

Afetlerde Hassas Gruplar

Vulnerable Groups in Disasters

 Yasemin ÇELİK OR^a

^aAcil Tıp Kliniği,
İstanbul Bağcılar Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
İstanbul, TÜRKİYE

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yasemin ÇELİK OR
İstanbul Bağcılar Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Acil Tıp Kliniği,
İstanbul, TÜRKİYE
ysm.celik@hotmail.com

ÖZET Afet sonrasında hem sahada hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerekli hazırlıklar yapılmaktadır. Bu hazırlıklar yapılırken diğer hastalara göre daha özellikli bakım gerektiren ve morbidite ve mortaliteye daha yatkın olan gruplar vardır. Bu hasta gruplarına ayrı önem verilmelidir. Yaşlı hastalar, mental retardasyon öyküsü olanlar, çocuk ve adolesanlar, evsizler ve cinsiyete bağımlı hassasiyeti olanların ihtiyaçları belirlenmelidir. Sonrasında hem tıbbi hem de psikososyal açıdan özellikli olarak destek verilmelidir. Bu bireylerin hassasiyetleri ve zayıflıkları bilinerek buralarda ve birinci basamak sağlık hizmetleri düzenlenmeli ve buralarda hizmet sunucuları da bu yönde eğitilmeleri sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Afetler; hassas tıp; bakım; özellikli

ABSTRACT After the disaster, necessary preparations are made both in the field and primary health care services. When these preparations are made, there are some groups that require more specific care and are more prone to morbidity and mortality than others. Special attention should be given to these patient groups. Elderly patients, those with mental retardation, children and adolescents, homeless and those with sex-dependent sensitivities should be identified. Subsequently, both medical and psychosocial support should be provided. Knowing the vulnerabilities and weaknesses of these individuals, shelters and primary health care services should be organized and service providers should be trained in these areas.

Keywords: Disasters; precision medicine; care; special

Afet durumunda diğer hastalara göre daha özellikli bakım gerektiren ve morbidite ve mortaliteye daha yatkın olan gruplar vardır. Bu hasta gruplarına ayrı önem verilmelidir. Aynı şekilde afet sonrası hem tıbbi hem de psikososyal açıdan özellikli olarak destek gerekebilmektedir. Bu grupları şu şekilde başlıklar halinde verebiliriz:

- Yaşlı hastalar
- Mental retardasyon öyküsü olan hastalar
- Çocuk ve adolesanlar
- Cinsiyet bağımlı hassasiyet (kadınlar)
- Evsiz insanlar

YAŞLILAR

Afet durumunda yaşlılar uyarlıları daha az duyarlar, evlerinden ayrılmak istemezler, hareket için yardıma ihtiyaç duyabilirler ve sıklıkla kronik medikal ve psikiyatrik hastalıkları vardır. Aynı zamanda bu hasta grubunun afet sırasında zarar

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Çelik Or Y. Afetlerde Hassas Gruplar. Özüçelik DN, editör. Afetlerde Acil Tıp Hizmetleri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.72-6.

görmesi sonrasında iyileşme süreçleri daha sıkıntılı ve uzun bir süreç gerektirmektedir. Ayrıca bu hastalar istismara ve sömürülmeye de açık haldedirler.¹ Yaşlılarda duygusal ve fiziksel kırılabilirlikleri artmış ve finansal kısıtlılıkları olabilir, kişisel bakımları azalmış ve kognitif fonksiyonları azalmış olabilmektedir.²

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan kişilerin yaşlılarda ortaya çıkması muhtemel sorunlar yönünden eğitilmeleri, aynı zamanda bu hastalarda oluşabilecek ruhsal problemler ile başa çıkma yöntemleri açısından bilgilendirilmeleri gereklidir.³ Bu hastaların özellikle günlük almaları gerekli olan ilaçları olmak üzere hızlı bir şekilde günlük rutinleri yerine getirmeye çalışılmalıdır. Ayrıca daha önce psikiyatrik ve mental hastalıkları olan yaşlı hastaların ayırt edilebilmesi ve gereken tıbbi desteğin verilmesi amacı ile birinci basamak sağlık hizmet sunucularına tanı ve tedavi hakkında temel bilgiler verilmelidir.

Afet sonrasında yaşlılar için yapılması gerekli olan hazırlıklar:⁴

- Öncelikle su, yiyecek, barınak, güvenlik ve emosyonel destek gibi afet sonrası önceliklere odaklanılmalıdır.
- Yaşlı hastaların aileleri veya bakıcılarına en kısa zamanda ulaştırılmaları sağlanmalıdır
- Günlük rutin hayata en kısa zamanda sağlanmalıdır
- Kişisel bakım ve hareketlilik gibi fiziksel ihtiyaçlar sağlanmalıdır
- Aile bireyleri yaşlı bakımı ve yaşlılardaki sağlık riskleri hakkında bilgilendirilmelidir.
- Kronik hastalıkları nedeniyle kullanmakta oldukları ilaçlar en kısa zamanda yeterli miktarda temin edilmelidir

MENTAL RETARDASYON ÖYKÜSÜ OLAN HASTALAR

Mental retardasyonu olan kişiler savunmasız bir gruptur ve afetlerde veya acil durumlarda toplum içerisinde de kurumsal bakımevlerinde de bu kişiler ihmal edilebilmektedir. Hafif veya orta derecede mental retardasyonu olan kişiler acil servislere veya birinci basamak sağlık hizmet sunucularına açıklanamayan somatik şikayetlerle başvurabilmektedirler; fakat ciddi mental retarde kişiler izolasyon, damgalanma ve reddedilme korkusu, durumunun farkında olamama veya tıbbi yardıma ulaşım ko-

nusunda kısıtlılıkları olması nedeniyle yardım isteye-memektedir.⁵ Ayrıca bu kişiler afetin bir sonucu olarak aileleri tarafından terk edilmiş veya kaldığı yer zarar gördüğünden yerinden edilmiş olabilmektedir.

Afet sırasında sunulan genel sağlık hizmetleri bu tip hastalarda verilmesi gereken özel hizmetlerden yoksun olmaktadır ve kendi özel durumları için tehlike oluşturabilmektedir. Evsiz kalan kişiler için geçici oluşturulmuş olan barınak veya kamplarda kayıp, korkmuş, sözlü veya fiziksel istismara maruz kalmış mental retarde bireyler sık görülmektedir.⁶ Mental retarde bireyler hem devlet hem de özel destekli kurumların yardımı ile belirlenmeli ve ihtiyaçları olan tedavinin ve özel bakımın daha önce olduğu şekilde devam etmesi sağlanmalıdır.⁵

Birçok ülkede bu bireylerin ihtiyacı olan sağlık hizmetini sağlamak özellikle sınırlı kaynaklar nedeniyle yeteri kadar karşılanamamaktadır.⁷ Mental retarde bireylere yönelik damgalama yaklaşımı ve organizasyon eksikliği nedeniyle bu hizmetler yeterince yürütülememektedir. Afetler yapıları zarar vermenin yanı sıra nitelikli personel kaybı ve kaynakların yetersiz olmasına neden olabilir ve mental retarde bireylere yardım edebilecek organizasyon bu nedenle aksayabilmektedir.⁶

Acil sağlık hizmetleri veren personel genellikle mental retarde bireylere yaklaşımda kısıtlı bilgiye sahiptirler veya hiç bilgileri yoktur fakat acil sağlık hizmetleri sunucularının bu bireylerin ayırt edilmesi ve tedaviye yönlendirilmesi ile ilgili temel bilgilere sahip olmaları için gerekli eğitim temel eğitimin bir parçası olmalıdır.⁶ Ayrıca birinci basamak tedavi hizmeti veren hekimlerin psikotropik ilaçları reçete edebilmeleri için gereken yetkilere sahip olmaları da gereklidir.⁵

Afet sonrasında mental retarde bireyler için yapılabilecek hazırlıklar şu şekilde özetlenebilir:

- Acil servislerin yapıları incelenmeli ve bu bireyler için uygun alanlar oluşturulabilir
- Yardım ihtiyacı olan bireyler belirlenmelidir
- Semptomları hafifletmek için gerekli medikal ve psikososyal destek sağlanmalıdır
- İlaç kitlerinde psikiyatrik ilaçların yeterli miktarda tedarik edilmesi sağlanmalıdır
- Birincil karşılaşma için acil servis sağlık ekibinden bir kişi sabit olarak belirlenmeli ve bu konuda eğitilmelidir
- Mental retarde bireylerin varlığı konusunda toplum bilinçlendirilmelidir

ÇOCUK VE ERGENLER

Çocuk ve ergen yaş grubu ailelerine barınma, yiyecek ve ekonomik destek gibi temel ihtiyaçlarının yanında sosyal ve duygusal olarak da bağımlıdırlar. Ergenlerin yaşları büyüdükçe toplum içerisindeki rolleri ve aktivite teleri de değişmekte ve daha fazla bağımsız davranabilmektedirler fakat ileri yaş ergenler dahi temel ihtiyaçları için ailelerine bağımlıdırlar.

Çocuklar ve ergenlerde okulun sadece eğitim için gerekli olmadığı, aynı zamanda sosyal etkileşim ve destek ağı olarak günlük yaşamların önemli bir parçası olduğunu bilinmelidir. Bu nedenle afet sonrasında çocuk ve ergenler için uygun bir şekilde eğitim alanları yapılmalı ve sürdürülmelidir. Bu konuda asıl görevli ruh sağlığı merkezleri olmakla birlikte afet sonrasında sivil toplum kurumları ve eğitim kurumları daha ön planda yer almaktadır.

Bir çocuğun afet sonrasındaki doğal tepkisi şunları içerebilmektedir:

- Anksiyete, korku, kendisi ve çevresindekilerin güvenliği konusunda endişelenme
- Afet olayının tekrar etmesi korkusu
- Stres seviyesi artar ve davranışlar değişir (huzursuz, depresif ve hırçın)
- Özellikle baş ağrısı, karın ağrısı olmak üzere her türlü ağrı gibi bedensel şikayetler artar
- Okul performansı düşer
- Afet anında olanları sıklıkla tekrarlayabilir
- Seslere karşı aşırı hassasiyet oluşur
- Ölüm ve ölmek ile ilgili ifadeler ve sorular belirginleşir

Yaştan bağımsız olarak çocuklarda uykuya dalma problemi, kabuslar, karanlıktan korkma ve uyku bozuklukları belirginleşebilir.⁸ Akut stres reaksiyonu (ASR) afet sonrasında yaygın olarak görülebilmektedir ve bunu yaşayan gençler için günlük hayatları normalleştirmek için düzenlenmiş faaliyetlere katılmaları fayda sağlayacaktır. Bunun yanı sıra post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar gelişebilmektedir fakat tanı 2-4 haftadan önce konulamamaktadır.⁸ Bu tip hastalıklar ruh sağlığı müdahaleleri gerektirmektedir.⁹

Yapılan çalışmalar çocuk ve gençlerde ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve yoksulluğun afet sonrası ruh sağlığı problemleri için belirgin risk faktörleri olduğunu

bildirmektedir.¹⁰ Ebeveynlerin psikososyal olarak iyi olmasının çocukların iyi olması ile direkt olarak ilişkilidir; bu nedenle afet sonrası ebeveynlere verilecek psikososyal destek çocukları da direkt olarak etkilemektedir.¹¹ Bunun yanı sıra afet sonrası sıklıkla anketlerle yapılan kritik olay stresinin soruşturulması ve kritik olay stres yönetim müdahalelerinin çocuk ve ergenlerin ruhsal sağlığına belirgin yararının olmadığı gibi zararı da olabilmektedir ve bunun çocuk, genç ve onların ailelerine faydası kanıtlanmamıştır.¹²

Afet sonrası çocuk ve gençlerin ruh sağlığı iyiliğine yönelik yapılacak eylemler iki aşamadan oluşmalıdır. Öncelikle güvenlik ve barınma ihtiyaçları karşılanmalı ve toplumda, okulda ve ailede güvenlikleri sağlanmalıdır. Mental retardasyon gibi özellikli bireyler haricindeki çocuk ve gençlere çocuk ruh sağlığı uzmanı gerekli değildir. İkincil olarak da ihtiyaç halinde çocuk ve gençlerin ruh sağlığı tedavisine ulaşmaları için imkân oluşturulmalıdır. Ayrıca toplum sağlığı hizmet sunucuları, öğretmenler, ebeveynler ve genel toplum çocuk ve gençlerden mental retardasyonu ayırt etmeleri sağlanmalıdır.

Özet olarak çocuk ve gençler için afet sonrasında şunlar yapılmalıdır:

- Su, yiyecek, barınak, güvenlik ve duygusal destek gibi temel ihtiyaçların karşılanması
- Çocukların en kısa zamanda ebeveynleri veya eski bakıcıları ile buluşturulması sağlanmalıdır
- Mümkün olan en kısa zamanda okul dahil günlük hayata dönülmelidir
- Anne ve diğer bakıcılar çocuklarına bakmak için desteklenmelidir. Çocukların bakımını üstlenen ebeveyn veya bakıcıların tecrübelerini ve günlük problemler ile başa çıkmak için yaptıklarını çocuklara aktarmaları çocukların da problemle başa çıkmalarını kolaylaştırmaktadır
- Oyun için fırsat ve imkân sağlanmalıdır
- Acil servisler ve yatan hasta servislerinde madde kullanımı veya ruhsal bozukluğu olan çocuk ve gençlerin bakımını ve tedavisini sağlamaya yönelik planlama yapılmalıdır

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK SİSTEMİNDE ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN AKIL SAĞLIĞI BAKIMI SAĞLANMASI

Birinci basamak sağlık hizmet sunucularına başlangıç olarak çocuk ve gençlerde travma sonrası beklenen normal duygusal tepkiler hakkında bilgilendirilir ve anormal olanın fark edilmesi, gereği durumunda da ço-

cuklar ve ailelere destek sağlanmalıdır. Ayrıca özellikli bakıma ihtiyaç duyulan gençlerin tanı ve tedavisi için gerekli sağlık hizmetine erişim konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca afet sonrasında daha önceden mental retardasyonu olan çocuk hastaların da ayırt edilmesi ve tedavinin belirlenmesi önemlidir.

CİNSİYETE BAĞLI ZAYIFLIK

Kadın ve erkeğin toplumda görevleri farklıdır, ayrıca ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerin de farklılıklar vardır. Bu nedenle sağlık planlamaları her iki cinsiyeti de kapsayacak şekilde planlanmalıdır.¹³ Tüm kadınların eşit derecede hassas değildir ve aynı zamanda erkeklerden de hassas olanlar vardır fakat genel olarak kadınlar afetlerde daha hassas olan gruplardır.¹⁴ Fiziksel kısıtlılıklar ve yaş hem erkek hem de kadınlar üzerinde benzer şekilde negatif etkisi olan faktörlerdir. Kadınların daha hassas olmasının en sık nedeni artan besin ihtiyacı ve fiziksel hareket kısıtlılığının belirgin olduğu gebelik ve laktasyon dönemidir.

Afet sonrasında cinsiyete bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar şu şekilde özetlenebilir¹⁵:

- Güvenli olmayan koşullarda doğum yapan kadınlar
- Yetersiz beslenen annelerin sütünün az olması nedeniyle yetersiz beslenen bebekler
- Kamplarda ayrı banyo ve tuvaletlerin olmaması ve geçici barınaklar nedeniyle kadınların cinsel istismara maruz kalması
- İş hayatının erkek ağırlıklı olması nedeniyle kadınların baş olduğu ailelerde geçimin sağlanma zorluğu. Ayrıca bu kişilerin besin kaynaklarına ulaşım zorlukları da gelişebilmektedir

Erkekler ise ev halkını koruma şeklinde toplum içerisinde rolü olduğundan morbidite ve mortalite yönünden daha fazla risk altındadırlar. Ayrıca arama ve kurtarma girişimlerinde erkekler daha fazla rol almaktadırlar. Kadınların toplumda kabul edilen rolü genel-

likle çocuk ve yaşlı bakımı olmaktadır bu şekilde mobiliteleri azalmakta ve iş yükleri artmaktadır.¹⁶ Bu da afet sonrasında kadınlarda fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik yüklerle sebep olmaktadır.¹²

Kadınlarda afet sonrasında sıklıkla karşılaşılan semptomlar depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve migren tipi baş ağrılarıdır; erkeklerde ise saldırganlık gibi risk eğilimli işlevsiz sosyal davranışlar gösterme eğilimindedirler.¹⁷ Barınaklarda ve toplu alanlarda kadın ve genç kızlarda afet sonrası en sık karşılaşılan durum fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmalarıdır, erkeklerde ise alkolizm ve agresif davranışlar sıklıkla ortaya çıkmakta ve bu işsiz oldukları ve ailelerinin iyi olmasına katkı sağlayamadıkları durumlarda artmaktadır.¹⁸

EV SİZLER

Evsizler afet olmadığı durumlarda bile yardıma ve tıbbi bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Afet sonrası ise evsiz insanlar toplum içerisinde dağılmaya eğilimlidirler, iletişim kurmak zordur ve daha hassas durumda olmaktadır.¹⁹ Evsizler daha önceki olumsuz deneyimleri nedeniyle sosyal kurumlar ve polisle temastan kaçabilmektedirler, toplum içerisinde damgalanma ile ilgili kötü tecrübeleri vardır ve bunlar da onlara yardım ulaştırılmasını zorlaştırmaktadır.¹⁹ Evsiz bireyler toplumun geneline göre daha sıklıkla akıl hastalığı, madde kötüye kullanımına, bulaşıcı hastalıklar ve kronik hastalıklara meyillidirler ve intihara eğilimleri daha fazladır. İhtiyaçları olmasına rağmen afet planlamasında genellikle göz ardı edilirler.¹⁹

Evsiz bireylerin afet sonrası yardım alabilmelerini sağlamak amacıyla bölgedeki evsizler hakkında ilgili birimlere bilgi verilmelidir. Ayrıca bu kişilerin yardım alabilmelerini sağlamak için çaba harcamak gerekmektedir.

Sonuç olarak afet sonrası standart yapılan hazırlık çalışmalarında hassas grupların ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bireylerin hassasiyetleri ve zayıflıkları bilinerek barınaklar ve birinci basamak sağlık hizmetleri düzenlenmeli ve buralarda hizmet sunucuları da bu yönde eğitilmeleri sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Norris FH, Sherrieb K, Galea S. Prevalence and consequences of disaster-related illness and injury from Hurricane Ike. *Rehabil Psychol* 2010;55(3):221-30.
2. Kailes JI, Kailes I. *Emergency Evacuation Preparedness: Taking Responsibility For Your Safety A Guide For People with Disabilities and Other Activity Limitations*; 2002.
3. Lee M. Improving services and support for older people with mental health problems. *Age Concern England*; 2007.
4. Edgington S. Disaster planning for people experiencing homelessness. *National Health Care for the Homeless Council*; 2009.
5. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC; 2007.
6. Jones L, Asare JB, El Masri M, Mohanraj A, Sherief H, van Ommeren M. Severe mental disorders in complex emergencies. *Lancet* 2009;374(9690):654-61.
7. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, Sridhar D, Underhill C. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370(9593):1164-74.
8. SAMHSA Work Group on Disasters, American Academy of Pediatrics. *Psychosocial issues for children and families in disasters: a guide for the primary care physician*. Rock-ville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration Report No. SMA95-3022 (1994).
9. Kar N, Bastia BK. Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006;2(1):17.
10. McLaughlin KA, Fairbank JA, Gruber MJ, Jones RT, Lakoma MD, Pfefferbaum B, et al. Serious emotional disturbance among youths exposed to Hurricane Katrina 2 years post-disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(11):1069-1078.
11. Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *The Cochrane Library*; 2012.
12. Green BL, Korol M, Grace MC, Vary MG, Leonard AC, Gleser GC, et al. Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(6):945-51.
13. Bailey C, Convery I, Mort M, Baxter J. Different public health geographies of the 2001 foot and mouth disease epidemic: "citizen" versus "professional" epidemiology. *Health Place* 2006;12(2):157-66.
14. Delaney P, Shrader E. Gender and post-disaster reconstruction: The case of Hurricane Mitch in Honduras and Nicaragua. *Decision review draft* Washington, DC: LCSPG/LAC Gender Team, The World Bank. 2000.
15. Leni M Silverstein. *Guidelines for gender-sensitive disaster management by asia pacific forum on women, Law and Development A Revolutionary Document, Reproductive Health Matters* 2008;16:31,153-8 DOI: 10.1016/S0968-8080(08)31360-3.
16. Bernard GS. Major trends affecting families in Central America and the Caribbean. *Major Trends Affecting Families: A Background Document*. 2003;128.
17. Babwah F, Baksh S, Blake L, Cupid-Thuesday J, Hosein I, Sookhai A, et al. The role of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad. *Rev Panam Salud Publica* 2006;19(2):79-84.
18. Gomez S. *Guidelines for gender sensitive disaster management*. Paper presented at: APWLD (Asia Pacific Forum on Women, Law and Development), Chiang Mai. Available at: http://www.apwld.org/pdf/guidelines_gender_sensitive.pdf [accessed Apr 10, 2018] 2006.
19. Srinivas H, Nakagawa Y. Environmental implications for disaster preparedness: lessons learnt from the Indian Ocean Tsunami. *Journal of environmental management* 2008;89(1):4-13.