Bu illerimizden Kahramanmaraş, Gaziantep, Adana, Diyarbakır, Şanlıurfa ve Adıyaman'da Çocuk Acil Yan Dal Uzmanları deprem anında bulunmaktaydılar. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, Türkiye ve Suriye'de etkilenen bölgeler, 1,4 milyonu çocuk olmak üzere yaklaşık 23 milyon kişiye ev sahipliği yapmaktadır. Resmi rakamlara göre depremlerde 50.096 kişi hayatını kaybetmiştir (20/03/23). Depremin etkilediği bölgenin çapı resmi makamlarda 500 kilometre olarak açıklanmıştır. Aile ve sosyal hizmetler bakanlığının verilerine göre; deprem

bölgesinde 1915 refakatsiz çocuk hastanın kaydedildiği ve 411 çocuğun öldüğü belirtilmektedir (21/03/23).

Deprem bölgesinden ilk günden itibaren sevk alan illerimizden; çocuk hastaların sevkinde yaşanan sorunlar, ilk bakımları ve çocuk acil organizasyonunda yaşanan sıkıntılar bu yazıda ilk tanıkları aracılığıyla belirtilmiştir.

Afet durumlarında sağlık hizmetlerinin yönetimi ve planlaması hayati önem taşımaktadır. Ancak, bir afet sırasında ortaya çıkan kaos ve belirsizlik, sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde yönetilmesini zorlaştırmaktadır. Bu raporda, Türkiye'de meydana gelen bir deprem sırasında yaşanan sağlık hizmetleri sorunları ve çözüm önerileri ele alınmaktadır.

Deprem sırasında sağlık hizmetlerinin yönetimi, çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmıştır. Hastanelerin alt yapı eksiklikleri, personel eğitimsizliği ve koordinasyon eksikliği gibi problemler, hastaların takibini ve tedavisini zorlaştırmıştır. Ancak, raporda önerilen çözüm önerileriyle, sağlık hizmetlerinin afet durumlarında daha etkili bir şekilde yönetilmesi mümkündür.

Önerilen çözüm önerileri arasında, hastanelerin alt yapılarının iyileştirilmesi, personel eğitiminin artırılması, koordinasyonun güçlendirilmesi ve lojistik ve tıbbi malzeme yönetiminin daha etkili hale getirilmesi yer almaktadır. Bu stratejilerin uygulanması, afet durumlarında sağlık hizmetlerinin daha etkin yönetilmesine, hastaların izlenmesi ve tedavisi için gerekli altyapı ve kaynakların temin edilmesine katkıda bulunacak, böylece çocukların sağlık durumlarının iyileştirilmesine ve hayatta kalma oranlarının artırılmasına yardımcı olacaktır.

Adıyaman'da görev yapan Dr. Ali Öztürk arkadaşımızı depremde kaybettik. Bu raporu ona ithaf ediyoruz...

0. Saat Çocuk Acil

Antakya:

Hastanelerin altyapısında yaşanan kritik sorunlar, deprem gibi bir afet durumunda, acil sağlık hizmetlerinin sunumunu ciddi şekilde tehlikeye atmıştır. Elektrik ve su kesilmiş, jeneratörler devreye girmemiş, oksijen kaynağı kullanılamamış, temel tıbbi malzeme ve ilaç

eksikliği gibi durumlar, hastanelerin işlevselliğini ciddi derecede kısıtlamıştır. Bu durumlar, hastanenin yıkılma riskinin yanı sıra, çocuk doktorlarının yetersizliği gibi ek faktörlerle birleştiğinde, acil durumlarda gereken tıbbi müdahaleleri gerçekleştirmek neredeyse imkansız hale gelmiştir.

Yenidoğan ve Çocuk Yoğun Bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon gerektiren hastalar için uygun şartların ve fiziksel mekanların bulunmaması, bu hastaların hayatta kalma şanslarını azaltmış ve mevcut sağlık personelinin müdahale kabiliyetini sınırlamıştır. Ulusal Medikal Kurtarma Ekibinin operasyonel altyapısının zarar görmesi, sahra hastanesi gibi alternatif çözümlerin hızla devreye sokulmasını engellemiştir. İletişim ağlarının çökmesi, 112 acil kurtarma telefonuna ulaşılamaması, internetin çok yavaşlaması ve merkezi koordinasyonun olmaması, afet yönetimi ve müdahalesinin etkinliğini ciddi şekilde zorlaştırmıştır. İl dışına sevklerin gecikmesi (öğleden sonra başlatılabilmektedir) ise kritik durumdaki hastalar için hayati önem taşıyan zamanın kaybedilmesine neden olmuştur.

Bu tür bir senaryoda, afet yönetimi planları kapsamında hızlı ve etkili çözümler üretmek, yerel ve ulusal acil durum ekiplerinin koordineli çalışmasını gerektirir. Afet sonrası hızla kurulabilecek mobil sağlık birimleri, alternatif iletişim hatları kurma ve lojistik destek sağlama gibi stratejiler, bu tür durumların üstesinden gelmek için kritik öneme sahiptir.

Kahramanmaraş:

Deprem sonrasında iletişim ağlarının çökmesi (telefon, internet), tıbbi kayıtların tutulmasında ve hastaların kimlik bilgilerine erişimde önemli engeller oluşturmuş hastalar isimsiz olarak deftere elle kaydedilmiştir. Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nin hasar görmesine rağmen erişkin travma hastalarına hizmet verecek şekilde yeniden organize edilmesi, kaynakların esnek kullanımının ve hastane altyapısının adaptasyonunun iyi bir örneğini teşkil eder.

Deprem sonrası yaşanan panik ve artçı sarsıntılar, hastane personelinin çalışma koşullarını doğrudan etkilemiş ve hissedilen güvensizlik, personelin görevlerini yerine getirme konusundaki istekliliğini azaltmış, bazıları ise hastaneye gelmemiştir. Bu durum bazı personellerin fazla mesai yapması ile sonuçlanmıştır.

İlk birkaç gün içinde şebeke suyunun bulanık akması ve düzenli yemek sağlanamaması, afetin getirdiği diğer zorluklardı ve bu da hem hastaların hem de personelin sağlığı için ek riskler oluşturuyordu.

İlk günün akşamında iletişimin yeniden sağlanması ve radyoloji hekimlerinin çabaları, hastane içindeki koordinasyon ve iş birliği ile görüntü raporlama gibi kritik tıbbi süreçlerin sürdürülebildiği gözlenmiştir.

Adana:

Depremden binaları hasar görmeyen, travma hastası takibinde deneyimli hekimlerin bulunduğu Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi afet hastanesi olarak belirlendi. Bu hastanelerin dışında 3 devlet hastanesi ve 1 üniversite hastanesi daha sağlık hizmeti vermeye devam etti. Hem il içinden hem de diğer deprem bölgelerinden hastaların kabulü için hazırlıklar yapılmaya başlandı. Hastane afet ekipleri ile kriz masaları kuruldu, ihtiyaç olabilecekler ve eksikler gözden geçirildi. İlk gün yıkılan binaların enkazı ve güvenli alana geçmeye çalışanlar nedeniyle trafiğin yoğunluğu, olumsuz hava şartları, iletişim sorunları, aynı anda çok sayıda yerleşim bölgesinin ve bu yerlerde birçok hastanenin depremden zarar görmüş olmasının yaşanan başlıca sorunlar arasında olduğu belirlendi.

a) Çocuk Acil Servisin Durumu

Adana

Çocuk acil ekibi ile görüşülerek hastane binalarının ciddi bir hasar görmediği, acil serviste gözlem altında olan hastaların, nöbetçi hekim ve sağlık personellerinin de durumlarının iyi olduğu öğrenildi. Hastaneye ulaşmadan önce çocuk acil ve yoğun bakım yataklarının dolu olduğu bilgisi öğrenildi. Depremin etkilediği iller ve büyüklüğü anlaşıldığında hastanelere getirilebilecek depremedelere yer açabilmek için taburcu olabilecek hastalar belirlendi, yataklar boşaltılmaya başlandı. Hastane Afet Planı (HAP) ekibi, başhekimlik, çocuk sağlığı ve

hastalıkları öğretim üyeleri, sorumlu hemşireler, idari ve eğitim amirleri ile biraraya gelerek toplantılar düzenlendi. Gözlem alanları mümkün olduğunca hızla boşaltıldı, bir gözlem alanı ayaktan gelebilecek hastalar için ayrıldı, bir diğer gözlem alanı kritik/yoğun bakımlık hastaların alınacağı gözlem olarak belirlendi, resüsitasyon odaları dışında yoğun bakım ihtiyacı olabilecek hastalar için ayrı alan oluşturuldu, travma alanına ek sedyeler yerleştirildi. Gözlem alanında bulunan büyük pediatrik yataklar alanı daralttığı için başka yerlere alındı, aynı gözlem alanına sedye çekilerek alınabilecek hasta sayısı arttırıldı. Önceliklendirme (trijaj) alanlarının sayısı arttırıldı. Genel durumu iyi ve hızlı bakı ile taburcu olabilecek hastalar acil servisin içine alınmadan taburcu edilebilecekleri bir bölüm oluşturuldu. Ayaktan başvuran hastalar ayrı bir alanda değerlendirilerek acil servisin yoğunluğu azaltılmaya çalışıldı. Mevcut yataklı çocuk servislerine ek olarak depremzede çocuklar için yataklı servisler açıldı, çocuk yoğun bakım ve cerrahi servislerin yatak sayılarında mümkün olduğunca arttırıldı. Deprem sonrası hasar görmeyen ve dayanıklı olduğu düşünülen hastanelerimizde sağlık hizmeti bina içinde vermeye devam edildi. Binalarında hasar şüphesi olan hastanelerimizde acil servis dışına HAP komisyonunca daha önceden belirlenen acil toplanma alanına çadırlar kurularak olası bir duruma karşı hazır bekletildi. Öğlen saatlerinde ikinci büyük deprem yaşandığında üniversite hastanesi çocuk acil servisinde gözle görülen hasar olmamasına karşın önlem amaçlı hastalar ve yakınları çadırlara yerleştirildi. Gerekli malzeme ve cihazlar dikkatle servis içinden çıkarıldıktan sonra sağlık hizmetleri kurulan bu çadırlarda vermeye devam edildi.

Mersin:

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi deprem sonrası fiziksel bir hasar almadı, bu nedenle deprem sonrası erken dönemden itibaren tam kapasite ile hasta bakımı yapmaya devam edildi. Hastanenin HAP (Hastane Afet Planı) ekibi hemen toplandı ve görevli tüm personel gerekli düzenlemelerin yapılması için hemen harekete geçti. Çocuk acil serviste 1 triaj alanı, 4 adet yeşil alan polikliniği, 1 adet sarı alan (24 yatak kapasiteli) ve 1 adet kırmızı alan (22 yatak kapasiteli), 1 izole negatif basınçlı oda (2 yatak kapasiteli), 2 adet resüsitasyon odası, 1 enjeksiyon odası bulunmaktaydı. Deprem yaşandıktan sonra çok sayıda hasta geleceği tahmin edilerek sedye sayısı arttırıldı, boş olan her alana (koridorlar dahil sedye çekilmiş) çoğu hastaların karşılanacağı ambulans ve çocuk girişine yakın yere konumlandırıldı. Bu düzenlemeler yapılırken sedyelerin tekrar bir deprem anında hastaneden kaçıışı engellememesi şekilde yerleştirilmesine özen gösterildi. Olası yeni deprem anında hastanemizin etkilenebilme durumuna istinaen çocuk acil önündeki alan boşaltıldı, park halindeki araçlar çıkarıldı ve bu

alana 2 adet çadır kuruldu. Sağlık personelinin daha etkin çalışmasını sağlamak, malzeme, ilaç vs temini ve hazırlanmasında karışıklıkları önlemek, çocuk travma eğitimi olan hekimin tek olması nedeniyle hastaların hepsini göz önünde tutabilmek ve çıkışa daha yakın bulunduğundan yeni bir deprem durumunda hızlı transfer yapılabilmesi için hastaları ilk olarak daha geniş olan sarı alanda takip edilmesi planlandı. Bu alanın bir kanadı daha kritik olan hastaların kabul edileceği kırmızı alan olarak ayrıldı. Çocuk acil sarı ve kırmızı alanında olan kartlı geçişlerdeki kart sistemi çıkışların kolaylaşması için devre dışı bırakıldı. Hastane idaresi, HAP ekibi talimatları ve çalışmalarıyla yoğun bakım ve servislerde yatan durumu stabil olan hastaların taburculuğu hızlandırıldı, sevki başlatıldı, yatak sayısı bazı servislerde 2, bazı servislerde 3 katına çıkarılarak yatak kapasitesi artırıldı.

Kayseri:

Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde deprem sonrası erken dönemden itibaren hem normal hasta hem deprezede hasta bakımı yapmaya devam edildi. Hastanenin HAP (Hastane Afet Planı) ekibi hemen toplandı ve görevli tüm personel gerekli düzenlemelerin yapılması için hemen harekete geçti. Çocuk acil serviste 1 triaj alanı, 3 adet yeşil alan polikliniği, 1 gözlem alanı (24 yataklı), 1 adet sarı alan (6 yatak kapasiteli) ve 1 adet kırmızı alan (2 yatak kapasiteli), 1 adet resüsitasyon odası, 1 enjeksiyon odası bulunmaktadır. Bulaşıcı hastalık, toplu zehirlenme ve deprem gibi durumlarda ikinci bir gözlem 24 yataklı aktif hale getirilebilir durumdadır. Deprem yaşandıktan sonra çok sayıda hasta geleceği tahmin edilerek ikinci gözlem odası hazırlandı ve aktif hale getirildi. Travma hastaları erişkin acilde değerlendirilmesi planlandı. Hastane idaresi, HAP ekibi talimatları ve çalışmalarıyla yoğun bakım ve servislerde yatan durumu stabil olan hastaların taburculuğu hızlandırıldı, sevki başlatıldı, yatak sayısı bazı servislerde 2, bazı servislerde 3 katına çıkarılarak yatak kapasitesi artırıldı.

b) Ekip

Adana:

Çocuk poliklinikleri deprem sonrası ilk saatlerde kapatıldı, ancak randevu alıp il dışından getirilen süreğen hastaların mağdur edilmemesine dikkat edildi. Buralarda çalışan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, pediatri asistanları ve bazı hastanelerde pratisyen

hekimler depremzedeleri yoğun olarak karşılayacak çocuk acil servisine ve izlemlerinin yapılacağı yataklı servislere görevlendirildi. Pediatri bölümlerindeki yandal asistanları/uzmanları da aynı alanlarda desteğe çağrıldı, hekimlere her gün çocuk acil ve çocuk servisinde olmak üzere nöbet yazıldı. Yeni açılan depremzede servislerinden sorumlu konsültan öğretim üyeleri, pediatri uzmanları ve pediatri yandal uzmanları belirlendi. Acilden sorumlu başhekim yardımcısı, çocuk sağlığı ve hastalıkları ana bilim dalı başkanı/çocuk acil-çocuk yoğun bakım bilim dalı başkanları, hemşire ve yardımcı sağlık personeli sorumluları ile devamlı iletişim halinde kalındı. Başhekimlik ve başhemşirelik onayı ile hekim ve sağlık personellerinin yıllık izinleri iptal edildi, ek hemşire, personel desteği sağlandı. Tıbbi sekreter sayısı da artırıldı. İlk gün adli tıp hekimlerine destek gelene kadar geçici süreyle çocuk acilden bir hekim morg bölümünde görevlendirildi. Çocuk acil servisinde deprem dönemi dışında da travma hastası takip edilmektedir, ancak bu süreçte il içinden ve çevre illerden çok sayıda gelebileceği öngörülen hastalara yönelik hekim ve hemşirelerden oluşan yeni travma ve pansuman ekipleri kuruldu. Cerrahi branşlar (ortopedi, çocuk cerrahi, beyin cerrahi, plastik cerrahi, kalp damar cerrahi, göz, kulak burun boğaz..) kendi içlerinde ekipler oluşturarak çocuk acilde görevlendirildiler. Bazı hastanelerde ilaç, sıvı ve olası dializ tedavileri için gerekli olabilecek kateterleri yerleştirmek için radyoloji ve anestezi bölümünlerinden hekim desteği alındı. Ayrıca çocuk acilde hızla ‘Genişletilmiş Travma Odaklı Ultrasonografi’ (Extended FAST [e-FAST]) yapabilmek için de radyoloji klinikleri destek verdi. Öğlen ikinci büyük deprem sonrasında gün içinde yoğunluğun artması ile çocuk acil ekibinin hem moral olarak tükenmeye başladığı hem de bedenen yorulduğu gözlemlendi, vardiya süreleri değiştirildi, nöbet saatleri tekrar düzenlendi.

Mersin:

Normal şartlarda çocuk acilde 24 saat 4 pratisyen hekim, 1 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi; mesai saatleri içerisinde çocuk acil yandal uzman hekimi görev yapmaktadır. Travma hastaları çocuk acil yandal uzman hekiminin çalıştığı mesai saatleri içerisinde çocuk acil servisi tarafından kabul edilmektedir. Hastanemizde çalışan pediatri uzmanı hekimlerinin travma ile ilgili bilgi, deneyimlerinin yetersiz olmaması nedeniyle çocuk acil uzmanının görev yapmadığı zamanlarda major travma hastaları erişkin acil kabul etmektedir. Depremden sonraki ilk saatlerde çocuk acilde major travma bilgisi, tecrübesi olan tek hekim olması (çocuk acil yandal uzman hekimi) nedeniyle çok sayıdaki hastaya yetişemeyeceği öngörülerek tüm travma hastaları erişkin acilde kabul edildi, çocuk acil uzmanı da erişkin acilde hizmet verdi. Ancak ilerleyen birkaç saat içerisinde çok sayıda hastanın başvurusu, sebebiyle erişkin acilde çalışan hekimlerin ve personelin yoğunluğu çok arttı. Hastanemize getirilen erişkin hasta sayısının

çocuklara göre daha fazla olması, gelişindeki klinik durumlarının daha ağır olması nedeniyle ekibin önceliği erişkin kritik hastalar oldu. Aynı zamanda da çocuk acil hekiminin erişkin acildeki personeli tanımaması, o servisteki işleyişe hakim olmaması bazı işlerin yavaşlamasına sebep oldu. Bu sebeplerle çocuk hasta bakımının daha hızlı ve etkin yapılabilmesi, çok sayıda başvurunun olduğu erişkin acilde alan açmak, travma olmasa da çocuk hasta deneyimi fazla olan sağlık personelinin mevcut olması sebebiyle depremzede çocuk hastalar çocuk acil serviste kabul edilmeye başlandı. Hastanedeki tüm poliklinikler kapatıldı, MHRS randevuları iptal edildi. Çocuk acilde görevli çocuk sağlığı ve hastalıkları, pratisyen hekim, hemşire, tıbbi sekreter, taşıma ve temizlik personeli sayısı artırıldı. Çalışma düzeni sağlanırken tüm ekipler vardiyalı, nöbet usulüne göre çalışacak şekilde düzenlendi. Özellikle giriş ve çıkışlardaki güvenlik personeli sayısı artırıldı. Çocuk acil dışı yandal uzmanları da acil, yoğun bakım ve serviste görevlendirildi. Major travmada triaj, istenecek tetkik ve görüntülemeler, başlanacak tedaviler ile ilgili özet, kolay anlaşılır protokoller oluşturuldu. Bu protokoller yaygın akıllı telefon uygulamaları aracılığı ile hem doktor hem hemşire gruplarında paylaşıldı. Hastane personelinin deprem illerinde ailelerinin ve yakınlarının olması, fiziki hasar olmasa da depremin şehirde yoğun şekilde hissedilmesi sebebiyle sağlık çalışanlarında endişe ve korku hakimdi. Deprem illerinden haber alınamaması, iletişimin kesilmesi, bazı sağlık personelinin yakınlarını kaybettiğini öğrenmesi çalışmayı zorlaştırsa da genel olarak ilk günlerde hastane çalışanlarının çoğunun motive, yardıma istekli, yüksek özveri ile çalıştığı gözlemlendi.

Kayseri:

Travma hastaları erişkin acil servisi tarafından kabul edilmektedir. Erişkin acilde ilk müdahalesi yapılan stabil hastalar yer durumu sıkıntılı olduğu zaman çocuk acil servisinde takip ve tedavileri yapıldı. Çocuk acil ve erişkin acil ekibinin uyumlu çalışması nedeniyle işleyiş açısından bir sıkıntı yaşanmadı.

c) Hasta Profili

Adana:

6 Şubat sabahı saat 05.00 itibariyle depremden etkilenen ilk hastalar (ev tipi mekanik ventilatörü olan trakeostomili hasta ve solunum yetmezliği olan onkoloji hastası) acile aileleri

tarafından getirildi. Ardından başvurular öncelikle Adana'da depremden kaçarken yaralananlardı. Saatler ilerledikçe enkazlardan yakınlarının veya çevredekilerin imkanlarıyla çıkartılanlar Adana, Nurdağı, İskenderun ve Hatay'dan getirilmeye başlandı. Hastalarda sıklıkla çoğul travma (ilk saatlerde daha çok ekstremite veya dalak-karaciğer yaralanmaları, mesane rüptürü, arter yaralanmaları, akciğer kontüzyonları vb), ekstremite ampütasyonları olduğu gözlemlendi. Aynı gün saat 13.24'de merkez üssü Kahramanmaraş olan ikinci büyük deprem sonrasında ise getirilen hastalar sadece enkazdan çıkarılanlar değil ayrıca deprem nedeniyle hasar gören Hatay, İskenderun, Kahramanmaraş Devlet Hastanelerinden ve bazı özel hastanelerden tedavi verilemeyeceği için sevk edilen çoğu isimsiz-kimliksiz olan hastalardı. Bu hastaların büyük kısmını yenidoğan bebekler oluşturmaktaydı. Yıkılan/hasar gören hastanelerden bebek ve çocuklar ambulanslarla toplu bir şekilde yanlarında yakını olmadan, isimleri flastere veya vücuduna yazılmış halde getirildiler. Saatler ilerledikçe Hatay, Kahramanmaraş, Adıyaman ve Malatya'dan daha kritik hastalar (crush ve kompartman sendromu, arter kesisi ve ampütasyonlar, solunum yetmezliği, pnömotoraks/plevral efüzyon veya ağır kafa travmasına bağlı entübe hastalar, kardiyopulmoner arrestler vb) kabul edilmeye başlandı. Depremzedelerin yanı sıra hastanelerimizde çocuk yandal bölümlerinin bulunması nedeniyle süregelen hastalığı olanlar, çocuk acil kliniği travma ve zehirlenme merkezi olduğu için bıçaklanmalar, trafik kazaları, düşmeler, zehirlenmeler, özkıyım ve yabancı cisim vakaları gibi özellikli tedavi ve izlem gerektiren olgularda kabul edilmeye devam edildi.

Mersin:

Afet sonrası ilk başvuruları kendi imkanları ile hastanemize gelen hastalar oluşturdu. İlerleyen saatlerde 112 kara ambulansı ile çok sayıda hasta getirildi. Aynı şekilde kendi imkanlarıyla getirilen hastaların başvuruları da devam etti. Deprem bölgesinden ilk saatlerde getirilen hastalar çoğunlukla yumuşak doku travması, hafif yaralanmalar ve kesiler, hafif kafa travmalarıydı. Çok sayıda durumu stabil yenidoğan hasta getirildi. Bu hastaların hastanenin zarar görmesi ile dışarı çıkarılan sağlıklı yenidoğanlar olduğu, havanın soğuk olması sebebiyle öncelikli olarak getirildiği bilgisi verildi. İlerleyen saatlerde hastanemize 112 Kara ambulansı ile getirilen hastaların sayısı arttı ve bu hastaların çoğunluğunu daha ağır yaralanmalar, akciğer kontüzyonu, pnömotoraks, hemotoraks, karaciğer ve dalak laserasyonları, ampute ekstremitesi olan çocuklar, ağır kafa travmaları, açık kırıklar, kompartman ve crush sendromu, hipotermi, hipovolemisi olan hastalar oluşturduğu gözlemlendi. Bu yaralanmaların çoğunun enkaz altında kalma sonucu oluştuğu ayrıca bina yıkılmamasına rağmen üzerine ağır cisim devrilme (gardrop,

konsol, televizyon vb.) çok sayıda yaralanma başvurduğu gözlemlendi. Depremzede olarak getirilen hastaların büyük kısmı ilk olarak hastanemizde sağlık hizmeti aldı. Hastanemizde tüm yandal bölümlerinin hizmet vermesi ve ilin en büyük hastanesi olması sebebiyle hem deprem illeri hem de ilimizin diğer özel ve ilçe hastanelerinden yandal gereksinimi olan hastalar (nöbetler, diyabetik ketoasidozlar) gelmeye devam etti. Yine mevsim itibarıyla sık görülen enfeksiyon hastaları (bronşiolit, pnömoni, age vb.) acile sık başvuru sebepleri arasındaydı. Hastanemizde takipli kronik hastaların başvuruları devam ederken (malignite, talasemi vb.) deprem illerindeki bu tanımlı hastalar da kendi illerinde hastanelerinin zarar görmesi sebebiyle hastanemize getirildi.

Kayseri:

Afet sonrası ilk başvuruları kendi imkanları ile hastanemize gelen hastalar oluşturdu. 0-6. saatte özellikle Kahramanmaraş ilindeki özel hastanede yatan yenidoğan çocuklar başta olmak üzere tüm Kahramanmaraş ilindeki sevkler kabul edildi. Deprem bölgesinden ilk saatlerde getirilen hastalar çoğunlukla yumuşak doku travması, hafif yaralanmalar ve kesiler, hafif kafa travmalarıydı.

d) Başvuru ve Sevkler

Adana:

Depremzedeler ilk saatlerde daha çok kendi yakınlarının veya çevredekilerin imkanları ile hastanelere ulaştırıldı. İzleminde ve öğlen saatlerinde ikinci deprem sonrasında ise sıklıkla 112 aracılığıyla hastalar getirildi. Hasta yükünün fazla olmasından ve çocuk hastaların erişkine göre tıbbi müdahalesinin daha zor olmasından dolayı 112 tarafından birçok hastanın hiçbir müdahale yapılamadan, damar yolu dahi açılmamış halde getirildiği görüldü. Gün içinde 112 tarafından kara ambulansı ile nakiller yapılmaktayken akşam saatlerinde helikopter-uçak ambulanslarla hastalar transfer edilmeye başlandı. İlimizde afet hastanesi ilan edilen hastanelere getirilen çoğu hasta servislere yatırıldı, yataklar dolmaya başlayınca yaşamsal bulguları daha stabil olan bazıları hastalar ilk müdahaleleri yapıldıktan sonra yine 112 aracılığıyla il içi veya çevre illere sevk edilmeye çalışıldı. Ancak ilk gün 112 ambulanslarının neredeyse tümü depremden ağır etkilenmiş illerden yakın illere hasta transfer ettiği için afet

hastanelerine getirilen yüzlerce hastanın nakilleri ikinci günden sonra başlayabildi. Yoğunluk nedeniyle getirilen hastalar ile ilgili öncesinde herhangi bir bilgi (kaç hasta getirileceği veya genel durumları gibi) verilemiyordu. Hastaların hepsine olay bildirimini, doğal afet-depremzede (X34 tanı kodu) kaydı açıldı. İsimsiz ve kimliksiz getirilen çok sayıda hastanın bilgileri (nerden geldiği, bilinen isim veya soyadı, kaç saat enkaz altında kaldığı, yapıldıysa ilk tetkik ve tedavisi vb) ya vücutlarına direkt kalem ile yazı yazılmıştı, ya da flaster/not kağıdı üstüne yazılıp üzerlerine yapıştırılmıştı. Bu şekilde getirilen hastalara numaralar verildi, bilekliklerin takılmasına özen gösterildi, başta önceliklendirme alanında, ardından sayı çoğaldıkça klinikte izlemleri esnasında mutlaka fotoğrafları çekildi. Sosyal hizmetler ve polis gözetimi ve bilgileri dahilinde izlemleri yapıldı, güvenlik ekipleri tarafından sık sık kontroller yapılarak alanlara yabancıların girmesine izin verilmedi. Kimliksiz/kimsesiz olan hastaların taburculuk veya sevk edilme durumlarında tutanaklar tutuldu, ikinci gün itibariyle DNA örnekleri, parmak izleri alınıp ayrıldı ve tüm belgeler kayıt altına alındı. İlk gün hastanemiz bünyesindeki, ertesi gün sağlık müdürlüğünden görevlendirilen sosyal hizmetler yetkilisi ve polisler tarafından kayıtları tutulmadan sevklerine veya taburculuklarına izin verilmedi. Kimsesi olmayan ve taburcu olabilecek hastalar tüm kayıtları ve resmi prosedürleri tamamlandıktan sonra sosyal hizmetlere teslim edildi. Birinci derece akrabaları dahil yakınları sonradan gelen hastalar polis ve sosyal hizmetler bilgisinde kimlikleri belirlenip onay alınmadıkça teslim edilmedi.

Mersin:

Depremi ilk saatlerinden itibaren çok sayıda hasta kendi imkanları ile hastanemize başvurdu. Depremi 24. saatinde İskenderun'dan kalkan gemi ile çok sayıda hasta Mersin limanından hastanemize getirildi. Öncesinde gemide kaç sayıda çocuk olduğu, hastaların durumlarının nasıl olduğu, entübe kaç çocuk olduğu ile ilgili herhangi bir bilgiye ulaşılamadı. Geminin limana gelmesiyle çok sayıda hasta aynı anda acile giriş yaptı, bu durum triajda büyük bir yoğunluğun yaşanmasına neden oldu. Çocuk yoğun bakımın kritik hasta kabulünü hemen yapması, çocuk travma tecrübesi olan bazı hekimlerin geminin geldiği zamanlarda triaja yardıma gelmesi çok sayıdaki hastanın uygun alana yönlendirilmesini sağladı. Hastanemizin afet hastanesi olması sebebiyle yeşil alan hastalarının girişi durduruldu ancak sarı ve kırmızı alanda depremzede olmayan hastaların başvuruları kabul edildi. Acilde ilk müdahale yapıldıktan sonra hızlıca servislere yatışlar sağlandı. Hatay'dan hastanemize getirilen hastaların büyük kısmında herhangi müdahale yapılmadan hastanemize getirildiği gözlemlendi. Bazı

çocukların üzerinde notlar yazılmış kağıtlar olduğu ve o kağıtlarda kısa bir anamnez (kaç saat göçükte kalmış), yaralanma bölgesi, uygulanmış tedavilerin yer aldığı gözlemlendi. Bu şekilde hazırlanmış kağıtların hastanemizdeki triajı kolaylaştırdığı gözlemlendi. İlerleyen saat/günlerde limana 2 gemi ile benzer şekilde hasta transferi oldu. Hava koşulları ve yağışlar nedeniyle uzak illere sevkler 48 saat sonra başlayabildi. Ankara, İstanbul gibi büyük şehirlere olan hasta sevklerinin büyük bölümü, özellikle Hatay'da sağlık hizmeti verebilecek imkanların yetersiz olması nedeniyle, hastanemize getirilip stabil hale getirildikten sonra yapıldı. Çocuk acilde görüntülemeler veya konsültasyonların yoğunluk sebebiyle tamamlanamamış olması, kritik hastaların hızlıca yoğun bakıma yatırılması sebebiyle sevklerin çocuk acilden değil servisten veya çocuk yoğun bakımdan yapılmasına karar verildi. Bu durum acil servisin sirkülasyonunu hızlandırdı. Sevk edilecek kurum, sevk için kullanılacak araç HAP ekibi tarafındaki idareciler ve kurulmuş ekip tarafından belirlendi, gerekli ayarlamalar onlar tarafından yapıldı. Hekimlerden sadece hasta seçmesi istenildi. Bu işleyiş ile sevkler hızlı bir şekilde yapıldı, çocuk acilden yatan hastalar için hem yoğun bakım hem de servislerde hızlıca alan açılabilirdi.

Hastanemize getirilen çok sayıda hastada kimlik bilgisi mevcut olmadığından genel bilgilerinin, tutanaklarının dikkatli tutulmasına özen gösterildi. Çok sayıda yenidoğan alınma yapılandırılmış, üzerinde soyadı yazan bant ile hastanemize getirildi. Birçok kimliksiz/ ebeveysiz hasta getirildi. Ailesi ile getirilen çocuklarda bile kimlik kontrolü yapılamaması sorunlara sebep oldu. Depremi ilk anından itibaren hastanenin Sosyal Hizmetler birimi ile koordineli çalışıldı. İlk gün kimlik kontrolü yapılamayan her hastaya yatış verildi. Kimlik tespiti yapılamayan çocukların hepsi sosyal hizmetler görevlileri tarafından değerlendirildi. İlerleyen günlerde bu durum yatak sıkıntısına sebep oldu. Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın ilerleyen günlerde yayınladığı genelge ile çocuk acil servisinde 2 alanda sosyal hizmetler görevlileri, emniyet görevlilerinin yer aldığı birer ekip kuruldu, bu ekipler taburculuğu planlanan her hastayı değerlendirdi. Taburculuğu planlanan hastalar sosyal hizmetler tarafından değerlendirildikten sonra tutanak tutuldu, çıkışlarda bu tutanaklar güvenlik görevlileri tarafından kontrol edildi, tutanağı olmayan çocuk hastanın hastaneden çıkışına izin verilmedi.

Kayseri:

İlk saatlerde sevk edilen hastaların klinik durumları, sayısı bilgilendirildi ve hazırlıklar bu şekilde planlandı. Çocuk yoğun bakımın yatak sayısının artırılması depremzede çocuklar

için yer sıkıntısı yaşanmamasına neden oldu. Acilde ilk müdahale yapıldıktan sonra hızlıca servislere yatışlar sağlandı. Bazı çocukların üzerinde iliştirilmiş kağıtlar olduğu ve o kağıtlarda kısa bir anamnez (kaç saat göçükte kalmış), yaralanma bölgesi, uygulanmış tedavilerin yer aldığı gözlemlendi. Bu şekilde hazırlanmış kağıtların hastanemizdeki triajı kolaylaştırdığı gözlemlendi. Sevk edilecek kurum, sevk için kullanılacak araç HAP ekibi tarafından belirlendi ve kurulmuş ekip tarafından belirlendi, gerekli ayarlamalar onlar tarafından yapıldı. Hekimlerden sadece hasta seçmesi istenildi. Bu işleyiş ile sevkler hızlı bir şekilde yapıldı, çocuk acilden yatan hastalar için hem yoğun bakım hem de servislere hızlıca alan açılabilir.

Hastanemize getirilen çok sayıda hastada kimlik bilgisi mevcut olmadığından genel bilgilerinin, tutanaklarının dikkatli tutulmasına özen gösterildi. Çok sayıda yenidoğan alınma yapılandırılmış, üzerinde soyadı yazan bant ile hastanemize getirildi. Birçok kimliksiz/ ebeveysiz hasta getirildi. Ailesi ile getirilen çocuklarda bile kimlik kontrolü yapılamaması sorunlara sebep oldu. Depremi ilk anından itibaren hastanenin Sosyal Hizmetler birimi ile koordineli çalışıldı. İlk gün kimlik kontrolü yapılamayan her hastaya yatış verildi. Kimlik tespiti yapılamayan çocukların hepsi sosyal hizmetler görevlileri tarafından değerlendirildi. İlerleyen günlerde bu durum yatak sıkıntısına sebep olabileceği düşünülerek ilk günden itibaren taburcusu planlanan hastaların kalması için büyükşehir belediyesi ve Kayseri Valiliği barınma yerleri temin etti. Ayrıca ilk günden itibaren Kayseri iline en yakın donanımlı şehir olan Konya şehir hastanesinden günde 10 kadar ambulans görevlendirilerek çocuk ve erişkin hasta transferi yapıldı. Bu şekilde deprem bölgesinden gelecek olan hastalar için yer sıkıntısı yaşanmamış oldu.

Deprem bölgesinden ilk 1 hafta içerisinde Kayseri Şehir Hastanesi'ne 1500'den fazla çocuk hasta kabul edilmiştir.

e) Lojistik ve Tıbbi Malzeme

Adana:

Deprem sonrası ilk yapılan hazırlıklar gerekli olabilecek tıbbi malzemenin sayımı ve eksik olan var ise belirlemektir. Kontroller sonucunda ilaç, serum ve diğer ihtiyaç olabilecek malzemelerin yeterli olduğu tespit edildi. Özellikle kullanımın artacağı düşünülen acil transport çantası, transport oksijen tüpleri, travma tahtası, pansuman-atel-alçı malzemeleri, personel için koruyucu ekipman, toraks tüpü malzemeleri, intraosseöz iğne, santral katater, çarşaf, boyunluk,

makas ve ateş ölçer (rektal dahil) yedeklendi. Hemşirelerin bir kısmı (çocuk hasta takibinde tecrübesi olmayan başka bölümlerden görevlendirilenler başta olmak üzere) sadece önceden malzeme hazırlığına yardımcı oldular. Serum setleri, mailer, flasterler kutulara isimler yazılarak çok daha kolay ulaşılabilecek ve hazır hale getirildi. Serum setleri nöbetçi hemşireler tarafından hızlıca takılmaya hazır olacak şekilde önceden setlendi. Hipotermi ile gelebilecek hastalar için alanlarda ısıtıcı battaniyeler ve radyan ısıtıcılar hazırlandı, ek battaniye alımı yapıldı. Yakınları olmayan hastalar özellikle bebekler getirildikçe temel ihtiyaç açığı gözlemlendi; hasta bezi, mama, biberon, kıyafet, ıslak mendil vb malzemeler önce acil ekibimizin imkanlarıyla, sonra başhekimlik, gönüllüler ve sosyal medya aracılığıyla yeterli sayıda toplandı. Aynı zamanda kliniğimiz içindeki eğitim odası bu süreçte yardımların toplanma ve dağıtım yeri oldu, hem kendi hastalarımız hem de ihtiyacı olan diğer illerde ki hastalara burdan yardımların ulaştırılması sağlandı. Tetanoz aşısı ve immunglobulin stoklarda bulunmaktaydı, ilerleyen günlerde azaldıkça talep edildi. Kan merkeziyle görüşülerek O Rh negatif kan ürünleri hızlıca sağlanmaya çalışıldı. Kliniklerde hastalara ait işlemlerin hızlandırılabilmesi için ek bilgisayar istemleri yapıldı, başhekimlik tarafından temin edildi. İlk gün sonuna doğru entübe hastalar gelmeye başlayınca mekanik ventilatör ihtiyacı ortaya çıkan hastaneye başhekimliğin ek olarak temin ettiği mekanik ventilatör sayısının da yetmeyeceği ön görülüp firmalarla iletişime geçilerek bu konuda destek istendi. Mekanik ventilatör desteğinin ulaşması kargo şirketlerinin de deprem nedeniyle işlerinin aksamasından ve çoğu cihazın diğer deprem illerine gönderilmiş olmasından ötürü 2 gün kadar sürdü.

Mersin:

Hastanemizde herhangi bir malzeme, ilaç sıkıntısı çoğunlukla yaşanmadı. Yeterli sedye, oksijen tüpü, tıbbi malzeme, ilaç zamanında temin edildi. Oksijen girişlerinin yetmemesi göz önünde bulundurularak fazladan oksijen tüpleri istendi. Triaaj alanına ve gözlem odasına büyük masalar yerleştirildi. Her hasta bir hemşire ekibi sürekli serum fizyolojik, alkali mai hazırlığı yapmış ve serum setine bağlı halde sıvıları hazır tuttu. Yine her hasta için kullanılacak damar yolu- enjektör- kan tüpleri- alkollü pamuk-kuru pamuk ayrı ayrı hazırlanıp masaya dizildi. Diğer servislerden destek amaçlı gönderilen çocuk hasta tecrübesi olmayan hemşireler çoğunlukla bu işlerde görevlendirildi. Enjektöre çekili adrenalin, NaHCO₃ ve tetanoz aşuları hazır şekilde bekletildi. İlerleyen saatlerde hasta sayısının artması, görüntüleme sürelerinin uzaması nedeniyle travma tahtası sayısı yetersiz kaldı, temini ile ilgili (üretimden kaynaklı sıkıntı olduğu bilgisi alındı) bir süre sıkıntı yaşandı ancak kısa sürede temin edildi. Yeterli

sayıda bilgisayar, telefon desteği en kısa sürede sağlandı, kurulumu bağlantıları hızlıca yapılabilirdi. Tıbbi malzeme dışında bez, biberon, ıslak mendil, mama, giysi gibi eksikler bağışlar ile kısa sürede giderildi. Hastanemizdeki tüm görüntüleme cihazları aktif olarak kesintisiz hizmet verdi. Buna rağmen ilerleyen saatlerde yoğunluk nedeniyle cihazların önünde bekleyen hastalar olduğu görüldü.

Kayseri:

Hastanemizde herhangi bir malzeme, ilaç sıkıntısı yaşanmadı.

f) Tedavi Hizmetleri

Adana:

Depremın ilk günü ocuk polikliniklerinin kapatılması, pediatri asistanlarının, uzman ve/veya pratisyen hekimlerin acile yönlendirilmesi, hemşire ve personel desteğinin artırılması gibi planlamalarla sağlık hizmeti verecek kişi sayısında ciddi bir sorun yaşanmadı. Hekim, hemşire tüm ekibe getirilebilecek hastalar ve tanı ve tedavi yaklaşımları konusunda bilgilendirme yapıldı. Özellikle travma hastası ve crush sendromu yönetimine dair bazı algoritmalar paylaşıldı. Önceliklendirme alanının genişletilmesiyle görevlendirilen hekimler hastaları karşılayarak ve tedavi planını yaparak gözleme alınmasını sağladı. Özellikle acil servislerine hasta kayıt ve tetkik istemlerinin girişleri vb için çok sayıda sekreter görevlendirilmesi de yapıldı. Bazı hastanelerde sekreterlerin yetişemediği zamanlarda kimsesiz olan hastalara intern hekimler veya gönüllü stajyerler kayıtlarının açılmasında yardımcı oldu. Bir süre sonra öğrenciler yetişmekte zorlanınca HAP komisyonunda gönüllü görevlendirilmesi yapıldı, ancak personel kimliklendirilmeleri geç temin edildi. Gönüllüler henüz tam olarak resmi görevlendirmeleri yapılamadan ocuk acile yönlendirildiklerinden hekimler tarafından sürekli kimlikleri kontrol edilmek zorunda kaldı. Alanlarda çok fazla hasta-hasta yakını, sağlık personeli ve gönüllü olması kalabalığa ve kargaşaya sebep olmaktaydı, bu durumu koordine etmek ise iş yükünü artırmaktaydı. Yoğunlukta bazı hasta yakını veya gönüllülerin bilmeden ameliyata gidecek hastalara yemek yedirmeye çalıştıkları tespit edildi, tüm personel

bu konuda daha dikkatli ve özenli olması için uyarıldı. Panik halinde yakınını arayan aileler alanlara girmektedir, kimsesiz hastaların kaçırılma riskinde olduğundan başhekimlik sorun hakkında bildirildi, güvenlik ekipleri kontrolleri sıklaştırıldı, emniyet birliklerinden yardım alındı, afet kriz koordinasyon bilgilendirme masaları kuruldu. Tüm bunların düzenlenmesi zaman aldı. Ekstremitte travması, amputasyonu veya crush sendromu olan çocuk ve erişkin hastaların sayısı arttıkça başta ortopedi bölümü olmak üzere çoğu cerrahi bölüm tek tek hasta konsülte etmeye yetişemedi. Acilde ilk tedavisi başlanmış hastaları asistanları ile birlikte öğretim üyesi düzeyinde hızla görerek kendi önerilerini bildirip, acil operasyon planı olanları belirlediler. Çoğu hasta ile birlikte görüntüleme alanlarına giderken eşlik ettiler, öncelikli olanların çekimlerini hızlandırdılar. Bu şekilde kritik hastalar geciktirilmeden tedavilerini alabildi, acil opere edilecekler hızla ameliyathaneye gönderildi. Erişkin ve çocuk acilin kullandığı radyolojik görüntüleme yapılan alanın tek bir yerde olması ve hasta yoğunluğunun gittikçe artmaya başladığı ilk günün sonlarına doğru bir hastanede bilgisayarlı tomografi (BT) cihazının bozulması ve sadece 1 cihaz ile hizmet verilebilmesi nedeniyle, diğer bir hastanede hasta yükünden BT odası önünde uzun kuyruklar oluştu. Hastaların mağdur olmaması için başhekimlik ve radyoloji bölümü BT'nin tamirini hızlandırmaya çalışırken, diğer yandan ultrasonografi (USG) cihazı desteği olarak çocuk acil hekimi ve radyoloji hekimleri hastalara öncelikle e-FAST yaparak akut müdahale edilmesi gerekebilecek patolojileri belirlemeye çalıştı. Deprem illerinden getirilen hastaların çoğunun çocuk acil veya çocuk hekimi tarafından görülemeden sevk edildiği, hatta bazılarında erişkin tedavi protokollerinin uygulandığı üzümler gözlemlendi. Damar yolu erişimi sağlanamadan gelen hastalara hızla hemşireler damar yolu açtı ve kan tetkikleri gönderildi. Tetanoz aşısı veya immunglobülini yapılma ihtiyacı her hastada mutlak sorgulanarak uygulandı. Hasta sayısı artmaya ve saatler ilerledikçe crush sendromu veya dializ ihtiyacı olabilecek hastalar gelmeye başlayınca çocuk nefroloji bölümü çocuk acil ve servis ekibine destek olarak hastaların tedavi çizelgelerini tek tek gözden geçirdi, sonuçlara göre önerilerini bildirdi. Yoğunlukta her hastanın sonucu hızlıca sonuçlanmadığından tedavide gecikmemek ve gözden kaçırmamak amacıyla crush sendromu düşünülen her hastaya crush tedavi protokolü başlandı. Dializ ihtiyacı olan hastalara acil serviste kateterleri yerleştirilerek hızla dialize girmeleri sağlandı. Ekstremitte amputasyonları olanların pansumanları oluşturulan özel bir ekip tarafından yapıldı, ayrıca bu hastalara sedoanaljezi ve psikiyatrik destek tedavileride uygulandı. Hem çocuk servisine yatırılan hastalara hem de dış servislerde takip edilen benzer hastalara da vizitler çocuk nefroloji bölümü, çocuk enfeksiyon bölümü, servis sorumlu hekimleri ve başasistanlar tarafından yapıldı. Serum veya ilaç tedavilerinde eksiklik ya da aksama gözlenmedi.

Mersin:

Tüm getirilen hastaların bir yandan vitalleri bakılırken bir yandan damar yolları açıldı, tetkikleri hemen gönderildi, tedavileri kolay anlaşılır, kiloya göre hazırlanan protokoller ile hızlıca başlandı. Kiloya göre hazırlanmış tedavi protokolleri hem sosyal medya sistemleri üzerinden tüm ekiplere dağıtıldı, hem de herkesin gözünün önünde olacak şekilde poliklinik, triaj, gözlemedeki duvarlara asıldı. İlk saatlerde hastalar arasında durumu iyi, yaşamsal bulguları normal görünen pansumanlı hastaların triajın ardından gözleme alınması ve pansumanlarının orada açılması planlanmışken bir hastada bu uygulamanın kompartman sendromu ve hiperpotaseminin gözden kaçmasına sebep olması nedeniyle sargıların girer girmez triajda açılmasına karar verildi. Çok sayıda makas temin edildi ve bir hemşire ekibi bununla görevlendirildi. Bir hemşire vital bakarken bir hemşire sargıları hızlıca çıkardı ekstremiteleri hızlıca kompartman, kırık vs. açısından değerlendirildi. Yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar hızlıca yoğun bakıma yönlendirilebildi. Yoğun bakım ihtiyacı olmayan hastalar görüntüleme ünitesine yönlendirildi. İlerleyen saatlerde hastanemizin tüm cihazları aktif olarak çalışmasına rağmen hastalar görüntüleme cihazlarının önünde beklemek zorunda kaldı. Bu durumda hastalar gözleme alındı ve göz önünde bulunması sağlandı, görüntüleme cihazının uygunluğuna göre sırası gelen hasta o alana yönlendirildi.

Hasta sayısının çok olması özellikle ortopedi, beyin cerrahisi doktorlarının konsültasyonlara yetişmesini zorlaştırdı. İlk günlerde hastanemize bu bölümlerde hekim görevlendirmeleri yapılamadı. Bu nedenle kompartmana giden bazı çocuk hastaların fasyotomileri çocuk yoğun bakımda çocuk yoğun bakım uzmanı ve birlikte çalıştığı çocuk sağlığı hastalıkları uzmanı tarafından açıldı. Erişkin acil ve çocuk acil arasında konsültasyona giderken vakit kaybedilmemesi için konsültan ortopedi hekimleri alçı odasında hazır bekledi, hastalar oraya yönlendirildi. Orada birçok ortopedi uzmanı çalışırken bile uzun kuyrukların olduğu gözlemlendi. Bu nedenle özellikle durumu çok acil olan ekstremitelere yaralamaları için iletişime geçildi onlara öncelik verildi. Öncelik verilenlerin arasında direkt ameliyata alınanlar oldu. Bazı çocuk hastaların postop. takiplerinde, takip eden hekimlerin yoğunluğundan ameliyathaneden çıkamamasından kaynaklanan bazı sorunlar tespit edildi, bu nedenle bu hastaların çocuk yoğun bakıma veya çocuk servisine yatışı yapılmaya başlandı. Orada yatan hastalar içinde çocuk nefroloji ve çocuk sağlığı hastalıkları uzmanları, konsültasyon istenmese de ziyaret yaptı.

Kayseri:

Tüm getirilen hastaların bir yandan vitalleri bakılırken bir yandan damar yolları açıldı, tetkikleri hemen gönderildi, tedavilerine hızlıca başlandı. Yatırılması planlananlar hemen servislere yatırıldı, yoğun bakım yatak kapasitesi 2 katına çıkarıldı.

Postop hastalar çoğunlukla yoğun bakıma alındı, servislere yatan hastalara her gün pediatri uzmanları ve bir çocuk nefroloji uzmanı tarafından yatan çocuklara vizit yapılarak tedavi ve taburculuklarını planladılar. İlk günden itibaren çocuk psikiyatristi tarafından tüm hastalara psikolojik destek amacıyla görüşme yapıldı.

g) Zorlayıcı Noktalar ve Çözümleri

Adana:

Hem depremden etkilenip hem de depremden en çok etkilenen bölgelere en yakın il olunca sağlık çalışanlarının, personelin, öğrencilerin akıllarında haber alamadıkları yakınları, kayıpları, hasarlı evleri vardı. İlk gün ayrıca çocuk acil uzmanı bir hekim arkadaşımızın Adıyaman'da ailesiyle beraber göçük altında kaldığı, sadece bir kızının yaşadığı haberi ile daha da yıkıldık. Tüm ekip aynı zamanda kendileride deprem mağduru olmasına rağmen, artçı depremlerde devam ederken kendi güvenliklerini hiçe sayıp çok büyük özveri ile çalıştı.

Öğlen depremi ile birlikte endişe ve panik durumunda artış gözlemlendi; o esnada çocuk acil kliniğinde enkazdan çıkarılarak getirilen hastaların yanısıra aktif nöbet geçiren bir hasta, solunum yetmezliği ile takipli hastalar, febril nötropeni olan onkoloji hastası, resüsitasyon alanında toraks tüpü yerleştirmekte olan bir hasta ve başka çok sayıda kritik bakım gerektiren hastalar vardı. Bina yapısı eski olan hastanelerde hekim/hemşire/personel soğukkanlılıkla hastaları önceden kurulan çadıra çıkarttıktan sonra, tıbbi malzemeleri, oksijen tüplerini, ilaç-tedavi araçlarını almak için tekrar hastane binası içine girmek zorunda kaldı. Bu hastanelerde depremden binanın hasar almadığı tespit edilinceye kadar geçici süreyle çadırlarda sağlık hizmeti verilmeye devam edildi. Yeni ve depreme dayanıklı inşa edilmiş diğer hastanelerde ise yaşadıkları korkudan ötürü önce hastalarını alıp dışarı çıkan bir süre sonra tekrar geri getirenler dışında hasta bakımında herhangi bir aksaklık yaşanmadı. Adana ilinde de yıkılan ve çok sayıda orta-ağır düzeyde hasarlı binalar bulunmaktaydı. Bu süreçte asistan, hemşire, personel kimi evlerinin hasar görmesi, kimi yüksek katlarda ikamet ettiği için korkması nedeniyle hastanede

çalıştıktan sonra uygun bir kalacak yer olmadan, arabalarında veya depremzedelere açılan kongre salonlarında dinlenmeye çalışarak işlerine dönmek zorunda kaldı.

Hemşirelere destek olarak gelen yardımcı hemşirelerin çocuk hastalarda damar yolu açma, tedavi hazırlama gibi deneyimi olmadığından etkin bir çalışma ortamları olamadı. Her vardiya değişiminde ekibe işleyişle ilgili tekrar eğitim vermek zorunda kalındı, bu nedenle nöbet değişimlerinde devreden ekip hastaneden ayrılamadan bir süre daha yeni ekibe eşlik etti.

Aynı anda onlarca hasta acil servise getirildiğinden hekimler/hemşireler hastaların izlemi ve tedavilerini aynı kişinin uygulaması konusunda sıkıntı yaşadı. Çok fazla sayıda kritik hastayı aynı anda karşılamak ve sağlık hizmeti vermek durumunda olmakta ciddi bir sorun teşkil etmekteydi. Kalabalık ortamda güvenliği sağlamaya çalışmak hasta bakımını bile zorlaştırdı. Göçmen hastaların yakını olsun olmasın çok sayıda olmaları, yabancı dil sorunu nedeniyle iletişim kurulamaması ve bazı hastanelerde tercüman eksikliği tedavi ve izlemleri zorlayıcı noktalardandı. Kimliksiz, kimsesiz hastaların kayıtlarının tutulması, kaçırılma endişeleri, sürekli hasta yakınlarının arayış içinde olmaları izlemlerini zorlaştırıyordu. Gönüllüler ve stajyerler resmi kayıtlı olarak bu hastaların başında durmaya ve sosyal yönden ihtiyaçlarını gidermeye başladı. İlk gün bu imkan olamadı. Bazı hastanelerde gönüllülerin farkında olmadan oral alımı olmayan çocuklara yemek yedirmeye çalışması riskli bir durumlar yarattı. Sağlık personelleri mevcut işlerine ek olarak onları da kontrol etmek zorunda kaldı.

Özellikle çocuk hastalar depremden en çok etkilenenler arasındaydı, tıbbi tedavilerin yanısıra psikiyatrik destek verilme ihtiyaçları vardı, bu sebeple psikiyatri bölümü tarafından hastalara günlük ziyaret başlatıldı.

Hastanenin kadın doğum bölümü dahil birçok servisinde çocuk hastaların yatıyor olması ve onların cerrahi dışı tedavileri ve takiplerinin pediatri bölümünce yapılması iş yükünü artırmaktaydı. Öğretim üyeleri, nöbet çıkışı olan hekimler geç saatlere kadar hastanede çalışmaya devam ettiler (Bazı hekimler ilk 1 hafta hastaneden hiç ayrılmadan aralıksız çalıştı).

Radyoloji görüntüleme alanının yoğunluğu ve acilden çekim için ayrılamayacak hastalar oldukça grafiler portabl röntgen cihazı ile devamlı alanlarda çekilmek durumunda kalındı. Sağlık personeli radyasyon riskini göze alarak çalışmaya devam etti. Bazı hastanelerde aktif kullanılmakta olan mekanik ventilatörün, tomografi ve USG cihazının arızalanması gibi tıbbi cihaz aksaklıkları yaşandı. Radyoloji bölümü önünde uzun hasta sıraları oluştu. Tomografi yerine hızla e-FAST yapılmaya çalışırken USG probu bozuldu. Entübe hasta bir süre balon maske ile solutuldu. Firmaların desteği ile mekanik ventilatör getirildi, tomografi cihazı tamir edildi, radyoloji bölümü çocuk acil servisinin kullanılabilmesi için bir USG cihazı yönlendirdi. Sorunlar mümkün olabildiğince hızlı çözümlendi.

Süreğen hastalığı olup rutin dialize giren birçok takipli hasta vardı, ancak deprem nedeniyle dializ ihtiyacı olanlardan ötürü bu hastalar başka merkezlere yönlendirildi. Bazen çok yoğun dializ sırası bekleyen olduğunda süreleri kısa tutulmak zorunda kalındı.

Hem hasta ve yakınları hem de tüm sağlık çalışanları için su ve yemek ihtiyacı gönüllüler sayesinde çadır alanlarının yakınında acilin bahçesinde kurulan standlar ve getirdikleri ile ilk günün sonlarında giderilmeye başlandı.

Yataklı servis ve yoğun bakım ünitemizin arttırılmış sayılarının da yetersiz gelmesi üzerine hastaların bir kısmını başka illere sevk etmek gerekliliği gündeme geldi. Bu süreçte 112 komuta merkezinin yoğunluğu, hastalar için diğer merkezlerle tek tek görüşüp kabul ettirme çabası, sevk kabul olsa da ambulans bekleme veya her ile nakil yapılamaması, yine sevki planlanan bazı hastaların ailesel veya başka sorunlar nedeniyle gönderilememesi gibi birçok sorun ile karşılaşıldı.

Tedavi hizmetleri verilirken asistan hekim sayımız yeterli idi, ancak çocuk acil uzmanı sayısının az olması çok yoğun bir çalışma gerektirdi. Acil servislerde çocuk hasta yönetiminde ekip lideri olarak çocuk acil uzmanı sayısının artırılmasının bu büyüklükte ki bir afette çok önemli olduğu görülmüş oldu. Bu özellikli hekimlerin aynı anda 'alanların uygun şekilde paylaşılmasını sağlamak, tıbbi cihaz ve malzemeler ile ilgili ihtiyaçları belirlemek, hekim ve hemşirenin çalışma dağılımını koordine etmek, onları gözetmek, diğer bölümler ile görüşmeler yapmak, depremzedeler ve çocuk hastaları ilgilendirecek her türlü toplantıda bulunmak zorunda olmak, bunların yanısıra çok kritik hastaların tüm tedavilerini planlayıp uygulamak' ve daha birçok görevi bulunmaktaydı. Çocuk acil uzmanlarının sayısının çok az olduğu ülkemizde çoğunlukla tek hekim olarak çalıştığımız normal zamanlarda bile zorlanırken, böyle bir afet ortamını yönetmede aynı yükü omuzlayabilecek birinin olmaması en zorlayıcı durumdu. Günlerce uyumadan, hastaneden ayrılamadan, yorgun bir şekilde hatta temel insani ihtiyaçlarını gidermekte zorlanarak, akıl, beden ve ruh sağlığını hastalar için korumaya çalışarak, hem hekim hem yönetici kimliğiyle aynı pozisyonda tek birey olarak çalışmak hiç kolay değildi. Deprem bölgelerine ulaşmak isteyen gönüllü çocuk acil uzmanları, olmasına rağmen görevlendirmelerinin yapılamaması, iletişim ve koordinasyon eksiklikleri ilk günlerdeki zorlayıcı durumlardandı.

HAP komisyonundaki tüm personellerin aralıklı olarak eğitimlerinin devam ettirilmesi ve yedek personel sayısının arttırılması gerektiği gözlemlendi. Bazı HAP'lar düzenlenirken çocuk acil uzmanlarının hatta çocuk uzmanlarının dahi görev verilmediği ortaya çıktı, bunun getirdiği sonuçların depremzede çocuk hasta yönetimine olumsuz yansımaları görüldü.

Mersin:

Mersin ilinin depremin gerçekleştiği illere yakınlığı, o dönemdeki iklim şartları, yolların depremden etkilenme durumları nedeniyle deprem sonrasında erken dönemden itibaren çok sayıda depremezdenin hem kendi imkanlarıyla başvurduğu hem de kara ambulansları ve gemiler ile sevk edildiği bir şehirdi. Hastane afet hastanesi olarak kabul edildi. Başta Hatay ve İskenderun olmak üzere birçok deprem ilinden hasta kabulü yapıldı. Aynı anda çok sayıda hastanın çocuk acile giriş yapması yaşanan en büyük zorluklardan biriydi. Geminin limana inmesi ile çok sayıda hastanın acile giriş yaptığı zamanlarda hem triajda hem de görüntüleme alanlarında büyük kalabalıklar oluştu. Deprem illerindeki iletişimin kesilmesi nedeniyle gemi veya karayolu ambulansı ile getirilen hastalar ile ilgili önceden bilgi alınamadı. Hali hazırda kronik ve yandal gerektiren hastaların başvurusunun devam etmesi yoğunluğun daha da artmasına sebep oldu.

Özellikle sosyal medyada paylaşılan yanlış bilgilendirmeler bazı sorunlara neden oldu. Hastanenin hasar almış olduğu ile ilgili doğru olmayan haberler hastaların tedirgin olmasına ve uygun olmayan erken hastane terklerine neden oldu. Başka bazı paylaşımlar sonrasında çocuk acile çok sayıda gönüllü anne/bakıcı, süt anne başvurusu oldu. Özellikle kimliksiz hastalarda yaşanabilecek problemler nedeniyle gönüllü anne, bakıcı başvurusu kabul edilemedi. İyi niyetli başvuruların geri çevrilmesi yanlış anlaşılmalara ve bazen gerginliklere neden oldu. Yine sosyal medya paylaşımları sonrası yanlış yönlendirilen çok sayıda bağış/bağışçı direkt çocuk acile başvurdu. Zaten yoğun olan hastane girişinin yoğunluğunu arttırdı. Hastanemizde tüm bağışlar mal kabul bölümü tarafından tutanak karşılığında kabul edilip bir depoya kaldırıldı, ihtiyaç oldukça da talep ile oradan getirildi.

Hastanemizde çocuk acilde major travma yönetmeyi bilen tek hekim olması ve aynı zamanda da idari sorumlunun o olması en büyük sorundu. Hasta bakımı dışında HAP komisyonunda görevli olması, alan belirleme, diğer bölümler ile koordinasyon sağlanması, personel görevlendirilmesi, personel eğitimi, protokol hazırlanması gibi görevleri olması sebebiyle aynı anda birçok alanda çalışması hasta bakımındaki performansını olumsuz etkiledi. Çok sayıda deprezede çocuğa hizmet veren Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev alan tek çocuk acil uzmanı depremden sonraki 7 gün 24 saat boyunca kesintisiz çalıştı. Birlikte çalıştığı pratisyen ekibin (minor travma bile olsa) ve hemşirelerin travma deneyiminin olması en büyük desteği oldu. Çocuk acil ekibinin travma hastalarının karşılanmasında, tedavisinde aktif rol almasının önemi anlaşıldı. Depremden sonraki erken süreçte yapılan düzenlemeler ile çocuk yoğun bakımın hızlı bir şekilde hasta kabul etmesi, hastane idaresi

tarafından yatak sayısını artırılması, yeterli sayıdaki personelin sağlanmaya çalışılması, sevklerin yapılması, malzeme eksikliğinin giderilmesi sayesinde hızlı bir sirkülasyon sağlanabildi.

Hastaneye getirilen çocukların ve yakınlarının çoğunda kimlik kontrolü yapılamadı. Bu durum hem hasta refakatçilerinin kabulünde hem de taburculuklarda sorun yarattı. Hastanemizde görevli sosyal hizmet görevlileri aktif olarak çalışmalarına rağmen mevcut hasta sayısını karşılamakta zorlandı. Konu ile ilgili düzenlemeleri içeren genelgenin ilerleyen zamanlarda yayınlanması ilk 24 saatte belirsizliğe, aile ve hasta yakınlarının tepki göstermesine ve sorunlar yaşanmasına neden oldu.

Hastanenin HAP komisyonu deprem anından itibaren kesintisiz aktif olarak çalıştı ve çok güzel organize oldu, HAP eğitim ve tatbikatlarına uygun şekilde görev dağılımı yapıldı, uygulamalar yapıldı. Tüm idareciler, klinik sorumlusu hekimler, hemşire, sekreter, bilgi işlem, güvenlik idareci ve şefleri ulaşılabildi ve çocuk acildeki her türlü ihtiyacın karşılanması için seferber oldular. HAP eğitimlerinin çok faydalı olduğu görüldü. Ancak HAP yapılırken çocuk acilin erişkin acilden farklı bir alan olduğunun göz önünde bulundurulmasının; önceden hazırlanan protokollerin (triaj, tedavi, taşınma vs hepsi) daha ayrıntılı, hastanenin kendi fiziksel koşullarına, personel sayı ve yeterliliğine, hasta profillerine uygun şekilde hazırlanmasının; özellikle deprem veya afet bölgesi olan illerdeki tüm sağlık birimlerinde bu protokollerin tüm sağlık personeli tarafından belirli sık aralıklarla gözden geçirilmesi ve uygulamalarının yapılmasının önemi anlaşıldı.

Kayseri:

Kimliksiz hasta yönetimi ve HAP eğitimleri konusunda benzer sorunlar yaşandı.

24 -72. Saat Çocuk Acil

a) Çocuk Acil Servisin Durumu

Hastanede olan pediatri hekimlerinin ve personelin bir kısmının enkaz altında kaldığı ya da enkaz altındaki yakınlarını kurtarmaya çalıştığı öğrenildi. Deprem sonrası enkaz altında kalan çocuk acil uzmanlarının olduğu öğrenildi. Deprem gecesi hastanede nöbetçi olan ekip çalışmaya devam ettiği ekibin nöbet değişmediği görüldü. Yeterli sayıda hemşire ve yardımcı

sağlık personeli olmadığı için görev tanımı olmaksızın çalışma düzeni vardı. Doktorlar hem hasta karşılarken hem damar yolu açma, tedavi hazırlama, yatakları temizleme, yerlere pas pas atma gibi işleri yapmak mecburiyetinde kaldı. Hem görev dağılımı hem de fiziksel şartlar bakımından kaos hakimdi. Fiziksel olarak sağlam bir bina mevcuttu ancak yatak, hekim ve sağlık personeli yetersizdi. Servisler, yoğun bakımlar ve ameliyathaneler deprem nedeniyle hasar görmüş olmasından dolayı gelen tüm hastalara çocuk acil servisinde bakıldı. Acil servisin içinde oluşturulmuş iki odalı ameliyathanede tüm işlemler yapıldı. Ayrıca hayat kurtarıcı girişim ihtiyacı olan ve kritik hasta olan çocuklar çocuk acil servisinin bir kısmı yoğun bakıma dönüştürülerek bu hastalara çocuk acil servis içerisinde tedavileri başlandı. Bölgedeki hekimlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda Malatya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nin sağlam ve işler durumda olduğu, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk acil servisinde iki asistan ve bir hemşirenin görev yaptığı, Gaziantep ve Şanlıurfa'daki çocuk acil servislerinin işler durumda olduğu öğrenildi. Hatay ilinde tüm hastanelerin yıkıldığı, Kahramanmaraş'ta Necip Fazıl Şehir Hastanesi'nin küçük hasar aldığı, Adıyaman'daki çocuk acil servisin işler durumda olmadığı öğrenildi. Ayrıca Adana, Mersin ve Kayseri'deki çocuk acil servislerinin çalışır ve hasta kabulüne hazır olduğu öğrenildi.

b) Ekip

Deprem sonrasında özellikle bölgedeki çocuk acil uzmanları, pediatri uzmanları veya asistanlarına ulaşılmakta zorluk çekildi. Hem telefon hatlarının kullanılamaması hem de internetin kesintili olması bunun başlıca nedenlerindendi. Ayrıca Kahramanmaraş'a giden ekip dışında bölgeye sadece İstanbul'dan Çocuk sağlığı ve hastalıkları doktorlarını içeren bir ekip dışında bölgeye ulaşan başka ekip olmamıştı. Bunun dışında bilinen ve yola çıkan ekip ile ilgili bir bilgi yoktu. Çocuk acile ulaşıldığı dönemde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı düzeyinde bir sağlık ekibi mevcut değildi. Deprem bölgesine ilk ulaşıldığında çocuk acilde sadece iki tane çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanı vardı. Hemşire sayısı iki tane olduğu öğrenildi. Destek sağlık personeli yetersizlikten dolayı yoktu. Hem erişkin hem çocuk acilde çalışıyorlardı. Diğer bölümler uzman ve asistan düzeyinde destek veriyorlardı. Özellikle ortopedi bölümü fasyotomiler için yoğun şekilde çalışıyordu. Radyoloji bölümü uzman- asistan düzeyinde sonuçları çekimle eş zamanlı olarak görüntüleme odasında küçük kağıtlara yazılı olarak veriyorlardı. Sosyal hizmet ekipleri maalesef yoktu. Üzülerek belirtildiğinde; çocuk hastaların biraz ihmal edildiği gözlemlendi.

c) Hasta Profili

Özellikle ilk deprem sonrasında gelen ve akut girişim ihtiyacı olan çocuklar ile ikinci deprem sonrası akut girişim ihtiyacı olmayan ancak gözlem ve destek ihtiyacı olabilecek çocukların erişkin hastalar arasında kaybolduğu; genel durumu iyi ve stabil durumdayken, stabil olmayan 'şok' tablosunda ve canlandırma ihtiyacı olan çocuklara doğru geçiş yaptığı görülmüştür. Özellikle bu durum tek hastanesi olan veya işler durumunda çocuk acil servis olmayan alanlarda daha fazla görülmüştür. Ayrıca genel durumu iyi olup hastaneden taburcu edilen ancak kötüleşip şok tablosunda başvuran hastaların olduğu görüldü. Deprem öncesinde çocuk yoğun bakımlardaki solunum cihazına bağlı, yaşam desteği ihtiyacı olan hastaların çocuk acil servislerine getirilmesi sonucu çocuk acillerde kritik hasta sayısı açısından bir yoğunluk oluşturmuştur.

24. saatte çocuk acil serviste hasta grubu aşağıda belirtilmiştir:

- Daha çok oyun çocuğu ve adolesan hasta grubu
- Çocuk yoğun bakımdaki mekanik ventilatördeki hastalar
- İkinci depremden sonra acil cerrahi yapılan bilinci kapalı, post op hastalar
- İkinci depremden sonra gelen ve geldiğinde genel durumu iyi olmasına rağmen şimdi 'ŞOK' tablosundaki hastalar
- Depremden bağımsız akut bakım ihtiyacı olan acil hastalar (aktif nöbet geçiren, metabolik endokrin hastalıklar)
- Solunum sıkıntısı olan yenidoğanlar, infantlar
- Enkaz altından çıkarılan hipotermik ve daha çok sayıda ezilme sendromu olan çocuklar

d) Başvuru ve Sevkler

Çocuk hastaların o bölgede işleyen ve çalışan çocuk acil servisleri olmaması nedeniyle erişkin acil servislerine götürüldüğü öğrenildi. Bölgedeki erişkin ve çocuk hastaneleri organizasyonu göz önüne alındığında çocuk hastalar için bir tahliye ve sevk planı maalesef yoktu. Hastaneye çocuk ekibi gelmesi ile çocuk hastaların hepsinin çocuk acile yönlendirilmesi istendi. Özellikle Kahramanmaraş, Gaziantep, Mersin ve Adana'da çocuk hastalarının çocuk hekimleri tarafından çocuk acil servislerinde görülmesine özen gösterildi. Kayseri'deki çocuk yoğun bakım öğretim görevlisinin organizasyonu sayesinde sağlam kalan Kayseri'deki hastanede çocuk acil servisi

organize edilmiş ve çocuk hastalar orada görülmeye çalışılmıştır. Hava koşulları ve karayolları bağlantı yollarının zarar görmesi ve yoğun yatış nedeniyle bu hastalar ilk gün çevre illerdeki uygun hastanelere de sevk edilememiştir.

e) Lojistik ve Tıbbi Malzeme

Hem sevki sağlayacak ambulanslar gelememiş hem de tükenen malzemeler ve aletler yerine konamamıştı. Monitörlerin çalışır durumda olmadığı elektrik sıkıntısından dolayı cihazların şarjının bittiği; sodyum bir karbonat, serum fizyolojik, insülin, kalsiyum ampul ve ağrı kesicilerin sayılı şekilde kaldığı, özellikle çocuk hastalar için entübasyon tüpleri ve santral venöz kateterlerin bitmek üzere olduğu görüldü. Ayrıca kan gazı cihazı ve biyokimya cihazına ulaşılıyordu. Ancak sonrasında laboratuvara ulaşıldı. Radyoloji bölümü BT ve direkt grafi cihazları çalışmaktaydı.

Sağlık ekibinin dinlenme için bir alanı maalesef yoktu. Yemek ve temiz su ihtiyacı vardı. Çeşme suları kullanıma uygun değildi. Destek personeli olmaması nedeniyle olan malzemelere ulaşımında zorluklar yaşandı.

f) Tedavi Hizmetleri

Hastanede çocuk acil hekimleri tarafından organize edilen ilk şey kritik hastaların ayrılması ve gelen hastalar için doğru efektif bir çocuk hasta triyajının yapılması olmuştur. Hastane bilgi sistemi çöktüğünden ve elektrik olmadığından dolayı hastaların kimlik bilgilerini, fizik muayene bulgularını ve verilen/verilecek tedavileri içeren bilgileri bir A4 kağıdına yazılarak basit bir hasta kartı oluşturuldu. Bölgeye ulaşan pediatri ekipleri ile ayrı bir alanda yeşil ve sarı alan hastalarıyla ilgilenerek, çocuk acil uzmanlarından oluşan dört kişilik ekibin hastaneye gelen tüm kritik hasta kırmızı alan çocuk hastalara bakması sağlandı.

g) Zorlayıcı Noktalar

- Bölge ile iletişime geçilmeye çalışıldı. Bölgede Gaziantep, Diyarbakır ve Şanlıurfa'daki çocuk acil uzmanlarıyla iletişime geçildi. Diğer bölgelerdeki hastanelerde çocuk acil uzmanı olmadığı için doğrudan haber alınamadı.
- Yola çıkarken bölgeden bilgi alınamaması nedeniyle gidilecek yer ve ihtiyaçların bilinmemesi nedeniyle götürülecek ve gidecek ekibe karar vermek zorlaştı.
- Yola çıkmak için uygun izinlerin alınması çocuk hastaların ayrı bir çocuk ekibinin bakması gerektiğini ilgili yerlere iletmek zorlayıcıydı.

- Bu nedenle bir ekip bireysel çabalarıyla yetkili makamlarla iletişime geçerek bir askeri uçakla yola çıktılar.
- Bu ekibin Adana'da nereye gideceği belirlenememiş olması nedeniyle bölgedeki pediatri asistanları ile iletişime geçerek Kahramanmaraş'a hareket etkili olacağına karar vermek zorlayıcıydı. Kahramanmaraş Üniversitesi ile bağlantı yola çıkmadan kurulabildiği için ve deprem merkezi bu il olduğu için Kahramanmaraş'a hareket kararı alındı.
- Hava koşulları ve zarar görmüş karayolu ve yoldaki depremzede vatandaşların bölgeden çıkmak istemesi nedeniyle yolda oluşan aşırı yoğunluk nedeniyle 6 Şubat 2023 akşamı altı saatlik zorlu karayolu sonuncu ulaşım sağlanabildi.
- İlk gün özellikle triyaj problemleri, koordinasyon ve iletişim eksikliği, ulaşım olanaklarının olmaması, çocuklar için gerekli tıbbi malzeme ve teçhizatın ve sağlık ekibinin tükenmiş olması problemleri saptandı.

48.Saat Çocuk Acil

a) Çocuk Acil Servisin Durumu

Kritik hasta ve özellikle kırmızı alana gelen hasta sayısında belirgin artış vardı. Dış merkezlere sevk yapılamaması nedeniyle acil servis koridorlarda hastaları takip etmek zorunda kalındı. Bu durum sevkleri zorunlu hale getirdi. Elle yazılan hasta kartları değiştirilerek; matbu bir şekilde fotokopi ile çoğaltılarak tek tip ve düzenli bir şekilde dönüştürüldü. Bilgisayarlı tomografi sonuçları halen yazılı olarak kâğıda veya sözel olarak alınmaktaydı. Bu sonuçlar da hasta kartlarına yazıldı. Özellikle cihaz temini sonrası yatak başı FAST değerlendirmesi ve USG eşliğinde santral venöz kateter takma işlemleri yapılmaya başlandı. İkinci gün kan gazı ve biyokimya cihazı daha düzenli ve hızlı çalışmaya başladı.

Çocuk acil çalışma düzeni değiştirildi çok fazla CPR ihtiyacı olan hasta olduğu için CPR yatakları arttırıldı. Diyaliz ihtiyacı olan fazla hasta olmaya başlamıştı ancak diyaliz üniteleri kronik diyaliz ihtiyacı olan erişkin hastaların programları nedeniyle geç başlanma riski vardı ancak sorumlu hekimlere ulaşıp hastaların durumu anlatılınca işlemler hızlandı. Cerrahi işlemler özellikle fasyotomilerin sıklığı belirgin olarak arttı. Bu hastaların Çocuk acil servisi kritik hastaların tam kapasite bakıldığı diyaliz ve

mekanik ventilatörde hastalar izlenirken bir yandan canlandırmaların ve cerrahi işlemlerin yapıldığı hibrit bir hale gelmişti.

Afetin üçüncü günü olduğu için ve sürekli hastaneye tek taraflı hasta akışı devam ederken hastanenin tüm koridorları, odaları hastalarla doluydu. Alanlar taranarak erişkin hastalarla birlikte kötüleşen takibi olmayan çocuklar çocuk acil servisine çekildi. Üçüncü gün hastane bilgi sistemi gelse de kimliklendirme ve çocukların yanına refakat edici hasta yakını problemi halen devam etmekteydi.

b) Ekip

Depremin 2. günü başka bir pediatri ekibinin geldiği bilgisi ulaştı. İkinci gün bölgeye ulaşan cerrahi branş sayısı yeterli olmasına rağmen çocuk sağlığı hastalıkları uzmanlarının yeterli sayıda olmadığı görüldü. Yer yer bölge ile bağlantısı olan, yakınları için bölgeye intikal eden, özel hastanelerde çalışan Çocuk sağlığı ve hastalıkları doktorlarının çocuk acil servislere yardıma geldiği görüldü. Bu desteklere rağmen çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı- çocuk acil ve çocuk yoğun bakım uzman sayısının yetersizliği dikkat çekmekteydi. Hastanenin kendi uzman ve öğretim üyeleri ile görüşüldü.

KSU Tıp fakültesinde 3 çocuk acil, 1 çocuk yoğun bakım uzmanı ve 2-3 pediatri asistanı 48.saatinde aralıksız çalışmaya devam etmekteydi. Hemşire ekibi destek için gelen sayısı nisbeten daha iyi olması nedeniyle nöbet değişimi yapabildiler. 2. günde hala temizlik ve yardımcı destek personel sayısı yetersizdi. Güvenlik ve yöndirme hizmetleri hala personel olmaması nedeniyle verilemiyordu.

Çocuk acil uzmanı ve Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları sayısı hala yetersizdi. Pazartesi günü (1.gün) çalışmakta olan hekimler aralıksız çalışmaya devam ederken, yer yer hemşirelerin sayısı artmaya başlamıştı.

c) Hasta Profili

Özellikle ikinci gün kompartman sendromu crush sendromu, çoklu travma hastaları (toraks, abdomen, izole ekstremite, pervis kırıkları, mesane rüptürü gibi) ve daha az sayıda soğuk hasarı, hipotermi ile başvurmaya başlamıştı. Bu duruma paralel olarak bu hastaların komplikasyonlarında da artış başlamıştı. Hiperpotasemi ve sonucunda hayatı tehdit eden aritmiler görülmeye başlandı. Buna bağlı arrestler görüldü. Hastaların sıvı tedavilerine yetişmekte zorlanılmaya başlandı. Eş zamanlı diyalizler

başladı. Bu hastaların bir kısmının entübe olması yatak başı diyaliz işlemi yapılamadığından zorlaştırıcı noktalardandı. Diyaliz sonrası entübe hastalar acilde takip edilmesi gerektiği için mekanik ventilatörler çocuk yoğun bakımdan getirildi.

Bu duruma paralel olarak cerrahi bölümlere danışılan hasta sayısı belirgin arttı. Ayrıca altta yatan kronik hastalığı olan ve ilaçlarını alamayan çocuklar durdurulamayan nöbetler, adrenal yetmezlik, diyabetik ketoasidoz, metabolik bozukluklar ile gelmeye başlamışlardı. Afet nedeniyle artan stresin gebelerdeki doğum eylemini tetiklemesi nedeniyle erken doğan prematüre bebekler, dışarıda veya arabada kalmak zorunda olan solunum sıkıntı ile başvuran hastalar çocuk acil servisin kritik alanını dolduran hastalardı.

Üçüncü gün yani çarşamba günü başvuran çocuk hastalar da özellikle yüksek miktarda mayi verilmesine rağmen aldığı çıkardığı dengelerin sağlanamadığı ve sıvı yönetiminde geri kaldığı görüldü. Özellikle ek hastalığı olup ilaçlarını alamayan ve Crush sendromu da olup derin metabolik krizde olan çocuklar artmaktaydı. Ayrıca yeterli barınma koşullarının olmamasından dolayı nöbet, alt solunum yolu enfeksiyonu, ishal gibi şikayetleri olan çocuklar şok tablosuyla tekrar acil servise başvurumaktaydı. Düzenli olarak ilacını alamayan kronik hastalığı olan hastalar status, asidoz, şok ve bilinci kapalı şekilde gelmeye başlamışlardı.

d) Başvuru ve Sevkler

Hasta başvuru sayısında belirgin artış vardı. Özellikle enkaz altından çıkarılan hastalar 112 ile hastaneye başvurmaya başlamıştı. Gündüz ile gece saatlerindeki başvuru arasında fark göze çarptı. Çalışmaların ve hava şartlarının uygun olduğu gündüz saatlerinde başvurular yoğunlukta idi. Bu evrede diyaliz yapabilen ve kateter açabilen yerlerde çocuk hastalar diyalize alınarak hiperpotasemiye yönelik hızlı diyalizler yapılmak durumunda kalındı. Ancak bölgeye ulaşan ekipler olmasına rağmen hasta yoğunluğu nedeniyle 48. saatte aynı ekipler aralıksız çalışmaya devam etmekteydi.

Karayolu açılması ile hastalar Kayseri, Adana başta olmak üzere çevre illere 112 ambulansları ile gönderilmeye başlandı. Ancak erişkin hastaların fazlalığı nedeniyle çocuk hastaların sevklerini kabul ettirmekte zorluklar yaşandı. Bu nedenle ekipden bir kişi sevklerden sorumlu olarak görevlendirildi. Bu sayede toplu sevkler ve sevk imkanlarından daha yakından haberdar olundu. Ailesi ile sevk olunmasını isteyen çocuklar için zaman zaman zorluklar yaşandı. Bugünün sonuna doğru toplu hava

sevkleri başladı. Hastaların yoğunluğu nedeniyle bazen imkanlar zorlanarak erişkinler gibi bir ambulans ile iki hasta sevk edilmesi için çalışıldı. Ancak sevk edilen hastaların refakatçisi olması ve çoğunlukla yatarak gitmek zorunda oldukları için pek mümkün olmadı. Zorlu hava şartları nedeniyle ambulansların bir kısmı tekrar hastalarla dönmek zorunda kaldı. İkinci gün hava şartlarının zorluğu nedeniyle kara ve hava ulaşımı yer yer aksamaktaydı.

Üçüncü gün hava koşullarının elverişli hale gelmesiyle hem kara hem de hava yoluyla bireysel olarak iletişime geçilip İstanbul, Ankara, Adana, Mersin, Kayseri ve çalışır durumda olan Gaziantep, Diyarbakır'a hastalar hızlıca sevk edildi. Özellikle yürüyebilen ya da kucakta gidebilecek çocuklar hava ambulansı ile gerekli yerlere gönderildi. Genel durumu iyi olan yaşı büyük olup koopere olan çocuklar bir sedyeye iki hasta olacak şekilde kara ambulansıyla da gönderildi. Uçak ve helikopterlerle Ankara İstanbul gibi merkezlere de fazla sayıda hastalar gönderildi

e) Lojistik ve Tıbbi Malzeme

Hasta transferi için giden 112 acil ambulansları sevk edildikleri hastanelerde çalışan çocuk acil ve çocuk yoğun bakım uzmanları ile görüşülerek; eksik olan tıbbi malzeme ve ilaçları bireysel çabalarla temin edilmesi yoluna gidildi. Hastanedeki malzemeler erişkin hastalarla birlikte kullanıldığı için çocuk hastaların kullanabileceği tıbbi malzeme ve ilaçlar tükenmek üzereydi özellikle serum fizyolojik tükenmişti bu yüzden çocuk hastalara en uygun olabilecek elde bulunan mayi verilmeye başlandı. Yeterli malzemenin ulaşamamasından dolayı steril eldiven ve steril setler konusunda sıkıntılar yaşanmaktaydı. Artan diyaliz ihtiyacı nedeniyle kateterlerin ve diyaliz solüsyonların bitmek üzere olduğu öğrenildi.

İkinci günü ortasında ilk defa sıcak çorba sağlık personeline ulaştı. Halen dinlenme ve diğer ihtiyaçlar için uygun alanlar oluşturulamamıştı.

Üçüncü gün yeni malzemeler ancak ulaşabilmişti. Ancak bölgeye ilk ulaşan hekimler halen destek olmadan aralıksız çalışmaya devam etmekteydiler. Perşembe günü sabahı yani depremin 72. saatine kadar çalışan ekiplere destek ve takviye olacak şekilde çocuk acil ve yoğun bakım uzmanları ilk kez bölgeye intikal etti.

f) Tedavi Hizmetleri

Özellikle çocuk hastaların cerrahi yönetimi çocuk acil hekimleri ve çocuk doktorları tarafından primer karar verici sorumluluk almaya çalışıldı. Ampütasyon, fasyotomi kararları primer olarak çocuk acil hekimleri ile ortopedi veya plastik cerrahi hekimleri ile ortaklaşa alındı. Bu bağlamda birçok çocuk ampütasyon veya fasyotomiden kurtarıldı. Acil diyaliz yapılan hastalar vardı. Servisi genişletmek için çareler bulunmaya çalışıldı. Ek alanlar açılarak servis hizmetleri yaygınlaştırılmaya çalışıldı.

Üçüncü gün çocuk acile başvuran kritik hasta sayısı az olmakla birlikte, travma dışı çocuk acil kritik hasta başvuru sayısı artmaya başlamıştı. Özellikle anti epileptik, ateş düşürücü, ağrı kesici gibi ilaçlara ulaşılamaması hasta bakım kalitesini olumsuz etkilemekteydi.

g) Zorlayıcı Noktalar

Çocuk acil ve yoğun bakım derneği ve sağlık bakanlığındaki yetkililerle iletişime geçildi. Ancak çocuk acil, çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk yoğun bakım uzmanlarının yeterli derecede bölgeye ulaşamadıkları öğrenildi. Özellikle Kahramanmaraş'a ve Adıyaman bölgesine kimsenin yola çıkmadığı, Mersin ve Adana'daki çocuk acil uzmanlarının çok fazla hasta karşılamaya başladığı öğrenildi. Bu durum yakın merkezlerin kapasitesinin aşılmasına neden oldu.

Sağlık ekipmanı ve tıbbi malzemeler ikinci gün halen eksikti. Hastane içinden ve ulaşılabilen depolardan eksik malzemeler temin edilmeye çalışıldı.

Çocuk acil uzmanları ve çocuk hastalar için gereken ayrı organizasyon ve ihtiyaç akışı sağlanamadı.

Çocukların kimliklerini belirleme ve refakatçi bulma sorunu devam etmekteydi. Çocuk acil hekimleri 72 saati aşkın bir süredir aralıksız çalışmakta ve toplamda beş 6 saat dinlenebilmişlerdi. Hijyen tuvalet ve temiz su ihtiyacı artık hat safhadaydı.

Değişime gelecek hekimlerin belli olmaması ve dönülecekse nasıl döneceği gibi planların bilinmemesi aralıksız çalışan ekibin tükenmesini hızlandırmaktaydı.

72-96. Saat Çocuk Acil

a) Çocuk Acil Servisin Durumu:

Acil servis çalışılabilir durumda olup, önceki ekip tarafından büyük oranda organize edilmiştir. Yeşil, sarı ve kırmızı alanlar oluşturulmaya çalışılmıştır. Ayaktan hasta başvuruları 72. saat sonrası arttığından ilk değerlendirme alanı ve sarı alan genişletilmiştir. Bina hasar görmüş olsa da hizmet vermeye devam etmekteydi. Binadaki hasarın boyutu bilinmemekte ve tedirginlik yaratmaktaydı.

Binaların hasarının boyutunun belirlenmesi ve güvenli bir şekilde kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi için bir yapısal hasar tespit çalışması yapılmalıdır. Eğer bina kullanılamaz durumdaysa, konteynır yerleşimlerinin kullanılması veya geçici prefabrik yapıların kurulması, hizmet sürekliliğini sağlayabilir. Ayrıca, binanın güvenliği ve çalışanların güvenliği için gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.

b) Ekip:

Ekipte çocuk acil ve çocuk yoğun bakım uzmanları, asistanlar ve destek ekipleri bulunmaktaydı. Ekibin çoğunluğunu hastanenin kendi personeli oluşturmaktaydı. Bu personel moral motivasyon olarak kötü durumda olması nedeni ile konsantrasyonları kötü ve performanslarını etkiliyordu. Konsültan branşlar da aynı şekilde dışarıdan gelen destek ekipler ve hastanenin kendi personeli tarafından sağlanıyordu. Erişkin kısmın aksine pediatri kısmında gelen destek yeterli nöbet değişimleri için olanak sağlamıyordu. Bu da ekibin yorulmasına ve performans kaybına neden oluyordu. Ayrıca ekibin pediatrik travma ve kritik hasta bakımı hakkında yeterli bilgi ve deneyiminin olmaması önemli bir diğer sorundu. Daha önce bir çocuk acil uzmanı tarafından yönetilmediği için organizasyon zordu. Depremi ilk saatlerinden itibaren gönüllü olarak olay yerine gelmeye çalışan birçok sağlık personeli olmasına karşın görevlendirme yazıları olmaması ve kimlik kartları olmaması nedeni ile güvenlik zafiyeti doğuyordu.

Öncelikle, personelin moral motivasyonunu artırmak için psikolojik destek hizmetleri sağlanmalıdır. Afet sırasında çalışanlar yoğun stres altında oldukları için, psikolojik destek almak önemlidir. Bu sayede personelin stres ve kaygı seviyeleri azaltılabilir ve konsantrasyonları artırılabilir. Ayrıca, ekip üyeleri arasında daha fazla pediatrik acil uzmanı ve deneyimli personel bulundurulması gerekmektedir. Bunun için, hastanenin diğer pediatrik kliniklerinde çalışan personel de çocuk acil servisinde çalışmaya yönlendirilebilir.

Ekip üyelerinin yorgunluğunu azaltmak için, nöbet değişimlerinde yeterli destek sağlanmalıdır. Bu, ekibin performansını arttıracak ve kritik hataların önüne geçebilecektir. Ekibin pediatrik travma ve kritik hasta bakımı konusunda eğitilmesi de önemlidir. Bu amaçla, pediatrik acil tıp alanında eğitim programlarına ağırlık verilmeli ve pediatrik hekimlerin bilgi

ve deneyimi arttırılmalıdır. Eğitim programları sadece hastane personeline değil, aynı zamanda diğer sağlık kurumlarındaki pediatrik hekimlere de açık olmalıdır.

Daha önce ele alınmamış büyüklükte bir acil durum olduğu için, organizasyonu yerleştirmek zordu. Bu nedenle, hastane afet planları (HAP) gözden geçirilmeli ve bu planlara pediatrik acil klinikleri aktif olarak dahil edilmelidir. Afet planlarına pediatrik acil bakım senaryoları dahil edildiğinde, ekip daha iyi organize olabilir ve hastaların bakımı daha etkili hale getirilebilir. Bu planların düzenli olarak gözden geçirilmesi ve güncellenmesi de önemlidir.

Deprem sonrasında sağlık personelinin gönüllü olarak olay yerine gelmesi olumlu bir durum olmasına rağmen, görevlendirme yazıları olmaması ve kimlik kartları olmaması güvenlik zafiyeti doğuruyordu. Bu nedenle, sağlık personelinin olay yerine gelişleri önceden planlanmalı ve görevlendirme yazıları ile kimlik kartları sağlanmalıdır.

c) Hasta profili:

72. Saatte gelen hastaların çoğunluğunu depremden primer etkilenen hastalar oluşturmaktadır. Yeşil alanda depremin ilk saatlerinde bakılıp kontrole çağrılmış ya da depremden bağımsız şikayetlerle gelen hastalar artış göstermekteydi. Sarı ve kırmızı alanda ise büyük çoğunluğu depremden hastalar oluşturmaktaydı. Hastalar da bu dönemde ve sonrasında yaşamsal sorun oluşturacak yaralanmalardan çok uzuv yaralanmaları, crush sendromu, hipotermi, hipernatremik dehidrasyon sıklıkla görülen durumlardı. Uzuv yaralanmalarında amputasyon ya da fasyotomi gerekliliği olabiliyordu. Zaman ilerledikçe kırmızı alan hasta sayısı azalma gösterirken deprem dışı sebeplerle başvuran hasta sayılarının arttığı görüldü.

Deprem sonrası gelen hastaların profilinde uzuv yaralanmaları, crush sendromu, hipotermi ve hipernatremik dehidrasyon sıklıkla görülmektedir. Bu nedenle, ekibin bu tür yaralanmaların tedavisi için uluslararası rehberleri yakından takip etmesi önemlidir. Ekip, uzuv yaralanmalarında amputasyon veya fasyotomi gerekliliği durumunda müdahale edebilecek nitelikli doktor ve hemşirelerden oluşmalıdır. Ayrıca, hastane personeline, crush sendromu ve hipotermi gibi acil durumların tanı ve tedavisine yönelik eğitimler verilmelidir.

Yeşil alanda bakılan hastaların sayısı da artmıştır, bu nedenle, yeşil alan için ayrı bir ekibin oluşturulması gerekmektedir. Bu ekip, deprem sonrası bağımsız şikayetlerle gelen hastaların tedavisi için özel olarak hazırlanmalıdır. Ekibe, çocuk acil tıp konusunda eğitim almış doktor ve hemşireler dahil edilmelidir. Ayrıca, yeşil alan hastalarının tıbbi kayıtlarının dijital ortama aktarılması için bir sistem kurulmalıdır. Böylece hastaların geçmiş tıbbi kayıtları takip edilebilir ve tedavileri daha etkili hale getirilebilir. Kırmızı ve sarı alanda yer alan hastaların sayısı da oldukça fazladır. Bu nedenle, hastane acil servisinde bu tür yaralanmaların tedavisi için özel bir ekip kurulmalıdır. Ekip, Çocuk Acil tıp konusunda eğitimli doktor ve

hemşirelerden oluşmalıdır. Ayrıca, ekip, sevk koordinasyonu konusunda da deneyimli bir koordinatörden oluşmalıdır. Sevk koordinasyonu konusunda deneyimli bir koordinatör, hastaların en hızlı şekilde sevk edilmesini ve gereksiz vakit kaybının önüne geçilmesini sağlayabilir.

d) Başvuru ve sevkler:

Hasta yönlendirme ve kayıt işlemleri manuel olarak gerçekleştirilmekteydi. Bilgisayar sistemleri aktif olarak çalışmadığı için hastane giriş kaydı açılmamaktaydı. Hastalar ile ilgili bilgiler varsa yakınlarından, getiren 112 ekibinde alınıyor. Bulunduğu sedyenin başına beyaz kâğıda hem kimlik bilgileri hem muayene ve tedavileri yazılıyordu. Alınan kayıtlar sevk sonrasında gerçekleşebilecek kayıplar için fotoğrafları çekilerek dijital olarak saklanmaktaydı. 112 ekipleri, kara ve hava ambulansları ile sürekli hastaları almakta ve yönlendirmektedir. En çok sevk alan Kayseri, Gaziantep ve Konya şehirleri idi.

Hastane giriş kayıtlarının manuel yapılması, hatalı ve eksik kayıtlara neden olabilir ve hastaların takibi zorlaşabilir. Bu nedenle, hastane yönetimi, bilgisayar sistemlerinin yedeklenmesi ve acil durumda kullanılacak alternatif yöntemlerin oluşturulması konusunda çalışmalar yapmalıdır. Ayrıca, hasta yönlendirme ve kayıt işlemlerinin daha etkin hale getirilmesi için, teknolojik araçlar kullanılabilir. Örneğin, mobil uygulamalar veya dijital formlar kullanılarak hastaların kayıt işlemleri daha hızlı ve doğru şekilde yapılabilir. Bilgi güvenliği açısından hastanın kimlik bilgileri, tedavi bilgileri ve diğer tüm bilgilerin dijital olarak kaydedilmesi ve güvenli bir şekilde saklanması önerilir. Bu şekilde, hastaların bilgilerinin güvenliği sağlanabilir ve hastaların takibi daha kolay hale getirilebilir.

Hastane afet planlarında sevk koordinasyonunu sağlayacak bir kişi belirlenmeli ve eğitilmelidir. Bu kişi, hastaların yönlendirilmesi ve kaydedilmesi için bir sistematik oluşturarak 112 ekipleri, askeri helikopterler ve diğer sevk kaynakları arasında koordinasyon sağlayabilir. Bu kişi, diğer sağlık personeli ile iletişim halinde olmalı ve hastaların aciliyetine göre sevk edilmesini sağlamalıdır. Ayrıca, bilgisayar sistemlerinin aktif olmadığı durumlarda bile hastane giriş kayıtlarının yapılabilmesi için manuel bir yöntem geliştirilmelidir. Bu sayede, hastaların kaydı tutulabilir ve hasta yönlendirmesi daha etkin hale getirilebilir.

e) Lojistik ve tıbbi malzeme:

Travma tahtaları, ısıtıcılar ve serum ısıtıcılar gibi ekipmanlar eksik veya yetersizdi. Çocuk yoğun bakım ünitesi kullanılamaz durumdaydı. Diyaliz gereken hastalar erişkin tarafta diyaliz almak zorunda kalıyordu. Hastanede hangi malzemelerin olduğu konusunda personelin bilgisi yoktu. Bilgisayar sistemleri de olmadığı için envanter konusunda yeterli bilgiye ulaşamıyorduk.

Lojistik ve tıbbi malzeme yönetimi için bir ekip oluşturulmalı ve bu ekip envanterin doğru bir şekilde yönetilmesi ve eksik malzemelerin temin edilmesi için çalışmalıdır. Bu ekip aynı zamanda, diyaliz gereksinimi olan hastaların diyaliz için özel bir üniteye ihtiyaç duyduklarını belirlemeli ve bu konuda acil önlemler almalıdır. Ayrıca, hastane personelinin lojistik ve malzeme yönetimi hakkında eğitilmesi de önemlidir. Malzemelerin nerede olduğu ve nasıl kullanılacağı hakkında bilgi sahibi olan personel, hizmet kalitesini arttıracaktır. Hastanenin tıbbi malzeme ve ekipman envanterinin güncel tutulması için bir takip sistemi kurulmalıdır. Böylece, eksik olan malzemelerin tespiti ve hızlı bir şekilde temin edilmesi sağlanabilir.

f) Tedavi hizmetleri:

Kırmızı alan olarak kullandığımız bölüm normalde sarı alan olarak kullanılmaktaydı ancak kritik hastaların izlemine bu alanda karşıladık. Depremden yeni çıkarılan bir hasta geldiği anda çocuk acil ve çocuk yoğun bakım ekibi olarak hastayı travma önlemleri ile hemen sedyeye alarak ilk stabilizasyonu sağladık. Bu noktada saptadığımız önemli bir sorun, travma tahtalarını 112 ekibine geri vererek tekrar yeni tahtaya almamız gerektiği idi. Bunun yerine tüm ekiplerin aynı tür ve özellikte travma tahtasına sahip olması iyi olurdu, böylece hastaların spinal immobilizasyonu bozulmazdı. Hastalarımız, deprem sonrası hipotermik ve üzerleri toz toprak ile kaplı olarak hastaneye getirilmekteydi. Bu nedenle, bir elektrikli süpürge kullanarak hızla muayeneleri yaparak hayati risk teşkil edecek durumları saptamaya çalıştık. Vücutları temizlenerek yara yerleri incelendi ve hastalar eksternal ısıtma yöntemleri kullanılarak ısıtılmaya alındı. İlk aşamada tüm hastalara ağrı kesici verilmeye çalışıldı. Ancak hastaların ısınması için kullanılan elektrikli ısıtıcılar yeterli olmadığı için, hastalar için uygun ısıtıcıların temin edilmesi büyük bir eksiklikti. Ayrıca, verilen sıvıların soğuk olması da bir diğer sorundu. Serum ısıtıcılarının olmaması nedeniyle serumları elektrikli ısıtıcılar ile sıcak tutmaya çalıştık. Kritik hastaları daha iyi stabilize etmek için ve mevcut bir resusitasyon alanının olmaması nedeniyle, belirli sedyeleri sadece kritik hastanın ilk alındığı yer olarak belirledik. Stabil olan hastalar tetkik ve görüntüleme için gittiklerinde, hemen yerine temiz, monitör ve oksijeni hazır sedyeler hazırladık. 72 saat içerisinde birçok hasta taburcu edildi. Bir hastada kafa tabanı kırığı ve masif pnömomediastinum vardı ve exitus oldu. İki ya da üç hastada ekstremitte amputasyonuna gidildi, diyaliz ihtiyacı olanlar ve rabdomiyolize giren hastalar da vardı. Bunun dışında hastaların çoğunluğu hayati sorunları olmayan, belki uzuv yaralanmaları olan hastalardı. Bu hastalarda en dikkat çeken laboratuvar özelliği, hipernatremik dehidrasyon tablosunda olmaları ve aşırı bir su açlığı içindeydiler. Mevcut rehberler kullanılırken hastaların durumu göz önünde bulundurularak tedavi düzenlemesi yapıldı.

Hasta profili açısından belirlenen kırmızı alanın, aslında sarı alan olarak kullanılan bölüm olması ve kritik hastaların burada izlem ve tedavilerinin gerçekleştirilmesi önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda, hastane afet planları gözden geçirilmeli ve kritik hastaların izlem ve tedavileri için uygun bir alanın oluşturulması planlanmalıdır. Ayrıca, tüm ekiplerin aynı tür ve özellikte travma tahtasına sahip olması sağlanarak spinal immobilizasyonunun bozulmaması hedeflenmelidir.

Hastaların hipotermik ve tozlu bir şekilde hastaneye geldiği gözlemlenmiştir. Bu nedenle, elektrikli süpürge gibi temizlik malzemelerinin hastanede bulundurulması gerekmektedir. Hastaların ısıtması ile ilgili olarak ise, santral ısıtma sağlanması ve uygun ısıtıcıların temin edilmesi gerekmektedir. Serum ısıtıcılarının eksikliği nedeniyle, UFO adlı elektrikli ısıtıcılar kullanılmaktadır. Ancak, hastaların verilen sıvıların soğuk olması sorunu devam etmektedir. Kritik hastaların stabilize edilmesi için belirlenen sedyelerin, tetkik ve görüntüleme için uygun olanlarla değiştirilmesi önemlidir. Ayrıca, resusitasyon alanının oluşturulması da gerekmektedir. Hipernatremik dehidrasyon sorunu yaşayan hastaların sıvı tedavisi için uygun bir yaklaşım benimsenmeli ve elimizde bulunan sıvılar, hastaların ihtiyacına uygun hale getirilmelidir. Son olarak, hastane envanteri konusunda personelin bilgisinin olmadığı ve tıbbi malzemelerin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, hastane afet planlarına uygun olarak envanter sistemi oluşturulmalı ve tıbbi malzemelerin yeterli miktarda bulundurulması sağlanmalıdır.

96. Saat Çocuk Acil

a) Çocuk Acil Servisin Durumu

Çocuk Acil Polikliniklerinin şartları hasta karşılamaya uygundu ve aktif bir şekilde hasta kabulü gerçekleşmekteydi. Çocuk Acil Servisleri Gözlem odaları çoğunlukla tamamen dolu olarak çalışıyorlardı. Ancak Çocuk Acil Polikliniklerinin bir kısmının deprem öncesinde travma hastası karşılamıyor olması nedeni ile deprem sonrasında buna göre organizasyon ve planlama değişiklikleri yapılması gerekli olmuştu ve bu merkezlerde deneyim eksikliğinin olması zorluk yaratmıştı, ancak geçen günler içerisinde bu hasta grubu ile ilgili de deneyim kazanılmış ve bu zorluk kısmen aşılmıştı. Bu merkezlerde tüm cerrahi birimlerin ve görüntüleme olanaklarının bulunmayışı da problem yaratmakta ve özellikle hastaların bu sebeple transfer edilmesi zaman kaybına sebep olmakta idi. Bunun yanında bazı merkezler erişkin hasta da kabul etmeye başlamış, bu da ek organizasyon ve personel yükü getirmişti. Rutin travma hastası kabul eden merkezlerde bu sorun gözlenmedi, oturmuş protokoller mevcuttu. Bu merkezlerde 72. saatten

sonra hasta sayısının azalması ile birlikte görüntüleme ile ilgili yoğunluk da azalmıştı. Bir diğer önemli konu ise 6 Şubatta yaşanan deprem sonrasında hasarsız veya az hasarlı merkezlerin bir kısmı daha sonraki depremlerde hasar almış ve çalışamaz hale gelmişti (özellikle Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi gibi) ve hem bu alanda artık sağlık hizmeti verilemiyor olmasının getirdiği eksikliklerin kapatılması, hem de buradaki hastaların nakil edilmesi gerekliliği ciddi bir sorun oluşturmuştu.

b) Ekip

Çocuk Acil Polikliniklerinde deprem öncesi pratisyen veya asistan doktorlar çalışmakta iken deprem sonrasında Pediatri Poliklinikleri de kapatılarak Pediatri uzmanları ve varsa asistanların tümü nöbet şeklinde çalışma düzenine geçmiş ve bu şekilde aciller güçlendirilmiş idi. Hemşire, paramedik, ATT ve diğer sağlık personelindeki eksikler ya diğer bölümlerden eleman çekilmesi ile veya gönüllü ekiplerin çalışma düzenine sokulması ile çözülmüştü. Diğer branşlar eğer hastanede mevcut ise konsültasyon metodu ile çalışıyordu, bazı hastanelerde cerrahi branşlar mevcut değildi, bazılarında ise hastanenin farklı merkezlerinde bulunabiliyorlardı. Deprem bölgesi dışından çoğu gönüllü sağlık ekipleri desteğe gelmiş idi, ancak hekim görevlendirmelerinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları doktorlarının sonraya bırakıldığı, cerrahi branşlara öncelik verildiği gözlemlendi.

Çalışan personel ile ilgili bu saatlerde en öne çıkan problem, personelin de depremde olması, neredeyse tamamının ev dışında barınma sorununu çözmeye çalışıyor olması, hem depremin, hem sonrasında başta barınma olmak üzere hayat koşullarının yarattığı ağır fiziksel ve psikolojik yük ile çalışmaya devam ediyor olmaları idi. Personelin kendilerinin ve ailelerinin güvenliğinden emin olamamaları, yoğun çalışma düzeni sonrasında dinlenebilecekleri ve huzurla barınabilecekleri evlerinin güvenli olup olmadığı kaygısını yaşamaları veya evlerinin hasarlı olmasından dolayı evlerine girememeleri, araç içinde ya da hastane içinde çeşitli alanlarda kaliteli olmayan uyku sonrası 24 saatlik şifftlerine devam etmelerinden dolayı. 4. günden sonra oldukça yorgun ve tükenmiş olarak çalıştıkları gözlemlendi. Pek çok kişide depremin tekrarına yönelik derin kaygılar mevcuttu, özellikle artçıların sürekli tekrarlıyor olması, personelde ciddi bir korku iklimine sebep oluyor, bu da verimli çalışmayı zorlaştırıyordu.

c) Hasta Profili

Deprem enkazından kabul edilen hasta sayısında bu dönemde azalma söz konusu idi, kabul edilen hastalar ekstremitelerde ezilmesi, Crush sendromu, dehidratasyon, hiperkalemi, batın travması tanılarıyla yatırılıp tedavi edildiler. Bu grubun içinde bir kısmı da deprem sonrası ilk

saatlerde bir sağlık kurumuna başvurmuş, ancak sonrasında ya o anda sağlık durumu ciddiye teşkil etmemiş ya da ciddiye fark edilmemiş, ya da yakınlarını arama gibi sebeplerle hastaneden kendileri ayrılmış hastaların durumunun ağırlaşarak tekrar başvuran hastalar oluşturuyordu. Deprem enkazından kurtarılan hastaların ilk m¼dahalesi ve stabilizasyonu tamamlandıktan sonra hızla servis ya da yoğun bakım kabulleri sağlanmaya çalışılıyordu ancak bu d¼nemde hem ocuk Acil Servislerinin hem de ocuk Yoğun Bakım Üniteleri ve ocuk Servislerinin tam dolu olarak çalışıyor olması yatış işlemlerini zorlaştırıyor, acilin çalışma şartlarını çok zorlaştırıyordu.

Deprem enkazından kurtarılan hastaların dışında hasta başvurusunda bu d¼nemde ciddi bir artış söz konusu idi. Bu hastalar içinde üç hasta grubu ön plana çıkmakta idi:

- 1) Deprem sonrasında barınma, beslenme sorunları yaşayan ve bu nedenle enfeksiyonlar (ASYE, AGE gibi) ile başvuran hasta grubu
- 2) Deprem nedeni ile diğer sağlık sorunları için başvurmayan veya başvuracak merkez bulmakta zorlanan diğer acil durumlar (Diyabetik Ketoasidoz, Akut Apandisit, Akut Bronşiolit, Yenidoğan Sarılığı gibi): Bu hasta grubu genellikle ileri bir evrede başvuruyor, bu nedenle hem m¼dahaleleri g¼ ve uzun süreli oluyor hem de depremden kurtarılan hastalar nedeni ile sağlık hizmeti kaynaklarının sınırlı olması bu hastaların bakımını g¼leřtiriyordu.
- 3) Deprem sonrasında takip ve tedavileri aksayan, ilaç bulma sıkıntısı yaşayan kronik hastalar (Epilepsi, Astım, Onkoloji hastaları gibi): Bir önceki grup gibi bu hasta grubu da akut ataklar ve acil durumlarla başvuruyor ve aynı şekilde yoğun sağlık bakımı gerektiren durumlarına m¼dahalede sağlık hizmetinin kaynaklarının sınırlılığı nedeni ile g¼lükler yaşanıyordu.

Ayrıca özkıyım girişimi nedeni ile kabul edilen adölesan hastalar da mevcuttu.

Bir diğer sorun kimliksiz hastaların kabulü idi. Kimliksiz ocuk hasta kabulü ve takibinde ilk g¼nlerde yaşanan sıkıntılar prosedürlerin netleşmesi ve hastane yönetimi, doktorlar ve hastane personelinin çabası, sosyal ağların sürekli olarak aktif kullanılması ile bilgi akışı daha net sağlanarak kısmen öz¼lmüř, ancak birinci derece yakınına kaybetmiş hastaların tedavi ve bakımlarının uzun vadede planlaması henüz yapılamamıştı. Aynı zamanda deprem sırasında doğan ancak kimliği çıkarılamamış bebeklerin hastaneye kabulünde sorun yaşandı. Hastanelerin bir kısmında sosyal hizmetler ve emniyet birimlerince bilgilendirmeler sağlansa da kimliksiz hasta güvenliği ve takibinin evrak işleri ve yasal prosedürle ilgili işlemlerde hekimlerin çok aktif rol aldığı ve bu durumun hekim iş yükünü çok arttırdığı gözlemlendi.

Vefat eden hastaların fazla sayıda olması nedeni ile morglarda doluluk arttı, özellikle kimliksiz olanların defin işlemleri için ölüm formları doldurulmakta, DNA örnekleri

alınmaktaydı. Kayıtlar tamamlanmadan defin yapılmadığı için cenazeleri bekletecek yer sorunu gündeme geldi.

d) Başvuru ve Sevkler

Çoğunlukla ayaktan başvurular karşılanmakta idi, bunun yanında deprem sahasından bölge merkezlerine (Adana, Mersin) 112 aracılığı ile kara ambulansı ile sevkler devam etmekteydi.

Çocuk servislerinde veya çocuk hastaların yatırılabilceği diğer servislerde yatak sayısının azalması nedeniyle bu saatlerde çocuk acilde ek yoğunluklar olmaya başladı. Yeni getirilebilecek hastalara acil serviste bakılma imkanı sağlayabilmek için servis ve acilde takip edilen hastalardan Ankara, İzmir, İstanbul, Antalya, Konya gibi illere sevk yapılması ihtiyacı doğdu. Aynı zamanda merkez bölge hastanelerinden daha küçük hastanelere de özellikle deprem dışı hastaların sevki de söz konusu idi.

Ancak bu noktada 112 komuta merkezlerinin ve ambulanslarının (kara-hava) yoğunluğundan dolayı istenilen hızda sevkler gerçekleştirilemedi. Bu sevklerdeki en büyük problem koordinasyonun çok uzun sürmesi ve sevk için kriterlerin çok değişken olması idi. Sevkler kabul edilse de 112 nakilleri için hem hastalar uzun süreler beklemek zorunda kaldı, hem de her ile transfer gerçekleştirilemiyordu. Örneğin her ile uçak ambulans kalkmaması, belirli illere kalkacak uçak ambulans için belirli sayıda ve klinikte hasta bulunması gerekliliği (aksi halde ambulansın kalkmaması), her şarta uygun hasta seçimi ve evrak düzenlemesi yapıldıktan sonra gelecek kargo uçağının saatinin belirsiz olmasına bağlı net bir yer düzenlemesi yapılamaması yaşanan sorunlar arasındaydı. Bu durum acilde yatış veya sevk bekleyen hastalar nedeniyle yeni hastalara alan açılmasında zorluklar yaşanmasına sebep oldu. Bu sorunlar hekimlerin kendi aralarında sosyal ağlar ile birebir iletişimleriyle kısmen çözülmeye çalışıldı.

Kimliksiz hastaların sevki da ayrı bir sorun oluşturmaktaydı, bu saatlerde bu hastaların evrakları düzenlenmeye başlanmıştı ancak evrak işlemleri de uzun sürmekte ve ayrı bir personel ihtiyacı oluşturmaktaydı.

e) Lojistik ve Tıbbi Malzeme

İlk günlerdeki temel malzeme ve ilaç eksiklikleri bu saatlerde hem bağışçılar ve yardım kampanyaları hem Türk Eczacılar Birliği gibi organizasyonlar sayesinde büyük oranda çözülmüş, hasta yoğunluğunun da azalması ile hemodiyaliz, ventilatör gibi ihtiyaçlar azalmış

idi. Sırt tahtası zaman zaman yeterli olmadı. İntraosseöz iğne bulunmayan merkezler mevcuttu. Görüntüleme için imkanları (BT, MR) her merkezde mevcut değildi. Fazla miktarda gelen yardımlar ve bunları taşıyan ve dağıtanlar alanların yeterli olmaması acil serviste ayrı bir karışıklığa neden oldu.

f) Tedavi Hizmetleri

Depremi hemen sonrasında hastaneden taburcu olabilecek hastaların taburcu edilerek yer açıldığı öğrenildi. Bu sebeple başlangıçta çocuk servisinde yatan hasta sayısı daha az iken acile başvuran hasta sayısındaki artış ile birlikte hastanede yatan hasta sayısı da hızlıca arttı ve hem servis hem yoğun bakımların hızla dolduğu, bu nedenle hasta yatış için taburculuk beklendiği, taburculukların hızlandırılarak yatışların yapılabilirdi gözlendi. Bu nedenle hastaların kabul sonrası stabilizasyonları Çocuk Acil Polikliniği'nde tamamlandıktan sonra tedavi hizmetlerinin Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi, Pediatri Servisi ve Pediatrik Cerrahi Servisinde sürdürülmesi planlansa da yer kısıtlılığından dolayı bazı merkezlerde ileri tedavilerin de Çocuk Acil Servislerinde yapılması zorunluluğu ortaya çıktı, bu dönemdeki konsültasyon, girişim ve tedaviler de (kateter yerleştirilmesi, hemodiyaliz gibi) Çocuk Acil Servisleri tarafından planlanmak zorunda kaldı. Aynı şekilde takipli süreğen hastalığı mevcut hastaların acil tedavileri de sonrasında çocuk servislerindeki yoğunluk nedeni ile Çocuk Acil Servisinde uygulandı. Bunların yanında inhaler, sıvı gibi Çocuk Acil Servisinde ayaktan uygulanan tedavi hizmetleri de verilmeye devam edildi. Tüm bunlar Çocuk Acil Gözlem Odası yoğunluğunun çok artmasına ve çalışma şartlarının zorlaşmasına sebep oluyordu.

Her depremde hastane binasından hasta ve sağlık personelinin dışarı kaçması, çoğunun acil önündeki çadırlarda takip edilmek durumunda kalınması da bir diğer zorlayıcı noktaydı. Özellikle 20 Şubat Hatay depremi sonrasında tüm hastalar bina katlarındaki servislerden acil servise, bahçeye, arabalarına, hatta kantinlere inmesi nedeniyle hastaların tedavileri buldukları yerlerde yapılmak durumunda kalındı. Dış servis hekim ve hemşireleri buralarda tedavi yapmayı uygun görmeyince çoğu başka bölümlerin çocuk hastalarının tedavisi ile de çocuk acil ekibi ilgilenmek durumunda kaldı. Entübe olan veya YANKOT tedavisi alan hastalar çocuk acil servisinde izlenmeye başlandı. Çadırlarda oksijen tüpleri bulunduğundan hava yağmurlu ve soğuk olmasına karşın içeride elektrikli ısıtıcı kullanılmadı. Bu sorun yatak ısıtıcıları, polar ve battaniyelerle çözülmeye çalışıldı. Çadırların dışında ısıtıcı açılabilirdi.

ÇÜTF Balcalı Hastanesi yataklı servislerin bulunduğu bina 20 Şubat depremi sonrası tekrar incelendiğinde orta düzeyde hasarlı raporu verilmesi nedeni ile olası bir depremden önce acilen hastanenin boşaltılma kararı alındı. Hastalar il içi ve yakın illerde devlet ve özel hastanelere

112 aracılığıyla tahliye edilmeye başlandı. Herhangi bir sorun yaşanmadan tüm hastaların sevkini yapılabilmesi için ekipler kuruldu ve tüm hastalar başka hastanelere yerleştirilebildi.

g) Zorlayıcı Noktalar

- Sahada görevlendirme için gönüllü Çocuk Acil doktoru listesi olmasına rağmen görevlendirilmelerin zamanında yapılmaması
- Saha veya sevk alan hastanelere Çocuk Acil doktorlarının çok geç görevlendirilmesi, bu nedenle çocuk hastaların tedavilerinin erişkinler gibi yapılmış olması, sahada bu tedavileri koordine edecek Çocuk Acil hekimlerinin eksikliği ve bunun çocuk sağlığını olumsuz etkilemesi
- Görevlendirme yazısı olmadan yıllık izin ile bölgeye veya sevk alan hastanelere giden hekimlerin hukuki açıdan yaşadığı zorluklar
- Hem hasta başvuru sayılarının hem de başvuran deprem dışı hastaların hastalık şiddetlerinin artışı
- Hastane kapasitesinin dolu olması sebebi ile yatış sürelerinin uzaması
- Bazı merkezlerin travma merkezi olmaması nedeni ile bu hastaları karşılamak konusunda organizasyon ve deneyim eksikliği
- Bazı hastanelerde cerrahi bölümlerinin ve görüntüleme cihazlarının olmaması, bunlar için hastaların sevkini gerektirmesi
- Hasta sevklerinin uygun merkezlere yapılmaması nedeni ile hem hastane hem acil servis hasta doluluk oranlarının azaltılamaması hem sevk sürelerinin hem de yatış sürelerinin uzaması
- Sevk için hastaneler arası ortak protokol eksikliği, iller arasında eşleştirme eksikliği
- Yoğun yabancı uyruklu hasta başvurusu ve iletişim zorluğu
- Kimliği belirsiz çocukların tespitinde standart sağlanamaması, hasta sevklerinin veya taburculuklarının zaman alması
- Sağlık personelinin şiddetli kaygılı ve çok zor koşullarda çalışıyor olması, barınma sorunları ve fiziksel yorgunluklarının artarak devam etmesi
- Sağlık personelinin devam eden artçı sarsıntılar nedeni ile hem personelde hem hastalarda ortaya çıkan panik ve binada kalmak istememe, postop hastaların dahil hastaneyi terk etmek veya sevk olmak istemesi

- Personelin çoğunun gönüllü olmakla birlikte farklı bölgelerden gelmiş olması ve çocuk hastanesi olmasına rağmen özellikle hemşirelerde çocuk tecrübesi olmayan personelin bulunması
- Gönüllü gelen personelin hastanede konaklaması ancak yatırılmak istenen hasta sayısı arttıkça bir taraftan ortaya çıkan yer sorunu, personele hem yatacak hastalara yer açmak için hem de sarsıntılar devam ettiği için hastane dışında konaklama ihtiyacı olması ancak imkan olmaması
- Sağlıklı istatistiki veri olmaması (Hasta sayısı, sevk sayısı, eksitus sayısı gibi)

ÖNERİLER

Depremler gibi büyük afetlerde, toplumun genelinde yıkıcı etkiler gözlemlenirken, çocuklar gibi daha savunmasız gruplar bu durumdan daha da olumsuz etkilenebilmektedir. Bu nedenle, çocuk acil uzmanlarının, afet öncesi hazırlık ve afet sonrası müdahalelerde kritik öneme sahip olduğu vurgulanmalıdır. Afet planlaması, yönetimi ve acil servislerin işleyişi, çocuk sağlığına özel bir yaklaşım gerektirir ve bu, yalnızca eğitimli çocuk acil uzmanları tarafından etkin bir şekilde yürütülebilir.

Özellikle pediatrik hasta yönetimi ve afet organizasyonunun koordine edilmesinde, çocuk acil hekimlerinin bireysel görevlendirmeleri dikkatlice planlanmalıdır. Böylece yeterli sayıda uzmanın, afet sırasında ve sonrasında çocuk hasta bakım hizmetlerini sürdürebilecekleri bir yapı oluşturulabilir. Türkiye'de çocuk acil ve yoğun bakım uzmanlarının sayısının sınırlı olması, bu alanlarda uzman sayısını artırmanın önemine daha da dikkat çekmektedir. Dolayısıyla, yan dal uzmanlık eğitimlerine önem verilmesi ve bu uzmanlık alanlarının sayısının hızla artırılması, ulusal acil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için hayati önem taşır. Bu strateji, afet durumlarında çocukların sağlık ihtiyaçlarını daha etkin bir şekilde karşılayacak ve genel toplum sağlığı altyapısını güçlendirecek temel bir yaklaşım olarak kabul edilmelidir.

Hastane afet planları organizasyonunda kullanılan senaryolara Çocuk Acil hekimleri tarafından çocuk hastaları planlamaları eklenmeli, olası durumlarda çocuk acil servis organizasyonu için alternatifler oluşturulmalıdır. Halen birçok merkezde aktif olarak kullanılan

Hastane Afet Planı (HAP) içerisinde çocuk kelimesinin yeter sayıda geçmemesi, bu planların erişkin temelli oluşturulduğunu göstermektedir.

Afet sonrası dönemde, il ve hastanelerin uygun ve güvenli alanları belirleyerek olası hasta yoğunluğuna cevap verebilmek için gözlem ve triyaj alanlarını genişletme çalışmalarına öncelik vermesi gereklidir. Özellikle deprem gibi büyük doğal afetlerin ardından, teknolojiye dayalı tıbbi cihazlara (örneğin, trakeostomili hastalar veya ev tipi mekanik ventilatör kullanımı gerektiren hastalar) bağımlı hastaların başvurularının artabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum, palyatif bakım ünitelerinin hazırlıklı olmalarını ve kapasitelerini artırmalarını zorunlu kılar.

Depremi etkilediği bölgelerdeki hastanelerde yatan yenidoğan ve çocuk yoğun bakım ünitelerindeki hastaların transfer ihtiyacı da unutulmamalıdır. Bu, özellikle hasar gören altyapı ve hizmetlerin kesintiye uğradığı şehirlerde kritik önem taşır. Bu bağlamda, afet yönetimi ve sağlık hizmetleri planlaması, teknolojik destek gerektiren özel hasta gruplarının ihtiyaçlarını da kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

Buna ek olarak, hastanelerin ve sağlık kurumlarının, afet anında ve sonrasında hızlı bir şekilde kapasitelerini artırabilmesi için afet hazırlık planlarının güncellenmesi ve bu planların düzenli olarak tatbik edilmesi büyük önem taşır. Bu planlamalar, afet sonrası dönemde sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak ve hasta bakımında aksamaları en aza indirmek için hayati öneme sahiptir. Bu tür bir hazırlık, aynı zamanda afetle mücadelede çok disiplinli bir yaklaşımın benimsenmesini ve bu süreçte farklı sağlık disiplinlerinin koordinasyon içinde çalışmasını gerektirir.

Çocuk hastaların çocuk doktorları tarafından bakılabilmesi için çocuk hastaların hepsi ilk anda çocuk acile yönlendirilmelidir. Çocuk hastaların erişkinler ile erişkin ünitelerinde bakılması çocuk hasta sayısına göre çok sayıda erişkin hasta başvurusu olması nedeniyle önceliklendirmede sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca rutin işleyişte çocuk hastalara hizmet vermeyen erişkin acillerin çok sayıda hasta karşıladığı anda alışık olmadığı hasta grubu ve ekip ile uyumlu bir hizmet vermekte zorlanmaktadır. Liman şehirlerine olası gemi ile sevk sonrası aynı anda birçok hastanın sevk alınabileceği ve gelecek hastalar ile bilgi alınamayabileceği akılda tutulmalıdır. Aynı anda çok sayıda hasta başvurduğu anlarda deneyimli kişilerin triaj yapması hayatidir. Triaj ile yeşil alan sarı alan kırmızı alan olarak acil organize edilmeli, hastaların alanları belirlenmelidir.

Çocuk acil servislerinde travma karşılamak için doktor hemşire ve sağlık memurlarından oluşan ekipler oluşturulması ve bu ekiplerin değişimli olarak çalışması sürdürülebilirlik için önemlidir. Normal zamanlarda diğer bölümler ile ortak yapılan işlemlerin

(E-FAST, Katater açma, vb.) daha hızlı ve etkili yapılabilmesi için acile destek olması düşünülmelidir. Sık karşılaşılabilecek medikal ve para medikal durumlar (Crush send, akut böbrek yetmezliği, hiperkalemi, aritmiler, resusitasyon, kimliksiz çocuklar, kayıp çocuklar, vb.) için özet, kısa ve anlaşılır algoritmalar bilgi notları yazılı ve/veya sanal ortamlarda (telefon-mail gibi) paylaşılmalıdır. Hastalara yönelik tedaviler için kiloya belirlenmiş sabit dozların oluşturulması tedavileri hızlandırmak için düşünülmelidir. Hastaların takiplerinin kolaylaştırmak ve ekstremiteler takiplerini yapabilmek için mümkünse ekstremiteler üzerindeki bandajların açılması önemlidir. Çocuk hastalar işlemler sonrası multiple travma komplikasyonlarının takibi için çocuk servislerine yatırılmalıdır. Eğer çocuk servisi dışında yerlerde yatan çocuk hastalar varsa bu hastalar çocuk hekimleri tarafından düzenli takip edilmelidir. Hastaların taburculuları için acele edilmemeli en az 24 saat hastalar takip edilmelidir. İlk 72 saat sonrası gelen hastalar şu gruptan oluşmaktadır.

1. Deprem sonrasında barınma, beslenme sorunları yaşayan ve bu nedenle enfeksiyonlar (ASYE, AGE gibi) ile başvuran hasta grubu.
2. Deprem nedeni ile diğer sağlık sorunları için başvurmayan veya başvuracak merkez bulmakta zorlanan diğer acil durumlar (Diyabetik Ketoasidoz, Akut Apendisit, Akut Bronşiolit, Yenidoğan Sarılığı gibi).
3. Deprem sonrasında takip ve tedavileri aksayan, ilaç bulma sıkıntısı yaşayan kronik hastalar (Epilepsi, Astım, Onkoloji hastaları gibi).

72 saat sonrasında tekrarlayan başvurularda kritik durumda hastalar ile karşılaşıldı. Bu hastalar daha çok erişkin acilde görülen çocuk hastaları da kapsıyordu. Mümkünse bu hastaların en baştan çocuk hekimleri tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Eğer hastalar başka bölümlerce kabul edilmişse çocuk hastaların ilk müdahalesi sonrası takiplerinde ve taburculukları için çocuk hastalıkları uzmanı ve/veya çocuk acil hekimlerine hastayı devretmesinin gerekliliğini göstermiştir.

Çocuk acil servislerinin normal zamanda travma kabul eden merkezlerin afet hastalarını karşılamakta ve organize etmede avantajlı olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle Türkiye’ de ki çocuk acil servislerin çocuk travma kabul edebilecek şekilde dizayn edilmesi hayati olduğu düşünüldü. Travma deneyimi olan hekimlerin travma bakmayan merkezlerde görevlendirilmeleri az olan çocuk acil uzmanı sayısı da göz önüne alındığında afete cevap için büyük bir eksiklik oluşturmaktadır. Travmaya cevap sadece çocuklara travmayı bilen çocuk acil hekimine bağlı değil hekimler arası çok disiplinli bir uyumu gerektirmektedir. Bu uyum, devamlı olarak bu hizmeti veren kurumlar tarafından kolayca sağlanabilir.

Gelen hastaların ilk saatlerde çoklu travma hastaları olacağı kompartman sendromu, arter kesisi ve ampütasyonlar, açık kırıklar, pnömotoraks/hemotoraks veya ağır kafa travmasına bağlı entübe hastalar, karaciğer dalak laserasyonları, hipotermi, hipovolemi, solunum yetmezliği, kardiyopulmoner arrestler geldiği gözlenmiştir. Bu hastaların yanı sıra acil ihtiyacı olan başvuruların (nöbet, diyabetik ketoasidoz, bronşiolit, pnomoni, nötropenik ateşler gibi) devam edeceği unutulmamalıdır. Hasta tanısı konup ilk müdahalesi yapıldıktan sonra yönlendirilebilmesi (sevk, servis yatışı, yoğun bakım yatışı gibi) hizmetin sürdürülebilmesi için kritiktir. Sevk uzun süreceği düşünülen durumlarda sevkler servis ve yoğun bakımdan yapılması işlemleri kolaylaştırmaktadır. Sevkler ile ilgilenen ayrı bir ekibin olması ve gidecek yer olması ve araçların ayarlanmasının bu ekip tarafından sağlanması süreci hızlandırmaktadır. Bölümlerin (ortopedi, beyin cerrahi vb) görmesi gereken hastalar çoğalacağı göz önünde bulundurulmalı ve bu bölümlere hasta bakabilecekleri alanlar açılmalıdır. Bununla birlikte bölümlerin görmesi gereken hastaları yine çocuk hekimlerince değerlendirilerek daha hızlı değerlendirilmesi gereken hastalar seçilmelidir.

Afet nedeniyle başvuran hastalara X34 tanı kodu ile giriş yapılmalıdır. Hastalara mutlaka kimlik ve isim belirtilmelidir. Hastalara bileklik takılması ve numaralandırma verilmesi önemlidir. Gerektiği durumlarda hastaların resimleri çekilerek kimlik doğrulama için saklanabilir. Yakını olmayan hastaların takibi sosyal hizmet görevlileri ile birlikte yürütülmeli. Sevk işlemleri için kayıtları tutulmalı (parmak izi DNA örneği???) ve saklanmalı. Hastaların 112 ekiplerinden sevk alıp sevk edilirken ekipmanların (travma tahtası, ısıtıcılar vb) standart olması sevk işlemleri kolaylaştırmakta ve spinal immobilizasyonun korunmasına yardımcı olur. Sevk edilen hastaların bilgileri bir nüsha hastanede bir nüsha yanında mutlaka gönderilmelidir. Hasta yakınlarının kimliği onaylanmayan hastalar teslim edilmemeli. Alanda çalışacak gönüllüler hasta yönetimi ve acil servis sorumluları ile birlikte koordine şekilde çalışarak ve hasta ekibinden olacağı anlaşılacağı şekilde kimlik ve üniforma verilerek çalışması daha uygun olacaktır. Deprem sonrası çalışan ekiplerin hastane çalışma saatleri dışında kalacakları yerlerin de düşünülmesi gereklidir.

Deprem gibi büyük afetler sonrasında, topluma yönelik sağlıklı bilgi akışının sağlanması, tedavi süreçlerinin kesintisiz devamı açısından büyük önem taşır. Bu, panik ve kargaşanın önlenmesi, yanlış bilgilendirmenin azaltılması ve halkın doğru şekilde yönlendirilmesi için kritik bir adımdır. Özellikle hastanelerin güvenliği ve işleyişi hakkında doğru bilgilerin paylaşılması, hasta ve yakınlarının güven içinde kalmasını sağlar ve tedavi süreçlerinin aksamadan sürdürülmesine olanak tanır.

Hastanelere yapılan sosyal yardımlar ve gönüllülerin katkıları, afet sonrası dönemde hayati bir rol oynar. Bu tür yardımların etkili bir şekilde yönetilmesi ve dağıtılması, kriz anlarında sağlık hizmetlerinin sürekliliğini destekler ve hastanelerin üzerindeki yükü hafifletir. Ancak, bu yardımların organizasyonu ve koordinasyonu, hastane yönetimi ile sıkı bir işbirliği içinde gerçekleştirilmelidir. Böylece, yardımların doğru noktalara, ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirilmesi ve en verimli şekilde kullanılması sağlanabilir.

Gönüllüler tarafından yapılan organizasyonlar, hastanelerin kaynaklarını daha verimli kullanmasına, personelin odaklanması gereken kritik görevlere daha fazla zaman ayırabilmesine ve genel olarak afet yanıt kapasitesinin güçlendirilmesine katkıda bulunur. Bu süreçte, gönüllülerin eğitimi, yönlendirilmesi ve görevlendirilmesi büyük önem taşır. Etkili bir gönüllü yönetimi ve koordinasyonu, afet sonrası toplumun iyileşme sürecine önemli ölçüde katkı sağlar ve hastanelerin topluma hizmet etme kapasitesini artırır.

SONUÇ

Çocuklar, anatomik, fizyolojik ve psikososyal açılarından erişkinlerden önemli ölçüde farklılık gösterirler. Bu nedenle, afet durumlarında çocuklara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumu, bu özgünlükleri dikkate alan ve çocuk sağlığı konusunda özel eğitim almış profesyoneller tarafından gerçekleştirilmelidir. Afet öncesi dönemde, çocuk acil yan dal uzmanlarının doğru hastanelere önceden görevlendirilmesi ve afet sırasında çocukların ihtiyaçlarına uygun olarak çok disiplinli merkezlerde çalışmalarının planlanması, etkili bir müdahale için kritik öneme sahiptir.

Afet planlamasında, çocuk acil organizasyon alanlarının belirlenmesi ve hastane afet planlarına çocuk vaka senaryolarının eklenmesi, afet bölgesindeki çocuk hastaların ihtiyaçlarının doğru şekilde karşılanabilmesi için elzemdir. Afet bölgesinde çocuklara yönelik potansiyel zararları en aza indirebilmek adına, yeterli sayıda ve deneyimli sosyal hizmet uzmanları ile kolluk kuvvetlerinin il afet planları dahilinde görevlendirilmeleri önem taşır.

Hastane öncesi ve hastane arasındaki iletişimin kesintisiz olması için alternatif iletişim yöntemlerinin hazırlanması, çocukların taşınması sırasında standardizasyonu sağlayacak eğitilmiş personel ve ekipmanın bulundurulması da afet durumlarında sağlık hizmetlerinin etkinliği için kritik faktörlerdendir. Çocukların özel ihtiyaç ve gereksinimlerini bilen ekiplerin her il için ayrı olarak hazırlanması ve Kahramanmaraş depremi gibi çok yıkıcı afetlerde, farklı illerden çok sayıda ekibin bölgeye hızla ulaştırılabilmesi için gerekli hazırlıkların yapılması, afet yanıtı sürecinde çocuk sağlığını korumada büyük bir fark yaratabilir.

Çocuklar, bir ülkenin geleceği olarak kabul edilir ve onların zarar görmesi, toplumu derinden etkileyebilecek onarılamaz hasarlara yol açabilir. Bu nedenle, afet durumlarında çocukların korunması ve ihtiyaçlarının karşılanması, ulusal afet planlamasının merkezinde yer almalıdır. Bu yaklaşım, çocukların fiziksel ve psikolojik iyilik halini korumak ve afet sonrası toplumun daha hızlı iyileşmesine katkıda bulunmak için hayati öneme sahiptir.